

EMLŐDAGANATOS NŐBETEGEK PRE- ÉS POSZTOPERATÍV PSZICHOLÓGIAI ÁLLAPOTÁNAK VIZSGÁLATA AZ ÉSZLELT FÁJDALOM, A BETEGSÉG ATTRIBÚCIÓK, ÉS AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ÖSSZEFÜGGÉSÉBEN

Kriston Pálma

SZTE-BTK Pszichológia Intézet, palma.kriston@gmail.com

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

Kulcsszavak: szorongás, depresszió, életminőség, műtét után észlelt fájdalom, betegség attribúciók, egészségmagatartás

Napjainkban az emlőrakkal műtött nőbetegek száma egyre magasabb, ami betudható a diagnosztikus eszközök, műtéti eljárások korszerűsödésének, de a betegség magas előfordulási arányának is. A mortalitási és morbiditási statisztikák adatai szerint Európában és hazánkban is rangelső helyet foglal el a nők körében terjedő emlőrák (Kásler & Ottó, 2008). A szakértők szerint a nőbetegek magas arányát nem csak a betegség primer stádiumában lévők képezik, hanem a krónikus betegek között is egyre nagyobb a visszaesők száma (Kásler & Ottó, 2008; Tiringier, 2007). A jelenség hátterének megértése több egészséggel foglalkozó tudományterület elméleti és alkalmazott ágát hozta működésbe. Ilyen a pszicho-neuroimmunológia, amely az idegrendszer és immunrendszer közötti kölcsönhatás vizsgálatokor rámutatott arra, hogy a krónikus stresszhelyzetek, súlyos életkrízisek tartósan fennálló negatív érzelmeket, és a tanult tehetetlenség állapotát generálva az immunműködés stabilitásának megbomlását eredményezik, s ez növelheti a rákbetegség kialakulásának kockázatát (Stauder, 2007).

PSZICHOLÓGIAI ÁLLAPOT MŰTÉT ELŐTT ÉS UTÁN

Az orvosi pszichológiai kutatások eredményei szerint a klinikailag jelentős mértékű szorongás és depresszió aránya nagyon magas az emlőrakkal diagnosztizált betegek körében (Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2011). A szorongás vizsgálatánál különbséget tettek az állapotszorongás, vagyis a helyzetre adott szorongásos reakció és a vonásszorongás, azaz a személyiséget jellemző általános lélektani állapot között (Spielberger, 1994). Az állapotszorongás mértéke jellemzően a kórházba kerülés időszakában és műtét előtt a legmagasabb, majd műtét után csökkenni kezd (Csabai & Molnár, 2009). Vonásszorongás esetében nem találtak jelentős eltérést a pre- és posztoperatív időszakban (Auerbach, 1973; idézi Csabai & Molnár, 2009; Kyranou et al., 2013).

A műtét előtti szorongás leggyakoribb kiváltó tényezői között tartják számon a diagnózis súlyosságával való szembesülést, a kórházi kezelés szükségességének tényét, korábbi hospitalizációs bántalmak emlékképének feltörését; és az operáció sikerességével kapcsolatos aggályokat (Hajduska, 2008). A posztoperatív időszakban a műtét kimenetele döntő befolyással bír a betegek fizikális és mentális állapotára. Noha a kutatások szerint ebben az időszakban már alacsonyabb a betegek állapotszorongás szintje, az utókezelések elkezdődése, a megváltozott testképpel való szembesülés, és a társas/társadalmi körökbe való visszailleszkedés ismételten próbára teszik az egyén pszichés teherbíró képességét. A fennálló szorongás és félelem tárgya például a nem szűnő halálfélelem, illetve félelem az utókezelés mellékhatásaitól, a betegség kiújulásától, a szexualitás, fizikai vonzerő elvesztésétől és az izolációtól való félelem (Hajduska, 2008; Riskó, 1998).

Janis (1969) elmélete szerint a túlzottan magas szorongásszint nem hat pozitívan a beteg gyógyulási folyamatára, ugyanis a beszűkült figyelem miatt a külső környezetből származó pozitív jelzéseket nem képes befogadni. Az alacsony szorongásszint sem célravezető, aminek háttérében a tagadás 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 a körülményekhez való alkalmazkodás folyamatát (Janis, 1969; idézi Csabai & Molnár, 2009). Vahdaninia Omidvari és Montazeri (2010) utánkötéses 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 tünetei idővel csökkenni kezdtek, de 38,4%-uk 18 hónap után is magas szorongásról, valamint 22,2%-uk depressziós tünetekről számolt be.

POSZTOPERATÍV FÁJDALOM

A kutatások arra is felhívták a figyelmet, hogy az operáció előtti magasabb szorongásszint intenzívebb fájdalomérzethez vezet műtét után (Ozalp, Sarioglu, Tuncel, Aslan, & Kadiogullari, 2003). Ez a kölcsönhatás Melzack kapunkontroll-elméletével magyarázható (Kulcsár, 1998). A teória szerint a gerincvelő hátsószarvában működő neurális mechanizmusok kapuként szolgálnak, amelyek szabályozzák 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). A magas szorongásszint, posztoperatív fájdalom jelenléte nehezíti a gyógyulás folyamatát (Katz, et al., 2005, Nielsen, Rudin & Verner, 2007). Ezt alátámasztja az a kutatás is, melyben krónikus fájdalommal élő emlődaganatos betegeket vizsgálva azt találták, hogy akik magas szorongásszintről, depressziós tünetegyüttesről számoltak be a műtét időszakában és az operációt követően, intenzívebb fájdalmat éltek meg, depressziós állapotuk a műtét után 1 évvel is jelentős volt. A krónikus fájdalomtól mentes betegeknél a műtét körüli szorongás és depressziós állapot idővel csökkent, normalizálódott (Tasmuth, Estlanderb, & Kalso, 1996).

ÉLETMINŐSÉG MŰTÉT UTÁN

A műtét előtti szorongás, depressziós tünetegyüttes a posztoperatív fájdalommal való kapcsolatán keresztül a beteg életminőségét közvetlenül befolyásolja műtét után. Az életminőség olyan többdimenziós jólléti állapot, amely a fizikai (testi funkciók), lélektani (érzelmek), szociális (kapcsolati háló), és spirituális (élet

értelme, értékek, célok) dimenziókat foglalja magában (Rohánszky, Konkoly, & Bodoky, 2011; Susánszky & Szántó, 2003). Az emlőrákos nőbetegek körében végzett kutatások egy része arra mutatott rá, hogy a betegek életminősége nem szükségképpen függ össze az objektív orvosi leletekkel, bizonyos esetekben felülmúlhatja az egészséges személyek elégedettségi szintjét. A magyarázat háttérében az állhat, hogy a betegek a kialakult helyzetben átértékelik személyes életük lényeges pontjait. Taylor (1983) mellrákosokkal készült interjú felvétele jól illusztrálja ezt: „*Perspektívában látom a dolgokat; A kapcsolatok a legfontosabbak a világon*” (Kulcsár, 1998, 53. o.).

A pozitív változások tartóssá válásában fontos szerepet játszik a közvetlen környezettel (család, házasság, barátok) fenntartott kapcsolat minősége. A társak felől érkező támogatás ugyanis elősegítheti a betegséggel való hatékony megküzdést, az empátikus hozzáállás, odafigyelés, és a beteg fontosságérzetének hangsúlyozása által elkerülhetővé válhat a pszichés distressz, depressziós állapotba sodródás (Brummet et al., 2005; idézi Csabai & Molnár, 2009; Kállai, 2007). A klinikai vizsgálatok arról számoltak be, hogy azon betegek, akik legalább egy bizalomteli kapcsolattal rendelkeztek, s lehetőségük volt személyes problémáik megosztására, túlélési mutatói lényegesen jobbak voltak a bensőséges kapcsolatot nélkülöző betegtársaikéhoz képest (Maunsell et al., 1995; idézi Balogh & Dégi, 2005). Egy másik kutatás szerint azok a személyek, akiket házas társuk gyakrabban látogatott a kórházi kezelés alatt, hamarabb térhettek vissza otthonukba, és a műtéti beavatkozás hosszú távú hatásai is eredményesebbek voltak körükben (Kulik & Mahler, 1993; idézi Kállai, 2007; Bulotiene, Ostapenko, & Furmonavicius, 2008). A házasság protektív hatását már hazai vizsgálatok is megerősítették kimutatva kockázatcsökkentő hatását a depresszióval szemben (Szántó & Susánszky, 2010).

Születtek azonban olyan vizsgálatok is, amelyek a társas kapcsolatok deficitesebb működéséből vagy hiányából származó egészségproblémákra világítottak rá. A társas kapcsolatokkal való elégedetlenség, a belőlük származó negatív impulzusok, a bizalom hiánya, a páciens problémájával szembeni elutasító attitűd, valamint a túlvédő magatartás csökkentheti a beteg gyógyulási esélyeit azáltal, hogy fokozza körükben a klinikailag jelentős szorongás, depressziós állapot kialakulását (Csabai & Molnár 2009; Balogh & Dégi, 2005). A posztoperatív felépülést tehát csak a kiegyensúlyozottan működő, támogató kapcsolatok megléte segítheti elő, amelyek hozzájárulhatnak a pozitív életminőség mellett a beteg túlélési esélyének növeléséhez (Tominaga, et al., 1998).

BETEGSÉGATTRIBÚCIÓK

Viszonylag kevésbé kutatott terület a betegséggel kapcsolatos hiedelmek, attribúciók. „*A betegségattribúciók a betegség háttérében feltételezett, okozati összefüggéseket tartalmazó kognitív folyamatok jelölésére szolgálnak*” (Csabai &

Molnár, 2009. 71. o.). Taylor és munkatársai (1984) kutatásában sikerült kimutatniuk, hogy az emlődaganatos betegek 95%-a rendelkezik valamilyen oksági teóriával a betegség kialakulásával kapcsolatban. A daganatos megbetegedés okát legfőképp a stressznek tulajdonították (41%), továbbiakban a rákkeltő anyagok, öröklődés és étkezési szokások is szerepeltek a válaszok között. Stewart és munkatársai (2001) kutatásában hasonlóképp azt találták, hogy a betegek 40% feletti gyakorisággal jelölték meg a stresszt oki háttérként, továbbá a genetika, hormonok; környezet, és étrend is szerepelt a betegség kialakulásának laikus teóriái között. Ezen kívül arra is rámutattak, 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 a jövőre irányuló cselekedeteknek, a preventív egészségmagatartási minták követésének, életmódváltásnak ezen kutatásban (Stewart et al., 2001).

EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

A betegség kialakulásával kapcsolatos laikus teóriák rávilágítanak a szakemberek által is kiemelten vizsgált területre, a rákbetegség pszichoszociális háttértényezői között számon tartott életmódbeli, egészségmagatartási elemekre. Egyes szerzők szerint a környezeti, életmódbeli faktorok 80% feletti valószínűséggel játszanak szerepet a rák kialakulásában, ebből 30-60% vezethető vissza a dohányzásra, alkoholfogyasztásra és a táplálkozásra (Tiringer, 2007). Az emlődaganatosok körében végzett vizsgálatok eredményei a heti és napi szintű alkohol elfogyasztásának rizikóhatására hívták fel a figyelmet, a dohányzásnál kismértékben, más élvezeti szerek együttes használatának kapcsolatán keresztül sikerült kockázati hatást kimutatniuk (Hamajima, et al., 2002; McDonald, Williams, Dawkins, & Adams-Campbell, 2002). További vizsgálatok az elhízás, túlsúlyosság veszélyét hangsúlyozták, amely lényegesen csökkentette a mellrákos betegek túlélési esélyeit (Newman, Miller, & Howe, 1986). Ezzel párhuzamosan a rendszeres testmozgás jótékony hatását is sikerült igazolniuk. Blacklock 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 (Holmes, Chen, Feskanich, Kroenke, & Colditz, 2005; Loh, Tan, & Xavier, 2009).

A KUTATÁS CÉLJA, HIPOTÉZISEI

Magyarországon a magas megbetegedési arány ellenére kevés számban született olyan kutatás, amelyek a nemzetközi vizsgálatokhoz hasonlóan célul tűzte ki az emlőrákos nőbetegek komplex bio-pszicho-szociális vizsgálatát. A népegészségügyi szakértők és a gyógyító team munkáját egyaránt hatékonyabbá teheti a magyar sajátosságok feltárása. Jelen kutatás célja volt megvizsgálni az emlődaganatos nőbetegek műtét előtti és műtét utáni pszichológiai állapotát (szorongásszint, depresszió), életminőségét az észlelt fájdalom, betegség attribúciók és egészségmagatartás összefüggésében. A szakirodalmi háttér 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 et al., 2013).
- A műtét előtti magas szorongásszinthez és észlelt stresszhez nagyobb fájdalomérzet társul műtét után (Ozalp et al., 2003).
- A műtét utáni fájdalomérzet és életminőség szignifikánsan, negatív korrelációs kapcsolatban áll egymással (Nielsen, et al., 2007).
- A házasságban, partnerkapcsolatban élők életminősége magasabb, szemben az egyedülálló betegekkel (Tominaga et al., 1998).
- A kockázati egészségmagatartási minták összefüggésben állnak a pszichológiai és életminőség mutatókkal (McDonald, Williams, Dawkins, & Adams-Campbell, 2002; Hamajima et al., 2002).
- Az egészségvédő magatartás (testmozgás) összefüggésben áll az alacsony stressz, szorongás és depresszió értékkel (Martinsen, 2008).
- Az attribúciós stílusok közül jelen mintában a pszichológiai (pszichologizáló) jelenik meg legmagasabb arányban (Stewart et al., 2001).

MÓDSZEREK

A kutatás 2012. november – 2013. február időszakában zajlott a Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinikáján és a gyulai Pándy Kálmán Kórház Sebészeti Osztályán.

VIZSGÁLATBAN RÉSZTVEVŐK

A hozzáféréseken alapuló mintavétellel 128 emlődaganatos nőbeteg került kiválasztásra. Az orvosi adatok függvényében különböző sebészeti eljárásokat alkalmaztak a betegeken: lumpektómiát (rákos csomó eltávolítása) és maszpektómiát (rákos csomó eltávolítása az emlővel együtt). A műtét utáni kórházban töltött napok száma az operáció sikerességétől, a páciens fizikális, pszichés állapotától egyaránt függött. A vizsgálati alanyok száma 101-re

redukálódott operációt követő napon, 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.

VIZSGÁLATI ESZKÖZÖK

Az operáció előtti pszichológiai állapot vizsgálatához a Spielberger-féle Vonás-és Állapotszorongás skála (STAI-T, STAI-S) magyarra adaptált változatát használtuk (Sipos & Sipos, 1978; Perczel, Kiss & Ajtay, 2005). A skálák 20 itemből állnak, a válaszlehetőségek 1-től (egyáltalán nem értek egyet) 4-ig (teljesen egyetértek) terjedtek. Példa a skálákra: vonásszorongás – „Biztonságban érzem magam”, állapotszorongás – *Túlzottan izgatott és feszült vagyok*. A skála megbízhatósági értéke jelen mintán (Cronbach alpha) 0,77 volt.

A depressziós állapot méréséhez Beck (BDI) 21 tétéles depresszió kérdőívét alkalmaztuk (Richter, Werner, Heerlein, Kraus, & Sauer, 1998; Perczel, Kiss, & Ajtay, 2005). Mindegyik rész 4 állítást tartalmaz, amelyek az elmúlt hetek, napok érzéseire kérdeznek rá. 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 mintánkon.

A műtét utáni időszakban a pszichológiai jóllét elemzéséhez használtuk a Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G) életminőség skálát, mely daganatos betegeknél alkalmazható az életminőség felmérésére. A kérdőív egy kiegészítő skálát (FACT-B) is tartalmaz, melyet kifejezetten az emlőrákkal küzdő páciensekre dolgoztak ki (Cella, et al., 1993; Yost et al., 2005). A mérőeszközt több nyelvre, köztük magyarra is lefordították (Dégi, 2016). A FACT-G kérdőív az érzelmi és funkcionális jóllétre, társas támasz mértékére és fizikai közérzetre kérdez rá, míg a FACT-B a betegséggel kapcsolatos egyéb aggályokra. Az alskálák ötfokozatúak, ahol 1= egyáltalán nem, 5=nagyon jellemzőt jelent. A pontértékek érzelmi jóllét esetében 0-24, funkcionális jóllétnél 0-28, fizikai közérzetenél 0-28 és társas támasznál 0-28 közé eshetnek. A magasabb pontszámból az életminőség magasabb szintjére következtethetünk. Példa az alskálákra: Érzelmi jóllét – *„Nyugtalanít a halál gondolata”*, Funkcionális jóllét – *„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 tételt tartalmaz (ebből 7 fordított), a legalacsonyabb szerezhető érték a skálán 0,

legmagasabb 36 volt. Az alacsonyabb pontszám az aggályok nagyobb számára és fokozottabb jelenlétére utal. Példa az alskálára: „*Képes vagyok nőnek érezni magam; Zavar, hogy testsúlyom megváltozott* Az összesített életminőség skála megbízhatósági értéke jelen mintán (Cronbach alpha) 0,76 volt

A stresszészlelés, a szubjektív stresszhelyzetek átélésének vizsgálatához az észlelt stressz kérdőív rövidített, 10 tételből álló változatát használtuk (Stauder & Konkoly, 2006). A teszt azon érzések, gondolatok gyakoriságára kérdez rá, amelyek az elmúlt hónap során jellemezték a betegeket. Például: *Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte magát idegesnek és stresszesnek?* 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. A skála belső konzisztenciája jelen esetben is megbízhatónak bizonyult.

Az egészségmagatartási szokások közül a dohányzásra, alkohol- és drogfogyasztásra és a fizikai aktivitásra 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 fizikai aktivitást az alábbi kérdéssel mértük. *Végez-e rendszeres testmozgást?* A válaszlehetőségek az alábbiak voltak 1=nem, 2=igen.

A betegségattribúciók feltárása azzal a nyitott kérdéssel történt, hogy *„Mit gondol, milyen tényezők játszottak szerepet betegség kialakulásában?”*. A válaszok kategorizálásához Robbins & Kirmayer (1991) attribúciós stílusait vettük alapul (Rózsa et al., 2008). Ennek alapján az alábbi csoportokat alakítottuk ki:

0 = Nem tudom/ Fogalmam sincs

1 = Környezeti okok hangsúlyozása (normalizáló attribúciós stílus): negatív környezeti hatások, anyagi gondok

2 = Testi okok hangsúlyozása (szomatizáló attribúciós stílus): genetika, öröklődés (apai-anyai ág), szerzett orvosi, gyógyszeres beavatkozás, ezen belül: jobb mell alá nőtt szemölcs, előző betegség miatt legyengült immunrendszer, hormonkezelések, mammográfia vizsgálat következményei, fogamzásgátló szedése

3 = Pszichológiai okok hangsúlyozása (pszichologizáló attribúciós stílus): stressz (magánéleti, munkahelyi), túlhajszolt élet, lelki problémák, haláleset

4 = Egészségmagatartással, életmódbeli tényezők hangsúlyozása: dohányzás, túlsúly, kevés alvás, kevés testmozgás

Végül egy vizuális analóg fájdalomskálát töltöttünk ki a betegekkel az észlelt fájdalom mérésére (Wong & 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 arckifejezések segítették az intenzitás megjelölését.

EMLŐDAGANATOS NŐBETEGEK PRE- ÉS POSZTOPERATÍV PSZICHOLÓGIAI ÁLLAPOTÁNAK A VIZSGÁLATA

A VIZSGÁLAT MENETE

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

A kérdőíves adatok feldolgozását, 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.

EREDMÉNYEK

Az 1. táblázat mutatja be a vonásszorongás, depresszió és az emlődaganatosok részére kidolgozott életminőség skála komplex értékének leíró statisztikáját. Összehasonlítva eredményeinket a hazai standard adatokkal elmondható, hogy a betegek átlagos szorongásszintje $M=45,84$, ami nem tekinthető klinikailag jelentősnek ($45,84 < 52$), ugyanakkor mintánkban az emlődaganatosok 38,6%-ánál (40 fő) kimutatható volt a vonásszorongás 52 pont feletti értéke. Depresszió esetében 9,53-as átlagértéket kaptunk, ami nem esik az enyhe depresszió tartományába ($9,53 < 10-18$), azonban a betegek közel 43,9%-a (50 fő) szenved enyhe, közepesen súlyos és súlyos depressziótól.

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

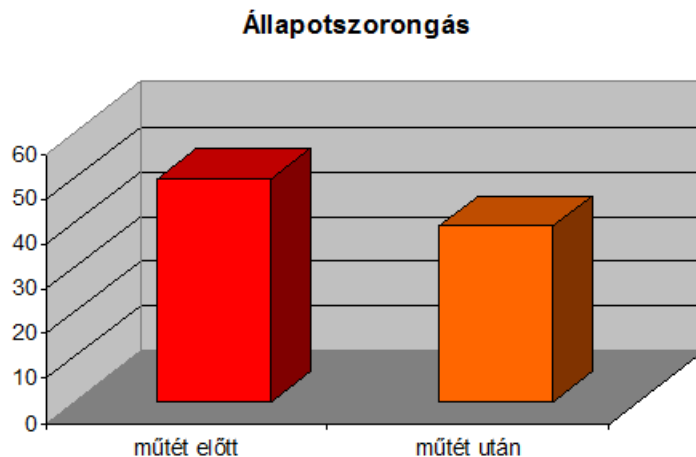
1. Táblázat a vonásszorongás és depresszió értékei (átlag, szórás) $N=126$

Állapotszorongás műtét előtt és után

Az 1. ábra szemlélteti a szorongásszintek változását műtét előtt és után. Az átlagértékek összehasonlítását páros t-próbával végeztük. A pre- és posztoperatív állapot között statisztikailag is igazolt különbséget kaptunk ($p < 0,001$). A műtét

EMLŐDAGANATOS NŐBETEGEK PRE- ÉS POSZTOPERATÍV PSZICHOLÓGIAI
ÁLLAPOTÁNAK A VIZSGÁLATA

előtti (helyzeti) szorongásszint a betegeknél átlagosan magasabb ($M=50,02$; $SD=11,98$) amely a műtét után lényegesen alacsonyabb ($M=39,47$; $SD=10,95$).

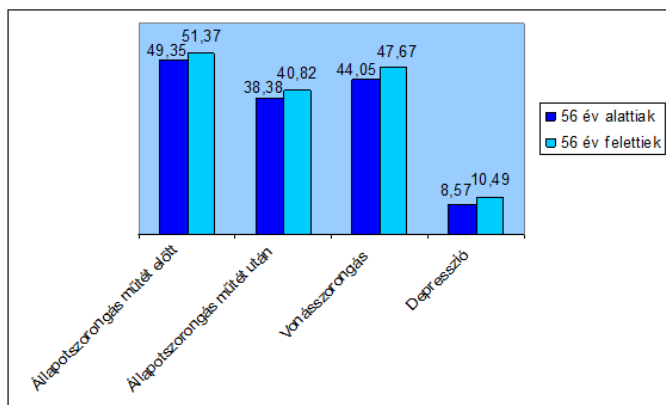


1. ábra Az állapotszorongás szintje műtét előtt és után. (átlagértékek) ($N=96$)

Szociodemográfiai háttérelmzés

Életkor és pszichológiai mutatók

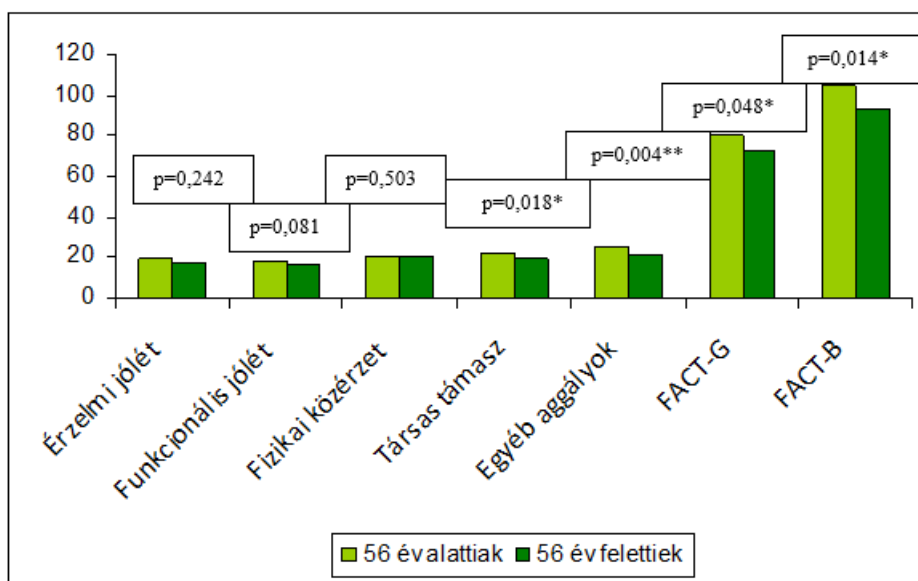
A 2. ábra jeleníti meg a számtani középérték alapján létrehozott életkori csoportok (56 év alattiak és 56 év felettek) és a pszichológiai mutatók (állapotszorongás műtét előtt és után, vonásszorongás, depresszió) közötti összefüggést. A statisztikai elemzés kétmintás t-próbával történt. Az eredményekből 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.



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

Életkor és életminőség

A 3. 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 jóllét 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 skálán is kevesebb pontértékeket szereztek ($M=21,23$; $SD=6,89$) a többi beteghez képest ($M=25,33$; $SD=6,51$). A funkcionális közérzet skálán tendenciálisan jelent meg körükben a jóllét alacsonyabb szintje ($M=16,32$; $SD=6,43$) a fiatalabb páciensek válaszaival szemben ($M=18,38$; $SD=5,87$).



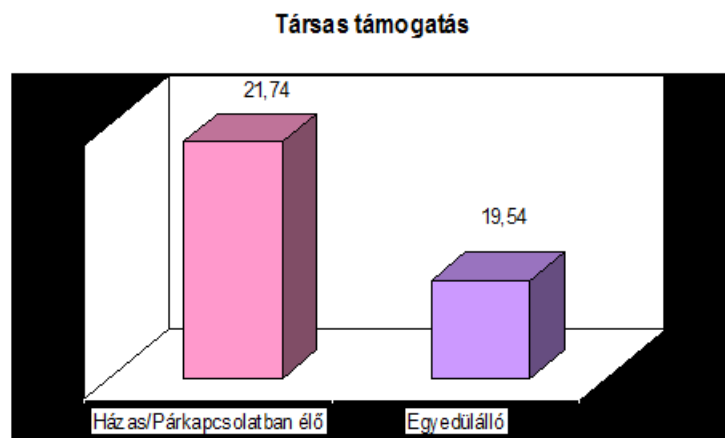
3. ábra. Az életkori csoportok összefüggései az életminőség mutatókkal (szignifikancia=p-értékek), érzelmi jóllét ($n=101$), funkcionális jóllét ($n=101$), fizikai közérzet ($n=98$), társas támasz ($n=100$), egyéb aggályok ($n=97$), észlelt stressz ($n=98$), FACT-G ($n=101$), FACT-B ($n=101$)

Családi állapot és életminőség: társas támogatás

A 4. ábra jeleníti meg a szociodemográfiai mutatók közül a családi állapot és az életminőség egyik dimenzióját mérő alskála: a társas támasz közötti összefüggést. Az átlagkülönbségek feltárásához kétmintás t-próbát alkalmaztunk. A statisztikai értékekből kitűnik, hogy jelentős különbség áll fenn a társsal élők és egyedülálló csoport között a társas támogatás mértékében $t(97)=-$

EMLŐDAGANATOS NŐBETEGEK PRE- ÉS POSZTOPERATÍV PSZICHOLÓGIAI ÁLLAPOTÁNAK A VIZSGÁLATA

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 ($M=21,74$; $SD=5,13$). Ez az eredmény hipotézisünket is alátámasztja, miszerint a házasságban, partnerkapcsolatban élők életminősége magasabb az egyedülállókhöz képest.



4. ábra A családi állapot összefüggései az észlelt társas támogatás mértékével (átlagértékek), ház as/párkapcsolatban élő ($n=66$), egyedülálló ($n=33$)

Műtét előtti pszichológiai állapot és műtét után észlelt fájdalom

A 2. 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, pozitív irányú kapcsolat mutatkozott a műtét előtti szorongásszint és a posztoperatív fájdalom első napja között ($r(84)=0,226$; $p=0,036$). 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 pozitív együttjárás mutatkozott (1 nap: $r(80)=0,275$; $p=0,012$; 2 nap: $r(70)=0,24$; $p=0,039$). 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 ($r(78)=0,245$; $p=0,028$). 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

EMLŐDAGANATOS NŐBETEGEK PRE- ÉS POSZTOPERATÍV PSZICHOLÓGIAI
ÁLLAPOTÁNAK A VIZSGÁLATA

depressziópontszám és az intenzívebb fájdalomérzet, illetve az alacsony depressziószint és észlelt fájdalom csökkent értéke közötti pozitív irányú összefüggés ($r(87)=0,184$; $p=0,085$).

Fájdalomskála	Állapotszorongás műtét előtt		Állapotszorongás műtét után		Depresszió		Észlelt stressz	
	Műtét napján	$r=0,146$	$p=0,172$	$r=0,086$	$p=0,439$	$r=0,117$	$p=0,268$	$r=0,119$
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	$r=-0,027$	$p=0,820$	$r=0,243$	$p=0,039^*$	$r=0,137$	$p=0,235$	$r=0,151$	$p=0,210$

2. Táblázat Pre- és posztoperatív fájdalom és a pszichológiai mutatók (szorongás, depresszió, észlelt stressz) összefüggései

Egészségmagatartás

Testmozgás és pszichológiai mutatók: szorongás, depresszió észlelt stressz

A 3. 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 szorongásszintje magasabb volt (ez a megállapítás azonban a helyzethez kötött szorongásra nem igaz), és több depressziós tünet együttesről, észlelt stresszről számoltak be, mint a fizikai aktivitást végző társaik. Hipotézisünk beigazolódott, miszerint az egészségvédő magatartás, ezen belül fizikai aktivitás összefüggésben áll a pszichés státusszal.

EMLŐDAGANATOS NŐBETEGEK PRE- ÉS POSZTOPERATÍV PSZICHOLÓGIAI
ÁLLAPOTÁNAK A VIZSGÁLATA

	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. Táblázat. Testmozgás és a pszichológiai mutatók (állapotszorongás (n=121), vonásszorongás (n=123) depresszió (n=124), észlelt stressz (n=95) összefüggései

Testmozgás és életminőség

A 4. táblázat tartalmazza a testmozgás és az életminőséget mérő mutatók (érzelmi-, funkcionális jóllét, fizikai közérzet, társas támasz, egyéb aggályok) összefüggéseit. Az átlagértékek összehasonlításához szintén kétmintás t-próbát alkalmaztunk. Az adatokból megállapítható, hogy a fizikai aktivitás és funkcionális jóllét esetében kaptunk statisztikailag is igazolt összefüggést $t(96)=-2,919$; $p=0,004$). A rendszeres testmozgást végző betegek a funkcionális jóllét alkálán 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 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 $t(93)=-1,880$, $p=0,067$).

	Érzelmi jóllét		Funkcionális jóllét		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	

4. Táblázat: Testmozgás és életminőség mutatók (érzelmi jóllét (n=98), funkcionális jóllét (n=98), fizikai közérzet (n=95), társas támasz (n=97), egyéb aggályok (n=94) összefüggései (átlagértékek, szórás)

EMLŐDAGANATOS NŐBETEGEK PRE- ÉS POSZTOPERATÍV PSZICHOLÓGIAI ÁLLAPOTÁNAK A VIZSGÁLATA

Dohányzás, alkoholfogyasztás és életminőség

A 5. 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 pozitív együttjárást dohányzás és társas támogatás között sikerült kimutatni ($r(95)=0,228$; $p=0,025$). Az r együttható szerint pozitív irányú, mérsékelt erősségű összefüggés mutatkozott a két tényező között. Az eredmények alapján a rendszeres dohányzás a társas támogatás alacsonyabb mértékével mutatott együttjárást a betegek körében, míg a nemdohányzó személyek magasabb értékeket szereztek a társas támasz alskálán.

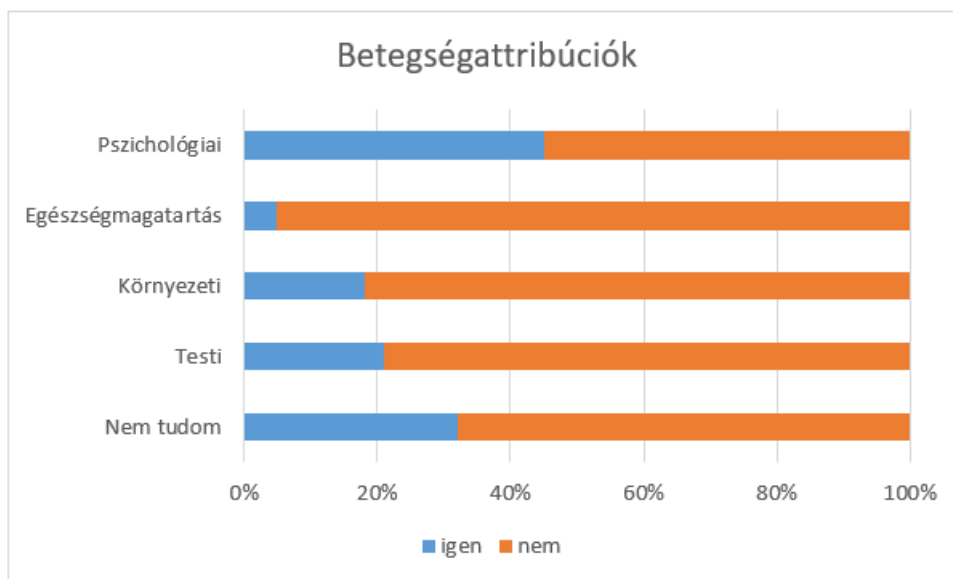
	Érzelmi jóllét		Funkcionális jóllét		Fizikai közérzet		Társas támasz		Egyéb aggályok	
Dohányzás	$r=0,195$	$p=0,055$	$r=0,175$	$p=0,085$	$r=-0,084$	$p=0,42$	$r=-0,228$	$p=0,025^*$	$r=0,057$	$p=0,586$
Alkohol-fogyasztás	$r=0,066$	$p=0,514$	$r=0,041$	$p=0,687$	$r=-0,142$	$p=0,162$	$r=0,044$	$p=0,661$	$r=0,006$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

5. A dohányzás, alkoholfogyasztás összefüggései az életminőségmutatókkal (érzelmi jóllét ($n=98$), funkcionális jóllét ($n=98$), fizikai közérzet ($n=95$), társas támasz ($n=97$), egyéb aggályok ($n=94$))

Betegségattribúciók

A következő részben a betegség oki hátterére adott válaszok leíró statisztikája látható. A kérdésünkre: „Mit gondol milyen tényezők játszhattak szerepet betegség kialakulásában?” a vizsgálatban résztvevők több háttértényezőt is említettek, ezek csoportosítása látható az 5. ábrán. A grafikon százalékos eredményeiből kitűnik, hogy a válaszok többségében a pszichológiai attribúciós stílus tükröződik, vagyis a betegek legfőképp a stressznek, lelki gondoknak tulajdonították betegségük kialakulását (45%). Ezt követte az oki attribúcióval nem rendelkező csoport (37%). A betegek 21%-a testi okokra pl. hormonváltozások, 18% környezeti tényezőkre, pl. negatív környezeti hatások és néhányan (5%) az egészségmagatartás rizikóelemeire, pl. túlsúly vezették vissza a rák kialakulását.

EMLŐDAGANATOS NŐBETEGEK PRE- ÉS POSZTOPERATÍV PSZICHOLÓGIAI ÁLLAPOTÁNAK A VIZSGÁLATA



5. ábra A betegségattribúciók megoszlása a mintán (százalékos értékek) N=128

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 et al., 2013). Az észlelt fájdalom vizsgálatánál kirajzolódott a műtét előtti és utáni állapotszorongás, és a műtét után érzett fájdalom mértéke közötti összefüggés. A nagyobb szorongáshoz magasabb fájdalomérzet társult, amit Melzack kapu-kontroll elmélete és előző vizsgálatok eredményei is alátámasztanak (Kulcsár, 1998; Kyranou et al., 2013). Az árnyaltabb összefüggések feltárásához célunk volt a szociodemográfiai mutatók, egészségmagatartási minták 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 feletti) találtunk tendenciális eltérést a vonásszorongás szintjében és szignifikáns különbséget a társas támogatás mértékében. Az idősebbek átlagosan magasabb szorongásról számoltak be az operáció után, valamint körükben a társas támasz mértéke is alacsonyabb volt a fiatalabb betegekhez képest. Továbbá a testképre, nőiségre vonatkozó állítások tekintetében is elégedetlenebbnek 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 & 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 válaszához képest. Már korábban is igazolták, hogy a házasság szorongás, és depresszió pontszáma jelentősen alacsonyabb, életminőségük pedig magasabb volt a műtét utáni időszakban az egyedülálló betegekével szemben (Bulotnie et al., 2008; Tominaga et al., 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 (Pikó, 2010), ezért lehetséges, hogy a szociális támasz hiánya, vagy a társas kötelékek elégtelen működése növelte az aktív dohányzás kialakulásának kockázatát. A fizikai aktivitás esetében szignifikáns összefüggést találtunk a műtét előtti és utáni pszichológiai mutatókkal. Sikeres kimutatni a rendszeres testmozgás összefüggését a depressziós állapot, általános szorongás és észlelt stressz alacsonyabb szintjével. A fizikai aktivitás jótékony szerepét már korábbi kutatások eredménye, és emlődagaganatosok körében alkalmazott intervenció program is igazolta (Martinsen, 2008; Loh, Tan & 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 et al., 2001). A kutatásban a pszichológiai oksági attribúcióval rendelkezők aránya 45%, amelynek lehetséges magyarázata, hogy korunk egészségkonceptiójának megváltozásával egyre nagyobb teret nyertek a betegség lélektani oldalával kapcsolatos tudományos elméletek, kutatási irányvonalak és laikus magyarázatok is.

Összességében elmondható, hogy eredményeink által igazolást nyert a pre-, és posztoperatív pszichológiai mutatók összefüggése az észlelt fájdalommal, valamint felhívták a figyelmet a társas támogatás mint védőfaktor erősítésére is. Ez utóbbi ugyanis az életminőség pozitív befolyásolásán keresztül segítheti a gyógyulás folyamatát, és a kockázati egészségmagatartási minták – jelen esetben dohányzás – redukcióját. Ezzel párhuzamosan a fizikai aktivitás protektív szerepét a depresszió, szorongás, észlelt stressz vonatkozásában is érdemes figyelembe venni, mind a prevenciónál, mind pszichológiai intervenciók tervezésénél. Fontos eredménye volt a kutatásnak, hogy mintánkban a pszichológiai attribúciókkal rendelkezők voltak legmagasabb arányban korábbi kutatásokhoz hasonlóan (Stewart et al., 2001; Taylor, 1984). Az attribúciós stílusok részletesebb vizsgálatához, a pszichés státusszal való kapcsolatának elemzéséhez további vizsgálatok kezdeményezése szükséges.

Végül, a kutatás néhány korlátjára szeretnénk felhívni a figyelmet. A betegek száma műtét előtt magasabb volt, mint műtét után, ezért a csoportok összehasonlításánál az elemszám nem volt kiegyenlített. Ezentúl 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

- Balog, P. & Dégi, L. Cs. (2005). A családi támogatottság szerepe a daganatos nők pszichoszociális sérülékenységének csökkentésében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6 (1) 17-34
- Blacklock, R., Rhodes, R., Blanchard C. & Gaul C. (2010). Effects of exercise Intensity and self-efficacy on state anxiety with breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 37 (2), 206-212
- Bulotiene, G., Veseliunas, S., Ostapenko, V. & Furmonavicius, T. (2008). Women with breast cancer: relationships between social factors involving anxiety and depression. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 57–62
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S. B., Winicour, P. és mtsai. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11 (3), 570-579.
- Csabai, M. és Molnár, P. (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Dégi, L. Cs. (2016). *Daganatos történet Romániában: A sajnálaton túl*. Cluj – Napoca: Presa Universitară Clujeană.
- Hajduska, M. (2008). *Krízislélektan*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Hamajima, N. , Hirose, K., Tajima, K., Rohan, T., Calle, E. E. Heath, C. W. et al. (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), 1234-1245
- Holmes, M. D., Chen, W. Y. Feskanich, D., Kroenke, C. H. & Colditz, G. A. (2005). Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of American Medical Association*, 293 (20), 2479-2486
- Kállai J. (2007). Egészség és társas támogatás. In J. Kállai, J. Varga & A. Oláh (szerk), *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest: Medicina Könyvkiadó. 199-214
- Kásler, M. & 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., & Dworkin, R. H. (2005): Risk factors for acute pain and its persistence following breast cancer surgery. *Pain*, 119 (1-3), 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., & 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.
- Loh, S. Y., Tan, F. L. & 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), 1-9
- Martinsen, E. W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62 (47), 25-29
- McDonald, P. A., Williams, R., Dawkins, F. & 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
- Newman, S. C., Miller, A. B. & Howe, G. R. (1986). A study of the effect of weight and dietary fat on breast cancer survival time. *American Journal Epidemiology*, 123 (5), 767-774
- Nielsen, P. R., Rudin, A. & Werner, M. U. (2007). Prediction of postoperative pain. *Current Anaesthesia & Critical care*, 18, 157-165
- Ozalp, G., Sarioglu, R., Tuncel, G., Aslan, K. & Kadiogullari, N. (2003). Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 47 (1), 26-29
- Perczel, F. D., Kiss, Zs. & Ajtay, Gy. (2005). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet.
- Pikó, B. (2010). *Védőfaktorok nyomában*. Budapest: L' Hartmann Kiadó.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A. & Sauer, H. (1998) On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology*, 31 (3), 160-168
- Riskó, Á. (1998). Az onkopszichológia szakmai irányelvei. *Psychiatria Hungarica*, 13 (4), 455-468

- Rohánszky, M., Konkoly, T. B. & 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. & Kulcsár, Zs. (2008). A mindennapos testi tünetek attribúciója: tünetinterpretáció kérdőív hazai adaptációja. *Pszichológia*, 28 (1) 58-80
- Sipos, K. & 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. & Konkoly, T. B. (2006). Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7 (3), 213-216
- Stewart, D. E., Cheung, A. M., Duff, S., Wong, F., McQuestion, M., Cheng, T., Purdy, L. & Bunston, T. (2001). Attributions of cause and recurrence in long-term breast cancer survivors. *Psychooncology*, 10 (2), 179-183
- Susánszky, É. & Szántó, Zs. (2003). Szociokulturális környezet, megküzdési stratégiák, életminőség. *Magyar Szociológiai Szemle*, 2, 84-102
- Szántó, Zs. és Susánszky, É. (2010). Gender és egészség – Szakirodalmi áttekintés: *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11 (4), 255-276
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R. & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (3), 489-502
- 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 & A. Oláh (szerk), *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest: Medicina Könyvkiadó. 383-405.
- Tominaga, K., Andow, J., Koyama, J., Numao, S., Kurokawa, E., Ojima, M. & 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), 36-41
- Vahdaninia, M., Omidvari, S. & 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. & Baker, C. M. (2001). Smiling face an anchor for pain intensity scales. *Pain*, 89 (2-3), 295-297
- Yost, K. J., Yount, S. E., Eton, D. T., Silberman, C., Broughton-Heves, A. & Cella, D. (2005). Validation of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Symptom Index (FBSI). *Breast Cancer Research and Treatment*, 90 (3), 295-298

EMLŐDAGANATOS NŐBETEGEK PRE- ÉS POSZTOPERATÍV PSZICHOLÓGIAI
ÁLLAPOTÁNAK A VIZSGÁLATA

Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*, 10, 19–28