

**A rejtélyes női betegség: az endometriózis
pszichoszociális aspektusainak vizsgálata**

A rejtélyes női betegség: az endometriózis pszichoszociális aspektusainak vizsgálata

Az endometriózis világszerte minden tízedik nőt érintő nőgyógyászati megbetegedés. Az endometriózis kapcsán megjelent legtöbb hazai és nemzetközi kutatási beszámoló, tanulmány főként biológiai úton vizsgálja az említett nőgyógyászati megbetegedést, míg a pszichológia-központú vizsgálatok – Magyarországon különösen – kevesebb adatot és eredményt közölnek, ebből fakadóan a betegség pszichológiai kontextusa kevésbé feltárt. Vizsgálatom célja az életminőség, a depresszió és szorongás prevalenciájának vizsgálata az érintett vizsgálati csoporton belül, továbbá mért adatokkal alátámasztani a prevenció és szakszerű pszichológiai segítség szükségességét.

Módszertan: Az adatok gyűjtése a jelenleg aktív, magyar nyelvű endometriózis fórumokon a regisztrált felhasználók, továbbá a Női Egészségért Egyesület és Semmelweis Egyetem, 1. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Endometriózis Ambulancia munkatársainak segítségével történt. Az adatok felvétele online kitölthető kérdőívek alkalmazásával 2012. november 13. és 2013. január 3. között zajlott.

Mérőeszközök: Endometriosis Health Profile (EHP-30), Beck Depresszió Kérdőív (BDI), Spielberger-féle Vonás Szorongás Kérdőív (STAI-T), továbbá a betegség feltételezett kiváltó okaira és az orvosi kezelések melletti kiegészítő kezelésekre rákérdező nyitott kérdések.

Minta: Az endometriózis betegcsoport vizsgálata 67 endometriózissal élő nő bevonásával történt, akik orvosi diagnózissal, illetve a betegség erős gyanújával bírnak.

A vizsgálat eredménye: Az endometriózissal élő, magyar nők életminőségének mérésére megfelelőnek találtam az Endometriosis Health Profile (EHP-30) mérőeszközt, amely eredménye pozitív együttjárást mutat a depresszió és szorongás kérdőívek eredményeivel. A vizsgálati személyek többségénél depresszív tünetek, a harmaduknál szorongással összefüggő tünetek jelentek meg. A nyitott kérdések alapján a legtöbb nő lelki okokat feltételez a betegség kialakulásának háttérében, ugyanakkor az orvosi kezelés mellett elsősorban az életmód megváltoztatását és alternatív kezelési eljárások igénybevételét választják.

A vizsgálat egyedisége: a speciálisan endometriózissal élő nők életminőségének mérésére kifejlesztett Endometriosis Health Profile (EHP-30) mérőeszköz korábbi, magyar mintán való használatára vonatkozó kutatási eredményt nem találtam, így először került sor az alkalmazására.

The mysterious female disease: psychosocial aspects of endometriosis

Endometriosis, the gynecological disease affects every tenth women worldwide. Endometriosis is published in many national and international research report, especially in biological studies that examine the gynecological diseases, and the psychology-oriented studies - especially in Hungary - publishing less data and results, therefore the psychological context of this illness is less explored. The aim of this study is to explore quality of life, depression and anxiety prevalence study of the test group, and my goal is to prove with the measured data, that it would be important to provide prevention and professional psychological assistance regarding this gynecological disease.

Method: Used data is collected from currently active, registered users in Hungarian endometriosis forums, with the help of the employees from the Association of Women's Health and Semmelweis University Faculty of Medicine, 1st Department of Obstetrics and Gynecology, Endometriosis Ambulance. The data of the online questionnaires were filled between 13th November 2012 and 3rd January 2013.

Measure: Endometriosis Health Profile (EHP-30), Beck Depression Inventory (BDI), Trait Anxiety Inventory (STAI-T), and open questions of the suspected causes of endometriosis and questions regarding any additional alternative treatments.

Sample: The examination explored the data of 67 women with diagnosed endometriosis or who have strong suspicion of this disease.

Results: For measuring the quality of life on Hungarian samples the Endometriosis Health Profile (EHP-30) measurement was found appropriate, which shows a positive correlation with depression and anxiety questionnaire results. The majority of subjects had depressive and the third of them had anxiety symptoms. As for the open questions, most answers made by women were based on psychological causes as the suspected causes of endometriosis, although other than the medical treatment, they primarily tend to change their lifestyles and use alternative medicine.

Unique of the study: the Endometriosis Health Profile (EHP-30) measurement for measuring the quality of life specially of women with endometriosis was not used earlier on Hungarian sample, this was the first time it has been used.

I. Elméleti bevezető

I. 1. Az endometriózis meghatározása

Endometriózisról, más néven ectopiás endometriumról akkor beszélhetünk, ha endometriumot (méhnyálkahártyát) vagy annak megfelelő szövetet találnak a méh üregén kívül bárhol a szervezetben (Borsos, Urbancsek, 2009. In. Papp, szerk., 2009). A betegség folyamán a méh belső szövetének kisebb darabjai kijutnak a méhből, majd ezt követően a testüreg különböző pontjain, szervein megtapadnak (Jarvis, 2010).

Az endometriózis lokalizációja alapján három csoportba sorolható:

1. Endometriosis interna – az endometriózis a méhizomzat rostjai közötti terjedése, amely az endometriózis egyik leggyakoribb megnyilvánulási módja. Formáját tekintve a myomához hasonló, ám nem rendelkezik éles határokkal.
2. Endometriosis externa – a méhen kívüli endometriózis döntő százalékban a nemi szerveken, illetve azok közvetlen közelében jön létre. Dr. Borsos Antal és Dr. Urbancsek János (2009, In. Papp, szerk., 2009) öt leggyakoribb formát emel ki:
 - a. Endometriosis ovarialis – endometriózis a petefészkek felszínén és állományán
 - b. Endometriosis retrocervicalis – endometriózis a hüvelyhám felszínén és állományán
 - c. Endometriosis pelvica peritonealis – endometriózis a kismedencei szervek hashártyaborítékán
 - d. Endometriosis vaginalis – endometriózis csomók a hüvelyfalban
 - e. Endometriosis cervicalis - endometriózis csomók mélyen a méhnyak állományán belül helyezkednek el.
3. Endometriosis extragenitalis – az endometriózis ebben az esetben bármely szervben előfordulhatnak (például: húgyhólyag, köldök, bél).

I. 2. Az endometriózis prevalenciája

A jelen pályamunkában vizsgált betegség az egyik leggyakoribb jóindulatú krónikus nőgyógyászati megbetegedés, amely prevalenciája folyamatosan emelkedő tendenciát mutat. A korábbi 1 százalékos előfordulással szemben, a diagnosztikai eszközök fejlettségének köszönhetően megemelkedett a diagnózisok száma, hiszen pontosabban diagnosztizálhatóvá

vált a betegség. Az epidemiológiai vizsgálatok eredményei arra engednek következtetni, hogy a nők 10 százaléka érintett világszerte a vizsgált betegségben (Barton-Smith, Ballard, & Kent, 2006; De Nardi & Ferrari, 2011; Huhtinen, Perheentupa, Poutanen, & Heikinheimo, 2011; Oehmke et al., 2009; Viganò, Parazzini, Somigliana, & Vercellini, 2004; Vinatier, Orazi, Cosson, & Dufour, 2001). Egy brit felmérés szerint Nagy-Britanniában közel 2 millió nő szenved az endometriózis tüneteitől (All Party Parliamentary Group, idézi (Barton-Smith, et al., 2006). A Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján a magyar népesség 35 százalékát tették ki a reprodukív korban lévő nők 2010-ben Magyarországon ($n = 1842289$), amely populáción belül 10 százaléknál, megközelítőleg 184.223 főnél mutatták ki az endometriózist (Bokor, 2010).

Az endometriózis döntően az aktív, termékeny, reprodukív korban lévő, általánosan a 25 és 35 év közötti női populációt érintő betegség (De Nardi & Ferrari, 2011), előfordulása a menarche után emelkedő, a menopausa után csökkenő tendenciát mutat (Viganò, et al., 2004).

A betegség megjelenhet serdülőkorban is, – 10,5 éves kor körül már jelentkezhetnek az első tüneteket –, a fiatalok körében megjelenő endometriózis tünetek a felnőtt populáció érintettségével hasonló mértéket mutat (Gao et al., 2006).

A menopausa során ritka a betegség (Borsos, Urbancsek, 2009. In. Papp, szerk., 2009), ugyanakkor külön medikális vizsgálatok tárgyát képezi a postmenopausalis endometriosis hormonális indikáltsága és kezelhetőségi lehetőségei (Flyckt, Lyden, Roma, & Falcone, 2011; Palep-Singh & Gupta, 2009; Polyzos et al., 2011; Prapas et al., 2012; Yasui et al., 2011).

A betegség kapcsán családi halmozódást figyeltek meg (Borsos, Urbancsek, 2009. In. Papp, szerk., 2009), a vizsgálatok szerint a betegség elsősorban a női ágon öröklődik (Viganò, et al., 2004).

További érdekesség, hogy az endometriummal megegyező szövetet találtak férfiakban is, amely általában a progeszteron kezelések következménye volt (Pinkert, Catlow, & Straus, 1979).

I. 3. Az endometriózis etiológiája

Az endometriózis elemzése és vizsgálata kapcsán érdekes szempont, hogy habár a betegséget Rokitansky 1860-ban leírta, kialakulásának pontos oka máig nem ismert, inkább csak feltételezésekről beszélhetünk (Barton-Smith, et al., 2006; Evans & Bush, 2005; Siedentopf, Tariverdian, Rucke, Kentenich, & Arck, 2008; Viganò, et al., 2004; Vinatier, et al., 2001).

I. 3. 1. A retrográd menstruáció

A *retrográd menstruációt*, mint az endometriózt kiváltó okot Sampson írta le 1921-ben (Evans & Bush, 2005). Sampson megfigyelte, hogy a menstruáció ideje során műtött nők között gyakori volt, hogy a menstruációs vér inkább a petevezeték felé, mintsem a hüvely felé áramlott, ezt a fordított áramlást nevezik retrográd menstruációnak. Sampson elmélete szerint az endometrium töredékei és a menstruációs vér keverékének megtapadása okozza az endometriózis megjelenését és növekedését. Az elmélet több tényező miatt nem nyert alátámasztást: 1. a nők 90 százaléka esetében megfigyelhető a retrográd menstruáció, ami nem egyezik meg a betegség prevalenciájával, 2. az endometriózis szövete nem egyezik meg teljes mértékben az endometrium szövetével – amely a szövettöredék-vándorlás miatt tapadna meg –, csak ahhoz hasonló, 3. endometriózt diagnosztizáltak már a kismedencei szerveken kívül is (például a tüdőben), 4. az elmélet igaz volta esetében a betegség kialakulásának valószínűsége a menstruációs ciklusok számával megegyező mértékben nőne.

I. 3. 2. A metaplasia elmélete

A *metaplasia* (szövetátalakulás) elmélete az 1930-as években jelent meg, amely szerint a petefészek magzati hámja a metaplasia során képes endometriummá átalakulni, ám ez az elmélet csak az endometriosis ovarialist támasztaná alá. Az elméletbe később bevonták a bélszövet metaplasia általi átalakulásának lehetőségét, amely szintén endometriózis kialakulásához vezethet. A metaplasia elmélete szintén nem nyert alátámasztást, hiszen endometriózt diagnosztizáltak már méh nélkül született nőknél is, a bélszövet metaplasia útján férfiakban is hasonlóan nagy számban lenne képes előidézni az endometriózt, ami az életkor előrehaladtával szintén emelkedő tendenciát mutatna.

I. 3. 3. Az immunváltozások hatása

Az immunrendszer és az endometriózis kapcsolatának vizsgálata Gleicher munkásságához kapcsolódik, akinek 1987-es elmélete különbségeket feltételezett az endometriózissal érintett és nem érintett nők immunmutatói között. Az immunmutatók és a pszichoszociális tünetek együttes mérése, összehasonlítása napjaink kurrens kutatási területei közé tartozik. Érdekes eredmény, hogy a Th1/Th2 egyensúly Th1 irányába történő elmozdulását és az INF- α megnövekedett szintjét találták azon betegek között, akik alacsonyabb életminőség pontszámmal, valamint magasabb stressz észlelési szinttel és a depresszív tünetek megemelkedett mértékével rendelkeztek. Súlyos endometriózis esetén a páciensek INF- α értéke 300 pg/mL fölé emelkedett, szemben az endometriózis nélkül élő nőkhez, akiknél ez az érték 10 pg/mL körüli volt, míg a kezdeti endometriózis esetén 100 pg/mL értéket mértek (Siedentopf, et al., 2008). A mért immunparaméterek szerint az endometriózissal élő nők hajlamosabbak bizonyos betegségekre (Evans & Bush, 2005), amelynek oka az immunrendszerben megboruló Th1/Th2 egyensúly Th1 irányába történő elmozdulásban is keresendő.

Az endometriózis okainak feltárása a mai napig az orvostudomány kiemelt célja, amelynek sikerességével megnyílnának a betegség kezelésének perspektívái.

I. 4. Az endometriózis tünetei

A betegség kapcsán általánosan négy jellegzetes tünet különíthető el, ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a betegek egyharmada teljesen tünetmentes. A kóros elhelyezkedésű méhnyálkahártya követi a normális ciklusos változásokat, ezért a tünetek döntő többsége is a menses során erősödik fel (Borsos, Urbancsek, 2009. In. Papp, szerk., 2009).

1. *Ciklikus fájdalom (dysmenorrhoea).* A menstruációs vér több esetben nem tud kiürülni, ezért a menses időpontjában megjelenő, majd enyhülő fájdalom jellegzetesnek tekinthető. A fájdalom hátterében a prosztaglandinok szerepe is feltételezhető. Saját tapasztalataim szerint az ambuláns rendelésen megjelenő nők többsége a fájdalom mértékéről úgy számol be, hogy egy 1-10 pont között mérő skálán 10 pont felettinek ítéli az erősséget. A fájdalom a normálisnak tekinthető menstruációs fájdalomnál 1-2 napnál hosszabb ideig áll fenn, valamint a menstruáció közeledtével érzékelhetően nő a szubjektív fájdalomélmény.

Az endometriózissal élő nők 80-82 százalékánál áll fenn a krónikus kismencedei fájdalom is (Fourquet et al., 2010; Tripoli et al., 2011). A fájdalomélményhez hozzájárulhatnak további hasüregben megjelenő betegségek is, például az irritábilis bélszindróma (IBS) vagy Crohn-betegség (Fourquet, et al., 2010), amely együttjárhat az endometriózissal. A dysmenorrhoea mellett megjelenhet tünetként a dyspareunia, vagyis a fájdalmas közösülés is.

2. *Vérzés.* A betegek körében gyakrabban fordul elő bővebb vérzés, amely különösen a ciklus idején jelenik meg, valamint jellemző a ciklusközi vérzések megjelenése is, amelyek származhatnak lumenes szervből, például a húgyhólyagból.
3. *Meddőség.* A betegség jelenléte a kismencedei összenövések, elzáródások és a beágyazódás gátlása miatt vezethet meddőséghez. A fogamzási nehézségekkel küzdő nők esetében 30-45 százalékában számolhatunk az endometriózis lehetőségével (Fourquet, et al., 2010; Mahutte & Arici, 2002). Jelenleg nem egyértelmű az ok-okozati kapcsolat, vagyis, hogy az endometriózis vezet-e meddőséghez, vagy a meddőség okozza-e az endometriózist. A feltételezett összefüggés a meddőség és az endometriózis között komplexnek és vitathatónak tekinthető, mindazonáltal kiemelt jelentőségű endometriózisban a peteérés károsodása, a megtermékenyülés lehetőségének lecsökkenése, a gyulladások és az elzáródások (Mahutte & Arici, 2002). Az endometriózissal élő nők körében húszszorosa az esélye a meddőségnek, azokhoz képest, akik nem érintettek ebben a betegségben (Gao, et al., 2006). Érdekes megfigyelés továbbá, hogy az endometriózissal élő nők Douglas-folyadékában a spermium mozgása leáll, míg az egészségesekre ez nem jellemző.
4. *Szervspecifikus tünetek és szövődmények.* Szervspecifikus tünetekről elsősorban extragenitalis endometriosis esetében beszélhetünk, amely során a tünetek – elsősorban a fájdalom és a vérzés – az érintett szervre, szervekre jellegzetesek (például bélelzáródás), a kórkép igazolásáig azonban diagnosztikai problémát jelentenek (Borsos, Urbancsek, 2009. In. Papp, szerk., 2009).

I. 5. Az endometriózis diagnosztizálása

Az endometriózis diagnosztizálása napjainkban is hosszabb vizsgálati időtartam után történik meg, a páciensek átlagosan 7 évet várnak a diagnózis megszületésére (Tripoli, et al., 2011). A betegség nem mutatható ki vérből, s a legtöbb esetben az ultrahang sem jeleníti meg a kismedencei elváltozásokat, kivéve a nagyobb endometriomát (csokoládé cisztát). Pontos endometriózis diagnózis a diagnosztikai és/vagy műtéti beavatkozási céllal történő laparoszkópos vizsgálat után adható.

A laparoszkópia lehetőséget ad a hasüreg belső vizsgálatára a hasüreg nagyobb kiterjedésű felmetszése (laparotómia) nélkül. A betegek hasfalán két vagy több 1 centiméter körüli vágásokat ejtve teleszkópos műszereket vezetnek a hasüregbe altatás alatt, a bevezetett kamera segítségével az orvosok külső képernyőn nézve vizsgálhatják meg a kismedencei szervek állapotát (Evans & Bush, 2005).

A laparoszkópos eljárásra nem minden endometriózis gyanúval élő beteg esetében kerül sor, vannak nők, akik megtagadják ennek lehetőségét, ugyanakkor a műtéti beavatkozástól enyhébb, például gyógyszeres kezelésben részesülnek.

I. 6. Az endometriózis kezelése

A betegség kezelése kapcsán kiemelendő, hogy csak a betegség tünetei csökkenthetőek, hiszen maga a betegség nem tekinthető egyértelműen gyógyíthatónak. A gyógyszeres kezelés és a műtéti beavatkozások tekinthetőek ma a legelfogadottabb eljárásoknak, amik mellett megjelennek kiegészítő és alternatív terápiák is. További kezelési ajánlasként említhető a várandósság is, amely elősegítheti a tünetek csökkenését, megszűnését. Mindemellett vannak nők, akik semmilyen kezelést nem vesznek igénybe (Evans & Bush, 2005).

A farmakológiai kezelés során a beteg endokrinológiai rendszerére ható anyagokat juttatnak be a szervezetbe tabletta vagy injekció formájában. Az orvosok különböző lehetőségek közül választhatnak: progeszteron tartalmú gyógyszerek, fogamzásgátló tabletták, GnRH (gonadotropin-releasing hormon) analóg készítmények, fájdalomkezelés, a fentiek kombinációi, valamint kísérleti gyógyszeres megközelítések.

- A progeszteron tartalmú készítmények (Mirena, norethisterone, dienogest) késleltetik a menstruációs ciklust, szüneteltetik az ovulációt, ugyanakkor az endometriózis lézió aktivitását és a fájdalomélményt csökkentik.
- A fogamzásgátló tabletták alapvetően a hormonrendszer működésének befolyásolásán keresztül fejtik ki hatásukat. Az orvosok a szexuálisan nem aktív nők számára is felírják a tabletták folyamatos szedését, azok kedvező hatása miatt, hiszen csökkentik a prosztaglandinok által indikált fájdalmat, csökkentik a menstruációs ciklusok számát, ami magával vonja a kevesebb fájdalmas időszakok számát.
- A GnRH (gonadotropin-releasing hormon) analóg készítményeket (goserelin, nafarelin, például: Prostag, Decapeptyl, Synarel, Zoladex) közel 20 éve alkalmazzák az endometriózis kezelésére, amely kezelés segíti kontrollálni a menstruációs ciklust, valamint csökkenteni képes a fájdalomtüneteket (Vercellini et al., 2008). Napjainkban az ambuláns rendelésen elsősorban a háromhavonta beadandó injekciós formáját használják. A GnRH kezelés biztonságosnak és hatékornak tekinthető, a legtöbb női beteg jól reagál a készítményekre. A kezeléssel párhuzamosan, illetve a kezelés után egy hónappal ajánlott alacsony dózisú ösztrogén szedése is (*add-back terápia*).

A műtéti beavatkozások alkalmazása világszerte elterjedt, két eljárásmenetet – a diagnosztikai és kezelési célú műtéti eljárásokat – érdemes elkülöníteni. Endometriózis gyanú esetén a diagnosztikai laparoszkópia mellett – a beteg előzetes engedélyével – elvégzésre kerülhet a műtét is, valamint a beteg súlyos állapota mellett laparotómiára is sor kerülhet.

Kiemelendőnek tartom, hogy a betegség műtétet követően is kiújulhat (Evans & Bush, 2005), ezért több páciens esetében többszörös műtétekre kerül sor. Egy ausztrál vizsgálat szerint az első műtétet követően a vizsgálati csoport kétharmadánál találtak endometrióziót a következő laparoszkópos vizsgálat során, valamint a nők 36 százalékának újabb műtéti beavatkozásra volt szüksége a fájdalomtünetek kiújulása miatt a 2-5 éves utánkövetések során (Abbott, Hawe, Clayton, & Garry, 2003).

A kiegészítő és alternatív kezelések egyre szélesebb tárházának kínálatával számos beteg találkozhat a kipróbálás vagy tartós alkalmazás során: masszázs, akupunktúra, relaxáció, meditáció, fizikai aktivitás növelése, jóga, kínai orvoslás, táplálkozás megváltoztatása (Evans & Bush, 2005) (a felsorolás még hosszasan folytatható lenne). A kiegészítő és alternatív

kezelések hatásmechanizmusának és hatékonyságának vizsgálata jelenleg is kutatások tárgyát képezi. A relaxáció hatékonyságának vizsgálata során a progresszív izomrelaxáció vizsgálata került górcső alá, amely során alátámasztották a beavatkozás hatékonyságának pozitív voltát a depresszió, szorongás és az életminőség területén (Zhao et al., 2012).

I. 7. Az endometriózis következményei

A betegségnek számos biológiai következménye lehet – példaként szolgál a korábban említett meddőség, bélelzáródás –, amelyek részletezése meghaladná a dolgozat terjedelmét és célját, ezért a biológiai következmények részletes bemutatásától eltekintek. Ugyanakkor nem szabad megfeledkezni a betegség pszichoszociális hatásairól sem, amelyek vizsgálata az endometriózis kapcsán a biológiai szemlélet mellett az egyik legjelentősebb és legtermékenyebb kutatási terület, központi fókuszában az életminőség vizsgálatával.

Jones és munkatársai vizsgálatukban az endometriózis életminőségre gyakorolt hatását vizsgálták brit mintán, ahol a vizsgált női minta a laparoszkópos diagnosztikai eljárásban való részvétel mentén került beválasztásra, vagyis pontos diagnózissal rendelkeztek a betegséget illetően. Az eredményeik szerint az endometriózis 15 leíró dimenzió mentén érinti az életminőséget: fájdalom, fizikai funkcionalitás, szerepmegfelelés, szociális funkcionálás, emocionális jóllét, kapcsolat az orvosi eljárással, kezeléssel, szexuális együttlét, vitalitás és energia, foglalkoztatás és meddőség (Jones, Jenkinson, & Kennedy, 2004).

I. 7. 1. A fájdalom

A fájdalom kiemelt jelentősége – az életminőségre kifejtett negatív hatása miatt – több vizsgálat eredményében, valamint az ambuláns rendelésen megjelenő magyar páciensek beszámolóiban is egyértelműen megjelenik. A fájdalom szubjektív mértéke természetesen egyéni eltéréseket mutat, a legtöbb páciens a menstruáció alatti heves fájdalomról számol be (Jones, et al., 2004), amely fájdalomérzés kihat az aktivitás (kerti munka, házimunka, sport) csökkenésére, a munkavégzésre, a munkából való hiányzások számának növekedésére, a szociális részvételeken való megjelenésre csökkenésére is (Oehmke, et al., 2009). A fentiek alapján nem meglepő eredmény, hogy a fájdalomtünetek mértéke negatívan korrelál az életminőséggel, vagyis minél magasabb értéket jeleznek a páciensek a fájdalom skálán, annál

alacsonyabb pontértéket érnek el az életminőséget mérő kérdőíven – parciálva a krónikus kismencedei fájdalom létét ugyanezt az eredményt kapták (Souza et al., 2011). A fájdalom tünetek gyakran együtt járnak a depresszív tünetek megemelkedésével, ennek részletes bemutatására szintén a továbbiakban térek ki. Bízató eredmény, hogy egy amerikai vizsgálatban a megkérdezett endometriózissal diagnosztizált nők 70 százaléka kapott arra vonatkozó információt legalább egy egészségügyi dolgozótól, hogy a fájdalomélményei pszichológiai problémákat, nehézségeket okozhatnak (Roth, Punch, & Bachman, 2011).

I. 7. 2. A szociális funkcionálás

A *szociális funkcionálás* kapcsán elsősorban a közeli hozzátartozókkal való kapcsolatot vizsgálták, s az eredmények alátámasztják, hogy az életminőség szerves aspektusának tartott szociális kapcsolatok csökkenése és romlása mutathatóak ki. A hatás megjelenik a családi, párkapcsolati, munkahelyi kapcsolatokon belül, valamint a szexuális kapcsolatokban, együttlétekben is, ám nem szabad figyelmen kívül hagyni az egyéni eltéréseket sem (Denny, 2004). A szociális izoláltság lehet fájdalomtünetek következménye is (Oehmke, et al., 2009), hiszen gyakori, hogy az érintettek a fájdalomélmény miatt képtelen elhagyni otthonukat, ezért mind a szociális háló, mind a munkahelyi lehetőségeik sérülnek.

I. 7. 3. A munka és a mindennapi élet

Az endometriózis hatást gyakorolhat az egészség mellett *a munka és a mindennapi élet* területeire is. Fourquet és munkatársainak (2010) vizsgálati eredményei szerint a nők 40 százaléka vall a karrierjének negatív irányba való terelődéséről az endometriózis tünetei miatt, míg egyes páciensek teljes munkaképtelenségről számolnak be. Fourquet és munkacsoportjának későbbi online kérdőíves vizsgálatában 478 műtéti úton diagnosztizált endometriózissal élő páciens és a kontroll csoport (n = 259) eredményeit vizsgálta. Az eredményeik szerint az endometriózissal élő nők a fájdalomtüneteik rosszabbodása miatt hetente átlagosan 7,41 órát ($\sigma = 8,97$) hiányoztak a munkaidőből; a vizsgált páciensek 13 százaléka vesztette el munkahelyét, 64 százalékanak csökkent a munkaképessége és 60 százalékanak csökkent a mindennapi aktivitása (Fourquet, Baez, Figueroa, Iriarte, & Flores, 2011). Az eredmények mindenképpen a tünetek korai csökkentésének igényét mutatják,

amelyek a jelenleg véglegesen gyógyíthatatlannak mutakozó betegséggel élő nők mindennapjainak zavartalanságát segítené élő, valamint fontos lenne a páciensek a különböző fájdalomcsökkentő módszerekről tájékoztatni.

I. 7. 4. A szexuális együttlétek

Az endometriózis további következménye lehet a *szexuális együttlétek* minőségének romlása – például a fájdalomélmény miatt –, ezáltal a szexuális együttlétek számának csökkenése, illetve az absztinencia.

Egy finn kutatás kérdőíves eredményei szerint egy évvel a laparoszkópos beavatkozást követően nőtt a nők általános és szexuális aktivitása, valamint szexuális elégedettsége, továbbá csökkentek a diszkomfortos és distressz tünetek, miközben a szexuális problémák és a partnerrel való szexuális elégedettség nem mutattak szignifikáns eltérést (Kossi, Setala, Makinen, Harkki, & Luostarinen, 2012; Setala, Harkki, Matomaki, Makinen, & Kossi, 2012)

I. 7. 5. A depresszió és a szorongás

Az endometriózis életminőségre gyakorolt hatása a pszichológiai faktorok mérésén keresztül is górcső alá került, amelyek között kiemelkedő a *depresszió és a szorongás* mértékének vizsgálata. A pszichológiai tüneteket elsősorban a betegség kezdeti tüneti, valamint azok feletti kontrollérzés hiánya okozza, ezt követik a diagnosztikai nehézségek, tovább a megfelelő kezelési út megtalálásához vezető próbálkozások, amelyek az első tünetek és az állapot javulása között eltelt idő alatt egyre növekvő frusztrációs állapotot eredményeznek a páciensek körében (Tripoli, et al., 2011).

A krónikus kismencedei fájdalommal élő nők körében gyakrabban fordulnak elő depresszív tünetek, mint akik fájdalom nélkül élnek (Waller & Shaw, 1995). Az endometriózissal diagnosztizált betegcsoport krónikus kismencedei fájdalomra kiterjedő vizsgálata kapcsán is hasonló eredményeket kaptak. Az endometriózissal diagnosztizált, krónikus kismencedei fájdalommal élő nőbetegek 86 százalékában azonosítottak depresszív tüneteket, míg az endometriózissal diagnosztizált, krónikus kismencedei fájdalommal nem rendelkező nőbeteg 36 százalékában jelentek meg depresszív tünetek. Az eredmények szerint a mentális jóllét

állapotát nagymértékben meghatározhatja a szubjektív fájdalomélmény (Lorencatto, Petta, Navarro, Bahamondes, & Matos, 2006). Hasonló eredményekről számol be a következő vizsgálat is, amely során a depresszív tünetek vizsgálatában a Beck Depresszió Skála alkalmazásával a vizsgálatban részt vevő nők 86,6 százalékánál mutattak ki depressziós tüneteket, amelyek körül 63,5 százalékban súlyosabb állapotot tártak fel. A Hamilton Depressziós Skála a vizsgált személyek 86,5 százalékánál jelzett depresszív tüneteket, amelyek közül 32,7 százalék számított súlyosnak. A szorongás mérése során a résztvevők 63,5 százalékánál jelentek meg magas értékek (Sepulcri Rde & do Amaral, 2009).

Az orvosi kezelések mellett, a betegség-edukáció során szükséges lenne minden nőbetegét tájékoztatni a betegség során megjelenő a pszichés következményekről (például: hangulatváltozások), valamint az igénybe vehető – pszichológiai – szaksegítségéről.

II. Módszer

II. 1. A vizsgálati személyek bemutatása

A vizsgálat összesen 67 endometriózissal élő nő adatait tartalmazza, akik az online, anonim kérdőívet 2012. november 13. és 2013. január 3. között töltötték ki. A kitöltők átlagéletkora **32,49 év** ($\sigma = 4,90$), a legfiatalabb kitöltő 22, a legidősebb 49 éves, amely életkori érintettség megfelel az elméleti bevezetőben említetteknek.

A vizsgálati személyek 37,3 százaléka budapesti lakos ($n = 25$), 43,8 százaléka Magyarország egész területén ($n = 37$) – kiemelkedő Debrecen és Miskolc –, míg 6,5 százaléka jelenleg külföldön él ($n = 5$).

A kitöltők iskolai végzettségét tekintve 17,9 százalék ($n = 12$) középiskolai, 44,8 százalék ($n = 30$) főiskolai (BA, BSc), 37,3 százalék ($n = 25$) egyetemi (MA, MSc) végzettséggel rendelkezik. A vizsgálati személyek döntő része ($n = 58$) jelenleg alkalmazottként dolgozik, a kitöltők között egy személy (1,5 százalék) képtelen a munkavégzésre az endometriózis tünetei miatt.

A párkapcsolati viszony tekintetében közel a kitöltők fele (49,3 százalék) házas, 17 nő él párkapcsolatban, 9 nő él élettársi kapcsolatban, s 8 nő egyedülálló.

A vizsgálatba bevont nők BMI értékei szerint átlagosan 20,91 értéket ($\sigma = 2,72$) értek el, a minimum 16,11 és a maximum 29,38 érték volt, vagyis a vizsgálati személyek nem tekinthetők túlsúlyosnak.

II. 2. Az eszközök bemutatása

A vizsgálat elvégzéséhez önkitöltős, online felületen elérhető kérdőívet alkalmaztam (ld. bővebben a *III. 3. 1. A vizsgálat lefolyásának menete* alpontban).

A kérdőív kitöltési felületén először a tájékoztató nyilatkozat jelent meg, amelyben szerepelt a vizsgálat célja, a bevonási kritériumok, az anonim adatkezelés, valamint rövid instrukció a felület kezelésére vonatkozóan.

II. 2. 1. A demográfiai és endometriózis specifikus adatok

A kérdőív elején szereplő demográfiai adatok során megkérdezésre került az életkor, a lakhely, az iskolai végzettség, a foglalkozás, a párkapcsolati állapot, a testmagasság és a testsúly. A demográfiai adatok lekérdezését az endometriózis specifikus kérdések követték, amelyek a tünetek kialakulására, a szaksegítség igénybevételére, a diagnózis kialakulására és a műtéti beavatkozásokra kérdezett rá.

II. 2. 2. Az Endometriosis Health Profile

A vizsgálati eszköz második egységét az Endometriosis Health Profile magyar nyelvű fordítása képezte. Az Endometriosis Health Profile egy speciálisan endometriózissal élő páciensek életminőségének mérésére kifejlesztett mérőeszköz, amely több területet összefogva az endometriózis – nők életére kifejtett – hatását hivatott mérni (Jones, Kennedy, Barnard, Wong, & Jenkinson, 2001). A kérdőív magyar nyelvű változata és annak használata az általam áttekintett irodalmakban nem található meg, ezért a szabadon elérhető és használható kérdőív magyar nyelvre történő lefordítására került sor.

A mérőeszköz két nagyobb részből áll, az első az életminőség méréséhez szükséges öt skálát – a fájdalom (*pain*), a kontroll és tehetetlenség (*controll and powerless*), az emocionális jóllét (*emotional well-being*), a társas támogatás (*social support*) és az énkép (*self-image*) – tartalmazza. A második rész hat moduláris alskálát – a munka (*work*), a gyermekekkel való kapcsolat (*relationship with children*), a szexuális kapcsolat (*sexual relationship*), továbbá az orvosi szakértelemmel, kezeléssel és meddőséggel kapcsolatos érzések (*feelings about medical profession, treatment, infertility*) – fogja össze.

A kitöltő a kérdőív kitöltése során a gyakoriságra rákérdező kérdésekre ötfokú Lickert skála szerint válaszolhat. A pontszámok a skálák szerint értékelhetők ki, amely során a skálára kapott összpontszámot osztjuk a tételre adható legmagasabb pontértékek összegével, s a kapott pontértéket megszorozzuk százszal, s az így kapott pontértékek minden skála esetében 0 és 100 pontérték közé esnek. A kapott pontértékek között a nullához közelebbi értékek jobb, a százhoz közelebbi értékek rosszabb életminőséget jósolnak be, az értelmezést ennek figyelembe vételével kell elvégezni.

II. 2. 3. A Beck Depresszió Kérdőív (BDI)

A Beck Depresszió Kérdőív kidolgozása Aaron T. Beck nevéhez kötődik (Beck Depression Inventory, BDI, Beck és mtsai, 1961). Az adatfelvétel során a kérdőív 13 tételes változatát használtam, amely a teljes, 21 tételes változathoz hasonlóan alkalmas a depresszió kiszűrésére. A kérdőív magyar nyelvű rövidített változatának fordítását Kopp Mária és munkatársai (1993) végezték. Az önkitöltős kérdőívben szereplő egyes tételek 0-3 közötti súlyossági rendben négyféle megállapítást tartalmaznak. A kérdőív összpontszámát a kapott értékek összeadásával kapjuk meg. A 13 tételes rövidített kérdőív eredményeit négy övezetbe sorolhatjuk. Normál értéknek tekinthetők a 0-5 közötti értékek, míg a 6-11 közötti értékek enyhe depressziós állapotot, a 12-15 közötti értékek közép súlyos depressziós állapotot, a 16 fölötti értékek súlyos depressziós állapotot tükröznek.

A Beck-féle depresszió kérdőív az endometriózis kutatási szakirodalmában az egyik legtöbbet felhasznált depressziót mérő mérőeszköz, amely magyar nyelven is elérhető és eredményei a magyar populáció eredményeivel összevethető. A kérdőív segítségével jól mérhető a hangulatváltozás, ám a kapott eredmény önmagában nem diagnosztikai értékű.

A kérdőív jelen vizsgálatban betöltött előnye az önkitölthetősége, vagyis nem szükséges külső szakember bevonása az adatszerzéshez.

II. 2. 4. A Vonás Szorongás Kérdőív (STAI-T)

A Spielberger-féle Szorongás Kérdőív kidolgozása Spielberger és munkatársainak (1970) nevéhez kötődik, magyar mintára Sipos Kornél és munkatársa (1978) adaptálta. A

mérőeszköz a szorongás erősségének mérésére alkalmas. A Vonás Szorongás Kérdőív 20 tételből épül fel, a kitöltő az egyes tételek megválaszolása során öt lehetőség közül választhatja meg, mennyire tartja önmagára jellemzőnek az adott állítást. A teszt értékelése során a kapott pontszámokat összegezzük (fordított tételek, 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19). Minimum 20, maximum 80 pont érhető el (Kopp, Fóris, 1993). A mérőeszköz a Beck Depresszió Skálához hasonlóan szintén gyakran használt az endometriózis pszichológiai faktorainak kutatásában, valamint ahhoz hasonlóan szintén nem képvisel önállóan diagnosztikai értékét. A vonás szorongás skála segítségével egy állandó, egyéni tulajdonság ragadható meg. Az állapot-szorongás mérése nem képezte a vizsgálat részét.

II. 2. 5. A nyílt végű kérdések

Jelen vizsgálatban két nyitott kérdésre kapott eredmények kerülnek bemutatásra. A két feltett, önkitöltős kérdésre – Mit gondol, az Ön esetében, mik az endometriózis kiváltó tényezői? Az orvosi kezelésen túl milyen kiegészítő módszerekkel próbálkozott a tünetei/betegsége kezelésében? – adott válaszok a vizsgált célcsoport reprezentációt hivatottak mérni az endometriózis egyénileg feltételezett kialakulása kapcsán, valamint az orvosi kezelések melletti kiegészítő módszerek használatának vizsgálata betekintést nyújt a különböző szaksegítségek igénybevételi eloszlására.

A kérdések megválaszolására nagyobb méretű szövegdoboz állt rendelkezésre, a kapott válaszok kategóriákba rendezve, összesítve kerülnek bemutatásra.

II. 3. Az eljárás menetének bemutatása

II. 3. 1. A vizsgálat lefolyásának menete

A keresztmetszeti vizsgálat kérdőíves kutatási eredmények bemutatását tartalmazza. A kérdőívek kitöltésére egy – a vizsgálati eredmények összegyűjtésére létrehozott – internetes felületen nyílt lehetőség név, illetve bármilyen más személyes beazonosításra szolgáló adatok megadása nélkül, így a kérdőív kitöltése teljesen anonim módon történt.

A kutatási felhívás és kérdőív megosztása elsősorban a jelenleg aktív, magyar nyelvű fórumokon történt, ahol a regisztrált fórumozókat az endometriózisban való érintettség és

tapasztalat köti össze. A vizsgálati felhívás a fórumok mellett több közösségi felületen – egyesületi hírlevélben, elektronikus levelekben, közösségi oldalakon, blogoldalakon - is megjelent a különböző egyesületek, csoportok segítségével. Továbbá a Semmelweis Egyetem, 1. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Endometriózis Ambulancia rendelésén is lehetőségem volt a várakozó páciensek figyelmét felhívni szóbeli tájékoztatás során a vizsgálatra, amely beszélgetések során a kutatási felhívás nyomtatott formáját és a kérdőív elérhetőségét adtam át.

II. 3. 2. A statisztikai eljárások bemutatása

A kérdőív elkészítéséhez és az adatok összegyűjtéséhez a Google Drive megfelelő funkcióját, a statisztikai elemzésekhez az SPSS Statistic 20 és táblázatkezelő programot használtam fel.

A statisztikai eljárásokat megelőzően került sor az adatok összesítésére, a tételek átkódolására, valamint a mérések elvégzéséhez szükséges skálaértékek és pontszámok létrehozására.

1. Az Endometriosis Health Profile magyar mintán való megbízhatóságának vizsgálatát megelőzően a szükséges a Cronbach- α értékeket hoztam létre.
2. A magyar és az eredeti kutatásban szereplő brit értékek összehasonlítását a kétmintás t-próba próbastatisztika képletének alkalmazásával végeztem el táblázatkezelő programban írt algoritmus segítségével és Student t-értékek táblázata felhasználásával a szignifikanciaszint megállapításához. A statisztikai próba alkalmazását indokolta, hogy az eredeti vizsgálat felvett adatai nem, viszont a mintaelemszám, az elméleti átlagok és a szórások elérhetőek voltak.
3. Az Endometriosis Health Profile összevetése a vizsgálatban használt depresszió és szorongás kérdőívekkel való összevetéséhez korreláció-elemzést végeztem el, amely során pozitív együttjárást vártam el a mérőeszközök között.
4. A depresszió skálán kapott értékeket a skálához tartozó csoportosítás alapján elemzem, a vizsgálatban felhasznált mintaelemszám ($n = 67$) statisztikailag nem teszi lehetővé az egészséges magyar mintával összefüggő regressziós elemzések elvégzését.

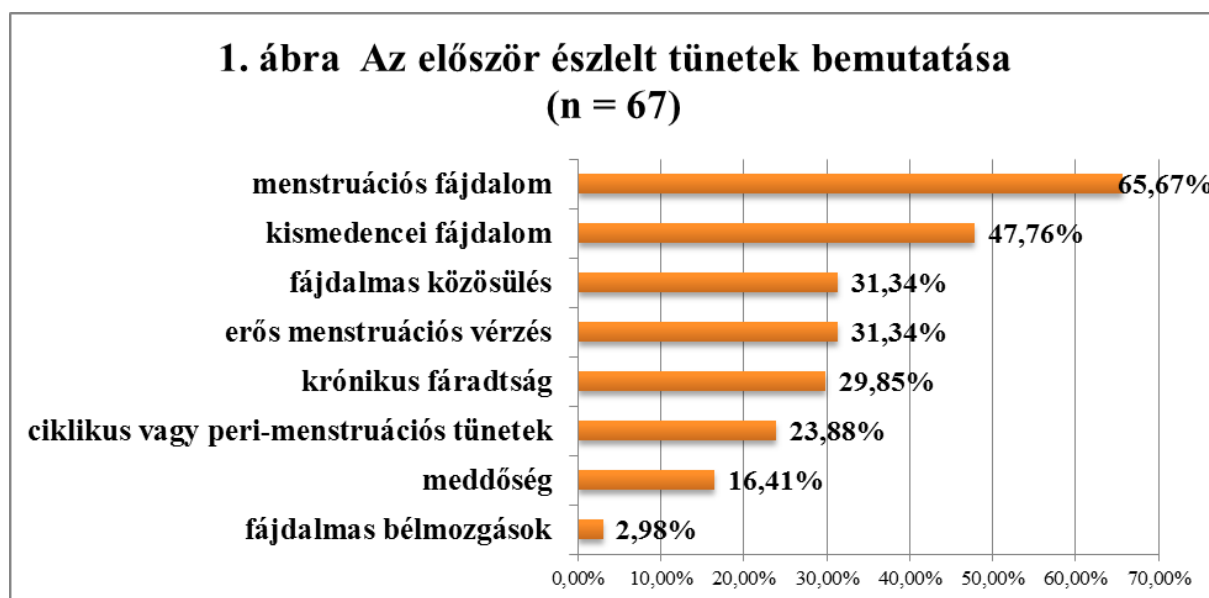
5. A szorongás skála értékeit a magyar átlagértékekkel való elemzését a szórások mentén értelmezem, további elemzésekre a fenti leírtak alapján ebben az esetben sem volt mód.
6. A vizsgálatba bevont két nyitott kérdést a tartalomelemzés módszerével elemeztem.

III. Eredmények

III. 1. A minta betegséggel összefüggő jellegzetességei

A válaszadók életében ($n = 62$) átlagosan 26,27 évesen ($\sigma = 5,96$) jelentkeznek az első endometriózishoz köthető tünetek, a legkorábbi életkor 11, a legidősebb 46 év volt.

Az először észlelt tünetek eloszlását az 1. ábra mutatja be, az eredmények szerint a vizsgált női mintán belül az endometriózis legnagyobb mértékben először a menstruációs és kismencedei fájdalomélményben jelentkezik. Az endometriózis általános tüneti jellemzői mellett, – amely tünetek egymással párhuzamosan is fennállhatnak, – megjelent a bélmozgás fájdalmas tünete is, amely elsősorban a bél-endometriózishoz köthető.



A vizsgált nők ($n = 61$) esetében az első tünetek jelentkezése és a szakorvosi segítségkérés között átlagosan 1,47 év ($\sigma = 2,95$) telik el, amelyben közrejátszhat annak ténye is, hogy a legtöbb nő számára tisztázatlan a normálisnak tekinthető menstruációs fájdalom fogalma, ezért erős, abnormális tüneteket olykor normálisnak címkézhetik.

Az önbeszámolók szerint az endometriózis diagnózisának megszületéséig átlagosan 3,19 különböző nőgyógyász ($\sigma = 3,08$) vizsgálta meg a megkérdezett nőket. A diagnózis megszületéséig a felkeresett nőgyógyászok számának vizsgálata szerint az esetek 31,3

százalékban elég volt egyetlen, 17,9 százalékban kettő szakorvos felkeresése, míg 50,8 százalékban három és annál több nőgyógyász felkeresésére volt szükség. A szakorvosok felkeresése mellett a nem nőgyógyász szakemberek (például: reflexológus, akupunktőr, homeopata) szolgáltatásait a válaszadók 32,35 százaléka vette igénybe a diagnózis megszületése előtt.

A diagnózis és az első nőgyógyász szakorvos – a tünetek miatti – felkeresése között átlagosan 1,60 év ($\sigma = 3,35$) telik el, a vizsgálatban résztvevő nők 77,8 százaléka egy éven belül kapott diagnózist, míg a maximális időtartam 13-17 év volt.

Az első tünetek és a diagnózis megszületése között összességében átlagosan 3,46 év telt el ($\sigma = 5,04$) ($n = 45$).

A kitöltők 89,6 százaléka ($n = 60$) esett át műtéti beavatkozáson, 52 személynél laparoszkópos és 23 személynél laparotomiás műtetre került sor (15 esetben a műtéti beavatkozások mindkét formája megjelent).

A műtéti beavatkozások száma szerint a nők 47,8 százaléka ($n = 32$) egy, 22,4 százaléka ($n = 15$) két, míg 29,8 százaléka három vagy annál több műtétről számolt be, valamint a kitöltők között ketten jelenleg éppen további műtetre várnak.

A vizsgált nők 43,4 százalékának személyes kapcsolatait nem befolyásolta negatívan a betegsége, míg a nők 56,7 százalékának ($n = 38$) személyes kapcsolataira negatív hatással bírt, s 11,9 százalékánál ($n = 8$) az aktuális párkapcsolat megszakadásához vezetett.

III. 2. Az Endometriosis Health Profile

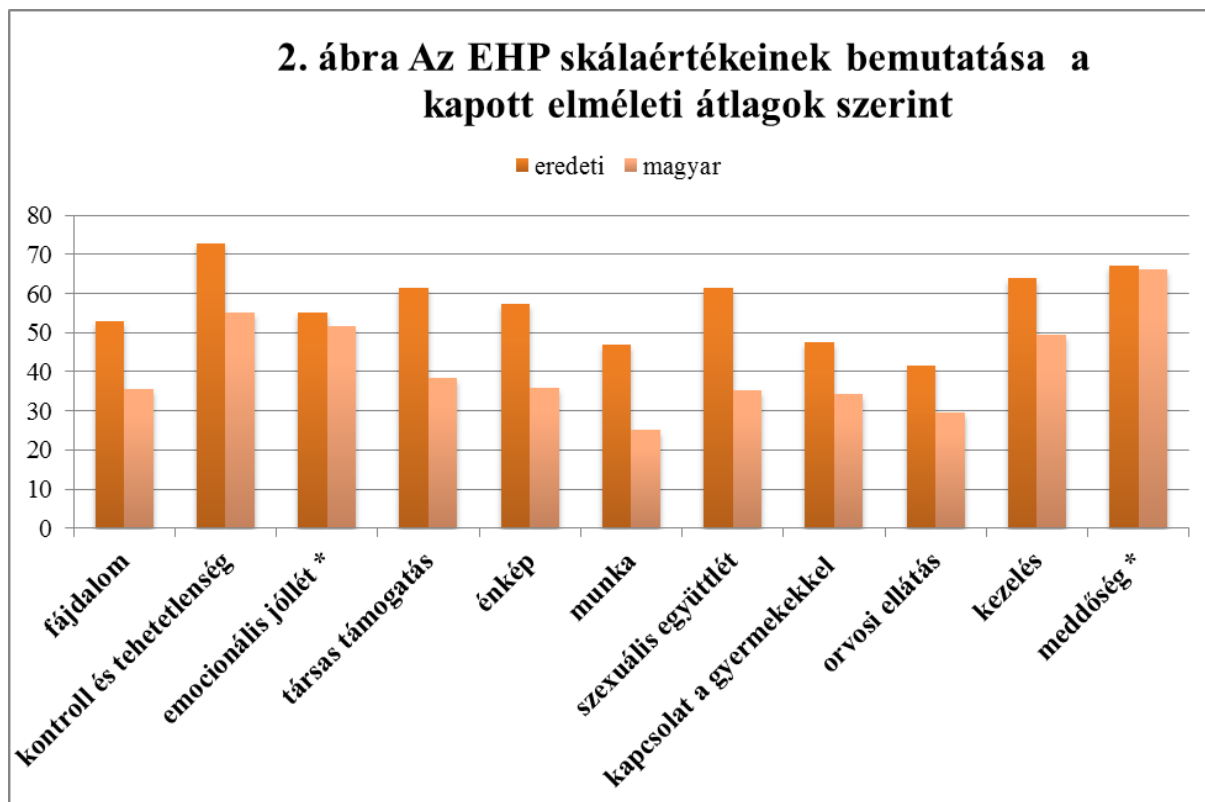
III. 2. 1. A belső konzisztencia

Az eredmények megbízhatóságának vizsgálata kapcsán végzett belső konzisztencia eredményeket az 1. táblázat tartalmazza. A Cronbach- α értékeket megfelelőnek találtam. A kérdőív eredeti és magyar mintán kapott Cronbach- α értékeit az 1. számú melléklet szemlélteti.

1. táblázat Az Endometriosis Health Profile belső konzisztencia vizsgálata			
Skálák	Cronbach- α	Skálák	Cronbach- α
Fájdalom (Pain)	0,95	Munka (Work)	0,88
Kontroll és tehetetlenség (Control and powerlessness)	0,92	Kapcsolat a gyermekekkel (Relationship with children)	0,98
Emocionális jóllét (Emotional well-being)	0,91	Szexuális együttlét (Intercourse)	0,92
Társas támogatás (Social support)	0,88	Orvosi ellátás (Medical profession)	0,90
Énkép (Self-image)	0,83	Kezelés (Treatment)	0,66
		Meddőség (Infertility)	0,87

IV. 2. 2. A skálaértékek összehasonlító elemzése

Az Endometriosis Health Profile mérőeszközt bemutató eredeti cikkben szereplő adatokkal összevetve a magyar mintán kapott eredményeket a kapott pontszámok szerint a 2. ábra ábrázolja. A csillaggal (*) jelölt skálaértékek elméleti átlagai a kétmintás t-próbastatisztika eredményei alapján szignifikáns eltérést nem mutatnak a brit és magyar mintán, a többi skálaérték statisztikailag különbözik egymástól. Az EHP eredeti brit és magyar mintán kapott átlagokat és szórásokat a 2. számú melléklet tartalmazza.



III. 2. 3. Korrelációs vizsgálat

A korrelációs vizsgálat során az Endometriosis Health Profile első harminc tételén alapuló alapskálák összesített értékeit a Beck Depresszió Skála, valamint a Vonás Szorongás Kérdőív pontszámaival Pearson-féle korráció vizsgálatával hasonlítottam össze. Az alkalmazott próba elvégzése előtt ellenőriztem az alkalmazási előfeltételek teljesülését. A vizsgálatba bevont változók intervallum skála mentén helyezkednek el, továbbá a normalitás és a szóráshomogenitás nem sérül (ld. 3. számú melléklet). A statisztikai próbában kapott eredményeket a 2. táblázat szemlélteti. Az eredmények szerint az életminőség negatív összefüggést mutat a depresszióval és a szorongással, tehát minél magasabb értéket mutat az életminőség kérdőív (EHP-30) – vagyis minél inkább rosszabb a személy életminősége, annál magasabb pontszámot érhet el a depresszió és szorongás értékeiben.

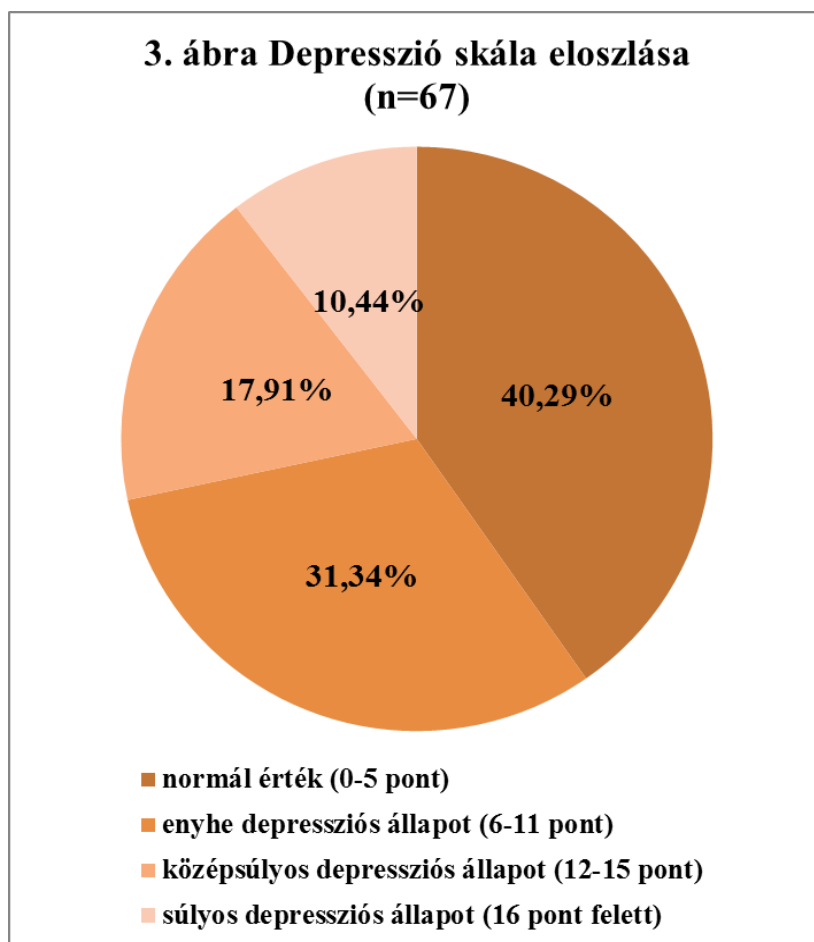
2. táblázat A mérőeszközök közötti korrelációs eredmények

EHP-30	Pearson -korreláció	Szignifikancia	Elemzés
BDI-13	0,702	$p < 0,000$	58
STAI-T	0,644	$p < 0,000$	58

III. 3. A depresszió és a szorongás

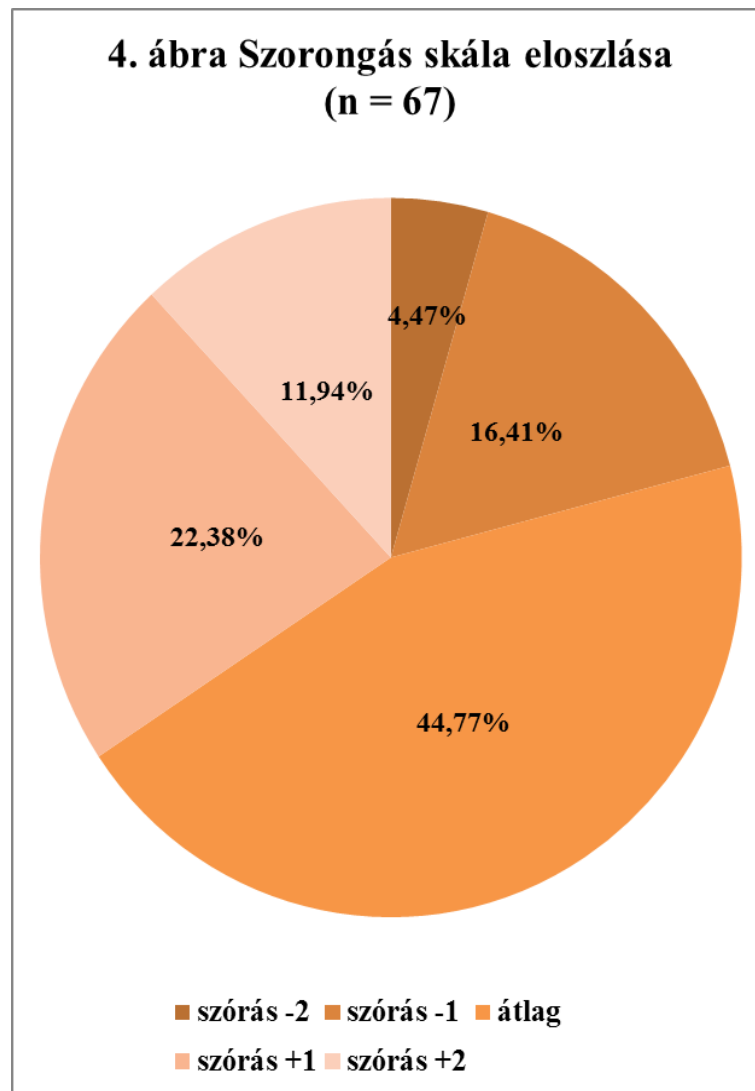
III. 3. 1. A Beck Depresszió Skála

A Beck Depressziós Skála csoportosítási értékek szerinti eloszlása a 3. ábrán látható. A vizsgálati minta 59,69 százalékánál normál értékhatárt meghaladó értéket kaptam, amelyek között 10,44 százaléknál mutatkoztak a súlyos depressziós tünetek.



III. 3. 2. A Vonás Szorongás Kérdőív (STAI-T)

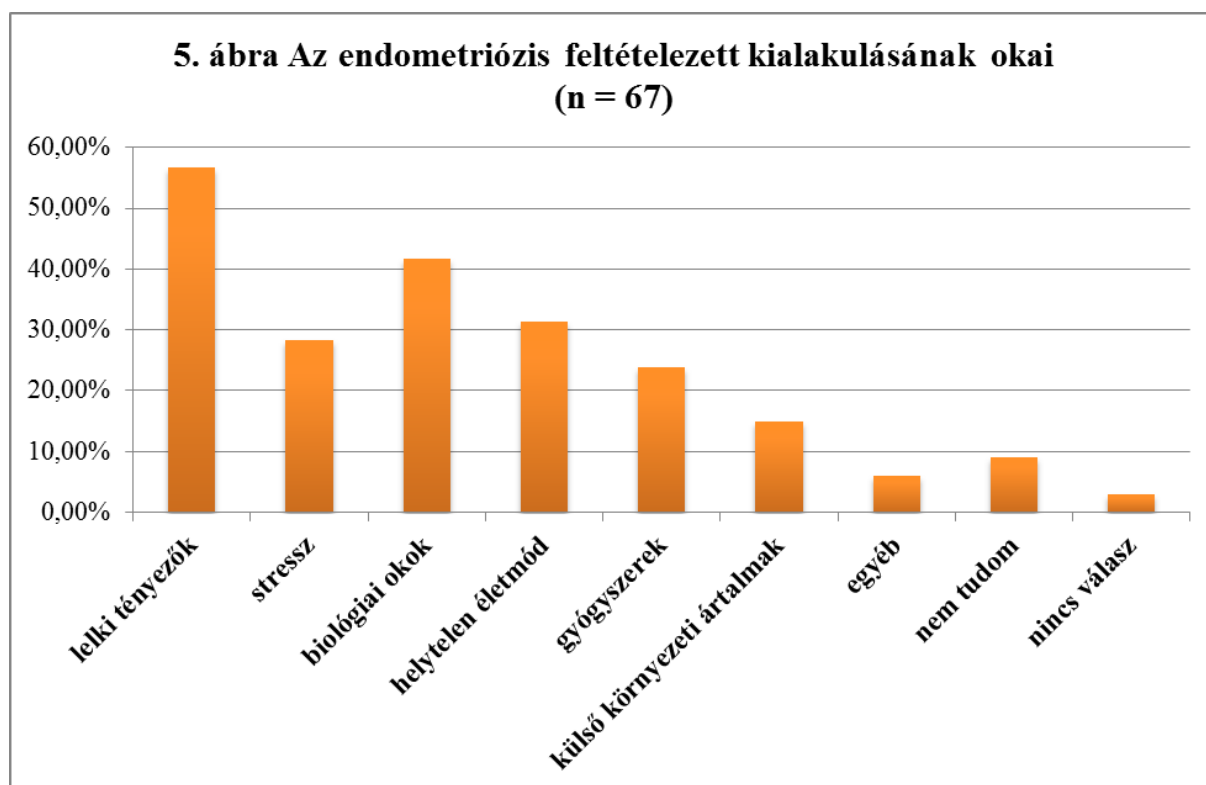
A Vonás Szorongás Kérdőív csoportosítási értékek szerinti eloszlása a 4. ábrán látható. A vizsgálati minta 34,32 százaléknál mutatkoztak az átlagnál magasabb arányban szorongásos tünetek.



III. 4. A nyílt kérdések és eredményei

III. 4. 1. Az endometriózis feltételezett kiváltó tényezői

Az endometriózis feltételezett kiváltó tényezőinek vizsgálata során a vizsgálati személyek szövegesen válaszolhattak a következő kérdésre – Mit gondol, az Ön esetében, mik az endometriózis kiváltó tényezői? –, pályamunkámban a kapott válaszokat kategória és gyakoriság szerint mutatja be az 5. ábra (a részletes eredmények a 4. számú mellékletben találhatóak).



A vizsgálatban résztvevő nők 56,71 százaléka lelki okokra vezette vissza saját betegségének kialakulását. A lelki tényezők között kiemelkedően a következők jelentek meg: rossz szociális kapcsolat, kiegyensúlyozatlanság, veszteségélmény, szorongás és félelem, a nőiség el nem fogadása.

A lelki okok mellett külön kategóriába soroltam a feltételezett kiváltó tényezők közül a nagymértékű stresszt, amelyet a kitöltők 28,35 százaléka észlelt saját életében az endometriózis kialakulásával egy időben. A nagymértékű stressz megjelenését – a beszámolók szerint – mind családi, párkapcsolati, mind munkahelyi konfliktusok és nehézségek előidézhették.

A biológiai tényezők – elsődlegesen a genetika – szerepét a kitöltők 41,79 százaléka tekinti a kialakulás okának. A válaszadók 31,34 százaléka szerint a helytelen életmód – egészségtelen táplálkozás, mozgásszegény életmód – is okozhatta a tünetek megjelenését. A gyógyszerek káros hatását a vizsgálati személyek 23,88 százaléka látta a betegség forrásának, a szedett gyógyszerek között elsősorban a fogamzásgátló szedése, illetve a tabletták szedésének abbahagyása jelent meg. Érdekes észrevétel, hogy az endometriózis kezelésére a fogamzásgátlók szedése ajánlott és elfogadott. A válaszadók 14,92 százaléka jelezte a külső környezeti ártalmak – kiemelten az élelmiszerekben és a kozmetikai szerekben található mérgező anyagok – az endometriózis feltételezett kialakulásában játszott szerepét.

Az egyéb kategória a máshova be nem sorolható válaszokat tartalmazza, összesen három besorolhatatlan válasz érkezett, amelyek nem a feltett kérdésre – a feltételezett kiváltó okokra – válaszoltak. Hat kitöltő nem tudott választ adni, s ezt írásban jelezte, míg két kitöltő nem élt a válaszadási lehetőséggel.

III. 4. 2. Az orvosi kezelést kiegészítő módszerek

Az endometriózis orvosi kezelése mellett a kiegészítő kezelések megválasztása és használatára vonatkozó gyakorisági adatok nem ismertek, pontos hatékonyságukat nem vizsgálták, ezáltal az endometriózis kezelésében betöltött szerepe tudományosan nem alátámasztott.

A vizsgálati személyesek szövegesen válaszolhattak a következő kérdésre: Az orvosi kezelésen túl milyen kiegészítő módszerekkel próbálkozott a tünetei/betegsége kezelésében? Az eredményeket kategória és gyakoriság szerint mutatja be az 6. ábra (a részletes eredmények az 5. számú mellékletben találhatóak).

A megkérdezett nők 65,67 százaléka a tünetek megjelenését követően változtatott a táplálkozási szokásain, ezen elsősorban különböző táplálkozási irányzatoknak megfelelő diétákat kell érteni – kiemelkedően a makrobiotikát, amely táplálkozási irányzatot a válaszadók 22,38 százaléka használta a betegségének kezelése céljából.

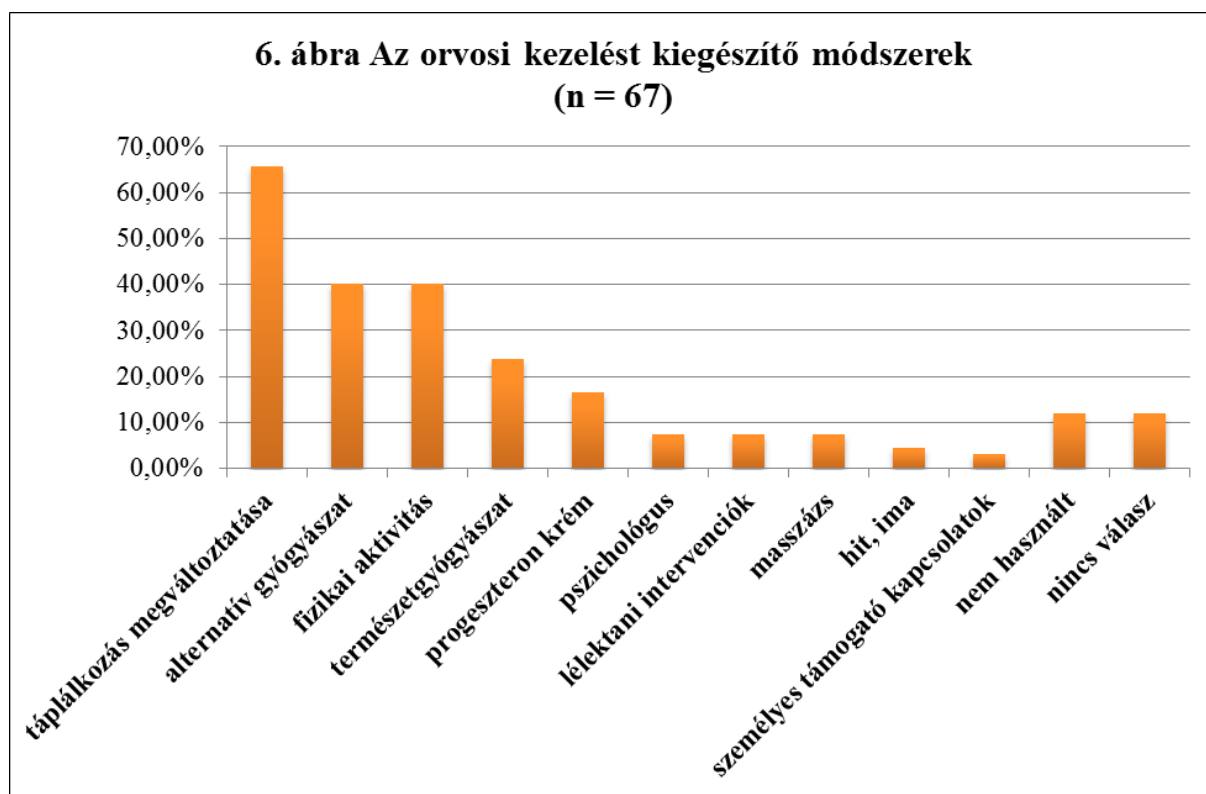
A vizsgálati személyek 40,29 százaléka alternatív gyógyászati segítséget vett igénybe, az alternatív kezelések között megjelent az akupunktúra, a homeopátia, a reflexológia, a prana nadi (energiagyógyászat), az asztrológus és a jós is. Az alternatív gyógyászat mellett a

válaszadók 23,88 százaléka számolt be természetgyógyászati módszerek, készítmények – kiemelkedően a gyógyteák – használatáról.

A rendszeres mozgás bevezetése a válaszadó nők 40,29 százalékában jelent meg, a fizikai aktivitások között a sport, Arwen-torna (kismedencei szervek megmozgatására kifejlesztett torna) és a jóga szerepelt.

A további kategóriák – a progeszteron krém, a pszichológus, a lélektani intervenció (például az agykontroll, a pozitív gondolkodás és a családállítás), a masszázs, a hit és a személyes támogató kapcsolatok, endometriózisban érintett nőkkel való beszélgetés és kapcsolattartás – alacsonyabb százalékos eloszlásban jelentek meg.

A kitöltő nők között nyolcan jelezték, hogy nem használtak alternatív kezelési módokat, további nyolc személy pedig nem élt a válaszadás lehetőségével.



IV. Diszkusszió

A vizsgálatban részt vevő nők életkori érintettsége a szakirodalmi adatoknak megfelelő, vagyis a vizsgálati kérdőív kitöltésének időpontjában és az első tüneteik megjelenésekor aktív, reprodukív éveikben voltak. A minta alapján az endometriózis első megnyilvánulása – menstruációhoz követhető – fájdalomtünetekben jelentkezik. Az endometriózis kapcsán megjelenő orvostudományi diagnosztikai nehézségek az első szakorvos – tünetek miatti – felkeresése és a diagnózis megszületése között eltelt idő hosszában – átlagosan 1,60 év ($\sigma = 3,35$) – is megjelentek, a kezelési nehézségek döntően az endometriózis kiújulása miatti műtéti beavatkozások számában mutatkoznak meg.

Az Endometriosis Health Profile az életminőség mérésére készült mérőeszköz magyar mintán való alkalmazása megbízhatónak bizonyult, az eredmények szerint az életminőség negatív összefüggést mutat a depresszióval és a szorongással. Az életminőség mérése során az érintett nők leginkább a várandósság lehetőségének elvesztése miatt aggódnak, a betegség miatt kialakuló tünetek feletti kontroll és tehetetlenség további problémákat és nehézségeket helyez a betegeknek, amely az emocionális jóllétükben is megmutatkozik. Az eredeti, brit eredményekhez képest a magyar eredmények alacsonyabb értékeket mutatnak, amely oka kulturális és az egészségügyi ellátórendszer különbségeiben keresendő.

A vizsgálati nők több mint felénél normál értékhatárt meghaladó depresszív tünetek jelentek meg, míg több mint harmadánál az átlagnál magasabb arányban szorongásos tünetek mutatkoztak, amely eredmények az életminőség skálán mért emocionális jóllétben is megfigyelhető rosszabb állapotot is alátámaszthatják. Érdekes szempont a fentiek ismeretében, hogy a vizsgálatban résztvevő nők 56,71 százaléka lelki okokra és 28,35 százaléka nagymértékű észlelt stressz-szintre vezette vissza saját betegségének kialakulását. Ugyanakkor a kiegészítő kezelések között a pszichológus és a lélektani intervenciók igénybevételét a kitöltő 14,92 százaléka választotta.

A női beszámolók szerint az orvosi kezelés mellett az életmód – táplálkozás és fizikai aktivitás – megváltoztatása és az alternatív kezelések igénybevétele jelent meg leggyakrabban a kiegészítő kezelések között, kiemelkedően a makrobiotika és a rendszeres sport a mindennapi életbe való bevezetése.

V. Kitekintés

Az endometriózissal kapcsolatos vizsgálatok döntő részét a vizsgált nőgyógyászati megbetegedés kialakulásával, diagnosztikai és kezelési eljárásaival foglalkozó tudományos vizsgálatok képezik. A betegség rejtélyességével kapcsolatos kérdések megválaszolására máig nem került sor. A páciensekben is felmerülő kérdések megválaszolatlansága miatt megjelenő frusztráció hatásai a pszichoszociális faktorokban is mérhetőek.

Az önbeszámoló alapján kapott válaszok szerint a nőgyógyászati betegség kialakulásában döntően a lelki tényezők játszanak szerepet, ezért szükség lenne az endometriózis pszichológiai jellemzőinek nagyobb minta bevonásával való elemzésére a megfelelő statisztikai próbák elvégzésének céljából, továbbá újabb aspektusok – énkép, megküzdés, előnytalálás – feltérképezésére, amire 2013 tavaszától további vizsgálatot tervezünk.

Az orvosi kezelések mellett megjelenő kiegészítő kezelések bizonyított hatékonyságvizsgálata újabb érdekes kutatási terület lenne. A Semmelweis Egyetem munkatársai az endometriózis kiújulása és a speciális táplálkozás közötti összefüggések vizsgálatát tervezni elvégezni magyar mintán. Hasonló kutatásokra mindenképpen szükség van, hiszen az ajánlott kiegészítő kezelések túl széles palettán mozognak, s többségük nem eredményezi az ígért hatást. Az endometriózissal élő nők a fájdalomtüneteik enyhítése miatt minden létező módszert kipróbálnak, amelyek alkalmazása során megjelenő kudarc tovább súlyosbíthatja a depresszív és szorongásos tünetek és a kontrollálhatatlanság, tehetetlenség érzésének megjelenését.

Az endometriózis pszichológiai aspektusainak vizsgálata során szükséges lenne a prevenciók és pszichológiai intervenciók hatékonyságának feltárására is. A fentiek megvalósításához elsősorban a megfelelő – női egészséggel kapcsolatos – prevenciók és edukációs programok létrehozására, elvégzésére és értékelésére lenne hasznos. Továbbá fontos lenne a betegségben érintett nők tájékoztatása a megfelelő – képzettségű és a betegséget ismerő – pszichológiai szakemberek által nyújtott szaksegítségéről.

Összefoglalóan elmondható, hogy az endometriózis máig egy rejtélyes nőgyógyászati megbetegedés, amely komplex – orvostudományi és lélektani – elemzése és kutatása napjaink kurrens vizsgálódási területe, s amely vizsgálati eredményekre kiemelkedően szükség van.

VI. Melléklet

1. számú melléklet - Az EHP eredeti és magyar Cronbach- α értékei		
Skálák	Cronbach- α	
	eredeti értékei	magyar értékei
Fájdalom (Pain)	0,93	0,95
Kontroll és tehetetlenség (Control and powerlessness)	0,89	0,92
Emocionális jóllét (Emotional well-being)	0,89	0,91
Társas támogatás (Social support)	0,86	0,88
Énkép (Self-image)	0,83	0,83
Munka (Work)	0,95	0,88
Kapcsolat a gyermekekkel (Relationship with children)	0,97	0,98
Szexuális együttlét (Intercourse)	0,96	0,92
Orvosi ellátás (Medical profession)	0,95	0,90
Kezelés (Treatment)	0,79	0,66
Meddőség (Infertility)	0,92	0,87

2. számú melléklet - Az EHP eredeti és magyar átlagok és szórások

	eredeti értékek		magyar értékek	
	átlag	szórás	átlag	szórás
Fájdalom (Pain)	53,03	21,51	35,60	26,86
Kontroll és tehetetlenség (Control and powerlessness)	72,72	21,04	55,04	28,84
Emocionális jóllét (Emotional well-being)	55,21	20,33	51,64	26,23
Társas támogatás (Social support)	61,42	24,42	38,36	28,85
Énkép (Self-image)	57,22	26,74	35,85	27,88
Munka (Work)	47,01	27,41	25,22	24,37
Kapcsolat a gyermekekkel (Relationship with children)	47,53	24,54	34,37	36,65
Szexuális együttlét (Intercourse)	61,30	29,29	35,39	30,82
Orvosi ellátás (Medical profession)	41,47	27,62	29,71	29,39
Kezelés (Treatment)	63,95	24,17	49,34	26,34
Meddőség (Infertility)	67,06	27,84	66,16	27,80

3. számú melléklet – A Pearson-korreláció alkalmazási előfeltételei

	Kolmogorov-Smirnov próba értéke	Szignifikancia	Mintaeleszám
EHP-30	0,931	0,352	58
BDI-13	1,035	0,235	67
STAI-T	0,498	0,965	67
	Levene-próba (homogenitás teszt) értéke	Szignifikancia	Mintaeleszám
EHP-30	1,276	0,270	58
BDI-13	1,721	0,088	67
STAI-T	1,256	0,274	67

4. számú melléklet - Az endometriózis feltételezett kiváltó tényezői

Kategóriák	Válaszadók aránya (%)	Adott válaszok száma (db)
lelki tényezők	56,71%	38
• rossz szociális kapcsolat	13,43%	9
• kiegyensúlyozatlanság	11,94%	8
• veszteségélmény	10,44%	7
• szorongás, félelem	7,46%	5
• nőiség el nem fogadása	4,47%	3
stressz	28,35%	19
biológiai okok	41,79%	28
• genetika	37,31%	25
helytelen életmód	31,34%	21
• egészségtelen táplálkozás	22,38%	15
• mozgásszegény életmód	7,46%	5
gyógyszerek	23,88%	16
• fogamzásgátló szedése	17,91%	12
külső környezeti ártalmak	14,92%	10
• vegyszerek (ételek, kozmetikumok)	7,46%	5
egyéb	5,97%	4
nem tudom	8,95%	6
nincs válasz	2,98%	2

5. számú melléklet - Az orvosi kezelést kiegészítő módszerek

Kategóriák	Válaszadók aránya (%)	Adott válaszok száma (db)
táplálkozás megváltoztatása	65,67%	44
• makrobiotika	22,38%	15
• diéta	17,91%	12
• táplálkozás-változtatás	13,43%	9
• vitamin	8,95%	6
• paleolit diéta	2,98%	2
• táplálékkiegészítők	1,49%	1
alternatív gyógyászat	40,29%	27
• akupunktúra	8,95%	6
• homeopátia	8,95%	6
• reflexológia	8,95%	6
• prana nadi	2,98%	2
• egyéb	10,44%	7
fizikai aktivitás	40,29%	27
• sport	20,89%	14
• Arwen-torna	14,92%	10
• jóga	4,47%	3
természetgyógyászat	23,88%	16
progeszteron krém	16,41%	11
pszichológus	7,46%	5
lélektani intervenciók	7,46%	5
masszázs	7,46%	5
hit, ima	4,47%	3
személyes támogató kapcsolatok	2,98%	2
nem használt	11,94%	8
nincs válasz	11,94%	8

VII. Felhasznált irodalom

- Abbott, J. A., Hawe, J., Clayton, R. D., & Garry, R. (2003). The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up. *Hum Reprod*, 18(9), 1922-1927.
- Barton-Smith, P., Ballard, K., & Kent, A. S. H. (2006). Endometriosis: A general review and rationale for surgical therapy. *Reviews in Gynaecological and Perinatal Practice*, 6(3-4), 168-176.
- Beck, A.T., Ward, C.H. et al. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiat*, 4: 561-571.
- Bokor A. (2010). Endometriosis in Hungary. ESHRE guidelines for the diagnosis and treatment of endometriosis. Presentation and interactive discussion. ESHRE Campus Hungary.
- Borsos A., Urbancsek J. (2009). A női nemi szervek élettani működése és funkcionális zavarai, In: Papp Zoltán (szerk., 2009): *A szüléset-nőgyógyászat tankönyve*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 102-105.
- De Nardi, P., & Ferrari, S. (2011). *Deep Pelvic Endometriosis*. Italy: Springer.
- Denny, E. (2004). Women's experience of endometriosis. *J Adv Nurs*, 46(6), 641-648.
- Jarvis, S. (2010). A nők egészségkönyve *Minden, amit egy nőnek tudnia kell* (pp. 101): Geopen Könyvkiadó.
- Evans, S., & Bush, D. (2005). *Endometriosis and Pelvic Pain*. Adelaide, South Australia: Dr Susan F Evans Pty Ltd.
- Flyckt, R., Lyden, S., Roma, A., & Falcone, T. (2011). Post-menopausal endometriosis with inferior vena cava invasion requiring surgical management. *Hum Reprod*, 26(10), 2709-2712.
- Fourquet, J., Baez, L., Figueroa, M., Iriarte, R. I., & Flores, I. (2011). Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. *Fertil Steril*, 96(1), 107-112.
- Fourquet, J., Gao, X., Zavala, D., Orengo, J. C., Abac, S., Ruiz, A., et al. (2010). Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertil Steril*, 93(7), 2424-2428.

- Gao, X., Yeh, Y. C., Outley, J., Simon, J., Botteman, M., & Spalding, J. (2006). Health-related quality of life burden of women with endometriosis: a literature review. *Curr Med Res Opin*, 22(9), 1787-1797.
- Huhtinen, K., Perheentupa, A., Poutanen, M., & Heikinheimo, O. (2011). [Pathogenesis of endometriosis]. *Duodecim*, 127(17), 1827-1835.
- Jones, G., Jenkinson, C., & Kennedy, S. (2004). The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 25(2), 123-133.
- Jones, G., Kennedy, S., Barnard, A., Wong, J., & Jenkinson, C. (2001). Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstet Gynecol*, 98(2), 258-264.
- Kopp M., Fóris N. (1993). A szorongás kognitív viselkedésterápiája, Végeken Sorozat, Budapest
- Kossi, J., Setälä, M., Mäkinen, J., Harkki, P., & Luostarinen, M. (2012). Quality of life and sexual function 1 year after laparoscopic resectosigmoid resection for endometriosis. *Colorectal Dis*.
- Lorencatto, C., Petta, C. A., Navarro, M. J., Bahamondes, L., & Matos, A. (2006). Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(1), 88-92.
- Mahutte, N. G., & Arici, A. (2002). New advances in the understanding of endometriosis related infertility. *J Reprod Immunol*, 55(1-2), 73-83.
- Oehmke, F., Weyand, J., Hackethal, A., Konrad, L., Omwandho, C., & Tinneberg, H. R. (2009). Impact of endometriosis on quality of life: a pilot study. *Gynecol Endocrinol*, 25(11), 722-725.
- Palep-Singh, M., & Gupta, S. (2009). Endometriosis: associations with menopause, hormone replacement therapy and cancer. *Menopause Int*, 15(4), 169-174.
- Pinkert, T. C., Catlow, C. E., & Straus, R. (1979). Endometriosis of the urinary bladder in a man with prostatic carcinoma. *Cancer*, 43(4), 1562-1567.
- Polyzos, N. P., Fatemi, H. M., Zavos, A., Grimbizis, G., Kyrrou, D., Velasco, J. G., et al. (2011). Aromatase inhibitors in post-menopausal endometriosis. *Reprod Biol Endocrinol*, 9, 90.
- Prapas, Y., Goudakou, M., Matalliotakis, I., Kalogeraki, A., Matalliotaki, C., Panagiotidis, Y., et al. (2012). History of endometriosis may adversely affect the outcome in menopausal recipients of sibling oocytes. *Reprod Biomed Online*, 25(5), 543-548.

- Roth, R. S., Punch, M., & Bachman, J. E. (2011). Psychological factors in chronic pelvic pain due to endometriosis: a comparative study. *Gynecol Obstet Invest*, 72(1), 15-19.
- Sepulcri Rde, P., & do Amaral, V. F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 142(1), 53-56.
- Setälä, M., Harkki, P., Matomäki, J., Mäkinen, J., & Koss, J. (2012). Sexual functioning, quality of life and pelvic pain 12 months after endometriosis surgery including vaginal resection. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 91(6), 692-698.
- Siedentopf, F., Tariverdian, N., Rucke, M., Kentenich, H., & Arck, P. C. (2008). Immune status, psychosocial distress and reduced quality of life in infertile patients with endometriosis. *Am J Reprod Immunol*, 60(5), 449-461.
- Sipos K., Sipos M. (1978). The development and validation of the hungarian form of the STAI. In. Spelberer, C.D., DiazGuerrero (szerk.). *Cross-Cultural Anxiety*. 2. Hemisphere Publishing Corporation. Washington-London. 51-61.
- Souza, C. A., Oliveira, L. M., Scheffel, C., Genro, V. K., Rosa, V., Chaves, M. F., et al. (2011). Quality of life associated to chronic pelvic pain is independent of endometriosis diagnosis--a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes*, 9, 41.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California. Consulting Psychologist Press.
- Tripoli, T. M., Sato, H., Sartori, M. G., de Araujo, F. F., Girao, M. J., & Schor, E. (2011). Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *J Sex Med*, 8(2), 497-503.
- Vercellini, P., Somigliana, E., Viganò, P., Abbiati, A., Daguati, R., & Crosignani, P. G. (2008). Endometriosis: current and future medical therapies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 22(2), 275-306.
- Viganò, P., Parazzini, F., Somigliana, E., & Vercellini, P. (2004). Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(2), 177-200.
- Vinatier, D., Orazi, G., Cosson, M., & Dufour, P. (2001). Theories of endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 96(1), 21-34.
- Waller, K. G., & Shaw, R. W. (1995). Endometriosis, pelvic pain, and psychological functioning. *Fertil Steril*, 63(4), 796-800.

- Yasui, T., Hayashi, K., Mizunuma, H., Kubota, T., Aso, T., Matsumura, Y., et al. (2011). Association of endometriosis-related infertility with age at menopause. *Maturitas*, 69(3), 279-283.
- Zhao, L., Wu, H., Zhou, X., Wang, Q., Zhu, W., & Chen, J. (2012). Effects of progressive muscular relaxation training on anxiety, depression and quality of life of endometriosis patients under gonadotrophin-releasing hormone agonist therapy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 162(2), 211-215.