

Prostatarákkal diagnosztizált betegek egészségmagatartásának vizsgálata

Szabó Brigitta¹ ■ Kívés Zsuzsanna² ■ Máté Orsolya dr.³
Polyák Éva dr.⁴ ■ Pusztafalvi Henriette dr.²

¹Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Doktori Iskola, Pécs

²Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet, Pécs

³Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi,
Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Pécs

⁴Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Táplálkozástudományi Intézet, Pécs

Bevezetés: A férfiakat érintő egyik leggyakoribb malignus ráktípus a prosztaták. A Nemzeti Rákregiszter adatai alapján hazánkban évente több mint 4600 új eset kerül diagnosztizálásra.

Célkitűzés: A rákbetegek pszichoszociális háttere napjainkig alulvizsgált terület Magyarországon. A szerzők célja a magyar prosztatáras férfiak szociodemográfiai, egészségi, mentális állapotának vizsgálata volt.

Módszer: A vizsgálatban 100 prosztatáras férfi vett részt, akiknek más urológiai betegsége nem volt, továbbá más daganatos betegségből kifolyó kezelésben nem részesültek a kérdőív kitöltésekor. A részvétel anonim és önkéntes volt. A standard validált tesztek mellett – mint a Beck Depresszió Kérdőív, Rosenberg Önértékelés Skála – szociodemográfiai, egészségmagatartás- és életmód-kérdéscsoportokat tartalmazott kérdőívünk.

Statisztikai analízis: Leíró statisztikát, khi-négyzet-próbát, lineáris regresszió analízist, Fisher-egzakt tesztet, két-mintás t-próbát végeztünk 95%-os valószínűségi szinten az SPSS 20.0 és a Microsoft Excel 2016-os programban.

Eredmények: Az egészségi állapotot a lakhely településcsoportja ($p = 0,024$), az anyagi helyzet ($p = 0,001$), a krónikus betegség ($p = 0,000$), a fizikai aktivitás ($p = 0,000$) és az alkoholfogyasztás ($p = 0,001$) befolyásolta. A társas támogatás ($p = 0,726$) ellenben nem bizonyult befolyásoló tényezőnek. A megkérdezettek 66%-a volt elhízott a BMI alapján. Helyesen csupán a megkérdezettek egyharmada táplálkozott a ma érvényes MDOSZ-ajánlás alapján. 62%-uk enyhén depressziós volt mondható a Beck Depresszió Kérdőív alapján, 73%-uk önértékelése azonban a Rosenberg Önértékelés Skála alapján átlagosnak volt mondható. Az életkorral nem nőtt sem a Depresszió Kérdőív pontszáma, sem az Önértékelés Skála pontszáma.

Következtetés: Eredményeink alátámasztják, amit a hazai és a külföldi szakirodalom is mutat: az egészséget befolyásoló tényezőknek meghatározó szerepük van a daganatos megbetegedéssel élőkénél is. A depresszió és az önértékelés közötti összefüggés nem igazolódott a mintánkban.

Orv Hetil. 2021; 162(10): 383–391.

Kulcsszavak: prosztaták, egészségmagatartás, Beck, Rosenberg

Health behavior of Hungarian prostate cancer patients

Introduction: Prostate cancer is one of the most common malignant cancers amongst men. More than 4600 men are diagnosed with prostate cancer every year in Hungary.

Objective: The psychosocial background of cancer patients is an underexamined area in Hungary. The aim of the authors was to obtain information on the sociodemographic status, health and mental status of Hungarian men with prostate cancer.

Method: 100 prostate cancer patients were included in the study who did not have any urologic diseases and did not go under any therapy due to any other type of cancer. The applied questionnaire was put together by the authors about sociodemographic and health status, lifestyle. The Beck's Depression Inventory and the Rosenberg Self-Esteem Scale were also used.

Statistical analysis: We used descriptive statistics, chi-square test, linear regression, Fisher's exact test, independent t-sample test on a 95% probability level in the SPSS 20.0 and Microsoft Excel 2016 softwares.

Results: The settlement classification ($p = 0.024$), financial status ($p = 0.001$), chronic illnesses ($p = 0.000$), physical activity ($p = 0.000$) and alcohol consumption ($p = 0.001$) affected the health status. Only one third of the respondents ate healthy according to the recommendations of the MDOSZ. 66% of the respondents were overweight. 62% of

the respondents were depressed according to the Beck's Depression Inventory, however, 73% of them had average self-esteem measured by the Rosenberg Scale. We proved that with age either the depression score or the self-esteem score did not increase.

Conclusion: Our results roughly mirror the national and international literature about health behavior. No connection was found between self-esteem and depression.

Keywords: prostate cancer, health behavior, Beck, Rosenberg

Szabó B, Kívés Zs, Máté O, Polyák É, Pusztafalvi H. [Health behavior of Hungarian prostate cancer patients]. *Orv Hetil.* 2021; 162(10): 383–391.

(Beérkezett: 2020. június 20.; elfogadva: 2020. július 24.)

Rövidítések

BMI = (body mass index) testtömegindex; MDOSZ = Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége; PTE KK = Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ; SD = standard deviáció; WHO = (World Health Organization) Egészségügyi Világszervezet

A rosszindulatú daganatok által okozott, az egyes személyekre és a társadalom egészére háruló betegségteher egyre nagyobb [1]. A férfiak körében a prosztaták az egyik leggyakrabban előforduló daganatos megbetegedés [2], amely egyben az egyik leggyakrabban diagnosztizált nem bőr típusú tumor. Amíg ez a második vezető halálok az Egyesült Államokban [3], addig Európában az összes daganatos megbetegedésnek a 22,8%-áért felelős [4]. Hazánkban évente több mint 4600 új esetet diagnosztizálnak a Nemzeti Rákregiszter adatai alapján [5].

Egyes kutatások azt állítják, hogy az 50 éves férfiak körében 40% esély van arra, hogy a prosztaták rejtetten kialakuljon. Ez a 9,5%-ukban klinikailag igazolt prosztaták, amelynek 2,9%-a okoz későbbi halált [6]. A hazai lakosság tartós egészségromlásához, kedvezőtlen életkilátásaihoz a rosszindulatú daganatos megbetegedések magas előfordulási gyakorisága jelentősen hozzájárul [7]. Tovább súlyosbítja a helyzetet, hogy 2025-re azt jósolják a kutatók, hogy a prosztaták incidenciája 45%-kal emelkedik majd a fejlett országokban [8].

Számos szakirodalomban olvashatunk arról, többek között *Rohánszky és mtsai* (2014) kutatásában [9], valamint *Dégyi László Csaba* [10] művében is, hogy a korszerű orvosi gyakorlatban egyre kevésbé lehet figyelmen kívül hagyni a biopszichoszociális megközelítést, amely a biológiai tényezők mellett a társas-társadalmi, valamint az egyénen belüli lélektani folyamatok és a betegségek kialakulása közötti kapcsolaton alapszik. Szerintük a rák betegség folyamatát kísérő pszichológiai és környezeti kapcsolati változások a betegségterhet komolyan növelik. Ezáltal az egészséget befolyásoló tényezők ismerete, majd eredményes kezelésük a modern, komplex onkológiai gyógyítás-gondozás elengedhetetlen feladatát képezi.

A prosztatatarákos betegek kezelése, gondozása multidiszciplináris feladat, mivel az urológus, patológus, radiológus, sugárterápiás szakorvos, onkológus mellett szükség esetén gyógytornász és dietetikus is kiveszi a részét a beteg onkológiai gyógyításából. A betegek túlélésében nagy szerepet játszhat az is, hogy mennyire sikerül a beteget a kezelési folyamat aktív, elkötelezett részévé tenni. A prosztatatarákkal élő beteg is sokat tehet a gyógyulásáért, állapotának javulásáért, ha az életmódján változtat, ha érti a kezelés folyamatát, és megfelelő az együttműködése. A betegellátásban dolgozók az egészségügy többi szereplőjével és a betegszervezetekkel együtt érhetik el azt, hogy a beteg tisztában legyen a szerepével a saját gyógyulásában [11], a betegek egészségmagatartásának feltérképezésével pedig életminőségük, valamint életkilátásaik javítása lenne a cél. Emiatt azonban fontos az utóbbi fogalmak definiálása. Az életminőség az Egészségügyi Világszervezet (WHO) megfogalmazása szerint: „Az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magában foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát” [12]. Az egészségmagatartásnak számos definíciója ismert. *Harris és Guten* (1997) szerint az egészségmagatartás minden olyan cselekvés, amelyet az egyén azzal a céllal végez, hogy védje, elősegítse vagy fenntartsa egészségét az általa észlelt egészségi állapottól és attól függetlenül, hogy az adott viselkedés objektíven hatékony-e [13].

Az American Cancer Society protokollokat adott ki az általuk ajánlott egészségmagatartással kapcsolatban, amelyek magukban foglalták a fizikai aktivitás, a táplálkozás, a dohányzás és az alkoholfogyasztás ajánlott szabályait. A cél a rák túlélése, az egészség és az egészséghez kapcsolódó életminőség javítása volt a daganatos beteget túlélők körében. Bár a ráktól való félelem miatt a daganatos betegek meggondolnák az életmódváltást egészségük védelméért, azonban mégsem a rákot túlélőkre volt jellemzőbb az, hogy érdekelték lennének az

ajánlott egészségmagatartás alkalmazásában, hanem azokra, akiknek az anamnézisében nem szerepelt daganatos elváltozás. A témában jelenleg elérhető szakirodalomban viszont van némi ellentmondás [14], ami további kutatásokra hívja fel a figyelmet. A nagyobb testtömegindex (BMI), a fizikai inaktivitás, a táplálkozással kapcsolatos rossz szokások, a dohányzás jelentősen növelik a prosztaták rizikóját [15].

Az egészségtudatos hozzáállás azonban nem elég, mert a rákos férfiakra nagy teher hárul. Nem csak el kell fogadniuk a tényt, hogy betegek, de meg kell küzdeniük azzal, hogy a társadalom által kiszabott elvárásoknak is megfeleljenek. A betegség következtében kialakult sebezhetőség, a férfiaság csökkenése, testük átalakulása kihathat mentális állapotukra, és gyakran alakul ki esetükben szorongás, majd depresszió. Amennyiben mentális problémáik is fellépnek, még nehezebbé válik számukra az amúgy is nehéz segítségkérés és a segítség elfogadása [16].

Hazánkban is egyre nagyobb a daganatos megbetegedésekhez kapcsolódó társadalmi és egészségbiztosítási betegségteher [17–19]. Ez jelentős kihívást okoz az egészségpolitikai döntéshozók és a lakosság számára egyaránt [20–22]. A terápiás költségek emelkedése aláhúzza a megelőzés, az életmód és a rizikótényezők jelentőségét, valamint a szűrővizsgálatok és a minimálinvazív ellátások kérdését, jelentőségét [23–26].

A fenti tanulmányok ellentmondásának ismeretében célunk a magyar prosztatatarákos férfiak egészségi és mentális állapotának vizsgálata volt, amelyet a szociodemográfiai változók tükrében, a szubjektív egészséggel, életmóddal, rizikómagatartással, megküzdéssel és önértékeléssel kapcsolatos összefüggéseiben elemeztünk.

Megvizsgáltuk, hogy a prosztatatarákos férfiak egészségi állapotát befolyásolja-e a társas támogatás megléte, azaz hogy van-e társuk az életükben, akivel együtt élnek. A szociodemográfiai jellemzők közül megvizsgáltuk, hogy a legmagasabb iskolai végzettség, a lakhely településcsoportja és az anyagi helyzet befolyásolja-e egészségi állapotukat. Felvetettük, hogy a krónikus betegség megléte befolyásolja a megkérdezettek álláspontját az egészségi állapotukkal kapcsolatban. A rizikómagatartás elemei közül megvizsgáltuk, hogy a dohányzás, a táplálkozási szokások, a fizikai aktivitás és az alkoholfogyasztás befolyásolja-e az egészségi állapot szubjektív megítélését a megkérdezettek körében. Megnéztük, hogy a lakhely településcsoportja befolyásolja-e a fizikai aktivitást és azt, hogy valaki dohányzik vagy alkoholt fogyaszt. Rákos betegségeikből adódóan feltételeztük, hogy a többség a Beck Depresszió Skála alapján a 'depressziós' kategóriába fog kerülni, továbbá azt, hogy az életkor előrehaladtával a 'depressziós' pontszám is nő. Úgy gondoltuk, hogy az egészségi állapot szubjektív megítélése és a 'depressziós' pontszám, valamint a Rosenberg-féle önértékelési pontszám között összefüggés van, az utóbbit pedig a társas támogatás megléte befolyásolja.

Módszer

Keresztmetszeti, prospektív kutatásunkban 100 fő, 18 évesnél idősebb, diagnosztizált prosztatatarákos férfi vett részt 2018 szeptembere és 2019 februárja között, akiknek más urológiai betegségeik nem volt, továbbá más daganatos betegségből kifolyó kezelésben nem részesültek. A részvétel anonim és önkéntes volt, a kérdőívek felvételét a PTE KK Onkológiai Intézetében és a Mohácsi Kórház Radiológiáján végeztük el.

A statisztikai próbák közül leíró statisztikát, a matematikai statisztikai próbák közül khi-négyzet-próbát, lineáris regresszió analízist, Fisher-egzakt tesztet, kétmintás t-próbát végeztünk 95%-os valószínűségi szinten az SPSS 20.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) és a Microsoft Excel 2016-os programban (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA).

Szociodemográfiai és egészséggel kapcsolatos adatok

A résztvevők a következőkről adtak információt: életkor (években), a legmagasabb iskolai végzettség (általános iskola 8 évfolyama, szakképesítés/középiskolai érettségi, felsőfokú szaktanfolyam/főiskolai, egyetemi diploma, doktori képzés), családi állapot (egyedülálló, nem él vele együtt a párja, együtt él a párjával), a lakhely településcsoportja (városban, városnál kisebb településen lakik), gazdasági állapot (dolgozik, nyugdíjas, nem dolgozik), anyagi helyzet (átlag alatti, átlagos, átlag feletti). Az egyes statisztikai próbák elvégzése miatt az életkort a WHO ajánlása alapján a következő kategóriákba soroltuk: 18–30, 31–50, 51–70, 70 év fölöttiek. A résztvevők magassága és testtömege alapján BMI-t számoltunk. A WHO ajánlása alapján besoroltuk az eseteket a következő tápláltsági kategóriákba: normál/túlsúlyos/I. fokú elhízás/II. fokú elhízás/III. fokú elhízás. A BMI-kategóriákat a statisztikai próbák elvégezhetősége miatt a következőképpen módosítottuk: sovány/normál és elhízott/túlsúlyos.

Egészségi állapotukat jónak (jó/nagyon jó) vagy rossznak (nagyon rossz, rossz, kielégítő) ítélték meg. Krónikus betegségnek a legalább 6 hónapja tartó betegséget tartottuk, amely vagy fennállt, vagy sem (nem/nem tud róla). Amennyiben fennállt, a mindennapi tevékenységekben való korlátozás alapján a következő kategóriákat határoztuk meg: a válaszadót súlyosan korlátozza, korlátozza/nem súlyosan, de korlátozza, korlátozza/nem korlátozza. Familiáris előfordulásra bármilyen rák esetében igen/nem választ lehetett adni.

Az életmódhoz kapcsolódó rizikómagatartás elemei

Az életmódhoz kapcsolódó kérdések magukban foglalták a rizikómagatartás elemeit, tehát a fizikai aktivitást,

a dohányzást, az alkoholfogyasztást és a táplálkozási szokásokat.

A fizikai aktivitást legalább 30 perces, pulzusemelő testmozgásként definiáltuk, továbbá megvizsgáltuk, hogy milyen testmozgást végeznek, amennyiben végeznek. A dohányzás vizsgálata során kitértünk arra is, hogy amennyiben dohányoznak, mit használnak. Felmértük az alkoholfogyasztás gyakoriságát (havonta egyszer, ritkábban/2–4 alkalommal egy hónapban/2–3 alkalommal egy héten/4 vagy több alkalommal egy héten), fajtáját (sör/bor/tömény stb.). Az egyes összefüggések során az említett magatartásformákat aszerint vizsgáltuk, hogy valaki vagy végez ilyen tevékenységet, vagy nem. A táplálkozási szokásokat a zöldség- és gyümölcsfogyasztással kapcsolatos kérdésekkel vizsgáltuk meg, amelyek alapján azokat helyesnek, illetve helytelennek nyilvánítottuk a ma érvényes, MDOSZ által meghatározott táplálkozási ajánlások tükrében. A jelenlegi álláspont szerint a napi 4-szeri gyümölcs- és zöldségfogyasztás minősül helyesnek, ebből következik, hogy helytelennek a naponta/hetente/hetente többször/ritkábban/soha válasszok minősültek.

Validált kérdőívek

Az egyik, általunk alkalmazott validált kérdőív a Beck Depresszió Kérdőív 9 kérdéses rövidített verziója volt [27]. A másik validált kérdőív a 10 kérdésből álló Rosenberg Önértékelés Kérdőív volt [28].

Eredmények

Mintánk szociodemográfiai alapadatait az 1. táblázat mutatja be. A megkérdezettek átlagéletkora 66 év (SD: 12,45) volt, akik közül a legfiatalabb proosztatarák beteg 26 éves, a legidősebb pedig 89 éves volt. A megkérdezettek felének életkora 51 és 70 év között volt. Többségük (72%-uk) városban élt, azon belül is 52%-uk megyei jogú városban. Az összefüggések vizsgálatakor a családi állapot helyett az együttélést tekintettük a társas támogatás alapvető formájának, mint ahogy ezt a szakirodalom is használja. Úgy gondoltuk, hogy valakinek az életvitelét, a mindennapjait az a személy befolyásolja meghatározóan, akivel együtt él, nem pedig az, aki párkapcsolatról vall, de külön él. Ez alapján a megkérdezettek 77%-a együtt élt a társával. A legtöbben szakképesítéssel (37%), főiskolai/egyetemi diplomával (29%) rendelkeztek. Gazdasági állapotukat tekintve a legtöbben az öregségi/özügyi/rokkantnyugdíjas állapotot jelölték meg (66%), kisebb részük pedig dolgozott. Bár az anyagi helyzet megítélése rendkívül szubjektív, a többség (56%) átlagosnak tekintette azt, átlagon alulinak 25% ítélte, és átlagon felettinek csak 19%.

A megkérdezettek egészségével kapcsolatos jellemzőket a 2. táblázat mutatja be. Feltételezhetően a rákos betegségekből adódóan a megkérdezett férfiak 47%-a a szubjektív egészségi állapotát kielégítőnek, 33% pedig

1. táblázat | A minta szociodemográfiai adatai

Jellemzők	n (100)	%
<i>Életkor, átlag (SD)</i>	65,8 (12,45)	
18–30 év	1	1
31–50 év	11	11
51–70 év	50	50
>70 év	38	38
<i>A lakhely településcsoportja</i>		
Megyei jogú város	52	52
Kiváros	20	20
Község/falu	25	25
Tanya	3	3
<i>Családi állapot</i>		
Egyedülálló	8	8
Kapcsolatban él	13	13
Házas/hivatalos élettársi kapcsolat	66	66
Özügy	13	13
<i>Együtt él a párjával</i>		
Igen	77	77
Nem/nincs párja	23	23
<i>A legmagasabb iskolai végzettség</i>		
Általános iskola 8 évfolyama	5	5
Szakképesítés	37	37
Középiskolai érettségi	9	9
Felsőfokú szaktanfolyam	20	20
Főiskolai/egyetemi diploma	29	29
Doktori fokozat	0	0
<i>Gazdasági állapot</i>		
Dolgozik	34	34
Öregségi/özügyi nyugdíjas	57	57
Rokkantnyugdíjas	9	9
Munkanélküli	0	0
<i>Anyagi helyzet</i>		
Nagyon rossz	5	5
Átlag alatti	20	20
Átlagos	56	56
Átlag feletti	19	19

SD = standard deviáció

rossznak ítélte meg, és csupán 20% tartotta jónak vagy nagyon jónak. Eredményeink alapján azt láthatjuk, hogy az egészségi állapotot sem a társas támogatás megléte ($p = 0,726$), sem a legmagasabb iskolai végzettség ($p = 0,343$) nem befolyásolta, azonban a lakhely településcsoportja ($p = 0,024$) és az anyagi helyzet ($p = 0,001$) igen. A megkérdezettek 64%-ának volt valamilyen krónikus betegsége. Ez a krónikus betegség az utóbbiak 53%-át korlátozza/korlátozta a mindennapokban, de nem

2. táblázat | A minta egészséggel kapcsolatos jellemzői

Jellemzők	n (100)	%
<i>Az egészségi állapot megítélése</i>		
Nagyon rossz	10	10
Rossz	23	23
Kielégítő	47	47
Jó	19	19
Nagyon jó	1	1
<i>Krónikus betegség megléte</i>		
Igen	64	64
Nem/nem tudja	36	36
<i>Krónikus betegség befolyásolja a mindennapjait</i>		
Súlyosan korlátozza	21	33
Korlátozza, de nem súlyosan	34	53
Nem korlátozza	9	14
<i>BMI, átlag (SD)</i>		
Normális	34	34
Túlsúly	45	45
I. fokú elhízás	14	14
II. fokú elhízás	7	7
III. fokú elhízás	0	0

BMI = testtömegindex; SD = standard deviáció

súlyosan, 33%-át súlyosan, a maradék 14%-ot pedig nem korlátozza/korlátozza. A krónikus betegség megléte befolyásolta az egészségi állapotukat ($p = 0,000$).

A megkérdezettek átlagos BMI-je 27,27 kg/m² (SD: 4,07), a medián BMI 26,95 kg/m² és a módusz 25,5 kg/m² volt, ami mindhárom esetben 'túlsúlyos' kategóriának minősül a WHO kategorizálása alapján. Lineáris regresszió elemzés során látható, hogy az életkor és a BMI-értékek között nincs szignifikáns összefüggés ($p = 0,410$) (3. táblázat). Kutatásunkban a BMI értékét sem az egészségi állapot ($p = 0,212$), sem a krónikus betegség megléte ($p = 0,738$) nem befolyásolta.

Fontos eredményként kezelhetjük azt a tényt, hogy a megkérdezettek 64%-ának családjában fordult már elő daganatos megbetegedés, amiből azt várnánk, hogy a

4. táblázat | A minta életmóddal kapcsolatos jellemzői

Jellemzők	n (100)	%
<i>Fizikai aktivitás</i>		
Aktív	56	56
Inaktív	44	44
<i>Dohányzás</i>		
Igen	28	28
Nem	72	72
<i>Alkoholfogyasztás</i>		
Igen	56	56
Nem	44	44
<i>Az alkoholfogyasztás gyakorisága</i>		
Havonta egyszer/ritkábban	9	9
Havi 2–4-szer	20	20
Heti 2–3-szor	17	17
Heti 4-szer vagy többször	10	10
<i>Táplálkozási szokások</i>		
Helyes	30	30
Helytelen	70	70

megkérdezettek az életmódjukban fokozottan érvényesítik a preventív szemléletet, vagyis tartózkodnak a rizikómagatartástól, és igyekeznek egészséges életmódot folytatni.

Az életmóddal, rizikómagatartással kapcsolatos mutatókat a 4. táblázat mutatja be, azaz a fizikai aktivitást, a dohányzást, az alkoholfogyasztást, a táplálkozási szokásokat. 72%-uk nem dohányzott, akik pedig igen, azok főleg cigarettát szívtak. 56%-uk végzett szabadidejében pulzuselő, minimum 30 perces testmozgást, ők főleg futottak, kerékpároztak, illetve gyalogoltak. Többségük (56-an) fogyasztott alkoholt, de ők is inkább havi rendszerességgel vagy ritkábban. A többség főleg sört és bort szokott fogyasztani. Gyümölcsöt és zöldséget a legtöbbször naponta fogyasztottak (65%), azonban az MDOSZ ajánlása szerint ez nem minősül helyes táplálkozásnak. Az egészségi állapotot sem a dohányzás ($p = 0,404$), sem a táplálkozási szokások helyessége ($p = 0,104$) nem befolyásolta, ellenben a fizikai aktivitás ($p = 0,000$) és az alko-

3. táblázat | A lineáris regresszióval megvizsgált összefüggések eredményeinek összefoglaló táblázata

Összefüggések (lineáris regresszióval)	Korrelációs együttható	Determinisztikus koefficiens	Regressziós koefficiens	p-érték	Konfidenciintervallum
Életkor és a BMI	0,083	0,007	0,027	0,410	(-0,038; 0,093)
Életkor és a Beck Depresszió Skála	0,114	0,013	0,037	0,260	(-0,028; 0,101)
Életkor és a Rosenberg Önértékelés Skála	0,161	0,026	0,062	0,109	(-0,014; 0,101)
A Beck Depresszió Kérdőív és a Rosenberg Önértékelés Kérdőív pontszáma	0,180	0,000	-0,022	0,856	(-0,258; 0,214)

BMI = testtömegindex

holfogyasztás ($p = 0,001$) igen. A BMI-t a rizikómagartartás elemei közül a dohányzás ($p = 0,244$) és a fizikai aktivitás ($p = 0,986$) tekintetében vizsgáltuk, de adataink alapján ezek nem voltak hatással a BMI-re. Az alkoholfogyasztás ($p = 0,003$) viszont igen. A lakhely településcsoportja befolyásolta a fizikai aktivitást ($p = 0,011$), de a dohányzást ($p = 0,565$) és az alkoholfogyasztást ($p = 0,886$) nem.

A megkérdezettek Beck Depresszió Kérdőív szerinti pontszámának átlaga 13 pont (SD: 4,03) volt, ami az 'enyhe' kategóriának felelt meg, a legmagasabb (így a kérdőív alapján a legsúlyosabb eset pontszáma) pedig 25 volt, ami a 'közepes' kategóriának minősült. 26-an a normálkategóriába, a többség (62%) az 'enyhe' kategóriába került; a közepesen súlyos kategóriába 12-en tartoztak, míg a súlyosba senki. Lineáris regresszióval megvizsgáltuk a Beck Depresszió Kérdőív pontszáma és az életkor összefüggését (3. táblázat), azonban nem igazolódott szignifikáns kapcsolat a két változó között ($p = 0,260$). A Beck Depresszió Kérdőív pontszámát az egészségi állapot ($p = 0,211$) vagy a krónikus betegség megléte ($p = 0,436$) nem befolyásolta, továbbá a társas támogatás megléte ($p = 0,065$) és a lakhely településcsoportja ($p = 0,247$) sem.

A Rosenberg Önértékelés esetében az átlagpontszám 19,14 pont (SD: 4,75), a legkevesebb pontszám 9, a legmagasabb 30 pont volt. A kategóriákat tekintve 17 fő nem érte el, 10 fő meghaladta az átlagot, a többség (73 fő) pontszáma pedig átlagos volt. Lineáris regresszió analízissel megvizsgáltuk az életkor és a Rosenberg Önértékelési Skála pontszáma közti összefüggést, de szignifikáns összefüggést itt sem kaptunk ($p = 0,109$). Az önértékelési kategóriákat az egészségi állapot ($p = 0,064$), a lakhely településcsoportja ($p = 0,102$) és a társas támogatás megléte ($p = 0,457$) sem befolyásolta. Lineáris regresszióval is megvizsgáltuk a Beck Depresszió Kérdőív és a Rosenberg Önértékelés Kérdőív eredményeinek összefüggését (3. táblázat), azonban szignifikáns összefüggés ($p = 0,856$) nem igazolódott a két kérdőív pontszáma között.

Megbeszélés

Pacheco és mtsai (2016) [29] kutatása hasonló tényezőket vizsgált, mint a mi elemzésünk, abban a tekintetben, hogy ők is a szociodemográfiai, az egészséggel kapcsolatos mutatókat, az étkezési szokásokat és az életmódhoz kapcsolható tényezőket vizsgálták. A kutatásukban részt vevők esetében az átlagéletkor 68 év volt; a mi kutatásunkban szereplő férfiak átlagéletkora 66 év volt, ami arra enged következtetni, hogy főleg ezt a korosztályt érinti a prosztatarák. A kutatásukban a többség legmagasabb iskolai végzettsége az általános iskola volt, ellenben nálunk a szakképesítés. Kutatásunkban megvizsgáltuk, hogy a legmagasabb iskolai végzettség befolyásolja-e az egészségi állapotot, de nem kaptunk szignifikáns eredményt ($p = 0,343$), viszont az anyagi helyzet befolyásoló

tényezőnek bizonyult ($p = 0,001$). Ezzel igazolódott *Csizmadia* (2016) eredménye, miszerint a mindennapi élet szintjén az egészség állapotot meghatározza az anyagi helyzet [30].

A megkérdezettek többsége kielégítőnek ítélte meg egészségi állapotát, amit valószínűleg a betegségükkel járó mentális teher, illetve az esetleges fizikális panaszok, a kezelések mellékhatásai okozhattak. *Zsoffay* (2007) [31] és *Fügedi* (2010) [32] a kutatásukban megállapították, hogy a magyarok egészségi állapota az egyik legrosszabb Európában, ez azonban a mintánkban nem igazolódott be. Nem igazolódott az a hipotézisünk sem, miszerint az életkor befolyásolja, hogy milyen az egészségi állapot, vagyis hogy ki milyennek ítéli meg egészségi állapotát ($p = 0,097$); ez főként a betegségükkel összefüggésben értékelhető.

A társas támogatást mint változót aszerint határoztuk meg, ahogy már korábban említettük, hogy valakivel vagy együtt él, azaz van, vagy nincs párja. Ennek oka, mint ahogy *Csizmadia* (2016) is kiemelte a kutatásában: az életmódra nagy hatást gyakorol, ha van valakinek egy támogató „csapata” a mindennapjaiban, aminek szerintünk erősebb köteléknek kell lennie, mint egy párkapcsolatnak, ahol nem élnek együtt a felek [30]. *Pacheco és mtsai* (2016) kutatásában a megkérdezettek 77%-ának volt adott a társas támogatás az életében, a mi kutatásunkban pedig 77%-nak, tehát közel azonos ebből a szempontból a két minta [29]. *Csizmadia* (2016) eredményével [30] ellentétben a mi kutatásunkban a társas támogatás és az egészségi állapot összefüggésének vizsgálatában nem igazolódott szignifikáns kapcsolat, tehát a partnerrel való együttélés nem befolyásolta az egészségi állapotot, nem volt kimutatható az egészségvédő hatása. Eredményünk okát a kutatásunk nem magyarázta, ezért további kutatást tervezünk ezen a téren.

A BMI vizsgálatában a résztvevők többsége (66%-a) a 'túlsúlyos' kategóriába esett, ami a *Fügedi* (2010) kutatásában leírtakkal is megegyezett, továbbá eredményünk azt is megerősíti: az utóbbi 10–15 évben népbetegséggé nőtte ki magát a túlsúlyosság a magyar lakosság körében [32]. *Pacheco és mtsai* (2016) kutatásában a megkérdezettek 55%-a volt túlsúlyos [29]. Lineáris regresszióval megvizsgáltuk az életkor és a BMI összefüggését, amelyből megállapítottuk, hogy a két változó között nincs szignifikáns összefüggés ($p = 0,410$). Feltételeztük azonban, hogy a fizikai aktivitás befolyásolja az egészségi állapotot. Az összefüggés vizsgálatában, ahogy *Fügedi* (2010) [32] kutatásában, úgy a jelen vizsgálatban is szignifikáns eredményt kaptunk ($p = 0,000$), azaz az egészségi állapotot befolyásolta a rendszeres fizikai aktivitás.

LeMasters és mtsai (2014) kutatási eredményeihez hasonlóan a mi eredményeink is igazolják, hogy nagyon kevesen feleltek meg a helyes táplálkozási szokásoknak, viszont a két kutatás más megközelítésből vizsgálta ezt a témát. *LeMasters és mtsai* a napi ötszöri étkezést mérték fel körükben, mi pedig csak a gyümölcs- és zöldségfogyasztást [14].

Figyelemfelhívó eredményként értékeljük, hogy a megkérdezettek 64%-ának a családjában előfordult már valamilyen daganatos megbetegedés. Hogy mennyire való a probléma világszerte, bizonyítja, hogy *Pacheco és mtsai* (2016) kutatásában hasonló gyakoriság szerepel, ugyanis a megkérdezettek 69%-ánál fordult elő a rák a családban [29]. A statisztikákat figyelembe véve megállapítható, hogy a rákbetegek száma az elmúlt évtizedekben folyamatosan nő, ami azt is jelenti, hogy a közelebbi vagy távolabbi családban, ismeretségi körben szinte mindenki megtapasztalja valamilyen formában a rákbetegséget, vagy tapasztalja annak az életére gyakorolt hatását [9].

A Beck Depresszió Kérdőív kategóriái alapján a megkérdezettek többsége enyhe vagy közepesen súlyos mértékben depressziósnak mondható volt. Eredményünket összehasonlítva *Kopp* (2009) [33] kutatásának eredményével, nem meglepő az eredmény, mivel minden 10. ember depressziósnak volt tekinthető Magyarországon. Ebből kiindulva eredményeink relevánsak, mivel mintánkban daganatos betegeket vizsgáltunk, és nem volt jelen az életükben a mentális terápiás támogatás. Különösen *Perczel Forintos és mtsai* (2001) [34] kutatása hívta fel a figyelmünket erre a problémára, melyben a Beck-féle Reménytelenség Skálát alkalmazzák, így megfogalmazódott bennünk, hogy további vizsgálatainkban ezt az alskálát szeretnénk alkalmazni. A depresszió, illetve a szuicid veszélyállapot során kialakuló pesszimizmusra hívták fel a figyelmet, és a jövővel kapcsolatos negatív beállítódásra. A jövőkép és a célok elvesztése, illetve a reménytelenség kulcsfontosságú szerepet játszik az öngyilkossági krízisállapotban, és ennek felismerése óriási jelentőséggel bír a betegek támogatása szempontjából [34].

Lineáris regresszióval megvizsgáltuk az életkor és a Beck Depresszió Kérdőív pontszámainak összefüggését, amiből megállapítottuk, hogy a két változó között ($p = 0,260$) nincs szignifikáns összefüggés. A Beck Depresszió Kérdőív eredményeivel az egészségi állapot ($p = 0,211$) és a társas támogatás ($p = 0,065$) vizsgálatában nem mutatott összefüggést, így ebben a mintában nem ezek voltak az egészséget befolyásoló tényezők.

A Rosenberg Önértékelés Kérdőív kategóriái közül a megkérdezettek többsége átlagos pontszámot ért el, ami a 15–25 pont közötti értéket jelölte. Ez azzal is magyarázható, amit *Wenger* (2014) [16] is említett a kutatásában, hogy a daganatos férfiak önbecsülését a betegségük megtépzása, könnyebben alakulnak ki a sebezhetőség miatt mentális betegségek. Ebből kiindulva megvizsgáltuk, hogy az önértékelés kategóriái milyen kapcsolatot mutatnak a Beck Depresszió Kérdőív kategóriáival, azonban itt sem találtunk összefüggést a vizsgálatunk során ($p = 0,068$).

Szintén lineáris regresszióval vizsgáltuk meg az életkor és a Rosenberg Önértékelés pontszámai közti összefüggést. Itt sem láttunk szignifikáns összefüggést ($p = 0,109$). Feltételeztük, hogy az önértékelést befolyásolja

a lakhely településtípusa, valamint a társas támogatás megléte. Egyik esetben sem kaptunk szignifikáns eredményt a Rosenberg-féle önértékelési kategóriáknak és a lakhely településcsoportjai ($p = 0,102$) és a társas támogatás ($p = 0,457$) közti összefüggéseknek a vizsgálatában. Feltételeztük, hogy az önértékelési kategória befolyásolja az egészségi állapotot, azonban ez az összefüggés sem mutatott szignifikáns eredményt ($p = 0,064$).

Kutatásunk korlátja volt, hogy a megkérdezettek egészségi állapotát szubjektív önbevallással mértük. Ez abban a tekintetben is korlátozó tényező, hogy kérdőívünk nem terjedt ki arra, hogy kinnek milyen stádiumban van a betegsége, kap-e kezelést, ami egyértelműen befolyásolja a betegek egészségi állapotának megítélését, lelkiállapotukat, ugyanakkor további vizsgálatunkat a fenti adatok elemzésére kívánjuk kiterjeszteni.

Eredményeink alapján megerősítést nyert, hogy az egészségi állapotot befolyásolja a lakóhely, az anyagi helyzet, az egyéb krónikus betegség megléte, és erős befolyásoló tényező a fizikai aktivitás. A lakóhely típusa hatással van a fizikai aktivitásra is. Helyesen csupán a megkérdezettek egyharmada táplálkozott a ma érvényes MDOSZ-ajánlás alapján. Figyelmet felkeltő eredmény, hogy a megkérdezettek 62%-a enyhe depresszióval él, és 73%-nak az önértékelése is átlagos. Ez viszont felhívja a szakemberek figyelmét arra, hogy a mentális egészség gondozására is erőforrásokat kell biztosítani, amire már hazánkban is van néhány „jó gyakorlat”, mint például a budapesti Tűzmadár Alapítvány programja [35].

Szintén fontos eredménynek tekintjük, egyben igazoltuk, hogy az életkorral nem nő a 'depressziós' pontszám, és az önértékelés pontszáma sem csökken, vagyis nem az életkor növekedése befolyásolja a betegek mentális egészségi állapotát.

A témában a hazai és a nemzetközi kutatások eredményei hasonlóak a kutatásunkban szereplő minta egészségi állapotának, BMI-jének, helytelen táplálkozási szokásainak, depressziójának tekintetében. Eredményeink meggyeznek az egészséget befolyásoló tényezők többségében, kivéve a társas támogatás tekintetében. Továbbá felhívják a figyelmet arra, hogy a betegek egészségmagatartásának feltérképezésével személyre szabott gondozással, életvezetési tanácsokkal a betegek életkilátásai is javulhatnak.

Anyagi támogatás: A kutatás az Innovációs és Technológiai Minisztérium támogatásával a Pécsi Tudományegyetem Felsőoktatási Intézményi Kiválósági Program (kód: 20765-3/2018/FEKUTSTRAT) és a Tématerületi Kiválósági Program (kód: TUDFO/51757-1/2019-ITM) támogatásával készült.

Szerzői munkamegosztás: Sz. B.: A szakirodalom összegyűjtése, adatgyűjtés, adatrendezés, statisztikai elemzés, a téma feldolgozása, a kézirat szövegezése és a társszerzők javaslatára annak többszöri átdolgozása. K. Zs.:

A szakirodalom áttekintése, szövegezés, javítás, szakmai véleményezés. M. O.: A szöveg javítása. P. É.: A szöveg javítása, szakmai véleményezés. P. H.: A vizsgálat megtervezése, a módszer kidolgozása, az adatgyűjtés ellenőrzése, a munka felügyeletének ellátása, a szöveg javítása. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Hálásan köszönjük *prof. dr. Mangel László Csaba és dr. Csizmadia Csaba* intézményvezetőknek, hogy lehetővé tették kutatásunk kivitelezését intézményeikben. Nem utolsósorban hálásan köszönjük a PTE Klinikai Központ Onkoterápiás Intézete asszisztenseinek, valamint a Mohácsi Kórház Radiológiai Osztály asszisztenseinek, hogy segítettek abban, hogy a betegekhez eljusson a kérdőív.

Irodalom

- [1] Döbrössy L, Cornides Á. European Code against Cancer: 12 ways to reduce your cancer risk. [Európai Rákellenes Kódex: 12 lehetőség, hogy csökkentse a rák kialakulásának kockázatát.] *Orv Hetil.* 2016; 157: 451–460. [Hungarian]
- [2] Drudge-Coates L, Turner B. Prostate cancer overview. Part 2: metastatic prostate cancer. *Br J Nurs.* 2012; 21(18): S23–S28.
- [3] Brawley OW. Prostate cancer epidemiology in the United States. *World J Urol.* 2012; 30: 195–200.
- [4] Rencz F, Brodszky V, Varga P, et al. The economic burden of prostate cancer. A systematic literature overview of registry-based studies. [A prosztaták gazdasági terhe nagy betegregiszterek alapján. Irodalmi áttekintés.] *Orv Hetil.* 2014; 155: 509–520. [Hungarian]
- [5] National Cancer Registry (Hungary). [Nemzeti Rákregiszter.] Available from: <http://stat.nrr.hu/> [accessed: January 10, 2020]. [Hungarian]
- [6] Stangelberger A, Walder M, Djavan B. Prostate cancer in elderly men. *Rev Urol.* 2008; 10: 111–119.
- [7] Kásler M, Ottó Sz, Kenessey I. The current situation of cancer morbidity and mortality in the light of the National Cancer Registry, Hungary. [A rákmorbiditás és -mortalitás jelenlegi helyzete a Nemzeti Rákregiszter tükrében.] *Orv Hetil.* 2017; 158: 84–89. [Hungarian]
- [8] Pakzad R, Rafiemanesh H, Ghoncheh M. Prostate cancer in Iran: trends in incidence and morphological and epidemiological characteristics. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016; 17: 839–843.
- [9] Rohánszky M, Katonai R, Konkoly Thege B. Psychosocial status of Hungarian cancer patients. A descriptive study. [Magyar daganatos betegek pszichoszociális állapota.] *Orv Hetil.* 2014; 155: 1024–1032. [Hungarian]
- [10] Dégi L. Psychosocial analysis of cancer: theoretical introduction to helpers. [A daganatos betegségek pszichoszociális elemzése: bevezetés segítőknél.] Kolozsvári Egyetemi Nyomda, Kolozsvár, 2010. [Hungarian]
- [11] Biró K, Kun E, Dobi E. Life with prostate cancer from the patients perspective: The result of a national survey. [Élet prosztatákkal a betegek szemszögéből: Egy hazai felmérés eredménye.] *Magy Urol.* 2019; 31: 91–97. [Hungarian]
- [12] Babarčí Á, Boros E, Balogh Z. Physical dimensions of quality of life in dialysis and kidney transplant patients. [Az életminőség fizikai dimenziói dializált és vesetranszplantált betegeknél.] *Nővér* 2020; 33: 20–27. [Hungarian]
- [13] Szakály Z. Health behaviour, behavioural change and personalised nutrition: the conception of lifelong health. In: Fehér A, Kiss VÁ, Soós M, et al. (eds.) *Credibility and value orientation in marketing.* [Egészségmagatartás, viselkedésváltozás és személyre szabott táplálkozás: az élethosszig tartó egészség koncepciója. In: Fehér A, Kiss VÁ, Soós M, et al. (szerk.) *Hitelesség és értékorientáció a marketingben.*] Debreceni Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Debrecen, 2016; pp. 5–25. [Hungarian].
- [14] LeMasters TJ, Madhavan SS, Sambamoorthi U, et al. Health behaviours among breast, prostate and colorectal cancer survivors: a US population-based case-control study, with comparisons by cancer type and gender. *J Cancer Surviv.* 2014; 8: 336–348.
- [15] Peisch S, Van Blarigan E, Chan J. Prostate cancer progression and mortality: a review of diet and lifestyle factors. *World J Urol.* 2017; 35: 867–874.
- [16] Wenger LM, Oliffe JL. Men managing cancer: a gender analysis. *Sociol Health Illn.* 2014; 36: 108–122.
- [17] Zemlényi AT, Kaló Z, Kovács G, et al. Cost-effectiveness analysis of intensity-modulated radiation therapy with normal and hypofractionated schemes for the treatment of localized prostate cancer. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2018; 27: e12430.
- [18] Boncz I, Sebestyén A, Pintér I, et al. Age-group specific gap between treatment cost of and mortality due to breast and colorectal cancer. *J Clin Oncol.* 2007; 25: 4501–4502.
- [19] Boncz I, Sebestyén A, Döbrössy L, et al. The role of immunohistochemical testing for colorectal cancer. *Lancet Oncol.* 2006; 7: 363–364.
- [20] Hornyák L, Nagy Z, Ilku L, et al. Price competition and reimbursement of biosimilar granulocyte-colony stimulating factor in Hungary. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2019; 19: 725–731.
- [21] Boncz I, Donkáné Verebes É, Oberfrank F, et al. Health economics of oncology care: financial effect of performance volume limit (PVL). [Az onkológiai ellátás egészség-gazdaságtani vonatkozásai: a teljesítmény-volumen korlát (TVK) finanszírozási hatása.] *Magy Onkol.* 2010; 54: 35–39. [Hungarian]
- [22] Boncz I, Donkáné Verebes É, Oberfrank F, et al. Assessment of annual health insurance reimbursement for oncology drugs in Hungary. [Az onkológiai gyógyszerekre fordított éves egészségbiztosítási kiadások meghatározása Magyarországon.] *Magy Onkol.* 2010; 54: 283–288. [Hungarian]
- [23] Eisingerné Balassa B, Csákvári T, Ágoston I. Health insurance pharmaceutical expenditures in Hungary. [Az egészségbiztosítási gyógyszerkiadások alakulása Magyarországon.] *Orv Hetil.* 2019; 160(Suppl 1): 49–54. [Hungarian]
- [24] Pónusz R, Endrei D, Kovács D, et al. Analysis of the utilization of one-day surgery in Hungary. [Az egynapos sebészeti ellátás igénybevételi mutatóinak elemzése Magyarországon.] *Orv Hetil.* 2019; 160: 670–678. [Hungarian]
- [25] Boncz I, Sebestyén A, Döbrössy L, et al. The organization and results of first screening round of the Hungarian nationwide organised breast cancer screening programme. *Ann Oncol.* 2007; 18: 795–799.
- [26] Suba EJ, Geisinger KR, Zarka MA, et al. Prevention of cervical cancer in low-resource settings. *JAMA* 2006; 295: 1248–1249.
- [27] Kopp M, Skrabski Á, Szedlmák S. Relationships between physical and mental health according to representative surveys. [A testi és lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján.] „Népesség és egészségpolitika” konferencia, 1998. november 16–18. absztraktkötet, 89–119. [Hungarian]
- [28] Sallay V, Marton T, Földvári M, et al. Hungarian version of the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES-H): an alternative translation, structural invariance, and validity. [A Rosenberg Önértékelési Skála (RSES-H): alternatív fordítás, strukturális invariancia és validitás.] *Mentálhig Pszichoszom.* 2014; 15: 259–275. [Hungarian]
- [29] Pacheco SO, Pacheco FJ, Zapata GM, et al. Food habits, lifestyle factors and risk of prostate cancer in Central-Argentina: a case-control study involving self-motivated health behavior modifications after diagnosis. *Nutrients* 2016; 8: 419.

- [30] Csizmadia P. Definitions of health literacy. [Egészségműveltség definíciói.] Egészségfejlesztés 2016; 57: 41–44. [Hungarian]
- [31] Zsoffay K. The frequency of obesity in Hungarian schoolchildren. [Obesitás gyakorisága a magyar iskolás gyermekeknél.] Folia Anthropol. 2007; 5: 111–114. [Hungarian]
- [32] Fügedi B, Nagyvárad K, Kocsis Cs. Health status and health behavior in active aged workers. [Egészségi állapot és egészségmagatartás vizsgálata aktív korú munkavállalók körében.] Egészségfejlesztés 2010; 51: 21–29. [Hungarian]
- [33] Kopp M, Skrabski Á. Hungarian's state of mind after the millennium. [Magyar lelkiállapot az ezredforduló után.] Távlatok 2009; 86: 1–15. [Hungarian]
- [34] Perczel Forintos D, Sallai J, Rózsa S. Psychometric analysis of Beck's Hopelessness Scale. [A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata.] Psychiat Hung. 2001; 16: 632–643. [Hungarian]
- [35] Rohánszky M, Berényi K, Fridrik D, et al. Effectiveness of mindfulness-based cancer recovery (MBCR) program among Hungarian cancer patients. [Éber, tudatos figyelemre épülő, a rákbetegséggel való megküzdést segítő program (MBCR) hatásvizsgálata magyar rákbetegek körében.] Orv Hetil. 2017; 158: 1293–1301. [Hungarian]

(Pusztafalvi Henriette,
Pécs, Vörösmarty u. 4., 7621
e-mail: pusztafalviheni@gmail.com)

A **Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kara** örömmel tesz eleget annak a hagyománynak, hogy volt diákjait jubileumi díszoklevéllel tünteti ki.

Kérjük ezért az orvosokat, akik diplomájukat az egyetem jogelődjénél, a **PÁZMÁNY PÉTER TUDOMÁNYEGYETEMEN**, a **BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEMEN**, illetve a **SEMMEIWEIS ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEMEN**

1946-ban
1951-ben
1956-ban
1961-ben
1971-ben

szerezték meg, és szakterületükön legalább 30 évig dolgoztak, nyújtsák be kérelmüket a *platina*, *rubin*, *vas*, *gyémánt*, illetve *arany díszoklevél* elnyerése érdekében **2021. április 30-ig**, a következő címre, az alábbi jelentkezési lapon.

Semmelweis Egyetem Általános – Orvostudományi Kar
Dékáni Hivatal
1085 Budapest, Üllői út 26. vagy 1428 Budapest Pf. 2

A jubileumi díszoklevelek átadására előreláthatóan októberben kerül sor. A pontos időpontról meghívó útján küldünk értesítést.

JELENTKEZÉSI LAP arany, gyémánt, vas, rubin és platina díszoklevélhez

NÉV
(névváltoztatás feltüntetésével)
Születési idő:
Diploma kelte:
Lakcím:
Telefonszám:
E-mail cím:
Utolsó munkahely:
Rövid szakmai önéletrajz:

Aláírással hozzájárulok ahhoz, hogy fenti adataimat – az **ALUMNI tevékenységgel** összefüggésben – a **SEMMEIWEIS ALUMNI** Iroda kezelje.

Dátum:

.....
kérelmező aláírása

Aláírással hozzájárulok ahhoz, hogy a lakóhelyem szerinti illetékes önkormányzat megkeresésére, kerületi ünnepségre történő meghívás céljából az elérhetőségeim kiadásra kerüljenek.

A megfelelő válasz aláhúzendő.

IGEN

NEM