

**Emlőrákban megbetegedett nők pszichoszociális jellemzőinek
és komplementer medicina használatának vizsgálata a
perioperatív időszakban**

Doktori tézisek

KoncZ Zsuzsa

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Gyórrffy Zsuzsa, Ph.D., habilitált egyetemi docens

Külső konzulens: Dr. Mátrai Zoltán, MD, Ph.D., med habil., FEBS, osztályvezető főorvos

Hivatalos bírálók: Dr. Hoyer Mária, Ph.D., klinikai és addiktológiai szakpszichológus, nyugalmazott egyetemi docens
Dr. Papp Zsuzsanna, Ph.D., egyetemi adjunktus

Komplex vizsga szakmai bizottság:

Elnök: Dr. Tringer László, MD, Ph.D., professor emeritus

Tagok: Dr. Vizin Gabriella, Ph.D., egyetemi adjunktus

Dr. Kovács Zsuzsanna, Ph.D., egyetemi adjunktus

Dr. Horváth Zsolt, MD., Ph.D., központvezető főorvos

Budapest

2024

1. Bevezetés

1.1.. Emlőrák

Az emlőrák világszerte az első, Magyarországon pedig a második leggyakoribb daganatos megbetegedés. Hazánkban 2020-ban 7.565 új esetet fedeztek fel, 2.195 személy halt meg emlőrák következtében, az 5 éves prevalencia 29.353 fő volt. Nemzetközi összehasonlításban az emlőrák incidenciája és mortalitási adatai a középmezőnyben helyezkednek el, azonban a kelet-közép-európai régió adatainál magasabbak. Megjegyzendő továbbá, hogy nem csak az emlőrák gyakorisági adatai emelkednek a régiós átlag fölé, hanem a rákbetegség összesített mutatói is figyelemfelkeltően magasak: az incidencia a negyedik legmagasabb, a mortalitás pedig az elsőszámú legmagasabb az Európai Unió 27 tagállama közül. (European Commission, 2023; International Agency for Research on Cancer, WHO, 2020)

1.2. Daganatos distressz

A rákdiagnózissal való szembesülés a legtöbb személyben érzelmi krízist indít el, ami a megküzdés nehezítettsége esetén traumává vagy akár pszichiátriai zavarrá is fokozódhat. A rákbetegség és kezelése során a krízishelyzetek és traumák ismétlődőek a folyamat rendkívül igénybe vevő jellegéből adódóan. (Koncz, 2019; Riskó, 1999)

A megbetegedéssel járó széleskörű kihívások következtében valamilyen mértékű distresszt minden beteg átél. Az NCCN (2023) definíciója szerint „*a distressz olyan pszichológiai (kognitív, viselkedéses, érzelmi), szociális, spirituális és fizikai természetű, többtényezős kellemetlen élmény, amely akadályozhatja a rákbetegséggel, annak fizikai tüneteivel és kezelésével való hatékony megbirkózást. A distressz egy kontinuum mentén fejeződik ki, amely a sebezhetőség, szomorúság és félelem általános, normális érzéseitől az olyan problémákig terjed, amelyek gátlóan hathatnak, mint a depresszió, szorongás, pánik, társas elszigeteltség, valamint egzisztenciális és spirituális krízis*”.

Rákbetegnek 20-61%-a él át klinikailag jelentős mértékű, azaz beavatkozást igénylő distresszt (Fortin et al., 2021; Funk et al., 2016; Holland & Alici, 2010; Kirk et al., 2021; Mehnert et al., 2018; Nguyen et al., 2021). Az emelkedett distressz megnehezítheti az onkológiai kezeléssel való együttműködést, a

kognitív kapacitásra gyakorolt gátlás által akadályozhatja a döntéshozást, rontja az életminőséget és a túlélést, az orvoshoz fordulás gyakoriságát növelve fokozza az egészségügy terhelését. (Lin et al., 2017; Mausbach et al., 2015; Batty et al., 2017; NCCN, 2023; Watson et al., 2005)

Emlőrákos nők egynegyede küzd ellátatlan pszichoszociális problémákkal (Luutonen et al., 2011), ami növeli a komplementer és alternatív medicina (KAM) választásának gyakoriságát (Mao et al., 2008; Paltiel et al., 2001), mivel az egyik leggyakoribb ok a KAM választása mögött a distressz csökkentésének igénye (Lengacher et al., 2006).

1.3. Komplementer és alternatív medicina (KAM)

A KAM meghatározása kontextusfüggő, kizárólag az adott társadalom konvencionális egészségügyi ellátórendszeréhez viszonyítva definiálható, hogy milyen szerek és módszerek azok, amelyek kiegészítik (komplementer) vagy helyettesítik (alternatív) a konvencionális eljárásokat.

1.3.1 KAM használat emlőrákos nők körében

Emlőrákkal diagnosztizált nők 45%-a (Molassiotis et al., 2006), fiatal nők 63%-a (Hammersen et al., 2020) alkalmaz valamilyen KAM modalitást. Bár a legtöbben az immunrendszer erősítése, a jóllét javítása, a szisztémás kezelések mellékhatásainak csökkentése, a konvencionális kezelések támogatása, valamint a distressz csökkentése céljával választják a KAM-ot, ám egyes modalitások éppen veszélyt jelenthetnek a személy egészségére a gyógyszerkölcsonhatások miatt (Rockwell et al., 2005; Hammersen et al., 2020; Lengacher et al., 2006). Mivel az emlőrákkal küzdő betegek fele nem beszél meg a KAM alkalmazását az onkológusával, ez jelentős kockázatot hordoz, ami szintén befolyásolhatja a túlélést (Hammersen et al., 2020; Lengacher et al., 2006; Quandt et al., 2009; Tautz et al., 2012).

Bár a KAM választás háttérében jelentős motiváció az érzelmi problémák mérséklése, a KAM mégsem bizonyult hatékonynak a pszichés szükségletek kielégítésében (Wu et al., 2023), a pácienseknek adekvát pszichoszociális intervencióra van szükségük e problémáik kezelésére (Kim & Kang, 2022).

1.4. Pszichoszociális onkológia

A pszichoszociális onkológia a rákbetegség két fő dimenziójával foglalkozik: egyrészt a ráknak a beteg, a hozzátartozói és a kezelői pszichológiai funkcionálására gyakorolt hatásával, másrészt a pszichológiai és viselkedési faktorok szerepével a rák kialakulásában és a túlélésben. Emellett a szakterület hatáskörébe tartozik a célzott kutatás, a pszichoszociális beavatkozások terjesztése és elvégzése, a pszichoszociális megelőzés és az oktatás is mind egyéni, mind társadalmi szinten. (Holland & Weiss, 2010; Riskó, 2015)

A rákbetegséghez kapcsolódó érzelmi terhek túlélésre gyakorolt hatása széleskörben ismeretes, a pszichoszociális ellátás mára már az alap onkológiai ellátás részét képezi a protokollok, akkreditációs kritériumok és sok esetben a mindennapi gyakorlat szintjén is. Számos pszichológiai intervenció hatékonysága bizonyított már a szakterületen, azonban az ellátási forma és a mentálhigiénés szakemberek intézményi integrációjának mikéntje, kritériumai, jelentése nem tisztázott.

2. Célkitűzés

Mivel Magyarországon még nem készült átfogó vizsgálat emlőrákos nők körében a műtéti időszakban tapasztalt distressz mértékének és KAM-használatának feltérképezésére, valamint az ezekkel összefüggő faktorok felderítésére, ezért a feltáró, kvantitatív kutatás elsődleges célja a perioperatív időszakban jelentkező distressz és a KAM-alkalmazás jellemzőinek feltárása, valamint ezek demográfiai, klinikai és pszichológiai tényezőkkel való összefüggéseinek feltérképezése.

E kutatásnak nem célja a KAM-eljárások hatékonyságának mérése vagy értékelése. Bár a KAM különböző etikai, erkölcsi és érték-dilemmákat vet fel a klinikusok számára, ennek a disszertációnak nem célja ítéletet alkotni vagy a kezelési eljárások hierarchiáját felállítani. A téma megközelítése tudományos semlegességgel történik, szem előtt tartva, hogy a kulturális háttér a semlegességre irányuló erőfeszítések ellenére is befolyásolhatja a nézőpontot és az értelmezést.

A feltáró kutatási dizájn kutatási kérdések megfogalmazását teszi lehetővé. A célkitűzések alapján a következő kutatási kérdések fogalmazhatók meg.

- RQ1:** Milyen mértékű distresszt élnek át a magyar emlőrákos betegek a műtéti időszak során? Ez nemzetközi összehasonlításban hogyan értelmezhető?
- RQ2:** Milyen demográfiai, pszichológiai és klinikai faktorok állnak összefüggésben a distressz mértékével? Hogyan viszonyulnak ezek az eredmények a nemzetközi tapasztalatokhoz?
- RQ3:** Milyen jellemzőkkel bír a KAM-használat a magyar emlőrákos nők körében? Meghatározza-e a distressz mértéke a KAM-használatot a magyar betegpopulációban?
- RQ4:** Milyen demográfiai, pszichológiai és klinikai változók befolyásolják a KAM-használatot?

3. Módszerek

3.1. Vizsgálati személyek és a vizsgálat menete

A kutatási terv és a jóváhagyott protokoll szerint az adatokat három éven keresztül, 2019 és 2021 között terveztük gyűjteni, a tervezett mintaelemszám 500 fő volt. A tervezett adatgyűjtési időszak egybeesett a COVID-19 pandémiával, ami jelentősen befolyásolta a kutatás kivitelezését. A 2020-ban kitört világjárvány teljes mértékben megváltoztatta az egészségügyi intézmények működését világszerte, így a vizsgálatunk helyszínén is. A jelentősen megváltozott körülmények (látogatási tilalom, kötelező COVID-vizsgálat és maszkviselés stb.) miatt lehetetlenné vált a vizsgálati konstrukciók mérésének folytatása. A COVID-19 világjárvány kitörése miatt az adatgyűjtést idő előtt le kellett állítani, és az addig gyűjtött adatbázist le kellett zárni.

A keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatot 2019. április 1. és 2019. december 31. között végeztük az Országos Onkológiai Intézet Emlő- és Lágyszövetsebészeti Osztályán, Budapesten. A kutatás protokollját a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága hagyta jóvá (SE RKEB: 2/2019).

Az osztály klinikai protokollja szerint a műtetre előjegyzett beteg a műtétet megelőző napon kerül felvételre, a beavatkozás másnap történik, és a műtét után 2-3 nappal, az egyéni felépüléstől függően, elbocsátásra kerül. Az osztályra emlőrák műtét miatt felvett nők kapták meg az önkitöltős kérdőívet. A vizsgálatba beválasztási kritérium volt az emlőrák diagnózis, a női nem, a

tervezett műtét, az osztályos felvétel. Kizárási kritérium volt a férfi nem, az „egynapos sebészeti” eljárás, a szarkóma diagnózis, a megértést vagy az együttműködést korlátozó akut vagy krónikus körülmény. A rákbetegséget megelőző vagy kísérelő társbetegségek, amelyek nem akadályozták a megértést és a tájékozott beleegyezést, nem számítottak kizárási kritériumnak.

A részvétel önkéntes volt, és a betegek eldönthették, hogy a kérdőívet a műtét előtt vagy után töltik-e ki az osztályos tartózkodásuk napjai során.

Bár a kórház Budapesten található, de országos intézmény, országos ellátási területtel rendelkezik, így a betegek az ország egész területéről érkezettek.

Azok a páciensek, akik a vizsgálatról szóló szóbeli tájékoztatás alapján beleegyeztek a részvételbe, megkapták a teljes dokumentációs csomagot, amely tartalmazta a vizsgálatról és az adatkezelésről szóló írásos tájékoztatót, a kérdőívet és a beleegyező nyilatkozatot. A szóbeli tájékoztatáson kívül az alanyok írásbeli tájékoztatást is kaptak arról, hogy bármikor indoklás nélkül, pénzügyi vagy egyéb következmények nélkül visszaléphetnek a vizsgálatból. Részvételükért semmilyen kompenzációt vagy ösztönzést nem kaptak.

A kérdőíves adatokat az elektronikus betegdokumentációs rendszerből származó klinikai egészségügyi adatokkal egészítettük ki. Ehhez össze kellett kapcsolni az elektronikus egészségügyi adatokat és a kérdőíves adatokat. Az adatvédelmet úgy biztosítottuk, hogy a névvel ellátott beleegyező nyilatkozatot az anonim kérdőívtől elkülönítve tároltuk, és egy numerikus kóddal kötöttük össze őket. Ezt a numerikus kódot csak a vizsgálatvezető tudta a személyhez kapcsolni, aki egyedüli hozzáféréssel rendelkezett a jelszóval védett és titkosított adatbázishoz. Az elemzett adatbázis nem tartalmazott semmilyen személyazonosításra alkalmas információt.

3.2. Alkalmazott kérdőívek és gyűjtött adatok

3.2.1. Szociodemográfiai adatok

A kérdőívben gyűjtött szociodemográfiai adatok a következők voltak: a kérdőív kitöltésének időpontja, születési dátum, iskolai végzettség, lakóhely, családi állapot, az egy háztartásban élők száma, a gyermekek száma, a munka jellege, a foglalkoztatás típusa és az észlelt anyagi helyzet.

3.2.2. Az egészség szubjektív megítélése

Az egészség szubjektív megítélését egy tízfokú Likert-skálával mértük fel, ahol a 0 a nagyon rossz és a 10 a nagyon jó egészségi állapotot jelölte.

3.2.3. Pszichológiai adatok

A pszichológiai jellemzőket magyar mintán validált kérdőívekkel vizsgáltuk:

1. Kórházi szorongás és depresszió skála (HADS) – a két alskála (Szorongás és Depresszió) a distresszt operacionlizálja
2. Caldwell-féle Társas Támogatás Kérdőív (SDS)
3. Freiburgi Betegségfeldolgozási Kérdőív (FQCI), alskálái:
 - Depresszív, rezignált megküzdés
 - Aktív, problémaorientált megküzdés
 - Önbátorítás, figyelemelterelés
 - Vallás, értelemkeresés
4. Multidimenzionális Egészségkontroll Kérdőív C formája (MHLC-C), alskálái:
 - Belső egészségkontrollhit
 - Véletlen külső egészségkontrollhit
 - Orvos és más fontos személyek – társas külső egészségkontrollhit

3.2.4. KAM-mal kapcsolatos adatok

A KAM-mal kapcsolatos attitűdöt a Holisztikus Természetgyógyászat Kérdőívvel (HCAHQ) vizsgáltuk. Két alskálája:

- Holisztikus Egészség-hiedelmek
- Természetgyógyászat

A KAM használat jellemzőit a Nemzetközi Komplementer és Alternatív Medicina Kérdőívvel (I-CAM-Q) mértük fel.

3.2.5. Egészséggel kapcsolatos adatok

A kérdőívben gyűjtött egészségügyi adatok: szomatikus társbetegségek, pszichiátriai/neurológiai társbetegségek, daganatos családi anamnézis, a daganatos megbetegedés első észlelése és az orvoshoz fordulás között eltelt idő,

(szűrő)vizsgálat eredményének megismerése és orvoshoz fordulás között eltelt idő, milyen szakembert keresett fel először a daganatos megbetegedés kapcsán. Az elektronikus betegdokumentációs rendszerből gyűjtött adatok: a diagnózis dátuma, TNM besorolás és stádium, a kérdőív kitöltése előtt kapott onkológiai kezelések (műtét, kemoterápia, sugárkezelés, hormonterápia, biológiai kezelés), jelenlegi műtét típusa, részesült-e pszichológiai ellátásban az intézményben.

3.3. KAM definíció

A vizsgálat során alkalmazott KAM definíciót a magyar jogszabályokra és a vizsgálat helyszínéül szolgáló kórház konvencióira alapoztuk. Így konvencionális egészségügyi eljárásnak tekintettünk minden olyan kezelést, gyógyszert vagy módszert, melyet a beteg az egészségügyi biztosító finanszírozásával egészségügyi szakember rendelésére megkaphat a kórházban. Kiegészítő medicinának tekintettük azokat a módszereket, eljárásokat és készítményeket, melyeket a páciens nem kaphat meg az egészségbiztosító finanszírozásával a kórházban.

3.4. Statisztikai módszerek

A statisztikai elemzést az IBM SPSS szoftver 27-es verziójával végeztük.

Az adattisztítást követően a kérdőívkitöltés időzítésének hatását MANOVA-val vizsgáltuk.

A minta jellemzésére deskriptív analízist végeztünk (gyakoriság, átlag, szórás, százalékos arányok számítása).

A distressz és a szociodemográfiai, pszichológiai és klinikai faktorok közötti korreláció elemzésére Spearman korrelációs együtthatót és pont-biszeriális korrelációs együtthatót számoltunk.

A distressz prediktorainak vizsgálatára többváltozós regresszióanalízist alkalmaztunk.

A KAM használat korrelátumainak elemzésére Pearson korrelációs együttható és pont-biszeriális korrelációs együttható számítását alkalmaztuk.

A KAM használat prediktorait bináris logisztikus regresszióval vizsgáltuk.

4. Eredmények

A vizsgálatban résztvevő személyek (N=139) mindegyike nő, az átlagéletkor 50,99 év volt. A minta többsége középkorú (66%), felsőfokú végzettséggel rendelkezik (61%), városi lakos (82%), értelmiségi munkát végez (57%), átlagosnak ítéli anyagi helyzetét (66%) és párkapcsolatban él (82%). 79% lakik együtt legalább egy másik személlyel és 63%-nak van kettő vagy több gyermeke.

68% a műtétet követően töltötte ki a kérdőívet. A MANOVA eredményei alapján nem mutatkozott szignifikáns különbség a distressz mértékében a műtét előtt és a műtét után válaszolók között.

A mintában a szubjektív egészségérzet jónak mondható (tízfokú skálán átlagosan 6,93 pont). Az észlelt társas támogatás szintje összességében átlagos, a kapcsolattípusok közül a barátok kapták a legmagasabb pontszámot (2,27 a négy pontos skálán, 0-3 között pontozva), őket követték a gyermekek (2,20) és a házastárs (2,04).

A minta a legmagasabb pontszámot a FQCI Aktív és problémaorientált megküzdés, valamint az MHLC Orvos és mások, illetve az MHLC Belső kontroll skálákon érte el.

29% jelzett klinikai mértékű szorongást, és 22% jelzett klinikai mértékű depressziót a HADS skáláin.

A résztvevők többségének nincsenek szomatikus (59%) vagy pszichiátriai (65%) társbetegségei, de a családban előfordult rákos megbetegedés (68%). A minta 31%-át korai stádiumú, 67%-át helyileg előrehaladott, 3%-át pedig előrehaladott stádiumú betegséggel diagnosztizálták. A többség már átesett valamilyen onkológiai kezelésen; azonban 30% számára a jelenlegi műtét volt az első onkológiai kezelés. A műtéti beavatkozások 75%-át daganatos megbetegedés miatt végezték, a fennmaradó 25% pedig rekonstrukciós céllal történt. A válaszadók 66%-a a kérdőív kitöltésétől számított egy éven belül kapta meg a rák diagnózisát. Továbbá 16% a kérdőív kitöltése előtt egyéni vagy csoportos pszichológiai ellátásban részesült a kórházban.

A válaszadók 46%-a az első tünetek észlelését követő két héten belül orvoshoz fordult, míg 8%-uk több mint egy év elteltével tette ezt meg. 84% az emlővizsgálat eredményének kézhezvételét követő két héten belül orvoshoz

fordult. A rák diagnózisát követően 70% keresett fel orvost első szakemberként a betegséggel kapcsolatban.

A HCAMQ eredményei alapján a vizsgálati személyek összességében elsősorban az egészség holisztikus megközelítését támogatták és inkább kritikus attitűdöt mutattak a KAM felé.

A mintában 19 olyan személy (14%) volt, aki nem használja a KAM semmilyen formáját, és 120 olyan (86%), aki használta valamilyen formáját a KAM-nak az elmúlt 12 hónapban. 38% járt KAM-szolgáltatónál, 14% kapott KAM-ot orvostól, 73% szedett valamilyen KAM-készítményt, és 66% végzett önségítő gyakorlatokat.

A KAM-szolgáltatók közül a spirituális gyógyító (12%), a kineziológus (9%) és a masször (7%) volt a legnépszerűbb. Orvostól legtöbbször gyógynövényes kezelést (8%), spirituális gyógyítást (4%) vagy valamilyen mozgatásos gyógy módot (pl. masszázs) (3%) kaptak. A KAM-készítmények közül a vitaminok és az ásványianyagok (61%) voltak a legnépszerűbbek, ezt követték a gyógynövények (37%), a homeopátiás készítmények népszerűsége pedig elenyésző (2%) volt. Az önségítő gyakorlatok sorában a legnépszerűbb az ima (44%), a meditáció (35%), a relaxáció (22%), a jóga (20%) és a vizualizáció (19%) volt.

A résztvevők többsége az immunrendszer erősítése céljából (60%) alkalmazott KAM-ot. Információikat barátoktól (22%), rokonoktól (13%) és az internetről (13%) szerezték a KAM kapcsán. A KAM kiválasztását elsősorban orvostól (16%), rokontól (15%) vagy betegtárstól (15%) kapott tanácsra alapozták. A többség (49%) havi 1 és 10 ezer forint közötti összeget költ KAM-ra.

A distressz összefüggéseit a szociodemográfiai, pszichológiai és klinikai adatokkal korrelációs együtthatók számításával és regresszioanalízissel vizsgáltuk. A szignifikáns összefüggéseket összegzi az 1. táblázat.

A KAM-használat összefüggéseit a szociodemográfiai, pszichológiai és klinikai adatokkal korrelációs együtthatók számításával és regresszioanalízissel vizsgáltuk. A szignifikáns összefüggéseket összesíti a 2. táblázat.

1. táblázat. A distresszel szignifikáns kapcsolatot mutató szociodemográfiai, pszichológiai és klinikai változók

	Korrelátumok	Prediktorok
SZORONGÁS	(-) Egészség szubjektív megítélése ($r=-0.293$, $p<0.001$)	(-) Korábbi onkológiai kezelés ($\beta=-0.164$, $p<0.05$)
	(-) Észlelt társas támogatás ($r=-0.298$, $p<0.001$)	(-) Észlelt társas támogatás ($\beta=-0.193$, $p<0.05$)
	(+) Depresszió ($r=0.651$, $p<0.001$)	(-) Belső egészség-kontroll ($\beta=-0.156$, $p<0.05$)
	(+) Depresszív megküzdés ($r=0.492$, $p<0.001$)	(+) Depresszív megküzdés ($\beta=0.418$, $p<0.001$)
	(+) Véletlen külső egészség-kontroll ($r=0.182$, $p<0.05$)	
	(+) Stádium ($r=0.182$, $p<0.05$)	
	(+) Pszichiátriai anamnézis ($r_{pb}=0.207$, $p<0.05$)	
	(+) Pszichológiai ellátás ($r_{pb}=0.232$, $p<0.01$)	
DEPRESSZIÓ	(-) Egy háztartásban élők száma ($r=-0.222$, $p<0.01$)	(-) Önmegnyugtató megküzdés ($\beta=-0.263$, $p<0.001$)
	(-) Észlelt anyagi helyzet ($r=-0.186$, $p<0.05$)	(-) Belső egészség-kontroll ($\beta=-0.224$, $p<0.01$)
	(-) Egészség szubjektív megítélése ($r=-0.386$, $p<0.001$)	(+) Depresszív megküzdés ($\beta=0.385$, $p<0.001$)
	(-) Észlelt társas támogatás ($r=-0.222$, $p<0.01$)	
	(-) Önmegnyugtató megküzdés ($r=-0.407$, $p<0.001$)	
	(-) Belső egészség-kontroll ($r=-0.250$, $p<0.01$)	
	(+) Depresszív megküzdés ($r=0.469$, $p<0.001$)	
	(+) Véletlen külső egészség-kontroll ($r=0.275$, $p<0.01$)	
	(+) Szorongás ($r=0.651$, $p<0.001$)	
	(+) Stádium ($r=0.225$, $p<0.01$)	
	(+) Pszichiátriai anamnézis ($r_{pb}=0.190$, $p<0.05$)	
	(+) Pszichológiai ellátás ($r_{pb}=0.290$, $p<0.001$)	

2. táblázat. A KAM-használattal szignifikáns kapcsolatot mutató szociodemográfiai, pszichológiai és klinikai változók

	Korrelátumok	Prediktorok
Összesített KAM-használat	(-) Életkor ($r=-0.232$, $p<0.01$)	(+) Vallás, értelemkeresés megküzdés (OR=2.877, $p<0.01$)
	(+) Szomatikus társbetegség ($r=0.242$, $p<0.01$)	
	(+) Egy háztartásban élők száma ($r=0.218$, $p<0.05$)	
	(+) Családi állapot ($r=0.195$, $p<0.05$)	
	(+) Észlelt társas támogatás ($r=0.274$, $p<0.01$)	
	(+) Vallás, értelemkeresés megküzdés ($r=0.230$, $p<0.01$)	
	(+) Pszichológiai ellátás ($r=0.173$, $p<0.05$)	
KAM szolgáltatók	(-) Életkor ($r=-0.204$, $p<0.05$)	(+) Egészség szubjektív megítélése (OR=1.308, $p<0.05$)
	(+) Egészség szubjektív megítélése ($r=0.232$, $p<0.01$)	(+) Vallás, értelemkeresés megküzdés (OR=1.760, $p<0.05$)
	(+) Észlelt társas támogatás ($r=0.212$, $p<0.05$)	(+) Belső egészség-kontroll (OR=1.107, $p<0.05$)
	(+) Vallás, értelemkeresés megküzdés ($r=0.208$, $p<0.05$)	
	(-) KAM-kritikus attitűd ($r=-0.289$, $p=0.001$)	
	(+) Belső egészség-kontroll ($r=0.205$, $p<0.05$)	
	(+) Szomatikus társbetegség ($r=0.272$, $p<0.01$)	
KAM orvostól	(+) Vallás, értelemkeresés megküzdés ($r=0.212$, $p<0.05$)	none
KAM készítmények	(+) Egy háztartásban élők száma ($r=0.220$, $p<0.05$)	none
	(+) Iskolai végzettség ($r=0.189$, $p<0.05$)	
	(+) Észlelt társas támogatás ($r=0.184$, $p<0.05$)	

	(+) Vallás, értelemkeresés megküzdés ($r=0.182$, $p<0.05$)	
KAM készítmények, kivéve vitaminok	(-) KAM-kritikus attitűd ($r=-0.203$, $p<0.05$)	(+) Belső egészség-kontroll (OR=1.099, $p<0.05$)
	(+) Holisztikus szemlélet ($r=0.176$, $p<0.05$)	(-) Orvos és mások külső egészség-kontroll (OR=0.870, $p<0.05$)
Önsegítő gyakorlatok	(-) Életkor ($r=-0.182$, $p<0.05$)	(+) Észlelt társas támogatás (OR=1.139, $p<0.05$)
	(+) Egy háztartásban élők száma ($r=0.186$, $p<0.05$)	(+) Vallás, értelemkeresés megküzdés (OR=3.464, $p<0.001$)
	(+) Iskolai végzettség ($r=0.204$, $p<0.05$)	
	(+) Egészség szubjektív megítélése ($r=0.177$, $p<0.05$)	
	(+) Észlelt társas támogatás ($r=0.285$, $p=0.001$)	
	(+) Vallás, értelemkeresés megküzdés ($r=0.432$, $p<0.001$)	
	(+) Stádium ($r=0.187$, $p<0.05$)	
	(+) Pszichológiai ellátás ($r=0.315$, $p<0.001$)	
	(+) Szomatikus társbetegség ($r=0.174$, $p<0.05$)	

5. Következtetések

- Magyar emlőrákos nők körében a legdominánsabb megküzdési mód az aktív, problémaorientált megküzdés, a szakirodalmi adatokhoz hasonlóan, azonban a vallás, értelemkeresés megküzdés kevésbé jellemző, mint máshol.
- A társas külső (orvos és mások) és a belső egészségkontrollhit egyenlő dominanciája történelmi-kulturális sajátosságokból fakadhat. A kelet-európai lakosság évtizedeken keresztül totalitárius rendszerek uralma alatt élt, ami kisebb autonómiát engedett, fokozta a reménytelenség és a tanult tehetetlenség érzését, valamint a külső kontrollba vetett erősebb hitet eredményezett ezekben a társadalmakban. (Erdős, 2010; Pikó, 2002, 2004; Watson, 1995). Az individualizmus-kollektívizmus polaritást tekintve

azonban Magyarország individualista társadalom (Neumann-Bódi et al., 2008), és ez a jellegzetesség a belső egészségkontrollhit dominanciájában tükröződhet, felmutatva - EU-tagállamként - a nyugati kultúrkörhöz való tartozás hatását. Az összetett szociokulturális kontextus elemzése a jövőbeli kutatások egyik fontos iránya lehet.

RQ1: Milyen mértékű distresszt élnek át a magyar emlőrákos betegek a műtéti időszak során? Ez nemzetközi összehasonlításban hogyan értelmezhető?

- A mintában a szorongásként és depresszióként operacionalizált distressz átlagértékei a határértékek alatt voltak; azonban a minta közel egyharmada (29%) klinikailag jelentős szorongásról számolt be. Ez alacsonyabb arány, mint a mediterráneumban mért distressz (pl. 32% Görögországban és 49% Spanyolországban), de magasabb az észak-európai országokhoz képest (Svédország 19%, Egyesült Királyság 14%). (Hashemi et al., 2020)
- A minta közel egynegyede (22%) klinikailag jelentős depressziós tünetekről számolt be, ami magasabb, mint a nyugat- és észak-európai országokban (pl. Spanyolország 15%, Németország 5%, Svédország 8%, Dánia 14%), de alacsonyabb, mint Görögországban (38%) és néhány kelet-közép-európai országban (Horvátország 37-40%, Szerbia 77%, Csehország 61% (Pilevarzadeh et al., 2019)).
- Nemzetközi összehasonlításban a magyar mintában a szorongás és a depresszió szintje a közepmezőnyben van.

RQ2: Milyen demográfiai, pszichológiai és klinikai faktorok állnak összefüggésben a distressz mértékével? Hogyan viszonyulnak ezek az eredmények a nemzetközi tapasztalatokhoz?

- A szorongással és depresszióval összefüggést mutató faktorokat az 1. táblázat foglalja össze.
- A szociodemográfiai jellemzők közül a magyar mintában az észlelt társas támogatás, az egy háztartásban élők száma és az észlelt anyagi helyzet mutatott szignifikáns kapcsolatot. Magyarország gazdasági besorolása vegyes. A Világbank (2023) a magas jövedelmű országok közé sorolja, míg a Nemzetközi Valutaalap (2023) a feltörekvő és fejlődő gazdaságok kategóriába helyezi, szemben a fejlett gazdaságokkal. A magyar mintában

a rosszabb gazdasági helyzetű nőknél magasabb a distressz szintje. Ez arra utal, hogy a pénzügyi helyzet jelentős szerepet játszik a distressz szintjének meghatározásában, ami kritikusabb lehet egy olyan országban, ahol kevesebb gazdasági erőforrás áll rendelkezésre, mint a nemzetközi szakirodalom nagy részét alkotó fejlettebb "nyugati" gazdaságokban, ahol szintén igazolták az anyagi helyzet distresszel való összefüggését.

- Az egy háztartásban élők száma az észlelt társas támogatás egyik aspektusának tekinthető, amelynek a pszichológiai morbiditással szembeni védőhatását széles körben vizsgálták és bizonyították (Avis és mtsai., 2013; Kyranou, Puntillo, Dunn és mtsai., 2014; Nausheen és mtsai., 2009). A háztartásban élők száma mint különálló tényező azonban kevésbé vizsgált, valószínűleg azért, mert a háromgenerációs háztartások (ahol a nagyszülők, szülők és unokák együtt élnek) sokkal gyakoribbak Kelet-Közép-Európában (KKE), mint Észak- vagy Nyugat-Európában vagy az USA-ban. (Glaser et al., 2018; Monostori, 2023). A háztartásban élők száma tehát nem azonos a családi állapottal, mivel Magyarországon, akárcsak más KKE-országokban, gyakori a többgenerációs együttélés. (Glaser et al., 2018) Ezért a háztartásban élők száma és a depresszió közötti összefüggés regionális jellemzőnek tekinthető; a többgenerációs együttélés distresszel szembeni védő hatása a KKE régióban további vizsgálat igényel a pontosabb megértéshez.
- Elsősorban pszichológiai tényezők képesek bejósolni a szorongást és a depressziót, és nem volt ilyen prediktív ereje a szociodemográfiai vagy klinikai változóknak. A prediktorok között az egyetlen nem pszichológiai tényező, a korábbi onkológiai kezelés, védőfaktornak bizonyult a szorongással szemben. Úgy tűnik, hogy az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos korábbi tapasztalatok mérséklék a distressz mértékét.

RQ3: Milyen jellemzőkkel bír a KAM-használat a magyar emlőrákos nők körében? Meghatározza-e a distressz mértéke a KAM-használatot a magyar betegpopulációban?

- A KAM-használat hasonló mintázatot mutat a szakirodalomban ismertetethez.

- A KAM-ra fordított havi kiadás a magyar mintában fele akkora összeg volt, mint az észak- vagy nyugat-európai országokban. Ez a különbség az országok és lakóik gazdasági erőforrásaiban mutatkozó különbségeket tükrözhetik.
- A KAM-használat sem összesített formában sem modalitásoként vizsgálva nem mutatott összefüggést a distresszel.

RQ4: Milyen demográfiai, pszichológiai és klinikai változók befolyásolják a KAM-használatot?

- A KAM-használattal összefüggést mutató változókat a 2. táblázat foglalja össze.
- Bár a szociális környezet tanácsainak fontosságát a KAM-választás kapcsán széles körben kutatták (Molassiotis és mtsai., 2006; Tautz és mtsai., 2012; Wanchai és mtsai., 2010), a társas támogatással való összefüggést kevésbé vizsgálták. A magyar mintában a társas támogatás fontossága több formában is megmutatkozott: azok a nők, akik párkapcsolatban éltek, akiknek erősebb társas támogatásuk volt, és akik több emberrel éltek együtt, előnyben részesítették a KAM-ot. Ez rávilágít a distresszel kapcsolatban korábban tárgyalt regionális szociokulturális, együttélési jelenségek fontosságára, kiemelve az érintett nővel együtt élők szerepét nemcsak a distressz szabályozásában, hanem a KAM-használat befolyásolásában is.
- A kórházban kapott pszichológiai ellátás feltehetően a relaxációs és imaginációs gyakorlatok elsajátításán keresztül kapcsolódik a KAM-használathoz, mivel a modalitások közül az önsegítő gyakorlatok mutattak összefüggést a pszichológiai ellátással.

5.1. Kitekintés

Eredményeink szélesebb kontextusba helyezése érdekében, a Fulbright és a Rosztóczy ösztöndíjak támogatásával 10 hónapos, résztvevő megfigyelésen és interjúkészítésen alapuló módszertannal lehetőségem nyílt a pszichoszociális onkológiai ellátórendszer tanulmányozására az USA-ban három komprehenzív rákközpontban. A három intézmény a pszichoszociális ellátás és a komplementer medicina intézményes integrációjának három különböző

modelljét valósította meg. E modellek tanulmányozása hozzájárulhat az intézményi integráció összetevőinek jobb megértéséhez. Ez a terület fontos iránya lehet a jövőbeli kutatásoknak.

A szakirodalmi áttekintés során szembetűnő hiányként mutatkozott meg a magyarországi kisebbségekre vonatkozó rákstatisztika, valamint a pszichoszociális jellemzők és KAM-használat felmérésének teljes hiánya. Hasonló hiány tapasztalható a Magyarország határain kívül, kisebbségi magyarként élő rákbetegek kapcsán, habár ezen a területen rendelkezünk már adattal Dégi L. Csaba és kollégái eltökélt munkájának köszönhetően. Mivel mindkét kisebbségi csoport jelen van a magyar egészségügyi rendszerben, ezért pszichoszociális sajátosságainak és KAM-használati mintázatának megismerése rendkívül fontos lenne az igényeikre szabható és költséghatékony ellátás tervezéséhez.

A disszertáció eredeti eredményei és hozzájárulása a tudomány jelenlegi állásához

1. Magyar emlőrákos betegek distressz-szintje első ízben került vizsgálatra a műtési időszak során.
2. Magyarországon először került vizsgálatra a KAM-használat és a KAM-mal kapcsolatos attitűd emlőrákos betegeknél a műtési időszak alatt.
3. Magyarországon első alkalommal került vizsgálatra az emlőrákos betegek distressz-szintjének és a KAM-használatnak a szociodemográfiai, pszichológiai és klinikai tényezőkkel való összefüggése a perioperatív időszakban.
4. Magyarországon az emlőrákos betegek 29%-ának klinikai mértékű szorongásos tünetei, 22%-ának pedig klinikai mértékű depressziós tünetei vannak a műtési időszakban.
5. Nem mutatkozott különbség a műtét előtti és utáni distressz-szintek között, ezért feltehetően a betegeknek néhány napnál több időre van szükségük ahhoz, hogy megkönnyebbülést tapasztaljanak.
6. A distressz meghatározó tényezői regionális szociokulturális sajátosságokat mutatnak, amelyek közül a tézis az egy háztartásban élők számát a társas támogatás önálló aspektusaként azonosította. Ez a sajátos tényező hozzájárul a KAM-használat választásához is.

7. Nincs összefüggés a distressz és a KAM-használat között az emlőrákos magyar nők körében.
8. Az emlőrákos magyar nők distressz-szintjét elsősorban pszichológiai tényezők befolyásolják, ami kiemeli a pszichológiai beavatkozások fontosságát a distressz kezelésében.
9. A KAM-használatot elsősorban az egészség szubjektív megítélése, az észlelt társas támogatás, az egészségkontrollhit, valamint az értelemkeresés és a vallásos megküzdés határozza meg, ami a jóllét javítására és a kezelésben való aktív és értelemtelni részvételre irányuló vágyat, valamint a szociális támogatás fontosságát tükrözi.

6. Saját publikációk jegyzéke

Koncz Zs., Györffy Zs., Girasek E., Mátrai Z. (2022). Emlőrákban megbetegedett nők perioperatív viszonyulása a komplementer és alternatív medicinához az Országos Onkológiai Intézetben végzett felmérés alapján. Orvosi Hetilap, 163(9), 350–361. <https://doi.org/10.1556/650.2022.32380>

Lacourt, T.E., Koncz, Z., Tullos, E.A., Tripathy D. (2023). A detailed description of the distress trajectory from pre- to post-treatment in breast cancer patients receiving neoadjuvant chemotherapy. Breast Cancer Research and Treatment, 197(2), 299-305. <https://doi.org/10.1007/s10549-022-06805-y>

Koncz Zs. (2023). „Visszagyógyulás az életbe” - Gondolatok az onkológiai rehabilitáció helyzetéről és lehetőségeiről. In Kapitány-Fövény M., Kiss A., Demetrovics Zs. (szerk) Párhuzamosok találkozása (pp. 125-176). L'Harmattan Kiadó.

Kahán, Z., Szántó, I., Dudás, R., Kapitány, Z., Molnár, M., Koncz, Z., and Mailáth, M. (2022). Breast Cancer Survivorship Programme: Follow-Up, Rehabilitation, Psychosocial Oncology Care. 1st Central-Eastern European Professional Consensus Statement on Breast Cancer. Pathology and Oncology Research, 28:1610391. doi: 10.3389/pore.2022.1610391

Rubovszky, G., Kocsis, J., Boér, K., Chilingirova, N., Dank, M., Kahán, Zs., Kaidarova, D., Kövér, E., Vertáková Krakovská, B., Máhr, K., Mriňáková, B., Pikó, B., Božović-Spasojević, I., Horváth, Zs., Kollaborációs közreműködő: Krenács, T., Kulka, J., Dank, M., Polgár, C., Kapitány, Z., Koncz, Z., et al; Central-Eastern European Academy of Oncology (CEEAO) International Professional Panel (Kollaborációs szervezet) (2022) Systemic Treatment of Breast Cancer. 1st Central-Eastern European Professional Consensus Statement on Breast Cancer. Pathology and Oncology Research 28: 1610383, 26 p. <https://doi.org/10.3389/pore.2022.1610383>

Koncz, Zs., Gyórfy, Zs., Mátrai, Z. (2021). A komplementer és alternatív medicina használatának vizsgálata emlőrákkal küzdő nők körében a perioperatív időszakban. Magyar Onkológia, 65: Suppl. 1 pp. 33-34.

Kahán, Zs., Szántó, I., Dudás, R., Kapitány, Zs., Molnár, M., Koncz, Zs., Mailáth, M. (2020). Emlőrák: gondozás, rehabilitáció, pszichoonkológia. Ajánlás a IV. Emlőrák Konszenzus Konferencia alapján. Magyar Onkológia, 64:384-398.

Koncz, Zs., Mátrai, Z., Gyórfy Zs. (2020) Psycho-social and Clinical Characteristics of Complementary and Alternative Medicine Use in Hungarian Women with Breast Cancer. Orvostudományok, 95(1), pp. 73-73.

Riskó, Á., Kovács, P. & Koncz, Zs. (2019) Psycho-oncological aspects of breast cancer. In Z. Mátrai, G. Gulyás, T. Kovács & M. Kásler (Eds.), Principles and Practice of Oncoplastic Breast Surgery (pp. 706 – 712). Medicina Könyvkiadó Zrt.

Koncz, Zs. (2019). Onkopszichológia. In: Kapitány-Fövény M., Koncz Zs., Varga S. K. (szerk.): Klinikai szakpszichológia a gyakorlatban – Útirányok. Medicina Kiadó, Budapest.

Koncz, Zs., Kovács, P., Győrffy, Zs., Mátrai, Z. (2019) A kiegészítő és alternatív medicina használatának vizsgálata emlőrákos nők körében az Országos Onkológiai Intézetben. Magyar Onkológia, 63: Suppl 1, 37-37.

Koncz Zs. (2018). Emlőrákban megbetegedett nők lélektani jellemzői és a műtétre való felkészítés lehetőségei. In: Gerlinger L., Kovács P. (szerk.): Egy hajóban – Tanulmánykötet Riskó Ágnes tiszteletére. Medicina Kiadó Zrt.

Kovács, P., Koncz, Zs., Peti, J., Gődény, A., Horváth, D., Gerlinger, L., Lacsán, K., Molnár, P., Riskó, Á. (2017) Az onkopszichológiai rehabilitáció területei és kihívásai. Magyar Onkológia, 61(3), 284-291.

Kovács, P., Škufca Smrdel, C. A., Gerlinger, L., Gődény, A., Horváth, D., Lacsán, K., Mlinarič, A., Koncz, Zs., Peti, J., Vegelj Pirc, M., Riskó, Á., Simonic, A. (2017) Psycho-oncology team-work in Hungary and Slovenia: current status. Psycho-Oncology, 26: Suppl. 3 pp. 51-51.

Kahán, Zs., Szántó, I., Molnár, M., Rohánszky, M., Koncz, Zs., Mailáth, M., Kapitány, Zs., Dudás, R. (2016) Emlőrák: gondozás, rehabilitáció, pszichoonkológia. Magyar Onkológia. 60(3), 258-268.

Koncz, Zs., Kovács, P., Mátrai, Z. (2015). Emlőrákban megbetegedett nők pszichoszociális jellemzői az életkori sajátosságok és a műtéti beavatkozás tükrében, valamint pszichológiai gondozásuk az Országos Onkológiai Intézetben. Magyar Onkológia, 59(5), 32-32.

Riskó, Á., Kovács, P., Koncz, Zs. (2015). Onkopszichológiai szempontok. In: Mátrai Z., Gulyás G., Kásler M. (szerk.): Az emlőrák korszerű sebészete (pp. 468 – 475). Medicina Kiadó Zrt.