

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM  
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR

## DOKTORI ÉRTEKEZÉS TÉZISEI

**MÁRKI GABRIELLA**

### **Az endometriózis egészségpszichológiai aspektusai**

#### **Pszichológiai Doktori Iskola**

A Doktori Iskola vezetője: **Prof. Dr. Demetrovics Zsolt**, DSc, egyetemi tanár, ELTE PPK PI

#### **Személyiség- és egészségpszichológiai program**

Programvezető: **Prof. Dr. Oláh Attila**, CSc, egyetemi tanár, ELTE PPK PI

#### **Témavezetők**

**Pigniczkiné Dr. Rigó Adrien**, PhD, habil. egyetemi docens, ELTE PPK PI

**Dr. Bokor Attila**, PhD, egyetemi adjunktus, SE ÁOK

#### **A bírálóbizottság tagjai**

Elnök: **Prof. Dr. Bányai Éva**, PhD, CSc, egyetemi tanár, ELTE PPK PI

Belső bíráló: **Dr. Kökönyei Gyöngyi**, PhD, egyetemi adjunktus, ELTE PPK PI

Külső bíráló: **Dr. Czeglédi Edit**, PhD, egyetemi adjunktus, Semmelweis Egyetem

Titkár: **Dr. Kun Bernadette**, PhD, egyetemi adjunktus, ELTE PPK

Tagok: **Dr. S. Nagy Zita**, PhD, egyetemi adjunktus, ELTE PPK PI

**Dr. Brubel Réka**, PhD, egyetemi tanársegéd, SE ÁOK

**Dr. Kovácsné Dr. Török Zsuzsa**, PhD, egyetemi oktató, DE KK ÁOK

Póttag: **Dr. Szeverényi Péter**, PhD, habil. egyetemi docens, DE KK ÁOK

**Budapest, 2019**



## 1. BEVEZETÉS

Az endometriózis világszerte minden tizedik reprodukzív életkorú nőt érintő komplex, krónikus, jóindulatú, gyulladással és ösztrogén-dependens nőgyógyászati megbetegedés, amely során endometriumhoz (méhnyálkahártyához) hasonló szövetek jelennek meg bárhol a szervezetben. A betegséget tünetként kiemelkedően a krónikus kismencedei fájdalom és a meddőség jellemzi (Giudice & Kao, 2004). Az endometriózis krónikus (fájdalom)tünetei és lehetséges következményei miatt a betegség korai diagnózisa elengedhetetlen, amely célja a fájdalomtünetek krónikussá válásának megelőzése, valamint a jobb termékenységi esélyekmegőrzése (Brosens, Benagiano, & Brosens, 2017). Ennek ellenére a tünetek megjelenésétől a diagnózis megszületéséig átlagosan 4-10 év telik el (Ballard, Lowton, & Wright, 2006; Bokor et al., 2013; Hadfield, Mardon, Barlow, & Kennedy, 1996; Hudelist et al., 2012). Ebből fakadóan az endometriózis biomedikális megközelítése döntően a betegség pathogenezisének feltárására (Taylor, Hummelshoj, Stratton, & Vercellini, 2012; Vercellini, Viganò, Somigliana, & Fedele, 2014), a diagnosztikai és kezelési lehetőségek vizsgálatára (Dunselman et al., 2014; Kennedy et al., 2005) fókuszál, amely által az érintettek egészséggel összefüggő életminőség javulását tűzik ki célul (Fritzer, Tammaa, Salzer, & Hudelist, 2012; Fritzer, Tammaa, Salzer, & Hudelist, 2014). Ugyanis Simoens és munkatársainak (2012) több ország bevonásával készített vizsgálata alapján az életminőség az egészségügyi költségek fő magyarázó tényezőjeként került beazonosításra.

Az életminőség vizsgálatával foglalkozó kutatások rámutattak a fájdalom központi szerepére (Giudice & Kao, 2004; Souza et al., 2011; Taylor et al., 2012). A fájdalom jelenléte egyértelműen negatív hatást gyakorol a szexuális élet, a párkapcsolat minőségére (Ferrero et al., 2005; Fritzer et al., 2013; Tripoli et al., 2011), továbbá a mindennapi és munkahelyen történő funkcionálásra (Fourquet et al., 2010; Jones, Jenkinson, & Kennedy, 2004) (akár szociális izoláció is megjelenhet (Mellado et al., 2016; Oehmke et al., 2009)), valamint a hangulatra és az érzelmi jólétre egyaránt (Gao et al., 2006; Sepulcri & do Amaral, 2009; Souza et al., 2011).

A szakirodalomban megjelenő tanulmányok alapján az érintett betegcsoport megnövekedett pszichés problémákkal, kiemelten magasabb depresszív és szorongásos tünetekkel, megemelkedett stressz-szinttel és alacsonyabb megküzdési képességgel jellemezhető (Eriksen et al., 2008; Kaatz, Solari-Twadell, Cameron, & Schultz, 2010; Lemaire, 2004; Roth, Punch, & Bachman, 2011; Sepulcri & do Amaral, 2009). Az eredmények háttérében a krónikus kismencedei fájdalom vagy egyéb más komorbid fájdalomszindróma meglétét azonosították, hiszen a fájdalommal élők körében szignifikánsan magasabb depresszió és szorongás értékeket írtak le az endometriózissal nem élő, egészséges nők értékeihez képest (Lorençatto, Petta, Navarro, Bahamondes, & Matos, 2006; Sepulcri & do Amaral, 2009; Smorgick, Marsh, As-Sanie, Smith, & Quint, 2013). Majd az elmúlt évtizedben kezdődő komplexebb és differenciáltabb vizsgálatok rávilágítottak arra, hogy endometriózis esetén a fájdalom megléte vagy hiánya központi szerepet tölt be a kutatási eredmények értelmezésében, ugyanis a fájdalommal nem élő, tünetmentes érintettek lényegesebb kisebb mértékű állapotromlásról számoltak be (Facchin et al., 2015). A hangulatra gyakorolt hatást vizsgáló tanulmányok alapján nemcsak a fájdalom meglétével vagy hiányával, hanem a fájdalom intenzitásával is számolni kell. Pozitív együttjárás mutatkozott ugyanis a hangulatváltozás mértéke és a fájdalom intenzitása között (Sepulcri & do Amaral, 2009). A fenti eredmények alátámasztást nyertek a medikális beavatkozások mentén is, hiszen a medikális fájdalomcsökkentő eljárásokat követően alacsonyabb depresszív tüneteket mértek (Van den Broeck et al., 2013; Vercellini et al., 2013).

A depresszív és szorongásos tünetek mellett az endometriózissal élő nők által megélt stressz vizsgálata kerül egyre nagyobb arányban a vizsgálatok középpontjába a neurohormonális rendszerre gyakorolt hatása, valamint az egészséggel összefüggő életminőség korrelátumaként való megjelenése révén. A betegséggel diagnosztizált nők a fájdalomtünetek jelenléte végett szignifikánsabban magasabb egészséggel összefüggő észlelt distressz szintről számoltak be az endometriózissal nem, ám krónikus kismencedei fájdalommal élőkhöz és az egészséges kontrollszemélyekhez képest (Mathias, Kuppermann, Liberman, Lipschutz, & Steege, 1996; Petrelluzzi, Garcia, Petta, Grassi-Kassise, & Spadari-Bratfisch, 2008). A fájdalom és a distressz között kétirányú folyamatot találunk, s így egy ördögi körbe kerülve maladaptív folyamatokat indítanak el, amely folyamatok mentén a neuroendokrin-immunrendszer egyensúlyhiánya (*neuroendocrine-immune disequilibrium*) léphet fel (Tariverdian et al., 2007). A magasabb distressz jelenléte súlyosbíthatja az érintett személy egészségügyi állapotát és gátolhatja az állapotjavulást.

A szociális és munkavégzéssel kapcsolatos funkcionálás során az endometriózissal élő nők körében magasabb arányú funkcióromlás mutatkozott más megmagyarázhatatlan fájdalombetegségekhez képest, amely a szociális és a családi élet minden területére kiterjedhet (ld. családon belüli, baráti és saját gyermekkel való kapcsolatokon belül). A szociális és munkahelyen belüli szerepvállalás háttérében a krónikus kismencedei fájdalom jelenléte és a betegség stádiuma került azonosításra (Gao et al., 2006; Jia, Leng, Shi, Sun, & Lang, 2012). Következmények között megjelenik a társas támogatás hiánya, intenzív kismencedei fájdalom esetén a munkahely elvesztése vagy munkaképtelenség, amelyek hosszabb távon a bizonytalan jövőkép megjelenéséhez vezethetnek, amely viszont negatívan hat az érintettek depresszív tüneteire (Choi & Jun, 2005) tovább rontva a mindennapokban való funkcionálást.

Az érzelmi és szociális jóllét mellett egyre nagyobb figyelem helyeződik a szexuális funkcionálás és a partnertkapcsolatok területére is. Ugyanis a szexuális együttlétek alatt jelentkező fájdalom (*dyspareunia*) nagymértékben vezet a distressz megemelkedéséhez és az elégedettség csökkenéséhez (Ferrero et al., 2005; Tripoli et al., 2011). A dyspareunia az érintettek közel felénél megjelenik, amelyek a szexuális együttlétek csökkenését és a párkapcsolat minőségének megváltozását is eredményezhetik. A nőgyógyászati fókuszú vizsgálatok körében egyre nagyobb érdeklődés mutatkozik az endometriózissal élő nővel életközösségben élő férfiak vizsgálatára is (Fernandez, Reid, & Dziurawiec, 2006), akik mint közvetetten érintettek szintén szupportív támogatásra szorulhatnak.

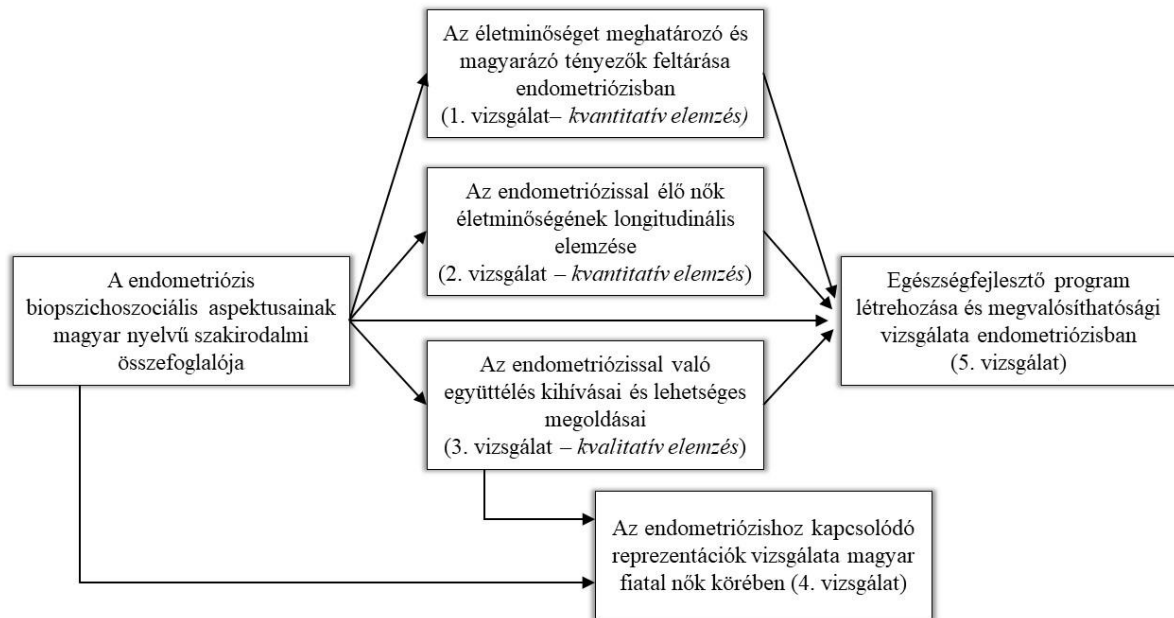
Az életminőség főbb területei mentén – a fent bemutatott eredmények alapján – pontos ismeretekkel rendelkezünk a betegség negatív következményei mentén, ugyanakkor a társas támogatás, az érzelemszabályozás szerepe és az életminőség összefüggései endometriózis esetén nem kerültek a vizsgálatok középpontjába.

Az életminőség fizikai és mentális aspektusait az endometriózis tüneteinek kezelésének céljából alkalmazott gyógyszeres és műtéti eljárások egyaránt pozitívan befolyásolják (Dunselman et al., 2014). A medikális beavatkozások hatékonysága döntően a fájdalomtünetek csökkenésében, valamint a pszichológiai és szexuális működés javulásában érhető tetten. Ugyanakkor a pszichoszociális intervenciók hatékonyságával kapcsolatban mindössze néhány megvalósíthatósági és pilótavizsgálat áll rendelkezésünkre. A progresszív izomrelaxáció, pszichoterápia és a mindfulness alapú módszerek hatása a fájdalom csökkenésében, az életminőség és hangulat javulásában mutatkozott meg (Hansen, Kesmodel, Kold, & Forman, 2016; Kold, Hansen, Vedsted-Hansen, & Forman, 2012; Meissner et al., 2016; Zhao et al., 2012)

## 2. CÉLKITŰZÉSEK

Jelen doktori disszertáció célkitűzései között szerepelt az endometriózis medikális és egészségpszichológiai irodalmának magyar nyelven való összefoglalása, amelyet öt vizsgálat követet (ld. 2.1. ábra).

2.1. ábra – A doktori disszertáció vizsgálatainak összefoglalója



Az *első vizsgálat* célja az életminőség lehetséges magyarázó tényezőinek azonosítása volt. A vizsgálat során a fájdalom, a depresszió, a szorongás, a stressz, a szexuális működés, a társas támogatás és az érzelemszabályozás feltételezett együttjárásának azonosítása.

A *második, longitudinális vizsgálat* célja volt feltárni, miként változik az életminőség és a változás mely fiziológiai és mentális változókkal (ld. műtéti beavatkozás, várandósság-szülés stb.) mutat kapcsolatot.

A *harmadik vizsgálat* célja volt az endometriózissal való együttélés területeinek kvalitatív módszerrel, fókuszcsoporttal történő elemzése, amely lehetőséget terem az első vizsgálatban szereplő változókon túli, életminőséget érintő területek azonosítására (Cox et al., 2003; Moradi et al., 2014).

A *negyedik vizsgálat* célja az endometriózishoz kapcsolódó ismeretek és betegségrepresentációk feltárása volt az egészséges és fiatal nők körében. A vizsgálatot indokolta, hogy a nem megfelelő vagy hiányos ismeretek az endometriózis tüneteinek jelentkezése során bizonytalansághoz és kései segítségkéréshez vezethetnek (Ballard et al., 2006; Lemaire, 2004).

Az *ötödik vizsgálat* során jutottam el az alkalmazott egészségpszichológiai kiindulási pontom megvalósulásához, hiszen a szakirodalmi áttekintés és az első és harmadik vizsgálatok kellő támpontot szolgáltatottak egy egészségfejlesztő program megtervezéséhez. A tervezés mellett célul tűztem ki az intervenciós program megvalósíthatósági vizsgálatának elvégzését, amely során a szignifikáns javulást vártam az életminőség, a stressz, az érzelemszabályozási nehézségek és a krónikus betegség kezelésében érzett éhatékonyságban.

### 3. AZ EMPIRIKUS VIZSGÁLATOK BEMUTATÁSA

#### 3.1. vizsgálat: Az életminőség vizsgálata endometriózisban

Az első vizsgálatunkban a keresztmetszeti kérdőíves elrendezésben vizsgáltuk az egészséggel összefüggő életminőség korrelátumait és lehetséges magyarázó tényezőit. A szakirodalomban közölt korrelációs eredmények alapján az egészséggel összefüggő életminőség romlása és a fájdalomtünetek magas aránya közötti együttjárás mutatkozik a leghangsúlyosabbnak. A fájdalom szerepe a mentális életminőség esetében is kiemelkedő (Souza et al., 2011); a témában közölt tanulmányok a fájdalom intenzitása és a szorongásos tünetek (Sepulcri & do Amaral, 2009), valamint a stressz-szint és a mentális életminőség közötti szignifikáns kapcsolatot említik (Levenstein et al., 1993). A felsorolt változókon túl, szignifikáns kapcsolatot vártunk az életminőség és a társas támogatás, a szexuális működés, valamint az érzelemszabályozás között.

#### 3.1.1 Módszer

##### 3.1.1.1. Vizsgálati személyek

Az endometriózis életminőségre gyakorolt hatásának kvantitatív vizsgálatára összesen 220 endometriózissal diagnosztizált nő jelentkezett a kérdőívesomag kitöltésével. A vizsgálatban való részvétel feltétele volt az endometriózis diagnózis, a 18 év feletti életkor és a pszichiátriai diagnózisok hiánya. Az önbeszámoló alapján pszichiátriai diagnózissal rendelkező vizsgálati személyek (N=17) adatai nem szerepeltek az elemzésben, így a végső mintába 193 nő válasza került.

##### 3.1.1.2. Eszközök

A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközöket egy, a demográfiai és endometriózishoz kapcsolódó betegségmutatókat rögzítő kérdéssor előzte meg.

**Numerikus analóg skála** Az endometriózishoz kapcsolódó fájdalomtünetek méréséhez numerikus analóg skálát használtunk (1 = egyáltalán nem – 10 = teljes mértékben fájdalmas), segítségével a vizsgálati személyek önbevalláson alapuló fájdalom-intenzitását mértük fel.

**Short Form 36** Az egészséggel összefüggő életminőség méréséhez a *Short Form* (SF-) 36 alkalmaztuk, amely nyolc alskálára és fő skálára bontható. A skálák mindegyike 0 és 100 közötti értéket kap, magasabb pontszám jobb életminőségre utal (Czimbalmos, Nagy, Varga, & Huszti, 1999; Ware & Sherbourne, 1992).

**Kórházi Szorongás és Depresszió Kérdőív** (*Hospital Anxiety And Depression Scale*, HADS) 14 tételből áll, amelyek felváltva szorongásos és depresszív tünetekre kérdeznak rá. A magasabb pontszám magasabb depresszív és szorongásos tünetek gyakoriságát mutatják (Muszbek et al., 2006; Zigmond & Snaith, 1983).

**Társas Támogatás Kérdőív** (*Support Dimension Scale*, SDS) segítségével mérhető, hogy nehéz élethelyzetben a személy mennyire számíthat szociális támogatásra a családtagjaitól, barátaitól, munkatársaitól és egyéb segítőtől. Minél magasabb a kapott összpontszám, a személy annál nagyobb mértékben számíthat a környezetéből eredő szociális támogatásra (Caldwell, Pearson, & Chin, 1987; Kopp & Skrabski, 2000).

**Észlelt Stressz Kérdőív** (*Perceived Stress Scale*, PSS) 14 tétele a stresszérzéslésre kérdez rá. A magasabb pontszámok a stresszes helyzetek nagyobb gyakoriságát és a stresszel való megküzdés sikertelenségét jelzik (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; Stauder & Konkoly Thege, 2006).

**Női Szexuális Funkció Index** (*Female Sexual Function Index, FSFI*) a női szexuális funkcionálás dimenzióit vizsgálja (Hevesi, Mészáros, Kövi, Márki, & Szabó, 2017; Rosen et al., 2000).

**Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív** (*Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS*) 36 tételből áll, a magasabb pontszám nagyobb érzelemszabályozási problémákat mutat (Gratz & Roemer, 2004; Kökönyei, Urbán, Reinhardt, Józán, & Demetrovics, 2014). A vizsgálat során követtük Kökönyei és munkacsoportja (2014) ajánlását az Érzelmi tudatosság hiánya alskála összpontszámából való elhagyásával kapcsolatban.

### 3.1.1.3. Eljárás

A vizsgálati minta gyűjtése a Semmelweis Egyetem I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Endometriózis Ambulanciáján 2014 októbere és 2015 októbere között történt (regisztrációs szám: TUKEB 60/2014). Az ambuláns rendelésre érkező endometriózissal élő nőket kértük fel a kérdőíves vizsgálatban való részvételre.

### 3.1.2. Főbb eredmények

Az eredmények szerint szignifikáns együttjárás mutatkozott a fájdalomtünetek intenzitása és az életminőség romlása között. A főskálák tekintetében a fenti állítás kiemelkedően a fizikai egészség kapcsán jelenik meg, vagyis a fájdalomtünetek intenzitása és a mentális egészség között nem rajzolódik ki erős szignifikáns kapcsolat az SF-36 alapján. Továbbá a pszichológiai mutatók és az életminőség kapcsolatának elemzése egyértelműen rámutat a mentális egészség és életminőség közötti erős korrelációs kapcsolatok meglétére. A korrelációs együtthatók alapján erős szignifikáns kapcsolat a depresszív, szorongásos és stressz-tünetek, valamint az érzelemszabályozási készségek kapcsán jelentkeztek. A társas támogatás és a szexuális működés esetében alacsonyabb erősségű az életminőséggel való kapcsolatot azonosítottunk. A fizikai életminőség és pszichológiai mutatók között gyengébb, illetve nem szignifikáns kapcsolatok mutatkoztak (3.1.1. táblázat).

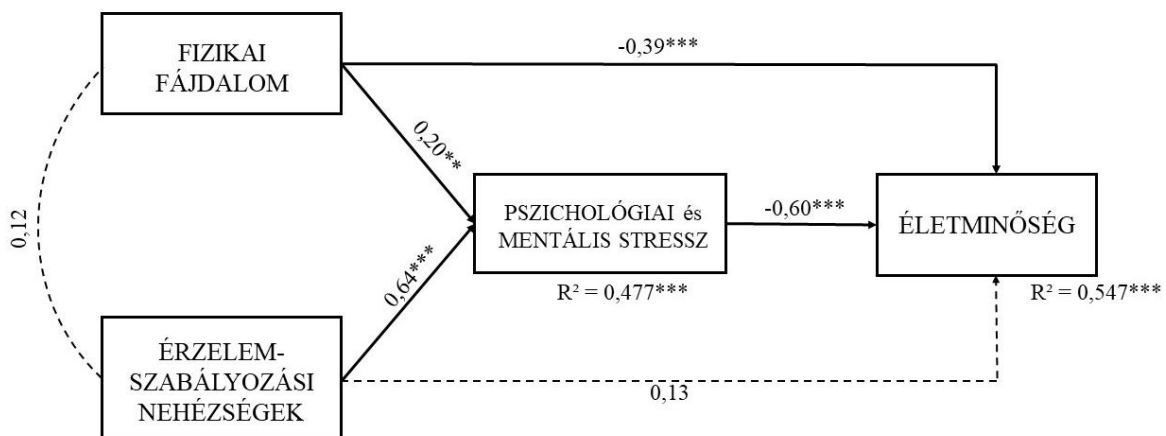
#### 3.1.1. táblázat – Az életminőség korrelátumai endometriózisban

SKÁLÁK		SF-36 összpontszám	SF-36 fizikai egészség	SF-36 mentális egészség
Fájdalom változók	menstruáció első napja	-0,29**	-0,33**	-0,17*
	menstruáció további napjai	-0,39**	-0,57**	-0,17*
	ciklusközi napok	-0,34**	-0,44**	-0,20**
	szexuális együttlétek	-0,35**	-0,40**	-0,26**
	vizeletürítés	-0,18*	-0,21**	-0,14
	székletürítés	-0,40**	-0,35**	-0,31**
Pszichológiai változók	HADS-D	-0,56**	-0,34**	-0,64**
	HADS-A	-0,61**	-0,41**	-0,70**
	PSS	-0,59**	-0,36**	-0,68**
	SDS	0,22*	0,10	0,22*
	FSFI	0,25**	0,13	0,28**
	DERS	-0,40**	-0,17*	-0,55**

Megjegyzés: SF-36 = Short Form 36; HADS-D = Kórházi Depresszió és Szorongás Kérdőív – depressziót mérő alskálája; HADS-A Kórházi Depresszió és Szorongás Kérdőív – szorongást mérő alskálája; PSS = Észlelt Stressz Kérdőív; SDS = Társas Támogatás Kérdőív; FSFI = Női Szexuális Funkció Index; DERS = Érzelemszabályozási nehézségek kérdőív; \* p < 0,05; \*\* p < 0,01.

Az életminőséget magyarázó tényezőinek vizsgálatát a strukturális egyenletmodellezés (*structural equation modeling*, SEM) segítségével végeztük el. Az életminőség általános modellje a korrelációs eredményekben szereplő változókhoz képest mindössze a fizikai fájdalmat, az érzelemszabályozási nehézségeket és a pszichológiai és mentális stressz változókat foglalja magába. Az útmodellben szereplő három változó együttesen az életminőség varianciájának 54,7 százalékát magyarázza (3.1.1. ábra).

3.1.1. ábra – Az életminőség mediációs modellje endometriózis esetén (Modell 1, N=193)<sup>1</sup>



Megjegyzés: folyamatos nyíl = szignifikáns út; szaggatott nyíl = nem szignifikáns út; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

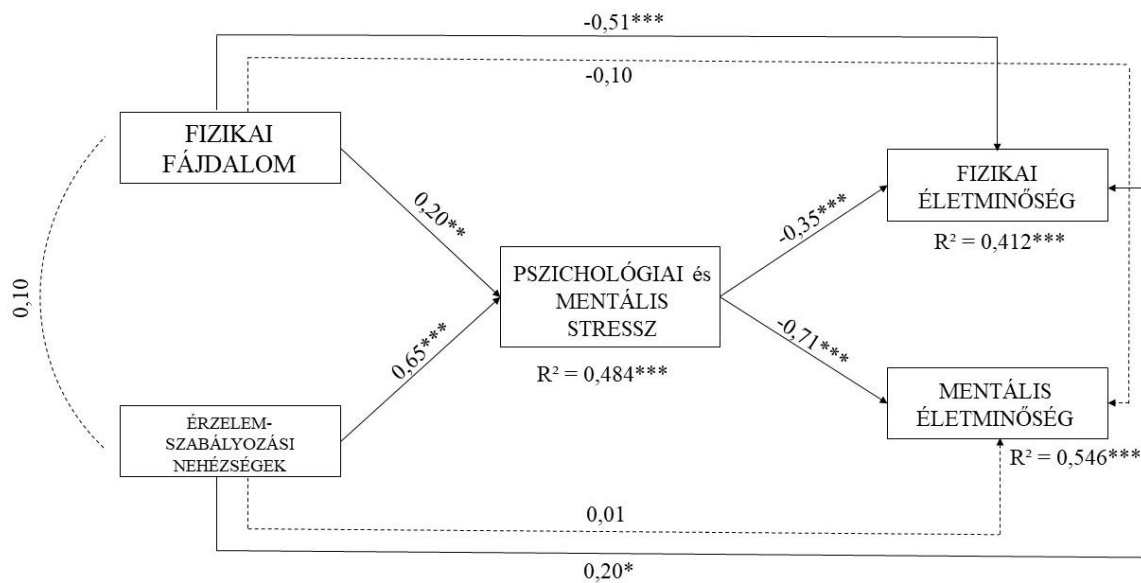
A fizikai életminőség magyarázó változói között a fájdalomtünetek direkt negatív (direkt  $\beta = -0,52$ ;  $p < 0,001$ ) és a pszichológiai stressz mediálásával indirekt negatív (indirekt  $\beta = -0,70$ ;  $p < 0,01$ ) hatása mutatkozott. Az érzelemszabályozási nehézségek és a fizikai életminőség között mind direkt, mind indirekt út kirajzolódott. A negatív indirekt út a pszichológiai és mentális stressz mediáló hatásával jelenik meg (indirekt  $\beta = -0,23$ ;  $p < 0,001$ ). A érzelemszabályozási nehézségek pozitív direkt hatását a fizikai életminőségre nézve egy statisztikai szupresszor hatás megjelenése okozza (direkt  $\beta = 0,20$ ;  $p < 0,05$ ), ugyanis ezen kapcsolat pszichológiai szempontból nem magyarázható. Így a fizikai életminőségre mindössze a fizikai fájdalomnak van valós direkt hatása.

A korrelációs eredményekben megjelenő különbségekből kiindulva, az egészséggel összefüggő életminőséget két fő skálája mentén külön is megvizsgáltuk. Az eredmények az első modellhez hasonlóan mutatkoztak (3.1.2. ábra). A fizikai fájdalom, az érzelemszabályozási nehézségek és a pszichológiai és mentális stressz változók együttesen a fizikai életminőség varianciájának 41,2 százalékát, a mentális életminőség varianciájának 54,6 százalékát magyarázza.

<sup>1</sup> A modelltesztelést megelőzően két új– *fizikai fájdalom*, valamint *pszichológiai és mentális stressz* – változót hoztunk létre főkomponens elemzéssel ugyanis az életminőség korrelátumaiként megjelenő fájdalomtünetek, valamint mentális egészségmutatók között közepes és magas együttjárások végett.



3.1.2. ábra – A fizikai és mentális életminőség összehasonlító mediációs modellje endometriózis esetén (Modell 2, N=193)



Megjegyzés: folyamatos nyíl = szignifikáns út; szaggatott nyíl = nem szignifikáns út; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

A mentális életminőség modellje két indirekt utat jelenít meg (ld. 3.1.2. ábra). A fizikai fájdalom és az érzelemszabályozási nehézségek esetében a direkt utak nem mutattak szignifikáns kapcsolatot a mentális életminőséggel, ugyanakkor mindkét változó indirekt hatása a pszichológiai és mentális stressz mediálóján keresztül érvényesül. A pszichológiai és mentális stressz mediátor változó megmagyarázott varianciája az érzelemszabályozási nehézségek esetében mutatkozott nagyobbak ( $\beta = 0,65$ ,  $p < 0,001$ ) szemben a fizikai fájdalomhoz kapcsolódó értékekkel ( $\beta = 0,20$ ,  $p < 0,01$ ). Ez a különbség a mentális életminőséghez köthető standardizált indirekt hatások kiszámított értékében is megjelent (fizikai fájdalom esetében  $\beta = -0,14$ ,  $p < 0,01$ ; az érzelemszabályozási nehézségek esetében  $\beta = -0,46$ ,  $p < 0,001$ ), vagyis az érzelemszabályozási nehézségek – a pszichológiai és mentális stressz mediálásán keresztül – nagyobb arányban magyarázzák a mentális egészséget.

### 3.1.3. Megbeszélés

Az endometriózis életminőségre gyakorolt hatásának kvantitatív vizsgálati eredményei alapján endometriózis esetén a fizikai fájdalomtünetek és az érzelemszabályozási nehézségek negatív kapcsolatban állnak az egészséggel összefüggő életminőséggel, ezt a kapcsolatot a pszichológiai és mentális stressz (depresszió, szorongás, stressz) mediálja. Az elemzések alapján az egészséggel összefüggő életminőség fő magyarázó változójának a pszichológiai és mentális stressz tekinthető, annak ellenére, hogy a fizikai és mentális életminőség modelljeiben eltérő hangsúllyal jelenik meg. Az eredményeink egybecsengenek a szakirodalomban korábban közölt eredményekkel (Souza et al., 2011), ugyanakkor egyértelműen kirajzolódik a vizsgált modelljeink alapján, hogy az életminőséget nem csak a fizikai fájdalom megléte határozza meg.

A bemutatott modellek alapján a pszichológiai és mentális stressz mediál a fizikai fájdalom és az életminőség között, amely eredmény támogatja azon elképzeléseket, miszerint az észlelt fájdalom a negatív érzelmi állapotok megemelkedésével járnak együtt. A korábbi tanulmányok

alapján a magasabb intenzitású fájdalom megemelkedett szorongásos és depresszív tünetekkel, stressz-szinttel és katasztrófizációval jár együtt (Carey et al., 2014). Kapcsolódva a mentális egészséghez, jelen vizsgálatunkban az érzelemszabályozási nehézségek szignifikáns együttjárást mutattak a (fizikai és mentális) életminőséggel, a mentális egészségmutatókkal és az endometriózishoz kapcsolódó fájdalomtünetekkel. A kapott eredmények az érzelemszabályozás irodalmában megjelenő negatív érzelmi állapotok fájdalompercepció módosító hatásával kapcsolatos ismereteket és összefüggéseket támogatják (Agar-Wilson & Jackson, 2012). Összefoglalóan elmondható, hogy az eredményeik rámutatnak arra, hogy az endometriózissal élő betegek ellátása során a fájdalom medikális kezelése mellett – amennyiben szükséges – az érzelemszabályozási készségek fejlesztésére és a mentális egészség elősegítésére is érdemes figyelmet fordítani.

*A vizsgálat korlátai* a keresztmetszeti elrendezés, a kontrollcsoport és a kontrollváltozók beemelésének hiánya. Egy prospektív elrendezésben történő longitudinális vizsgálat pontosabb képet adna az együttjárások tekintetében az ok-okozati összefüggések mintázatáról is. A hosszanti elrendezést ugyanakkor indokolná a biomedikális mutatók kontrollváltozóként való bevonását is. A limitációk között kell megemlítenünk a társas támogatással és a szexuális működéssel kapcsolatos eredményeinket. A társas támogatás és szexuális működés annak ellenére, hogy az egészséggel összefüggő életminőséggel együttjárást mutatott, feltételezhetően az alacsony korrelációs együtthatók miatt, nem kerültek be a kapott magyarázó modellbe. A fent tárgyalt két változó mérésének optimalizálásán túl, a bemutatott modellek validitása növelhető lenne a résztvevő egészségügyi intézmények számának gyarapításával, valamint az endometriózis súlyosságának kontrollálásával.

### **3.2. vizsgálat: Az endometriózissal élő nők életminőségének utánkövetéses vizsgálata**

Az endometriózis nemzetközi szakirodalmában megjelenő longitudinális vizsgálatok döntően a betegség medikális kezelésének hatásának azonosítására fókuszálnak. A gyógyszeres és műtéti beavatkozások elsősorban a fájdalom intenzitásának változását, másodsorban az életminőség változását, míg harmadsorban a szexuális életminőség javulását vizsgálják. Mindezen vizsgálatok mellett elmarad a medikális beavatkozások (típusainak) hatására a további pszichológiai mutatók, mint depresszió, szorongás, stressz változásának vizsgálata, amelyek elemzése az egészséggel összefüggő életminőség korrelátumainak ismeretében lényegesek lennének. A disszertációban bemutatott kutatássorozatban a fenti kérdéskört hozzáférhető minta hiányában nem állt módunkban vizsgálni<sup>2</sup>.

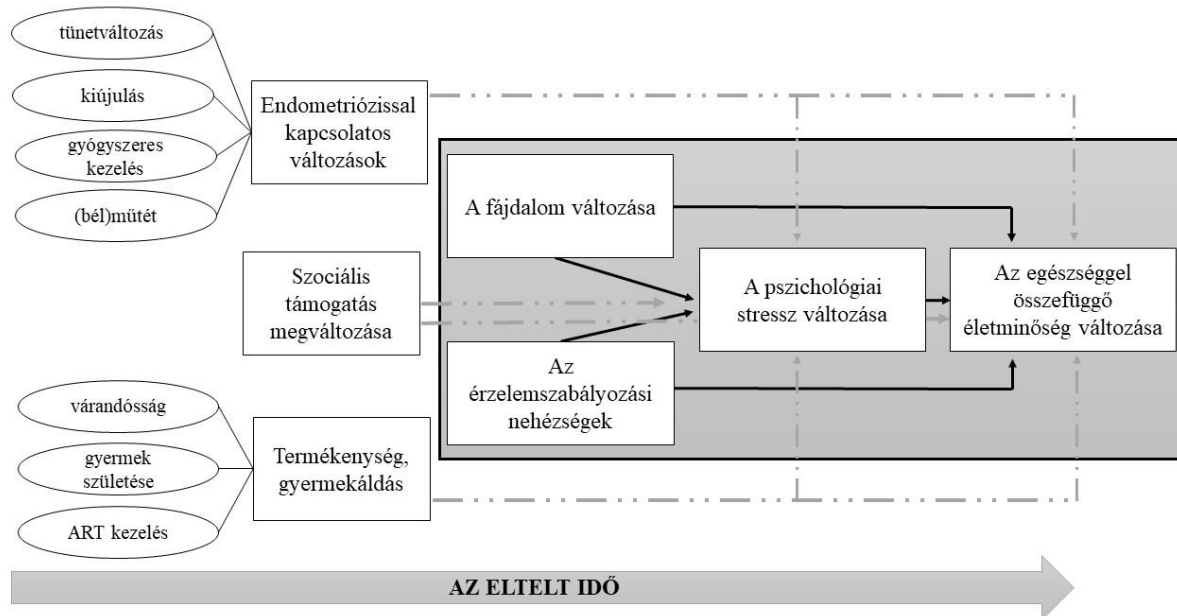
A szakirodalomban nem találtunk utalást arra, hogy a diagnózissal élő, már kezelt csoport esetében miként változik az érintett nők egészséggel összefüggő életminősége. Jelen utánkövetéses vizsgálatunk célja éppen ezért az orvosi és pszichológiai változók együttes beemelésével az életminőség változását meghatározó tényezők azonosítása volt. Megtartva a keresztmetszeti vizsgálatban kapott modellünk magját (ld. 3.1.1. ábra), egy longitudinális követés elemzését segítő hipotetikus modellt alkottunk az életminőség változásának követésének céljából (3.2.1. ábra). Jelen modellben a *változás* vizsgálatát tűztük ki célul, ezért kimeneti változóként az *életminőség-változást* jelöltük meg. A korábbi korrelációs elemzésünk eredményei alapján feltételezzük, hogy a fájdalom intenzitásának és a pszichológia (és mentális) stressz változása hatással lesz az életminőség-változásra. A negyedik beemelt változó, az érzelemszabályozás kapcsán – annak szakirodalmában közölt eredményekre

---

<sup>2</sup> A disszertációban közölt kutatássorozat elbonyolítása óta ugyanakkor megkezdődtek azon vizsgálatok, amely során bélendometriózissal érintett személyek bevonásával a bélműtét időpontjához igazodva vizsgáljuk a fájdalom és életminőség értékek mellett a pszichoszociális tényezők hatását is.

alapozva (Diamond & Aspinwall, 2003; Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2018; van Middendorp, Geenen, Sorbi, van Doornen, & Bijlsma, 2005) – azt feltételezzük, hogy az érzelemszabályozás a biomedikális és társas változók kontrollja mellett is képes hosszú távon magyarázni az életminőséget.

### 3.2.1. ábra – Az életminőség változásának hipotetikus modellje



Megjegyzés: ART = asszisztált reprodukciós technikák (*assisted reproductive techniques*); folyamatos nyíl = szakirodalom és korábbi vizsgálat során alátámasztott utak; szaggatott nyíl= hipotetikus utak.

#### 3.2.1. Módszer

##### 3.2.1.1. Vizsgálati személyek

Az első kvantitatív vizsgálatunkban 220 fő vett részt, ám a minta közel fele, 125 fő adott meg utánkövetéshez használható adatokat. Az utánkövetéses vizsgálatban való részvételre az elérhetőséget megadó 125 főt kértük fel. A vizsgálatban való részvételhez szűrőkérdéseket nem alkalmaztunk, hiszen a 18 éves kor feletti életkor és az endometriózis diagnózis fennállta már az első vizsgálatban bemeneti követelményként szerepelt.<sup>3</sup>

##### 3.2.1.2. Eszközök

A vizsgálatban a fájdalomtünetek intenzitásának (numerikus analóg skála), az életminőségnek (SF-36) és a stressztünetek mértékének (Észlelt Stressz Kérdőív, PSS) vizsgálatát a 3.1. vizsgálatban leírtaknak megfelelően, ismételt adatfelvétellel végeztük el, míg az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív esetében a mérőeszköz rövidített, 18 tétel változatával dolgoztunk.

<sup>3</sup> Az önbeszámoló alapuló, elmúlt 2,5 év alatt esetlegesen megjelenő pszichiátriai zavarokra nem kérdeztünk rá, így ez limitációként megjelenhet.

### 3.2.1.3. Eljárás

A vizsgálat a 3.1. vizsgálatunk folytatásaként valósult meg, amely vizsgálat végén a résztvevő nőknek lehetősége volt elérhetőségüket megadni további kutatásokban való részvételhez. Az utánkövetéses vizsgálatban való felkérés e-mail üzenet formájában történt és a Quatrics kérdőívkezelő program segítségével valósult meg 2017 júliusában. végeztük el. További időpontban történő utánkövetést az eredeti minta nagymértékű lemorzsolódása miatt nem végeztünk.

### 3.2.2. Eredmények

Az első adatfelvételtre adott válaszok 2014 szeptembere és 2015 szeptembere között érkeztek (ld. 3.1. vizsgálat), a második mérésre adott válaszok pedig 2017 júliusa és szeptembere között érkeztek, így a két mérés között átlagosan 2,5 év telt el. Eredményeink során így a két és fél év alatt lezajlott változásokat elemeztük. Az utánkövetés mintáját végül összesen 47 fő válasza alkották (korrigált válaszadási arány 37,6%). Az alacsony válaszadási arány nem tette lehetővé, hogy a felvázolt hipotetikus modell tesztelése megvalósuljon, ezért a disszertáció ezen elemzésre nem tér ki. Ugyanakkor néhány előzetes eredményt érdemesnek találtunk megosztani, így a longitudinális vizsgálat *előzetes tanulmányra (preliminary study)* módosult.

Elvárásainknak megfelelően a T1-életminőség és a T1-stressz között szignifikáns kapcsolatot azonosítottunk (Spearman-féle  $r = -0,45$ ;  $p = 0,003$ ), ugyanakkor a T1-életminőség és a T1-érzelemszabályozás közötti kapcsolat nem bizonyult szignifikánsnak (Spearman-féle  $r = -0,28$ ;  $p = 0,065$ ). Miközben a T1-stressz és az T1-érzelemszabályozás között megjelent a szignifikáns együttjárás (Spearman-féle  $r = 0,68$ ;  $p < 0,001$ ).

A második adatfelvétel során T2-életminőség és T2-stressz között (Spearman-féle  $r = -0,64$ ;  $p < 0,001$ ), valamint T2-stressz és T2-érzelemszabályozás között (Spearman-féle  $r = 0,82$ ;  $p < 0,001$ ) szintén megjelent az elvárt korrelációs kapcsolat. Továbbá az első adatfelvételnél nem szignifikáns életminőség és érzelemszabályozás közötti kapcsolat a második adatfelvétel során az elvárásunknak megfelelő kapcsolatot mutatta (Spearman-féle  $r = -0,43$ ;  $p = 0,003$ ).

Továbbá a második időpontban mért életminőség mindössze a T1-életminőséggel mutatott szignifikáns kapcsolatot (Spearman-féle  $r = 0,56$ ;  $p < 0,001$ ), kapcsolatát a T1-stressz (Spearman-féle  $r = -0,21$ ;  $p = 0,156$ ) és a T1-érzelemszabályozás (Spearman-féle  $r = -0,11$ ;  $p = 0,472$ ) értékeivel nem tudtuk igazolni. Az első mérési időpontban megjelent stressznek és érzelemszabályozási nehézségeknek későbbi életminőségre feltételezhetően gyakorolt hatását nem tudtuk jelen elrendezésben alátámasztani.

Az utánkövetés során kapott eredményekben bekövetkező változásokat szeretnénk volna részletesebben is megérteni, ezért három új *változás-változót* hoztunk létre (változás = T2 – T1). Az utánkövetéses vizsgálatban elemzett mutatók és a változás mutatók közötti kapcsolatok elemzése újabb kiegészítő eredményeket mutatott (ld. 3.2.1. táblázat). Az *életminőség-változás* szignifikáns kapcsolatot mutatott a stressz-változás és fájdalom-változás mutatókkal, míg az érzelemszabályozási nehézségek első és második mérés során kapott értékeivel nem. Előzetes elemzéseink szerint, az életminőség változásában nem jelent meg az érzelemszabályozás kimutatható szerepe. Ugyanakkor az érzelemszabályozás hatása az életminőségre indirekten megmutatkozhat, mivel a T1-érzelemszabályozás és *fájdalom-változás*, valamint a T2-érzelemszabályozás és a *stressz-változás* között szignifikáns kapcsolatot találtunk. A rendelkezésre álló mintaelemszám ezen összefüggések részletesebb, modellként való statisztikai tesztelését nem tette lehetővé.

### 3.2.1. táblázat –A vizsgált mutatók és a változás mutatók közötti kapcsolatok

Az életminőség-változás korrelátumai								
	T1 PSS	T2 PSS	T1 DERS-18	T2 DERS-18	stressz- változás	fájdalom- változás		
életminőség- változás	0,36*	-0,13	0,26	-0,06	-0,52**	-0,49*		
A stressz-változás korrelátumai								
	T1 SF-36	T2 SF-36	T1 DERS-18	T2 DERS-18	életminőség- változás	fájdalom- változás		
stressz- változás	-0,07	-0,57**	-0,17	0,37*	-0,52**	0,47*		
A fájdalom-változás korrelátumai								
	T1 SF-36	T2 SF-36	T1 PSS	T2 PSS	T1 DERS- -18	T2 DERS- -18	életmi- nőség- változás	stressz- változás
fájdalom- változás	0,21	-0,29	-0,29	0,13	-0,39*	0,06	-0,49*	0,47*

Megjegyzés: T1 = első adatfelvétel; T2 = második adatfelvétel; SF-36 = Short Form-36 (életminőség); PSS = Észlelt Stressz Kérdőív; DERS-18 = Érzelmszabályozási Nehézségek Kérdőív 18 tételes rövidített változata; \* =  $p < 0,05$ ; \*\* =  $p < 0,01$ .

A medikális – gyógyszeres kezelés ( $N=16$ ), műtét ( $N=21$ ; ezen belül bélműtét  $N=5$ ), asszisztált reprodukció ( $N=8$ ), gyermekáldás ( $N=4$ ), várandósság ( $N=1$ ) – mutatók szerinti összehasonlítások alacsony elemszámú vizsgálati alcsoportokhoz vezettek, amelyekben belüli vizsgálatok eredményeinek doktori disszertációban való közlésétől eltekintettem, mivel az alacsony elemszám és a vizsgálatba bevont kontrollváltozók száma a statisztikai próbák erejének csökkenését és a kapott eredmények megkérdőjelezhető validitását eredményezte volna.

### 3.2.3. Megbeszélés

Az utánkövetéses vizsgálatunkban a keresztmetszeti vizsgálatunkban kapott főbb eredmények mérését ismételtük meg, az első vizsgálatához képest átlagosan 2,5 évvel később. Az életminőség-változása a fájdalom- és a stressz változásával mutatott kapcsolatot, vagyis az életminőség javulása a fájdalom és a stressz szignifikáns csökkenésével járt együtt. A vizsgálatba bevont változók közül az érzelmszabály hosszú távú, életminőségre gyakorolt hatását nem tudtuk jelen rendelkezésre álló minta és elemzések segítségével alátámasztani. Ugyanakkor az előzetes elemzésekben megjelentek olyan megerősítő eredmények, amelyek az 3.1. vizsgálatban bemutatott modellünkhöz hasonlóan az érzelmszabályozási nehézségek életminőségre ható indirekt hatására utalnak.

A csoportbontásokon túl, klaszterelemzésekben is érdemes lenne gondolkodni, ugyanis az életminőség változására számos kontrollváltozó és azok változása is hatással lehet. A

különböző mintázatok azonosítása egy jóval nagyobb mintaelemszámú merítés esetén lenne lehetőség, amely megvalósulásához a hazai és nemzetközi endometriózis centrumok összefogására lenne szükség. A klasztermintázatokon túl, komplex – fizikai, pszichológiai és medikális mutatókat is magába foglaló – modellekben kell gondolkodnunk, ugyanis a változók között nem kizárólag lineáris kapcsolatokat feltételezünk. A későbbiekben azonosított klaszterek és modellek segítségével specifikus egészségfejlesztő és intervenciós programok tervezése és szervezése lenne megvalósítható – gondolunk itt például az első műtét előtt álló, az állapotromlást megelőző, a termékenységi nehezítettséggel élő, stb. nők csoportjára.

*A vizsgálat korlátai* között jelenik meg a hosszúra nyúló utánkövetési idő, az alacsony mintamerítés, a vizsgált személyek lemorzsolódása, az alacsony válaszadási arányhoz és kontrollváltozók számához kapcsolódóan elmaradó mélyebb elemzések.

Összefoglalva az utánkövetéses vizsgálatunk eredményét, újabb, az endometriózishoz kapcsolódó életminőséget leíró ismeretekkel nem, ugyanakkor sok megfogalmazódott vizsgálati kérdéssel, elrendezéssel és szemponttal gazdagodtunk. Az endometriózis egészségpszichológiájának jövőbeni longitudinális vizsgálatának megtervezése nagymértékű gondosságot és figyelmet, multidiszciplináris és multicentrális összefogást igényel, valamint az érintett nők vizsgálatban bennmaradó motivációjának fenntartásának megvalósítására is szükség lesz.

### **3.3. vizsgálat: Az endometriózissal való együttélés kihívásai és lehetséges megoldásai: hazai kvalitatív eredmények**

A kvantitatív és kvalitatív szakirodalom alapján az endometriózis negatív hatása az egészséggel összefüggő életminőség számos aspektusán érvényesül. Az endometriózis kvalitatív vizsgálataiban döntően fókuszcsoportos elrendezést és interjú alapuló technikákat alkalmaznak, amelyek segítségével mélyebb betekintés nyerhető az endometriózissal élő nők betegséggel kapcsolatos tapasztalataiba és élményeibe. A kvalitatív vizsgálatok az alábbi főbb területek azonosították: az endometriózis természete és egészségügyi tapasztalatok; az endometriózissal való együttélés (a betegség hatása az életminőségre, mentális egészségre, társas és szexuális életminőségre, tanulmányokra és munkavégzésre); az egészségügyi ellátószeméllyel való és szelf-menedzsment (asszertív viselkedés és kontrollérzet) (Cox et al., 2003; Culley et al., 2013; Moradi et al., 2014). A publikált eredmények nagyobb aránya fókuszál az életminőségromlásra és medikális élményekre, míg kisebb arányban közölnek eredményeket a szelf-menedzsment további lehetőségeiről, a társas támogatásról, a nőiségről, a krónikus betegség „értelméről” és szerepéről, valamint a páciensek által megfogalmazott szükségletekről.

A bemutatott szakirodalmi eredményekből adódóan jelen vizsgálatunk első célja volt feltárni az endometriózis életminőségre gyakorolt hatásait a magyar endometriózissal élő nők életében, s így megismerni a magyar egészségügyi ellátórendszerrel való tapasztalataikat, élményeiket és aggodalmaikat. Vizsgálatunk további céljaként jelöltük ki, hogy megismerjük az érintett nők által a betegség negatív hatásainak kezelésére alkalmazott lehetőségeket és megküzdési mechanizmusokat.

### 3.3.1. Módszer

#### 3.3.1.1. Vizsgálati személyek

A kvalitatív vizsgálatban való részvételhez 125, endometriózis diagnózissal és 18 év feletti életkorú nőt kértünk fel, akiket az első, keresztmetszeti vizsgálat során, önkéntesen megadott elérhetőségek alapján értünk el. A meghívott 125 főből végül 21 fő tudott a meghirdetett időpontban a fókuszcsoporthoz beszélgetéseken jelen lenni.

#### 3.3.1.2. Eszközök

Kvalitatív vizsgálat lebonyolítása során rövid, demográfiai és betegségmutatókat felmérő kérdőívet alkalmaztunk. Kutatásunk további eszközének a **fókuszcsoporthoz** módszere tekinthető (Kitzinger, 1995; Morgan, 1997). A csoportos beszélgetések teljes tartalmát későbbi elemzésének céljából a vizsgálati személyek írásos beleegyezésével hanganyag formátumként rögzítettük, így a vizsgálat mintagyűjtési fázisának végén egy, összesen 462 percből álló hanganyaggal rendelkezünk.

#### 3.3.1.3. Eljárás

A keresztmetszeti vizsgálat során önkéntes alapon megadott megszólításokat és e-mailes elérhetőségeket felhasználva összesen 125 endometriózissal élő nőnek küldtünk fókuszcsoporthoz beszélgetésre invitáló meghívót. A fókuszcsoporthoz vizsgálati alkalmak mind a négy alkalommal egymással megegyezően, ugyanazon forgatókönyv mentén zajlottak. Az összesen 462 percből álló hanganyagból szó szerinti átiratot készítettünk. A fókuszcsoporthoz átirat egy 62051 szóból álló szövegcorpusból épült fel. Vizsgálatunkban a kapott szövegcorpus elemzéséhez posztpozitívista kvalitatív paradigmán belüli fenomenológiai megközelítést alkalmaztunk (Ponterotto, 2005).

#### 3.3.1.4. Elemzések

A szó szerinti átiratot szövegvezérelt, induktív (*bottom-up*) tartalomelemzési megközelítéssel vizsgáltuk, amely során a beszélgetésekben elhangzott explicit tartalom azonosítására fókuszáltunk (Joffe & Yardley, 2004). Az elemzés alapja a szó, mint tartalommal rendelkező egység volt. A tartalomelemzés első lépéseire, vagy a kódok bejelöléséhez és összegyűjtéséhez az ATLAS.ti nevű tartalomelemző programot használtuk, s a kódolást a másodkódolóval egymástól függetlenül végeztük. A kapcsolódó, szorosan összetartozó kódok mentén témákat alkottunk és neveztünk el, majd ezen témák jelentéseit összesítettük a kategóriák és alkategóriák megalkotása mentén (Braun & Clarke, 2006).

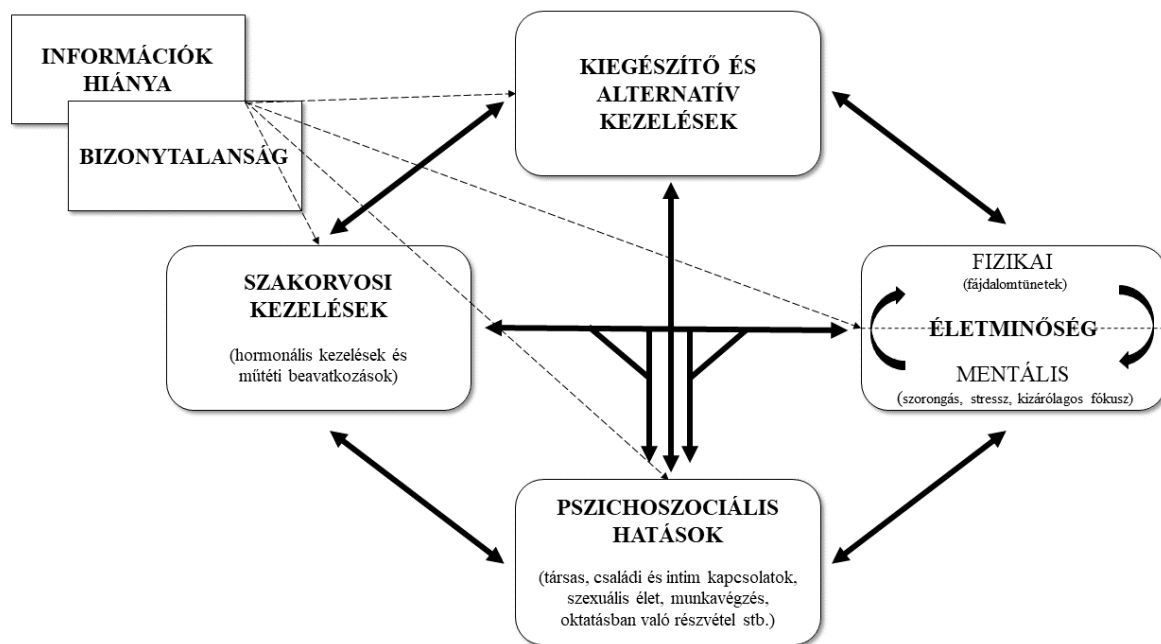
### 3.3.2. Főbb eredmények

A tartalomelemzési folyamat végére négy fő témát azonosítottunk, amelyek az alábbiak: (a) az endometriózis életminőségre kifejtett hatása, (b) az egészségügyben megélt élmények és tapasztalatok, (c) kiegészítő és alternatív kezelések, (d) a betegségmentesség érdekében alkalmazott különböző megküzdési stratégiák (ld. 3.3.1. táblázat).

A szövegcorpus elemzése során a leíró szintű elemzés mellett az azonosított témák között lényeges kapcsolatokat, átfedéseket és magyarázatokat találtunk, amelyek során elsődlegesen arra lettünk figyelmesek, hogy az azonosított négy téma mindegyike nagymértékben érintett volt az információhiány és a bizonytalanságok által (ld. 3.3.1. ábra).

Az életminőség-pszichoszociális hatások és szakorvosi kezelések kapcsolatában lényeges szerepe van a betegséggel élő nők megküzdési stratégiájának (ld. 3.3.2. ábra), valamint az egészségügyben dolgozó szakellátók hozzáállásának. Az orvosok negatív, fizikai tünetekhez való hozzáállása, az endometriózis felismerését segítő ismeretek hiánya miatt késleltették a betegség időbeni felismerését, amely késedelem a betegséggel való együttélésre, a személyek életminőségére és pszichoszociális jellemzőire is visszahatott. A romló egészségi állapot pedig negatív hatással volt az érintettek kezeléssel kapcsolatos adherenciájára és a compliancerea.

3.3.1. ábra – Az endometriózis által érintett területek közötti összefüggések



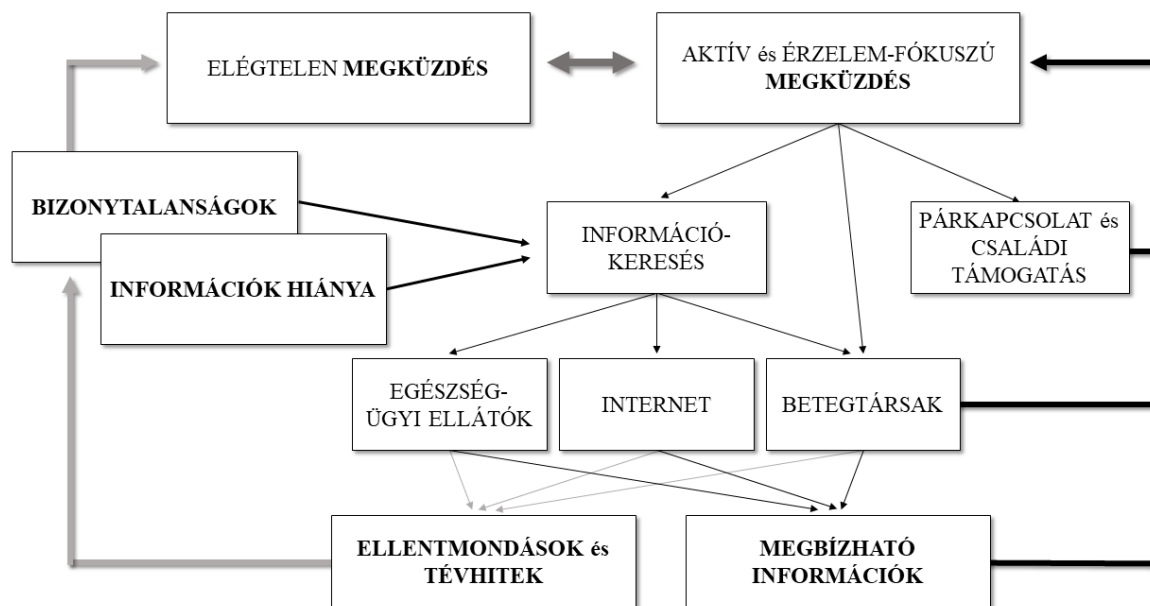
A megküzdés terén is két lehetséges folyamat rajzolódott ki a kapott információk megbízhatósága mentén. A vizsgálati csoportok homogénnek mutatkoztak a megküzdési stratégiájukat tekintve, ugyanis döntően aktív és érzelemfókuszú megküzdéssel voltak jellemezhetőek. Az aktivitás három területen valósult meg, az információkeresésben, a betegtársakkal való kapcsolatfelvételben és a párkapcsolati és családi támogatás igénybevételében. A három forrásból (egészségügy, internet és betegtársak) szerzett információk ellentmondásos tartalma esetén a nők az öngondoskodásuk ellenére is a bizonytalanságok megemelkedéséről számoltak be, amely a betegséggel való elégtelen megküzdéshez vezetett. Eredményeink limitációja, hogy a vizsgált csoportokban a passzív betegségmenedzsmenttel bíró nők csoportja nem jelent meg, így a passzivitást nem tudtuk elemezni.



3.3.1. táblázat – Az endometriózissal való együttéléssel kapcsolatban azonosított témák, kategóriák és alkatégoriák

Témák	Kategóriák	Alkatégoriák	
<b>I. Az endometriózis életminőségre kifejtett hatása</b>			
	Fizikai hatások		
	Pszichológiai hatások		
	Pszychoszociális hatások	Társas és családi élet	
		Párkapcsolatok	
		Szexuális élet	
		Termékenység	
		Nőiség	
		Munkavégzés és oktatás	
Anyagi költségek			
<b>II. Az egészségügyiben megélt élmények és tapasztalatok</b>			
	Diagnosztikai késedelem	Tünetek normalizálása	
		Orvosok által későn felismert egészségügyi állapot	
	Szakorvosi kezelés	Gyógyszeres kezelés	
		Műtét és műtéti élmények	
		Gyermekvállalás, mint kezelési lehetőség	
		Asszisztált reprodukciós kezelések	
		Az endometriózis újrakialakulása	
Orvos-beteg kapcsolat			
<b>III. Kiegészítő és alternatív kezelések</b>			
	Életmódváltás, mint kezelési forma	Diéta és táplálkozás	
		Fizikai aktivitás	
	Pszichológia		
	Természetgyógyászat és egyéb irányzatok		
<b>IV. A betegségmentés érdekében alkalmazott különböző megküzdési stratégiák</b>			
	Információkeresés	Szakorvos által nyújtott információk	
		Internet – online információk	
		Betegtársak által szerzett információk	
	Aktív kontroll és érzelem-fókuszú megküzdés	Öngondoskodás	
		Pozitív hozzáállás	
	Társas támogatás	Személyes kapcsolatok	
		Endometriózis közösség	

3.3.2. ábra – Az endometriózissal való megküzdés lehetséges formái



### 3.3.3. Megbeszélés

Kvalitatív vizsgálatunkban kölcsönös és dinamikus kapcsolatot azonosítottunk az endometriózissal való együttélés során megjelenő témák – egészséggel összefüggő életminőség, egészségügyi tapasztalatok, kiegészítő és alternatív kezelések és megküzdési stratégiák – között. Továbbá egyértelműen megjelent, hogy az endometriózis egészségpszichológiai irodalmában megjelenő életminőségterületek nem tekinthetők egymástól függetlennek. A négy terület mindegyikét és a közöttük lévő kapcsolatot negatívan befolyásolja az információhiány és a bizonytalanság. Az azonosított témák összeegyeztethetők a korábbi vizsgálatok eredményeivel (Facchin et al., 2017; Young et al., 2015). Továbbá az endometriózis szakirodalmában eddig csak érintőlegesen megfogalmazott területeket is azonosítottunk (ld. termékenységgel kapcsolatos bizonytalanságok, nőiesség, anyagi terhek). A nehézségekkel a leghatékonyabban az aktív kontrollal és érzelem-fókuszú coping stratégiákkal bíró nők tudtak megküzdni, amely megküzdést a pozitív egészségügyi tapasztalatok, a hiteles és megbízható forrásból származó pontos betegséggel kapcsolatos információk és a hatékony társas támogatás segítették. Annak ellenére, hogy fókuszcsoporthoz vizsgálatunkban a probléma-fókuszú megküzdési módok nem jelentek meg dominánsan, egyetértünk Roomaney és Kagee (2016) felvetésével, akik endometriózis esetén mind a probléma-fókuszú, mind az érzelem-fókuszú megküzdési mechanizmust hatékony megküzdési formának tekintik.

A vizsgálat korlátai között meg kell említenünk, hogy a vizsgálati személyek meglehetősen homogén demográfiai mutatókkal és betegségjellemzőkkel bírtak, ami miatt eredményeink az endometriózissal érintett nők teljes populációjára nem általánosíthatóak. Másrészt, vizsgálatunkba aktív betegségmentes és pozitív, optimista hozzáállással rendelkező nők vettek részt, így az endometriózissal való együttélésben és a kezelésben passzív módon élő nők élményeit nem tudtuk azonosítani.

### **3.4. vizsgálat: Az endometriózishoz kapcsolódó reprezentációk vizsgálata magyar fiatal nők körében**

Az endometriózis kvalitatív vizsgálataiban kiemelkedő problémaként jelenik meg a betegséggel kapcsolatos információk hiánya (ld. Moradi et al., 2014). Az érintettek gyakran a diagnózis közzlése során találkoznak először az endometriózis elnevezéssel, s ebből következően a betegséggel kapcsolatos előzetes ismeretekkel sem rendelkeznek. Így endometriózis esetén az érintett nők az információk nyújtotta előnyöktől és az egészségóvó viselkedések lehetőségétől esnek el. Így az endometriózisra utaló tünetek ismeretének hiánya és azok esetleges normalizálása a diagnosztikai késedelem megnövekedéséhez és romló egészségi állapothoz vezet (Ballard et al., 2006).

Jelen vizsgálat során a magyar, fiatal nők körében vizsgáltuk a női egészséggel kapcsolatos ismereteiket és szokásaikat, valamint az endometriózishoz kapcsolódó reprezentációikat és a betegséggel kapcsolatos ismereteiket. Az endometriózishoz kapcsolódó ismeretek feltérképezése mellett hipotézisként fogalmaztuk meg, hogy az endometriózisról értesült csoport körében magasabb arányban jelennek meg pontos ismeretek és betegségrepresentációk az endometriózisról, szemben a betegséget önbevallásuk alapján nem ismerő nők csoportjához képest. A felvetésünk önmagától értetődőnek tűnhet, ugyanakkor lényegesnek tartottuk azonosítani a pontatlan reprezentációkat is. Továbbá feltételeztük, hogy az endometriózishoz kapcsolódó információk mennyisége egyenes arányban mozog az életkor emelkedésével. Hipotézisünk háttérében áll, hogy a személyek betegségrepresentációi időről időre fejlődnek, alakulnak és változnak (Leventhal, Leventhal, & Contrada, 1998). A vizsgálat záró céljául fogalmaztuk meg, hogy a vizsgálatban résztvevő személyeket az érintett betegséggel kapcsolatban röviden informáljuk.

#### *3.4.1. Módszer*

##### *3.4.1.1. Vizsgálati személyek*

A vizsgálati kérdőívre összesen 513 válasz érkezett, amelyen belül 92 személy jelezte, hogy endometriózisban érintett, valamint további 61 személy volt érintett policisztás ovárium szindrómában. A végleges mintába 360 kitöltő válasza került be.

##### *3.4.1.2. Eszközök*

A demográfiai mutatók mellett lekérdezésre került a női egészséghez kapcsolódó egészségmagatartás, továbbá az általunk összeállított kérdőív alapján mértük az endometriózis ismeretét és a hozzá kapcsolódó reprezentációkat. A vizsgálati kérdőív végét az endometriózis rövid, edukatív célzatú bemutatása zárta.

##### *3.4.1.3. Eljárás*

A vizsgált személyeket, az egészséges (nőgyógyászati megbetegedéssel feltételezhetően nem élő) nőket egyetemi hallgatókból, valamint kapcsolati hálójukból toboroztuk nem valószínűségi mintavétellel, hólabda módszerrel. A megnevezett fiatal nők a kérdőív kitöltésének lehetőségéről egyetemi és közösségi (online) kutatási felhívásokon keresztül értesítettük. A vizsgálatot az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Karának Kutatás-etikai Bizottsága hagyta jóvá.

### 3.4.2. Főbb eredmények

A nők közel háromnegyede ismerte az endometriózis *definícióját, meghatározását* és fő tüneteit (fájdalom és meddőség). A ciklus rendellenességével kapcsolatban a nők fele válaszolt helyesen, míg a válaszadók 20-25 százaléka a menstruációs ciklus megváltozása esetén nem feltétlen gondolna az endometriózisra.

A betegség jellemzőin túl a *szűrés, diagnózis és kezelés* kategóriák mutattak meglepő eredményt. A nők 59,55 százaléka gondolta, hogy az endometriózis könnyen felismerhető, illetve a további felismeréshez kapcsolódó válaszok (ld. laborvizsgálatok, ultrahang) is hasonló arányban voltak tévesek. A *kezelés* kapcsán a nők 53,28 százaléka ismerte helyesen, hogy az endometriózis kezelése nem könnyen történik, míg a vizsgálati személyek 29,60 százaléka nem tudta a feltett állítást megválaszolni. Ugyanakkor a résztvevők 71,05 százaléka tudta, hogy az endometriózis kezelése műtéti úton is történhet.

A *prevalencia* értékek esetében szintén érdekes eredmény született. A kitöltők mindössze 28,61 százaléka ismerte az endometriózis előfordulási gyakoriságát, míg a résztvevők 49,67 százaléka nem tudta megválaszolni a kérdést. Érdekes az adat mellé tenni az endometriózis becsült előfordulási gyakoriságát, amely jelen vizsgálatban 26,32% volt, magasabb, mint a valós prevalencia.

Az endometriózis ismeretének számosított értéke lehetőséget adott, hogy a vizsgálatban lekérdezett változókkal való kapcsolatát is vizsgáljuk. A demográfiai adatokkal való összevetése során az endometriózis ismeretének mértéke alacsony erősségű, szignifikáns kapcsolatot mutatott az *életkorral* (Spearman-féle  $r = 0,206$ ;  $p < 0,001$ ;  $N = 304$ ), vagyis az életkora növekedésével nő a betegségről való ismeretek mennyisége is.

### 3.4.3. Megbeszélés

Az endometriózishoz kapcsolódó reprezentációk vizsgálata egy pillanatnyi képet festett a magyar fiatal nők betegséggel kapcsolatos ismereteiről. A vizsgálat elemzései részben az elvárásoknak megfelelő eredményeket mutattak (ld. az endometriózisban érintett személyek ismerősei nagyobb tudással bírnak a betegségről), ugyanakkor újabb feltételezett tényezőket azonosítottunk a páciensekhez köthető diagnosztikai késedelemmel kapcsolatban.

A kutatás érdekes eredménye volt, hogy a vizsgálati személyek a valós prevalenciánál jóval magasabbra, közel 2,5-szeresre becsülték az endometriózis előfordulási gyakoriságát, vagyis nagyobb fenyegetettségként érzelték. A fenyegetettség, vagy a Leventhal (1998) által leírtak alapján a betegségreprezentációk az endometriózis meghatározására és tüneteire fókuszálódtak (helyesen), míg a betegség felismerése és kezelése mentén már jóval alacsonyabb volt a megfelelő ismeretek aránya. Az endometriózis könnyű felismerhetőségére és kezelésére vonatkozó (téves) reprezentációk megjelenő tünetek esetén a későbbi orvoshoz fordulást okozhatják, valamint késleltethetik a diagnosztikai laparoszkópos műtéten való részvételt, ha azt követően megoldottként és lezárt tényezőként tekintenek a betegségekre, elfeledve annak krónikus voltát.

Eredményeink alapján az endometriózishoz kapcsolódó ismeretek mértéke az életkorral nő, amelyet az iskolai végzettségben és munkaügyi státuszban megmutatkozó eredményeink is alátámasztottak. Elképzelhető, hogy az életkor, különösen a termékeny életkor előrehaladtával a személyek egyre több termékenységgel vagy annak nehezítettségével kapcsolatos információval, esetleg beszámolóval találkoznak. Jelen eredmények azonban felhívják arra is a figyelmet, hogy az endometriózissal kapcsolatos edukációnak a fiatalabb életkorú nők csoportjában lenne hiánypótló helye, amit alátámasztott az is, hogy a magyar fiatal nők igen

alacsony számban hallottak az endometriózisról oktatásuk és egészségügyi ellátásuk során. A hatékony kommunikációs forrás azonosításával és alkalmazásával a primer prevenció szintjén lehetne a rizikócsoporthoz tartozó nőknek a megfelelő és pontos információkat eljuttatni.

A vizsgálat korlátai között jelenik meg a vizsgálati minta homogén volta, ebből kifolyólag érdemes lenne a vizsgálat szélesebb körben való megisméltése is. A vizsgálati kérdőív részint átdolgozás igényel, mivel magas arányban jelentek meg negatív állítások. A pontszámok eloszlása alapján érdemes lehet könnyíteni a kérdéssoron és más területekre vonatkozó, betegfelismerésre rákérdező állításokat is alkalmazni. Az ismeretek mértéke és a biológiai-pszichológiai aspektusok kapcsolatának vizsgálatához a jövőben érdemes lehet újabb mérőeszközöket is bevonni, amelyekkel akár a már említett családi, kulturális és környezeti tényezőket, valamint az orvoshoz fordulás szempontjait is vizsgálnánk, amelyek segítségével szélesebb körben értelmezhető válaszokat kapnánk a női egészségmagatartással és reprezentációkkal kapcsolatban.

### **3.5. vizsgálat: „Egészségfejlesztő program endometriózissal élő nők részére” című intervenció eljárás létrehozása és megvalósíthatósági vizsgálata**

A pszichológia intervenciók megvalósíthatósági vizsgálatait az endometriózissal élő nők körében mindössze egy-egy módszerre fókuszálnak. A közölt pilótavizsgálatokon alapuló eredmények szerint a pszichológiai intervenciók pozitív hatást gyakorolnak az életminőségre, a fájdalomtünetek intenzitására és menedzselésére, a depresszív és szorongásos tünetre (Gonçalves, Barros, & Bahamondes, 2017; Hansen et al., 2016, 2016; Meissner et al., 2016; Zhao et al., 2012).

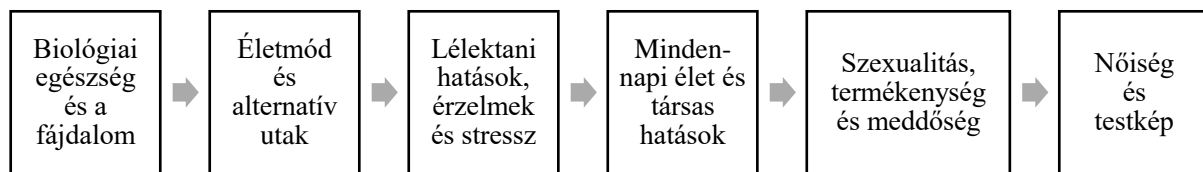
Összehasonlítva az endometriózis és a pszichológiai intervenciók eljárások által érintett területeket, a pszichológiai intervenciók eljárások nem biztosítanak még minden, a betegség által befolyásolt területre (ld. a társas kapcsolatok és a szexuális életminőség, a termékenység-meddség kérdéskörének megélése, a nőiség és az énkép, továbbá az egészségügyben dolgozó ellátókkal való kapcsolat és kommunikáció) megoldási lehetőséget. A fenti észrevétel vezetett egy tematizált egészségfejlesztő program megalkotásának ötletéhez, amely egészségfejlesztő programot a doktori képzés keretében meg is valósítottunk. Az egészségfejlesztő program vizsgálatát az intervenció tervezés (angolul *intervention mapping*) és a megvalósíthatósági elemzés (angolul *feasibility study*) keretében végeztük el.

#### *3.5.1. Módszer*

##### **3.5.1.1. „Egészségfejlesztő program endometriózissal élő nők részére” című intervenció program bemutatása**

A program egy hat tematikus alkalomból felépülő sorozat, amelyek az eredeti elrendezés szerint hetente két órában, meghatározott és egymásra épülő sorrendben követik egymást (ld. 3.5.1. ábra), csoportos elrendezésben. Az egészségfejlesztő alkalmak céljaként az endometriózissal kapcsolatos pontos és megbízható forrásból származó ismeretek átadását, pszichoedukációt és könnyen elsajátítható pszichológiai módszerek és gyakorlatok megismertetését tűztük ki célul, amelyek segítségével a betegséggel kapcsolatos bizonytalanságokat és a negatív következmények csökkenését, valamint a betegséggel való megküzdés eléréséhez az aktív szerepvállalást szerettük volna elősegíteni.

### 3.5.1. ábra – Az Egészségfejlesztő program endometriózissal élő nők részére című program tematikus felépítése



#### 3.5.1.2. Vizsgálati személyek

A megvalósíthatósági vizsgálatban való részvételhez 125, endometriózis diagnózissal és 18 év feletti életkorú nőt kértünk fel, akiket az első, keresztmetszeti vizsgálat során, önkéntesen megadott elérhetőségek alapján értünk el. A vizsgálatba bevont nők részvételi feltételét képezte az endometriózis diagnózis, a 18 év feletti életkor és a pszichiátriai diagnózisok hiánya. A vizsgálatban összesen 32 nő vett részt, ugyanakkor a később csatlakozók és a vizsgálatból kieső személyek miatt a végleges mintába 25 nő körében felvett longitudinális adatok kerültek.

#### 3.5.1.3. Eszközök

Az egészségfejlesztő program hatékonyságának vizsgálatához a 5.1. és 5.2. vizsgálatban alkalmazott (életminőség – SF-12, stressz – PSS-10 és érzelemszabályozás – DERS-18) kérdőívek rövidített változatát emeltük be kiegészítve a **Krónikus Betegség Kezelésében Érzett Énhatékonyság hat tételes Skálájával**, amely a betegségmenedzselésben érzett énhatékonyságot hivatott mérni (Lorig et al., 2001). Végül a programot a résztvevők egy általunk összeállított kérdéssor mentén értékelhették ötfokú Likert-skála segítségével (1 – legalacsonyabb, 5 – legmagasabb pontérték).

#### 3.5.1.4. Eljárás

A vizsgálatban résztvevő személyek toborzása részben a Semmelweis Egyetem I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Endometriózis Ambulanciáján, részben online e-mail megkeresések során történt 2016 októbere és novembere között. Az e-mailes megkeresésekhez az első vizsgálatunkban megadott elérhetőségeket használtuk fel. A vizsgálat a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottság engedélyével (regisztrációs szám: TUKEB 60/2014) történt.

A vizsgálatban négy mérést végeztünk, az első mérés (T0) a jelentkezési felületen történt, míg a második mérés (T1) a program kezdete előtt két héttel kerül kiküldésre. S mivel az első csoport a meghívást követően két héttel indult, az ő esetükben a T0 és T1 adatai megegyeznek. A harmadik mérésre (T3) a program végét követően egy héttel, a negyedik mérésre (T4) a program zárását követően három hónappal került sor.

### 3.5.2. Főbb eredmények

Az egészségfejlesztő programot két héttel megelőző állapot és a programot egy héttel követő állapot összehasonlítása során minden változó átlagértéke javulást mutatott, ugyanakkor a program rövidtávú eredményeként szignifikáns értékeket csak az életminőség és a stressz mutatókban találtunk (ld. 3.5.1. táblázat).

A program utánkövetés során megnyilvánuló hatásának vizsgálatához a programot megelőző és a programot három hónappal követő adatokat hasonlítottuk össze. A 3.5.2. táblázatban közölt eredmények alapján egyik vizsgált változóban sem jelent meg szignifikáns változás, s így a program hosszabb távú hatását a vizsgálat változóira nézve nem tudtuk kimutatni.

### 3.5.1. táblázat – A programot megelőző és követő állapot összehasonlítása

Skálák	T1		T2		Összetartozó mintás t-próbák eredményei					
	M	SD	M	SD	t	df	p	95% CI		Cohen-d
PAIN-6	12,56	12,90	11,34	8,98	0,59	15	0,566	-3,097	5,451	0,11
<b>SF-12</b>	<b>53,78</b>	<b>22,77</b>	<b>66,31</b>	<b>21,95</b>	<b>2,28</b>	<b>14</b>	<b>0,039</b>	<b>-24,310</b>	<b>-0,745</b>	<b>0,56</b>
<b>PSS-10</b>	<b>22,67</b>	<b>6,35</b>	<b>16,67</b>	<b>7,69</b>	<b>2,59</b>	<b>14</b>	<b>0,022</b>	<b>1,025</b>	<b>10,975</b>	<b>0,85</b>
DERS-18	43,47	12,12	38,47	12,14	1,95	14	0,072	-0,514	10,514	0,41
SEMCD-6	6,60	1,72	7,39	1,96	1,31	14	0,213	-2,085	0,507	0,43

Megjegyzés: T0 = jelentkezés idején történt adatfelvétel; T1 = programot két héttel megelőzően történt adatfelvétel; T2 = program lezárását egy héttel követő adatfelvétel; T3 = program lezárását három hónappal követő adatfelvétel; PAIN-6 = hat fájdalomskálára adott válaszok összeadott pontszáma; SF-12 = rövidített Short Form-36 (életminőség); PSS-10 = rövidített Észlelt Stressz Kérdőív; DERS-18 = rövidített Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív; SEMCD-6 = Krónikus Betegség Kezelésében Érzett Énhatékonyság hat tételes Skálája.

### 3.5.2. táblázat – A programot megelőző és azt három hónappal követő állapot összehasonlítása

Skálák	T1		T3		Összetartozó mintás t-próbák eredményei					
	M	SD	M	SD	t	df	p	95% CI		Cohen-d
PAIN-6	10,87	10,86	7,45	7,30	1,10	9	0,300	-3,609	10,449	0,37
SF-12	63,17	14,77	64,92	16,29	-0,28	9	0,788	-16,073	12,573	0,11
PSS-10	20,20	6,18	17,50	5,44	1,25	9	0,244	-2,199	7,599	0,46
DERS-18	37,00	6,29	36,80	5,75	0,07	9	0,948	-6,551	6,951	0,03
SEMCD-6	7,38	1,33	6,79	1,69	0,70	3	0,532	-2,055	3,222	0,38

Megjegyzés: T0 = jelentkezés idején történt adatfelvétel; T1 = programot két héttel megelőzően történt adatfelvétel; T2 = program lezárását egy héttel követő adatfelvétel; T3 = program lezárását három hónappal követő adatfelvétel; PAIN-6 = hat fájdalomskálára adott válaszok összeadott pontszáma; SF-12 = rövidített Short Form-36 (életminőség); PSS-10 = rövidített Észlelt Stressz Kérdőív; DERS-18 = rövidített Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív; SEMCD-6 = Krónikus Betegség Kezelésében Érzett Énhatékonyság hat tételes Skálája.

### 3.5.3. Megbeszélés

A „Egészségfejlesztő program endometriózissal élő nők részére” című program megvalósíthatósági vizsgálatának eredményei arra engednek következtetni, hogy a programsorozat rövid távon hatékonyan képes az életminőséget javítani és a stressztüneteket csökkenteni. Továbbá a fájdalomtünetek intenzitásának – számtani, nem szignifikáns – csökkenését találtunk a program lezárását követően három hónappal. Az egészségfejlesztő intervenció program az intervención túl egy támogató közösséget is létrehozott, amely mellett

az életmódban (táplálkozásban és a testmozgásban) bekövetkezett változásokat is megfigyeltünk. Ezen változók a betegség prognózisával is kapcsolatot mutatnak (Buggio et al., 2017).

A vizsgálat korlátait képezte, hogy a vizsgálati csoport meglehetősen homogén összetételűnek bizonyult a demográfiai és betegségmutatók, a kezelő intézet és a pszichológiai ellátás igénybevétele tekintetében. A válaszadási arány mérésről mérésre csökkent, amely okán kialakult alacsony mintaelemszám és magas szórások bevonásával végzett mérések validitása körültekintően kezelendő. A statisztikai jellegzetességek mellett megjelentett a résztvevők által generált torzító hatás is, amely során válaszadásaikkal a program folytatását szerették volna elősegíteni.

Figyelembe véve az eddig publikált pszichológiai intervenciós eljárások eredményeit, érdemes lehet egy meghatározott (kognitív, relaxációs, mindfulness-alapú) módszer megtanítását is beleépíteni a programba. Feltételezzük ugyanis, hogy az alkalmak alatt bemutatott technikák hatása – azok megfelelő mélységű elsajátításának hiányban – nem jelent meg az utánkövetség során. Az eredményeink alapján a jövőben érdemesnek találjuk a csoportos elrendezéssel történő pszichoedukáció és a megválasztott módszer átadásának együttes alkalmazását.

#### 4. KONKLÚZIÓ, KITEKINTÉS

A doktori disszertáció egy részletes, az endometriózis számos aspektusát bemutató szakirodalmi összefoglaló közlésének adott helyet. Az endometriózis szakirodalmi áttekintése során azonosított hiányosságokat és kérdéseket vizsgálatainkkal lehetőség szerint megválaszoltuk és a disszertációban vizsgálatonként tárgyaltuk. Közülük a leglényegesebb eredményünk, hogy komplex kapcsolatot azonosítottunk az endometriózishoz kötődő fájdalomtünetek intenzitása, az egészséggel összefüggő életminőség és a mentális egészség mutatói között. Továbbá az endometriózissal való együttélés fő kihívásai és nehézségei között a mindent átható bizonytalanság és az információhiány jelenik meg. Így a bemutatott eredményeink rávilágítottak arra, hogy az endometriózissal élő nők komplex ellátást igényelnének a betegségük kezelése során.

A disszertáció eredményei az egészségfejlesztés számos területére hívják fel a figyelmet. Az *első területet* a magyar, fiatal egészséges nők körében is tetten érhető endometriózishoz kapcsolódó információhiány jelölte ki. Az endometriózis ismeretének hiányosságai – kiemelten a betegség felismerése és kezelése kapcsán – rizikócsoporthként jelölte meg a fiatal életkorú nőket. Ezen csoporton belül gondolnunk kell a serdülő populációra is, ugyanis ahogy az endometriózis definíciójában is szerepel, a betegség a termékeny életkorú nőket érinti (Janssen et al., 2013). A megfelelő tájékoztatás megvalósulásával a korai diagnózis lehetőségét váránk, amely pozitívan hat az érintett nők életminőségére és reprodukív lehetőségeire.

Endometriózis esetén az edukáció mellett egy további lényeges, *második lépésnek*, a (serdülő és fiatalokú nők körében is megjelenő) krónikus nőgyógyászati megbetegedésekhez kapcsolódó diagnosztikai késedelem lecsökkentésének kellene megvalósulnia, amelyhez például endometriózis esetén fontos lépés lenne a laparoszkópos eljárástól egyszerűbb szűrési technika kifejlesztése. A betegség tünetei mellett, az érintett csoportban lényeges lenne a mentális állapotok szűrése is.

Harmadik területként a multidiszciplináris megközelítés szükségességét emelnénk ki, amely során a szakorvosi és szakpszichológusi, valamint endometriózis közösség részvételével történő kooperáció eredményeként az egészségfejlesztés minden szintjén megvalósuló megoldások születhetnek az érintettek által megfogalmazott szükségletekre.



Mindaddig érdemes lehet az egyszerűbben megvalósítható, ám hatékonyságában még bizonyítandó, intervenciós programok széles körben való elérésének biztosítása. Összefogva a doktori disszertáció során kapott eredményeket, az egészségprogramoknak lényeges szerepük lehet a betegséggel kapcsolatos pontos és hiteles információk átadásában, a társas támogatás biztosításában. Ugyanakkor a tartós változás elősegítéséhez elengedhetetlennek tűnik az azonosított nehézségekkel – fájdalommal, negatív hangulati állapotokkal, megnövekedett stresszel, stb. – való megküzdést támogató konkrét technika átadása és begyakorlása. A doktori disszertációban megfogalmazott ajánlások megvalósulása esetén az endometriózissal élő nőknek esélye lehet a tünetmentes, fertilis és harmonikus élet elérésére.

## FELHASZNÁLT IRODALOM

- Agar-Wilson, M., & Jackson, T. (2012). Are emotion regulation skills related to adjustment among people with chronic pain, independent of pain coping? *European Journal of Pain (London, England)*, *16*(1), 105–114. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.05.011>
- Ballard, K., Lowton, K., & Wright, J. (2006). What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertility and Sterility*, *86*(5), 1296–1301. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.04.054>
- Bokor, A., Koszorús, E., Brodszky, V., D'Hooghe, T., WERF EndoCost Consortium, & Rigó, J. (2013). [The impact of endometriosis on the quality of life in Hungary]. *Orvosi Hetilap*, *154*(36), 1426–1434. <https://doi.org/10.1556/OH.2013.29699>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brosens, I., Benagiano, G., & Brosens, J. J. (2017). Endometriosis and obstetric syndromes: Early diagnosis must become a priority. *Fertility and Sterility*, *107*(1), 66–67. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.10.010>
- Buggio, L., Barbara, G., Facchin, F., Frattaruolo, M. P., Aimi, G., & Berlanda, N. (2017). Self-management and psychological-sexological interventions in patients with endometriosis: Strategies, outcomes, and integration into clinical care. *International Journal of Women's Health*, *9*, 281–293. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S119724>
- Caldwell, R. A., Pearson, J. L., & Chin, R. J. (1987). Stress-moderating effects: Social support in the context of gender and locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *13*(1), 5–17. <https://doi.org/10.1177/0146167287131001>
- Carey, E. T., Martin, C. E., Siedhoff, M. T., Bair, E. D., & As-Sanie, S. (2014). Biopsychosocial correlates of persistent postsurgical pain in women with endometriosis. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, *124*(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.07.033>
- Choi, S.-Y., & Jun, E.-M. (2005). [Influencing factors of depression in women with endometriosis]. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, *35*(5), 879–887.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*(4), 385–396.
- Cox, H., Henderson, L., Andersen, N., Cagliarini, G., & Ski, C. (2003). Focus group study of endometriosis: Struggle, loss and the medical merry-go-round. *International Journal of Nursing Practice*, *9*(1), 2–9.
- Culley, L., Law, C., Hudson, N., Denny, E., Mitchell, H., Baumgarten, M., & Raine-Fenning, N. (2013). The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: A critical narrative review. *Human Reproduction Update*, *19*(6), 625–639. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmt027>
- Czibalmos, Á., Nagy, Zs., Varga, Z., & Husztik, P. (1999). [Patient satisfaction study with the SF-36 questionnaire, determination of the standard values in Hungary]. *Népegészségügy*, *80*(1), 4–19.
- Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (2003). Emotion Regulation Across the Life Span: An Integrative Perspective Emphasizing Self-Regulation, Positive Affect, and Dyadic Processes. *Motivation and Emotion*, *27*(2), 125–156. <https://doi.org/10.1023/A:1024521920068>
- Dunselman, G. a. J., Vermeulen, N., Becker, C., Calhaz-Jorge, C., D'Hooghe, T., De Bie, B., ... European Society of Human Reproduction and Embryology. (2014). ESHRE guideline: Management of women with endometriosis. *Human Reproduction (Oxford, England)*, *29*(3), 400–412. <https://doi.org/10.1093/humrep/det457>
- Eriksen, H.-L. F., Gunnarsen, K. F., Sørensen, J.-A., Munk, T., Nielsen, T., & Knudsen, U. B. (2008). Psychological aspects of endometriosis: Differences between patients with or without pain on four psychological

- variables. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 139(1), 100–105. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.10.002>
- Facchin, F., Barbara, G., Saita, E., Mosconi, P., Roberto, A., Fedele, L., & Vercellini, P. (2015). Impact of endometriosis on quality of life and mental health: Pelvic pain makes the difference. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 36(4), 135–141. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2015.1074173>
- Facchin, F., Saita, E., Barbara, G., Dridi, D., & Vercellini, P. (2017). “Free butterflies will come out of these deep wounds”: A grounded theory of how endometriosis affects women’s psychological health. *Journal of Health Psychology*, 1359105316688952. <https://doi.org/10.1177/1359105316688952>
- Fernandez, I., Reid, C., & Dziurawiec, S. (2006). Living with endometriosis: The perspective of male partners. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(4), 433–438. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.06.003>
- Ferrero, S., Esposito, F., Abbamonte, L. H., Anserini, P., Remorgida, V., & Ragni, N. (2005). Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertility and Sterility*, 83(3), 573–579. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.07.973>
- Fourquet, J., Gao, X., Zavala, D., Orengo, J. C., Abac, S., Ruiz, A., ... Flores, I. (2010). Patients’ report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertility and Sterility*, 93(7), 2424–2428. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.017>
- Fritzer, N., Haas, D., Oppelt, P., Renner, S., Hornung, D., Wölfler, M., ... Hudelist, G. (2013). More than just bad sex: Sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 169(2), 392–396. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.04.001>
- Fritzer, N., Tammaa, A., Salzer, H., & Hudelist, G. (2014). Dyspareunia and quality of sex life after surgical excision of endometriosis: A systematic review. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 173, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.10.032>
- Fritzer, Nadja, Tammaa, A., Salzer, H., & Hudelist, G. (2012). Effects of surgical excision of endometriosis regarding quality of life and psychological well-being: A review. *Women’s Health (London, England)*, 8(4), 427–435. <https://doi.org/10.2217/whe.12.19>
- Gao, X., Outley, J., Botteman, M., Spalding, J., Simon, J. A., & Pashos, C. L. (2006). Economic burden of endometriosis. *Fertility and Sterility*, 86(6), 1561–1572. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.06.015>
- Giudice, L. C., & Kao, L. C. (2004a). Endometriosis. *The Lancet*, 364(9447), 1789–1799. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17403-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17403-5)
- Gonçalves, A. V., Barros, N. F., & Bahamondes, L. (2017). The Practice of Hatha Yoga for the Treatment of Pain Associated with Endometriosis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 23(1), 45–52. <https://doi.org/10.1089/acm.2015.0343>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Hadfield, R., Mardon, H., Barlow, D., & Kennedy, S. (1996). Delay in the diagnosis of endometriosis: A survey of women from the USA and the UK. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 11(4), 878–880.
- Hansen, K. E., Kesmodel, U. S., Kold, M., & Forman, A. (2016). Long-term effects of mindfulness-based psychological intervention for coping with pain in endometriosis: A six-year follow-up on a pilot study. *Nordic Psychology*, 0(0), 1–10. <https://doi.org/10.1080/19012276.2016.1181562>
- Hevesi, K., Mészáros, V., Kövi, Z., Márki, G., & Szabó, M. (2017). Different Characteristics of the Female Sexual Function Index in a Sample of Sexually Active and Inactive Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(9), 1133–1141. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.07.008>
- Hudelist, G., Fritzer, N., Thomas, A., Niehues, C., Oppelt, P., Haas, D., ... Salzer, H. (2012). Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: Causes and possible consequences. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 27(12), 3412–3416. <https://doi.org/10.1093/humrep/des316>
- Janssen, E. B., Rijkers, A. C. M., Hoppenbrouwers, K., Meuleman, C., & D’Hooghe, T. M. (2013). Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 19(5), 570–582. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmt016>
- Jia, S.-Z., Leng, J.-H., Shi, J.-H., Sun, P.-R., & Lang, J.-H. (2012). Health-related quality of life in women with endometriosis: A systematic review. *Journal of Ovarian Research*, 5(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1757-2215-5-29>
- Joffe, H., & Yardley, L. (2004). Content and thematic analysis. In *Research methods for clinical and health psychology*. (2004th ed., pp. 56–68). California: Sage.
- Jones, G., Jenkinson, C., & Kennedy, S. (2004). The impact of endometriosis upon quality of life: A qualitative analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25(2), 123–133.
- Kaatz, J., Solari-Twadell, P. A., Cameron, J., & Schultz, R. (2010). Coping with endometriosis. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 39(2), 220–225; quiz 225–226. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01110.x>

- Kennedy, S., Bergqvist, A., Chapron, C., D'Hooghe, T., Dunselman, G., Greb, R., ... ESHRE Special Interest Group for Endometriosis and Endometrium Guideline Development Group. (2005). ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 20(10), 2698–2704. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei135>
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 311(7000), 299–302.
- Kökönyei, G., Urbán, R., Reinhardt, M., Józán, A., & Demetrovics, Z. (2014). The difficulties in emotion regulation scale: Factor structure in chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology*, 70(6), 589–600. <https://doi.org/10.1002/jclp.22036>
- Kold, M., Hansen, T., Vedsted-Hansen, H., & Forman, A. (2012). Mindfulness-based psychological intervention for coping with pain in endometriosis. *Nordic Psychology*, 64(1), 2–16. <https://doi.org/10.1080/19012276.2012.693727>
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (2000). Pszichoszociális tényezők és egészségi állapot. *Demográfia*, 43(2-3.), 252–278.
- Lemaire, G. S. (2004). More than just menstrual cramps: Symptoms and uncertainty among women with endometriosis. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 33(1), 71–79.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 19–32.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology & Health*, 13(4), 717–733. <https://doi.org/10.1080/08870449808407425>
- Lorençatto, C., Petta, C. A., Navarro, M. J., Bahamondes, L., & Matos, A. (2006). Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 85(1), 88–92.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice: ECP*, 4(6), 256–262.
- Mathias, S. D., Kuppermann, M., Liberman, R. F., Lipschutz, R. C., & Steege, J. F. (1996). Chronic pelvic pain: Prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstetrics and Gynecology*, 87(3), 321–327.
- Meissner, K., Schweizer-Arau, A., Limmer, A., Preibisch, C., Popovici, R. M., Lange, I., ... Beissner, F. (2016). Psychotherapy With Somatosensory Stimulation for Endometriosis-Associated Pain: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and Gynecology*, 128(5), 1134–1142. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001691>
- Mellado, B. H., Falcone, A. C. M., Poli-Neto, O. B., Rosa E Silva, J. C., Nogueira, A. A., & Candido-Dos-Reis, F. J. (2016). Social isolation in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.08.024>
- Moradi, M., Parker, M., Sneddon, A., Lopez, V., & Ellwood, D. (2014). Impact of endometriosis on women's lives: A qualitative study. *BMC Women's Health*, 14, 123. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-123>
- Morgan, D. L. (1997). *The focus group guidebook* (Vol. 1.). Sage publications.
- Muszzbek, K., Szekely, A., Balogh, E. M., Molnár, M., Rohánszky, M., Ruzsa, A., ... Vadász, P. (2006). Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 15(4), 761–766. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-3627-8>
- Oehmke, F., Weyand, J., Hackethal, A., Konrad, L., Omwandho, C., & Tinneberg, H.-R. (2009). Impact of endometriosis on quality of life: A pilot study. *Gynecological Endocrinology: The Official Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*, 25(11), 722–725. <https://doi.org/10.3109/09513590903159607>
- Petrelluzzi, K. F. S., Garcia, M. C., Petta, C. A., Grassi-Kassisse, D. M., & Spadari-Bratfisch, R. C. (2008). Salivary cortisol concentrations, stress and quality of life in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*, 11(5), 390–397. <https://doi.org/10.1080/10253890701840610>
- Ponterotto, J. G. (2005). *Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science*. (52), 126–136.
- Roomaney, R., & Kagee, A. (2016). Coping strategies employed by women with endometriosis in a public health-care setting. *Journal of Health Psychology*, 21(10), 2259–2268. <https://doi.org/10.1177/1359105315573447>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., ... D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191–208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>

- Roth, R. S., Punch, M., & Bachman, J. E. (2011). Psychological factors in chronic pelvic pain due to endometriosis: A comparative study. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 72(1), 15–19. <https://doi.org/10.1159/000321392>
- Sepulcri, R. de P., & do Amaral, V. F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 142(1), 53–56. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2008.09.003>
- Simoens, S., Dunselman, G., Dirksen, C., Hummelshoj, L., Bokor, A., Brandes, I., ... D'Hooghe, T. (2012). The burden of endometriosis: Costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 27(5), 1292–1299. <https://doi.org/10.1093/humrep/des073>
- Smorgick, N., Marsh, C. A., As-Sanie, S., Smith, Y. R., & Quint, E. H. (2013). Prevalence of pain syndromes, mood conditions, and asthma in adolescents and young women with endometriosis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 26(3), 171–175. <https://doi.org/10.1016/j.jpjag.2012.12.006>
- Souza, C. A., Oliveira, L. M., Scheffel, C., Genro, V. K., Rosa, V., Chaves, M. F., & Cunha Filho, J. S. (2011). Quality of life associated to chronic pelvic pain is independent of endometriosis diagnosis--a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 41. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-41>
- Stauder, A., & Konkoly Thege, B. (2006). [Characteristics of the Hungarian version of the Perceived Stress Scale (PSS)]. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 7(3), 203–216.
- Tariverdian, N., Theoharides, T. C., Siedentopf, F., Gutiérrez, G., Jeschke, U., Rabinovich, G. A., ... Arck, P. C. (2007). Neuroendocrine-immune disequilibrium and endometriosis: An interdisciplinary approach. *Seminars in Immunopathology*, 29(2), 193–210. <https://doi.org/10.1007/s00281-007-0077-0>
- Taylor, R. N., Hummelshoj, L., Stratton, P., & Vercellini, P. (2012). Pain and endometriosis: Etiology, impact, and therapeutics. *Middle East Fertility Society Journal*, 17(4), 221–225. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2012.09.002>
- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2018). The longitudinal effects of emotion regulation on physical and psychological health: A latent growth analysis exploring the role of cognitive fusion in inflammatory bowel disease. *British Journal of Health Psychology*, 23(1), 171–185. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12280>
- Tripoli, T. M., Sato, H., Sartori, M. G., de Araujo, F. F., Girão, M. J. B. C., & Schor, E. (2011). Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(2), 497–503. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01976.x>
- Van den Broeck, U., Meuleman, C., Tomassetti, C., D'Hoore, A., Wolthuis, A., Van Cleynenbreugel, B., ... D'Hooghe, T. (2013). Effect of laparoscopic surgery for moderate and severe endometriosis on depression, relationship satisfaction and sexual functioning: Comparison of patients with and without bowel resection. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 28(9), 2389–2397. <https://doi.org/10.1093/humrep/det260>
- van Middendorp, H., Geenen, R., Sorbi, M. J., van Doornen, L. J. P., & Bijlsma, J. W. J. (2005). Emotion regulation predicts change of perceived health in patients with rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64(7), 1071–1074. <https://doi.org/10.1136/ard.2004.020487>
- Vercellini, P., Frattaruolo, M. P., Somigliana, E., Jones, G. L., Consonni, D., Alberico, D., & Fedele, L. (2013). Surgical versus low-dose progestin treatment for endometriosis-associated severe deep dyspareunia II: Effect on sexual functioning, psychological status and health-related quality of life. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 28(5), 1221–1230. <https://doi.org/10.1093/humrep/det041>
- Vercellini, Paolo, Viganò, P., Somigliana, E., & Fedele, L. (2014). Endometriosis: Pathogenesis and treatment. *Nature Reviews. Endocrinology*, 10(5), 261–275. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2013.255>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
- Young, K., Fisher, J., & Kirkman, M. (2015). Women's experiences of endometriosis: A systematic review and synthesis of qualitative research. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41(3), 225–234. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2013-100853>
- Zhao, L., Wu, H., Zhou, X., Wang, Q., Zhu, W., & Chen, J. (2012). Effects of progressive muscular relaxation training on anxiety, depression and quality of life of endometriosis patients under gonadotrophin-releasing hormone agonist therapy. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 162(2), 211–215. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.02.029>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.

## A DISSZERTÁCIÓBAN FELHASZNÁLT SAJÁT KÖZLEMÉNYEK JEGYZÉKE<sup>45</sup>

Márki, G., Bokor, A., Rigó, J., & Rigó, A. (2017). Physical pain and emotion regulation as the main predictive factors of health-related quality of life in women living with endometriosis. *Human Reproduction*, 1–7. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex091>

Márki, G., Bokor, A., Rigó, A. (2015). Az endometriózis biomedikális és pszichoszociális jellemzői. In: Pápay, N., Rigó, A. (szerk., 2015). *Reproduktív Egészségpszichológia*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. pp. 159–170.

Márki, G., Vásárhelyi, D., Rigó, A., Kaló, Z., Rigó, J. Jr., & Bokor, A. (elbírálás alatt). Challenges of and possible solutions for living with endometriosis: a qualitative study. Kézirat. Elbírálás alatt.

## EGYÉB KÖZLEMÉNYEK JEGYZÉKE

### Folyóiratcikkek

Márki, G., Szujó, A., Pápay, N. (2014). A policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált nők életminőségének bejósolói. *Alkalmazott Pszichológia*, 14(4):103–116.

### Könyvfejezetek

Márki, G. (2015). A nőgyógyászati szűrővizsgálatok pszichológiai kérdései. In: Pápay, N., Rigó, A. (szerk., 2015). *Reproduktív Egészségpszichológia*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. pp. 223–246.

### Konferenciamegjelenések

Márki, G., Vásárhelyi, D., Rigó, A., Kaló, Zs., Rigó, J., Bokor, A. (2019). Az endometriózissal való együttélés kihívásai és lehetséges megoldásai: hazai kvalitatív eredmények. *Magyar Pszichoszomatikus Szülészeti és Nőgyógyászati Társaság Kongresszusa*, Gárdony. pp.23.

Márki, G., Gajdos, P., Bokor, A., Rigó, J., Rigó, A. (2017). Egészségfejlesztő program az endometriózissal élő nők részére. *Fiatal Endoszkópos Nőgyógyászok IV. Baráti Találkozója*, Gárdony.

Márki, G., Gajdos, P., Bokor, A., Rigó, J., Rigó, A. (2017). Egészségfejlesztő program az endometriózissal élő nők részére. *Magyar Pszichológiai Társaság. Nagygyűlés*, Szeged. pp.137.

---

<sup>4</sup> A megjelent és elbírálásra váró tanulmányok doktori disszertációban való felhasználása a társszerzők beleegyezésével történt.

<sup>5</sup> A doktori disszertáció eredeti témája: Az endometriózis és a policisztás ovárium szindróma pszichoszociális aspektusai voltak. Így került sor egy további saját közlemény publikálására is, amely jelen doktori disszertáció részét nem képezte a két betegség vizsgálati kiterjedtsége miatt, ugyanakkor az 5.4. vizsgálatban utalás szinten megjelenik:

Márki, G., Szujó, A., Pápay, N. (2014). A policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált nők életminőségének bejósolói. *Alkalmazott Pszichológia*, 14(4):103–116.

- Vásárhelyi, D., Márki, G., Bokor A., Rigó, J., Rigó, A. (2017). Az endometriózissal való együttélés hazai kvalitatív eredményei. *Magyar Pszichológiai Társaság. Nagygyűlés, Szeged.* pp.136.
- Márki, G., Bokor A., Rigó, J., Rigó, A. (2016). The psychological aspects of endometriosis. *3rd European Congress on Endometriosis, Budapest.*
- Márki, G., Bokor A., Rigó, J., Rigó, A. (2016). Az endometriózis (hazai) egészségpszichológiai vonatkozásai. *Magyar Pszichoszomatikus Szülészeti és Nőgyógyászati Társaság Kongresszusa, Szeged.* pp.29.
- Márki, G., Bokor A., Rigó, J., Rigó, A. (2016). Az endometriózis egészségpszichológiai vonatkozásai. *Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága, 16. Kongresszus, Velence.* pp.26.
- Márki, G., Bokor A., Rigó, J., Rigó, A. (2016). A női egészséggel kapcsolatos reprezentációk vizsgálata és a női egészségpszichológia fő feladatai. *Magyar Pszichológiai Társaság. Nagygyűlés, Budapest.* pp.287.
- Márki, G., Bokor A., Rigó, J., Rigó, A. (2015). Intervenciós program és stresszkezelés az endometriózissal diagnosztizált betegpopulációban. *Fiatal Nőorvosok Társaság, XI. Kongresszusa, Kecskemét.* pp. 18–19.
- Márki, G., Bokor A., Rigó, J., Rigó, A. (2015). Az endometriózissal élő nők életminőségének bejósolói. *Magyar Pszichológiai Társaság. Nagygyűlés, Eger.* pp.72–73.
- Márki, G., Bokor A., Rigó, J., Rigó, A. (2015). The Predictors Of Health-Related Quality of Life in Women Living With Endometriosis. *Association of Psychology and Psychiatry for Adults & Children (A.P.P.A.C.), „Recent Advances in Neuropsychiatric, Psychological and Social Sciences”, Athén, Görögország.* pp.21.
- Márki, G., Bokor A., Rigó, J., Rigó, A. (2014). Az endometriózissal való együttélés (a páciensek szemszögéből). *Fiatal Nőorvosok Társaság, X. Kongresszusa, Mátraháza.* pp.39.
- Márki, G., Szujó, A., Rigó, A. (2014). Az életmód szerepe a policisztás ovárium szindrómával élő nők körében a biológiai és a pszichológiai változókra nézve. *Magyar Pszichológiai Társaság. Nagygyűlés, Marosvásárhely, Románia.* pp.172–173.
- Márki, G. (2013). Az endometriózis pszichoszociális következményei. *Fiatal Nőorvosok Társaság, IX. Kongresszusa, Velence.* pp.35–36.
- Márki, G. (2013). A rejtélyes női betegség: az endometriózis pszichoszociális aspektusainak vizsgálata (egyéni poszter). *Magyar Pszichológiai Társaság. Nagygyűlés, Budapest.* pp.282–283.
- Márki, G. (2013). A rejtélyes női megbetegedés: az endometriózis pszichoszociális aspektusainak vizsgálata (rezümé), In. *XXXI. Országos Tudományos Diákköri Konferencia – Pedagógiai, Pszichológiai, Andragógiai és Könyvtartudományi Szekció. Rezümékötet. Eszterházy Károly Főiskola, Eger.* pp. 177.