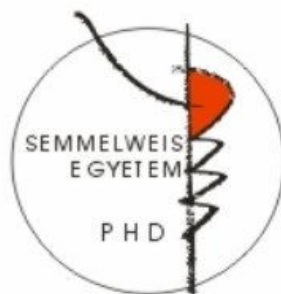


A daganatos betegségek pszichoszociális vetületeinek vizsgálata

Doktori tézisek

Dégi László Csaba

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Túry Ferenc, egyetemi tanár, Ph.D.

Hivatalos bírálók: Dr. Hoyer Mária, egyetemi docens, Ph.D.
Dr. Komlósi Piroska, egyetemi docens, Ph.D.

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Tringer László, egyetemi tanár, Ph.D.
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Hegedűs Katalin, egyetemi adjunktus, Ph.D.
Dr. Demetrovics Zsolt, egyetemi adjunktus, Ph.D.

Budapest, 2010

1. BEVEZETÉS

A daganatos megbetegedés és halandóság nem újkori, civilizációs jelenség. Ennek ellenére Európában évente megközelítőleg 3,2 millió új daganatos esetet diagnosztizálnak és 1,7 millióra tehető a daganatos betegségekben elhunytak száma. 2020-ra 50%-os daganatos incidencia-növekedést jeleznek. Ez globálisan 16 millió új daganatos pácienszt jelent. Ugyanakkor a következő évtizedben a daganatos betegségek világszerte 10,3 millió ember halálát okozhatják.

A daganatok kialakulása, illetve kórfolyamata szélsőségesen soktényezős valóság. A pszichoonkológiai megközelítés szerint a multifaktoriális eredetű daganatos betegség kórtanában a pszichoszociális tényezőknek kiemelt szerepük van, ugyanis hozzájárulhatnak a krónikus betegség fennmaradásához vagy súlyosbodásához.

Korábbi tanulmányok alapján megállapítható, hogy a daganatos folyamatról, illetve a betegségprognózissal összefüggő pszichoszociális hatásokról sokkal megegyezőbb, meggyőzőbb és megbízhatóbb adatokkal rendelkezünk, mint a daganatos megbetegedésről.

Mindezek ellenére a daganatos kórlefolyás és a pszichoszociális tényezők kapcsolatában, összefüggéseiben –, az eddigi empirikus bizonyítékok alapján –, számos megválaszolatlan, tisztázandó kérdés van.

A daganatos distressz, illetve a daganatos betegek életminőségének vizsgálata legalább olyannyira fontos kihívás, mint az alapkérdés: a daganatos betegségek bio-pszichoszociális etiológiájának, kockázati hatásainak egyértelmű megválaszolása, tekintettel arra, hogy daganatos betegeknél az életminőség ugyanolyan jelentős prognosztikai tényezőnek bizonyult, mint a medikális faktorok. Az elmúlt 20 évben például – a pszichoonkológia fejlődése mellett – a daganatos betegek igen magas kielégítetlen, kezeletlen pszichoszociális igényeinek az aránya nem változott annak ellenére, hogy a fájdalom és a kezelések mellékhatásainak enyhítésében jelentős előrelépések történtek, tudatosult az, hogy a pszichoszociális tényezők befolyásolják a karcinogén növekedést és invazivitást serkentő élettani folyamatokat.

Dolgozatom központi témája a daganatos betegséggel kapcsolatos distressz és életminőség mérése, elemzése a romániai daganatos diagnózisközlés sajátosságainak feltárása mellett.

A daganatos betegek érzelmi distresszének és életminőségének vizsgálatakor a testi, pszichés és szociális tényezők interakciójából indultunk ki. Kutatásunkban azokra a pszichoszociális szempontokra (pl. diagnózis, depresszió, életminőség) helyeztük a hangsúlyt, melyek a daganatos betegségek jelentős részében közösek, mert a tumor, a betegség objektív jellegzetességei bizonytalan támpontot adnak annak megértéséhez, hogy a páciensek hogyan alkalmazkodnak krónikus állapotukhoz.

2. CÉLKITŰZÉSEK

Klinikai vizsgálatunkban az erdélyi daganatos betegek státuszfelmérését, azaz aktuális bio-pszicho-szociális és spirituális állapotának, jóllétének, illetve életminőségének a felmérését végeztük el, mivel néhány kivételtől eltekintve nem rendelkezünk erre vonatkozó tudományos adatokkal.

Legfontosabb célok:

- a daganatos diagnózis nem ismerését befolyásoló demográfiai, orvosi és pszichoszociális háttértényezők feltárása;

- a pszichoszociális distressz prevalenciájának, nevezetesen a depressziós és a szorongásos tünetegyüttes, illetve az alacsony szintű életminőség előfordulási gyakoriságának felmérése;
- a rosszindulatú daganatos betegségekben szenvedők depressziós tünetegyüttesét és életminőségét magyarázó szignifikáns változók meghatározása és hatásmechanizmusainak elemzése;
- a diagnózis ismerése és nem ismerése, a klinikai és szubklinikai depresszió, illetve az alacsony és magas életminőség összehasonlító elemzése a vizsgált demográfiai, medikális, életmód és pszichoszociális tényezők függvényében;

3. MÓDSZEREK

Vizsgált minta

A daganatlokalizáció szempontjából heterogén, vegyes mintánkban 420, kórházban kezelt felnőtt onkológiai páciens van. Az adatfelvételkor 342 beteget rosszindulatú, illetve 78 beteget jóindulatú onkológiai diagnózissal kezeltek a kórházakban. Az adatfelvétel négy különböző klinikai helyszínen történt, Erdély legnagyobb onkológiai intézeteiben.

Alkalmazott mérőeszközök

Kutatásunkban a FACT-G 4.0 többdimenziós eszközt használtuk a daganatos betegek életminőségének vizsgálatához (Cronbach $\alpha=0,70$). A Rövidített Beck Depresszió Kérdőív segítségével mértük a depressziós tünetegyüttest (Cronbach $\alpha=0,86$). A Spielberger-féle Állapot-Vonás Szorongás Kérdőívből a szorongás, mint személyiségvonás felmérésére szolgáló skálát használtuk a szorongásra való hajlam erősségének, értékének mérésére (Cronbach $\alpha=0,84$). A Rövidített Reménytelenség Skálával a reménytelenség szintet mértük (Cronbach $\alpha=0,86$). A Rövidített Vitális Kimerültség Kérdőívvel az élettani veszélyeztetettség szempontjából legfontosabb krónikus stresszállapotot mértük (Cronbach $\alpha=0,81$). A Rahe-féle Stressz és Megküzdés Kérdőív Életesemények skáláját használtuk az életesemények számának felmérésére (Cronbach $\alpha=0,55$). A Szociális és Emocionális Magányosság Skálát alkalmaztuk a családi támogatottsággal való elégedetlenség mértékének mérésére (Cronbach $\alpha=0,85$). A Multidimenzionális Egészségi Kontroll Kérdőív segítségével a külső kontrollra kérdeztünk rá (Cronbach $\alpha=0,68$). A Betegségteher Index segítségével azt térképeztük fel, hogy a betegség és/vagy annak kezelése milyen mértékben gyakorol hatást az életminőséget befolyásoló

területekre (Cronbach $\alpha=0,89$). A Rövidített Megküzdési MódoK Kérdőív a betegek kognitív és/vagy viselkedéses stratégiáit vizsgálta a specifikus stresszhelyzettel való megküzdésben (Cronbach $\alpha=0,81$). A koherenciaérzés mérése a Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívől vett kérdésekkel történt (Cronbach $\alpha=0,64$). A Rövidített Énhatékonyság Skálával azt vizsgáltuk, hogy a betegek mennyire tudják kezelni a nehéz élethelyzetet (Cronbach $\alpha=0,74$). A Rövidített Diszfunkcionális Attitűd Skála alkalmazása során a depresszióra hajlamosító, illetve a depressziós tünetegyüttesre jellemző kognitív disztorziókat tártuk fel (Cronbach $\alpha=0,64$). A Rövidített D-típusú Személyiségskála / Magatartási Gátlás alskálával a magatartási gátlás személyiségjellemzőt vizsgáltuk (Cronbach $\alpha=0,75$).

Alkalmazott statisztikai módszerek

Vizsgálatunkban a változók típusától függően az alábbi többváltozós statisztikai elemzéseket végeztük el az SPSS 15.0 és az AMOS 7.0 programcsomagok alkalmazásával: parciális korreláció, kovarianciaelemzés, hierarchikus logisztikus regresszió, lépésenkénti lineáris regresszió és útelemezés.

A vizsgált változók közötti összefüggés, kapcsolat irányát és erősségét parciális korrelációs számítással határoztuk

meg. A kovarianciaelemzés lényege, hogy a varianciaelemzés (95%-os konfidencia-intervallummal) elvégzése során kiszűrhattuk bizonyos tényezők hatását, amelyek a vizsgálati faktorokon kívül meghatározhatják a függő változót. A logisztikus regresszió elemzés során beazonosíthattuk azokat a tényezőket (független változókat), amelyek szignifikánsan megkülönböztetik a két vizsgált csoportot (függő változót). A többváltozós lineáris regressziószámítással az összefüggésekben levő tendenciát, a kapcsolat természetét vizsgáltuk úgy, hogy megadtuk a változók viszonyát (melyik a függő és melyik a független). Ennek alapján megbecsülhető, előrejelezhető, hogy a magyarázó változók mennyire pontosan tudják meghatározni a függő változó értékét, mennyire tudják leszorítani a becslési vagy előrejelzési hibát. A regressziós modell felépítésekor a lépésenkénti módszert alkalmaztuk. A szokványos többváltozós statisztikai elemzések kiegészítéseként útelemzést végeztünk.

A többváltozós elemzésekben adatainkat életkorra, nemre, lakhelyre, végzettségre, családi állapotra, anyagi helyzetre, vallásgyakorlásra, nemzetiségre, a diagnózis ismeretére és a diagnózisra adott reakciókra, a daganat típusára/lokalizációjára/stádiumára, az onkológiai kezelésekre valamint az egészségi állapotra kontrolláltuk.

4. EREDMÉNYEK

A vizsgált mintában a daganatos betegek 16,9%-a nem ismeri onkológiai diagnózisát, 47,5%-a klinikai depresszióban szenved, 46,7%-uk esetében előfordulnak szorongásos zavarok és 28,1%-uk számolt be súlyosan alacsony életminőségről. A kezelést igénylő klinikai szintű depresszióban szenvedők 85,4%-a, illetve az alacsony életminőségű páciensek 90,7%-a rosszindulatú, malignus daganatos beteg. Az alacsony életminőségről beszámoló daganatos betegek 75,9%-ánál klinikailag diagnosztizálható depressziós tüneteket, zavarokat találunk. Az onkológiai diagnózisukat nem ismerő daganatos páciensek kétharmada pedig közepsúlyosan vagy súlyosan depressziós.

1. Az onkológiai diagnózisközlés elmulasztása megközelítőleg minden ötödik daganatos beteget érint a vizsgált mintában. Eredményeink arra mutattak rá, hogy jelentős különbségek vannak a diagnózisukat ismerő és nem ismerő páciensek között, nevezetesen a betegségi állapotukról nem tájékozott páciensek általában idősebbek, izoláltabbak, alulképzettebbek és szignifikánsan depressziósabbak, reménytelenebbek, illetve alacsonyabb a problémaelemző megküzdési képességük.

A daganatos diagnózis nem ismerésének, tehát a tájékoztatás elmulasztásának esélyét legnagyobb mértékben a rosszindulatú tumor (10,56-szoros esély) és a súlyos depresszió (5,14-szeres esély) határozzák meg, illetve a kemoterápiában való nem részesülés (4,65-szoros esély).

2. A vizsgálatban résztvevő, kórházban kezelt erdélyi daganatos betegek megközelítőleg fele feltehetően kezelést igénylő, klinikai depresszióban szenved. A feltehetően klinikai szintű depresszióban szenvedő daganatos betegek körében a 65 év fölöttiek, a nyolc általánost vagy ennél kevesebbet végzettek, az özvegyek és a diagnózisukat nem ismerők aránya megközelítőleg kétszer nagyobb a klinikai depressziótól mentes páciensekkel összehasonlítva.

A depresszió súlyossága klinikailag szignifikáns mértékben növekedett a betegségstádium előrehaladtával, az egészségi állapot csökkenésével, a fizikai aktivitás hiányával, a daganatos diagnózis nem ismerésével, illetve a diagnózisra adott negatív–passzív reakciók előfordulásával. Ugyanakkor a depressziós tünetek erős negatív összefüggést mutattak az életminőséggel, valamint erős pozitívat a reménytelenséggel és a szorongással.

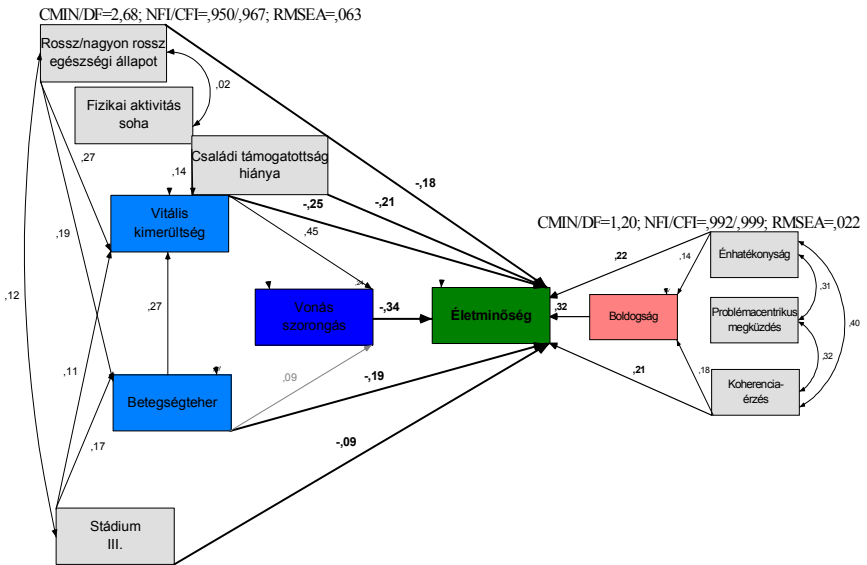
Adataink igazolják a kezelést igénylő depressziós tünetegyüttes széleskörű negatív hatását az életminőségre és a pszichoszociális funkcionalitásra. A depressziós daganatos betegek reménytelenebbek, szorongóbbak, kimerültebbek, magányosabbak, esetükben magasabb szinten van jelen az érzelmeközpontú megküzdés, a magatartási gátlás, a diszfunkcionális attitűd és a külső kontrollhiány, illetve kevésbé jellemző rájuk az énhatékonyság és a koherencia-, az élet értelmé érzés. Továbbá az életminőség kapcsán, illetve különösképpen a fizikális és a funkcionális jóllét kategóriákban kimutatott több mint 8–10, illetve 2–3 pontszám átlag eltéréseknek/különbségeknek klinikailag szignifikáns jelentősége, hatása van.

A klinikai szinten jelentős depressziós tünetegyüttes kialakulásának esélyét több mint ötszörösen növelte a női nem, közel négyszeresen az érzelmeközpontú megküzdés és a reménytelenség, míg háromszorosan az alacsony életminőség, illetve a vitális kimerültség, a diszfunkcionális attitűd és a vonásszorongás. Továbbá a klinikai depresszió előfordulásának valószínűségét megközelítőleg kétszerezte a betegségteher és a magatartási gátlás, illetve az alacsony énhatékonyság és koherencia érzés, valamint a gyermekkor kedvezőtlen értékelése.

3. A vizsgált klinikai mintában az életminőség szempontjából kedvezőtlen, veszélyeztető faktornak bizonyult az alacsony végzettség, az özvegyiség, a kisvárosi lakhely, a vallásgyakorlás hiánya, a malignus daganatos betegség, az előrehaladott kórfolyamat, a diagnózisra adott negatív–kontrollvesztő válaszok, a rossz/nagyon rossz egészségi állapot, a fizikai aktivitás hiánya, illetve a súlyos depresszió.

Eredményeink szerint az életminőség kedvező alakulása tekintetében jelentős tényezőnek számít a magas iskolázottság, a házas, családi állapot, a rendszeres vallásgyakorlás egyházban, a benignus daganat, a kezdeti betegségstádium, a diagnózis kapcsán az Istenbe vetett hit, a gyógyulási szándék elhatározása és a betegség tagadása, a kiváló egészségi állapot, a heti/napi rendszerességű fizikai aktivitás és a depresszió hiánya. Nemcsak statisztikai, hanem klinikai szempontból is szignifikáns életminőség különbségeket/eltéréseket (8–10 pontszám átlag) a végzettség, a vallásgyakorlás, az egészségi állapot és a depresszió esetében találtunk. Ugyanakkor az életminőség, illetve a depressziós tünetegyüttes, a szorongás, a vitális kimerültség, a reménytelenség, a betegségteher, valamint a koherencia érzés között erős negatív, valamint pozitív kapcsolatot találtunk.

Az útelemzés eredményeit az alábbi ábra összegzi:



Az útelemzés eredményeül kapott modell azt mutatta, hogy a malignus daganatos betegek életminőségét meghatározó legmarkánsabb negatív út a szorongással, a vitális kimerültséggel és a betegségteherrel való összefüggésben érvényesül, míg a legerősebb pozitív út a boldogságot, az énhatékonyságot és a koherencia/élet értelme érzést érinti, vonja be. Továbbá a nem, a daganattípus, a betegségstádium és a tumorlokalizáció szerint végzett regresszióelemzések azt hangsúlyozzák, hogy a szorongás és a vitális kimerültség szinte mindegyik esetében az életminőség romlásának a közös magyarázó, előrejelző tényezője.

Az alacsony életminőség valószínűségét 4,82-szeresen növelte a súlyos depresszió, 4,22-szeresen a malignus tumor, 3,60-szorosan a diagnózisra adott kontrollvesztő reakció, 3,41-szeresen a kisvárosi lakhely, 3,39-szeresen az alacsony problémaközpontú megküzdés, 3,25-szorosan a vitális kimerültség, illetve 2,29-szeresen a betegségteher.

5. KÖVETKEZTETÉSEK, ÚJ MEGÁLLAPÍTÁSOK

Pszichoonkológiai vizsgálatunkban a kezdeti asszociációs és korrelációs számításokon túl a többváltozós statisztikai elemzések eredményei egyértelműen a bevont pszichoszociális tényezők önálló, független és szignifikáns hatását igazolták, a demográfiai, a medikális és az életmód változók mellett, a daganatos diagnózis, a depressziós tünetegyüttes és az életminőség szempontjából egyaránt.

Romániában ez az első olyan átfogó interdiszciplináris kutatás, mely a daganatos betegségek pszichoszociális vonatkozásait multicentrikus kérdőíves vizsgálat és többváltozós statisztikai elemzés alapján vizsgálja. Egyes eredményeim nemzetközi jelentőségűek. A legfontosabbak:

1. A kérdőíves vizsgálat alapján új és egyben referencia adatokat közöltem a daganatos diagnózis nem ismerésének előfordulási gyakoriságáról, illetve a daganatos distressz és az alacsony életminőség prevalenciájáról Erdélyben;
2. A vizsgálat alapján meghatároztam az alkalmazott pszichiátriai (BDI és STAI-T) és életminőség (FACT-G 4.0) szűrőkérdőívek jellemző átlagértékeit a vizsgált erdélyi daganatos populációban;
3. A legutóbbi nemzetközi vizsgálatok eredményeivel összehangban igazoltam a distressz, a klinikai depresszió, illetve a kedvezőtlen életminőség széleskörű negatív hatásait a kórházban kezelt daganatos betegek pszichoszociális funkcionalitásra;
4. Azonosítottam a daganatos diagnózis nem ismerése, a daganatos distressz, illetve az életminőségromlás szempontjából fokozottan veszélyeztetett daganatos csoportok jellemzőit.

Végül klinikai vizsgálatomban a többváltozós statisztikai elemzések alapján azt találtam, hogy a daganatos diagnózis, a depressziós tünetegyüttes és a klinikai depresszió, az életminőség, illetve az alacsony életminőség alakulása tekintetében a legjelentősebb közös meghatározó tényezők: a malignus tumor, a vonásszorongás, a súlyos depresszió, a

vitális kimerültség, a betegségteher, az érzelmi és problémaközpontú megküzdés, illetve az énhatékonyság. A rosszindulatú daganatos betegek csoportjában a szorongás és a reménytelenség több mint 52%-ban magyarázta a depressziós tünetegyüttest. Továbbá a rosszindulatú daganatos betegségekben szenvedők életminőségének legfontosabb, 49,9%-os előrejelzője a szorongás és a vitális kimerültség.

A tájékoztatás elmaradása, a kezelést igénylő depressziós tünetegyüttes és az életminőség romlása leginkább a rosszindulatú daganatos betegekre, illetve az idősebb, alacsonyabb végzettségű, özvegy és hátrányos anyagi helyzetű onkológiai páciensekre jellemző.

6. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

6.1. Az értekezés témájában megjelent közlemények

Közlemények angol nyelven

Dégi LCs. (2009) Non–disclosure of cancer diagnosis: An examination of personal, medical and psychosocial factors. *Supportive Care in Cancer*, 17(8): 1101–1107. IF 2.422

Kállay É, Dégi LCs, Vincze A. (2007) Dysfunctional attitudes, depression and quality of life in a sample of Romanian Hungarian cancer patients. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7(1): 95–106. IF 0.577

Dégi LCs, Kállay É, Vincze A. (2007) Differences in illness–related distress in ethnically different cancer patients: Romanians, Romanian Hungarians and Hungarians. *Cognition, Brain, Behavior*, 11(1): 143–158.

Közlemények magyar nyelven

Dégi LCs, Balog P. (2009) A daganatos diagnózis közlésének orvosi, pszichológiai és szociális háttértényezői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(1): 1–19.

Dégi LCs. (2007) Egészségi állapot, egészségvédő és kockázatos egészségmagatartási szokások vizsgálata erdélyi

felnőtt populációban a daganatos megbetegedés rizikója szempontjából. Erdélyi Pszichológiai Szemle, 8(4): 251–269.

Dégi LCs. (2006) Onkopszichológiai beavatkozások hatékonyságvizsgálata a daganatos betegek életminősége és túlélési esélye szempontjából. Psychiatria Hungarica, 21(2): 138–146.

Dégi LCs. (2006) Onkopszichológiai beavatkozások hatékonyságvizsgálata a fej–nyak daganatos betegek életminősége szempontjából. Erdélyi Pszichológiai Szemle, 7(1): 60–70.

Dégi LCs. (2005) Onkogenézis és prognózis a pszicho–neuro–immun rendszerben. Erdélyi Pszichológiai Szemle, 6(2): 183–192.

Balog P, Dégi LCs. (2005) A családi támogatottság szerepe a daganatos nők pszichoszociális sérülékenységének csökkentésében. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 6(1): 17–34.

Dégi LCs. (2003) Hatékony beavatkozási lehetőségek az onkopszichológia területén. Erdélyi Pszichológiai Szemle, 4(3): 315–327.

Dégi LCs. (2001) A sanatógenetikus személyiségtényezők szerepe a rák diagnózissal való hatékony megküzdésben. Erdélyi Pszichológiai Szemle, 2(4): 79–93.

Közlemények román nyelven

Dégi LCs. (2004) Model de intervenție în asistența psiho-oncologică. Grup de suport pentru asistenți medicali. Jurnalul Societății Române de Cancer, 5–7.

Dégi LCs. (2002) Grupul de suport pentru asistenți medicali din Institutul Oncologic, Cluj–Napoca. Annales Universitatis Apulensis, seria Asistență Socială, 2: 109–119.

Könyvfejezetek

Dégi LCs. Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben. In: Kopp M (szerk.), Magyar lelkiállapot, 2008. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 557–568.

Dégi LCs. Pszicho–onkológia narratívumok. In: Ungvári–Zrínyi I (szerk.), Emlékezet és kommunikáció. Narratívák az egyéni, a társas és a közösségi identitás teremtésében. Scientia Kiadó, Kolozsvár, 2007: 239–252.

Idézhető konferencia absztraktok

Dégi LCs. (2008) A daganatos diagnózisközlés orvosi, pszichológiai és szociális háttértényezői Romániában. Psychiatria Hungarica, 23(S): 34.

6.2. Más közlemények

Dégi LCs. (2009) A review of drug prevention system development in Romania and its impact on youth drug consumption trends, 1995–2005. *Drug and Alcohol Review*, 28(4): 419–425. IF 1.926

Dégi LCs, Vincze A, Roth M. (2008) A kábítószerfogyasztás és a függőségveszély pszicho–szociális vonatkozásai a kolozsvári egyetemi hallgatók körében. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 9(3): 211–235.

Dégi LCs, Szabó B. (2006) A felnőtt középkorú lakosság egészség–magatartásának pszichoszociális vetületei. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 7(3): 191–205.

Dégi LCs. (2004) Arcok nélkül–HIV csoportmunka. *Mátrix – A Magyar Csoport–pszichoterápiás Egyesület szakmai kiadványa*, 7–8: 6–11.

7. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁSOK

Dr. Túry Ferenc professzor úrnak, témavezetőmnek, aki a konzultációk alkalmával egyaránt bátorított és irányított. Emberségének és szakmaiságának nagyon sokat köszönhetek.

Dr. Kopp Mária professzor asszonynak, a Hungarostudy 2002 vezetőjének, aki lelkes támogatásával mindvégig, a távolban is segítette munkámat.

Dr. Csikai Ellen professzor asszonynak, a pszichoonkológia és a palliatív gondozás nemzetközi szaktekintélyének, aki lényeglátó ötleteivel az első angol nyelvű írásaim megszületésekor nyújtott felbecsülhetetlen segítséget.

Dr. Balog Piroskának, akivel nemcsak szakmailag volt nagyon jó együttműködnöm, hanem őszinte, szeretetteljes és barátságos viszonyulásával segített megtalálni helyemet, utamat.

Dr. Bódizs Róbertnek, *Dr. Hegedűs Katalinnak* és *Dr. Stauder Adriennek* köszönöm a ritka, de nagyon hasznos beszélgetéseket, amelyek a doktori képzés során számtalanszor segítségemre voltak.

Dr. Roth Máriának, aki a Doktori Iskolába való jelentkezésemet támogatta, mindvégig bátorított és hitt bennem.

Somorjai Noéminek, aki a számomra elérhetetlen szakirodalmat elérhetővé tette, és mindig segítőkész volt. Végül a legtöbbet köszönhetem *szerteimnek*, és *apámnak*, akinek emlékére ajánlom doktori disszertációm.