

# Magyar daganatos betegek pszichoszociális állapota

Rohánszky Magda<sup>1, 2</sup> ■ Katonai Rózsa<sup>2, 3</sup> ■ Konkoly Thege Barna dr.<sup>2, 4, 5</sup>

<sup>1</sup>Egysített Szent István és Szent László Rendelőintézet és Kórház, Onkológiai Osztály, Budapest

<sup>2</sup>Tűzmadár Alapítvány, Budapest

<sup>3</sup>Eötvös Loránd Tudományegyetem, Affektív Pszichológia Tanszék, Budapest

<sup>4</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

<sup>5</sup>Department of Psychology, University of Calgary, Calgary

**Bevezetés:** A daganatos betegséggel küzdők pszichoszociális helyzete napjainkig alulvizsgált terület Magyarországon. **Célkitűzés:** A szerzők azzal a céllal végezték a vizsgálatot, hogy friss képet kapjunk a hazai betegek mentális és szociális állapotáról. **Módszer:** A vizsgálatban 1070, különféle stádiumú és típusú daganattól szenvedő beteg vett részt (30% férfi, átlagéletkor: 55,9±11 év). **Eredmények:** A betegek jó részének riasztóan rosszak voltak az anyagi körülményei, 41,3%-uk más krónikus betegséggel is küzdött, legalább 52,2%-uk szenvedett közepes mértékű szorongástól és/vagy depressziótól, és az öngyilkossági gondolatok előfordulása többszörös volt körükben a magyar átlagpopulációhoz képest (13% vs. 4,6%). Szubjektív megítélésük szerint a társas támogatottságuk szintje alacsonyabb volt, mint az országos átlag. A vizsgálatban részt vevők 61,6%-a nyilatkozott úgy, hogy szívesen venne igénybe pszichológusi segítséget. A diagnózis óta eltelt idő előrehaladtával a betegek társas életminősége romlott. Pozitívum ugyanakkor, hogy a válaszadók megküzdési módja dominánsan aktív, problémamegoldó jellegű volt. **Következtetések:** A szerzők hangsúlyozzák, hogy fontos volna a pszichoszociális szempontból többszörösen veszélyeztetett betegek szűrése, és mind pszichés, mind szociális gondozásuk feltételeinek megteremtése Magyarországon.

Orv. Hetil., 2014, 155(26), 1024–1032.

**Kulcsszavak:** daganatos betegek, életminőség, mentális egészség, szociodemográfiai jellemzők, betegséggel való megküzdés

## Psychosocial status of Hungarian cancer patients. A descriptive study

**Introduction:** Psychosocial status of cancer patients is still understudied in Hungary. **Aim:** The aim of the authors was to obtain current information on the mental and social status of this patient group. **Method:** Altogether, 1070 cancer patients with a wide range of cancer types were included in the study (30.0% male; age: 55.9±11.0 years). **Results:** A large part of the patients had serious financial difficulties and 41.3% of them were struggling with at least one more comorbid chronic disease. Further, 52.2% of the patients reported at least moderate anxiety or depression, while the occurrence of suicidal thoughts was almost three times higher among them than in the Hungarian normal population (13.0% vs. 4.6%). Level of perceived social support was also lower than the population standards and 61.6% of the patients reported willingness to benefit from professional psychological support. Quality of social life of the patients deteriorated with time after cancer diagnosis. A positive phenomenon, however, was that the primary coping style reported was active problem solving. **Conclusions:** The authors conclude that it is necessary to screen cancer patients for psychosocial difficulties and to establish conditions for their adequate mental and social care in Hungary.

**Keywords:** cancer patients, quality of life, mental health, sociodemographic characteristics, coping with illness

Rohánszky, M., Katonai, R., Konkoly Thege, B. [Psychosocial status of Hungarian cancer patients. A descriptive study]. Orv. Hetil., 2014, 155(26), 1024–1032.

(Bérezett: 2014. január 4.; elfogadva: 2014. április 12.)

A rákbetegek száma az elmúlt évtizedekben folyamatosan emelkedik, becslések szerint 2030-ra 75 millió ember küzd majd a betegséggel [1]. Magyarországon is hasonló a helyzet az elmúlt 60 évben az emelkedő tendenciát illetően: a 2008-as adatok szerint hazánkban 70 527 új beteget diagnosztizáltak, s 32 776 fő halt meg a betegségben [2]. A statisztikákat figyelve elmondhatjuk, hogy a közelebbi vagy távolabbi családban, ismeretségi körben szinte mindenki megtapasztalhatja valamilyen formában a rákbetegséget, vagy érezheti az életére gyakorolt hatását.

A korszerű orvosi gyakorlatban a krónikus betegségek pszichoszociális háttere és a krónikus betegség miatt kialakult pszichoszociális változások egyre nagyobb figyelmet kapnak: egyre kevésbé lehet figyelmen kívül hagyni a biopszichoszociális megközelítést, amely a biológiai tényezők mellett a társas-társadalmi, valamint az egyéni belüli lélektani folyamatok, illetve a betegségek megjelenése közötti kölcsönkapcsolatokat egyaránt szem előtt tartja. Ebben a megközelítésben az egészség biológiai, pszichológiai és szociális, sőt újabban spirituális elemekkel is kiegészített tényezői folyamatos kölcsönhatásuk mentén értelmeződnek [3, 4]. A rákbetegség háttere multikauzális, diagnózisa traumatikus erejű, és még mindig stigma kapcsolódik hozzá [5]. A rákbetegség folyamatát kísérő pszichológiai és környezeti-kapcsolati változások a betegségterhet komolyan növelik. Ismeretük, kezelésük a modern, komplex onkológiai gyógyítás-gondozás elengedhetetlen feladatát képezik [6].

A rosszindulatú betegséggel küzdők pszichoszociális helyzete Magyarországon napjainkig alulvizsgált terület. A vizsgálatok hiánya összefüggésben van azzal az egészségügyben még mindig meghatározó szemlélettel, amely a beteg helyett a betegségre összpontosít; a pszichoszociális onkológia beépülése az onkológia hazai gyakorlatába igen lassú, és a kutatáshoz szükséges anyagi és személyi feltételek is jórészt hiányoznak. Az e területen legjelentősebb, mintegy 10 éve lefolytatott hazai vizsgálat öt onkológiai centrum bevonásával vizsgálta a rákbetegek distressz-, szorongás- és depressziószintjét [7]. Ebben a vizsgálatban a magyar rákbetegek distressz-szintje a betegek 41%-ánál emelkedett volt. Ez az arány szignifikánsan magasabb volt, mint az egyesült államokbeli betegek körében mért emelkedett distressz-szint előfordulási aránya (29%). Hasonlóan gyakoribb előfordulási arányát találták a szorongás és depresszió emelkedett szintjének. A magyar rákbetegek között ez 38%, míg az észak-amerikai betegek között csak 13% volt [8, 9].

A hazai onkológiai szakirodalmat friss adatokkal ellátandó, saját leíró vizsgálatunkban a szorongás és a depresszió felmérése mellett célunk volt a rákbetegek komplexebb pszichoszociális jellemzőinek feltérképezése, valamint a diagnózis körüli időszak pszichoszociális terheinek vizsgálata és összehasonlítása a betegségfolyamatban későbbi időpontban regisztráltakkal. Feltételeztük, hogy a diagnózis közlése traumatikus hatású, gyakran kíséri megemelkedett distressz-szint, a beteg elveszett,

bizonytalan, helyzetét kilátástalannak ítéli [6, 8, 10, 11]. A diagnózis kapcsán létrejövő kezelési terv és a megváltozott életvitelhez való adaptáció lassan lehetővé teszi az érzelmek és a hangulat stabilizálódását, így a későbbiekben várható a pszichoszociális mutatók kiegyensúlyozódása. Ugyanakkor újabb lelki-érzelmi megterhelést jelenthet a betegség súlyosbodása, az áttétek kialakulása, a betegség kiújulása vagy akár az egészséges életbe való visszatérés a felgyógyulás után, amely állapotok a betegségfolyamat későbbi periódusait érintik.

## Módszer

### Minta

Mintánkat azok az orvosi kezelés alatt álló vagy tünetmentes periódusban lévő daganatos betegek alkották, akik 2009 és 2013 tavasza között kapcsolatba kerültek a daganatos betegek pszichoszociális rehabilitációjával foglalkozó Tűzmadár Alapítvánnyal. A vizsgálat protokollját a Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórházának etikai bizottsága hagyta jóvá (24/EB/2009). A válaszadók között voltak olyanok, akik részt vettek az alapítvány egy vagy több tréningjén vagy betegséggel való megküzdést segítő egyéb intervencióján (667 fő; 62,3%), de voltak olyanok is, akik csak kérdőívet töltöttek ki az alapítvány munkatársainak kérésére valamely kórházi osztályon (403 fő; 37,7%). Ugyan az alapítvány székhelye Budapesten található, a mintába azonban nemcsak fővárosi betegek kerültek be; egyrészt mert az alapítvány székhelye mellett működő onkológiai centrum súlyponti ellátóintézmény, amely más településekről is fogad betegeket; másrészt mert az alapítványnak vidéki (például Kecskemét, Székesfehérvár) kórházakban is sikerült betegeket megszólítania. A teljes minta összesen 1070 személyt foglal magába; a vizsgálati személyek legfontosabb jellemzőit az 1. táblázat mutatja be.

### Mérőeszközök

Demográfiai adatként rákérdeztünk válaszadóink nemére, életkorára, iskolai végzettségére (<8 általános/8 általános/szakmunkásképző/szakközépiskolai érettségi, gimnáziumi érettségi/főiskolai vagy egyetemi diploma), családi állapotára (nőtlen vagy hajadon/élettársi kapcsolat/házas és házastársával együtt él/házas, de házastársával nem él együtt/elvált/özvegy), foglalkozási státusára (aktív dolgozó/betegállományban van/rokkantnyugdíjas/munkanélküli/nyugdíjas/egyéb; például gyes) és anyagi helyzetére („Mennyi pénz jut egy főre a családjában egy hónapban?”).

A fizikai egészséggel kapcsolatban tettünk fel kérdéseket arra vonatkozóan, hogy betegeink mennyire pontosan ismerik diagnózisukat; van-e a daganatos betegségen kívül más krónikus egészségügyi problémájuk; a jelenlegi-e az első daganatos betegségük; a betegség mekkora terhet jelent a mindennapokban („Rákbetegsége milyen

1. táblázat | A vizsgálatban részt vevő betegek (N = 1070) legfontosabb demográfiai és betegségjellemzői

	Elemzés/átlag	Százalékos arány/szórás
<i>Nem</i>		
Férfi	320	30
Nő	744	70
<i>Életkor (év)</i>		
	55,9	11
<i>Primer daganat által érintett szerv</i>		
Emlő	242	25,4
Vastagbél	149	13,9
Petefészek	36	3,4
Tüdő	35	3,3
Vér és nyirok	28	2,6
Gyomor	23	2,1
Nyelőcső, gége, garat	23	2,1
Bőr	22	2,1
Méh	16	1,5
Hasnyálmirigy	14	1,3
Máj	11	1
Vese	8	0,7
Hólyag	7	0,7
Prostata	7	0,7
Vékonybél	5	0,5
Agy	5	0,5
Csont	5	0,5
Pajzsmirigy	3	0,3
Here	2	0,2
Epehólyag	1	0,1
Egyéb	20	1,9
Nem válaszol	408	38,1
<i>A primer daganat diagnózisa óta eltelt idő (hó)</i>		
	38,9	65,9
<i>Attétől</i>		
Van tudomása	410	38,3
Nincs tudomása	448	41,9
Nem válaszol	212	19,8

mértékben befolyásolja Önt mindennapi életvezetésében?), hogyan minősítik összességében egészségi állapotukat, illetve dohányoznak-e.

A személyt körülvevő társas támogatás feltérképezésére a Társas Támogatási Leltárt [12] használtuk. Ez az egyszerű eszköz a „Betegsége miatt kialakult nehézségeivel kapcsolatban kikre és milyen mértékben számíthat az alábbiak közül?” kérdésre adott válaszokat (egyáltalán nem/kevés/átlagosan/nagyon) összegzi. A potenciális támogatók lehetnek például szülők, gyermekek, házastárs vagy nem családtag segítők: munkatárs, szomszéd, egyházi csoport stb. Három további kérdéssel arról

is próbáltunk információt gyűjteni, hogy a betegeknek lenne-e szüksége további segítségre mindennapjaikban, illetve szeretnének-e papi/lelkészi vagy pszichológusi támogatást.

A stressz-szint mérésére az Észlelt Stressz Kérdőív [13] 10-tételes magyar változatát [14] használtuk, míg a szorongás és a depresszió mérésére a Kórházi Szorongás és Depresszió Skála [15] magyar változatát [7]. Mind az Észlelt Stressz Kérdőív (Cronbach-alfa: 0,86), mind az szorongásra és a depresszióra vonatkozó, 7-7 itemet tartalmazó skála belső megbízhatósága jó volt (Cronbach-alfa mindkét skálánál: 0,84). Rákérdeztünk továbbá a szuicid készletésekre is („Gondolt-e rákbetegsége kialakulása óta az öngyilkosságra?”).

A megküzdési módok feltérképezésére a Freiburg-i Betegségfeldolgozási Kérdőív [16] rövidített, magyar változatát [17] alkalmaztuk. A kérdőív ötféle megküzdési módot különít el: depresszív-rezignált (5 tétel; Cronbach-alfa: 0,69), aktív-problémaorientált (5 tétel; Cronbach-alfa: 0,62), önbátorító-figyelemelterelő (5 tétel; Cronbach-alfa: 0,72), vallásos-értelemkereső (5 tétel; Cronbach-alfa: 0,52) és bagatellizáló-vágyteljesítő (3 tétel; Cronbach-alfa: 0,53)\*. Az optimizmus mérésére az Életszemlélet-tesztet [18] használtuk. A 12-tételes mérőeszköz belső megbízhatósága elfogadható volt (Cronbach-alfa: 0,72). Az energetizáltság mértékét a Hangulati Állapotok Profiljának [19] rövidített változata életerőt mérő tétéleinek segítségével becsültük meg. Ennek a szintén hattételes mérőeszköznek kitűnő belső megbízhatósága volt (Cronbach-alfa: 0,92). Rákérdeztünk továbbá a vallásgyakorlásra is a következő kérdéssel: „Gyakorol-e valamilyen vallást, és ha igen, milyen módon?” Négyféle választ elemeztünk a jelen vizsgálatban: nem hívő/hívő, de nem gyakorolja vallását /hívő és a maga módján gyakorolja vallását/hívő és egyházában gyakorolja vallását.

Az életminőség vizsgálatára a Rákterápia Funkcionális Értékelése Skála általános változatát [20] használtuk. A mérőeszköz az összpontszámokon kívül különböző életminőség-doménekről (fizikai, funkcionális, társas és érzelmi jóllét) is információt szolgáltat. Mind a teljes skála (Cronbach-alfa: 0,90), mind az egyes alskálák belső megbízhatósága jó volt (Cronbach-alfa rendre: 0,85; 0,78; 0,81; 0,84).

### Statisztikai elemzés

A leíró statisztikai elemzések során átlagokat, szórásokat és százalékos arányokat számítottunk. Ahol ez különösen fontosnak tűnt és erre lehetőségünk is adódott (például öngyilkossági gondolatok aránya), saját adatainkat egy országos, reprezentatív vizsgálat (Hungarostudy Epidemiológiai Panelvizsgálat) [21] 2006-os adataival

\* Ennél a mérőeszköznél nem összpontszám, hanem átlagpontszám számolandó skálánként, így mindegyik skála pontszáma tételszámtól függetlenül összevethető egymással.

vetettük össze. Folytonos változóink populációs átlagtól való különbözőségét egymintás t-próbával vizsgáltuk. A pszichológiai változóknak a betegségfolyamat két periódusában való különbségét két- és többváltozós elemzésben is vizsgáltuk. Kétváltozós szinten folytonos függő változók esetében kétmintás t-próbát, illetve kategoriális függő változók esetében  $\chi^2$ -próbát használtunk. A hatás méret kifejezésére  $\eta^2$ - és Cohen-d-értékeket számítottunk. Többváltozós szinten a folytonos függő változók esetében általános lineáris modellt (GLM), illetve dichotóm függő változók esetében bináris logisztikus regresszioelemzést használtunk. A hatás méret kifejezésére  $\eta^2$ -értéket és esélyhányadosokat (OR) adtuk meg.

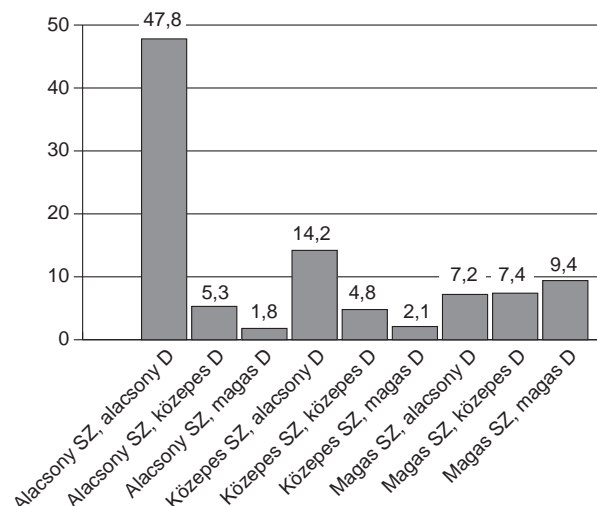
## Eredmények

### Szociodemográfiai jellemzők

Betegeink 6,8%-a volt nőtlen vagy hajadon, 8,9%-a élt élettársi kapcsolatban, 53,3%-a élt házastársával, 17,7%-a vált el vagy élt külön házastársától és 11%-a volt özvegy. Iskolázottság tekintetében mintánkban a magasabb végzettségűek domináltak: 48,8%-nak volt felsőfokú végzettsége, 16,2% rendelkezett gimnáziumi és 18,9% szakközépiskolai érettségivel, 10,3% volt szakmunkás és csak 5,1% végzett nyolc általánost vagy kevesebbet. A vizsgálatunkban résztvevők legnagyobb része (31%) nyugdíjas volt. További 16,3% dolgozott aktívan, 16,1% volt betegállományban, 18,6%-a részesült rokkantnyugdíjas ellátásban, 4% volt munkanélküli, illetve 5%-nak volt egyéb, a fentiekbe nem sorolható munkavállalói státusa (például gyes, gyed, háztartásbeli stb.). Válaszadóink családjában az egy főre eső, nettó bevétel havi 90 500 ± 52 250 Ft volt átlagosan. És míg a minta 40,4%-a élt – a vizsgálat éve során változó, de körülbelül 70 000 Ft-ban megállapított – létminimum alatti összegből, addig pusztán 13,9% gazdálkodott a 140 000 Ft körüli országos nettó átlagkereset feletti összegből.

### Betegségjellemzők

A mind teljesebb betegtájékoztató szellemének egyre inkább megfelelően a minta 88%-a pontos ismeretekkel rendelkezett betegségének daganatos természetére vonatkozóan, 6% rendelkezett bizonytalan ismeretekkel, és 6% nem kívánt válaszolni e kérdéseinkre. Válaszadóink 58,7%-ának nem volt saját bevallása szerint a rákbetegségen kívül más krónikus betegsége, 41,3%-nak viszont igen. A vizsgálatunkban részt vevők 75,3%-ának a válaszadáskori az első daganatos betegsége, 17,3%-ának már volt korábban másik szervben, míg 7,1%-uknak a jelenleg is érintett szervben volt már korábban daganata. Az aktuális betegséget válaszadóink életvitelüket közepesen súlyosan érintő tényezőnek tartották: mindennapjaikat befolyásoló szerepét a 0–7-ig terjedő skálán átlagosan 3,3-re értékelték (szórás: 1,96). Globális, szubjektív



1. ábra | A szorongás (SZ) és a depresszió (D) kombinált százalékos előfordulása daganatos betegeinknél (Kórházi Szorongás és Depresszió Skála)

egészségi állapotukat betegeink szintén közepesnek értékelték: az átlagérték az 1–5-ig terjedő skálán 3,3 volt (szórás: 0,78). Végül a vizsgálatunkban részt vevőknek mindössze 10%-a vallotta magát napi dohányosnak.

### Pszichológiai változók

A pszichológiai változók eloszlási jellemzőit a 2. táblázat szemlélteti, fontosabb egymással való kapcsolataik pedig a 3. táblázatból olvashatók le. Az észlelt stressz mértéke (28,84 ± 6,06) mintánkban szignifikánsan ( $t = 38,8$ ;  $p < 0,001$ ) meghaladta a használt mérőeszköznél a normálpopuláción mért sztenderdértéket (17,50 ± 6,00; [14]). A betegeknek továbbá 54,2%-a volt jellemezhető normálmértékű szorongással, és 21,8%-a közepesen magas értékekkel. Igen magas, 24% volt ezenfelül a súlyos szorongással jellemezhető aránya. A depresszióval kapcsolatban valamivel kedvezőbb képet kaptunk: itt 68,3% adott a normálovezetbe sorolható pontszámot, de még itt is 18,4 és 13,3% volt a közepes, illetve a súlyos depressziós állapotúak aránya. A mind differenciáltabb megközelítés érdekében megvizsgáltuk a két csoport közti átfedést is, amelyet az 1. ábra mutat be részletesen. Összegzésként elmondható, hogy a két változó kombinációja tekintetében a minta 47,8%-a tekinthető csak inaktív, és csaknem minden tizedik beteg mindkét indikátor mentén a súlyosan veszélyeztetett övezetbe tartozik. A betegeknek ezenfelül 13%-a számolt be diagnózisra óta felmerült öngyilkossági gondolatokról. Az ezzel összevethető országos arány\* ennek csak a töredéke, mindössze 4,6%, ami a daganatos betegek végső elkeseredésre való hajlamát mutatja.

\* Az országos felmérésben a kérdés az elmúlt három évre vonatkozott. Ez hozzávetőleg összevethető betegeink válaszaival, hiszen a diagnózis óta eltelt idő esetükben átlagosan 3 év és 3 hónap volt (1. táblázat).

2. táblázat | A pszichológiai változók csozlása az átlag±egy szórásnyi középvezetet alapul véve

		Alsó övezet (átlag – 1 szórás alatti érték)	Középvezet átlag (±1 szórás)	Felső övezet (átlag + 1 szórás feletti érték)
Észlelt stressz		15,6%	66,4%	17,8%
Életerő		16,5%	70,8%	12,7%
Optimizmus		16,4%	67,3%	16,4%
Társas támogatás	Familiáris	11,3%	65,6%	23,1%
	Non-familiáris	21,1%	62,1%	16,8%
Megküzdési módok	Depresszív	18,6%	61,8%	19,6%
	Aktív	13,6%	65%	21,5%
	Önbátorító	14,3%	68,9%	16,8%
	Vallásos	14,3%	69,6%	16,2%
	Bagatellizáló	19%	62,9%	18,1%
Életminőség	Fizikai közérzet	19,1%	66,3%	14,6%
	Társas közérzet	18,9%	63,2%	17,9%
	Érzelmi közérzet	15,4%	70,2%	14,4%
	Funkcionális jóllét	17,8%	68,3%	13,9%
	Összpontszám	16,5%	67,3%	16,1%
Szorongás		18,2%	62,5%	19,3%
Depresszió		15,8%	66,6%	17,6%

3. táblázat | Mért pszichológiai változók legfontosabb egymással való összefüggései

	Észlelt stressz	Életerő	Optimizmus	Életminőség	Depresszív megküzdés	Önbátorító megküzdés
Szorongás	0,693***	-0,456***	-0,451***	-0,584***	0,566***	-0,313***
Depresszió	0,648***	-0,685***	-0,546***	-0,73***	-0,497***	-0,405***
Észlelt stressz	-	-0,588***	-0,541***	-0,616***	0,533***	-0,318***
Életerő	-0,588***	-	0,466***	0,705***	-0,368***	0,4***
Optimizmus	-0,541***	0,466***	-	0,521***	-0,397***	0,402***
Életminőség	-0,616***	0,705***	0,521***	-	0,521***	-0,497***
Depresszív megküzdés	0,533***	-0,368***	-0,397***	0,521***	-	-0,235***
Önbátorító megküzdés	-0,318***	0,400***	0,402***	-0,497***	-0,235***	-

\*\*\*p&lt;0,001

Az ötféle megküzdési mód közül az aktív-problémaorientált volt a legdominánsabb ( $4,08 \pm 0,68$ ), a második legjellemzőbbnek az önbátorító-figyelmelterelő stílus mutatkozott ( $3,67 \pm 0,79$ ), ezt követte a bagatellizáló-vágyteljesítő ( $3,10 \pm 1,05$ ), végül legkevésbé jellemző a vallásos-értelemkereső ( $2,82 \pm 0,83$ ) és a depresszív-rezignált ( $2,49 \pm 0,84$ ) megküzdési mód volt.

Társas támogatásra vonatkozó adataink azt is mutatják, hogy – legalábbis szubjektíve – a betegek szignifikánsan kevesebb társas támogatást kapnak mind a családjuktól ( $5,94 \pm 2,94$  vs.  $7,28 \pm 3,43$ ;  $t = -12,18$ ;  $p < 0,001$ ), mind a családon kívülről ( $4,51 \pm 4,10$  vs.  $6,00 \pm 4,00$ ;  $t = -9,86$ ;  $p < 0,001$ ), mint az országos átlag. A betegek 10,6%-ának lenne szüksége a rendelkezésére állón kívül további segítségre hétköznapi életvitelére zökkenőmentesebb lebonyolításához. Egyházi lelki gondozásra a be-

tegek 58,4%-a egyáltalán nem tart igényt, 25,4% bizonytalan ezt illetően, míg 16,2%-nak kifejezett igénye ez a fajta támogatás. Pszichológiai segítségnyújtástól a betegek 16,6%-a zárkózott el, 21,8% volt bizonytalan, és 61,6% nyilatkozott úgy, hogy szívesen igénybe venne (ingyenes) pszichológiai támogatást.

Adataink szerint továbbá betegeink életminősége nagyjából megfelel a daganatos betegeknek vonatkozó nemzetközi adatoknak [20]: a FACT-G fizikai közérzet mérő skáláján 20,3 ( $\pm 6,0$ ), a társas jóllétet mérő doménen 19,9 ( $\pm 5,8$ ), az érzelmi jóllét tekintetében 15,6 ( $\pm 4,2$ ), a funkcionális jóllét skáláján 17,2 ( $\pm 5,8$ ), míg az életminőségre vonatkozó összpontszám tekintetében 73,0 ( $\pm 16,2$ ) pontot értek el átlagosan. Az életerőt mérő kérdőív átlagpontszáma 13,9 ( $\pm 5,1$ ), az optimizmusé pedig 44,4 ( $\pm 7,6$ ) volt. A vallásosság tekintetében jelen-

4. táblázat | A pszichológiai változók alakulása a betegségfolyamat két periódusában

	Diagnózis óta eltelt idő	Álag/előfordulás	Szórás/%	Kétváltozós elemzés	Többváltozós elemzés*
Észlelt stressz	0–3 hó	28,45	6,72	$t = -0,85^{NS}$	$F = 0,14^{NS}$
	>3 hó	29,12	5,86		
Szorongás	0–3 hó	6,83	4,62	$t = -2,32^*$	$F = 0,35^{NS}$
	>3 hó	7,78	4,28		
Depresszió	0–3 hó	5,35	4,30	$t = -1,19^{NS}$	$F = 0,04^{NS}$
	>3 hó	5,80	4,00		
Öngyilkossági gondolatok előfordulása	0–3 hó	87	8,10%	$\chi^2 = 5,68^*$	$B = -0,67^{NS}$
	>3 hó	174	16,30%		
Depresszív-rezignált megküzdés	0–3 hó	2,42	0,81	$t = -1,04^{NS}$	$F = 0,04^{NS}$
	>3 hó	2,53	0,85		
Aktív-problémaorientált megküzdés	0–3 hó	4,06	0,69	$t = -0,42^{NS}$	$F = 0,02^{NS}$
	>3 hó	4,10	0,67		
Önbátorító-figyelmelterelő megküzdés	0–3 hó	3,57	0,90	$t = -1,28^{NS}$	$F = 0,53^{NS}$
	>3 hó	3,70	0,76		
Vallásos-értelemkereső megküzdés	0–3 hó	2,71	0,92	$t = -1,34^{NS}$	$F = 0,19^{NS}$
	>3 hó	2,85	0,81		
Bagatellizáló-vágyteljesítő megküzdés	0–3 hó	3,20	1,08	$t = 0,86^{NS}$	$F = 0,26^{NS}$
	>3 hó	3,08	1,04		
Fizikai jóllét	0–3 hó	20,45	5,88	$t = 0,14^{NS}$	$F = 0,02^{NS}$
	>3 hó	20,36	6,00		
Társas jóllét	0–3 hó	21,91	4,72	$t = 5,28^{***}$	$F = 0,95^{**}$
	>3 hó	19,33	5,83		
Érzelmi jóllét	0–3 hó	16,09	4,36	$t = -1,57^{NS}$	$F = 0,93^{NS}$
	>3 hó	15,48	3,91		
Funkcionális jóllét	0–3 hó	17,11	5,86	$t = -0,48^{NS}$	$F = 0,03^{NS}$
	>3 hó	17,39	5,67		
Jóllét-összpontszám	0–3 hó	75,29	16,11	$t = 1,68^{NS}$	$F = 0,66^{NS}$
	>3 hó	72,55	15,91		
Életerő	0–3 hó	13,93	5,70	$t = 0,15^{NS}$	$F = 0,02^{NS}$
	>3 hó	13,83	4,95		
Optimizmus	0–3 hó	44,47	7,75	$t = 0,15^{NS}$	$F = 0,39^{NS}$
	>3 hó	44,31	7,52		
Családtól kapott társas támogatás	0–3 hó	6,60	3,02	$t = 2,24^*$	$F = 0,03^{NS}$
	>3 hó	5,97	2,89		
Családon kívülről kapott társas támogatás	0–3 hó	4,31	3,93	$t = -1,62^{NS}$	$F = 0,17^{NS}$
	>3 hó	4,96	4,19		
Vallásosság (bármilyen formában gyakorlók)	0–3 hó	450	42,10%	$\chi^2 = 7,53^{**}$	$B = -0,36^{NS}$
	>3 hó	594	55,5%		

<sup>NS</sup>p>0,05; \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

\*A nem, az életkor, az iskolai végzettség, a családi állapot és a daganattípus kontrollálásával.

tős különbséget nem találtunk az országos arányokhoz viszonyítva: a magukat nem hívőnek vallók aránya mintánkban 27,7% volt (vs. 26,1%); a magukat nem vallásgyakorló hívőknek vallók aránya 19,9% (vs. 17,4%)

volt. A vallásukat gyakorlók közül a maguk módján gyakorlók aránya válaszadóink közt 27,8% volt (vs. 31,9%), míg a vallásukat közösségben gyakorlóké 24,5% (vs. 24,5%).

## A pszichológiai változók alakulása a betegségfolyamat két periódusában

Megvizsgáltuk azt is, hogy a betegségfolyamat kezdeti, első három hónapos időszaka különbözik-e pszichológiai indikátoraink mentén a későbbi időszakról (4. táblázat). Az adatokat először kétváltozós elrendezésben vizsgáltuk, amely elemzésekből az derült ki, hogy az első három hónap és a későbbi időszak közt a szorongás, az öngyilkossági gondolatok, a társas jóllét, a vallásosság és a családtól kapott társas támogatás tekintetében mutatható ki szignifikáns különbség. A diagnózist 3 hónapnál régebben kaptak jobban szorongtak (Cohen-d = 0,21), nagyobb eséllyel voltak öngyilkossági gondolataik ( $\eta = 0,094$ ), kedvezőtlenebb volt társas jóllétük (Cohen-d=0,49), nagyobb eséllyel voltak vallásgyakorlók ( $\eta = 0,109$ ), illetve kisebb mértékű a családi társas támogatottságuk (Cohen-d = 0,21). Ugyanezen összefüggéseket többváltozós elemzésben – a nem, az életkor, az iskolai végzettség, a családi állapot és a daganattípus kontrollálása mellett – vizsgálva más eredményeket kaptunk: egyedül a társas jóllét ( $\eta^2 = 0,270$ ) tekintetében maradt meg a szignifikáns különbség a 3 hónapnál kevesebb, illetve több ideje daganatos diagnózist kaptak csoportjai között.

## Megbeszélés

Vizsgálatunk célja az volt, hogy friss képet kapjunk a hazai daganatos betegek pszichoszociális állapotáról. A mintában szereplő 1070 rákbeteg több mint hatvan százaléka jelentkezett valamely pszichoszociális intervencióra a Tűzmadár Alapítványánál, ezért valószínűsíthetjük, hogy mintánk nem reprezentatív a hazai daganatos betegekre nézve: felülreprezentáltak benne az állapotuk javításáért aktívan tenni akarók. Ennek megfelelően a mintában szereplők iskolai végzettsége is magas volt. Résztevőink aktivitásukat tekintve többségében nyugdíjasok, rokkantnyugdíjasok. A betegség ellenére a minta mintegy hatoda aktív dolgozó, akik többsége feltehetően anyagi okokból vagy a munkalehetőség elvesztésének félelme miatt dolgozik tovább, és egy másik hatod él betegálmányban. Anyagi helyzet tekintetében elmondhatjuk, hogy a minta körülbelül 40%-a él a létminimumnak megfelelő vagy az alatti jövedelemből, és csak igen kevesen tudhatnak magukénak a magasabb kategóriába tartozó bevételt. Az össznépeséghez hasonlóan, az átlagos havi jövedelmet illető kérdésre gyakran negatívan, gyanakvóan reagáltak a betegek, és csak körülbelüli értékeket adtak meg.

Öröndetes, hogy a betegek 88%-a pontosan tudja, mi a betegsége, diagnózisa szempontjából jól informált. Ezzel együtt a betegség pontos diagnózisának kérdését a betegek 38,1%-a nem válaszolta meg. Gyakran tapasztalható zavar a körül, hogy hol jelent meg először a betegség; előfordul, hogy az áttéteket külön betegségként értékelik. A betegek 41,3%-a küzd a rák mellett más krónikus betegséggel, ennek ellenére általános egészségi álla-

potukat közepesnek értékelik, a rák mindennapi életvitelt nehezítő szerepét pedig közepesen súlyosnak. Válaszadóinknak saját bevallásuk szerint 10%-a dohányzik naponta, amely az országos átlag harmada. Ez nagyon kedvező kép, de nem tudjuk, hány százalékuk hagyta abba a dohányzást tartósan a betegség miatt, illetve mióta nem dohányzik, esetleg hányan nem vállalták dohányzó magatartásukat azzal kapcsolatos szégyenérzetük miatt, ami daganatos betegeknek – a dohányzásnak a daganatos betegségek kialakulásában játszott kóroki szerepe miatt – erőteljesebb lehet, mint az átlagnépesség körében.

Miközben a vizsgálatban szereplő betegek a rákbetegség életükre rótt terheit közepesen súlyosnak ítélik és az egészségi állapotukat is közepesnek, megküzdésükben dominánsan az „aktív-problémamegoldó” és az „önbátorító-figyelemelterelő” stílus jelentkezik, amely a hatékony megküzdési formák közé tartozik. Ez azt jelenti, hogy az érzelmi, lelki és szociális nehézségeket inkább kihívásként, megoldandó feladatként élik meg, amelynek sikerességéért külső segítséget is elfogadnak. A válaszadók 61,6%-a venne részt pszichológiai egyéni vagy csoportos foglalkozáson. Erőteljes motivációjukat lelki állapotuk befolyásolására a szorongás vizsgálatának magasabb szintje, a depresszió alacsonyabb szintű jelenléte, valamint a vizsgálati személyek többségét jellemző aktív, problémamegoldó megküzdési stílus is magyarázhatja.

Az érzelmi mutatókat nézve a mintában szereplő rákbetegek észlelt stressz-szintje szignifikánsan magasabb, mint az átlagpopulációban mért. A szorongásszint betegeink 45,8%-ánál közepes vagy nagyon magas. Ez az arány gyakorlatilag azonos a *Muszbek és munkatársai* által mért aránnyal [7], de magasabb a nemzetközi szakirodalomban fellelhető arányoknál [8, 9]. A depresszió szintje a jelen minta 18,4%-ánál közepes, 13,3%-ánál magas; ez alacsonyabb, mint a *Muszbek-vizsgálatban*, ahol a közepesen vagy súlyosan depressziós betegek aránya 44% volt. Saját vizsgálatunkban a szorongás és depresszió tekintetében a betegek 52,2%-a valamelyik vagy mindkét változó mentén a veszélyeztetett övezetbe tartozik, ami feltétlen kezelést igényel, támogatás nélkül állandósul, súlyosabb, klinikai formákat ölthet (vö. öngyilkosság). *Dégi Csaba* román rákbetegek körében végzett vizsgálatában [22] a betegek 47,5%-át találta depressziósnak és a betegek 46,7%-át erősen szorongónak, amely eredmények még a magyar rákbetegeknél is rosszabb pszichés állapotra utalnak.

A szorongással és depresszióval kapcsolatos eredményeink beilleszthetőek a nemzetközi szakirodalomban leírtak közé, noha az maga is erősen ellentmondásos. *Boyes és munkatársai* 1997 és 2002 között diagnosztizált 863 rákbeteg szorongás- és depressziószintjét vizsgálták a mi vizsgálatunkban használttal megegyező mérőeszközzel [23]. Mintájukban a betegek 9%-a szorongott erősen és csak 4% volt depressziós. Az emelkedett vagy magas szorongásszint előjelzője a tehetetlen/reménytelen megküzdés és a gyenge társas támogatás, a magasabb depresszióértékeket pedig a pozitív szociális interakciók

hiányával hozzák összefüggésbe. Ugyanakkor *Burgess és munkatársai* öt éven keresztül figyelték a szorongás és depresszió alakulását emlőrákos nők körében [24]. A szorongás és depresszió külön vagy együttes jelenléte a diagnózis idején 33%, a diagnózis után egy évvel közel 50%, majd évente fokozatosan csökkenve, 5 év múlva 15% volt. Azok között, akiknél a betegség kiújult, a szorongás és depresszió előfordulása emelkedett, elérte a 45%-ot. Elképzelhető, hogy a tapasztalt érdemi nagyságú eltérések a vizsgált betegpopulációk specifikumaira (például daganattípus) vezethetők vissza, ezért e kérdés tisztázásához homogénebb betegmintákra lenne szükség a további vizsgálatokban.

Munkánk kiemelendő üzenete az öngyilkossági gondolatok megjelenése mintánkban, amely az átlagpopulációhoz képest háromszoros gyakoriságú. (Pedig a mi mintánk valószínűleg a rákbetegek populációjának viszonylag „kedvező” helyzetben lévő részét képezi le; vö. magas iskolázottság.) Nincs információnk arról, hogy az öngyilkossági gondolatokat követte-e sikertelen öngyilkossági kísérlet, a gondolatok jelenléte azonban így is figyelemfelhívó kell legyen a daganatos betegeket gondozó szakemberek számára. Hasonló eredményeket hoztak külföldi kutatások is, például egy svéd vizsgálatban 6 milliós mintán hasonlították össze 1971 és 1999 között a rákbetegek és a nem rákbetegek által elkövetett öngyilkosságok gyakoriságát [25]. Az eredmények szerint a rákbetegek között tizenháromszor többen követnek el öngyilkosságot a diagnózis megismerése után egy héten belül és háromszor többen egy éven belül, mint ugyanezen időszakok alatt a nem rákbetegek. Kifejezetten magas volt ebben a vizsgálatban az elkövetők száma a rossz prognózisú rákbetegek (tüdő, hasnyálmirigy, nyelőcső, máj) körében.

Mintánkban a mért pszichológiai és életminőség-mutatókban a betegek többsége a középszórában helyezkedik el. Ez a még viselhető lelki és fizikai állapot lehetővé teszi a pszichológusi segítség igénybevétele iránti kívánság megjelenését, motivációját. Ez elől a betegeknek csak 16,6%-a zárkózott el, és további 21,8% volt bizonytalan abban, hogy igényelne-e ilyen segítséget. Pozitív tendenciát jeleznek ezek az arányok, amely magyarázható azzal is, hogy a pszichológusok jelenléte az onkológiai teamekben egyre inkább gyakorlattá válik, amely az onkológiai orvoslás részéről megerősítés a betegek számára a lelki-érzelmi történések fontosságáról, kezelésük szükségességéről a betegség gyógyítása során. Fontosnak tartjuk még, hogy a vizsgálatban szereplők – saját szubjektív észlelésük alapján – szignifikánsan alacsonyabb szintű családi és családon kívüli támogatásról számolnak be az országos átlaghoz képest. Tapasztalataink szerint ebben szerepe van az érzelmek, kisebb mértékben a diagnózis eltitkolásának, a családtagoktól jövő segítség nem betegközpontú megnyilvánulásainak, a gondozásban részt vevő hozzátartozók kifáradásának és a hosszabb ideje a betegséggel küzdők társas kapcsolati beszűkülésének.

Mintánkban a vallásgyakorlással kapcsolatban egy érdekes kettősség jelent meg. Egyfelől a vallásgyakorlók aránya érdemben nem tért el az országos átlagtól, tehát ez az ellen szól, hogy a krónikus, súlyos betegséggel küzdők a hitben keresnének támaszt és vigaszt, amely feltevessel több kutató is él, amikor a vallásosság és a betegségek közti pozitív kapcsolatot értelmezi [26]. Másfelől viszont a betegség későbbi fázisában lévők közt megbízhatóan több volt a vallásgyakorló, mint a diagnózist követő első három hónapban, ami viszont mégis afelé mutat, hogy a betegek hajlamosak megoldhatatlannak tűnő nehézségeikben egyre inkább a transzcendens felé fordulni. A vallásos-értelemkereső megküzdési módot mérő alskála eredményei is ebbe az irányba mutattak, noha a különbség a 0–3 és a 3-nál több hónapja diagnózist kaptak között statisztikailag nem volt szignifikáns.

A pszichológiai változók vizsgálatával kapcsolatos hipotézisünket a betegség két periódusában kapott értékek nem igazolták. Feltételezésünk szerint az első három hónap stresszesebb, a betegek szorongás- és depressziószintje emelkedettebb, magasabb a családi és társas támogatás szintje, magasabb az öngyilkossági gondolatok aránya. Ezzel ellentétben a kétváltozós elrendezésben végzett elemzésből az derült ki, hogy az első három hónap és a későbbi időszak közt a szorongás, az öngyilkossági gondolatok, a társas jóllét, a társas támogatás és a vallásosság tekintetében mutatható ki szignifikáns különbség. Azonban hipotéziseinkkel ellentétben a diagnózist három hónapnál régebben kaptak szorongtak jobban, voltak nagyobb eséllyel öngyilkossági gondolataik, volt kedvezőtlenebb társas jóllétük, észleltek kevesebb családi támogatást (és voltak nagyobb eséllyel vallásgyakorlók). Többváltozós elemzésben egyedül a társas jóllét tekintetében maradt meg a szignifikáns különbség a 3 hónapnál kevesebb, illetve több ideje daganatos diagnózist kaptak csoportjai között. Elemzéseink kapcsán tehát egyedül azt mondhatjuk ki, hogy statisztikailag kimutatható szignifikáns különbség a két csoport között az életminőség társasjóllét-doménjében maradt meg, vagyis az idő előrehaladtával a társasági kapcsolatok és az azokból merített pozitív élmények gyengülnek.

A vizsgálat korlátai között több tényezőt is meg kell, hogy említsünk. Először is mintánk kényelmi mintavételnek tekinthető, tehát az adatgyűjtésben nem voltak szisztematikus szempontok sem a daganatos betegség típusát, sem stádiumát illetően. Az így nyert adatok érdemi eltérést mutathatnak egy-egy specifikusabb betegpopuláción nyerhető információkhoz képest. Szintén a mintavétellel kapcsolatos torzító tényező, hogy a válaszadók többsége olyan beteg volt, aki a vizsgálat kapcsán vagy már attól függetlenül felkereste a vizsgálatot végző Tűzmadár Alapítványt, amely a daganatos betegséggel küzdők krízisközpontja. Az ilyen, magukat jobban menedzselő, tudatosan segítséget kereső és találó, motivált személyek pedig valószínűleg különböznek számos, a jelen tanulmányban vizsgált változó tekintetében is a hazai daganatos betegek általános populációjától. Továbbá,



a megküzdési módokkal kapcsolatos kérdőív több alskálájának belső megbízhatósága is elmaradt mintánkban az ideálistól, így az ezzel nyert adatok csak különös körültekintéssel értékelendők. Végül, az országos adatok, amelyekhez a jelen mintát néhány változó mentén hasonlítottuk, 3–6 évvel korábbiak, mint a jelen vizsgálat adatai, így előfordulhat, hogy a tapasztalt különbségek nemcsak a daganatos betegséggel, hanem más, társadalmi jelenségekkel is összefüggnek (vö. az öngyilkossági arányok változásai).

Mindezeket figyelembe véve szükségesnek tartjuk a további vizsgálatokat a rákbetegség súlyosságának és stádiumának figyelembevételével, illetve homogén betegcsoportokon is. Valamint fontos lenne a pszichoszociális szempontból többszörösen veszélyeztetett személyek kiszűrése (alacsony kereset, alacsony iskolai végzettség, egyedül élő, több krónikus betegséggel küzdő stb.) és pszichoszociális gondozásuk feltételeinek megteremtése.

*Anyagi támogatás:* A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

*Szerzői munkamegosztás:* R. M.: A hipotézisek kidolgozása, a vizsgálat megtervezése, az eredmények értelmezése és a kézirat szövegezése; K. R.: Az adatgyűjtés szervezése és lebonyolítása, statisztikai elemzések; K. T. B.: Az adatgyűjtés technikai tervezése, szervezése és lebonyolítása, statisztikai elemzések, az eredmények értelmezése, a tanulmány szövegezése.

*Érdekltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Irodalom

- [1] Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, I., et al.: Cancer incidence and mortality worldwide. GLOBOCAN 2008: IARC cancer base. <http://globocan.iarc.fr>
- [2] Tompa, A.: Global and Hungarian burden of cancer. [Daganatos betegségek előfordulása, a hazai és nemzetközi helyzet ismertetése.] Magyar Tudomány, 2011, 172(11), 1333–1345. [Hungarian]
- [3] Kopp, M., Skrabski, Á.: Psychosocial factors and health condition. [Pszichoszociális tényezők és egészségi állapot.] Demográfia, 2000, 43(2–3), 252–278. [Hungarian]
- [4] Ben-Arye, E., Bar-Sela, G., Frenkel, M., et al.: Is a biopsychosocial-spiritual approach relevant to cancer treatment? A study of patients and oncology staff members on issues of complementary medicine and spirituality. Support. Care Cancer, 2006, 14(2), 147–152.
- [5] Chapelle, A., Ziebland, S., McPherson, A.: Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. BMJ, 2004, 328(7454), 1470.
- [6] Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., et al.: Psycho-oncology (2nd edition). Oxford University Press, New York, 2010.
- [7] Muszbek, K., Székely, A., Balogh, É. M., et al.: Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. Qual. Life Res., 2006, 15(4), 761–766.
- [8] Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA, 1983, 249(6), 751–757.
- [9] Passik, S. D., Kirsh, K. L., Silver, J. M., et al.: Diagnosis of psychiatric and psychologic disorders in patients with cancer. <http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-psychiatric-and-psychologic-disorders-in-patients-with-cancer>
- [10] Massie, M. J.: Prevalence of depression in patients with cancer. J. Natl. Cancer. Inst. Monogr., 2004, 32, 57–71.
- [11] Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., et al.: Rapid screening for psychological distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. Cancer, 1998, 82(10), 1904–1908.
- [12] Caldwell, R. A., Pearson, J. L., Chin, R. J.: Stress-moderating effects. Social support in the context of gender and locus of control. Pers. Soc. Psychol. Bull., 1987, 13(1), 5–17.
- [13] Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R.: A global measure of perceived stress. J. Health Soc. Behav., 1983, 24(4), 385–396.
- [14] Stauder, A., Konkoly Thege, B.: Characteristics of the Hungarian version of the Perceived Stress Scale (PSS). [Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői.] Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2006, 7(3), 203–216. [Hungarian]
- [15] Zigmond, A. S., Snaith, R. P.: The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr. Scand., 1983, 67(6), 361–370.
- [16] Muthy, F. A.: Freiburg Questionnaire on Coping with Illness. [Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung.] Hogrefe, Göttingen, 1989. [German]
- [17] Tiringier, I., Simon, A., Németh, K., et al.: Validation of the Hungarian translation of Freiburg Questionnaire of Coping With Illness – Short Version (FQCI). Results of the confirmatory factor analysis. [A Freiburgi Betegségfeldolgozási Kérdőív rövidített változatának (FKV-LIS) hazai adaptációja. A megerősítő faktoranalízis eredményei.] Magyar Pszichológiai Szemle, 2011, 66(4), 631–667. [Hungarian]
- [18] Scheier, M. F., Carver, C. S.: Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. Health Psychol., 1985, 4(3), 219–247.
- [19] Curran, S. L., Andrykowski, M. A., Studts, J. L.: Short form of the Profile of Mood States (POMS-SF): Psychometric information. Psychol. Assess., 1995, 7(1), 80–83.
- [20] Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., et al.: The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and validation of the general measure. J. Clin. Oncol., 1993, 11(3), 570–579.
- [21] Susánszky, É., Székely, A., Szabó, G., et al.: Methodological description of the Hungarian Epidemiological Panel (HEP) survey. [A Hungarostudy Egészség Panel (HEP) felmérés módszertani leírása.] Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2007, 8(4), 259–276. [Hungarian]
- [22] Dégi, Cs. L.: Psychosocial aspects of cancer in hospitalized adult patients in Romania. Proc. Soc. Behav. Sci., 2013, 82, 32–38.
- [23] Boyes, A. W., Girgis, A., Zucca, A. C., et al.: Anxiety and depression among long-term survivors of cancer in Australia: results of a population based survey. Med. J. Aust., 2009, 190(7 Suppl.), S94–S98.
- [24] Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., et al.: Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. BMJ, 2005, 330(493), 702.
- [25] Allebeck, P., Bolund, C., Ringbäck, G.: Increased suicide rate in cancer patients. A cohort study based on the Swedish Cancer-Environment Register. J. Clin. Epidemiol., 1989, 42(7), 611–616.
- [26] Koenig, H. G.: Medicine, religion and health: where science and spirituality meet. Templeton Foundation Press, West Conshohocken, Pennsylvania, 2008.

(Konkoly Thege Barna dr.,  
Budapest, Nagyvárud tér 4., 1089  
e-mail: konkoly.thege.barna@gmail.com)