

Doktori (Phd) disszertáció

**Malignus emlődaganatos betegek életminőséghez kapcsolódó korrelátumai
és a multidiszciplináris pszichoszociális intervenciók hatása a gyógyulási
folyamatban**

Kovács Zsuzsanna

**Témavezetők: Dr. Habil. Szabó Csaba
Prof. Dr. Eckhardt Sándor, MTA doktor**

DEBRECENI EGYETEM

BTK

2014

Malignus emlődaganatos betegek életminőséghez kapcsolódó korrelátumai és a multidiszciplináris pszichoszociális intervenciók hatása a gyógyulási folyamatban

Értekezés a doktori (PhD) fokozat megszerzése érdekében,
pszichológia tudományágban

Írta: **KOVÁCS ZSUZSANNA** okl. klinikai szakpszichológus

Készült: a Debreceni Egyetem Humán Tudományok doktori iskolája
(Pszichológia programja) keretében

Témavezetők: DR. Habil. SZABÓ CSABA
Prof. DR. ECKHARDT SÁNDOR, MTA doktor

.....

A doktori szigorlati bizottság:

Elnök: Dr.

Tagok: Dr.

Dr.

A doktori szigorlat időpontja:

Az értekezés bírálói:

Dr.

Dr.

A bíráló bizottság:

Elnök: Dr.

Tagok: Dr.

Dr.

Dr.

A nyilvános vita időpontja:

„Én, Kovács Zsuzsanna, teljes felelősségem tudatában kijelentem, hogy a benyújtott értekezés önálló munka, a szerzői jog nemzetközi normáinak tiszteletben tartásával készült, a benne található irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljesek. Nem állok doktori fokozat visszavonására irányuló eljárás alatt, illetve 5 éven belül nem vontak vissza tőlem odaítélt doktori fokozatot. Jelen értekezést korábban más intézményben nem nyújtottam be és azt nem utasították el.”

.....

Tartalom

Köszönetnyilvánítás	7
---------------------------	---

I. ELMÉLETI ÉS SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS..... ..8

1. Bevezetés.....	8
1.1. Emlőrák – prevalencia, incidencia, mortalitás	10
1.2. Az emlőrák kockázati tényezői.....	11
1.3. Az emlőrák medikális kezelése, prognózisa	13
1.4. Az emlőrák főbb pszichoszociális kérdései – áttekintés	15
1.4. Összefoglalás	19
2. Az emlődaganatos betegek életminőségét befolyásoló tényezők	20
2.1. Az életminőség általános definíciója – testi, lelki és szociális egészség	20
2.2. Az emlődaganatos betegek életminőségét meghatározó tényezők.....	22
2.3. Szocio-demográfiai, szocio-ökonomiai jellemzők és kapcsolatuk az életminőséggel.....	26
2.4. Érzelmszabályozás	29
2.4.1. Az érzelmi distressz és a daganatos megbetegedés	29
2.4.2. Az érzelmi distressz és az életminőség összefüggései	33
2.5. Az individuális jellemzők és kapcsolatuk az életminőséggel.....	34
2.5.1. Megküzdés, személyiség.....	34
2.5.1.1. A premorbid személyiség vizsgálata.....	34
2.5.1.2. A premorbid életesemények.....	37
2.5.1.3. A megküzdés és a megküzdéssel összefüggő tényezők vizsgálata	39
2.5.2. Betegségrepresentációk	42
2.5.3. Adherencia, egészségmagatartás	44
2.5.4. Életminőség és növekedés – pozitív pszichológiai megközelítés	45
2.6. Összefoglalás	48
3. Az emlődaganatos betegek életminőségének javítását célzó pszichoszociális intervenciók	49
3.1. Történeti kitekintő	49
3.2. Onkopszichológia Magyarországon	52
3.3. A főbb pszichoszociális intervenciók programok és hatékonyságuk.....	54
3.3.1. Az életmódváltást és egészségfejlesztést célzó programok.....	54
3.3.1.1. Mozgásprogramok	54
3.3.1.2. A táplálkozás megváltoztatására irányuló programok	56
3.3.2. Pszichológiai és terápiás programok.....	58
3.3.2.1. Edukációs programok.....	59

3.3.2.2. A kognitív viselkedés terápiák	59
3.3.2.3. Szupportív-expresszív csoportterápia.....	61
3.3.2.4. Spirituális fejlődést, növekedést célzó programok	63
3.3.2.5. „Mind-body” gyakorlatok.....	65
3.3.2.6. Multidiszciplináris programok.....	66
3.3.3. A pszichoszociális intervenciók túlélést segítő hatása	69
3.4. A pszichoszociális intervenciók módszertani kérdései, fő irányelvek.....	72
3.5. Összefoglalás	73
 II. KUTATÁS.....	75
 4. Célkitűzések.....	75
 5. A kutatás első része – A hangulati állapot vizsgálata, az életminőség és az előnytalálás prediktorainak elemzése.....	76
5.1. Hipotézisek	76
5.2. A vizsgálati személyek és a vizsgálat menete	77
5.3. Alkalmazott mérőeszközök és változók	79
5.3.1. Az EORTC QLQ kérdőív pszichometriai jellemzőinek vizsgálata.....	82
5.3.1.1. Az EORTC QLQ kérdőív bemutatása	83
5.3.1.2. Statisztikai elemzés	84
5.3.1.3. A magyar nyelvű kérdőív reliabilitása	84
5.3.1.4. A modellek illeszkedésének vizsgálata	87
5.3.2. A kutatásban felhasznált további kérdőívek reliabilitás mutatói.....	89
5.4. Alkalmazott statisztikai módszerek.....	89
5.5. Eredmények.....	90
5.5.1. A negatív affektivitás vizsgálata	90
5.5.2. Az életminőség prediktorainak vizsgálata.....	92
5.5.3. Az előnytalálás prediktorainak elemzése.....	95
5.6. Összefoglalás	96
 6. A kutatás második része – Multidiszciplináris pszichoszociális intervenció program hatékonyságának vizsgálata	96
6.1. Multidiszciplináris pszichoszociális intervenció program.....	97
6.2. Hipotézisek	100
6.3. A vizsgálat menete és a kísérleti programban részt vett betegek	101
6.4. Alkalmazott mérőeszközök.....	103
6.5. A felhasznált kérdőívek reliabilitás mutatói	104
6.6. A kísérleti és a kontroll csoport összehasonlítása	105

6.7. A program hatékonyságának vizsgálata	107
6.7.1. A hangulati állapot változása	112
6.7.2. Az életminőség változása	114
6.7.3. A betegségpercepció változása	118
6.7.4. Traumafeldolgozás, értelemtalálás	120
6.7.5. Az egészségmagatartás változása	122
7. A kutatás harmadik része – A program hosszabb távú hatékonyságának vizsgálata.....	124
7.1. Hipotézisek	125
7.2. A vizsgálat menete és a kísérleti programban részt vett betegek	125
7.3. Alkalmazott mérőeszközök	126
7.4. A program hosszabb távú hatásának vizsgálata	127
7.4.1. A hangulati mutatók változása	130
7.4.2. Az életminőség alakulása	132
7.4.3. A betegségpercepció változása	135
7.4.4. Traumafeldolgozás, értelemtalálás	138
8. Megbeszélés	141
8.1. Az eredmények összefoglalása	141
8.2. A kutatás korlátai	147
8.3. Következtetések, új megállapítások	148
8.4. Kutatási terveink	149
8.5. Kitekintés: Az onkopszichológia jövője	150
Összefoglalás	152
Summary	154
Táblázatok jegyzéke	156
Ábrák jegyzéke	157
Hivatkozásjegyzék	159
A szerző tudományos közleményei	181
Függelék	184

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Mindenekelőtt köszönetet kell mondanom témavezetőimnek *Dr. Habil. Szabó Csabának* és *Prof. Dr. Eckhardt Sándornak*. Kimagasló szintű szakmai tudásuk, emberségük számomra példaértékű. Köszönettel tartozom *Beata Bishopnak*, barátságáért és mindazért, amit a rákgyógyításról tőle tanultam.

Köszönet illeti azokat a betegeket, akik bizalmat szavaztak nekünk, és vállalták az intervenciós programban való részvételt.

Köszönöm kollégáimnak, munkatársaimnak, barátaimnak a kutatás támogatását, a segítséget, inspirációt: *Balogh Béla, dr Borbényi Erika, dr Farkas Ilona, Fülöp Emőke, dr Jakubovics Edit, dr Hoyer Mária, Kovács Dóra, Kovács Judit, dr Kökönyei Gyöngyi, Langerman Mónika, dr Nagy G. Zsuzsanna, dr Nagy Melánia, dr Prezenszki Zsuzsa, dr Rigó Adrien, dr Riskó Ágnes, Sebestyén Árpád, Sebestyén Balázs, Sóki Edit, dr Szabó Éva, dr Tari Edit, Tóth Eszter, dr Urbán Róbert.*

Köszönet illeti az *Egészségforrás Alapítványt, A rák ellen, az emberért, a holnapért! Társadalmi Alapítványt*, valamint a *Suzuki Bartha Kft-t*, a támogatásért.

A legnagyobb köszönettel szeretteimnek, a családomnak tartozom.

I. ELMÉLETI ÉS SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

1. BEVEZETÉS

A rák korunk népbetegsége. A modern, civilizációs életmód és a daganatos betegségek közötti kapcsolat lehetőségére egy tudós, LeConte – kollégája klinikai megfigyelés-eire hivatkozva – már 1843-ban felhívta a Francia Tudományos Akadémia figyelmét (LeConte, 1846, hivatkozik rá Kulcsár, 1993). 1913-ban Albert Schweitzer tette ugyanezt a bejelentést. Száz évvel később, napjainkban, tudományos kutatások tömege jelzi, és minden kétséget kizáróan igazolja az életmód, az egészségmagatartás és a lelki tényezők jelentőségét az onkológiai betegségek kialakulásában.

Az epidemiológiai vizsgálatok riasztó adatokat közölnek – a daganatos megbetegedésekre vonatkozó statisztikák minden kutatási és klinikai erőfeszítés ellenére növekvő tendenciát mutatnak. Az elkövetkező két évtizedben a megbetegedések száma várhatóan megkétszereződik. A WHO adatai szerint ma már több embert veszítünk el rákban, mint AIDS-ben, TBC-ben vagy maláriában összesen. *„A daganatos megbetegedést egyre terjedő világjárványként kell értelmeznünk, és nincs olyan ország vagy nemzeti tudós társaság, amely a küzdelmet egyedül vehetné fel ellene”* (Tompai, 2011, old. 1333).

A daganatos betegségben szenvedők kezelése egyre nagyobb kihívást jelent az egészségügyi ellátó rendszereknek. A rákgyógyításban a biomedikális szemlélet uralkodik – a Descartes-i dualizmusban gyökerező, a testet és lelket szétválasztó modell. Ez a szemlélet mind a patogenézisben, mind a gyógyítási folyamatban a lineáris okság elvét követi. A daganatos elváltozások hátterében kizárólag sejtbiológiai folyamatokat feltételez, kizárja a lélektani, társas tényezők szerepét a kórfolyamat kifejlődésében és kezelésében egyaránt. Ebben a felfogásban a gyógyítás mindenekelőtt a testre fókuszál, elsősorban a patológiás sejtburjánzás megállítására, míg a betegséggel együtt járó lelki, érzelmi folyamatok háttérbe szorulnak, nem kerülnek kezelésre. Bízató folyamat ugyanakkor, a biopszicho-szociális szemlélet és gyógyítási modell egyre erőteljesebb térnyerése. Ebben a szemléleti keretben zajló daganat terápiában egyre nagyobb szerepet kap az onkopszichológia és az integrált pszichoszociális ellátás.

Az elmúlt évtizedek pszicho-neuro-immunológiai, pszicho-neuro-endokrinológiai és egészségpszichológiai kutatásai minden kétséget kizáróan igazolták az életmód, az

egészségmagatartás és a lelki tényezők fontosságát mind az onkológiai betegségek kialakulásában, mind a gyógyulási folyamatban. A számtalan előremutató és pozitív változás ellenére azonban ma még korántsem élünk eléggé az onkopszichológia által nyújtott lehetőségekkel. A tudományos kutatási eredmények, szakmai evidenciák nem megfelelő arányban épülnek be a klinikai gyakorlatba. Ahogy Greer már 2002-ben megfogalmazta: mély szakadék van a kutatási eredmények és azok gyakorlati alkalmazása között (Greer, 2002).

Az elmúlt években a WHO a Nemzetközi Pszichoszociális Onkológiai Társasággal (International Psychosocial Oncology Society – IPOS) karöltve ajánlásokat és szakmai előírásokat fogalmazott meg a pszichoszociális területek onkológiai integrációjára vonatkozóan: a modern kor elvárásainak megfelelő magas színvonalú onkológiai ellátás már nem nélkülözheti a társtudományok ismeretanyagát, az integrált pszichoszociális ellátást. A tekintélyes Journal of Clinical Oncology 2012-ben különszámot szentelt az *„integrált pszichoszociális kezelések tudományának”*. A különszám célja annak bemutatása és megerősítése volt, miszerint a rákgyógyításban új gondolkodásmódra, szemléletváltásra, széles körű, szakterületeken átívelő együttműködésre van szükség (Jacobsen, Holland, & Steensma, 2012).

Magyarországon hagyománya van az onkopszichológiának. Már a korai 60-as években megjelentek azok a törekvések, melyek a rákbetegek lelki segítségét, támogatását tűzték ki célul. Történelmi, kulturális hagyományaink révén ez a munka elsősorban a pszichoanalízis keretrendszerében zajlott. 1988-ban az Országos Onkológiai Intézetben megnyílt az első onkopszichológiai részleg, majd több civil szervezet, alapítvány is bekapcsolódott a munkába. A Nemzeti Rákellenes Program hazánkban is kiemeli a pszichés segítségnyújtás elérhetőségének a fontosságát, kidolgozásra került az onkopszichológiai szakmai protokoll (Riskó, 1998). A szakmai imperatívumoknak megfelelően már több kórházban multidiszciplináris onkológiai team segíti a betegeket, az onkológus szakorvos és szakápoló mellett helyet kap a teamben a klinikai szakpszichológus, gyógytornász, dietetikus, szociális munkás, gondozó lelkész is. A fókuszban ez idáig elsősorban a betegek lelki gondozása, támogatása volt, átfogó onkopszichológiai felmérés, tudományos empirikus vizsgálat csak kis számban történt.

Doktori értekezésem alapját a 2008. szeptember és 2010. július között végzett onkopszichológiai kutatásunk adja. A kutatás három fő egységből állt, a tudományelméleti

és szakirodalmi áttekintés után ezek tapasztalatait és vizsgálati eredményeit foglaljuk össze. A kutatás első részében, a keresztmetszeti vizsgálatban, emlőrákos betegek pszichoszociális változóit, a distresszes állapot (depresszió, szorongás) prevalenciáját, az életminőség (általános, funkcionális és tüneti életminőség) jellemzőit és összefüggéseit vizsgáljuk, valamint az életminőség és az előnytalálás prediktor tényezőit elemezzük. Továbbá meghatároztuk a daganatos életminőség vizsgálatában legnagyobb gyakorisággal alkalmazott EORTC QLQ kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzőit.

Kidolgoztunk egy hazánkban úttörőnek nevezhető, a legújabb nemzetközi kutatási vonalhoz illeszkedő, az egészségmagatartás, az életvezetés, a lelki működés több síkján ható, komplex kísérleti pszichoszociális intervenciós programot. Általános célkitűzésünk a programban részt vállalt emlőrákos betegeknél a megküzdés, a kognitív-érzelmi feldolgozás elősegítése, az életminőség javítása, a remissziók esélyének csökkentése, az értelemtalálás, a lelki-spirituális növekedés támogatása volt. A kutatás második részében a kísérleti program hatékonyságvizsgálatát mutatjuk be, és elemezzük. A kutatás harmadik része longitudinális vizsgálat, a pszichoszociális intervenciós program hosszú távú hatásait ismertetjük.

1.1. Emlőrák – prevalencia, incidencia, mortalitás

A WHO adatai szerint 2008-ban a világon 34 millió rákbeteget tartottak nyilván, mintegy 12,5 millió új esetet regisztráltak, és közel 7,6 millió ember halt meg rák következtében. Az elmúlt hatvan évben Magyarországon is emelkedett a daganatos halálozás, évente mintegy 33 ezer embert veszítünk el ebben a betegségben, az EU-tagállamok között ebben a tekintetben az élen állunk (Tompai, 2011).

A nők körében világszerte az emlőrák a leggyakoribb daganatos betegség. Az összes női daganat 18%-a emlőrák (Juhos, 2006). Élete során minden 10 nő közül egyenél megjelenik, 80%-a az 50 évnél idősebb nőknél alakul ki. Férfiaknál a mellrák rendkívül ritkán fordul elő, az összes emlődaganatok kevesebb, mint egy százalékában (Coleman et al., 2008). Nőknél mind a daganat morbiditási, mind a mortalitási statisztikák első helyén áll. 39 megbetegedés és 12,5 halálozás jut 100 ezer lakosra. A fejlett országokban gyakrabban jelentkezik a mellrák. A WHO jelentése szerint 2008-ban összesen 636 esetet regisztráltak 100 ezer lakosra, míg a fejlődő országokban 514 esetet. A halálozás a fejlett

országokban a jobb ellátás eredményeként alacsonyabb, 190, míg a fejlődő országokban 221 fő, 100 ezer lakosra vonatkoztatva. A betegség jobban érinti a fehér (kaukázusi) lakosságot, az Amerikai Egyesült Államokban a fehér nők körében nagyobb számban fordul elő (Tompá, 2011).

Magyarországon is a mellrák a nők körében a leggyakoribb daganatos betegség, és a halálozás tekintetében is az első helyen áll. Előfordulási aránya növekszik az életkorral, tízévente megkétszereződik a menopausáig, majd a menopausa után csökken a növekedés. Az incidencia magasabb fiatalabb korban (Rowland & Massie, 2010).

1.2. Az emlőrák kockázati tényezői

A női emlőrákok nagy többsége, körülbelül 90%-a szerzett megbetegedésnek mondható, amely a környezeti terhelő tényezők és a belső fogékonyság kölcsönhatásában alakul ki. A belső fogékonyságot (rákkockázatot), számos tényező együttes hatása alakítja. Ezek többek között a személy genetikai állománya (génhibák, génkölcsonhatások), immunitása, már meglévő betegségei, életmódja, táplálkozási szokásai, a bevitt antioxidánsok szintje, etnikai hovatartozása, életkora, szülések, családi halmozódás. Ezen kockázati tényezők között a legjelentősebbek: az életkor, a korai menarche, a késői menopausa, a nulliparitás és a késői első szülés, a pozitív családi anamnézis, a genetikai hajlam, a hormonpótló készítmények (Rowland & Massie, 2010).

Az emlőrák rizikója kétszeres azon nők esetében, akiknél a menopausa 55 éves kor után jelentkezett, szemben azokkal, akiknél már 45 éves kor előtt. Hasonlóan kétszeres a kockázat azoknál, akik első gyermeküket 30 éves kor után szülték, szemben azokkal, akik 20 éves kor előtt. A rizikó tovább növekszik, ha az első gyermekvállalás 35 éves kor után történik. Ekkor a kockázat közel azonos, mint nulliparitás esetén (Juhos, 2006).

A genetikai hajlam a női emlőrákok mintegy 5–8%-ában van jelen. Az örökletes daganatok fontos jellegzetessége, hogy az örökölt génhibák miatt a betegség fiatalabb korban jelentkezik, gyakran figyelhető meg családi halmozódás, páros szervek esetén kétoldali megjelenés lehet, olykor társult daganatok is kifejlődhetnek. A BRCA1, BRCA2 és az MSH2-gén meghatározó a korai emlőrákok szempontjából, ugyanis ilyenkor a gén kifejeződésének esélye 90% fölött van (Tompá, 2011). Ezek a gének a tumorszuppresszor-gének csoportjához tartoznak, akkor vesznek részt a tumorképződésben, ha a gén mindkét

kópiája inaktívvá válik. Jellemzően magas a penetráció szintjük, ugyanakkor a gének többsége olyan, hogy csak az életmód vagy a környezet negatív hatásai képesek aktiválni. A szervezetbe környezeti ártalomként bejutó karcinogéneket az I. fázisban lebontó enzimek (citochrom P450) víz oldékonnyá alakítják a detoxikáció során, így az enzimek polimorfizmusától jelentősen függ az átalakítás üteme, és hogy milyen gyorsan szabadul meg a szervezet a mérgező köztestermékektől (gyors és lassú acetilációs típusok). Ennek irányítása és szabályozása a 15-ös kromoszóma q régiójában kódolt CYP1A1 génhez köthető, mely hemkötő régiójának mutációja megduplázhatja a detoxikációs enzimek aktivitását (Oláh, 2002; Tompa, 2011).

Prediktív DNS-vizsgálat indokolt azoknál a személyeknél, ahol három generációra visszamenően közeli rokonsági fokon halmozottan jelen van a daganatos megbetegedés. Az öröklött emlőrák legnagyobb százalékban 65 éves kor előtt jelentkezik. Ha közvetlen rokonnál (anya, nővér, lány) 50 éves kor alatt jelenik meg a betegség, akkor két-háromszorosára növekszik a kockázat (Juhos, 2006).

Az életmódnak, az egészségmagatartásnak nem csak a genetikai hajlam esetén van kiemelkedő jelentősége. A daganatos sejtburjánzás okai jelenlegi ismereteink szerint mintegy 70–85%-ban olyan környezeti hatásokra és életmódbeli tényezőkre vezethetők vissza, mint a rákkeltő anyagoknak történő expozíció, sugárzások, dohányzás, alkohol-fogyasztás, mozgáshiány, rendszertelen, stresszes életvezetés, nem megfelelő étkezés, obesitas, lelki problémák (Riskó, 2006a; Tiringier, 2007).

A rendszeres, nem megterhelő fizikai aktivitás 18%-kal csökkenti az emlő-daganatok kockázatát. A mértéktartó mozgásprogram jótékony hatását számtalan kutatás igazolja. Háttérmechanizmusként az IgA mennyiségének, az NK-sejtek számának és aktivitásának, az interferon mennyiségének, valamint az antioxidáns emzimrendszer kapacitásának növekedése valószínűsíthető (Murphy et al., 2011). A táplálkozással kapcsolatos tényezők a daganatok kialakulásának kockázatában 30%-ban vesznek részt. A tartósított, vegyszerekkel kezelt, adalékanyagokkal terhelt modern, civilizációs ételek gyakran olyan közvetlen hatású karcinogéneket tartalmaznak (aflatoxin, policiklikus szénhidrogének, nitrit és nitrózaminok) amelyek tumor kialakulását okozhatják. A promoterek (túltápláltság, túlzott zsírfogyasztás, állati proteinek, alkohol) felgyorsítják a sejtek rosszindulatú átalakulásának folyamatát (Sréter, 2006). A hagyományos kockázati tényezők, mint a dohányzás, túlzott alkohol- és drogfogyasztás, kockázatkereső szexuális

magatartás, veszélyes környezeti hatások, fizikai, kémiai, sugárzásos ártalmak, stb. mind közvetlenül, vagy közvetett módon hozzájárulhat az emlőrák kialakulásához is.

A rövidebb ideig alkalmazott hormonterápia jelen ismereteink szerint jótékony hatású lehet, csökkenti a menopausa kellemetlen tüneteit, segít a csontritkulás és ischaemiás szívbetegség megelőzésében. A hosszabb időn keresztül (több mint 10 év) alkalmazott hormonpótló készítmények szintén, akár 50%-kal is növelhetik a daganat megjelenésének esélyét (Juhos, 2006).

A geográfiai tényezők jelentősége is kiemelkedő. A betegség kialakulásának gyakorisága jelentősen változik a különböző régiókban. A nyugati országokban jelentősen gyakoribb ez a megbetegedés, mint a távol-keleti nők körében. A migrációs vizsgálatok szerint a távol-keleti országokból érkező bevándorlókat egy-két generáción belül hasonló incidenciá jellemzi, mint a befogadó országot (Silver, 2007).

A daganatos megbetegedés okozta halálozás mérséklésében a szűrővizsgálatoknak kiemelt fontossága van. Célja, hogy kiszűrje a rákmegelőző állapotot, ill. még a kialakulás kezdetén lévő, nem invazív betegséget. A preklinikai szakaszban feltárt kóros állapotok kezelése kedvezően befolyásolja a kórlefolyást. A korai felismerés, a rendszeres szűrővizsgálatok jelentős mértékben, akár 40%-kal is csökkenthetik a mortalitást. Az 50 év feletti nők között az első vizsgálat alkalmával tízezer szűrésre általában 50 új emlőrák felismerése esik, a további vizsgálatok alkalmával ez a szám 35-re csökken. Emlőszűrés lágyrész-röntgenvizsgálattal (mammográfia) peri-menopauzális kor felett két évente indokolt (Juhos, 2006; Rowland & Massie, 2010).

1.3. Az emlőrák medikális kezelése, prognózisa

A legfontosabb orvosi paramétereket a diagnózis felállítása idején a betegség stádiumának a megállapítása, a szükséges kezelés meghatározása és a lehetséges rehabilitáció megtervezése jelenti. A legfőbb onkológiai terápiák: a sebészeti beavatkozás, kemoterápia, sugárterápia és a gyógyszeres kezelés.

Az orvostörténeti leírások *a sebészeti beavatkozást* jelölik meg a legkorábbi, és évszázadokon át az egyedüli kezelési eljárásként. A daganat műtéti kezeléséről már az ókori, i.e. 2650 körüli időkből ránk maradt papiruszok is beszámolnak (Ebers és Smith –

papiruszok). Hippokratész műveiben (i.e. 460) több mellrákos esettanulmány is fellelhető. Felületi és rejtett típusú daganatos betegségeket különböztetett meg. A modern onkológiai sebészet a 19. századtól datálódik. A legutóbbi évtizedek orvos-technológiai vívmányai, a komputeres, digitális műszaki lehetőségek már bonyolult műtétek esetében is rutinszerű eljárásokat biztosítanak (Silver, 2007).

A betegek kezelése a legtöbb esetben sebészeti beavatkozással indul, ennek két formája van: mastectomia (emlőizomzat és nyirokcsomók eltávolítása) és lumpectomia (daganatos csomó és mellszövet eltávolítása). Hosszú időszakon keresztül minden esetben mastectomiát alkalmaztak. Az utóbbi tíz-tizenöt évben terjedt el a lumpectomia. Egy műtét sajátos pszichés terhet jelent a betegnek – félelmet a teljes kiszolgáltatottságtól, a magatehetetlenségtől, önkontroll hiányától, öntudatlanságtól, altatástól, szövődményekről. Daganatos műtét esetén ez a lelki teher tovább súlyosbodik: számos felvilágosító, egészségnevelő munka ellenére a rákkal kapcsolatban széles körben él a szemlélet, hogy a műtét csak átmeneti javulást hozhat, a legtöbb esetben ez a betegség gyógyíthatatlan. Az onkológiai műtét után gyakori a reziduális anatómiai vagy funkcionális károsodás (Rowland & Massie, 2010).

A nagyobb kockázatú emlőrák (pozitív hónalji nyirokcsomó, nagyobb szövettani grade, differenciálatlan tumor, nagy kiterjedés, fiatal életkor, ösztrogén negativitás) esetén *szisztémás kemoterápiával* folytatódik a kezelés. A kemoterápia széles körben alkalmazott eljárás. Több mint ötven éve alkalmazzák a kezeléseknél. A gyógyszer alkalmazása után fellépő pozitív élettani válasz egy idő után csökkenhet, gyógyszer-rezisztencia alakul ki, emiatt a legtöbb esetben több komponensű, kombinációs kezelést alkalmaznak. A kombinációs szerek szinergikus hatást is kifejtenek, így a sejtciklus különböző fázisaira lehetnek hatással. Előrehaladott emlőrák esetén neoadjuváns kemoterápiát alkalmaznak, annak reményében, hogy a primer daganat és az áttétek mérete csökken, a környezettől demarkálódik, ezáltal műthetővé válik (Rowland & Massie, 2010). A gyógyszeres kezelések számos kellemetlen mellékhatása, toxicitása ismert.

Az onkológia területén az orvosi kezelések másik formája a *sugárkezelés*. A legtöbb esetben kuratív célzattal alkalmazzák, önállóan, vagy kemoterápiával együtt. Palliatív kezelés részeként a gyors progresszió és a fájdalom csökkentése céljából. A gyors osztódású rákos sejtek érzékenyek a besugárzásra, a célzott sugárhatás a sejtosztódásban és

sejtnövekedésben fontos szerepet játszó nukleinsavak, különböző membránok és fehérjék roncsolására irányul (Rowland & Massie, 2010).

Hormon érzékeny tumorok esetében *hormonterápiára* kerül sor, emlőrák esetében antiösztrogéneket, aromatázgátlókat és androgéneket alkalmaznak (Silver, 2007).

A korai stádiumban felderített emlődaganatos megbetegedések 95%-ban eredményesen kezelhetők. A betegek 20-30%-nál teljes remisszió, 70%-ban parciális javulás érhető el (Juhos, 2006; Rowland & Massie, 2010). A korai felismerés és kezelések eredményeként az 5 éves túlélés a fejlett országokban 80 százalék körül mozog. Nyirokcsomó áttét esetében az öt éves gyógyulási esély csupán 50% (Coleman et al., 2008; WHO, 2008).

1.4. Az emlőrák főbb pszichoszociális kérdései – áttekintés

A bio-pszicho-szociális szemlélet már több ezer éve jelen van az orvoslásban. A biomedikális gondolkodási keret, bár kétségkívül elhúzódó, de mégis átmenetinek mondható térnyerését követően a figyelem újfent az integratív orvoslás irányába mozdult. Előtérbe került és fontossá vált a betegségek kialakulásában szerepet játszó tényezők komplex rendszerének, valamint a betegségekre adott válaszreakciók, a megküzdés folyamatának és összetevőinek pszichológia, szocio-kulturális vizsgálata. Ebben a folyamatban kiemelkedő szerepe van az onkopszichológiai, a pszichoneuro-immunológiai, a pszichoneuro-endokrinológiai kutatásoknak.

Garssen 2004-ben megjelent tanulmánya 30 év longitudinális, prospektív kutatási anyagát összegzi a pszichoszociális tényezők vonatkozásában. Az összes vizsgált tanulmány 70%-ában összefüggést talált a pszichoszociális változók és a daganatos megbetegedés között, ugyanakkor azt is hangsúlyozza: a publikációs anyagok számos ellentmondásra is rámutatnak – kevés olyan terület található, ahol kutatások sorozata egyértelműen igazolna egy-egy összefüggést, a legtöbb esetben csak kevésbé hangsúlyos összefüggések, tendenciák rajzolódnak ki (Garssen, 2004). A témában megjelent újabb összefoglaló tanulmány, hasonló eredményeket közöl (Johansen, 2010, Falagas et al., 2007).

A leggyakrabban vizsgált pszichoszociális változók: a stressz hatásmechanizmusai, negatív életesemények, distressz, személyiségvonások, elnyomott érzelmek, harag, kontrollhit, megküzdés, a társas támogatás szerepe, a pszichés támogatás formái. A kutatások összefüggést keresnek a pszichoszociális tényezők, valamint az immunparaméterek, a kórfolyás, az életminőség, a túlélés és egyéb kimenetek változása között.

A stressz vizsgálatoknak kiterjedt irodalma van. Legtöbbet a stressz hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg-tengely (HHM tengely) hatását vizsgálták az immunrendszer működésére. Ezen belül is leggyakrabban a tumorproliferáció és progresszió szempontjából meghatározó természetes ölősejtek (natural killer – NK) aktivitását tanulmányozták, de a kutatások kiemelik a LAK (limfokin aktivált ölősejt) aktivitást, makrofágok, interleukin, meggyengült DNS-repair funkció, zavart apoptózis onkopszichológiai vonatkozásait is (Kiecolt-Glaser & Glaser, 1999; McGregor & Antoni, 2009).

Az élettani hatások, következmények mindig a személyiségtényezők, a stressz helyzet megélése és minősítése, valamint a társas relációk függvényében alakulnak. Vagyis a nehéz élethelyzetek, változások akkor vezetnek egészségkárosodáshoz, ha a helyzet nem kontrollálható, nem látszik a megoldás, nincsenek eszközök a feloldásra, illetve nincs a megterhelések káros hatását csillapító társas támogatás (Spiegel, Sephton, Terr, & Stites, 1998). A vizsgálatok igazolták: a stressz helyzetekre először a balféltekei jutalomvezérelt rendszer (prefrontális dopaminerg rendszer) reagál, ami immunaktivációt eredményez, amikor azonban a megküzdés sikertelennek értékelődik, a jobb félteke aktivitása fokozódik, ami mind az állatkísérletek, mind a humán vizsgálatok szerint immunszuppresszív hatást eredményez (McGregor & Antoni, 2009). Fontos azonban megjegyezni, hogy a traumák, a kumulatív stressz és az immunparaméterek kapcsolatának vizsgálata számos ellentmondásos eredményt, megválaszolásra váró kérdést is felszínre hozott.

A stressz és a rákbetegségek, ezen belül is a mellrák összefüggéseit számos kutatás igazolja. Felmérések szerint, a tartósan fennálló stressz önmagában nem növeli a mellrák kockázatát, míg egy *súlyos trauma, veszteségélmény* igen. Több vizsgálat is igazolja *a megterhelő életesemények* (Ginsberg, Price, Ingram, & Nottage, 1996; Lillberg et al., 2003) a gyász (Levav et al., 2000) és a daganatos megbetegedés közötti összefüggést. Petticrew és munkatársai (1999) tizenöt kutatást összegző tanulmányukban a rák diagnózisát megelőző kedvezőtlen életeseményeket vizsgálták mellrákos nők körében.

Eredményeik szerint a rákban megbetegedő nők a diagnózist megelőző időszakban több mint kétszer annyi kedvezőtlen, lelkiileg megterhelő életeseeményt éltek át, mint az illesztett kontroll csoport tagjai (Petticrew, Fraser, & Regan, 1999).

A *distressz* a másik legtöbbet vizsgált pszichoszociális tényező. Általánosságban minden második betegnél regisztrálható. A leggyakoribb érzelmi zavar a depresszió, prevalenciája a betegség súlyossági fokával, valamint a fájdalomtünetekkel és a vitális ki-merültséggel arányban növekszik (Miller & Massie, 2010; Montazeri, 2008). A szakirodalmi adatok a hosszan elhúzódó és a súlyos depressziót összefüggésbe hozzák a rákkockázat növekedésével. Számos kutatási adat utal arra is, hogy a depresszió súlyossági foka jó bejósolója az életminőségnek, a betegség progressziójának és a mortalitásnak (Miller & Massie, 2010; Montazeri, 2008). A pszicho-neuro-immunológiai kutatások is igazolják a depresszió és a rákprogresszió számos összefüggő hatását (HHM tengely diszregulációja, csökkent immunmoduláció, stb.) ami új kutatási és kezelési irányokat nyitott meg (Spiegel & Giese-Davis, 2003). Jelentős mennyiségű szakirodalmi adat bizonyítja a pszichoszociális intervenciók érzelmi distresszre kifejtett jótékony hatását (Fors et al., 2011; Miller & Massie, 2010; Osborn, Demoncada, & Feuerstein, 2006).

Számos kutatás irányult a *személyiségvonások* és daganatos sejtburjánzás közötti összefüggések feltárására. LeShan (1977) már az onkopszichológia korai éveiben felhívta a figyelmet a lelki tényezők és egyes személyiségjegyek fontosságára. Temoshok 1985-ben leírta a C típusú, rákra hajlamosító (cancer prone) személyiséget. Az utóbbi évek vizsgálatai az életminőség, a megküzdés, a megküzdésben és alkalmazkodásban szerepet játszó személyiségjegyek vizsgálatának irányába mozdultak el. Számos ellentmondásos kutatási eredmény látott napvilágot, aminek nyomán felmerült a C típusú személyiségszerkezet újragondolásának szükségessége.

Az empirikus kutatások a személyiségvonások közül az *elnyomott érzelmek* (mindenekelőtt az elnyomott harag) kockázati hatását emelték ki (Garssen, 2004; Spiegel & Classen, 2000; Spiegel et al., 1998). Vizsgálták a gátolt érzelmi kifejezés immunológiai vonatkozásait is: a kutatási eredmények szerint az érzelmeket elnyomó betegek csoportjában szinte az összes keringő limfocita alcsoport aránya alacsonyabb volt, mint az érzelmi kifejezésben nem gátolt kontroll csoportban (Kovács, 2006). Fawzy (1993) a harag manifesztációját (agresszivitás, asszertivitás, ellenségesség, küzdés) védőfaktorként értelmezi, a pszicho-neuro-immunológiai vizsgálatok pozitív korrelációt mutatnak a harag

kifejezése és az NK-sejtek fokozott aktivitása között (Fawzy et al., 1993, Fawzy et al., 1990).

A személyiségvonások kérdéskörében a külső-belső kontroll attitűd konstrukciót vizsgálták behatóan. A *kontrollhit* központi fogalom az életeseményekhez való alkalmazkodásban, a betegségekkel való megküzdésben. A daganatos kórfolyamatban az érzelmi és viselkedési reakciókat alapvetően befolyásolja (Rozema, Vollink, & Lechner, 2009). Az észlelt kontroll helyének koncepciója arra vonatkozik, hogy az eseményekkel kapcsolatos okokat külső vagy belső tényezőknek tulajdonítjuk. Daganatos betegeknél a külső kontrollos személyiség a betegség okát és a kezelési lehetőségeket külső, a személy számára nem kontrollálható tényezőkhez kapcsolja. A belső kontrollos személyiség viszont belső, saját erőforrásaiban látja a kezelést, a gyógyulás lehetőségét. Több vizsgálatban kimutatták, hogy a belső kontrollos személyek nyitottabbak az egészségvédő életvezetésre, aktívabbak, hajlandóak tenni az egészségükért (Garssen, 2004).

A betegségfeldolgozás folyamatában a Lazarus-i coping-modell a *megküzdés* folyamatos változását írja le, mind a személyiségvonások, mind az aktuális élethelyzet, a kontextuális tényezők függvényében. Egyes vizsgálatok szerint a harcias, küzdő szellemű hozzáállás segíti az alkalmazkodást, növeli a túlélés esélyeit (Greer, Morris & Pettingale, 1979), ugyanakkor más kutatások ezt nem erősítik meg. Az adatok konzisztensebbek a maladaptív megküzdés vizsgálatában. Garssen (2004) összefoglalása szerint tendencia szintű összefüggés mutatható ki a tagadók csoportja és a jó prognózis között, és a reménytelenek csoportja és a kevésbé jó prognózis között. A többi megküzdési stílus bizonyítottan nem mutat együttmozgást a betegség prognosztikus faktoraival.

A *társas támogatás* fontosságára számtalan vizsgálat felhívja a figyelmet. Az egészségpszichológiai ismeret, mi szerint a társas kapcsolatok egészségvédő hatást fejtenek ki, igazolódtak rákos betegek esetében is. A betegség kialakulásában és prognózisában a társas támogatottság meghatározó jelentőségű. A beteg számára a kielégítő, jó színvonalú társas támogatás eredményeként növekszik a természetes ölésejt aktivitás, aminek nyomán a daganatprogresszió lassabbá válik (Spiegel et al., 1998). A nem kielégítő társas vagy családi kapcsolat, az elégedetlenség és bizalomhiány ugyanakkor rontja az immunparamétereket (Fawzy et al., 1993; Johansen, 2010). Egy vizsgálatban a diagnózis felállításától a kórlefolyás teljes időszakában vizsgálták a társas támogatás hatásait. Azok a mellrákos személyek, akik jó szintű, bizalmasnak megítélt kapcsolattal rendelkeztek, vagyis akik

mellett egy szerető, elfogadó társ állt, jóval kedvezőbb túlélési esélyt mutattak (72%), mint azok a betegek, akiknek nem volt ilyen kapcsolatuk (56%), ez a hatás a prospektív vizsgálat szerint éveken keresztül fennmaradt (Maunsell, Brisson, & Deschenes, 1995).

1.4. Összefoglalás

A daganatos megbetegedések növekvő tendenciát mutatnak. A nők körében világszerte, így Magyarországon is, az emlőrák a leggyakoribb rosszindulatú megbetegedés, az összes női daganat 18%-át teszi ki.

A női emlőrákok mintegy 90%-a szerzett megbetegedésnek mondható, mely a környezeti terhelő hatások és a belső fogékonyság kölcsönhatásában alakul ki. Genetikai hajlam a női emlőrákok 5-8%-ban van jelen. Ilyenkor az örökölt génhibák miatt a betegség fiatalabb korban jelentkezik, gyakori a családi halmozódás. Ezek a gének magas penetráció szinttel rendelkeznek, de többségük csak az életmódbeli és a környezeti negatív hatásokra aktiválódik. A hagyományos rizikó faktorok mellett (egészségtelen táplálkozás, inaktív életvezetés, káros szokások) további kockázatot jelent a korai menarche, késői menopausa, késői szülés, nulliparitás.

Az emlőrák medikális kezelése a műtéti beavatkozás (lumpectomia, mastectomia), a szisztémás kemoterápia, sugárkezelés, hormonterápia. A korai stádiumban diagnosztizált betegek 5 éves túlélése 80% körül mozog. A betegek 20-30%-nál teljes remisszió érhető el, 70%-ban parciális javulás.

A pszichoszociális tényezők jelentős szerepet játszanak a betegség kialakulásában, és a gyógyulási folyamatban egyaránt. A leggyakrabban vizsgált pszichoszociális változók: a stressz hatásmechanizmusai, életesemények, negatív érzelmek, elnyomott harag, érzelmszabályozás, személyiségvonások, megküzdés, társas támogatás. A kutatások vizsgálják a pszichoszociális tényezők, valamint az immunparaméterek, az életminőség, a kórlefolyás közötti összefüggéseket. Az összefoglaló tanulmányok a legtöbb esetben tendenciát, együttmozgást tudnak kimutatni, további kutatásokra van szükség a pszichoszociális tényezők összefüggéseinek és hatásfokának feltárása érdekében.

2. AZ EMLŐDAGANATOS BETEGEK ÉLETMINŐSÉGÉT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

2.1. Az életminőség általános definíciója – testi, lelki és szociális egészség

A boldogságot a legfőbb jónak kell tartani, de hogyan lehetünk boldogabbak? – tette fel a kérdést Arisztotelész mintegy 2300 évvel ezelőtt. Az emberiséget ősidők óta foglalkoztató kérdésre a modern kori tudomány az életminőség kutatásokkal keresi a választ. Először a társadalomtudományok vizsgálták a kérdést, a 60-as, 70-es években szélesebb körben is a kutatások tárgyává vált, mára interdiszciplináris tudománnyá nőtte ki magát.

A kezdeti koncepciók az élettel való elégedettség vagy elégedetlenség mutatójaként, az objektív helyzetek szubjektív értékeléseként értelmezték. Az orvostudomány keretein belül az egészséghez kapcsolódó életminőségre helyeződik a hangsúly, az egyéb, globálisan befolyásoló tényezők (jövedelem, általános életkörülmények, szabadságfok, stb.) nem kerülnek elemzésre. Ebben az értelmezésben az életminőség multidimenzionális fogalom, amely magában foglalja 1) a szomatikus állapotot és működésképeséget – a testi egészséget, 2) a pszichés állapotot és lelki-szellemi jóllétet – lelki egészséget, 3) a szociális működés jellemzőit a társas szférában – társas egészséget (Novák, Stauder & Mucsi, 2006). Az egyik legáltalánosabban elfogadott definíció Testa és Simonson meghatározása: az egészséggel kapcsolatos életminőség fogalma az egészség testi, pszichológiai és szociális területeit foglalja magába, annak figyelembevételével, hogy ezek elkülönülő, a páciens tapasztalatai, hiedelmei, elvárásai és percepciója által alapvetően befolyásolt területek (Testa & Simonson, 1996, hivatkozik rá Novák, Stauder & Mucsi, 2006). Ebben a megközelítésben hangsúlyt kap az a szubjektív dimenzió, ahogyan a beteg megéli és értelmezi egészségi állapotát, a diszfunkciók elfogadhatóságának mértékét.

A *testi egészség* a különböző szervek és szervrendszerek kiegyensúlyozott működését jelöli, a környezeti kihívásokhoz való alkalmazkodás és válaszkészség rugalmasságát és széles spektrumát, a betegségtől mentes állapotot. A testi egészséghez kapcsolódó életminőség felmérésére, az egészségi állapot jellemzésére kérdőíveket használnak, olyan tünetbecslő vagy a teljes/általános egészségi állapotot értékelő skálákat, amelyek a személy szubjektív értékelését kéri egészségi állapotáról. Ezek az egészségi

állapot önbecslésén alapulnak. Az egészségi állapot önbecslése a kutatások szerint viszonylag stabil jellemző, rendszerint nem csak a testi egészség szintjére vonatkozik, annál sokkal összetettebb, magában foglalja a lelki-érzelmi mutatókat, a kontroll képességét, a társas támogatás szintjét is, komplex képet felrajzolva a személy testi-lelki erőforrásainak állapotáról (Larsson, Hemmingsson, Allebeck, & Lundberg, 2002; Novák et al., 2006).

Kifejezetten a *lelki-érzelmi egészség/életminőség* vonatkozásában leggyakrabban a depresszió, szorongás, posttraumás stressz zavar jelenlétét vizsgálják. Ezek a tényezők általánosságban hátrányosan befolyásolják az életminőség megélését (Kopp, Csoboth & Purebl, 1999; Kopp & Pikó, 2006). Az *életminőség szociális szegmensét* mindenekelőtt a támogató társas kapcsolatok elérhetősége, az érzelmi közelségre való képesség jelöli. Számtalan tanulmány igazolja a család, a jól működő párkapcsolat, barátok egészségvédő szerepének fontosságát (Balog, 2008; Johansen, 2010; Kopp, Skrabski, Szekely, Stauder, & Williams, 2007). Az interperszonális bizalom mellett fontos, hogy az egyén a tágabb közösségben is otthonra leljen, egy adott közösség, kultúra szerves tagjának érezze magát, képes legyen annak értékeit, normáit, szabályait nagyrészt elfogadni (Kopp & Pikó, 2006).

Az egészséggel kapcsolatos életminőség vizsgálatok képviselik az egyik legátfogoóbb kutatási területet. Három markáns kutatás-módszertani irányba sorolhatók. Az első a feltáró jellegű, konkrét eseteket elemző, személyfókuszú, kvalitatív elemzések. A második, a leggyakrabban használt, a koncepciófókuszú kutatási irány, ide kis, közepes méretű mintákon standardizált módszerekkel végzett kutatások tartoznak (kérdőíves felmérések, kísérleti elrendezések, hatástanulmányok). Céljuk rendszerint folyamatok, jelenségek, mélyebb összefüggések feltárása, igazolása. A harmadik módszertani irány a populációfókuszú, nagyléptékű, reprezentativitásra törekvő mintákon felvett vizsgálatok. Ezek célja nagy társadalmi csoportok felmérése, széles körben általánosítható jelenségek, folyamatok vizsgálata, összefüggések feltárása.

Az elmúlt időszakban az onkológiai betegellátás, és klinikai kutatások szerves részévé vált az életminőség vizsgálat. Egy 1990 és 2000 közötti melldaganatos kutatások vizsgálati anyagát összefoglaló tanulmány szerint, az összes vizsgált nem biomedikális kimeneti változó 54%-a az életminőség volt (Mandelblatt, Armetta, Yabroff, Liang, & Lawrence, 2004).

Az életminőség kutatásokkal kapcsolatban számos kritikai észrevétel is megfogalmazódik. Felmerül az életminőség pontos definíciójának hiánya, az ebből adódó problémák: mi a mérés tárgya, a validitás kérdése, gyakran csak az egészségmutatók, a funkcionális kapacitás vizsgálata történik, és nem a leglényegesebb, a beteg véleménye, preferenciái. Az egészségi állapot változásával rendszerint az élethelyzet is változik (munkahelyi státusz, személyes kapcsolatok, anyagi helyzet, kötelezettségek, életvezetés, stb.), és jelentős változás történik magában a betegben is (énkép, testkép, érzelmi-hangulati státusz, kognitív működés, coping, stb.). Az életminőség-kérdőívek a funkcionális kapacitásra, különböző szerepekben történt változásokra, a napi feladatok teljesíthetőségére fókuszálnak, miközben figyelmen kívül hagyják azok individuálisan különböző jelentését és fontosságát (Kahán & Kovács 2006).

2.2. Az emlődagatanatos betegek életminőségét meghatározó tényezők

A világon sok millió ember él dagatanos betegséggel. A korai diagnosztizálás és az onkoterápiás kezelések hatása nyomán a várható élettartam kitolódik, a dagatanos betegek döntő többsége krónikus betegnek tekinthető. Ennek nyomán egyre inkább előtérbe kerül, és egyre jelentősebbé válik a dagatanos betegek életminőségének kérdése, a megfelelő szintű életminőség fenntartása és lehetőségek szerinti javítása a kórlefolyás minden egyes szakaszában (Coleman et al., 2008; Montazeri, 2008).

Az életminőség a kezelések hatásainak és mellékhatásainak, a betegségnek a személyes, szubjektív értékelése, amely nincs mindig összefüggésben az aktuális egészségi állapottal, a fizikai funkcionálitással, illetve a medikális mutatókkal. A malignus betegségek esetében az életminőség vizsgálata összetett folyamat – a medikális beavatkozások és kezelések jelentősen befolyásolják a betegek életminőségét (az életminőség mindhárom aspektusát), hosszú távon is jelentkező mellékhatásokkal, toxikus terheltséggel járnak.

A rák diagnóza

A betegek számára az egyik legnehezebb időszak a *dagatanos betegség gyanúja, a diagnózis felállítása*, majd a tényleges kezelések elkezdése közötti időszak. Ebben az időszakban a betegek megrendülést, mély lelki fájdalmat, összeomlást élnek meg, úrrá lesz

a pánik, a bizonytalanság, a félelem. Az életminőség romlása már ekkor elindul, annak ellenére, hogy a betegség tünetei és a kezelések mellékhatásai még nem jelentkeztek (Rowland & Massie, 2010). A beteg az élet végességével szembesül, a halál árnyéka jelenik meg, gyötrő félelemmel. A halálfélelem általában a betegség felismerésekor, az állapotromlás időszakában és a végstádiumban jelentkezik, gyakran szimbolikus formában – a kapcsolatok megszakadásától, izolációtól, elidegenedéstől való félelemként (Riskó, 1999).

Az emlőműtét

Az emlőműtét, a mell részleges vagy teljes amputációja sajátos lelki változásokat indít el. A test integritásának elvesztésével, a testkép változással elhatalmasodik a depresszió, a szorongás, erőteljes veszteségélmény jelentkezik. Sérül a teljes értékű nőiség és anyaság, a szexuális vonzerő – mindez komoly önértékelési zavarokat, szexuális problémákat, szociális elszigetelődést eredményezhet (Kiebert, 1991; Rowland & Massie, 2010; Riskó, 1999).

Az emlőmegtartó műtét lehetősége, a rekonstrukciós beavatkozások, a szilikon tartalmú implantátumok segíthetik a testkép változások nyomán létrejövő sajátos lelki teher oldását. Ezek a betegek a klinikai tapasztalat szerint általában pozitívabban élik meg testüket, kedvezőbb testképpel rendelkeznek, nagyobb az önértékelés és önbizalom szintje, elégedettebbek életükkel, szexuális magatartásuk kevésbé sérül, szexuális életük megközelítheti a megbetegedés előtti állapotot (Rowland & Massie, 2010; Kiebert, 1991; Kahán & Kovács, 2006; Juhos, 2006). Elder (Elder et al., 2005) olyan betegeket vizsgált, ahol a mastectomiát azonnali rekonstrukciós műtét követte. Egy évvel a beavatkozás után a betegeknél az illesztett csoporthoz (általános populáció) hasonló életminőséget mért.

Fontos megjegyezni, a témához kapcsolódó kutatásokat összefoglaló tanulmányok csak részlegesen igazolják ezeket a pozitív hatásokat (Irwig & Bennetts, 1997; Rowland & Massie, 2010). Parker (2007) három különböző típusú műtéten átesett betegcsoportnál (első csoport – csak mastectomia, második csoport mastectomia és rekonstrukciós beavatkozás, harmadik csoport emlőmegtartó műtét), vizsgálta a pszichoszociális alkalmazkodás jellegét és az életminőség alakulását rövid és hosszú távon. Sem a pszichoszociális alkalmazkodás általános mintázatában, sem az életminőség vonatkozásában nem talált különbséget a csoportok között (Parker et al., 2007). A klinikai tapasztalat alapján azonosítható a nők olyan csoportja is, akik erős félelmet élnek meg

annak kapcsán, hogy a részleges műtét rosszindulatú sejteket hagyhat a mellszövetben, így a mastectomiát választják (Juhos, 2006).

Kemoterápiás kezelések

A *kemoterápiás kezelések* kapcsán a betegek erőteljes félelmet élnek meg. Maga a daganatos betegség ténye is támadást szimbolizál az adott egyén testi integritása ellen, a kezelés magas szintű toxicitása csak fokozhatja ezt a belső képet. A hajhullás, megkopaszodás, bőrelváltozások, testsúlyváltozás szintén fokozzák az énkép, testkép sérülését, a szégyenérzet és izoláció felerősödését (Riskó, 1999; Rowland & Massie, 2010). Az agresszív- toxikus kezelések során szédülés, hasi diszkomfort, hányinger, hányás, testsúlycsökkenés, anaemia, étvágytalanság, dyspnoe, fájdalom stb. jelentkezhet, döntően farmakológiai okok miatt (Rowland & Massie, 2010; Silver, 2007).

Egy átfogó, 1974 és 2007 között publikált emlődaganatos életminőség vizsgálatokat összefoglaló tanulmány szerint a leggyakrabban vizsgált tünetcsoportok: a fáradtság/vitális kimerültség, limfödéma, a fájdalom és a menopauzához kapcsolódó tünetek (Montazeri, 2008).

A *fáradtság/vitális kimerültség* az egyik leggyakoribb tünet, rendszerint befolyással van más testi és lelki tünetekre (Byar, Berger, Bakken, & Cetak, 2006; Montazeri, 2008; Rowland & Massie, 2010) és erőteljes hatással van az életminőségre (Dagnelie et al., 2007; Kayl & Meyers, 2006; Montazeri, 2008; Rowland & Massie, 2010). Az életminőség egyik legfontosabb prediktora (Arndt, 2006; Montazeri, 2008). A *limfödéma* szintén rontja az életminőséget, rombolja a testhez kapcsolódó önbizalmat, csökkenti a fizikai aktivitást, hosszú távon is negatívan befolyásolja az étellel való elégedettséget (Beulac, McNair, Scott, LaMorte, & Kavanah, 2002; Ridner, 2005).

A műtét után jelentkező *fájdalom* egy vizsgálat szerint (n=529) a betegek 40%-át érintette, és rontotta az életminőséget (Caffo et al., 2003). A fájdalom intenzitását pszichoszociális tényezők (szorongás, stressz) is befolyásolják. Az erős szorongás és stressz élmény izom feszültséggel párosul, a figyelem a fájdalomra összpontosul, ezáltal a fájdalomérzékenység növelését, a fájdalomtolerancia csökkenését eredményezheti (Tiringer, 2007). A fájdalom összetett jelenség, az organikus elváltozás, személyiségvonások, érzelmi-hangulati állapot, kultúra, a beteg aktuális körülményei, mind befolyásolják. Elterjedt nézet, hogy a rákbetegséghez erős fájdalomélmény kapcsolódik, és hogy a fájdalom jellege, intenzitása összefüggésben van a betegség súlyosságával. Ez a tény

nagyban nehezíti a fájdalomtünetek megélését és elviselését (Riskó, 1999; Rowland & Massie, 2010).

Hormonális kezelések

A *hormonális kezelések* nem kívánt szomatikus és pszichés mellékhatásai a hőhullámok, emlőfeszülés, osteoporózis, alvászavar, hangulati labilitás, depresszió, libidócsökkenés (Costantino, 2002; Fallowfield, 2004; Rowland & Massie, 2010; Grimison & Stockler, 2007). Conde (2005) vizsgálatában a *menopauzális tüneteket* hasonlította össze mellrákos és nem beteg nők között. A tünetek prevalenciájában és jellegében nem talált jelentős eltérést, viszont a szexualitás vonatkozásában a beteg asszonyok jóval kisebb gyakoriságú szexuális életről számoltak be (Conde et al., 2005). Pumo és munkatársai (2012) kutatásában a betegek 36%-nál regisztráltak szexuális zavarokat, összefüggést találtak az érzelmi zavarok (elsősorban depresszió) gyakorisága és a szexuális zavarok súlyossága között, a prevalenciát illetően a fiatalabb korú, a férjezett és az alacsonyabb képzettségű betegeknél fordultak elő ezek a problémák (Pumo et al., 2012).

A kezelésekkel és az életminőséggel kapcsolatos egyéb kérdések

A hagyományos daganatkezelések a betegek életminőségének mindhárom síkját befolyásolják. Vizsgálatok azt is elemzik, hogyan alakul a betegek fizikai, kognitív, érzelmi, társas működése a kezelések után. Az eredmények eltérőek. Egyes szerzők korai stádiumban feltárt betegség esetén nem mértek jelentős romlást a testi/fizikai működésben (Moro-Valdezate, 2013; Schouet al., 2005), más szerzők (Bloom, Petersen, & Kang, 2007; Ganz et al., 2004), Klein (2011) populáció fókuszú vizsgálatához hasonlóan azt találták, hogy a daganatos betegek fizikai működése rosszabb, mint az általános népességben. A kognitív működést illetően leggyakrabban figyelemzavart, koncentrációs és emlékezési nehézségeket figyelnek meg, ami a kemoterápiás kezelések hosszú távú károsító hatásához kapcsolható (Klein et al., 2011).

Számos kérdést vet fel *a súlyos, terminális állapotban lévő betegek kezelése*. Nem ritkán az élet meghosszabbítása csak erőteljes életminőség romlás mellett lehetséges. Az élet meghosszabbítása nem mindig egyértelmű. Di Maio (2003) vizsgálata szerint a betegek közel 70%-a dönt a kemoterápia mellett, ha jelentősen csökkenthetők a betegség megterhelő tünetei, még akkor is, ha nincs esély az élet meghosszabbítására, de a betegek mindösszesen 22%-a választja a kemoterápiát, ha csak három hónapnyi élet meghosszabbítás remélhető (Di Maio & Perrone, 2003).

Fontos kutatási terület annak vizsgálata, hogy az életminőség milyen hatással van a túlélésre, az életminőség-mutatók képesek-e bejósolni a hosszabb távú életben maradást. Montazeri (2008) 104 tanulmány összefoglaló elemzésében azt találta, hogy a kutatások túlnyomó többségében ez az összefüggés igazolható (Montazeri, 2008). Az általános életminőség, vagy annak egyes aspektusai (funkcionalitás, tüneti mutatók) fontos prediktorai a túlélésnek (a demográfiai és az ismert klinikai prognosztikai tényezők kizárása után). Egyes vizsgálatok azt igazolják, hogy a diagnózis-alkotás és kezelések idején regisztrált (kiindulási) életminőség jó prediktora a túlélésnek, de csak az előrehaladott stádiumban feltárt malignitásnál. A korai stádiumban diagnosztizált betegeknél viszont nem (Coates et al., 2000). Egy nagyobb mintán (n=448) történt vizsgálat szerint az áttét nélküli betegeknél a kiindulási életminőség nem bír prognosztikai jelentőséggel (Efficace, Biganzoli, et al., 2004). Néhány kutatás eredményei szerint az életminőség egyes testi működésre, fizikai állapotra vonatkozó aspektusai, mint a fájdalom (Luoma et al., 2003) vagy az étvágytalanság (Efficace, Biganzoli, et al., 2004) előrehaladott állapotú betegeknél szignifikáns kapcsolatot mutatott a túléléssel.

A klinikai tapasztalatok, illetve az utóbbi évek kutatásai arra hívják fel a figyelmet, hogy az életminőségét befolyásolja, és jelentős mértékben javíthatja a betegek körültekintő tájékoztatása, illetve a kielégítő, segítő, támogató *orvos-beteg kapcsolat*. *„Az orvossal történő bizalmas beszélgetéssorozat a legmegfelelőbb lehetőség arra, hogy a betegben fokozatosan, személyisége érettségének, aktuális lelkiállapotának megfelelően, reá szabottan tudatossá tegye a betegséget és a szükséges tennivalókat”* (Riskó, 1999, old. 38). Husson (2011) összefoglaló tanulmányában kiemeli: azok a betegek, akik megfelelő tájékoztatást kaptak betegségükről, akik nem tapasztaltak kommunikációs akadályokat, általánosságban magasabb szintű életminőséget mutattak, alacsonyabb szintű depresszióval és szorongással (Husson, Mols, & Van de Poll-Franse, 2011).

2.3. Szocio-demográfiai, szocio-ökonómiai jellemzők és kapcsolatuk az életminőséggel

életkor

Az epidemiológiai felmérések szerint a daganatos megbetegedések szinte minden korosztályt érinthetnek, egyre több fiatalnál diagnosztizálnak malignus betegséget. A rák

zömmel a középkorostályhoz és az idős korhoz köthető betegség. A megbetegedések több mint 50%-a a 65 évnél idősebb korosztályt érinti. Idős korban nőknél az emlő karcinóma mellett az ovárium- és méhdaganat, a bőr-, tüdő- és emésztőszervi rákok fordulnak elő jelentős arányban. A megbetegedések 85 éves kor felett csökkennek, de az emlő karcinóma incidencia ebben az életkorban is növekszik. A kor előrehaladtával növekszik a szervezet terheltsége, az endokrin, metabolikus változások, az immunrendszer csökkent hatékonyságú működése (DNS repair funkció), mindez növeli a DNS károsodás lehetőségét (Oláh, 2002; Miller & Massie, 2010).

Az idősebb embereknél gyakoribb a depressziós tünetegyüttes. A 65 év feletti lakosság körében háromszorosára növekszik a közép súlyos-súlyos depressziós tünetegyüttes jelenléte a 65 év alatti generációhoz képest. Növekszik a vitális kimerültség, reménytelenség, szorongás, mindez az életminőség romlásához vezet. A depresszió növelheti a pro-inflamatoros citokinek termelését, így módon fokozva a betegség kialakulásának esélyét (Miller & Massie, 2010). Az időskorúak gyakran nem vesznek tudomást a tünetekről, azokat félreértelmezik, így nem kerülnek idejekorán orvosi ellátásra, a diagnózis felállítása csak előrehaladott állapotban történik. A betegek 90%-nál kísérő időskori betegségek is jelen vannak (kardiovaszkuláris, reumatológiai betegségek), ami tovább nehezíti a kezelést és nagyban rontja az életminőséget (Rowland & Massie, 2010).

A fiatalabb betegek körében is csökkent életminőségi mutatók mérhetők. Az 50 évnél fiatalabb pácienseknél, viszonyítva az 50 évnél idősebb páciensekhez, lényegesen rosszabb az általános életminőség, az érzelmi és szociális jóllét, és magasabb a depresszió. A fiatalabb betegek körében a kemoterápiás szisztémás kezelések több mellékhatással járnak. A megváltozott hormonműködés a szexuális funkciók zavarát okozhatja, ennek nyomán az intim szféra sérül, mind érzelmi, mind testi síkon zavart szenved a házasság, a párkapcsolat (Montazeri, 2008; Rowland & Massie, 2010).

nem

Nőknél az emlőrák a leggyakoribb malignus megbetegedés, minden tizedik nő érintett. Az emlőrák szinte kizárólag csak nőknél jelentkezik (99%), a férfiak körében igen ritka (1%) (Coleman, 2008; WHO, 2008). Magyar mintán Dégi (2008) a Hungarostudy 2002 országos reprezentatív kutatás elemzésében a női nemhez tartozásban kétszeres kockázatot talált onkológiai megbetegedésre, mint a férfi nemhez (Dégi, 2008).

iskolai végzettség

Az egészségpszichológiai vizsgálatok a magas iskolai végzettség egészségvédő hatását emelik ki. A képzettség pozitívan befolyásolja a társadalmi mobilitást, nagyobb hozzáférhetőséget ad a társadalmi erőforrásokhoz, önmagában is esélyerősítő. Az onkológiai kutatásokban is ezt az összefüggést emelik ki a kutatók. Az iskolázott betegek körében gyakoribb az életmódváltás a diagnózist követően, többen fordulnak az egészséges életvezetés felé. Az alacsonyabb végzettségűek kevésbé ismerik a diagnózist, kevésbé tájékozottak a kezelések vonatkozásában, gyakoribbak a kommunikációs nehézségek az orvos beteg kapcsolatban (Fernandes-Taylor & Bloom, 2010).

szociális státusz, anyagi jóllét

Számos vizsgálat igazolja, hogy az anyagi helyzet és az ettől nem elválasztható szociális státusz összefüggésben van mind a testi, mind a lelki egészséggel, az életminőséggel. A magasabb társadalmi pozíciót betöltő személyek és társadalmi csoportok elégedettebbek, egészségmutatóik is jobbak. Fontos kiemelni, hogy a hátrányos szociális helyzet nem önmagában, hanem az ennek kapcsán észlelt lemaradás és kontrollvesztés élményével függ össze, valamint olyan áttétes tényezőkkel, mint a depresszió, vitális kimerültség, társadalmi bizalmatlanság (Kopp, Skrabsky & Szedmák 2000; Kopp, 2006; Fernandes-Taylor, 2010). A szociális háttér az informáltság, a betegségekhez kapcsolódó általános tájékozottság vonatkozásában is meghatározó. A kedvezőtlen szociális helyzetű emberek tudás hiányában kevésbé ismerik fel a betegségjeleket, azokat ignorálják, nem fordulnak időben orvoshoz (Fernandes-Taylor, 2010). Kutatások arra is rámutattak, hogy a hátrányos szociális háttér befolyásoló hatással bír mind az életminőségre, mind a túlélési kilátásokra (Kissane, 2009).

családi állapot

Sokszorosán igazolt egészségpszichológiai tény, hogy a társas kapcsolatoknak meghatározó szerepe van mind az egészségvédelemben, mind a betegség kialakulásában, fejlődésében, prognózisában. A jó színvonalúnak megélt, bizalmon alapuló kapcsolatok szoros összefüggést mutatnak mellrákos nőknél a megküzdéssel, az életminőséggel és a túléléssel (Reynolds et al., 1994). Azok az asszonyok, akik a diagnózisközlés idején kielégítő társas kapcsolattal rendelkeztek, hosszabb túlélésre számíthattak. Náluk a túlélési esély 70% körüli volt, míg a jó társas kapcsolattal nem rendelkező betegtársaik esetében ez az esély 15%-kal alacsonyabb volt (Maunsell, Brisson, & Deschenes, 1995).

A családi kapcsolatok minősége, a beteg családi támogatottsága fontos szerepet játszik a műtéttel kapcsolatos stressz- és szorongásszint alakulásában is. Magyar mintán Balogh és Dégi (2005) a társas és családi kapcsolatokkal való elégedettséget vizsgálta malignus mell-daganatos, benignus mell-daganatos és vakbélgyulladásos nők körében (Balogh & Dégi, 2005). Eredményeik szerint azok a betegek, akik elégedetlenek voltak a családi támogatottsággal, a műtét kapcsán nagyobb stresszt és erősebb szorongást éltek meg, kevésbé voltak optimisták.

2.4. Érzelemszabályozás

2.4.1. Az érzelmi distressz és a daganatos megbetegedés

Már Galenos is felvetette a mellrák és a melankólia közötti összefüggés lehetőségét, a modern szakirodalmi adatok igazolják a pszichés zavarok jelenlétét mind a beteggé válás folyamatában, mind a daganatos kórlefolyásban (Miller & Massie, 2010; Silver, 2007).

A daganatos betegek közel felénél találunk pszichés zavarokat, ezek többnyire adaptációs zavarok, szorongásos zavarok és depresszió. Pszichoorganikus szindróma mintegy 4%-ban fordul elő (Veres, 2006a).

A diagnózis közlésekor a betegek akut stressz reakciót élnek meg, a kórlefolyás további szakaszaiban adaptációs zavarok jelentkeznek, a mindennapi életvezetést átszövi a szorongás és a depresszió. Az *akut stressz reakció*ban regresszió, beszűkült tudatállapot jön létre, a környezet ingerei megváltoznak, kábulat, tompaság, csökkent orientáció és realitáskontroll alakul ki, intenzív testi tünetekkel (tachikardia, remegés, verejtékezés) (Veres, 2006a).

A rák diagnózisa nyomán *erőteljes félelmek* jelennek meg, klinikai tapasztalatok alapján (Riskó, 2006c) öt nagy félelem-csoport azonosítható:

1. *Félelem a haláltól*: a rákbetegség a köztudatban a halálos ítéletet jelenti. Megjelenik a félelem a megszűnéstől, a megsemmisüléstől, az elválástól, a kapcsolatok megszakadásától, izolációtól, magánytól.

2. *Félelem a függetlenség elvesztésétől*: félelem, hogy az évek alatt kialakított önállóság, kontroll elveszik, a beteg kiszolgáltatottá válik, mások segítségére szorul.

3. *Félelem a műtétektől, az invazív, toxikus kezelésektől*, a kellemetlen mellékhatásoktól, a testi integritás elvesztésétől.

4. *Félelem a fájdalomtól*: a köztudatban a malignitás összekapcsolódik a fájdalommal. A testi fájdalom fontos tünet, gyakorisága, intenzitása összefügghet a kórfolyamat súlyosságával, a terminális állapotot erőteljes fájdalom jellemzi.

5. *Félelem az alkalmazkodási nehézségektől*: a betegől az új helyzet számtalan területen kíván meg alkalmazkodást – a megváltozott élethelyzethez, kezelésekhöz, kórházhoz, kezelői személyzethez, családhöz, betegtársakhoz, ellenőrző vizsgálatokhoz, állapotromláshoz, gyógyuláshoz, az életbe való visszatéréshez, stb.

A betegeknél a szorongás, fluktuálón tudatosuló rémület mellett gyakran megjelenik a gondolkodási folyamatok és a koncentrációs készség gátlás alá kerülése (Riskó, 1999; Rowland & Massie, 2010). A félelem/szorongás szintje a veszélyeztetettség érzet függvényében alakul. Megkülönböztethető az alkalmazkodási zavar szorongásos tünetekkel, ami a diagnózis által okozott intenzív stressz hatásokra adott reakció, a reaktív szorongás, ami elhúzódó és súlyosabb tüneteket mutat, az organikus szorongás szindróma és a szorongásos betegség (Levin & Alici, 2010).

A daganatos betegekre egy sajátos szorongásos tünetegyüttes is jellemző, a *Damoklész kardja szindróma*, ami elhúzódóan, vagy újra és újra fellángolva jelentkezik, – a daganat kiújulásától, az állapot rosszabbodásától való erőteljes félelemben ölt formát. Súlyossági foka összefüggést mutat premorbid személyiségvonásokkal, mint alacsony önértékelés, nem megfelelő kudarcűrítés, az aktuális érzelmi és szociális helyzettel, a társas támogatás jellegével (Riskó, 1999). A szorongásos zavarok prevalenciája változó, 10-30% körül mozog (Levin & Alici, 2010).

Általánosságban a *szorongásos és depressziós zavarok együttes, kevert formája* a jellemző. Az epidemiológiai vizsgálatok 50% körüli prevalenciát mérnek (Zabora, Brintzenhofe, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001; Miller & Massie, 2010), ezek többnyire adaptációs zavarok szorongással, depresszióval. Derogatis (1983) a betegek 47%-nál, talált pszichés rendellenességet, ezek zöme reménytelenség, lemondás, depresszió, a terminális betegeknél sürgetett halálvágy (Derogatis et al., 1983).

Polsky (2005) egy több mint 8000 főre kiterjedő követéses vizsgálat nyomán elemezte a *depresszió* jelenlétét a leggyakoribb betegség típusoknál (daganatok, szív és érrendszeri betegségek, krónikus tüdőbetegségek, arthritis, diabetes) (Polsky et al., 2005).

Eredményei szerint a daganatos betegeknél volt a legnagyobb a depresszió aránya. Klinikai szintű depressziót a betegek 13%-nál mért. Egy másik átfogó vizsgálat (Onitilo, Nietert, & Egede, 2006) egy különösen nagy reprezentatív betegmintán (n=10025) követte a depresszió és a malignitás összefüggéseit egy prospektív kutatási folyamatban, 8 éven keresztül. Négy betegcsoportot különítettek el: 1. jelen van mind a depresszió, mind a daganat, 2. csak daganatos betegség van jelen és nincs depresszió, 3. csak depresszió van jelen és nincs daganat, 4. nincs daganatos betegség és nincs depresszió. A klinikai szempontból releváns tényezőket kontrollálva kimutatták: a depresszió és a daganat együttes jelenléte hordozza a legnagyobb mortalitási kockázatot.

Specifikusan emlő daganatos kórképeknél, a más malignus megbetegedésekhez hasonló adatokat találunk. Azonos tünetcsoportokat regisztrált (szorongás, depresszió, distressz), számos szerző (Fann et al., 2008; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008), míg mások alkalmazkodási zavarokról és a társas kapcsolatok beszűküléséről számoltak be (Vos, Visser, Garssen, Duivenvoorden, & de Haes, 2006). Ezek a tünetek gyakran a fájdalomtól, az állapotromlástól való félelemhez, a kezelések kellemetlen mellékhatásaihoz kapcsolódnak (Reddick, 2005). Egy 20 év vizsgálati anyagát összefoglaló tanulmány mellédaganatos nők 10-25%-nál ír le major depressziót (Fann et al., 2008).

A látszólag nem teljesen koherens szakirodalmi adatok háttérében eltérő módszertani megközelítések állnak: keresztmetszeti vizsgálatok, csoportos kísérleti programok, a betegség stádiuma, a pszichoszociális tényezők, a kutatás körülményei, stb., mind befolyásoló faktorok, mint ahogy az eltérő diagnosztikai kritériumok, vizsgáló eszközök, tesztek használata is.

A témában *magyar mintán* kevés számú felmérés történt. A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív vizsgálat, (a magyar felnőtt lakosság testi és lelki egészségi állapotának felmérése az egészségi mutatók és a környezeti, szociális és gazdasági háttértényezők összefüggésében), eredményei szerint a klinikailag szignifikáns depresszió előfordulási gyakorisága a daganatos nők körében 28,5%, a daganatos férfiak körében 27,4% volt (Dégi, 2008). Egy másik magyar vizsgálatban több nagy onkológiai centrum bevonásával vizsgálták a distressz mértékét. Összesen 924 (a daganattípus szempontjából vegyes csoport) adatait elemezve 38%-ban találtak a normális mértéktől eltérő szorongást (Muszbek et al., 2006). Egy Erdélyben, magyar és román ajkú betegeken végzett vizsgálat, (a depresszió prevalenciája demográfiai, medikális, életmód és pszichoszociális tényezők összefüggésében), eredményei alapján a kórházban kezelt betegek mintegy fele klinikai

szintű depresszióban szenved, ebből 17%-nál közép súlyos, míg 31%-nál súlyos depressziót mértek. A betegek 23%-a az enyhén súlyos szubklinikai kategóriába tartozik. A klinikai depresszió határértékét átlépő betegek és klinikai határérték alatti betegek között a demográfiai és szocioökonómiai vonatkozásban eltéréseket találtak. Nagyobb arányban fordulnak elő a klinikai csoportban idősödő felnőttek (25%), mint a nem klinikai csoportban (9,6%), özvegyek (29% versus 17%), alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők (27% versus 15%), hátrányos szocioökonómia helyzetben élők (42% versus 31%). A szerző vizsgálatában a prevalencia mellett a klinikai szintű depressziós tünetegyüttes prognosztikai tényezőit is elemezte. Ebben a női nem, a magas érzelmi központú megküzdés és reménytelenség, az alacsony életminőség, a magas vitális kimerültség, a diszfunkcionális attitűd, a vonásszorongás, a magas betegségteher és magatartási gátlás, az alacsony érzékelési és koherencia érzés, valamint a gyermekkor kedvezőtlen értékelése jelent meg bejósoló tényezőként (Dégi, 2009).

A depresszió, a szorongás megjelenése és súlyossága számos tényezővel mutat összefüggést – a rák típusa, gyógyítható vagy gyógyíthatatlan volta, a kezelésekhez kapcsolódó tünetek életminőségre gyakorolt hatása (Burgess et al., 2005), a beteg társas támogatottsága, pszichoszociális háttér, a diagnózis óta eltelt idő, de a premorbid személyiségvonások, a megküzdés jellege, mind befolyásolják az érzelmi distresszt, a depresszió és a szorongás megjelenését (Fann et al., 2008; Burgess et al., 2005).

A diagnózistól és kezelésektől eltelt idő függvényében jó kilátások esetén csökkennek az érzelmi zavarok. Burgess (2005) vizsgálata szerint a diagnózist követő első évben a depressziós és szorongásos zavarok eléri az 50%-ot, a második évben ez az érték lecsökken 25%-ra, majd az ötödik évben 15%-ra (Burgess et al., 2005). A kórlefolyás előrehaladtával azonban erőteljesen növekszik az érzelmi distressz prevalenciája, az érték megközelítheti a 75%-ot is (Horváth & Telekes, 2006). Szoros összefüggés található a depresszió és szorongás között, a betegek 35%-ra jellemző ez az érték, és az öt éves utánkövetés során nem regisztráltak jelentősebb tünetcsökkenést (Hopwood, Sumo, Mills, Haviland, & Bliss, 2010). Az állapotromlással súlyosabbá válnak az érzelmi tünetek is. Grabsch (2006) előrehaladott stádiumú betegeknél 42%-ban talált pszichiátriai zavarokat, ebből 36%-ban depressziót, szorongást, vagy mindkettőt, ami az életminőséggel szoros kapcsolatot mutatott (Grabsch et al., 2006).

A betegekre jellemző lehet az úgynevezett *Kindlig-jelenség*. A kontrollok előtt jellemzően felerősödik a bizonytalanság, erősebbé válik a szorongás, a depresszió,

hasonlóan, mint a visszaesések, állapotromlás, az újabb műtétek, kezelések időszakában (Veres, 2006). Fontos tényező, hogy a vizsgálatok alátámasztották azt a feltevést, mi szerint a betegek kezelésében használt egyes hatóanyagok, mint a corticosteroidok, egyes citokinek, hormonális kezelések, kemoterápiás hatóanyagok hozzájárulnak a depressziós tünetek kialakulásához, erősödéséhez (Miller & Massie, 2010).

2.4.2. Az érzelmi distressz és az életminőség összefüggései

Az érzelmi distressznek az életminőségben meghatározó szerepe van. A klinikai vizsgálatok, összefoglaló tanulmányok igazolják jelentős, az életminőséget negatívan befolyásoló hatását. A depresszió önmagában is kifejezett életminőség romlást indukál, daganatos betegséggel társulva mindez fokozódik.

Montazeri (2008) egy kifejezetten nagy adatbázist, az 1974-2007 között publikált emlőrákos életminőség vizsgálatokat (477 tanulmány) összesítette. Az érzelmi distresszre vonatkozó fejezetben kifejti: szinte valamennyi tanulmány korrelációt mutatott ki az életminőséggel. A depresszió és a szorongás elsősorban az életminőség általános (szubjektív) megítélésére van hatással, ugyanakkor befolyásolja az életminőség rész területeit is, mint: a lelki egészség, érzelmi működésmód, a társas kapcsolatok, szexuális működés, a betegséghez kapcsolódó tünetek megélése. Groenvold (2007) vizsgálatában (n=1588) a megfelelő szintű érzelmi működés prediktora az életminőségnek, az alacsony szintű kimerültség/fáradtság független bejósolója a kiújulás-mentességnek és az élethossz növekedésnek (Groenvold et al., 2007).

A csökkent szintű életminőség ugyanakkor visszacsatoló hatással van a hangulati állapotra. Az életminőség egyes alskálái, mint a kimerültség, csökkent fizikai és társas funkcionalitás, valamint a premorbid érzelmi zavarok összefüggésben állnak, bejósolói a hosszú távú depressziónak (Aass, Fossa, Dahl, & Moe, 1997). Azoknál a betegeknél, ahol az optimizmus a súlyos betegségteher ellenére is megmarad, mind testi, mind lelki síkon kedvező állapot alakul ki. A diszpozicionális optimizmus megléte a diagnózis közléskor és az azt követő időszakban, jobb életminőséggel, és kevesebb tünettől járt együtt, ugyanakkor megbízható előrejelzője egy évvel a műtét utáni magasabb szintű érzelmi és szociális működésnek (Schou, Ekeberg, Sandvik, Hjermsstad, & Ruland, 2005).

Összességében megállapítható, hogy a negatív affektivitás nem csak az életminőségre van hatással, de a túlélésre is jelentős befolyással lehet (Montazeri, 2008). A

depresszió egészségkárosító hatása elsősorban a HHM tengelyt érinti, neuroendokrin szabályozási zavarokat létrehozva (fokozott corticotropin-releasing hormontermelés és interleukin felszabadulás, hiperkortizolizmus, stb.). Továbbá csökkenhet a hippocampus térfogata, a test zsírtérfogata és inzulinrezisztenciája növekszik, véralvadásos és gyulladásos folyamatok indulnak meg, immunszuppresszió alakul ki (NK sejtek száma, aktivitása csökken), stb. (Miller & Massie, 2010).

A depresszió és szorongás időben történő felismerése és gyógyszeres illetve pszichés támogatása kulcsfontosságú. Alapvetően meghatározza a beteg életminőségét, nagyban segítheti a beteg együttműködését, a küzdő szellem felébresztését, a megküzdés eredményességét (Miller & Massie, 2010, Montazeri, 2008).

2.5. Az individuális jellemzők és kapcsolatuk az életminőséggel

2.5.1. Megküzdés, személyiség

A személyiség és az individuális jellemzők vizsgálatában három fő kutatási irány ismerhető fel. Az első a premorbid személyiség szerkezetét és a rákbetegekre jellemző elhárító mechanizmusokat (szociális normákhoz való túlzott alkalmazkodás, elfojtás, tagadás) vizsgálja, a másik irány a premorbid élethelyzeti előzményekre fókuszál (elsősorban a tárgyvesztést követő depresszió vizsgálata). A harmadik, az elmúlt időszakban markánsan kirajzolódó kutatási vonal, részben a személyiségelméletek ellentmondásossága, részben a daganatos megbetegedések nagy száma miatt, elsősorban a megküzdésre, és az életminőség átfogó vizsgálatára, mindenekelőtt a pszichológiai, viselkedési tényezőkre fókuszál, és kevésbé az etiológiában szerepet játszó személyiség faktorokra (Kulcsár, 1993).

2.5.1.1. A premorbid személyiség vizsgálata

A kardiovaszkuláris megbetegedések kóroktanában bizonyítottan szerepet játszó A típusú személyiségmintázat, magatartási és emocionális stílus mintájára születtek azok a próbálkozások, melyek a daganatos megbetegedések hátterében meghúzódó személyiségvonásokat voltak hivatottak felvázolni.

A C típusú, rákra hajlamosító (cancer-prone) személyiségjellemzők leírásában úttörő jelentősége van Laurence LeShan munkásságának, aki már az 50-es években felhívta a figyelmet a rák etiológiájában szerepet játszó pszichés tényezőkre (LeShan, 1977). Több száz daganatos beteg megfigyelése és kezelése nyomán fejtette ki nézeteit. Betegeinél hosszú, több órás mélyinterjúkat készített, projekciós tesztek (Rorshach és TAT), valamint kérdőívek (Worthington Personal History Test) alkalmazásával részletes személyiség vizsgálatokat végzett. A betegek egy részénél lehetőség volt retrospektív elemzésekre is, tanulmányozta a betegek korábbi naplójegyzeteit, levelezését, verseit. „A rák jelenléte jelzés, hogy valami más nincs rendben a beteg életében...” (LeShan, 1977, old. 2). Meglátása szerint a betegek jelentős hányadánál már évekkel, egyeseknél akár évtizedekkel a diagnózis felállítása előtt megkérdőjeleződött az élet értelme, amelynek nyomán megjelent a tehetetlenség, élettelenység, esetenként manifeszt halálvágy. Mindezzel együtt járt a társas kapcsolatok szűkülése, befelé fordulás. Az évekre visszanyúló öndestruktív pesszimizmus mellett fontos megfigyelése volt, hogy a betegeknél a negatív érzelmek kifejezése gátlás alatt van, a haragot, neheztelést nehezen, vagy egyáltalán nem tudták kifejezni.

Más kutatók is kiemelik a rák patogénízisében megjelenő elfojtást, a környezethez való túlzott alkalmazkodás, megfelelni vágyás jelenlétét. Riskó (2006c) klinikai tapasztalata szerint a leggyakrabban használt elhárító mechanizmusok az elfojtás, tagadás, projekció, projektív identifikáció, regresszió, racionalizáció, deperszonalizáció. Spiegel, Giese-Davis, (Spiegel & Classen, 2000; Spiegel, 1997; Giese-Davis et al., 2002) alapvetően két típusú érzelmi szabályozást tapasztalt az érzelmi feldolgozást és kifejezést segítő szupportív – expresszív csoportterápiás munka során, ezek: az elfojtás és a visszafojtás.

LeShan (1977) a totális elfojtás alapvető jelentőségét hangsúlyozza: a betegnek két útja van, az önmagáról való lemondás mások szeretetéért, vagy a saját én előtérbe helyezése, amikor elveszti mások szeretetét. Ez a feloldhatatlannak megélt helyzet hozza felszínre a reménytelenség érzését, aláássa az önbizalmat, ami nem elsősorban depresszióban ölt kifejezést, hanem többé-kevésbé tudatos élettágadáshoz, élettelenységhez, halálvágyhoz vezet. Ezeknek a lelki szenvedéseknek, mély kilátástalanságnak a megjelenése szomatikus síkon a betegség. „A kétségbeesés, mint alap élet irányultság” (LeShan, 1989, old.105) a legtöbb daganatos betegnél felszínre jött a pszichoterápiában. A betegekkel való munkában hangsúlyozza: *”lehetőség van arra, hogy figyeljünk és felelősséget vállaljunk másokért, anélkül, hogy feláldoznánk a saját életünket”* (LeShan,

1977, old.182). Kulcsár (1993) összefüggést lát LeShan nézetei és Angyal a vikariáló életformáról, a genuin késztetések elnyomásáról szóló leírása között. Ebben az értelmezésben a gyógyítás, a pszichoterápia egyik legfontosabb célja a betegben jelen lévő autonóm és homonóm tendenciák tudatosítása, összehangolása.

LeShan elemzései és más hasonló vizsgálatok nyomán körvonalazódott *a rákra hajlamosító, C típusú személyiség szerkezet*, amelyet Temoshok (1985) saját, melanómás betegekkel folytatott kutatási eredményei alapján összegzett. Legfőbb jellemvonásai a negatív érzelmek és indulatok kifejezésének képtelensége, és elfojtása, tartózkodás, igyekszik mindenkinek megfelelni, mások kedvére tenni, önmagát, saját igényeit háttérbe szorítja, elhanyagolja, merev, fél a változástól. Bishop (1990) sokéves pszichoterápiás tapasztalata szerint a változástól való félelem, merevség, a megoldhatatlannak tűnő élethelyzetekben válik veszélyessé, amit a beteg sem megváltoztatni, sem kibírni nem tud. Ezeket a helyzeteket életcsapdának nevezi. A rákra hajlamos személyiség szerkezet a stressz kezelésének egy sajátos formáját alkalmazza, a konfliktusok tagadását, kerülését – a represszív megküzdési módot.

Az elmúlt évek empirikus kutatási anyaga azonban nem támasztja alá a személyiségjegyek meghatározó szerepét a rák kóroktanában (Spiegel & Kato, 1996, Schapiro et al., 2001, Lillberg et al., 2003, Schraub, Sancho-Garnier, & Velten, 2009). Bár a korai klinikai megfigyelések igazolva látták egyes személyiségvonások jelenlétét a daganatos megbetegedésben, számos módszertani problémát vet fel annak megítélése, hogy vajon az adott karakterjegyek (pl.: az életkilátások bizonytalansága, reménytelenség, depresszió) kiváltó okai, vagy következményei-e a betegségnek. Spiegel nyomatékosan arra hívja fel a figyelmet, hogy a személyiségvonások, mint kauzális tényezők hangsúlyozása stigmatizáló lehet. A beteg törekény lelki-érzelmi állapotát rombolja, fokozva a szorongást, bűntudatot, önvádlást, hosszabb távon az egészségmagatartást és az egészségi állapotot is negatívan befolyásolva (Spiegel & Kato, 1996, Spiegel, 1997). Ez a megközelítés a terápiás folyamatot is módosíthatja: a trauma feldolgozása során a terapeuta tudattalanul is a felelősséget a betegre terhelő viszonyulást alakíthat ki (Tiringer, 2007).

A témában fontos kutatási irányvonalat képviselnek a *klasszikus személyiség-pszichológiai modellek*, személyiség típusok és a betegségkonceptiók kölcsönhatásait feltáró vizsgálatok. Az első modellek az Eysenk által felvázolt személyiségfaktorok (neuroticizmus /labilis-stabil tengely/ és extroverzió /introvertált-extrovertált tengely/)

mentén próbálták meg elhelyezni a rákra hajlamosító személyiségvonásokat. A szemlélet szerint a betegség és a karakterjegyek között az endokrin rendszer látja el a közvetítő feladatokat. A kortizol fontos szerepet játszik mind az immunszupresszióban, mind a tanult tehetetlenség kialakulásában, ugyanakkor ezek a tényezők összefüggésben vannak az introverzió tengellyel és a daganatos betegségekkel (Csabai & Molnár, 2009). Korai tanulmányok (Kissen & Eysenk, 1962, hivatkozik rá Lemogne et al., 2013) felvetették, mi szerint összefüggés lehet férfiaknál a tüdőrák valamint az alacsony szintű neuroticitás és a magas szintű extroverzió között. További kutatásokban behatóan vizsgálták a neuroticizmus faktort, azonban sem ezt az első időkből származó hipotézist, sem Eysenck személyiségfaktorai és a rák kialakulása közötti összefüggését nem sikerült igazolni (Schapiro et al., 2001, Lillberg et al., 2003, Schraub, Sancho-Garnier, & Velten, 2009).

Annak ellenére, hogy az elmúlt évtizedben a pszicho-neuro-immunológia jelentős mennyiségű bizonyítékkal szolgált a *„diszpozicionális személyiség – immunrendszer – betegség”* láncolat összefüggéseire, és magyarázatot kínált a pszichológiai állapotok és a rákos megbetegedések közötti kapcsolat lehetséges biológiai mechanizmusairól, a kérdés továbbra is megválaszolatlan. Jelen ismereteink szerint nem erősíthető meg a C típusú, rákra hajlamosító személyiségvonások és konstruktumok szerepe a daganatos patogenezisben (Spiegel & Kato, 1996; Lemogne et al., 2013; Lillberg et al., 2003; Schapiro et al., 2001), a vizsgált faktorok közül egyedül a negatív érzelmek (mindenekelőtt a harag) elnyomása tartható kockázati tényezőnek (Garssen, 2004).

2.5.1.2. A premorbid életesemények

A rákos megbetegedések vizsgálatában kiemelik a korai hiányok, *a személyiség-fejlődés korai, kritikus szakaszában lezajló szeparáció vagy veszteségélmény* jelentőségét. LeShan (1977) primér tárgyvesztésről beszél. A betegeknél megfigyelte, hogy a diagnózist megelőző időszakban súlyos veszteséget élnek meg, ami hozzákapcsolódik egy korai, primér veszteségélményhez, aktualizálva azt. LeShan statisztikai felméréseket, kutatásokat is végzett. Egyik elemzésében 152 daganatos beteget hasonlított össze 125 egészséges emberekből álló illesztett (életkor, nem és szociális státusz) kontroll csoporttal. A daganatos csoport 72%-nál, míg a kontroll 12%-nál regisztrált súlyos veszteségélményt (egy nagyon fontos személy elvesztését), a hosztilitás gátlása a beteg csoportnál 47%-ban, a kontroll csoportnál 25%-ban volt jellemző (LeShan, 1977).

Más szerzők (Bahnsen 1982, hivatkozik rá Kulcsár, 1993; Bishop, 1990) szintén arra hívják fel a figyelmet, hogy egy traumatizáló tárgyvesztés megfelelő élettörténeti háttér esetén hozható összefüggésbe a rák kialakulásával. Az anya érzelemmentes viselkedése, a korai kapcsolati zavarok, szeparáció már kora gyermekkorban hozzájárulnak a represszív megküzdési stratégiák kialakulásához, amelyek szoros összefüggésben állnak az immunrendszer szuppresszív működésével.

Több vizsgálat is igazolja a megterhelő életesemények (Ginsberg, Price, Ingram, & Nottage, 1996), a gyász (Levav et al., 2000) és a daganatos megbetegedés közötti összefüggést. Petticrew és munkatársai (1999) tizenöt kutatást összegző tanulmányukban a rák diagnózisát megelőző kedvezőtlen életeseményeket vizsgálták mellrákos nők körében (Petticrew, Fraser, & Regan, 1999). Eredményeik szerint a rákban megbetegedő nők a diagnózist megelőző időszakban több mint kétszer annyi kedvezőtlen, lelkiileg megterhelő életeseményt éltek át, mint az illesztett kontroll csoport tagjai. Külön vizsgálták a házastárs halálát, mint megterhelő életeseményt. Tizenegy kutatást vontak be az elemzésbe, ezekben nem találtak összefüggést az özvegység és a rák kialakulása között. A vizsgálatot leszűkítették két, módszertanilag kifogástalan vizsgálatra – ebben az esetben sem bizonyosodott be a házastárs halála és a rák kialakulásának kapcsolata.

Hasonló, nagy mintás, átfogó kutatásban (n=10 808) Lillberg és munkatársai (2003) Finnországban vizsgálták a megterhelő életesemények és a mellrák összefüggéseit azonos nemű (30%-ban egypetéjű) ikrek körében. A prospektív elemzés folyamán a mintában 180 emlőrákos incidenciát regisztráltak. A megterhelő életesemények (válás/szeparáció, házastárs halála, közeli hozzátartozó vagy barát halála) összefüggést mutattak a mellrák kockázattal. Az elemzések szerint a veszteségélmények más tényezőktől (testtömeg index, a testsúlyváltozás, alkoholfogyasztás, dohányzás, fizikai aktivitás) független változóként befolyásolják a mellrák kialakulásának kockázatát.

Ugyanakkor a megterhelő életesemények vizsgálatában is jelentek meg ellentmondásos adatok. Schraub (2009) 32 közleményt összefoglaló tanulmánya nem erősíti meg a megterhelő életesemények és a mellrák kialakulása közötti összefüggéseket (Schraub, Sancho-Garnier, & Velten, 2009).

2.5.1.3. A megküzdés és a megküzdéssel összefüggő tényezők vizsgálata

Az új kutatási irány elsősorban a *megküzdés és a megküzdéssel összefüggésben lévő személyiségtényezők vizsgálata* felé mozdult el. A patogenézis háttértényezőinek feltárása helyett az egyes, korábban C típusú személyiségszerkezethez kapcsolt vonások prospektív elemzése került előtérbe – hogyan függnek össze a kórlefolyással, a megküzdéssel, a betegséghez való alkalmazkodással, az életminőséggel, hosszabb távon a gyógyulással.

A szakirodalom Greer (1979) koncepciója alapján, daganatos betegek vizsgálatában öt alapvető megküzdési stílust hangsúlyoz:

- 1) *Tagadók* – a tünetek jelenlétét, a betegség tényét tagadják, mintegy nem vesznek tudomást azok jelenlétéről. A tagadás a betegség tényére vonatkozik, a betegséggel fordulnak szembe, az egészségügyi személyzettel együttműködőek, reálisak lehetnek.
- 2) *Harcos lelkek* – rendszerint nagy energiákkal, helyenként akár hiperaktív módon veszik fel a küzdelmet a betegséggel, begyűjtenek minden fontos információt a betegséggel és a megküzdési lehetőséggel kapcsolatban, és igyekeznek is azt megvalósítani.
- 3) *Sztoikus elfogadók* – tudomásul veszik a betegség tényét, sztoikusan, érzelmi viharoktól mentesen viszonyulnak a kezelésekhöz, a lehetséges kimenetekhez.
- 4) *Reménytelenek* – ezek a betegek mély reménytelenséggel, magárahagyottsággal reagálnak a diagnózisra, és a kezelésekre, izolálódnak a hozzátartozóktól, szakemberektől egyaránt.
- 5) *Szorongásos, depresszív reakciót mutatók csoportja* – premorbid élethelyzetekben is hasonló érzelmi reakciót produkáltak, tudomásul veszik a betegség tényét, a kezeléseket, az erőteljes negatív érzelmek megterhelik napi életvezetésüket, életminőségük romlik.

A vizsgálatok szerint a daganatos betegeknél nem mindig egyértelmű annak meghatározása, mely megküzdési stílus jelent jó alkalmazkodást. A betegségfeldolgozás folyamatában a Lazarus-i coping-modell a megküzdés folyamatos változását írja le, mind a személyiségvonások, mind az aktuális élethelyzet, a kontextuális tényezők függvényében. Megfigyelhető, hogy a betegség stádiumaival, a kórlefolyással változhat az alkalmazkodás formája. A daganatos betegség gyanúját, és a diagnózisközlést követő hetekben a betegség tagadása átmeneti, alkalmazkodást elősegítő reakció lehet. A szorongás és depresszió

elhatalmasodásával az érzelemfókuszú és elkerülő stratégiák kerülhetnek előtérbe, a kezdeti sokk elmúltával a problémaorientált megküzdés, az élethelyzet ártértékelése, belső és kapcsolati erőforrások mobilizálása történhet, míg az is gyakran megfigyelhető, hogy a kezdeti küzdő szellemet a későbbiekben felváltja a sztoikus elfogadás, beletörődés, halálközeli állapotban az érzelempontú és elkerülő magatartás (Garssen, 2004).

A betegség tagadása, minimalizálása és a harcias, küzdő szellemű hozzáállás emlőrákos nőknél segítette a kórfolyamathoz való alkalmazkodást, növelte a túlélés esélyeit. Greer és munkatársai (1979) által publikált első jelentős kutatási eredmények nyomán, a küzdő szellemű magatartás elősegítése, támogatása követendő mintázattá vált. Garssen 30 év kutatásait összefoglaló elemzésében azonban kiemeli, hogy a témával kapcsolatban nincs egyértelmű konzisztencia, olyan kutatásokat is publikáltak, amelyek nem erősítik meg a küzdő szellemű stílus és a túlélés közötti pozitív összefüggést. Az aktív megküzdés (Garssen ezzel az összefoglaló fogalommal illeti tanulmányában a különböző tesztekkel mért probléma-orientált, problémamegoldó viselkedés, stb. megküzdést), és az élethossz közötti összefüggést hétből egy kutatás igazolja, a maradék hat vizsgálat nem. Ugyanakkor hangsúlyozza a különböző módszertani megközelítésekkel fakadó hibaszázalékok, eredménytorzulások jelentőségét is (Garssen, 2004).

Greer és munkatársainak másik következtetése, mi szerint a reménytelenség, tehetetlenség és pesszimizmus kapcsolatba hozható az életminőség romlásával, a kórleflyás kedvezőtlen alakulásával, más kutatók által is igazolást nyert (Montazeri, 2008). A magárahagyottság érzésével küzdő, reménytelen betegeknek a legnehezebb segíteni. *„Szinte befolyásolhatatlanul izolálódnak önmaguktól, a környezetüktől, a szakemberektől és a hozzátartozóktól egyaránt”* (Riskó, 2006c, old. 90). A reménytelenség, tehetetlenség motivációs, kognitív és emocionális zavarokat eredményez, növeli a kiújulás esélyét, a gyengébb megküzdő képességekkel rendelkező betegek nagyobb mértékű distresszről számolnak be, gyakoribbak a depressziós és szorongásos tünetek, rosszabbnak érzékelik egészségi állapotukat, ami visszacsatoló hatással rontja az életminőséget. Riskó azt is hangsúlyozza, az egyénre szabott, időben alkalmazott pszichológiai gondozás, pszichoszociális intervenció enyhítheti, oldhatja ezt a lelki hozzáállást, működési módot.

A tagadás nem egyenlő az érzelmek elnyomásával. A tagadás során a beteg tagadhatja a betegség jelenlétét, annak következményeit, vagy, ami szintén gyakori, nem

éli meg annak súlyosságát, minimalizálja, nem foglalkozik a betegség kimenetével. Ezek a betegek a betegséggel fordulnak szembe, a kórházi szakemberekkel reálisak és együttműködőek lehetnek (Riskó, 2006c). A negatív érzelmek ki nem fejezése, elnyomása esetén viszont a beteg nem tagadja a kórkép jelenlétét, súlyosságát. Míg a tagadás hosszabb távon jobb életminőséget és prognózist, túlélési esélyt növelő hatást eredményez, az érzelmek elnyomása rendszerint rosszabb prognózist jelent a kórlefolrásban (Garssen, 2004).

Számos kutatás és összefoglaló tanulmány igazolja a különböző pszichológiai és pszichoterápiás programok jótékony hatását a betegséghez való alkalmazkodás, a megküzdés folyamatában. Segítik az érzelmi feldolgozást, javítják az életminőséget (Meyer & Mark, 1995; Greer, 2002).

A Greer és munkatársai (1992) által végzett, sokat idézett vizsgálat azt is igazolja, hogy a megküzdés terápiás módszerekkel fejleszthető. Randomizált, kontrollált, nyolc hetes intenzív probléma fókuszú kognitív-behaviour terápiás eljárást alkalmaztak. A program végén a kísérleti csoport betegek szignifikánsan magasabb szintű küzdő szellemmel rendelkeztek, a reménytelenség, szorongásos gondolatok, a depresszió és a fatalizmus csökkent, ezáltal javult az életminőség. Négy hónap elteltével ez a pozitív hatás tovább fokozódott. A prospektív vizsgálat (egy éves utánekövetés), eredményei is kedvezőek voltak. A kísérleti csoportban csak a betegek 19%-nál jelentkezett klinikai szintű szorongás, míg a kontroll csoportban 44%-nál. A kísérleti csoportban a depresszió jelenléte 11% volt, míg a kontroll csoportban 18% (Moorey et al., 1994). Igazolódott tehát, hogy a megfelelő pszichoszociális alkalmazkodás a betegséghez, a kezelésekhez, a kezelések okozta mellékhatásokhoz, hosszabb távon is jótékony hatású. Spiegel (2000) felhívja a figyelmet, hogy daganatos betegeknél a pozitív gondolkodás jobb életminőséggel társul, ugyanakkor azt is kiemeli, hogy a pozitív alkalmazkodás egyoldalú hangsúlyozása, az állandó pozitív gondolkodás elvárása teherré válhat a beteg számára (Spiegel & Classen, 2000). Megnehezíti a nehezebb napok vállalását, a megterhelő érzelmek, gondolatok felszínre hozását, feldolgozását.

A leírtakat összefoglalva megállapíthatjuk, a megküzdés jellege és eredményessége számos tényező függvényében változhat. Nem mondható ki egyértelműen daganatos betegség esetén mi számít adaptív megküzdésnek, jó copingnak. A vizsgálati eredmények szerint tendencia szintű összefüggés mutatható ki a tagadók csoportja és a jó prognózis között, és a reménytelenek csoportja és a kevésbé jó prognózis között. A többi megküzdési

stílus bizonyítottan nem mutat együttmozgást a betegség prognosztikus faktoraival (Garssen, 2004).

A személyiségjegyek kutatását illetően az átfogó, általános karaktervonásokat vizsgáló, kérdőíves – nomotetikus – felmérések helyett a jövőben célszerű lenne előtérbe helyezni az idiografikus megközelítést. A kvantitatív vizsgálatok helyett elmélyültebb, kvalitatív elemzésekre van szükség – a személyiség konstruktumokat tágabb összefüggésben (kognitív stílus, motiváció, temperamentum, tanult elvárások, érzelmek, szociokulturális orientáció, stb.) vizsgálni és a beteg élettörténetébe helyezni (Csabai & Molnár, 2009).

2.5.2. Betegségrepresentációk

A betegséggel kapcsolatos reprezentációk a világra vonatkozó metafórák, személyes mintázatok és gondolkodásmód kiterjesztését jelentik az aktuális egészségi állapotra, vagyis, ha az egészséget veszélyeztető helyzet alakul ki, akkor a személy megkonstruálja az egyéni, kognitív és érzelmi elemeket is tartalmazó betegség reprezentációját. A krónikus betegségekhez, így a daganatos megbetegedéshez való alkalmazkodásban kiemelkedő szerepe van ezeknek az egészségi állapottal kapcsolatos értékelő folyamatoknak.

Lazarus és Folkman a nyolcvanas években dolgozták ki a kognitív értékelő folyamatok elméletét – az elsődleges és másodlagos értékelés szerepét a humán stresszválaszban: az érzelmi és viselkedési reakciókat alapvetően befolyásolja az a folyamat, ahogyan a beteg a betegségét, a kórfolyamatot, a betegség lehetséges kimenetét értékeli. A betegségrepresentációk kognitív komponensei öt dimenzió mentén helyezkednek el: *a betegség azonosítása* (milyen címkét kapcsol a betegséghez, milyen tünetekkel fog együtt járni), *időbeni lefutása* (mennyi ideig fog tartani), *okai* (mi okozta a betegséget), *következményei* (milyen következményekkel jár együtt) és *kontroll* (mennyire kontrollálható a betegség). Ez utóbbi két síkon mutatkozik: személyes kontroll, vagyis a beteg mennyire képes aktívan befolyásolni, alakítani a kórlefolyást, és a kezelési kontroll, vagyis, hogy a beteg milyen hatékonyságot tulajdonít a kezelésnek. Újabban az *érzelmi reprezentáció* dimenziót is vizsgálják, vagyis, hogy a beteg hogyan értékeli, milyen hatással lesz a kórlefolyás az érzelmi világára, működésére (Moss-Morris et al., 2002).

A betegségrepresentációk kérdéskörét az egészségpszichológia behatóan vizsgálja, de daganatos témában csak kevés publikáció látott napvilágot. A kutatások együtt mozgást, összefüggést találtak a reprezentációk és a megküzdés jellege, az érzelemszabályozás, valamint az életminőség között. Hagger pozitív összefüggést talált a betegség azonosítása, idői lefolyása, és következményeire vonatkozó kognitív reprezentációk és a passzív, érzelemfókuszú (elkerülés, tagadás) megküzdés között (Hagger & Orbell, 2003). Továbbá, minél inkább kontrollálhatónak minősül a betegség, annál inkább az aktív, probléma-fókuszú megküzdés kerül előtérbe. A reprezentációk és az érzelemszabályozás között is szoros összefüggés mutatkozik. A betegség azonosítása, időtartama és következményei pozitív korrelációt mutatnak a szorongás és depresszió szintjével, rontják az életminőség funkcionális szegmensét, valamint a lelki jóllétet. Azok a betegek, akik több tünetet észlelnek, komolyabb következményeket kapcsolnak a betegséghez, ugyanakkor, akik hosszabb időtartamot tulajdonítanak a betegségnek, gyengébb érzelmi szabályozást (magasabb szintű depressziót és szorongást) mutatnak.

Rozema (2009) szoros összefüggést talált az emlőrákkal kapcsolatos kognitív reprezentációk és az életminőség között. Azok a betegek, akik állapotukat és a tüneteket súlyosnak és hosszantartónak gondolták, nem érezték, hogy kontrollt gyakorolhatnak a lefolyásra – mind a mentális mind a fizikai egészségüket/életminőségüket rosszabbnak ítélték. A külső változók kontrollálása után, a reprezentációk közül a betegség következményeire (IPQ-R kérdőív alskála) vonatkozó, 57%-ban magyarázta a fizikai életminőséget, az érzelmi reprezentáció (IPQ-R kérdőív alskála) 47%-ban a lelki jóllétet (Rozema, Vollink, & Lechner, 2009). Millara és munkatársai (2005) a posztoperációs időszakban jelentkező hangulati állapot vizsgálatában együttmozgást mutatott ki a szorongás szintje, a tünetek megítélése és a betegség időbeni lefolyására vonatkozó kogníciók között.

Leventhal szelf-szabályozási koncepciója (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980) a kórlefolyáshoz történő alkalmazkodásban az értékelési folyamatok közül a fenyegetettség kérdését tartja döntő jelentőségűnek. Daganatos betegeknél különösen nehéz helyzetet jelent *az alapvető életcélok fenyegetettségének a megélése*. Ebben a folyamatban nagy szerepe van a rákkal kapcsolatos társadalmi attitűdöknek, hiedelmeknek is. A rák diagnózisához ma még széles körben a halálos fenyegetettség társul (Anagnostopoulos & Spanea, 2005).

A *kontroll*hit központi fogalom az életeseményekhez való alkalmazkodásban, a betegségekkel való megküzdésben – így a daganatos kórfolyamathoz való alkalmazkodásban is fontos tényező. A kontroll feltételezett hiánya a tehetetlenség állapotát hozza létre, a kontroll észlelése hatékonyabb stresszkezelést, eredményesebb megküzdést tesz lehetővé, segíti az önértékelést, javítja az énképet. A *külső-belső kontroll attitűd* konstrukciót vizsgálták a legbehatóbban a személyiséggel kapcsolatos tényezők közül. Az észlelt kontroll helyének koncepciója arra vonatkozik, hogy az eseményekkel kapcsolatos okokat külső vagy belső tényezőknek tulajdonítjuk. Daganatos betegeknél a külső kontrollos személyiség a betegség okát és a kezelési lehetőségeket külső, a személy számára nem kontrollálható tényezőkhez kapcsolja. A belső kontrollos személyiség viszont belső, saját erőforrásaiban látja a kezelés, a gyógyulás lehetőségét. Kimutatták, hogy a belső kontrollos személyek nyitottabbak az egészségvédő életvezetésre, aktívabbak, hajlandóak tenni az egészségükért (Garssen, 2004).

2.5.3. Adherencia, egészségmagatartás

A krónikus betegségek, így a legtöbb daganatos betegség vonatkozásában is fontos a beteg aktív részvétele a gyógyulási folyamatban. Tekintve, hogy a malignus daganatok kialakulásában jelenlegi ismereteink szerint mintegy 70-85 százalékban életmódbeli és környezeti ártalmak azonosíthatók (Riskó, 2006a, Tiringier, 2007), a beteg az életmód megváltoztatásával, a rizikófaktorok csökkentésével, a károsító magatartásformák kerülésével (különösen érvényes ez a korai stádiumban diagnosztizált betegekre), hatással lehet a betegség kimenetére. A modern daganatkezelésben az egészségfejlesztés kérdése megkerülhetetlen. A felmérések szerint a diagnózisközlés után a betegek jelentős hányada a kiújulástól való félelem által vezérelve elindul az életmódváltás útján. A betegek 54%-a változtat a táplálkozásán, 51%-a mozgásszegény életmódon, a dohányos betegek 60%-a részt vesz leszoktató programokon (Demark-Wahnefried, 2010). Egy nagy mintás (n=2321), longitudinális vizsgálat korai stádiumban feltárt mellrákos nőknél megerősítette a fenti adatokat. A rák diagnózist követő időszak olyan nyitott, fogékony időminőséget jelent, amikor a betegek „taníthatóakká” válnak az egészséges életvezetésre (Demark-Wahnefried, 2010).

A betegek jelentős része kifejezett adherenciát mutat, – nyitott a változtatásra. Ebben a folyamatban fontos figyelembe venni azt a sajátos, sérülékeny fizikális és lelki

állapotot, amiben a betegek a kezelések alatt vannak: kóros fáradtság/kimerültség szindróma, gyengeség, limfödéma, inkontinencia, hányinger, emésztési nehézségek, stb. Az intervenciós programot a beteg aktuális állapotához kell alakítani, figyelembe véve az egyéni különbségeket. A szakirodalmi adatok a megfelelő időzítésre is felhívják a figyelmet. A mit, hogyan, mikor kérdések figyelembe vétele mellett jelentős szempont, hogy ki javasolja az életmódváltást. Egy mellrákos nők körében végzett randomizált kontrollált vizsgálatban (n=450) az derült ki, onkológus szakorvos javaslatára indulnak el legtöbben az egészséges életvezetés irányába. Sajnálatos tény, hogy a felmérések szerint a beteget kezelő szakorvosok ma még csak ritkán javasolnak életmódváltást (Demark-Wahnefried, 2010).

Az életmódváltással a beteg több kontrollt él meg a betegséggel kapcsolatban – nem elszenvedője a folyamatnak, hanem aktívan alakíthatja azt. Az általános és betegségspecifikus észlelt kontroll szoros összefüggésben lehet a kórlefolyással, a betegség kimenetelével, de a testi folyamatokra, a tünetek észlelésére és megélésére is hatással lehet (Thompson & Kyle, 2000). Ugyanakkor a korai stádiumú mellrákos nők vizsgálatában azt találták, hogy a jó prognózissal kapcsolatos elképzelés (hiedelem), biztosabb előrejelzője az életminőségnek, mint a betegség felett érzett kontroll szintje. Az elővételezett pozitív kimenet a fontos a beteg számára, attól függetlenül, hogy személyes befolyás révén tudja-e megvalósítani (Carver et al., 2000).

2.5.4. Életminőség és növekedés – pozitív pszichológiai megközelítés

A lélektan hosszú időn keresztül elhanyagolta a pozitív lelki folyamatok, lelki működések vizsgálatát, középpontban a lelki szenvedés, a lélek árnyoldalának elemzése, a kóros folyamatok és azok kezelése állt. A pozitív pszichológia egy merőben új szemléletet képvisel. Szembe helyezkedik a hagyományos terápiás eljárásokkal, nem elsősorban a tünetekre, problémákra fókuszál, hanem a pozitív vonásokra, a személy erősségeire (Seligman, Rashid, & Parks, 2006). Nem csak „*tanult tehetetlenségről*” beszélnek, de a belső kontroll érzéséhez köthető „*tanult optimizmusról*” is, amikor az egyén képessé válik arra, hogy saját kezébe vegye sorsának irányítását. Ebben a szemléletben az optimista hozzáállás elősegítése az egészségfejlesztés fontos feladatának tekinthető (Pikó, 2007).

Az utóbbi egy-két évtizedben, a pozitív pszichológia térhódításával párhuzamosan számos vizsgálat rámutatott, a súlyos betegség, amellet, hogy nehezen feldolgozható

trauma, egyben *lehetőség is a fejlődésre*. A nehéz élethelyzetből, a fájdalomból előny kovácsolható. Vizsgálatok szerint (Stanton, Bower és Low, 2006; Riskó, 2006d) a rákot túlélő betegek, köztük a gyermekkori daganatból meggyógyult felnőttek jelentős hányada is, úgy nyilatkozott, az élete a betegség nyomán pozitív irányba változott. Emlőrákos asszonyoknál ez az arány 74% volt (Riskó, 2006d).

A poszttraumás növekedés terminológiát Tedeschi és Calhoun (1996) vezette be. Meghatározásuk szerint a poszttraumás növekedést átélő személyek a komoly kihívást jelentő életkrízisekkel való küzdelem nyomán pozitív változást tapasztalnak, bizonyos területeken olyan fejlődésről számolnak be, amely meghaladja a súlyos krízissel való találkozás előtti állapotot. A pozitív változás több területen jelentkezhethet: az élet fokozott értékelésében és megbecsülésében, a melegebb, nagyobb intimitással jellemezhető interperszonális kapcsolatokban, a személyes erő megélésében, a prioritások módosulásában, spirituális élmények megtapasztalásában.

Ez a jelenség elkülönül a normatív fejlődési folyamattól, az idő múlásával együtt járó érettebbé válástól. Egyéni jellegű, sajátos önfeltáró, érzelmi és tanulási folyamat eredménye. A személyek értéként fogják fel a pozitív változásokat, növekedést, ami az erőfeszítés, a megküzdési folyamat eredménye, következménye, maga a trauma negatív esemény marad. Tehát külön kell választani a sikeres megküzdéstől, ami gyakran csak a személyiségfunkciók trauma előtti állapotának helyreállítását célozza, a poszttraumás növekedés viszont mindig a trauma előtti állapot meghaladását jelenti (Tedeschi és Calhoun, 1995).

A súlyos betegség „*pszichoszociális átmenetként*” értelmezhető, (Parkes, 1971, hivatkozik rá Cordova, 2001), megkívánja az élettervek és az életszemlélet jelentős átrendezését. A koncepció közel áll az egzisztencialista szemlélethez, mely szerint az élet végességével, a halállal való konfrontáció az élet megbecsülését, az interperszonális kapcsolatok átrendeződését, a személyes erőforrások jobb kiaknázását hozza magával, előtérbe kerül a transzcendens dimenzió. A kognitív feldolgozási modellek magyarázata szerint az extrém veszteséggel, az élet végével, a halállal való konfrontáció kimagasló distresszel jár, megkérdőjelezi a selffel, a világgal, a jövővel való alapfeltevéseinket. A helyzet megkívánja a gondolatok és érzések aktív feldolgozását (kontempláció), majd a kognitív struktúrákba való visszarendezését, - ennek a folyamatnak a nyomán jöhetnek létre a jótékony változások (Rachman, 1980, hivatkozik rá Cordova et al., 2001).

A növekedés összefüggést mutat a trauma (betegség) szubjektíven megélt súlyosságával, az élet fenyegetettségével (Stanton, 2010). Antoni és munkatársai (2001) azoknál az emlőrákos betegeknél regisztrált nagyobb mértékű növekedést, akik fokozott fenyegetettséget éltek meg. Stanton, Bower és Low (2006) 29 kutatást összegző tanulmányában hasonló eredményeket publikált: bár mutatható ki összefüggés egyes szociodemográfiai tényezők, a stresszor jellege, egyes személyiség jellemzők, mint a diszpozicionális optimizmus, a társas támogatás és a megküzdés között, a betegség nyomán észlelt előny, értelemtalálás szignifikánsan a rák súlyosságával és a személyes elköteleződéssel volt összefüggésben.

A társas integráció hozzájárulhat ahhoz, hogy az egyén az egészséget támogató magatartásformákat vegyen fel, az úgynevezett pufferhatás segít a stresszhatások elviselésében. Feltételezhető, hogy a támogató kezelések, szupportív terápiák azonos mechanizmusokon keresztül hatnak, és hasonló hatást fejtenek ki (Spiegel, Sephton, Terr & Stites, 1998). A poszttraumás növekedés esélyét is segítheti a szociális támogatás – olyan millió, amely ösztönzi az átélt trauma belső feldolgozását és lehetőséget ad annak átbeszélésére (Lepore & Helgeson, 1998, hivatkozik rá Cordova et al., 2001).

Bár a mélyebb összefüggések feltárása és az ellentmondásos eredmények behatóbb vizsgálata még előttünk áll, fontos kiemelni azokat az adatokat, mi szerint az előnytalálás/értelemtalálás több területen is pozitív hatást eredményezhet, segítheti a daganatos betegséghez való alkalmazkodást. Egy metaanalízis (összesen 87 keresztmetszeti elrendezésű tanulmány, ebből 9 mellrákra vonatkozó) eredményei szerint az előnytalálás összefüggést mutat a depresszió csökkenésével, a pozitív jólléttel (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006). Bower és munkatársai (2005) nagy emlődaganatos mintán (n=763) végzett kutatása azt igazolja, a pozitív trauma feldolgozás hosszú távon (5 év) segíti az érzelemszabályozást, pozitív érzelmi állapot kialakítását. Súlyos betegeket vizsgáló (köztük rákos betegek) longitudinális tanulmányok összefoglaló elemzésében Algoe és Stanton (2009) összefüggést mutatott ki az előnytalálás és a jobb egészségmutatók között, míg a pszichés alkalmazkodással az előnytalálás kevésbé konzisztens mintázatot mutatott.

A diagnózissal és kezeléssel együtt járó kritikus életszakasz fokozott önismeretre és változásra ösztönözhet (Cordova et al., 2001; Taylor, 2000; Tedeschi & Calhoun, 1996; Bellizzi & Blank, 2006; Riskó, 2006d). Vizsgálatok szerint a spirituális növekedés,

(spirituális jóllét), jótékonyan hat az egészségi állapotra is, csökkenti a szorongást, reménytelenséget (Matchim & Armer, 2007; Aukst-Margetic, Jakovljevic, Margetic, Biscan, & Samija, 2005), ugyanakkor az életminőség eszenciális alkotóelemét jelenti (Rippentrop, Altmaier, & Burns, 2006).

2.6. Összefoglalás

Minden betegség jellemzően hatással van az életminőségre. A daganatos megbetegedéseknél ez hatványozottan igaznak mondható. A diagnózis hatására nem ritkán már akkor is bekövetkezik az életminőség erőteljes leromlása, amikor a tünetek még nem is jelentkeztek. A rák konnotációja ma még a halálos fenyegetettség. A betegség stádiuma, súlyossága, típusa, az alkalmazott kezelések és intervenciók jellege befolyásolják a beteg életminőségét, hasonlóan a szociodemográfiai és pszichoszociális háttértényezők.

A betegek mintegy felénél találunk depressziós tüneteket, a szorongásos zavarok a betegek közel 5-30%-ára jellemző. Leggyakrabban a szorongás és depresszió együttes, kevert formája alakul ki, adaptációs zavarokkal. A depresszió önmagában is jelentős életminőség romlást indukál, daganatos betegséggel társulva mindez még fokozódik – a vizsgálatok rendre igazolják ezt a hatást.

Korábban a rákos megbetegedéssel összefüggő premorbid személyiséget és a betegséget megelőző megterhelő életeseményeket vizsgálták, újabban a megküzdésre, a megküzdés pszichológiai és viselkedéses összefüggéseire helyezik a hangsúlyt. A vizsgálatok szerint nem lehet egyértelműen meghatározni mi a „jó coping”. A betegség stádiumával, a kórlefolyással változhat az adaptív alkalmazkodás jellege. Az összefoglaló tanulmányok szerint tendencia szintű összefüggés mutatható ki a tagadók csoportja és a jó prognózis között és a reménytelenek csoportja és a kevésbé jó prognózis között.

A daganatos betegségekhez történő alkalmazkodásban, az érzelmi és viselkedéses reakciók megértésében kiemelt szerepe van a kognitív értékelő folyamatoknak, a betegség-reprezentációknak. A rákbetegség alapvető fenyegetettséget jelent az életre, az életcélok megvalósítására. A betegség felett észlelt kontroll kapcsolatban van a betegség kedvező pszichoszociális kimenetével, segíti az adaptív viselkedést, a sikeres megküzdést. Általában a belső kontrolllos betegek nyitottabbak az egészségvédő életvezetésre – az életmód megváltoztatásával, a rizikófaktorok csökkentésével, a károsító magatartásformák

kerülésével a beteg aktívan hozzájárulhat a gyógyuláshoz. Az új életvezetés kialakításakor figyelembe kell venni azt a sajátos, sérülékeny fizikális és lelki állapotot, amiben a betegek a kezelések alatt vannak.

Daganatos betegségben még kedvező prognózis esetén is ott lebeg a potenciális rosszabbodás lehetősége. A spiritualításban újabb erőforrások nyílhatnak fel – a rák diagnózisa, amellet, hogy általában súlyos trauma, egyben lehetőség is a fejlődésre, értelemtalálásra, magában hordozza a változás, kiteljesedés lehetőségét, fokozott önismeretre, növekedésre ösztönözhet. Az életminőség soktényezős elemzése az utóbbi évtizedek tudományos vizsgálatainak egyik központi eleme, de a kiterjedt vizsgálatok ellenére számos kérdés vár még megválaszolásra.

3. AZ EMLŐDAGANATOS BETEGEK ÉLETMINŐSÉGÉNEK JAVÍTÁSÁT CÉLZÓ PSZICHOSZOCIÁLIS INTERVENCIÓK

3.1. Történeti kitekintő

Az elmúlt három évtizedben a rákbetegségben szenvedők számának ugrásszerű növekedésével egy időben erőteljes fejlődésnek indult az onkopszichológia, az a tudományterület, melyet az onkológia, a klinikai pszichológia, a pszichiátria, a szociológia és a rehabilitáció területén dolgozó szakemberek együttműködése hívott életre (Holland & Weiss, 2010).

Míg korábban a kezelések szinte kizárólagosan a fizikai tünetek enyhítésére irányultak, az utóbbi időben a betegek pszicho-szociális nehézségei is előtérbe kerülnek. Az elmúlt évtizedekben megerősödött az a törekvés, hogy a pszichológiai és pszichoterápiás ismereteket felhasználva, segíteni lehet a betegeknek a diagnózis kognitív-érzelmi feldolgozásában, a betegséghez és a kórlefolyáshoz való pszichoszociális alkalmazkodásban, az életminőség javításában, a megküzdésben. Mára megsokszorozódott azoknak a kutatásoknak a száma, melyek a pszichológiai ismeretanyag alkalmazásának lehetőségeit, a pszichoterápiás, pszichoszociális intervenciók hatásmechanizmusait tanulmányozzák.

Az 1800-as évek közepéig az anesztézia és a kezdeti antiszeptikus készítmények megjelenéséig, a rákos betegek gyógyítása, kezelése nem volt lehetséges. Ekkor nyílt meg a lehetőség a műtéti beavatkozásokra, bár az első sikeres korai stádiumban lévő daganat sebészi eltávolítására még hosszú ideig várni kellett. A sebészeti beavatkozások fejlődésével, és az 50-es évektől megjelenő kemoterápiás és radioterápiás kezelések nyomán változott a rákkal kapcsolatos szemlélet. Az első gyógyítási sikerek új kaput nyitottak – a fatalizáció csökkent, a diagnózist már nem titkolták, nyíltabb kommunikáció jött létre orvos és betege között. Megindultak az első prevenciós próbálkozások, az emberek felvilágosítása, és megjelentek az első érzelmi-támogató, segítő intervenciók is. Az 1960-as évektől beszélhetünk multimodális onkológiai terápiákról.

Az 1970-es években az amerikai Nemzeti Rák Tervezet a rehabilitációba már beilleszti a pszichoszociális kezelések lehetőségét is. Két fontos szervezet a CALGB (Cancer and Leukaemia Group B, Rák és Leukémia Csoport B) és az EORTC (European Organization for Research in the Treatment of Cancer, Európai Szervezet a Rák Kezelésének Kutatására) célul tűzi ki az életminőség és a pszichoszociális tényezők vizsgálatát (Dolbeault et al., 1999). Kübler-Ross munkássága nyomán a végállapotba jutott betegek humánus gondozásának kérdésköre is előtérbe került, a méltóságteljes halálhoz való alapvető emberi jog. Megjelennek az első viselkedés lélektani tanulmányok – igazolódik, hogy az egészségkárosító magatartás növeli a rákkockázatot. Le Shan nagyszámú esettanulmánya és prospektív vizsgálatai felhívják a figyelmet a rák mögött meghúzódó személyiségbeli tényezőkre, a lelki gondozás fontosságára. 1975-ben tartják meg az első tudományos konferenciát a pszichoszociális ellátás és kutatás tárgykörében. 1984-ben megalakult a Nemzetközi Pszichoonkológiai Társaság. Az egészségpszichológia térnyerésével megjelennek a kutatási programok, a betegek klinikai ellátásában egyre hangsúlyosabb a lelki-érzelmi segítségnyújtás, kezelés. A pszicho-neuro-immunológia összeköti a lelki folyamatokat a testi/immunológiai folyamatokkal.

A 80-as évektől egyre több beteg életét sikerül meghosszabbítani, jelentősen növekszik a daganatos betegséget túlélők száma, mindez fókuszba emelte az életminőség kérdéskörét is. A kutatások általában fő kimeneti változóként a túlélés hosszát és az életminőséget vizsgálják. Négyévente világ konferenciát tartanak a pszichoonkológiai társaságok és csoportok (Holland & Breitbart, 2010).

A kutatások újabb jelentős mérföldköve – a validált kérdőívek és mérőeszközök megjelenése volt. Lehetővé válik a betegben zajló folyamatok és állapotok tudományos értékű feltárása, a különböző pszichológiai, terápiás, pszichoszociális intervenciók, rehabilitációs programok hatásának vizsgálata (Dolbeault et al.,1999).

Az első vizsgálatok közül fontos kiemelni Arthur Sutherland munkáit, az onkopszichológia legkorábbi időszakából, az 1950-es évekből. Megfigyelései nyomán vált világossá, a mastectomia rendkívül megterhelő hatása a beteg lelki világára, énképére, önbizalmára. Támogató, segítő pszichológiai hozzáállásával oldani igyekezett a beteg lelki sérülését, fájdalmát (hivatkozik rá Kissane, 2009).

Spiegel, Bloom és Yalom (1981) csoportpszichoterápiás foglalkozásokat vezetett a Stanford Egyetemen a 70-es években (Spiegel, Bloom, & Yalom, 1981). Ezeknek a csoportfoglalkozásoknak a tapasztalatai és munkája nyomán dolgozták ki a SEGT terápiát (Supportive Expressive Group Therapy – Támogató Expresszív Csoport Terápia). Spiegel és munkatársai által végzett kutatások a pszichoonkológiában a szakirodalmi elemzések szempontjából alapkutatásnak minősülnek. Számos újabb kutatást, vizsgálatot, kritikai elemzést inspiráltak. Greer és Moorey (1992) a kognitív terápiás modellt alkalmazta a rákbetegek kezelésében. Fókuszba a stresszkezelés, a korábbi megküzdési módok azonosítása, tudatosítása, a betegség, megküzdés újraértelmezése, újrastrukturálása került.

Az első randomizált-kontrollált vizsgálat a CEGT (Cognitive-Existential Group Therapy – Kognitív Egzisztenciális Csoport Terápia) volt, melyet Kissane (1997) dolgozott ki. Két jelentős irányzat integrálása révén alakította ki programját. Az első Moorey és Greer rákbetegekre adaptált kognitív modellje volt, a másik Yalom egzisztencialista terápiája. A vizsgálatban 303 nő vett részt, az eredmények: a szorongás és a betegség kiújulásától való félelem csökkent, a betegségről és a kezelésekről való ismeret bővült. A többi területen szerényebb eredmények születtek, a betegek életét nem sikerült meghosszabbítani, de a csoporttal és a csoportmunkával való elégedettség kifejezetten magas volt (Kissane et al., 1997).

A stresszkutatások felhívják a figyelmet a stressz immunmodulációt károsító hatására. A stressz kezelés jól bevált módszerét, a relaxációt, meditációt is egyre többen alkalmazzák a betegekkel való munkában. Simonton (1990) a relaxációt imaginatív elemekkel bővíti, a belső gyógyító képzelet tárházát is a gyógyulás szolgálatába állítja. Komplex, érzelmi-lelki feldolgozást, megküzdést segítő programja számos országban

ismert, széles körben alkalmazott módszerré válik (Simonton, Matthews-Simonton & Creighton, 1990). A pozitív pszichológia térnyerésével párhuzamosan megjelennek azok a kutatások is, amelyek a transzcendens dimenzió felé nyitnak, – az értelemtalálás, a belső fejlődés lehetőségét, a spiritualításban rejlő erőforrások fontosságát hangsúlyozzák. Különösen nagy jelentősége van Jan Kabat-Zinn munkásságának, aki 1979-ben alapította meg és két évtizeden át vezette a Massachusetts-i Egyetem Orvosi Központjában működő Stresszcsökkentő Klinikát, ahol az általa kidolgozott MBSR-programot (Mindfulness Based Stress reduction – Éber figyelmen alapuló stresszcsökkentés) alkalmazták, és ahonnan ez a meditációs program elindult. Mára számos ország kórházában alkalmazzák, így Magyarországon is.

A másik fontos irányvonal a poszttraumás növekedés jelenségének, a komoly kihívást jelentő életkrízisekkel való megküzdés eredményeként bekövetkező pozitív változásnak a felismerése, a daganatos betegek körében. A Tedeschi és Calhoun (1995) által leírt jelenség fontos kutatási és fejlesztési irányt nyitott meg az onkopszichológiában (Tedeschi & Calhoun, 1995). A poszttraumás növekedést átélő betegek bizonyos területeken olyan fejlődésről számolnak be, amely meghaladja a súlyos krízissel való találkozás (daganatos betegség) előtti állapotot. Tedeschi és Calhoun arra is felhívják a figyelmet, hogy a terápiás eljárások nagymértékben elősegíthetik a személyiség fejlődését, a trauma előtti állapot meghaladását, a növekedést.

3.2. Onkopszichológia Magyarországon

Magyarországon már a 60-as években megjelennek azok a törekvések, melyek lerakják a hazai onkopszichológia alapjait. Történelmi-kulturális hagyományaink révén az első onkopszichológiai kezelések pszichoanalitikus szemléleti keretben zajlanak. A korai évekből Mezei, Német, Erdély és Litvai nevét kell kiemelni, Rorschach teszttel tüdőrákos betegek testkép zavarát vizsgálták, kidolgozták a malignitást jelző „*test-séma indexet*”, és a betegek lelki támogatását, pszichoterápiás kezelését is felvállalták. Polz Elaine munkássága leukémiás gyerekek és szüleik támogatásában kiemelkedő. A 80-as években már több intézményben hozzájuthatnak a betegek pszichológiai, pszichiátriai támogatáshoz, ill. mozgásterápiás foglalkozásokhoz (Riskó, 2006b).

A hazai onkopszichológia fejlődésében meghatározó szerepe van Eckhardt Sándor professzornak. Kiemelkedően magas szintű szakmaisága, nyitottsága révén jöhetett létre az általa vezetett Országos Onkológiai Intézetben már 1988-ban a pszichoonkológiai részleg, Muszbek Katalin vezetésével. Mentálhigiénés team, – pszichiáterek, klinikai pszichológusok, gyógytornászok, szociális munkások, lelkeszek majd később önkéntes segítők – támogatták a hozzájuk forduló betegeket. Ez a munkálkodás hívta életre a magyar onkopszichológiát és alapozta meg a hazai tudományos kutató munkát is – meghatározóan Riskó Ágnes munkássága révén.

Párhuzamosan más terápiás irányzatok is megjelentek Magyarországon, több rák-beteget segítő alapítvány, betegszervezet is bekapcsolódott a munkába. A legfontosabbak: „A rák ellen, az emberért, a holnapért!” alapítvány, a Rákbetegek Országos Szövetsége, Magyar Rákellenes Liga, Egészségforrás Alapítvány, Magyar Hospice Alapítvány, Tűzmadár alapítvány, stb. A Simonton tréning név alatt ismertté vált relaxációs, imaginációs módszer is elterjedt, valamint a mozgásterápiák. Beata Bishop munkássága révén a transzperszonális pszichológia szemléleti keretéhez kapcsolódó módszer, a TPW (Transzperszonális Workshop, Transzperszonális műhely) programok nagyszámú betegnél segítették elő a megküzdést, a gyógyulást. Több civil kezdeményezésű alapítvány és kórházi osztályokon működő műhely is jelentős munkát fejt ki a betegek egészséges életvezetésének (mindenekelőtt a táplálkozási szokások, mozgás, stresszkezelés) fejlesztésében és a betegség megelőzésében. Újabban a betegek számára hozzáférhetővé vált a buddhista meditációra épülő éber figyelmen alapuló stressz csökkentés, MBSR módszer is.

1998-ban kidolgozásra kerül az Onkopszichológiai szakmai protokoll, majd valamivel később, 2006-ban a Nemzeti rákellenes program, melyben fontos szerep jut a betegek pszichés támogatásának. 2002-ben alakul meg a Magyar Pszichoonkológiai Társaság. Az utolsó 10-15 évben élénk szakmai munka folyik – rendszeres konferenciák, szakmai rendezvények, nemzetközi együttműködés, könyvkiadás (Riskó, 2006b). Az elmúlt évben megkezdődött az onkopszichológiai szakmai protokoll fejlesztése, az aktuális kutatási eredményekhez való adaptálása, részletes kidolgozása.

3.3. A főbb pszichoszociális intervenciók programok és hatékonyságuk

A daganatos sejtburjánzás okai jelenlegi ismereteink szerint mintegy 70-85%-ban környezeti hatásokra, életmódbeli és lelki tényezőkre vezethetők vissza. E tényezők nem csak a daganat kialakulásában játszhatnak fontos szerepet, de közülük számos képes befolyásolni a már kialakult betegség lefolyását is, hatással lehet a gyógyulási esélyekre, kiújulásra. A pszichoszociális onkológia térnyerése tárta ki a kaput a pszichoszociális intervenciók széles körű alkalmazása előtt – a daganatos betegségek nem medikális típusú kezelése, alapvetően az életmód megváltoztatására és a pszichés gondozásra irányul (Loscalzo, Bultz, & Jacobsen, 2010).

A legtöbb intervenció, egy-egy területre fókuszál. Újabban egy olyan kutatási irány bontakozik ki, ahol a betegek kiegészítő terápiájában az egyes intervenciók helyett komplex, multidiszciplináris programokat (pszichoterápiák, mozgás, táplálkozás, edukáció, stb. együtt) alkalmaznak, építve azok szinergikus hatására.

3.3.1. Az életmódváltást és egészségfejlesztést célzó programok

Az egészségfejlesztés, az életmódváltást célzó programok rendszerint három fő területet érintenek. Az első a fizikai inaktivitás megszüntetését, vagyis a betegek fizikális állapotához adaptált mozgásprogramok beépítését jelenti a napi életvezetésbe. A másik terület a káros táplálkozási szokások átalakítását célozza meg, illetve az egészséges, a gyógyulást támogató táplálkozás kialakítását jelenti. A harmadik terület az önkárosító magatartás (túlzott alkoholfogyasztás, dohányzás, drog) megszüntetésére irányul.

3.3.1.1. Mozgásprogramok

A rendszeres testmozgás számos területen kifejtett jótékony hatását könyvtárnyi kutatás igazolja. Csökkenti a daganatkockázatot, kedvező hatást fejt ki onkológiai kezelések alatt, és később, a rehabilitáció és utógondozás időszakában is. Egy közelmúltban megjelent tanulmány szerint fontos szerepe lehet a remissziók elleni védelemben.

Sejtbiológiai szinten a rendszeres, de mértéktartó mozgásprogram hatásaként az NK-sejtek számának és aktivitásának, valamint az interferon mennyiségének emelkedését, az antioxidáns emzimrendszer kapacitásának növekedését igazolták. A DHEA (dehydro-

epiandrosteron) szint emelkedik, ami összefüggésbe hozható a sejtek szabadgyök termelésének és daganatos transzformációjának csökkenésével. Az anti-inflamációs hatások révén a tumor progresszió gátlása jön létre (Gémes, 2006, Murphy et al., 2011).

A rendszeres, nem megterhelő fizikai aktivitás 18%-kal csökkenti az emlődaganatok kockázatát (Gémes, 2006). Bianchini (2002) vizsgálatai szerint a rendszeres testmozgást végző nőknél 20-40%-kal kisebb a mellrák kialakulásának kockázata, mint az ülőmunkát végző és nem mozgó nőknél (Bianchini, Kaaks, & Vainio, 2002).

Testmozgás hatására a szervezet endorfin termelése fokozódik, aminek nyomán kedélyjavító hatás jelentkezik, csökken a szorongás és a depresszió, növekszik az önbizalom, az élettel való elégedettség (Courneya & Friedenreich, 1999; Kolden et al., 2002; Segar et al., 1998), javul a testi-lelki működés és az életminőség (Cheema & Gaul, 2006). Az összefoglaló elemzések rendre megerősítik a testmozgás sok síkon megjelenő, jótékony hatását. Egy áttekintő tanulmány összegzi: a vizsgálatok közel 90%-a igazolta a testmozgás életminőségre és testi – lelki jóllétre gyakorolt pozitív hatását daganatos betegeknél (Courneya & Friedenreich, 1999). Markes (2006) azt vizsgálta, milyen hatása van a testmozgásnak a kemo- és sugárterápiás kezelések idején. Kilenc kutatás anyagát (n=452) összegezte (Markes, Brockow, & Resch, 2006). Elemzése szerint, a betegek fizikai állapotához adaptált testmozgás már a kezelések alatt is jelentős pozitív hatást eredményezhet, mindenekeelőtt a krónikus fáradtság szindróma csökkenését. A rendelkezésre álló adatok alapján nem volt levonható egyértelmű következtetés az érzelmi/hangulati állapot, a testsúly változása, valamint az immunfunkciók vonatkozásában, az azonban bizonyítva látszik, hogy az adjuváns terápia alatt végzett mozgásprogram semmilyen káros hatással nincs a betegekre.

Speck (2010) hatvan különböző, módszertanilag kimagasló színvonalú publikációt összegzett, ezek 86%-a mellrákos betegeket vizsgált. Tanulmányában kifejti: a medikális kezelések után a mozgásprogramoknak van igen jelentős jótékony hatása, mégpedig számos területen, – javítják a testi erőnlétet, kondíciót, az életminőséget, csökkentik a fáradtság szindrómát, és egyéb, a rákbetegséghez kapcsolódó tünetet (Speck, Courneya, Masse, Duval, & Schmitz, 2010), köztük a leggyakoribbat a limfödémát (McNeely et al. 2010).

Más kutatók felhívják a figyelmet a táncprogramok harmonizáló és az életminőséget javító hatására. Sandel a mellrák specifikus tünetekben ért el változást (ödémás

tünetek, a kar mozgásspektrumának javulása), harmonizálódott a testkép, nőtt a testtel való elégedettség (Sandel et al., 2005). A társas táncok az egyszerű mozgásprogramoknál, vagy táncprogramoknál jelentősen többet nyújtanak. Az együtt mozgás, közösséghez tartozás élményét. Magyar mintán Szalai (2012) vizsgálta a hastánc onkológiai rehabilitációban betöltött szerepét és lehetőségeit. A prospektív kutatási programban 56 hastánc rehabilitációs csoportba járó beteg állapotának változását követték. Az illesztett kontroll csoporthoz képest a programban részt vett betegeknél javult a lelki állapot, csökkentek a kar ödémás tünetei, és kevesebb fájdalomcsillapítóra volt szükség (Szalai, Szirmai, & Kriszbacher, 2012).

Számos kórházban alkalmaznak jóga foglalkozásokat. A jóga szelíd, ugyanakkor nagyon hatékony mozgásforma. A kapcsolódó koncentrált légzés és lazítás okán széles körben alkalmazzák stressz csökkentésre, testi-lelki harmonizációra. Egyes szerzők kiemelik a jóga programok anxiolytikus hatását is – mind az állapot-, mind a vonásszorongás csökkentésének lehetőségét (Rao et al., 2009), kedélyjavító hatásokat, és a kortizol szint csökkenését (Vadiraja et al., 2009).

Egy, a közelmúltban megjelent meta-analízis, igen biztató eredményeket közölt: Ibrahim (2011) a testmozgás és a túlélés összefüggéseit vizsgálta. A vizsgálatba 6 kutatást vontak be, összesen 12 108 mellrákos nő adatait elemezték. Az eredmények optimizmusra adnak okot – azt jelzik, a fizikai aktivitás befolyással lehet a betegek hosszú távú kilátásaira, az élettartam meghosszabbítására. A betegek testi állapotához illesztett mozgásprogram viszonylag kényelmes, egyszerű és megfizethető kockázat módosító tényező lehet, megváltoztathatja a betegség kimenetét, hosszabb távú gyógyulást hozhat. A szerzők azt is hangsúlyozzák, az elkövetkező években kulcsfontosságú lesz annak tisztázása, mely betegcsoportoknál mely programok fejtenek ki optimális hatást (Ibrahim & Al-Homaidh, 2011).

3.3.1.2. A táplálkozás megváltoztatására irányuló programok

A táplálkozással kapcsolatos tényezők az általános rákkockázat mintegy 30%-át alkotják. A biológiai értéktől nagyrészt megfosztott, vegyszerekkel, adalékanyagokkal tartósított modern, civilizációs ételek olyan közvetlen hatású karcinogéneket tartalmaznak (aflatoxin, policiklikus szénhidrogének, nitrit és nitrózaminok) amelyek hozzájárulnak a karcinogenezishez. A túltápláltság, a túlzott zsírenergia-bevitel, a telített zsírsavak kedve-

zótlen aránya, nagy mennyiségű állati protein fogyasztása mozgásszegény életmód mellett, fokozott mértékű sejt proliferációval jár együtt, zavart szenved a DNS repair funkció. Karcinogén anyagok egyes belső, fiziológiai folyamatokban (pl. oxidatív stressz, a hormonális rendszer felborulása) is létrejöhetnek (Sréter, 2006; Fitzgibbon & Stolley, 2010).

A National Research Council, NRC (Nemzeti Kutató Tanács – Amerika) Diéta, Táplálkozás és Rák Bizottsága által kidolgozott táplálkozási irányelveket számos ország egészségügyi szervezete, így a Magyar Táplálkozási Fórum is átvette. A rákmegelőzés más területeivel ellentétben (pl. dohányzás elleni küzdelem) a táplálkozás nincs az őt megillető helyen sem a rák prevencióban, sem a gyógyításban (Sréter, 2006; Béliveau 2006), bár több olyan kidolgozott rendszer is létezik, mely a rákgyógyításban a táplálkozásterápiát helyezi a központba. Ezek közül legismertebb a német származású Max Gerson által kifejlesztett Gerson-terápia (Gerson & Bishop, 2009), de elterjedt a Budwig diéta, a makrobiotika, nyers ételek fogyasztása. Richard Béliveau (2006) biokémikus (Montreali Egyetem), nagyszámú vizsgálat eredményét áttekintve összesíti az egészséges táplálékban fellelhető antipromoterek daganatellenes hatását. Epidemiológiai adatok is alátámasztják Béliveau kutatásait, mi szerint a napi rendszerességgel fogyasztott zöldség, gyümölcs, teljes kiőrlésű gabonatermékek csökkentik a rákkockázatot (Rock & Demark-Wahnefried, 2002; Fitzgibbon et al., 2010; Demark-Wahnefried, 2010). Hasonló ajánlásokat publikált egy másik kutatócsoport egy átfogó vizsgálat, 42 év kutatási anyagának összegzése után (Kellen, Vansant, Christiaens, Neven, & Van Limbergen, 2009).

Vannak olyan adatok is, amelyek nem erősítik meg ezeket az ismereteket. Egy nyolc prospektív vizsgálatot (n=200) elemző összefoglaló tanulmány konklúziója: a felnőttkori zöldség, gyümölcs fogyasztás nem áll összefüggésben a rákkockázat csökkenésével (Smith-Warner et al., 2001). Az ellentmondásos eredmények egyik magyarázata lehet, hogy a kutatások rendszerint egyes táplálkozási elemek, mint pl. vitaminok (Shin et al., 2002), tejtermékek (Shin et al., 2002), kávé, tea (Michels, Holmberg, Bergkvist, & Wolk, 2002), zsírcsökkentés (Parry, Milne, Yadegarfar, & Rainsbury, 2011) stb., hatásmechanizmusait, a táplálkozási szokások (Adebamowo et al., 2005) és az emlődaganatos incidencia összefüggéseit vizsgálják, szem elől tévesztve a tényt, hogy a rákgenézis hátterében számos kóroki tényező meghúzódik, ezek összegző hatása csökkentheti, vagy épp ellenkezőleg, növelheti a rákkockázatot.

Az ellentmondásos következtetések, eredmények ellenére számtalan kutatás fókuszál erre a témakörre, remélhetően a közeljövőben kirajzolódnak azok az irányvonalak, melyekről bizonyossággal állítható – segítik a gyógyulást, és az egészségvédő táplálkozás megkapja az őt megillető helyet mind a prevencióban, mind a rákterápiában.

3.3.2. Pszichológiai és terápiás programok

Az életmódváltás, megfelelő egészségmagatartás mellett a lelki tényezőknek, a megküzdésnek, a belső erőforrások, a személyes növekedési lehetőségek keresésének kiemelkedő szerepe van a gyógyulási folyamatban. A széles skálát felölelő pszichoszociális intervenciók, pszichoterápiás, pszicho-edukációs és egészségfejlesztő programok hivatottak segíteni ezt a folyamatot.

Az összefoglaló közlemények, bár ellentmondásos eredmények is napvilágot látnak, a pszichológiai módszerek jelentős, jótékony hatását hangsúlyozzák, alkalmazásuk számos területen segítheti a betegeket. Többek között tájékoztatást és eszenciális ismereteket nyújtanak a betegeknek a daganatos megbetegedésről, a kezelésekről, mellékhatásokról, megküzdésről (Fawzy, Fawzy, Arndt, & Pasnau, 1995; Devine & Westlake, 1995; Burke, 1998). Segítik az érzelmi alkalmazkodást, a megküzdést, javítják az életminőséget (Fawzy et al., 1995; Devine & Westlake, 1995; Rimer, Keintz, & Glassman, 1985; Meyer & Mark, 1995). Növelik az ellátással való elégedettséget (Rimer et al., 1985; Meyer & Mark 1995), javítják a fizikai állapotot és funkcionalitást (Fawzy et al., 1995; Devine, 1995; Meyer & Mark 1995; Dewey, 2010; Duijts et al., 2011). Csökkentik a betegséghez kapcsolódó tüneteket (Devine & Westlake, 1995; Rimer et al., 1985; Wallace, 1997), segítik a compliance-t (Rimer, 1985), javítják az immunparamétereket (Fawzy et al., 1995).

Számos kutató felhívja a figyelmet arra, hogy nincs mindenki számára egyformán megfelelő intervenció, azt a daganat típusához, a kórlefolyás aktuális szakaszához, a célkitűzésekhez, a beteg állapotához, elvárásaihoz kell illeszteni. Fawzy (1999) összefoglaló tanulmányában négy, a daganatos betegségek kezelésében gyakran használt, pszichoszociális intervenció típust elemzi. Ezek: az edukáció, a megküzdést segítő módszerek, az érzelmi támogatás és a pszichoterápia. A legjobb eredmény akkor érhető el, ha több síkon történik a támogatás. Célszerű edukációba vonni a betegeket, tájékoztatást adni a betegségről, annak típusáról, a várható kórlefolyatról és megtanítani az egészséges

táplálkozásra. Fontos, hogy a beteg érzelmi támogatást kapjon megfelelően képzett egészségügyi szakembertől, a családtól, barátoktól (Fawzy, 1999). Fors és munkatársai (2011) közelmúltban megjelent összefoglaló tanulmánya szerint (n=3272), mell-daganatos betegeknél napjainkban a három leggyakrabban alkalmazott intervenció: a pszichoedukáció, a kognitív viselkedés terápia és az érzelmi támogatást, érzelmi feldolgozást segítő módszerek (szupportív-expresszív csoportterápiák) (Fors et al., 2011).

3.3.2.1. Edukációs programok

Széles körben alkalmazzák a különböző edukációs programokat. A betegek tájékoztatása, felvilágosítása, releváns információk átadása a betegség természetével, a kórlefolyással, az egészséges életvezetéssel, a megküzdés, a gyógyulás lehetőségeivel kapcsolatban, hosszabb távon is csökkenti a bizonytalanság, kiszámíthatatlanság, kiszolgáltatottság, szorongás érzését (Fawzy et al., 1995; Devine & Westlake, 1995). Az edukációs programok spektruma sokrétű – előadások, foglalkozások, tájékoztató nyomtatványok, video és hanganyagok, stb.

Bár egyes edukációs programok hatékonynak bizonyulnak, az utóbbi évek összefoglaló tanulmányai nem erősítik meg ezeket az adatokat. Az ellentmondás háttérében az áll, hogy az edukációs programok rendszerint csak más intervenciókkal együtt fejtenek ki pozitív hatást. Forst (2011) hat tanulmány elemzésében (n=1318), ebből három randomizált, kontrolált kutatás volt, nem talált a legfontosabb életminőségi és hangulati mutatókban szignifikáns javulást, az általános fáradtság, kimerültség tünetei viszont rövidtávon csökkenést mutattak (Fors et al., 2011). Osborn (2006) összefoglaló vizsgálatában hasonló eredmények születtek – sem rövidtávon, sem hosszútávon nem történt javulás a hangulati mutatókban, az életminőségben és a fájdalomkezelésben (Osborn, Demoncada, & Feuerstein, 2006).

3.3.2.2. A kognitív viselkedés terápiai

A kognitív terápia széles körben alkalmazott és daganatos betegségek körében is rendkívül jó hatásokat felmutató terápiás rendszer (Moorey, 2010). Ez az irányzat az információ feldolgozásra és a jelentésadási, értelmezési folyamatra helyezi a hangsúlyt. Az új információk a már meglévő kognitív sémák szerint rendeződnek el, ennek a folyamatnak az eredményeként jön létre az adaptív vagy inadaptív viselkedési forma. Tehát a tágabb

értelemben vett emberi működést – viselkedést és érzelmeket, az a folyamat határozza meg, ahogyan a személy a világból érkező jeleket értelmezi, jelentéssel ruházza fel. A kognitív viselkedésterápiák cél- és problémaorientált módszerek. Általában a stressz kezelésre, a betegséggel kapcsolatos stresszorok racionális újraértelmezésére, a megküzdési módok azonosítására és módosítására irányulnak. A hangsúly a jelen történésein és a jövőn van, a múlt elemzése csak a problémák kialakulásának megértése miatt jelentős. Mindenekelőtt fontos a rákkal, a betegséglefolyással kapcsolatos, és a személyiség mélyebb rétegeiben meghúzódó kóros, maladaptív kogníciók, hiedelmek feltárása, értékelése és módosítása. Rákbetegekkel való munkában a kognitív-viselkedésterápiás megközelítés is hangsúlyt fektet a betegséghez kapcsolódó megterhelő, negatív érzelmek (mély lelki fájdalom, félelmek, harag, kilátástalanság), kifejezésére és feldolgozására (Brothers, Thornton & Andersen, 2010; Moorey, 2010; Tatrow & Montgomery, 2006; Antoni et al., 2001; Antoni et al., 2006).

Az elmúlt években biztató tanulmányok láttak napvilágot, melyek a módszer hatékonyságát igazolják, mind a korai stádiumban feltárt mellrákos betegek esetében, mind a súlyos, áttétes állapotban lévő betegeknél (Moorey, 2010, Tatrow & Montgomery 2006; Savard et al., 2006). A leggyakrabban vizsgált kimeneti változók az életminőség, az érzelmi distressz, illetve a betegséggel járó tünetek (kóros fáradtság/kimerültség, fájdalom).

Egy közelmúltban megjelent összefoglaló elemzésben (9 kutatás, összesen 903 mellrákos beteg) a kognitív viselkedés terápia hatékonynak bizonyult az életminőség rövidebb távú javításában. A vizsgált tanulmányok zöme enyhébb-erősebb hangulati változásról is beszámolt, ezek: szorongás, az eseménnyel kapcsolatos distressz, depresszió csökkenése (Forst et al., 2011). Egy másik összefoglaló tanulmány (Osborn et al., 2006), hasonló eredményeket közölt: 15 kutatás összegzésében (n=1492, a betegek 60%-a volt emlőrákos), a kognitív terápiás programok (időtartam: 4-től 55 hét, követés: 1 héttől – 14 hónapig) a depresszió és szorongás csökkenése, az életminőség javulása volt mérhető rövidtávon (kevesebb, mint nyolc hónap). Az életminőség javulása hosszabb távon (több mint nyolc hónap) is fennmaradt. A fájdalom kezelésében nem érték el hatást. A szerzők szerint az egyéni kognitív terápia hatékonyabb intervenciós forma, mint a csoportos foglalkozások.

A kognitív terápia igazoltan segíti a stresszkezelést is (Moorey, 2010, Antoni et al., 2001, Tatrow & Montgomery 2006). Felmérések szerint az emlőrákos betegek a daganat kialakulásának hátterében gyakran a feszültségnyomást, a stressz erőteljes jelenlétét nevezik meg – a stressz nem csak hozzájárul a betegség kialakulásához, de súlyosbíthatja, ronthatja is a betegséglefolyást. A stressz megfelelő kezelése ezeknél a betegeknél kiemelt fontosságú, „életmentő” lehet (Rowland & Massie, 2010). Antoni és munkatársai (2001) tíz hetes stresszkezelő tréninget dolgoztak ki, és adott számú vizsgálati eredmény után standardizálták is. Ebben a programban olyan kognitív és viselkedéses készségeket és képességeket tanítanak a betegeknél, aminek a segítségével képessé válnak a stressz azonosítására és kezelésére. Vizsgálataik szerint a program hatására a betegeknél hatékonyabbá válik a stressz kezelés, enyhül a szorongás és csökken a betegséggel kapcsolatos félelemkeltő, negatív gondolatok betüremkedése is.

Kutatási adatok vannak arra vonatkozóan is, hogy a kognitív-viselkedéses stresszkezelés, elsősorban korai stádiumban lévő mellrák esetében, kedvezően alakítja a betegek életét, a traumatikus életesemény megélését, erősíti az optimizmust. Antoni és munkatársai (2001) az általános optimizmus szintjének növekedését tapasztalták, fokozódott az előnytalálás, az élet értékelése, a prioritások módosulása.

A legújabb kutatások immunbiológiai szinten is igazolják a módszer hatását. Tíz hetes kognitív-viselkedés terápiai program eredményeként javulás mutatkozott a stresszhez és a szorongáshoz kapcsolódó pro-inflamatoros folyamatokban, az áttétképzésben szerepet játszó gének szabályozásában, a leukocita transzkripciós folyamatokban. Ezek a vizsgálati eredmények rendkívül biztatóak, molekuláris keretbe helyezik és magyarázzák a kognitív működés és a viselkedés megváltoztatását célzó intervenciók immunfolyamatokra gyakorolt jótékony hatását (Antoni et al., 2012).

3.3.2.3. Szupportív-expresszív csoportterápia

A Spiegel és munkatársai által kidolgozott szupportív-expresszív csoportterápia célja a diagnózissal, kórlefelgyással kapcsolatos emocionális feszültség, stressz kezelési deficitek, ambivalenciák, a halállal és a veszteségekkel kapcsolatos szorongások, félelmek kifejezése és oldása. A támogató-segítő, biztonságos légkör segíti a mélyebb rétegekben meghúzódó félelmek felszínre hozását, kimondását, tematizálását, a betegséggel, halállal, veszteséggel való konfrontációt és ennek nyomán a megküzdést. Hangsúlyt kap a

csoporttagok (betegek) közti együttműködés elősegítése, a sorstársi, egymást segítő kapcsolatok támogatása (Spiegel & Classen, 2000; Spiegel et al., 2007).

Ebben a terápiában is jelentős az életcélok, életfeladatok átgondolása, újra strukturálása, prioritások súlyozása, új életcélok, feladatok megfogalmazása. A nyitott, hatékony kommunikáció elősegítése mind a családtagokkal, mind a gyógyítókkal, továbbá olyan készségek, technikák elsajátítása, mint a szorongás és fájdalom oldása pozitív szuggesztiók hallgatásával, önszuggesztió alkalmazásával (Spiegel et al., 2000; Spiegel & Bloom, 1983).

A szupportív-expresszív csoportterápia támogató hatását daganatos betegség kezelésében számos kutatás igazolta (Spiegel & Bloom, 1983; Spiegel, Bloom, Kraemer, & Gottheil, 1989; Spiegel et al., 2007).

A legtöbbet regisztrált pozitív változások: a szorongás és a depresszió csökkenése, aminek nyomán a fizikai állapotban is javulás jelentkezik, elsősorban a vitális kimerültség/fáradtság szindróma enyhül, fokozódik az aktivitás, megküzdés (Classen, 2001, Spiegel et al., 2007). Fors (2011) összefoglaló tanulmányában öt randomizált kontrollált emlőrákos vizsgálat (n=1051) elemzésében (négy terápia a primális kezelések alatt, egy a kezelések befejezése után zajlott), szignifikáns javulás jött létre a hangulati mutatókban (depresszió, szorongás, harag, életerő). A szupportív-expresszív terápiát széles körben alkalmazzák súlyos állapotban lévő, rossz prognózisú betegeknél is. Goodwin (2001) áttétes emlőrákos betegeknél a negatív affektivitás (reménytelenség, bizonytalanság, szorongás) javulását mérte, mások, szintén előrehaladott stádiumú betegeknél a stresszszint csökkenését, az érzelmszabályozás javulását sikerült kimutatni (Classen et al., 2001).

Giese-Davis és munkatársai (2002) azt vizsgálták, hogy a szupportív-expresszív csoportterápiák mennyire segítik az érzelmi feldolgozást, az elnyomott érzelmek kifejezését és feldolgozását. Négy, viszonylag független érzelem-szabályozó konstruktum került elemzésre: a negatív érzelmek elnyomása, önuralom, elfojtás és érzelmi hatékonyság. A vizsgálat azt mutatta, hogy az intervenciós csoportban a kontroll csoporthoz képest csökkent a negatív érzések elnyomása, az önuralom csökkent, a betegek bátrabban, hatékonyabban fejezték ki érzéseiket, gyakoribbá vált a meggondolatlan, impulzív, felelőtlen viselkedés. Az elfojtás és az érzelmi hatékonyság vonatkozásában nem volt különbség a két csoport között. A tanulmány azt bizonyítja, hogy az érzelem-központú terápia segíthet előrehaladott emlőrákos betegeknél az érzelmek felvállalásában és

kifejezésében, a hosztilitás megjelenése nélkül. A kedvező hatások az intervenció csoportban az egy éves utánkövetésben is fennmaradtak (Giese-Davis et al., 2002).

A terápiás módszer a 80-as években kimagasló eredményeket mutatott fel, nem csak a betegek érzelmi támogatásában, a depresszió, szorongás csökkentésében, de a túlélés támogatásában is. A vizsgálati eredmények később kritikák ösztüzébe kerültek. Az újabb vizsgálatok nem igazolták a kezdeti nagyon bízató eredményeket. A terápia élethossz növekedésre gyakorolt hatását a túlélésre vonatkozó fejezetben fejtem ki.

Léteznek adatok arra vonatkozóan, hogy a támogató terápiák, bizonyos – a betegség szempontjából releváns – biológiai mutatókban, mint a hormonszint (elsősorban a kortizolszint), az immunparaméterek (limfocita proliferáció, TH1 citokin termelődés) is kedvező módosulásokat érhetnek el (Spiegel, Sephton, Terr, & Stites, 1998; McGregor & Antoni, 2009). Spiegel tanulmányában kifejti: számos bizonyíték áll a rendelkezésünkre a negatív életesemények károsító és a társas kapcsolatok, a támogató környezet daganatos kórlefolyásra (prognózisra) kifejtett pozitív hatását illetően. A bizalomra épülő, jó színvonalúnak értékelt kapcsolatok egészségvédő hatással bírnak, ugyanakkor csökkentik a stressz károsító hatását. Feltételezhető, hogy a támogató terápiás kezelések, pszichoszociális intervenciók azonos mechanizmusokon keresztül hatnak, és hasonló hatást fejtenek ki (Spiegel et al., 1998).

3.3.2.4. Spirituális fejlődést, növekedést célzó programok

Az utóbbi években egyre több olyan kutatás lát napvilágot, amely a bio-pszichoszocio-spirituális szemléletből kiindulva, a betegek lelki-spirituális fejlődését, növekedését helyezi az intervenció fókuszába. A szerzők arra hívják fel a figyelmet, hogy a terápiás eljárások nagymértékben elősegíthetik a személyiség fejlődését, a trauma előtti állapot meghaladását. Az értelemtalálás, előnytalálás, poszttraumás növekedés lehetőségét figyelembe szükséges venni, mind a kezelési terv kialakításánál, mind az eredmények tudományos értékelésénél (Tedeschi & Calhoun, 1995; Cordova et al., 2001). Ugyanakkor több szerző is arra figyelmeztet, a pozitív alkalmazkodás egyoldalú hangsúlyozása, a jó oldal láttatása teherré válhat a beteg számára és megakadályozza a mélyebb rétegekben meghúzódó megterhelő érzelmek, gondolatok feldolgozását, ezáltal hosszabb távon a növekedést (Spiegel és Classen, 2000; Stanton, 2010; Taylor, 2000).

A kutatások azt igazolják, a spiritualitás olyan erőforrást képvisel, amely a betegeknél több síkon is képes jótékony hatást kifejteni – csökkenti a betegség tüneteit, ugyanakkor oldja a lelki, érzelmi, egzisztenciális nehézségeket. Számos kutatás határozott együttmozgást talált a lelki-érzelmi és spirituális jóllét között (Stanton, 2010; Aukst-Margetic et al., 2005; Yanez et al., 2009; Coward, 2003; Rippentrop, Altmaier, & Burns, 2006).

A spirituális erőforrások megnyitása, fejlesztése, a növekedés elősegítése sokféle módon valósítható meg. Széles körben használt módszerek: a meditációs technikák, támogató, egzisztencialista terápiák, Pszicho-spirituális integratív terápia (Psycho-Spiritual Integrative Therapy – PSIT), stb.

A meditációs módszerek közül a legelterjedtebb a Jon Kabat-Zinn (2009) által kidolgozott, a Buddhista Vipassana meditációban és a Zen hagyományokban gyökerező éberségmeditáció (Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) – Éber figyelmen alapuló stresszcsökkentés) (Kabat-Zinn, 2003; 2009). Az 1979-ben kidolgozott, a Massachusetts-i Egyetem Orvosi Központjából kiinduló módszer mára széles körben elterjedt, világszerte több száz egészségügyi intézményben alkalmazzák. A vizsgálatok szerint számos betegségtípusra harmonizáló, kiegyensúlyozó hatással bír, oldja a stressz káros hatásait (Mackenzie, Carlson, & Specia, 2005; Specia, Carlson, Goodey, & Angen, 2000; Matchim & Armer, 2007). Pszicho-neuro-endokrinológiai vizsgálatok igazolják az MBSR módszer jótékony hatását többek között a hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg-tengely működésére (Matousek, Pruessner, & Dobkin, 2011).

A PSIT (Wall, 2010) olyan tréning, amely magába épít elemeket a pszichológiai, spirituális és egzisztenciális terápiás irányzatokból is. A szakralitást általánosságban értelmezi, bármilyen vallási, felekezeti hovatartozású beteg számára integrálható. Fókuszában az életcél áll – a belső értékek feltárása, a mélyebb késztetések felszínre hozatala, a személyiségben és a körülményekben rejlő akadályok azonosítása. Segíti az élethez való tevőleges hozzáállást, az életösvényre való rátalálást, a célok elérését. A program rendszerint nyolc héten át tart, minden alkalom szerves része az éber, elvárás nélküli meditatív állapot, a csendes megfigyelés gyakorlása. Fejleszti azokat a képességeket, melyek segítik az érzelem-szabályozást és életminőség javítását. A módszert, vagy egyes elemeit más kombinációban alkalmazó kutatások számos téren javulásról számolnak be. Csökkentik a testi tünetek közül a kimerültséget/fáradtságot, a fájdalmat, a lelki tünetek

közül a szorongást és a félelmet, segítik a megküzdést, az érzelmi harmóniát, a pszichoszociális alkalmazkodást (Fawzy, 1999; Spiegel et al., 1981; Yanez et al., 2009).

Más terápiás intervenciók, így a kognitív-viselkedés terápiák hatása nyomán is megjelenhet a pozitív traumafeldolgozás. A betegek a rák diagnózisa nyomán megélt pozitív változásról, előnytalálásról számolnak be. Az előnytalálás feltételezhetően a fokozott érzelmi feldolgozással függ össze, azok a betegek, akiknél az érzelmi feldolgozás magasabb szintű, több előnyről is beszámolnak, ugyanakkor az érzelemfeldolgozás és az előnytalálás közötti ok-okozati összefüggés a kutatások során nem nyert egyértelmű bizonyítást (Antoni et al., 2001).

Magyarországon a megküzdést, lelki-spirituális fejlődést elősegítő programok közül egy sajátos módszer vált ismertté, Bishop munkássága révén. A transzperszonális pszichológia szemléleti keretéhez kapcsoló módszer, a TPW (Transzperszonális Workshop) programok nagyszámú betegnél segítették elő a változást, a megküzdést és a gyógyulást. A programokon részt vett betegek nagyfokú elégedettségről számoltak be, tudományos hatásvizsgálat nem készült (Bagdy & Orosz, 2011).

3.3.2.5. „Mind-body” gyakorlatok

A „*Mind-body*” gyakorlatok (Mind-body practices) azon módszerek összefoglaló elnevezése, melyek a tudati működés (kapacitás) növelésével hatnak a testi funkciókra és a tünetekre. Ezek többek között a relaxáció, hipnózis, imaginációs módszerek, meditáció, biofeedback, támogató csoportok, autogén tréning, művészetterápia, mozgásterápiák, valamint ide sorolják azokat a keleti mozgásművészeteket, mint a jóga, tai chi, csikung (Cohen, Russell, Garcia, Biegler, & Frenkel, 2010). A felmérések a „*mind-body*” módszerek elterjedtségét igazolják. A relaxáció, meditáció, imagináció és a hipnoterápia a legközkedveltebb technikák közé tartozik, Amerikában a rákbetegek 29%-a, Európában a betegek 10%-a legalább egyiket már használta a négy módszer közül (Newell, Sanson-Fisher, & Savolainen, 2002).

116 tanulmányt összefoglaló meta analízisben azt találták, hogy ezek a módszerek csökkenthetik a szorongást, depressziót és egyéb hangulati zavarokat, valamint javíthatják a betegek alkalmazkodását a kórlefolyáshoz, segíthetik a megküzdést (Newell et al., 2002). A hipnózis és a pozitív szuggesztiók hallgatása segítheti egyes testi tünetek csökkentését

(Spiegel & Bloom, 1983; Newell et al., 2002), hasonlóan a relaxáció és a vezetett imagináció is (Eremin et al., 2009; Charalambus, 2011; Newell et al., 2002; Luebbert, Dahme & Hasenbring, 2001). Egyes vizsgálatok kimutatták az életminőség javulását is (Newell et al., 2002). A technikák közül széles körben elterjedt a Simonton módszer. Az American Cancer Society (Amerikai Rák Társaság) összefoglalójában kiemeli: a módszer növeli a betegség felett érzett kontrollt, csökkenti a tehetetlenség érzését, a feszültséget, pozitív beállítódást hoz létre, ezáltal segíti és hatékonyabbá teszi a megküzdést (Simonton, Matthews-Simonton & Creighton, 1990), ugyanakkor kutatás-módszertani hiányosságok miatt a tréning hatékonyságát nem sikerült bizonyítani.

A „*mind-body*” módszerek immunbiológiai hatását is tanulmányozták, az eredmények szerint segíthetik a betegség és a kezelések okozta károsodások csökkentését és az immunfunkciók javulását (kortizolszint csökkenése, limfocita proliferáció, citokin termelődés, bal oldali frontális régió aktivitásának emelkedése, stb.) (Cohen et al., 2010; Newell et al., 2002; Eremin et al., 2009).

3.3.2.6. Multidiszciplináris programok

Számos felmérés mutat rá, hogy a daganatos betegek, így az emlőrákos betegek is a diagnózis sokk-hatása nyomán változtatnak életmódjukon. A legtöbb beteg jobban figyel magára, változtat az életvezetésén, kerüli a stresszt, egészségesebben táplálkozik, többet mozog (Rowland & Massie, 2010; Fitzgibbon & Stolley, 2010). Általánosságban megállapítható, hogy nagyszámú kiadvány, elektronikus információs forrás igyekszik segíteni a betegeket, ám jelentős hányaduk nem rendelkezik megalapozott tudományos, empirikus vizsgálattal – hiányosan, egyoldalúan, esetenként félrevezetően informál.

A tudományos követő/elemző vizsgálattal kiegészített intervenciós programok általában, a támogatás egy-egy elemére fókuszálnak (életmódváltás egy-egy szelete, pszichés támogatás egy-egy aspektusa), ezek háttérében részben kutatás módszertani megfontolások állnak. Újabban egy olyan kutatási irány bontakozik ki, ahol a daganatos betegek kiegészítő terápiájában az egyes intervenciók helyett komplex, multidiszciplináris programokat (pszichoterápia, egészségfejlesztés, mozgás, táplálkozás, edukáció, stb.) együtt alkalmaznak, építve az egyes elemek között létrejövő, egymást erősítő, szinergikus hatásokra. Egy közelmúltban megjelent, az eddigi emlőrákos tapasztalatokat, publikációkat összefoglaló tanulmány szerint a témában még nincs elegendő kutatási eredmény, és kevés

azoknak a kutatásoknak a száma, amelyek longitudinálisan követik a létrejött változásokat (Khan et al., 2012).

Mozgás és táplálkozás programok

Az emlőrákkal kapcsolatos komplex programok zöme az életmódváltásra (mozgás, táplálkozás, csökkentett zsírbevitel, testsúlycsökkentés, dohányzás, stb.) helyezi a hangsúlyt. Csak az életmódváltásra fókuszáló hatástanulmányok változó, gyakran ellentmondásos eredményeket mutatnak. Egy vizsgálatban negyven év kutatási anyagát összegezve kiemelten fontosnak ítélik meg az életmódváltást (mozgás, súlykontroll, zsírcsökkentés, zöldség/gyümölcs fogyasztás) (Kellen et al. 2009). Számos olyan vizsgálatot közöltek, ahol a program hatására nőtt a fizikai aktivitás, javult a testkép, önelfogadás, ahol az életmódváltozók pozitív korrelációt mutattak a túléléssel (Demark-Wahnefried, 2010; Demark-Wahnefried et al., 2004; Mosher et al., 2009). Ugyanakkor olyan kutatási eredményeket is, ahol inverz eredmények születtek – az összegzések szerint ma még nincs egyértelmű, minden kétséget kizáró bizonyíték az életmódváltás és a jó prognózis közötti összefüggésre (Pierce et al., 2007; Patterson, Cadmus, Emond, & Pierce, 2010; Rock & Demark-Wahnefried, 2002).

Az Ornish program

A kutatási irányvonal egyik kimagasló, referencia kutatása Dean Ornish 2008-ban publikált tanulmánya. A három hónapig tartó, prosztatarákos betegekkel végzett Ornish multidiszciplináris életmódprogram fő elemei: kontrollált, zsírszegény, csaknem vegetáriánus étkezés, aerob mozgásprogram, jóga, stresszkezelés (meditáció, relaxáció), imagináció, hetente egyszeri, az érzelmek kifejezését és feldolgozását segítő csoportterápia. A program számos területen ért el jelentős javulást: magasabb életminőség, jobb szexuális funkciók, jobb stressztűrő képesség, kevesebb szorongás és gyengeségérzés, szignifikánsan jobb eredmények a betegség progresszióját illetően a kontroll csoporthoz képest, valamint a telomeráz enzim aktivitásának szignifikáns emelkedése (Ornish et al., 2008). A kutatócsoport tagjának, Elisabeth Blackburn-nek 2009-ben odaítélt Nobel-díj minden kétséget kizáróan igazolta az életmódváltás, a táplálkozási és lelki tényezők, valamint a telomeráz enzim aktivitása közötti összefüggést. Jelen ismereteink szerint a telomeráz aktivitás emelkedése és az immunrendszer antitumor hatása a hosszú távú sejtes életképesség és a genomstabilitás (pl. DNS repair) szintjén lehet összefüggésben. A program hatása hosszabb távon is hatásosnak bizonyult, egy év múlva a kísérleti csoportból senkinél sem volt szükséges onkológiai kezelést indítani, míg a kontroll

csoportban hat főnél, a pszichoszociális mutatókban is szignifikáns volt a különbség – magasabb szintű életminőség, jobb szexuális funkciók, nagyobb stressztűrő képesség, kevesebb szorongás, kevesebb gyengeségérzés (Falus, Marton, Borbényi, Tahy, & Karádi, 2010).

Emlőrákkal kapcsolatban, ismereteink szerint még nem publikáltak az Ornish-programhoz hasonló, átfogó hatástanulmányt. A legfrissebb dokumentumok azonban igazolják: a telomera rövidülés a mellrák kockázatát is növeli (Qu et al., 2013). Feltételezhető, hogy egy átfogó életmódváltás mind pszichológiai síkon, mind molekuláris vonatkozásban (telomeráz aktivitás javulása) csökkentené az emlőrák kockázatát. A hipotetikus feltételezés megválaszolása további kutatások révén történhet meg.

Kevésbé átfogó, de multidiszciplináris program Kwiatkowski (2013) kutatási anyaga. Nem áttétes mellrákos betegnél (n=251) vizsgálták egy két hetes onkopszichológiai tanácsadással és fizioterápiával kiegészített életmódprogram (napi 2 órás mozgás – fizioterápia, wellness fürdő, masszázs, diétás program – csökkentett kalóriabevitel és zsírfogyasztás, diétás tanácsadás, előadások az egészséges táplálkozásról, főzőiskola). A kutatók az összetett program hatását rövidtávon (6 hónap) és hosszabb távon (12 hónap) vizsgálták. A programelemek szinergikusan működtek, az életminőség javult, a betegek szorongásszintje a program végére csökkent, de rövid idő után visszatért. A depressziós tünetek javulása konzisztens módon, hosszabb távon is fennmaradt (Kwiatkowski et al., 2013). Egy másik vizsgálatban (n=203) egy nyolc hetes program (tájékoztató előadások, tematikus csoportfoglalkozások, stressz kezelés) hatásaként rövidtávon (egy hónappal a program után), csökkent a depresszió, szorongás, harag, kimerültség, javultak a kapcsolatok, az életminőség (érzelmi és szerep funkciók), a megküzdésben viszont nem regisztráltak javulást (Dolbeault et al., 2009). Targ és Levine (2002) vizsgálatában standard szupportív terápiát hasonlított össze komplex komplementer programmal. A komplex programban a betegek heti rendszerességű egészségfejlesztő előadásokon és szupportív terápiás foglalkozásokon vettek részt, amit táncterápia és jóga egészített ki. Alkalmaztak még ezen kívül meditációs gyakorlatokat, vizualizációt, művészetterápiás módszereket. A 12 hetes program hatására mindkét csoportban csökkent a depresszió, a szorongás, javult az életminőség és a „spirituális jóllét” (Targ & Levine, 2002).

3.3.3. A pszichoszociális intervenciók túlélést segítő hatása

A betegek életminőségének kérdésköre rendkívüli fontossággal bír, azonban a betegeket, hozzátartozókat és a szakembereket leginkább foglalkoztató kérdés az élet meghosszabbításának lehetősége. „*A jobb életminőség jelent-e hosszabb életet is?*” (Spiegel et al., 2007, old.1131). A pszichoszociális intervenciók képesek-e a várható élettartam meghosszabbítására?

Spiegel (1989) klasszikus, sokat idézett vizsgálatában 86 áttétes mellrákos asszony vett részt. A csoportterápiás foglalkozások egy éven keresztül heti 2 órában folytak. A vizsgálatok a kontroll csoporthoz képest javulást mutattak a szorongás csökkenésében, a testi tünetek közül a vitális kimerültség/fáradtság oldódott, javult a megküzdés. A csoport tagjainak életútját 10 éven keresztül követték. 10 év elmúltával csak három beteg volt életben, mindhárman a kísérleti csoportból. A pszichoterápiás foglalkozáson részt vett betegek túlélése jelentősen jobb volt a kontroll csoporthoz képest: átlagosan kétszer annyi ideig éltek (kísérleti csoport átlagos túlélés 36,6 hónap, kontroll 18,9 hónap) (Spiegel et al., 1989).

Spiegel csoportfoglalkozásainak túlélésre vonatkozó kimagasló eredményeit a későbbiek során több kutató kritikával illette. A kritikák szerint jelentős hibaszázalékot hordoz magában az a tény, hogy a kontroll csoport betegei az átlagos túléléshez képest jóval rövidebb ideig éltek. Az amerikai rákregiszter SEER adataihoz viszonyítva (SEER – NCI's Surveillance, Epidemiology and End Results) az öt éves túlélés mindössze 2,8% volt, a 32%-hoz képest. A jelentős különbség a kísérleti és kontroll csoport túlélési aránya között tehát nem a kísérleti csoport "jó", sokkal inkább a kontroll csoport "rossz teljesítménye" miatt jöhetett létre. Módszertani hiányosságok is felmerültek, nevezetesen, hogy a kutatók nem jártak el teljesen körültekintően a csoportok kialakításánál, a kontroll csoport tagjaira kedvezőtlen hatással volt, hogy nem kerültek be a terápiás csoportba, valamint figyelmen kívül hagyták azt a tényt, hogy a vizsgálat kezdetekor a recidíva kialakulása óta eltelt idő náluk egy évvel hosszabb volt (Fox, 1998).

Spiegel és munkatársai (2007) a kritikákra újabb vizsgálatokkal reagáltak. Szigorúbb kutatás-módszertannal vezették a programot, az eredményekről 2007-ben megjelent tanulmányukban számoltak be. Összesen 125 súlyos állapotban (kiújult mellrák és/vagy metasztázis) lévő mellrákos nő vett részt a programban (64 fő a kísérleti, 61 a kontroll csoportban). Számos eredmény mellett (javult az érzelmi szabályozás, csökkent a

nagyfokú hangulati ingadozás, csökkentek az érzelmi trauma okozta tünetek, csökkent a fájdalom), azonban a csoportterápia túlélést segítő hatását nem sikerült igazolni. A program kezdete után 14 évvel az elhalálozás 86% volt. A közép túlélési idő 32,8 hónap volt – 30,7 hónap a kísérleti, és 33,3 hónap a kontroll csoport esetében. Spiegel összegzésében kiemeli, bár az élethossz növelésére nem volt hatással, a csoport pszichoterápia mindenképpen hatékonynak minősül. A legnehezebb életszakaszban nyújt hathatós segítséget és támogatást a betegeknek (Spiegel et al., 2007).

Egy másik korai, sokat idézett kutatás is a túlélés meghosszabbítását tűzte ki az intervenció céljául. Fawzy és munkatársai (1993) korai stádiumban feltárt mellrákos és rosszindulatú melanómában szenvedő betegeknél intenzív hathetes pszichoedukációs programot alkalmaztak (Fawzy et al., 1993). Fókuszában a betegek egészségnevelése, stressz kezelés, relaxáció, probléma-kezelés és társas támogatás állt. A terápiás csoportban 38 fő vett részt, 28 fő a kontroll csoportban. A terápiás munka hatására csökkent a betegeknél a depresszió, nagyobb lett az életerő, a betegek aktívabb megküzdést mutattak, és javult az immunmoduláció. A betegek életének és betegséglefolyásának alakulását hat éven keresztül követték. A kísérleti csoportban részt vett betegek aktívabb megküzdést és jobb túlélést mutattak.

Spiegel kutatásához hasonlóan Fawzy eredményei is kritikai elemzések összttüzébe került. Nála elsősorban az alacsony elemszámból következő eredménytorzulást jelölték meg a kutatás hiányosságaként (Fox, 1995). A szerzők a pszichoedukációs programot egy nagyobb betegmintával is végigvitték (n=259). Számos javuló hatást regisztráltak, de az élethossz növekedését nem (Boesen et al., 2007). Fontos megjegyezni, hogy vizsgálták azokat a betegeket is, akik elutasították a felkérést a programban való részvételre. Náluk rövidebb túlélést találtak. Az elemzés felszínre hozott egy másik fontos adatot is: ezek a betegek alacsonyabb szocioökonómiai státusszal rendelkeztek. Mindez a kérdés továbbgondolását inspirálta – vajon az alacsonyabb szocioökonómiai státusz releváns hatással lehet-e az élethossz alakulására?

Az Amerikai Rák Társaság (hivatkozik rá Kissane, 2009) adatai szerint az afro amerikaiak között minden rák típusban az öt éves túlélés alacsonyabb (57%), mint a fehér bőrű amerikaiak között (68%). A kutatók arra is rámutatnak, amennyiben a hátrányos szociális háttér befolyásoló hatással bír, ezeknek a betegeknek segíteni kell a hátrány csökkentésében. A vizsgálatok szerint a pszichoedukációs programok lehetőséget

nyújtanak a kevésbé előnyös szocio-ökonómiai környezetben élő betegeknek a felzárkózásra (DiMatteo, Giordani, Lepper, & Croghan, 2002).

Vajon a depresszió összefüggésben van-e a túléléssel? Ross és munkatársai (2002) összefoglaló tanulmányukban a pszichoszociális intervenciók hatását vizsgálták a betegek érzelmi jóllétére és a túlélésére (Ross, Boesen, Dalton, & Johansen, 2002). Negyvenhárom, a témához kapcsolódó kutatás eredményét dolgozták fel. Következtetéseik: nem találtak egyértelmű korrelációt az intervenciók és a vizsgált kimeneti változók között. Konklúzióként három lehetséges magyarázatot javasolnak: első – a vizsgálatok különböző intervenciós stratégiákat alkalmaztak különböző kutatási programokban, ezek közül csak néhány volt hatással a jóllétre és az élethosszra és csak bizonyos betegcsoportok esetében. Második – létezik ilyen hatás, csak nem elég erős, aminek azonosítását nehezíti a vizsgálatok kis elemszáma. A harmadik lehetséges magyarázat a szerzők szerint, hogy a kísérleti programokba beválasztott betegek szelekciója hiányos, – nem csak olyan betegek kerülnek be ezekbe a vizsgálatokba, akiknek valóban szüksége van pszichoszociális támogatásra.

Ross és munkatársai szerint, ha nem sikerül egyértelmű összefüggést találni a depresszió és szorongás szintje valamint a túlélés között, akkor a figyelmünket más, a háttérben meghúzódó, ez idáig nem definiált tényezők és hatások vizsgálata felé kell fordítani (Ross et al., 2002). Más kutatások arra hívják fel a figyelmet, hogy mélyebb és átfogóbb vizsgálatokkal kell feltárni a depresszió neuroendokrin síkon kifejtett hatását. További vizsgálatok tárgya lehet a kezelésekhez kapcsolódó adherencia is, mint közvetítő elem a depresszió és a várható túlélés prognózisa között (Kissane, 2009).

A pszichoszociális intervenciók és a túlélés közötti összefüggések kapcsán szakmai vitafórum alakult. Annak ellenére, hogy nem nyert megerősítést a csoport pszichoterápia és a túlélés közötti pozitív összefüggés, sokrétű jótékony hatása megkérdőjelezhetetlen. Kissane (2009) szerint ez a folyamat termékeny volt, elősegítette a pszichoonkológia mint önálló tudományterület fejlődését, kiforrását. *„Sokat tanultunk mindannyian a különböző módszerekről, terápiás lehetőségekről, már jól tudjuk enyhíteni a lelki-érzelmi fájdalmat, ugyanakkor még nagyon sok a tennivalónk”* (Kissane, 2009, old. 172).

3.4. A pszichoszociális intervenciók módszertani kérdései, fő irányelvek

A kutatások sokfélesége, szerteágazó volta miatt nehezen lehetséges, helyenként lehetetlen a közös nevező megtalálása, az adatok összegzése, általánosítható következtetések levonása. Az egyes kutatások szintjén alapvető különbségeket találunk a vizsgálatok hatékonyságát illetően. Az eredményeket nagymértékben befolyásolja az intervenció jellege, hossza, fókusza, a kutatásba bevont betegek kiválasztási módja, a betegség stádiuma, számos személyiségbeli, motivációs és egyéb pszichoszociális háttértényező, a vizsgált kimeneti változók, az alkalmazott mérőeszközök sokfélesége, az adatfeldolgozás módszertana, stb. (Smedslund & Ringdal, 2004).

A számtalan intervenciós próbálkozás közül melyik hatékony, a kórlefolyás mely szakaszában mely terápia segíthet a legtöbbet? Fawzy (1999) tanulmányában a pszichoterápiás beavatkozások, széles skálát felölelő intervenciók elméleti keretét jelöli ki. A következő tényezők átgondolását és figyelembe vételét javasolja az intervenciók tervezésénél:

- 1) a rákbetegség típusa, a beteg neme, életkora, csak a betegek vesznek részt a programban, vagy hozzátartozók is,
- 2) a betegség stádiuma, ill. a kórlefolyamat szakasza, a) friss diagnózis, jó prognózis, gyógyítható állapot, b) a betegség jelen van, hosszabb (több éves) túlélés várható, c) a beteg súlyos állapotban van, hátralévő ideje hónapokban, vagy hetekben mérhető
- 3) az intervenció célja, a kimenetek meghatározása: a) a betegséghez és gyógyuláshoz kapcsolódó ismeretanyag átadása, b) jobb együttműködés a beteg részéről, c) a megküzdés és a pszichoszociális alkalmazkodás elősegítése d) társas támogatás erősítése, e) stresszcsökkentés, f) testi tünetek kezelése, csökkentése
- 4) a terápia jellegének, fő modalitásának és a struktúrájának a meghatározása: a) edukáció, b) viselkedés terápia, c) kognitív terápia, d) pszichoterápia, e) csoportos, vagy egyéni foglalkozások
- 5) ki fogja vezetni a csoportot: a) egészségügyi szakember (ápoló, szociális munkás, pszichológus, pszichiáter), b) peer

A frissen diagnosztizált és/vagy jó prognózisú betegek számára strukturált, rövidebb, 6-10 hétig tartó pszichoedukációs programot javasol, intézményes keretek között. Azon betegeknél, akiknél recidíva jelent meg, a teljes gyógyulásra kicsi az esély, a várható élettartam 2-3 év, meglátása szerint a kevésbé strukturált, folyamatos, de ritkább, havonta egyszeri foglalkozások segíthetnek. Ezek természetüknél fogva inkább támogató jellegűek legyenek, a betegek kérdéseire, felvetett témáihoz kapcsolódjanak. A palliatív ellátásra szoruló, súlyos, terminális állapotban lévő betegek esetén a leghatékonyabb a folyamatos, strukturált és célorientált munkamód. A betegeket közvetlenül érintő témákkal kell dolgozni, mint a tünetek kezelése, enyhítése, szembenézés az élet végességével, a halállal. A csoportvezetés ebben az esetben segítő, támogató jellegű legyen, célszerű intézményes keretek között szervezni a foglalkozásokat, heti rendszerességgel, vagy még gyakrabban.

Loscalzo, Bultz és Jacobsen (2010) tanulmányában a pszichoszociális programok tervezését és jövőjét illetően a szakmai összefogást hangsúlyozza (Loscalzo et al., 2010). Ahhoz, hogy a rákkal felvehessük a harcot, mindenkire, minden szakterület direkt vagy indirekt hozzájárulására szükség van! A szakemberek a kutatási ismeretanyag, evidenciák beépítését sürgetik a napi gyógyító munkába (Jacobsen, Holland & Steensma, 2012). Határokon átívelő tanulmányok, együttműködés, közös munkálkodás, közös vízió hozhatja meg a győzelmet a daganatos betegségek ellen folytatott küzdelemben (Jacobsen, 2010)!

3.5. Összefoglalás

Az onkopszichológia az elmúlt három évtizedben jelentős utat járt be. Bizonyítást nyert a lelki tényezők, az egészségmagatartás, az életmód jelentősége az onkológiai betegségek kialakulásában és a gyógyulási folyamatban. Mind a klinikai tapasztalatok, mind a kutatások igazolják, hogy a lelki támogatás, a széles körű pszichoszociális ellátás csökkenti a betegek sérülékenységet, segíti a kórfolyamathoz való alkalmazkodást, a megküzdést.

A hagyományos daganatkezelést kiegészítő intervenciók első sorban az életmód megváltoztatására és a pszichés támogatásra, gondozásra fókuszálnak. A legtöbb megjelent tanulmány egy-egy intervenció hatékonyságát vizsgálja, újabban jelennek meg olyan kutatási anyagok is, melyek komplex programokkal segítik a betegeket.

Az egészségfejlesztő programok jelentős hányada az inaktív életvezetés megszüntetését célozza, különböző mozgásprogramok formájában. Több száz tanulmány igazolja: a

betegek testi kondíciójához és érzelmi szükségleteihez alakított mozgásprogramok széleskörű, sok síkon ható jótékony hatását – számos testi és lelki funkcióban pozitív változást eredményeznek.

A táplálkozással kapcsolatos kockázati tényezők az általános rákkockázat mintegy 30%-át alkotják. A rákmegelőzés más területeivel ellentétben a táplálkozás ma még nincs az öt megillető helyen sem a prevencióban, sem a gyógyításban, annak ellenére, hogy mind a nemzetközi, mind a hazai illetékes fórumok fontos ajánlásokat fogalmaznak meg. Ennek hátterében többek között olyan ellentmondásos kutatási eredmények állnak, melyek nem igazolták az egyes táplálkozási komponensek és a mellrák összefüggéseit. Párhuzamosan számos olyan vizsgálat is napvilágot látott, mely hatékonyan alkalmazza az egészségvédő táplálkozás alapelveit.

Az onkopszichológiai és pszichoterápiás programok széles spektrumban vannak jelen a rákbetegek gyógyításában. A programok célja a betegek lelki gondozása, a betegségteher csökkentése, a kognitív-érzelmi feldolgozás és megküzdés elősegítése, az életminőség javítása. Magyarországon is hagyománya van a betegek lelki gondozásának, már 25 évvel ezelőtt megalakult az első onkopszichológiai részleg.

A közelmúltban megjelent tanulmányok szerint világszerte a leggyakrabban alkalmazott módszerek: a kognitív viselkedés terápia, a szupportív-expresszív csoport-terápia, valamint a pszichoedukációs programok. Mind a kognitív terápia, mind a szupportív terápia hatékonysága sokszorosan igazolt, általában az érzelemszabályozásban, valamint az életminőség javításában érnek el jelentős eredményeket. Túlélést segítő hatásuk a kezdeti biztató eredmények ellenére hosszú távon nem igazolódott.

A spirituális erőforrások megnyitása, fejlesztése, az értelemtalálás, a növekedés elősegítése, olyan erőforrást képvisel, mely a betegeknél több síkon képes jótékony hatást kifejteni. Csökkentheti a testi tüneteket, kiegyensúlyozza az érzelmeket, segíti a megküzdést.

A kutatási eredmények összegzése, általánosítható következtetések levonása a vizsgálatok sokrétű, szerteágazó volta miatt nem mindig lehetséges. Fontos célkitűzés a magas színvonalú tudományos vizsgálatok folytatása, ugyanígy a tudásanyag, az evidenciák beépítése a napi gyógyítási gyakorlatba, alkalmazkodva a beteg testi-lelki állapotához, figyelembe véve a rákbetegség típusát, stádiumát, az intervenció célját.

II. KUTATÁS

4. CÉLKITŰZÉSEK

Magyarországon már a hatvanas évek óta jelen van a daganatos betegek lelki támogatásának, segítségének a törekvése. Történelmi-kulturális hagyományaink révén a kezelések elsősorban a pszichoanalízis keretrendszerében zajlottak, az onkopszichológia témakörében csak kevés számú átfogó empirikus vizsgálat, felmérés történt. Kutatásunkban általános célkitűzésként az onkopszichológia tudományos ismeretanyagának bővítését fogalmaztuk meg – vizsgálati eredményeinkkel, szakmai javaslatainkkal szeretnénk hozzájárulni a betegek magas színvonalú, komplex pszichoszociális ellátásához.

Kutatásunk három fő egységre bontható.

Az első részben a kutatás fő célkitűzése az emlőrákos betegek pszichés státuszának és életminőségének feltárása volt. Keresztmetszeti vizsgálatunkban a betegek lelki-érzelmi állapotát vizsgáltuk, mindenekelőtt a daganatos kórlefolyásban leggyakrabban jellemző depressziós és szorongásos tünetegyüttest, továbbá az életminőség prediktor tényezőit elemeztük. Összefüggéseket kerestünk az előnytalálás és egyes pszichoszociális tényezők között. Célkitűzésünk volt továbbá az EORTC QLQ C-30 életminőség kérdőív magyar nyelvű változatának pszichometriai vizsgálata.

A kutatás második fázisában részben saját, részben nemzetközi klinikai tapasztalatok, valamint a legújabb kutatási eredmények alapján kidolgoztunk, és egy emlőrákos betegekből álló kísérleti csoporttal végigvittünk, egy Magyarországon úttörőnek számító, a hagyományos onkológiai daganatterápiát kiegészítő, komplex életmód és pszichoszociális intervenció programot. A kutatás második szakaszában a program hatását és eredményességét vizsgáltuk.

A kutatás harmadik része longitudinális vizsgálat, a hagyományos daganatterápiát kiegészítő komplex életmód és pszichoszociális intervenció program hosszú távú (15 hónappal a program befejezése után) hatásait elemeztük.

5. A KUTATÁS ELSŐ RÉSZÉ – A HANGULATI ÁLLAPOT VIZSGÁLATA, AZ ÉLETMINŐSÉG ÉS AZ ELŐNYTALÁLÁS PREDIKTORAINAK ELEMZÉSE

Első, keresztmetszeti elrendezésű vizsgálatunkban a kutatásban részt vett emlődagatos betegek pszichoszociális jellemzőit vizsgáltuk, elemzésünkbe a következő konstruktumokat vontuk be: szorongás, depresszió, életminőség, betegségpercepció, előnytalálás. Célkítűzésünk volt a rosszindulatú betegségre jellemző érzelmi distressz (a depresszió és a szorongás) prevalenciájának, valamint annak meghatározása, a betegek milyen arányánál fordulnak elő klinikai szintű, illetve szubklinikai értékek. Az életminőség és az előnytalálás vizsgálatában azokra a tényezőkre helyeztük a hangsúlyt, amelyek előre jelezhetik – bejósolják az életminőség alakulását. Elemeztük az összefüggéseket a szocio-demográfiai és medikális tényezőkkel, a negatív affektivitással, valamint a betegséggel kapcsolatos reprezentációkkal.

5.1. Hipotézisek

Első lépésként a vizsgált betegcsoport hangulati állapotát kívántuk feltérképezni. A kérdésfelvetésünk leíró jellegű, így ezekkel kapcsolatban nem fogalmaztunk meg hipotéziseket:

1. Vizsgáltuk a depressziós tünetegyüttes prevalenciáját.
2. Vizsgáltuk a szorongásos tünetegyüttes prevalenciáját.

Második lépésként vizsgáltuk az életminőséget bejósoló tényezőket. Ezzel kapcsolatban a következő hipotéziseket fogalmaztuk meg:

3. Egyes demográfiai és a medikális tényezők összefüggésben állnak az életminőséggel, prediktorai az életminőségnek.
4. A negatív affektivitás, nevezetesen a depresszió és a szorongás befolyásolja az életminőséget, az életminőség mindhárom aspektusával, (globális/általános, funkcionális, tüneti életminőség) szoros összefüggést mutat, prediktora az életminőségnek.
5. A betegséggel kapcsolatos reprezentációk összefüggésben állnak az életminőséggel.

Harmadik lépésben vizsgáltuk az előnytalálással kapcsolatos mutatókat. Hipotézisek:

6. Egyes demográfiai és a medikális tényezők összefüggésben állnak az előnytalálással.
7. A negatív affektivitás összefüggést mutat az előnytalálással.
8. A betegséggel kapcsolatos reprezentációk összefüggésben állnak az előnytalálással.

Kiegészítő elemzésként meghatároztuk az EORTC QLQ C-30 életminőség kérdőív magyar nyelvű változatának pszichometriai jellemzőit, valamint az eredeti, 15 dimenziós modell és a magasabb rendű kétdimenziós modell illeszkedését.

9. Feltételeztük, hogy a magyar nyelvű kérdőív reliabilitása kielégítő.
10. Feltételeztük, hogy a két modell illeszkedése megfelelő.

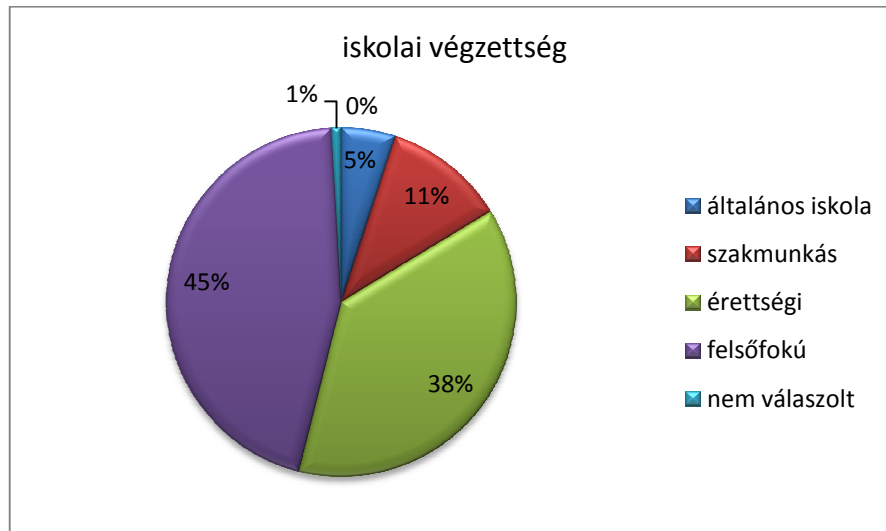
5.2. A vizsgálati személyek és a vizsgálat menete

A vizsgálatba összesen 240 malignus emlődaganattal (diagnózis: emlőcarcinoma, áttét nélkül – C50) kezelt nőbeteg került, akik vállalták az együttműködést és aktuálisan kezelés alatt álltak malignus betegségük miatt. A vizsgálatot Budapesten, az Országos Onkológiai Intézet Radiológiai Diagnosztikai Osztályán végeztük, az Intézet Etikai Bizottságának engedélyével (eng. száma: 7-45/2008), 2008 szeptember és 2009 júniusa között. A kutatás nemzetközi kutatási regisztrációs kódja: b859yuha-oncostudy. Kérdőíves vizsgálatunkban nyolc oldalas önkitöltő kérdőívet használtunk, aminek kitöltése 50 percet vett igénybe. A vizsgálatra és a betegjogi kérdésekre vonatkozó részletes tájékoztatást követően, a személyes beleegyező nyilatkozat alapján választottuk be a betegeket, akik a mammográfiai vizsgálat keretében töltötték ki a teszteket. A vizsgálati személyek a teszt kitöltéséért nem kaptak juttatást. A kitöltött kérdőívekből 221 volt értékelhető.

A demográfiai változók közül az életkort, az iskolai végzettséget, a családi állapotot, a gazdasági aktivitást és a gyermekek számát elemeztük. Az életkori megoszlás: 30 és 68 év között, az átlagéletkor 52,8 év, szórás 8,49. A betegek 35%-a 50 év alatti, 46%-a 50 és 60 év között van, 19%-a 60 év fölötti. Az iskolai végzettséget illetően 45%-nak felsőfokú végzettsége, 38%-nak érettségije, 16% általános iskolát, vagy szakmunkás-

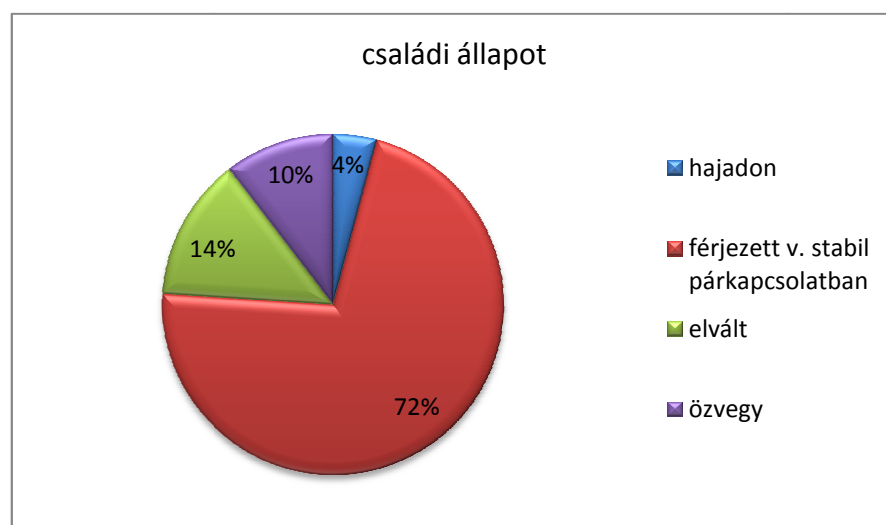
képzőt végzett. A gazdasági aktivitást illetően a betegek 47,1%-a aktív dolgozó, 1,4%-a munkanélküli, 1,4%-a főfoglalkozású szülő, vagy GYES-en lévő, 47,8%-a nyugdíjas, ebből 25,3% leszázalékolt nyugdíjas.

1. ábra: A kutatásban részt vett betegek demográfiai jellemzői – iskolai végzettség

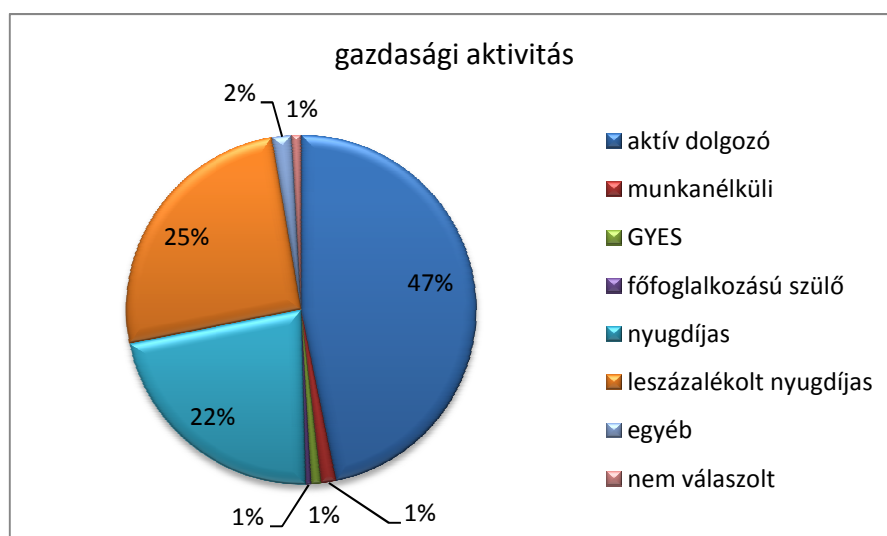


A családi állapotot illetően a legtöbben férjezett vagy stabil párkapcsolatban élők (72%), 14% elvált, 10% özvegy, 4% hajadon. A betegek 12%-a gyermektelen, 28%-nak egy gyermeke, 49%-nak kettő, 10%-nak három és 10%-nak négy gyermeke van.

2. ábra: A kutatásban részt vett betegek demográfiai jellemzői – családi állapot



3. ábra: A kutatásban részt vett betegek szocio-ökonómiai jellemzői – gazdasági aktivitás



A betegség diagnózisa óta eltelt idő átlaga 2,48 év, szórás 1,17. A műtét óta eltelt idő 2,26 év, szórás 1,11.

5.3. Alkalmazott mérőeszközök és változók

A vizsgálat első részében a következő mérőeszközöket használtuk:

1. *A depresszió mérésére:* Rövidített Beck Depresszió Kérdőívet, (Shortened Beck Depression Inventory, BDI), (Beck, Ward, Mendelson, 1961).
2. *A szorongás mérésére:* Spielberger Vonás Szorongás Kérdőívet, STAI-T, (State-Trait Anxiety Inventory), (Spielberger & Gorsuch, 1970).
3. *Az életminőség mérésére:* EORTC QLQ-30 kérdőívet és emlődaganatos kiegészítő modulját, a QLQ-BR23 kérdőívet, (The European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire), (Aaronson, 1993; Sprangers, Cull, Bjordal, Groenvold, & Aaronson, 1993).
4. *A betegségészlelés mérésére:* Betegségészlelés Kérdőívet (IPQ-R), (Illness Perception Questionnaire), (Moss-Morris, 2002).
5. *A betegséggel való megküzdés nyomán érzett előny és értelemtalálás vizsgálatára:* Előnytalálás Kérdőívet (Benefit Finding Questionnaire), (Antoni, 2001).

6. A kutatás szempontjából releváns szociodemográfiai és medikális adatokra vonatkozó kérdéseket a betegek töltötték ki.

A felhasznált kérdőívek bemutatása

A pszichoonkológiai kutatásokban a betegek pszichológiai, pszichiátriai állapotának felmérésére az összefoglaló tanulmányok szerint leggyakrabban használt kérdőívek a Beck Depresszió Kérdőív, ill. a Spielberger Állapot-Vonás Szorongás Kérdőív (Montazeri, 2008).

1. A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata

A depresszió súlyosságának megállapítására és követésére a Beck Depresszió Kérdőív Rövidített változatát (Beck, Ward & Mendelson, 1972; Rózsa, Szádóczy & Füredi, 2001) használtuk. A skála 9 tételt tartalmaz, amelyek a szociális visszahúzódással, döntésképtelenséggel, alvászavarral, fáradékonysággal, hipochondriával, munkaképtelenséggel, pesszimizmussal, elégedetlenséggel, örömképtelenséggel, illetve az önvádlással kapcsolatos tüneteket mérik. Ezeket 1-4-ig (egyáltalán nem jellemzőtől a teljesen jellemzőig) pontozhatja a vizsgált személy. A rövidített és a teljes változaton elért összpontszámok magas korrelációja ($r = 0,92$) a rövidített verzió megbízhatóságát és alkalmazhatóságát támasztja alá. A Rövidített Beck Depresszió Kérdőív depresszió súlyossági kategóriái a következőképpen alakulnak: 0-9 pont: nem depressziós; 10-18 pont: enyhén depressziós; 19-25 pont: közepesen depressziós; 26 vagy annál magasabb pontszám: súlyos depressziós állapot. A klinikai szintű depresszió határértéke a 19 pont. A teszt kiváló pszichometriai sajátosságokkal rendelkezik, megbízhatósági értéke megfelelő (Cronbach-alfa = 0,86) (Rózsa, Szádóczy & Füredi, 2001).

2. Spielberger Vonás Szorongás Kérdőív, STAI-T

A Spielberger-féle kérdőív (Sipos, Sipos, & Spielberger, 1998) a szorongás, mint személyiségvonás felmérésére szolgál, a szorongásra való hajlam erősségének az értékét mutatja. 20 kérdésből áll, a válaszadás egy négyfokozatú Likert-skálán lehetséges (1-egyáltalán nem, 2-valamennyire, 3-eléggé, 4-nagyon/teljesen). Minimum 20, maximum 80 pont érhető el. Standard értékei női populáció esetében:

átlag 45,37, szórás 7,97. A teszt megbízhatósági értéke megfelelő (Cronbach-alfa=0,84).

3. *Életminőség Kérdőív (EORTC QLQ-C30, QLQ-BR23)*

Az életminőség mérésére az EORTC QLQ C-30 (alap kérdőív) és BR-23 (emlődagangatos kiegészítő modul) mérőeszközt alkalmaztuk (Aaronson et al., 1993). Vizsgálatunkban meghatároztuk a kérdőív reliabilitás mutatóit, és kiegészítő elemzésként teszteltük az alap kérdőív összevont faktorain alapuló magasabb rendű, kétdimenziós életminőség modellt (Gundy et al., 2011) is. A kérdőív részletes bemutatása és a vizsgálat eredményei a következő fejezetben.

4. *Betegségpercepció Kérdőív (IPQ-R)*

A Betegségpercepció Kérdőív (Moss-Morris et al. 2002, magyar változat: Reinhardt Melinda) a Leventhal és munkatársai által kidolgozott betegségkogníciómodellek (Leventhal et al., 1980) dimenzióit mérő megbízható és valid mérőeszköz. A Kérdőív három részből áll: 1. tünetek, 2. a betegség természetére, lefolyására, kontrollálására és hatására vonatkozó hiedelmek, 3. a betegség okaira vonatkozó elképzelések. Vizsgálatunkban a kérdőív második részét alkalmaztuk, melynek hét alszála van: Idő lefolyás, Ciklikusság, Következmények, Személyes kontroll, Kezelési kontroll/gyógyíthatóság, Megértés, Érzelmi reprezentáció. 38 betegség-reprezentációra vonatkozó tételt kell ötfokozatú skálán megítélni: pl. Úgy gondolom, ez a betegség életem végéig megmarad; Módomban áll befolyásolni a betegséget. A tételek a fent említett 7 alszála rendezhetők. A mérőeszköz pszichometriai mutatói jók. Széles körben alkalmazzák. A mérőeszköz részletes hazai vizsgálata még nem készült el.

5. *Előnytalálás Kérdőív*

A kérdőívet speciális problémákkal terhelt gyerekek szülei számára állították össze. Antoni (2001) adaptálta az emlőrák diagnózisának és kezelésének élményéből adódó észlelt előny becslésére. 17 tételből áll, minden tétel úgy kezdődik, hogy „A betegségem ...”, és az élményből származó valamilyen lehetséges előnyt fogalmaz meg. A személyek ötfokozatú Likert skálán értékelik az állítást: 1-egyáltalán nem értek egyet, 2-kicsit egyet értek, 3-közepesen értek egyet, 4-nagyon egyetértek, 5-

teljesen egyet értek. A mérőeszköz a jelentéskeresést az élet 3 különböző területén méri fel: 1. Az élet hiányosságainak elfogadása, 2. Családi kapcsolatokban bekövetkezett pozitív változások, 3. Személyes növekedés. A tételsor belső reliabilitása megfelelő (Antoni et al., 2001).

6. *Demográfiai változók*

A demográfiai változók közül az életkort, iskolai végzettséget, családi állapotot, gazdasági aktivitást, gyermekek számát és életkorát mértük fel. Ezen változók mentén a következő kategóriákat alkalmaztuk:

- iskolai végzettség: 1. általános iskola, 2. szakmunkás, 3. érettségi, 4. felsőfokú diploma (főiskola, egyetem)
- családi állapot: 1. hajadon, 2. férjezett vagy stabil párkapcsolatban élő, 3. elvált, 4. özvegy
- gazdasági aktivitás: 1. aktív dolgozó, 2. munkanélküli, 3. Gyes, 4. főfoglalkozású szülő, 5. nyugdíjas, 6. leszázalékolt nyugdíjas, 7. egyéb

7. *Medikális változók:*

- a daganatos betegség diagnózisának időpontja
- a műtét időpontja

5.3.1. Az EORTC QLQ kérdőív pszichometriai jellemzőinek vizsgálata

A European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) non-profit szervezet bocsátotta rendelkezésünkre a teszt magyar nyelvű változatát. A mérőeszközt a 80-as években dolgozták ki, a daganatos betegek életminőségét vizsgáló skálák közül az egyik leggyakrabban használt (Montazeri, 2008), több mint hatvan nyelvre fordították le. Az alap kérdőívet (QLQ C-30) daganatspecifikus modulok egészítik ki. A mérőeszközt magyar mintán még kevesen használták.

A kérdőívvel kapcsolatos módszertani kutatások zömmel az adott nyelvre átültetett változat validitásának meghatározására, illetve a kérdőív daganatspecifikus moduljainak vizsgálatára irányulnak. Párhuzamosan a faktorszerkezet elemzése, a mérőeszköz fejlesztése is zajlik, – az újabb vizsgálatok a kérdőív mutatóinak egyszerűsítését, a klinikai gyakorlatban jobban használható életminőség mutatók meghatározását tűzik ki célul. A tételek összevonásával magasabb rendű modelleket hoztak létre. Nagy mintán, (48 országból összesen 9000 beteg) hét hipotetikus modellt vizsgáltak. A statisztikai

eredmények a kétdimenziós modellt erősítették meg (fizikai egészség faktor és mentális egészség faktor) (Gundy et al., 2011).

Onkopszichológiai vizsgálatunkban (az életminőség prediktorainak vizsgálata, intervenciós program hatékonyság vizsgálata) az eredeti (15 dimenziós) kérdőívet használtuk. Jelen, pszichometria elemzésünkben vizsgáltuk:

1) a magyar nyelvű alap kérdőív 15 dimenziós, és a magasabb rendű, két dimenziós változatának reliabilitás mutatóit,

2) a 15-dimenziós és a kétdimenziós életminőség modellek illeszkedését.

5.3.1.1. Az EORTC QLQ kérdőív bemutatása

Az EORTC QLQ C-30 kérdőív 30 tételből áll, 3 skálára oszlik. Ezek: 1) Globális/általános életminőség (QL), 2) Funkcionális életminőség, 3) Tüneti életminőség. A globális életminőséget 2 kérdés vizsgálja: „Az előző hétre vonatkozóan hogyan értékelné általános egészségi állapotát?” és „Az előző hétre vonatkozóan hogyan értékelné általános életminőségét?” A válaszokat hetes skálán kell jelölni, 1- nagyon rossz, 7- kitűnő. A funkcionális életminőségre vonatkozó skálák: fizikai (PF), szerep (RF), emocionális (EF), kognitív (CF) és szociális (SF) működés. A tüneti életminőség skálái: kimerültség (FA), hányinger (NV), fájdalom (PA), légszomj (DY), álmatlanság (SL), étvágytalanság (AP), székrekedés (CO), hasmenés (DI), anyagi nehézségek (FI). A válaszok Likert skálán rögzíthetők, 1-4-ig: 1-egyáltalán nem jellemző, 2-alig jellemző, 3-jellemző, 4-teljesen jellemző.

A kérdőívnek betegség specifikus kiegészítő moduljai is vannak. Ezek egyértelmű előnye, hogy az adott kórképre jellemző tünetek és problémák kapnak hangsúlyt. Onkopszichológiai kutatásunkban a mell-daganat kérdőív, a QLQ BR-23 került felhasználásra. A BR-23 négy funkcionális (testkép, szexuális működés, szexuális élvezet, jövő perspektíva), és négy tüneti alskálát (szisztémás terápiás mellékhatások, mell-tünetek, kar-tünetek, haj elvesztése) tartalmaz. A kérdőív Cronbach-alfa értéke 0,62 és 0,89 között van. A tüneti alskálák mind a C-30, mind a BR-23 esetében összevonhatóak összesített (Burden) skálává (Aaronson et al., 1993).

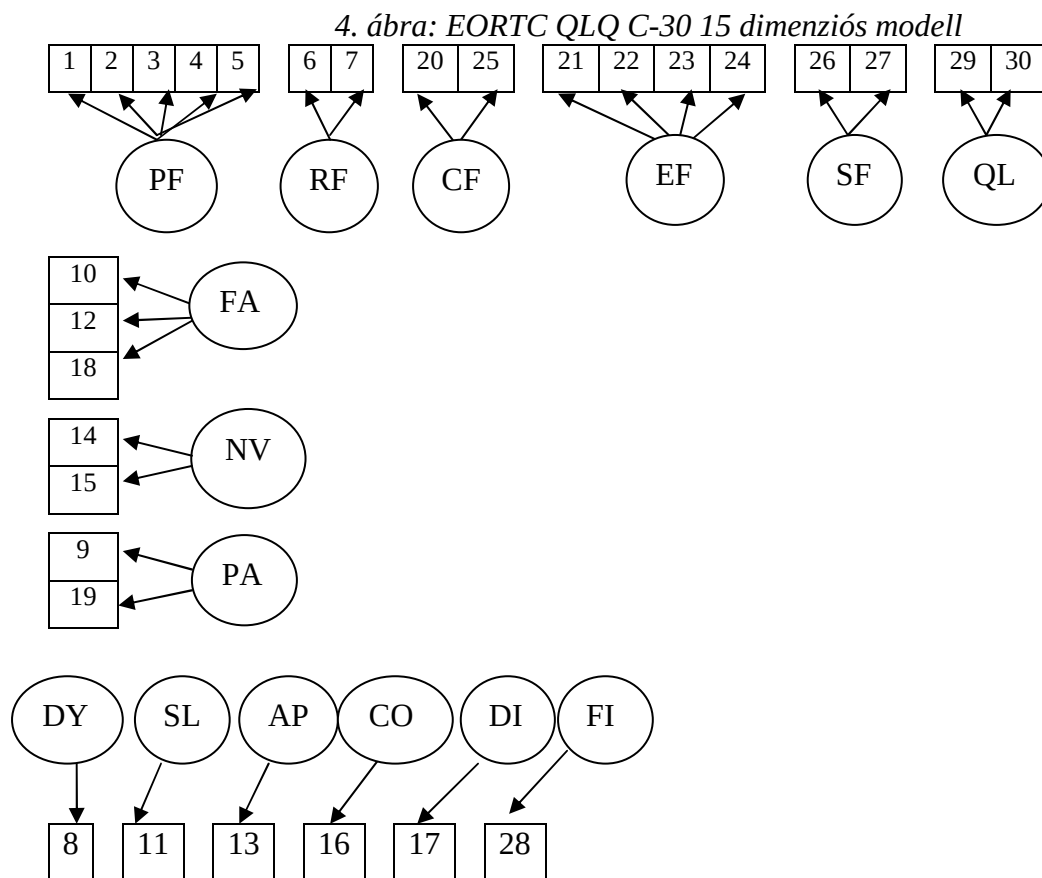
5.3.1.2. Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzésekhez az SPSS 19.0 és MPlus 6.01 programokat használtuk. Konfirmátoros faktoranalízis segítségével teszteltük a kérdőív 15 dimenziós és 2 dimenziós változatának stuktúráját (Gundy et al., 2011). Az egy-itekes tüneti skálákat látens faktorokként kezeltük, és minden faktor esetében megengedtük a korrelációkat. Mivel a normál eloszlás erősen sérült, a robusztus WLSMV (weighted least square estimation method) módszert alkalmaztuk.

A modell illeszkedésének vizsgálatára abszolút illeszkedési mutatót (χ^2 érték), és liberálisabb illeszkedési mutatókat (CFI /comparative fit index/; TLI /Tucker-Lewis Fit Index; NNFI /nonnormed fit index/, és RMSEA /root mean square error approximation/) számoltunk. A CFI és TLI esetében a 0,95-nél magasabb értékek jeleznek jó illeszkedést, az RMSEA esetében pedig a 0.05 alattiak.

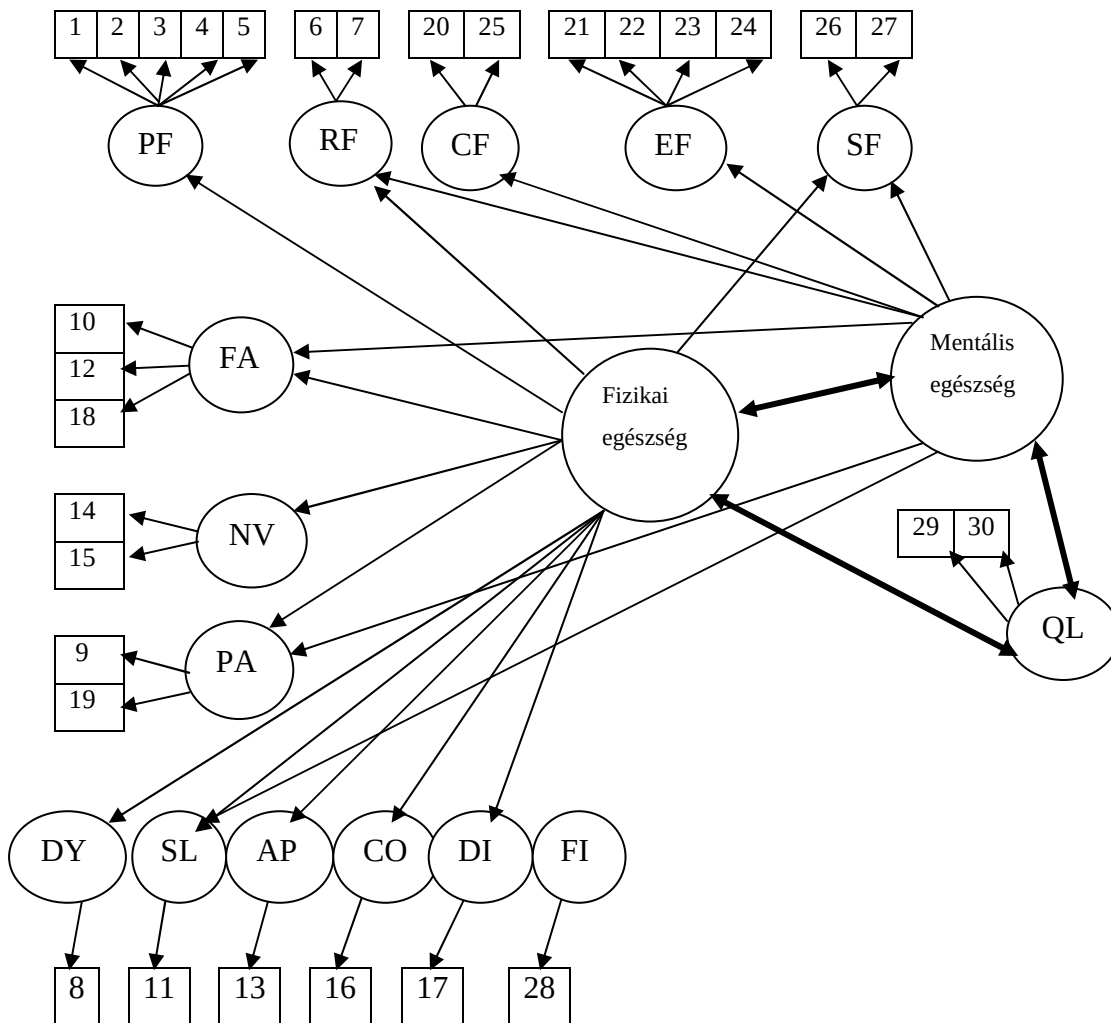
5.3.1.3. A magyar nyelvű kérdőív reliabilitása

A kérdőív eredeti változata 9 többteteles és 6 egyteteles alskálát tartalmaz (4. ábra).



A kétdimenziós modell a fizikai egészség dimenzióhoz sorolja a fizikai működés (PF), hányinger (NV), légszomj (DY), étvágytalanság (AP), székrekedés (CO), hasmenés (DI), alskálakat, a mentális egészséghez kapcsolja emocionális (EF) és kognitív (CF) működés alskálákat. A szerep (RF) és szociális (SF) működés, kimerültség (FA), fájdalom (PA) és álmatlanság (SL) alskálák mindkét dimenzióban jelen vannak, az anyagi nehézségek (FI) alskála nem kerül be az elemzésbe (5. ábra).

5. ábra: EORTC QLQ C-30 fizikai egészség/mentális egészség modell



1. táblázat: Az EORTC QLQ C-30 15 dimenziós modell, és a BR-23 skálák belső konzisztenciájának mutatói

Skálák	Alskálák	Tételek száma	Cronbach- α
EORTC QLQ C-30 általános életminőség		2	0.87
EORTC QLQ C-30 funkcionalitás skálák	összesített	15	0,89
	testi/fizikai működés	5	0.67*
	szerep működés	2	0.72
	érzelmi működés	4	0.87
	kognitív működés	2	0.63*
	társas működés	2	0.83
EORTC QLQ C-30 tüneti skálák	összesített (Burden)	13	0,88
	kimerültség	3	0.83
	hányinger, hányás	2	0,83
	fájdalom	2	0,82
	légzési zavarok	1	-
	álmatlanság	1	-
	étvágytalanság	1	-
	székrekedés	1	-
	hasmenés	1	-
	anyagi nehézségek	1	-
EORTC BR-23 funkcionalitás skálák	összesített	8	0,77
	testkép	4	0.9
	szexuális működés	2	0.86
	szexuális élvezet	1	-
	jövő perspektíva	1	-
EORTC BR-23 tüneti skálák	összesített (Burden)	15	0,85
	terápiás mellékhatások	7	0.67*
	mell tünetek	4	0.78
	kar tünetek	3	0.76
	haj elvesztése	1	-

EORTC C-30 és BR-23 Életminőség Kérdőív; *az elvart 0,7 alatti értékek

Az EORTC QLQ C-30 kérdőív magyar nyelvű változatának reliabilitása megfelelőnek bizonyult. A Chronbach alfa mutatók magasak (0,8 fölötti értékek), kivéve három alskálát (fizikai működés, kognitív működés és a melldaganatos modul BR-23 esetében a szisztémás terápiás mellékhatások), ahol az értékek kevéssel az elvart 0,7 alatt maradnak (1. táblázat). A kétdimenziós modell esetében a skálák belső konzisztenciája kifejezetten magas (0,90 és 0,92 értékek) (2. táblázat).

2. táblázat: Az EORTC QLQ C-30 két dimenziós modell skáláinak belső konzisztenciája

Skálák	Alskálák	Tételek száma	Cronbach alfa
EORTC QLQ C-30 Fizikai egészség	PF+NV+DY+AP+CO+ DI+RF+SF+FA+PA+SL	21	0.90
EORTC QLQ C-30 Mentális egészség	EF+CF+ RF+SF+FA+PA+SL	16	0.92

Fizikai (PF), szerep (RF), emocionális (EF), kognitív (CF) és szociális (SF) működés; kimerültség (FA), hányinger (NV), fájdalom (PA), légszomj (DY), álmatlanság (SL), étvágytalanság (AP), székrekedés (CO), hasmenés (DI)

5.3.1.4. A modellek illeszkedésének vizsgálata

Az abszolút és a liberálisabb illeszkedési mutatók is megfelelőnek bizonyultak mind a 15 dimenziós modell ($\chi^2=417,449$, $df=306$, CFI=0,986, TLI=0,980, RMSEA=0,041, Cfit=0,948) mind a két dimenziós modell vizsgálatában is ($\chi^2= 521.791$, $df= 362$, CFI = 0.979, TLI = 0.977, RMSEA= 0.045, Cfit = 0.844) (3. táblázat). Két alskála faktor töltése volt alacsony, (fájdalom (PA) a mentális egészség dimenzióban (-0,028) és az álmatlanság (SL) a fizikai egészség dimenzióban (-0,105)). A két tétel kizárás után az illeszkedési mutatók megfelelőnek bizonyultak (4. táblázat).

3. táblázat: Abszolút és liberálisabb illeszkedési mutatók a 15, és a 2 dimenziós modell esetében

Modell	χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA	Cfit
15 dimenziós modell	417.449	306	0.986	0.980	0.041	0.948
2 dimenziós modell (fizikai egészség/mentális egészség modell)	521.791	362	0.979	0.977	0.045	0.844

CFI: Comparative Fit Index, TLI: Tucker-Lewis Index, RMSEA: root mean square error approximation;

4. táblázat: A tételek standardizált faktor töltése a fizikai egészség/mentális egészség modellben (EORTC QLQ C-30)

Tételek	A tétel standardizált faktortöltése	Alskálák	Mentális egészség	Fizikai egészség
			Az alskálák standardizált faktortöltése	
29	0.967	QL	-	-
30	0.842			
1	0.765	PF		0.837
2	0.857			
3	0.881			
4	0.746			
5	0.599			
6	0.940	RF	0.308	0.565
7	0.750			
21	0.912	EF	0.835	
22	0.787			
23	0.818			
24	0.945			
20	0.905	CF	0.947	
25	0.749			
26	0.949	SF	0.749	
27	0.875			
10	0.774	FA	0.437	0.554
12	0.908			
18	0.897			
14	0.989	NV		0.786
15	0.946			
9	0.841	PA		0.902
19	0.992			
8	0.836	DY		0.754
11	0.872	SL	0.828	
13	0.923	AP		0.909
16	0.790	CO		0.630
17	0.823	DI		0.724

Globális életminőség (QL), fizikai (PF), szerep (RF), emocionális (EF), kognitív (CF) és szociális (SF) működés; kimerültség (FA), hányinger (NV), fájdalom (PA), légszomj (DY), álmatlanság (SL), étvágytalanság (AP), székrekedés (CO), hasmenés (DI)

Leszögezhető, hogy a vizsgált mintán kapott pszichometriai eredmények alapján az EORTC QLQ C-30 magyar nyelvű kérdőív 15 dimenziós változata, és a Gundy és munkatársai (2011) által javasolt magasabb rendű kétdimenziós modell reliabilitása megfelelőnek bizonyult.

5.3.2. A kutatásban felhasznált további kérdőívek reliabilitás mutatói

A skálák megbízhatóságát a hagyományos tételelemzéssel ellenőriztük (a korrigált tétel-skála korreláció és a Cronbach-alfa érték alapján). Ha a Cronbach-alfa nem érte el a 0,7 értéket, lépésenként elhagytuk a legalacsonyabb tétel-skála korrelációt mutató indikátorokat. A felhasznált kérdőívek reliabilitás mutatója megfelelőnek bizonyult, a tesztek jelentős részénél kifejezetten jónak mondható (0,7 feletti érték), kivéve az IPQ-R kérdőív Megértés alskáláját, ezért az eredmények elemzésénél figyelembe vesszük az alacsony megbízhatósági értékeket (5. táblázat).

5. táblázat: A felhasznált kérdőívek reliabilitás mutatói

Skálák	Alskálák	Tételek száma	Cronbach- α
Szorongás (STAI)		20	0.89
Depresszió (Beck)		9	0.88
Előnytalálás		17	0.94
IPQ-R	időbeni lefutás (akut/krónikus)	6	0.84
	ciklikusság	4	0.71
	következmények	6	0.72
	személyes kontroll	6	0.74
	gyógyíthatóság	5	0.72
	megértés	5	0.57*
	érzelmi reprezentáció	6	0.80

Beck – Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; STAI – Spielberger Vonás Szorongás Kérdőív; IPQR-Betegségpercepció Kérdőív;

A *-gal jelölt skála esetében egyetlen tétel elhagyása sem emelte volna jelentős mértékben a belső konzisztenciát, így az eredeti skálákat alkalmaztuk.

5.4. Alkalmazott statisztikai módszerek

Vizsgálatunk első része keresztmetszeti elrendezésű. Leíró jellegű és többváltozós statisztikai számításokat végeztünk: átlag- és százalékszámítást, szórás elemzést, korrelációs együttható és többszörös lineáris regresszió számítás. Az elemzést SPSS 19.0 és Mplus 6.01 programcsomagok, valamint a Microsoft Excell 2007 alkalmazásával végeztük.

Az összefüggések természetének vizsgálatakor, első lépésben meghatároztuk a változók viszonyát, a függő és független változókat. A többszörös lineáris regressziós modellt alkalmaztuk annak becslésére, hogy a magyarázó változók mennyire határozzák meg a függő változó értékét. A korrigált determinációs együttható (R^2) segítségével becsültük meg, hogy a modellbe bevont független változók a függő változó varianciáját hány százalékban magyarázzák. Az együttható értéke 0 és 1 között változik: minél magasabb az értéke, annál jobb a regressziófüggvény illeszkedése. A szignifikancia tesztelésére az F próbát számítottuk ki, (szignifikancia szint $p < 0.05$), valamint a változó regressziós súlyát (β), ami egyben a regressziós egyenes meredekségét is mutatja az adatok sztenderdizálása esetén. Komplex pszichoszociális összefüggések vizsgálatakor a regressziós számítási modellek nagy előnye, hogy figyelembe veszik a változók nem normál eloszlását, míg hátrányuk, hogy hajlamosak túlbecsülni egy adott prediktor változó hatását, és nem vizsgálják az esetleges közvetítő és módosító változók szerepét. A regresszióelemzés másik hiányossága, hogy feltételezi a független változók izolált hatását, és ha ez a feltétel nem adott – egymással kapcsolatban álló változók (multikollinearitás – vagyis, hogy a változók azonos jelenséget mérnek) esetében – torzulhat a regressziós együtthatók értéke.

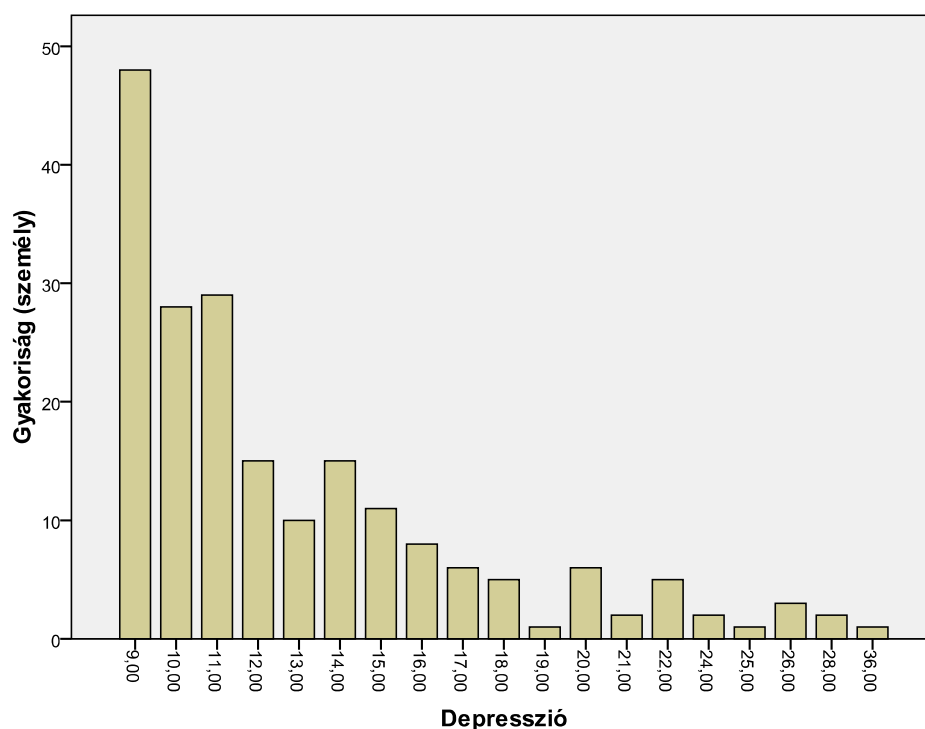
5.5. Eredmények

5.5.1. A negatív affektivitás vizsgálata

A depresszió prevalenciája

A Rövidített Beck Depresszió Kérdőív az átlagérték 12,97 pont, a szórás 4,63. Minimális pontszám 9, maximális 36. A kérdőív alapján megkülönböztethető depresszió kategóriák szerint a vizsgált betegek 24,2%-ra nem jellemző a depressziós tünet együttes (0-9 pontérték). Enyhe depresszió jellemzi a betegek 64,3%-át (10-18 pontérték), a betegek 11,5 %-a lépi át a klinikai szintű depresszió határértékét (19 pont felett), ebből 8,5% közepesen súlyos, 3% súlyosan depressziós csoportba tartozik (6. ábra).

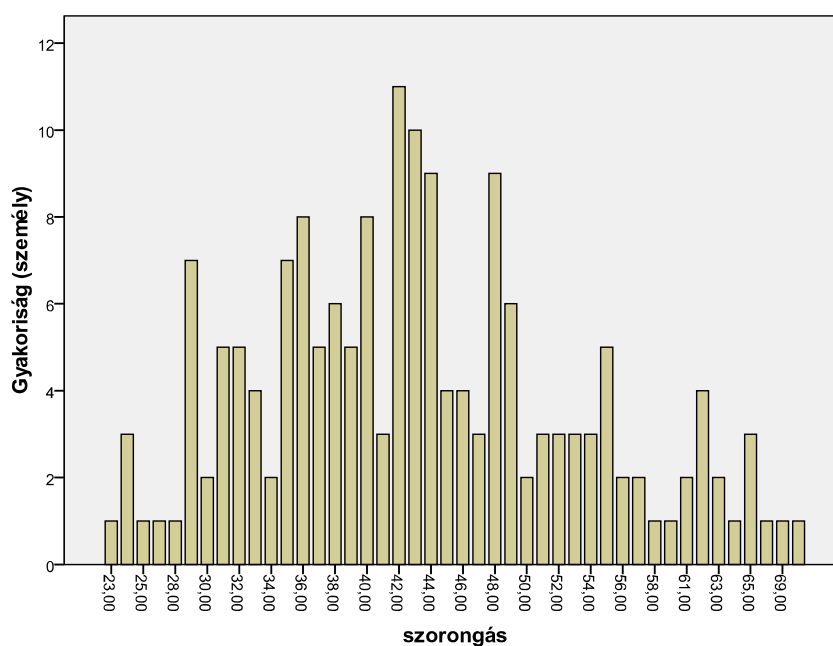
6. ábra: A depresszió skálán elért pontszámok eloszlása (Beck Depresszió Kérdőív)



A szorongásos tünetek prevalenciája

A vizsgált betegek szorongás szintjének a meghatározásakor a STAI-T kérdőíven a szorongás átlag értéke 43,35 pontszám volt, a szórás 10,31, minimum pontszám 23, maximum 74. Az eredmények a standard női populációhoz hasonló eloszlást mutatnak (45,37; szórás: 7,97; (Sipos, Sipos & Spielberger, 1994)). A vizsgált betegek 67,6%-ra a szorongásos tünetegyüttes nem jellemző (48 pontérték alatt), míg a betegek 13,6%-a az enyhe (48-52 pontérték között), 18,8%-a a súlyos szorongás tünetkategóriába sorolható (52 pontérték felett) (7. ábra).

7. ábra: A szorongás pontszám eloszlása (STAI)



5.5.2. Az életminőség prediktorainak vizsgálata

Az életminőség prognosztikai tényezőit lineáris regressziós modellben vizsgáltuk. Az EORTC C-30 Életminőség Kérdőív mindhárom, (globális/általános, funkcionális, tüneti) a BR-23 mellldaganatos kiegészítő modul mindkét (funkcionális és tüneti) skáláját bevontuk az elemzésbe. Három nagyobb terület magyarázó hatását vizsgáltuk: 1) demográfiai és medikális változók, 2) negatív affektivitás, 3) a betegséggel kapcsolatos reprezentációk.

6. táblázat: Az életminőség skálák leíró statisztikai értékei

		EORTC C-30 funkcionális skálák	EORTC C-30 tüneti skálák	EORTC BR-23 funkcionális skálák	EORTC BR-23 tüneti skálák	EORTC C-30 globális /általános
N	valós	220	218	218	218	212
	hiányzó	1	3	3	3	9
Átlagérték		82,47	18,36	62,86	19,12	10,45
Szórás		15,98	16,12	20,1	15,26	2,05
Minimum		16,67	0	2,78	0	6
Maximum		100	75,93	100	79,07	14

Első lépésben meghatároztuk a skálák leíró értékeit (6. táblázat), majd elvégeztük a lineáris regresszió elemzést. A regresszió elemzés 2 skálán nem mutatott szignifikanciát (C-30 globális/általános életminőség, $R^2=0,41$; BR-23 tüneti skála, $R^2=0,34$), egyik magyarázó változó esetében sem, így ezeket a skálákat alább kihagyom az elemzésből, a szignifikáns értékeket kiemelten, félkövér betűtípussal jelölöm.

A demográfiai és medikális változók és az életminőség összefüggései

A 7. táblázat eredményei azt mutatják, hogy egyik sztenderdizált érték sem szignifikáns, a vizsgált csoportban a betegség-specifikus életminőség egyik területe sincs összefüggésben az életkorral, az iskolai végzettséggel, valamint a diagnózis és a műtét óta eltelt idővel sem.

A negatív affektivitás életminőséggel való kapcsolata

Vizsgált mintánkban fontos elem volt annak meghatározása, vajon a betegek hangulati állapota, a depresszió és a szorongás mennyire befolyásolja az életminőség alakulását, bejósolja-e az életminőséget? Vizsgálatunkban a szorongás és depresszió értékek között erőteljes összefüggést találtunk, a korrelációs együttható értéke $r=0,758$ ($p=0,001$ szinten szignifikáns). A multikollinearitás elkerülése végett egy közös negatív affektivitás skálát képeztünk. Az így képzett skála reliabilitása igen magas (Cronbach alfa: 0,93; itemek száma 29). A regressziós együtthatók elemzése alapján megállapítható, hogy az életminőség mindhárom aspektusával szoros összefüggést mutat. Mind a funkcionális (C-30: $\beta=-0,705$, $p=0,000$; BR-23: $\beta=0,493$, $p=0,003$), mind a tüneti életminőség (C-30: $\beta=0,517$, $p=0,000$) szempontjából a negatív affektivitásnak kiemelt szerepe van, vagyis a megemelkedett negatív hangulati állapot és szorongás kedvezőtlenebb funkcionálással és több tünettel, illetve a tünetek súlyosabb megélésével jár együtt (7. táblázat).

7. táblázat: A többszörös lineáris regresszió eredménye az életminőség alskáláira

Kimeneti változó:	EORTC QLQ-30 funkcionális		EORTC QLQ-30 tüneti		EORTC QLQ BR-23 funkcionális	
Magyarázó változók:	Sztenderdizált β	p-érték	Sztenderdizált β	p-érték	Sztenderdizált β	p-érték
Iskolai végzettség	-0,013	0,850	-0,026	0,723	0,110	0,912
Életkor	0,091	0,195	0,020	0,792	0,156	0,148

A diagnózis óta eltelt idő	-0,008	0,964	0,032	0,863	-0,128	0,551
A műtét óta eltelt idő	0,028	0,872	-0,004	0,983	0,500	0,825
Negatív Affektivitás	-0,705	0,000	0,517	0,000	0,493	0,003
IPQ-R-idői lefolyás	-0,145	0,140	0,155	0,148	0,184	0,238
IPQ-R-ciklikusság	0,037	0,647	0,091	0,303	0,087	0,465
IPQ-R-következmény	-0,243	0,008	0,240	0,016	0,187	0,164
IPQ-R-személyes kontroll	-0,035	0,665	0,164	0,067	-0,163	0,189
IPQ-R-gyógyíthatóság	0,027	0,751	-0,145	0,126	0,116	0,376
IPQ-R-megértés	0,035	0,635	0,212	0,011	0,112	0,347
IPQ-R-érzelmi reprezentáció	0,220	0,034	-0,079	0,481	0,800	0,658
R ²	0,55		0,53		0,66	

A betegségészlelés és az életminőség összefüggései

Az 7. táblázatban bemutatott eredmények alapján a betegséggel kapcsolatos reprezentációk közül a Következmény skála emelhető ki mind a funkcionálás ($\beta=-0,243$, $p=0,008$), mind pedig a tünetek ($\beta=0,240$, $p=0,016$) szempontjából. Tehát annak megítélése, hogy a daganatos megbetegedés, a kórlefolyás milyen következményekkel jár a beteg életére, befolyásolja a funkcionálást a napi életvezetés különböző területein (testi, érzelmi, szerep, kognitív, társas kapcsolatok). Hasonlóan a tünetek vonatkozásában is: a kedvezőtlennek hitt kimenetek esetén a betegek a tüneteket rosszabbul, súlyosabbnak élik meg.

Továbbá, míg a funkcionálás a betegség érzelmi reprezentációjával ($\beta=0,220$, $p=0,034$) mutat kapcsolatot, a tünetek mértéke a betegség megértésével ($\beta=0,212$, $p=0,011$). Vagyis, ha a vizsgálati személy a betegség érzelmi következményeit jelentősnek ítéli meg, az rontja a funkcionálását. A betegséghez kapcsolódó koherencia, azaz a betegség megértése rontja a tünetek percepcióját és interpretációját (a BR-23 Megértés alskála alacsony belső megbízhatósága miatt az eredmények körültekintéssel kezelendők).

A speciálisan melldaganatos tünetek nem mutatnak összefüggést egyik betegséggel kapcsolatos reprezentációval sem.

5.5.3. Az előnytalálás prediktorainak elemzése

Lineáris regressziós modellben vizsgáltuk az előnytalálás prognosztikai faktorait is. Az életminőség vizsgálatához hasonlóan, három nagyobb terület magyarázó hatását vizsgáltuk: 1) demográfiai és medikális változók, 2) negatív affektivitás, 3) a betegséggel kapcsolatos reprezentációk. A 8. táblázatban közölt eredmények alapján a következőket lehet megállapítani: a vizsgált mintában az előnytalálást nem jósolja be az életkor, az iskolai végzettség, sem a diagnózis, illetve a műtét óta eltelt idő sem. Míg a negatív affektivitás meghatározó prediktora az életminőségnek, az előnytalálásra nincs hatással. A betegségpercepciók közül a Következmények alszála ($\beta=0,243$, $p=0,070$) és a Személyes kontroll ($\beta=0,297$, $p=0,011$) érdemel figyelmet. Mindkét érték kismértékű, tendencia szintű összefüggést mutat az életminőséggel. A modell magyarázó értéke alacsony.

8. táblázat: A többszörös lineáris regresszió eredménye az előnytalálásra

Kimeneti változó:	Előnytalálás	
Magyarázó változók:	Sztenderdizált β	p-érték
Iskolai végzettség	-0,132	0,337
Életkor	0,011	0,917
A diagnózis óta eltelt idő	-0,118	0,640
A műtét óta eltelt idő	0,306	0,242
Negatív Affektivitás	-0,109	0,428
IPQ-R-időű lefolyás	-0,159	0,269
IPQ-R-ciklikusság	0,020	0,863
IPQ-R-következmény	0,243	0,070
IPQ-R-személyes kontroll	0,297	0,011
IPQ-R-gyógyíthatóság	0,086	0,491
IPQ-R-megértés	-0,104	0,350
IPQ-R-érzelmi reprezentáció	0,058	0,691
R^2	0,21	

5.6. Összefoglalás

A vizsgált minta hangulati állapotát illetően a betegek egynegyedének nincsenek depressziós tünetei, a csoport háromnegyed részére jellemzőek a depressziós tünetek. A betegek bő 10%-a klinikai szintű depresszióban szenved, ebből 3% súlyosan depressziós. A szorongás szintjét illetően fordított a kép: a betegek bő két harmadára nem jellemző a szorongás, egy harmadára igen, viszont a vizsgált személyek közel 20%-a a súlyos szorongás tünetkategóriába sorolható.

Az életminőség prediktorait vizsgálva azt találtuk, hogy a vizsgált csoportban a betegség-specifikus életminőség nincs összefüggésben az életkorral, az iskolai végzettséggel, valamint a diagnózis és a műtét óta eltelt idővel sem. Meghatározó jelentősége van az életminőség megélésében a negatív affektivitásnak. A megemelkedett negatív hangulati állapot és szorongás kedvezőtlenebb funkcionálással és több tünettől jár együtt. A betegségpercepcióval kapcsolatos skálák és az életminőség hasonló, bár kissé árnyaltabb összefüggést mutatnak. A kórlefolyásra vonatkozó negatív kognitív és érzelmi reprezentációk rontják a betegeknél mind a funkcionalitást, mind a tünetészlelést.

Az előnytalálás bejósoló tényezőit elemezve a Következmények alskála és a személyes kontroll alskála tendencia szintű összefüggést mutat, a többi vizsgált magyarázó változónál nem regisztráltunk szignifikanciát, a modell magyarázó értéke nem megfelelő.

Az EORTC QLQ C-30 életminőség kérdőív magyar nyelvű változatának reliabilitása kielégítő. Mind az eredeti 15 dimenziós, mind a magasabb rendű két dimenziós életminőség modell illeszkedése megfelelő.

6. A KUTATÁS MÁSODIK RÉSZÉ – MULTIDISZCIPLINÁRIS PSZICHOSZOCIÁLIS INTERVENCIÓS PROGRAM HATÉKONYSÁGÁNAK VIZSGÁLATA

Keresztmetszeti vizsgálatunk, valamint saját és nemzetközi klinikai tapasztalatok, és a legújabb kutatási eredmények alapján kidolgoztunk egy átfogó, az egészségmagatartás, az életvezetés, a lelki működés több síkján ható, multidiszciplináris pszichoszociális intervenciós programot. Általános célkitűzésünk a megküzdés, a kognitív- érzelmi feldolgozás elősegítése, az érzelemszabályozás, az életminőség javítása,

az értelemtalálás, a lelki és spirituális növekedés támogatása volt. A programba a részelemek közötti szinergikus hatásokat elősegítendő, beépítettünk számos olyan területet, ami a szakirodalmi adatok, kutatási eredmények és a klinikai tapasztalatok alapján segítheti a szervezet öngyógyító erőinek erősödését (aktív testmozgás, egészséges táplálkozás és életvezetés, pszichés támogatás, stressz kezelés, imagináció, relaxáció, pozitív gondolkodás, csoportterápia, stb.). Fontos szempont volt a betegeknél belsővé tenni a változás, az egészséges életvezetés igényét. Ebben a folyamatban az ismeret, tapasztalás, változás hármasságát tartottuk szem előtt.

A kísérleti programba emlődaganatos betegeket választottunk. A bekerülési kritérium szerint olyan betegeket, akiknél legalább 3 hónappal korábban befejeződtek a kemo ill. sugárterápiás kezelések. Ebben az időszakban a betegeknél egy új életszakasz kezdődik, túl a diagnózisközlés és az onkológiai kezelések nehézségein, a Most hogyan tovább? kérdés fogalmazódik meg. A rehabilitáció időszaka ez, ahol lehetőség van a lelki-érzelmi fájdalmak feldolgozására, a megbékélésre, új jövőkép, egy egészségesebb, a remissziók esélyét lecsökkentő életvezetés kialakítására. A hagyományos onkológiai ellátás ezen szakaszában a betegek csak ritkán kapnak támogatást, hathatós segítséget. A kísérleti programmal jó válaszokat, szakszerű segítséget kívántunk nyújtani a betegeknek.

A kutatás második részében a program hatékonyságát vizsgáltuk.

6.1. Multidiszciplináris pszichoszociális intervenció program

A program három fő egységből állt, ezek:

1. rész: *5 napos bentlakásos életmódtábor*, ahol a betegek elméleti és gyakorlati felkészítést kaptak az egészséges életvezetésről.

A multidiszciplináris gyógyító team (onkológus szakorvos, klinikai szakpszichológusok, pszichiáter szakorvos, dietetikus, gyógytornász, meditációs mester, jógaoktató, szakrális körtánc tanár) szakemberei tartottak előadásokat, foglalkozásokat. Széles körű tájékoztatást, ismeretanyagot kaptak a betegek a szakemberektől a betegséggel, a gyógykezelésekkel, a kórlefolyással kapcsolatban, mit és hogyan tehetnek az egészségükért, a visszaesések elkerüléséért, a teljes gyógyulásért. A gyakorlati elemek (közös ételkészítés,

receptek, együtt végzett testmozgás, jóga, relaxáció, vezetett imaginációs gyakorlatok), azt a célt szolgálták, hogy kipróbálva, megtapasztalva, kellő jártasságot szerezve az érintettek képesek legyenek otthoni életükbe is beépíteni a tanultakat, kialakítani az egészséges, a gyógyulási folyamatokat támogató életvezetést. Az életmódtábort vidéken, egy ökopanzióban tartottuk. A bentlakásos forma segítette a problémáktól, megszokott kapcsolati mintáktól, működésmódtól, szokássémáktól való eltávolodást – a befelé figyelést, elmélyülést. Az életmódtábor fontos feladata volt még felkészíteni, ráhangolni a kísérleti csoportban részt vevő betegeket a tábor követő 15 hetes csoportterápiás folyamatra. Az együtt töltött öt nap, majd a folytatásban a 15 hetes terápia nagyban hozzájárult a csoporton belüli sorstársi közösség kialakulásához.

2. rész: Az 5 nap alatt elsajátított program, az egészséges életmód beépítése a napi életvezetésbe.

A program elemei:

1. káros szokások (dohányzás, alkoholfogyasztás) csökkentése, lehetőség szerinti megszüntetése
2. heti legalább háromszor 30 perc aktív testmozgás (tempós séta, kerékpározás, úszás, könnyű futás)
3. egészséges táplálkozás: rendszeres étkezés, a tartósított, vegyszerekkel kezelt, adalékanyagokkal terhelt ételek mellőzése, minél több teljes értékű táplálék, friss zöldség, gyümölcs, teljes kiőrlésű gabona fogyasztása, az ételek kíméletes elkészítése (Béliveau, 2006)
4. megfelelő alvásritmus kialakítása, napi 7-8 óra alvás
5. stresszkezelés, lazítás: 15 perc lazító, energetizáló speciálisan mellágyas betegek számára adaptált könnyű jóga gyakorlatsor
6. relaxáció, imagináció: napi fél óra elcsendesedés – hanganyagról egyik nap relaxáció, másik nap vezetett imagináció; felhasznált hanganyagok: Balogh: Gondolati és érzelmi nagytakarítás, Prezenszki: Gyógyító imagináció (Balogh, 2008)
7. naponta pozitív, az élet fontosabb területeire vonatkozó (egészség, belső béke, harmónia, bőség, elfogadás, megbocsátás, egységtudat, bölcsesség) pozitív szuggesztiók hallgatása (Balogh, 2005)

Az egészséges életvezetést kialakító kísérleti program gyakorlása napi 1-1,5 órás elfoglaltságot jelentett.

3. rész: *Csoportos szupportív pszichoterápiás foglalkozások, 15 héten keresztül, heti egyszeri alkalommal, 5 órában.*

A terápiás csoportmunkánk célja a diagnózissal, kórlefolyással kapcsolatos érzelemszabályozás, érzelmi-kognitív feszültségek, a mélyebb rétegekben meghúzódó ambivalenciák, félelmek, szorongások feldolgozása, oldása, ugyanakkor a belső erőforrások aktiválása, megnyitása, a megküzdés, a gyógyulás elősegítése volt. „*A daganat a testet támadja meg, de attól a pillanattól, hogy erről tudomást szerez az ember, a lélekben is megindul a tumor pusztító hatása, ...kognitív szinten átstrukturálódik számára a világ..., ez a folyamat minden vonatkozásában kedvezőtlenül, inadaptív irányba hat. A gyógyítás pszichológiai oldalának feladata a mentális „eltorzulás” korrigálása és ez által a nemkívánatos következmények csökkentése*” (Komlósi, 2006, old. 269).

A csoport-pszichoterápia keretei:

- intézményi keretek: ambuláns – alapítványi rendelőben folyt a munka, a kórházi kezeléstől függetlenül, a csoportban részt vevő betegek a részvételről szabadon dönthettek
- a csoport összeállítása: a betegség jellegét illetően homogén csoport – minden beteg emlődaganat diagnózissal, áttét nélkül (C50), legalább 3 hónappal a sugár-, ill. kemoterápia befejezése után
- a csoport formája: zárt csoport, mindvégig ugyanazok a személyek vettek részt benne, új betegek nem csatlakozhattak
- a csoportba kerülés kritériumai: minden beteggel a csoportba kerülés előtt első interjút és „Fa-rajz”-tesztet vettünk fel, kizáró kritérium volt: pszichiátriai betegség, kóros szorongás, depresszió
- a csoport létszáma: 1. csoport – 16 fő, 2. csoport – 20 fő
- az ülések időtartama: 15 héten keresztül heti egyszeri ülés 5 órában
- a csoport vezetése: páros vezetés (2 fő klinikai szakpszichológus, terapeuta)
- terápiás célkitűzések jellege: problémafeldolgozó csoport

- alkalmazott terápiás módszer: speciálisan a programra kidolgozott szupportív betegvezetést alkalmaztunk, kognitív, imaginatív, edukatív elemekkel

A csoportterápiás folyamat fő témakörei:

- a leghangsúlyosabb elem a gyógyuláshoz való aktív hozzáállás kialakítása, az aktív küzdőszellem, a remény és a gyógyulásba vetett hit felébresztése, a depresszió és a szorongás csökkentése
- a betegséggel, kórlefolyással és a jövővel kapcsolatos félelmek, hiedelmek átdolgozása (általános reménytelenség versus kontroll) – az egészség ösvényei
- a krónikus stressz és a betegség – a stresszforrások tudatosítása, a test jelzései, a stressz kezelésének lehetőségei és módszerei, relaxáció
- veszteségek, negatív élmények átdolgozása, életcsapda helyzet tudatosítása, feloldása, a betegség előnyeinek felismerése, elnyomott negatív érzések felszabadítása, érzelemszabályozás, elengedés, megbocsátás
- megváltozott testkép, énkép, önfogadás, önértékelés növelése
- gyógyító kép, imagináció, a gondolat teremtő ereje
- a belső szükségletek létjogosultsága, önérvényesítés, nyitott kommunikáció, hatékony énközlés, változás, aktív felelősségvállalás
- öröm, örömforrások, elégedettség, belső harmónia
- külső és belső erőforrások, kapcsolati háló
- a belső életösvény – értékek, életcélok, életfeladatok, jövőkép, a szakrális dimenzió
- kvantum világkép – ősi hagyományok, a kvantumfizika ismeretanyaga, rálátni életre, halálra, élet a halál után, a halálfélelem oldása

6.2. Hipotézisek

1. Feltételezzük, hogy a hangulattal kapcsolatos mutatókban (szorongás, depresszió), a kísérleti csoport javulást mutat az intervenció hatására, míg a kontroll csoportban kisebb mértékű lesz a változás.
2. Feltételezzük, hogy a kísérleti csoport résztvevői javulást fognak mutatni azokban az életminőséggel kapcsolatos mutatókban, melyek háttérében a pszichoszociális tényezők fontosak lehetnek (EORTC C-30 - általános egészség/életminőség,

EORTC C-30 - szerepműködés, EORTC C-30 - érzelmi működés, EORTC C-30 - társas működés, BR-23 - testkép, BR-23 - jövő perspektíva).

3. Feltételezzük, hogy a kísérleti csoportban az életminőség fizikai tünetekkel és fizikai funkcionálással kapcsolatos mutatóiban is változások jelentkeznek (EORTC C-30 - fizikai funkcionálás, EORTC C-30 - Burden, EORTC C-30 - kimerültség, BR-23 - szisztémás terápiás mellékhatások, BR-23 - mell tünetek, BR-23 - kar tünetek, BR-23 - Burden). Feltételezésünk háttérében két hipotetikus háttérmechanizmus áll – egyrészt a pszichoszociális mutatók javulása a testi tünetek javulását is támogatja, másrészt az intervenció olyan elemeket is tartalmaz (testgyakorlás, jóga, relaxáció), amelyek közvetlen, fiziológiai utakon is segíthetik a tünetek javulását.
4. Feltételezzük, hogy az intervenciós csoportban a betegségpercepció vonatkozásában a betegség természetére, lefolyására, kontrollálására, következményeire vonatkozó hiedelem a kísérleti csoportban javul a program hatására.
5. Feltételezzük, hogy a kísérleti program segíti a betegség, mint trauma, feldolgozása nyomán létrejövő értelemtalálást, a kísérleti csoport magasabb értékeket ér el az Előnytalálás kérdőíven intervenció után, mint a kontroll csoport.
6. Feltételezzük, hogy a daganatos betegség, mint súlyos trauma feldolgozása nyomán poszttraumás növekedés jön létre, a poszttraumást növekedést mutató érték magasabb lesz a program után, mint a program előtt (a kontroll csoportot ebben a vonatkozásban nem vizsgáltuk).
7. Feltételezzük, hogy a kísérleti csoport betegei beépítik a javasolt és elsajátított életmódváltást segítő módszereket a napi életvezetésbe, az egészségmagatartás a program hatására javul.

6.3. A vizsgálat menete és a kísérleti programban részt vett betegek

A kutatás első fázisában részt vett betegek számát (n=221, a diagnózis szerint emlő karcinóma, áttét nélkül – C50) 173 főre szűkítettük. Kizáró kritérium volt a beleegyezés hiánya telefonos vagy levélben történő megkeresésre, hiányos adatok, pszichiátriai kezelés.

A mintát (n=173) random módon kísérleti (n=86) és kontroll (n=87) csoportba soroltuk. A kísérleti csoportba sorolt személyeket először tájékoztató levélben, majd telefonon kerestük meg. 36 fő vállalta a programban való részvételt. Minden, az intervenciós programba bekerülő beteggel első interjút vettünk fel. Kizáró kritérium volt a krónikus depresszió, krónikus szorongás, egyéb pszichiátriai zavar. A 36 fő között nem találtunk ilyet. A 36 fővel 2 csoportra bontva dolgoztunk 2009. szeptember–december (1. csoport), és 2010. február–június között (2. csoport). Összesen 2 beteg lépett ki (1 fő érdektelenség, 1 fő családi problémák miatt) a vizsgálatból/programból, a végső elemszám így 34 fő. A kísérleti csoport tagjai mindannyian térítésmentesen vehettek részt a programban, cserében azt vállalták, hogy legjobb tudásuk szerint megpróbálják a program elemeit beépíteni életvezetésükbe. A projekt független támogatók (két alapítvány és egy magánszemély) finanszírozása révén valósult meg.

Három mérést végeztünk: a program előtt (1. mérés-T1), a program befejezése után (2. mérés-T2), és 15 hónappal a program befejezése után (3. mérés, utánkövetés-T3). Az első mérés alkalmával a betegek a mammográfiai vizsgálat keretében töltötték ki a tesztet; a későbbi mérések alkalmával postán kapták meg a kérdőívcsomagot. A kérdőív nyolc oldalból állt, kitöltése 50 percet vett igénybe. Mindhárom mérés alkalmával azonos kérdőívcsomag került kitöltésre. A kontroll csoportban a 2. méréskor a 87 főből 51 küldte vissza a kérdőívet, a 3. méréskor 52 fő. Ebből 41 volt azok száma, akik mindkét alkalommal (2. és 3. mérés) visszaküldték, így a kontroll csoportba csak őket vontuk be.

A kísérleti csoportban 36 emlőrákos nő vett részt. A betegek átlagéletkora 53,17 év (szórás: 7,66). Az iskolai végzettséget illetően a betegek 97,2%-a (n=35) érettségivel vagy diplomával rendelkezik, 2,8%-a (n=1) általános iskolát végzett, vagy szakmunkás. A családi állapot vonatkozásában 61,1% (n=22) stabil párkapcsolatban él, míg 38,9%-nak (n=14) nincs stabil párkapcsolata. A csoport 83,3%-nak (n=30) van gyermeke, 16,7%-nak (n=6) nincs gyermeke. A gazdasági aktivitás vonatkozásában a betegek 47,2%-a (n=17) aktív, 52,8% (n=19) inaktív.

A medikális mutatók közül a diagnózis óta eltelt idő 2,47 év (szórás: 0,47), a műtéttől eltelt idő 2,3 év (szórás: 0,74). A családban volt-e daganatos megbetegedés kérdésre, a kísérleti csoportban részt vevő betegek 77,8%-a (n=28) válaszolt igennel, míg a 22,2% (n=8) válaszolt nemmel (10. táblázat).

6.4. Alkalmazott mérőeszközök

A komplex kísérleti pszichoszociális intervenciók program hatékonyságának vizsgálatát a következő mérőeszközökkel vizsgáltuk:

1. a depresszió mérésére: *Rövidített Beck Depresszió Kérdőív*
2. a szorongás mérésére: *Spielberger Vonás Szorongás Kérdőív STAI-T*
3. az életminőség mérésére: *EORTC QLQ C-30 kérdőív és a kérdőív emlődaganatos modulja BR-23*
4. a betegségészlelés mérésére: *Betegségészlelés Kérdőív (IPQ-R)*
5. a betegséggel való megküzdés nyomán érzett előny és értelemtalálás vizsgálatára: *Előnytalálás Kérdőív*

A felsorolt kérdőívek részletes bemutatása az első kutatási részben található. A program hatására létrejövő változásokat és a program hatékonyságát a kísérleti csoportnál kiegészítő kérdőívvelekkel is vizsgáltuk. Ezek:

6. a poszttraumás növekedés vizsgálatára: *Poszttraumás Növekedés Kérdőív (PGI)* (Tedeschi & Calhoun, 1996)

Poszttraumás Növekedés Kérdőív

Tedeschi & Calhoun (1996) által kidolgozott kérdőív a traumát követő pozitív változások élményének feltérképezésére szolgál. 21 kérdésből áll, mutatói: összpontszám és az 5 alskála (új lehetőségek, másokhoz való viszonyulás, személyes erő, spirituális változás, az élet tisztelete) pontszámai. A válaszokat 6 fokozatú Likert skálán pontozzák 0-tól 5-ig. Emlőrákos és egészséges kontroll csoportok esetében az összpontszám Cronbach alfa koefficiense: 0,95 és 0,96.

7. az életmódváltoztatás követésére vonatkozó kérdőív

Az általunk összeállított kérdéssor a program elemeinek az életvezetésbe való beépítését vizsgálja. Ezek: testmozgás, alvásritmus, jóga, napi relaxáció, pozitív szuggesztiók hallgatása, káros szokások csökkentése (kávé, alkohol, dohányzás), táplálkozás (rendszeresség, beltartalmi érték, friss zöldség/gyümölcs, ételek sorrendje, konyhatechnika, elegendő vízfogyasztás). A válaszok jelölése Likert skálán történik 1-5-ig pontozással: 1 – nem végeztem el a feladatokat (0-20%-ban), 2 – csak ritkán, rendszertelenül végeztem el (20-40%-ban), 3 – végeztem a feladatokat, de nem rendszeresen (40-60%-ban), 4 – legtöbbször elvégeztem (60-80%-ban), szinte mindig elvégeztem (80-100%-ban). Kivételt

képez a káros szokások csökkentése, itt számadattal kell beírni a program előtti és a program utáni mennyiséget.

6.5. A felhasznált kérdőívek reliabilitás mutatói

A skálák megbízhatóságát a hagyományos tételelemzéssel ellenőriztük (a korrigált tétel-skála korreláció és a Cronbach-alfa érték alapján). Ha a Cronbach-alfa nem érte el a 0,7 értéket, lépésenként elhagytuk a legalacsonyabb tétel-skála korrelációt mutató indikátorokat. A felhasznált kérdőívek reliabilitás mutatója megfelelőnek bizonyult, a tesztek jelentős részénél kifejezetten jónak mondható (0,7 feletti érték), kivéve az EORTC QLQ-C30 kérdőív Kognitív működés, és a IPQR kérdőív Megértés alskáláját, ezeket nem vettük be a további elemzésbe. A Cronbach-alfa értékeket a második mintán (mérés a program befejezése után) is meghatároztuk, jelentős értékbeli eltérést nem tapasztaltunk (9. táblázat).

9. táblázat: A felhasznált kérdőívek reliabilitás mutatói a program előtt és a program után

Skálák	Tételek száma	Cronbach- α T1-ben (a program előtt)	Cronbach- α T2-ben (a program után)
Szorongás (STAI)	20	0.889	0.904
Depresszió (Beck)	9	0.847	0.884
EORTC QLQ-C30 általános életminőség	2	0.887	0.873
EORTC QLQ-C30 testi/fizikai működés	5	0.703	0.683
EORTC QLQ-C30 szerep működés	2	0.731	0.604
EORTC QLQ-C30 érzelmi működés	4	0.883	0.899
EORTC QLQ-C30 kognitív működés	2	0.489	0.408
EORTC QLQ-C30 társas működés	2	0.857	0.845
EORTC QLQ-C30 tünetek (Burden)	8	0.789	0.739
EORTC BR-23 testkép	4	0.888	0.806

EORTC BR-23 szexuális működés	2	0.897	0.881
EORTC BR-23 szexuális élvezet	1	-	-
EORTC BR-23 jövő perspektíva	1	-	-
EORTC BR-23 terápiás mellékhatások	7	0.597	0.681
EORTC BR-23 mell tünetek	4	0.758	0.722
EORTC BR-23 kar tünetek	3	0.767	0.733
EORTC BR-23 haj elvesztése	1	-	-
EORTC BR-23 tünetek (Burden)	15	0.824	0.775
Előnytalálás	17	0.949	0.951
IPQ-R – időbeni lefutás (akut/krónikus)	6	0.865	0.884
IPQ-R – ciklikusság	4	0.704	0.555
IPQ-R- következmények	6	0.735	0.803
IPQ-R – személyes kontroll	6	0.753	0.793
IPQ-R – gyógyíthatóság	5	0.764	0.773
IPQ-R – megértés	5	0.555	0.336
IPQ-R – érzelmi reprezentáció	6	0.821	0.859
Poszttraumás növekedés	21	0.898	0.882

Beck – Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; STAI – Spielberger Vonás Szorongás Kérdőív; EORTC C-30 és BR-23 Életminőség Kérdőív; Előnytalálás Kérdőív; IPQ-R – Betegségpercepció kérdőív; Poszttraumás Növekedés Kérdőív

6.6. A kísérleti és a kontroll csoport összehasonlítása

Vizsgálatunkban, az első kutatási részhez hasonlóan, leíró jellegű és többváltozós statisztikai számításokat végeztünk, átlagszámítást, szórásелемzést, korreláció és lineáris regresszió számítást. A kategórikus változóknál χ^2 próbát vagy Fisher exact próbát alkalmaztunk, a folytonos változóknál varianciaanalízis számítást. A kísérleti program rövid és hosszú távú hatásainak vizsgálatában a regressziós elemzési modellt alkalmaztuk.

Első lépésben összehasonlítottuk a kísérleti és kontroll csoport adatait az első adatfelvételi időpontban (az intervenció előtt). Összehasonlítottuk a két csoportot az életkor, a betegségidőtartam (diagnózis felállítása óta eltelt idő), a műtét óta eltelt idő, az iskolai végzettség, a családi állapot, a gyermekek (van, vagy nincs gyermeke), a gazdasági aktivitás (aktív dolgozó, vagy inaktív) és annak vonatkozásában, hogy a családban volt-e korábban daganatos megbetegedés.

A kísérleti és a kontroll csoport demográfiai jellemzőit tekintve az iskolai végzettségben, (a kísérleti csoportba többen kerültek olyanok, akik érettségivel vagy felsőfokú végzettséggel rendelkeztek, Fisher exact próba: $p=0,007$), a betegséggel kapcsolatos mutatókat tekintve pedig a családi daganatos megbetegedés előfordulásában volt különbség (a kísérleti csoportnál magasabb arányban fordultak elő a családban daganatos megbetegedések, $\chi^2=7,16$, $p<0,01$) (10. táblázat).

A családban előforduló daganatos betegségek érzelmi-motivációs háttértényezőként értelmezhetőek, – aktivitást hívhatnak elő a betegekből: „*nem akarok én is úgy járni*”, „*megteszem, amit megtehetek*”. Valószínűsíthető, hogy a családi halmozódás motiválta a betegeket a kutatásban való részvételre. A későbbi számításokban ennek a változónak a kontrollálását nem láttuk indokoltnak. A magasabb iskolai végzettség feltehetően számos úton, mechanizmuson (pl. több ismeret, kedvezőbb anyagi lehetőségek, szabadabb időbeosztás, szélesebb szociális háló, stb.) keresztül képes megküzdési potenciálokat mozgósítani. Vélhetően a magasabb iskolai végzettségű betegek érdeklődőbbek, nyitottabbak, ők vállalták a felkérést a programban való részvételre. A magasabb iskolai végzettség szignifikáns hatása számos területen megmutatkozhat (pl. szociális működés, tünetészlelés, életminőség, jövőkép, stb.) ezért a program hatásának vizsgálatakor az iskolai végzettséget külön figyelembe vesszük a magyarázó változók között.

10. táblázat: A vizsgált minta demográfiai jellemzői az első méréskor (a program előtt)

	Kísérleti csoport (N=36)	Kontroll csoport (N=87)	p
Életkor (átlag és szórás)	53.17 (7.66)	52.09 (9.15)	t=0.61 ns.
Betegségidőtartam (átlag és szórás)	2.47 (0.47)	2.55 (0.86)	t=0.45 ns.
A műtét óta eltelt idő (átlag és szórás)	2.30 (0.74)	2.30 (0.79)	t=0.04 ns.

Iskolai végzettség: N(%) ált. isk. vagy szakmunkás érettségi vagy diploma	1 (2.8%) 35 (97.2%)	19 (22.,1%) 67 (77.%)	p=0.007*
Családi állapot: N (%) nincs stabil párkapcsolat stabil párkapcsolat	14 (38.9%) 22 (61.1%)	21 (24.1%) 66 (75.9%)	$\chi^2 = 2.72$ ns.
Gyermeke: N (%) nincs van	6 (16.7%) 30 (83.3%)	6 (6.9%) 81 (93.1%)	$\chi^2 = 2.76$ ns.
Gazdasági aktivitás: N (%) aktív inaktív	17 (47.2%) 19 (52.8%)	42 (48.3%) 45 (51.7%)	$\chi^2 = 0.01$ ns.
Családban volt-e daganat N (%) nem volt volt	8 (22.2%) 28 (77.8%)	42 (68.3%) 45 (51.7%)	$\chi^2 = 7.16$ p<0.01

ns.= nem szignifikáns; *Fisher exact próba

Második lépésben a kontroll csoportban a kérdőívet visszaküldők és nem visszaküldők csoportját hasonlítottuk össze. Sem T2-ben, sem T3-ban nem találtunk szignifikáns különbséget a kérdőívet visszaküldők és nem visszaküldők között, sem a pszichológiai skálákon, sem a demográfiai jellemzőkben. Összehasonlítottuk azokat is, akik részt vettek a programban és azokat is, akik nem fogadták el a felkérést a programban való részvételre. A két csoport között szignifikáns eltérést találtunk az iskolai végzettség tekintetében ($\chi^2=3,81$, $p=0,05$). A programot elfogadók között nagyobb arányban vannak magasabb képzettséggel.

6.7. A program hatékonyságának vizsgálata

Harmadik lépésben a program hatékonyságát vizsgáltuk, vagyis összehasonlítottuk a program előtti eredményeket (T1) és a program utáni eredményeket (T2). A betegekkel felvett pszichológiai skálák átlagértékeit és az átlagértékhez tartozó szórás mutatót a kísérleti és kontroll csoportban a 11. táblázat mutatja be.

11. táblázat: A kérdőívek és az alskálák átlagértéke és szórása a program előtt (T1) és a program után (T2)

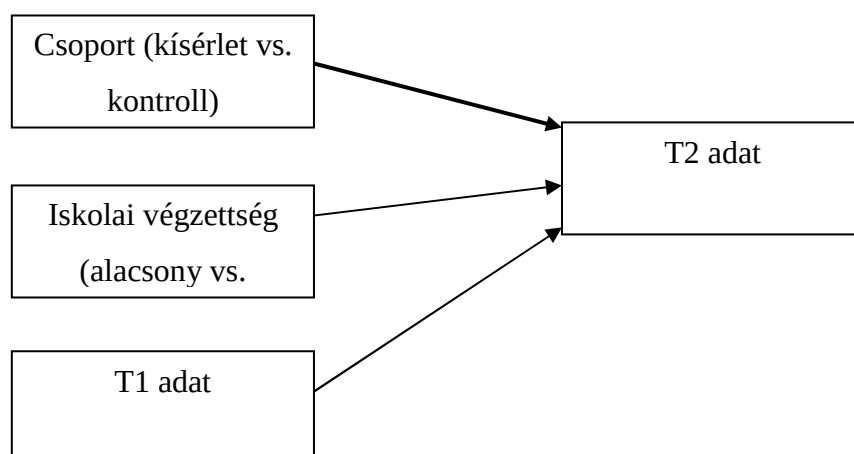
	A program előtt (T1)		A program után (T2)	
	Kísérlet csoport	Kontroll csoport	Kísérleti csoport	Kontroll csoport
Szorongás (STAI)	44,50 (9,04)	43,23 (10,53)	39,37 (9,13)	42,58 (11,34)
Depresszió (Beck)	12,34 (3,56)	12,37 (3,88)	11,44 (2,27)	12,63 (4,96)
EORTC QLQ C-30 általános ém	66,67 (14,51)	71,60 (16,66)	76,04 (12,29)	72,28 (17,21)
EORTC QLQ C-30 testi/fizikai működés	84,44 (15,24)	86,53 (15,65)	89,09 (10,24)	86,94 (14,41)
EORTC QLQ C-30 szerep működés	86,87 (17,56)	82,64 (24,78)	91,41 (12,58)	88,54 (18,88)
EORTC QLQ C-30 érzelmi működés	69,62 (24,40)	70,14 (25,02)	74,73 (18,57)	74,13 (24,57)
EORTC QLQ C-30 társas működés	81,72 (22,91)	81,94 (23,53)	90,32 (13,45)	86,11 (23,15)
EORTC QLQ C-30 tünetek (Burden)	15,63 (11,67)	16,10 (16,48)	9,18 (7,29)	15,23 (13,83)
EORTC BR-23 testkép	66,92 (28,41)	73,36 (28,86)	79,29 (19,67)	72,96 (23,04)
EORTC BR-23 szexuális működés	27,96 (24,49)	31,48 (27,57)	31,18 (25,36)	29,26 (26,62)
EORTC BR-23 szexuális élvezet	59,52 (26,76)	63,33 (23,94)	64,28 (20,52)	63,33 (28,41)
EORTC BR-23 jövő perspektíva	59,60 (26,03)	55,78 (33,60)	77,78 (24,53)	59,18 (34,20)
EORTC BR-23 terápiás mellékhatások	15,44 (10,38)	18,16 (15,78)	10,10 (8,73)	16,55 (14,50)
EORTC BR-23 mell tünetek	14,95 (18,09)	14,80 (14,05)	11,03 (15,58)	16,38 (15,93)
EORTC BR-23 kar tünetek	23,96 (23,29)	21,09 (21,18)	17,36 (18,70)	23,36 (21,66)
EORTC BR-23	28,57	33,33 (40,82)	33,33	20,00 (29,81)

haj elvesztése	(29.99)		(27.22)	
EORTC BR-23 tünetek (Burden)	18.68 (14.62)	18.07 (14.13)	13.98 (11.88)	18.97 (14.99)
Előnytalálás	3,38 (0,84)	3,60 (0,88)	3,82 (0,78)	3,46 (0,88)
IPQR – időbeni lefutás (akut/krónikus)	14.37 (5.90)	15.24 (5.39)	12.47 (5.64)	15.78 (5.14)
IPQR – ciklikusság	8.23 (2.51)	9.69 (3.84)	8.83 (2.63)	8.76 (3.31)
IPQR- következmények	15.97 (4.48)	16.04 (4.39)	15.45 (4.92)	14.95 (4.99)
IPQR- személyes kontroll	24,38 (3,56)	22,93 (4,33)	26,38 (2,55)	22,58 (4,14)
IPQR- gyógyíthatóság	20.64 (3.17)	20.21 (3.26)	21.54 (2.55)	19.72 (2.75)
IPQR-megértés	17.31 (3.16)	16.38 (3.67)	18.06 (2.50)	17.44 (2.89)
IPQR-érzelmi reprezentáció	16.03 (4.20)	17.45 (6.17)	14.30 (5.00)	16.94 (5.93)

Beck – Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; STAI – Spielberger Vonás Szorongás Kérdőív; EORTC C-30 és BR-23 Életminőség Kérdőív; Előnytalálás Kérdőív; IPQR-Betegségpercepció Kérdőív;

A program rövid távú hatásainak vizsgálatakor a 8. ábrán feltüntetett modellt teszteltük minden egyes változó esetében. Elsősorban azt elemeztük, hogy a csoporttagságnak (a személy részt vett-e az intervencióban vagy sem) van-e szignifikáns hatása a kimeneti változókra. A becslési módszer alkalmazásánál figyelembe vettük, hogy a változók nagy része nem normál eloszlású. Az intervenciót bináris változóként kódoltuk (1: intervenció csoport, 2: kontroll csoport), emellett az iskolai végzettséget (a két csoport különbözött az iskolai végzettségben) és az első adatfelvételnél elért pontszámot (T1 adat) vettük figyelembe a magyarázó változók között.

8. ábra: A változók becslési modellje:



A sztenderdizált regressziós együtthatókat a 12. táblázat mutatja be. A csoport (kísérleti versus kontroll) változó szignifikáns volta esetén különbözik a két csoport eredménye a T2 időpontban. Ha az együttható pozitív, akkor a kontroll csoportnak, ha negatív, akkor az intervenciós csoportnak van magasabb átlagértéke a második időpontban.

Három változót nem elemeztünk: az EORTC BR-23 kérdőívén a Haj elvesztése alskálát (az alacsony elemszám miatt, kevesebb, mint 15-en válaszoltak), az EORTC QLQ C-30 Kognitív működés alskálát, és az IPQ-R kérdőívén a Megértés skálát az alacsony Cronbach-alfa értékek miatt. A táblázatban kiemelten jelölöm azokat a változókat, ahol a csoporttagság szignifikáns magyarázó változó a modellben, ugyanígy az iskolai végzettség esetében is. Az R^2 a magyarázott varianciát mutatja, (felszorozva százzal, a variancia modell által magyarázott részét). Az EORTC QLQ C-30 tüneti skáláit az EORTC QLQ használati és elemzési útmutatása szerint közös (Burden) tüneti skálába rendeztük. A BR-23 esetében is meghatároztuk a közös tüneti (Burden) skálát.

12. táblázat: A program hatékonyságának regressziós elemzése

változó	csoport változó sztenderdizált regressziós súlya és szignifikanciája	az iskolai végzettség sztenderdizált regressziós súlya és szignifikanciája	T1 változó sztenderdizált regressziós súlya és szignifikanciája	R^2
Depresszió (Beck)	0.155 p=0.017	0.051 p=0.513	0.773 p=0.000	0.602
Szorongás (STAI)	0.176 p= 0.035	-0.091 p=0.328	0.707 p=0.000	0.572

EORTC QLQ C-30 általános ém	-0.167 p=0.078	0.141 p=0.130	0.559 p=0.000	0.394
EORTC QLQ C-30 testi/fizikai működés	-0.133 p=0.054	0.001p=0.991	0.765 p=0.000	0.590
EORTC QLQ C-30 szerep működés	-0.050 p=0.601	-0.040 p=0.753	0.492 p=0.000	0.237
EORTC QLQ C-30 érzelmi működés	0.009 p=0.931	0.101 p=0.318	0.500 p=0.000	0.278
EORTC QLQ-C30 társas működés	-0.130 p=0.162	-0.089 p=0.484	0.426 p=0.000	0.178
EORTC QLQ C-30 tünetek (Burden)	0.226 p=0.001	-0.051 p=0.611	0.689 p=0.000	0.570
EORTC BR-23 testkép	-0.206 p=0.002	0.095p=0.200	0.797 p=0.000	0.661
EORTC BR-23 szexuális működés	-0.071 p=0.323	0.067p=0.335	0.782 p=0.000	0.633
EORTC BR-23 szexuális élvezet	-0.029 p=0.822	0.147 p=0.528	0.530 p=0.000	0.348
EORTC BR-23 jövő perspektíva	-0.171 p=0.030	0.305 p=0.000	0.571 p=0.000	0.562
EORTC BR-23 terápiás mellékhatások	0.153 p=0.026	-0.098 p=0.236	0.701 p= 0.000	0.592
EORTC BR-23 mell tünetek	0.139 p=0.077	-0.110 p=0.222	0.633 p=0.000	0.477
EORTC BR-23 kar tünetek	0.199 p=0.016	0.040 p=0.562	0.707 p=0.000	0.506
EORTC BR-23 tünetek (Burden)	0.187 p=0.005	-0.020 p=0.790	0.761 p=0.000	0.620
Előnytalálás	-0.307 p=0.000	-0.007 p=0.924	0.767 p=0.000	0.620
IPQR – időbeni lefutás (akut/krónikus)	0.270 p=0.004	0.060 p=0.460	0.604 p=0.000	0.445
IPQR – ciklikusság	0.069 p=0.546	-0.195 p=0.092	0.206 p=0.000	0.126
IPQR- következmények	-0.010 p=0.931	-0.162 p=0.180	0.423 p=0.000	0.231
IPQR- személyes kontroll	-0.323 p=0.000	0.146 p=0.021	0.586 p=0.000	0.598
IPQR- gyógyíthatóság	-0.402 p=0.000	0.169 p=0.058	0.315 p=0.000	0.368

IPQR-érzelmi reprezentáció	-0.028 p=0.823	0.083 p=0.389	-0.174 p=0.000	0.047
----------------------------	----------------	---------------	----------------	-------

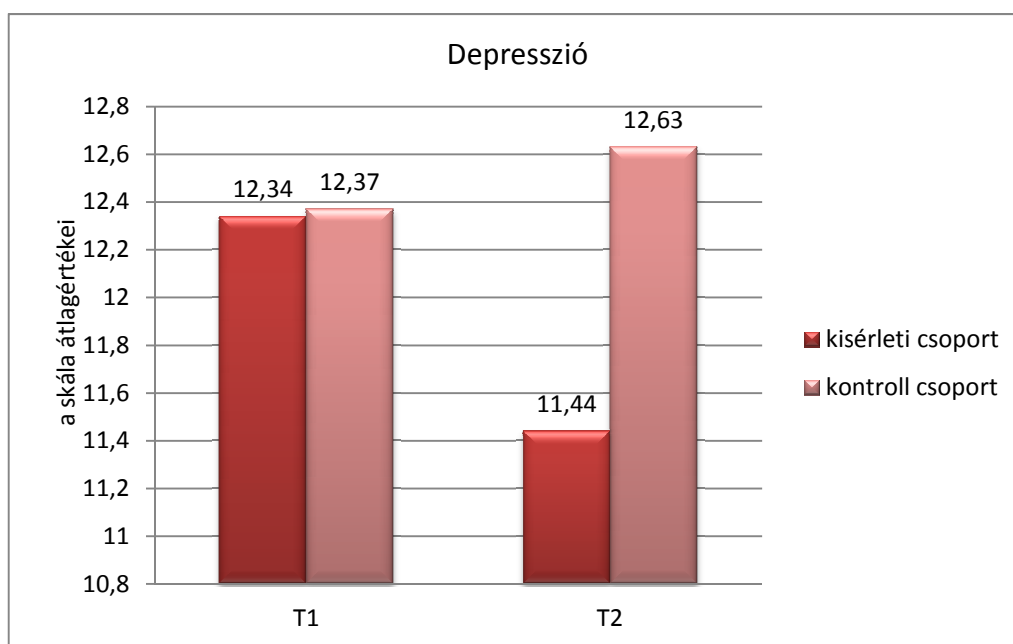
Beck – Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; STAI – Spielberger Vonás Szorongás Kérdőív; EORTC C-30 és BR-23 Életminőség Kérdőív; Előnytalálás kérdőív; IPQR-Betegségpercepció Kérdőív;

A csoportváltozó (kísérleti versus kontroll) regressziós súlya és szignifikanciája alapján szignifikáns különbséget találtunk a következő változókban: depresszió, szorongás, életminőség (tünetek (Burden) alskálán), melldaganatos életminőség (testkép, jövő perspektíva, terápiás mellékhatások, mell tünetek, kar tünetek, tünetek (Burden) alskálákon), az Előnytalálás kérdőíven, valamint a Betegségpercepció kérdőíven (idői lefolyás, személyes kontroll, gyógyíthatóság alskálákon). Két alskálán elért eredményekben az iskolai végzettségnek is jelentős szerepe volt. Ezek: melldaganatos életminőség jövő perspektíva, és a betegségrepresentációk közül a személyes kontroll. A kapott eredményeket a folytatásban részletesen elemezzük. Grafikusan csak a szignifikáns értékeket ábrázoljuk.

6.7.1. A hangulati állapot változása

Az érzelmi distressz alakulását, a hangulat változását két kérdőív segítségével követtük nyomon, ezek a Rövidített Beck Depresszió Kérdőív és a Spielberger-féle Vonás Szorongás Kérdőív. A rövidített Beck Depresszió Kérdőíven a kísérleti csoport átlagpontszáma a program előtt 12,34 volt, a program után ez az érték 11,44-re csökkent. A kontrollcsoportban a program előtti érték 12,37 volt, ami 12,63 pontszámátlagra emelkedett. Mindkét csoport értékei a 10-18 ponthatár közötti, enyhén depressziós tünetek kategóriába sorolhatók. A regressziós modellben elemezve, a program hatására a kísérleti csoportban statisztikailag jelentős ($\beta=0,155$; $p=0,017$; $R^2=0,602$) mértékben csökkent a depresszió (9. ábra).

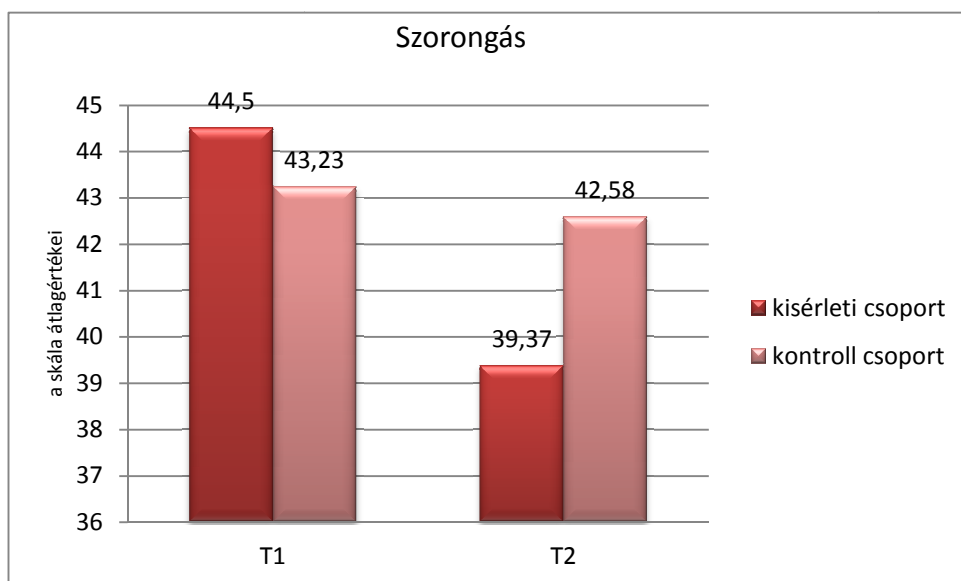
9. ábra: A depresszió szint alakulása a program előtt (T1) és a program után (T2)



A szorongás értékei a Spielberger-féle skálán mindkét csoportban csökkenő tendenciát mutatnak: a kísérleti csoportban a kiinduló, program előtti érték 44,50 volt, a program utáni 39,37, míg a kontroll csoport esetében a csökkenés jóval kisebb mértékű: 43,23 a program előtt, és 42,58 átlagpontérték a program után. Az értékek hasonlóak a kérdőívben megadott (Sipos et al., 1998) női populáció standard értékeihez (45,37; szórás: =7,97). A regressziós analízis szignifikáns különbséget jelez ($\beta=0,176$; $p=0,035$, $R^2=0,572$), a pszichoszociális intervenció program jelentősen csökkentette a betegek körében a szorongás szintjét (10. ábra).

Összefoglalva: A kísérleti program hatékonyan csökkentette a programban részt vett betegek körében az érzelmi distresszt, mind a depresszió, mind a szorongás értéke jelentős mértékben, szignifikáns szinten csökkent.

10. ábra: A szorongás szint alakulása a program előtt (T1) és a program után (T2)

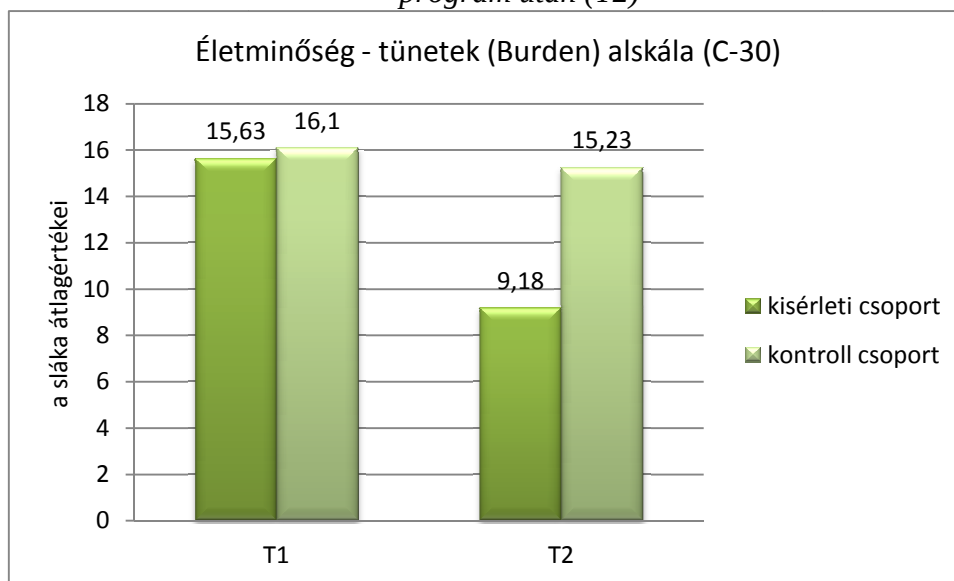


6.7.2. Az életminőség változása

Az életminőség változását a betegeknél az EORTC QLQ C-30 kérdőívvel és emlődagantos kiegészítő moduljával a BR-23-mal mértük. A C-30 általános, funkcionális és tüneti életminőséget mér, a BR-23 funkcionális és tüneti életminőséget. Az általános életminőség jelentősen javult a kísérleti csoportban (a skála pontszáma közel 10 értéknnyit emelkedett, 66,67-ről 76,04-re), jóval kisebb mértékben (71,60-ról 72,28-ra a kontroll csoportban), a regressziós vizsgálat a különbséget nem mutatta ki szignifikánsnak ($\beta = -0,167$; $p = 0,078$; $R^2 = 0,394$), ennek oka, hogy a kontroll csoport jóval jobb pontszámmal indult. Hasonló eredményeket kaptunk a funkcionális életminőséget vizsgáló alskálákon is. Mindkét csoport javuló tendenciát mutat, ami azt jelzi, hogy az idő-hatás (a diagnózisközléstől, kezelésektől távolodva rendszerint javul a betegek életminőségének szubjektív megítélése), a csoport hovatartozás mellett (részt vett a programban, vagy kontroll csoport) fontos szerepet játszott a funkcionális életminőség megítélésében (11. táblázat).

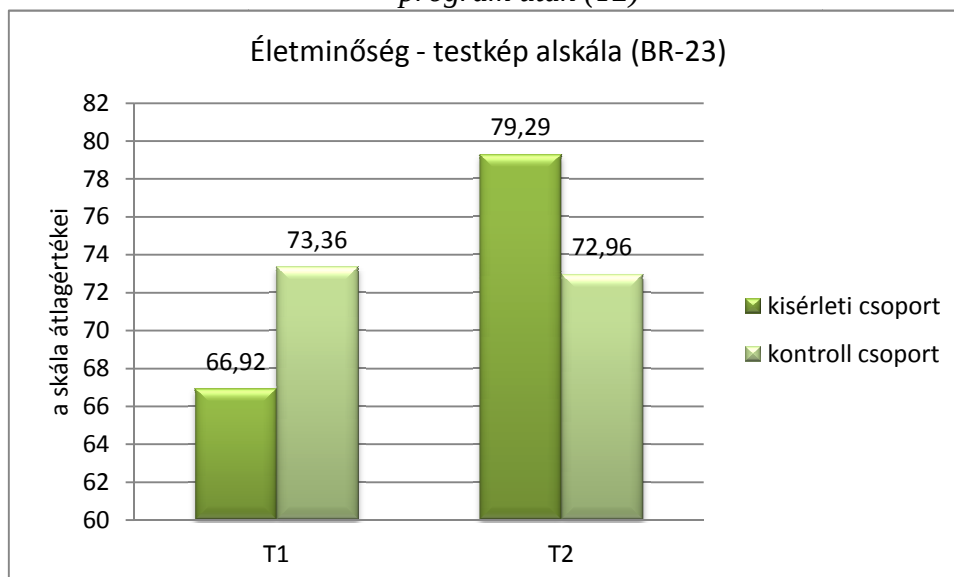
A harmadik alskálán, a tüneti életminőség vonatkozásában (C-30 tünetek: fáradékonyság, fájdalom, hasmenés, hányás, stb.) a kísérleti csoport szignifikáns javulást ért el, a tünetek jelentősen csökkentek ($0,226$; $p = 0,001$; $R^2 = 0,570$) (11. ábra).

11. ábra: Az életminőség alakulása (a tünetek megítélése) a program előtt (T1) és a program után (T2)



Hasonló eredményeket regisztráltunk a speciálisan emlődagatanatos életminőség elemzésekor is, mind a funkcionális, mind a tüneti alskálákon. A funkcionalitásra vonatkozó alskálák: Testkép, Szexuális működés, Szexuális élvezet, Jövő perspektíva. A testkép megítélése és megélése számottevően javult a kísérleti csoportban (a skála pontszáma 66,92-ről 79,29-re növekedett), míg a kontroll csoportban enyhén negatív irányba változott (73,36-ról 72,96 átlagpontszámra). Szignifikáns különbség mutatható ki a program hatására ($\beta = -0,206$ $p = 0,002$, $R^2 = 0,661$) (12. ábra).

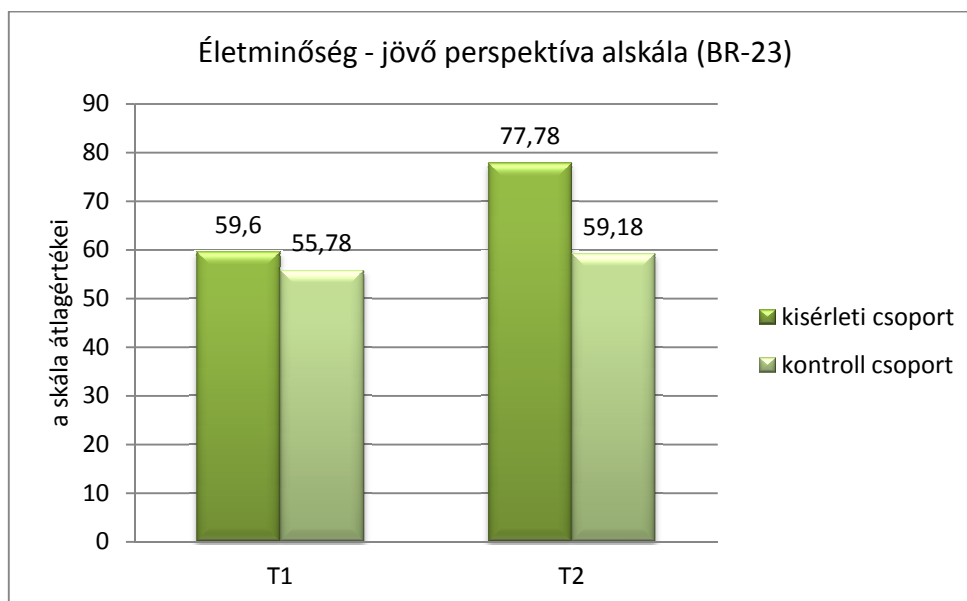
12. ábra: Az életminőség alakulása (a testkép megítélése) a program előtt (T1) és a program után (T2)



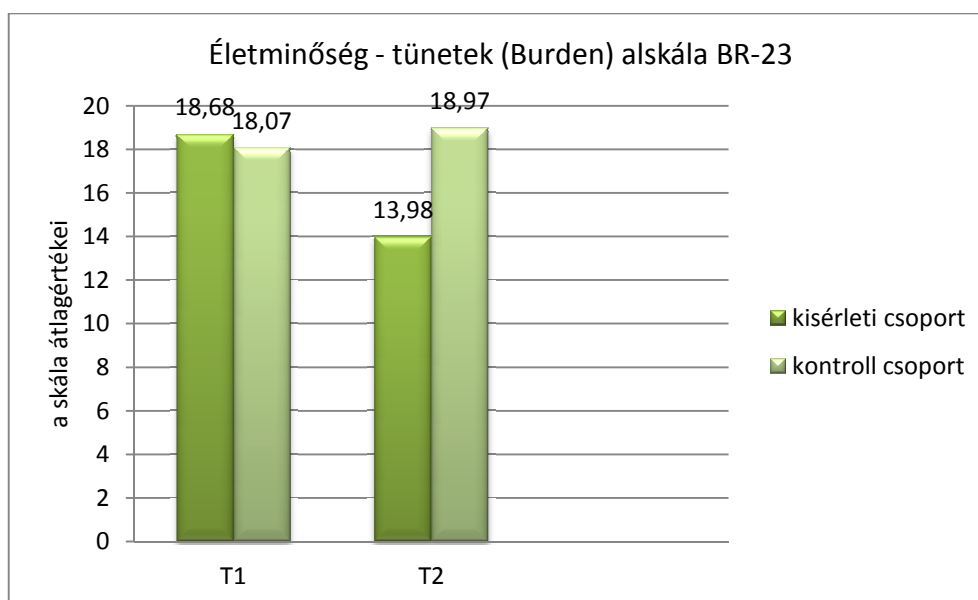
Az emlődaganatos funkcionalitás negyedik területén, a Jövő perspektíva alskálán, szintén szignifikáns változás jött létre, az intervenció hozzájárult a mért értékekhez. A jövő megítélése jelentősen javult (59,60-ról 77,78-ra) a kísérleti csoportnál, míg a kontroll csoport esetében csak enyhébb pozitív változás mérhető (55,78 pontszámról 59,18-ra). A regressziós analízis értékei: $\beta=-0,171$, $p=0,030$, $R^2=0,562$. Fontos kiemelni, hogy a jövő perspektíva vonatkozásában nem csak a csoportváltozónak volt jelentős szerepe, de az iskolai végzettség, mint kontrollált változó is hatással volt az eredmények alakulására (0,305 $p=0,000$) (13. ábra). A sexualitás területén nem regisztráltunk szignifikáns változásokat, erre a területre nem terjedt ki a programunk.

Szignifikáns javulás jelentkezett viszont a mellődaganatos modul minden tüneti alskáláján. Ezek: a Szisztémás terápiás mellékhatások, Mell tünetek, Kar tünetek. A negyedik alskálát (Haj elvesztése) nem elemeztük az alacsony válaszsám miatt. A kemoterápiás, sugárterápiás és hormonkezelések nyomán a betegeknél hosszú távon is toxikus terheltség jelentkezik, kellemetlen tünetekkel, melyek életminőséget károsító mellékhatásokkal bírnak. A betegeknél csökkentek ezek az értékek: kísérleti csoport (15,44-ről 10,10-re), kontroll csoport (18,16 versus 16,55). Az eredmények között szignifikáns különbség jelentkezik ($\beta=0,153$; $p=0,026$; $R^2=0,592$). A mellműtét nyomán jelentős károsodás alakulhat ki – mellfeszülés, fájdalmak, egyéb kellemetlen tünetek. Jelentős tünetcsökkenés volt tapasztalható a kísérleti csoportban (14,95-ről 11,03 átlag pontértékre), míg a kontroll csoportban a tünetek rosszabbodása mutatható ki (14,80-ról 16,38-pontértékre). A sztenderdizált regressziós súly és szignifikancia ($\beta=0,139$ $p=0,077$, $R^2=0,477$). A karban is kellemetlen tünetek jelentkezhetnek, jellemző az ödéma, a mozgásspektrum beszűkülése, a terhelhetőség, teherbírás csökkenése. A kísérleti csoportban jelentős javulás (23,96-ről 17,36 átlagpontra), a kontroll csoportban enyhe rosszabbodás (21,09 versus 23,36) figyelhető meg. A regressziós súly és szignifikanciaszint: $\beta=0,199$; $p=0,016$; $R^2=0,506$. Az összesített tüneti értékek (Burden) szintjén is értelemszerűen szignifikáns változás mutatható ki ($\beta=0,187$; $p=0,005$; $R^2=0,620$). Az összesített skálák értékei: kísérleti csoport (18,68-13,98), kontroll csoport (18,07-18,97). A terjedelmi korlátok miatt a tüneti változók közül csak az összesített tüneti adatokat ábrázolom grafikusán (14. ábra).

13. ábra: Az életminőség alakulása (a jövő perspektíva megítélése) a program előtt (T1) és a program után (T2)



14. ábra: Az életminőség alakulása (az emlőrákhoz kapcsolódó tünetek megítélése) a program előtt (T1) és a program után (T2)



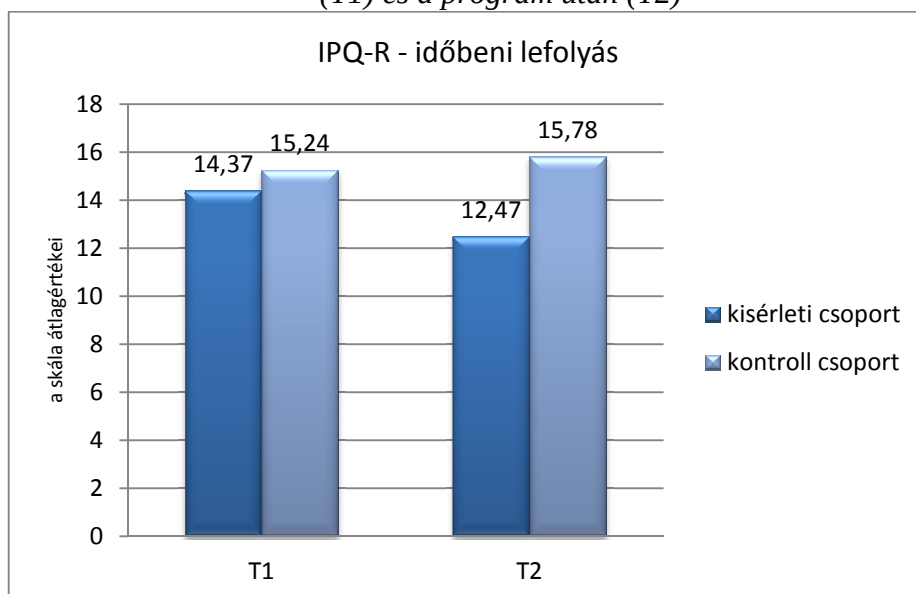
Összefoglalva: Az életminőséget az EORTC QLQ C-30 vizsgáló eszközzel és mellédaganatos moduljával, a BR-23 kérdőívvel mértük. Az általános életminőség alakulásában a kísérleti csoportban jelentős, de statisztikailag nem szignifikáns javulást mértünk a

kontroll csoporthoz képest. A funkcionalitás kérdésében a melldaganatos modulon regisztráltunk szignifikáns javulást, ezek: a testkép és a jövő perspektíva. A tüneti életminőség vonatkozásában minden részterületen (összesített tünetek C-30, szisztémás terápiás mellékhatások, mell tünetek, kar tünetek, összesített tünetek BR-23) szignifikáns javulás mutatkozott a kísérleti csoportban. A komplex életmód és pszichoszociális intervenciós program mind az életminőség fizikai tüneteiben és a fizikai funkcionalitással kapcsolatos mutatókban, mind a pszichoszociális háttérű életminőség mutatókban hatékonynak bizonyult.

6.7.3. A betegségpercepció változása

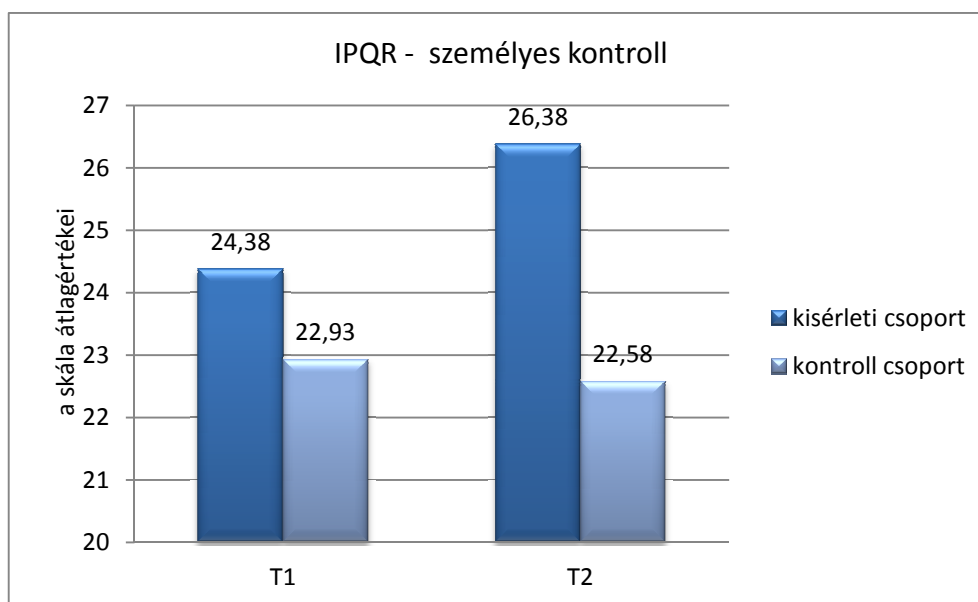
A betegeknel a betegségpercepció változását is vizsgáltuk a program hatására. Az IPQ-R kérdőív második részét alkalmaztuk kutatási kérdésünk megválaszolására. A 11. táblázat adatai alapján a kísérleti csoport tagjai mind a hét alskála által mért területen pozitívabban ítélik meg a helyzetet, három területen jött létre szignifikáns különbség a kísérleti és a kontroll csoport között. Ezek: Idői lefolyás, a Személyes kontroll és a Kezelési kontroll alskálák. Az idői lefolyásra vonatkozó kogníció pontértéke, vagyis annak a szubjektív megítélése, hogy a betegség mennyi ideig fog tartani, a kísérleti csoportban csökkent, míg a kontroll csoportban enyhén növekedett. A mért értékekhez hozzájárult a kísérleti program, a szignifikancia szintje és értéke: $\beta=0,270$; $p=0,004$; $R^2=0,445$ (15. ábra).

15. ábra: A betegség időbeni lefolyására vonatkozó kogníció alakulása a program előtt (T1) és a program után (T2)



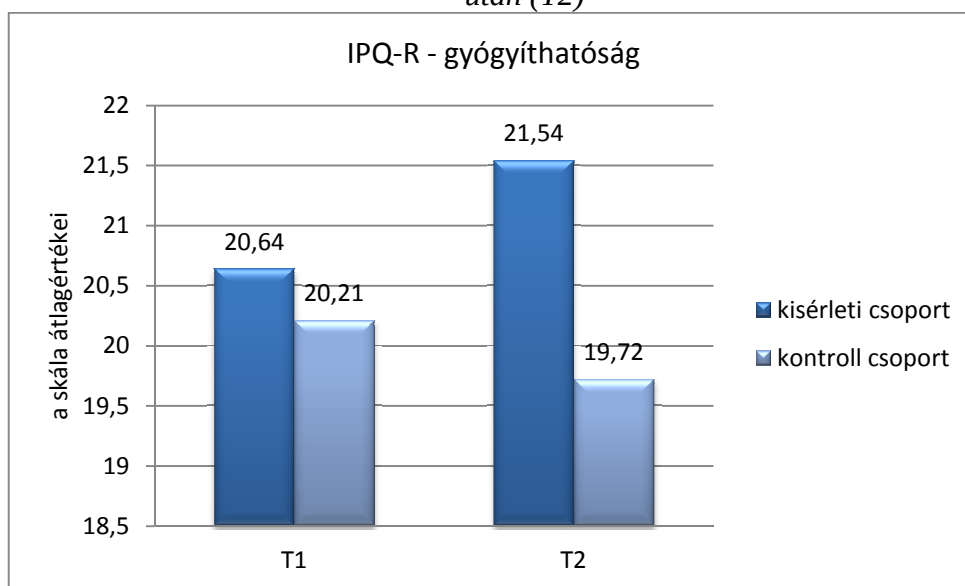
A betegséggel kapcsolatos személyes kontroll megítélése is javult a kiinduló (program előtti), értékekhez viszonyítva a kísérleti csoportban, míg a kontroll csoportban kicsit romlott. A csoport hovatartozás szignifikáns mértékben jósolja be a változást ($\beta = -0,323$; $p = 0,000$; $R^2 = 0,598$). A személyes kontroll növekedésében nem csak a csoportváltozónak volt meghatározó szerepe, az elemzések szerint a kísérleti csoport tagjainak magasabb iskolai végzettsége is befolyásolta ($0,146$; $p = 0,021$) a kontrollhit javulását (16. ábra).

16. ábra: A személyes kontrollra vonatkozó kogníciók alakulása a program előtt (T1) és a program után (T2)



A betegségpercepció változásának harmadik területe a kezelésre vonatkozó kontrollt jelenti. A kísérleti csoport tagjai inkább gyógyíthatónak ítélik meg a betegségeket, az emlőrákot, a programban való részvétel után, míg a másik csoportnál ez az érték az idő előrehaladtával csökken. A program jelentős mértékben hozzájárult a változáshoz, szignifikáns különbség mérhető ($\beta = -0,402$; $p = 0,000$; $R^2 = 0,368$) (17. ábra).

17. ábra: A betegség gyógyíthatóságának megítélése a program előtt (T1) és a program után (T2)

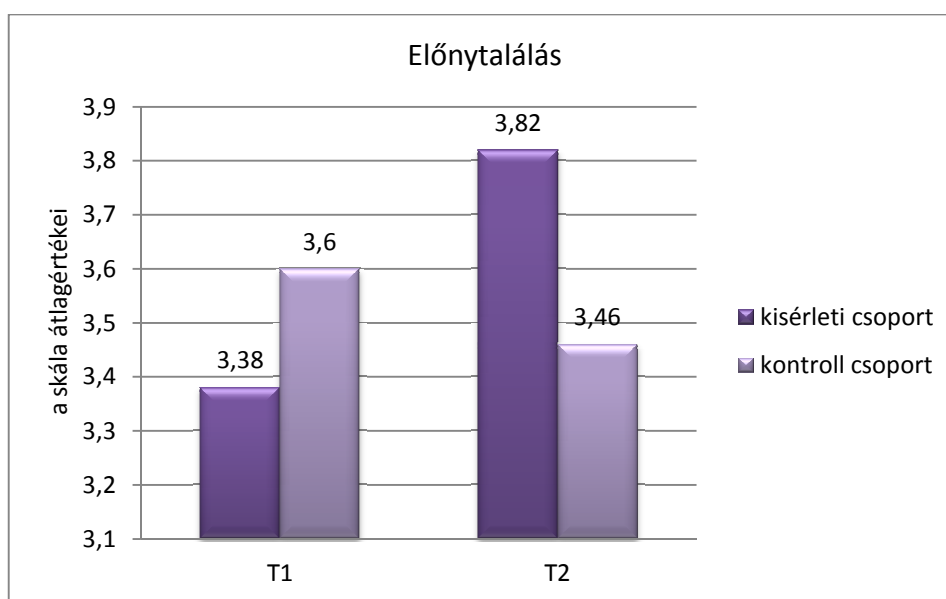


Összefoglalva: A kísérleti csoportban részt vett emlőrákos betegek a Betegségpercepció kérdőíven mért adatok alapján, három területen mutatnak szignifikáns javulást: annak megítélésében, hogy mennyi ideig tart a betegség, vagyis az idői lefolyásban, mennyire képesek személyesen is kontrollt gyakorolni a lefolyásra, illetve a betegség gyógyíthatóságára vonatkozó kogníciókban.

6.7.4. Traumafeldolgozás, értelemtalálás

A daganatos megbetegedés súlyos traumát jelent. Feldolgozása embert próbáló feladat – ebben a folyamatban fontos szerepe lehet az értelemtalálásnak. A vizsgálati adatok szerint a kritikus élethelyzetek átfordulhatnak, a beteg a súlyos élethelyzetből előnyt is kovácsolhat. Az Előnytalálás kérdőív segítségével vizsgáltuk a kísérletben részt vállaló betegeknél ezt a folyamatot. A program hatására a kísérleti csoport betegeinél jelentős mértékű előnytalálás volt kimutatható (3,38 átlagpont értékről 3,82-re), a kontroll csoportnál ez a folyamat ellenkező irányú volt, csökkent (3,60 versus 3,46). Az átlagpont értékeket regresszió modellben elemezve szignifikáns különbséget találtunk ($\beta=-0,307$; $p=0,000$; $R^2=0,620$) (18. ábra).

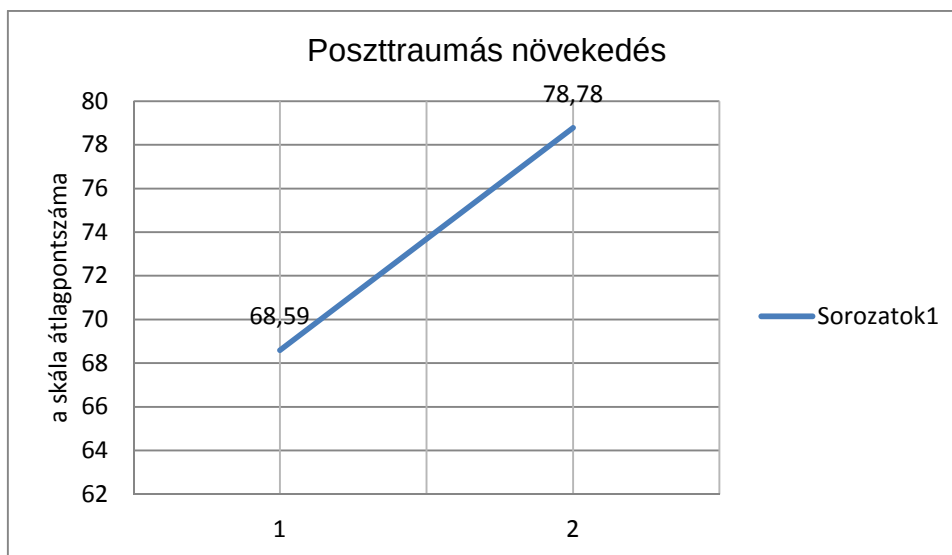
18. ábra: Az előnytalálás alakulása a program előtt (T1) és a program után (T2)



A kísérleti csoport betegeit külön is vizsgáltuk, vajon a betegségteher feldolgozása nyomán a személyiségben létrejön-e a pozitív irányú változás, fejlődés, poszttraumás növekedés? Erre a célra a Poszttraumás Növekedés Kérdőívet használtuk. A skála átlagpontszáma a program előtt 68,59 (szórás: 15,29), a program befejezése után 78,78 (szórás:12,02) volt. A változás mértékének becslésére ismételt méréses varianciaanalízist végeztünk, a bekövetkező változások szignifikánsnak bizonyultak ($F(1,31)=24,186$ $p=0,000$) (19. ábra).

Összefoglalva: A kísérleti csoport betegek a betegséggel való megküzdésben, a traumafeldolgozás nyomán jelentős előnyt tudtak kovácsolni, míg a kontroll csoport tagjaira ez nem jellemző, eredményeik csökkenő tendenciát mutatnak. Csak a kísérleti csoport betegeinél vizsgáltuk a poszttraumás növekedés jelenségét – szignifikáns javulást mértünk.

19. ábra: A poszttraumás növekedés változása a kísérleti csoportban részt vett betegeknél a program előtt (T1) és a program után (T2)



6.7.5. Az egészségmagatartás változása

Arra is kerestük a választ, hogy a kísérleti programban részt vállaló betegek változtatnak-e egészségmagatartásukon, a napi életvezetésükbe beépítik-e a tanultakat? Az életvezetés megváltoztatására irányuló programot három egységre bontottuk: 1) egészséges táplálkozás, 2) „mozgás-lazítás” gyűjtőcsoport (testmozgás, alvásritmus, jóga, napi relaxáció/ imagináció, pozitív szuggesztiók hallgatása), 3) káros szokások csökkentése (alkohol, dohányzás, túlzott kávé fogyasztás). A kérdőíven 1-5-ig pontozták a feladatok elvégzését: 1 – nem végeztem el a feladatokat (0-20%-ban), 2 – csak ritkán, rendszertelenül végeztem el (20-40%-ban), 3 – végeztem a feladatokat, de nem rendszeresen (40-60%-ban), 4 – legtöbbször elvégeztem (60-80%-ban), 5- szinte mindig elvégeztem (80-100%-ban). A kérdőívre adott válaszokat ordinális skálaként kezeltük, és átlagokat számítottunk.

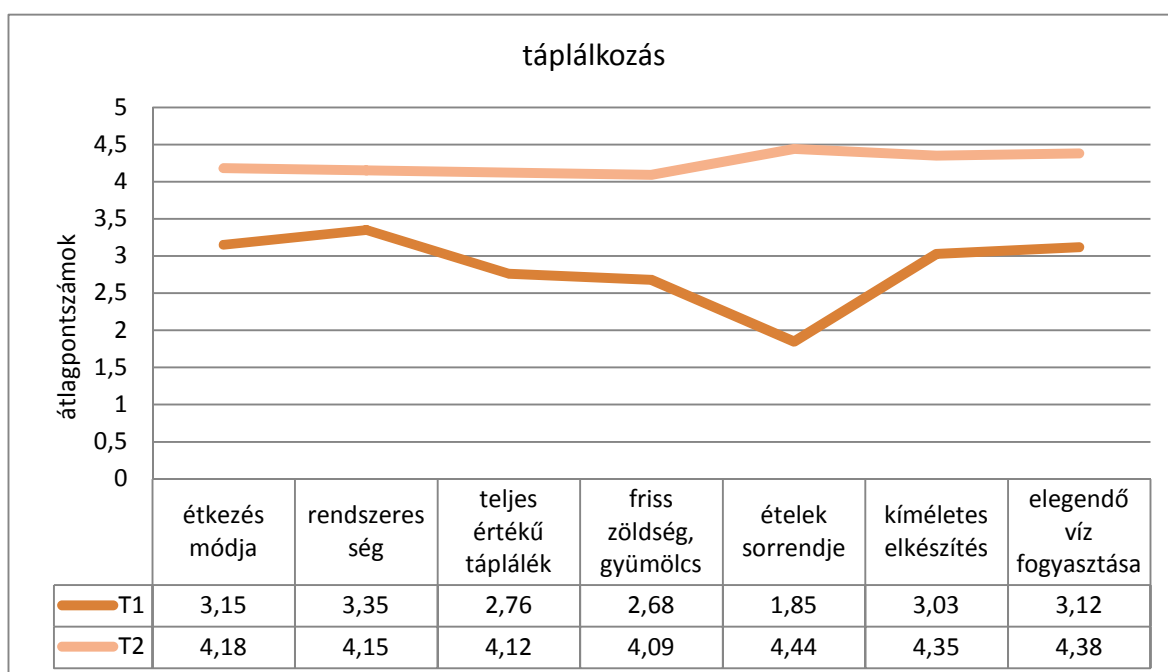
Egészséges táplálkozás kialakítása

Az egészséges táplálkozás kialakításának sarokkövei a következők voltak: rendszeres étkezés, teljes értékű ételek fogyasztása, legalább 60%-ban friss

zöldség/gyümölcs, étkezéskor az ételek elfogyasztásának helyes sorrendje, kíméletes konyhatechnika, elegendő vízfogyasztás.

A 20. ábrán jól látható, hogy a táplálkozás vonatkozásában minden területen jelentős javulás jött létre. Minden érték a 4-es pont felett helyezkedik el, ami azt jelenti, hogy a betegek rendszeresen végezték a feladatokat, azaz jóval egészségesebben táplálkoznak, mint korábban. Két terület mutat kifejezetten jelentős változást: az egyik az ételek sorrendje (kevesen tudtak korábban ennek fontosságáról), a másik a teljes értékű élelmiszerek beépítése az étkezésbe.

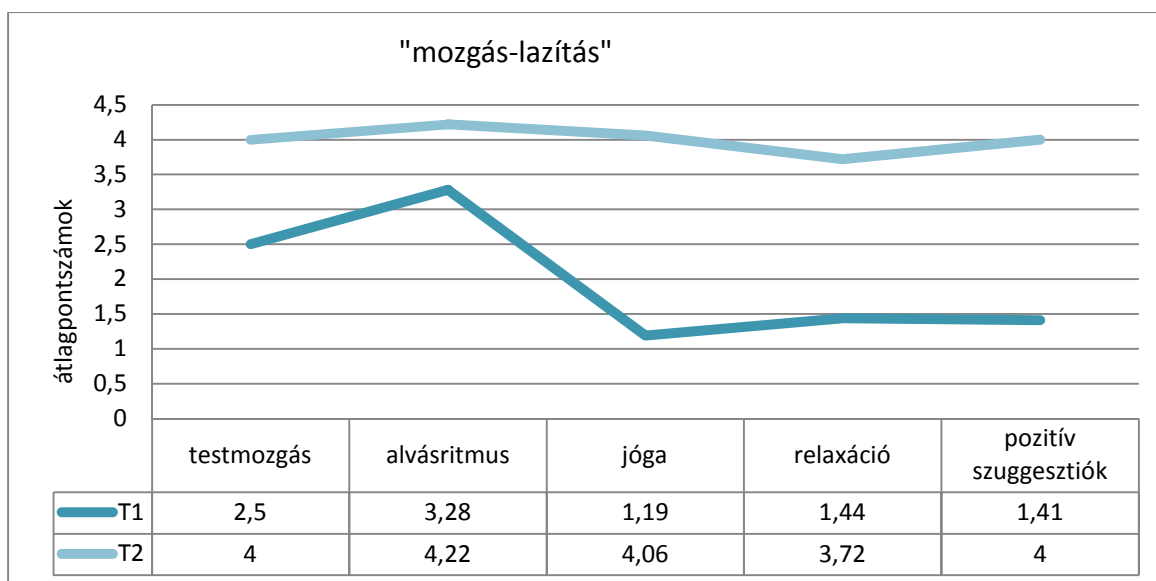
20. ábra: A táplálkozási szokások változása a kísérleti csoport betegeinél a program előtt (T1) és a program után (T2)



Rendszeres „mozgás-lazítás” kialakítása

Minden vizsgált terület jelentősen javult a program hatására. A relaxációt kivéve minden érték 4-es fölötti, tehát beépült a napi életvezetésbe. A pihentető alvásritmus kialakításában jött létre a legkisebb változás, a legnagyobb a jógát illetően. Korábban csak kevesen jógáztak, a program ajánlására a csoporttagok elvégzik az egészségi állapotukhoz adaptált gyakorlatsort (21. ábra).

21. ábra: „Mozgás-lazítás” a program előtt (T1) és a program után (T2)



Káros szokások csökkentése

Ajánlásokat foglalmaztunk meg a káros szokások (dohányzás, túlzott alkohol-, és kávéfogyasztás) csökkentésére/megszüntetésére is, de a program nem terjedt ki a betegek ebbéli támogatására. A kísérleti csoportból összesen két fő dohányzott, egyikük sem hagyta abba, és a mennyiséget sem csökkentette számottevően. Az alkoholfogyasztás nem volt jellemző egyik betegre sem, és a túlzott kávéfogyasztás sem.

Összefoglalva: A kísérleti csoport betegei az egészséges életmódra vonatkozó ajánlásainkat beépítették napi életvezetésükbe, egészségesebben táplálkoznak, többet mozognak, rendszeresen végzik a lazító gyakorlatokat, pozitív szuggesztiókat hallgatnak. Az egészségmagatartás jelentősen javult.

7. A KUTATÁS HARMADIK RÉSZÉ – A PROGRAM HOSSZABB TÁVÚ HATÉKONYSÁGÁNAK VIZSGÁLATA

A kutatás harmadik része longitudinális vizsgálat. Arra a kérdésre kerestük a választ, vajon a kísérleti pszichoszociális intervenciós programban részt vett betegeknél létrejött változások, az elért eredmények hosszabb távon is fennmaradnak-e? A felmérést

15 hónappal a program befejezése után végeztük. Csak azokat a területeket vontuk be a vizsgálatba, ahol a program befejezése után szignifikáns változást regisztráltunk.

7.1. Hipotézisek

1. Feltételezzük, hogy a kísérleti csoport betegeinél a hangulattal kapcsolatos mutatókban (szorongás, depresszió), létrejött javulás hosszabb távon is fennmarad.
2. Feltételezzük, hogy a testkép és jövő perspektíva vonatkozásában létrejött pozitív változások egy része 15 hónappal a program után is fennmarad.
3. Feltételezzük, hogy a kísérleti csoportban az életminőség fizikai tünetekkel és fizikai funkcionálással kapcsolatos mutatóiban létrejött változások egy része (EORTC – Burden, BR-23 – szisztémás terápiás mellékhatások, BR-23 – mell tünetek, BR-23 – kar tünetek, BR-23 Burden hosszabb távon is fennmaradnak.
4. Feltételezzük, hogy az intervenciós csoportban a betegségpercepciók területén (a betegség időbeni lefolyása, személyes kontroll, gyógyíthatóság) létrejött változások a kísérleti csoportban 15 hónappal a program befejezése után is részben fennmaradnak.
5. Feltételezzük, hogy a traumafeldolgozás nyomán létrejött előnytalálás hosszabb távon is fennmarad a kísérleti csoport betegeinél.
6. Feltételezzük, hogy a kísérleti csoport betegeinél mért poszttraumás növekedés értékek hosszabb távon is fennmaradnak.

7.2. A vizsgálat menete és a kísérleti programban részt vett betegek

Három mérést végeztünk: a program előtt (1. mérés – T1), a program befejezése után (2. mérés – T2), és 15 hónappal a program befejezése után (3. mérés – utánkövetés – T3). Mindhárom mérés alkalmával azonos kérdőívcsomag került kitöltésre. A kontroll csoportban a 2. méréskor a 87 főből 51 küldte vissza a kérdőíveket, a 3. méréskor 52 fő. Ebből 41 volt azok száma, akik mindkét alkalommal (2. és 3. mérés) visszaküldték, így a kontroll csoportba csak őket vontuk be. A kísérleti csoportból minden résztvevő kitöltötte és visszaküldte a kérdőíveket (n=34).

7. 3. Alkalmazott mérőeszközök

A komplex kísérleti intervenciós program hosszabb távú hatékonyságának mérésére a második vizsgálatban felhasznált kérdőíveket alkalmaztuk:

1. a depresszió mérésére: *Rövidített Beck Depresszió Kérdőívet*
2. a szorongás mérésére: *Spielberger Vonás Szorongás Kérdőívet, STAI-T*
3. az életminőség mérésére: *EORTC QLQ C30 kérdőívet és a kérdőív emlődaganatos modulját QLQ BR-23*
4. a betegségészlelés mérésére: *Betegségészlelés Kérdőívet (IPQ-R)*
5. a betegséggel való megküzdés nyomán érzett előny és értelemtalálás vizsgálatára: *Előnytalálás Kérdőívet*
6. a poszttraumás növekedés vizsgálatára: *Poszttraumás Növekedés Kérdőívet (PTGI)*

A kérdőívek reliabilitás vizsgálata

A Cronbach-alfa értékeket a harmadik mintán (mérés 15 hónappal a program befejezése után) is meghatároztuk, jelentős értékbeli eltérést nem tapasztaltunk (a 13. táblázatban csak a vizsgált alskálák mutatóit jelezzük).

13. táblázat: A felhasznált kérdőívek reliabilitás mutatói a program előtt és utánkövetéskor

Skálák	Tételek száma	Cronbach- α T1-ben (a program előtt)	Cronbach- α T3-ban (utánkövetéskor)
Szorongás (STAI)	20	0.889	0.916
Depresszió (Beck)	9	0.847	0.891
EORTC QLQ C-30 általános ém	2	0.887	0.942
EORTC QLQ C-30 tünetek (Burden)	8	0.789	0.758
EORTC BR-23 testkép	4	0.888	0.825
EORTC BR-23 jövő perspektíva	1	-	-
EORTC BR-23 terápiás mellékhatások	7	0.597	0.624
EORTC BR-23 mell tünetek	4	0.758	0.786

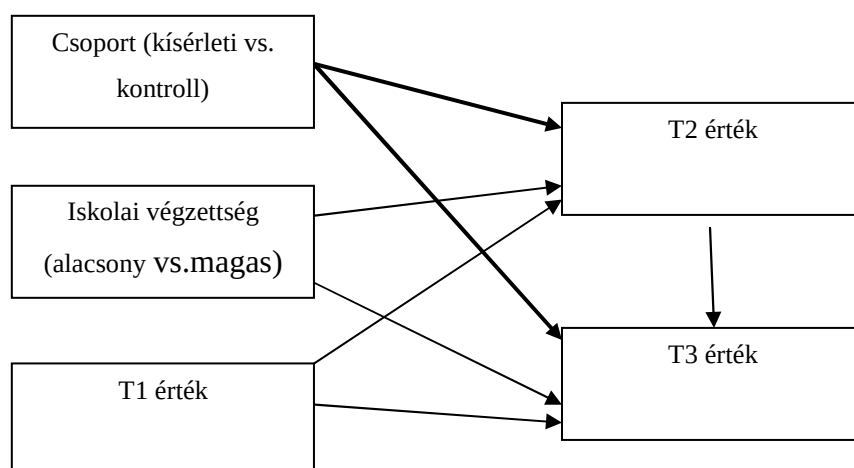
EORTC BR-23 kar tünetek	3	0.767	0.768
EORTC BR-23 tünetek (Burden)	15	0.824	0.877
Előnytalálás	17	0.949	0.953
IPQ-R – időbeni lefutás (akut/krónikus)	6	0.865	0.893
IPQ-R – személyes kontroll	6	0.753	0.817
IPQ-R – gyógyíthatóság	5	0.764	0.567
Poszttraumás növekedés	21	0.898	0.921

Beck – Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; STAI – Spielberger Vonás Szorongás Kérdőív; EORTC C-30 és BR-23 Életminőség Kérdőív; Előnytalálás Kérdőív; IPQ-R-Betegségpercepció Kérdőív; Poszttraumás Növekedés Kérdőív

7.4. A program hosszabb távú hatásának vizsgálata

A regresszió elemzést alkalmaztuk a program hosszabb távú hatékonyságának becslésére is. A 22. ábra mutatja a statisztikai elemzés menetét. Figyelembe vettük, hogy a változók nagy része nem normál eloszlást mutat. Az intervenciót bináris változóként kódoltuk (1. intervenciós csoport, 2. kontroll csoport), e mellett az iskolai végzettséget, az első adatfelvétel és a második adatfelvétel pontszámait vettük figyelembe a magyarázó változók között.

22. ábra: A statisztikai elemzés mentee



Összehasonlítottuk a kontroll csoportban a kérdőívet visszaküldők és nem visszaküldők csoportját. Ahogy T2-ben, úgy T3-ban sem találtunk szignifikáns különbséget a kérdőívet visszaküldők és nem visszaküldők között a pszichológiai skálákon, illetve a demográfiai jellemzőkben.

14. táblázat: A kérdőívek és az alsókálák átlagértéke és szórása a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program befejezése után (utánkövetés-T3)

	A program előtt (T1)		A program után (T2)		15 hónappal a program után (T3)	
	Kísérleti csoport	Kontroll csoport	Kísérleti csoport	Kontroll csoport	Kísérleti csoport	Kontroll csoport
Szorongás (STAI)	44,50 (9,04)	43,23 (10,53)	39,37 (9,13)	42,58 (11,34)	40.97 (8.80)	41.45 (10.84)
Depresszió (Beck)	12,34 (3,56)	12,37 (3,88)	11,44 (2,27)	12,63 (4,96)	11.61 (3.39)	12.37 (4.88)
EORTC QLQ C-30 általános életminőség	66,67 (14,51)	71,60 (16,66)	76,04 (12,29)	72,28 (17,21)	72.79 (20.75)	70.24 (21.23)
EORTC QLQ C-30 tünetek (Burden)	15,63 (11,67)	16,10 (16,48)	9,18 (7,29)	15,23 (13,83)	11.36 (11.47)	14.75 (12.68)
EORTC BR-23 testkép	66,92 (28,41)	73,36 (28,86)	79,29 (19,67)	72,96 (23,04)	76.47 (25.41)	76.58 (22.13)
EORTC BR-23 jövő perspektíva	59.60 (26.03)	55,78 (33,60)	77.78 (24.53)	59.18 (34.20)	64.71 (30.64)	63.95 (30.30)
EORTC BR-23 terápiás mellékhatások	15,44 (10,38)	18,16 (15,78)	10,10 (8,73)	16,55 (14,50)	12.16 (9.91)	18.59 (16.74)
EORTC BR-23 mell tünetek	14,95 (18,09)	14,80 (14,05)	11,03 (15,58)	16,38 (15,93)	11.27 (3.40)	13.44 (16.91)
EORTC BR-23 kar tünetek	23,96 (23,29)	21,09 (21,18)	17,36 (18,70)	23,36 (21,66)	16.67 (17.59)	20.18 (22.64)
EORTC BR-23 tünetek (Burden)	18.68 (14.62)	18.70 (14.13)	13.98 (11.88)	18.97 (14.99)	14.44 (10.37)	18.59 (15.50)
Előnytalálás	3,38 (0,84)	3,60	3,82 (0,78)	3,46	3.65	3.51

		(0,88)		(0,88)	(0,72)	(0,92)
IPQ-R – időbeni lefutás (akut/krónikus)	14,37 (5,90)	15,24 (5,39)	12,47 (5,64)	15,78 (5,14)	12,41 (5,80)	15,56 (5,80)
IPQ-R- személyes kontroll	24,38 (3,56)	22,93 (4,33)	26,38 (2,55)	22,58 (4,14)	25,71 (2,94)	22,30 (4,55)
IPQ-R- gyógyíthatóság	20,64 (3,17)	20,21 (3,26)	21,54 (2,55)	19,72 (2,75)	20,42 (2,52)	20,55 (2,64)

Beck – Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; STAI – Spielberger Vonás Szorongás Kérdőív; EORTC C-30 és BR-23 Életminőség Kérdőív;
IPQR-Betegségpercepció Kérdőív

15. táblázat: A program hosszabb távú hatékonyságának regressziós elemzése – a csoportváltozó sztenderdizált koefficiense és szignifikanciája

változó	csoport változó sztenderdizált regressziós súlya és szignifikanciája T2-ben	csoport változó sztenderdizált regressziós súlya és szignifikanciája T3-ban
Depresszió	0.159 p=0.013	-0.018 p=0.784
Szorongás	0.188 p= 0.021	-0.021 p=0.764
EORTC- általános életminőség	-0.159 p=0.091	-0.041 p=0.669
EORTC QLQ C-30-tünetek (Burden)	0.242 p=0.000	-0.066 p=0.299
EORTC BR-23 testkép	- 0.195 p=0.004	0.116 p=0.086
EORTC BR-23 jövő perspektíva	-0.163 p=0.035	0.174 p=0.030
EORTC BR-23 terápiás mellékhatások	0.150 p=0.028	0.076 p=0.227
EORTC BR-23 mell tünetek	0.130 p=0.095	-0.018 p=0.805
EORTC BR-23 kar tünetek	0.199 p=0.017	-0.002 p=0.985
EORTC BR-23 tünetek (Burden)	0.181 p=0.006	-0.001 p=0.985

Előnytalálás	-0.289 p=0.000	0.057 p=0.487
IPQ-R Időei lefolyás	0.243 p=0.009	0.009 p=0.905
IPQ-R Személyes kontroll	-0.293 p=0.000	-0.152 p=0.049
IPQ-R Kezelhetőség	-0.353 p=0.000	-0.096 p=0.248

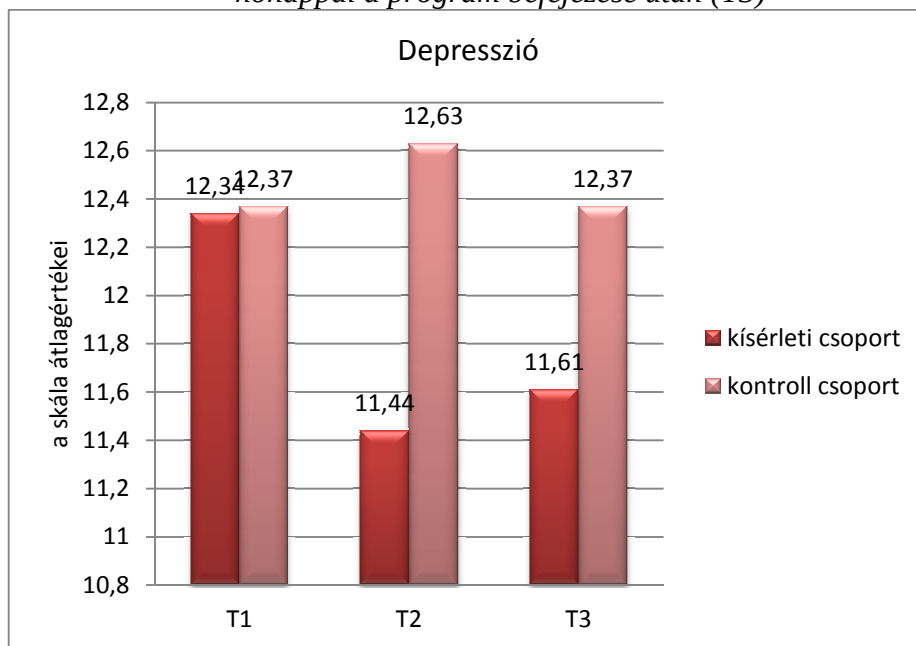
depresszió – Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; szorongás – Spielberger Vonás Szorongás Kérdőív; EORTC C-30 és BR-23 Életminőség Kérdőív; IPQ-R-Betegségpercepció Kérdőív

A csoportváltozó (kísérleti versus kontroll) regressziós súlya és szignifikanciája alapján szignifikáns különbséget találtunk a következő változóknál: EORTC BR-23 Jövő perspektíva, IPQ-R Személyes kontroll alskála (15. táblázat).

7.4.1. A hangulati mutatók változása

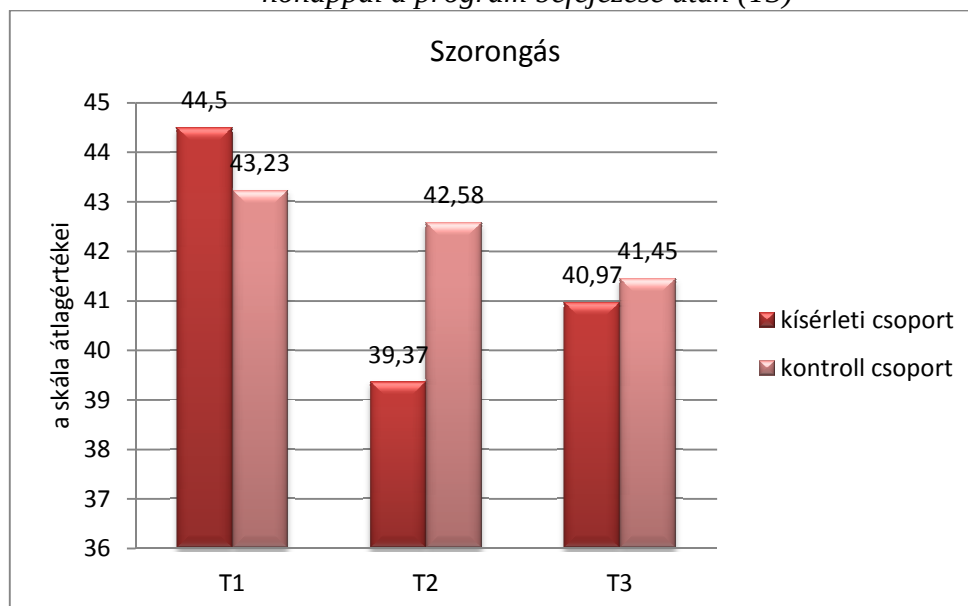
Az utánkövetés során az érzelmi distressz alakulását, a hangulati állapot változását a Rövidített Beck Depresszió Kérdőív és a Spielberger Vonás Szorongás Kérdőív segítségével vizsgáltuk. Egyik kérdőívben sem kaptunk statisztikailag szignifikáns eredményeket. Ahogy azt a 23. számú ábra mutatja, a rövidített Beck Depresszió Kérdőívben a kísérleti csoport átlagpontszáma a program előtt 12,34 volt, a program után ez az érték 11,44-re csökkent, majd 15 hónappal később enyhén megemelkedett 11,64 átlagértékre. A kontrollcsoportban a program előtti érték 12,37 volt, ami 12,63 pontszámátlagra emelkedett, majd az idő múlásával a kiinduló értékre (T1) csökkent vissza. Mindkét csoport értékei a 10-18 ponthatár közötti enyhén depressziós tünetegyüttes kategóriába sorolhatók. A hangulatra az intervenció szignifikánsan pozitív hatással volt, T3-ra ez a hatás kis mértékben csökkent ($\beta=-0,018$, $p=0,784$), de a 2 csoport közötti különbség megmaradt.

23. ábra: A depresszió szint alakulása a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program befejezése után (T3)



A szorongás értékei (24. ábra) a Spielberger-féle skálán a kontroll csoportban az idő múlásával folyamatos csökkenést mutatnak, a kísérleti csoportban a program utáni nagyfokú javulást követően valamelyest erősödik a szorongás, de a kezdeti (T1) értékhez, és a kontroll csoport értékéhez viszonyítva alacsonyabb szintet mutat. A regressziós analízis nem mutat szignifikanciát ($\beta = -0,021$, $p = 0,764$).

24. ábra: A szorongásszint alakulása a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program befejezése után (T3)



Összefoglalva: A program hatására a kísérleti csoportban részt vett betegek körében csökkent az érzelmi distressz, mind a depresszió, mind a szorongás értéke jelentős mértékben, szignifikáns szinten. A program hatása hosszabb távon is megmutatkozik, de az érték nem szignifikáns.

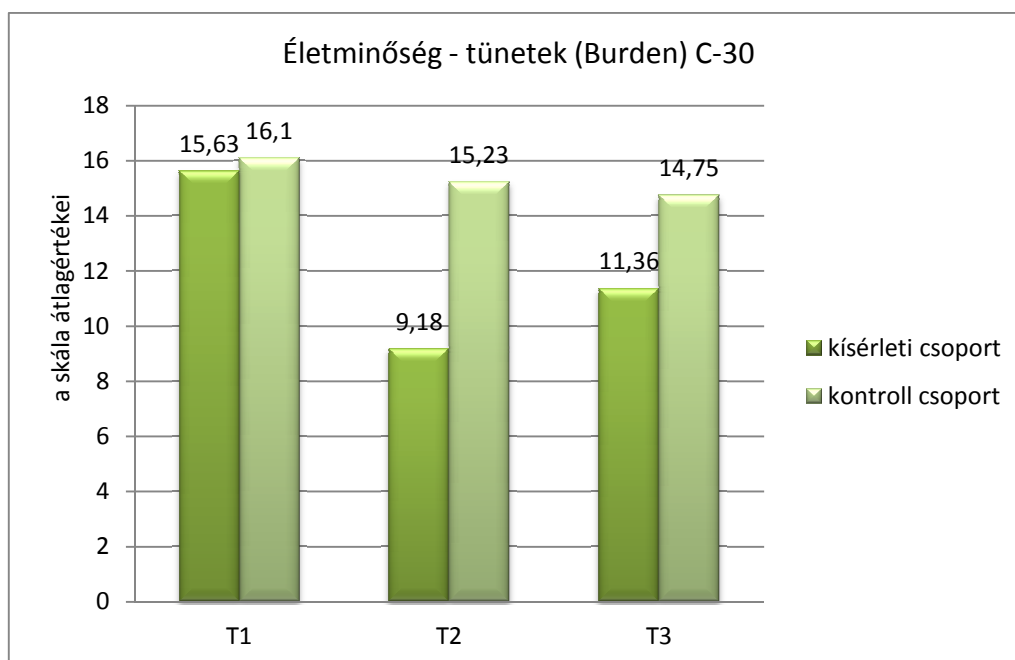
7.4.2. Az életminőség alakulása

A kísérleti program hatására az életminőség vonatkozásában két fő területen regisztráltunk szignifikáns javulást: a funkcionalitás területén (testkép, jövő perspektíva) valamint a tüneti életminőség minden szegmensében. Utánkövetéskor a tüneti életminőség területein (QLQ C-30 Burden, terápiás mellékhatások, mell tünetek, kar tünetek, BR-23 Burden) a programban részt vett betegeknél a létrejött javulás enyhén csökkent értéken, de fennmaradt (14. táblázat). A terjedelmi korlátok miatt csak az összesített tüneti értékeket részletezzük és mutatjuk be grafikusan.

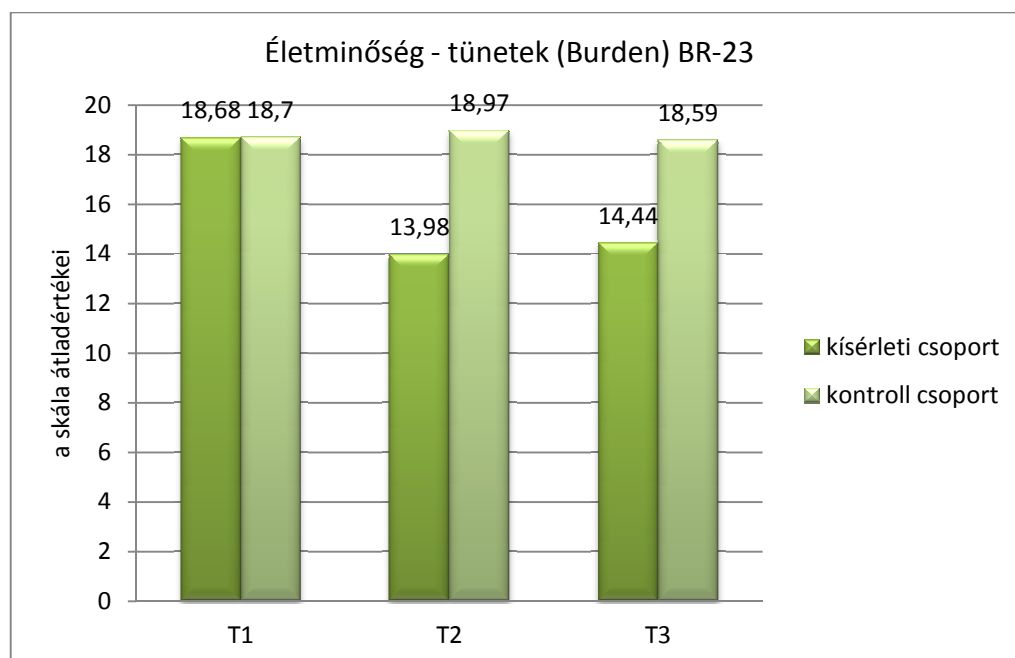
Az általános daganatos tünetek (C-30: fáradékonyság, fájdalom, hasmenés, hányás, stb.) esetében a kontroll csoportnál enyhe csökkenő ívet láthatunk, míg a kísérleti csoportnál a program utáni jelentős javulás kicsit „megkopik”, de összességében mind a kiinduló állapothoz (T1), mind a kontroll csoporthoz viszonyítva jobb a tünetek megítélése (25. ábra). Sztenderdizált regressziós súly és szignifikancia: $\beta = -0,066$, $p = 0,299$.

A mellrákhoz kapcsolódó tünetek (BR-23: terápiás mellékhatások, mell tünetek, kar tünetek) összesített mutatója szerint mindkét csoport azonos szintről indul, majd a program végén a kísérleti csoportban jelentősen csökkennek a tünetek, ez a csökkenés hosszabb távon is megmutatkozik, míg a kontroll csoportban rosszabbodnak a tünetek, ami utánkövetéskor is fennmarad. A szignifikancia szint statisztikailag nem jelentős ($\beta = -0,001$, $p = 0,985$) (26. ábra).

25. ábra: Az életminőség alakulása (a tünetek megítélése) a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program befejezése után (T3)



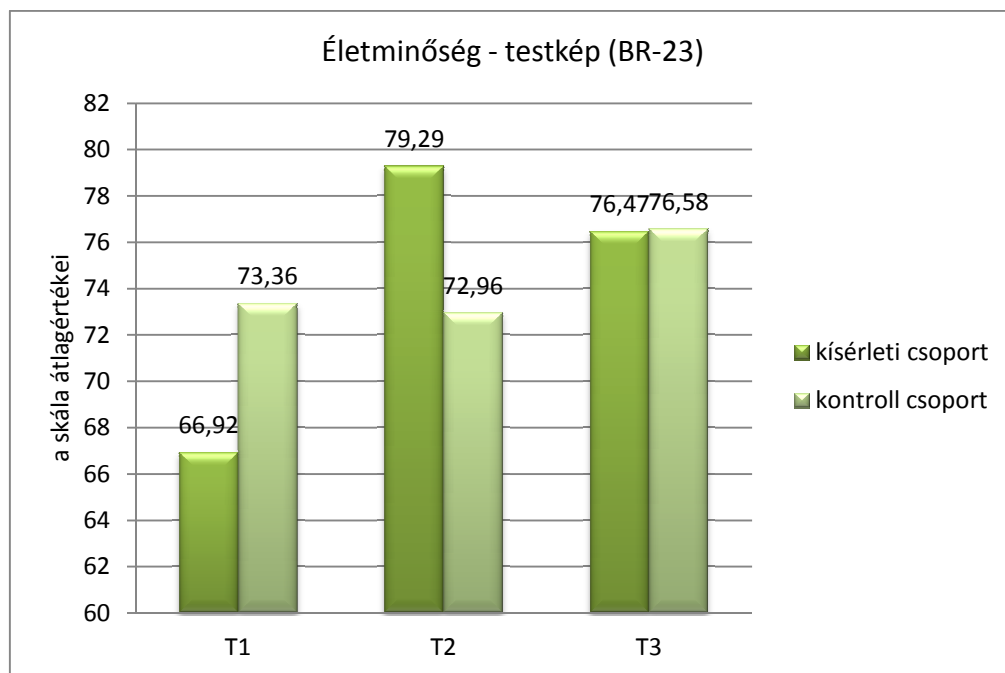
26. ábra: Az életminőség alakulása (az emlőrákhoz kapcsolódó tünetek megítélése) a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program után (T3)



A funkcionalitásra vonatkozó életminőség két területén regisztráltunk szignifikáns javulást a program hatására, ezek: a testkép megítélése és a jövő perspektíva. A testkép megítélése és megélése számottevően javult a kísérleti csoportban (a skála pontszáma

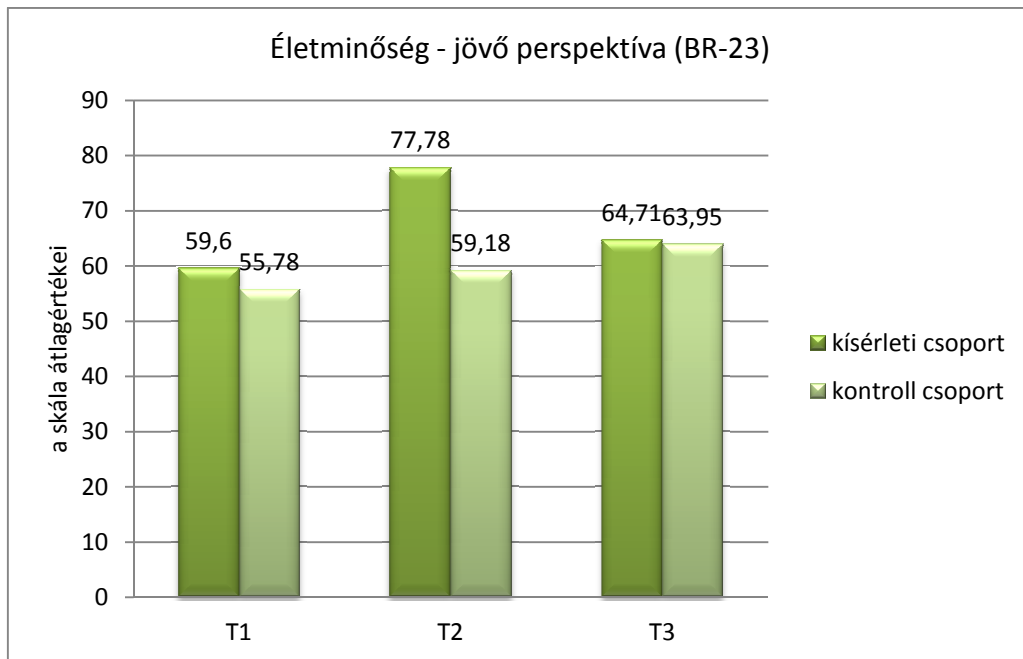
66,92-ről 79,29-re növekedett), míg a kontroll csoportban enyhén negatív irányba változott (73,36-ról 72,96 átlagpontszámra). Az idő távlatában (15 hónappal később) a két csoport értékei kiegyenlítődnek ugyan, de a kísérleti csoportban az utánkövetési szint jelentősen jobb, mint a program kezdete előtt. Tehát a testkép pozitívabb megítélése hosszabb távon is fennmaradt, de a program hatása T3-ban már nem szignifikáns ($\beta=0,116$, $p=0,086$) (27. ábra).

27. ábra: Az életminőség alakulása (a testkép megítélése) a program előtt (T1) a program után (T2) és 15 hónappal a program után (T3)



A jövő megítélése jelentősen javult (59,60-ról 77,78-ra) a kísérleti csoportnál, míg a kontroll csoport esetében csak enyhébb pozitív változás mérhető (55,78 pontszámról 59,18-ra) a program után. Érdekes módon a két érték utánkövetéskor szinte kiegyenlítődik, az intervenciós csoportban ez a mutató láthatóan csökkent, míg a kontroll csoportban emelkedett (64,71 versus 63,95). A program hatása hosszabb távon nem érvényesül, szignifikáns érték mérhető a kontroll csoport javára ($\beta=0,174$, $p=0,030$) (28. ábra).

28. ábra: Az életminőség alakulása (a jövő perspektíva megítélése) a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program után (T3)



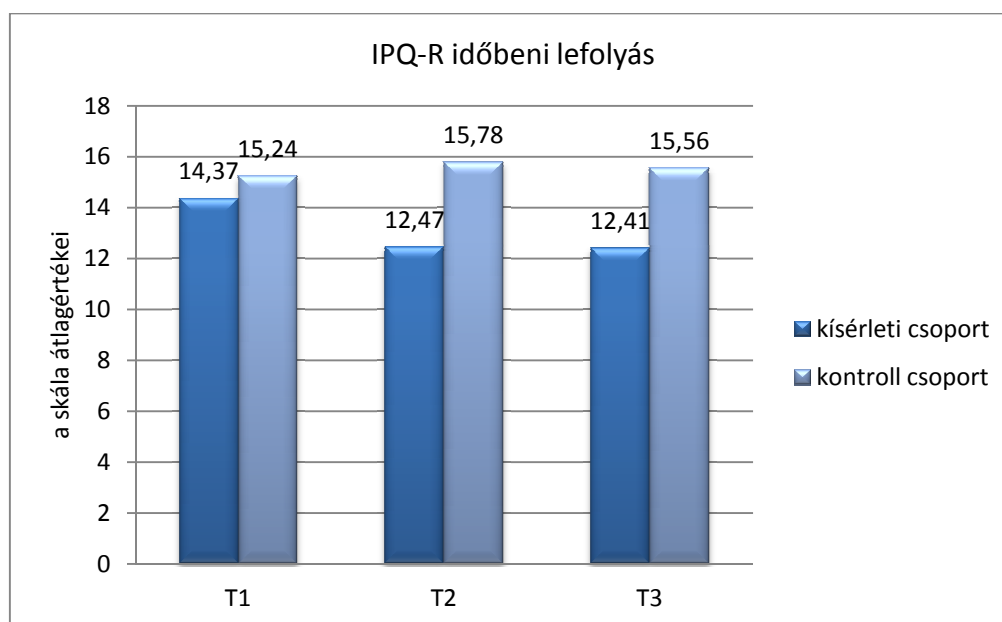
Összefoglalva: Általánosságban megállapítható, hogy utánkövetéskor a tüneti életminőség minden részterületén (összesített tünetek C-30, szisztémás terápiás mellékhatások, mell tünetek, kar tünetek, összesített tünetek BR-23) és a funkcionalitás részterületein is (testkép, jövőkép) a program hatása utáni kedvező változások kis mértékben csökkentek, de a kiinduló értékekhez és a kontroll csoport eredményeihez képest kedvezőbb szinten vannak. A komplex életmód és pszichoszociális intervenció programunk az életminőség javításában hosszabb távon is hatékornak bizonyult.

7.4.3. A betegségpercepció változása

Három területen jött létre szignifikáns különbség a kísérleti és a kontroll csoport között a program befejezése után. Ezek: idői lefolyás, a személyes kontroll és a gyógyíthatósággal kapcsolatos kogníciók területén. Utánkövetéskor az idői lefolyásra vonatkozó pontérték, vagyis annak szubjektív megítélése, hogy a betegség mennyi ideig fog tartani, a kísérleti csoportban a második méréssel közel azonos volt (12,41 átlagpontérték), hasonlóan a kontroll csoportban (15,56), az intervenció hosszú távú hatása érzékelhető, de a regressziós súlyok értékelése alapján nem szignifikáns ($\beta=0,009$, $p=0,905$) (29. ábra).

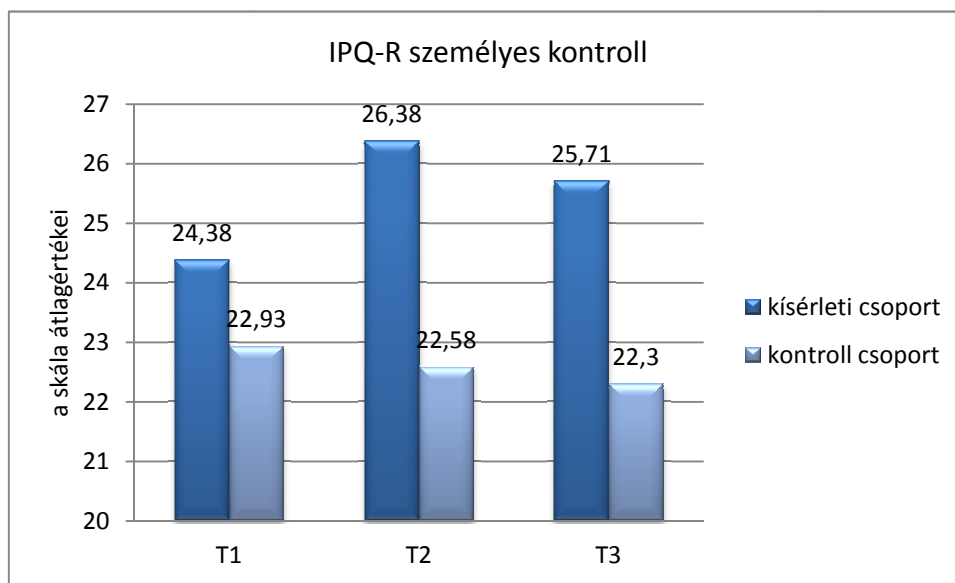
A kogníciókban egyedüli szignifikáns különbség ($\beta=-0.152$, $p=0,049$) a két csoport között a személyes kontroll vonatkozásában jött létre T3-ban. Az átlagpontérték mindkét csoportnál valamelyest csökkent a T2 pontértékhez viszonyítva, de a különbség, mint ahogy azt a 30. ábra mutatja, igen számottevő (25,71 versus 22,30). A program hosszú távon is jelentős hatással volt a betegekre, úgy ítélik meg, a betegség lefolyása, alakulása, nagymértékben tőlük is függ, befolyással lehetnek, kontrollt gyakorolhatnak a folyamatokra.

29. ábra: A betegség időbeni lefolyására vonatkozó kogníció alakulása a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program befejezése után (T3)

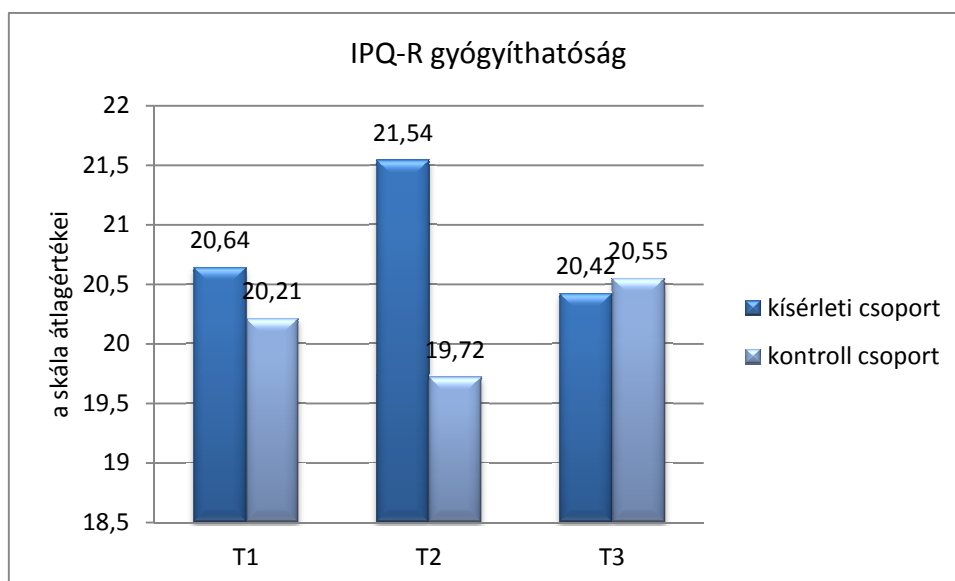


Ezzel valamelyest ellentmondásban van a betegség gyógyíthatóságára vonatkozó adatsor: a kísérleti csoport átlagpontszáma (20,42) valamivel kevesebb, mint a kiindulási (T1) pontszám (20,64). A kontroll csoport esetében viszont növekvő tendenciát tapasztalhatunk, betegségüket gyógyíthatóbbnak hiszik, mint korábban. A tendencia szintjén ellentmondásosnak tűnő adatoknál, az átlagpont értékeket is figyelembe véve csak kismértékű elmozdulást tapasztalunk. A sztenderdizált regressziós koefficiens és szignifikancia: $\beta=-0,096$, $p=0,248$ (31. ábra).

30. ábra: A személyes kontrollra vonatkozó kogníciók alakulása a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program befejezése után (T3)



31. ábra: A betegség gyógyíthatóságának megítélése a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program befejezése után (T3)

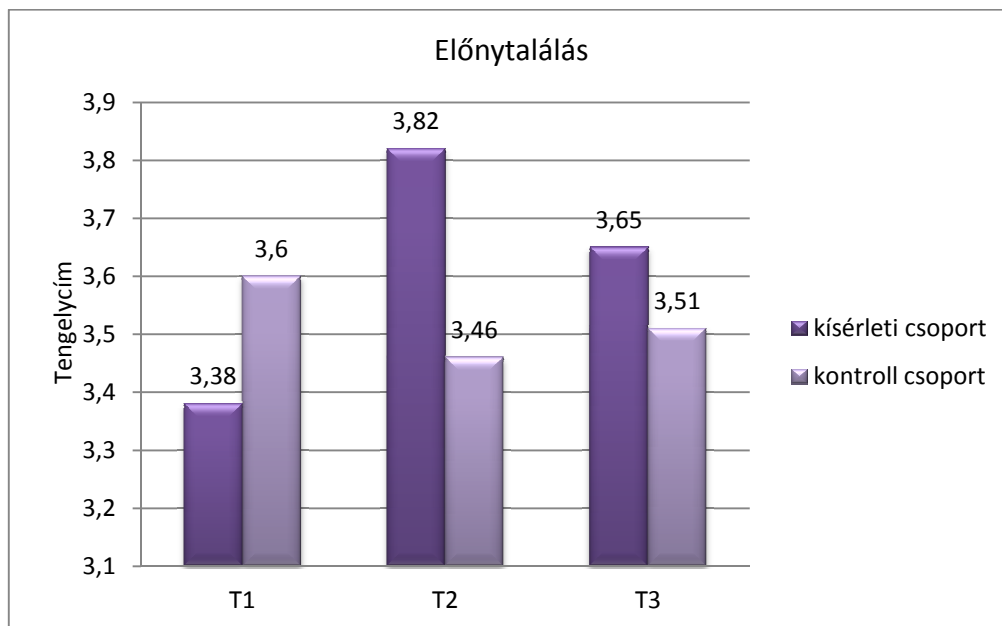


Összefoglalva: a betegségre vonatkozó percepciók sorában a személyes kontroll emelkedik ki – szignifikánsan erősebb a kísérleti csoport abbéli hite, hogy képes aktívan alakítani a betegség lefolyását. A kórlefolyás idejét tekintve nem változtak a T2 értékek, a gyógyíthatóság kérdésében a kísérleti csoportban csökkent, a kontrollban megnövekedett értékeket kaptunk.

7.4.4. Traumafeldolgozás, értelemtalálás

Daganatos megbetegedés esetén a személyes növekedési lehetőségek keresésének fontos szerepe lehet a gyógyulásban. Az Előnytalálás kérdőív segítségével vizsgáltuk a kísérletben részt vállaló betegeknél ezt a folyamatot. A program hatására a kísérleti csoport betegeinél jelentős mértékű előnytalálás volt kimutatható (3,38 átlagpont értékről 3,82-re), a kontroll csoportnál ez a folyamat ellenkező irányú volt, az előnytalálás megítélése negatív irányba változott (3,60 versus 3,46). A kísérleti csoportban a program utáni magas értékek valamelyest csökkentek, a kontroll csoportban az alacsonyabb értékek kissé emelkedtek. A programban részt vett betegek a kezdeti (T1) értékekhez képest nagyobb szintű előnytalálásról számolnak be. A csoport-hovatartozás tehát hosszabb távon is hatással bírt, de az érték nem szignifikáns ($\beta=0,057$, $p=0,487$) (32. ábra).

32. ábra: Az előnytalálás alakulása a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program befejezése után (T3)



Tekintve, hogy a programunk fontos pillére volt a poszttraumás növekedés elősegítése, a kísérleti csoport betegeinél részletesebben vizsgáltuk ezt a folyamatot. A kontroll csoportot nem vontuk be ebbe az elemzésbe. A változást ismételt mérések varianciaanalízissel teszteltük. A normalitást Kolmogorov-Smirnov teszttel ellenőriztük. Az ismételt mérések varianciaanalízis során a szórássegélyezést tesztelő mutatót (Maucly's sphericity) figyelembe véve közöljük az F értékeket. Amennyiben a szfericitást tesztelő próba eredménye szignifikáns, a Greenhouse-Geisser értéket közöljük.

Elemeztük a T1 és T2, valamint a T2 és T3, illetve a T1 és T3 pontszámai közötti különbséget. A 16. táblázat utolsó oszlopában kiemelés és * jelzi a szignifikáns különbségeket.

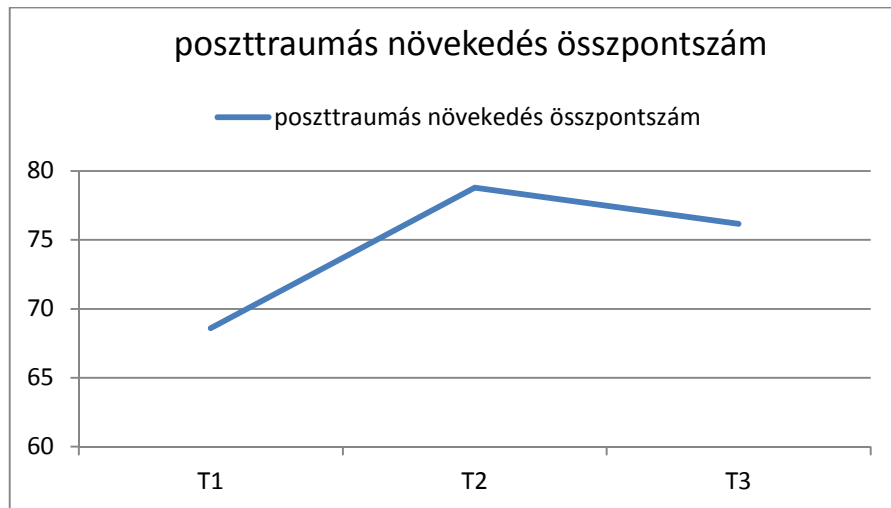
16. táblázat: A Poszttraumás Növekedés Kérdőív átlagpontszámai és a varianciaanalízis eredményei a kísérleti csoport betegeinél a program előtt (T1), a program után (T2), és 15 hónappal a program befejezés után (T3)

	T1	T2	T3	F /p	post hoc
Poszttraumás növekedés összpontszám	68,59 (15,29)	78,78 (12,02)	76,16 (14,76)	$F_{(2, 58)}=8.716$ $p=0,000$	T1 vs. T2* T2 vs T3 T1 vs T3*
Élet tisztelete	11,18 (2,60)	12,30 (2,28)	12,25 (2,30)	$F_{(2, 60)}=2,906$ $p=0,062$	T1 vs. T2* T2 vs T3 T1 vs T3
Új lehetőségek	16,39 (4,15)	19,33 (3,56)	18,81 (4,19)	$F_{(2, 62)}=7,018$ $p=0,002$	T1 vs. T2* T2 vs T3 T1 vs T3*
Személyes erő	12,93 (3,98)	13,67 (4,20)	14,09 (3,20)	$F_{(2, 62)}=0,914$ $p=0.387$	T1 vs. T2 T2 vs T3 T1 vs T3
Spirituális változás	3,97 (3,34)	5,55 (2,66)	5,60 (3,11)	$F_{(2, 62)}=8,323$ $p=0,001$	T1 vs. T2* T2 vs T3 T1 vs T3*
Másokhoz való viszonyulás	23,63 (5,66)	26,88 (5,47)	25,87 (4,87)	$F_{(2, 60)}=5,431$ $p=0,007$	T1 vs. T2* T2 vs T3 T1 vs T3*

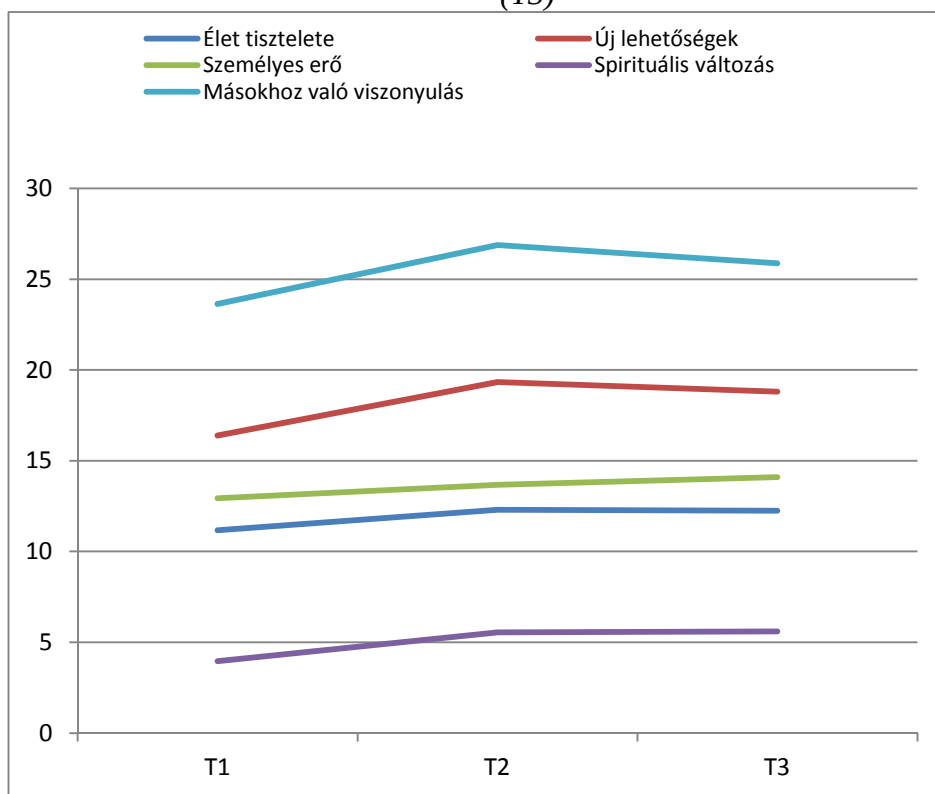
A 16. számú táblázatban az összpontszám mutatja, hogy a kísérleti program után jelentős változás, poszttraumás növekedés jött létre a betegekben, ami az idő múlásával valamelyest csökkent, de a program előtti állapottal összevetve (T1-T3) szignifikáns értéket mutat. Három területen, (alskálán), történt a legnagyobb változás: a másokhoz való viszonyulásban, az új lehetőségek felismerésében és a spiritualitásban. Az élet tisztelete a

program után vált erősebbé, és tendenciaszintű, de nem szignifikáns változást kaptunk a személyes erő növekedésében (33-34. ábra).

33. ábra: A poszttraumás növekedés változása a kísérleti csoport betegeinél a program előtt (T1), a program után (T2), és 15 hónappal a program befejezés után (T3)



34. ábra: A poszttraumás növekedés alszkálák változása a kísérleti csoport betegeinél a program előtt (T1), a program után (T2), és 15 hónappal a program befejezés után (T3)



Összefoglalva: Az előnytalálást illetően a program hatása hosszú távon enyhén csökkent szinten, de fennmarad. A kísérleti csoport betegeinél kifejezett mértékű poszttraumás növekedést tapasztaltunk, ez az érték három területen és az összesített mutatóban statisztikailag jelentős, két területen tendencia szintű.

8.MEGBESZÉLÉS

8.1. Az eredmények összefoglalása

Onkopszichológiai kutatásunk három egységet ölelt fel: az első részben az érzelmi-hangulati állapot jellemzőit, az életminőség, valamint az előnytalálás prediktorait vizsgáltuk. Továbbá meghatároztuk az EORTC QLQ C-30 életminőséget vizsgáló kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzőit. A második részben az egészségmagatartás, a lelki működés több síkján ható multidiszciplináris pszichoszociális intervenciók program hatékonyságát mértük fel, majd a harmadik részben a program hosszabb távú (15 hónappal a program befejezése utáni) hatékonyságát elemeztük.

A negatív affektivitás vizsgálata, valamint az életminőség és az előnytalálás/értelemtalálás prediktorainak elemzése

A feldolgozott adatokból kiderült, a vizsgált csoport háromnegyede szenved depressziós tünetektől, minden tizedik betegnél a tünetek elérik a kezelést igénylő, klinikai szintet. A csoport 3%-a a súlyosan depressziós tünetkategóriába sorolható. A szorongásos zavarokat illetően a betegek kisebb hányadánál, egy harmadánál regisztráltunk tüneteket, azonban a vizsgált személyek jelentős részénél, mintegy 20%-nál súlyos szorongásos tünetek jelentkeznek. A tudományos közlemények az eltérő módszertani megközelítések révén (a vizsgálat jellege, különböző mérőeszközök és diagnosztikus kritériumok használata, a kutatás fókusza, körülményei, stb.), a prevalenciát tágabb spektrumban határozzák meg. Eredményeink illeszkednek mind a nemzetközi (Levin & Alici, 2010; Montazeri, 2008; Fann et al., 2008; Burgess et al., 2005;) mind a korábbi magyar kutatási eredményekhez (Dégi, 2008; Dégi, 2009; Muszbek et al., 2006; Riskó, 1999).

A klinikai vizsgálatok és az összefoglaló tanulmányok igazolták a negatív affektivitás egészségkárosító, az életminőséget hátrányosan befolyásoló szerepét (Montazeri, 2008; Riskó, 1999). Elemzésünkben az életminőség prediktorait vizsgálva hasonló következtetésre jutottunk: a megemelkedett depresszió és szorongás rontja a betegek életminőségének szubjektív megítélését: mindenekelőtt a tünetek súlyosságának megélését, valamint a napi funkcionalitást. Az érzelmileg lehangolt, reményvesztett állapot, a folyamatos aggodás, nyugtalanság következményeként a betegek a kórfolyamathoz kapcsolódó tüneteket súlyosabbnak, kevésbé kezelhetőnek élik meg. Ez az állapot negatívan befolyásolja a kognitív működést (gondolkodási folyamatokat, koncentrációt), a társas kapcsolatokat, az érzelmi működést, a különböző társas szerepekben való helytállást. Eredményeink alapján leszögezhető: a negatív affektivitás meghatározó prediktora az életminőségnek.

Vizsgáltuk, vajon az életminőséget befolyásolják-e olyan szocio-demográfiai, és medikális tényezők, mint az életkor, az iskolai végzettség, a diagnózis felállítása és a műtét óta eltelt idő. Tanulmányok szolgáltatnak adatokat arra vonatkozóan, hogy mind a fiatal, mind az idős betegek körében rosszabb életminőségi mutatók jelentkezhetnek. Az általunk vizsgált mintában, ebben a vonatkozásban nem regisztráltunk összefüggést. Hasonlóan, nem találtunk együttmozgást a medikális változókkal sem.

Adataink alapján, a betegséggel kapcsolatos reprezentációk közül elsősorban a betegség következményeire vonatkozó kogníciók bírnak jelentőséggel, bejósoló hatással. Más kutatásokhoz hasonlóan (Rozema et al., 2008), azok a betegek mutatnak magasabb szintű életminőséget, akik a kórlefolyást pozitívabban, a betegség lehetséges következményeit kevésbé megterhelőnek, kevésbé súlyosnak percipálják.

Az előnytalálás prediktorainak elemzése alig vizsgált, nagyon új terület. A keresztmetszeti vizsgálatba beválasztott emlőrákos betegeknél az előnytalálás alakulását nem jósolják be sem a szocio-demográfiai, sem a vizsgált medikális változók. Míg a depresszió és a szorongás az életminőség legerősebb, meghatározó prediktora, az előnytalálás megélésére nincs szignifikáns hatással. Tendencia szintű összefüggés mutatkozott az előnytalálás, valamint a személyes kontroll és a betegség következményeire vonatkozó reprezentációk között, de a modell magyarázó értéke igen alacsony.

Kiegészítő elemzésként meghatároztuk az EORTC QLQ C-30 életminőség kérdőív magyar nyelvű változatának pszichometriai jellemzőit. A kérdőív a daganatos életminőség

vizsgálatában az egyik leggyakrabban használt mérőeszköz, számos nyelvre lefordították, sok országban már megtörtént a skála validálása. A kutatók a kérdőív fejlesztésén is dolgoznak – az újabb vizsgálatok a kérdőív mutatóinak egyszerűsítését, a klinikai gyakorlatban jobban használható életminőség mutatók meghatározását tűzik ki célul. Feltételezésünk, mi szerint a magyar nyelvű kérdőív pszichometriai jellemzői is megfelelőnek bizonyulnak, – igazolódott. A kérdőív eredeti, 15 dimenziós egészség modellje, és az újabb fejlesztésű, magasabb rendű kétdimenziós modell (fizikai egészség faktor és mentális egészség faktor) reliabilitása megfelelő, a skálák belső konzisztenciája kifejezetten magas, az illeszkedési mutatók megfelelőek.

A pszichoszociális intervenciók program hatékonyságának vizsgálata

A keresztmetszeti vizsgálat eredményei, klinikai tapasztalataink, valamint a nemzetközi kutatási közlemények alapján kidolgoztunk egy átfogó, a betegek sérülékeny fizikális és lelki állapotához illeszkedő, az egészségmagatartás, az életvezetés, a lelki működés több síkján ható multidiszciplináris pszichoszociális intervenciót. A kutatás második részében a komplex program hatékonyságát vizsgáltuk. Az onkológiai kezelések befejezése utáni életszakasz, az életmódváltás szempontjából olyan befogadó, fogékony időszak, amikor a betegek nyitottak a változtatásra, taníthatóak az egészséges életvezetésre. A kísérleti csoportba beválasztott betegek kifejezett adherenciát mutattak, végigvitték az általunk felkínált életvezetési és terápiás programot, jelentős szintű javulás jött létre az egészségmagatartásban. Rendszeressé vált a mozgás, a lazítás (relaxáció, jóga, elegendő alvás), egészségesebbé vált a táplálkozás, az életvezetésbe beépültek az imaginációs, pozitív szuggesztió gyakorlatok. A csoportterápiás folyamatban intenzív érzelmi-kognitív feldolgozó munka folyt.

A program hatását négy területen vizsgáltuk: a hangulati mutatók, az életminőség, a betegségrepresentációk és az előnytalálás/értelemtalálás témakörében, feltételeztük a program hatékonyságát ezeken a területeken. Eredményeink igazolták a hipotéziseket, a program minden egyes területen szignifikáns javulást eredményezett. A tudományos adatbázisban emlőrák vonatkozásában nem találtunk hasonlóan komplex intervenciót, jellege leginkább az Ornish programhoz hasonlítható. Az életminőség és a hangulati mutatók illeszkednek az Ornish kutatócsoport által közölt prosztatarákos (Ornish, 2008), valamint többek között Targ és Levine (2002), Kwatkowski és munkatársai (2013) és Dolbeault (2009) emlőrákos kutatási eredményeihez.

Az érzelemszabályozás területén számottevő javulás következett be, a programban részt vett betegeknél mind a depresszió, mind a szorongás jelentős mértékben csökkent. Malignus betegségek esetében a kezelések hatásának és mellékhatásainak szubjektív megítélése, az életminőség értékelése rendszerint összetett folyamat. Ezen a területen is pozitív eltolódást figyelhetünk meg. A vizsgált személyek határozottan jobbnak élik meg általános életminőségüket, kevésbé megterhelőnek értékelik a betegséghez kapcsolódó tüneteket (kimerültség, fájdalom, hasmenés, hányás, álmatlanság, étvágytalanság, szédülés, mellfeszülés, ödéma, beszűkült mozgásspektrum, stb.), illetve azok jelentős mértékű javulását érzékelik.

A mellműtét, a mell részleges vagy teljes amputációja sajátos lelki folyamatokat indukál. A test integritásának elvesztése, a testkép megváltozása súlyos veszteségélmény, rendszerint sérül a teljes értékű nőiség, a szexuális vonzerő – mindez önértékelési zavart, szexuális problémákat, elszigetelődést eredményezhet. A program hatására a betegek pozitívabban élik meg testüket, kedvezőbb testképpel rendelkeznek, növekedett a testhez kapcsolódó önértékelés és önbizalom szintje. Az életminőséghez kapcsolódó másik pozitív változás, a jövővel kapcsolatos perspektívák kifejezett javulása – a betegek a jövőt jobbnak, teljesebbnek, biztosabbnak élik meg.

A harmadik vizsgált területen, a betegséghez kapcsolódó reprezentációk vonatkozásában is jelentős javulás jött létre. A betegek a program végére gyógyíthatóbbnak és gyorsabb lefolyásúnak ítélik meg a rákot. A legjelentősebb változás a személyes kontroll konstruktumban volt mérhető – a betegek már nem kiszolgáltatott elszenvedőként gondolnak a betegségre, hanem anticipált hatékonysággal (Hagger, 2003). A pozitívabb betegségrepresentációk összefüggésben állnak a hatékonyabb, problémafókuszú megküzdéssel, az érzelemszabályozással, az életminőséggel.

A negyedik területen, az előnytalálás és poszttraumás növekedés vizsgálatában is hatékonynak bizonyult a program. Az elmúlt években számos kutatás látott napvilágot, amely a betegek lelki-spirituális fejlődését, növekedését helyezi az intervenció fókuszába. A rák diagnózisa, mint súlyos trauma, magában hordozza a változás, a fejlődés lehetőségét is. A kutatások igazolják, a spiritualitás olyan erőforrást képvisel, amely a betegeknél több síkon is képes jótékony hatást kifejteni. A programban részt vett betegeknél megerősödött az élet iránti tisztelet, az élet értelme és értéke. Erőteljes változás jött létre a kapcsolatokban – megnőtt az odafigyelő, meghitt kapcsolatok értéke, mélyült az intimitás

képessége. Új lehetőségek, új dimenziók nyíltak meg. A trauma nyomán, a belső munka eredményeként spirituális növekedés jött létre – ezt a betegek gyakran újjászületésnek, egy új élet kezdetének élik meg. Más kutatók is hasonló eredményekről számolnak be (Bellizzi & Blank, 2006; Cordova et al., 2001; Coward, 2003; Taylor, 2000; Tedeschi & Calhoun, 1995). A poszttraumás növekedés visszacsatoló befolyással bír az egészségi állapotra és csökkenti a szorongást, reménytelenséget. A növekedés másik mutatóján, az Előnytalálás kérdőíven is a program jótékony hatása mutatkozik meg: míg a kontroll csoport személyei esetében az előnytalálás értéke csökken a második mérési időpontra, addig a vizsgálati csoportnál ez az érték emelkedik. Úgy élik meg, a rák diagnózisa, a betegséggel való szembesülés számos előnnyel is járt, lehetőséget adott a változásra, fejlődésre.

A szakirodalom igazolja: az életminőség szorosan együtt mozog a hangulati állapottal. Az érzelmi-hangulati működés javulása magával hozza az életminőség jobb megélését is, ugyanakkor a megterhelő tünetek, a fájdalom csökkenése pozitívan csatol vissza az érzelmekre (Montazeri, 2008). Bizonyított, hogy a mozgás javítja a kedélyállapotot – az endorfintermelés fokozódik, aminek hatására csökken a depresszió és a szorongás, növekszik az önbizalom, az elégedettség, ezáltal az életminőség (Courneya, 2010; Courneya & Friedenreich 1997; McCaughan & McSorley, 2007; Speck et al., 2010). Hasonló pozitív hatásokat váltanak ki a pszichológiai és terápiás programok is (Forst et al., 2011; Osborn, Domencada & Feuerstein, 2006). A betegséggel kapcsolatos kogníciók befolyásolják az életminőséget és az érzelmi, hangulati állapotot (Hagger & Orbell, 2003), úgyszintén az előnytalálást/értelemtalálást (Helgeson et al., 2006). Az alkalmazott intervenció komplexitása révén nem azonosítható, melyik részelem milyen jellegű hatást fejtett ki. Kutatásunkban a program hatékonyság-elemzését tűztük ki célul, mélyebb összefüggések, együttmozgások feltárására, kvalitatív elemzésekre nem vállalkoztunk.

Célunk, a legtöbb kutatás ellenében, nem egyes intervenciós elemek hatásának azonosítása, hanem a szinergikus folyamatok elősegítése és az összesített hatás vizsgálata volt. Programunk a legújabb kutatási irányvonalba illeszkedik, de ami sokkal fontosabb: megvalósult az a célkitűzésünk, hogy a betegeknek a lehető legtöbbet adjuk, minél több oldalról támogassuk meg a gyógyulás folyamatát.

Fontos kiemelni, hogy az intervenció hatásán túl a változásokban egyéb tényezők is szerepet játszhattak. Adataink arra mutatnak rá, hogy a magasabb iskolai végzettség (ami feltehetően számos úton, mechanizmuson, pl. több ismeret, kedvezőbb anyagi lehetőségek,

szabadabb időbeosztás, szélesebb szociális háló, stb., keresztül képes megküzdési potenciálokat mozgósítani) két területen is kiemelt jelentőséggel bírt. A magasabb iskolai végzettség szignifikáns hatása megmutatkozott az életminőség vonatkozásában a jövő perspektíva területén, valamint a reprezentációk közül a személyes kontroll kognícióban. Ezek az eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy az iskolai végzettséget érdemes a program tervezésekor figyelembe venni, illetve olyan technikákat, lehetőségeket is beépíteni az intervencióba, amelyek az alacsonyabb képzettségből fakadó hátrányokat megpróbálják kompenzálni.

Az iskolai végzettséget illetően még két tény kiemelendő: a programban részt vállaló és a felkérést nem elfogadó betegek között szignifikáns különbség volt. Magasabb végzettséggel rendelkeztek azok, akik részt vettek az intervencióban. A másik: a teljes mintában a betegek jelentős hányada magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik (83% felsőfokú vagy érettségi). Bár a kutatásban való részvételt minden olyan, a mammográfiai rendelőben megjelent betegnek felajánlottuk, aki megfelelt a beválasztási kritériumnak, valószínűsíthető, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező, képzettebb betegek vállalták a kérdőív kitöltését, majd a programban való részvételt, illetve a kutatásból kieső betegek (hiányos adatok, nem használható kérdőívek) között az alacsonyabb végzettségűek lehettek túlsúlyban. Korábbi kutatások kiemelik: az alacsonyabb képzettségű, hátrányos körülmények között élő betegek felzárkóztatásában fontos szerepe lehet a pszichoedukációs programoknak (DiMatteo, 2002).

A pszichoszociális intervenciós program hosszabb távú hatékonyságának vizsgálata

Általánosságban leszögezhető, hogy az intervenció hatása hosszabb távon is érvényesült. Minden vizsgált területen enyhén csökkenten, de fennmaradtak a program végére létrejött kedvező változások. Ornish és munkatársai (2008) kutatásában hasonlóan, egy év után is fennmaradtak az életminőségben és az érzelmszabályozásban elért változások. A személyes kontroll reprezentációban ez a hatás kiemelkedően megmaradt, ami arra enged következtetni, hogy a betegek a kiinduló állapothoz képest merőben másként tekintenek a rákra: sokféle módon (egészséges életvezetéssel, stresszkezeléssel, harmonikus lelkiállattal, stb.), befolyásolhatják a betegség lefolyását. A kontrollhit további jótékony hatásokat eredményezhet. A szakirodalom szerint hatékonyabb stresszkezelést,

eredményesebb megküzdést, az önértékelés javulását. Ezen a ponton vissza tudunk kapcsolódni a keresztmetszeti vizsgálat eredményeihez. Az előnytalálás prediktorai között – ugyan csak tendencia szinten, de a kontrollhit jelent meg. Longitudinális vizsgálatunkban két konstruktum emelkedik ki: az értelemtalálás és a személyes kontroll. Feltételezhető, hogy a két tényező együttmozgást mutat, és az értelemtalálás hosszabb távon jut kifejezésre – ennek behatóbb elemzését további kutatások tárgyává lehetne tenni.

Jelentős szignifikanciával maradt meg a kedvező változás a poszttraumás növekedés területén is. Mind az összpontszám, mind az alsókálák mutatói azt bizonyítják, hogy a betegek jelentős változáson mentek keresztül: felismerték, hogy a rákbetegség nem csak súlyos trauma, de lehetőség is a változásra, a fejlődésre, kibontakozásra. A betegségből előnyt kovácsoltak. Hosszú távon is fennmaradt az életért érzett hála, az új lehetőségek, új életpályák megtapasztalása, kapcsolat a transzcendens dimenzióval. Más kutatók is arról számolnak be, hogy az emlőrákot túlélő betegek jelentős hányada úgy itéli meg, élete pozitív irányba változott (Riskó, 2006/d; Bellizzi & Blank, 2006; Cordova et al., 2001; Coward, 2003).

8.2. A kutatás korlátai

A kutatásban kapott eredmények általánosíthatóságát csökkenti néhány tényező. A vizsgált betegcsoport emlődagatanatos betegekből állt, ezáltal az emlőrák sajátosságai jelentek meg a terápiás munkában és a vizsgálatban. A program jellegét más malignus megbetegedés esetében az adott betegség sajátosságaihoz célszerű adaptálni. További korlátot jelent, hogy a betegek jelentős hányada magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik, vizsgálni szükséges, hogy az alacsonyabb végzettségű, kevésbé képzett betegeket hogyan lehet bekapcsolni egy ilyen jellegű programba.

A kutatás első része keresztmetszeti elrendezésű, ami nem ad lehetőséget az ok-okozati összefüggések feltárására, vizsgálatunkban csak annyi szögezhető le, hogy az életminőség szoros összefüggést mutat a vizsgált változókkal. A medikális adatokat a betegektől vettük fel – ebben az esetben az egyes adatok ismerete, az azokra való visszaemlékezés korlátozott lehet. A hatékonyság-vizsgálattal kapcsolatban a relatív alacsony elemszámot kell megemlítenünk. Releváns következtetések levonása céljából a programot további betegcsoportokkal is tesztelni szükséges.

Végezetül fontos hangsúlyozni, hogy adataink nem alkalmasak árnyaltabb elemzésre. Nem rendelkezünk információkkal számos olyan körülményről (a gyógyszeres kezelés típusa, jellege, a kontroll csoport életvezetésében létrejött esetleges változások, egyéb kezelések, megváltozott életkörülmények, stb.) ami befolyásoló hatással lehet a testi-lelki állapotra.

8.3. Következtetések, új megállapítások

- 1. felmértük a klinikai és a szubklinikai szintű depresszió és a szorongás prevalenciáját a vizsgált csoportban***
- 2. azonosítottuk az életminőség fontosabb prediktorait, a negatív affektivitást, a betegséghez kapcsolódó reprezentációkat***
- 3. meghatároztuk az EORTC QLQ C-30 életminőség kérdőív magyar nyelvű változatának reliabilitását, a magasabb rendű kétdimenziós modell illeszkedését***
- 4. kidolgoztunk egy Magyarországon úttörőnek nevezhető komplex pszichoszociális intervenciós programot***
- 5. elvégeztük a program hatásvizsgálatát – minden vizsgált területen (érzelemszabályozás, életminőség, betegség reprezentációk, előnytalálás, poszttraumás növekedés, egészségmagatartás) az intervenció hatékonynak bizonyult***
- 6. elvégeztük az intervenció prospektív vizsgálatát (15 hónappal a program befejezése után) – az eredmények szerint a program által létrejött kedvező változások hosszabb távon is fennmaradtak***

Elemzésünkben a negatív affektivitás meghatározó szerepét igazoltuk a daganatos betegek életminőségében. A reményvesztett, depressziós érzelmi állapot idejekorán történő feltárása, az érzelmi distressz csökkentése, a betegek kedélyállapotának javítása kulcsfontosságú. Nem csak az önmagában is fontos szenvedésnyomás okán, de alapvetően befolyásolja a tünetek megélését, a betegek életminőségét, együttműködését. Ha ez nem történik meg, csökken a megküzdési potenciál, romlik az intellektuális színvonal, az alkalmazkodás szintje, sérülnek a társas kapcsolatok. A kezelés a kedvezőtlen endokrin-, és immunhatások (HHM tengely diszregulációja, csökkent immunmoduláció, gyengült apoptózis, stb.) miatt is kiemelkedően fontos, áttételesen hozzájárul a daganatos betegség progressziójának megfékezéséhez. Arra is fel kell hívni a figyelmet, hogy nem csak a klinikai szintű depresszió és szorongásos zavar ellátása alapvető, a szubklinikai csoport szűrése és kezelése is kiemelt fontossággal bír. A károsító hatások, még ha csökkentetten is, de ebben

a csoportban is jelen vannak, ugyanakkor ezek a betegek rendszerint az ellátórendszeren kívül rekednek.

Az érzelemszabályozás mellett fontos feladat a betegséggel kapcsolatos hiedelmek, gondolati sémák megváltoztatása, áthangolása is. A kognitív sémák módosítása, a betegséggel, a jövővel kapcsolatos hiedelmek újraértelmezése segítheti az adaptív viselkedési formák előtérbe kerülését, a megküzdést, ami visszacsatoló hatással csökkenti a szorongást, depressziót.

Vizsgálatunk eredményeként megalapozottnak látjuk azt a nézetet, hogy a betegek képesek tevőlegesen hozzájárulni egészségi állapotuk javításához. Mindez újabb bizonyítékkal szolgál a biomedikális gyógyítási modell meghaladottságára. Az életmódváltás kulcsfontosságú. Ebben a folyamatban kell hatékony támogatást, a beteg sérülékeny állapotához illeszkedő segítséget, útmutatást nyújtani. A betegek kezelésében a legújabb, bio-pszicho-szocio-spirituális gyógyítási modell bevezetését igazolva látjuk: a lelki, szociális támogatás mellett a spirituális dimenzió olyan erőforrásokat mobilizál, amelyek számos területen kedvező hatást fejthetnek ki. Kiemelten fontosnak tartjuk a kórlefolyás minden szakaszában a pszichoszociális segítségnyújtás, az egyéni, vagy csoportos pszichoterápiák elérhetőségét az onkológiai központokban kezelt betegek számára.

Vizsgálatunknak és a kapcsolódó hasonló kutatásoknak, jelentős egészségpolitikai üzenete is van: a pszichoszociális intervenciók nagymértékben költséghatékonyak – kevés befektetés ellenében markáns lelki egészség és életminőség javító hatás érhető el. Ma még az onkopszichológiai szakszolgáltatások alulreprezentáltak az onkológiai gyógyításban, a betegek zöme nem tud hozzájutni ilyen jellegű ellátáshoz. A modern kor elvárásainak megfelelő, magas színvonalú onkológia azonban már nem nélkülözheti a társtudományok ismeretanyagát, az integrált pszichoszociális gondozást.

8.4. Kutatási terveink

Kutatási terveink között szerepel a betegek további longitudinális követése, a program hosszú távú hatásának vizsgálata. Fontos célkitűzésünk a program túlélésre gyakorolt hatásának vizsgálata is: vajon a betegek életvezetésének, lelkiületének változása, az életminőség javulása magában hordozza-e az élethossz növekedését is? Első adataink igen biztatóak.

Újabb betegcsoportok indítását tervezzük, a program árnyalásának, finomításának céljából. Releváns következtetések levonása, a hatékonyság kimondása csak jóval nagyobb mintán történő vizsgálat után lehetséges.

Terveink között szerepel a program kvalitatív vizsgálati elemekkel történő kiegészítése is. Mélyinterjú vizsgálat és kvalitatív elemzés (tartalom-elemzési módszer) segíthetne feltárni azokat a fontos lelki-tudati folyamatokat, melyek teljesebb képet adhatnak a betegséghez való alkalmazkodás természetéről, a megküzdésről, a gyógyulás ösvényeiről.

A betegeknél létrejött kedvező változások jelentős része hosszabb távon is fennmaradt, ugyanakkor további kutatásokra van szükség, hogy megértsük, a pszichoszociális intervenciók mely komponensei hogyan és milyen időtávon hatnak – milyen további elemekre van szükség a hosszabb távú hatás eléréséhez. Klinikai tapasztalatunk alapján fontos lenne, hogy a betegek a program után ne maradjanak magukra, újabb előadások, megerősítő, frissítő foglalkozások segítsék az elért eredmények, jótékony testi-lelki változások megtartását és az újabb nehézségek megoldását.

8.5. Kitekintés: Az onkopszichológia jövője

„Ma még távol vagyunk attól, hogy megértsük a rák rejtélyét, a maga összetettségében” – írta LeShan doktor, az onkopszichológia atyja 35 évvel ezelőtt (LeShan, 1977, old.179). Ma, 2013-ban vajon közelebb vagyunk-e? Az elmúlt évtizedekben megerősödött az a törekvés, hogy a pszichológiai és pszichoterápiás ismereteket felhasználva, segíteni lehet a betegeknél a diagnózis érzelmi-kognitív feldolgozásában, a betegséghez és a kórlefolyáshoz való pszichoszociális alkalmazkodásban, az életminőség javításában, a megküzdésben. Mára megsokszorozódott azoknak a kutatásoknak a száma, melyek a pszichológiai ismeretanyag alkalmazásának lehetőségeit, a pszichoterápiás, pszichoszociális intervenciók hatásmechanizmusait igazolják. Ugyanakkor megválaszolatlan kérdések sora áll előttünk. További kutatásokra van szükség, de ami még sürgetőbb: a már meglévő ismeretanyag alkalmazására, beépítésére a napi gyógyítási gyakorlatba. Nem csak a betegek gyógyításában kell az onkopszichológiának a korábnál jóval nagyobb szerepet vállalnia, de a szemléletformálásban és a megelőzésben is. Egy súlyos betegséghez, a kialakult kórlefolyamathoz való lelki alkalmazkodásban, a megküzdésben nagy szerepe van

a rákkal kapcsolatos társadalmi szemléletnek, hiedelmeknek. Bár a rák diagnózisához ma még legtöbbször a halálos fenyegetettség társul, tudatosítanunk kell, és minél több csatornán keresztül eljuttatni a betegekhez, hozzátartozókhoz, hogy a hagyományos orvosi kezelések mellett számtalan olyan onkopszichológiai intervenció létezik, ami bizonyítottan segíti a megküzdést, a gyógyulás folyamatát. A súlyos betegségben, mint minden traumában, benne van a változás, a növekedés, a kiteljesedés esélye. Számos felmérés és saját kutatásaink is igazolják, hogy a rákot túlélők jelentős többsége úgy ítéli meg, élete a betegség nyomán pozitív irányba változott, lehetőség nyílt meg egy teljesebb életre. Azt is tudatosítanunk kell, hogy egészséges életvezetés kialakításával, hatékony stresszkezeléssel, az önismeretben, a személyiségben rejlő erőforrások kiaknázásával sokat tehetünk a rákos betegségek megelőzéséért, egészségünk megőrzéséért.

”A világ, amit teremtünk, gondolkodásunk eredménye, és nem változtathatjuk meg gondolkodásunk megváltoztatása nélkül”

(Einstein)

ÖSSZEFOGLALÁS

Az onkopszichológiai kutatások és pszichológiai programok széles spektrumban vannak jelen a rákbetegek gyógyításában. A programok célja a betegek lelki gondozása, a betegségteher csökkentése, a kognitív-érzelmi feldolgozás és megküzdés elősegítése, az életminőség és a túlélés javítása.

Kutatásunkat 221 emlőcarcinómás beteg bevonásával végeztük. Általános célkitűzésként az onkopszichológia tudományos ismeretanyagának bővítését fogalmaztuk meg, vizsgálati eredményeinkkel, szakmai javaslatainkkal a betegek magas színvonalú, komplex pszichoszociális ellátásához szeretnénk hozzájárulni. Kutatásunk három fő egységre bontható. Az első, keresztmetszeti vizsgálatban a depressziós és szorongásos tünetegyüttes prevalenciáját és jellemzőit vizsgáltuk, továbbá az életminőség és az előnytalálás prediktor tényezőit elemeztük. Célkitűzésünk volt továbbá az EORTC QLQ C-30 életminőség kérdőív magyar nyelvű változatának pszichometriai vizsgálata. A kutatás második részében klinikai tapasztalatok és a kutatási eredmények alapján kidolgoztunk, és egy emlőrákos betegekből álló kísérleti csoporttal végigvittünk, egy Magyarországon úttörőnek számító, a hagyományos onkológiai daganatterápiát kiegészítő, multidiszciplináris életmód és pszichoszociális intervenciók programot. A kutatás második szakaszában a program hatását és eredményességét vizsgáltuk. A kutatás harmadik részében az intervenciók program hosszú távú, 15 hónappal a program befejezése utáni, hatásait elemeztük.

Eredményeink szerint a vizsgált betegek háromnegyedére jellemző a depressziós tünetegyüttes, minden tizedik betegnél a tünetek elérik a kezelést igénylő, klinikai szintet. A szorongás kisebb hányadot érint, de a betegek közel 20%-a a súlyos szorongás tünetkategóriába sorolható. Az életminőség prediktorait illetően a negatív affektivitásnak van kiemelt, meghatározó szerepe, a betegséggel kapcsolatos reprezentációk közül első-sorban a betegség következményeire vonatkozó kogníciók bírnak jelentőséggel, bejósoló hatással. Az előnytalálás prediktorainak elemzése alig vizsgált új terület. Elemzésünkben tendencia szintű összefüggés mutatkozott az előnytalálás, valamint a személyes kontroll és a betegség következményeire vonatkozó reprezentációk között, de a modell magyarázó értéke alacsony. Az EORTC QLQ C-30 életminőség kérdőív reliabilitása és az életminőség modellek illeszkedése megfelelőnek bizonyult.

A pszichoszociális intervenciók program hatásvizsgálatában hat nagy területet elemeztünk: az érzelemszabályozást, az életminőséget, a betegséggel kapcsolatos reprezentációkat, előnytalálást, poszttraumás növekedést, valamint az egészségmagatartás alakulását. A kísérleti csoportban, a kontroll csoporthoz viszonyítva minden vizsgált területen szignifikáns javulást mértünk.

A longitudinális elemzés adatai szerint enyhén csökkent szinten, de fennmaradtak a program hatására létrejött kedvező változások. A személyes kontroll reprezentációban ez a hatás kiemelkedő, ami azt jelzi, a betegek a kiinduló állapothoz képest merőben másként tekintenek a rákra: egészséges életvezetéssel, stresszkezeléssel, harmonikus lelkiállattal, stb., befolyásolhatják a betegség lefolyását. Számottevő szignifikanciával maradt meg a kedvező változás a poszttraumás növekedés területén is. Mind az összpontszám, mind az alsóskálák mutatói azt bizonyítják, hogy a betegek jelentős változáson mentek keresztül: felismerték, a rákbetegség nem csak súlyos trauma, de lehetőség is a változásra, a fejlődésre, kibontakozásra. A betegségből előnyt kovácsoltak. Hosszú távon is fennmaradt az életért érzett hála, az új lehetőségek, új életpályák megtapasztalása, kapcsolat a transzcendens dimenzióval.

Eredményeink alapján ajánlásokat fogalmaztunk meg a kognitív-érzelmi feldolgozás, az érzelemszabályozás, az egészségmagatartás vonatkozásában. A betegek ellátásában a bio-pszicho-szocio-spirituális gyógyítási modell bevezetését igazolva látjuk. Kiemelten fontosnak tartjuk a kórlefolyás minden egyes szakaszában a pszichoszociális gondozás, az egyéni, vagy csoportos pszichoterápiák elérhetőségét.

SUMMARY

Nowadays in the field of cancer treatment there is a wide range of Oncopsychology research and psychology programmes available. The main purpose of these programmes is to offer psychological support to the patients, reduce the illness burden, facilitate cognitive emotional process, strengthen the coping ability, improve the quality of life and increase the chances of survival.

Our research has been carried out involving 221 patients all suffering from breast cancer. The general objective of our study was to expand scientific knowledge on Oncopsychology. With our research results and professional suggestions we would like to contribute to the high standard as well as the complex psychosocial treatment of patients. Our study can be divided into three sections. In the first cross-sectional study we assessed the prevalence and characteristics of anxiety and depression and, furthermore, we analysed the predicative factors of the quality of life and benefit finding. Another objective was the psychometric assessment of the Hungarian version of the EORTC QLQ C-30 Quality of life questionnaire. In the second section of our research, based on clinical experience and existing research results, pioneering in Hungary, we developed and carried out a multidisciplinary lifestyle and psychosocial intervention programme on an experimental group made up of women with breast cancer, complementing their conventional oncology cancer therapy. In the second part of the research we assessed the affects and the effectiveness of the programme. In the third section of the research, 15 months after the intervention programme we analysed its long-term effects.

According to the results, three quarters of the assessed group were characterised by depression, and in every tenth patient this symptom reached the clinical level requiring clinical treatment. Although anxiety affected a smaller portion of the group, nearly 20% of the patients could be categorised with severe anxiety. Concerning the quality of life predictors, negative affectivity had a determining role; among the illness representations the cognitions of the disease consequences had predicative affects. Assessing the cognitions of benefit finding is a new region that has been scarcely researched. Our analysis indicated a tendency level correlation between benefit finding, personal control and the representations relating to illness consequences, but the explanatory outcome of the model was rather low. The reliability of the EORTC QLQ C-30 Quality of life questionnaire and the fit of the quality of life models proved satisfactory.

Assessing the effectiveness of the psychosocial intervention programme, we analysed six large areas: emotion control, quality of life, illness representations, benefit/reason finding, posttraumatic growth and the alteration of health behaviour. The experimental group in comparison with the control group showed significant improvement in each assessed area.

According to the results of the longitudinal analysis, the positive changes occurred by the end of the programme somewhat decreased but remained present. In the representation of personal control this influence is outstanding, as it shows that patients have considerably changed their outlook on cancer: a healthy lifestyle, stress management, harmonious spirit, etc. can influence the progress of their illness. The positive change in posttraumatic growth also remained considerably significant. Both the general score and the outcomes of the subscales prove the positive changes the patients have been through: they recognised cancer is not just a trauma, but an opportunity for a change, for growth and development. They have transformed illness into advantage. The gratitude for life, visioning new prospects, experiencing new careers, and the connection to transcendent dimensions were all of long-term persistence.

Based on our results we formulated recommendations relating to the cognitive emotional process, the emotion control and the health behaviour. We consider an introduction of a bio-psycho-social-spiritual treatment model in the patient care justified. It is highly important at any stage during the course of the illness that psychosocial care and individual or group psychotherapy is made available.

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat: Az EORTC QLQ-C30 15 dimenziós modell, és a BR-23 skálák belső konzisztenciájának mutatói	86
2. táblázat: Az EORTC QLQ-C30 két dimenziós modell skáláinak belső konzisztenciája.....	87
3. táblázat: Abszolút és liberálisabb illeszkedési mutatók a 15, és a 2 dimenziós modell esetében.....	87
4. táblázat: A tételek standardizált faktor töltése a fizikai egészség/mentális egészség modellben (EORTC QLQ C-30.....	88
5. táblázat: A felhasznált kérdőívek reliabilitás mutatói.....	89
6. táblázat: Az életminőség skálák leíró statisztikai értékei	92
7. táblázat: A többszörös lineáris regresszió eredménye az életminőség alskáláira	93
8. táblázat: A többszörös lineáris regresszió eredménye az előnytalálásra.....	95
9. táblázat: A felhasznált kérdőívek reliabilitás mutatói a program előtt és a program után	104
10. táblázat: A vizsgált minta demográfiai jellemzői az első méréskor (a program előtt)	106
11. táblázat: A kérdőívek és az alskálák átlagértéke és szórása a program előtt (T1) és a program után (T2).....	108
12. táblázat: A program hatékonyságának regressziós elemzése	110
13. táblázat: A felhasznált kérdőívek reliabilitás mutatói a program előtt és utánkövetéskor	126
14. táblázat: A kérdőívek és az alskálák átlagértéke és szórása a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program befejezése után (utánkövetés-T3).....	128
15. táblázat: A program hosszabb távú hatékonyságának regressziós elemzése – a csoportváltozó sztenderdizált koefficiense és szignifikanciája.....	129
16. táblázat: A Poszttraumás Növekedés Kérdőív átlagpontszámai és a varianciaanalízis eredményei a kísérleti csoport betegeinél a program előtt (T1), a program után (T2), és 15 hónappal a program befejezés után (T3)	139

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra: A kutatásban részt vett betegek demográfiai jellemzői – iskolai végzettség.....	78
2. ábra: A kutatásban részt vett betegek demográfiai jellemzői – családi állapot.....	78
3. ábra: A kutatásban részt vett betegek szocio-ökonómiai jellemzői – gazdasági aktivitás ...	79
4. ábra: EORTC QLQ C-30 15 dimenziós modell.....	84
5. ábra: EORTC QLQ C-30 fizikai egészség/mentális egészség modell	85
6. ábra: A depresszió skálán elért pontszámok eloszlása (Beck Depresszió Kérdőív).....	91
7. ábra: A szorongás pontszám eloszlása (STAI)	91
8. ábra: A változók becslési modellje:.....	110
9. ábra: A depresszió szint alakulása a program előtt (T1) és a program után (T2).....	113
10. ábra: A szorongás szint alakulása a program előtt (T1) és a program után (T2)	114
11. ábra: Az életminőség alakulása (a tünetek megítélése) a program előtt (T1) és a program után (T2)	115
12. ábra: Az életminőség alakulása (a testkép megítélése) a program előtt (T1) és a program után (T2)	115
13. ábra: Az életminőség alakulása (a jövő perspektíva megítélése) a program előtt (T1) és a program után (T2)	117
14. ábra: Az életminőség alakulása (az emlőrákhoz kapcsolódó tünetek megítélése) a program előtt (T1) és a program után (T2).....	117
15. ábra: A betegség időbeni lefolyására vonatkozó kogníció alakulása a program előtt (T1) és a program után (T2).....	118
16. ábra: A személyes kontrollra vonatkozó kogníciók alakulása a program előtt (T1) és a program után (T2)	119
17. ábra: A betegség gyógyíthatóságának megítélése a program előtt (T1) és a program után (T2)	120
18. ábra: Az előnytalálás alakulása a program előtt (T1) és a program után (T2).....	121
19. ábra: A poszttraumás növekedés változása a kísérleti csoportban részt vett betegeknél program előtt (T1) és a program után (T2).....	122
20. ábra: A táplálkozási szokások változása a kísérleti csoport betegeinél a program előtt (T1) és a program után (T2).....	123
21. ábra: „Mozgás-lazítás” a program előtt (T1) és a program után (T2)	124
22. ábra: A statisztikai elemzés menete	127

23. ábra: A depresszió szint alakulása a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program befejezése után (T3).....	131
24. ábra: A szorongásszint alakulása a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program befejezése után (T3).....	131
25. ábra: Az életminőség alakulása (a tünetek megítélése) a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program befejezése után (T3).....	133
26. ábra: Az életminőség alakulása (az emlőrákhoz kapcsolódó tünetek megítélése) a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program után (T3).....	133
28. ábra: Az életminőség alakulása (a jövő perspektíva megítélése) a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program után (T3).....	135
29. ábra: A betegség időbeni lefolyására vonatkozó kogníció alakulása a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program befejezése után (T3).....	136
30. ábra: A személyes kontrollra vonatkozó kogníciók alakulása a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program befejezése után (T3).....	137
31. ábra: A betegség gyógyíthatóságának megítélése a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program befejezése után (T3).....	137
32. ábra: Az előnytalálás alakulása a program előtt (T1), a program után (T2) és 15 hónappal a program befejezése után (T3).....	138
33. ábra: A poszttraumás növekedés változása a kísérleti csoport betegeinél a program előtt (T1), a program után (T2), és 15 hónappal a program befejezés után (T3)	140
34. ábra: A poszttraumás növekedés alszálák változása a kísérleti csoport betegeinél a program előtt (T1), a program után (T2), és 15 hónappal a program befejezés után (T3)	140

HIVATKOZÁSJEGYZÉK

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ... et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*, 85(5), 365-376.
- Aass, N., Fossa, S. D., Dahl, A. A., & Moe, T. J. (1997). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *European Journal of Cancer*, 33(10), 1597-1604.
- Adebamowo, C. A., Hu, F. B., Cho, E., Spiegelman, D., Holmes, M. D., & Willett, W. C. (2005). Dietary patterns and the risk of breast cancer. *Annals of Epidemiology*, 15(10), 789-795. doi: 10.1016/j.annepidem.2005.01.008
- Algoe, S. B., Stanton, A. L. (2009). Is benefit finding good for individuals with chronic disease? In: Park, C. L., Lechner, S. C., Antoni, M. H., Stanton, A. L. (eds.): *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* American Psychological Association, Washington, DC. 173-193.
- Anagnostopoulos, F., & Spanea, E. (2005). Assessing illness representations of breast cancer: a comparison of patients with healthy and benign controls. *J Psychosom Res*, 58(4), 327-334. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.09.011
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., ... Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20(1), 20-32.
- Antoni, M. H., Wimberly, S. R., Lechner, S. C., Kazi, A., Sifre, T., Urcuyo, K. R., ... Carver, C. S. (2006). Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *Am J Psychiatry*, 163(10), 1791-1797. doi: 10.1176/appi.ajp.163.10.1791
- Antoni, M. H., Lutgendorf, S. K., Blomberg, B., Carver, C. S., Lechner, S., Diaz, A., ... Cole, S. W. (2012). Cognitive-behavioral stress management reverses anxiety-related leukocyte transcriptional dynamics. *Biol Psychiatry*, 71(4), 366-372. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.10.007
- Arndt, V., Stegmaier, C., Ziegler, H., & Brenner, H. (2006). A population-based study of the impact of specific symptoms on quality of life in women with breast cancer 1 year after diagnosis. *Cancer*, 107(10), 2496-2503. doi: 10.1002/cncr.22274
- Aukst-Margetic, B., Jakovljevic, M., Margetic, B., Biscan, M., & Samija, M. (2005). Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. *General Hospital Psychiatry*, 27(4), 250-255. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2005.04.004

- Bagdy, E., & Orosz, K. (2011). A transzpersionális pszichológia Magyarországon. In E. Bagdy, Z. Mirnics & E. Nyitrai (Eds.), *Transzpersionális pszichológia és pszichoterápia* (pp. 181-201). Budapest: Kulcslyuk Kiadó.
- Balog, P. (2008). A házastársi/élettársi kapcsolat szerepe az esélyteremtésben. In M. Kopp (Ed.), *Magyar lelkiállapot 2008* (pp. 240-249). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Balog, P., & Dégi, L. C. (2005). Családi támogatottság szerepe a daganatos nők pszichoszociális sérülékenységének csökkentésében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6(1), 17-34.
- Balogh, B. (2007). *A tudatalatti Tízparancsolat*. [Budapest]: Bioenergetic.
- Balogh, B. (2008). *Többszintű gyógyulás: rák, a megoldható feladat : egészségmegőrzés és gyógyulás* Budapest: Bioenergetic.
- Beaulac, S. M., McNair, L. A., Scott, T. E., LaMorte, W. W., & Kavanah, M. T. (2002). Lymphedema and quality of life in survivors of early-stage breast cancer. *Archives of surgery*, 137(11), 1253-1257.
- Beck, A. T. & Beck, R. W. Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. *Postgraduate Medicine*, 52, 81-5. 1972
- Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology* 25(1), 47-56. doi: 10.1037/0278-6133.25.1.47
- Béliveau, R. (2006). *Táplálkozással a rák ellen: a daganatos betegségek megelőzése és kezelése élelmiszerekkel* [Budapest]: Kossuth.
- Bianchini, F., Kaaks, R., & Vainio, H. (2002). Weight control and physical activity in cancer prevention. *Obesity Reviews*, 3(1), 5-8.
- Bishop, B. (1990). *A Gerson-diéta és a pszichoterápia a rákgyógyítás szolgálatában* (2. átd. kiad. ed.). [Budapest]: Egészségforrás.
- Bloom, J. R., Petersen, D. M., & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psychooncology*, 16(8), 691-706. doi: 10.1002/pon.1208
- Boesen, E. H., Boesen, S. H., Frederiksen, K., Ross, L., Dahlstrom, K., Schmidt, G., ... Johansen, C. (2007). Survival after a psychoeducational intervention for patients with cutaneous malignant melanoma: a replication study. *Journal of Clinical Oncology*, 25(36), 5698-5703. doi: 10.1200/jco.2007.10.8894
- Bower, J. E., Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A., Bernards, C. A., Rowland, J. H. (2005): Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 29. 236-245.

- Brothers, B., Thornton, L., & Andersen, B. (2010). Cognitive and Behavioral Interventions. In J. C. Holland & W. Breitbart (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 415-421). Oxford; New York.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*, 330(7493), 702. doi: 10.1136/bmj.38343.670868.D3
- Byar, K. L., Berger, A. M., Bakken, S. L., & Cetak, M. A. (2006). Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue, other symptoms, and quality of life. *Oncol Nurs Forum*, 33(1), E18-26. doi: 10.1188/06.onf.e18-e26
- Caffo, O., Amichetti, M., Ferro, A., Lucenti, A., Valduga, F., & Galligioni, E. (2003). Pain and quality of life after surgery for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 80(1), 39-48. doi: 10.1023/a:1024435101619
- Carver, C. S., Harris, S. D., Lehman, J. M., Durel, L. A., Antoni, M. H., Spencer, S. M., & Pozo-Kaderman, C. (2000). How important is the perception of personal control? Studies of early stage breast cancer patients. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(2), 139-149. doi: 10.1177/0146167200264001
- Charalambous, A. (2011). The effect of progressive muscle relaxation and guided imagery in improving psychological well-being and quality-of-life for breast and prostate cancer patients: Initial report. *European Journal of Integrative Medicine*, 3(3), e125. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eujim.2011.05.044>
- Cheema, B. S., & Gaul, C. A. (2006). Full-body exercise training improves fitness and quality of life in survivors of breast cancer. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 20(1), 14-21. doi: 10.1519/r-17335.1
- Classen, C., Butler, L. D., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., ... Spiegel, D. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Arch Gen Psychiatry*, 58(5), 494-501.
- Coates, A. S., Hurny, C., Peterson, H. F., Bernhard, J., Castiglione-Gertsch, M., Gelber, R. D., & Goldhirsch, A. (2000). Quality-of-life scores predict outcome in metastatic but not early breast cancer. International Breast Cancer Study Group. *Journal of Clinical Oncology*, 18(22), 3768-3774.
- Cohen, L., Russell, N., Garcia, M., Biegler, K., & Frenkel, M. (2010). Integrative Oncology. In J. C. Holland & W. Breitbart (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 447-454). Oxford; New York: Oxford University Press.
- Coleman, M. P., Quaresma, M., Berrino, F., Lutz, J. M., De Angelis, R., Capocaccia, R., ... Young, J. L. (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-

- based study (CONCORD). *Lancet Oncology*, 9(8), 730-756. doi: 10.1016/s1470-2045(08)70179-7
- Conde, D. M., Pinto-Neto, A. M., Cabello, C., Sa, D. S., Costa-Paiva, L., & Martinez, E. Z. (2005). Menopause symptoms and quality of life in women aged 45 to 65 years with and without breast cancer. *Menopause*, 12(4), 436-443. doi: 10.1097/01.gme.0000151655.10243.48
- Costantino, J. (2002). The impact of hormonal treatments on quality of life of patients with metastatic breast cancer. *Clinical Therapeutics*, 24 Suppl C, C26-42.
- Courneya, K. (2010). Physical Activity and Exercise Interventions in Cancer Survivors. In J. C. Holland & W. Breitbart (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 455-459). Oxford:New York: Oxford University Press.
- Courneya, K. S., & Friedenreich, C. M. (1998). Relationship Between Exercise During Treatment and Current Quality of Life Among Survivors of Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 15(3-4), 35-57. doi: 10.1300/J077v15n03_02
- Courneya, K. S., & Friedenreich, C. M. (1999). Physical exercise and quality of life following cancer diagnosis: a literature review. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(2), 171-179.
- Coward, D. D. (2003). Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group: II. *Oncology Nursing Forum*, 30(2), 291-300. doi: 10.1188/03.onf.291-300
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.
- Csabai, M., & Molnár, P. (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest: Medicina.
- Dagnelie, P. C., Pijls-Johannesma, M. C., Lambin, P., Beijer, S., De Ruyscher, D., & Kempen, G. I. (2007). Impact of fatigue on overall quality of life in lung and breast cancer patients selected for high-dose radiotherapy. *Annals of Oncology*, 18(5), 940-944. doi: 10.1093/annonc/mdm057
- Dégi, L. C. (2006). Onkopszichológiai beavatkozások hatékonyságvizsgálata a daganatos betegek életminősége és túlélési esélye szempontjából. *Psychiatria Hungarica*, 21(2), 138-146.
- Dégi, L. C. (2008). Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben. In M. Kopp (Ed.), *Magyar lelkiállapot 2008* (pp. 557-568). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Dégi, L. C. (2009). A depresszió prevalenciája az onkológiai ellátásban Erdélyben. Kórházban kezelt daganatos betegek körében végzett multicentrikus felmérés Beck-

féle depresszió önértékelő kérdőívvel. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 10(4), 299-321.

Demark-Wahnefried, W. (2010). Changing Health Behaviors after Treatment. In J. C. Holland & W. Breitbart (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 551-556). Oxford: New York: Oxford University Press.

Demark-Wahnefried, W., Clipp, E. C., Morey, M. C., Pieper, C. F., Sloane, R., Snyder, D. C., & Cohen, H. J. (2004). Physical function and associations with diet and exercise: Results of a cross-sectional survey among elders with breast or prostate cancer. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 1(1), 16. doi: 10.1186/1479-5868-1-16

Den Oudsten, B. L., Van Heck, G. L., Van der Steeg, A. F., Roukema, J. A., & De Vries, J. (2009). Predictors of depressive symptoms 12 months after surgical treatment of early-stage breast cancer. *Psychooncology*, 18(11), 1230-1237. doi: 10.1002/pon.1518

Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., ... Carnicke, C. L., Jr. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249(6), 751-757.

Devine, E. C., & Westlake, S. K. (1995). The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncology Nursing Forum*, 22(9), 1369-1381.

Dewey, A. (2010). Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. *International Journal of Evidence-based Healthcare*, 8(2), 106-107.

Di Maio, M., & Perrone, F. (2003). Quality of Life in elderly patients with cancer. *Health Qual Life Outcomes*, 1, 44. doi: 10.1186/1477-7525-1-44

DiMatteo, M. R., Giordani, P. J., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Medical Care*, 40(9), 794-811. doi: 10.1097/01.mlr.0000024612.61915.2d

Dolbeault, S., Szporn, A., & Holland, J. C. (1999). Psycho-oncology: where have we been? Where are we going? *European Journal of Cancer*, 35(11), 1554-1558.

Dolbeault, S., Cayrou, S., Bredart, A., Viala, A. L., Desclaux, B., Saltel, P., ... Dickes, P. (2009). The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psychooncology*, 18(6), 647-656. doi: 10.1002/pon.1440

Duijts, S. F., Faber, M. M., Oldenburg, H. S., van Beurden, M., & Aaronson, N. K. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and

- survivors--a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 20(2), 115-126. doi: 10.1002/pon.1728
- Efficace, F., Biganzoli, L., Piccart, M., Coens, C., Van Steen, K., Cufer, T., ... Bottomley, A. (2004). Baseline health-related quality-of-life data as prognostic factors in a phase III multicentre study of women with metastatic breast cancer. *European Journal of Cancer*, 40(7), 1021-1030. doi: 10.1016/j.ejca.2004.01.014
- Efficace, F., Therasse, P., Piccart, M. J., Coens, C., van Steen, K., Welnicka-Jaskiewicz, M., ... Bottomley, A. (2004). Health-related quality of life parameters as prognostic factors in a nonmetastatic breast cancer population: an international multicenter study. *Journal of Clinical Oncology*, 22(16), 3381-3388. doi: 10.1200/jco.2004.02.060
- Elder, E. E., Brandberg, Y., Bjorklund, T., Rylander, R., Lagergren, J., Jurell, G., ... Sandelin, K. (2005). Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: a prospective study. *Breast*, 14(3), 201-208. doi: 10.1016/j.breast.2004.10.008
- Eller, L. S. (1999). Guided imagery interventions for symptom management. *Annu Rev Nurs Res*, 17, 57-84.
- Eremin, O., Walker, M. B., Simpson, E., Heys, S. D., Ah-See, A. K., Hutcheon, A. W., ... Walker, L. G. (2009). Immuno-modulatory effects of relaxation training and guided imagery in women with locally advanced breast cancer undergoing multimodality therapy: a randomised controlled trial. *Breast*, 18(1), 17-25. doi: 10.1016/j.breast.2008.09.002
- Evans, D. L., Charney, D. S., Lewis, L., Golden, R. N., Gorman, J. M., Krishnan, K. R., ... Valvo, W. J. (2005). Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*, 58(3), 175-189. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.05.001
- Falagas, M. E., Zarkadoulia, E. A., Ioannidou, E. N., Peppas, G., Christodoulou, C., & Rafailidis, P. I. (2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review. *Breast Cancer Research* 9(4), R44. doi: 10.1186/bcr1744
- Fallowfield, L. J. (2004). Evolution of breast cancer treatments: current options and quality-of-life considerations. *European journal of oncology nursing*, 8 Suppl 2, S75-82. doi: 10.1016/j.ejon.2004.09.005
- Falus, A., Marton, I., Borbényi, E., Tahy, Á., & Karádi, P. (2010). A 2009. évi orvosi Nobel-díj és egy meglepő üzenete: az életmód befolyásolja a telomerázaktivitást. *Orvosi hetilap*, 151(24), 965-970.

- Fann, J. R., Thomas-Rich, A. M., Katon, W. J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. A., & Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry*, 30(2), 112-126. doi: 10.1016/j.genhosppsy. 2007.10.008
- Fawzy, F. I. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: what works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1559-1564.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Arndt, L. A., & Pasnau, R. O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry*, 52(2), 100-113.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun, C. S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. L., & Morton, D. L. (1993). Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry*, 50(9), 681-689.
- Fawzy, F. I., Kemeny, M. E., Fawzy, N. W., Elashoff, R., Morton, D., Cousins, N., & Fahey, J. L. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. *Arch Gen Psychiatry*, 47(8), 729-735.
- Fernandes-Taylor, S., & Bloom, J. R. (2010). Socioeconomic Status and psycho-Oncology. In J. C. Holland & W. Breitbart (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 47-56). Oxford; New York: Oxford University Press.
- Fitzgibbon, M., & Stolley, M. (2010). Diet and Cancer. In J. C. Holland & W. Breitbart (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 22-27). Oxford; New York: Oxford University Press.
- Fors, E. A., Bertheussen, G. F., Thune, I., Juvet, L. K., Elvsaa, I. K., Oldervoll, L., ... Leivseth, G. (2011). Psychosocial interventions as part of breast cancer rehabilitation programs? Results from a systematic review. *Psycho-Oncology*, 20(9), 909-918. doi: 10.1002/pon.1844
- Fox, B. H. (1995). Some problems and some solutions in research on psychotherapeutic intervention in cancer. *Support Care Cancer*, 3(4), 257-263.
- Fox, B. H. (1998). A hypothesis about Spiegel et al.'s 1989 paper on Psychosocial intervention and breast cancer survival. *Psychooncology*, 7(5), 361-370. doi: 10.1002/(sici)1099-1611(199809)7:5<361::aid-pon347>3.0.co;2-u
- Ganz, P. A., Kwan, L., Stanton, A. L., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., ... Belin, T. R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst*, 96(5), 376-387.
- Garssen, B. (2004). Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clin Psychol Rev*, 24(3), 315-338. doi: 10.1016/j.cpr.2004.01.002

- Gémes, K. (2006). Sport és életminőség. In M. Kopp & E. M. Kovács (Eds.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (pp. 167-186). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Gerson, C., Bishop, B. (2009). *Gerson-terápia: A rák és egyéb krónikus betegségek gyógyítása* [Budapest]: Egészségforrás Kiadó.
- Giese-Davis, J., Koopman, C., Butler, L. D., Classen, C., Cordova, M., Fobair, P., ... Spiegel, D. (2002). Change in emotion-regulation strategy for women with metastatic breast cancer following supportive-expressive group therapy. *J Consult Clin Psychol*, 70(4), 916-925.
- Ginsberg, A., Price, S., Ingram, D., & Nottage, E. (1996). Life events and the risk of breast cancer: a case-control study. *European Journal of Cancer*, 32A(12), 2049-2052.
- Goodwin, P. J., Ennis, M., Bordeleau, L. J., Pritchard, K. I., Trudeau, M. E., Koo, J., & Hood, N. (2004). Health-related quality of life and psychosocial status in breast cancer prognosis: analysis of multiple variables. *Journal of Clinical Oncology*, 22(20), 4184-4192. doi: 10.1200/jco.2004.12.091
- Grabsch, B., Clarke, D. M., Love, A., McKenzie, D. P., Snyder, R. D., Bloch, S., ... Kissane, D. W. (2006). Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliat Support Care*, 4(1), 47-56.
- Greer, S. (2002). Psychological intervention. The gap between research and practice. *Acta Oncologica*, 41(3), 238-243.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J. D., Watson, M., Robertson, B. M., Mason, A., ... Bliss, J. M. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *BMJ*, 304(6828), 675-680. doi: 10.1136/bmj.304.6828.675
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet*, 2(8146), 785-787.
- Grimison, P. S., & Stockler, M. R. (2007). Quality of life and adjuvant systemic therapy for early-stage breast cancer. *Expert review of anticancer therapy*, 7(8), 1123-1134. doi: 10.1586/14737140.7.8.1123
- Groenvold, M., Petersen, M. A., Idler, E., Bjorner, J. B., Fayers, P. M., & Mouridsen, H. T. (2007). Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat*, 105(2), 209-219. doi: 10.1007/s10549-006-9447-x
- Gundy, Ch. M., Fayers, M.P., Groenvold, M., Petersen, M. A., Scott, N.W., Sprangers, M.A.G., Velikova, G. & Aaronson, N.K. (2011). Comparing higher order models for the EORTC QLQ-C30. *Quality of Life Research*, DOI 10.1007/s11136-011-0082-6,

- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology & Health*, 18(2), 141-184. doi: 10.1080/088704403100081321
- Hartmann, U., Muche, R., & Reuss-Borst, M. (2007). Effects of a step-by-step inpatient rehabilitation programme on quality of life in breast cancer patients. A prospective randomised study. *Onkologie*, 30(4), 177-182. doi: 10.1159/000099989
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J Consult Clin Psychol*, 74(5), 797-816. doi: 10.1037/0022-006x.74.5.797
- Holland, J., & Weiss, T. (2010). History of Psycho-Oncology. In J. C. Holland & W. Breitbart (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 3-12). Oxford; New York: Oxford University Press.
- Hopwood, P., Sumo, G., Mills, J., Haviland, J., & Bliss, J. M. (2010). The course of anxiety and depression over 5 years of follow-up and risk factors in women with early breast cancer: results from the UK Standardisation of Radiotherapy Trials (START). *Breast*, 19(2), 84-91. doi: 10.1016/j.breast.2009.11.007
- Horváth, Z., & Telekes, A. (2006). A palliatív gondozás pszichológiai szempontjai. In J. Horti & Á. Riskó (Eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban* (pp. 209-216). Budapest: Medicina.
- Husson, O., Mols, F., & van de Poll-Franse, L. V. (2011). The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Annals of oncology* 22(4), 761-772. doi: 10.1093/annonc/mdq413
- Ibrahim, E. M., & Al-Homaidh, A. (2011). Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta-analysis of published studies. *Medical Oncology* 28(3), 753-765. doi: 10.1007/s12032-010-9536-x
- Irwig, L., & Bennetts, A. (1997). Quality of life after breast conservation or mastectomy: a systematic review. *Aust N Z J Surg*, 67(11), 750-754.
- Jacobsen, P. (2010). Translating Psychosocial Oncology Research to Clinical Practice. In J. C. Holland & W. Breitbart (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 642-647). Oxford; New York: Oxford University Press.
- Jacobsen, P. B., Holland, J. C., & Steensma, D. P. (2012). Caring for the whole patient: the science of psychosocial care. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1151-1153. doi: 10.1200/jco.2011.41.4078
- Johansen, C. (2010). Psychosocial Factors. In J. C. Holland & W. Breitbart (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 57-61). Oxford; New York: Oxford University Press.

- Juhos, É. (2006). A legjellemzőbb daganatos betegségek onkopszichológiai sajátosságai. Emlőrák. In: Á. Riskó & J. Horti (Eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban* (pp. 134-139). Budapest: Medicina.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness based intervention in context: past, present and future. *Clinical Psychology*, 10. 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Bárhová mérsz, ott vagy: éberségmeditáció a mindennapi életben*. Budapest: Ursus Libris.
- Kahán, Z., & Kovács, Z. (2006). A daganatos betegek életminősége. In: J. Horti & Á. Riskó (Eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban* (pp. 309-319). Budapest: Medicina.
- Kayl, A. E., & Meyers, C. A. (2006). Side-effects of chemotherapy and quality of life in ovarian and breast cancer patients. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 18(1), 24-28. doi: 10.1097/01.gco.0000192996.20040.24
- Kellen, E., Vansant, G., Christiaens, M. R., Neven, P., & Van Limbergen, E. (2009). Lifestyle changes and breast cancer prognosis: a review. *Breast Cancer Res Treat*, 114(1), 13-22. doi: 10.1007/s10549-008-9990-8
- Khan, F., Amatya, B., Ng, L., Demetrios, M., Zhang, N. Y., & Turner-Stokes, L. (2012). Multidisciplinary rehabilitation for follow-up of women treated for breast cancer. *Cochrane database of systematic reviews*, 12, CD009553. doi: 10.1002/14651858.CD009553.pub2
- Kiebert, G. M., de Haes, J. C., & van de Velde, C. J. (1991). The impact of breast-conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early-stage breast cancer patients: a review. *Journal of Clinical Oncology*, 9(6), 1059-1070.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1999). Psychoneuroimmunology and cancer: fact or fiction? *European Journal of Cancer*, 35(11), 1603-1607.
- Kissane, D. (2009). Beyond the psychotherapy and survival debate: the challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psycho-Oncology*, 18(1), 1-5. doi: 10.1002/pon.1493
- Kissane, D. W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G. C., Seddon, A., & Keks, N. (1997). Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer--techniques and themes. *Psychooncology*, 6(1), 25-33. doi: 10.1002/(sici)1099-1611(199703)6:1<25::aid-pon240>3.0.co;2-n
- Klein, D., Mercier, M., Abeilard, E., Puyraveau, M., Danzon, A., Dalstein, V., ... Velten, M. (2011). Long-term quality of life after breast cancer: a French registry-based controlled study. *Breast Cancer Res Treat*, 129(1), 125-134. doi: 10.1007/s10549-011-1408-3

- Koinberg, I., Langius-Eklöf, A., Holmberg, L., & Fridlund, B. (2006). The usefulness of a multidisciplinary educational programme after breast cancer surgery: a prospective and comparative study. *European Journal of Oncology Nursing* 10(4), 273-282. doi: 10.1016/j.ejon.2005.11.005
- Kolden, G. G., Strauman, T. J., Ward, A., Kuta, J., Woods, T. E., Schneider, K. L., ... Mullen, B. (2002). A pilot study of group exercise training (GET) for women with primary breast cancer: feasibility and health benefits. *Psychooncology*, 11(5), 447-456. doi: 10.1002/pon.591
- Kopp, M. (2006). A pszichoszociális tényezők jelentősége, különös tekintettel a megelőzésre. In J. Horti & Á. Riskó (Eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban* (pp. 42-50). Budapest: Medicina.
- Kopp, M., Czakó, L., & Skrabski, Á. (1990). Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan (Országos reprezentatív felmérés alapján). *Végeken*, 1(2), 4-24.
- Kopp, M., Csoboth, C., & Purebl, G. (1999). Egészségmegőrzés = Health promotion: health state of young hungarian women : mit jelent ma Magyarországon a fiatal nők "egész"-sége? *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(3-4), 5-15.
- Kopp, M., & Pikó, B. (2006). Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In M. Kopp & M. E. Kovács (Eds.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (pp. 10-19). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (1992). *Magyar lelkiállapot*, Budapest: Végeken Alapítvány.
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (1995). *Alkalmazott magatartástudomány: a megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái* [Budapest]: Corvinus.
- Kopp, M. S., Skrabski, A., & Szedmak, S. (2000). Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social Science & Medicine*, 51(9), 1351-1361.
- Kopp, M. S., Skrabski, A., Szekely, A., Stauder, A., & Williams, R. (2007). Chronic stress and social changes: socioeconomic determination of chronic stress. *Ann N Y Acad Sci*, 1113, 325-338. doi: 10.1196/annals.1391.006
- Kovács, M. (2006). Pszichoneuro-immunológia – onkopszichológiai vonatkozások. In J. Horti & Á. Riskó (Eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban* (pp. 50-54). Budapest: Medicina.
- Kulcsár, Z. (1993). *Pszichoszomatika* [Budapest]: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Kwiatkowski, F., Mouret-Reynier, M. A., Duclos, M., Leger-Enreille, A., Bridon, F., Hahn, T., ... Bignon, Y. J. (2013). Long term improved quality of life by a 2-week

- group physical and educational intervention shortly after breast cancer chemotherapy completion. Results of the 'Programme of Accompanying women after breast Cancer treatment completion in Thermal resorts' (PACThe) randomised clinical trial of 251 patients. *European Journal of Cancer*. doi: 10.1016/j.ejca.2012.12.021
- Larsson, D., Hemmingsson, T., Allebeck, P., & Lundberg, I. (2002). Self-rated health and mortality among young men: what is the relation and how may it be explained? *Scand J Public Health*, 30(4), 259-266. doi: 10.1080/14034940210133997
- Lau, R. R., Hartman, K. A., & Ware, J. E., Jr. (1986). Health as a value: methodological and theoretical considerations. *Health Psychology*, 5(1), 25-43.
- Lemogne, C., Consoli, S. M., Geoffroy-Perez, B., Coeuret-Pellicer, M., Nabi, H., Melchior, M., ... Cordier, S. (2013). Personality and the risk of cancer: a 16-year follow-up study of the GAZEL cohort. *Psychosomatic Medicine*, 75(3), 262-271. doi: 10.1097/PSY.0b013e31828b5366
- LeShan, L. (1977). *You can fight for your life: Emotional Factors in the Causation of Cancer*. New York: M.Evans and Company, INC.
- LeShan, L. (1989). *Cancer as a turning point*. New York: Dutton, EP.
- Levav, I., Kohn, R., Iscovich, J., Abramson, J. H., Tsai, W. Y., & Vigdorovich, D. (2000). Cancer incidence and survival following bereavement. *Am J Public Health*, 90(10), 1601-1607.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour*. (pp. 42-65). London: Routledge.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical psychology* (Vol. 2, pp. 7-30). New York: Pergamon Press.
- Levin, T., & Alici, Y. (2010). Anxiety disorders. In J. C. Holland & W. Breitbart (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 324-331). Oxford; New York: Oxford University Press.
- Lillberg, K., Verkasalo, P. K., Kaprio, J., Teppo, L., Helenius, H., & Koskenvuo, M. (2003). Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: a cohort study. *Am J Epidemiol*, 157(5), 415-423.
- Loscalzo, M., Bultz, B., & Jacobsen, P. (2010). Building Psychosocial Programs: A Roadmap to Excellence. In J. C. Holland & W. Breitbart (Eds.), *Psycho-oncology* (pp. 569-574). Oxford; New York: Oxford University Press.
- Luebbert, K., Dahme, B., & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional

- adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psycho-Oncology*, 10(6), 490-502.
- Luoma, M. L., Hakamies-Blomqvist, L., Sjostrom, J., Pluzanska, A., Ottoson, S., Mouridsen, H., ... Blomqvist, C. (2003). Prognostic value of quality of life scores for time to progression (TTP) and overall survival time (OS) in advanced breast cancer. *European Journal of Cancer*, 39(10), 1370-1376.
- Mackenzie, M. J., Carlson, L. E., & Speca, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in Oncology: Rationale and Review. *Evidence-Based Integrative Medicine*, 2(3), 139-145.
- Mandelblatt, J., Armetta, C., Yabroff, K. R., Liang, W., & Lawrence, W. (2004). Descriptive review of the literature on breast cancer outcomes: 1990 through 2000. *J Natl Cancer Inst*(33), 8-44. doi: 10.1093/jncimonographs/lgh003
- Markes, M., Brockow, T., & Resch, K. L. (2006). Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *Cochrane database of systematic reviews*(4), CD005001. doi: 10.1002/14651858.CD005001.pub2
- Matchim, Y., & Armer, J. M. (2007). Measuring the psychological impact of mindfulness meditation on health among patients with cancer: a literature review. *Oncol Nurs Forum*, 34(5), 1059-1066. doi: 10.1188/07.onf.1059-1066
- Matousek, R. H., Pruessner, J. C., & Dobkin, P. L. (2011). Changes in the cortisol awakening response (CAR) following participation in mindfulness-based stress reduction in women who completed treatment for breast cancer. *Complementary therapies in clinical practice*, 17(2), 65-70. doi: 10.1016/j.ctcp.2010.10.005
- Maunsell, E., Brisson, J., & Deschenes, L. (1995). Social support and survival among women with breast cancer. *Cancer*, 76(4), 631-637.
- McCain, N. L. (2005). Psychoneuroimmunology, spirituality, and cancer. *Gynecol Oncol*, 99(3 Suppl 1), S121.
- McCaughan, E., & McSorley, O. (2007). Consumers' and professionals' perceptions of a breast cancer review clinic. *Journal of Advanced Nursing*, 60(4), 419-426. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04404.x
- McGregor, B. A., & Antoni, M. H. (2009). Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: a review of stress pathways and biological mediators. *Brain Behav Immun*, 23(2), 159-166. doi: 10.1016/j.bbi.2008.08.002
- McNeely, M. L., Campbell, K., Ospina, M., Rowe, B. H., Dabbs, K., Klassen, T. P., ... Courneya, K. (2010). Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment. *Cochrane database of systematic reviews*(6), CD005211. doi: 10.1002/14651858.CD005211.pub2

- Meyer, T. J., & Mark, M. M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology, 14*(2), 101-108.
- Michels, K. B., Holmberg, L., Bergkvist, L., & Wolk, A. (2002). Coffee, tea, and caffeine consumption and breast cancer incidence in a cohort of Swedish women. *Annals of Epidemiology, 12*(1), 21-26.
- Millara, K., D. Purushothamb, D. A., McLatchiec, E., Georgec, D. W., Murrayd, D.G. (2005). A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research 58*(4), 335– 342
- Miller, K., & Massie, M. (2010). Depressive Disorders. In J. C. Holland & W. Breitbart (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 311-318). Oxford; New York: Oxford University Press.
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research, 27*, 32. doi: 10.1186/1756-9966-27-32
- Moorey, S. (2010). Cognitive Therapy. In J. C. Holland & W. Breitbart (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 402-407). Oxford; New York: Oxford University Press.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Baruch, J. D. R., Robertson, B. M., Mason, A., ... Bliss, J. M. (1994). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: Outcome at one year. *Psycho-Oncology, 3*(1), 39-46. doi: 10.1002/pon.2960030108
- Morasso, G., Costantini, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Musso, M., ... Venturini, M. (2001). Predicting mood disorders in breast cancer patients. *European Journal of Cancer, 37*(2), 216-223.
- Moro-Valdezate, D., Peiro, S., Buch-Villa, E., Caballero-Garate, A., Morales-Monsalve, M. D., Martinez-Agullo, A., ... Ortega-Serrano, J. (2013). Evolution of Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Patients during the First Year of Follow-Up. *J Breast Cancer, 16*(1), 104-111. doi: 10.4048/jbc.2013.16.1.104
- Mosher, C. E., Sloane, R., Morey, M. C., Snyder, D. C., Cohen, H. J., Miller, P. E., & Demark-Wahnefried, W. (2009). Associations between lifestyle factors and quality of life among older long-term breast, prostate, and colorectal cancer survivors. *Cancer, 115*(17), 4001-4009. doi: 10.1002/cncr.24436
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health, 17*(1), 1-16. doi: 10.1080/08870440290001494
- Moyer, A., Sohl, S. J., Knapp-Oliver, S. K., & Schneider, S. (2009). Characteristics and methodological quality of 25 years of research investigating psychosocial

- interventions for cancer patients. *Cancer Treat Rev*, 35(5), 475-484. doi: 10.1016/j.ctrv.2009.02.003
- Murphy, E. A., Davis, J. M., Barrilleaux, T. L., McClellan, J. L., Steiner, J. L., Carmichael, M. D., ... Green, J. E. (2011). Benefits of exercise training on breast cancer progression and inflammation in C3(1)SV40Tag mice. *Cytokine*, 55(2), 274-279. doi: 10.1016/j.cyto.2011.04.007
- Muszbek, K., Szekely, A., Balogh, E. M., Molnar, M., Rohanszky, M., Ruzsa, A., ... Vadasz, P. (2006). Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Quality of Life Research* 15(4), 761-766. doi: 10.1007/s11136-005-3627-8
- Naaman, S. C., Radwan, K., Fergusson, D., & Johnson, S. (2009). Status of psychological trials in breast cancer patients: a report of three meta-analyses. *Psychiatry*, 72(1), 50-69. doi: 10.1521/psyc.2009.72.1.50
- Nemzeti rákellenes program* (2006). Budapest: Eü. Szakképző és Továbbképző Int.
- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W., & Savolainen, N. J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst*, 94(8), 558-584.
- Novák, M., Stauder, A., & Mucsi, I. (2006). Az életminőség egészségtudományi kutatásának általános szempontjai. In M. Kopp & M. E. Kovács (Eds.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (pp. 24-36). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Oláh, E. (2002). Molekuláris Onkogenetika, Onkogenomika. *Magyar onkológia*, 46(4), 287-290.
- Onitilo, A. A., Nietert, P. J., & Egede, L. E. (2006). Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *Gen Hosp Psychiatry*, 28(5), 396-402. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2006.05.006
- Ornish, D., Magbanua, M. J., Weidner, G., Weinberg, V., Kemp, C., Green, C., ... Carroll, P. R. (2008). Changes in prostate gene expression in men undergoing an intensive nutrition and lifestyle intervention. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 105(24), 8369-8374. doi: 10.1073/pnas.0803080105
- Osborn, R. L., Demoncada, A. C., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatry Med*, 36(1), 13-34.
- Parker, P. A., Youssef, A., Walker, S., Basen-Engquist, K., Cohen, L., Gritz, E. R., ... Robb, G. L. (2007). Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Ann Surg Oncol*, 14(11), 3078-3089. doi: 10.1245/s10434-007-9413-9

- Parry, B. M., Milne, J. M., Yadegarfar, G., & Rainsbury, R. M. (2011). Dramatic dietary fat reduction is feasible for breast cancer patients: Results of the randomised study, WINS (UK) – stage 1. *European Journal of Surgical Oncology*, 37(10), 848-855. doi: 10.1016/j.ejso.2011.07.010
- Patterson, R. E., Cadmus, L. A., Emond, J. A., & Pierce, J. P. (2010). Physical activity, diet, adiposity and female breast cancer prognosis: a review of the epidemiologic literature. *Maturitas*, 66(1), 5-15. doi: 10.1016/j.maturitas.2010.01.004
- Petticrew, M., Fraser, J. M., & Regan, M. F. (1999). Adverse life-events and risk of breast cancer: : A meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 4, 1-17.
- Pierce, J. P., Stefanick, M. L., Flatt, S. W., Natarajan, L., Sternfeld, B., Madlensky, L., ... Rock, C. L. (2007). Greater survival after breast cancer in physically active women with high vegetable-fruit intake regardless of obesity. *Journal of Clinical Oncology*, 25(17), 2345-2351. doi: 10.1200/jco.2006.08.6819
- Pikó, B. (2007). A pozitív gondolkodás szerepe az egészség megtartásában. In J. Kállai, J. Varga & A. Oláh (Eds.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (pp. 115-132). Budapest: Medicina.
- Polsky, D., Doshi, J. A., Marcus, S., Oslin, D., Rothbard, A., Thomas, N., & Thompson, C. L. (2005). Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. *Arch Intern Med*, 165(11), 1260-1266. doi: 10.1001/archinte.165.11.1260
- Pumo, V., Milone, G., Iacono, M., Giuliano, S. R., Di Mari, A., Lopiano, C., ... Tralongo, P. (2012). Psychological and sexual disorders in long-term breast cancer survivors. *Cancer Manag Res*, 4, 61-65. doi: 10.2147/cmar.s28547
- Purebl, G., & Balog, P. (2008). A depressziós tünetegyüttes jelentősége az esélyteremtés szempontjából. In M. Kopp (Ed.), *Magyar lelkiállapot, 2008: esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalmomban* (pp. 584-591). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Qu, S., Wen, W., Shu, X. O., Chow, W. H., Xiang, Y. B., Wu, J., ... Zheng, W. (2013). Association of leukocyte telomere length with breast cancer risk: nested case-control findings from the Shanghai Women's Health Study. *Am J Epidemiol*, 177(7), 617-624. doi: 10.1093/aje/kws291
- Rao, M. R., Raghuram, N., Nagendra, H. R., Gopinath, K. S., Srinath, B. S., Diwakar, R. B., ... Varambally, S. (2009). Anxiolytic effects of a yoga program in early breast cancer patients undergoing conventional treatment: a randomized controlled trial. *Complement Ther Med*, 17(1), 1-8. doi: 10.1016/j.ctim.2008.05.005
- Reddick, B. K., Nanda, J. P., Campbell, L., Ryman, D. G., & Gaston-Johansson, F. (2005). Examining the influence of coping with pain on depression, anxiety, and fatigue among women with breast cancer. *J Psychosoc Oncol*, 23(2-3), 137-157.

- Rehse, B., & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Educ Couns*, 50(2), 179-186.
- Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*, 110(1), 9-17. doi: 10.1007/s10549-007-9706-5
- Reynolds, P., Boyd, P. T., Blacklow, R. S., Jackson, J. S., Greenberg, R. S., Austin, D. F., ... Edwards, B. K. (1994). The relationship between social ties and survival among black and white breast cancer patients. National Cancer Institute Black/White Cancer Survival Study Group. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention* 3(3), 253-259.
- Reynolds, P., Hurley, S., Torres, M., Jackson, J., Boyd, P., & Chen, V. W. (2000). Use of coping strategies and breast cancer survival: results from the Black/White Cancer Survival Study. *American Journal of Epidemiology*, 152(10), 940-949.
- Ridner, S. H. (2005). Quality of life and a symptom cluster associated with breast cancer treatment-related lymphedema. *Supportive Care in Cancer*, 13(11), 904-911. doi: 10.1007/s00520-005-0810-y
- Rimer, B., Keintz, M. K., & Glassman, B. (1985). Cancer patient education: reality and potential. *Preventive Medicine*, 14(6), 801-818.
- Rippentrop, A. E., Altmaier, E., & Burns, C. P. (2006). The Relationship of Religiosity and Spirituality to Quality of Life Among Cancer Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(1), 29-35. doi: 10.1007/s10880-005-9000-9
- Riskó, Á. (1998). Az onkopszichológia szakmai irányelvei: egy szakmai protokoll tervezete. *Psychiatria Hungarica*, 13(4), 455-468.
- Riskó, Á. (1999). *A test, a lélek és a daganat: Bevezetés az onkopszichológiába*. Budapest: Animula.
- Riskó, Á. (2006a). Az életmód szerepe a daganatos betegségek kialakulásában. In J. Horti & Á. Riskó (Eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban* (pp. 29-31). Budapest: Medicina.
- Riskó, Á. (2006b). Bevezetés: Az onkopszichológia kialakulásának története. In J. Horti & Á. Riskó (Eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban* (pp. 9-12). Budapest: Medicina.
- Riskó, Á. (2006c). A daganatos betegség különböző fázisaiban az alkalmazkodás pszichoszociális jellemzői. In J. Horti & Á. Riskó (Eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban* (pp. 85-92). Budapest: Medicina.

- Riskó, Á. (2006d). A sikeresen túlélő daganatos betegek lelki és társadalmi alkalmazkodása, életminősége. In J. Horti & Á. Riskó (Eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban* (pp. 92-94). Budapest: Medicina.
- Rock, C. L., & Demark-Wahnefried, W. (2002). Can lifestyle modification increase survival in women diagnosed with breast cancer? *J Nutr*, 132(11 Suppl), 3504s-3507s.
- Ross, L., Boesen, E. H., Dalton, S. O., & Johansen, C. (2002). Mind and cancer: does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being? *Eur J Cancer*, 38(11), 1447-1457.
- Rowland, J. H., & Massie, M. J. (2010). Breast cancer. In J. C. Holland & W. Breitbart (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 177-186). Oxford; New York: Oxford University Press.
- Rozema, H., Vollink, T., & Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psychooncology*, 18(8), 849-857. doi: 10.1002/pon.1488
- Rózsa, S., Szádóczy, E., & Füredi, J. (2001). A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16(4), 384-402.
- Samarel, N., Tulman, L., & Fawcett, J. (2002). Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. *Res Nurs Health*, 25(6), 459-470. doi: 10.1002/nur.10061
- Sandel, S. L., Judge, J. O., Landry, N., Faria, L., Ouellette, R., & Majczak, M. (2005). Dance and movement program improves quality-of-life measures in breast cancer survivors. *Cancer Nurs*, 28(4), 301-309.
- Savard, J., Simard, S., Giguere, I., Ivers, H., Morin, C. M., Maunsell, E., ... Marceau, D. (2006). Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: psychological and immunological effects. *Palliat Support Care*, 4(3), 219-237.
- Schapiro, I. R., Ross-Petersen, L., Saelan, H., Garde, K., Olsen, J. H., & Johansen, C. (2001). Extroversion and neuroticism and the associated risk of cancer: A Danish cohort study. *Am J Epidemiol*, 153(8), 757-763.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 201-228. doi: 10.1007/BF01173489
- Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L., Hjerstad, M. J., & Ruland, C. M. (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of life research*, 14(8), 1813-1823. doi: 10.1007/s11136-005-4344-z

- Schraub, S., Sancho-Garnier, H., & Velten, M. (2009). Should psychological events be considered cancer risk factors?. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 57(2), 113-123. doi: 10.1016/j.respe.2008.12.012
- Segar, M. L., Katch, V. L., Roth, R. S., Garcia, A. W., Portner, T. I., Glickman, S. G., ... Wilkins, E. G. (1998). The effect of aerobic exercise on self-esteem and depressive and anxiety symptoms among breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 25(1), 107-113.
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *Am Psychol*, 61(8), 774-788. doi: 10.1037/0003-066x.61.8.774
- Sheard, T., & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer*, 80(11), 1770-1780. doi: 10.1038/sj.bjc.6690596
- Sherman, K. A., Heard, G., & Cavanagh, K. L. (2010). Psychological effects and mediators of a group multi-component program for breast cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(5), 378-391. doi: 10.1007/s10865-010-9265-9
- Shin, M. H., Holmes, M. D., Hankinson, S. E., Wu, K., Colditz, G. A., & Willett, W. C. (2002). Intake of dairy products, calcium, and vitamin d and risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst*, 94(17), 1301-1311.
- Silver, J. K. (2007). Rehabilitation in women with breast cancer. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 18(3), 521-537, x. doi: 10.1016/j.pmr.2007.05.003
- Simonton, C. O., Matthews-Simonton, S., & Creighton, J. L. (1990). *A gyógyító képzelet: A rák legyőzése lépésről lépésre: (Önsegítő kézikönyv rákbetegek és családtagjaik számára.* Budapest: Egészségforrás K.
- Simpson, J. S., Carlson, L. E., Beck, C. A., & Patten, S. (2002). Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11(4), 282-294. doi: 10.1002/pon.565
- Sipos, K., Sipos, M., & Spielberger, C. D. (1998). A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In F. Mérei & F. Szakács (Eds.), *Pszichodiagnosztikai.* (pp. 123-135). Budapest: Tankönyvkiadó.
- Smedslund, G., & Ringdal, G. I. (2004). Meta-analysis of the effects of psychosocial interventions on survival time in cancer patients. *J Psychosom Res*, 57(2), 123-131; discussion 133-125. doi: 10.1016/s0022-3999(03)00575-0
- Smith-Warner, S. A., Spiegelman, D., Yaun, S. S., Adami, H. O., Beeson, W. L., van den Brandt, P. A., ... Hunter, D. J. (2001). Intake of fruits and vegetables and risk of breast cancer: a pooled analysis of cohort studies. *JAMA*, 285(6), 769-776.

- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med*, 62(5), 613-622.
- Speck, R. M., Courneya, K. S., Masse, L. C., Duval, S., & Schmitz, K. H. (2010). An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of cancer survivorship*, 4(2), 87-100. doi: 10.1007/s11764-009-0110-5
- Spiegel, D. (1997). Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Seminars in Oncology*, 24(1 Suppl 1), S1-36-S31-47.
- Spiegel, D., & Bloom, J. R. (1983). Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med*, 45(4), 333-339.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2(8668), 888-891.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry*, 38(5), 527-533.
- Spiegel, D., Butler, L. D., Giese-Davis, J., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., ... Kraemer, H. C. (2007). Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. *Cancer*, 110(5), 1130-1138. doi: 10.1002/cncr.22890
- Spiegel, D., & Classen, C. (2000). *Group therapy for cancer patients : a research-based handbook of psychosocial care*. New York: Basic Books.
- Spiegel, D., & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry*, 54(3), 269-282.
- Spiegel, D., Sephton, S. E., Terr, A. I., & Stites, D. P. (1998). Effects of psychosocial treatment in prolonging cancer survival may be mediated by neuroimmune pathways. *Ann N Y Acad Sci*, 840, 674-683.
- Spiegel, H., & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment : clinical uses of hypnosis*. New York: Basic Books.
- Spiegel, D., & Kato, P. M. (1996). Psychosocial influences on cancer incidence and progression. *Harv Rev Psychiatry*, 4(1), 10-26.
- Spielberger, C. D., & Gorsuch, R. L. (1970). *STAI Manual for the State-trait Anxiety Inventory ("Self-evaluation Questionnaire")*: Consulting Psychologists Press.
- Sprangers, M. A., Cull, A., Bjordal, K., Groenvold, M., & Aaronson, N. K. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer. Approach to quality

- of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. EORTC Study Group on Quality of Life. *Qual Life Res*, 2(4), 287-295.
- Sréter, L. (2006). A táplálkozás szerepe a daganatos betegségek kialakulásában. In J. Horti & Á. Riskó (Eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban* (pp. 23-29). Budapest: Medicina.
- Stanton, A. (2010). Positive Consequences of the Experience of Cancer: Perceptions of Growth and Meaning. In J. C. Holland & W. Breitbart (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 547-550). Oxford; New York: Oxford University Press.
- Stanton, A. L., Bower, J. E., Low, C. A. (2006): Posttraumatic growth after cancer. In: Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (eds.) *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Erlbaum, Mahwah, New Jersey.
- Szalai, M., Szirmai, A., & Kriszbacher, I. (2012). Az onkológiai rehabilitáció segítségért kiált!: az onkológiai rehabilitáció egy kutatás tükrében. *IME*, 11(3), 32-37.
- Targ, E. F., & Levine, E. G. (2002). The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breast cancer: a randomized controlled trial. *Gen Hosp Psychiatry*, 24(4), 238-248.
- Tatrow, K., & Montgomery, G. H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 17-27. doi: 10.1007/s10865-005-9036-1
- Taylor, E. J. (2000). Transformation of tragedy among women surviving breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 27(5), 781-788.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*: SAGE Publications.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*, 9(3), 455-471.
- Temoshok, L. (1985). Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology and tumor-host response. *Social Science & Medicine*, 20(8), 833-840.
- Thompson, S. C., & Kyle, D. J. (2000). The role of perceived control in coping with the losses associated with chronic illness. In J. H. Harvey & E. D. Miller (Eds.), *Loss and trauma: General and close relationship perspectives* .(Series in Death, Dying, and Bereavement) (pp. 131-145). Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Tiringer, I. (2007). Pszichológiai szempontok az onkológiai betegek ellátásában. In J. Kállai, J. Varga & A. Oláh (Eds.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (pp. 383-407). Budapest: Medicina.

- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology, 23*(1), 16-23. doi: 10.1037/0278-6133.23.1.16
- Tompai, A. (2011). Daganatos betegségek előfordulása, a hazai és nemzetközi helyzet ismertetése. *Magyar tudomány, 172*(11), 1333-1345.
- Vadiraia, H. S., Raghavendra, R. M., Nagarathna, R., Nagendra, H. R., Rekha, M., Vanitha, N., ... Kumar, V. (2009). Effects of a yoga program on cortisol rhythm and mood states in early breast cancer patients undergoing adjuvant radiotherapy: a randomized controlled trial. *Integr Cancer Ther, 8*(1), 37-46. doi: 10.1177/1534735409331456
- Veres, Z. (2006a). Alkalmazkodási zavarok. In J. Horti & Á. Riskó (Eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban* (pp. 217-220). Budapest: Medicina.
- Veres, Z. (2006b). Szorongás és depresszió. In J. Horti & Á. Riskó (Eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban* (pp. 221-224). Budapest: Medicina.
- Vos, P. J., Visser, A. P., Garssen, B., Duivenvoorden, H. J., & de Haes, H. C. (2006). Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient Educ Couns, 60*(2), 212-219. doi: 10.1016/j.pec.2005.01.006
- Wall, K. (2010). *Psycho-spiritual integrative therapy for women with primary breast cancer: Treatment manual*. Palo Alto: Institute of Transpersonal Psychology.
- Wallace, K. G. (1997). Analysis of recent literature concerning relaxation and imagery interventions for cancer pain. *Cancer Nurs, 20*(2), 79-87.
- Watson, M., Homewood, J., Haviland, J., & Bliss, J. M. (2005). Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *European Journal of Cancer, 41*(12), 1710-1714. doi: 10.1016/j.ejca.2005.01.012
- WHO. (2008). *The global burden of disease: 2004 update* Geneva: World Health Organization.
- Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A. L., Park, C. L., Kwan, L., Ganz, P. A., & Blank, T. O. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *J Consult Clin Psychol, 77*(4), 730-741. doi: 10.1037/a0015820
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology, 10*(1), 19-28.

A SZERZŐ TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEI

Közlemények az értekezés témájában angol nyelven:

Zsuzsanna Kovacs: *A study assessing the efficiency of treating emotional distress in women with malignant breast tumour*, New Medicine 17:(3) pp. 91-96. (2013)

Zsuzsanna Kovács, Adrien Pigniczkiné Rigó, Mária Hoyer, Zsolt Petke, Emőke Fülöp, Nóra Garamvölgyi, Imre András Török: *The prevalence of depression and anxiety in patients with malignant breast tumour*, New Medicine 15:(2) pp. 61-66. (2011)

Közlemények az értekezés témájában magyar nyelven:

Kovács Zsuzsa, Rigó Adrien, Sebestyén Árpád, Kökönyei Gyöngyi, Szabó Csaba: *A súlyos betegség transzformatív ereje – előnytalálás és poszttraumás növekedés emlődaganatos betegeknél*, Alkalmazott pszichológia, megjelenés alatt

Kovács Zsuzsa, Rigó Adrien, Szabó Éva, Sebestyén Árpád, Fülöp Emőke, Szabó Csaba: *Az életminőség vizsgálata egy új oldalról – a betegségreprezentációk befolyásoló szerepe emlődaganatos betegeknél*, Magyar Onkológia, megjelenés alatt

Kovács Zsuzsanna, Szabó Csaba: *Onkopszichológia a XXI. század elején – új kihívások előtt*, Pszichoterápia 23:(2) pp. 88-95. (2014)

Kovács Zsuzsanna, Szabó Csaba, Fülöp Emőke: *A terápia segít – emlőrákos betegek pszichoszociális támogatása, a depresszió és szorongás csökkentése*, Psychiatria Hungarica 28:(4) pp. 454-463. (2013)

Kovács Zsuzsanna, Rigó Adrien, Kökönyei Gyöngyi, Szabó Éva, Kovács Dorottya, Sebestyén Árpád, Balogh Béla, Prezenszki Zsuzsanna, Nagy Melánia: *A hagyományos daganatkezelést kiegészítő komplex életmód és pszichoszociális intervenciós program – igen biztató eredményekkel*, Magyar Onkológia 56:(4) pp. 247-257. (2012)

Avramucz Csaba, Kovács Zsuzsa: *Az életmód és a lelki tényezők szerepe a daganatos megbetegedések kialakulásában, a megelőzés lehetőségei és az egyén felelőssége*, Szervusz: a Magyar Szervátültetettek Szövetségének Lapja 9:(2) pp. 17-20. (2009)

Idézhető konferencia absztraktok:

Kovács Zsuzsanna, Pigniczkiné Rigó Adrien, Szabó Éva, Gödény Mária, Bidlek Mária: *Az életminőséggel összefüggő tényezők, elsősorban a depresszió és szorongás vizsgálata malignus emlődaganatos betegeknél*, Magyar Onkológia 55:(1S) pp. 41. (2011)

Kovács Zsuzsanna, Pigniczkiné Rigó Adrien: *A depresszió, a szorongás és az életminőséget befolyásoló egyéb tényezők vizsgálata malignus emlődaganatos betegeknél*, Psychiatria Hungarica 25:(Suppl) p. 78. Psychiatria Hungarica 25:(Suppl) pp. 78. (2010)

Kovács Zsuzsanna: *Az életminőséget befolyásoló tényezők vizsgálata malignus emlődagatanatos betegeknél* In: Vargha András (szerk.) Egyén és kultúra. A pszichológia válasza napjaink társadalmi kihívásaira: A Magyar Pszichológiai Társaság XIX. Országos Tudományos Nagygyűlésének Kivonatkötete. pp. 194. (2010)

Előadások:

Pigniczkiné Rigó Adrien, Kovács Zsuzsanna, Farkas Ilona: *Ahol az elmélet és gyakorlat összeér: a "Vérvonal" - program tapasztalatai a pszichoneuroimmunológia szemszögéből*, Magyar Onkológusok Társasága, XXVI. Kongresszus, (2005)

Kovács Zsuzsanna: *Imaginációs technikák rákbetegek kezelésében* XI. Budapesti Pszichológiai Napok, (2007)

Kovács Zsuzsanna: *Imagináció az öngyógyításban*, XII. Budapesti Pszichológiai Napok, (2008)

Kovács Zsuzsanna: *A betegség mint lehetőség*, Kapu 2 - Pszichológiai Konferencia a Transzperszonalitás Témájában, (2008)

Kovács Zsuzsanna: *A mammográfus mint gyógyító személyiség* XV. Szent Ágota Mammológus nap – Onkológiai Konferencia, (2009)

Kovács Zsuzsanna, Pigniczkiné Rigó Adrien: *A depresszió, a szorongás és az életminőséget befolyásoló egyéb tényezők vizsgálata malignus emlődagatanatos betegeknél*, A Magyar Pszichiátriai Társaság XVI. Vándorgyűlése, (2011)

Kovács Zsuzsanna: *A lelki tényezők szerepe a daganatos megbetegedések kialakulásában, és megelőzésében*, Kékgolyó Napok - Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás, (2011)

Kovács Zsuzsa: *A gyógyulás kulcsa – az életmód és a lelki tényezők szerepe a gyógyulásban*, Életminőség szimpózium - Kiegészítő módszerek a daganatos betegek életminőségének javításában a kutatások és a tapasztalatok fényében, Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Budapest, (2011)

Kovács Zsuzsa: *Kísérleti pszichoonkológiai rehabilitációs program tapasztalatai és eredményei*, Magyar Pszichoonkológiai Társaság X. Konferencia, (2011)

Kovács Zsuzsa: *Kísérleti rehabilitációs program daganatos betegek számára – igen biztató eredményekkel*, Magyar Epidemiológiai Társaság VI. Nemzetközi Kongresszusa, (2011)

Kovács Zsuzsa: *A rákgyógyítás új útjain – az életmód, a táplálkozás és a lelki tényezők szerepe a gyógyulásban*, Életminőség szimpózium - Kiegészítő módszerek a daganatos betegek életminőségének javításában – lehetőségek, kutatások, Prof. Dr. Kopp Mária emlékére, Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Budapest, (2012)

Kovács Zsuzsa, Rigó Adrien: *Kísérleti rehabilitációs program daganatos betegek számára – igen biztató eredményekkel*, Testi és lelki rehabilitáció – OOI és a ORFMMT Pszichológiai szekciója, (2012)

Kovács Zsuzsa, Rigó Adrien, Kökönyi Gyöngyi, Szabó Éva: *A hangulati zavarok csökkentése és a személyiségfejlés lehetőségei daganatos betegeknél*, A Magyar Pszichiátriai Társaság XVIII. Vándorgyűlése, Győr, (2013)

Kovács Zsuzsa: *A rákgyógyítás új útjain – egy a hagyományos daganatterápiát kiegészítő komplex életmód és pszichoszociális intervenciós program eredményeinek bemutatása*, - „Egy nap az EGÉSZségért” - Életminőség Szimpózium Prof. Dr. Ember István emlékére, Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Budapest, (2013)

Kovács Zsuzsa: *Megelőzés mindenek előtt! A rákgyógyítás új útjain*, Életminőség Szimpózium „A rák világnapja” alkalmából, Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Budapest, (2014)

A témához nem kapcsolódó közlemények:

Emőke Fülöp, Ágnes Devecsery, Katalin Hausz, Zsuzsanna Kovács, Márta Csabai: *Relationship between empathy and burnout among psychiatric residents*, New Medicine 15:(4) pp. 143-147. (2011)

Zsolt Petke, Judit Mészáros, István Vingender, Zsolt Demetrovics, Judit Farkas, Zsuzsanna Kovács, Zsuzsa Menczel, Anna Havasi, Péter Simor, József Rácz: *Early dropout after one month of buprenorphine/naloxone maintenance therapy*, New Medicine 15:(2) pp. 72-75. (2011)

Petke Zsolt, Csorba József, Mészáros Judit, Vingender István, Farkas Judit, Demetrovics Zsolt, Balázs Hedvig, Hoffmann Katalin, Kovács Zsuzsanna, Menczel Zsuzsa, Pataki Zoltán, Simor Péter, Havasi Anna, Melles Katalin, Márványkövi Ferenc, Rácz József: *Kezelésben maradásra ható tényezők vizsgálata metadon- és buprenorphine/naloxone terápiában részesülő opiátfüggőknél*, Addiktológia - Addictologia Hungarica 10:(1) pp. 5-31. (2011)

Petke Z, Csorba J, Mészáros J, Vingender I, Farkas J, Demetrovics Z, Kovács Z, Menczel Z, Pataki Z, Simor P, Havasi A, Melles K, Marvanykövi F, Racz J: *Psychosocial changes in six months of buprenorphine/ naloxone substitution treatment*, Neuropsychopharmacologia Hungarica 14:(1) pp. 7-17. (2012)

A témához nem kapcsolódó előadások:

Török Imre András, Garamvölgyi Nóra, Kovács Zsuzsanna, Mohácsi Magdolna, Márkus Lilla: *A temperamentum és a korai szülői bánásmód szerepe a szorongásos betegségekkel összefüggő pszichiátriai vulnerabilitásban*, XI. Magatartástudományi napok, Gödöllő, (2011)

FÜGGELÉK

A KÍSÉRLETI ÉS KONTROLL CSOPORT VIZSGÁLATÁRA

ALKALMAZOTT KÉRDŐÍV

KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ

Az alábbiakban különböző kérdéseket teszünk fel Önnek. Ez a kérdőíves vizsgálat része egy átfogó tudományos programnak. Ebben az átfogó tudományos programban egy olyan módszert szeretnénk kidolgozni, amely a lelki működésben rejlő erőforrások mozgósításával segíteni tudja a betegek életminőségének a javítását és a várható élettartam növekedését.

A kérdőív kitöltésére mindössze fél órát kell szánnia. Az Ön adatait és a vizsgálati anyagot a személyiségi jogokat védő törvényi előírásoknak megfelelően titkosan kezeljük, ami azt jelenti, hogy az Ön engedélye nélkül senkinek, még rokonoknak és kezelő orvosának sem adjuk ki. A kérdőíveket kódszámmal látjuk el, az Ön neve nem jelenik meg az adatfeldolgozás folyamatában, és nem lesz beazonosítható a kutatócsoporton kívül senki számára.

Kérjük, hogy minden kérdésre válaszoljon! A kérdéseken nem kell sokat töprengenie, általában az első gondolat a megfelelő válasz. Több válaszlehetőség esetén karikázza be az Önre leginkább jellemzőt!

Köszönjük segítségét és együttműködését!

O1

1. DM

1. Az Ön kódszáma:.....

2. Az Ön születési éve:..... 3.Neme: 1. férfi 2. nő

4. Az Ön iskolai végzettsége:

1. általános iskola
2. szakmunkás
3. érettségi
4. felsőfokú diploma (főiskola, egyetem)

5. Családi állapota: 1. hajadon

2. férjezett vagy stabil párkapcsolatban élő
3. elvált
4. özvegy

6. Gazdasági aktivitása: 1. aktív dolgozó

- 2. munkanélküli
- 3. GYES
- 4. főfoglalkozású szülő
- 5. nyugdíjas,
- 6. leszázalékolt nyugdíjas
- 7. egyéb

7. **Gyermekek száma**.....

8. **A gyermekek életkora**.....

9. **Az Ön szülei**
- 1. mindketten élnek
 - 2. egyik szülő él
 - 3. egyik szülő sem él már

10. **Az Ön daganatos megbetegedését mikor diagnosztizálták?**.....

11. **Mikor volt a műtét?**.....

12. **Mikor fejeződött be a kemoterápia?**.....

13. **Az Ön családjában (szülők, testvérek, utódok) volt-e már daganatos megbetegedés?**

- 1. nem
- 2. igen

14. **Ha igen, kérem sorolja fel ki, milyen daganatos megbetegedés, mi volt a betegség kimenete?**

.....

2. EM Az alábbi kérdésekben válassza ki az Önre leginkább jellemző állítást!

15. Dohányzás

- 1. Nem dohányzom és korábban sem dohányoztam rendszeresen.
- 2. Nem dohányzom, mert leszoktam a dohányzásról.
- 3. Éppen leszokóban vagyok a cigarettáról, de még időnként rágyújtok.
- 3. Alkalmanként dohányzom, de nem minden nap.
- 4. Rendszeresen dohányzom, minden nap.

5. Nagyon erős dohányos vagyok, naponta akár két dobozzal is elszívok

16. Amennyiben dohányzik, naponta hány szál cigarettát szív el rendszeresen?
..... szál

17. Testmozgás

1. Minden nap legalább fél órán át aktív testmozgást végzek. (futás, kocogás, kerékpározás, úszás, intenzív séta, stb.)

2. Hetente legalább háromszor fél órát aktív testmozgást végzek.

3. Csak időnként tornázom vagy mozgok.

4. Passzív életmódot folytatok, nagyon ritkán mozgok vagy tornázom.

18. Korábban sportolt-e versenyszerűen?

1. Igen

2. Nem

19. Ha igen mit?..... Hány éven keresztül?.....

20. Alvás, pihenés

1. Nagyon jól alszom, általában végig alszom az éjszakát, és reggel pihenten ébredek.

2. Közepesen alszom, többször felébredek vagy nem pihenek eleget.

3. Nagyon rosszul alszom, reggel rendszeresen fáradtan ébredek.

21. Általábanórákor fekszem ésórákor kelek.

22. Ha teljesen szabadon tervezhetném meg a napomat, akkor nekem az lenne az ideális, haórákor feküdnék le, ésórákor kelnek fel.

23. Testsúlyom.....kg. 24. Testmagasságom.....cm.

Jelölje meg a megfelelő négyzetben, hogy mennyire ért egyet az alábbi állításokkal!

1 – Egyáltalán nem jellemző rám, 2 - Nem értek egyet, 3 – Egyet is értek és nem is,

4 – Egyet értek, 5 – Teljesen egyet értek

25	Gyakran fogyasztok nehéz, zsíros ételeket.	1	2	3	4	5
26	Minden nap fogyasztok friss gyümölcsöt, zöldséget, teljes kiőrlésű gabonából készült ételeket.	1	2	3	4	5
27	Rendszeresen fogyasztok rostban gazdag élelmiszert.	1	2	3	4	5
28	Gyakran fogyasztok konzervált, tartósított élelmiszert.	1	2	3	4	5
29	Rendszertelenül táplálkozom, gyakran eszem büfében,	1	2	3	4	5

	gyorsétkezében.					
30	Gyorsan, kapkodva eszem.	1	2	3	4	5
31	Rendszeresen (hetente többször) fogyasztok tömény szeszes italt.	1	2	3	4	5
32	Rendszeresen fogyasztok bort vagy sört, alkalmanként legalább két pohárral vagy korsóval.	1	2	3	4	5
33	Rendszeresen, naponta legalább két kávé megiszom.	1	2	3	4	5
34	Naponta megiszom legalább 1,5 - 2 liter tiszta vizet.	1	2	3	4	5

35. Bizonyára Ön is hallott a különböző természetgyógyászati és egyéb gyógymódokról, táplálék kiegészítőkről. Kérjük, az alábbiakban sorolja fel, mi mindent próbált már ki és használ-e valamit rendszeresen!

Kipróbáltam:.....
.....
.....
.....
.....

Rendszeresen használom, alkalmazom:

.....
.....
.....
.....
.....

36. Kezelték-e már valamilyen pszichiátriai betegséggel? (depresszió, pánikzavar, szorongás, stb.)

1. igen

2. nem

37. Ha igen, mivel?..... 38. Mennyi ideig.....?

39. Jelenleg kezelik-e valamilyen pszichiátriai betegséggel?

1. Igen

2. Nem

40. Ha igen mivel?.....

3. EP

Szeretnénk megtudni, hogyan látja jelenlegi betegségét. Jelölje meg a megfelelő négyzetben, hogy mennyire ért egyet a betegségekről szóló állításokkal.

1 – Egyáltalán nem jellemző rám, 2 - Nem értek egyet, 3 – Egyet is értek és nem is,

4 – Egyet értek, 5 – Teljesen egyet értek

41	Betegségem rövid ideig fog tartani.	1	2	3	4	5
42	Betegségem inkább tartós, mint időszakos.	1	2	3	4	5
43	Betegségem hosszú ideig fog tartani.	1	2	3	4	5
44	Ez a betegség hamar elmúlik.	1	2	3	4	5
45	Betegségem életem végéig megmarad.	1	2	3	4	5
46	Betegségem súlyos állapot.	1	2	3	4	5
47	Betegségemnek súlyos következményei vannak az életemre nézve.	1	2	3	4	5
48	Betegségemnek nincs nagy hatása az életemre.	1	2	3	4	5
49	Betegségem jelentősen befolyásolja azt, ahogy mások látnak engem.	1	2	3	4	5
50	Betegségemnek komoly anyagi következményei vannak.	1	2	3	4	5
51	Betegségem nehézséget okoz a hozzám közel állóknak.	1	2	3	4	5
52	Sok mindent tehetek a tüneteim megfékezése érdekében.	1	2	3	4	5
53	Amit teszek, hatással van a betegségem rosszabbodására vagy javulására.	1	2	3	4	5
54	Betegségem lefolyása rajtam múlik.	1	2	3	4	5
55	Bármit teszek, nem befolyásolja a betegségem.	1	2	3	4	5
56	Módomban áll befolyásolni a betegségemet.	1	2	3	4	5
57	Amit teszek, nem lesz hatással a betegségem kimenetelére.	1	2	3	4	5
58	Betegségem idővel javulni fog.	1	2	3	4	5
59	Nagyon keveset lehet tenni a betegségem javítása érdekében.	1	2	3	4	5
60	Kezelés hatásos lesz a betegség gyógyításában.	1	2	3	4	5
61	Kezeléssel megelőzhetőek a betegségem negatív hatásai.	1	2	3	4	5
62	Kezelésem megfékezheti a betegségemet.	1	2	3	4	5
63	Semmi sem javíthat az állapotomon.	1	2	3	4	5
64	Állapotom tüneteivel elgondolkodtatnak.	1	2	3	4	5

65	Betegségem rejtély a számomra.	1	2	3	4	5
66	Nem értem a betegségemet.	1	2	3	4	5
67	Betegségemnek nincsen számomra értelme.	1	2	3	4	5
68	Teljesen tisztában vagyok az állapotommal.	1	2	3	4	5
69	Betegségem tünetei nagyban változnak.	1	2	3	4	5
70	Tüneteim szakaszokban jelentkeznek.	1	2	3	4	5
71	Betegségem nagyon kiszámíthatatlan.	1	2	3	4	5
72	Olyan szakaszokon megyek át, amelyekben betegségem javul és rosszabbodik.	1	2	3	4	5
73	Lehangol, ha a betegségemre gondolok.	1	2	3	4	5
74	Ideges leszek, ha a betegségemre gondolok.	1	2	3	4	5
75	Betegségem dühössé tesz.	1	2	3	4	5
76	Betegségem nem aggaszt.	1	2	3	4	5
77	Betegségem nyugtalanná tesz.	1	2	3	4	5
78	Betegségem félelemmel tölt el.	1	2	3	4	5

4. SZ

Néhány olyan megállapítást olvashat az alábbiakban, amelyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvassa el valamennyit és karikázza be a megfelelő számot, attól függően, hogy ÁLTALÁBAN HOGYAN ÉRZI MAGÁT. Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkozzon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit legjobban kifejező választ jelölje meg.

	Egyáltalán nem	Vala- mennyire	Eléggé	Nagyon
79. Jól érzem magam.	1	2	3	4
80. Gyorsan elfáradok.	1	2	3	4
81. A sírás ellen küszködnöm kell.	1	2	3	4
82. A szerencse engem elkerül.	1	2	3	4
83. Sokszor hátrányos helyzetbe kerülök, mert nem tudom elég gyorsan elhatározni magam.	1	2	3	4
84. Kipihentnek érzem magam.	1	2	3	4

85. Nyugodt, megfontolt és tettekre kész vagyok.	1	2	3	4
86. Úgy érzem, hogy annyi megoldatlan problémám van, hogy nem tudok úrrá lenni rajtuk.	1	2	3	4
87. A semmiséget is túlzottan a szívemre veszem.	1	2	3	4
88. Boldog vagyok.	1	2	3	4
89. Hajlamos vagyok túlságosan komolyan venni a dolgokat.	1	2	3	4
90. Kevés az önbizalmam.	1	2	3	4
91. Biztonságban érzem magam.	1	2	3	4
92. A kritikus helyzeteket szívesen kerülöm.	1	2	3	4
93. Csüggedtnek érzem magam.	1	2	3	4
94. Elégedett vagyok.	1	2	3	4
95. Lényegtelen dolgok is sokat foglalkoztatnak, és nem hagynak nyugodni.	1	2	3	4
96. A csalódások annyira megviselnek, hogy nem tudom a fejemből kiverni őket.	1	2	3	4
97. Kiegyensúlyozott vagyok.	1	2	3	4
98. Feszült lelkiállapotba jutok és izgatott leszek, ha az utóbbi időszak gondjaira, bajaira gondolok.	1	2	3	4

5. D

	egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
99. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.	1	2	3	4
100. Semmiben sem tudok dönteni többé.	1	2	3	4
101. Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.	1	2	3	4
102. Túlságosan fáradt vagyok ahhoz, hogy bármit csináljak.	1	2	3	4

103. Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy
másra nem tudok gondolni.

1 2 3 4

104. Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni.

1 2 3 4

105. Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen, és a helyzetem
nem fog változni.

1 2 3 4

106. Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.

1 2 3 4

107. Állandóan hibáztatom magam.

1 2 3 4

6. ÉM

	Egyáltalán nem	Egy kissé	Meglehe- tősen	Nagymér- tékben
108. Gondot okoz-e az Ön számára, ha megerőltető tevékenységet végez, például nehéz bevásárlószatyrot vagy bőröndöt cipel?	1	2	3	4
109. Jelent-e valamilyen problémát egy <u>hosszabb</u> séta?	1	2	3	4
110. Jelent-e valamilyen problémát egy a lakáson kívüli rövid séta?	1	2	3	4
111. Szükséges-e, hogy ágyban vagy karosszékekben legyen a nap folyamán?	1	2	3	4
112. Segítségre szorul-e étkezésnél, öltözködésnél, mosakodásnál vagy WC-használathoz?	1	2	3	4

Az elmúlt héten:

	Egyáltalán nem	Egy kissé	Meglehe- tősen	Nagymér- tékben
113. Korlátozva volt-e mindennapi munkájában vagy egyéb szokásos napi tevékenységében?	1	2	3	4
114. Korlátozva volt-e abban, hogy szabadidős				

tevékenységeinek hódoljon?	1	2	3	4
115. Volt-e légszomja?	1	2	3	4
116. Fájt-e valamije?	1	2	3	4
117. Szüksége volt pihenésre?	1	2	3	4
118. Volt alvászavara?	1	2	3	4
119. Gyengének érezte magát?	1	2	3	4
120. Étvágytalan volt?	1	2	3	4
121. Volt-e hányingere?	1	2	3	4
122. Hányt?	1	2	3	4
123. Volt-e székrekedése?	1	2	3	4
124. Volt-e hasmenése?	1	2	3	4
125. Fáradtnak érezte magát?	1	2	3	4
126. Mindennapi tevékenységében gátolta-e fájdalom?	1	2	3	4
127. Nehézséget jelentett-e olyasmire koncentrálnia, mint az újságolvasás vagy TV nézés?	1	2	3	4
128. Feszültnak érezte-e magát?	1	2	3	4
129. Aggódott-e valami miatt?	1	2	3	4
130. Ingerlékenynek érezte-e magát?	1	2	3	4
131. Levertnek érezte-e magát?	1	2	3	4
132. Gondot okozott-e a dolgokat fejben tartani?	1	2	3	4
133. Befolyásolta-e fizikai állapota vagy orvosi kezelése családi életét?	1	2	3	4
134. Befolyásolta-e fizikai állapota vagy orvosi kezelése közösségi tevékenységét?	1	2	3	4
135. Befolyásolta-e fizikai állapota vagy orvosi kezelése az Ön anyagi helyzetét?	1	2	3	4

A következő kérdéseknél karikázza be azt az 1 és 7 közé eső számot, amelyik a legjobban illik Önre!

136. Az előző hétre vonatkozóan hogyan értékelné általános egészségi állapotát?

1	2	3	4	5	6	7
Nagyon rossz						Kitűnő

137. Az előző hétre vonatkozóan hogyan értékelné általános életminőségét?

1	2	3	4	5	6	7
Nagyon rossz						Kitűnő

A betegek esetenként az alábbi panaszokról számolnak be. Kérjük jelölje be, hogy az elmúlt héten Ön milyen mértékben tapasztalta az alábbi tüneteket!

Az elmúlt héten:	Egyáltalán nem	Egy kissé	Meglehe- tősen	Nagymér- tékben
138. Volt-e szájszárazsága?	1	2	3	4
139. A megszokottól eltérőnek érezte-e az ételek és italok ízét?	1	2	3	4
140. Fájt, gyulladt volt-e, vagy könnyezett-e a szeme?	1	2	3	4
141. Tapasztalt-e hajhullást?	1	2	3	4
142. Csak akkor válaszoljon, ha tapasztalt hajhullást! Nyugtalanította-e a hajhullás?	1	2	3	4
143. Betegnek vagy elesettnek érezte magát?	1	2	3	4
144. Voltak-e hőhullámai?	1	2	3	4
145. Fájt-e a feje?	1	2	3	4
146. Volt-e olyan érzése, hogy betegsége vagy annak kezelése következtében testileg kevésbé vonzó?	1	2	3	4
147. Volt-e olyan érzése, hogy betegsége vagy annak kezelése következtében kevésbé nőies?	1	2	3	4
148. Nehézséget jelentett-e saját meztelen testének látványa?	1	2	3	4
149. Elégedetlen volt-e a testével?	1	2	3	4
150. Aggódott-e jövőbeni egészségi állapota miatt?	1	2	3	4

Az elmúlt négy hét során:	Egyáltalán nem	Egy kissé	Meglehe- tősen	Nagymér- tékben
151. Milyen mértékben érdekelte a szex?	1	2	3	4
152. Mennyire volt szexuálisan aktív? (közösüléssel vagy közösülés nélkül)	1	2	3	4
153. Csak akkor válaszoljon, ha aktív volt szexuális téren! Mennyire élvezte a szexet?	1	2	3	4

Az elmúlt héten:	Egyáltalán nem	Egy kissé	Meglehe- tősen	Nagymér- tékben
-------------------------	-------------------	--------------	-------------------	--------------------

154. Érzett-e bármilyen mértékben kar vagy vállfájást?

	1	2	3	4
155. Tapasztalt-e kar vagy kézduzzadást?	1	2	3	4
156. Okozott-e nehézséget hogy felemelje vagy oldalra mozgassa a karját?	1	2	3	4
157. Érzett-e bármilyen fájdalmat az érintett mellkasi területen?	1	2	3	4
158. Duzzadt volt-e az érintett mellkasi terület?	1	2	3	4
159. Tapasztalt-e fokozott érzékenységet az érintett mellkasi területen?	1	2	3	4
160. Jelentkezett-e valamilyen bőrgyógyászati probléma az érintett mellkasi részen vagy annak a felszínén (pl.viszketés, szárazság, hámlás)?	1	2	3	4

7. ET

A daganatos betegséggel élők néha úgy érezhetik, hogy a betegségük hozzájárul az életükhöz, ugyanakkor problémákat is okoz. Kérjük, jelezze mennyire ért egyet a következő állításokkal! Használja ezeket a válaszlehetőségeket:

**1 = egyáltalán nem értek egyet 2 = kicsit egyetértek 3 = közepesen értek egyet
4 = nagyon egyetértek 5 = nagyon-nagyon egyetértek**

A betegségem ...

161. segített abban, hogy elfogadóbb legyek a dolgokkal szemben.	1	2	3	4	5
162. megtanított, hogyan alkalmazkodjak azokhoz a dolgokhoz, amiket nem tudok megváltoztatni.	1	2	3	4	5
163. segített úgy elfogadni a dolgokat, ahogy jönnek.	1	2	3	4	5
164. közelebb hozta egymáshoz családom tagjait.	1	2	3	4	5
165. érzékenyebbé tett a családom ügyeivel szemben.	1	2	3	4	5
166. megtanított arra, hogy mindenkinek van célja az életben.	1	2	3	4	5
167. megmutatta, hogy minden embernek szüksége van arra, hogy szeressék.	1	2	3	4	5
168. felismertette velem, hogy fontos megtervezni a családom jövőjét.	1	2	3	4	5
169. rádöbbsentett az emberiség jövőjével kapcsolatos dolgokra, és érdeklődővé tett azok iránt.	1	2	3	4	5
170. megtanított arra, hogy türelmes legyek.	1	2	3	4	5
171. segített abban, hogy könnyebben legyőzzem a stresszt és a problémákat.	1	2	3	4	5
172. segített barátokat találni.	1	2	3	4	5

173. hozzájárult az általános érzelmi és spirituális fejlődésemhez.	1	2	3	4	5
174. segített, hogy jobban megbecsüljem a másoktól jövő szeretetet és támogatást.	1	2	3	4	5
175. segített felismerni, kik az igazi barátaim.	1	2	3	4	5
176. segített abban, hogy jobban felismerjem, mi a fontos az életben, és abban, hogy céltudatosabb legyek.	1	2	3	4	5
177. segített erősebb emberré válni, aki képes hatékonyabban megküzdeni élete jövőbeli kihívásaival.	1	2	3	4	5

Nagyon köszönjük, hogy kitöltötte a kérdőívet és segítette munkánkat!

Most kérjük tegye vissza a kitöltött kérdőívet a nagy borítékba, ragassza le a borítékot, és adja vissza kezelőorvosának!

A kísérleti csoport további vizsgálatára alkalmazott kérdőívek

Poszttraumás Növekedés Kérdőív (PTGI)

PTGI*

Jelige: _____ Életkor: _____ Nem: *férfi* *nő*

Kérjük, gondoljon arra a legnegatívabb eseményre (traumára), amely az előző öt évben történt Önnel. Elsőként nevezze meg ezt az eseményt (a „Mi volt a negatív esemény” kérdés után), majd minden alábbi állítással kapcsolatban értékelje egy hatfokozatú skálán (0–5), hogy az adott változás milyen mértékben következett be az Ön életében válságos helyzete folytán. Kérjük, hogy a válaszait az állítások előtt található vonalra írja!

Mi volt a negatív esemény: **daganatos betegség**

.....

.....

.....

- 0: nem tapasztaltam ezt a változást;*
1: nagyon kis mértékben tapasztaltam ezt a változást;
2: kis mértékben tapasztaltam a változást;
3: közepes mértékben tapasztaltam a változást;
4: nagymértékben tapasztaltam a változást;
5: nagyon nagymértékben tapasztaltam ezt a változást.

- ___ 1. Megváltozott a véleményem arról, mi fontos igazán az életben.
- ___ 2. Nagyobb mértékben becsülöm saját életem értékét.
- ___ 3. Új dolgok iránt kezdtem érdeklődni.
- ___ 4. Önbizalmat érzek.
- ___ 5. Jobban meg tudom érteni a spirituális dolgokat.
- ___ 6. Ráeszméltem, hogy a bajban számíthatok mások segítségére.

* Tedeschi és Calhoun, 1996. Fordította: Nagy Henriett és Kulcsár Zsuzsanna.

- ___ 7. Életemet új irányban folytattam tovább.
- ___ 8. Közel tudtam érezni magam másokhoz.
- ___ 9. Képesé váltam érzelmeim kifejezésére.
- ___ 10. Tudom magamról, hogy képes vagyok nehéz helyzetekben helytállni.
- ___ 11. Jobban tudom, hogy mit kezdjek az életemmel.
- ___ 12. El tudom fogadni a dolgok alakulását.
- ___ 13. Minden napot meg tudok becsülni.
- ___ 14. Új lehetőségek nyíltak meg előttem, amelyekkel különben nem találkoztam volna.
- ___ 15. Együtt tudtam érezni másokkal.
- ___ 16. Több figyelmet fordítottam kapcsolataimra.
- ___ 17. A korábbiaknál nagyobb valószínűséggel fogok változtatni azon, amin változtatnom kell.
- ___ 18. Erősödött a vallásos hitem.
- ___ 19. Felfedeztem, hogy erősebb vagyok, mint korábban gondoltam.
- ___ 20. Sokat tanultam arról, hogy milyen nagyszerű emberek vannak a világon.
- ___ 21. El tudtam fogadni, hogy szükségem van másokra.

Az életmódváltoztatás követésére vonatkozó kérdőív

Szeretnénk megtudni, hogy a kísérleti program befejezése után hogyan tudta beépíteni napirendjébe a gyakorlatokat, rendszeresen végezi-e az otthoni feladatokat. Kérjük, jelölje be a négyzetbe, hogyan értékeli munkáját!

- 1- *nem végzem el a feladatokat (0-20%-ban)*
- 2- *csak ritkán, rendszertelenül végzem a feladatokat (20%-40%-ban)*
- 3- *elvégzem a feladatokat, de nem rendszeresen (40%-60%-ban)*
- 4- *rendszeresen (60%-80%-ban)*
- 5- *szinte mindig elvégzem a kijelölt feladatokat (több mint 80%-ban)*

1	Hetente legalább háromszor 30 percen keresztül aktív testmozgást végzek.	1	2	3	4	5
2	Megfelelő alvásritmust alakítottam ki. Este 10 óra tájban lefekszem, legalább 8 órát alszom.	1	2	3	4	5
3	Reggelente elvégeztem a számomra ajánlott energetizáló jóga gyakorlatsort.	1	2	3	4	5
4	Napi egyszer elvégzem a relaxációs, imaginációs gyakorlatok egyikét.	1	2	3	4	5
5	Naponta kétszer meghallgatom a pozitív szuggesztiókat.	1	2	3	4	5
6	Minden nap elegendő tiszta vizet iszom. (2-2,5l)	1	2	3	4	5
7	Csökkentettem a kávé fogyasztását. (napi max.1 csésze kávé)	1	2	3	4	5
8	Csökkentettem az alkoholfogyasztást. (napi 1 pohár bor vagy sör)	1	2	3	4	5
9	Abbahagytam a dohányzást. Ha csökkentette, kérjük írja ide hány szálát szívott korábban..... és hány szálát szív mostanában.....	1	2	3	4	5
10	Lassan, alaposan megrágva fogyasztom el az ételt.	1	2	3	4	5
11	Rendszeresen táplálkozom, naponta legalább 4-szer eszem.	1	2	3	4	5
12	Az elfogyasztott ételeknek legalább a fele élő, teljes értékű táplálék.	1	2	3	4	5
13	Az elfogyasztott ételeknek legalább a 60%-a friss zöldség, gyümölcs.	1	2	3	4	5
14	Figyelek az ételek sorrendjére, először a nyerszet fogyasztom el.	1	2	3	4	5

15	Kíméletesen készítem el az ételeket. (pl. párolás)	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

Megjegyzések:

Kérjük ide írja le megjegyzéseit, észrevételeit! Mi változott az Ön életében a program kezdete óta? Köszönjük!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....