

Balog Piroska* – Dégi L. Csaba

A CSALÁDI TÁMOGATOTTSÁG SZEREPE A DAGANATOS NŐK PSZICHOSZOCIÁLIS SÉRÜLÉKENYSÉGÉNEK CSÖKKENTÉSÉBEN

Célkitűzés: A pszichoszomatikus szakirodalom hangsúlyozza a társas támogatottság szerepét a krónikus betegségekkel való megküzdésben. A családi kapcsolatok minőségével, a családi támogatottság szerepével sokkal kevesebb tanulmány foglalkozik – tanulmányunkban ezek vizsgálatát tűztük ki célul.

Módszer: A Csíkszeredai Megyei Kórház Sebészeti Osztályán műtött nőket vizsgáltuk. 30 jóindulatú (benignus) melldaganattal, 30 rosszindulatú (malignus) melldaganattal, és 30 vakbélgyulladással műtött nőt interjúvöltünk meg. A vizsgált nők életkora nem különbözött szignifikánsan. A rosszindulatú daganatos betegek leginkább az alacsony szocio-ökonomiai státusúak köréből kerültek ki. A kérdőívben szerepeltek a családi támogatottságot, a stressz-szintet, a szorongást, valamint a műtéttel kapcsolatos optimizmust, és az információ igénylését mérő skálák.

Eredmények: A legmagasabb volt a szorongás-, illetve stressz-szint a malignus melldaganattal műtetre váró nők körében. A családi támogatottság fontos szerepet játszott e betegek stressz- és szorongásszintjének csökkentésében, valamint a műtéttel kapcsolatos optimizmus növelésében és az igényelt tájékoztató információ mennyiségében is.

Konklúzió: A családi kapcsolatok minősége, a beteg családi támogatottsága fontos szerepet játszik a műtéttel kapcsolatos stressz- és szorongásszint alakulásában, és minél magasabb az átélt stressz, ennek csökkentésében annál fontosabbá válik a családi támogatás.

Kulcsszavak: daganatos nők, stressz- és szorongásszint, optimizmus, információ igénylése, családi támogatottság

A daganatos betegségek bio-pszicho-szociális rendszerben való vizsgálatáról, illetve a genetikai, biológia, lélektani és társas környezeti tényezők összhatásáról az onkogenezisben és prognózisban, jelenleg, 30 év alatt kivitelezett, 70 prospektív jellegű pszichoonkológiai kutatás eredményei alapján, megállapítható, hogy a rákbetegségben a test-lélek-környezet kapcsolatának több kérdése is megválaszolatlan ugyan, azonban jelentős iránymutató interakciós minták, kapcsolatok körvonalazódtak (Garssen 2004).

* Levelező szerző: Balog Piroska
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.
E-mail: balopir@net.sote.hu

Kutatásunkban azon pszicho-szociális tényezők együtthatásának vizsgálatára vállalkozunk, amelyek az onkopszichológiai tanulmányok – kutatások és a gyakorlati tapasztalatok – szerint hatással lehetnek a pszichoszociális sérülékenységre, az onkológiai mortalitásra és a betegségfejlődés-felépülés alakulására. Ennek megfelelően daganatos beteg nők körében a következő tényezőket vizsgáltuk: társas-családi támogatottság, optimizmus, a műtéttel kapcsolatos információ igénylése, állapot- és vonás-szorongás, illetve a stressz-szint alakulása.

SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

Társas és családi támogatottság

Pszicho-neuro-immunológiai vizsgálatok (Spiegel és mtsai 1998; Kiecolt-Glaser és Glaser 1999) eredményei rámutattak arra, hogy a neuroimmunológiai rendszerek közvetítő – ennek részeként az NK (natural killer) sejtek modulátor – szerepet töltenek be a pszichoszociális tényezők és a daganatos betegség kialakulása között.

Levy és mtsai (1990) adatai szerint a jelentős társas támogatottságról beszámoló vagy az érzelmi és instrumentális segítséget nyújtó interperszonális kapcsolatokat aktívan kereső, I. és II. stádiumban lévő mell-daganatos betegek esetében magasabb NK-aktivitás figyelhető meg. Rendszeres immunológiai utánkövetéses vizsgálataik is megerősítették, hogy az NK-működés a visszaesés jelentős előrejelzője lehet, és az NK sejtek citotoxikus hatása a hosszabb tünetmentes állapottal asszociálható (Levy és mtsai 1991). A jelentős társas támogatottság, a magas NK-aktivitás és a csökkent/lassult daganatfejlődés pozitív kapcsolatáról közöltek eredményeket Fawzy és munkatársai is (1993).

Korábbi kutatásaikban Levy és mtsai (1985, 1987) bizonyították, hogy a rosszindulatú mell-daganatos nők NK-sejtaktivitás-varianciájának 51%-át a társas támogatottság hiánya és két intrapszichés sajátosság, a páciens alkalmazkodási képessége és depressziós állapota határozza meg. Három hónapos utánkövetéses vizsgálatuk szerint az NK-sejtaktivitás varianciájának 30%-át az alacsony szociális támasz és a depresszió magyarázta.

A daganatos betegségek kialakulásának és prognózisának a társas támogatottsággal összefüggő kapcsolatáról, bizonyítható asszociációjáról hat követéses vizsgálat szolgáltat részletes adatokat (Maunsell és mtsai 1995; Cassileth és mtsai 1988; Reynolds és mtsai 1994, 2000; Rodrigue és mtsai 1999; Waxler-Morrison és mtsai 1991).

Maunsell és munkatársai (1995) 224 mellrákos pácienszt vizsgáltak a diagnózis megismerésének szakaszától. Azok a személyek, akiknek legalább egy bizalmas társas kapcsolatuk volt, 72%-os túlélési esélyt mutattak, szemben a bizalmas kapcsolatok hiányáról beszámoló nőkkel, akiknél a túlélési esély 56% volt. A túlélési esély 7 év után is a bizalmas kapcsolatok meglétének függvényében változott.

Cassileth és mtsai (1988) orvosi szempontból rossz prognózisú, különböző típusú daganatos betegségben szenvedő páciensek csoportját vizsgálták 8 éves utánkövetéses vizsgálatukban. A vizsgálatban szereplő 204 rákbeteg körében az alacsony túléléssel a társas kapcsolatok hiánya-szegénysége és a házas családi állapot voltak asszociálhatók.

Reynolds és munkatársai (1994) a társas támogatottságot strukturális és funkcionális szempontból egyaránt vizsgálták. Interjúik során a kutatásban részt vevő daganatos betegek családi állapotát és a baráti kapcsolataik számát (szerkezeti elemzés), illetve az érzelmi és instrumentális támogatottság mértékét (funkcionális elemzés) egyaránt vizsgálták. Az 1011 főre kiterjedő, 6 éves követéses vizsgálat szerint a családi állapot és a baráti kapcsolatok száma nem befolyásolta az onkológiai mortalitást, a megtapasztalt érzelmi támogatottság azonban alacsonyabb onkológiai mortalitással járt. A jelentős társas-családi támogatottság és ennek minősége a daganatos betegség túlélésének szempontjából előrejelző értékű Reynolds és mtsai (2000) 9 éves prospektív mérése alapján is.

A bizonytalan, kiszámíthatatlan, instabil szociális támogató rendszer csökkentette a Rodrigue és mtsai (1999) kutatásában megvizsgált 92 daganatos beteg túlélési esélyeit, miközben a több mint két elérhető és gyakran igénybe vett baráti kapcsolat megléte, a többszintű társas támogatottság (család, munkatársak, orvosok, egyéb segítő szakemberek), illetve a nőtlenség/hajadonság Waxler-Morrison és mtsai (1991) prospektív vizsgálatában növelték a rákbetegek túlélési esélyeit.

Továbbá, a daganatos betegségek kialakulása és a társas kapcsolatok száma, illetve minősége, a társas izoláció és az onkológiai mortalitás összefüggéseit bizonyítja Reynolds és Kaplan (1990) elemzése is. A társas támogatottság nem-függő adatairól is beszámoltak, azonban megfelelő magyarázat nélkül. Azt találták, hogy azok a nők, akik társadalmilag elmagányosodva éltek és kevés baráti kapcsolatról számoltak be, nagyobb eséllyel lettek rákbetegek és gyakrabban haltak meg rákbetegégben. A férfiak esetében nem igazolták ezt az összefüggést. Ugyanakkor, a daganatos betegségben szenvedő férfiak esetében a rosszindulatú sejtfejlődés/növekedés jelentősebb volt a sekélyes társadalmi kapcsolatokról beszámolóknak esetében. A megvizsgált nők esetében ezt a mintát nem sikerült megfigyelniük.

Reynolds és Kaplan (1990) lényegében Berkman és Syme (1979) adatait dolgozták fel, amelyek azt mutatják, hogy a társas izoláció a dohányzással vagy a magas koleszterinszinttel összehasonlítható mértékben növeli a mortalitás általános veszélyét.

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a daganatos betegségek kialakulása, fejlődése és kimenetele kapcsán a kutatások nagy része a társas támogatottság jelentős szerepét bizonyítja, és részben sikerült meghatározni, hogy melyek a támogató jellegű társas és családi interakció legerősebb előrejelző értékű formái a felépülés, illetve a tünetmentes állapot elérése, fenntartása szempontjából.

Optimizmus

Scheier és Carver (1992) szerint az optimizmus egy viszonylag stabil, általános hajlamosság arra, hogy pozitívan értékeljük az élet tapasztalatait és a jövő kihívásait. Az optimista egyének pozitívan élik meg társas és fizikai környezetüket, több erőfeszítést tesznek a problémák megelőzése és átkeretezése céljából, és hatékonyabban küzdenek meg betegségükkel.

Scheier és mtsai (1986) mellrákos páciensek esetében korrelációt találtak az optimizmus és a felépülési arány között. További kutatásaikban Scheier és Carver (1992) kiemelik, hogy az optimista páciensek kevésbé gyakran használják a tagadást a pesszimista betegekhez viszonyítva.

Szondy (2004) áttekintő tanulmánya hangsúlyozza, hogy a szituáció-specifikus és attribúciós optimizmus jobban befolyásolja az immunműködést, mint az általános vonás-optimizmus.

Stressz- és szorongásszint

A társas támogató rendszerek stresszoldó-védő hatása (buffering) az NK sejtek aktivitásában is nyomon követhető. Levy és munkatársai (1987, 1990, 1991) kutatási eredményei szerint a tartós pszichoszociális stressz csökkenti az NK sejtek aktivitását, daganatpusztító hatását, a jelentős társas támogatottság azonban serkenti az NK sejtek citotoxikus hatékonyságát, és növeli számukat.

Tornling és mtsai (1994) 43 évig vizsgálták a stockholmi tűzoltók körében a krónikus stresszhatás és az onkogenezis kapcsolatát. Eredményeik alapján megállapították, hogy a vizsgálati mintában, a daganatos betegségek prevalencia értéke nem volt nagyobb, mint az általános populációban. Kedvező eredményeiket a munkakörnyezetben évek alatt

kialakult támogató társas kapcsolatok morbiditást csökkentő hatásával magyarázták.

Hasonlóan Rosengren, Tibblin és Wilhelmsen (1991) 6935 férfi vizsgálata során nem találtak összefüggést a kérdezettek által megjelölt/megélt pszichológiai stressz-szint és az onkológiai mortalitás között (OR = 0.8).

A daganatos betegség és a szorongás kapcsolatáról vitatott eredményeket szolgáltat Koenig és mtsai (1967) kutatása. A szerzők az MMPI módszert használva megállapították, hogy a rákbetegek kevésbé szorongóak a kórházban kezelt depressziós betegek, illetve a tuberkulózisban szenvedő páciensek csoportjához mérten. Pszichometriás vizsgálatuk adatait és összehasonlító elemzésük következtetését, illetve ezek empirikus érvényességét feltehetően leginkább a felmérés folyamatában alkalmazott kutatási módszertan magyarázza. A vizsgálatban részt vevő 36 vastagbélrákos beteg esetében a daganatos betegség diagnózisának ismeretése és az MMPI mérés között átlagban 18 hónap telt el, amely időszak alatt valószínűleg kialakultak a személyfüggő, hatékony alkalmazkodási stratégiák, és ezek használata csökkenthette a szorongást.

VIZSGÁLT POPULÁCIÓ ÉS ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

Kutatásunkban a Csíkszeredai Megyei Kórház Sebészeti Osztályán műtött nőket vizsgáltuk: 30 jóindulatú (benignus) melldaganattal, 30 malignus melldaganattal (karcinómával), és 30 vakbélgyulladás miatt műtött nőt interjúvöltünk meg. A vizsgált nők életkora nem különbözött szignifikánsan ($p = 0,53$) (1. táblázat).

A kérdőívcsomagban szereplő skálák, kérdések a következők voltak:

Stressz-skála (Ross és Altmaier 1994): az élethez való viszonyulást vizsgálja, 29 kérdést tartalmaz, 1–4 pontozással (min. 29, max. 116 pont, Cronbach alpha 0,85).

Vonás- és állapotssorongás (Spielberger és mtsai 1970; Sipos és Sipos 1978): két alskálából áll (Cronbach alpha 0,86 és 0,87); 20–20 állítást tar-

1. táblázat. A vizsgált minta életkori megoszlása

Diagnózis	Átlag	N	Szórás
Vakbélműtét	43,06	30	12,95
Jóindulatú daganat	45,43	30	10,07
Rosszindulatú daganat	46,27	30	11,30
Teljes minta	44,86	120	11,76

talmaz mindkét alskála arra vonatkozóan, hogy a személy általában, illetve éppen most hogyan érzi magát.

Műtetre Vonatkozó Optimizmus Skála: 10 kérdést tartalmaz, a kérdések 0–3 pontozásúak (min. 1, max. 30 pont). (1. melléklet; Cronbach alpha 0,77.)

Műtéttel Kapcsolatos Információk Igénylése Skála: 10 kérdést tartalmaz, a válaszok 0–2 pontozásúak (min. 1, max. 20 pont). (2. melléklet; Cronbach alpha 0,76.)

A családi támogatottságot két kérdéssel mértük: 1) „Szeretném, ha a családom többet törődne jóllétemmel.” 2) „Családomban magányosnak érzem magam.” Mindkét kérdést hétfokú skálán értékelték: 1. egyáltalán nem jellemző, 2. nem jellemző, 3. csak kis mértékben jellemző, 4. félig-meddig jellemző, 5. viszonylag jellemző, 6. jellemző, 7. teljes mértékben jellemző.

A statisztikai elemzést az SPSS 9.0 program segítségével végeztük el. A használt módszer: General Linear Model, a modellben szereplő kovariánsok az életkor és a szocio-ökonómiai státus voltak.

EREDMÉNYEK

Életkor, szocio-ökonómiai státus

A szocio-ökonómiai státust a következőképpen kódoltuk: SES1: jelenleg nem aktív (tanuló, nyugdíjas, munkanélküli), illetve jelenleg munkásként – szakképesítés nélkül – dolgozó; SES2: szakképesítéssel rendelkező, szolgáltatóiparban dolgozó (pl. kozmetikus, pincér); SES3: technikus, felsőfokú szakképzettséggel rendelkező (pl. asszisztens, könyvtáros); SES4: főiskolai, egyetemi végzettséggel rendelkező (pl. pedagógus).

A szocio-ökonómiai státus függvényében az egyes betegségek előfordulási gyakorisága szignifikánsan különbözött ($p = 0,03$); a rosszindulatú daganatos betegek leginkább a legalacsonyabb szocio-ökonómiai státusúak köréből kerültek ki (2. táblázat). Jóllehet a kutatásban részt vevő

2. táblázat. Az egyes betegségek előfordulási gyakorisága szocio-ökonómiai státus szerint

Diagnózis	SES1	SES2	SES3	SES4
Vakbélműtét	45,1%	45,2%	3,2%	6,5%
Jóindulatú daganat	43,3%	30,1%	13,3%	13,3%
Rosszindulatú daganat	70,0%	10,0%	16,7%	3,3%

nők átlagéletkora nem különbözött ($p = 0,53$), számításainkban az életkort, a szocio-ökonómiai státussal együtt mint kovariánst, mindig figyelembe vettük.

Szorongás-, stressz-szint a vizsgált csoportokban

Hipotézisünkkel ellentétben (miszerint mind az aktuális, mind a vonás-szorongás, valamint a stressz növekszik a diagnózis súlyosságával, vagyis legkisebb a vakbélműtét előtt állóknál, legnagyobb a rosszindulatú daganatos betegeknél), a vonás-szorongást és a stressz-szintet illetően nem találtunk szignifikáns eltérést a vizsgált csoportokban. Az aktuális szorongás viszont a rosszindulatú daganatos betegek között volt a legnagyobb. Szignifikánsan magasabb volt mind a vakbélműtét előtt állóknál ($p = 0,01$), mind a jóindulatú daganatos betegeknél ($p = 0,03$) (3-5. táblázat).

Ami a műtéttel kapcsolatos optimizmust illeti, a legkevésbé optimisták a rosszindulatú daganatos betegek voltak, bár itt a különbség csak tendenciális ($p = 0,08$) (6. táblázat).

3. táblázat. A Stressz-skála átlagértékei a vizsgált csoportokban

Diagnózis	Átlag	95%-os konfidencia intervallum	
		alsó határ	felső határ
Vakbélműtét	61,13	57,40	64,86
Jóindulatú daganat	60,07	56,18	63,96
Rosszindulatú daganat	59,85	56,04	63,66

4. táblázat. A vonás-szorongás alskála átlagértékei a vizsgált csoportokban

Diagnózis	Átlag	95%-os konfidencia intervallum	
		alsó határ	felső határ
Vakbélműtét	46,58	43,49	49,67
Jóindulatú daganat	47,56	44,50	50,62
Rosszindulatú daganat	48,53	45,53	51,53

5. táblázat. Az aktuális szorongás alskála átlagértékei a vizsgált csoportokban

Diagnózis	Átlag	95%-os konfidencia intervallum	
		alsó határ	felső határ
Vakbélműtét	48,25	44,86	51,63
Jóindulatú daganat	49,34	45,84	52,85
Rosszindulatú daganat	54,70	51,20	58,21

6. táblázat. A Műtétre Vonatkozó Optimizmus Skála átlagértékei

Diagnózis	Átlag	95%-os konfidencia intervallum	
		alsó határ	felső határ
Vakbélműtét	18,09	16,38	19,80
Jóindulatú daganat	18,13	16,38	19,89
Roszzindulatú daganat	15,96	14,21	17,71

Nem találtunk különbséget az igényelt információ mennyiségét illetően a vizsgált csoportokban (7. táblázat).

7. táblázat. A Műtéttel Kapcsolatos Információk Igénylése Skála átlagértékei

Diagnózis	Átlag	95%-os konfidencia intervallum	
		alsó határ	felső határ
Vakbélműtét	14,41	13,10	15,72
Jóindulatú daganat	14,26	12,92	15,60
Roszzindulatú daganat	13,87	12,54	15,21

A családi támogatottság vizsgálatához elkülönítettük azokat, akik elégedettek családjuk támogatásával, és azokat, akik több támogatást igényelnének családjuk részéről. A „családja támogatásával elégedett” kategóriához összevontuk az 1, 2, 3, vagyis az egyáltalán nem jellemző, nem jellemző és csak kis mértékben jellemző válaszokat (vagyis akikre nem jellemző, hogy több törődést igényelnének, mint amennyit kapnak). A „családjuk támogatásával elégedetlen” kategóriához összevontuk a 4, 5, 6, 7, vagyis a félig-meddig jellemző, viszonylag jellemző, jellemző és a teljes mértékben jellemző válaszokat.

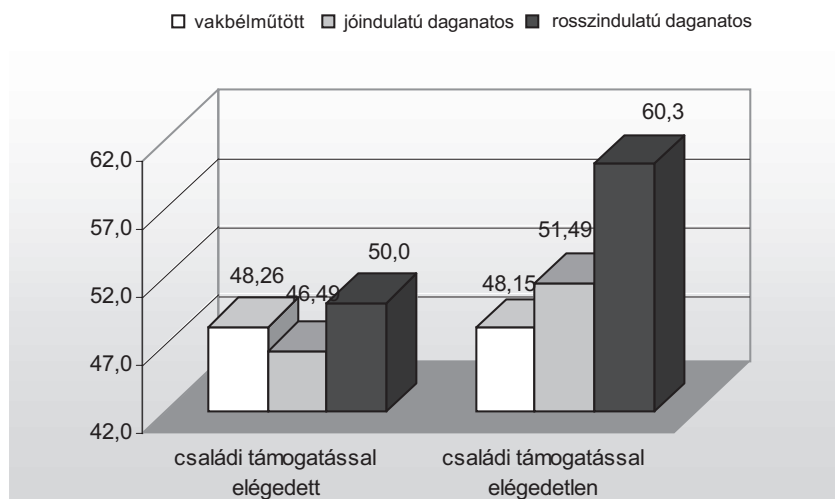
Hasonlóan, a „családjában nem magányos” kategóriához összevontuk az 1, 2, 3, vagyis az egyáltalán nem jellemző, nem jellemző és csak kis mértékben jellemző válaszokat. A „családjában magányos” kategóriához pedig összevontuk a 4, 5, 6, 7, vagyis a félig-meddig jellemző, viszonylag jellemző, jellemző és a teljes mértékben jellemző válaszokat.

E kategóriák mentén felosztva a vizsgált csoportokat, hat alcsoportot hasonlítottunk össze: a családjuk támogatásával elégedett vakbélműtét előtt állók, a családjuk támogatásával elégedetlen vakbélműtét előtt állók, valamint a családjuk támogatásával elégedett, illetve elégedetlen jóindulatú, illetve rosszindulatú daganatos betegeket. Aszerint, hogy a családjában magányosnak érzi-e magát a beteg, illetve nem, szintén hat alcsoportot hasonlítottunk össze, a fentieknek megfelelően.

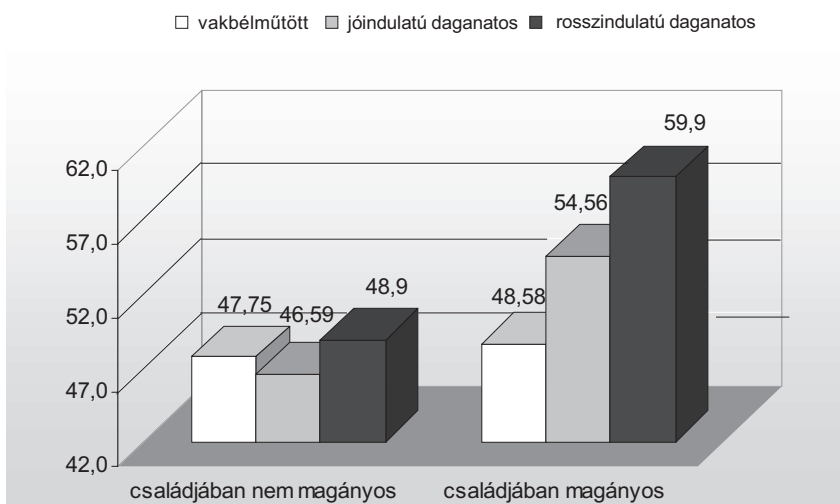
Eredményeink szerint a legmagasabb volt az aktuális szorongás-szint a családjuk támogatásával elégedetlen, rosszindulatú daganatos betegek

esetében. Az ő aktuális szorongásszintjük minden más csoportnál szignifikánsan magasabbnak bizonyult ($p = 0,003$) (1. ábra).

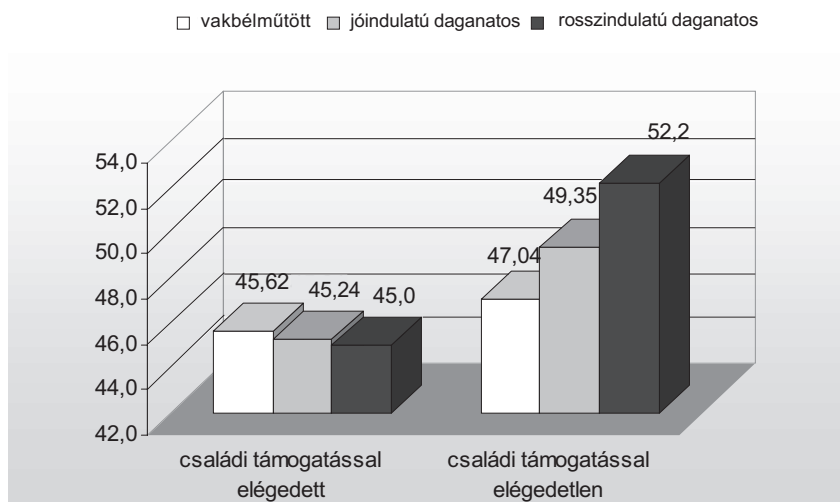
Másik összehasonlításunkban ugyancsak a családjukban magukat magányosnak érző, rosszindulatú daganatos betegek aktuális szorongásszintje bizonyult a legmagasabbnak ($p = 0,0001$). Az ő szorongásszintjük



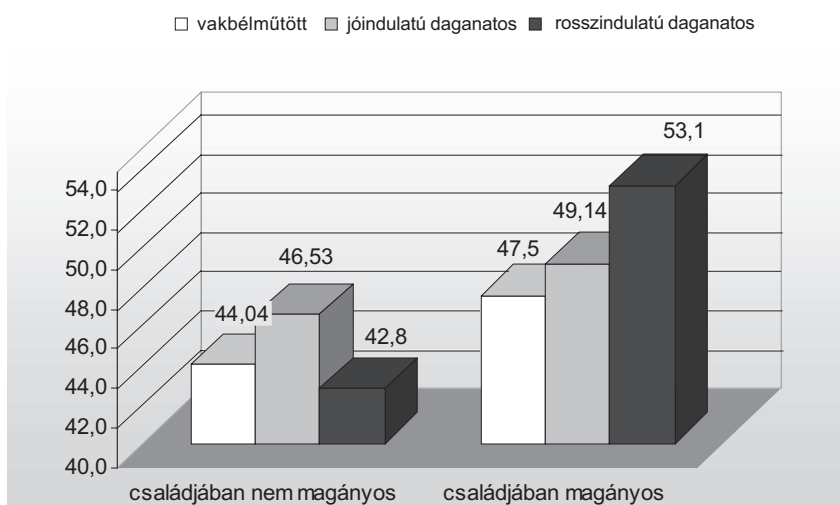
1. ábra. Az aktuális szorongás a családi támogatottsággal való elégedettség függvényében



2. ábra. Az aktuális szorongás a családon belüli magányérzet függvényében



3. ábra. Vonás-szorongás a családi támogatottsággal való elégedettség függvényében



4. ábra. Vonás-szorongás a családon belüli magányérzet függvényében

csak azon jóindulatú daganatos betegektől nem különbözött szignifikánsan, akik szintén magányosnak érezték magukat a családjukban (2. ábra).

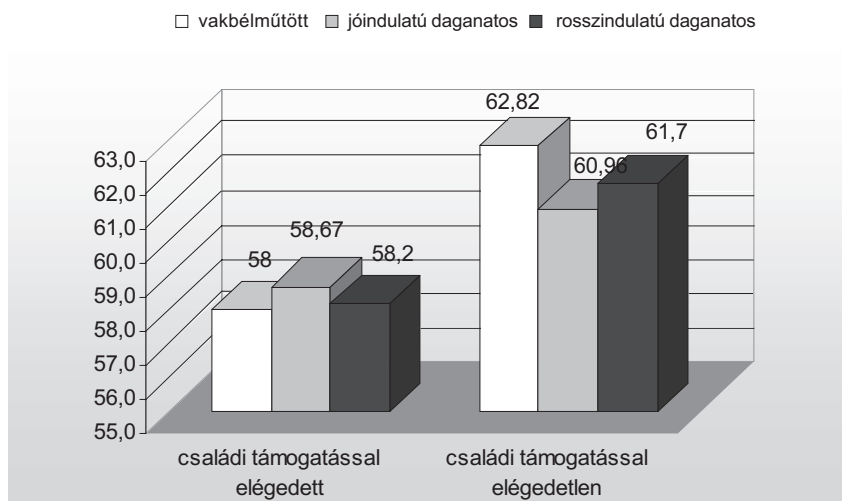
Hasonlóképpen alakult a vonás-szorongás is. A családjuk támogatásával elégedetlen, rosszindulatú daganatos betegekre volt jellemző a legmagasabb vonás-szorongás. Az ő vonás-szorongás szintjük csak a csa-

ládjuk támogatásával szintén elégedetlen, jóindulatú daganatos betegekétől nem különbözött szignifikánsan (3. ábra).

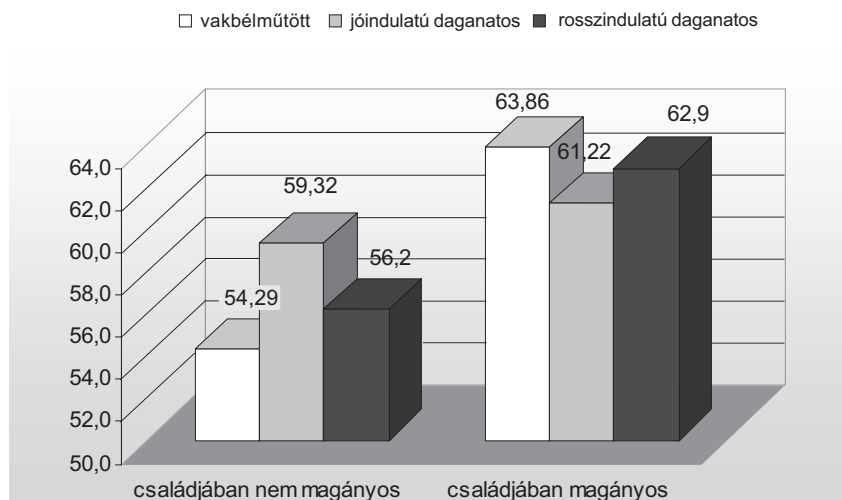
A családjukban magukat magányosnak érző, rosszindulatú daganatos betegek vonás-szorongása minden más csoportnál nagyobbak bizonyult ($p = 0,01$), kivételt csak azok a jóindulatú daganatos betegek képeztek, akik magukat szintén magányosnak érezték a családjukban (4. ábra).

Hasonlóképpen alakult a stressz-szint, bár itt csak két szignifikáns különbséget találtunk. Az nem meglepő, hogy azok a rosszindulatú daganatos betegek, akik családjuk körében magányosnak érzik magukat, szignifikánsan magasabb stressz-szintről számoltak be, mint azok a vakbélműtét előtt állók, akik családjukban nem érzik magányosnak magukat; az viszont kiemelendő, hogy ugyancsak szignifikánsan magasabb stressz-szintről számoltak be, mint azok az ugyancsak rosszindulatú daganatos betegek, akik családjukban nem érzik magányosnak magukat (5–6. ábra).

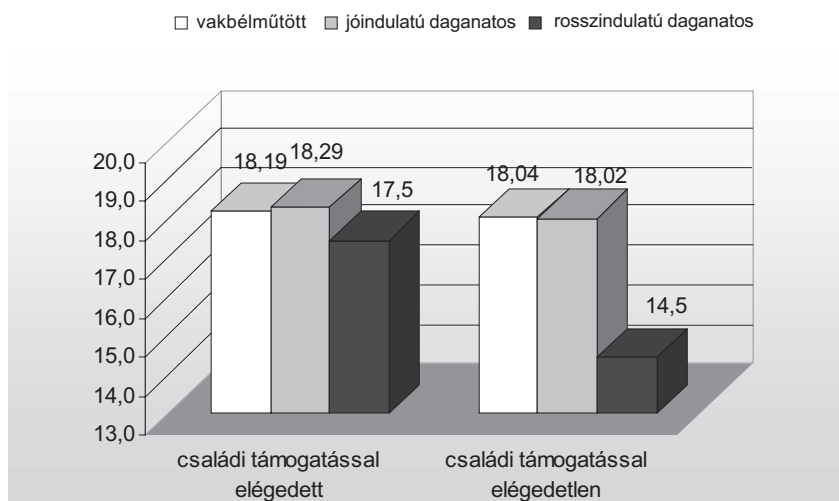
A családi támogatottság megléte, illetve hiánya szempontjából érdekesen alakult a műtéttel kapcsolatos optimizmus is. A legkevésbé optimisták a rosszindulatú daganatos betegek voltak, és közülük is azok, akik családjuk támogatásával elégedetlenek. Ők minden más csoportnál alacsonyabb optimizmusról számoltak be ($p = 0,04$), bár optimizmusuk csak tendenciálisan különbözött a családjuk támogatásával elégedett, rosszindulatú daganatos betegekétől ($p = 0,08$) (7. ábra).



5. ábra. Stressz-szint a családi támogatottsággal való elégedettség függvényében

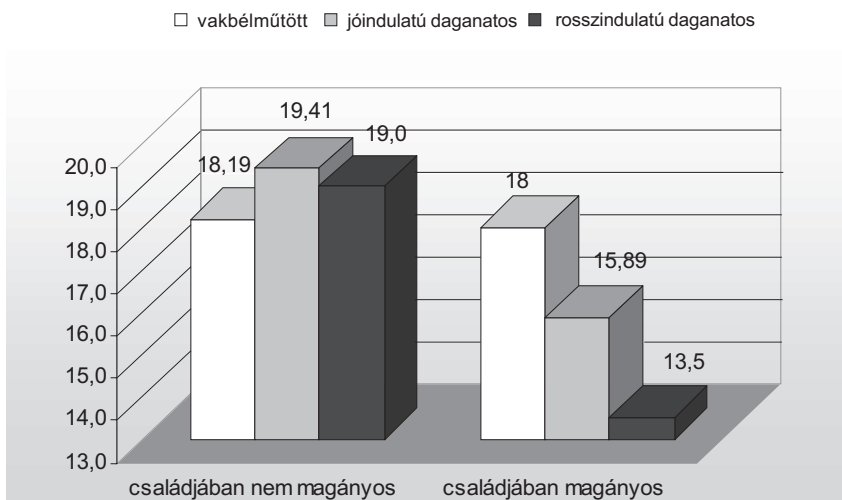


6. ábra. Stressz-szint a családon belüli magányérzet függvényében

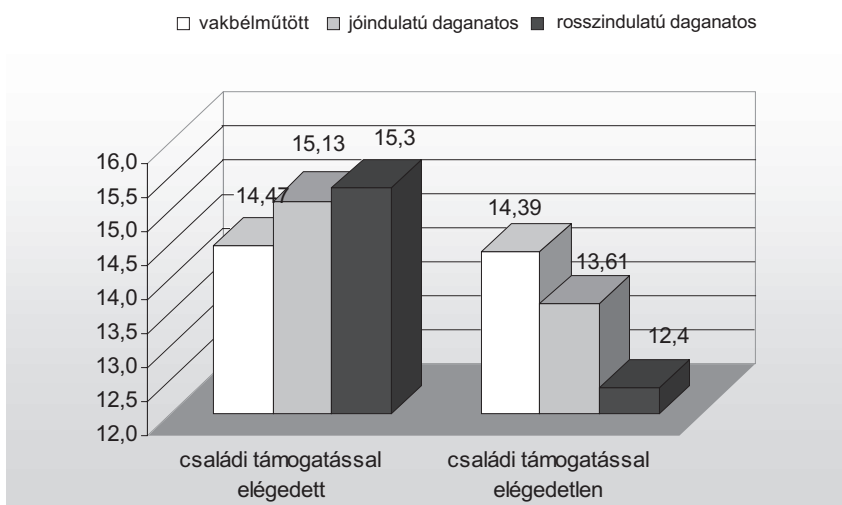


7. ábra. Műtéttel kapcsolatos optimizmus a családi támogatottsággal való elégedettség függvényében

A magukat családjukban magányosnak érző, rosszindulatú daganatos betegek optimizmusa viszont csak a magukat családjukban szintén magányosnak érző, jóindulatú daganatos betegekéthöz nem különbözött szignifikánsan, az összes többi csoportnál viszont szignifikánsan alacsonyabb ($p = 0,004$) optimizmusról számoltak be (8. ábra).

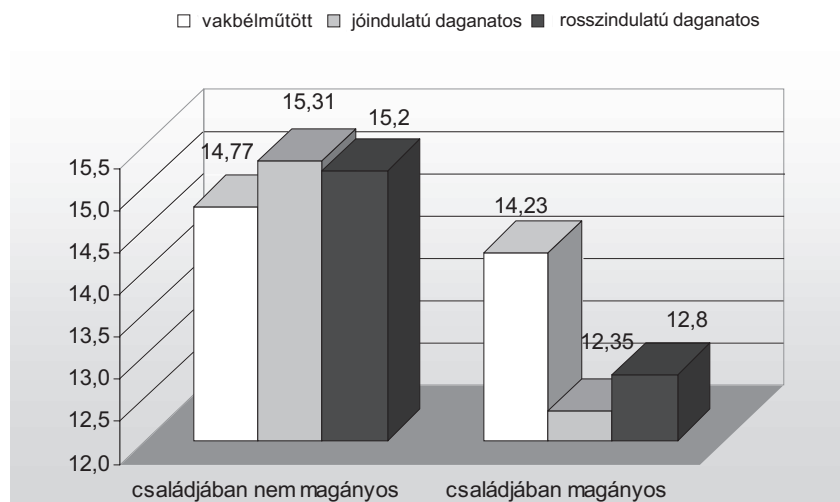


8. ábra. Műtéttel kapcsolatos optimizmus a családon belüli magányérzet függvényében



9. ábra. Műtéttel kapcsolatos információ igénylése a családi támogatottsággal való elégedettség függvényében

A vakbélműtét előtt állók, illetve a jóindulatú daganatos betegek akkor is optimistábbak voltak, ha családjuk támogatásával elégedetlenek voltak, illetve ha családjukban magányosnak érezték magukat. Az ő optimizmus szintjükön nem sokat változtatott a családi támogatottság. Kiemelendő viszont az az eredmény, hogy a családjukban magukat nem ma-



10. ábra. Műtéttel kapcsolatos információ igénylése a családon belüli magányérzet függvényében

gányosnak érző, rosszindulatú daganatos betegek optimizmus szintje magasabb, mint a vakbélműtét előtt állóké (!).

A műtéttel kapcsolatos információ igénylése is különbözött a családi támogatottság függvényében. Azok a rosszindulatú daganatos betegek, akik úgy érzik, hogy családjuktól kevés támogatást kapnak, illetve akik magányosak a családjukban, szignifikánsan kevesebb információt igényelnek, mint azok a daganatos betegek, akik elégedettek családjuk támogatásával ($p = 0,02$, illetve $p = 0,04$) (9–10. ábra).

Itt is kiemelendőnek tartjuk azt az eredményt, hogy a legtöbb információt azok a rosszindulatú daganatos betegek igényelték, akik családjuk támogatásával elégedettek.

Összefoglalva: az általunk vizsgált daganatos betegek körében egyértelmű és statisztikailag szignifikáns összefüggést találtunk a családi támogatottság, a vonás- és állapotszorongás-szint, illetve a stressz-szint között. Ugyancsak összefüggést találtunk a pszichoszociális sérülékenység szempontjából legveszélyeztetettebb csoportban (rosszindulatú daganatos betegek esetében) az egészségvédő megküzdési stratégiák – az optimizmus és információkérés, -igénylés –, valamint a családi támogatottság között.

A családi támogatottsággal való elégedetlenség nagyobb stresszt és szorongást, kevesebb optimizmust és csökkent információbefogadási képességet, korlátozott megküzdési potenciált jelentett. A vakbélműtét előtt

állók szorongás- és stressz-szintje, valamint a műtéttel kapcsolatos optimizmus és az igényelt információ mennyisége a vizsgált csoportban nem mutatott összefüggést a családi támogatottsággal.

KÖVETKEZTETÉSEK

Vakbélműtét előtt álló, valamint daganatos nők pszichoszociális sérülékenységét vizsgáltuk a családi támogatottság összefüggésében. Eredményeink arra mutattak, hogy a családi kapcsolatok minősége, a beteg családi támogatottsága fontos szerepet játszik a műtéttel kapcsolatos stressz- és szorongás-szint alakulásában, és minél magasabb az átélt stressz, ennek csökkentésében annál fontosabbá válik a családi támogatás. Eredményeink felhívják a figyelmet a daganatos betegek pszichoszociális háttér-tényezőinek vizsgálatára, valamint a családi támogatottság erősítésének fontosságára.

Irodalom

- Berkman, L. F., Syme, S.L. (1979): Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109: 186–204.
- Cassileth, B. R., Walsh, W. P., Lusk, E. J. (1988): Psychosocial correlates of cancer survival: a subsequent report 3 to 8 years after cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 6: 1753–1759.
- Fawzy, F. I., Fawzy N. W., Hyun C. S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. L., Morton, D. L. (1993): Malignant melanoma. Effects an early structured psychiatric intervention, coping, and effective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50 (9): 681–689.
- Garssen, B. (2004): Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clinical Psychology Review*, 24: 315–338.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R. (1999): Psychoneuroimmunology and cancer: fact or fiction? *European Journal of Cancer*, 35 (11): 1603–1607.
- Koenig, R. R., Levin, S. M., Brennan, M. J. (1967): The emotional status of cancer patients as measured by psychological test. *Journal of Chronic Disease*, 20: 923–930.
- Levy S. M., Herberman, R. B., Maluish, A. M., Schlien, G., Lippman M. (1985): Prognostic risk assessment in primary breast cancer by behavioural and immunological parameters. *Health Psychology*, 4: 99–113.
- Levy S. M., Herberman, R., Lippman M., D'Angelo, T. (1987): Correlation of stress factors with sustained depression of natural killer cell activity and predicted prognosis in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 5: 348–353.
- Levy, S. M., Herberman, R. B. Whiteside, T., Sanzo, K., Lee J., Kirkwood J. (1990): Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 52 (1): 73–85.

- Levy, S. M., Herberman, R. B., Lippman, M., D'Angelo, T., Lee, J. (1991): Immunological and psychosocial predictors of disease recurrence in patients with early-stage breast cancer. *Behavioral Medicine*, 17 (2): 67-75.
- Maunsell, E., Brisson, J., Deschenes, L. (1995): Social support and survival among women with breast cancer. *Cancer*, 76: 631-637.
- Reynolds, P., Boyd, P. T., Blacklow, R. S., Jackson, J. S., Greenberg, R. S., Austin, D. F., Chen, V. W., Edwards, B. K. (1994): The relationship between social ties and survival among black and white breast cancer patients. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 3: 253-259.
- Reynolds, P., Hurley, S., Torres, M., Jackson, J., Boyd, P., Chen, V. W. (2000): Use of coping strategies and breast cancer survival: results from the Black/White Cancer Survival Study. *American Journal of Epidemiology*, 152: 940-949.
- Reynolds, P., Kaplan, G. A. (1990): Social connections and risk for cancer. Prospective evidence from the Alameda County study. *Behavioral Medicine*, 16: 101-110.
- Rodrigue, J. R., Pearman, T. P., Moreb, J. (1999): Morbidity and mortality following bone marrow transplantation: Predictive utility of pre-BMT affective functioning, compliance, and social support stability. *International Journal of Behavioral Medicine*, 6: 241-254.
- Rosengren, A., Tibblin, G., Wilhelmsen, P. (1991): Self-perceived psychological stress and incidence of coronary artery disease in middle-aged men. *American Journal of Cardiology*, 68: 1171-1175.
- Ross, R. R., Altmaier, E. M. (1994): *Intervention in Occupational Stress*. Thousand Oaks, Sage Publications Ltd., California.
- Scheier, M. S., Carver, C. S. (1992) Effects of optimism on psychological and physical well-being. *Cognitive Therapy and Research*, 3: 1-18.
- Scheier, M., Weintraub, J., Carver, C. (1986) Coping with stress, divergent strategies of optimism and pessimism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51: 1257-1264.
- Sipos, K., Sipos, M. (1978): The Development and Validation of the Hungarian Form of the STAI. In Spielberger, C. D., Diaz-Guerrero, R. (eds.): *Cross-Cultural Anxiety*. Hemisphere Publishing Corporation, Washington-London, 51-61.
- Speigel, D., Sephton, S. E., Terr, A. I., Stites, D. P. (1998): Effects of psychosocial treatment in prolonging cancer survival may be mediated by neuroimmune pathways. *Annals of the New York Academy of Science*, 840: 674-683.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. (1970): *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, California.
- Szondy M. (2004): Optimizmus és immunfunkciók. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5 (4): 301-319.
- Tornling, G., Gustavsson, P., Hogstedt, C. (1994): Mortality and cancer incidence in Stockholm fire fighters. *American Journal of Industrial Medicine*, 25: 219-228.
- Waxler-Morrison, N., Hislop, T. G., Mears, B., Kan, L. (1991): Effects of social relationships on survival for women with breast cancer: a prospective study. *Social Science & Medicine*, 33: 177-183.

Mellékletek

1. melléklet. Műtétre Vonatkozó Optimizmus Skála (Cronbach alpha = 0,77)

	Nem hiszem	Remélem	Bízom benne	Meggyőződés
1. A műtét megoldja a problémámat.	0	1	2	3
2. Fájdalommentes lesz a műtét.	0	1	2	3
3. Ébredésem könnyű lesz.	0	1	2	3
4. Műtét után kapok fájdalomcsillapítót.	0	1	2	3
5. A műtéti terület gyógyulása komplikációmentes lesz.	0	1	2	3
6. A műtéti heg esztétikus lesz.	0	1	2	3
7. Műtét után tovább folytathatom megszokott életvitelemet.	0	1	2	3
8. A kórházban való tartózkodásom rövid időtartamú lesz.	0	1	2	3
9. A kórteremben hasonló betegségben szenvedő betegek lesznek.	0	1	2	3
10. Ismerek hasonló diagnózissal operált betegeket, akik már jól érzik magukat.	0	1	2	3

2. melléklet. Műtéttel Kapcsolatos Információk Igénylése Skála (Cronbach alpha = 0,76)

	Nem akarom tudni	Esetleg megkérdezném	Minden feltétel mellett tudni szeretném
1. Fájni fog a műtét?	0	1	2
2. Merülhet-e fel komplikáció?	0	1	2
3. A műtéti heg esztétikus lesz?	0	1	2
4. Mennyi időt kell a kórházban tartózkodnom?	0	1	2
5. Mire kell vigyáznom műtét után?	0	1	2
6. Érzéstelenítéssel lesz a műtéti beavatkozás?	0	1	2
7. Mi idézte elő a betegségemet?	0	1	2
8. Mennyi idő után folytathatom a megszokott életvitelemet?	0	1	2
9. Milyen hatással lesz a műtét a szexuális életemre?	0	1	2
10. Lesznek a kórteremben hasonló betegségben szenvedő betegek?	0	1	2

Köszönetnyilvánítás. Köszönetünket fejezzük ki Tőke Ágnesnek, a Csíkszeredai Megyei Kórház Sebészeti Osztály főasszisztensének, aki az interjúkat felvette.

BALOG, PIROSKA – DÉGI, L. CSABA

**FAMILY SUPPORT DECREASING PSYCHOSOCIAL
VULNERABILITY IN WOMEN WITH CANCER**

Aim: There is substantial evidence in psychosomatic literature linking the role of social support in coping with chronic diseases. Studies related to the quality of family relationships, and family supports are rare.

Methods: Women patients in the County Hospital, Surgery Ward, Csíkszereda, were interviewed: 30 women with appendicitis, 30 women with benign breast cancer, and 30 women with malign breast cancer. The age of women did not differ significantly. Women with malign breast cancer were mostly with the lowest socio-economical status. Anxiety, stress, optimism and the need of information related to surgery were measured by scales and questions related to family support were included in the study.

Results: Women with malign breast cancer reported the highest anxiety, and stress. Family support played an important role decreasing stress and anxiety, and increasing optimism and the amount of information related to surgery.

Conclusion: The quality of family relationships plays an important role in decreasing stress and anxiety. The higher the stress, the more important the family support is.

Keywords: women, cancer, stress and anxiety, optimism, information related to surgery, family support