

# Önegyüttérzés és stigmatizáció vizsgálata emlődaganatos nők körében

MÁRTON LILLA<sup>1,2</sup>, VIZIN GABRIELLA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem Geriátriai Klinika és Ápolástudományi Központ

<sup>2</sup> Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet, Budapest

**Célkitűzés:** A rákos megbetegedések száma rohamosan növekszik, csak 2020-ban 19.3 millió új esetet és közel 10 millió daganat következtében történő elhalálozást regisztráltak szerte a világban. A szegény és a rák kialakulásával kapcsolatos önhibáztató gondolatok jelentős mértékben rontják a betegek életminőségét, szignifikáns kapcsolatban állnak a gyengébb alkalmazkodással és fizikai egészséggel, ami arra enged következtetni, hogy ezen negatív érzelmek rizikó tényezők lehetnek a rákos betegségek negatív végkimenetelét illetően. A stigmatizáció pedig bizonyítottan okozhat olyan kínzó érzelmi tüneteket, mint a szegény, ami depresszív tünetek kialakulásához vezethet, mellyel a beteg megküzdési kapacitása és jól-léte romolhat, ezzel emelve a mortalitás kockázatát. Minderre megoldást jelenthet a magas szintű önegyüttérzés, mely szignifikánsan csökkenti a szégyenszintet, a depressziót a szorongást és a stigmatizációt, míg szignifikánsan emeli az életminőség szintjét. Jelen kutatás célja, hogy emlődaganatos nők körében feltárja a szégyen, a stigmatizáció, a depresszió és az önegyüttérzés kapcsolatát és alátámaszsa az önegyüttérzés alapú intervenciók hatékonyságát ezen betegek körében. **Módszer:** Jelen kutatás önbeszámoló, online kérdőíves, keresztmetszeti vizsgálatként zajlott, olyan 18-45 életév közötti emlődaganatos nők részvételével, akiket az elmúlt 2 évben diagnosztizáltak és távoli áttétől mentesek voltak (életkoruk átlaga: 39,05, szórás: 7,37). A konstruktumok mérésére olyan standardizált mérőeszközök segítségével kerültek felvételre, mint a Szegény Élmény Skála (ESS), a Stigmatizáció Krónikus Betegségekben Kérdőív (SSCI-8), a Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (HADS) és az Önegyüttérzés Skála (SCS). A kutatási célok tesztelése hierarchikus regresszióval, korrelációs és mediációs elemzésekkel történt. **Eredmények:** A stigmatizáció pozitív és erős ( $r = 0,56, p < 0,01$ ), míg az önegyüttérzés negatív és erős kapcsolatot és hatást ( $r = 0,71, p < 0,01$ ) mutat a testi szégyennel. Az önegyüttérzés a emlődaganatos nők egyetlen prediktora a testi szégyen tekintetében ( $\beta = -0,09, p < 0,001$ ) az életkor, a családi állapot, a műtétnek való kitettség, a stigmatizáció és a depresszió kontrollálása mellett. A mediációs modellek szerint a magasabb stigmatizáció az alacsonyabb önegyüttérzésen keresztül járulhat hozzá magasabb szégyenérlemény és depresszió kialakulásához, továbbá a magasabb szégyen az alacsony önegyüttérzésen keresztül magasabb depressziót eredményez, mely modell esetében teljes hatás figyelhető meg, azaz a szégyen teljes egészében indirekten, az önegyüttérzésen keresztül vezet depresszióhoz. **Következtetések:** A vizsgálat eredményei az önegyüttérzés fejlesztésének várható hatékonyságát emeli ki a szégyen, a stigmatizáció és a depresszió enyhítésének tekintetében, amely így hozzájárul az onkológiai betegek életminőségének javításához. A kutatás alapját képező transzlációs kutatás fő célja egy olyan komplex kognitív terápiás program kidolgozása, mely hiánypótló módon biztosíthat onkológiai betegek számára bizonyítottan hatékony pszichológiai intervenciót. Jelen kutatás eredményei egyértelműen alátámasztják a program létjogosultságát és jelentős pszichoonkológiai gyakorlat megalapozását jelentik.

(*Neuropsychopharmacol Hung* 2023; 25(2): 57–69)

**Kulcsszavak:** emlődaganat, önegyüttérzés, adherencia, depresszió, stigmatizáció, testi szégyen

## BEVEZETÉS

A rákos megbetegedések miatt bekövetkező elhalálozások gyakoriságát tekintve az ötödik helyen szerepel a mellrák, ami 2020-ban 286.000 ember halálát okozta világszerte (Lei et al., 2021). Ijesztő tény, ha ezek az értékek továbbra is ilyen tendenciában növekednek, 2070-re ez a szám várhatóan eléri a 4,4 milliót (Soerjomataram és Bray, 2021). A WHO felmérése szerint Magyarországon még nagyobb veszélyt jelent az emlődaganat, ugyanis hazánkban ez a harmadik leggyakoribb onkológiai megbetegedés: az elmúlt évben 100.000-ből 77 nőt érintett (WHO, 2020).

Reményre ad okot, hogy a rák gyógyítására egyre több hatékony kezelés áll az orvosok rendelkezésére (Quaresma et al., 2014). Azonban ezen kezelések agresszív beavatkozások, s noha a cél nagyon is indokolt, a betegek útja a gyógyulás felé mind fizikailag, mind lelkileg igen megterhelő lehet: a számos mellékhatás, a rákdiagnózis okozta kezdeti szorongás és a fizikai, funkcionális és tartós pszicho-szociális problémák veszélyeztetik a betegek életminőségét (Prieto-Callejero et al., 2020).

Az onkológiai betegek esetében a szégyen szintjének megértése kifejezetten fontos, hiszen többek között korlátozza a tettekre való képességet és a problémamegoldó kapacitást, csökkenti az információ-feldolgozó képességet, és akadályozza a negatív életesemények megfelelő távlatba helyezését (Tomcsányi et al., 2002). A szégyen definícióját tekintve intenzív, akár a cselekvőképességet akadályozó negatív érzelem, ami a kisebbségi érzését, tehetetlenséget, féltékenységet, és az elrejtőzés vágyát hordozza magában, és társas helyzetekben mindaddig teljesen adaptív, amíg a túl sok megszégyenítő tapasztalat hatására internalizálódik és krónikussá nem válik (ld. pl. Vizin és Unoka, 2014). A szégyen érzésének átélését nagyban befolyásolja a nem és az életkor. A kutatások rávilágítanak arra, hogy a nők többször tapasztalják meg a szégyent, mint a férfiak (Else-Quest et al., 2012), az életkor tekintetében pedig inkább a fiatalabbakra jellemző érzelem, mely a fiatal felnőttkortól kezdve csökkenni látszik (Orth et al., 2010).

A szégyen megtapasztalása számos, az énnel összefüggő tényezővel állhat kapcsolatban, és ennek megfelelően az egyén a szégyen különböző típusait élheti meg. Például karakterológiai szégyen esetén a személy saját képességeivel vagy szokásaival összefüggésben él át szégyenérzést, míg viselkedési szégyen esetében saját kudarcaival vagy múltbéli cselekedeteivel kapcsolatban (Andrews et al., 2002). A testi szégyen az egyén saját maga iránt érzett negatív érzelmek vagy

globális önbírálat (pl. „Kövérek vagyok”), amit az egyén akkor tapasztal meg, amikor szembesül a testével kapcsolatos internalizált társas elvárásokkal (Sabiston et al., 2010). Az objektifikációs elmélet (Fredrickson és Roberts, 1997) alapján a nők a testüket egy társadalmilag meghatározott és gyakran elérhetetlen ideálhoz mérik, és ennek megfelelően folyamatosan monitorozzák önmagukat. Abban az esetben, ha nem érik el ezt az ideált, az ennek következtében átélt negatív érzelmek maladaptív egészségmagatartások kialakulásához vezethetnek (Sabiston et al., 2010). Így a mell-daganatos nők fokozottan ki vannak téve a testi szégyen átélésének, mivel esetükben a kezelések hatására számos változás mehet végbe, mint például a műtéti hegek, a mell(ek) elvesztése vagy torzulása, illetve a haj hullása (Taleghani et al., 2006).

A szégyen gyökere gyakran a stigmatizációból származó negatív értékeléstől és a megkülönböztetéstől való félelem (Goffman, 1963). S noha a daganatos megbetegedések számos embert érintenek, mégis jelentős mértékű a rákkal összefüggő stigmatizáció, melynek fő oka magától a ráktól való félelem, mely egyfajta szinonimájává vált a halálnak (Else-Quest és Jackson, 2014). A stigmatizáció akkor következhet be, amikor a társadalom az egyént szennyezettnek, leértékeltnek, kevésbé kívánatosnak vagy fogyatékosnak bélyegzi (Goffman, 1963). A stigmatizáció típusát tekintve megkülönböztetjük a publikus stigmatizációt, mikor a társas környezetünk elfogad egy sztereotípiát például egy betegséggel kapcsolatban, és diszkriminálja az érintett egyéneket; az önstigmatizációt, vagyis amikor a személy internalizálja ezeket a kívülről jövő sztereotípiákat a betegségével kapcsolatban, és létrejön az úgynevezett öndiszkrimináció; a címke elkerüléséből fakadó stigmatizációt, mely tulajdonképpen egy folyamat, mikor az egyén annak érdekében, hogy elkerülje a stigmatizációt nem vesz igénybe egy betegségével kapcsolatos szolgáltatást vagy kezelést; s végül a strukturális stigmatizációt, ami olyan magán- vagy állami intézményektől származó szabályok, előírások és normák következtében alakulhat ki, melyek diszkriminálják a stigmatizált személyeket (Jones és Corrigan, 2014). A rák fajtájától függően pedig nemcsak a stigmatizáció típusa, hanem annak mértéke is különböző lehet, a kimenetele pedig a legtöbb esetben negatív (Else-Quest és Jackson, 2014). Például egy rákos beteg által átélt publikus stigmatizáció gátat szabhat a kezeléseken való részvételnek, illetve izolációhoz vezethet a kezeléseknél látható mellékhatásai, például az alopecia miatt (Lebel és Devins, 2008). Az emlőrákos betegek számára a masztektómia további megőrző beavatkozást jelenthet, amennyiben eltorzításként és

a női normától való eltérés okozójaként tekintenek a műtetre, így a mell csonkulása vagy elvesztése a páciensben és környezetében azt a képzetet keltheti, hogy a beteg női mivoltában sérült (Tintin és Yulia, 2020).

Számos onkológiai beteggel végzett kutatás világított már rá a stigmatizáció, az önhibáztató gondolatok és a szégyen kapcsolatára (pl. Else-Quest et al., 2009; Else-Quest és Jackson, 2014). A rákos megbetegedéssel küzdő személyek észlelik a stigmatizációt, hibáztatást és a környezetükben élők egyéb negatív reakcióit, melyet internalizálnak, s ez önhibáztatáshoz, szégyenérzethez vezet, mely hozzájárul a depressziós tünetek kialakulásához és összességében a rosszabb mentális állapothoz (Gonzalez és Jacobsen, 2012). Emellett egyre több empirikus bizonyíték utal arra, hogy ha egy személynek diszpozíciója van a szégyen és a büntudat megtapasztalására, akkor ez a hajlam még inkább hozzájárulhat az internalizált stigma kialakulásához (Hasson-Ohayon et al., 2012). A büntudat, a szégyen és a rák kialakulásával kapcsolatos önhibáztató gondolatok szignifikáns kapcsolatban állnak a gyengébb alkalmazkodással és fizikai egészséggel, ami arra enged következtetni, hogy ezen negatív érzelmek rizikó tényezők lehetnek a rákos betegségek negatív végkimenetelét illetően (Else-Quest et al., 2009).

A testi szégyen és a stigmatizáció kapcsolata még egy kevésbé feltárt terület, azonban egy kutatás kimutatta a testi szégyen és a túlsúly okozta stigmatizáció közötti kapcsolatot (Mensing et al., 2018), viszont ezen két konstruktum kapcsolatát bizonyító kutatás legjobb tudásunk szerint nem született mellodaganatos nők körében.

A szégyen és stigmatizáció önmagában is komoly lelki fájdalom okozója lehet, azonban nem ritkán összefüggésbe hozhatóak ezek a jelenségek a depresszió szubklinikai vagy akár klinikai szintű megjelenésével, rákos betegek körében. Egy 30 országot és 72 tanulmányt felölelő metaanalízis kimutatta, hogy a mellodaganattal küzdő páciensek 32,2%-a számol be depresszióról (Pilevarzadeh et al., 2019). Hazánkban klinikai szintű depresszióval küzd a daganatos betegek közül a nők 28,5%-a, míg a férfiak 27,4%-a (Dégi, 2008). A depresszióval küzdő onkológiai betegek esetében 19%-kal nagyobb a mortalitás kockázata, szemben azon daganatos betegekkel, akiknél nem áll fenn depresszív állapot (Onitilo et al., 2006). Breitbart és munkatársai (2000) kutatásukban arra az eredményre jutottak, hogy a depressziós egyének halálvágya négyszer nagyobb a nem depressziós betegeknél. Az, hogy a depresszió megnövekedett mortalitási kockázattal járhat, konzisztens az onkológiai megbetegedéssel való megküzdés kognitív modelljével (Moorey és

Greer, 2011), mely szerint a megbetegedések esetén fellépő érzelmi tünetek háttérében maladaptív megküzdési módok, valamint túlzóan negatív jelentéstudajdonítás áll. A negatív kogníciók által kiváltott érzelmi tünetek depresszív állapot kialakulásához vezethetnek, rontva a beteg megküzdési kapacitását, adherenciáját és életminőségét, ezzel emelve a mortalitás kockázatát (Onitilo et al., 2006). A depresszió és a szégyen közötti pozitív kapcsolatot egyértelműen kimutatták onkológiai betegek körében (Trindade et al., 2018). A depresszió kapcsolata mellodaganatosok körében a szégyen (Hill et al., 2011) és a testi szégyen (Trindade et al., 2018) tekintetében egyaránt kimutatható.

A rákos betegek körében a depresszív tünetek és a stigmatizáció közötti kapcsolat is bizonyítást nyert (Tripathi et al., 2017). Sőt, a magasan internalizált stigmatizáció az egyén rosszabb mentális egészségével, depressziós tünetekkel és szorongással jár együtt (Mak et al., 2007).

Összességében a szégyen, a stigmatizáció, és a depresszió között fennálló pozitív kapcsolatot egy metaanalízis is alá tudta támasztani (Huang et al., 2021). Tehát a fentebb tárgyalt konstruktmokról elmondható, hogy a stigmatizáció eredhet kívülről, legyen annak oka például egy mellékhatas, mely láthatóvá teszi a betegséget, származhat belülről is, melyet maladaptív gondolatok aktiválhatnak (pl. „a betegségem kialakulásáért én vagyok a felelős”), ezek pedig olyan kínzó érzelmi tüneteket okoznak, mint a szégyen. Mindez depresszív tünetek kialakulásához vezethetnek, mellyel a beteg megküzdési kapacitása és jól-léte romolhat, ezzel emelve a mortalitás kockázatát (Zhu et al., 2017).

Kutatások szerint a mellodaganatos nők körében léteznek a szégyennel szemben protektív faktorok is, például a házastárstól vagy partnertől kapott társas támogatás, ami fontos szerepet tölt be a betegséggel és a testi szégyennel való megküzdésben (Taleghani et al., 2006). Ezen kívül egyre több bizonyíték mutatkozik az önegyüttérzés protektív hatása mellett a szégyen, a stigmatizáció és a depresszió tekintetében (Williamson et al., 2022). Az önegyüttérzést Kristin Neff (2003) befelé irányuló együttérzésként definiálta, amikor a személy nyitott a saját maga szenvedésére, nem utasítja el azt ezáltal generalva azt a vágyat, hogy enyhítse ezt a szenvedését. Az önegyüttérzés magában foglalja azt is, hogy a személy ítéletmentes megértést nyújt a saját fájdalmával, az alkalmatlanság érzésével és a kudarcával szemben, s így a saját megtapasztalását a közös emberi esendőség kontextusában láthatja (Neff, 2003). Az eredmények szerint az önegyüttérzés

gyakorlása szignifikánsan csökkenti a szégyenszintet, a depressziót, és a szorongást, míg szignifikánsan emeli az életminőség szintjét (Neff és Germer, 2013). Sőt ezen eredmények egyéves utánkövetés során is fennmaradtak (Neff és Germer, 2013). Onkológiai betegekkel végzett kutatások is hasonlóan jó eredményt hoztak. A magasabb önegyüttérzés alacsonyabb szégyennel és kevesebb depresszív tünett jár együtt (Siwik et al., 2021). Melldaganatos nőkkel végzett kutatások kimutatták, hogy a magasabb önegyüttérzés alacsonyabb testi szégyennel korrelál (Mifsud et al., 2021) A depresszió tekintetében általánosságban véve megállapították: az onkológiai betegek fokozottabb önegyüttérzése alacsonyabb depressziót és stresszt, valamint megnövekedett életminőséget jelent (Pinto-Gouveia et al., 2014). Noha egyelőre még nem született olyan kutatás, amely az önegyüttérzés és a stigmatizáció kapcsolatát vizsgálná melldaganatos nők körében, egy friss tanulmányban (Williamson et al., 2022) azt vizsgálták, hogy az önegyüttérzés hogyan moderálja a stigmatizáció és a pszichológiai egészség kapcsolatát tüdőrákos betegek körében. Azt az eredményt kapták, hogy a magasabb önegyüttérzés szignifikánsan mérsékelte a depressziós tünetek és a stigmatizáció mértékét mindamelllett, hogy növelte a pszichológiai jóllétet, vagyis az önegyüttérzést támogató programok hasznosak lehetnek a rákos betegek pszichológiai támogatásában.

Az előzetes kutatásokból kiindulva a jelen vizsgálat célja, hogy keresztmetszeti vizsgálatban egyrészt feltárja a testi szégyen, a stigmatizáció és az önegyüttérzés kapcsolatát. Másrészt a kutatás fel kívánja mérni a testi szégyen, az életkor, a családi állapot, a műtétnek való kitettség, illetve a stigmatizáció és az önegyüttérzés közötti összefüggéseket melldaganatos betegek körében. Feltételeztük, hogy az önegyüttérzés előre jelzi a testi szégyent a többi változó hatása mellett és azokon túl is. Továbbá arra is választ kerestünk, hogy az önegyüttérzés mediálja-e a stigmatizáció-szégyen, a stigmatizáció-depresszió, illetve a szégyen-depresszió kapcsolatát melldaganatos nők mintáján.

A fentebb tárgyalt szakirodalmak alapján a hipotéziseink:

1. A testi szégyen pozitívan korrelál a stigmatizációval nagy hatásméret és negatívan korrelál az önegyüttérzéssel közepes hatásméret mellett.

2. A testi szégyen pozitív összefüggést mutat a családi állapottal, a műtétnek való kitettséggel, a stigmatizációval, a depresszióval és az önegyüttérzéssel, míg negatívan korrelál az életkorral.

3. A stigmatizáció szégyenre kifejtett hatását az önegyüttérzés mediálja a melldaganatos nők körében.

4. A stigmatizáció depresszióra kifejtett hatását az önegyüttérzés mediálja a melldaganatos nők körében.

5. A szégyen depresszióra kifejtett hatását az önegyüttérzés mediálja a melldaganatos nők körében.

## MÓDSZEREK

### *Vizsgálati személyek*

Az adatok keresztmetszeti vizsgálat keretei között, online formában és standardizált kérdőívek felhasználásával kerültek felvételre. A beválasztási kritérium a női nem, a 18-45 közötti életév, illetve az elmúlt 2 évben történt diagnózis és távoli áttét hiánya volt. Továbbá kizárásra kerültek azok a személyek, akik valamilyen mentális zavarral küzdenek. Így a melldaganatos mintában 79 nő (életkoruk átlaga: 39,05, szórás: 7,37) szerepelt.

### *Mérőeszközök*

A leíró adatok (úgy mint: életkor, nem, iskolai végzettség, családi állapot, gyermekek száma) és a betegség-történet (pl. korábbi kezelések és műtétek, egyéb krónikus megbetegedések), mely magában foglalja továbbá a melldaganat diagnózisának idejét és az onkológiai kezeléseket (pl. műtéti beavatkozás, kemoterápia), melyekben a beteg részesül vagy részesült, egy demográfiai kérdőív segítségével került felvételre.

A szégyen mérése a Szégyen Élmény Skálával (Experience of Shame Scale, ESS; Andrews et al., 2002) történt, mely a krónikus szégyen felmérésére alkalmas. A skála egy 25 tételből álló kérdőív, melynek magyar változatát Vizin, Urbán és Unoka (2016) adaptálta. A skála a krónikus szégyent három faktorra bontja: karakterológiai, viselkedési és testi szégyen. A válaszadók az egyes tételeket 4 pontos Likert-skálán értékelik (1 = egyáltalán nem jellemző, 4 = nagyon jellemző). Az észlelt szégyen mértékét a válaszokhoz rendelt pontszámok összege adja, s ezáltal a fent ismertetett három szégyendimenzió mellett egy összesített szégyen-élményt kifejező összpontszám is számítható (Vizin et al., 2016). A skála azon túl, hogy viszonylag rövid, mégis megbízhatósága nagyon jónak tekinthető: Cronbach-alfa értéke 0,92, az alsóskáláké pedig 0,94–0,86 között található. Hasonlóképpen jó a teszt-reteszt reliabilitása 11 hetes tesztfelvételi különbséggel ( $r=0,83$ ) nem klinikai mintán (Vizin et al., 2016).

A stigmatizáció felmérésére a 8 teteles Stigmatizáció Krónikus Betegségekben Kérdőív (The Stigma Scale for Chronic Illnesses 8-item version, SSC18; Molina et al., 2013; magyar változat: Szócs et al., 2021) került

felhasználásra. A kérdőív összesen 8 tételből áll, így könnyen alkalmazható klinikai közegben is (Szócs et al., 2021). Az állításokat (például „Zavarban voltam a betegséggel kapcsolatban”; „Néhányan úgy viselkedtek velem, mintha az én hibám lenne ez a betegség”) 4 fokú skálán lehet értékelni (1 = soha, 4 = mindig). A tételekre válaszolva a kitöltő 8 és 40 pont közötti pontszámot érhet el, és minél magasabb a pontszám, annál nagyobb stigmatizáltságot jelez a kérdőív (Szócs et al., 2021). A kérdőív valid és megbízható mérőeszköznek bizonyult, hiszen Cronbach-alfa értéke 0,89 (Molina et al., 2013). Egyaránt jó a teszt reliabilitása ( $r = 0,78$ ) és megbízhatósága (Cronbach-alfa = 0,89) mellodaganatos nők mintáján (Daryaafzoon et al., 2020).

A depresszió a Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (HADS, Zigmond és Snaith, 1983; magyar változat: Muszbek et al., 2006) felhasználásával került felmérésre. Ezen rövid, mindössze 14 tételből álló, önbeszámolón alapuló kérdőív magyar változata megbízhatóságának és érvényességének vizsgálata több mint 600 onkológiai beteg reprezentatív mintáján történt. Minden itemre adott válasz pontértéke 0-3-ig változhat, így maximálisan 21 pont érhető el egy-egy skálán, mely 0-7-ig normális, 8-10-ig közepes, 11 fölött pedig súlyos pszichés állapotot jelez (Perczel-Forintos, 2018). Ez a mérőeszköz remek pszichometriai értékekkel rendelkezik. A teszt skáláinak megbízhatósági indexe magas (a szorongás Cronbach-alfa értéke 0,82, a depresszió skáláé 0,83), sőt eredményesen alkalmazzák mellodaganatos nők vizsgálatára (Osborne et al., 2004).

Az önegyüttérzés a Kristin Neff (2003) által kidolgozott Self-Compassion Scale, vagy röviden SCS skála magyar adaptációjával (Tóth-Király et al., 2017) került felvételre. Az Önegyüttérzés skála esetében ötfokú Likert-skálán (szinte soha – majdnem mindig) kell megítélni 26 állítást, amelyek 3 alskálát alkotnak, nevezetesen az Önmagunk iránt érzett kedvesség (Self-Kindness; pl. „Kedves vagyok magamhoz, ha szenvedek valami miatt.”) szemben az Önmagunkkal szembeni ítéletkezés, önbírálat alskálával (Self-Judgment; pl. „Rosszallom és elítélem a hiányosságaimat és tökéletlenségeimet.”); a Közös emberi természet (Common Humanity; pl. „Amikor a dolgaim rosszul alakulnak, a nehézségeket az élet velejáróinak tekintem, amelyeken mindenki keresztülmegegy.”) szemben az Izoláció alskálával (Isolation; pl. „Amikor a hibáimra gondolok, úgy érzem, még inkább el vagyok vágva a világtól.”); és a Jelentudatosság (Mindfulness; pl. „Amikor valami felbosszant, igyekszem megőrizni az érzelmi egyensúlyomat.”) szemben a Túlzott azono-

sulás alskálával (Overidentification; pl. „Amikor nem sikerül valami számomra fontos dolog, felemésztenek a tökéletlenségemmel kapcsolatos érzések.”). A három alskála további két-két részre bontható, amelyek közül az egyik fordított irányú. A fordított tételek megfordítása után a pontszámokat összesítve kapjuk meg az önmagunk iránt érzett együttérzés pontszámát és a magasabb pontszám magasabb önegyüttérzést jelöl (Tóth-Király et al., 2017). A mérőeszköz megbízhatósága nagyon jó, Cronbach-alfa értéke 0,92, akárcsak a hat alskála, melyek Cronbach-alfa értéke 0,75 és 0,81 között mozog (Neff, 2003).

### Eljárás

Jelen vizsgálatunk egy multicentrikus kutatás részét képezi, melynek címe: A szegény szerepe krónikus megbetegedéssel küzdők kezeléssel való együttműködésében. A vizsgálati személyek felkeresése kényelmi mintavétellel zajlott. Az emlőrákkal küzdők mintájának gyűjtése elsősorban zárt, specifikusan emlőrákkal küzdők számára létrehozott közösségi média platformokon keresztül, valamint a Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszékének és Onkológiai Központjának orvos és pszichológus kollégái megkeresése révén történt 2018 decemberétől 2020 decemberéig. A kérdőívek kitöltése minden esetben online felületen zajlott. Az összes résztvevő tájékoztatás után beleegyező nyilatkozatot adott, hozzájárult a kutatásban való részvételhez. Az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásügyi Bizottsága jóváhagyta a vizsgálati protokollt (60676-2/2018/EKU és 32525-2/2019/EKU). Ez a vizsgálat a Helsinki Nyilatkozat etikai alapelvei szerint került elvégzésre.

### STATISZTIKAI MÓDSZEREK

Az adatok statisztikai feldolgozása és elemzése a SPSS 28.0-ás programcsomaggal (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) történt. A felhasznált mérőeszközök Cronbach-alfa értékei ellenőrzésre kerültek. Az egyes változók közötti kapcsolatot Pearson korrelációval ellenőriztük. A vizsgált változók testi szegénre gyakorolt hatásának vizsgálatát hierarchikus regresszió segítségével ellenőriztük. Az adatokban a hagyományos outlier labelling rule (Tukey, 1977) alapján nem volt outlier. A többdimenziós outlierok szűrésére Cook távolságot használtunk, melynek 1 értékű kritérium szintjét (Cook és Weisberg, 1982) egyetlen érték sem haladta meg. Az előfeltételek tesztelése alapján a változók között nem áll fenn kollinearitás, illetve multikollinearitás és teljesül a

1. táblázat A minta demográfiai jellemzői

Kategoriális változók	Százalék %	N
Családi állapot		
Egyedülálló	22,78	18
Házass vagy kapcsolatban él	77,21	61
Iskolai végzettség		
Kevesebb, mint 12 év	10,13	8
12 év	16,45	13
Több, mint 12 év	73,42	58
Műtéten átesett		
igen	79,75	63
nem	20,25	16
Jelenlegi kezelés módja		
Fekvőbeteg	13,92	11
Járóbeteg	48,10	38
Egyéb kezelés alatt áll	26,58	21
Nem áll kezelés alatt	11,39	9

2. táblázat A kérdőívek pszichometriai jellemzői

Mérőeszköz	Átlag (M)	Szórás (SD)	Tartomány	Cronbach-alfa értékek
Szégyen (ESS) - teljes	54,17	19,37	26-95	0,96
Karakter	24,34	9,42	12-45	0,94
Viselkedés	20,63	7,67	9-35	0,95
Testi	9,20	3,74	4-16	0,90
Stigmatizáció (SSCI-8)	16,17	6,65	8-32	0,90
Depresszió (HADS-D)	5,68	3,65	0-14	0,76
Önegyüttérzés (SCS) - teljes	77,23	18,54	37-116	0,93
Önmagunkhoz való kedvesség	8,93	2,54	4-15	0,86
Önbírálat	11,86	3,82	4-19	0,72
Közös emberi természet	9,93	2,79	4-15	0,76
Izoláció	11,53	4,42	4-20	0,84
Jelentudatosság	13,01	3,46	5-20	0,83
Túlzott azonosulás	7,88	3,06	3-14	0,78

homoszkedaszticitás és a reziduálisok normális eloszlásának feltétele is. A prediktorok függetlenek egymástól és teljesül a reziduális hibák függetlenségének feltétele is, a Durbin-Watson érték = 2,227 (Durbin és Watson, 1951). A további hipotézisek teszteléséhez mediációs modellt alkalmaztunk, amelyhez a PROCESS (v4.0) kiegészítő programcsomagot használtuk (Hayes, 2017). A mediációs modellekben 1000 bootstrappeléssel számítottunk 95%-os konfidencia-intervallumot. Amennyiben ez az intervallum nem tartalmazza a nullát, a hatás szignifikáns.

## EREDMÉNYEK

A résztvevők demográfiai adatai az 1. táblázatban láthatók. A résztvevők átlagéletkora 39,37 év (minimum 19, maximum 50 év, SD=6,80), többségben házass vagy kapcsolatban él, több, mint 12 évig vett részt oktatásban, műtéten átesett és a résztvevők közel fele járóbeteg ellátásban részesül.

Az SPSS programban megtörtént a tételek átfordítása, ezt követően ellenőriztük a mérőeszközök Cronbach-alfa értékeit, melyek a 2. táblázatból leolvashatók. Tekintettel arra, hogy az egyes skálákhoz tartozó Cronbach-alfa értékek elérték a 0,7 kritériumszintet, a vizsgált hipotézisek alkalmasnak bizonyultak a tesztelésre.

Az átlagos szégyen pontszám 54,17 (SD = 19,37), ami az egészséges minta 46,00 (SD = 13,74) átlagát jelentősen meghaladja (Perczel-Forintos, 2018). A testi szégyen esetében (M = 9,20, SD = 3,74) átlagosnak tekinthető a minta (Andrews et al., 2002). Az SSCI-8 átlag pontszáma 16,17 (SD = 6,65), ez az érték a stigmatizáció jelentős szintjére enged következtetni (Molina et al., 2013). A HADS-D átlag pontszáma 5,68 (SD = 3,65) a normál tartományba esik (Zigmond és Snaith, 1983). Az SCS átlag pontszáma 77,23 (SD = 18,54), ami összességében normálnak tekinthető, de az önmagunkhoz való kedvesség (M = 8,93, SD = 2,54) alacsonyabb, míg az izoláció (M = 11,53, SD =

3. táblázat A vizsgált változók Spearman korrelációs mátrixa

Vizsgált változók	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Életkor	1,00	-.a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Családi állapot	-,013	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Műtét	,059	-,045	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Szégyen (teljes)	-,204	-,238*	-,034	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Karakter	-,122	-,187	-,059	,948**	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Viselkedés	-,192	-,083	,044	,903*	,815**	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7. Testi szégyen	-,238*	-,404**	-,020	,694**	,570**	,426**	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Stigmatizáció	-,151	-,323**	-,153	,441**	,373**	,271*	,557**	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-
9. Depresszió	,254*	-,348**	-,155	,306**	,272*	,166	,360**	,393**	1,00	-	-	-	-	-	-	-
10. Önegyüttérzés (teljes)	,203	,424**	-,096	-,765**	-,720**	-,714**	-,625**	-,494**	-,530**	1,00	-	-	-	-	-	-
11. Önmagunkkal való kedvesség	,172	,248	-,106	-,526**	-,502**	-,471**	-,469**	-,232	-,381**	,777**	1,00	-	-	-	-	-
12. Önmagunk elítélése	,150	,425**	-,115	-,794**	-,738**	-,771**	-,589**	-,487**	-,540**	,837**	,624**	1,00	-	-	-	-
13. Közös emberi természet	,094	,200	-,192	-,249	-,289*	-,167	-,178	-,178	-,425**	,640	,571**	,417**	1,00	-	-	-
14. Izoláció	,229	,359**	-,043	-,697**	-,645**	-,662**	-,563**	-,538**	-,344**	,805**	,449**	,688**	,330**	1,00	-	-
15. Jelentudatosság	,129	,183	-,061	-,314*	-,304*	-,306*	-,259*	-,227	-,296*	,702**	,524**	,382**	,677**	,547**	1,00	-
16. Túlzott azonosulás	,051	,387*	-,009	-,616**	-,574**	-,589**	-,513**	-,449**	-,413**	,805**	,513**	,663**	,359**	,648**	,463**	1,00

Megjegyzés. \*A korrelációs együtttható nem került feltüntetésre, mivel az a táblázat aszimmetrikus átlós helyzetében leolvasható. A családi állapot kódolása a következők szerint történt: 0 = egyedülálló, 1 = házas vagy kapcsolatban él. A műtétnek való kitettségnek a kódolása a következők szerint történt: 0 = nem, 1 = igen. A csillaggal jelölt korrelációs együttthatók szignifikánsak: \*p < 0,05; \*\* p < 0,01 szint mellett.

4,42) és a túlzott azonosulás (M = 7,88, SD = 3,06) magasabb értéket mutat (Neff, 2003).

A kutatás első hipotézisének teszteléséhez Spearman korrelációt alkalmaztunk, mivel a normális eloszlás előfeltétel nem teljesült. Ennek eredményeit a 3. táblázat szemlélteti. A stigmatizáció pozitív és erős (r = 0,56, p < 0,01), míg az önegyüttérzés negatív és erős kapcsolatot és hatást (r = 0,71, p < 0,01) mutat a testi szégyennel.

A második hipotézis hierarchikus regresszió felhasználásával került tesztelésre, vagyis annak ellenőrzése, hogy a testi szégyent milyen mértékben magyarázza a kor, a családi állapot, a műtétnek való kitettség, a stigmatizáció, a depresszió, illetve az önegyüttérzés. A hierarchikus regresszió első szintjén a demográfiai változókat (életkor, családi állapot, műtét) léptettük be, majd ezt követően a szakirodalomnak megfelelően a stigmatizációt, végül a harmadik blokkban az önegyüttérzést (ENTER). Az első modell szignifikáns, a testi szégyen varianciájának 23,2%-át magyarázza (F (3,40) = 5,447 p < 0,05). Azonban a 4. táblázatban megfigyelhető, hogy a koefficiensek közül csak a kor és a családi állapot hatása szignifikáns, a műtét nem ad hozzá a testi szégyen kialakulásához a mintában. A második modell a kimeneti változó 31,3%-át (F (3,24) = 6,257 p < 0,05), tehát a magyarázóerő szigni-

fikáns növekedést mutat. Ebben az esetben az életkor és a stigmatizáció jelez szignifikáns kapcsolatot a testi szégyennel. A harmadik modellben a szignifikáns növekedés fennmarad, ugyanis ez már a kimeneti változó 40,1%-át (F (2,92) = 7,193 p < 0,05) magyarázza. Itt már a koefficiensek közül egyedül az önegyüttérzés mutat szignifikáns, negatív hatást a testi szégyennel, ennek modellbe való illesztésével az életkor és a stigmatizáció hatása is megszűnik a testi szégyen tekintetében. A hierarchikus regresszió eredményeit a 6. táblázat szemlélteti.

Az önegyüttérzés hatását mediációs modell segítségével vizsgáltuk a stigmatizáció és a szégyen kapcsolatában. Az eredmények alapján megfigyelhető, hogy a stigmatizáció és az önegyüttérzés között szignifikáns, negatív irányú kapcsolat látható: a stigmatizáltság magasabb foka az önegyüttérzés csökkenését jelzi előre. Továbbá szignifikáns, negatív irányú korreláció figyelhető meg az önegyüttérzés és a szégyen között, azaz a magasabb szintű önegyüttérzés csökkent mértékű szégyennel jár együtt. A stigmatizáció és a szégyen közötti kapcsolat (teljes hatás) szignifikáns és pozitív. Mindezek mellett a stigmatizáció és a szégyen közötti kapcsolat (direkt hatás) (az önegyüttérzés kontrollálása mellett) is szignifikáns eredményt hozott. Fontos kiemel-



**4. táblázat** A vizsgált változók testi szegyenre gyakorolt magyarázó erejének vizsgálata hierarchikus regresszióval

	$\beta$	SE( $\beta$ )	$\beta$	t	p
<b>Modell 1</b>					
<i>Konstans</i>	17,887	2,823		6,336	p<0,001
<i>Életkor</i>	-0,197	0,073	-0,337	-2,708	p=0,009
<i>Családi állapot</i>	-2,626	1,208	-0,265	-2,173	p=0,034
<i>Műtét</i>	1,652	1,070	0,189	1,544	P=0,128
<b>Modell 2</b>					
<i>Konstans</i>	11,918	3,599		3,311	p=0,002
<i>Életkor</i>	-0,149	0,072	-0,254	-2,060	p=0,044
<i>Családi állapot</i>	-1,448	1,246	-0,146	-1,163	p=0,250
<i>Műtét</i>	1,788	1,023	0,204	1,748	p=0,086
<i>Stigmatizáció</i>	0,184	0,074	0,326	2,501	p=0,015
<b>Modell 3</b>					
<i>Konstans</i>	17,960	3,688		4,869	p<0,001
<i>Életkor</i>	-0,079	0,070	-0,135	-1,127	p=0,265
<i>Családi állapot</i>	-0,399	1,161	-0,040	-0,344	p=0,733
<i>Műtét</i>	1,023	0,947	0,117	1,080	p=0,285
<i>Stigmatizáció</i>	0,106	0,072	0,188	1,472	p=0,147
<i>Depresszió</i>	-0,026	0,134	-0,025	-0,190	p=0,850
<i>Önegyüttérzés</i>	-0,099	0,028	-0,488	-3,477	p<0,001

**5. táblázat** Mediációs modell az önegyüttérzés mediáló szerepének vizsgálatára a stigmatizáció és a szegyen között

x	y	$\beta$	SE(B)	t	p	LLCI	ULCI
Stigmatizáció (teljes hatás) c	Szegyen	1,501	0,282	5,316	p<0,001	0,938	2,064
Stigmatizáció a	Önegyüttérzés	-1,166	0,278	-4,497	p<0,001	-1,720	-0,612
Stigmatizáció Önegyüttérzés (direkt hatás) b	Szegyen	0,717 -0,672	0,238 0,090	3,014 -7,440	p<0,05 p<0,001	0,243 -0,853	1,191 -0,492
Stigmatizáció Önegyüttérzésen át (indirect hatás) c'	Szegyen	0,784	0,208	-	p<0,05	0,388	1,219

ni, hogy az indirekt hatás is szignifikáns, azaz a stigmatizáció fokozottabb átélése az önegyüttérzés alacsonyabb szintjét jelezheti előre, amely a szegyen érzésének nagyobb esélyét eredményezheti. A mediációs modellben szereplő hatásokat és útvonalakat az 5. táblázat és a 1. ábra szemlélteti.

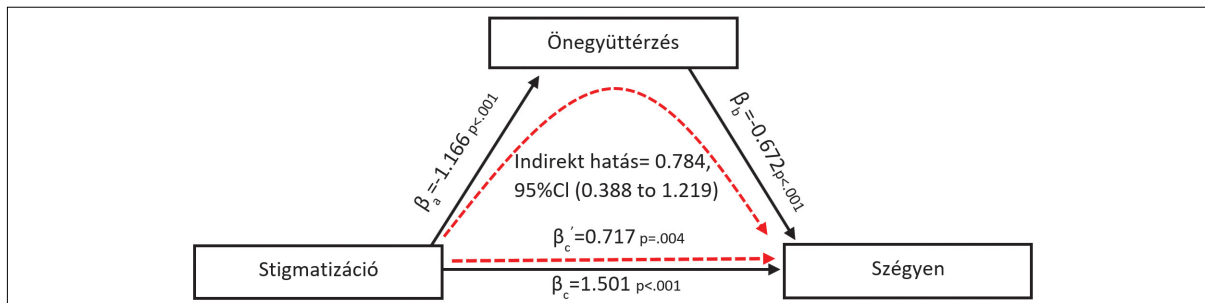
A hipotézistesztelés következő részében az önegyüttérzés hatásának vizsgálatára került sor a stigmatizáció és a depresszió kapcsolatában. Ezen mediációs modell eredményei kimutatták, hogy a stigmatizáció és az önegyüttérzés között szignifikáns, negatív irányú kapcsolat van, vagyis minél nagyobb a személy stigmatizáltság érzése, annál alacsonyabb az önegyüttérzése. Ugyancsak igaz ez a szignifikáns és negatív kapcsolat az önegyüttérzés és a depresszió között: minél magasabb szintű önegyüttérzéssel bír a személy, annál alacsonyabb a depresszió valószínűsége. A teljes hatás tekintetében a stigmatizáció és a depresszió kapcsolata szignifikáns és pozitív irányú. Emellett a közvetlen hatás e két változó között (az önegyüttérzés kontrollálása mellett) is

szignifikáns eredményt mutat. Az indirekt hatás is szignifikánsnak bizonyult. A mediációs modellben szereplő hatásokat és útvonalakat a 6. táblázat és 2. ábra szemlélteti.

A szegyen és a depresszió kapcsolatának a vizsgálata az önegyüttérzés mediáló hatása esetében a szegyen és az önegyüttérzés kapcsolata szignifikáns és negatív, így elmondható, hogy minél nagyobb szegyennel jellemezhető a személy, annál alacsonyabb önegyüttérzésről számolt be. Az önegyüttérzés és a depresszió is szignifikáns, negatív kapcsolatot mutat: minél nagyobb önegyüttérzésről számol be a személy, annál kisebb a depresszió valószínűsége. A teljes hatás esetében, vagyis a szegyen és a depresszió kapcsolatánál szignifikáns, pozitív korrelációt lehet megfigyelni. Azonban a direkt hatás esetében egy nem szignifikáns, pozitív kapcsolatot figyelhetünk meg a szegyen és a depresszió tekintetében, tehát itt egy teljes mediáció látszik. Az indirekt hatásról elmondható, hogy szignifikáns. Ennek értelmében a szegyen teljes egészében indirekten, az önegyüttérzésen keresztül vezet de-

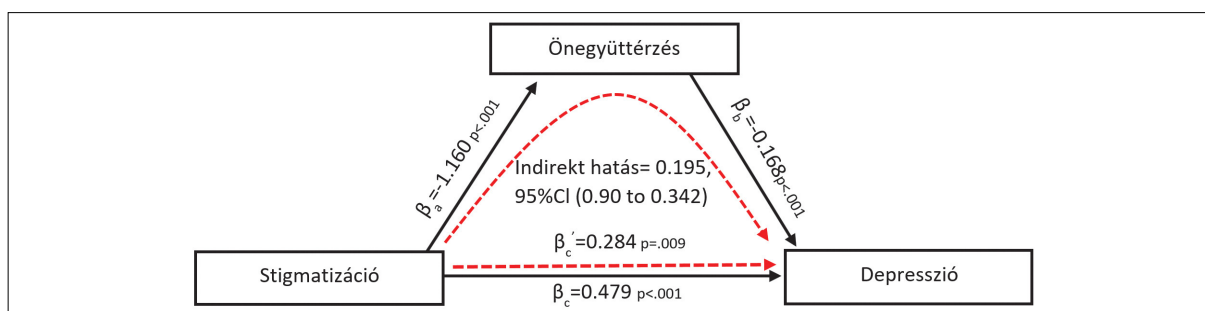


**1. ábra** A mediációs modellben szereplő útvonalak és hatások a stigmatizáció (SSCI) és a szégyen (ESS) között az önegyüttérés (SCS) mediáló hatása mellett



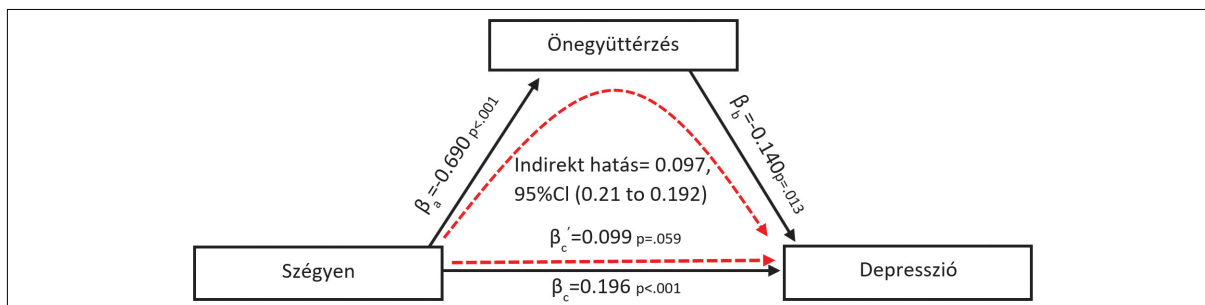
Megjegyzés.  $\beta$  = nem standardizált regressziós együttható

**2. ábra** A mediációs modellben szereplő útvonalak és hatások a stigmatizáció (SSCI) és a depresszió (HADS) között az önegyüttérés (SCS) mediáló hatása mellett



Megjegyzés.  $\beta$  = nem standardizált regressziós együttható

**3. ábra** A mediációs modellben szereplő útvonalak és hatások a szégyen (ESS) és a depresszió (HADS) között az önegyüttérés (SCS) mediáló hatása mellett (teljes mediáció)



Megjegyzés.  $\beta$  = nem standardizált regressziós együttható

presszióhoz. A mediációs modellben szereplő hatásokat és útvonalakat a 7. táblázat és a 3. ábra szemlélteti.

### MEGVITATÁS, KÖVETKEZTETÉSEK

Bár számos tanulmány vizsgálta már az önegyüttérés, a szégyen, valamint a depresszió kapcsolatát (pl. Neff és Germer, 2013; Pinto-Gouveia et al., 2014; Siwik et al., 2021), azonban ez a tanulmány hiánypótló lehet, a stigmatizáció és az önegyüttérés vizsgálatát illetően emlődaganatos nők körében. Ezen vizsgálat betekintést enged az önegyüttérés közvetítő szerepébe a

stigmatizáció-szégyen, a stigmatizáció-depresszió, illetve a szégyen-depresszió viszonyában.

Az elsődleges hipotézis, miszerint valóban kapcsolat áll fenn a testi szégyen, a stigmatizáció, illetve az önegyüttérés között, alátámasztást nyert. A stigmatizáció és a testi szégyen közötti korreláció összhangban van a korábbi kutatások eredményeivel, valamint egyaránt kimutatható volt rákos betegek mintáján (Else-Quest et al., 2009; Else-Quest et al., 2014). Sikeresült megerősíteni azt a kutatási eredményt is, hogy a stigmatizáció és az önegyüttérés között szignifikáns negatív kapcsolat van (Williamson et al., 2022).

**6. táblázat** Mediációs modell az önegyüttérzés mediáló szerepének vizsgálatára a stigmatizáció és a depresszió között

x	y	$\beta$	SE(B)	t	p	LLCI	ULCI
Stigmatizáció (teljes hatás)	Depresszió	0,479	0,105	4,563	p<0,001	3,145	10,643
Stigmatizáció	Önegyüttérzés	-1,160	0,274	-4,235	p<0,001	-1,706	-0,614
Stigmatizáció Önegyüttérzés (direkt hatás)	Depresszió	0,284 -0,168	0,106 0,041	2,679 -4,140	p<0,05 p<0,001	0,073 -0,249	0,495 -0,087
Stigmatizáció Önegyüttérzésen át (indirect hatás)	Depresszió	0,195	0,063	-	p<0,05	0,092	0,320

**7. táblázat** Mediációs modell az önegyüttérzés mediáló szerepének vizsgálatára a szegyen és a depresszió között

x	y	$\beta$	SE(B)	t	p	LLCI	ULCI
Szegyen (teljes hatás)	Depresszió	0,196	0,036	5,446	p<0,001	0,124	0,267
Szegyen	Önegyüttérzés	-0,690	0,074	-9,371	p<0,001	-0,837	-0,544
Szegyen Önegyüttérzés (direkt hatás)	Depresszió	0,099 -0,140	0,051 0,055	1,919 -2,552	p=0,06 p<0,05	-0,004 -0,250	0,201 -0,031
Szegyen Önegyüttérzésen át (indirect hatás)	Depresszió	0,097	0,042	-	p<0,05	0,021	0,192

A második hipotézis esetében azt az eredményt kaptuk, hogy a fiatalabb melldagatanatos betegekre jellemzőbb a testi szegyen megélése. Ezt az eredményt korábbi kutatások is megerősítik (Orth et al., 2010). Az életkor mellett a családi állapot is szignifikánsnak bizonyult, vagyis a párkapcsolatban vagy házasságban élők a testi szegyen alacsonyabb szintjéről számoltak be, mely összhangban van egy régebbi kutatás eredményével (Taleghani et al., 2006). Azonban előzetes eredményekkel ellentétben a műtétnek való kitettség, amely hegekkel, valamint a mell(ek) elvesztésével, illetve eltorzulásával járhat, nem játszik szerepet a testi szegyen kialakulásában (Taleghani et al., 2006). Az életkor hatása akkor is fennmarad, ha a modellbe beléptetjük a stigmatizáció hatását, mely szintén szignifikáns és pozitív kapcsolatot mutat a testi szegyennel, azaz minél nagyobb testi szegyenről számol be az egyén, annál nagyobb stigmatizáltságot él át. Ezt az eredményt pedig a szakirodalom is támogatja (Else-Quest et al., 2009; Else-Quest és Jackson, 2014). Az önegyüttérzés hatása szignifikáns, továbbá a modellbe való emelésével az életkor, sőt még a stigmatizáció magyarázó ereje is csökkent, és nem ad hozzá szignifikánsan a testi szegyen megmagyarázott varianciájához.

A harmadik hipotézist, mely feltételezi, hogy a stigmatizáció szegyenre kifejtett hatását az önegyüttérzés mediálja, alá tudják támasztani az eredmények. Ez azt jelenti, hogy a stigmatizáció fokozottabb átélése az önegyüttérzés alacsonyabb szintjét jelezheti előre, amely a szegyen érzésének nagyobb esélyét eredményezheti. Fontos megjegyezni, hogy nem teljes mediáció található a változók között, tehát a kapcsolatot nem magyarázza teljes mértékig az önegyüttérzés. Ez alapján feltételezhetjük, hogy bár részben az alacsonyabb szintű önegyüttérzés lehet a felelős a magasabb szegyenérzetért stigmatizált egyének esetében, egyéb tényezők szintén szerepet játszanak benne, mint például a műtéti beavatkozások okozta testképváltozás és a női identitás sérülése (Tintin és Yulia, 2020) vagy a rákkal kapcsolatos önhibáztató gondolatok (Else-Quest et al., 2009; Else-Quest és Jackson, 2014).

A negyedik hipotézis, vagyis a stigmatizáció depresszióra kifejtett hatása az önegyüttérzés mediáló hatása mellett is beigazolódott: az önegyüttérzésnek részleges mediáló szerepe van a stigmatizáció és a depresszió kapcsolatában. Tehát itt is feltételezhetünk egyéb tényezőket, amik befolyásolják a két változó kapcsolatát, ami lehet például az elkerülő megküzdési mód, a szociális támogatás hiánya vagy a diszfunkcionális attitűdök (Gonzalez és Jacobsen, 2012).

Az ötödik hipotézis esetében egy teljes mediáció igazolódott be a szegyen és depresszió között az önegyüttérzés mediáló hatása mellett. Ez azt jelenti, hogy az indirekt útvonal szignifikánsnak bizonyult, míg direkt hatást nem lehetett kimutatni. Tehát a szegyen teljes egészében indirekten, az önegyüttérzés csökkenésén keresztül okoz depressziós állapotot.

Az ötödik hipotézis esetében egy teljes mediáció igazolódott be a szegyen és depresszió között az önegyüttérzés mediáló hatása mellett. Ez azt jelenti, hogy az indirekt útvonal szignifikánsnak bizonyult, míg direkt hatást nem lehetett kimutatni. Tehát a szegyen teljes egészében indirekten, az önegyüttérzés csökkenésén keresztül okoz depressziós állapotot.

## A JELEN KUTATÁS KORLÁTAI

Ezen eredmények keresztmetszeti elrendezésből származnak, és együttjárásokon alapulnak. Kísérleti vagy longitudinális elrendezésben kell megvizsgálunk az adott kérdést ahhoz, hogy a változók kauzális kapcsolatáról következtetéseket vonhassunk le. Viszont a jelen kutatás eredményei hasznos támpontként szolgálhatnak egy ilyen kísérlet alkalmával.

Problémát jelenthet a kutatásban felhasznált ala-

csony elemszám, így mindenféleképpen érdemes lenne megismételni több résztvevővel ezen elemzéseket. Mindemellett a kényelmi mintavétel miatt nem általánosíthatóak az eredmények.

Meglátásom szerint érdemes lenne az SCS kérdőív további skáláinak és dimenzióinak átfogóbb elemzése is a szegény egyéb dimenzióinak, a stigmatizációnak és a depresszióknak a vonatkozásában.

## KITEKINTÉS

Jelen dolgozat eredményei alátámasztják az önegyüttérés fejlesztésének várható hatékonyságát a szegény, a stigmatizáció és a depresszió enyhítésének tekintetében, amely így hozzájárul az onkológiai betegek életminőségének javításához.

A kutatás alapját képező translációs kutatás fő célja egy olyan komplex kognitív terápiás program kidolgozása, mely hiánypótló módon biztosíthat onkológiai betegek számára bizonyítottan hatékony pszichológiai intervenciót (Vizin, 2022). Továbbá megoldást kíván nyújtani a fájdalmas kezelések és diagnózis okozta distressz, szorongás, vagy depresszió enyhítésére, az adherencia javítására és az azzal kapcsolatos pszichés tényezők felismerésére (Onitilo et al., 2006), a veszteségek, krízisek kezelésére és a megküzdés fejlesztésére (Moorey és Greer, 2011), és a túlélők pszichés támogatására egyaránt. A programban felhasznált módszerek a kognitív viselkedésterápia eszközein nyugszanak, így többek között önegyüttérzési gyakorlatokon, melyek lehetőséget adnak egy rövid, strukturált, könnyen elérhető, fókuszált és komplex intervenció kialakítására (Vizin, 2022).

**KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS:** Elsőként köszönettel tartozunk minden érintett nőnek, akik részt vettek vizsgálatunkban. Hálásak vagyunk a Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszéke és a Semmelweis Egyetem Onkológiai Központja munkatársainak támogatásukért. Köszönjük Nagy Nóra és Kupcsik Júlia hozzájárulását az adatgyűjtéshez. Jelen kutatásunk és eredményeink egy nagyobb vizsgálat részét képezik, melynek címe: A szegény szerepe krónikus megbetegedéssel küzdők kezeléssel való együttműködésében.

**LEVELEZŐ SZERZŐ:** Márton Lilla  
Semmelweis Egyetem  
Geriátriai Klinika és Ápolástudományi Központ  
1085 Budapest, Gyulai Pál u. 2.  
E-mail: marton.lilla@semmelweis.hu

## IRODALOM

- Andrews, B., Qian, M., Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 29-42.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galiotta, M., et al. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*, 284(22), 2907-2911.
- Cook, R. D., Weisberg, S. (1982). Criticism and influence analysis in regression. *Sociological methodology*, 13, 313-361.
- Daryaafozoon, M., Amini-Tehrani, M., Zohrevandi, Z., Hamzehlouiyani, M., Ghotbi, A., Zarrabi-Ajami, S., Zamanian, H. (2020). Translation and factor analysis of the stigma scale for chronic illnesses 8-item version among Iranian women with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 21(2), 449-455.
- Dégi, L. Cs. (2008). Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben. In Kopp, M. (eds) *Magyar lelkiállapot*. 557-568. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Durbin, J. és Watson, G. S. (1951). Testing for serial correlation in least squares regression. II. *Biometrika*, 38(1-2), 159-178.
- Else-Quest, N. M. és Jackson, T. L. (2014). Cancer stigma. In Corrigan, P. W. (eds) *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices*. 165-181. American Psychological Association, Washington.
- Else-Quest, N. M., Higgins, A., Allison, C., Morton, L. C. (2012). Gender differences in self-conscious emotional experience: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(5), 947-981.
- Else-Quest, N. M., LoConte, N. K., Schiller, J. H., Hyde, J. S. (2009). Perceived stigma, self-blame, and adjustment among lung, breast and prostate cancer patients. *Psychology and Health*, 24(8), 949-964.
- Fredrickson, B.L., Roberts, T. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206.
- Goffman, E. (1963). Stigma and social identity. In Anderson, T. L. (eds) *Understanding deviance: Connecting classical and contemporary perspectives*. 256-265. Routledge, New York.
- Gonzalez, B. D., Jacobsen, P. B. (2012). Depression in lung cancer patients: the role of perceived stigma. *Psycho-Oncology*, 21(3), 239-246.
- Hasson-Ohayon, I., Or, S. E. B., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., Roe, D. (2012). Insight into mental illness and self-stigma: the mediating role of shame proneness. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 802-806.
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Publications, New York.
- Hill, J., Holcombe, C., Clark, L., Boothby, M. R. K., Hincks, A., Fisher, J., et al. (2011). Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychological Medicine*, 41(7), 1429-1436.
- Huang, Z., Yu, T., Wu, S., Hu, A. (2021). Correlates of stigma for patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 29(3), 1195-1203.
- Jones, N., Corrigan, P. W. (2014). Understanding stigma. In Corrigan, P. W. (eds) *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices*. 9-34. American Psychological Association, Washington.
- Lebel, S., Devins, G. M. (2008). Stigma in cancer patients whose behavior may have contributed to their disease. *Future Oncology*, 4(5), 717-733.

19. Lei, S., Zheng, R., Zhang, S., Wang, S., Chen, R., Sun, K., et al. (2021). Global patterns of breast cancer incidence and mortality: A population-based cancer registry data analysis from 2000 to 2020. *Cancer Communications*, 41(11), 1183-1194.
20. Mak, W. W., Poon, C. Y., Pun, L. Y., Cheung, S. F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine*, 65(2), 245-261.
21. Mensinger, J. L., Tylka, T. L., Calamari, M. E. (2018). Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: A study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. *Body Image*, 25(14), 139-147.
22. Mifsud, A., Pehlivan, M. J., Fam, P., O'Grady, M., van Steensel, A., Elder, E., et al. (2021). Feasibility and pilot study of a brief self-compassion intervention addressing body image distress in breast cancer survivors. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 9(1), 498-526.
23. Molina, Y., Choi, S. W., Cella, D., Rao, D. (2013). The stigma scale for chronic illnesses 8-item version (SSCI-8): development, validation and use across neurological conditions. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(3), 450-460.
24. Moorey, S., Greer, S. (2011). *Oxford guide to CBT for people with cancer*. Oxford University Press, Oxford.
25. Muszbek, K., Szekely, A., Balogh, É. M., Molnár, M., Rohánszky, M., Ruzsa, Á., et al. (2006). Validation of the Hungarian translation of hospital anxiety and depression scale. *Quality of Life Research*, 15(4), 761-766.
26. Neff, K. D., Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
27. Onitilo, A. A., Nietert, P. J., Egede, L. E. (2006). Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *General Hospital Psychiatry*, 28(5), 396-402.
28. Orth, U., Robins, R. W., Soto, C. J. (2010). Tracking the trajectory of shame, guilt, and pride across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1061-1071.
29. Osborne, R. H., Elsworth, G. R., Sprangers, M. A. G., Oort, F. J., Hopper, J. L. (2004). The value of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for comparing women with early onset breast cancer with population-based reference women. *Quality of Life Research*, 13(1), 191-206.
30. Perczel-Forintos, D. (2005). A kognitív terápia standard módszerei és hatótényezői. Mórutz K., Perczel-Forintos D. (eds), *Kognitív viselkedésterápia*. 241-274. Medicina, Budapest.
31. Pilevarzadeh, M., Amirshahi, M., Afsargharehbagh, R., Rafiemanesh, H., Hashemi, S. M., Balouchi, A. (2019). Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 176(3), 519-533.
32. Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., Fráguas, S. (2014). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(4), 311-323.
33. Prieto-Callejero, B., Rivera, F., Fagundo-Rivera, J., Romero, A., Romero-Martín, M., Gómez-Salgado, J., Ruiz-Frutos, C. (2020). Relationship between chemotherapy-induced adverse reactions and health-related quality of life in patients with breast cancer. *Medicine*, 99(33), 1-10.
34. Quaresma, M., Coleman, M. P., Rachet, B. (2014). Funnel plots for population-based cancer survival: principles, methods and applications. *Statistics in Medicine*, 33(6), 1070-1080.
35. Sabiston, C.M., Brunet, J., Kowalski, K.C., Wilson, P.M., Mack, D.E., Crocker, P.R. (2010). The role of body-related self-conscious emotions in motivating women's physical activity. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 32(4), 417-437.
36. Sági, A., Tóth-Király, I. (in press). Az Önmagunk Iránt Érzett Együttérzés (Önegyüttérzés) skála magyar változatának bemutatása. In Horváth Z., Urbán R., Kökönyei G., Demetrovics Z. (eds) *Kérdőíves módszerek a klinikai- és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatában*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.
37. Siwik, C. J., Phillips, K., Zimmaro, L., Salmon, P., Sephton, S. E. (2021). Depressive symptoms among patients with lung cancer: Elucidating the roles of shame, guilt, and self-compassion. *Journal of Health Psychology*, 27(5), 1039-1047.
38. Soerjomataram, I., Bray, F. (2021). Planning for tomorrow: Global cancer incidence and the role of prevention 2020-2070. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 18(10), 663-672.
39. Szócs, H., Horváth, Z., Vizin, G. (2021). A szégyen mediációs szerepe a stigma és az életminőség kapcsolatában coeliakiában szenvedő betegek körében. *Orvosi Hetilap*, 162(49), 1968-1976.
40. Taleghani, F., Yekta, Z. P., Nasrabadi, A. N. (2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 265-272.
41. Tintin, S., Yulia, I. (2020). Women with breast cancer living with one breast after a mastectomy. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 12(2), 366-375.
42. Tomcsányi, T., Tésenyi, T., Vári, A. (2002). A büntudat és a szégyen kapcsolata a pszichés tünetekkel In Tomcsányi, T. (eds) *Amikor gyöngye, akkor erős. Tanulmányok a valláslélektan, a pasztorálpszichológia és a lelkipozíció köréből*. 97-116. Anima, Budapest.
43. Tóth-Király, I., Bóthe, B., Orosz, G. (2017). Exploratory structural equation modeling analysis of the Self-Compassion Scale. *Mindfulness*, 8(4), 881-892.
44. Trindade, I. A., Marta-Simões, J., Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J. (2018). Chronic illness-related cognitive fusion explains the impact of body dissatisfaction and shame on depression symptoms in breast cancer patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(6), 886-893.
45. Tripathi, L., Datta, S. S., Agrawal, S. K., Chatterjee, S., Ahmed, R. (2017). Stigma perceived by women following surgery for breast cancer. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, 38(02), 146-152.
46. Tukey, J. W. (1977). *Exploratory data analysis (Vol.2)*. Addison-Wesley, Reading.
47. Zhu, J., Fang, F., Sjölander, A., Fall, K., Adami, H. O., Valdimarsdóttir, U. (2017). First-onset mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality: a nationwide cohort study. *Annals of Oncology*, 28(8), 1964-1969.
48. Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.
49. Vizin G., 2022. *Kincugi? Modern pszichoszociális ellátás emlőrákkal küzdők számára (under review)*. Pszichoterápia.
50. Vizin, G., Farkas, K. (2020). A kognitív viselkedésterápia lehetőségei az onkológiai ellátásban. *Magyar Onkológia*, 64, 62-69.
51. Vizin, G., Unoka, Zs. (2014). A szégyen szerepe a mentális zavarok kialakulásában I. *Psychiatria Hungarica*, 29(1), 14-34.
52. Vizin, G., Urbán, R., Unoka, Z. (2016). Shame, trauma, temperament and psychopathology: Construct validity of the Experience of Shame Scale. *Psychiatry Research*, 246, 62-69.
53. Williamson, T. J., Garon, E. B., Shapiro, J. R., Chavira, D. A., Goldman, J. W., Stanton, A. L. (2022). Facets of stigma, self-compassion, and health-related adjustment to lung cancer: A longitudinal study. *Health Psychology*, 41(4), 301-310.
54. World Health Organization - WHO. (2020) International Agency for Research on Cancer (IARC). URL: [www.who.int](http://www.who.int) (letöltve: 2022.02.10.)

## A study on self-compassion and stigmatisation in female patients with breast cancer

**Background:** The number of patients with cancer is increasing rapidly: in only one year, in 2020 19.3 million new cases were registered and as many as 10 million deaths occurred due to tumours worldwide. Shame and self-blame for developing cancer deteriorate patients' quality of life and correlate significantly with poor adaptation and physical health, consequently may be risk factors in the final negative outcome. It is proven that stigmatisation may cause torturing emotional symptoms like shame leading to depressive symptoms, which, in turn, may deteriorate the patient's capacity to cope and her well-being, thus growing the risk of mortality. For all the above, a high level of self-compassion may be a potential solution. Numerous studies have already proven that self-compassion may significantly decrease the level of shame, depression, frustration as well as the perception of being stigmatised while resulting in a measurably better quality of life. The purpose of the investigation was to point out the relationship between shame, stigmatisation, depression on the one hand, and self-compassion on the other while providing support for the effectiveness of self-compassion-based interventions among female breast cancer patients. **Methods:** The present study is part of the first phase of a translational research, in other words it is part of a basic research already carried out. This cross-sectional study collected data using online questionnaires based on self-reports with female breast cancer patients aged between 18 and 45, who had been diagnosed in the past two years and did not present with distant metastases ( $n=79$ , mean age: 39.05 years,  $SD=7.37$ ). To measure constructs standardised scales were applied including the Experience of Shame Scale (ESS), the Stigma Scale for Chronic Illnesses 8-item version (SSCI-8), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Self-Compassion Scale (SCS). The research hypotheses were tested by hierarchic regression, correlation, and mediation analyses. **Results:** Stigmatisation shows a positive and strong ( $r = 0.56$ ,  $p < 0.01$ ) relationship with physical shame while self-compassion has a negative and strong relationship with the same ( $r = 0.71$ ,  $p < 0.01$ ). Hierarchical regression revealed that self-compassion was the only predictive factor in female breast cancer patients regarding physical shame ( $\beta = -0.09$ ,  $p < 0.001$ ) after controlling for age, marital status, exposure to operation, stigmatisation, and depression. According to mediation models a higher level of stigmatisation may result in a more expressed feeling of shame and depression through a lower level of self-compassion. We found a full mediation between shame and depression, which means that shame causes a higher level of depression entirely indirectly, through a decrease in self-compassion. **Conclusions:** The results of this work highlight the expected effectiveness of developing self-compassion in terms of alleviating shame, stigmatisation, and depression, thus contributing to a better quality of life among cancer patients. The main purpose of the translational research that was the basis of the present study was to develop a complex cognitive therapeutic programme that would, in a gap-filling way, offer oncological patients an effective psychological intervention supported by investigation. The results of the present study prove beyond doubt the rationale of the programme and involve the basic elaboration of a significant psycho-oncological practice.

**Keywords:** breast cancer, self-compassion, adherence, depression, stigma, body shame