

VALLÁS ÉS VASTAGBÉLRÁK

Dr. Buzás György Miklós

Ferencvárosi Egészségügyi Szolgáltató Kft., Gasztroenterológia
MEDOC Egészségközpont, Gasztroenterológia, Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS: A colorectalis carcinoma több évtizede az onkológiai morbiditás és mortalitás egyik vezető oka. A vastagbélrákos betegek vallási hovatartozása befolyásolhatja a betegség járványtanát, kórlefolását és gondozását. Járványtani felmérések igazolták, hogy egyes felekezetekhez tartozó egyéneknél (mormonok, hetedik napi adventisták, baptisták, Jehova tanúi) a colorectalis carcinoma kockázata alacsonyabb, mint más felekezeteknél, a zsidóknál viszont magasabb, mint az araboknál. A jelenség hátterében valószínűleg inkább az életmód tényezői, mint maga a hit állhat. A vallási tényezők szerepe észlelhető a szűrővizsgálatokban is, ugyanis az aktív vallási életet élő egyének nagyobb arányban hajlandók részt venni azokban, mint a nem vallásos vagy vallásukat nem gyakorló személyek. Speciális kérdőívekkel kimutatható, hogy az előrehaladott betegségekben szenvedőknél a lelki/vallási gondozás segít a daganattal való megküzdésben, és még a terminális szakban is javíthatja az életminőséget.

Kulcsszavak: colorectalis rák, életminőség, életmód, hit, szűrés, vallás, vastagbélrák, végbélrák

Buzás GyM: RELIGION AND COLORECTAL CANCER

SUMMARY: Colorectal cancer has for many decades numbered among the leading causes of oncologic morbidity and mortality. The religion of colorectal cancer patients is one of the neglected factors that could influence the development, course, and care of these patients. Epidemiological data has shown that the incidence of colorectal cancer is lower in some Mormon, Seventh-day Adventists, Baptist, or Jehovah's witness populations than in other religions, and is increased among Jews as compared to Arabs. Lifestyle factors rather than the faith itself could influence the epidemiology of these tumors. The influence of religion can be captured in colorectal cancer screening, where studies have shown that living an active religious life increases the willingness of participation in screening programs. Specialized questionnaires show that in patients with advanced colorectal cancer, spiritual and religious care is of some help in coping with the disease and improves quality of life even at a terminal stage.

Keywords: colon cancer, faith, lifestyle, quality of life, rectal cancer, religion, screening, terminal care

Magy Belorv Arch 2023; 76: 11–16.

Az onkológia haladása ellenére a CRC továbbra is a vezető halálokok közé tartozik. A GLOBOCAN 2020-as, 185 országra kiterjedő adatbázisa szerint az újonnan felfedezett vastagbélrákok becsült száma 1 148 515 (az összes daganat 6,0%-a), halálózása 576 858

(5,8%); a végbélrák incidenciája 732 210 (3,8%), halálózása 339.022 (3,4%).¹ Az 1990–2017 közötti adatokhoz képest csökkenés nem észlelhető.² Magyarországon 2019-ben 6430 vastagbélrákot és 2957 végbélrákot regisztráltak, ez az 1990-es évekhez képest jelentős

Rövidítések: AJCC: American Joint Committee on Cancer; BRAF: v-RAF rágszálósarkoma virális onkogén homolog B; CRC: colorectalis carcinoma; EORTC: European Organization for Research and Treatment of Cancer; FACIT-Sp: Functional Assessment of Chronic Illness and Therapy/ Spiritual Well-being subscale (Krónikus betegek funkcionális kiértékelése: lelki jóllét alskála); FICA: faith, importance, community, addressing kérdőív (hit, fontosság, közösség, ellátásban való alkalmazás); HOPE: sources of hope, organized religion, personal spirituality, effect on medical care, remény forrása, formális vallás, személyes spiritualitás, ellátásra gyakorolt hatás; remény, vallás, K-RAS: Kirsten rat sarcoma virus, Kirsten-féle patkányszarkoma vírus; mCOH-QoL-O: modified City of Hope Quality of Life-Ostomy, módosított City of Hope életminőség kérdőív stomás betegek számára; MSI, mikroszatellita instabilitás; MT: megbízhatósági tartomány; NCI: National Cancer Institute; OOI: Országos Onkológiai Intézet; OR: odds ratio, esélyhányados; SNAP: Spiritual Needs Assessment for Patients, Betegek lelki szükségleteinek kiértékelése; SWB: spiritual well-being, lelki jóllét; UICC: Union for International Cancer Control.

növekedést mutat (<https://onkol.hu/nemzeti-rakregiszter.csatlakozva> 2022. augusztus 18.).

A Föld lakossága jelenleg lépi át a 8 milliárd főt: a lakosság fele valamilyen vallási csoportba tartozik: az öt világvallás (kereszténység, judaizmus, iszlám, hinduizmus, sintoizmus) megoszlása földrészenként, országonként nemcsak változik, de a globalizáció miatt napjainkban átalakulás alatt van; ezek mellett több száz vallási csoport létezik.³ A vallás azon hiedelmek, cselekedetek, rítusok és szimbólumok összessége, amelyek segítségével az egyén kapcsolatban áll a tapasztalaton túli, transzcendens világgal. A lelkeség az élet értelmének megélése a vallás, hagyományok, meditáció, természet és művészet által: egyesek szerint azonos a vallással, mások szerint annál tágabb értelmű.^{4,5} A vallásos/hívő emberek életmódja, szokásai, hite, befolyásolhatják a CRC megélését a betegség szűrésétől a terminális állapotban adható palliatív ellátásig.

Járványtan

Az öt világvalláshoz tartozó egyéneknél a CRC incidenciája és prevalenciája külön-külön nem ismert. Egyes rákregiszterek tartalmazzak vallásra vonatkozó adatokat. A magyar Nemzeti Rákregiszterben a betegek vallási hovatartozására vonatkozó adat nincs (Dr. Kenessey István központvezető, OOI, személyes közlés, 2022. 08. 29.)

Az első felmérés 1976-ban történt, kimutatva, hogy 1966–1970 között az Egyesült Államok Utah államában a mormonoknál a CRC incidenciája alacsonyabb, mint a nem ehhez az egyházhoz tartozó egyéneknél.⁶

Dániában 781, hetedik napi adventistákhoz tartozó egyének körében a vastagbélrák kockázata 80%-kal alacsonyabb volt, mint más vallású egyéneknél.⁷

Az Utah-i rákregiszterben esetben a mormonoknál a vastagbél- és gyomorrák gyakorisága egyharmaddal volt alacsonyabb a nem mormon vallású egyénekhez képest, és ez csak részben magyarázható a dohányzás és alkoholfogyasztás mellőzésével, valamint a szexuális aktivitással (többnejűség).⁸

Ausztrál tanulmányban 715 colorectalis carcinoma esetben az incidencia 40/100 000 volt protestánsoknál, 37/100 000 katolikusoknál, de csupán 21/100 000 a mormon, adventista, Jehova tanúi és pünkösdi egyházhoz tartozóknál.⁹ Ugyanaz a munkacsoport kérdőív felmérésben kimutatta, hogy a vallásos páciensekben (függetlenül a felekezeti hovatartozástól) a CRC relatív kockázata 0,70 (95% MT 0,6–0,9), és arra a következtetésre jutott, hogy a vallás ebben a betegségben protektív tényező.¹⁰ Ugyanakkor a CRC kockázata nagyobb mind az ausztráliai, mind az Egyesült Államokban élő zsidóknál.^{10,11}

Az Egyesült Államokban végzett eset-kontroll tanulmányban (637 eset) a templomba nem járó kaukázusi és afroamerikai betegek esélyhányadosa magasabb volt (1,47, 95% MT 1,08–2,01), mint a templomba járó betegeké. Ez utóbbi között a havonta egyszer

templomba járó esélyhányadosa nagyobb volt (OR: 1,34, 95% MT: 0,91–1,91) a heti egyszeri templomjáróknál.¹²

A dán rákregiszterben 11 580 adventista és baptista egyénnél a hetedik napi adventista és baptista nőknél és férfiaknál, a gyomor-, végbél-, máj- és méhnyakrák incidenciája alacsonyabb, mint az átlagos dán lakossáé. A ritkább előfordulás adventistáknál kifejezettebb volt, mint baptistáknál és mindkét csoportban férfiaknál jelentősebb, mint nőknél.¹³

Los Angelesben nem sikerült különbséget kimutatni a CRC incidenciájában a mormonok, adventisták és római katolikusok, protestánsok és keleti ortodoxok között.¹⁴

Izraelben a CRC gyakoribb zsidóknál, mint araboknál, de ezt inkább az előbbieket nyugati életstílusával magyarázzák.¹⁵

Feltevődik a kérdés, milyen mechanizmusok által befolyásolhatja a vallás a daganatok előfordulását. Ezzel kapcsolatban két feltételezés született. Az életmódhipotézis szerint a vallásos egyének egészségesebb életmódja összefügg a daganatok gyakoriságával. Ismert, hogy a hetedik napi adventisták javasolják a hús- és kávéfogyasztás korlátozását, a dohányzást és az alkoholfogyasztást ellenzik, emellett stabil szociális kapcsolatban élnek.¹⁶ A mormonok mindezek mellett tanácsolják a korai házasságot és a többgyermekes családot. Az eredményeket értelmezni nehéz, ugyanis a zárt vallási közösségekben nem tudni, hogy ki mennyire gyakorolja a vallását. Az eredmények általában önbevalláson és/vagy a felekezeti tagdíj befizetések nyilvántartásán alapulnak: ez az adatok torzulásához vezethet. A fenti adatok legtöbbször az 1980-as-90-es évekből származik: a jelen időszakból adataink nincsenek.

A másik feltételezés szerint a hit és a vallás valamilyen pszihoneuroimmunológiai mechanizmus révén csökkenti a daganatok előfordulását, ennek mibenlétét nem sikerült tisztázni.¹⁷ HIV-fertőzött betegekben kimutatták, hogy a vallásos egyének CD4 T-helper sejtszáma magasabb, mint a nem hívő betegeké.¹⁸ Hasonló adatok daganatos betegcsoportokból nincsenek.

Úgy tűnik tehát, hogy a vallásukat aktívan gyakorló egyéneknél a CRC ritkább előfordulása elsősorban az életmódnak tudható: ez a hatás vallásonként, országonként, népcsoportonként változik.

Szűrés

A fejlett országokban, nagyszámú egyéneken végzett prospektív tanulmányok egyértelműen kimutatták, hogy a különböző szűrési módszerek (széklet okkult vér kimutatása, flexibilis szigmoidoszkópia, kolonoszkópia, virtuális CT-kolonográfia, kapszulaendoszkópia, szerológiai tesztek, septin 9, genetikai tesztek) alkalmasak a CRC incidenciájának csökkentésére. Ennek mértéke országonként, lakosságként változó.¹⁹ Számos, változó eredménnyel járó próbálkozás után Magyarországon jelenleg zajlik az OOI szervezésében,

Szepes Zoltán (Szent-Györgyi Albert Tudományegyetem, I. Belgyógyászati Klinika) vezetésével a nemzeti rákszűrési program: eredményei a jövőben várhatók.

Minden szűrési program sarkalatos pontja a lakossági célcsoport minél teljesebb részvételének megszerzése. A legtöbb országban az 50–70 év közötti lakosság szűrése történik, egyes helyeken 45–75 év a korhatár: ez függ a helyi járványtani és nemzeti regiszter adatoktól, valamint az egyéni kockázattól. A részvétel több tényezőtől függ: ezek között szerepel a vallás is. Néhány felmérés történt a vallás befolyásáról a CRC szűrésében való részvételre: a tanulmányok kisebb része készült a fejlett országokban, többségük más földrészen lévő országokban etnikai/vallási kisebbségi csoportokban történt: ezek adatai hazánkra nem relevánsak, így nagyrészt a nyugati országokból származó adatokra hivatkozom.

Az Egyesült Államokban az NCI által végzett, 5394 egyén adatait tartalmazó felmérésben az aktív vallási életet élők (heti vagy kétheti templomba járás) részvételi aránya magasabb volt a CRC- emlő- és méhnyakrák szűrésben, mint a vallási életet nem gyakorló egyéneknél.²⁰

Londonban kérdőívvel mérték fel 50, 55–74 éves egyénnél azokat a tényezőket, amelyek a CRC szűrésben való részvételt befolyásolták. A résztvevők általános ismerete a szűrésről igen hiányos volt. A fehér angol egyéneket a ráktól való félelem visszatartotta a szűréstől. Afrikai és a Karib-szigetektől származó résztvevőknél a vallásosság és a polgári kötelességtudat növelte a részvételi hajlandóságot: az esetszám itt is túl kicsi általánosabb következtetések levonására.²¹

Skóciában 2007–2013 között 1,7 millió egyén vett részt egy szűrőprogramban (széklet vérvizsgálat). A fehér skót és kínai egyének magas arányban, az indiai, pakisztáni és bangladesi személyek alacsony arányban vettek részt. Vallás szerint a skót egyházhoz tartozó egyének részvétele magasabb volt, mint a hindu, muszlim vagy szikh vallású egyéneké. A vallási és etnikai adatok a 2001-es népszámlálásból származtak. Az endoszkópos adatok azonban nem álltak rendelkezésre.²² Következtetésük, hogy a vallási hovatartozás jelentősen befolyásolja a szűrőprogramokban való részvételt. Ebből következik, hogy a részvételi arány javítását a vallás felől is meg lehetne közelíteni. Ezt alátámasztja egy tanulmány, amely kimutatta, hogy 78 bostoni latin-amerikai baptista egyénnél az aktív vallási élet (napi/heti templomba járás, gyülekezeti tevékenység, imádkozás) javította a szűrővizsgálati részvételt (kolonoszkópia, mammográfia, Papanicolau kenet). Bár az esetszám kevés volt, a szerzők javasolták a szűrővizsgálati ismeretek terjesztését a templomokban.²³

Az idézett közlemények közös hiányossága az alacsony esetszám. A nagy világvallásokhoz tartozó népcsoportokból származó adatok nincsenek, így a fenti eredményeket általánosítani nem sem lehet: kétségtelenül további vizsgálatok szükségesek a vallás és CRC szűrés közötti összefüggés tisztázására.

Gondozás, terminális ellátás

A daganatos betegek komplex ellátásában (diagnosztika, műtét, sugár-, kemo- és immunterápia, palliatív ellátás) néhány összetevőnek van kapcsolata a vallással. A CRC betegek túlélését számos patológiai és genetikai tényező befolyásolja. A CRC prognózisának megállapításában az UICC és AJCC által kidolgozott TNM osztályozásra támaszkodunk, de a prognózis egyazon stádiumon belül is igen változatos. További szövettani (nyirokcsomó status, perineuralis invázió) és genetikai tényezőket vesznek figyelembe (MSI, KRAS, BRAF) a precíziós vagy egyénre szabott onkológiai kezelésben: ez utóbbi meghatározza a betegek túlélését és életminőségét.²⁴ Közismert, hogy korai stádiumban az 5 éves túlélés 90%, előrehaladott stádiumban viszont csupán 10%: e betegekben előbb-utóbb fellép a terminális állapot, a maga speciális gondozási, ápolási igényeivel. Nem ismert, hogy az aktív vallási élet befolyásolja-e a betegek túlélését.

Mindezen folyamatokban a vallás szerepét elsősorban egyes onkológiai kezeléseknél, illetve a terminális állapot megélésében és gondozásában tanulmányozták.

A lelki állapot felmérésére több kérdőívet dolgoztak ki,⁴ ezeknek egy része a betegek vallására vonatkozik, illetve arra, hogy mennyiben befolyásolja a hit/vallás az előrehaladott CRC-ben szenvedő betegek lelki jóllétét (SWB). Legelterjedtebb a 13 elemet tartalmazó SNAP kérdőív, amely rákérdez a beteg Istennel való kapcsolatára.⁴ A betegek lelki szükségleteinek felmérésére számtalan hasonló kérdőív született a pszichiátria, reumatológia, gyermekgyógyászat, sebészet, ortopédia, táplálkozástudomány területén). A FACIT-Sp kérdőív négy kérdéssel értékeli ki a betegek vallásos jóllétét, az RCOPE kérdőívben azt mérték fel, milyen mértékben járul hozzá a vallás a betegséggel való megküzdéshez. Az eredmények azt mutatták, hogy a végstádiumban lévő daganatos betegek Istenhez való viszonya kultúrafüggő: egyes népeknél Istent mindenhatónak és együttműködőnek vélik, aki segít a betegség leküzdésében (afroamerikai, Karib-szigeti és fehér angliai betegek), másoknál ez kevésbé fontos. Az EORTC életminőség munkacsoportja Norvégiában kidolgozott egy 50–108 percig tartó mélyinterjú daganatos betegek részére, amellyel 20, metasztatikus CRC beteg állapotát értékelték ki. Az eredmények szerint a betegek Istent inkább barátának, mint mindenható hatalomnak tekintették.²⁵ Az irodalomban a tanulmányok többségében többféle daganat szerepel, és az eredmények minőségiek, ami a statisztikai feldolgozást nehezíti. A mennyiségi adatokból egy rendszeres áttekintés készült: 36 dolgozatban a FACIT-Sp kérdőívek alapján kimutatták, hogy a lelki jóllét (SWB) a daganatos betegek életminőségének mérhető összetevője, amelynek felmérése részét kellene képeznie a betegek ellátásának.²⁶ A betegcsoport emlő-, prosztata-, máj-, pancreas-daganatos és leukémiás esetekből állt, CRC nem szerepelt. Az eredmények értelmezését nehezíti, hogy egyes

vélemények szerint a vallás a lelki jóllét része, mások szerint külön dimenzió. Kanadában 139 CRC beteg állapotát követték műtét után, 6 és 12 hónap múlva és kimutatták, hogy a vallás hozzájárul a betegség műtét utáni megküzdéshez.²⁷ Amerikai dolgozatban 21 CRC beteg és 50 családtag esetében a vallási tevékenységek (imádkozás, meditáció, templomba járás, találkozás vallási csoportokkal) hozzájárultak a betegség feldolgozásának javulásához.²⁸ Új-zélandi és iráni munkacsoport interjúval mérte fel 20 keresztény és 20 iráni muszlim CRC beteg vallási hovatartozását. A muszlimok 100%-a hívő volt, akik az istenhitet és vallási tevékenységeket a betegellátás szerves részének tekintették, míg a keresztényeknél csupán a betegek 40%-a tekintette a vallást a betegséggel való megküzdés módjának.⁵

Magyarországon a terminális állapotban lévő daganatos betegek a palliatív ellátás holisztikus szemlélete szerinti gondozásban részesülnek: ez országsszerte elérhető térítésmentes szolgáltatás, amelyet a betegek otthonukban, szakambulanciákon vagy intézményekben kapnak. Az OOI-ben Palliatív Onko Mobil Teamet, a Pécsi Tudományegyetemen Pécsi Integrált Palliatív Modellt szerveztek. Feladatuk komplex, de a tevékenységek között (sebesség, szakápolás, infúzió, fájdalomcsillapítás, tájékoztatás, pszichés támogatás, gyógytorna, szedáció) a lelki/vallási gondozás a pap/lelkész bevonására szorítkozik.^{29, 30} A pécsi munkacsoport a FICA és HOPE kérdőívek hazai validálása során kimutatta, hogy a betegek többsége ellátásuk során nem igényelte a hitükkel kapcsolatos beszélgetést, egyharmaduk számára azonban az Isten és az ima lelki kapaszkodót jelentett ami átsegített a nehezebb életszakaszon. Javasolják a spirituális felmérés szélesebb körű alkalmazását, hogy az a hazai palliatív ellátás szerves részévé váljon.²⁹ Ehhez társul a Kórházlelkészi Szolgálatok munkája: feladatuk a katolikus vagy ökumenikus jellegénél fogva bármely betegnek vagy hozzátartozójának ingyenes lelkigondozása. A hazai területi Kórházlelkészségek elérhetősége megtalálható az interneten.

Élet stomával

Világszerte kb. 1 000 000 CRC beteg él stomával, évente 100 000–130 000 stomát helyeznek fel. 2000-2019 között 283 dolgozatban értékelték ki a stomás betegek életminőségét. és ezekről narratív összefoglaló született.³⁰ Néhány dolgozat foglalkozott a lelkiség/vallás összefüggésével a stomát viselő daganatos betegek életminőségével. Amerikai veteránoknál a vallási tevékenységek – elsősorban a lelkészekkel való találkozás és a templom látogatása, a családi élet és a barátságok – javították a stomás betegek életminőségét. Ezt a kaliforniai Kaiser Permanente Intézetben 283, a műtétet 5 évvel túlélő stomás beteg életminőségét specifikus kérdőívvel értékelték ki (mCOH-QoL-O). A City of Hope intézetet 1913-ban eredetileg a tuberculosis kezelésére

alapították. A betegség sikeres kezelése után kezdtek foglalkozni daganatos betegekkel, mára az Egyesült Államokban 30 onkológiai centrumban működnek, ezek az NCI tagjai (<https://www.cityofhope.org/>, csatlakozva 2022. 10. 04.). A kérdőív 43 elemet tartalmaz, ezek a fizikai, pszichológiai, szociális és lelkiállapotról és hitéletre vonatkoznak, amelyeket 0–10-es Likert-skálán értékelték ki. Az önkép változása és az életviteli, öltözködési, tisztálkodási, családi és szexuális gondok ellenére a stomás betegek 52%-ának jó lelkiállapota hozzájárult a betegséggel való megküzdéshez és az ellenálló képesség megtartásához. Braziliában 215 stomás betegnél hasonló kérdőív szerint a vallási tevékenységek és partner/élettárs hiánya csökkent életminőséget okozott.³² Az mCOH-QoL-O kérdőív csak katolikus, evangélikus és „egyéb” vallásra vonatkozó kérdéseket tartalmaz, így eredményei nem általánosíthatók. Ennek ellenére 70 iráni muszlim betegnél is alkalmazták, kimutatva az összefüggést a lelkiállapot, a vallás gyakorlása és a stomás betegek életminősége között. A stomás betegek gondozása során a családtagok, ápolók életminősége is romlik. Mindezek az ismeretek elsősorban a stomás betegek gondozó szakápolók részére fontosak.³¹ A kérdőívnek magyarul hitelesített változata nincs.

Következtetés

Egyes népcsoportoknál kimutatható, hogy a vallási előírásoknak megfelelő életmód csökkenti a CRC gyakoriságát. A vallás aktív gyakorlása növelheti a szűrési hajlandóságot, és támaszt nyújt a betegséggel való megküzdésben. Nem ismert, hogy a vallás és a lelkiség befolyásolja-e a betegek túlélését. A keresztény világvallásokhoz tartozó betegek vonatkozó adatok pótlásra szorulnak. Terminális állapotban a vallási/lelki gondozás szerves része kell, hogy legyen a betegellátásnak.

Irodalom

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL és mtsai:** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021; **71:** 209-249.
2. **Global Burden of Diseases/Colorectal Cancer Collaborators.** The global, regional and national burden of colorectal cancer and its attributable risk factors in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2019; **4:** 913-955.
3. **Central Intelligence Agency,** The World Factbook 2020, Religion. <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/fields//401.html>, csatlakozva 2020. 5. 10.
4. **Balboni, MJ, Peteet JR:** Spirituality and religion within the culture and medicine: from evidence to practice. Oxford University Press, New York, 2017, 1-418.
5. **Nejat N, Whitehead L, Crowe M:** The use of spirituality and

- religiosity in coping with colorectal cancer. *Contemporary Nurse*, 2017; **53**: 48-59, doi: 10.1080/103761.2016.1276401.
6. **Lyon JL, Klauber MR, Gardner JW és mtsa:** Cancer incidence in mormons and non-mormons in Utah, 1966-1970. *New Engl J Med* 1976; **294**: 129-133.
 7. **Jensen OM:** Cancer risk among Danish male Seventh-Day Adventists and other temperance society members. *J Natl Cancer Inst* 1983; **70**: 1011-1014.
 8. **Merrill LM, Lyon JL:** Cancer incidence among mormons and non-mormons in Utah (United States) 1995-1999. *Prev Med* 2005; **40**: 535-541.
 9. **Kune S, Kune GA, Watson L:** The Melbourne colorectal cancer study: incidence findings by age, sex, site, migrants and religion. *Int J Epidemiol* 1986; **15**: 483-483.
 10. **Kune GA, Kune S, Watson LF:** Perceived religiousness is protective for colorectal cancer – data from The Melbourne Colorectal Cancer Study. *J Roy Soc Med* 1993; **86**: 645-647.
 11. **Greenwald P, Korans RF, Nasca PC és mtsa:** Cancer in United States Jews. *Cancer Res* 1975; **35**: 3507-3512.
 12. **Kinney AY, Bloor LE, Dudley WN:** Role of religious involvement and social support in the risk of colon cancer among Blacks and Whites. *Am J Epidemiol* 2003; **158**: 1097-1107.
 13. **Thygesen LC, Hvidt NC, Hassen HP és mtsai:** Cancer incidence among Danish seventh-day adventists and baptists. *Cancer Epidemiol* 2012; **36**: 513-518.
 14. **Mack TM, Beerkrel J, Bernstein L és mtsa:** Religion and cancer in Los Angeles County. *Natl Cancer Inst Monogr* 1985; **69**: 235-2456.
 15. **Fireman Z, Neiman E, Moch SA és mtsa:** Trends in incidence of colorectal cancer in Jewish and Arab populations in central Israel. *Digestion* 2005; **72**: 223-227.
 16. **Hoff A, Johannessen-Henry CT, Ross L és mtsai:** Religion and reduced cancer risk. What is the explanation. A review. *Eur J Cancer* 2008; **44**: 25734-2579.
 17. **Woods TE, Antoni MH, Ironson GH és mtsa:** Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV-infected gay men. *J Psychosom* 1999; **46**: 165-176.
 18. **Bauer SM:** Psychoneuroimmunology and cancer: an integrated review. *J Adv Nurs* 1994; **19**: 1114-1120.
 19. **Bresalier RS:** Colorectal cancer, in: *Gastrointestinal and Liver Disease*, szerk. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, Elsevier, Philadelphia, 2020, 11. kiadás, 2. kötet, 2135-2144.
 20. **Leyva B, Nguyen AB, Allen JD és mtsai:** Is religiosity associated with cancer screening? Results from a national survey. *J Relig Health* 2015; **54**: 998-1013.
 21. **Dharni N, Armstrong D, Chung-Faye G és mtsa:** Factors influencing participation in colorectal cancer screening – a qualitative study in an ethnic and socio-economically diverse inner city population. *Health Expectations* 2017; **20**: 608-617.
 22. **Campbell, C, Douglas A, Williams L és mtsai:** Are there ethnic and religious variations in uptake of bowel cancer screening? A retrospective cohort study among 1.7 million people in Scotland. *BMJ Open* 2020; **10**: e03711, doi:00.1136/bmjopen-2020-036011
 23. **Allen JA, Pérez JE, Pischke CR és mtsai:** Dimensions of religiousness and cancer screening behaviors among church-going latinas. *J Relig Health* 2014; **53**: 190-203.
 24. **Chen K, Collins G, Wang H és mtsa:** Pathological features and prognostication in colorectal cancer. *Curr Oncol* 2021; **28**: 5356-5386.
 25. **Rohde G, Kersten C, Vistad I és mtsa:** Spiritual well-being in patients with metastatic colorectal cancer receiving noncurative chemotherapy. *Cancer Nursing* 2017; **40**: 209-2016.
 26. **Bai M, Lazenby M:** A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale factor levels in studies among patients with cancer. *J Palliat Med* 2015; **18**: 286-298.
 27. **Atlas M, Hart TL:** Appraisals of cancer, religious/spiritual coping, and hope in patients with colorectal cancer. *J Psychosoc Oncol* 2022; 1-18. doi: 10.1080/07347332.2022.2108743.
 28. **Asiedu G, Eustace RW, Eton DT és mtsa:** Coping with colorectal cancer: a qualitative exploration with patients and their family members. *Family Practice* 2014; **31**: 598-606.
 29. **Busa Cs, Klusek K, Csikos Á:** Spirituális szempontok a palliatív ellátásban, in Csikos Á. *Palliatív ellátás (szerk)*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2022, 512-519.
 30. **Horváth O, Rácz K, Jakus N és mtsai:** A hospice-palliatív ellátás hatékony integrálása a hazai onkológiai és családorvosi gyakorlatba. *Orv Hetil* 2022; **38**: 1520-1527.
 31. **Alenezi A, McGrath I, Kimpton A és mtsa:** Quality of life among ostomy patients, A narrative literature review. *J Clin Nursing* 2021; **30**: 3111-3123.
 32. **Diniz IV, Costa IKF, Nascimento JA és mtsai:** Factors associated to quality of life in people with intestinal stomas. *Rev Esc Enferm USP*, 20122; 55:e20200377. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0377>.

Levelezési cím: Dr. Buzás György Miklós
 Ferencvárosi Egészségügyi Szolgáltató Non-Profit Kft.
 Gasztroenterológia
 1095 Budapest, Mester utca 45.
 e-mail: drbgym@gmail.com