

Optimistábbá tesz-e a betegség? Emlődaganatos betegek és egészséges kontrollszemélyek interjúkérdésekre adott válaszainak összehasonlítása

MERSDORF ANNA^{1*} – VARGAY ADRIENN¹ –
HORVÁTH ZSOLT^{2,3} – BÁNYAI ÉVA¹

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest

²Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Onkológiai Intézet,
Debrecen

³Országos Onkológiai Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2013. november 27.; elfogadva: 2014. április 29.)

Elméleti háttér: Az optimizmus pszichológiai vizsgálata során számos kutatás tárt fel összefüggéseket az optimizmus és a mentális, valamint a fizikai egészségmutatók között. Az optimizmus fogalma olyan összetett konstruktum, amelyet legtöbb kutató a jövőre irányuló pozitív elvárások összességeként értelmez; de az irreális, szituációspecifikus optimizmus és a remény is a tágon értelmezett optimizmushoz kapcsolható fogalmak. Az optimizmus emlődaganatos betegeknél számos esetben alacsonyabb szorongásszinttel, kevesebb distresszel és magasabb érzelmi jól-léttel, társas támogatottsággal és poszttraumás növekedéssel jár együtt. *Cél:* Emlődaganatos betegek és egészséges kontrollszemélyek elmúlt évben és eddigi életük során tapasztalt lelkiállapotának, valamint optimista–pesszimista attitűdjének feltárása és összehasonlítása. További célunk volt a betegek ötéves utánkövetése során az optimista–pesszimista attitűd túléléssel való összefüggéseinek vizsgálata. Távlati célunk, hogy eredményeinkkel hozzájáruljunk a daganatos betegségek prevenciójához és a gyógyítás hatékonyabbá tételéhez. *Módszer:* Kutatásunk során strukturált interjút használtunk mérőeszközként (Komplex Strukturált Interjú emlődaganatos betegek részére), 28 emlődaganatos és 28 egészséges kontrollszemély bevonásával. Az interjúk során adott válaszokat a „lehorgonyozott elmélet” (grounded theory) tartalomelemzési módszer alapján kidolgozott kategóriarendszer mentén elemeztük. *Eredmények:* Eredményeink szerint mindkét csoport jó lelkiállapotról számolt be, ami az eddigi életet illeti, de az elmúlt év során tapasztalt lelkiállapot és optimista attitűd tekintetében szignifikáns különbség volt tapasztalható a két csoport között: lelkiállapotban a daganatos betegek kárára, optimizmusban viszont a betegek javára ($p = 0,022$, illetve $p = 0,003$). Az ötéves utánkövetés eredményei nem mutattak szignifikáns összefüggést az optimista–pesszimista attitűd és túlélés között. *Következtetések:* A daganatos betegek szignifikánsan rosszabb lelkiállapotuk

* Levelező szerző: Mersdorf Anna, 1072 Budapest, Klauzál u. 31. II/17.
E-mail: ansikia@gmail.com

ellenére szignifikánsan optimistább attitűddel voltak jellemezhetőek, mint az egészséges kontrollszemélyek. Ez az optimizmus egyaránt értelmezhető elhárításként vagy adaptív megküzdési mechanizmusként.

Kulcsszavak: emlődaganat, lelkiállapot, optimizmus, pesszimizmus, strukturált interjú, megküzdés

1. Bevezető

1.1. Optimizmus és pesszimizmus

Az optimizmus a pszichológiai vizsgálatok népszerű témája, számos kutatás tárt fel összefüggéseket az optimizmus és a különféle mentális és fizikai egészségmutatók között (Allison, Guichard, Fung, & Gilain, 2003; Maruta, Colligan, Malinchoc, & Offord, 2000; Scheier és mtsai, 1999; Szondy, 2006; Taylor és mtsai, 1992). Az optimizmus, mint kognitív konstruktum, az életesemények értelmezésének is keretet ad, s befolyásolja a személy érzelmi jól-létét is (Carstensen, Carstensen, Charles, Isaacowitz, & Kennedy, 2003).

De mit is jelent pontosan az optimizmus? A fogalom úttörő kutatói, Scheier és Carver (1985) szerint a diszpozicionális (vonás-) optimizmust úgy írhatjuk körül, mint a jövőre irányuló generalizált pozitív elvárások összességét. A fogalom definiálása mellett kifejlesztették a vonásoptimizmust mérő Életszemlélet Tesztet (Life Orientation Test – LOT), melynek továbbfejlesztett verzióját (LOT-R; Scheier, Carver, & Bridges, 1994) napjainkban is használják a téma kutatói. Bérdi és Köteles (2010) az Életszemlélet Teszt átdolgozott változatának (LOT-R) pszichometriai jellemzőit magyar mintán is vizsgálta. A fenti meghatározás mellett számos egyéb megfogalmazása és mérési eljárása is lehetséges az optimizmusnak, amit Szondy (2008) dolgozatában átfogóan elemez.

Clarke, Lovegrove, Williams és Machperson (2000) szerint irreális optimizmusról akkor beszélhetünk, amikor a személy saját jövőjét pozitívabban látja másokénál, akik ugyanabban a helyzetben vannak, mint ő. Holmes és Pace (2002) a személy egy konkrét esemény (pl. orvosi vizsgálat) kimenetelével kapcsolatos elvárásait pedig szituációs-specifikus optimizmusnak nevezik. Az optimizmussal foglalkozó kutatások túlnyomó többségben az eddig említett konstruktumok közül a diszpozicionális optimizmus fogalmát használják (Szondy, 2008).

Scheier és Carver (1985) az optimizmust és a pesszimizmust ugyanazon dimenzió két végpontjának tartotta, de a téma kutatói egyre több bizonyítékot találnak arra vonatkozóan, hogy a két fogalom egymástól független

konstruktnak tekinthető (Chang, Chang, Sanna, & Hatcher, 2008; Robinson-Whelen, Kim, MacCallum, & Kiecolt-Glaser, 1997; Sulkers és mtsai, 2013). Herzberg, Glaesmer és Hoyer (2006) egy 46 133 fős mintát bevonva faktoranalízisnek vetették alá az Életszemlélet Teszt átdolgozott változatával (LOT-R) (Scheier és mtsai, 1994) nyert adataikat, és eredményeik szerint az optimizmus és a pesszimizmus két, egymástól elkülönülő faktor.

1.2. Az optimizmus és a daganatos betegségek kapcsolata

1.2.1. Az optimizmus és pesszimizmus összefüggése egyéb testi és lelki tényezőkkel

Az optimizmus és daganatos betegségek kapcsolata számos szempontból vizsgálható. A kutatások leggyakoribb kérdésfeltevése az, hogy a betegek optimista vagy pesszimista attitűd esetén milyen egyéb testi és lelki tényezőkkel jellemezhetőek. Több vizsgálat szerint is az optimizmus fordítottan arányos a distresszel és a szorongás mértékével emlődaganatosok körében (Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskivaara, Lipsanen, & Hietanen, 2012). Carver és munkatársai (1993) 59 emlődaganatos nővel folytatott longitudinális vizsgálatukban azt találták, hogy az optimistább nők kevesebb distresszt éltek át, mint kevésbé optimista társaik. Hasonló eredményre jutott Trunzo és Pinto (2003), valamint Applebaum és munkatársai (2013) is, miszerint a magasabb mértékű optimizmus és a társas támogatás fordított arányban áll az érzelmi distresszel, szorongással, depresszióval és reménytelenséggel.

Más eredmények szerint az optimizmus pozitív összefüggést mutat az érzelmi jól-léttel (Matthews & Cook, 2009), a jobb életminőséggel (Applebaum és mtsai, 2013; Schou, Ekeberg, Sandvik, Hjerstad, & Ruland, 2005; Smith és mtsai, 2011), a betegséghez való sikeres alkalmazkodással (Carver és mtsai, 2005) és a jobb szociális működéssel (Colby & Shifren, 2013). Továbbá az optimista beállítódás egyik bejósoló tényezője a betegségben való előnytalálásnak (Dunn, Occhipinti, Campbell, Ferguson, & Chambers, 2011) és a poszttraumás növekedés (PTN) megjelenésének (Bozo, Gündoğdu-Aktürk, & Büyükaşık-Çolak, 2009; Buxton, 2011). További érdekes összefüggés, hogy az optimizmus és PTN közötti közvetítő változó az aktív, problémafókuszú megküzdési mód (Büyükaşık-Çolak, Gündoğdu-Aktürk, & Bozo, 2012).

A pesszimizmus és az emlődaganatos betegséghez való alkalmazkodás összefüggésének vizsgálata során Carver és munkatársai (1994) azt találták, hogy a pesszimizmus alacsonyabb szubjektív jól-léttel és a betegséghez való rosszabb alkalmazkodással jár együtt. A pesszimizmus emlődaganatosok

esetében előrejelzője a mentális zavarok megjelenésének is (Sohl és mtsai, 2012). Az optimizmus és pesszimizmus időbeni állandóságának vizsgálatakor pedig Schou, Ekeberg, Sandvik és Ruland (2005) azt az eredményt kapták, hogy az emlődaganat diagnózisának közlésekor, majd a három és tizenkét hónappal később mért optimizmus és pesszimizmus mértéke állandónak mutatkozik – ez a szint akkor sem változott, ha a műtét után rossz hírt kaptak a páciensek.

1.2.2. Az optimizmus és pesszimizmus daganatos betegeknél és egészséges kontrollszemélyeknél

Az optimizmus és emlődaganatos betegség kapcsolatának sokkal kevésbé kutatott területe, hogy a daganatos betegek mennyire optimisták az egészséges, illesztett kontrollszemélyekkel összehasonlítva. Az eddigi kutatási eredmények érdekes összefüggésekre hívják fel a figyelmet. Így Pinquart, Fröhlich és Silbereisen (2007) egy 300 fős mintán végzett kutatásban 150, nemrégiben diagnosztizált daganatos beteget (átlagéletkor 54,9 év, szórás 15,5 év) és 150 egészséges, életkor és iskolai végzettség szempontjából illesztett kontrollszemélyt vizsgáltak. Két időpontban, a kemoterápia megkezdése előtt, majd kilenc hónappal később mérték az optimizmus szintjét. Az eredmények alapján a kemoterápia előtt álló betegek nagyobb mértékű optimizmusról számoltak be, mint az egészséges kontrollszemélyek, de ennek az optimizmusnak a szintje kilenc hónappal később lecsökkent.

Stiegelis és munkatársai (2003) komplex longitudinális vizsgálatukban 67 daganatos (36 nő, 31 férfi, átlagéletkor 58,7 év, szórás 12,6 év) és 50 egészséges (28 nő, 22 férfi, átlagéletkor 60,3 év, szórás 13,0 év) személyt hasonlítottak össze optimizmus szempontjából az Életszemlélet Teszt segítségével. A daganatos betegek demográfiai és pszichológiai változók tekintetében nem különböztek szignifikánsan a kontrollcsoporttól. Eredményeik szerint a daganatos betegek a sugárkezelés előtt egy héttel (T1), majd 2 héttel (T2), illetve 3 hónappal (T3) a sugárkezelés befejezése után is szignifikánsan optimistábbak voltak (T1: $p < 0,001$, T2: $p < 0,01$, T3: $p < 0,01$) az egészséges mintához képest.

Von Ah és munkatársai (2012) 62 emlődaganatos és 78 illesztett egészséges kontrollszemély vizsgálatokor azt az eredményt kapták, hogy bár a betegek több fizikai fáradtságról és rosszabb minőségű alvásról számoltak be, mint az egészségesek, de ugyanakkor a kontrollcsoporthoz képest szignifikánsan nagyobb mértékű – párjuktól érkező – társas támogatást és életükben megjelenő pozitív irányú változást éltek meg.

1.3. Emlődaganat és lelkiállapot

A diagnózis közlésére, a betegséggel jelentkező félelmekre és életmódváltozásra különböző módon reagálhatnak az érintettek. A betegség diagnosztizására adott reakciót több tényező is befolyásolhatja: a személyiség, az életkor, az életút, az aktuális élethelyzet, sőt még az egészségügyi intézmény légköre is, ahol a kezelés zajlik (Barraclough, 1999; Rowland & Massie, 2010). A diagnózisközlést számos intenzív érzelm is kíséri, melyek közül talán legkiemelkedőbb és legáltalánosabb a félelem. A diagnózisközlés után kialakuló leggyakoribb félelmek közé tartozik a halálfélelem, ez az érzés még akkor is kialakul, ha a prognózis kedvező (Riskó, 2006). A diagnózist a negatív érzelmek köréből kísérheti továbbá szorongás, szomorúság, kétségbeesés, düh, büntudat vagy szégyen, de megjelenhetnek pozitív érzelmek is, mint például a megkönnyebbülés, hiszen a diagnózis birtokában véget ért a bizonytalan időszak, és kezdődhet a kezelés. A betegség jelenthet kihívást és megjelenhet az elfogadás is. Bármelyik érzelm jelenjen is meg a kezdeti időszakban, általánosságban mégis elmondható, hogy a betegséghez történő érzelmi alkalmazkodás több fázison megy keresztül (Barraclough, 1999).

Hogy a diagnózis közlését követően mely érzelmek dominálnak, jelentősen befolyásolja a betegséghez való alkalmazkodást, a megküzdést és akár a túlélést is. Epping-Jordan és munkatársai (1999) 80 emlődaganatos nővel végzett vizsgálatában a diagnózisközlés során és a diagnózist követő hatodik hónapban mért alacsony diszpozicionális optimizmus előre jelezte a szorongásos tünetek és a depresszió megjelenését. A szerzők szerint a folyamatot mediáló tényezőként részben az érzelmközpontú megküzdés áll a háttérben.

Az emlőrák diagnózisa hosszabb távon is komoly pszichés következményeket okozhat. Az érintettek 30%-ánál depresszió és szorongás léphet fel a diagnózist követő egy éven belül. Ez 3–4-szer nagyobb arány, mint ami az átlagpopulációban előfordul (Riskó, 2006). Burgess és munkatársai (2005) 170 emlődaganatos nővel végzett vizsgálatukban a betegek 50 százalékánál mutattak ki klinikailag szignifikáns depressziót vagy szorongást, vagy mindkét lelki problémát a diagnózist követő egy évben. A betegek 25 százalékánál jelentkezett ez a klinikailag jelentős pszichés állapotromlás a diagnózist követő második, harmadik, illetve negyedik évben. Fafouti és munkatársai (2010) vizsgálatukban 109 emlődaganatos beteget hasonlítottak össze 71 egészséges kontrollszeméllyel. Eredményeik alapján az emlődaganatosok magasabb szorongás- és depressziószinttel rendelkeztek az egészséges kontrollszemélyekhez viszonyítva, és ennek az állapot-

nak a kialakulásában – regresszióanalízis alapján – a legnagyobb szerepet a betegség játszotta.

A daganatos betegség során a szorongás és depresszió mellett más pszichiátriai kórképek is felléphetnek. Az egyik ilyen kórkép a poszttraumás stresszavar (PTSD), mely az onkológiai betegek 4–10%-ban alakul ki (Riskó, 2006). Mehnert és Koch (2007) 127 emlődaganatos nővel végzett vizsgálatban azt találta, hogy a PTSD tünetei a betegek 18,5%-ánál jelentkeznek a műtétet követően, illetve a betegek 11,2–16,3%-ánál hat hónappal a műtéti beavatkozás után. Green és munkatársainak (1998) eredményei alapján 160 emlődaganatos nő esetében a PTSD tünetei a betegek 3%-ánál voltak megtalálhatóak 12 hónappal a diagnózis közlése után.

A daganatos betegséghez társuló érzelmek körében mindenképpen szót kell ejteni arról, hogy a betegség a személyes növekedés lehetőségét is magában hordozza. Cordova, Cunningham, Carlson és Andrykowski (2001) 70 emlődaganaton átesett gyógyult és 70 illetett egészséges személyt hasonlítottak össze depresszió, általános jól-lét (well-being) és poszttraumás növekedés szempontjából. Eredményeik alapján a két csoport között nem volt különbség a depresszió és a jól-lét mentén, azonban jelentős poszttraumás növekedésről számolt be az emlődaganatból gyógyult csoport. A növekedés leginkább a társas kapcsolataikban, az élet értékelésében és a spiritualitásban mutatkozott meg.

2. Módszer

2.1. A jelen tanulmány célja és a kutatás bemutatása

2008 januárjában az ELTE Magatartápszichológiai Doktori Programja és az Országos Onkológiai Intézet együttműködésében egy többlépcsős onkopszichológiai kutatás indult.¹ Ennek célja a daganatos betegek és egészségesek jellemzőinek és attitűdjeinek feltárása volt testi-, lelki- és spirituális szempontból, illetve annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy tapasztalható-e különbség a két csoport válaszai között. Távlati célunk, hogy eredményeinkkel hozzájáruljunk a daganatos betegségek prevenciójához és a gyógyítás hatékonyabbá tételéhez.

¹ A kutatásnak két iránya van, két kutatócsoport részvételével. Az egyik kutatócsoport az emlődaganat kialakulásának hátterében álló pszichoszociális tényezőket vizsgálta, a másik kutatócsoport Bányai Éva vezetésével a hipnózis mint kiegészítő terápia hatékonyságát vizsgálja a daganatos betegség gyógyításában és a kemoterápia mellékhatásainak csökkentésében.

Jelen tanulmányban az emlődaganatos betegek és egészséges kontrollszemélyek lelkiállapotával és optimista–pesszimista attitűdjeivel kapcsolatos válaszokat mutatjuk be. Vizsgálati személyeink lelkiállapotra vonatkozó adatainak elemzése során figyelmünk azért irányult az optimista–pesszimista attitűd és lelkiállapot közötti összefüggésre, mivel jelentős eltérés volt tapasztalható az egészségesek és a betegek válaszai között. Felmerült a kérdés, hogy vajon ez az eltérés statisztikailag szignifikáns-e, illetve hogy milyen okok állhatnak az eltérés hátterében. A lehetséges magyarázó tényezők közül az optimizmus mint megküzdési mód szerepét is szeretettük volna megvizsgálni, hiszen a betegséggel való megküzdés során alkalmazott megküzdési stratégiák feltárása és azok hatékonyságának vizsgálata segíthet a betegek gyógyulásának hatékonyabbá tételében. Az optimizmus sikeres megküzdési stratégiaként való értelmezését alátámasztaná továbbá, ha az optimista attitűd a betegek túlélésével pozitív együttjárást mutatna. Ezért a betegek öt éves utánkövetése során megvizsgáltuk az optimista–pesszimista attitűd túléléssel való összefüggéseit is.

2.2. Vizsgálati személyek

Vizsgálati csoportunk 31 emlődaganatos betegből és 35 egészséges kontrollszemélyből állt. Az emlődaganatos betegeket az Országos Onkológiai Intézet ambulanciáján és a Nyíregyházi Napforduló Szolgáltatón keresztül, az egészséges kontrollszemélyeket pedig újsághirdetéssel, levelezőlistákon és közösségi honlapokon folytatott elektronikus levelezéssel toboroztuk.

Az emlődaganatos betegek közül 3 főt, a kontrollszemélyek közül 5 főt módszertani okokból utólag ki kellett zárunk a vizsgálatból. Ezután a fennmaradó 30 kontrollszemély közül kiválasztottuk azt a 28-at, aki szocioökonómiai státusz szempontjából leginkább illeszkedett a végső mintában maradt 28 emlődaganatos beteghez. Az 1. táblázat mutatja be az elemzésbe bevont 56 fő egészségi állapot, nem, életkor és szocioökonómiai státusz szerinti jellemzőit. Kétmintás *t*-próba alapján nincs szignifikáns eltérés a két csoport között életkor és átlagjövedelem tekintetében. Mind a beteg-, mind az egészséges kontrollcsoportból 20-20 fő élt párkapcsolatban, és 8-8 fő volt egyedülálló. A betegcsoportból 15 vizsgálati személy a betegség kezdeti, 12 a betegség előrehaladott stádiumában volt, egy személynél pedig kiújult a betegség.

1. táblázat. A vizsgálati személyek jellemzői

	Emlődaganatos csoport	Illesztett kontrollcsoport
Elemzés	28	28
Nők aránya	100%	100%
Átlagéletkor (év)	53,4 (szórás = 9,8 év)	49,8 (szórás = 8,6 év)
Havi átlagjövedelem	87 500 Ft (szórás = 29 500 Ft)	103 800 Ft (szórás = 52 500 Ft)

2.3. Etikai megfontolások, a vizsgálat menete

A kutatás indításakor, 2008 áprilisában, a kutatás tervezetét elfogadta az Országos Onkológiai Intézet kutatásetikai bizottsága. A vizsgálatban részt vevő személyeket megfelelően tájékoztattuk, és felkértük őket egy beleegyező nyilatkozat aláírására. A vizsgálatban részt vevő személyekkel egy alkalommal, körülbelül másfél órás négy szemközti beszélgetést folytattunk, melyet diktafonra rögzítettünk. A betegcsoporttal az Országos Onkológiai Intézet, illetve a Nyíregyházi Napforduló Szolgálat helyiségeiben, az egészséges kontrollcsoporttal pedig az ELTE Pszichológiai Intézetében, egy szombathelyi iskolában és egy nyíregyházi rendelőben vettük fel az interjúkat.

A betegek 5 éves utánkövetésekor a betegségstátusszal és túléléssel kapcsolatos adatokat több úton gyűjtöttük össze. Az Országos Onkológiai Intézet betegeiről az Intézet MedWorks nevű adatbázisából tájékozódunk, amelyben fel van tüntetve, ha egy beteg elhunyt, illetve a rendszeresen kontrollra járó betegek legutóbbi ambuláns lapjáról kiolvasható, ha a beteg tünetmentes vagy esetleg kiújult nála a betegség. Azokat a betegeket, akik más intézményben folytatták kezelésüket, telefonon kerestük meg. A nyíregyházi betegekről a Napforduló Szolgálat munkatársai adtak felvilágosítást.

2.4. Komplex Strukturált Interjú emlődaganatos betegek részére (KSI-Edb)

A daganatos megbetegedések háttere nagyon összetett, ezért a sokrétű és az összefüggések feltárását lehetővé tevő adatok gyűjtéséhez komplex megközelítésre van szükség. Ennek a komplexitásnak a megragadására kidolgoztunk egy strukturált interjút (Komplex Strukturált Interjú emlődaganatos betegek részére – KSI-Edb; Mersdorf, Vargay, Horváth, & Bányai, 2013), mely interjú kérdéseinek négy szemközti beszélgetés kereté-

ben történő felvétele során lehetőség nyílt a vizsgálati személyek gondolkodási struktúrájának feltárására. Minden résztvevőnek ugyanazokat a kérdéseket tettük fel, de a beszélgetés során lehetőségük volt a kérdésekre adott egyéni megfogalmazású válaszadásra és spontán módon felmerülő gondolati tartalmak közlésére is. Az interjúhelyzet lehetőséget teremtett a személyes kapcsolatfelvételre is, és mindez a visszajelzések alapján pozitív élményként maradt meg mind a daganatos, mind pedig az egészséges kontrollszemélyekben.

2.5. Tartalomelemzés

A körülbelül másfél órás, digitális diktafonnal, hangformátumban rögzített interjúk anyaga az áttekinthetőbb további feldolgozás érdekében szöveges átírára került. Az interjúk szöveges átírata alapján alakítottuk ki azt a kategóriarendszert, melynek segítségével tartalomelemzést hajtottunk végre az 56 interjú szövegén. Jelen tanulmányban az interjú következő kérdéseire adott válaszokat elemezzük: (1) Milyen volt a lelkiállapota az elmúlt évben? (2) Milyen volt a lelkiállapota élete során? (3) Milyen volt a lelkiállapota gyermekkorában?

Az interjúk szöveges átírata alapján az egyes interjúban szereplő kérdésekre adott válaszokat kiválogattuk és egymás alá tettük. Minden kérdésre (Pl.: Milyen volt a lelkiállapota az elmúlt évben?) a teljes hosszúságú válaszokat kiválasztottuk (Első példa: „Nem jó. Már állandóan a betegséggel foglalkoztam. Igyekeztem felülkerekedni, de belül mindig arra gondoltam. Lelkiekben nem voltam jól.... Próbáltam változtatni, mert hiszek benne, ha az ember lelkileg nincs jól, az kihat a betegségre, annak lefolyására, tovább menetelére. Lelkiekben egyébként is nagyon érzékeny vagyok, ez is hozzájárulhat a betegségemhez”; Második példa: „Remekül! Tavaly például remekül éreztem magam, a tavalyi év nagyon jó volt, mert, – én egyébként nyugdíjas vagyok már – de visszajárok dolgozni, és – ugye tavaly voltam 60 éves – és a kollegáimnak a szeretete, meg ahogy köszöntöttek...””) és le rövidítettük a kérdések szempontjából fontos válaszokra (Első példa: nem jól; Második példa: remekül), és ezekből a rövid válaszokból készítettünk egy listát. Ezeket a listákat többször átolvasta a kutatócsoport három tagja, és egymástól függetlenül kidolgoztak egy-egy kategóriarendszert. Miután konszenzusra jutottak az esetleges eltérésekben, kidolgozták mindegyik kérdésre a végleges változatot, vagyis azokat a kódokat, amelyek segítségével a válaszok kódolásra kerültek (2. táblázat második oszlopa).

Mindegyik interjúrészt két független megítélő kódolta végig az Atlas-ti tartalomelemző program segítségével. A kódolás megkezdése előtt a kódo-

lók ugyanazokat az instrukciókat kapták, illetve a kódolás áttekinthetősége érdekében és a kódok értelmezéséhez segítségként kaptak egy összetett kódolási segédletet. 5-5 interjú próbakódolása után a kutatócsoport tagjai és a kódolók megbeszélték az esetlegesen felmerülő kérdéseket, majd az összes interjúszöveg kódolásra került. A két független kódoló kódtábláját összehasonlítva kiszámoltuk a megítélők közötti megbízhatóság (Cohen-kappa) értékét, mely minden esetben megfelelő volt, és az optimizmus és pesszimizmus kódoknál elérte az igen magas, 0,929-es, illetve 0,899-es értéket.

Az optimizmus/pesszimizmus kategóriákra nem vonatkoztak külön kérdések; a független kódolók a kutatásban részt vevő személyek választai alapján adták ki ezeket a kódokat. Az optimizmust, a bevezetőben bemutatott szakirodalmi háttér alapján, a jövőre irányuló pozitív elvárásokként értelmeztük, és kódolása a lelkiállapottal kapcsolatos válaszok, a fontos életeseményekről való beszámoló, illetve maga az interjú által keltett összbemutató alapján történt. Amely interjúknál egyáltalán nem volt erre vonatkozó információ, ott nem történt besorolás, ahol pedig a jövőre irányuló elvárások változónak bizonyultak, ott az „élethez való hozzáállás változó” kód került kiadásra. A pesszimizmust, az optimizmushoz hasonlóan, a jövőre vonatkozó elvárásként, csak ebben az esetben a jövőre vonatkozó negatív elvárások összességéként értelmeztük, és kódolása az optimizmushoz hasonlóan történt.

Most lássunk néhány példát arra, hogy milyen esetekben adták ki a kódolók ezeket a kódokat. Az optimizmus kritériuma az élethez, a jövőhöz, a különböző jellegű problémákhoz való pozitív hozzáállás, az élet értékelése, illetve a daganatos mintán a betegséghez való pozitív hozzáállás és a gyógyulásra való irányultság volt, melyet ehhez hasonló válaszok esetén kódoltunk: „Én mindig csak élem az életemet, én mindig elhittem, hogy lesz holnap folytatás.” / „Biztos tudat volt bennem az irányba, hogy az élet, az jól működik és egyensúly van, és ha valahol nincs, akkor máshol lesz.” / „Én azon vagyok, hogy ne legyen műtét [itt az interjúalany elneveti magát], és hogy így sitty-sutty meggyógyuljak.”

A pesszimizmus kódját a negatív gondolkodásmódot tükröző megnyilvánulások kapták; olyanok mint „Én elég..., szóval én önmagamban ilyen, egy kissé szomorú, nem, nem tudom..., lehet, hogy más pesszimistának is mondana, de én önmagamtól nem vagyok az a nagyon lelkes...”

3. Eredmények

3.1. Keresztmetszeti eredmények

A 2. táblázatból kiolvasható, hogy az interjút megelőző évben hogyan alakult a daganatos betegek és egészséges kontrollszemélyek lelkiállapota. A 28 emlődaganatos beteg közül 5 személy jó, 13 személy rossz, 10 személy pedig változó lelkiállapotról számolt be. A 28 kontrollszemély közül 16 személy jó, 5 személy rossz, 7 személy pedig változó lelkiállapotra utaló válaszokat adott. A beteg- és az egészséges csoport között a chi-négyzet-statisztika eredménye szignifikáns különbséget mutatott mind az elmúlt évre vonatkozó jó lelkiállapotra, mind pedig az elmúlt évre vonatkozó rossz lelkiállapotra vonatkozóan. A változó lelkiállapot tekintetében nem volt szignifikáns eltérés a két csoport válaszai között.

2. táblázat. A lelkiállapotra vonatkozó kérdések (1. oszlop) kódolására használt kategóriarendszer kódjai (2. oszlop). A daganatos betegek és az egészséges kontrollszemélyek kódonkénti válaszszámai (3–4. oszlop) és a két csoport összehasonlításának statisztikai elemzéssel nyert eredményei (5. oszlop)

Kérdések	Kódok	Betegek	Egészségesek	Chi-négyzet
Milyen volt a lelkiállapota az elmúlt évben?	Jó	5	16	$\chi^2 = 9,21$; df = 1; p = 0,002
	Rossz	13	5	$\chi^2 = 5,24$; df = 1; p = 0,022
	Változó	10	7	$\chi^2 = 0,76$; df = 1; p = 0,383
	Nincs válasz, nem besorolható	0	0	–
Milyen volt a lelkiállapota gyermekkorában?	Jó	13	13	$\chi^2 < 0,01$; df = 1; p = 1
	Rossz	4	7	$\chi^2 = 1,02$; df = 1; p = 0,312
	Változó	6	6	$\chi^2 < 0,01$; df = 1; p = 1
	Nincs válasz, nem besorolható	5	2	$\chi^2 = 0,65^Y$; df = 1; p = 0,419
Milyen volt a lelkiállapota élete során?	Jó	12	13	$\chi^2 = 0,07$; df = 1; p = 0,788
	Rossz	2	0	$\chi^2 = 0,52^Y$; df = 1; p = 0,471
	Változó	14	15	$\chi^2 = 0,07$; df = 1; p = 0,788
	Nincs válasz, nem besorolható	0	0	–

^Y Yates-féle korrekcióval

A vizsgálati személyek gyermekkori lelkiállapottal kapcsolatos válaszai azt mutatják, hogy a 28 emlődaganatos beteg közül 13 fő jó, 4 fő rossz, 6 fő pedig változó lelkiállapotról számolt be. Öt fő válaszait nem lehetett

egyik kategóriába sem besorolni. A 28 egészséges kontrollszemély közül 13 fő jó, 7 fő rossz, 6 fő pedig változó gyerekkori lelkiállapotra utaló válaszokat adott. Két fő válaszait nem lehetett egyik kategóriába sem besorolni. A kutatásunkban részt vevő beteg és egészséges vizsgálati személyek összehasonlítása alapján nincs szignifikáns különbség a csoportok között a gyerekkori lelkiállapotra vonatkozóan.

A vizsgálati személyeknek azt a kérdést is feltettük, hogy az interjút megelőzően, életük során milyen volt a lelkiállapotuk. A 2. táblázatból kiolvashatjuk, hogy a 28 emlődaganatos személy közül 12 fő jó, 2 fő rossz, 14 fő pedig változó lelkiállapotról, az egészséges személyek közül 13 fő jó, 15 fő pedig változó lelkiállapotról számolt be eddigi életére vonatkozóan. Ebből a vizsgálati csoportból senki nem adott olyan választ, hogy élete során rossz volt a lelkiállapota. Ebben a tekintetben sem volt különbség a két csoport között.

3. táblázat. Az optimizmus és pesszimizmus megjelenése (kódolók általi kategorizálása) a daganatos betegek és az egészséges kontrollszemélyek válaszaiban, és a két csoport statisztikai összehasonlítása

Kódok/Kategóriák	Betegek	Egészségesek	Chi-négyzet
Optimista	19	8	$\chi^2 = 8,65$; $df = 1$; $p = 0,003$
Pesszimista	4	2	$\chi^2 = 0,19^y$; $df = 1$; $p = 0,665$
Változó	0	1	$\chi^2 < 0,01^y$; $df = 1$; $p = 1$
Nem besorolható	5	17	$\chi^2 = 10,62$; $df = 1$; $p = 0,001$

^y Yates-féle korrekcióval

A 3. táblázat bemutatja, hogy a 28 emlődaganatos vizsgálati személy közül 19 fő optimista, 4 fő pesszimista attitűddel rendelkezett, 5 főt pedig nem lehetett besorolni egyik kategóriába sem. A 28 egészséges személy közül 8 főt jellemzett optimista, 2 főt pedig pesszimista attitűd, 18 főt pedig nem lehetett besorolni ezekbe a kategóriákba. Az optimista-pesszimista kódokat a két független kódoló csak azokban az esetekben adta ki, amikor ezek az attitűdök a személyek válaszaiban egyértelműen megjelentek. „Nem besorolható” kódokat a kódolás során nem adtak ki, ezeket az értékeket utólagos számolás során vezettük be a táblázatba. A két csoportot statisztikai módszerekkel is összevetettük. Az optimizmus-pesszimizmus szempontjából változó hozzáállás esetén nem találtunk szignifikáns eltérést, viszont a daganatos betegek szignifikánsan optimistábbnak bizonyultak az egészségeseknél. Az egészséges személyek közül szignifikánsan több személyt nem lehetett besorolni egyik kategóriába sem a daganatos betegekkel összehasonlítva.

A betegcsoportot betegségstádium szerint is megvizsgáltuk optimista attitűd szempontjából (4. táblázat). A kezdeti stádiumban lévő betegek közül 11-en, az előrehaladott stádiumban lévők közül 7-en voltak optimista attitűddel jellemezhetőek, és az a személy is ebbe a csoportba tartozott, akinél kiújult a betegség. Nem volt optimizmusra utaló válasz 4 kezdeti, illetve 5 előrehaladott stádiumban lévő betegnél, tehát 9 betegnél az optimizmus nem volt kódolható. A chi-négyzet-statisztika nem mutatott szignifikáns különbséget az előrehaladott és a kezdeti stádiumban lévő betegek összehasonlítása során optimista attitűd szempontjából.

4. táblázat. A betegcsoport bemutatása az optimizmus és a betegségstádium viszonylatában

		Optimista	Nem optimista	Chi-négyzet
Betegség stádiuma	Kezdeti	11	4	$\chi^2 = 0,17^Y$; df = 1; p = 0,681
	Előrehaladott	7	5	
	Kiújult	1	-	-

^Y Yates-féle korrekcióval

3.2. A betegek utánkövetése

A vizsgálati személyekkel való interjúzás óta eltelt öt év lehetővé tette, hogy megvizsgáljuk a kérdést, hogy az optimista–pesszimista attitűd összefüggést mutat-e a betegség kiújulásával, illetve a túléléssel. A betegek utánkövetése során megtudtuk, hogy a 28 betegből 15 él és jól van, 4 él, de kiújult nála a betegség, és 9 elhunyt. Az 5. táblázatból kiolvashatjuk, hogy 13 optimista személy él, és 6 elhunyt, valamint 6 nem optimista személy él, és 3 hunyt el. Ha a táblázatban szereplő adatokat statisztikai elemzésnek vetjük alá, nem találunk szignifikáns összefüggést az optimista–pesszimista beállítottság és a túlélés között.

5. táblázat. A betegcsoport bemutatása az optimizmus és a jelenlegi egészségi állapot tekintetében (A visszaeső betegek az élő, tünetmentes személyekkel egy csoportban)

	Nem optimista	Optimista	Chi-négyzet
Él és jól van + él, de kiújult a betegség	6	13	$\chi^2 = 0,12^Y$; df = 1; p = 0,733
Elhunyt	3	6	

^Y Yates-féle korrekcióval

A 6. táblázatban a fenti adatokat úgy csoportosítottuk, hogy a visszaesőket és elhunytakat vontuk össze egy csoportba. Láthatjuk, hogy a visszaesők mindegyike optimista attitűddel volt jellemezhető. Az újracsoportosított adatokon végzett Chi-négyzet statisztikai próba sem mutatott szignifikáns összefüggést.

6. táblázat. A betegcsoport bemutatása az optimizmus és a jelenlegi egészségi állapot tekintetében (A visszaeső betegek az élő, tünetmentes személyekkel egy csoportban)

	Nem optimista	Optimista	Chi-négyzet
Él és jól van	6	9	$\chi^2 = 0,30^Y$; df = 1; p = 0,582
Elhunyt + él, de kiújult a betegség	3	10	

^Y Yates-féle korrekcióval

Azt is megvizsgáltuk, hogy a túlélés összefüggésben volt-e az első vizsgálat alatti betegségstádiummal és optimizmussal. A 7. táblázatból kiolvashatjuk, hogy az élők közül a vizsgálat idején 12-en voltak a betegség kezdeti, 6-an az előrehaladott stádiumban, és 1 főnél újult ki a betegség. Az elhunytak között 3-an voltak a betegség kezdeti, 6-an pedig a betegség előrehaladott stádiumában. Ezen adatok alapján nincs szignifikáns összefüggés a betegségstádium és a túlélés között.

7. táblázat. A betegcsoport bemutatása a túlélés és a betegségstádium viszonylatában

		Él	Elhunyt	Chi-négyzet
Betegség stádiuma	Kezdeti	12	3	$\chi^2 = 0,52^Y$; df = 1; p = 0,217
	Előrehaladott	6	6	
	Kiújult	1	–	–

^Y Yates-féle korrekcióval

A 8. táblázat pedig azt mutatja be, hogy a kezdeti stádiumban lévő optimista személyek közül 8 él, 3 elhunyt; a kezdeti stádiumban lévő 4 nem optimista személy közül mind él; az előrehaladott stádiumban lévő optimista betegek közül 4 él, 3 elhunyt; az előrehaladott stádiumban lévő 5 beteg közül pedig 2 él és 3 elhunyt. Az az egy fő, akinél a vizsgálat idején kiújult a betegség, optimista attitűddel volt jellemezhető, és az utánkövetés időpontjában is élt. Ezen adatok alapján nincs szignifikáns összefüggés az egyes betegségstádiumban lévő betegek túlélése között annak függvényében, hogy a betegek optimisták voltak-e vagy sem.

8. táblázat. A betegcsoport bemutatása az optimizmus, a túlélés és a betegségstádium tekintetében

		Optimista		Nem optimista		Chi-négyzet
Betegség stádiuma	Kezdeti	11	8 él, 3 elhunyt	4	4 él, 0 elhunyt	$\chi^2 = 0,19^Y$; df = 1; p = 0,661
	Előreha- ladott	7	4 él, 3 elhunyt	5	2 él, 3 elhunyt	$\chi^2 = 0,076^Y$; df = 1; p = 0,782
	Kiújult	1	1 él	–	–	–

^Y Yates-féle korrekcióval

4. Megbeszélés

4.1. A keresztmetszeti adatok értelmezése

A kutatásunkban részt vevő daganatos betegek a vizsgálatot megelőző évre vonatkozóan rosszabb lelkiállapotról számolnak be, mint az egészséges kontrollszemélyek. Mivel a daganat diagnózisa után számos negatív érzelem, szorongás, depresszió és poszttraumás stresszzavar léphet fel (Barracough, 1999; Burgess és mtsai, 2005; Fafouti és mtsai, 2010; Green és mtsai, 1998; Mehnert & Koch, 2007; Riskó, 2006), a kutatásunkban részt vevő személyek nagy valószínűséggel a más kutatók által is tapasztalt negatív érzelmi-hangulati állapotokat élték át, és az elmúlt évre vonatkozó válaszaikban ez az állapot fogalmazódott meg.

A rosszabb lelkiállapot ellenére a daganatos betegek optimistább attitűddel jellemezhetőek, mint a kontrollcsoport tagjai. Eredményeink alátámasztják Pinquart és munkatársai (2007), valamint Stiegelis és munkatársai (2003) eredményeit, akik optimistábbnak találták a daganatos betegeket az illesztett egészséges kontrollcsoportba tartozó kutatási személyeknél. Taylor (1983), mint ahogyan azt Kulcsár (2002) is kiemeli, daganatos betegekkel folytatott mélyinterjúi alapján azt a következtetést vont le, hogy a daganatos betegek többsége (95%-a) jelentést, magyarázatot keres az életüket fenyegető esemény értelmezésére. A betegségük következményeivel kapcsolatos kontroll megszerzésére törekszenek, és önértékelésük is nő.

Mindezeket az eredményeket Taylor (1983) kognitív adaptációs elmélete alapján kísérlethetjük meg magyarázni. Eszerint az emberek, ha életüket fenyegető eseménnyel vagy valamilyen személyes tragédiával szembesülnek, kognitív erőfeszítéseket tesznek azért, hogy visszaállítsák vagy akár túl is szárnyalják korábbi pszichológiai működésük szintjét. Ennek a kognitív munkának három komponense van: 1) jelentéskeresés, 2) erőfeszítés a kontroll elnyerésére a fenyegető esemény, illetve általában az egyén élete felett és 3) a szelf erősítése.

A jelentéskeresés kognitív folyamat, mely során a személy igyekszik oki magyarázatot találni a vele történetekre, és újrastrukturálja élete jelentését ezen akadály mentén. Ezek a kognitív újrastrukturálási folyamatok nagyrészt illúziókon alapszanak. Tíringer (2007) is beszámol az úgynevezett elégedettségi paradoxonról, mely azt írja le, hogy bár a daganatos betegek objektív szempontból az átlagosnál rosszabb élethelyzetben vannak, mégis jobb életminőségről számolnak be, mint a nem betegek. Elképzelhető, hogy egy megváltozott élethelyzetben az élet fontosnak tekintett értékei, aspektusai újrafogalmazódnak, és megváltoznak az életminőség lényegi dimenziói.

A szelf felértékelése történhet lefelé történő összehasonlítás által (például rosszabb helyzetben lévőkhöz hasonlítja magát az ember). Rigó és munkatársai magyar, többségében Budapesten élő, emlődaganattal operált betegeknél azt találták, hogy saját magukat „lefelé” hasonlították, vagyis a betegek így növelték önértékelésüket (Kulcsár, 2002). Emellett arra is utaltak eredményeik, hogy a betegek törekszenek a kontroll átvételére, és arra, hogy jelentést tulajdonítsanak a velük történő eseményeknek.

A kutatásunkban részt vevő, gyakran igen rossz prognózisú betegeknél tapasztalható optimista attitűd megjelenése, mely a saját étellel és betegséggel kapcsolatos pozitív elvárásokat tartalmazta, jelentheti azt is, hogy a betegek a kontroll iránti természetes elvárásukban a számukra egyedül kontrollálható csatornát, a kognitív kontrollt használják ki. A saját elképzelés szerint alakuló jövő racionalizálása ugyanakkor a „lefelé hasonlítás” módszerével is történhetett, miszerint a náluk rosszabb helyzetben lévő társaikhoz hasonlították magukat.

Szondy (2008) szerint az optimista attitűddel jellemezhető személyek a pesszimista személyeknél valószínűbben alkalmaznak aktív, problémafókuszú megküzdési módokat. Kontrollálhatatlan helyzetben pedig az optimisták hajlamosak adaptív emóciófókuszú megküzdési módokat (pozitív átértelmezés, humor, elfogadás) használni. Felvetődhet a kérdés, hogy egy olyan helyzetben, mint egy életet fenyegető betegség, maga az optimista attitűd vajon nem szolgálhat-e önmagában is – függetlenül a betegség megjelenése előtti életszemlélettől – adaptív megküzdési mechanizmusként?

Az emlődaganat diagnózisa után a daganatos betegek több élethelyzetben is alkalmazhatnak problémafókuszú megküzdési stratégiákat (információgyűjtés, kezelésekre járás, életmódbeli változások). Vannak azonban olyan helyzetek, amikor a valóság nem alakítható, kontrollálható, így nem lehetséges problémafókuszú megküzdési stratégia alkalmazása. Ekkor csak a beállítódáson, attitűdön lehet változtatni, másfajta megküzdési módot kell választani a mentális egészség fenntartása érdekében (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986). A daganatos betegséggel való küzdelem

során is megjelenik az egzisztenciális fenyegetettség élménye, és a problémafókuszú megküzdési stratégiák mellett ebben az életet fenyegető helyzetben a betegek „adaptív elhárítási mechanizmusként”, emóciófókuszú megküzdési módként is alkalmazhatják az optimizmust. Kulcsár (2002) is felveti, hogy a daganatos betegek optimizmusa esetleg összefüggésbe hozható a náluk tapasztalt elhárítási formákkal. Kulcsár (2002) továbbá arra is felhívja a figyelmet, hogy a betegeknél néha tapasztalt, már-már euforikus állapot nem állandó, sokszor felváltja a mély kétségbeesés, így a betegek jellemzőek az érzelmi szélsőségek. Láthatjuk, hogy a kutatásunkban részt vevő egészséges kontrollszemélyek szignifikánsan kevesebb esetben kaptak optimista–pesszimista besorolást, mint a daganatos betegek, tehát a betegek válaszaiból jobban megragadhatók voltak a szélsőséges érzelmekre utaló megnyilatkozások.

Az is oka lehet a betegek szignifikánsan magasabb optimizmus-pontszámának és az egészségesek szignifikánsan magasabb „nem besorolható” pontszámának, hogy optimizmusra akkor van igazán nagy szükség, amikor az egyén életútjában egy akadállyal, nehézséggel szembesül (Benyamini & Roziner, 2008). Ilyen élethelyzetekben sokkal nagyobb igény van a pozitív, jövőre irányuló elvárások megfogalmazására, és sokkal könnyebb ezeknek az elvárásoknak külső szemlélő általi felismerése is, hiszen ezek az elvárások általában konkrét célokra (pl.: kezelés sikeressége, gyógyulás) vonatkoznak (Benyamini & Roziner, 2008).

Frankl (1959) a mentális egészségben központi tényezőnek tartotta azt, hogy a személy értelmesnek érzi-e az életét. Emellett jelentős szerepet tulajdonított a meglévő jó vagy elkerülhetetlen rossz dolgokhoz való hozzáállásnak is; annak, hogy az egyén értelmet tud-e találni az általa nem módosítható, kedvezőtlen adottságokban. Frankl (1959) szerint a beállítódási értékek, melyek a megmásíthatatlan dolgokhoz (pl.: betegség, szenvedés, halál) való hozzáállásban nyilvánulnak meg, különösen fontos szerepet játszanak a súlyos betegséggel élőkénél. Ezek által viselhető méltósággal a hétköznapiakban jelenlévő betegség, szenvedés és a halál. Frankl szerint a legmostohább körülmények között is, mint például a gyógyíthatatlan betegség, mindig vannak megélhető értelemlehetőségek, és ezekben a szélsőséges élethelyzetekben főleg a beállítódási értékek óvják meg az egyént attól, hogy az értelmesség iránti igénye frusztrálódjon (Konkolý Thege, 2007). Elképzelhető, hogy a daganatos betegséggel való küzdelem során a Frankl-féle beállítódási értékek egyik közvetett megjelenési formája az optimista attitűd kifejeződése. Az optimizmus Scheier és Carver (1985) megfogalmazásában a jövőre irányuló általános elvárás rendszer, amely ezáltal keretbe foglalhatja a betegek értelmességérzés átélésére irányuló vágyát és pozitív, gyógyulásra irányuló jövőképét.

A fenti értelmezési kereteken túl fontosnak tartjuk itt is megemlíteni, hogy az optimista attitűd pozitív összefüggést mutat több egészségmutatóval, és a betegséggel való megküzdés sikerességével (Bozo és mtsai, 2009; Carver és mtsai, 1993, 2005; Dunn és mtsai, 2011; Matthews & Cook, 2009; Schou és mtsai, 2005a; Trunzo & Pinto, 2003). Tehát ha az optimizmus „okára” csak feltevéseink is lehetnek, lényegében örömteli eredmény az, hogy a mintákban vizsgált daganatos betegek az elmúlt évben tapasztalt rossz lelkiállapotuk ellenére egy aktív, pozitív megküzdési stratégiát alkalmaznak a betegséggel való megküzdési/gyógyulási folyamatuk során.

Végül meg kell említsük, hogy kutatásunkban az optimizmus és pesszimizmus különböző módon függött össze az egészségi állapot mutatóival, így kvalitatív módszerrel nyert eredményeink – hasonlóan Robinson-Wheelen és munkatársai (1997), Chang és munkatársai (2008), valamint Herzberg és munkatársai (2006) eredményeihez – Scheier és munkatársainak (1994) koncepciójával ellentétben arra utalnak, hogy az optimizmus és pesszimizmus nem egyazon dimenzió két végpontja, hanem két külön konstruktum.

4.2. Az utánkövetés eredményeinek értelmezése

A betegek 5 éves utánkövetése során kapott adatok nem támasztották alá, hogy az optimista attitűd (pozitív jövőre irányultság) a túlélés szempontjából előnyös lenne. A túlélés-, optimizmus- és betegségstádium-változók együttes vizsgálata és elemzése sem hozott szignifikáns különbséget az egyes csoportok között, tehát a prognosztikai szempontok sem mutattak összefüggést az optimizmussal és túléléssel. Ezek az eredmények ellentmondani látszanak a szakirodalomban az optimizmus gyógyulással és sikeres megküzdéssel való együttjárásáról szóló eredményeknek (Carver és mtsai, 2005; Giese-Davis & Spiegel, 2003; Trunzo & Pinto, 2003).

Amennyiben összefüggést találtunk volna az optimizmus és a túlélés között, támpontot kaphattunk volna arra nézve, hogy a betegek optimizmusa „milyen típusú” optimizmus: sikeres probléma- vagy emóciófókuszú megküzdési mód, esetleg remény vagy irreális optimizmus. Ennek hiányában azonban e kérdést kutatásunk nyitva kell hagyja.

4.3. A kutatás korlátai

Kutatásunknak számos korlátja van, melyek óvatosságra intenek eredményeink általánosíthatóságával kapcsolatban. Minden betegség, így a daganatos betegség is változást hoz az egyén lelkiállapotában. Az emlődaganatosok esetében a hangulati állapotok változékonysága, melyre a fenti fejezetben utaltunk, csökkentheti adataink megbízhatóságát. A kutatásban részt vevő személyek továbbá a betegségstádium szempontjából sem alkotnak homogén csoportot, és vizsgálati személyeink nem illeszkednek teljes mértékben az átlagpopulációhoz szocioökonómiai státusz szempontjából sem. Vizsgált mintánk alacsony elemszáma, ha több alcsoportra bontjuk egyes változók mentén (pl.: betegségstádium), már problémássá teszi a statisztikai elemzés eredményeinek értékelhetőségét.

A korlátok ellenére eredményeink felhívják a figyelmet a tárgyalt összefüggések fontosságára. Eredményeink kiindulópontot jelenthetnek további, módszertani szempontból jobban körülhatárolt és nagyobb elemszámú emlődaganatos minta vizsgálatához, melyre a tanulmányunkban bemutatott vizsgálatot követő, jelenleg zajló kutatás kiváló lehetőséget ad.

4.4. Összegzés

Eredményeink szerint a daganatos betegek szignifikánsan rosszabb lelkiállapottal rendelkeznek, mint az egészséges kontrollszemélyek, de ennek ellenére szignifikánsan optimistább attitűddel jellemezhetőek. Ennek az optimizmusnak az értelmezése lehetséges elhárító vagy megküzdési mechanizmusként is, de az mindenképpen egyértelmű, hogy ebben a nehéz élethelyzetben a betegek belső igényeiket követve ezt az attitűdöt, élet-szemléletet követik. Mivel jelentős mennyiségű bizonyíték támasztja alá, hogy az optimizmus adaptív megküzdési mód, vagyis pozitív összefüggést mutat több lelki és testi egészségmutatóval, eredményeink biztatóak abból a szempontból, hogy a rossz lelkiállapot, egzisztenciális fenyegetettség és sok objektív leküzdendő akadály ellenére a betegek adaptív megküzdési módokat alkalmaznak mindennapjaik során.

Irodalom

Allison, P.J., Guichard, C., Fung, K., & Gilain, L. (2003). Dispositional optimism predicts Status 1 year after diagnosis in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 21(3), 543–548.

- Applebaum, A.J., Stein, E.M., Lord-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2013). Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 23(3), 299–306.
- Barracough, J. (1999). *Cancer and emotion: A practical guide to psycho-oncology*. West Sussex, England: John Wiley and Sons
- Benyamini, Y., & Roziner, I. (2008). The predictive validity of optimism and affectivity in a longitudinal study of older adults. *Personality and Individual Differences*, 44(4), 853–864.
- Bérdi, M., & Köteles, F. (2010). Az optimizmus mérése: az Életszemlélet Teszt átdolgozott változatának (LOT-R) pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(2), 273–294.
- Bozo, Ö., Gündoğdu-Aktürk, E., & Büyükaşık-Çolak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism–posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 14, 1009–1020.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330(7493): 702.
- Buxton, A. (2011). *Posttraumatic growth in survivors of breast cancer: The role of dispositional optimism, coping strategies, and psychosocial interventions*. Doctoral dissertation. Toronto: University of Toronto
- Büyükaşık-Çolak, C., Gündoğdu-Aktürk, E., & Bozo, Ö. (2012). Mediating role of coping in the dispositional optimism–posttraumatic growth relation in breast cancer patients. *The Journal of Psychology*, 146(5), 471–483.
- Carstensen, L., Carstensen, L.L., Charles, S.T., Isaacowitz, D., & Kennedy, Q. (2003). Life-span personality development and emotion. In R.J. Davidson, K. Scherer, & H.H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (726–746). Oxford: Oxford University Press
- Carver, C.S., Harris, S.D., Noriega, V., Pozo, C., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., et al. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375–390.
- Carver, C.S., Pozo-Kaderman, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson D.S., et al. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73, 1213–1220.
- Carver, C.S., Smith, R.G., Antoni, M.H., Petronis, V.M., Weiss, S.D., & Robert, P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24, 508–516.
- Chang, R., Chang, E.C., Sanna, L.J., & Hatcher, R.L. (2008). Personality variables linked to adjustment. In G.J. Boyle, G. Matthews, & D.H. Saklofse (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment: Personality theories and models*. London: Sage Publications Ltd.
- Clarke, V.A., Lovegrove, H., Williams, A., & Machperson, M. (2000). Unrealistic optimism and the Health Belief Model. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(4), 367–376.
- Colby, D.A., & Shifren, K. (2013). Optimism, mental health, and quality of life: A study among breast cancer patients. *Psychology, Health & Medicine*, 18(1), 10–20.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L.C., Carlson, C.R., & Andrykowski, M.A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176–185.

- Dunn, J., Occhipinti, S., Campbell, A., Ferguson, M., & Chambers, S.K. (2011). Benefit finding after cancer. *Journal of Health Psychology, 16*, 169–177.
- Epping-Jordan, J.A.E., Compas, B.E., Osowiecki, D.M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, et al. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology, 18*, 315–326.
- Fafouti, M., Paparrigopoulos, T., Zervas, Y., Rabavilas, A., Malamos, N., Liappas, I., et al. (2010). Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: A cross-sectional control study. *In Vivo, 24*, 803–810.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 571–579.
- Frankl, V.E. (1959). Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie / Az egzisztencia-analízis és logoterápia alapjai. In P. Sárkány, & O. Zsók (Hrsg. 2010). *Die Grundlagen der Logotherapie – Eine zweisprachige Textsammlung / A logoterápia alapjai – Kétnyelvű szöveggyűjtemény* (9–203). Budapest: Jel Kiadó
- Giese-Davis, J., & Spiegel, D. (2003). Emotional expression and cancer progression. In R.J. Davidson, K. Scherer, & H.H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (1053–1082). Oxford: Oxford University Press
- Green, B.L., Rowland, J.H., Krupnick, J.L., Epstein, S.A., Stockton, P., Stern, et al. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics, 39*(2), 102–111.
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., Lipsanen, J., & Hietanen, P. (2012). Predictors of distress in cancer patients and their partners: The role of optimism in the sense of coherence construct. *Psychology & health, 27*(2), 178–195.
- Herzberg, P.Y., Glaesmer, H., & Hoyer, J. (2006). Separating optimism and pessimism: A robust psychometric analysis of the Revised Life Orientation Test (LOT-R). *Psychological Assessment, 18*(4), 433–438.
- Holmes, W.C., & Pace, J.L. (2002). HIV-seropositive individuals' optimistic beliefs about prognosis and relation to medication and safe sex adherence. *Journal of General Internal Medicine, 17*, 677–683.
- Konkolý Thege, B. (2007). Frankl logoterápia és egzisztencia-analízise az egészségpszichológia kontextusában. *Pszichológia, 27*, 261–274.
- Kulcsár, Zs. (2002). *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Maruta, T., Colligan, R.C., Malinchoc, M., & Offord, K.P. (2000). Optimists vs pessimists: Survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clinic Proceedings, 75*(2), 140–143.
- Matthews, E.E., & Cook, P.F. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology, 18*, 716–726.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psycho-Oncology, 16*, 181–188.
- Mersdorf, A., Vargay, A., Horváth, Zs., & Bányai, É. (2013). „Mit gondol, van-e az életének célja és értelme? Ha igen, mi?” Emlődaganatos betegek és egészséges kontrollszemélyek interjúkérdésekre adott válaszainak összehasonlítása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 14*, 345–380.
- Pinquart, M., Fröhlich, C., & Silbereisen, R.K. (2007). Change in psychological resources of younger and older cancer patients during chemotherapy. *Psychooncology, 16*, 626–633.

- Riskó, Á. (2006). A daganatos betegség különböző fázisaiban az alkalmazkodás pszichoszociális jellemzői. In J. Horti, & Á. Riskó (szerk.), *Onkopszichológia a gyakorlatban* (85–92). Budapest: Medicina
- Robinson-Whelen, S., Kim, C., MacCallum, R.C., & Kiecolt-Glaser, J.K. (1997). Distinguishing optimism from pessimism in older adults: Is it more important to be optimistic or not to be pessimistic? *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1345–1353.
- Rowland, J.H., & Massie, M.J. (2010). Breast cancer. In J.C. Holland, W.S. Breitbart, P.B. Jacobsen, M.S. Lederberg, M.J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-oncology* (177–186). New York: Oxford University Press
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219–247.
- Scheier, M.F., Carver, C.S., & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063–1078.
- Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J.F., Schulz, R., Bridges, M.W., Magovern, G.J., et al. (1999). Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Archives of Internal Medicine*, 159, 829–835.
- Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L., Hjermstad, M.J., & Ruland, C.M. (2005a). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. *Quality of Life Research*, 14, 1813–1823.
- Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L., & Ruland, C.M. (2005b). Stability in optimism-pessimism in relation to bad news: A study of women with breast cancer. *Journal of Personality Assessment*, 84, 148–154.
- Smith, S.K., Herndon, J.E., Lysterly, H.K., Coan, A., Wheeler, J.L., Staley, T., et al. (2011). Correlates of quality of life-related outcomes in breast cancer patients participating in the Pathfinders Pilot Study. *Psycho-Oncology*, 20, 559–564.
- Sohl, S.J., Schnur, J.B., Socala, M., David, D., Winkel, G., & Montgomery, G.H. (2012). Distress and emotional well-being in breast cancer patients prior to radiotherapy: An expectancy-based model. *Psychology & Health*, 27(3), 347–361.
- Stiegelis, H.E., Hagedoorn, M., Sanderma, R., Van der Zee, K.I., Buunk, B.P., & Van den Bergh, A.C.M. (2003). Cognitive adaptation: A comparison of cancer patients and healthy references. *British Journal of Health Psychology*, 8, 303–318.
- Sulkers, E., Fleer, J., Brinksma, A., Roodbol, P.F., Kamps, W.A., Tissing, W.J., et al. (2013). Dispositional optimism in adolescents with cancer: Differential associations of optimism and pessimism with positive and negative aspects of well-being. *British Journal of Health Psychology*, 18, 474–489.
- Szondy, M. (2006). Optimizmus és egészség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61, 617–636.
- Szondy, M. (2008). *Optimizmus, pesszimizmus, egészség és egészségmagatartás. Doktori disszertáció*. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events – A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161–1173.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Aspinwall, L.G., Schneider, S.G., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460–473.
- Tiringer, I. (2007). Pszichoonkológiai szempontok az onkológiai betegek ellátásában. In J. Kállai, J. Varga, & A. Oláh (szerk.), *Egészségpszichológiai a gyakorlatban* (383–407). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

- Trunzo, J.J., & Pinto, B.M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 805–811.
- Von Ah, D.M., Russell, K.M., Carpenter, J., Monahan, P.O., Zhao, Q., Tallman, E., et al. (2012). Health-related quality of life of African American breast cancer survivors compared to healthy African American women. *Cancer Nursing*, 35, 337–346.

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük a vizsgálatban önkéntesen részt vevő betegeknek és egészséges kontrollszemélyeknek a bizalmat és a közreműködést. Köszönjük az Országos Onkológiai Intézet dolgozóinak – orvosoknak és nővéreknek egyaránt – a segítségét a betegek bevonásában és a vizsgálatok feltételeinek megteremtésében. Köszönjük az önkéntes segítőknek és diákoknak az interjúszövegek leírásában nyújtott segítséget. Köszönjük az ELTE doktoranduszok számára kiírt Stratégiai Pályázatának segítségét, melyet többször is elnyertek kutatásunk doktorandusz-résztvevői. A pályázat nagy segítséget nyújtott az adatfelvétel és -feldolgozás technikai hátterének megteremtésében, valamint a hanganyagok egy részének legéltetésében.

Szerzői munkamegosztás

A kézirat megszületéséhez a szerzők a következő módokon járultak hozzá. Mersdorf Anna nevéhez köthető a hipotézisek kidolgozása, a vizsgálat megtervezése, lefolytatása, a tartalomelemzési kategóriák kidolgozása, a statisztikai elemzések, a kézirat megszövegezése és többszöri átdolgozása. Vargay Adrienn részt vett a hipotézisek kidolgozásában, a vizsgálat lefolytatásában, a tartalomelemzési kategóriák kidolgozásában, a statisztikai elemzések elvégzésében és a kézirat megszövegezésében. Dr. Horváth Zsolt a következőkben vállalt szerepet: szervezéssel kapcsolatos intézkedések (etikai engedély, intézetek közötti koordinálás) és a betegek vizsgálatba való bevonása. Dr. Bányai Éva nevéhez köthető a vizsgálat megtervezése és a szervezéssel kapcsolatos intézkedések (pl. etikai engedély, intézetek közötti koordinálás), a betegek kutatásba való bevonása, hipotézisek kidolgozása, részvétel a kézirat tartalmának, szerkezetének és szövegének pontosításában.

Does illness make you more optimistic? Comparing the interview answers of breast cancer patients and healthy women

MERSDORF, ANNA – VARGAY, ADRIENN –
HORVÁTH, ZSOLT – BÁNYAI, ÉVA

Background: Research has revealed many correlations between optimism and mental and physical health. The concept of optimism is a complex notion defined by researchers mainly as positive expectations about the future; however, unrealistic- and situation-specific optimism and hope can also be considered to be part of this concept. In the case of breast cancer patients, optimism correlates with lower levels of anxiety and distress, higher levels of well-being and social support, and post-traumatic growth. *Aim:* The aim of our study was to explore and compare the (past-year and life-time) psychological well-being and variations in the levels of optimism and pessimism of healthy women and breast cancer patients. Our further aim was to examine during the 5-year follow-up, whether optimistic/pessimistic attitudes correlate with survival. The long-term aim of our study was to contribute to the more effective (and holistic) prevention and treatment of breast cancer. *Method:* Twenty-eight Hungarian breast cancer patients and 28 matched healthy women were interviewed by a newly developed, structured interview (Complex Structured Interview for Breast Cancer Patients). The answers were analyzed using qualitative content analysis based on the Grounded Theory Method. *Results:* According to our results, both the breast cancer patients and the healthy women were psychologically well during their life, but significant difference appeared between the two groups regarding psychological well-being in the year before the interview: breast cancer patients felt worse than healthy women ($p = 0.022$), but showed a more optimistic attitude ($p = 0.003$). The results of the 5-year follow-up did not show significant correlation between optimistic/pessimistic attitudes and survival. *Conclusions:* In spite of their significantly worse psychological well-being, a more optimistic attitude is apparent in the group of breast cancer patients compared to healthy women. This optimism can be explained as a defense mechanism but as an adaptive coping mechanism as well.

Keywords: breast cancer, psychological well-being, optimism, pessimism, structured interview, coping methods