

Emlőrákban megbetegedett nők perioperatív viszonyulása a komplementer és alternatív medicinához az Országos Onkológiai Intézetben végzett felmérés alapján

Koncz Zsuzsa¹ ■ Győrffy Zsuzsa dr.¹
Girasek Edmond dr.¹ ■ Mátrai Zoltán dr.²

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

²Országos Onkológiai Intézet, Emlő- és Lágyszébeszeti Osztály, Budapest

Bevezetés: A komplementer és alternatív medicina (KAM) egyre népszerűbb a daganatos betegek körében világszerte. Az emlőrákkal diagnosztizált nők 45%-a használ KAM-ot, a fiatalabb betegek 62,5%-a. Magyarországon eddig egyetlen tanulmány jelent meg a témában, mely szerint a magyar, emlődaganattal küzdő nők 84,4%-a használ valamilyen komplementer terápiát. Egyes KAM-modalitások alkalmazása a gyógyszerkölcsonhatások miatt kockázatot hordoz. Fontos megismernünk a magyar páciensek igényeit és szokásait a KAM-használattal kapcsolatban, mely ismeret a klinikai gyakorlatban közvetlenül hasznosítható.

Célkitűzés: Vizsgálatunk célja a magyar emlőrákos nők körében felmérni a KAM alkalmazásának mértékét, megvizsgálni ennek okait és az ezzel összefüggő demográfiai, pszichológiai és klinikai faktorokat.

Módszer: Kérdőíves vizsgálatunkat az Országos Onkológiai Intézet Emlő- és Lágyszébeszeti Osztályán végeztük az osztályon bent fekvők körében (n = 146). Felmértük a szociodemográfiai adatokat, a KAM-használat jellemzőit, a KAM iránti attitűdöt és az egészségkontroll-igényt. A kérdőív adatait klinikai adatokkal egészítettük ki.

Eredmények: A válaszadók 36%-a felkeresett KAM-szolgáltatót, 71%-a használ KAM-készítményt, és 64%-a alkalmaz önsegítő gyakorlatot. Ezekről a betegek többsége egészségügyi szakembertől tájékozódik. A mintában a holisztikus szemlélet, valamint a belső és a társas külső kontroll dominál. A KAM-szolgáltatókat felkeresőknek és a KAM-készítményt alkalmazóknak erősebb a belsőkontroll-igényük. A KAM-szolgáltatást vagy önsegítő gyakorlatot alkalmazók kedvezőbben ítélik meg saját egészségi állapotukat.

Következtetés: A betegeknek a számukra fontos személyektől, elsősorban a kezelőszemélyzettől kapott információ döntő az egészségükkel kapcsolatos viselkedésben, közöttük a KAM-választásban. Fontos látnunk a páciensek nagyfokú bizalmát az egészségügyi szakemberek iránt és erős igényét a KAM-mal kapcsolatos információk megbeszélésére, valamint az egészségük iránt érzett felelősségvállalásra és a kezelésben való aktív részvételre.

Orv Hetil. 2022; 163(9): 350–361.

Kulcsszavak: onkopszichológia, komplementer és alternatív medicina, emlőrák, egészségkontrollhit

Perioperative attitudes of breast cancer patients towards the complementary and alternative medicine based on a survey conducted at the National Institute of Oncology in Hungary

Introduction: The popularity of complementary and alternative medicine (CAM) is increasing among cancer patients worldwide. 45% of women diagnosed with breast cancer use CAM, 62.5% of younger patients do so. So far, only one study has been published in Hungary, according to which 84.4% of Hungarian women with breast cancer use some form of complementary medicine. The utilization of some CAM modalities carries risks due to drug interactions. It is important to get to know the needs and habits of Hungarian patients in relation to CAM, which knowledge can be directly used in clinical practice.

Objective: The aim of our study was to assess the extent of CAM utilization among Hungarian breast cancer patients, to examine the reasons behind this choice, and to see the relating/connecting demographic, psychological and clinical factors.

Method: In a cross-sectional survey, a self-administered questionnaire was used among inpatients at the Department of Breast and Soft Tissue Surgery in the National Institute of Oncology (n = 146). We assessed socio-demographic data, characteristics of CAM use, attitudes toward CAM, and the need for health control. Clinical data were added to the questionnaire data.

Results: 36% of the respondents visited some CAM providers, 71% used CAM preparation and 64% utilized self-help practices. Most patients are informed about these by a healthcare professional. The holistic approach is dominant in the sample as well as internal and social external control. Visitors to CAM providers and CAM preparation users have a stronger need for internal control. Visitors to CAM providers and self-help practitioners judge their own health status more favorable.

Conclusion: The information that patients receive from people who are important to them, especially the caregiver, is crucial in their health-related behavior, including the choice of CAM. It is important to see such a high level of patient trust in health professionals and a strong need to discuss information about CAM, as well as a sense of responsibility for their health and active participation in treatment.

Keywords: psycho-oncology, complementary and alternative medicine, breast cancer, health-related control beliefs

Koncz Zs, Gyórfy Zs, Girasek E, Mátrai Z. [Perioperative attitudes of breast cancer patients towards the complementary and alternative medicine based on a survey conducted at the National Institute of Oncology in Hungary.] *Orv Hetil.* 2022; 163(9): 350–361.

(Beérkezett: 2021. augusztus 11.; elfogadva: 2021. szeptember 28.)

Rövidítések

ANOVA = (analysis of variance) varianciaanalízis; ÁNTSZ = Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat; CBD = (cannabidiol) kannabidiol; HCAMQ = (Holistic Complementary and Alternative Medicine Questionnaire) Holisztikus Természetgyógyászat Kérdőív; I-CAM-Q = (International Complementary and Alternative Medicine Questionnaire) Nemzetközi Komplementer és Alternatív Medicina Kérdőív; KAM/CAM = (complementary and alternative medicine) komplementer és alternatív medicina; MHLC-C = (Multidimensional Health Locus of Control Form C) Többdimenziós Egészségkontroll Kérdőív, C forma; NCCIH = (National Center for Complementary and Integrative Health) Komplementer és Integratív Egészségügyi Nemzeti Központ; SD = standard deviáció; SE RKEB = a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásértékelési Bizottsága; TNM-klasszifikáció = a rosszindulatú daganatok világszerte használt osztályozórendszere a t(umor), n(yirokcsomó), m(etastasis) alapján

Magyarországon az újonnan felfedezett daganatos megbetegedések száma 2011 óta jelentős emelkedést mutat; 2013-ban évi 75 000–76 000 között volt az új esetek száma, összesítve minden daganatfajtát és a bőr daganatait leszámítva [1]. Az emlőrák a nők leggyakoribb rosszindulatú daganatos betegsége a bőr daganataitól eltekintve. Magyarországon 2014-et követően már évente több mint 8000 új emlőrákos megbetegedést diagnosztizálnak [2].

A komplementer és alternatív medicina (KAM) nemzetközi szakirodalomban leginkább elterjedt definíciója (National Center for Complementary and Integrative Health – NCCIH) szerint komplementernek nevezhetjük azt a módszert vagy készítményt, melyet a tudomá-

nyos módszereken alapuló nyugati orvoslás mellett használnak; és alternatívnek nevezhetjük azokat, melyeket a konvencionális nyugati eljárások helyett alkalmaznak [3]. A konvenciók meghatározása és a terápiaválasztás komplex folyamata kulturálisan is beágyazott és determinált jelenségek [4, 5].

Magyarországon a hatályban lévő 1997. évi CLIV. egészségügyről szóló törvény 104. §-ának (2) bekezdése szerint: „A nem-konvencionális eljárások az egészség és betegség eltérő szemléletén, a konvencionális, természettudományosan megalapozott eljárásoktól eltérő megközelítésből eredő módszereken alapulnak, amelyek – a külön jogszabályban foglaltak szerint – a konvencionális gyógyítási módszereket kiegészítő, helyettesítő, továbbá életmódjavító eljárások. Nem-konvencionális eljárás helyettesítő eljárásaként csak orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható.”

A rákbetegek 51%-a használ KAM-ot [6], és 20–77%-uk ezt nem beszéli meg kezelőorvosával [7]. Az emlőrákkal diagnosztizált nők 45%-a alkalmaz KAM-ot [8], a fiatal emlőrákos nők körében ez az arány 62,5% [9]. Az emlődaganattal küzdő nők között a KAM-használók jellemzően fiatalabbak, magasabb iskolai végzettséggel, magasabb jövedelemmel és szociális státusszal rendelkeznek, inkább városi környezetben élnek. Jellemző, hogy a daganatos betegséggel kapcsolatban már többféle, kombinált kezelést kaptak, de főleg a megkapott kemoterápiával függ össze a KAM használata [8–13].

A legnépszerűbb KAM-modalitások ebben a betegpopulációban a gyógynövényes készítmények, étrendkiegészítők, vitaminok (biológiai alapú készítmények), a relaxáció és a spirituális terápiák (body-mind módszerek), majd ezt követően a teljes gyógyítórendszerek (pél-

dául homeopátia) és végül az energiagyógyászat (például reiki) [9, 10, 12].

A magyar emlőrákos nők KAM-használatáról kevés adat áll rendelkezésre. *Sárváry és Sárváry* [14] vizsgálatából látjuk, hogy az emlőrák diagnózisát megelőzően a páciensek 52,5%-a használt KAM-ot, a diagnózist követően ez az arány 84,4%-ra emelkedett. A vitaminok/ásványi anyagok és a gyógynövények a leggyakrabban használt szerek. A diagnózis előtt inkább a magasban iskolázott és városban élő nők használtak KAM-ot, a terápia idején már inkább a magasabb jövedelemmel rendelkezők. A betegek 44,4%-a megbeszélte orvosával a KAM-használatot, 16,3% egyáltalán nem említette azt kezelőjének [14].

Vizsgálatunk célja a magyar emlőrákos nők körében felmérni a komplementer és alternatív terápia alkalmazásának gyakoriságát, megvizsgálni ennek okait és az ezzel összefüggő szociodemográfiai, pszichológiai és klinikai faktorokat. A KAM választásában szerepet játszó tényezők feltárásával közelebb kerülhetünk az e döntést motiváló igények és elképzelések, valamint a KAM által betöltött funkció megértéséhez, és ennek révén hatékonyabb segítséget nyújthatunk a páciensek számára. A vizsgálatunkkal szerezhető ismeretanyag a klinikai gyakorlatban közvetlenül hasznosítható: a klinikusok számára pontosabb képet alkot a páciensek egészségmagatartásáról és szükségleteiről, ezáltal az explorálandó szokásokról, szerhasználatról és a betegdukáció témáiról, ami segíthet javítani az orvos-beteg kapcsolatot, valamint a konvencionális kezeléssel való együttműködést.

Módszer

A résztvevők és a vizsgálat körülményei

Mintánkat azok az emlőrákkal diagnosztizált nőbetegek alkották, akik 2019. április 1. és 2019. december 31. között az Országos Onkológiai Intézet Emlő- és Lágyszervebészeti Osztályán bennfekvőként kitöltötték a kérdőívünket (etikai engedély: SE RKEB: 2/2019). A vizsgálat időszakában az osztályra befekvő hölgyek az osztályos pszichológustól kapták meg a kérdőívet, és önkéntes alapon töltötték ki azt. Bár a kórház székhelye Budapesten található, mivel országos intézményről van szó, az ellátott betegek az ország bármely területéről érkezhettek. Kérdőívünket 146 nőbeteg töltötte ki.

Mérőeszközök

Kérdőívcsomagunkban a következő szociodemográfiai adatokra vonatkozó kérdések szerepeltek: nem, a lakóhely típusa, iskolai végzettség, foglalkozás, a jelenlegi munkahely jellege, családi állapot, anyagi helyzet. Az egészségügyi információk közül a kérdőívben megkérdeztük a családi daganatos anamnézist, a vizsgálati személy társbetegségeit és pszichiátriai/neurológiai anam-

nézisét. Egy 10 fokú Likert-skálát használva kértük a saját jelenlegi egészségi állapotának értékelését. Rákérdeztünk arra, hogy a betegség tüneteinek első észlelését követően mennyi idő telt el, míg orvoshoz fordult, illetve ha szűrővizsgálaton fedezték fel a betegségét, akkor a vizsgálat eredményének megismerése után mennyi idő elteltével fordult orvoshoz.

A pszichológiai állapotot és a KAM-használatot nemzetközileg elfogadott és magyar mintán is validált kérdőívvel mértük fel:

Holisztikus Komplementer és Alternatív Medicina Kérdőív (HCAMQ) – A 11 tételes kérdőív a komplementer és alternatív gyógyászattal és az egészség holisztikus megközelítésével kapcsolatos attitűdöt méri. A tételeket 6 fokú Likert-skálán értékelheti a kitöltő az egyetértés mértéke alapján, a szokásoshoz képest fordított számozással (1 = határozottan egyetértek, 6 = határozottan nem értek egyet). Két skálája: Komplementer és Alternatív Medicina Skála és Holisztikus Egészség-hiedelmek Skála [15, 16].

Többdimenziós Egészségkontroll Kérdőív C formája (MHLC-C) – A 18 tételes kérdőív az egészségkontroll-hitet méri krónikus betegek körében, tételeit 6 fokú Likert-skálán értékelheti a kitöltő az egyetértés mértéke szerint, a szokásos számozással (1 = egyáltalán nem értek egyet, 6 = teljesen egyetértek). A magyar változat három skálája: Belső Kontroll Skála, Véletlen Külső Kontroll Skála és Társas Külső Kontroll Skála [17, 18].

Nemzetközi Komplementer és Alternatív Medicina Kérdőív (I-CAM-Q) – A kérdőív négy táblázat segítségével méri fel a KAM használatának részleteit. Négy témakört vizsgál: 1) Egészségügyi szolgáltatók felkeresése; 2) Orvosoktól kapott komplementer gyógykezelések; 3) Gyógynövényes gyógyszerkészítmények és étrend-kiegészítők használata; 4) Önsegítő gyakorlatok [19, 20].

A validált kérdőívek mellett beillesztettünk néhány saját fejlesztésű kérdést is a KAM-használatra vonatkozóan: Mi alapján választotta ki az alkalmazott készítmény(ek)e)t? Honnan hallott az Ön által használt készítmény(ek)ről vagy étrend-kiegészítő(k)ről? Mit vár/Mit szeretne elérni ezen készítmény(ek), étrend-kiegészítő(k) alkalmazásával? Mivel méri, miben veszi észre az Ön által használt készítménye(ek), étrend-kiegészítő(k) hatását? Az első három, félig zárt kérdés esetén a megadott válaszlehetőségek mellett a „Más” válasz megjelölésével saját megfogalmazású feleletet is adhatott a kitöltő, illetve a negyedik, nyílt kérdés esetében saját szavaival fogalmazhatta meg válaszát.

A papíralapú kérdőívből nyerhető válaszokat kiegészítettük a MedWorks nevű, kórházi számítógépes leletezőszoftver rendszeréből gyűjtött klinikai adatokkal is: a diagnózis időpontja, TNM-klasszifikáció (ez alapján elvégeztük a stádiumbesorolást), a kitöltésig megkapott onkológiai kezelések (műtét, kemoterápia, sugárterápia, hormonkezelés, biológiai terápia), illetve az osztályos bennfekvés során a műtét típusa.

Statisztikai elemzés

Az adatelemzést az SPSS program 27-es verziójával (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) végeztük el. A kvantitatív vizsgálat első lépéseként deskriptív elemzést végeztünk: gyakoriságokat, átlagokat és százalékos megoszlást vizsgáltunk. A KAM-használat különböző korrelátumait (szociodemográfiai, betegségstörténet, HCAMQ, MHLC-C) egyváltozós elemzéssel – Pearson-féle khi-négyzet (χ^2)-próba, szigifikanciaszint $p < 0,05$ – hasonlítottuk össze. Egy szempontos ANOVA-val vizsgáltuk a csoportok közötti átlagpontoszámok különbségét.

Eredmények

Szociodemográfiai, anamnesztikus és klinikai adatok, valamint az egészség szubjektív minősítése

A teljes minta 146 főt foglal magában, mindegyikük nő. Többségük felsőfokú végzettséggel rendelkezik (83 fő, 56,8%), a fővárosban vagy városban él (119 fő, 81,5%), és házas (87 fő, 59,6%). A vizsgálati személyek szociode-

1. táblázat | A minta szociodemográfiai jellemzői

Faktorok	<i>n</i> = 146	
Átlagéletkor <i>években (range)</i>	51,88 (29–82)	
Iskolai végzettség	Általános iskola. <i>no. (%)</i>	2 (1,4)
	Szaktanácsképző. <i>no. (%)</i>	1 (0,7)
	Középiskola. <i>no. (%)</i>	53 (36,3)
	Felsőoktatási szakképzés. <i>no. (%)</i>	3 (2,1)
	Egyetem/főiskola. <i>no. (%)</i>	83 (56,8)
	Phd. <i>no. (%)</i>	1 (0,7)
Lakhely	Egyéb. <i>no. (%)</i>	3 (2,1)
	Főváros. <i>no. (%)</i>	52 (35,6)
	Város. <i>no. (%)</i>	67 (45,9)
	Falu. <i>no. (%)</i>	22 (15,1)
Családi állapot	Egyéb. <i>no. (%)</i>	4 (2,7)
	Házasságban élő. <i>no. (%)</i>	31 (21,2)
	Házastól elvált. <i>no. (%)</i>	87 (59,6)
	Özvegy. <i>no. (%)</i>	15 (10,3)
A munkahely jellege	Könnyű fizikai munka. <i>no. (%)</i>	4 (2,7)
	Nehéz fizikai munka. <i>no. (%)</i>	31 (21,2)
	Szellemi foglalkozás. <i>no. (%)</i>	87 (59,6)
	Nem dolgozik. <i>no. (%)</i>	15 (10,3)
Anyagi helyzet	Rossz. <i>no. (%)</i>	8 (5,5)
	Elfogadható. <i>no. (%)</i>	28 (19,2)
	Átlagos. <i>no. (%)</i>	6 (4,1)
	Átlagon felüli. <i>no. (%)</i>	74 (50,7)

demográfiai jellemzőit az 1. táblázat mutatja be részletesen.

A többségnek nincs komorbid szomatikus betegsége (82 fő, 56,2%), nem rendelkezik pszichiátriai vagy neurológiai előzménnyel (96 fő, 65,8%), és a családjában már előfordult daganatos megbetegedés (97 fő, 66,4%).

Az egészségi állapot szubjektív megítélése a mintában átlagosan 6,9 pont (SD 1,9) egy 10 fokú skálán.

A számítógépes egészségügyi dokumentáció alapján a kérdőív kitöltésekor a válaszadók 58%-a (85 fő) még műtét előtt állt, 41% (60 fő) már túl volt legalább egy műtéten. 52% (76 fő) kapott már kemoterápiát, és 21% (31 fő) sugárterápián is túl volt; 30% (44 fő) kapott endokrinterápiát és 19% (28 fő) biológiai kezelést. A MedWorks adatai szerint a tesztbattéria kitöltésekor az osztályos befejezés során 31% (45 fő) részesült primer műtétként mastectomiában, 36% (53 fő) primer műtétként quadrantectomiában, 5,5%-nál (8 fő) reoperációra került sor, 3%-nál (4 fő) nyirokcsomó-eltávolítás történt, 24% (35 fő) pedig rekonstrukciós műtétben részesült. A számítógépes dokumentáció szerint a kitöltők 31,5%-át (46 fő) ÁNTSZ-szűrővizsgálatból emelték ki, 62% (91 fő) saját maga tapintotta az emlőelváltozást, és ezért került sor a

2. táblázat | Az orvoshoz fordulás jellemzői

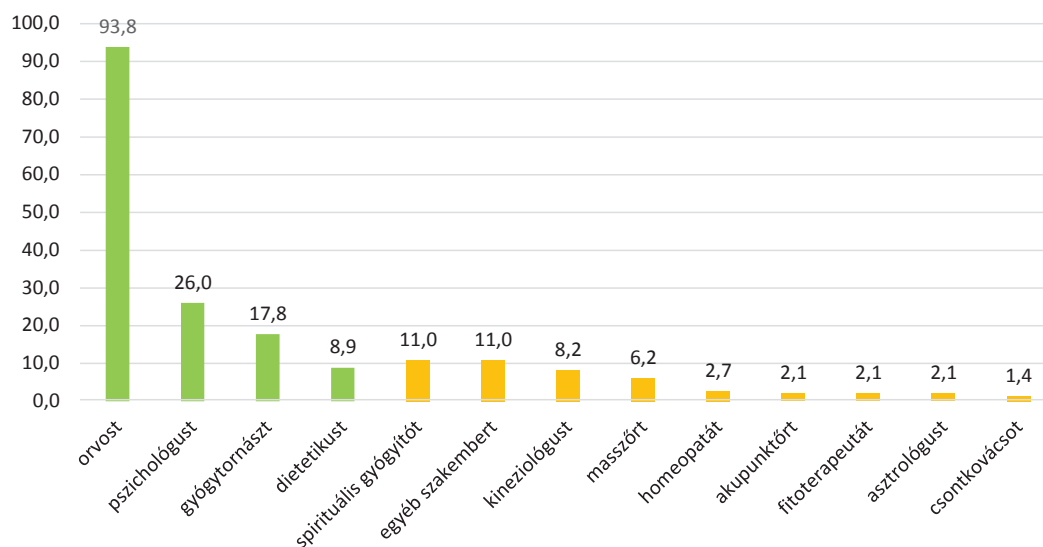
Faktorok	<i>n</i> = 146
Az első tünet észlelésétől az orvoshoz fordulásig eltelt idő	
Nem észleltem tüneteket, szűrővizsgálaton fedezték fel. <i>no. (%)</i>	32 (22,0)
2 héten belül. <i>no. (%)</i>	65 (44,5)
3–4 hét. <i>no. (%)</i>	20 (13,7)
2–3 hónap. <i>no. (%)</i>	15 (10,3)
4–12 hónap. <i>no. (%)</i>	8 (5,5)
2–3 év. <i>no. (%)</i>	4 (2,7)
Több mint 4 év. <i>no. (%)</i>	1 (0,7)
A szűrővizsgálat eredményétől az orvoshoz fordulásig eltelt idő	
Nem észleltem tüneteket, szűrővizsgálaton fedezték fel. <i>no. (%)</i>	9 (6,2)
2 héten belül. <i>no. (%)</i>	121 (82,9)
3–4 hét. <i>no. (%)</i>	4 (2,7)
2–3 hónap. <i>no. (%)</i>	4 (2,7)
4–12 hónap. <i>no. (%)</i>	1 (0,7)
2–3 év. <i>no. (%)</i>	0
Több mint 4 év. <i>no. (%)</i>	0
Milyen szakembert keresett fel először a daganatos betegség diagnosztikájának megtudása után?	
Orvos. <i>no. (%)</i>	101 (68,8)
Pszichológus. <i>no. (%)</i>	4 (2,8)
Csontkovács. <i>no. (%)</i>	1 (0,7)
Homeopata. <i>no. (%)</i>	1 (0,7)
Kineziológus. <i>no. (%)</i>	2 (1,4)
Spirituális gyógyító. <i>no. (%)</i>	1 (0,7)

vizsgálatára. A válaszadók 36%-a (52 fő) járt rendszeresen emlővizsgálatra. A TNM-status alapján 31% (45 fő) korai stádiumban felfedezett emlődaganattal került diagnosztizálásra, 61% (89 fő) lokálisan előrehaladott, 3% (4 fő) pedig előrehaladott stádiumban.

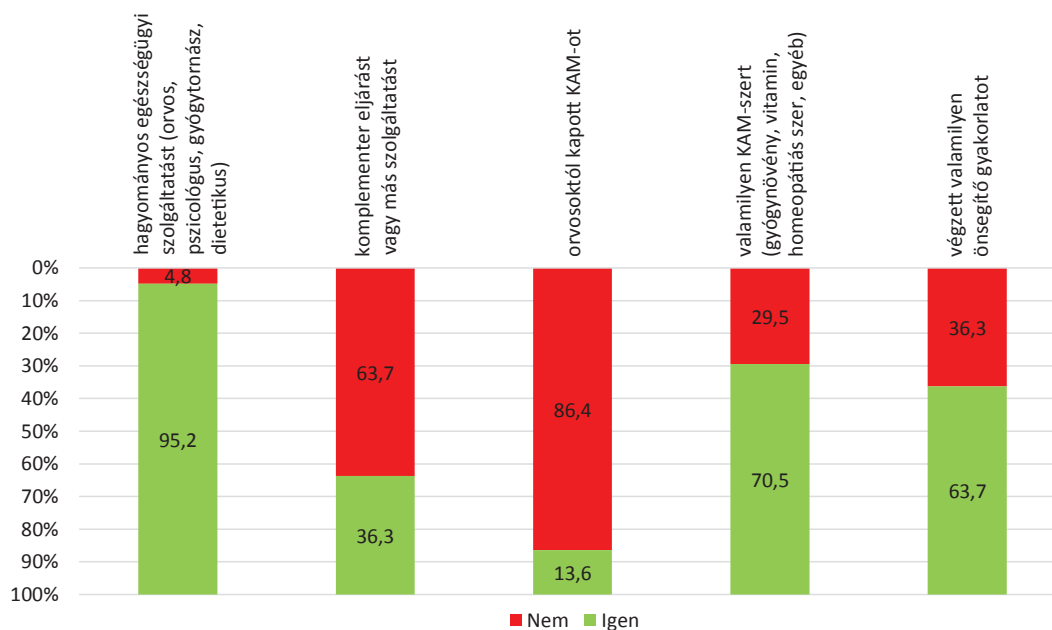
Orvoshoz fordulás

A 2. táblázat mutatja a betegség felfedezését követően az orvoshoz fordulás időbeli jellemzőit. Betegségük tüneteinek első észlelése után a legtöbben 2 héten (65 fő,

44,5%), maximum 1 hónapon belül (20 fő, 13,7%) orvoshoz fordultak, azonban 8,9% (13 fő) csak több hónap vagy több év elteltével keresett fel orvost. Szűrővizsgálaton felfedezett betegség esetében azonban egy páciens sem várt 1 évet vagy annál többet azzal, hogy orvoshoz forduljon, 82,9% legkésőbb 2 héten belül már felkeresett szakembert. Mivel a szűrőállomások gyanús esetben visszahívják a beteget további vizsgálatra, ez az adat a szűrés hatékonyságát is tükrözheti. A többség (101 fő, 68,8%) elsőként orvost keresett fel problémájával.



1. ábra Az előző 12 hónapban felkeresett konvencionális egészségügyi és KAM-szolgáltatók a válaszadók (n = 146) százalékában
KAM = komplementer és alternatív medicina



2. ábra Az előző 12 hónapban igénybe vett konvencionális egészségügyi és KAM-szolgáltatások, -készítmények
KAM = komplementer és alternatív medicina

KAM-használat

A megkérdezettek túlnyomó többsége (139 fő, 95,2%) a kérdőív kitöltését megelőző 12 hónap során konvencionális egészségügyi szolgáltatásokat (orvos, pszichológus, gyógytornász, dietetikus) vett igénybe. Ez a magas arány természetesen is adódik abból, hogy egy konvencionális egészségügyi ellátóhelyen kapták meg és töltötték ki kérdőívünket. Ugyanakkor ebben az időszakban több mint harmaduk (53 fő, 36,3%) valamilyen KAM-szolgáltatónál is járt. Az elmúlt évben felkeresett szolgáltatók típusát és arányát az 1. ábra szemlélteti. Ahogy a 2. ábra mutatja, orvostól 13,6% (20 fő) kapott KAM-szolgáltatást. A válaszadók 70,5%-a (103 fő) használ valamilyen KAM-készítményt: a típus szerinti arányokat a 3. táblázatban részletezzük. A válaszadók az egyéb KAM-készítmények között felsorolták például a gyömbért, zöldségleveket, gombakivonatot, probiotikumot, CBD-olajat, roboráló gyógyszert, daganatos betegeknek hirdetett étrend-kiegészítőket. A kitöltők 63,7%-a (93 fő) alkalmaz valamilyen önsegítő gyakorlatot (például meditáció, jóga, relaxáció, ima). A 4. táblázatban ismertetjük a gyakorlati típus szerinti gyakoriságot.

Az alkalmazott KAM-készítmények kiválasztása a legtöbb beteg esetében egészségügyi szakember (orvos:

3. táblázat | KAM-készítmények típusonkénti alkalmazási aránya

Gyógynövényes gyógyszerek, vitaminok és étrend-kiegészítők használata	Fő (%)
Gyógynövények/gyógynövényes készítmények. no. (%)	59 (40,4)
Vitaminok/ásványi anyagok. no. (%)	98 (67,1)
Homeopátiás szerek. no. (%)	4 (2,8)
Egyéb kiegészítő szerek. no. (%)	31 (21,2)
Összesítve, valamilyen készítményt alkalmazók. no. (%)	103 (70,5)

KAM = komplementer és alternatív medicina

4. táblázat | Önsegítő gyakorlatok alkalmazási aránya típus szerint

Önsegítő gyakorlatok	Fő (%)
Meditáció. no. (%)	48 (32,9)
Jóga. no. (%)	28 (19,2)
Csikung. no. (%)	3 (2,1)
Tajcsi. no. (%)	1 (0,7)
Relaxációs technikák. no. (%)	31 (21,4)
Vizualizáció. no. (%)	27 (18,5)
Tradicionális gyógyító szertartás. no. (%)	4 (2,7)
Imádkozás a saját egészségért. no. (%)	62 (42,5)
Egyéb. no. (%)	18 (12,3)
Összesítve, valamilyen önsegítő gyakorlatot alkalmazók. no. (%)	93 (63,7)

15,8%, 23 fő; egészségügyi dolgozó: 8,2%, 12 fő) vagy családtag (14,4%, 21 fő) javaslatára alapján történt.

Az alkalmazott KAM-készítményről vagy -szakemberről a legtöbben ismerőstől, barátától (20,5%, 30 fő) vagy rokontól (12,3%, 18 fő) hallottak. Összesítve, valamilyen egészségügyi szakembertől (kezelőorvos, nővér, háziorvos, más orvos, más egészségügyi dolgozó) tájékozódott a kitöltők 23,2%-a (34 fő). Az interneten 12,3% (18 fő) szerzett információt.

A kitöltők többsége (56,8%, 83 fő) az alkalmazott készítménnyel immunrendszere erősítését szeretné elérni. A válaszadók számára a második legfontosabb cél a tumormentesség elérése (17,1%, 25 fő), majd ezt követi a mellékhatások csökkentése (15,1%, 22 fő) és a teljes gyógyulás elérése (11%, 16 fő).

A KAM-készítmények hatásosságának mérését érintő nyílt kérdéseinkre 70 fő válaszolt a saját szavaival. Válaszaik csoportosítása során azt láttuk, hogy a válaszadók közel fele (47,1%, 33 fő) a KAM-készítmény hatékonyságát az erőnléte, aktivitása javulásában látja. 24% (17 fő) valamilyen vizsgálati eredményt (például labor, ultrahang), 17% (12 fő) az immunrendszere működésének javulását (nem kapja el például a szezonális náthát, vagy könnyebben felgyógyul belőle), 12% (8 fő) pedig a kemoterápia mellékhatásainak mérséklődését tekintve a KAM-készítmény hatékonysági mutatójának.

KAM-használat a szociodemográfiai adatok tükrében

Az életkor szempontjából mindhárom KAM-típus esetében szignifikáns (ANOVA, $r < 0,05$) a különbség: a KAM-szolgáltatást felkeresők, a KAM-készítményeket és az önsegítő gyakorlatokat alkalmazók is fiatalabbak az ilyen eszközöket nem alkalmazóknál.

Az 5. táblázat részletesen bemutatja a KAM-használat és a szociodemográfiai adatok összefüggéseit. Azt láthatjuk, hogy a KAM-szolgáltatókat felkeresők, a KAM-szereket használók és az önsegítő gyakorlatot alkalmazók esetében is a többség városi lakos, felsőfokú végzettséggel rendelkezik, szellemi munkát végez, házasságban, és átlagos anyagi helyzetben él.

Pszichológiai mutatók és összefüggéseik a KAM használatával

A pszichológiai mutatókat a 6. táblázat foglalja össze. A HCAMQ kidolgozóinak megfogalmazása szerint a holisztikus modell fókuszában a testi egyensúly áll, amely az összefüggések megértésével és az emberi szervezet mint rendszer elemeinek szabályozásával tartható fenn: a táplálkozási, érzelmi és életmódbeli faktorok összetett kölcsönhatásai és ezek szabályozása határozzák meg az egészségi állapotot [15]. A Holisztikus Egészség-hiedelmek Skála tételei ennek megfelelően az egészségmegőrzés életmódbeli és pszichológiai tényezőit emelik ki.

5. táblázat | KAM-használat a szociodemográfiai adatok tükrében

	Az elmúlt 12 hónapban igénybe vett alternatív gyógyászati szolgáltatást		Az elmúlt 12 hónapban használt valamilyen KAM-készítményt		Az elmúlt 12 hónapban alkalmazott öngyógyító gyakorlatot		
	Nem	Igen	Nem	Igen	Nem	Igen	
Átlagéletkor években (SD)	54,1 (13,2)	48 (8,6)	55,7 (13,3)	50,3 (11,1)	55,6 (13,9)	49,8 (10,4)	
Lakóhely fő (%)	Főváros	31 (21%)	21 (14%)	18 (12%)	34 (23%)	20 (14%)	32 (22%)
	Város	43 (29%)	24 (16%)	16 (11%)	51 (35%)	26 (18%)	41 (28%)
	Falu	16 (11%)	6 (4%)	7 (5%)	15 (10%)	7 (5%)	15 (10%)
	Egyéb	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	0	4 (3%)
Iskolai végzettség fő (%)	Általános iskola	2 (1%)	0	2 (1%)	0	1 (0,7%)	1 (0,7%)
	Szaktudás/képzés	0	1 (0,7%)	0	1 (0,7%)	0	1 (0,7%)
	Középfelsőiskola	36 (25%)	17 (12%)	21 (14%)	32 (22%)	27 (18%)	26 (18%)
	Felsőoktatási szakképzés	2 (1%)	1 (0,7%)	0	3 (2%)	0	3 (2%)
	Egyetem/főiskola	50 (34%)	33 (23%)	19 (13%)	64 (44%)	24 (16%)	59 (40%)
PhD	0	1 (0,7%)	0	1 (0,7%)	0	1 (0,7%)	
A munkahely jellege fő (%)	Könnyű fizikai munka	17 (12%)	11 (8%)	10 (7%)	18 (12%)	9 (6%)	19 (13%)
	Nehéz fizikai munka	4 (3%)	2 (1%)	2 (1%)	4 (3%)	1 (0,7%)	5 (3%)
	Szellemi foglalkozás	42 (29%)	32 (22%)	18 (12%)	56 (38%)	25 (17%)	49 (34%)
	Jelenleg nem dolgozik	12 (8%)	6 (4%)	8 (5%)	10 (7%)	6 (4%)	12 (8%)
Családi állapot fő (%)	Egyedülálló	1 (0,7%)	3 (2%)	1 (0,7%)	3 (2%)	0	4 (3%)
	Párkapcsolatban élő	17 (12%)	13 (9%)	7 (5%)	23 (16%)	7 (5%)	23 (16%)
	Házasság	57 (39%)	30 (21%)	24 (16%)	63 (43%)	34 (23%)	53 (36%)
	Elvált	9 (6%)	6 (4%)	6 (4%)	9 (6%)	7 (5%)	8 (5%)
	Özvegy	7 (5%)	1 (0,7%)	4 (3%)	4 (3%)	4 (3%)	4 (3%)
Anyagi helyzet fő (%)	Rossz	3 (2%)	0	1 (0,7%)	2 (1%)	2 (1%)	1 (0,7%)
	Elfogadható	7 (5%)	5 (3%)	5 (3%)	7 (5%)	4 (3%)	8 (5%)
	Átlagos	66 (45%)	32 (22%)	28 (19%)	70 (48%)	39 (27%)	59 (40%)
	Átlagon felüli	15 (10%)	15 (10%)	8 (5%)	22 (15%)	8 (5%)	22 (15%)

KAM = komplementer és alternatív medicina; SD = standard deviáció

A kérdőív angol eredetijében a másik skála a KAM-módszerekről szól. Ennek magyar fordítása a Természetgyógyászati Skála, amelynek tételei elsősorban az e módszerrel kapcsolatos kritikákat fogalmazzák meg (tudományos bizonyítékok hiánya, kockázatok stb.).

6. táblázat | A minta pszichoszociális mutatói

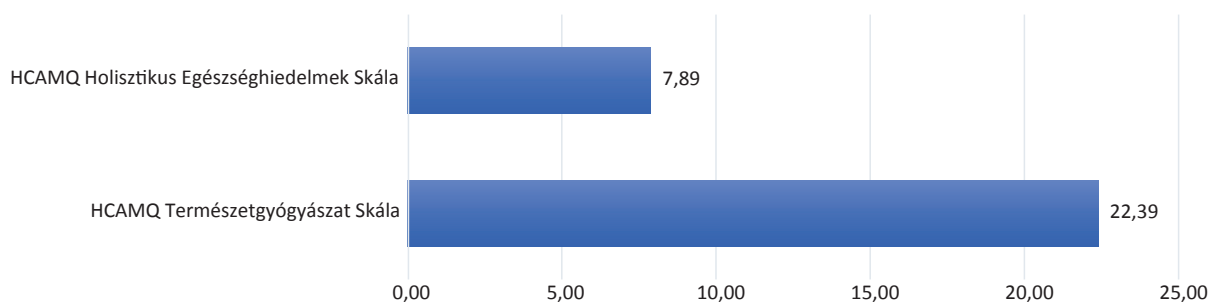
	Teljes minta, n = 146
HCAMQ Természetgyógyászati Skála átlag (SD)	22,39 (5,87) n = 138
HCAMQ Holisztikus Természetgyógyászati Kérdőív átlag (SD)	7,89 (3,12) n = 141
MHLC-C Belső Kontroll átlag (SD)	21,69 (6,2) n = 143
MHLC-C Véletlen Külső Kontroll átlag (SD)	13,95 (6,11) n = 140
MHLC-C Társas Külső Kontroll (orvos és mások) átlag (SD)	22,85 (4,58) n = 142

HCAMQ = Holisztikus Természetgyógyászati Kérdőív; MHLC-C = Többdimenziós Egészségkontroll Kérdőív, C forma; SD = standard deviáció

Mintánkban a KAM felé fordulás kevésbé domináns, inkább a holisztikus egészségszemlélettel szimpatizáló attitűd jellemző. A két skála különbsége szignifikáns.

A HCAMQ tételeinek elemzésekor fontos szempont, hogy a fordított Likert-skálából adódóan a magasabb érték az egyetértés alacsonyabb fokát jelzi, ugyanúgy, ahogy a skálák esetében. A 3. ábra segítségével a tételentéti értelmezés során kirajzolódik a kitöltők vélekedése a holisztikus szemléletről és a KAM-ról. A vizsgálati személyek nem gondolják, hogy a KAM-ot érdemes lenne kipróbálni, mielőtt orvoshoz fordulnak, ugyanakkor azal sem értenek egyet, hogy azt csak végső esetben kellene alkalmazni. Úgy vélik, hogy az ilyen eljárások veszélyesek lehetnek, mivel gátolhatják a megfelelő kezeléshez jutást, ugyanakkor erősíthetik a szervezet természetes védekezőképességét. Válaszaik alapján úgy gondolják, hogy a KAM-ot csak enyhébb tünetek esetén érdemes alkalmazni, valamint az ilyen eljárásokat alaposabb vizsgálatnak kellene alávetni. A holisztikus egészségszemlélet tételeivel határozottan egyetértettek: a stressz beteg-

HCAMQ-skálák összpontszámai (átlagok)



HCAMQ-tételek (átlagok)



3. ábra | A HCAMQ-skálák és -tételek átlagértékei
 HCAMQ = Holisztikus Természetgyógyászat Kérdőív

seget okozhat, a depresszió súlyosbíthatja egy betegség tüneteit, stresszes időszakokban fontos odafigyelni az életmódra, a pozitív gondolkodás segíthet kisebb betegségek legyőzésében, az egészségmegőrzés szempontjából fontos a munka és a pihenés egyensúlyát fenntartani.

A HCAMQ Természetgyógyászat Skála a KAM-szolgáltatások felkeresésével mutat kapcsolatot (ANOVA, $F = 10,862$, $p = 0,001$): azok körében, akik felkerestek valamilyen KAM-szolgáltatót az előző 12 hónapban, szignifikánsan pozitívabb a KAM-hoz való viszonyulás.

Az MHLC-C által vizsgált, egészséggel kapcsolatos kontrollhit azt mutatja meg, hogy a személy milyen erősségű ok-okozati összefüggést lát saját viselkedése és egészségi állapotának alakulása között. Ez alapján a véletlen külső kontroll azt jelenti, hogy a személy úgy véli:

egészsége általa befolyásolhatatlan külső körülményektől, a szerencsétől függ. A társas külső kontroll dominanciája esetén más személyektől érzi függőnek jóllétét, míg a belső kontrollos személy úgy gondolja, hogy saját viselkedése van a legnagyobb hatással egészségi állapotára [21]. Az egészségkontrollhely szempontjából a társas külső kontroll (22,85) és a belső kontroll (21,69) szinte azonos mértékben meghatározó a mintánkban, míg a véletlen külső kontroll kevésbé hangsúlyos (13,95).

Az MHLC-C Belső Kontroll Skála a KAM-szolgáltatók felkeresésével (ANOVA, $F = 6,815$, $p = 0,01$), valamint a KAM-szerek használatával (ANOVA, $F = 4,342$, $p = 0,039$) van szignifikáns pozitív kapcsolatban. Tehát aki felkeresett KAM-szolgáltatót, vagy használt valamilyen KAM-készítményt az előző 12 hónapban, arra do-

minánsabban jellemző a belsőkontroll-igény, mint arra, aki nem vett igénybe ilyesmit.

A HCAMQ Természetgyógyászat Skála pozitív korrelációt mutat az MHLC-C Társas Külső Kontroll Skálával (Pearson, $r = 0,207$, $p = 0,015$). Ez a skálaérték a szokásoshoz képest fordított jelentéséből adódóan azt fejezi ki, hogy a személy minél inkább szimpatizál az alternatív módokkal, annál kevésbé jellemző rá a társas külső kontroll. A HCAMQ Holisztikus Egészségihiedelmek Skála pedig pozitív korrelációt mutat az MHLC-C Véletlen Külső Kontroll Skálával (Pearson, $r = 0,188$, $p = 0,027$). Tehát a skálaérték fordított jelentése miatt ez azt jelenti, hogy minél inkább szimpatizál valaki a holisztikus szemlélettel, annál kevésbé jellemző rá a véletlen külső kontroll.

Az egészségi állapot szubjektív értékelése, az anamnesztikus adatok és a klinikai faktorok összefüggései a KAM használatával

Az egészségi állapot szubjektív megítélése fordított összefüggést mutat a HCAMQ Természetgyógyászat Skálával (Pearson, $r = -0,170$, $p = 0,045$). Tehát a skálaérték fordított jelentése alapján ez azt fejezi ki, hogy minél kedvezőbb az egészségi állapot szubjektív megítélése, annál inkább kedvező a viszonyulás az alternatív gyógyászathoz. Az egészségi állapot szubjektív megítélése szignifikáns különbséget mutatott azok között, akik felkerestek KAM-szolgáltatót az elmúlt 12 hónapban, és azok között, akik nem: a KAM-szolgáltatást igénybe vevők jelentősen kedvezőbben ítélték meg saját egészségi állapotukat. Ugyanilyen különbség mutatkozott az öngyógyító gyakorlatot alkalmazók és nem alkalmazók között: akik használnak valamilyen öngyógyító gyakorlatot, szignifikánsan kedvezőbbnek érzik saját egészségi állapotukat. A konvencionális egészségügyi szolgáltatások, az orvosoktól kapott KAM-szolgáltatások és a KAM-készítmények alkalmazása kapcsán nem mutatkozott ilyen különbség. Az egészség szubjektív megítélése mással nem mutat összefüggést.

A daganatos, szomatikus és pszichés anamnézis sem mutatott összefüggést a KAM-szolgáltatók felkeresésével, a szerhasználattal vagy az öngyógyító gyakorlatokkal. A HCAMQ és az MHLC-C skáláin sem mutatkozott különbség az anamnézis alapján.

A klinikai adatokkal való összefüggések keresése során azt találtuk, hogy aki a kérdőív kitöltése előtt már kapott kemoterápiát, arra inkább jellemző a HCAMQ Természetgyógyászat Skála magasabb értéke (átlag 23,48, SD 5,45), tehát a KAM elutasítása, aki pedig sugárterápiát kapott, annál az MHLC-C véletlen külső kontroll jellemzőbb (átlag 16,27, SD 6,57). Az egészségi állapot szubjektív megítélése nem mutatott összefüggést a korábban kapott kezelésekkal.

Megbeszélés

Jelen tanulmányunkban a KAM-használat jellemzőit és korrelátumait vizsgáltuk magyar emlőrákos nők körében perioperatív időszakban, hazai viszonyok között egyedülálló módon a klinikai faktorokat is bevonva az elemzésbe. Mivel a páciensek kórházban töltötték ki kérdőívünket, nem beszélhetünk alternatív terápiaválasztásról a válaszadás időszakában, hanem csak kiegészítő terápiák alkalmazásáról, hiszen a páciensek éppen konvencionális kezelésemen mennek keresztül, és emellett alkalmaznak KAM-készítményeket és -módszereket. Tehát a kiegészítő terápiák magas népszerűségét mutatja, hogy a konvencionális terápia mellett a kitöltők 36%-a valamilyen KAM-szolgáltatónál is járt, 71%-a használ valamilyen KAM-készítményt, és 64%-a alkalmaz valamilyen öngyógyító gyakorlatot. Ezek az arányok nagy hasonlóságot mutatnak a nemzetközi statisztikával: átlagosan a rákbetegek 51%-a használ KAM-ot [6], Ausztráliában ez az arány 10% és 87% között mozog [22], míg Svédországban 26% [23]. Egy korábbi magyar vizsgálatban emlőrákos nők 84,4%-a használt KAM-ot [14].

Vizsgálatunkban a legnépszerűbb KAM-modalitásnak a biológiai alapú készítmények bizonyultak (70,5%), melyek közül a vitaminok/ásványi anyagok (67,1%) és a gyógynövények (40,4%) a legkedveltebbek. Más vizsgálatok is a vitaminok/ásványi anyagok [8, 14, 24, 25] és gyógynövények [8, 14, 25, 26] vezető népszerűségéről számoltak be. Az öngyógyító gyakorlatok alkalmazása 63,7% a mintánkban más vizsgálatok eredményéhez hasonlóan [26, 27], míg egyes kutatók alacsonyabb gyakoriságot találtak a KAM-modalitás alkalmazásában [14, 24, 25].

Eredményeink szerint a KAM-szolgáltatókat felkeresők, a KAM-szereket használók és az öngyógyító gyakorlatot alkalmazók is fiatalabbak, a többség városi lakos, felsőfokú végzettséggel rendelkezik, szellemi munkát végez, házas, és átlagos anyagi helyzetben él. Számos kutatás hasonló szociodemográfiai képet mutat [8–13, 24, 25, 27, 28], ugyanakkor egyes vizsgálatok nem találtak kapcsolatot a magasabb iskolai végzettséggel [29, 30] és az életkorral [14, 24].

Mintánkban a többség (56,8%) a KAM alkalmazásával immunrendszere erősítését, valamint a tumormenteséget (17,1%), a mellékhatások csökkentését (15,1%) és a teljes gyógyulást (11%) szeretné elérni. Ez nagyrészt egybecseng a nemzetközi eredményekkel, melyek szerint a KAM alkalmazásának oka emlőrákos nők körében többnyire az általános egészségi állapot és jóllét javítása vagy a szisztémás kezelések mellékhatásainak csökkentése és az immunrendszer erősítése, a konvencionális gyógyítás támogatása [9], valamint a pszichológiai distressz tüneteinek csökkentése, elégedetlenség a konvencionális orvoslással és a kontroll érzésének visszaszerzése [31].

Következtetés

A kérdőívünket kitöltő, emlőrákkal diagnosztizált nőbetegek saját egészségi állapotukat összességében inkább jónak ítélik meg (10 fokú skálán átlag 6,9; SD 1,9). Ezt összevetve a TNM-klasszifikációval (61% lokálisan előrehaladott, 3% előrehaladott stádiumban került diagnosztizálásra) azt láthatjuk, hogy az egészség szubjektív minősítése nem a betegség stádiumától függ, eredményeink alapján viszont kapcsolatot mutat a KAM-szolgáltatók felkeresésével és az öngyógyító gyakorlatok alkalmazásával, míg a KAM-készítmények szedésével és a konvencionális egészségügyi szolgáltatásokkal nem. A KAM-szolgáltatót felkereső és az öngyógyító gyakorlatot alkalmazó nők szubjektív pontszáma magasabb, mint az ezeket nem alkalmazóké. Az egészség kedvezőbb szubjektív megítélése az alternatív gyógyászat iránti pozitív attitűddel is korrelál. Az adatok alapján nem dönthető el az összefüggés iránya: a saját állapotukat kedvezőbben megítélők fordulnak a KAM felé, vagy éppen fordítva, a KAM-szolgáltatók és öngyógyító gyakorlatok igénybevétele miatt érzik jobban magukat. Vizsgálatok szerint rákbetegeknél az olyan tünetek, mint a fájdalom, fizikai diszkomfort, fáradtság, légszomj és depresszió, az egészségi állapot rosszabb szubjektív megítélésével járnak együtt [32]. Egy újabb keletű vizsgálat szintén a KAM alkalmazása és a jóllét közötti pozitív együttjárásra mutatott rá [33]. Mivel az egészség szubjektív megítélése erős kapcsolatot mutat a mortalitással [34], kiemelt jelentőségű lehet a tünetek csökkentése, a szubjektív egészségmegítélés fejlesztése. Ebben a témában további kutatások szükségesek.

A megkérdezett betegek nagyobb arányban KAM-készítményeket vesznek igénybe, mint szolgáltatásokat, valamint elkötelezettek a holisztikus szemlélet mellett, és inkább kritikusak a KAM iránt; nem gondolják, hogy azt előbb kellene kipróbálni, mint a konvencionális terápiát, de nem is vetik el teljesen az alternatív gyógyászatot, tehát az egészség tényezőinek összefüggéseit és a saját felelősségvállalásuk lehetőségét keresik, nem pedig másik kezelőt vagy kezelést. Ezt a képet kiegészítve a mintában domináns belsőkontroll-igénnyel, valamint a felhasználás elsődleges céljával (immunrendszer erősítése) és a hatékonyság megítélésének fő szempontjával (erőnlét, közérzet javulása) láthatjuk, hogy a betegek leginkább aktív szerepet szeretnének vállalni a kezelési folyamatban, kipróbálnak készítményeket és öngyógyító gyakorlatokat, és ezzel a konvencionális gyógyítást szeretnék támogatni, kiegészítőterápia-választásuk nem konkurál a konvencionális kezeléssel.

A holisztikus szemlélet dominanciája tükröződik a KAM nagy alkalmazási arányának és a konvencionális orvoslás iránti nagyfokú bizalomnak az egyidejű jelenlétében is. A holisztikus szemlélet iránti pozitív attitűd a véletlen külső kontroll alacsonyabb szintjével jár együtt. Ebből következően az a nő, aki kevésbé gondolkodik holisztikusan, sokkal inkább kiszolgáltatottnak érezheti

magát az egészsége tekintetében, hiszen azt gondolja, hogy ő maga nem részese a gyógyulási folyamatának, hanem az véletlen külső tényezőkön múlik. A holisztikus szemléletre az összefüggések keresése, a test és a lélek folyamatainak átfogó megértési szándéka jellemző, ebből érthető, hogy az ilyen keretben gondolkodó személy kevésbé tekinti véletlennek az eseményeket, feltehetően nagyobb felelősséget él át saját helyzetével kapcsolatban.

A kitöltők 69%-a elsőként orvost keresett fel daganatos diagnózisa ismeretében, és a legtöbben mihamarabb megtették ezt (58,2% maximum 1 hónapon belül). Ez is jelentős bizalmat mutat az orvosok irányába. Az is látható, hogy a konvencionális egészségügyi rendszert igénybe vevő páciensek elsősorban az egészségügyben bíznak: 95% az elmúlt 1 évben hagyományos egészségügyi szolgáltatást vett igénybe.

Kis arányban, de orvosok is nyújtanak KAM-szolgáltatást (13,6%), viszont a KAM-módszer vagy -készítmény kiválasztását a legnagyobb arányban orvosi javaslat határozza meg (orvos: 15,8%, egészségügyi dolgozó: 8,2%). Információt is a legnagyobb mértékben egészségügyi szakembertől (23,2%) kaptak a betegek, csak ezt követi a barátoktól, rokonoktól és az internetről gyűjtött információ. Ezek az adatok világosan megmutatják, hogy az egészségügyi szakemberek egy része beszél a betegekkel a KAM-használatról. Emellett figyelembe véve a mintában domináns társas külső kontrollt, azt láthatjuk, hogy a betegeknek a számukra fontos személyektől, elsősorban a kezelőszemélyzettől kapott információk a legfontosabbak az egészségükkel kapcsolatos viselkedésükben, közöttük a KAM-választásban. Fontos tudatosítanunk a betegek ilyen nagy mértékű bizalmát az egészségügyi személyzet iránt és erős igényét a KAM-mal kapcsolatos információk megbeszélésére. A kockázatok miatt (például gyógyszerkölcsonhatások) az ilyen megbeszélés életbevágóan fontos lehet. Orvos és beteg közös célja a kezelés sikeressége, melynek alapja a terápiahűség. Ezt erősítheti az a bizalmi légkör, melyben a KAM-használat is megbeszélhető, ezzel csökkentve a kockázatokat, jobban megismerve a beteg igényeit és ezáltal lehetőséget teremtve az esetleg szükséges további konvencionális kezelések (például pszichoterápia, dietetika tanácsadás, gyógytorna) felajánlására. A KAM nagy arányú alkalmazása és a betegek igényei alapján feltételezhető, hogy ez a tendencia tartós, és ha a beteg az igényeit nem tudja megbeszélni orvosával, akkor fennáll a veszély, hogy ezt kevésbé hozzáértő személlyel fogja megtenni.

Magyarországon elsőként vontunk be a KAM-használattal kapcsolatban klinikai változókat is a kutatásba. Érdekes eredmény, hogy mintánkban a kemoterápián átesett nők hajlamosabbak elutasítani az alternatív gyógyászatot, mint azok, akik nem kaptak kemoterápiát a kitöltésig. Más vizsgálatok éppen azt mutatták ki, hogy a kemoterápiát megkapó betegek jobban szimpatizálnak a KAM-mal [8, 11, 13]. Szintén figyelemfelkeltő eredmény, hogy a sugárterápián túlélőkre inkább a véletlen külső kontroll jellemző. Felvetődik a kérdés, hogy vajon

a kezelések előtt is ez volt rájuk jellemző, vagy valahogy az egészségügyi rendszerben eltöltött hosszabb idő és több tapasztalat hat abba az irányba, hogy egyre inkább kiszolgáltatottnak érzik magukat.

Mintánk egy kritikus élethelyzetben lévő betegpopulációtól származik, ezért a 146 kitöltött kérdőív jelentős eredménynek tekinthető. A vizsgálatot célzott populáción végeztük, látható, hogy a kitöltők jellemzői egybeesnek a szakirodalom alapján „tipikus KAM-használónak” nevezhető daganatos páciensek jellemzőivel. A minta ilyen heterogenitása természetesen limitációt is jelent a vizsgálat szempontjából.

A KAM-használat összetett jelensége számos további tényezővel mutat összefüggést, melynek kifejtésére jelen közleményünkben nincs mód, viszont vizsgálatunk eredményeinek további cikkekben tervezett publikálása során kitérünk a lélektani jellemzők részletezésére is.

Jelen elemzésünk eredményeit összefoglalva elmondható, hogy a vizsgált emlőrákos nőbetegek körében nagy arányban jellemző a KAM alkalmazása. A páciensek szubjektív egészségminősítése nem függ a betegségük stádiumától vagy a konvencionális kezeléstől, viszont pozitív kapcsolatot mutat a KAM-szolgáltatók felkeresésével és az önszorgó gyakorlatok alkalmazásával. Az egészségi állapot szubjektív megélése döntő jelentőségű a túlélés szempontjából, és a szubjektív megítélést javíthatja a KAM alkalmazása. Az eredményekből látható, hogy a rákkal folytatott, bizonytalansággal és megrázkódtatásokkal teli küzdelemben a páciensek aktív szerepet szeretnének vállalni, a konvencionális gyógyítást, tehát orvosuk munkáját szeretnék támogatni, erős bizalommal fordulnak felé, és elsősorban a kezelőjüktől kapott információ alapján választanak kiegészítő módszert. Mindezek alapján rendkívül fontos a KAM-használatot megbeszélni az orvosi konzultációk során, akár az orvos kezdeményezésére, ezzel támogatva a beteg aktív részvételét és bevonódását a saját kezelésébe, elősegítve a terápiahűséget és csökkentve a kockázatokat. A KAM-használat széles körű elterjedtsége egyértelmű. Ha ennek megbeszélése orvos és beteg között elmarad, akkor fennáll a lehetőség, hogy a páciens ezt más, kevésbé hozzáértő személlyel fogja megvitatni, ami komoly kockázatot jelenthet onkológiai kezelésére nézve.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: K. Zs.: Irodalomkutatás, a vizsgálat lefolytatása, adatfelvétel, adatbevitel és -elemzés, a kézirat megszövegezése. Gy. Zs.: A kézirat átnézése, szövegezése, szakmai konzultáció. G. E.: Az adatok elemzése, a kézirat átnézése, szövegezése. M. Z.: Az elkészült kézirat onkológiai véleményezése. A cikk végleges változatát minden szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Kásler M, Ottó S, 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]
- [2] National Cancer Registry. [Nemzeti Rákregiszter]. Available from: www.stat.nrr.hu [accessed: Aug 17, 2020]. [Hungarian]
- [3] National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name? Bethesda, MD; last updated: April 2021. Available from: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name> [accessed: May 17, 2021].
- [4] Zörgő S, Purebl G, Zana Á. Factors determining selection of treatment options oriented towards complementary and alternative medicine. [A komplementer és alternatív medicina felé orientálódó terápiaválasztást meghatározó tényezők.] *Orv Hetil.* 2016; 157: 584–592. [Hungarian]
- [5] Zörgő S, Purebl G, Zana Á. A qualitative study of culturally embedded factors in complementary and alternative medicine use. *BMC Complement Altern Med.* 2018; 18: 25.
- [6] Keene MR, Heslop IM, Sabesan SS, et al. Complementary and alternative medicine use in cancer: a systematic review. *Complement Ther Clin Pract.* 2019; 35: 33–47.
- [7] Davis EL, Oh B, Butow PN, et al. Cancer patient disclosure and patient-doctor communication of complementary and alternative medicine use: a systematic review. *Oncologist* 2012; 17: 1475–1481.
- [8] Molassiotis A, Scott JA, Kearney N, et al. Complementary and alternative medicine use in breast cancer patients in Europe. *Support Care Cancer* 2006; 14: 260–267.
- [9] Hammersen F, Pursche T, Fischer D, et al. Use of complementary and alternative medicine among young patients with breast cancer. *Breast Care* 2020; 15: 163–170.
- [10] Tautz E, Momm F, Hasenburg A, et al. Use of complementary and alternative medicine in breast cancer patients and their experiences: a cross-sectional study. *Eur J Cancer* 2012; 48: 3133–3139.
- [11] Pedersen CG, Christensen S, Jensen AB, et al. Prevalence, socio-demographic and clinical predictors of post-diagnostic utilisation of different types of complementary and alternative medicine (CAM) in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *Eur J Cancer* 2009; 45: 3172–3181.
- [12] Wanchai A, Armer JM, Stewart BR. Complementary and alternative medicine use among women with breast cancer: a systematic review. *Clin J Oncol Nurs.* 2010; 14: E45–E55.
- [13] Fremd C, Hack CC, Schneeweiss A, et al. Use of complementary and integrative medicine among German breast cancer patients: predictors and implications for patient care within the PRAEGNANT study network. *Arch Gynecol Obstet.* 2017; 295: 1239–1245.
- [14] Sárváry A, Sárváry A. Use of complementary and alternative medicine among breast cancer patients in Hungary: a descriptive study. *Complement Ther Clin Pract.* 2019; 35: 195–200.
- [15] Hyland ME, Lewith GT, Westoby C. Developing a measure of attitudes: the holistic complementary and alternative medicine questionnaire. *Complement Ther Med.* 2003; 11: 33–38.
- [16] Köteles F. Psychometric evaluation of the Hungarian version of the Holistic Complementary and Alternative Medicine Questionnaire (HCAMQ-H). [A Holisztikus Komplementer és Alternatív Medicina Kérdőív magyar változatának (HCAMQ-H) pszichometriai vizsgálata.] *Mentálhig Pszichoszom.* 2014; 15: 49–65. [Hungarian]
- [17] Wallston KA, Stein MJ, Smith CA. Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *J Pers Assess.* 1994; 63: 534–553.

- [18] Konkoly Thege B, B Rafael B, Rohánszky M. Psychometric properties of the multidimensional health locus of control scale form C in a non-Western culture. *PLoS ONE* 2014; 9: e107108.
- [19] Quandt SA, Verhoef MJ, Arcury TA, et al. Development of an international questionnaire to measure use of complementary and alternative medicine (I-CAM-Q). *J Altern Complement Med.* 2009; 15: 331–339.
- [20] Eardley S, Bishop FL, Cardini F, et al. A pilot feasibility study of a questionnaire to determine European Union-wide CAM use. *Forsch Komplementmed.* 2012; 19: 302–310.
- [21] Rafael B, Konkoly Thege B, Kovács P, et al. Anxiety, depression, health-related control beliefs, and their association with health behaviour in patients with ischemic heart disease. [Szorongás, depresszió, egészségkontrollhit és az egészség-magatartással való kapcsolatuk ischaemiás szívbetegek körében.] *Orv Hetil.* 2015; 156: 813–822. [Hungarian]
- [22] Jones E, Nissen L, McCarthy A, et al. Exploring the use of complementary and alternative medicine in cancer patients. *Integr Cancer Ther.* 2019; 18: 1534735419854134.
- [23] Wode K, Henriksson R, Sharp L, et al. Cancer patients' use of complementary and alternative medicine in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Complement Altern Med.* 2019; 19: 62.
- [24] Kessel KA, Lettner S, Kessel C, et al. Use of complementary and alternative medicine (CAM) as part of the oncological treatment: survey about patients' attitude towards CAM in a university-based oncology center in Germany. *PLoS ONE* 2016; 11: e0165801.
- [25] Molassiotis A, Fernández-Ortega P, Pud D, et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Ann Oncol.* 2005; 16: 655–663.
- [26] Bahall M. Prevalence, patterns, and perceived value of complementary and alternative medicine among cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. *BMC Complement Altern Med.* 2017; 17: 345.
- [27] Farooqui M, Hassali MA, Shatar AK, et al. Use of complementary and alternative medicines among Malaysian cancer patients: a descriptive study. *J Tradit Complement Med.* 2016; 6: 321–326.
- [28] Soós SÁ, Jeszenői N, Darvas K, et al. Herbal medicine use by surgery patients in Hungary: a descriptive study. *BMC Complement Altern Med.* 2015; 15: 358.
- [29] Algier LA, Hanoglu Z, Özden G, et al. The use of complementary and alternative (non-conventional) medicine in cancer patients in Turkey. *Eur J Oncol Nurs.* 2005; 9: 138–146.
- [30] Paul M, Davey B, Senf B, et al. Patients with advanced cancer and their usage of complementary and alternative medicine. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2013; 139: 1515–1522.
- [31] Lengacher CA, Bennett MP, Kip KE, et al. Relief of symptoms, side effects, and psychological distress through use of complementary and alternative medicine in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33: 97–104.
- [32] Walke LM, Byers AL, Gallo WT, et al. The association of symptoms with health outcomes in chronically ill adults. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33: 58–66.
- [33] Rhee TG, Pawloski PA, Parsons HM. Health-related quality of life among US adults with cancer: potential roles of complementary and alternative medicine for health promotion and well-being. *Psychooncology* 2019; 28: 896–902.
- [34] Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997; 38: 21–37.

(Koncz Zsuzsa,
Budapest, Nagyvárud tér 4., XX. emelet, 1089)
e-mail: koncz.zsuzsa@med.semmelweis-univ.hu)

„*Audendo virtus crescit, tardando timor.*”

(A merészség a bátorságot növeli, a halogatás a félelmet.)