

Emlődaganatos nőbetegek pre- és posztoperatív pszichológiai állapotának vizsgálata az észlelt fájdalom, betegségattribúciók, egészségmagatartás összefüggésében

Kriston Pálma

titkamitka@gmail.com

SZTE – BTK Pszichológiai Intézet

TDK 2014.

Témavezető: Prof. Dr. Csabai Márta

Összefoglaló

Az orvosi pszichológia kutatások kiemelt területe a kórházi fekvőbetegek pre- és posztoperatív pszichológiai állapotának feltárása. Jelen dolgozat célja volt megvizsgálni az emlődaganatos nőbetegek pszichológiai állapotát műtét előtt (szorongás, depresszió) és műtét után (szorongás, észlelt stressz, életminőség) az észlelt fájdalom, egészségmagatartás és betegségattribúciók összefüggésében. Hozzáférsi mintavétel alapján összesen 128 fő vett részt a kutatásban (műtét után 101 fő, átlagéletkor: 55,6 szórás=12,9). Eredményeink megerősítették a műtét előtti szorongásszint és a műtét után észlelt fájdalom összefüggését. Továbbá igazolást nyert a testmozgás protektív és a dohányzás rizikóhatása, a pszichológiai állapotra és az életminőségre nézve. A betegség attribúciós stílusok közül a pszichológiai és a pszichoszociális okfejtés szerepe volt meghatározó. A kapott eredményeket a szociodemográfiai mutatók különbségei tovább módosították. A dolgozat a védőfaktorok erősítésére, és további vizsgálatok kezdeményezésére hívja fel a figyelmet, a jelenség komplexebb megértéséhez.

Kulcsszavak: szorongás, depresszió, posztoperatív fájdalom, észlelt stressz, életminőség, dohányzás, testmozgás, attribúciós stílusok

Plágium nyilatkozat: A plágium szabályokat ismerem, és dolgozatomban azokat betartottam.

Kriston Pálma, 2014. november 20.

Tartalomjegyzék

1. ELMÉLETI HÁTTÉR.....	4
1.1. Helyzetkép, elméleti és kutatási irányvonalak.....	4
1.2. Életmód és egészségmagatartás.....	5
2.3. „Miért pont én” A betegséggel való szembesülés.....	7
1.4. Betegséggel kapcsolatos attribúciók.....	8
1.5. Pszichológiai státusz műtét előtt és után.....	10
1.6. Posztoperatív fájdalom.....	12
1.7. Életminőség.....	13
2. KUTATÁS.....	16
2.1. Módszerek.....	16
2.2. Kutatási kérdés, hipotézis.....	19
3. EREDMÉNYEK.....	20
3.1. Leíró statisztika: vonásszorongás, depresszió, észlelt stressz.....	20
3.2. Állapotszorongás műtét előtt és után.....	21
3.3. Szociodemográfiai háttér.....	21
3.3.1. Életkor és pszichológiai mutatók.....	21
3.3.2. Életkor és életminőség.....	22
3.3.3. Családi állapot és életminőség.....	23
3.4. Egészségmagatartás.....	24
3.4.1. Testmozgás és pszichológiai mutatók.....	24
3.4.2. Testmozgás és életminőség.....	25
3.4.3. Dohányzás, alkoholfogyasztás és életminőség.....	26
3.5. Betegséggel kapcsolatos attribúciók.....	27
3.6. Műtét előtti pszichológiai állapot és műtét után észlelt fájdalom.....	27
4. MEGVITATÁS.....	29
5. ÖSSZEFOGLALÁS.....	31
FELHASZNÁLT IRODALOM.....	32
MELLÉKLETEK.....	38

1. Elméleti háttér

1. 1. Helyzetkép, elméleti és kutatási irányvonalak

Az emlőrákos megbetegedés megfékezése és orvoslása kiemelt népegészségügyi prioritás világszerte. A modern diagnosztika, a korszerű műtét eljárások és terápiás technikák elterjedésével sikerült egyre több nőbetegnél azonosítani és kezelni a daganatos kórképet, a mortalitási (halálozás) és morbiditási (megbetegedés) statisztikák adatai azonban továbbra is emelkedő tendenciáról számolnak be e rákos megbetegedés előfordulásáról. Megfigyelték ezen kívül azt is, hogy nem csak a betegség primer stádiumában lévő páciensek száma magas, hanem a krónikus betegek között is egyre nagyobb a visszaesők száma (*Kásler és Ottó, 2008; Tiringier, 2007*). A szociodemográfiai mutatókra: életkor és iskolai végzettség összpontosító vizsgálatok a közép- és időskorúak csoportjánál, valamint az alacsony iskolai végzettségűek körében találták jellemzőbbnek a rákos megbetegedés előfordulását (*Dégi, 2008; Martikainen és Valkonen, 2000; Mehner és Koch 2008; idézi, Vahdaninia, Omidvari és Montazeri 2010*).

A jelenség hátterének megértése több egészséggel foglalkozó tudományterület elméleti és alkalmazott ágát kapcsolta működésbe. Ilyen például az egészségpszichológia területén megszületett teória: a biopszichoszociális egészségmodell. A paradigma felülírta a kauzális (ok-okozati) kapcsolatokra építő gondolkodást és a multikauzalitás, korreláción alapuló irány felé nyitott utat. Az új szemlélet szerint a betegség vizsgálatánál, lefolyásában és a kezelésnél figyelembe kell venni a biológiai (élettani) oldal mellett a pszichológiai (személyiségvonások, magatartásmintázat) és szociális tényezők (környezettel fenntartott kapcsolat) szerepét is. Mindhárom tényező állandó kölcsönhatásban van egymással, aminek következtében az egyensúlyi állapot a részek megfelelő funkcionálásával érhető csak el (*Kulcsár, 1998*). Az utóbbi időben e három dimenziót kiegészítették egy negyedik faktoral: a spiritualitással, ami a transzcendenciához fűződő viszony fontosságát hangsúlyozza az egészség: testi – lelki – szociális – spirituális jóllét elérése szempontjából (*McKee és Chappel 1992; idézi Nagy, 2009*).

A rendszerszemléletű megközelítés az orvostudomány bizonyos területeire, mint az immunológiára is jelentős hatást gyakorolt. A közelmúltban megszületett pszichoneuroimmunológia irányvonala főként az idegrendszer és az immunrendszer kapcsolatának beható vizsgálatával foglalkozik. (*Kulcsár, 1998*). A kutatások középpontjában leginkább a különféle stresszorok által előidézett neuroendokrin változások immunrendszerre ható következményeinek elemzése áll. A vizsgálatok eredményei szerint krónikus stresszhelyzet,

negatív életesemény hatására a védekező rendszer csökkent működése lép fel, ami a rákbetegség kialakulásának egyik jelentős rizikófaktor (Stauder, 2007).

Az elmúlt évtizedekben jelent meg az egészségpszichológia területén speciálisan a rákos megbetegedés pszichoszociális vonatkozásaival foglalkozó szakág is: az onkopszichológia. Célja egyrészt azon pszichológiai és szociális tényezők feltárása, amelyek összefüggésben állhatnak a betegség kialakulásával, lefolyásával; másrészt a daganatos betegek, hozzátartozók és a gyógyító team lelki működésének figyelemmel kísérése; nem utolsósorban a rehabilitációt segítő pszichoedukációs, magatartásterápiás kezelési lehetőségek hatékonyságának vizsgálata (Riskó, 1999; Tiring, 2007).

1. 2. Életmód, Egészségmagatartás

A daganatos megbetegedés kialakulásában szerepet játszó pszichoszociális tényezők közül az egyik kiemelten kutatott terület az életmód, egészségmagatartási elemek feltárása. Az egészséghez való viszonyulás, annak fenntartása, megőrzése, vagy rombolása ugyanis magatartási döntések függvénye, amelyekből a problémaviselkedés, konfliktusmegoldás választott lehetőségeire is következtethetünk. Az egészséggel kapcsolatos életmódbeli tényezők a magatartásformák alapján lehetnek kockázati (egészségkárosító) és preventív (megelőző) jellegűek. A legfontosabb egészségmagatartási minták közé sorolható a dohányzás, alkoholfogyasztás, drogfogyasztás, testmozgás és étkezési szokások (Pikó, 2002). A statisztikai adatok szerint a környezeti, életmódbeli faktorok 80% feletti valószínűséggel játszanak szerepet a rák kialakulásában, ebből 30 – 60% vezethető vissza a dohányzásra, alkoholfogyasztásra és a táplálkozásra (Tiring, 2007).

Nemzetközi és hazai szinten is megfigyelték az életminőséget veszélyeztető, egészségrizikó magatartásformák: szerhasználat (dohányzás, alkohol-, drogfogyasztás), mozgáshiányos életmód és helytelen táplálkozás terjedését a nők körében (Harlop és Marlatt 2010; Tombor, 2010). Az emelkedő tendenciát a pszichés distressz és depressziós tünet együttes arányával hozták összefüggésbe, ami náluk sokkal gyakoribb, mint a férfiaknál (Ádám, Cserhádi, Balog, és Kopp 2010). A nemi különbségek hátterében a nők stresszre való fokozottabb érzékenysége, a lehetséges stresszorok könnyebb felismerése állhat (Csabai és Molnár, 2009). A legmegterhelőbb stresszorok között tartják számon körükben a család – munkahely színterén bekövetkező szerepterhet, szerepkonfliktust; az informális kapcsolatokon belül (család, barát) jelentkező problémákat, negatív változásokat; és a nőiség,

testképhez való viszony kérdését (Czeplédi, Urbán, és Rigó, 2009; Szántó és Susánszky, 2010).

A tartósan fennálló stresszhelyzet betegség kockázatnövelő hatását a pszichoneuroimmunológia kutatások már megerősítették, ezért kiemelten fontos az adaptív megküzdési stratégiák alkalmazása az egyensúly visszaállítása érdekében. A coping stratégiák elemzésénél a legtöbb kutatás az érzelemfókuszú megküzdést találta a férfiakhoz képest jellemzőbbnek a nőknél, amely elsősorban az érzelmi egyensúlykeresést, affektív indíttatású cselekvést és a visszahúzódnás stratégiáját foglalja magában (Stauder, 2007). Ha egy stresszes eseményre adott reakció fatalista, veszteségként és megmásíthatatlan eseményként tekintenek rá, érzelemorientált megküzdési mechanizmus lép működésbe. A kontrollnélküliség állapotának tartós fennállása azonban - aktív cselekvés híján - a tanult tehetetlenség állapotába sodorhatja az egyént (Stauder 2007; Szabó, Szántó, Balog és Kopp, 2010).

A káros szenvedélyekkel való élés, és a táplálkozási zavarok mögött nemritkán a női szerep- és egyéb észlelt stresszből adódó szorongás, depressziós tünetegyüttes oldása áll, ami érzelempőzpontú, maladaptív megküzdési stratégiát feltételez (Bekker és Boselie, 2002; Patton, Carley, Coffey, Wolfe, Hibbert és Bowes, 1998). Az emlődaganatosok körében végzett vizsgálatok összesített eredményei a heti és napi szintű (10 g) alkohol elfogyasztásának rizikóhatására hívták fel a figyelmet, a dohányzásnál kismértékben, más élvezeti szerek együttes használatának kapcsolatán keresztül sikerült kockázati hatást kimutatniuk (Hamajima, Hirose, Tajima, Rohan, Calle és Heath 2002; McDonald, Williams, Dawkins, és Adams-Campbell, 2002). További vizsgálatok az elhízás, túlsúlyosság veszélyét hangsúlyozták, amely lényegesen csökkentette a mellrákos betegek túlélési esélyeit (Newman, Miller és Howe, 1986). Ezzel párhuzamosan a rendszeres testmozgás jótékony hatását is sikerült igazolniuk. Blackblock és munkatársai (2010) kísérletében kétnaponta 20 perc különböző intenzitású kerékpározás hozzájárult az emlőrákos betegek állapotszorongásának csökkenéséhez, más vizsgálatokban pedig az észlelt stressz csökkenését, és a mortalitás kockázatának redukcióját mutatták ki a rendszeres fizikai aktivitással összefüggésben (Holmes, Chen, Feskanich, Kroenke és Colditz, 2005; Loh, Tan, és Xavier, 2009).

1. 3. „Miért pont én?” – A betegséggel való szembesülés

A betegséggel való szembesülés gyakran vezet fizikai, pszichoszociális és spirituális egyensúlyvesztéshez, ami részben betudható annak, hogy a diagnózis a kulturális hagyomány következtében összefonódott a gyógyíthatatlan kór, halálos ítélet képzetével, noha a modern orvostudomány fejlődése által már lehetővé vált az időben felismert daganatok jelentős hányadának a gyógyítása (*Dégi és Balog* 2009, *Tiringer*, 2007). A diagnózisközlés kezdetben pszichés sokkot, krízisállapotot indukálhat a betegnél. Caplan definíciója szerint a krízis olyan külső esemény hatására bekövetkező kritikus állapot, amely az adott egyén számára érzelmileg hangsúlyos, semmiképp sem elkerülhető, ezért figyelmét az adott szituációra kénytelen összpontosítani, ám meglévő problémamegoldó készlete nem alkalmas a helyzet megváltoztatására, leküzdésére (*Caplan*, 1964; idézi: *Hajduska*, 2008). A daganatos betegségre adott krízis olyan gyászreakcióval hasonlatos állapot, amelyben a tárgyvesztést a saját egészség, a testi működésben való bizalom elvesztését jelenti. A sérthetlenség illúziójának megszűnésével a betegnek új állapotot kell felvenni szerepköreibe, beépíteni az identitásába (*Hajduska*, 2008).

Kübler-Ross (1969) tanulmányában a súlyos diagnózist követő pszichológiai reakciók öt stádiumát különböztette meg. Az első szakasz a tagadás, amelyben a betegek a diagnózist elutasítják, hárítják realitását. A második a félelem kritikus állapota, a leggyakoribb pszichés válasz ekkor a szorongás, bizonytalanságérzés. Riskó (1999) szerint a rákos betegek félnek a stigmatizáltság okozta izolálódástól, a kórházba kerülés kontrollvesztett állapotától, a műtét és kezelés következményeitől. A harmadik szakasz az alkudozás, amelyben a páciens alternatív terápia, kezelési módszerek felé próbál fordulni. A negyedik stádium a depresszió, különféle lelki énvédő mechanizmusok megnyilvánulása, végül az utolsó a megadás, a helyzet elfogadásának az állapota (*Kübler-Ross*, 1969; idézi *Enache*, 2012).

A betegség elfogadása után válik képessé a páciens a megváltozott élethelyzet új kihívásaival szembenézni. Ebben a szituációban kiemelt fontossággal bír a gyógyító szakember támogató hozzáállása, felértékelődik kommunikációs készsége, ugyanis a rossz hír megfelelő közlése és a teljes körű tájékoztatás már az elején csökkentheti a beteg félelmét, szorongását, bizonytalanságérzetét, nem utolsósorban növelheti az adherenciát orvos és beteg között (*Pilling*, 2004; idézi *Dégi és Balog*, 2009). A társas támogatást kiegészítve a spirituális hit, a betegség jelentésének, értelmének keresése bizonyítottan segítheti a lelki egyensúly helyreállítását (*Feher és Maly*, 1999; idézi *Nagy*, 2009).

1. 4. Betegséggel kapcsolatos attribúciók

A betegséggel való szembesülést gyakran követi a hirtelen bekövetkező, fenyegető esemény indítékainak feltárására irányuló törekvés, a betegség kialakulásáról való gondolkodás. Az attribúcióelmélet (oktulajdonítás) a szociálpszichológia tudományterületének fontos részét képezi, amelynek lényege az emberek különböző eseményekre adott magyarázatainak elemzésében áll. Az oktulajdonítás két fajtáját különböztetik meg: a belső, személyes jellemzőkön és a külső környezeti, helyzeten alapulókat (Csabai és Molnár, 2009; Rózsa, Kő, Krekó, Unoka, Csorba, Fecskó és Kulcsár 2008).

Az egészségpszichológia tudományterületén az attribúciók két szempont alapján csoportosíthatók: a betegségdiagnózist követően megjelenők, és a beteggé válás, gyógyulás folyamatának bármely szakaszában jelentkező tünetinterpretációk. „*A betegségattribúciók a betegség háttérében feltételezett, okozati összefüggéseket tartalmazó kognitív folyamatok jelölésére szolgálnak*” (Csabai és Molnár, 2009. 71. o.). Ezen ok-okozati kapcsolatok felállítását közvetlenül befolyásolja az egyén szocioökonómiai státusza: életkora, iskolai végzettsége, és pszichológiai jellemzői. Maga a diagnózis, a felismerés óta eltelt idő és a kóros állapotnak a súlyossága is összefüggésben áll a laikus attribúciós teóriákkal (Turnquist, 1998; idézi Csabai és Molnár, 2009).

Robbins és Kirmayer (1991) a tünetattribúciók vizsgálata során a történésekre vonatkozó oktulajdonítás három csoportját különböztették meg: szomatizáló: ha a probléma háttérében élettani/fiziológiai zavart, rendellenességet feltételeztek, normalizáló (környezeti): ha rajtuk kívülálló okoknak, külső környezeti tényezők hatásának, a test normál fiziológiai reakciójának tulajdonították a kialakulást, és pszichologizáló abban az esetben, ha a betegség és tünetek megjelenésében a belső pszichológiai állapotnak pl. stressz, depresszió kitüntetett szerepet adtak a betegek (Robbins és Kirmayer 1991; idézi Rózsa és mtsai., 2008).

Stewart és munkatársai (2001) emlőrákosok betegségattribúcióit vizsgálva azt találták, hogy a többség 40% feletti gyakorisággal jelölte meg a stresszt oki háttérként, továbbá a genetika, hormonok; környezet, és étrend is szerepelt a betegség kialakulásának laikus teóriái között. Hasonlóképp egy másik vizsgálatban a daganatos megbetegedés okát legfőképp a stressznek tulajdonították (41%), valamint a rákkeltő anyagok, öröklődés és étkezési szokások is szerepeltek a válaszok között (Taylor, Lichtman és Wood, 1984).

A kutatási eredményeket összevetve mindkét esetben megjelentek a külső és belső okokra visszavezethető attribúciós stílusok; a normalizáló-környezeti (pl. rákkeltő anyagok, étkezési szokások), szomatizáló (pl. öröklődés, hormonok) és pszichologizáló (stressz), amelyek közül az utóbbi bizonyult a legjellemzőbbnek. További fontos kérdéskörként jelent meg, hogy a betegség hátteréről való gondolkodásnak van-e szerepe a gyógyulás folyamatában, segíti-e az új helyzethez való alkalmazkodást. Lavery és Clarke (1996) vizsgálatában nem volt kimutatható jelentős különbség az attribúciós csoport és az oksági teóriával nem rendelkező személyek körében az alkalmazkodás hatékonyságának szintje között. Viszont az attribúciós csoporton belül azok, akik kontrollálhatatlan tényezőként tekintettek a betegséget kiváltó okra, nagyobb igényt tanúsítottak a mellrákkal kapcsolatos információik bővítésére, aktívabban álltak azok kereséséhez.

Taylor és munkatársai (1984) kutatásában sikerült kimutatniuk, hogy az emlődaganatos betegek 95%-a rendelkezik valamilyen oksági teóriával a betegség kialakulásával kapcsolatban, amelyek azonban nem álltak összefüggésben a hatékonyabb pszichológiai alkalmazkodással. A betegek többsége nem tartotta fontosnak a betegség hátteréről való gondolkodást a diagnózis idején, az alkalmazkodás folyamatában, aminek lehetséges magyarázata, hogy ekkor a figyelem középpontjában az intenzív érzelmi reakciók: félelem, tagadás; vagy az orvosi beavatkozás, műtéttel kapcsolatos döntés állhatott.

Stewart és munkatársai (2001) vizsgálata a rák oksági magyarázatainak feltérképezése mellett arról is beszámolt, hogy a kutatásban résztvevők milyen tényezőket tartottak a legfontosabbnak a megelőzés, a rák kiújulásának megakadályozása szempontjából. Ezek a válaszok összefüggésben álltak a korábban megalkotott oksági teóriákkal. A legtöbben a pozitív hozzáállás fontosságát, az egészséges életmódot, testmozgást, étrendet, stressz csökkentést, kisebb mértékben az imát, kiegészítő terápiákat és a szerencsét hangsúlyozták. A kauzális elméletek fontos meghatározói voltak jelen vizsgálatban a jövőre irányuló cselekedeteknek a preventív egészségmagatartási minták követésének, életmódváltásnak.

A betegségattribúciók vizsgálatával kapcsolatban még sok a nyitott, megválaszolatlan és megerősítésre váró kérdés, ami bizonyos, hogy a rák kialakulásának hátterében feltételezett oksági kapcsolatok szerepet játszhatnak az egészségvédő magatartásformák kialakításában, ami növelheti a beteg túlélési esélyeit.

1. 5. Pszichológiai státusz műtét előtt és után

Az orvosi pszichológia területén végzett kutatások szerint a pszichés distressz megjelenése, és a klinikailag jelentős szorongás, depresszió kialakulásának kockázata nagyon magas a rákkal diagnosztizált betegek körében (*Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker és Piantadosi* 2011). A pszichés rendellenességeket kiváltó, vagy azokat tovább mélyítő tényezőkhez sorolják a diagnózis súlyosságával való szembesülést, az operáció és kórházi kezelés szükségességének tényét, a testkép, fizikai vonzerő, szexualitás megváltozásától és a betegség kiújulásától való félelmet (*Hajduska* 2008; *Helms, O'Hea és Corso*, 2008). Klinikailag jelentős szorongás esetén túlzott veszélyérzet, erős félelem, aggodalom jelenik meg a betegséggel, megváltozott élethelyzettel kapcsolatosan, melyek a figyelem beszűkülését, a testi folyamatok állandó monitorozását, bizonyos esetekben a szomatikus jelzések téves interpretálását is eredményezhetik a pácienseknél (*Stark és House* 2000; idézi, *Jones, Hadjistavropoulos és Sherry* 2012). A műtét előtt álló betegek pszichés státuszának feltérképezésére számos mérőeljárást dolgoztak ki, ezek egyike a Spielberger féle két típusú, szorongás: azaz személyiségre jellemző általános, és helyzethez kötött állapotsszorongás felmérésére szolgáló kérdőív (*Csabai és Molnár* 2009; *Sipos és Sipos* 1978). A kutatások eredményei szerint általában a helyzetre vonatkozó, állapotsszorongás prevalenciája a kórházba kerülés időszakában, a műtét előtt a legmagasabb, amely a műtétet követően csökkenni kezd. Vonásszorongás esetében nem találtak jelentős eltérést a pre- és posztoperatív időszakban (*Auerbach* 1973; idézi *Csabai és Molnár* 2009; *Kyranou, Paul, Dunn, Punthillo, Aouizerat, Abrams, Hamolsky, West, Neuhaus, Cooper és Miasowski*, 2013). Vahdaninia és munkatársai (2010) utánkövetéses vizsgálattal a szorongásszint és depresszió mértékének változását elemezték a diagnózis előtti, és a kezelést követő 3 és 18 hónap elteltével. Eredményeik szerint a betegek szorongásszintje és depressziós tünetegyüttese idővel csökkenni kezdtek, de jelentős százalékuknál 1 évvel a kezelés után is magas maradt.

A stresszhelyzethez való alkalmazkodás számos külső (környezeti) és belső (diszpozíciós) tényező függvénye. A beteg személyisége, alkalmazott megküzdési stratégiái alapvető fontosságúak az inadaptív szorongásszint elkerülésében, csökkentésében. A személyiségdimenziókra fókuszáló kutatások főként a neuroticizmus karakterrel jellemezhető pácienseknél mutatták ki a magas szorongásszintet a műtét előtti állapotban (*Mathews és Ridgeway* 1984; idézi *Csabai és Molnár*, 2009). Greer és munkatársai (1979)

emlődaganatosok megküzdési stratégiát elemezve arról számoltak be, hogy a küzdőszellemmel („*Képes vagyok megküzdeni, és legyőzni a betegséget*”) és aktív tagadással („*Nem volt komoly a műtét, a mellem levétele elővigyázatosságból történt*”) jellemezhető páciensek túlélési mutatói lényegesen magasabbak voltak, ami feltehetően annak köszönhető, hogy az alkalmazott vonásszintű coping mechanizmus a stressz szintjére és a betegség lefolyására is egyaránt hatott (Greer, Morris és Pettingale, 1979; idézi Tiring, 2007. 398. o.). A tagadással, mint megküzdési móddal összefüggésben álló magasabb prognózis, más kutatások által is megerősítést nyert, aminek magyarázatát a gyászreakcióval azonos állapot megjelenésében látták. A gyászfolyamat kezdeti részét képezi a tagadás, amit magas érzelmi distressz, felfokozott lélektani állapot követ. A műtét előtti magas szorongásszint ennek a folyamatnak a része, ami idővel (a műtét utáni időszak) helyreáll, stabilizálódik (Dean és Surtles; idézi Tiring, 2007).

Janis (1969) elmélete szerint a túlzottan magas szorongásszint nem hat pozitívan a beteg gyógyulási folyamatára, ugyanis a beszűkült figyelem miatt a külső környezetből származó szupportív jelzéseket nem képes befogadni. Az alacsony szorongásszint sem célravezető, aminek hátterében a tagadás, hárítás lelki énvédő mechanizmusa állhat. A tudattalan szorongás nemritkán műtét után, a gyógyulás későbbi szakaszában tör felszínre és nyit utat indulatos, hosztilis viselkedés irányába. A szerző szerint a gyógyulást segítő optimális szorongás szintje átlagos mértékű, ami aktív cselekvésre, információkeresésre mozgósít, így segítve az alkalmazkodás folyamatát, a műtetre való felkészülést (Janis, 1969; idézi Csabai és Molnár, 2009).

A műtét előtti szorongásra döntően kihat a már fentebb említett diagnózis súlyossága és az ezzel összefüggésben álló kontrollérzet. A kutatási eredmények szerint az emlődaganatos betegek magas szorongásszintjéhez általában alacsony kontrollérzet társul (Spencer és mtsai, 1999; idézi: Blacklock, Rhodes, Blanchard és Gaul, 2010). Ennek lehetséges magyarázata, hogy a kontroll átmeneti feladásának szükségességével, a gyógyító teamnek való átengedéssel a kiszolgáltatottság állapotába kerül az egyén, ami fokozhatja esetükben a pszichés distressz, depressziós tünetegyüttes kialakulását (Hajduska, 2008; Riskó, 1999).

A kontrollérzetet nagymértékben befolyásolhatják a korábbi kórházi élmények, előző betegségek és műtétek tapasztalatai is. A múlt során elszenvedett hospitalizációs bántalmak, kellemetlen élmények pl. a betegségre vonatkozó információátadás hiánya ugyanis súlyosbíthatják a kezelésre adott reakciót (Csabai és Molnár, 2009).

Az operáció időszakához köthető szorongás a műtét sikeressége felé is irányulhat, amihez társulhat a műtétet követő, életminőséget veszélyeztető fájdalomérzettől való félelem is.

1. 6. Posztoperatív fájdalom

A fájdalom olyan összetett szubjektív tapasztalon alapuló jelenség, ami fiziológiai, érzelmi- affektív és kognitív- értékelő folyamatok kölcsönhatásából jön létre (*Nielsen, Rudin, és Verner* 2007). A pszicho-neuroimmunológia kutatásoknak már sikerült igazolniuk, hogy a központi idegrendszeri hatások pl. érzelmi distressz, szorongás hatására a vegetatív reakciók mellett olyan élettani folyamatok (fájdalom-rostok) aktivációja is működésbe lép a szervezetben, amelyek szorosan összefüggenek a keletkező fájdalomélménnyel. Ez a jelenség Melzack kapunkontroll-elméletével magyarázható. A teória szerint a gerincvelő hátsószarvában működő neurális mechanizmusok kapuként szolgálnak, amely szabályozza a központi idegrendszer felé futó idegi impulzusok mennyiségét. Ha a jelátvitel növekszik, a szubjektív fájdalomérzet intenzívebbé válik. Pszichés reakciók pl. szorongás hatására ez a kapu nyitottabbá válik, pozitív érzelmek, elterelő viselkedés hatására pedig zárul (*Melzack, 1977; idézi Kulcsár, 1998*).

Az orvosi pszichológia területén született vizsgálatok a műtét előtti pszichológiai állapot és a műtét után tapasztalt fájdalom mértékének összefüggésére hívták fel a figyelmet. Az operáció előtti magas szorongásszint nagyobb fájdalomérzettel társult műtét után, amit a fájdalomcsillapító használatának regisztrálásával és becslőskálák segítségével állapítottak meg (*Ozalp, Sarioglu, Tuncel, Aslan, és Kadiogullari, 2003*). Ezen kívül arra is rávilágítottak, hogy posztoperatív fájdalom intenzitása nehezíti a műtét utáni gyógyulás folyamatát és tartós fennállása a morbiditás növekedés vezethet (*Nielsen, Rudin és Werner, 2007*). Ezt alátámasztják azon statisztikai adatok, melyek a daganatos betegek egyre növekvő arányára hívták fel a figyelmet a krónikus betegek körében (*Tiringer, 2007*). További longitudinális vizsgálatok kimutatták, hogy azok a krónikus fájdalommal élő emlődaganatos betegek, akik magas szorongásszintről, depressziós tünet együttesről számoltak be a műtét időszakában, és az operációt követően intenzívebb fájdalmat éltek meg, depressziós állapotuk 1 évvel a műtét után is jelentős volt. A krónikus fájdalomtól mentes betegeknél a műtét körüli szorongás és depressziós állapot idővel csökkent, normalizálódott (*Tasmuth, Estlander és Kalso, 1996*).

Bizonyos kutatások a pszichológiai faktorok jelentősége mellett a szociodemográfiai és szociokulturális tényezők fontosságára is rávilágítottak. Megállapították, hogy az életkor szignifikáns összefüggésben áll a posztoperatív fájdalommal. A fiatalabb betegeknél az operáció után észlelt fájdalom mértéke nagyobb volt és több fájdalomcsillapítót is fogyasztottak, mint az idősebb betegtársaik. A tanulmány azonban felhívta a figyelmet az eredmények óvatos értelmezésére, mivel a fájdalom értékelését és a fájdalomcsillapító használatát a fizikai állapoton, fájdalomtolerancián túl befolyásolják a kognitív funkciók is. Az időskorban kialakuló degeneratív, szerkezeti, neurokémiai változások az értékelő folyamat kockázati faktorát jelenthetik (*Nielsen és mtsai.*, 2007).

Katz és munkatársai (2005) kutatása az előző vizsgálatokhoz hasonló eredményt mutatott. A posztoperatív fájdalom rizikófaktorait elemezve azt találták, hogy a műtét előtti nagyfokú érzelmi distressz, szorongás és depresszió bejósolta az intenzív posztoperatív fájdalom kialakulását műtét után 2 nappal. Egy másik vizsgálatban 18 hónappal a műtét után kimutatott magas szorongásszint szignifikánsan előre jelezte a fájdalomérzetet, ezen túl az észlelt fájdalom és fáradtság együttes kapcsolata a depressziós tünetegyüttes előfordulásával mutatott összefüggést (*Vahdaninia, Omidvari és Montazeri* 2010). A szociodemográfiai mutatókat figyelembe vevő vizsgálatok azt találták, hogy az operációt követően 2, 10 és 30 nappal észlelt fájdalomérzet a fiatal korcsoportnál növekedett az idősebb betegekhez képest. Továbbá a családi állapot is meghatározó volt: az egyedülálló, hajadon betegeknél figyelték meg a klinikailag jelentős akut fájdalom magasabb voltát műtét után (*Katz, Poleshuck, Andrus, Hogan, Jung, Kulick és Dworkin*, 2005). Ezen eredményeket kiegészítették a kórházi tapasztalatokkal kapcsolatos információk is. Azok a személyek, akik korábban invazív műtéten estek át jelentősen magasabb fájdalomérzetről számoltak be. Prozacci és Zoppi (1983) időzített bomba effektus elmélete szerint, ha korábban valamely szerv patológiás működése, károsodása lépett fel, készenléti állapot jön létre a fájdalom kialakulásának lehetőségére nézve (*Prozacci és Zoppi*, 1983; idézi *Kulcsár*, 1998). Lehetséges, hogy a fájdalommal összefonódó élmények emléknymai a kórházi tartózkodás alatt, a műtét időszakában újra aktiválódtak, ami fokozta esetükben a posztoperatív fájdalom mértékét.

1. 7. Életminőség

A műtét előtti szorongás, depressziós tünet együttes a posztoperatív fájdalommal való kapcsolatán keresztül a beteg életminőségét közvetlenül befolyásolja műtét után. Az

életminőség olyan többdimenziós jólléti állapot, amely a fizikai oldal - jelen esetben műtét utáni fizikai közérzet, fájdalomérzet – és a lélektani oldal mellett a szociális és spirituális jóllétet is magában foglalja. A lelki dimenzió az affektív oldal különböző elemeit érinti pl. biztonságérzet, öröm, nyugalom, és ezek hiányát is: szorongás, félelem, depresszió. A szociális oldal a fentiekkel szorosan összefüggő és azokat kiegészítő elemeket tartalmazza: kapcsolatok, formális és informális közösséggel (családtagok, munkatársak) (*Susánszky és Szántó, 2003*). A spirituális jóllét, az élet értelmére vonatkozó, egyéni célok, értékek fontosságát, kiteljesedését fejezi ki, amely lehetővé teszi a koherens rálátást a megélt tapasztalatokra, ezáltal elősegítve a negatív érzések pozitívvá alakítását és a lelki, szellemi egyensúly elérését (*Wong, 1997; idézi Rohánszky, Konkoly és Bodoky, 2011*).

Az életminőség értékelése nem minden esetben függ össze az orvosi, objektív leletek eredményeivel. Születtek olyan vizsgálatok, melyek a rákos betegek és egészséges személyek életminőség mutatóit hasonlították össze. Néhány esetben azt találták, hogy a betegek jóllét érzete felülmúlta az egészséges csoport elégedettségi szintjét. A magyarázat hátterében az állhat, hogy a betegek a kialakult helyzetben átértékelik személyes életük lényeges pontjait. Taylor (1983) mellrákosokkal készült interjúk felvétele jól illusztrálja ezt: „*Perspektívában látom a dolgokat; A kapcsolatok a legfontosabbak a világon*” (*Kulcsár, 1998, 53. o.*). A pozitív szemlélet, „paradox optimizmus” azonban megtévesztő lehet, ugyanis az operáció utáni szélsőséges érzelmi állapotok átélése sűrűn megfigyelhető a betegeknél (*Kulcsár, 1998; Tiringier, 2007*).

Az érzelmi hullámozást nagymértékben befolyásolhatják a testképpel, nőiséggel, szexualitással kapcsolatos aggodalmak is. A testkép tudattalan belső reprezentáció önmagunkról, amely a reális képpel való ütközés esetén diszharmóniát eredményezhet az érzelmi élet minőségében (*Tari, 2008*). Pandey és munkatársai (2006) vizsgálatukban összehasonlították az emlődaganatos betegek életminőségét műtét előtti és utáni időszakban. Az eredmény szerint azok a betegek, akik masztektómián estek át, alacsonyabbnak értékelték jóllét érzetüket az emlőeltávolítás nélkül operált betegekhez képest (*Pandey, Thomas, Rahmas, és Ratheesan 2006; idézi Montazeri, 2008*).

Az onkológiai kezelésektől és a rák kiújulásától való félelem ugyancsak ronthatja a betegek életminőségét műtét után. Az érzelmi distressz csökkentésében viszont kiemelkedő szerepet játszhatnak a társas kapcsolatokból érkező támogatások. A nők pszichológiai jóllétét jelentősen meghatározza a közvetlen környezettel: család (házasság), barátok fenntartott kapcsolat minősége. A társas támogatás elősegítheti a betegséggel való hatékony megküzdést, csökkentheti a negatív életesemények, stresszhelyzetek hatását megnyugtatóssal,

meghallgatással, konkrét segítség adásával és tanácsadással (Kállai, 2008). Az empatisz hozzáállás, odafigyelés, és a beteg fontosságérzetének hangsúlyozása által elkerülhetővé válhat a debilizáló szorongás, depressziós állapotba sodródás (Brummet és mtsai., 2005; idézi Csabai és Molnár, 2009). A klinikai vizsgálatok arról számoltak be, hogy azok a betegek, akik legalább egy bizalomteli kapcsolattal rendelkeztek, valamint képesek voltak valakinek személyes problémáikat feltárni, megvitatni; túlélési mutatóik lényegesen jobbak voltak a bensőséges kapcsolatot nélkülöző betegtársaikéhoz képest (Maunsell és mtsai., 1995; idézi Balogh és Dégi, 2005). Egy másik kutatás szerint azokat a személyeket, akiket házastársuk gyakrabban látogatott a kórházi kezelés alatt, hamarabb térhettek vissza otthonukba, és a műtéti beavatkozás hosszú távú hatásai is eredményesebb volt körükben (Kulik és Mahler, 1993; idézi Kállai, 2008; Bulotiene, Ostapenko és Furmonavicius 2008). A házasság protektív hatását már hazai vizsgálatok is megerősítették, amelyek kimutatták kockázatsökkentő hatását a depresszióval szemben (Szántó és Susánszky, 2010). Tucker és munkatársai (2009) a felnevelt gyermekek számának és a baráti, rokoni kötelékek kiterjedtségének pozitív hatását is megfigyelték a nők életkilátására nézve (Tucker, Schwartz, Clark és Freidman, 1999; idézi Kállai, 2008).

Születtek azonban olyan vizsgálatok is, amelyek a társas kapcsolatok deficites működéséből vagy hiányából származó egészségproblémákra világítottak rá. Kimutatták, hogy a társas kapcsolatokból érkező negatív impulzusok, konfliktusok, a bizalom hiánya, a páciens problémájával szembeni elutasító attitűd, valamint a túlzott optimizmus és a túlvédő magatartás csökkenthetik a beteg gyógyulási esélyeit azáltal, hogy fokozzák körükben a klinikailag jelentős szorongás, depressziós állapot kialakulását. Ezen kívül a szociálisan izolált betegeknél csökkent immunműködés és a rák progressziójának magasabb előfordulása volt detektálható (Dakof és Taylor 1990; Chantler, Podbilewicz-Schuller és Mortimer, 2005; Lutgendorf és mtsai., 2005; Nausheen, Gidron, Peveler és Moss - Morris 2009, idézi, Shannon, Heather Hadjistavropoulos és Sherry 2012). A posztoperatív felépülést tehát csak a kiegyensúlyozottan működő, támogató kapcsolatok megléte segítheti elő, amelyek hozzájárulhatnak a pozitív életminőség mellett a beteg túlélési esélyének növeléséhez is (Tominaga, Andow, Koyama, Numao, Kurokawa, Ojima és Nagai, 1998).

2. Kutatás

2. 1. Módszerek

A kutatás 2012. november – 2013. február időszakában zajlott a Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinikáján és a gyulai Pándy Kálmán Kórház Sebészeti Osztályán. Prof. Dr. Lázár György a szegedi sebészeti osztály igazgatója, Prof. Dr. Csabai Márta, a Szegedi Tudományegyetem Pszichológiai Intézetének tanszékvezetője és Látos Melinda, a klinikán dolgozó pszichológus együttműködésével valósult meg a projekt. A tesztbatteria összeállítását is ők végezték kooperációban. A hozzáféréseken alapuló mintavétel során 128 emlődaganatos nőbeteg került kiválasztásra. A műtét utáni időszakban a vizsgálati alanyok száma 101-re redukálódott, aminek okai: hiányosan vagy nem kitöltött teszt, hazatávozás. Az életkori megoszlás 24 és 82 között, az átlagéletkor: 55,6 év (szórás = 12,9). Lakóhelyüket tekintve a mintába kerülők többsége 99 fő (78%) városban él, falun 28 fő (22%). Iskolai végzettség szempontjából 32 fő (31,3%) főiskolát/egyetemet, középiskolát 68 fő (53,2 %) (ebből érettségizett 51 fő – 39,9%), míg 8 általánost, vagy annál kevesebbet 27 fő (21,1%) végzett. Családi állapotukat nézve 71 fő (55,5%) házas és házastársával él, 9 fő (9,4%) párkapcsolatban él, 2 fő (1,6%) házas, de házastársával nem él együtt, 9 fő (7%) egyedülálló, elvált 12 fő (9,4%) és 20 fő (15,6%) özvegy. A mintába került személyek 5,6%-a gyermektelen.

A tesztfelvételre két alkalommal (műtét előtti napon és műtét után másnap) került sor, az adatgyűjtés kérdőíves módszerrel történt. A kitöltés megkezdése előtt a klinikai pszichológus felvilágosítást adott a kutatás céljáról, és az etikai vonatkozással kapcsolatos kérdésekről (adatok bizalmas kezelése), amit az osztályon fekvő betegek beleegyező nyilatkozat (*lásd 1. sz. melléklet*) aláírásával fogadtak el. A kérdőív kitöltése átlagosan 20 percet vett igénybe.

Az egészségmagatartási szokások közül a dohányzásra, alkohol-, drogfogyasztásra és a rendszeres testmozgásra kérdeztünk rá. Az egészségkockázati faktorokat ötfokú skálán mértük, ahol 1=napi/rendszeres fogyasztást, 2=alkalmanként, 3=korábban igen, már nem 4=soha nem próbálta, és 5=egyéb kategóriát jelentett. A testmozgás dichotóm változóként szerepelt, a kérdésre adható válasz igen/nem lehetett.

A betegségattribúciók feltárása azzal az egyszerű nyitott kérdéssel történt, hogy „*Mit gondol, milyen tényezők játszottak szerepet betegség kialakulásában?*” A válaszok kategorizálásához Robbins és Kirmayer (1991) attribúciós stílusait vettük alapul.

Az alábbi csoportokat alakítottuk ki:

0 = Nem tudom/ Fogalmam sincs

1 = Környezeti (Normalizáló)

- Negatív környezeti hatások
- Anyagi gondok

2 = Testi (Szomatizáló)

- Genetika, öröklődés (apai-anyai ág)
- Szerzett orvosi, gyógyszeres beavatkozás
 - o Jobb mell alá nőtt szemölcs
 - o Előző betegség miatt legyengült immunrendszer
 - o Hormonkezelések
 - o Mammográfia vizsgálat következményei
 - o Fogamzásgátló szedése

3 = Pszichológiai (Pszichologizáló)

- Stressz (magánéleti, munkahelyi)
- Túlhajsolt élet
- Lelki problémák
- Haláleset

4 = Egészségmagatartással, életmóddal összefüggő

- Dohányzás
- Túl súly
- Kevés alvás
- Kevés testmozgás

Az operáció előtti pszichológiai állapot vizsgálatához a Spielberger-féle Vonás-és Állapotszorongás skála (STAI-T, STAI-S) magyarra adaptált változatát használtuk (Sipos és

Sipos, 1978). A vonásszorongás skála az általános állapot felmérésére szolgál (Általában hogyan érzi magát), az állapotszorongás rész pedig a helyzettel összefüggő állapotot méri (Éppen most hogyan érzi magát). Mindkettő 20 itemből áll, a válaszlehetőségek 1-től (egyáltalán nem értek egyet) 4-ig (teljesen egyetértek) terjedtek. A pontértékek 20 és 80 között váltakozhattak. Példa a skálákra: Vonásszorongás - „*Biztonságban érzem magam; A kritikus helyzeteket szívesen elkerülöm*”; Állapotszorongás – *Túlzottan izgatott és feszült vagyok; Vidám vagyok*”. A skála megbízhatósági értéke jelen mintán (Cronbach alpha) 0,61 volt.

A depressziós állapot méréséhez Beck (BDI) 21 tételes depresszió kérdőívét alkalmaztuk (Richter, Werner, Heerlein, Kraus és Sauer, 1998). Mindegyik rész 4 állítást tartalmaz, amelyek az elmúlt hetek, napok érzéseire kérdeznek rá. A pontozás 0-3ig terjed, attól függően, hogy mennyire súlyosnak ítélik a felsorolt tünet együtteseket. Az elérhető legalacsonyabb érték 0, a legmagasabb 84 lehetett. Példa a skálára: „0 - Nem vagyok szomorú, 1 - Szomorú és nyomott vagyok, 2 - Mindig szomorú vagyok, és nem tudok kikeveredni belőle, 4 - Annyira szomorú és boldogtalan vagyok, hogy nem bírom tovább.” A skála belső konzisztenciája megfelelő volt a mintán.

A műtét utáni időszakban a pszichológiai jóllét elemzéséhez használtuk a Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G) életminőség alskálát, mely daganatos betegeknél alkalmazható az életminőség felmérésére. A kérdőív egy kiegészítő skálát is tartalmaz, melyet kifejezetten az emlőrákkal küzdő páciensekre dolgoztak ki (Brady, Cella, Bonomi, Tulsky, Lloyd, Deasy, Cobleigh és Shiimoto, 1997; Cella, Tulsky, Gray, Sarafian, Linn, Bonomi, Silberman, Yellen, Winicour és Brannon, 1993). A FACT-G kérdőív az érzelmi és funkcionális jólétre, társas támasz mértékére és fizikai közérzetre kérdez rá. Az alskálák ötfokozatúak, ahol 1= egyáltalán nem, 5=nagyon jellemzőt jelent. A pontértékek érzelmi jólét esetében 0-24, funkcionális jólétnél 0-28, fizikai közérzetenél 0-28 és társas támasznál 0-28 közé eshettek. Példa az alskálákra: Érzelmi jólét – „*Nyugtalanít a halál gondolata*”, Funkcionális jólét – „*Képes vagyok dolgozni (beleértve az otthon végzett munkát is)*”, Fizikai közérzet – *Fizikai állapotom miatt nehezen tudom kielégíteni családom szükségleteit*, Társas támasz – „*Kapok érzelmi támogatást a családomtól*”. A FACT-B: Egyéb aggályok alskála 9 állítást tartalmaz, amely pontozását tekintve megegyezik a fenti mutatókkal. A legalacsonyabb szerezhető érték a skálán 0, legmagasabb 36 volt. Példa az alskálára: „*Szexuálisan vonzónak érzem magam; Képes vagyok nőnek érezni magam*”. Az összesített életminőség skála megbízhatósági értéke jelent mintán (Cronbach alpha) 0,77 volt.

A stresszészlelés, a szubjektív stresszhelyzetek átélésének vizsgálatához az észlelt stressz kérdőív rövidített, 10 tételből álló változatát használtuk (Stauder és Konkoly, 2006). A teszt azon érzések, gondolatok gyakoriságára kérdez rá, amelyek az elmúlt hónap során jellemezték a betegeket. Minden kérdés 5 válaszlehetőségből áll: 0=soha, 1=szinte soha, 2=néha, 3=elég gyakran, 4=nagyon gyakran, és a skálán elérhető minimum pont 0, maximum 40. Példa a skálára: *Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte magát idegesnek és stresszesnek?* A skála belső konzisztenciája jelen esetben is megbízhatónak bizonyult.

Végül egy vizuális analóg fájdalomskálát töltettünk ki a betegekkel az észlelt fájdalom mérésére (Wong és Baker, 2001). A pácienseknek a műtét napjától követően hazatávozásig kellett jelölniük az esti órákban, hogy mennyire erősnek érezték az elmúlt 24 óra fájdalmát. A skála tízfokú, ahol 0= nincs fájdalom, 10= nagyon erős fájdalmat jelentett. A számok alatt lévő arc kifejezések segítették az intenzitás megjelölését.

A tesztbattéria része volt (Szegeden) a kutatás vezetői által összeállított gyógyulást segítő, pozitív szuggesztiókat tartalmazó „útravaló”, külön a műtét előtti és műtét utáni időszakokra (lásd 4-5 sz. melléklet).

A statisztikai adatelemzést SPSS for MS Windows 17,0 programcsomag segítségével végeztük, a maximum szignifikancia-szint 0,05 volt. A leíró statisztikákhoz páros mintás t-próbát (szorongásszintek összehasonlítása) kétmintás t-próbát (családi állapot, egészségmagatartás, betegségattribúciók összefüggése a pszichológiai állapotokkal, fájdalomérzettel) és Pearson-féle korrelációs számítást (pszichológiai mutatók és életminőség, fájdalomérzet összefüggése) végeztünk.

2. 2. Kutatási kérdés, hipotézis

Részben a szakirodalmi elmélet és a kutatási eredmények alapján az alábbi hipotéziseket fogalmaztuk meg:

- Az állapotszorongás mértéke különbözik pre-, és posztoperatív időszakban: műtét előtt magasabb, műtét után alacsonyabb (Kyranou és mtsai., 2012).
- A magas szorongásszinthez és észlelt stresszhez nagyobb fájdalomérzet társul műtét után (Ozalp és mtsai., 2003).

- A magas fájdalomérzet és alacsony életminőség szignifikánsan, pozitív korrelációs kapcsolatban áll egymással (Nielsen, Rudin és Verner, 2007).
- Az attribúciós stílusok közül jelen mintában a pszichológiai (pszichologizáló) jelenik meg legmagasabb arányban (Stewart és mtsai, 2001).
- A kockázati egészségmagatartási minták összefüggésben állnak a pszichológiai, életminőség mutatókkal (McDonald és mtsai., 2002; Hamajima és mtsai., 2002).
- Az egészségvédő magatartás (testmozgás) összefüggésben áll az alacsony stressz, szorongás és depresszió értékkel (Martinsen, 2008).
- A házasságban, partnerkapcsolatban élők életminősége magasabb, szemben az egyedülálló, özvegy és elvált betegeknél (Tominaga és mtsai., 1998)

3. Eredmények

3. 1. Leíró statisztika: vonásszorongás, depresszió, életminőség

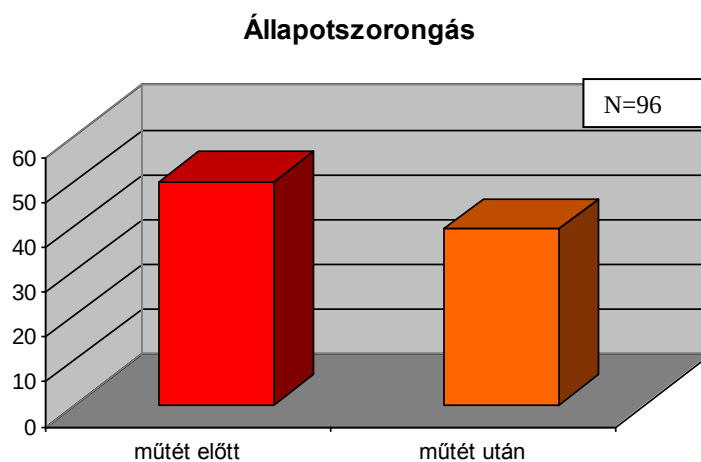
Az I. táblázat mutatja be a vonásszorongás (STAI-T) és depresszió (BDI) értékeinek leíró statisztikáját. Összehasonlítva eredményeinket a hazai standard adatokkal elmondható, hogy a betegek átlagos szorongásszintje ($M=45,84$, $SD=10,88$) nem tekinthető klinikailag jelentősnek ($45,84 > 52$ -), ugyanakkor mintánkban az emlődaganatosok 38,6%-ánál (40 fő) kimutatható volt a vonásszorongás 53 pont feletti értéke. Depresszió esetében 9,53%-os átlagértéket kaptunk, ami nem esik a klinikailag jelentős depresszió tartományába ($9,53 < 26$), azonban a számértékek szerint a betegek közel 43,9%-a (50 fő) szenved enyhe, közepesen súlyos és súlyos depressziótól.

I. A vonásszorongás és depresszió átlagértékei

	Vonásszorongás (STAI-T)	Depresszió (BDI)
Átlag	45,84	9,53
Szórás	10,88	8,46
Értéktartomány (klinikailag jelentős)	$52 \leq$	$26 \leq$

3. 2. Állapotszorongás műtét előtt és után

Az első diagram szemlélteti a szorongásszintek változását műtét előtt és után. Az átlagértékek összehasonlításához páros t-próbát végeztünk. A pre- és posztoperatív állapot között statisztikailag is igazolt különbséget kaptunk ($t(95)=8,517$, $p<0,05$). A műtét előtti (helyzeti) szorongásszint a betegeknél átlagosan magasabb volt ($M=50,02$; $SD=11,98$) amely a műtét után lényegesen alacsonyabbá vált ($M=39,47$; $SD=10,95$). Hipotézisünk alátámasztást nyert, ami az operáció előtti magas állapotssorongást feltételezte.



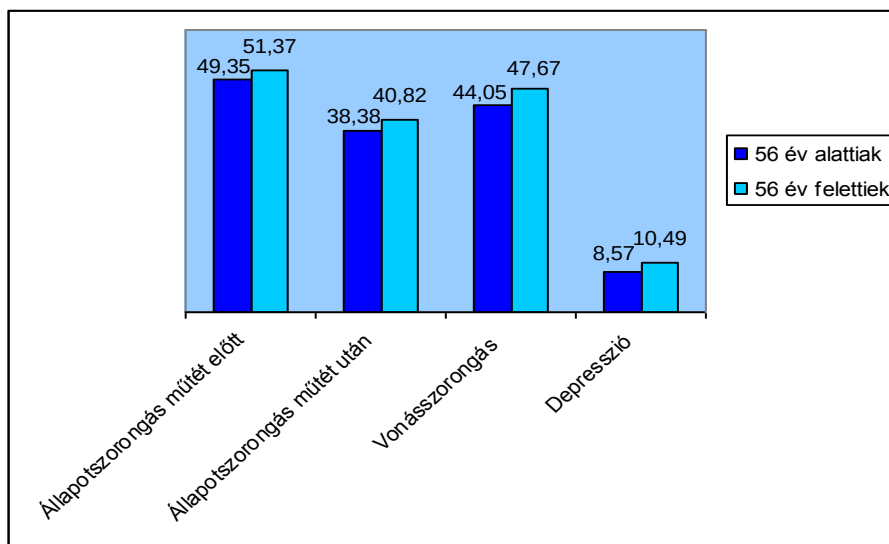
I. ábra Az állapotssorongás szintje műtét előtt és után. Szignifikancia érték $p<0,01^{***}$

3. 3. Szociodemográfiai háttér

3. 3. 1. Életkor és pszichológiai mutatók

A II. ábra jeleníti meg az életkori csoportok (56 év alattiak és 56 év felettiak) és a pszichológiai mutatók (állapotszorongás műtét előtt és után, vonásszorongás, depresszió) közötti összefüggést. A statisztikai elemzés kétmintás t-próbával történt. Az eredményekből megállapítható, hogy tendenciális különbség vonásszorongás esetében volt kimutatható a korcsoportok között ($t(123)=-1,875$, $p=0,063$). Az idősebb betegcsoport diszpozíciós alapú, általános szorongásszintje magasabb volt ($M=47,67$; $SD=11,20$) a fiatalabb páciensekhez

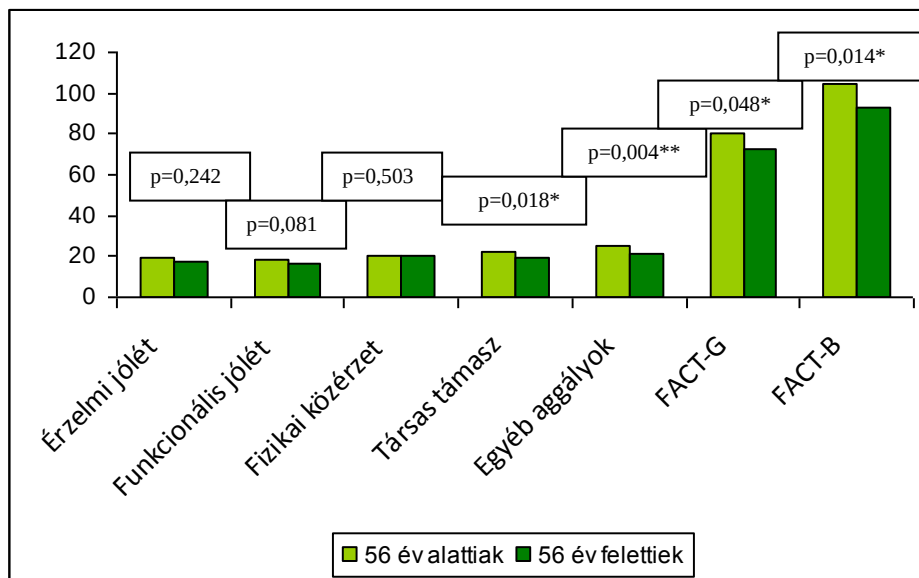
képest ($M=44,05$; $SD=10,34$). Az operáció előtti és utáni állapotszorongásnál, valamint a depresszió mértékénél nem volt jelentős különbség a korcsoportok között.



II. ábra Az életkori csoportok összefüggései a pszichológiai mutatókkal (átlagértékek),
 állapotszorongás műtét előtt ($n=123$), állapotszorongás műtét után ($n=99$),
 vonásszorongás ($n=125$), depresszió ($n=126$)

3. 3. 2. Életkor és életminőség

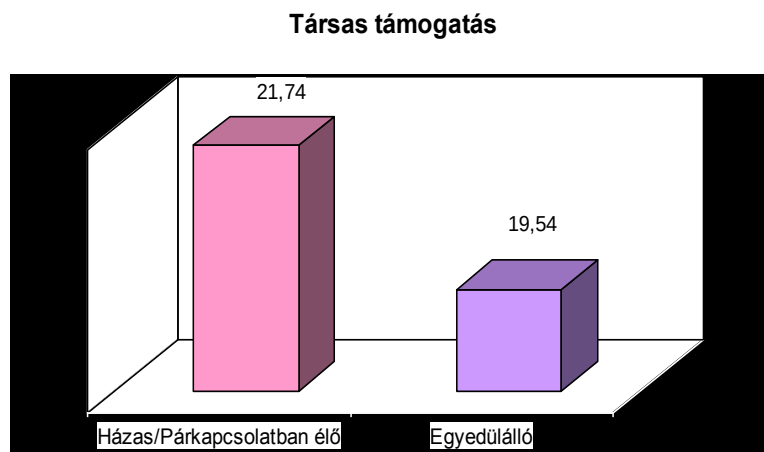
A III. ábra mutatja be a korcsoportok és az életminőség alskáláinak összefüggését. Az adatelemzés szintén független mintás t-próbával történt. A diagramból leolvasható, hogy szignifikáns különbséget a társas támasz $t(98)=2,415$, $p=0,018$) és egyéb aggályok $t(95)=2,968$, $p=0,004$) alskálán találtunk, amit az összesített életminőség mutatók (FACT-G $t(99)=1,999$, $p=0,048$) és FACT-B $t(99)=2,496$, $p=0,014$) eredményei is alátámasztanak. Ezen kívül a funkcionális jólét skálán tendenciális különbség $t(99)=1,671$, $p=0,098$) is kirajzolódott az egyes korcsoportok között. Az átlagértékek alapján elmondható, hogy az idősebb betegek alacsonyabb társas támogatásról ($M=19,47$; $SD=4,92$) számoltak be, mint a fiatalabb korosztály ($M=22$; $SD=5,25$), valamint az egyéb aggályok alskálán *pl. képes vagy nőnek érezni magam* is kevesebb pontértékeket szereztek ($M=21,23$; $SD=6,89$) a többi beteghez képest ($M=25,33$; $SD=6,51$). A funkcionális közérzet skálán *pl. képes vagyok dolgozni (beleértve az otthoni munkát is)*, pedig tendenciálisan jelent meg körükben a jóllét alacsonyabb szintje ($M=16,32$; $SD=6,43$) a fiatalabb páciensek válaszaival szemben ($M=18,38$; $SD=5,87$).



III. ábra. Az életkori csoportok összefüggései az életminőség mutatókkal (szignifikancia=p-értékek), érzelmi jólét (n=101), funkcionális jólét (n=101), fizikai közérzet (n=98), társas támasz (n=100), egyéb aggályok (n=97), észlelt stressz (n=98), FACT-G (n=101), FACT-B (n=101)

3. 3. 3. Családi állapot és életminőség: társas támogatás

A IV. ábra jeleníti meg a szociodemográfiai mutatók közül a családi állapot és az életminőség egyik dimenzióját mérő alskála: a társas támasz közötti összefüggést. A mérésnél a családi állapot változóját dichotomizáltuk, az új kódolás szerint: 1=társsal élők; 2=társ nélkül élők. Az átlagkülönbségek feltárásához kétmintás t-próbát alkalmaztunk. A statisztikai eredményekből kitűnik, hogy jelentős különbség áll fenn a társsal élők és egyedülálló csoport között a társas támogatás mértékében $t(97)=-1,985$, $p=0,050$). A szociálisan izolált betegek kevesebb társas támogatást észleltek ($M=19,54$; $SD=5,32$) szemben azokkal, akik házasságban vagy partnerkapcsolatban éltek ($M=21,74$; $SD=5,13$).



IV. ábra A családi állapot összefüggései az észlelt társas támogatás mértékével (átlagértékek),
házaspárkapcsolatban élő ($n=66$), egyedülálló ($n=33$)

3. 4. Egészségmagatartás

3. 4. 1. Testmozgás és pszichológiai mutatók: szorongás, depresszió észlelt stressz

A II. táblázat mutatja be az egészségmagatartási minták közül a testmozgás és a pszichológiai mutatók (állapotszorongás műtét előtt és után, vonásszorongás, depresszió, észlelt stressz) összefüggését. A számadatokból megállapítható, hogy szignifikáns kapcsolatot vonásszorongás $t(121)=3,343$; $p=0,001$), depresszió $t(122)=2,894$; $p=0,005$ és észlelt stressz $t(93)=2,964$; $p=0,004$) esetében találtunk. Azok a betegek, akik rendszeresen végeznek testmozgást a vonásszorongás ($M=42,58$, $SD=9,84$); depresszió ($M=7,30$, $SD=6,50$) és észlelt stressz skálán ($M=16,50$; $SD=5,42$) alacsonyabb átlagpontokat értek el, azokkal ellentétben, akik nem végeznek fizikai aktivitást. Tehát a rendszeres testmozgást nem végzők szorongóbbak (ez a megállapítás azonban a helyzethez kötött szorongásra nem igaz), több depressziós tünet együttesről és észlelt stresszről számoltak be, mint a fizikai aktivitást végző társaik. Hipotézisünk igazolódott, amely feltételezte az alacsonyabb szorongás, depresszió és észlelt stressz szintet a rendszeres testmozgást végzőknél.

II. Testmozgás és a pszichológiai mutatók (állapot-, vonásszorongás, depresszió észlelt stressz összefüggései

	Állapotszorongás (műtét előtt)		Állapotszorongás (műtét után)		Vonásszorongás		Depresszió		Észlelt stressz	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Testmozgást végzők	49,17	12,51	37,99	9,18	42,58	9,84	7,30	6,50	16,50	5,42
Testmozgást nem végzők	51,56	11,82	40,77	12,67	48,94	11,16	11,58	9,70	20,14	6,60
t-érték	1,083		1,219		3,343		2,894		2,964	
Szignifikancia (p-érték)	0,281		0,227		0,001***		0,005**		0,004**	

3. 4. 2. Testmozgás és életminőség

A III. táblázat tartalmazza a testmozgás és az életminőséget mérő mutatók (érzelmi-, funkcionális jólét, fizikai közérzet, társas támasz, egyéb aggályok) összefüggéseit. Az átlagértékek összehasonlításához szintén kétmintás t-próbát alkalmaztunk. Az adatokból megállapítható, hogy a fizikai aktivitás és funkcionális jólét esetében kaptunk statisztikailag is igazolt összefüggést $t(96)=-2,919$; $p=0,004$). A rendszeres testmozgást végző betegek a funkcionális jólét alsóskálán pl. *”Képes vagyok dolgozni (beleértve az otthon végzett munkát is)”* magasabb értékeket ($M=19,30$; $SD=6,03$) szereztek a fizikai aktivitást nem végző betegtársaikhoz képest ($M=15,78$; $SD=5,84$). Ezen kívül tendenciaként megjelent a fizikai közérzet pl. *„Fizikai közérzetem miatt nehezen tudom kielégíteni a családom igényeit.”* magasabb szintje (és a rendszeres testmozgás ($M=21,18$; $SD=4,99$), illetve alacsonyabb fizikai közérzet és rendszertelen testmozgás ($M=19,28$; $SD=4,85$) közötti összefüggés is $t(93)=-1,880$, $p=0,067$).

III. A testmozgás és életminőség mutatók összefüggései

	Érzelmi jólét		Funkcionális jólét		Fizikai közérzet		Társas támasz		Egyéb aggályok	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Testmozgást végzők	18,44	5,57	19,30	6,03	21,18	4,99	21,09	4,81	24,38	7,05
Testmozgást nem végzők	18,55	4,31	15,78	5,84	19,28	4,85	20,89	5,75	23,02	6,86
t-érték	0,099		-2,919		-1,880		-0,191		-0,944	
Szignifikancia (p-érték)	0,922		0,004**		0,063		0,849		0,348	

3. 4. 3. Dohányzás, alkoholfogyasztás és életminőség

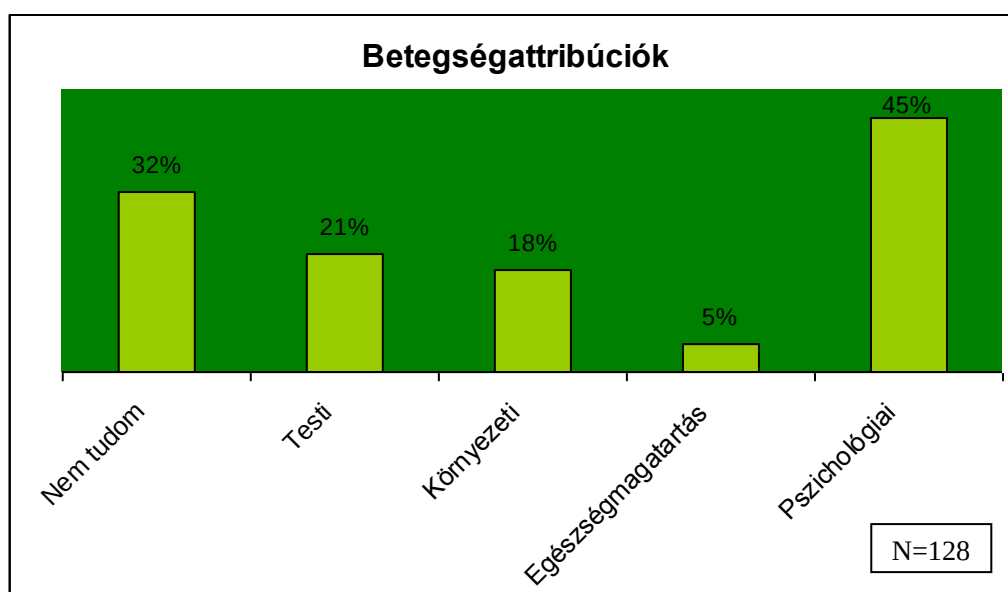
A IV. táblázat mutatja be az egészségmagatartási minták közül a dohányzás és alkoholfogyasztás összefüggését az életminőség alskáláival. Az elemzés során Pearson-féle korrelációs módszert alkalmaztunk. Statisztikailag is igazolt kapcsolatot dohányzás és társas támogatás között sikerült kimutatni ($p=0,025$). Az r együttható szerint pozitív irányú összefüggés mutatkozott a két tényező között ($r=0,228$). Az eredmények szerint a rendszeres dohányzás a társas támogatás alacsonyabb mértékével mutatott együttjárást a betegek körében, míg a nemdohányzó személyek magasabb értékeket szereztek e társas támasz alskálán.

IV. A dohányzás, alkoholfogyasztás összefüggései az életminőségmutatókkal

	Érzelmi jólét		Funkcionális jólét		Fizikai közérzet		Társas támasz		Egyéb aggályok	
Dohányzás	$r=0,195$	$p=0,055$	$r=0,175$	$p=0,085$	$r=-0,084$	$p=0,42$	$r=0,228$	$p=0,025^*$	$r=0,057$	$p=0,586$
Alkohol-fogyasztás	$r=0,066$	$p=0,514$	$r=0,041$	$p=0,687$	$r=-0,142$	$p=0,162$	$r=0,044$	$p=0,661$	$r=0,006$	$p=0,950$

3. 5. Betegségattribúciók

A következő részben a betegség oki hátterére adott válaszok leíró statisztikája látható. A grafikon százalékos eredményeiből kitűnik, hogy a pszichológiai attribúcióval rendelkező betegek, vagyis akik legfőképp a stressznek, lelki gondoknak tulajdonították betegségük kialakulását voltak legnagyobb arányban jelen a vizsgálatban (45%), őket követte az oki attribúcióval nem rendelkező csoport (37%). A betegek 21%-a testi okokra *pl. legyengült immunrendszer, örökletes hajlam*, 18% környezeti tényezőkre *pl. negatív környezeti hatások* és néhányan (5%) az egészségmagatartás rizikóelemeire *pl. túlsúly* vezette vissza a rák kialakulását. Az alábbi kép támogatja hipotézisünket, ami a pszichológiai tényezőkre visszavezethető attribúciós stílust magas arányát feltételezte.



V. ábra A betegségattribúciók megoszlása a mintán (százalékos értékek)

3. 6. Műtét előtti pszichológiai állapot és műtét után észlelt fájdalom

Az utolsó táblázat jeleníti meg a pre- és posztoperatív szorongás, a depresszió és észlelt stressz összefüggését a műtét után észlelt fájdalomérzettel. Az elemzéshez Pearson-féle korrelációs eljárást alkalmaztunk. Az adatokból látható, hogy szignifikáns kapcsolat mutatkozott a műtét előtti szorongásszint és a posztoperatív fájdalom első napja között ($p=0,036$). Az r együttható értékéből megállapítható, hogy a fájdalomérzet és a műtét előtti

állapotszorongás között pozitív irányú az összefüggés ($r=0,226$), amely szerint azoknál a személyeknél, akik az állapotszorongás skálán alacsonyabb pontszámokat szereztek, a műtét utáni fájdalomskálán is alacsonyabb értékeket jelöltek, míg a magasabb állapotszorongásról beszámoló betegek intenzívebb posztoperatív fájdalomról számoltak be. A műtét utáni állapotszorongás és az észlelt fájdalom 1. és 2. napja között is jelentős összefüggés mutatkozott (1: $p=0,012$; 2: $p=0,039$). Az r együttható mindkét esetben pozitív irányú kapcsolatot jelzett (1: $r=0,275$; 2: $r=0,243$). Azok a betegek, akiknek a műtét utáni szorongásszintje alacsonyabb volt, a műtétet követő első és második nap kisebb fájdalmat észleltek szemben azokkal, akik állapotszorongás szintjük magasabb volt, ők intenzívebb műtét utáni fájdalmat éltek meg első és második nap. Észlelt stressz esetében szintén a műtét utáni fájdalomérzet első napjával volt kimutatható szignifikáns, pozitív irányú együttjárás ($p=0,028$; $r=0,245$). A magasabb észlelt stresszhez nagyobb fájdalomérzet társult műtét után első nap, valamint a kisebb mértékű észlelt stressz a fájdalomérzet alacsonyabb voltával állt összefüggésben. A depresszió és a posztoperatív fájdalom első napja között nem rajzolódott ki jelentős összefüggés, de tendenciaként kimutatható volt a magas depressziópontszám és az intenzívebb fájdalomérzet, illetve az alacsony depressziószint és észlelt fájdalom csökkent értéke közötti pozitív irányú összefüggés ($p=0,085$; $r=0,184$).

V. Táblázat Posztoperatív fájdalom és a pszichológiai mutatók (szorongás, depresszió, észlelt stressz) összefüggései

Fájdalomskála	Állapotszorongás műtét előtt		Állapotszorongás műtét után		Depresszió		Észlelt stressz	
Műtét napján	$r=0,146$	$p=0,172$	$r=0,086$	$p=0,439$	$r=0,117$	$p=0,268$	$r=0,119$	$p=0,282$
Műtét után 1. nap	$r=0,226$	$p=0,036^*$	$r=0,275$	$p=0,012^*$	$r=0,184$	$p=0,085$	$r=0,245$	$p=0,028^*$
Műtét után 2. nap	$r=-0,027$	$p=0,820$	$r=0,243$	$p=0,039^*$	$r=0,137$	$p=0,235$	$r=0,151$	$p=0,210$

4. Megvitatás

Az orvosi pszichológia kutatások egyik meghatározó területe a kórházi fekvőbetegek pre-, és posztoperatív pszichológiai állapotának vizsgálata, és hatásainak elemzése a gyógyulási folyamatra, túlélésre. Magyarországon viszonylag csekély számban születtek a daganatos betegek pszichikai állapotát és életminőségét feltáró vizsgálatok, ezért a kutatás elsődleges célja volt az emlődaganatos nőbetegek műtét előtti szorongás és depressziós állapotának elemzése a műtét után tapasztalt életminőség, és észlelt fájdalom mértékének összefüggésében.

A pre- és posztoperatív szorongásszint összehasonlításánál a nemzetközi kutatások eredményeivel egybecsengő értékeket kaptunk. Az állapotszorongás műtét előtt átlagosan magasabb volt a betegeknél, amely a műtétet követően csökkenni kezdett (*Kyranou és mtsai.*, 2012). Az árnyaltabb összefüggések feltárásához célunk volt a szociodemográfiai mutatók, egészségmagatartási minták és attribúciós stílusok tükrében tovább elemezni az eredményeket, valamint a műtétet követő életminőség, fájdalomérzet és észlelt stressz mutatóit is figyelembe venni.

A szociodemográfiai mutatók: életkor, családi állapot bevonásával megvizsgáltuk, hogy van-e különbség a szorongás, depresszió és életminőség értékek között a pre- és posztoperatív időszakban. Jelen kutatásban a magasabb korcsoportnál (56 év felettiek) találtunk szignifikáns eltérést a vonásszorongás mértékében és az életminőség mutatók között. Az idősebbek átlagosan magasabb szorongásról számoltak be az operáció után, valamint körükben a társas támasz mértéke is alacsonyabb volt a fiatalabb betegekhez képest. Továbbá az egyéb aggályok alskálán: testkép, nőiségre vonatkozó állítások tekintetében is elégedetlenebbek bizonyultak. Lehetséges, hogy az 56 év alattiak adaptívabb megküzdési stratégiákkal rendelkeznek, ami jelentős szerepet játszhat a műtét utáni szorongás és egyéb aggályok csökkentésében. Ilyen coping stratégia lehet a társas támogatás, amiről már kimutatták, hogy kiegyensúlyozott működése révén a betegséggel való megküzdést, és a gyógyulást hatékonyan segíti (*Csabai és Molnár*, 2009). Ez a magyarázat összefüggésben állhat a családi állapot különbségeivel is, ami az életminőség mutató, egyéb aggályok alskálán szerzett eredményekre gyakorolt befolyást. Az egyedülálló, elvált és özvegy páciensek alacsonyabb értékeket jelöltek e skálán a házasság betegei válaszaihoz képest. Már korábban is igazolták, hogy a házasság szorongás, és depresszió pontszáma mutatója jelentősen alacsonyabb, életminősége pedig magasabb volt a műtét utáni időszakban, míg az egyedülálló

betegek eredményei kedvezőtlenebbnek bizonyultak (*Bulotnie és mtsai.*, 2008; *Tominaga és mtsai.*, 1998). A pszichológiai intervenciók, szupportív terápiák kialakításánál érdemes lehet a szociális háló különbségeit is figyelembe venni, mivel a túlélési esélyeket jelentősen növelheti a társas kapcsolatok erősítése, kiterjesztése.

Az egészségmagatartási minták közül a dohányzásnál és testmozgásnál kaptunk szignifikáns összefüggést a pszichológiai mutatókkal. A nem dohányzó személyek kutatásunkban magasabb társas támogatásról számoltak be a dohányzó csoporthoz képest. A szociális támasz kontroll szerepét az addiktív szerhasználat csökkentésében, feladásában és megelőzésében már korábbi vizsgálatok megerősítették (*Rácz*, 2001; idézi: *Pikó*, 2008), ezért lehetséges, hogy a szociális támasz hiánya, vagy a társas kötelékek elégtelen működése rizikóhatást jelentett az aktív dohányzás kialakulására nézve. A fizikai aktivitás esetében szignifikáns összefüggést találtunk a műtét előtti és utáni pszichológiai mutatókkal. Sikert kimutatni a testmozgás protektív hatását mindhárom tényező szempontjából, vagyis a rendszeres mozgás segít a depressziós állapot, általános szorongás és észlelt stressz csökkentésében. A fizikai aktivitás jótékony hatását már korábbi kutatások eredménye, és emlődagatanosok körében alkalmazott intervenciók program is igazolta (*Martinsen*, 2008; *Loh, Tan és Xavier*, 2009).

A betegségattribúciók feltárásánál a kapott eredmények egybecsengenek előző vizsgálatok konklúziójával, amelyek a pszichologizáló (pszichológiai) attribúciós stílust (stressz, lelki problémák) találták legmagasabb arányban a laikus betegség teóriák között (*Stewart és mtsai.*, 2001). A kutatásban a pszichológiai oksági attribúcióval rendelkezők száma: 45%, amelynek lehetséges magyarázata, hogy a biopszichoszociális paradigma megszületésével egyre nagyobb teret nyertek a betegség lélektani oldalával kapcsolatos tudományos elméletek, kutatási irányvonalak és laikus magyarázatok is. Az eredmények érdekessége, hogy a pszichoszociális attribúciós stílus (ami magában foglalta a pszichológiai, környezeti, és egészségmagatartás oki tényezőket) tendenciális összefüggést mutatott a műtét napján észlelt fájdalommal. Azok a betegek, akik lelki, környezeti és egészségmagatartásbeli tényezők következményeként tekintettek a betegségre intenzívebb fájdalomról számoltak be a műtét napján, mint az egyéb attribúciós csoport tagjai. Lehetséges, hogy az életmódból, lelki problémákból gyökerező betegséghiedelmek a szorongás mechanizmusán keresztül az észlelt fájdalom intenzívebb voltához vezettek az operáció utáni időszakban. Ezt megerősíti azon eredmény, amely korábbi kutatásokhoz hasonlóan a műtét előtti állapotszorongás és a műtét után észlelt fájdalom mértéke közötti összefüggést mutatta ki (*Ozalp és mtsai.*, 2003). A nagyobb szorongásszinthez magasabb fájdalomérzet társult, amit Melzack kapu-kontroll

elmélete és előző vizsgálatok eredményei is alátámasztanak (*Kulcsár, 1998; Kyranou és mtsai., 2012*). Ezen kívül a szorongáshoz közvetlenül kapcsolódó észlelt stressz, és a műtét utáni fizikai közérzet mutatói is kapcsolatban álltak az átélt fájdalommal. Tehát a preoperatív pszichológiai mutatók mellett az operáció utáni pszichológiai állapot, életminőség is lényeges kapcsolatban állt a műtét után észlelt fájdalommal.

5. Összefoglalás

Összességében elmondható, hogy eredményeink által megerősítést nyert a pre-, és posztoperatív pszichológiai mutatók összefüggése az észlelt fájdalommal, valamint felhívták a figyelmet a társas támogatás védőfaktorának erősítésére is, ugyanis az életminőség pozitív befolyásán keresztül segítheti a gyógyulás folyamatát, és a kockázati egészségmagatartási minták – jelen esetben dohányzás - redukcióját. Ezzel párhuzamosan a fizikai aktivitás protektív hatását a depresszió, szorongás, észlelt stressz vonatkozásában is érdemes figyelembe venni, mind a prevenciónál és pszichológiai intervenciónál. Fontos eredménye volt a kutatásnak, hogy sikerült kimutatni a betegségattribúciók összefüggését az észlelt fájdalommal, amely szerint az alkalmazkodási folyamat és a gyógyulás fontos elemét képezheti. Mintánkban a pszichológiai attribúciókkal rendelkezők voltak legmagasabb arányban a korábbi kutatásokhoz hasonlóan, valamint sikerült kimutatni a pszichoszociális attribúciós stílus és a posztoperatív fájdalom közötti összefüggést. A jelenség megértéséhez, az attribúciós stílusok részletesebb feltárásához további vizsgálatok kezdeményezése szükséges.

Végül, a kutatás néhány korlátára szeretnénk felhívni a figyelmet, amit a jövőben tervezünk kiküszöbölni. Egyrészt a vizsgálat keresztmetszeti jellegű volt, ezért ezen a szinten ok-okozati kapcsolatot nem, vagy csak óvatos lehet értelmezni. Az eredmények megerősítéséhez további longitudinális kutatásra lehet szükség. Másrészt a betegek száma műtét előtt magasabb volt, mint műtét után, ezért a csoportok összehasonlításánál az elemszám nem volt kiegyenlített. Továbbá a jövőbeni vizsgálatoknál érdemes lehet gyógyszerek használatára is rákérdezni, mivel a pszichotróp anyagok fogyasztása befolyásolhatja a beteg érzelmi/hangulati állapotát műtét előtt és utáni időszakban.

Felhasznált Irodalom

- Ádám, Sz., Cserhádi, Z., Balog, P. és Kopp, M. (2010): Nemi különbségek a stressz szintjében és a pszichoszociális jóllét mutatóiban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **11.** 4. sz. 277-296.
- Balog, P. és Dégi, L. Cs. (2005): A családi támogatottság szerepe a daganatos nők pszichoszociális sérülékenységének csökkentésében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **6.** 1 sz. 17-34.
- Bekker, M. H. J. és Boselie, K. A. H. M. (2002): Gender and stress: Is gender role stress? A re-examination of the relationship between feminine gender role stress and eating disorders. *Stress and Health*, **18.** 3 sz. 141—149.
- Blacklock, R., Rhodes, R., Blanchard C. és Gaul C. (2010): Effects of exercise Intensity and self-efficacy on state anxiety with breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, **37.** 2 sz. 206-212.
- Bulotiene, G., Veseliunas, S., Ostapenko, V. és Furmonavicius, T. (2008): Women with breast cancer: relationships between social factors involving anxiety and depression. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, **4**, 57–62.
- Brady, M. J., Cella, D. F., Mo, F., Bonomi, A. E., Tulsky, D. S., Lloyd, S. R., Deasy, S., Cobleigh, M. és Shiimoto, Gail: (1997). Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy-breast quality-of-life instrument. *Journal of Clinical Oncology*, **15**, 947-986.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S. B., Winicour, P. és Brannon, J. és mtsai. (1993): The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, **11.** 3 sz. 570-579.
- Csabai, M. és Molnár, P. (2009): *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Czeglédi, E., Urbán, R., és Rigó, A. (2009): Elhízás és testképpel való elégedetlenség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, **64.** 2 sz. 313-336.

- Dégi, L. Cs. (2008): Pszichoszociális tényezők szerepe a daganatos betegség kialakulásában. In M. Kopp. (szerk), *Magyar Lélekiállapot. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest: Semmelweis Kiadó. 557-568.
- Dégi, L. Cs. és Balog, P. (2009): A daganatos diagnózis közlésének orvosi, pszichológiai és szociális háttértényezői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **10**. 1 sz. 1-19.
- Enache, R. G. (2012): The relationship between anxiety, depression and self-esteem in women with breast cancer after surgery. *Procedia-Social & Behavioral Sciences*, **33**. 124-127.
- Hajduska, M. (2008): *Krízislélektan*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Hamajima, N. , Hirose, K., Tajima, K., Rohan, T., Calle, E. E. Heath, C. W. és mtsai. (2002): Alcohol, tobacco and breast cancer-collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *British Journal of Cancer*, **87**. 11 sz. 1234-1245.
- Harrop, E. N. és Marlatt, A. G. (2010): The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: Prevalence, etiology, and treatment. *Addictive Behaviors*, **35**. 392-398.
- Helms, R., O’Hea, E. és Corso, M. (2008): Body image issues in women with breast cancer. *Psychology Health Medicine*, **13**. 313–325.
- Holmes, M. D., Chen, W. Y. Feskanich, D., Kroenke, C. H. és Colditz, G. A. (2005): Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of American Medical Association*, **293**. 20 sz. 2479-2486.
- Jones, S., Hadjistavropoulos, H. és Sherry, B. (2010): Health anxiety in women with early-stage Breast Cancer: What is the relationship to social support? *Canadian Journal of Behavioural Science*, **44**. 2 sz. 108-116.
- Kállai J. (2007): Pszichológiai szempontok az onkológiai betegek ellátásában. In J. Kállai, J. Varga és A. Oláh (szerk), *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest: Medicina Könyvkiadó. 199-214.

- Kásler, M. és Ottó, Sz. (2008): Európai és hazai kihívások az onkológiában. *Magyar Onkológia*, **52**. 21-33.
- Katz, L., Poleshuck, E. L., Andrus, C. H., Hogan, L. A., Jung, B. F., Kulick, D. I., és Dworkin, R. H. (2005): Risk factors for acute pain and its persistence following breast cancer surgery. *Pain*, **119**. 1-3 sz. 16-25.
- Kyranou, M., Paul, S. M., Dunn, L. B., Punthillo, K., Aouizerat, B. E., Abrams, G., Hamolsky, D., West, C., Neuhaus, J., Cooper, B. és Miasowski, C. (2013): Differences in depression, anxiety, and quality of life between women with and without breast pain prior to breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing*, **2**. 190-195.
- Kulcsár, Zs. (1998): *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE, Eötvös Kiadó.
- Lavery, J. F. és Clarke, V. A. (1996): Causal attributions, coping strategies, and adjustment to breast cancer. *Cancer Nursing*, **19**. 1 sz. 20-28.
- Loh, S. Y., Tan, F. L. és Xavier, M. (2009): Depression, anxiety and stress in women with breast cancer: effect of a 4-week self management intervention. *Malaysian Journal of Psychiatry Ejournal*, **18**. 1 sz. 1-9.
- Martikainen, P. és Valkonen, T. (2000): Diminishing educational differences in breast cancer mortality among Finnish women: a register-based 25-year follow-up. *American Journal of Public Health*, **90**. 2 sz. 277-280.
- Martinsen, E. W. (2008): Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, **62**. 47 sz. 25-29.
- McDonald, P. A., Williams, R., Dawkins, F. és Adams-Campbell, L. L. (2002): Breast cancer survival in African American women: is alcohol consumption a prognostic indicator? *Cancer Causes and Control*, **13**. 543-549.

- 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**. 1-31.
- Nagy, B. M. (2009): A spiritualitás szerepe a krónikus betegségekkel való megküzdésben. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **10**. 1 sz. 21-46.
- Newman, S. C., Miller, A. B. és Howe, G. R. (1986): A study of the effect of weight and dietary fat on breast cancer survival time. *American Journal Epidemiology*, **123**. 5 sz. 767-774.
- Nielsen, P. R., Rudin, A. és Werner, M. U. (2007): Prediction of postoperative pain. *Current Anaesthesia & Critical care*, **18**. 157-165.
- Ozalp, G., Sarioglu, R., Tuncel, G., Aslan, K. és Kadiogullari, N. (2003): Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, **47**. 1. sz. 26-29.
- Patton, G. C., Carlin, J. B., Coffey, C. Wolfe, R., Hibbert, M. és Bowes, G. (1998): Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *American Journal Public Health*, **88**. 10 sz. 1518-1522.
- Pikó B. (2002): *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Budapest: Akadémiai Könyvkiadó.
- Pikó, B. (2010): *Védőfaktorok nyomában*. Budapest: L' Hartmann Kiadó.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A. és Sauer, H. (1998): On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology*, **31**. 3 sz. 160-168.
- Riskó, Á. (1999): *A test, a lélek és a daganat*. Budapest: Animula Kiadó.
- Rohánszky, M., Konkoly, T. B. és Bodoki, Gy. (2011): „Akik túléltek a betegséget” Daganatos betegek életminősége egy retrospektív vizsgálat tükrében. *Magyar Onkológia*, **55**. 193-198.

- Rózsa, S., Kő, N., Krekó, K., Unoka, Zs., Csorba, B., Fecskó, E., és Kulcsár, Zs. (2008): A mindennapos testi tünetek attribúciója: tünetinterpretáció kérdőív hazai adaptációja. *Pszichológia*, **28**. 1 sz. 58-80.
- Sipos, K. és Sipos, M. (1978): The Development and Validation of the Hungarian Form of the STAI. In Spielberger, C.D., Diaz-Guerrero, R. (szerk), *Cross-Cultural Anxiety*. Washington-London: Hemisphere Publishing Corporation. 51-61.
- Stauder A. (2007): Stressz és stresszkezelés. In J. Kállai, J. Varga & A. Oláh (szerk), *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest: Medicina Könyvkiadó. 383-405.
- Stauder, A. és Konkoly, T. B. (2006): Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **7**. 3 sz. 213-216.
- Stewart, D. E., Cheung, A. M., Duff, S., Wong, F., McQuestion, M., Cheng, T., Purdy, L. és Bunston, T. (2001): Attributions of cause and recurrence in long-term breast cancer survivors. *Psychooncology*, **10**. 2 sz. 179-183.
- Susánszky, É. és Szántó, Zs. (2003): Szociokulturális környezet, megküzdési stratégiák, életminőség. *Magyar Szociológiai Szemle*, **2**. 84-102.
- Szabó, G., Szántó, Zs., Balog, P. és Kopp, M. (2010): Az életesemények, a stressz és a megküzdés nemi különbségei. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **11**. 4 sz. 349-369.
- Szántó, Zs. és Susánszky, É. (2010). Gender és egészség – Szakirodalmi áttekintés: *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **11**. 4 sz. 255-276.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R. és Wood, J. V. (1984): Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**. 3 sz. 489-502.
- Tari, A. (2008): *Sejtem...a daganatos betegségek pszichológiája*. Budapest: Európa Kiadó.
- Tasmuth, T., Estlanderbband, A-M. és Kalso, E. (1996): Effect of present pain and mood on the memory of past postoperative pain in women treated surgically for breast cancer. *Pain*, **68** 343-347.

- Tiringer I. (2007): Pszichológiai szempontok az onkológiai betegek ellátásában. In J. Kállai, J. Varga és A. Oláh (szerk), *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest: Medicina Könyvkiadó. 383-405.
- Tombor, I., Paksi, B., Urbán, R., Kun, B., Arnold, P., Rózsa, S. és Demetrovics, Zs. (2010): A dohányzás elterjedtsége a magyar felnőtt lakosság körében. *Orvosi Hetilap*, **151**. 9 sz. 330-337.
- Tominaga, K., Andow, J., Koyama, J., Numao, S., Kurokawa, E., Ojima, M. és Nagai, M. (1998): Family environment, hobbies and habits as psychosocial predictors of survival for surgically treated patients with breast cancer. *Japan Journal of Clinical Oncology*, **26**. 1 sz. 36-41.
- Vahdaninia, M., Omidvari, S. és Montazeri (2010): What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social Psychiatry Epidemiology*, **45**. 355–361.
- Wong, D. L. és Baker, C. M. (2001): Smiling face an anchor for pain intensity scales. *Pain*, **89**. 2-3 sz. 295-297.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C. és Piantadosi, S. (2001): The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*, **10**. 19–28

MELLÉKLETEK

1. sz. melléklet

Kutatás résztvevői számára készült tájékoztató és beleegyező nyilatkozat

A kutatás azonosító adatai

A téma címe: **Pre-és posztoperatív pszichológiai intervenciók hatása az
emlődaganattal operált nőbetegek felépülésére. Komplex bio-
pszicho-szociális prospektív vizsgálat.**

A kutatás azonosító száma:

A kérelmező neve, munkaköre és beosztása:

Prof. Dr. Lázár György, tanszékvezető egyetemi tanár

A vizsgálat kérelmezőjének székhelye

Dr. Lázár György, egyetemi tanár
Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar
Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ
Sebészeti Klinika
6720 Szeged, Pécsi u. 6.

A vizsgálatért felelős személy(ek) megnevezése, beosztása és munkaköre

Látos Melinda
pszichológus, PhD-hallgató

Dr. Horváth Zoltán
klinikai orvos

**A tervezett vizsgálat lényege, célja, várható időtartama, helye, a bevonni kívánt
személyek száma illetve köre**

A kutatás célja a pre-és posztoperatív pszichológiai intervenció hatásának vizsgálata az
érzelmi és hangulati állapotra, az életminőségére, a betegség-és test reprezentációkra, a
fájdalom megélésére, a túlélésre és a betegség súlyosságára az emlődaganatos nők körében.

A vizsgálat tervezett kezdése: 2012. július 2.

A vizsgálat várható időtartama: 24 hónap

A résztvevőknek a vizsgálat összesen 5 alkalommal átlagosan 45 percet vesz igénybe. Felmérjük a pszichés státuszt a műtét előtt, a hazabocsátáskor, majd a betegeknek a műtétet követően egy hónap, fél év és egy év múlva kontroll vizsgálaton szükséges megjelenniük a Sebészeti Klinikán, amikor újból megtörténik a pszichológiai tesztek felvétele, az intervenció csoport tagjainak pedig szupportív terápia.

A vizsgálat helye:

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar

Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ

Sebészeti Klinika

6720 Szeged, Pécsi u. 6.

A vizsgálatba a Sebészeti Klinika emlődagánattal műtött betegek kerülnek be.

Tervezett létszám: összesen 140 fő

A vizsgálat alanya vagy mások számára várható előnyök

A kutatás felhívja a résztvevők figyelmét arra, hogy a műtét utáni felépülés és a pszichés állapotuk összefüggésben állhat egymással, pszichoszomatikus (testi-lelki) egységet képezve.

A vizsgálat alanya számára a részvételért járó költségtérítés, ha van ilyen

A résztvevők a vizsgálatban való részvételért díjazásban nem részesülnek.

A vizsgálati alanyok adatainak kezelésére, az ahhoz történő hozzáférésre vonatkozó szabályok

A vizsgálatban a résztvevők adatait mindvégig bizalmasan, a vonatkozó jogszabályoknak megfelelően kezeljük. A vizsgálat során feldolgozásra kerülő adatokat a Betegadatlapon kódolva tüntetjük fel, azokból a beteg személyazonossága nem állapítható meg.

A vizsgálat eredményéről a résztvevőkre nézve közvetlenül hasznosítható adat nem származik. Amennyiben a vizsgálat eredményét orvosi szakkönyvben megjelentetjük, abban a résztvevők személyének azonosítására alkalmas adatot nem hozunk nyilvánosságra.

A résztvevők beleegyezése a kutatásban történő részvételbe önkéntes és minden befolyástól mentes. A beleegyezés bármikor, akár szóban, akár írásban indoklás nélkül visszavonható. A beleegyezés visszavonása a résztvevő számára semmilyen hátrányt nem eredményez további egészségügyi ellátását illetően.

Beleegyező nyilatkozat

1. A kutatás azonosító adatai

A téma címe: **Pre-és posztoperatív pszichológiai intervenciók hatása az emlődaganattal operált nőbetegek felépülésére. Komplex bio-pszicho-szociális prospektív vizsgálat.**

protokollsám:

A kérelmező neve, munkaköre és beosztása:

Prof. Dr. Lázár György, tanszékvezető egyetemi tanár, kutatásvezető

2. A kutatást lefolytató intézmény megnevezése

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar
Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ
Sebészeti Klinika
6720 Szeged, Pécsi u. 6.

3. A résztvevő, illetve törvényes képviselőjének adatai

Név:

Szül. hely és idő:

Lakcím:

4. Korlátozottan cselekvőképessé vagy cselekvőképtelen résztvevő esetén a hozzájárulást adó törvényes képviselő azonosító adatai:

Név:

Születési hely és idő:

Lakcím:

5. A kutatás vezetőjének, illetve a tájékoztatást adónak a neve, beosztása, munkaköre

A kutatás vezetőjének neve:

Beosztása és munkaköre:

A tájékoztatást adó neve:

Beosztása és munkaköre:

Kijelentem (korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen résztvevő esetén a törvényes képviselőmmel együtt kijelentjük), hogy a kutatásban történő részvételre vonatkozó beleegyezést előzetes tájékoztatást követően, önként, befolyástól mentesen adtam meg annak tudatában, hogy az bármikor, szóban vagy írásban indoklás nélkül visszavonható.

Az aláírással egyidejűleg a beleegyező nyilatkozat és a tájékoztató egy-egy eredeti példányát átvettem. A tájékoztatóban foglaltakat megértettem, szóbeli kérdéseimre kielégítő válaszokat kaptam.

Szeged, 20 hó nap.

.....

kutatásvezető/tájékoztatást adó¹

.....

résztvevő aláírása

.....

törvényes képviselő aláírása²

Amennyiben a résztvevő vagy a törvényes képviselő nem tud olvasni, akkor szükséges két tanú jelenléte és aláírása az érvényes beleegyező nyilatkozathoz.

Alulírott tanúk, aláírásunkkal igazoljuk, hogy a vizsgálatba bevonni kívánt személy, illetve törvényes képviselője számára minden lehetséges információt megadtak, és a bevonni kívánt személy és/vagy törvényes képviselője önkéntesen és befolyásolástól mentesen adta meg a részvételbe történő beleegyezését.

.....

tanú aláírása

.....

tanú aláírása

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Szem. ig. szám:

Szem. ig. szám:

¹ A nem kívánt szót húzza át

² Amennyiben a résztvevő korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen, úgy a beleegyező nyilatkozatot a törvényes képviselője is aláírja a 23/2002. (V. 9.) számú EüM rendelet 20/H. § (5) bekezdése szerint.

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR
SZENT-GYÖRGYI ALBERT KLINIKAI KÖZPONT
SEBÉSZETI KLINIKA
Igazgató: Dr. Lázár György egyetemi tanár
6720 Szeged, Pécsi u. 6. Telefon: (62) 545-444*
Igazgatói telefon/fax: (62) 545-701
e-mail: office.surg@med.u-szeged.hu



Kedves Kitöltő!

Kérem, figyelmesen olvassa el a tesztekhez tartozó instrukciókat, és azok alapján töltsse ki az íveket. Minden kérdésre válaszoljon, még akkor is, ha nem feltétlenül vonatkozik Önre vagy életére. Adatait és válaszait a titoktartás kötelezettsége mellett kezeljük, azokat csupán statisztikai célból (névtelenül) használjuk fel.

Köszönjük együttműködését!

Név:.....

Életkor: év

Születési idő:évhónap

Dátum:évhó.....nap

Lakhely: ☐ főváros ☐ város ☐ falu

Végzettség: ☐ kevesebb, mint 8 általános ☐ 8 általános ☐ szakmunkásképző
☐ szakközépiskolai érettségi ☐ gimnáziumi érettségi ☐ főiskolai diploma
☐ egyetemi diploma ☐ egyéb:.....

Foglalkozása (ha nyugdíjas, akkor a nyugdíjat megelőző foglalkozás):

.....

Ön jelenleg: ☐ ☐ aktív dolgozó ☐ betegállományban van ☐ rokkantnyugdíjas
☐ munkanélküli ☐ nyugdíjas ☐

egyéb:.....

Családi állapota: ☐ egyedülálló

☐ párkapcsolatban él Mióta van párkapcsolata?.....év
☐ házas, és házastársával együtt él Mióta házas?.....év
☐ házas, de házastársával nem él együtt Mióta házas?.....év
☐ elvált
☐ özvegy
☐ egyéb:.....

Gyermekei száma:..... **életkoruk:**.....

Mit gondol, milyen tényezők játszottak szerepet betegség kialakulásában?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ön dohányzik-e? ☐ igen Naponta mennyit?.....
☐ alkalmanként
☐ nem, már leszoktam Korábban mennyit fogyasztott?
☐ soha nem próbáltam
☐ egyéb:.....

Alkoholt fogyaszt-e? ☐ igen Naponta mennyit?.....Miből?.....
☐ alkalmanként
☐ már leszoktam Korábban mennyit fogyasztott?
☐ nem fogyasztok
☐ egyéb.....

Kábítószer fogyaszt-e? ☐ igen Mit és mennyit?.....
☐ korábban próbáltam Mit és mennyit?.....
☐ nem
☐ egyéb.....

Végez-e rendszeres testmozgást? ☐ igen ☐ nem
☐ igen Mit és hetente hány alkalommal?.....

Figyelmesen olvassa el az állításokat és karikázza be a megfelelő számot attól függően, hogy ebben a pillanatban

ÉPPEN MOST HOGYAN ÉRZI MAGÁT.

Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkozzon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit a legjobban kifejező választ jelölje meg.

		Egyáltalán nem	Vala- mennyire	Megle- hetősen	Nagyon
1.	Nyugodtnak érzem magam.	1	2	3	4
2.	Biztonságban érzem magam.	1	2	3	4
3	Feszültnek érzem magam.	1	2	3	4
4	Valami bánt.	1	2	3	4
5.	Gondtalannak érzem magam.	1	2	3	4
6	Zaklatott vagyok.	1	2	3	4
7	Aggódok, hogy bajba keveredem.	1	2	3	4
8.	Kipihentnek érzem magam.	1	2	3	4
9	Szorongok.	1	2	3	4
10.	Kellemesen érzem magam.	1	2	3	4
11.	Elég önbizalmat érzek magamban.	1	2	3	4
12	Ideges vagyok.	1	2	3	4

13.	Nyugtalannak érzem magam.	1	2	3	4
14.	Fel vagyok húzva.	1	2	3	4
15.	Minden feszültségtől mentes vagyok.	1	2	3	4
16.	Elégedett vagyok.	1	2	3	4
17.	Aggódok.	1	2	3	4
18.	Túlzottan izgatott és feszült vagyok.	1	2	3	4
19.	Vidám vagyok.	1	2	3	4
20.	Jól érzem magam.	1	2	3	4

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 a legjobban kifejező választ jelölje meg.

Az alábbi kérdőívben állításokat olvashat – minden csoportban négyet. Ezek közül válassza ki azt az egyet, minden négyes csoportból, amelyik az adott csoportban a legjobban illik Önre, amelyik a **legjobban tükrözi érzéseit az elmúlt hetekről/napokról** – a számok bekarikázásával jelezze választását. Ne hagyjon ki egy kérdést/állítást se! Akkor is jelöljön, ha az állítást nem érzi Önre vonatkozóknak!

1.	0	Nem vagyok szomorú
	1	Szomorú, vagy nyomott vagyok.
	2	Mindig szomorú vagyok, és nem tudok kikeveredni belőle.
	3	Annyira szomorú és boldogtalan vagyok, hogy nem bírom tovább.
2.	0	Nem félek különösebben a jövőt illetően.
	1	Félek a jövőtől.
	2	Úgy érzem, semmit sem várhatok a jövőtől.
	3	Úgy látom, hogy a jövő reménytelen és a helyzetem nem fog javulni.

3.	0	Nem érzem, hogy kudarcot vallottam.
	1	Úgy érzem, több kudarc ér, mint másokat.
	2	Visszatekintve életemre, kudarcok sorozatát látom.
	3	Úgy érzem, mint ember teljesen kudarcot vallottam.
4.	0	A dolgok ugyanolyan megelégedettséggel töltenek el, mint máskor.
	1	A dolgokkal nem vagyok úgy megelégedve, mint máskor.
	2	Valójában többé semmi nem okoz elégedettséget nekem.
	3	Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.
5.	0	Nem hibáztatom különösebben magam.
	1	Gyakran hibáztatom magam.
	2	Majdnem mindig hibáztatom magam valami miatt.
	3	Állandóan hibáztatom magam.
6.	0	Nem érzem magam különösebben hibásnak.
	1	Úgy érzem, lehet, hogy rászolgáltam valami büntetésre.
	2	Úgy érzem, hogy rászolgáltam a büntetésre.
	3	Azt akarom, hogy megbüntessenek.
7.	0	Nem csalódtam magamban.
	1	Csalódtam magamban.
	2	Nem szeretem magam.
	3	Gyűlölöm magam.
8.	0	Nem érzem, hogy rosszabb lennék, mint bárki más.
	1	Gyengeségeim és hibáim miatt erősen bírálom magam.
	2	Mindig vádoló magam
	3	Mindem rosszért, ami bekövetkezik, vádoló magam.
9.	0	Eszembe sem jut, hogy magamnak ártsak, vagy magam ellen tegyek valamit.
	1	Van öngyilkossággal kapcsolatos gondolatom, de nem tudnám megtenni.
	2	Szeretném megölni magam.
	3	Megölném magam, ha tudnám.
10.	0	Nem sírok többet, mint szoktam.
	1	Mostanában többet sírok, mint szoktam.
	2	Mostanában mindig sírok.
	3	Valaha tudtam sírni, most nem tudok, még akkor sem, ha akarnám.
11.	0	Nem vagyok ingerlékenyebb, mint máskor.
	1	Könnyebben leszek ingerült, vagy haragos, mint korábban.
	2	Mostanában állandóan ingerült vagyok.
	3	Már nem izgatnak föl olyan dolgok, amik korábban ingerültté tettek.
12.	0	Az emberek iránti érdeklődésem nem csökkent.
	1	Kevésbé érdekelnek az emberek most, mint azelőtt.
	2	Jelentősen csökkent mások iránti érdeklődésem.
	3	Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.
13.	0	Éppen olyan jól döntök, mint korábban.
	1	Mostanában elhalasztom döntéseimet.
	2	A korábbiakhoz képest igen nehezen döntök.
	3	Semmiben nem tudok dönteni többé.

14.	0	Nem érzem, hogy rosszabbul néznék ki, mint máskor.
	1	Félek, hogy öregnek és csúnyának látszom.
	2	Úgy érzem, hogy hátrányomra változtam, és kevésbé vagyok vonzó.
	3	Azt hiszem, csúnya vagyok.
15.	0	Éppen olyan jól tudok dolgozni, mint máskor.
	1	Külön erőfeszítembe kerül, hogy valami munkába belefogjak.
	2	Nagy erőfeszítésre van szükségem ahhoz, hogy megcsináljak valamit is.
	3	Semmi munkát nem vagyok képes ellátni.
16.	0	Ugyan olyan jól tudok aludni, mint általában.
	1	Nem alszom olyan jól, mint azelőtt.
	2	A szokottnál 2-3 órával korábban ébredek és nehezen tudok újra elaludni.
	3	Több órával korábban ébredek, mint szoktam és nem tudok újra elaludni.
17.	0	Nem fáradok el jobban, mint azelőtt.
	1	Hamarabb elfáradok, mint azelőtt.
	2	Majdnem minden elfáraszt, amit csinálok.
	3	Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.
18.	0	Az étvágyam nem rosszabb, mint az előtt.
	1	Az étvágyam nem olyan jó, mint azelőtt.
	2	Mostanában az étvágyam sokkal rosszabb.
	3	Egyáltalán nincs már étvágyam.
19.	0	Semmiel sem vesztettem többet a súlyomból, mint máskor.
	1	Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 2 kg.
	2	Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 5 kg.
	3	Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 8 kg.
20.	0	Nem foglalkozom többet egészségi állapotommal, mint azelőtt.
	1	Aggódok olyan testi-fizikai problémák miatt, mint fájdalmak, vagy gyomorpanaszok
	2	Nagyon aggódok testi-fizikai panaszaim miatt és nehéz valami másra is gondolnom.
	3	Annyira aggódok a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.
21.	0	Nem vettem észre lényeges változást szexuális érdeklődésemben.
	1	A szokottnál kevésbé érdeklődöm a szex iránt.
	2	Mostanában jóval kevésbé érdeklődöm a szex iránt.
	3	Teljesen elvesztettem a szex iránti érdeklődésemet.

Köszönjük, hogy kitöltötte a kérdőívet!

3. sz. melléklet

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR
SZENT-GYÖRGYI ALBERT KLINIKAI KÖZPONT
SEBÉSZETI KLINIKA
Igazgató: Dr. Lázár György egyetemi tanár
6720 Szeged, Pécsi u. 6. Telefon: (62) 545-444*
Igazgatói telefon/fax: (62) 545-701
e-mail: office.surg@med.u-szeged.hu



Kedves Kitöltő!

Kérem, figyelmesen olvassa el a tesztekhez tartozó instrukciókat, és azok alapján töltsse ki az íveket. Minden kérdésre válaszoljon, még akkor is, ha nem feltétlenül vonatkozik Önre vagy életére. Adatait és válaszait a titoktartás kötelezettsége mellett kezeljük, azokat csupán statisztikai célból (névtelenül) használjuk fel.

Köszönjük együttműködését!

Név:.....

Életkor: év

Születési idő:évhónap

Dátum:évhó.....nap

ÉPPEN MOST HOGYAN ÉRZI MAGÁT.

Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkozzon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit a legjobban kifejező választ jelölje meg.

		Egyáltalán nem	Vala- mennyire	Megle- hetősen	Nagyon
1.	Nyugodtnak érzem magam.	1	2	3	4
2.	Biztonságban érzem magam.	1	2	3	4
3	Feszültnek érzem magam.	1	2	3	4
4	Valami bánt.	1	2	3	4
5.	Gondtalannak érzem magam.	1	2	3	4
6	Zaklatott vagyok.	1	2	3	4
7	Aggódok, hogy bajba keveredem.	1	2	3	4
8.	Kipihentnek érzem magam.	1	2	3	4
9	Szorongok.	1	2	3	4
10.	Kellemesen érzem magam.	1	2	3	4
11.	Elég önbizalmat érzek magamban.	1	2	3	4
12	Idegess vagyok.	1	2	3	4
13	Nyugtalanul érzem magam.	1	2	3	4
14	Fel vagyok húzva.	1	2	3	4
15.	Minden feszültségtől mentes vagyok.	1	2	3	4
16.	Elégedett vagyok.	1	2	3	4
17	Aggódok.	1	2	3	4
18	Túlzottan izgatott és feszült vagyok.	1	2	3	4
19.	Vidám vagyok.	1	2	3	4
20.	Jól érzem magam.	1	2	3	4

Az alábbi kérdőív olyan kijelentéseket tartalmaz, amelyeket mások, akiknek ugyanaz a betegsége mint Önnek, fontosnak találtak. **Kérjük, hogy soronként egy számot bekarikázva vagy beikszelve jelölje be az utóbbi 7 napra vonatkozó válaszát!**

FIZIKAI KÖZÉRZET

		Egyáltalán nem	Egy kicsit	Vala- mennyi re	Megle- hetősen	Nagyon
1	Úgy érzem, kevés az energiám.....	0	1	2	3	4
2	Hányingerem van	0	1	2	3	4
3	Fizikai állapotom miatt nehezen tudom kielégíteni családom szükségleteit	0	1	2	3	4
4	Fájdalmaim vannak	0	1	2	3	4
5	Zavarnak a kezelés mellékhatásai	0	1	2	3	4
6	Betegnek érzem magam	0	1	2	3	4
7	Kénytelen vagyok több időt ágyban tölteni.....	0	1	2	3	4

KÖZÉRZETE TÁRSASÁGBAN ÉS A CSALÁDBAN

		Egyáltalán nem	Egy kicsit	Vala- mennyi re	Megle- hetősen	Nagyon
1	Szoros kapcsolatban vagyok a barátaimmal 0	0	1	2	3	4
2	Kapok érzelmi támogatást a családomtól.....	0	1	2	3	4
3	Kapok támogatást barátaimtól.....	0	1	2	3	4
4	Családom elfogadta betegségemet	0	1	2	3	4
5	Elégedett vagyok azzal, ahogyan a családommal beszélünk a betegségről.....	0	1	2	3	4
6	Partneremhez (vagy fő támaszomhoz) közel érzem magam	0	1	2	3	4

Függetlenül jelenlegi szexuális aktivitási fokától arra kérjük, szíveskedjen válaszolni a következő kérdésre. Ha inkább mégsem válaszolna, kérjük, jelölje be ezt a négyzetet és folytassa a következő bekezdésnél. ☐

7

Elégedett vagyok a nemi életemmel..... 0 1 2 3 4

Kérjük, hogy soronként egy számot bekarikázva vagy beikszelve jelölje be az utóbbi 7 napra vonatkozó válaszát!

ÉRZELMI JÓLÉT

Egyáltalán nem Egy kicsit Valamennyire Meglehetősen Nagyon

0 1 2 3 4

Szomorú vagyok

0 1 2 3 4

Meg vagyok elégedve azzal, ahogy betegségemet viselem

0 1 2 3 4

A betegségem elleni küzdelemben kezdem elveszíteni a reményt.....

0 1 2 3 4

Idegess vagyok.....

0 1 2 3 4

Nyugtalanít a halál gondolata.....

0 1 2 3 4

Aggódok, hogy állapotom rosszabbodni fog

FUNKCIONÁLIS JÓLÉT

Egyáltalán nem Egy kicsit Valamennyire Meglehetősen Nagyon

0 1 2 3 4

Képes vagyok dolgozni (beleértve az otthon végzett munkát is)

0 1 2 3 4

Munkám (az otthon végzett munkát is beleértve) kielégít

0 1 2 3 4

Képes vagyok élvezni az életet

0 1 2 3 4

Elfogadtam betegségemet.....

0 1 2 3 4

Jól alszom

6	Most is élvezem, amit szórakozásból szoktam csinálni.....	0	1	2	3	4
7	Elégedett vagyok életem jelenlegi minőségével	0	1	2	3	4

Kérjük, hogy soronként egy számot bekarikázva vagy beikszelve jelölje be az utóbbi 7 napra vonatkozó válaszát!

EGYÉB AGGÁLYOK

		Egyáltalán nem	Egy kicsit	Vala- mennyire	Megle- hetősen	Nagyon
1	Könnyen elfogy a lélegzetem.....	0	1	2	3	4
2	Feszélyezve érzem magam, hogy hogyan öltözködjem.....	0	1	2	3	4
3	Egyik vagy mindkét karom dagadt vagy érzékeny	0	1	2	3	4
4	Szexuálisan vonzónak érzem magam.....	0	1	2	3	4
5	Zavar, hogy hullik a hajam.....	0	1	2	3	4
6	Aggódok, hogy valamikor családom más tagjai is megkapják a jelenlegi betegségemet	0	1	2	3	4
7	Aggódok, hogy a stressz hatással lesz a betegségemre.....	0	1	2	3	4
8	Zavar, hogy testsúlyom megváltozott	0	1	2	3	4
9	Képes vagyok nőnek érezni magam.....	0	1	2	3	4
2	A testem bizonyos részein fájdalmat érzek	0	1	2	3	4

Az alábbi kérdések azokra az érzésekre és gondolatokra vonatkoznak, amelyek Önt **AZ ELMÚLT HÓNAP SORÁN** jellemezték. Kérjük, hogy minden egyes kérdésnél írja be, hogy az elmúlt hónap során **MILYEN GYAKRAN volt jellemző Önre az adott érzés vagy gondolat!**

	<i>SOHA</i>	<i>SZINTE SOHA</i>	<i>NÉHA</i>	<i>ELÉG GYAKRAN</i>	<i>NAGYON GYAKRAN</i>
1. Az elmúlt hónap során milyen gyakran volt feszült valamilyen váratlan esemény miatt?	0	1	2	3	4
2. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy képtelen kézben tartani azokat a dolgokat, amelyek fontosak az életében?	0	1	2	3	4
3. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte magát idegesnek és stresszesnek?	0	1	2	3	4
4. Az elmúlt hónap során milyen gyakran bízott magában, hogy képes megoldani személyes problémáit?	0	1	2	3	4
5. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a dolgok az Ön kedve szerint alakulnak?	0	1	2	3	4
6. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy nem tud eleget tenni minden kötelezettségének?	0	1	2	3	4
7. Az elmúlt hónap során milyen gyakran tudta kezelni a bosszúságokat életében?	0	1	2	3	4
8. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a helyzet magaslatán áll?	0	1	2	3	4
9. Az elmúlt hónap során milyen gyakran dühítették fel olyan dolgok, amelyeket nem tudott befolyásolni?	0	1	2	3	4
10. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk?	0	1	2	3	4

Köszönjük, hogy kitöltötte a kérdőívet!



Minden nap egyre jobban és jobban vagyok!

A gondolatainkkal, szavainkkal teremtünk. Igyekezzünk **minden célunkat és kívánságunkat pozitívan, jelen időben megfogalmazni**. Ahelyett, hogy azt erősítenénk magunkban: nem vagyok beteg, mondjuk inkább: *meg fogok gyógyulni. Jól sikerül a műtétem. A szervezetem a műtét után könnyen, gyorsan regenerálódik. Napról napra jobban és jobban vagyok*. És így tovább. Ezeket a gyógyító mondatokat reggel, ébredés után és este lefekvés előtt a legjobb ismételtetni.

Ha pedig előtör a szorongás, próbáljunk meg erősen egy elképzelt **pozitív jövőbeni eseményre gondolni**, és ez felülírja a félelmet. Vagy gondoljunk vissza egy olyan pillanatra, amikor boldognak éreztük magunkat. Gyakoroljuk ezt a hatékony módszert.

Sokat segít, ha valakivel meg tudjuk beszélni a bennünket **érzelmileg mélyen érintő** gondolatainkat. Később ettől nem csupán boldogabbnak érezzük magunkat, de a kutatások kimutatták, hogy immunfunkcióink is javulnak, gyorsabb lesz a gyógyulás. Tehát az **érzelmek kommunikációja**, megosztása mérhetően **pozitív hatást** gyakorol nemcsak az egészségi állapot fenntartására, de a betegségekkel való megküzdésre is.

Tűzzünk ki magunk elé rövid-és hosszú távú célokat, amelyek reménnyel töltenek el, lelkesítenek, és reálisan megvalósíthatók. Írjuk le ezeket a célokat, gyakran olvassgassuk, és a listát tegyük ki egy jól látható helyre. A célok megvalósítását mindig a rövid távúakkal kezdjük!



Értékeljük az élet apró örömeit, a kis sikereket!

Esténként gondoljuk át a napunkat, és írjuk fel, mi okozott örömet számunkra. A lista segít tudatosítani, hogy mennyi minden jó dolog történt velünk. Ha viszont úgy látjuk, hogy semmi örömteli nem történt velünk, az arra motivál, hogy kis örömet lopjunk életünkbe. Ez lehet egy mosoly, egy finom tea, napsütés, egy nyugodt délután, ráérős séta, telefonbeszélgetés egy kedves rokonnal.

Reggel, mielőtt kinyitjuk a szemünket, állítsuk be az agyunkat arra, hogy ma egész nap jó dolgok történnek majd velünk. Mondjuk végig magunkban ezt a rövid szöveget: *„Jó reggelt kívánok magamnak és mindazoknak, akiket szeretek, és akikkel ma csak találkozni fogok. Odavezetek egy fénysugarat a lábujjaimhoz, végigvezetem az egész testemen, és mosolyog minden pici sejtem, örül a mai napnak. Ma valami jó történik!”* Próbáljuk ki – és tényleg valami jó fog történni! A gondolat, a tudat hatalma valóban teremt. Ha az agyunk azt az üzenetet kapta, hogy ma jó dolgok történnek majd, akkor csak jókat keres. Meg van ígérve, te üzented meg – hol van az a jó? És egyszer csak valóban észrevesszük az apró, örömteli dolgokat! Egyszerűen kinyílik bennünk a pozitív érzélem, jobb lesz az energia-háztartásunk. Ezt mindenki kipróbálhatja saját kísérlet keretében is. Egy hétig minden reggel tegyük be a teremtmény tudatunkba, hogy ma valami jó történik, közben figyeljük a közérzetünket, a lelkiállapotunkat, a velünk történt eseményekről pedig írjunk naplót - és rá fogunk jönni, hogy ez így igaz. Ha nem hiszünk másnak, higgyünk önmagunknak, a saját tapasztalatainknak! *Prof. Dr. Bagdy Emőke*

„Az élet szép, még így is! Örülök, hogy szépen süt a nap. Szeretek kóborolni az őszi erdőben. Szeretek fotózni, a szépet keresem mindenben. Örülök, ha örülnek valaminek a szeretteim. Másként élem az életem, mint régen. Most elsiklok olyan dolgok fölött, amin régen idegeskedtem. Próbálom az életemet elrendezni másként. Szeretem azt a kicsi munkát, amit jelenleg dolgozom. Tanulok az emberektől. Mert a mellrák után is van élet ... csak egy kicsit másként.” Egy emlődaganatból gyógyuló páciens

Etikai jóváhagyás alóli mentességet bejelentő űrlap

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
Bölcsészettudományi Kar
Pszichológia Tanszék
6722 SZEGED, Petőfi S. sgt. 30-34.

Tel.: (62)544-509
Tel.+Fax: (62)544-509

SZEGED UNIVERSITY
Institute of Psychology
Faculty of Arts
Petőfi S. sgt. 30-34., H-6722 SZEGED

Phone: (36 62) 544-509
Phone and Fax: (36 62) 544-509

Etikai jóváhagyás alóli mentességet bejelentő űrlap B/ diák kutatók számára

A kutatás mentesül a Tanszéki Etikai Bizottság jóváhagyása alól, ha a kutatásról joggal feltételezhető, hogy nem okoz semmiféle terhelést, károsodást vagy sérelmet a résztvevők számára, és/vagy a kutatás nem érint fokozott körülményt igénylő populációt (mint pl. betegek, börtönbüntetést töltők, kis gyermekek, kisebbségi csoportok). Az etikai jóváhagyást nem igénylő kutatásban éppen úgy be kell tartani a pszichológiai kutatás etikai szabályait (v.ö. Tanszéki Etikai Kódex II/6 pont), mint a jóváhagyást igénylő kutatásokban.

1. A kutatást végző diák(ok) neve: *Kriston Pálma*
2. A kutatásért felelős oktató neve, beosztása: *Prof. Dr. Csabai Márta, egyetemi tanár*
3. A kutatás címe: *Emlődaganatos nőbetegek pre-, és posztoperatív pszichológiai állapotának vizsgálata az észlelt fájdalom, betegségattribúciók és egészségmagatartás összefüggésében.*
4. A kutatás melyik kategóriába esik:
 - kurzus munka; ebben az esetben, kurzus neve:
 - műhelymunka
 - szakdolgozati munka
 - TDK munka
 - egyéb:
5. Az etikai mentesség indoklása a megfelelő kategória aláhúzásával:
 - a/ oktatási vagy nevelési módszerek vizsgálata,
 - b/ névtelen kérdőíves felmérések,
 - c/ személyiségi jogot nem sértő, nyilvános helyen történő természetes megfigyelés,
 - d/ munkakör, illetve szervezeti hatékonyság kutatás, amely nem jelentenek kockázatot
 - e/ egyéb: névvel ellátott kérdőíves vizsgálat klinikai pszichológus jelenlétében