

**ADHERENCIA ÉS PSZICHOLÓGIAI JELLEMZŐK A BŐRGYÓGYÁSZATBAN. A
REPREZENTÁCIÓK ÉS A KÖTŐDÉSI STÍLUSOK SZEREPE AZ ELLÁTÁSBAN,
ÉS AZ ELEKTRONIKUS ÜZENETEK HATÁSA AZ EGÉSZSÉGVÉDŐ
VISELKEDÉSRE**

PhD értekezés tézisei

Szabó Csanád

Témavezetők:

Prof. Dr. Kemény Lajos

Prof. Dr. Csabai Márta

Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika

Szegedi Tudományegyetem

Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola

2016

A tézis alapjául szolgáló közlemények

- I. Szabó Cs., Kemény, L. Csabai M. (2015) Dermatology patients' and their doctors' representations about adherence. *Open Medicine*, 10: 267-274.

- II. Dalgard F., Gieler U., Tomas-Aragones L., Lien L., Poot F., Jemec G. B. E., Misery L., Szabo Cs., Linder D., Sampogna F., Evers A. W. M., Halvorsen J. A., Balieva F., Szepietowski J., Romanov D., Marron S. E., Altunay I. K., Finlay A. Y., Salek S. S., Kupfer J. (2015) The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *Journal of Investigative Dermatology*. 135(4):984-91.

IF: 7.216*

- III. Szabó Cs., Ócsai H., Csabai M., Kemény L. (2015). A randomised trial to demonstrate the effectiveness of electronic messages on sun protection behaviours. *Journal of Photochemistry and Photobiology B: Biology*, 149:257-264.

IF: 2.960*

- IV. Szabó Cs., Csabai M., Kemény L. (2012) Az orvos-beteg együttműködéssel kapcsolatos nézetek dermatológusok, bőrgyógyászati ápolók és pácienseik reprezentációiban. *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle*, 88(3): 92-97.

1. Bevezetés

1.1. Adherencia a bőrgyógyászatban

Adherencián azt értjük, hogy a páciens viselkedése a gyógyszerek szedésében, a diéta követésében, az életmódbeli változtatások végrehajtásában milyen mértékben van összhangban az egészségügyi szolgáltatójától elfogadott javaslatokkal. A dermatológia a klinikai ellátás olyan területe, ahol viszonylag alacsony a kezelésekkel kapcsolatos adherencia mértéke. Az orvos-beteg kapcsolat minősége alapvető jelentőségű abban, hogy létrejön-e együttműködés a bőrgyógyász és páciense között. Az, hogy az egészségügyi kapcsolatokban a felek mit gondolnak egymás szerepeiről, mit várnak el egymástól, szintén meghatározó tényezői az adherenciának. A krónikus bőrbetegek hatékony klinikai kezelésének egyik szükséges feltétele, hogy felismerjük a páciensek szorongását, és segítsük őket az együttműködéssel kapcsolatos ambivalenciáik leküzdésében. A mindennapi gyakorlatban klinikai pszichológusok praktikus stratégiákat (önmotiváló kijelentések serkentése; a páciensek alaphiedelmeinek és értékeinek feltárása annak érdekében, hogy a páciens jelenlegi viselkedése és céljai közötti eltérések azonosíthatóak legyenek) alkalmazhatnak annak eléréséhez, hogy növeljék a bőrbetegek együttműködését az előírt terápiájukhoz. Szakápolók is bátoríthatják pácienseiket magasabb mértékű adherencia elérésére, és más hasznos intervenciókat is érdemes fontolóra venni mint együttműködést fejlesztő modelleket, például a telefonos utánkövetést, emlékeztetőket, családterápiát vagy egyéb pszichoterápiás formákat.

1.2. Adherencia a fényvédelmi tanácsadáshoz

A fényvédelmi tanácsadással kapcsolatos együttműködésnek vannak motivációs és tudásbeli szempontjai is; a feledékenység és a nemtörődömség a motivációra, a hosszútávú előnyök megértése a tudásbeli aspektusra utal. A bőrrák az egyike a legmegelőzhetőbb malignus betegségeknek, emiatt fontos viselkedésváltozásokat előidézni a napon töltött idő csökkentése érdekében. A fényvédő krém rutinszerű és megfelelő használata szorosan összefügg a melanoma rizikójának csökkenésével. Az egyén viselkedése a tudása, attitűdjei és hiedelmeinek eredménye. Elektronikus üzenetek küldésével hatékonyan lehet segíteni többféle fényvédelmi szokás fejlesztését, mint például a fényvédő krém és ajakbalzsam gyakoribb használatát, és az arc takarását. A leghatékonyabb módszer az, ha egyszerre

alkalmazunk telefonos és interneten küldött üzeneteket. A specifikus szöveges üzenetek létrehozása jó módszer a pozitív egészségmagatartás támogatásában. A perszonalizációt (a személyre szabás egyik formája) meghatározhatjuk úgy, hogy a résztvevővel kapcsolatos konkrét és személyesen azonosítható információt írunk az üzenetbe, (mint például a nevét, életkorát vagy egy adott viselkedésmódját). Még az ilyen egyszerűbb formái a személyre szabásnak is hatásosabbak annál, mintha nem perszonalizálnánk az üzeneteket. Az orvosi tanácsadás szintén összefügg az egyén magas szintű együttműködésével a javasolt fényvédelmi viselkedéseket illetően.

1.3. Pszichodermatológia

A pszichodermatológia olyan klinikai és kutatásorientált tudományág, amely figyelembe veszi a bőrbetegségek pszichológiai és szociális vonatkozásait. A bőrbetegségek befolyásolhatják a páciensek egészségpszichológiai működését, például a bőrünk állapota hatással lehet a testképre, az önbecsülésre és arra, hogy mások hogyan látnak minket. A pszichés stress fontos szerepet játszik a krónikus bőrbetegségek kiváltásával és fellángolásában. Ezek a kórképek a látható tünetek és a kezelés szükségessége miatt hathatnak a páciensek kapcsolataira, és ez a szociális tevékenységek elkerüléséhez vezethet. A közeli kapcsolatok érintettsége hatással lehet az önbecsülésre. A pszichológiai nehézségek mellett a pszichiátriai zavarok is összefüggéseket mutatnak a krónikus bőrbetegségekkel. A pszichiátriai morbiditás leggyakrabban hangulatzavarokban és szorongásos zavarokban ölt testet a bőrgyógyászati járóbetegeknél. Több krónikus bőrbetegségnél azonosítottak pszichoszociális és pszichiátriai komorbiditásokat, mint például a pikkelysömörnél, atópiás dermatitisznél, aknénál és vitiligonál. A kötődés egy érzelmi kapcsolódást jelent, amely a csecsemő és elsődleges gondozói közötti korai interakciók terében jön létre. A gondozók iránti kötődés hatással van a későbbi interperszonális elvárásokra, érzelmekre, és viselkedésekre a közeli kapcsolatokban. Ainsworth és munkatársai három kötődési stílust írtak le: a biztonságost és a bizonytalan kötődés két típusát, a szorongó-ambivalenst és az elkerülőt. Többféle különbség van a kötődési stílusok között, például a bizonytalanul kötődőkkel ellentétben a biztonságosan kötődők stresszteli helyzetben kompetensnek érzik magukat érzelmeik szabályozásában. Bartholomew és Horowitz egy olyan modellt írtak le, amely négy stílusát különbözteti meg a kötődésnek (biztonságos, aggodalmaskodó, elkerülő, bizalmatlan). Az elméletük szerint a kötődési stílusok két dimenzió mentén jellemezhetőek: az önmagunkról illetve a másokról

kialakított kép mentén, mindkettő lehet pozitív és negatív is (önmagunkat szeretetreméltónak, illetve másokat szerethetőnek vélünk-e). A stlusok mellett három kötődési dimenzióval is jellemezhetjük a kötődést: közelség (mennyire kényelmes érzelmileg közel kerülni másokhoz), függőség (mennyire képes függni az egyén másoktól) és szorongás a kapcsolatokban (mennyire fél az egyén attól, hogy elhagyják őt). A kötődési stílusok és dimenziók több pszichoszomatikus faktorról kapcsolatban állnak: a depresszió súlyosságával, a szorongás mértékével, a szomatizációval, a hipochondriával és a megküzdési készségekkel. A pszichodermatológiai faktorok szempontjából is jelentős szerepe van a kötődésnek: befolyásolhatja a bőrgyógyászati életminőséget, a tünetek súlyosságát, kapcsolatban állhat az alexitímiás jegyekkel, az orvos-beteg kapcsolattal, és a pszichológiai munka fontos elemét alkotja.

1.4. Az adherencia a pszichodermatológia keretein belül

Krónikus bőrgyógyászati járóbetegek adherenciáját sok tényező befolyásolja: életkor, nem, családi állapot, a betegség elfogadása, a kezeléshez való viszonya, társuló pszichiátriai betegségek, életminőség és az orvos-beteg kapcsolat. Pikkelysömörösöknél a magas szintű pszichológiai distressz és az alacsony szintű elégedettség az ellátással összefügg az alacsony szintű adherenciával. Thorneloe és munkatársai szerint sürgős szükség van az adherencia pszichológiai tényezőinek felmérésére, mert fontos előrejelzői és változtatható tényezői az együttműködésnek.

2. Célkitűzések

Célunk az adherencia és a pszichodermatológiai faktorok feltérképezése volt egy három lépésből álló vizsgálsorozatban, mely a következő részekből tevődött össze:

- bőrgyógyászok és pácienseik orvos-beteg együttműködésről alkotott vélekedéseinek azonosítása,
- fényvédelmi szokások fejlesztése és a fényvédelmi tanácsadással való együttműködés lényeges tényezőinek feltérképezése egy önkéntes mintán,
- krónikus bőrbetegek pszichológiai jellemzőinek felmérése.

3. Adherenciáról alkotott vélekedések azonosítása

3.1. Módszerek

Kutatásunkban kombinált kvalitatív és kvantitatív mérési eljárást alkalmaztunk. A tematikus tartalomelemzés folyamatának lépéseit követtük. Első lépésként strukturált interjúkat vettünk fel a szegedi Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika 40 dermatológusával. 11 kérdést tettünk fel a bőrgyógyászoknak az együttműködéssel (pl. „Ön szerint min múlhat az, hogy a páciensek betartják-e vagy nem a kezelésükkel kapcsolatos instrukciókat?”) és információközléssel kapcsolatban. Egy interjú 30-40 percig tartott. Az elhangzott válaszokat rögzítettük, és egy szövegeket tartalmazó adatfájlt készítettünk belőlük. A megalapozott elmélet módszereiből kiindulva előre nem meghatározott tartalmi kategóriákba soroltuk a bőrgyógyászokkal készített interjúk válaszait. Ezeknek a kategóriáknak a mentén kódolta a szövegeket két független kódoló. Kiszámoltuk a kódolók közötti egyetértés Krippendorff-féle alfa mutatóját. Létrehoztunk egy kérdőívet azokból a tartalmi kategóriákból, amelyeket a bőrgyógyászok legalább 10%-a megemlített az interjúk során. Az egyes tartalmi kategóriák legjellemzőbb állításaiból alkottunk meg egy 12 állításból álló kérdőívet, mely kérdései mellé 7 fokú Likert-skálát illesztettünk (7 – teljesen egyetért; 1 – egyáltalán nem ért egyet) (1. táblázat). Majd 153 krónikus bőrgyógyászati járóbeteggel vettük fel az attitűdskálát, leggyakoribb diagnózisuk a pikkelysömör (N=82) volt. Atópiás dermatitis és vitiligo diagnózisú páciensek szerepeltek még mintánkban. A páciensek (59% nő) átlagéletkora $50,18 \pm 16,11$ év volt.

3.2. Eredmények

3.2.1. Interjúk bőrgyógyászokkal

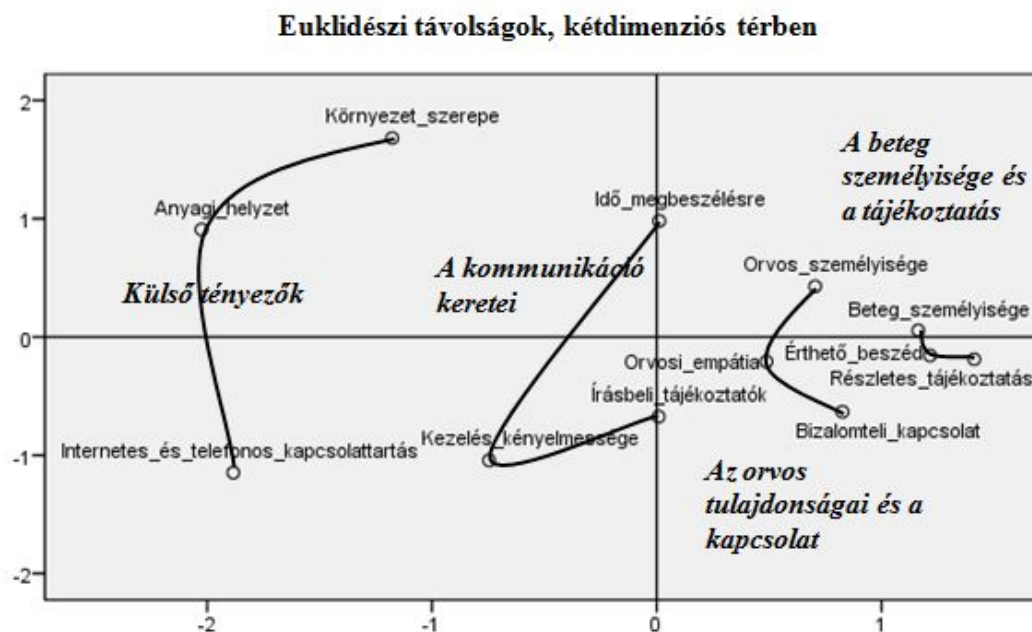
A dermatológusok (n=40) az együttműködés létrejöttében leginkább a bizalomteli kapcsolatot (37,5%), a részletes tájékoztatást (37,5%), a környezet szerepét (37,5%) és a beteg anyagi helyzetét (32,5%) tartották lényegesnek (1. táblázat). A kódolók közötti egyetértés Krippendorff-féle alfa mutatója 0,68 volt.

Tartalmi kategória (válaszgyakoriság az orvosi interjúkban, N=40)	Kategória leírása / Attitűdskála iteme
Részletes tájékoztatás (37,5%)	Az orvos leginkább azzal tudja segíteni a beteg együttműködését, ha részletes információkat ad a betegségről.
Környezet szerepe (37,5%)	A családtagoktól, tv-ből, újságokból, internetről érkező információk is jelentősen befolyásolják, hogy a beteg mennyire tartja be az előírásokat.
Bizalomteli kapcsolat (37,5%)	Azok a betegek tartják be leginkább a kezelési előírásokat, akik bizalomteli kapcsolatban vannak az orvosukkal.
Anyagi helyzet (32,5%)	A betegek együttműködésének legfőbb akadályja, hogy drága a gyógyszer.
Beteg személyisége (20%)	Alapvetően a beteg személyiségén múlik, hogy mennyire működik együtt az orvossal.
Orvos személyisége (12,5%)	Az orvos tulajdonságai, személyes jellemzői befolyásolják, hogy mennyire működik vele együtt a beteg.
Érthető beszéd (12,5%)	Az segíti leginkább az együttműködést, ha az orvos a beteg számára is érthetően beszél a kezelés során.
Írásbeli tájékoztatók (12,5%)	Az orvostól kapott írásbeli tájékoztatók, broszúrák nagy segítséget jelentenek a gyógyulásban.
Kezelés kényelmessége (10%)	Az előírások betartása szempontjából fontos szerepe van annak, hogy mennyire kényelmes használni egy gyógyszert.
Idő megbeszélésre (10%)	Leginkább attól javulna az együttműködés, ha több idő lenne a megbeszélésre orvos és beteg között.
Internet/telefon (10%)	Szükség lenne telefonos vagy internetes tájékoztatásra, kapcsolattartásra is orvos és beteg között.
Orvosi empátia (10%)	Jó hatással van a gyógyulásra, ha az orvos megpróbálja átérezni páciense problémáját.

1. táblázat. Tartalmi kategóriák és gyakoriságaik az orvosi interjúk alapján (N=40), és az attitűdskála itemei (a kategóriák legjellemzőbb állításai alapján).

3.2.2. Bőrbetegek kérdőíves eredményei

A 7 fokú skálákon a bőrbetegek (N=153) az együttműködés létrejöttéért leginkább az orvos érthető beszédét (M=6,75, SD=0,58), a részletes tájékoztatást (M=6,78, SD=0,65) és a beteg személyiségét (M=6,24, SD=1,19) tartották felelősnek. Ezeket követte a bizalomteli orvos-beteg kapcsolat (M=6,1, SD=1,65), az orvos személyisége (M=5,91, SD=1,64) és az orvosi empátia (M=5,88, SD=1,6) jelentősége. Az információk rendszerezésére és a tartalmi kategóriák közötti hasonlóságok megértéséért többdimenziós skálázást végeztünk a páciensek kérdőíves válaszaival. A módszerrel egy „kognitív térképet” tudunk létrehozni, amely egy térbeli ábrázolása annak, hogy melyik tényezők hasonlóak és különbözőek egymással kapcsolatosan. A térképen a tényezők pontjainak távolsága a különbözőség mértékét fejezi ki (1. ábra).



1. ábra. Krónikus bőrbetegek kérdőíves válaszaival végzett többdimenziós skálázás eredményei, a négy fő tartalmi kategóriát feltüntetve (N=153).

A kérdőív kategóriái négy faktorba sorolhatók be a páciensek válasza alapján. A „Külső tényezők” faktorba tartozik a páciens anyagi helyzete, a környezet szerepe és az internetes és telefonos kapcsolattartás. „A kommunikáció keretei” faktor az idő a megbeszélésre, a kezelés

kényelmessége és az írásbeli tájékoztatók tényezőket tartalmazza. „Az orvos tulajdonságai és a kapcsolat” faktorba az orvos személyisége, az orvosi empátia és a bizalomteli kapcsolat tartoznak. „A beteg személyisége és a tájékoztatás” faktor a beteg személyisége, az érthető beszéd és a részletes tájékoztatás tényezőket tartalmazza. A többdimenziós skálázás eredményei összhangban vannak a páciensek válaszaival végzett hierarchikus klaszterelemzés (Ward-féle eljárás) által feltárt klaszter struktúrákkal.

4. A fényvédő krém használatával kapcsolatos adherencia fejlesztése

4.1. Módszer

4.1.1. A vizsgált minta

Egy randomizált kontrollált klinikai vizsgálat során vizsgáltuk az elektronos üzenetek fényvédelmi szokásokra gyakorolt hatását. 149 egészséges felnőtt önkéntes vett részt a kutatásban, az SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika személyzetének tagjai és hozzátartozói (2. táblázat).

		A-csoport (N=50) N (%)	B-csoport (N=50) N (%)	C-csoport (N=49) N (%)	Teljes minta (N=149) N (%)
Nemek	Férfi	12 (24%)	11 (22%)	20 (40,8%)	43 (28,9%)
	Nő	38 (76%)	39 (78%)	29 (59,2%)	106 (71,1%)
Életkor	Átlag±Szórás	35,98±11,29	39,73±9,35	35,07±9,59	36,94±10,25

2. táblázat. A vizsgált minta jellemzői (N=149).

A résztvevők három csoportba lettek véletlenszerűen besorolva. A vizsgálat sorozat elején mindhárom csoport tagjai fényvédelmi tanácsadásban részesültek egy bőrgyógyász által. Egy pszichológus az együttműködés mértékét és a pszichológiai tényezőket, egy bőrgyógyász az orvosi faktorokat vizsgálta. A 0., 6. és 12. héten került sor az adatfelvételekre. A vizsgálat időtartama 2011.06.01. és 2011.08.31. között volt.

Az A-csoport (N=50) 4000 Ft részvételi díjban részesült a 12. héten. A B-csoport (N=50) két 50+ faktorszámú fényvédő krémet kapott. A C-csoport (n=49) a két 50+ faktorszámú fényvédő krémen kívül minimálisan személyre szabott (perszonalizált), fényvédelmi tanácsokat tartalmazó e-maileket és sms-eket is kapott.

4.1.2. Elektronikus üzenetek

SMS és e-mail üzeneteket küldtünk a résztvevőknek a fényvédő krém használat gyakoribb alkalmazásának és a napon töltött idő csökkentésének céljából. Minden üzenetünk a perszonalizáció formájában egyénre volt szabva. Ez azt jelentette, hogy a résztvevőket a teljes nevén üdvözlöttük az egyes üzenetek elején. A C-csoport tagjai összesen 9 e-mail csomagot és 3 SMS üzenetet kaptak a vizsgálat ideje alatt. Egy e-mail csomag két e-mailt tartalmazott: az első fényvédelmi tanácsokból állt, a második a következő napi magyarországi UV-sugárzás szintjét részletezte.

4.1.3. Mérőeszközök

A fényvédelmi viselkedésekkel kapcsolatos következő tényezőket mértük fel.

Annak meghatározására, hogy mennyire állnak készen a résztvevők a rendszeres fényvédő krém használatra, a Készenlét a változásra skála fényvédelmi magatartást mérő módosított verzióját vettük fel a 0. és a 12. héten. A skála egy 0-tól (nem áll készen a változásra) 10-ig (készen áll a változásra) terjedő tartományt vizsgál.

Az egészség-kontrollhelyet és az énhatékonyságot is felmértük, de ezek nem kerülnek részletezésre a téziszüzetben.

A fényvédő krém használatával kapcsolatos együttműködést a Módosított Morisky Skálával (MMS) vizsgáltuk, mely kérdéseit interjú formájában kell feltenni a vizsgálódás során. A skála motivációs és tudás dimenzióinak (mindkét dimenzió pontértékei 0-3-ig terjednek) kérdéseit olyan formában módosítottuk, hogy a kérdések a fényvédő krém használatával kapcsolatos együttműködést tárják fel. Az együttműködés mértékét két extra interjú kérdés beillesztésével térképeztük fel („Napozáskor az esetek hány százalékában használt fényvédő krémet?” „15 percnél hosszabb napon tartózkodáskor az esetek hány százalékában használt fényvédő krémet?”) a 12. héten.

A Mexameter® MX 18 (Courage and Khazaka, Germany) készüléket használtuk a melanin és az erythema szintek változásainak felmérésére a 0. és a 12. héten. Ezek a bőrvizsgálatok megerősíthették a fényvédő krém használatával kapcsolatos együttműködést vizsgáló önbeszámoló interjúeredményeink érvényességét. A mért bőrterület a voláris alkar volt. Egy életviteli napló kitöltésére is megkértük a résztvevőket, melyben naponta rögzítették a napon töltött időt, a napozást, a fényvédő krém használatát, a hal-, tej-és tojásfogyasztásukat.

4.2. Eredmények

A C-csoport (N=49) tagjai hetente personalizált elektronikus üzeneteket kaptak, és fényvédelmi szokásaik különböztek a résztvevők másik két csoportjának tagjaitól. Életviteli naplójuk szerint a C-csoport ($3,21 \pm 2,37$) tagjai hetente több napon ($F = 8,173, p < 0,05$) használtak fényvédő krémet, mint az A-csoport ($1,47 \pm 1,91$) és a B-csoport tagjai ($2,09 \pm 1,85$). A C-csoport tagjainál a fényvédő krém használatával kapcsolatos együttműködés tudás dimenziójának értékei szignifikánsan megnövekedtek ($t = -2,206, p = 0,033$) a 6. hét ($2,17 \pm 0,62$) és a 12. hét ($2,33 \pm 0,53$) között, az A-és B-csoportok tagjainál nem állt fenn jelentős változás e téren. A három csoport között szignifikáns eltérés ($F = 3,44, p = 0,035$) volt abban, hogy milyen mértékű fényvédő krém használatával kapcsolatos együttműködésről számoltak be 15 percet meghaladó napon tartózkodáskor. Az elektronikus üzenetekben részesülő C-csoport tagjai használták leggyakrabban a fényvédő krémet (az esetek 55,27%-a) az A-csoporttal (az esetek 37,86%-a) és a B-csoporttal (az esetek 51,63%-a) szemben.

A készenlét a fényvédő krém rendszeres használatára értékek a három csoportnál nem különböztek a 0. hét ($8,22 \pm 2,26$) és a 12. hét ($8,025 \pm 2,42$) között. A készenlét a fényvédő krém rendszeres használatára értékek szignifikáns pozitív kapcsolatban álltak a fényvédő krém használatával kapcsolatos együttműködés motivációs pontszámaival.

A fényvédő krém használatával kapcsolatos együttműködést vizsgáló Módosított Morisky Skála eredményei szerint az együttműködés tudás értékei ($2,23 \pm 0,51$) szignifikánsan magasabbak voltak ($t = -5,173, p < 0,05$) az együttműködés motivációs értékeinél ($1,8 \pm 0,8$). A fényvédő krém használatával kapcsolatos együttműködés motivációs értékei szignifikánshoz közeli mértékben növekedtek meg ($t = -1,954, p = 0,054$) a 6. hét ($1,75 \pm 0,89$) és a 12. hét ($1,9 \pm 0,9$) között. A motiváció szignifikánshoz közeli mértékben tapasztalt növekedése ($t = -1,783, p = 0,077$) 15 percet meghaladó napon tartózkodáskor is észlelhető volt a 6. hét ($1,36 \pm 1,07$) és a 12. hét ($1,52 \pm 1,02$) között.

A voláris alkaron mért melanin értékek szignifikánshoz közeli mértékben ($t=-1.893$, $p=0.061$) magasabbak voltak a 12. héten ($238,47\pm64,39$) mint a 0. héten ($227,25\pm62,39$).

A voláris alkaron mért erythema értékek szignifikánsan alacsonyabbak ($t=2,13$, $p<0.05$) voltak a 12. héten ($280\pm54,97$) mint a 0. héten ($290,87\pm69,08$). A vizsgálat 12 hetes időszakában nem találtunk jelentős különbségeket a három csoport között a melanin és erythema szintek változásai szempontjából. A fényvédő krém használattal kapcsolatos együttműködés motivációs pontszámai szignifikáns negatív kapcsolatokat mutattak a melanin és az erythema értékekkel a 0. és a 12. héten.

5. Bőrgyógyászati járóbetegek pszichológiai jellemzőinek vizsgálata

5.1. Módszerek

5.1.1. A vizsgált minta

Vizsgálatainkat az ESDaP (European Society of Dermatology and Psychiatry) társaságával együttműködve egy vizsgálatvezető által kezdeményezett, többközpontú tudományos kutatás keretein belül valósítottuk meg, melyben 13 európai ország vett részt. A nemzetközi vizsgálat célja a bőrbetegségek jelentette pszichológiai teher felmérése volt. A magyarországi felmérés egy beavatkozással nem járó eset-kontroll tanulmány volt, melyben önkéntesen 275 bőrgyógyászati járóbeteg és 139 egészséges résztvevőt vizsgáltunk meg a Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinikáján (3. táblázat). A pácinesek leggyakoribb bőrgyógyászati betegségei s következők voltak: pikkelysömör (15%), vénás eredetű lábszárfekély (15%), atópiás dermatitis (9%), lymphoedema (9%).

		Bőrbetegek (N=275) N (%)	Kontrollok (N=139) N (%)	Teljes minta (N=414) N (%)
Nemek	Férfi	104 (38%)	34 (24%)	138 (33%)
	Nő	169 (61%)	104 (75%)	273 (66%)
Életkor	Átlag±Szórás	49,35±18,01	39,53±12,01	45,95±16,87

3. táblázat. A vizsgált minta jellemzői (N=414).

Egy pszichológus biztosította a résztvevők szakmai tájékoztatását a vizsgálat részleteiről. A páciensek orvosi vizsgálatát egy bőrgyógyász végezte. Az SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika személyzetének tagjai és hozzátartozóik alkották a kontroll-csoportot.

5.1.2. Mérészközök

A kötődési stílusokat a Felnőtt Kötődési Skála (AAS) segítségével térképeztük fel, mellyel elkülöníthettünk biztonságos és bizonytalan kötődési stílusokat. A skála a kötődést három dimenzió mentén méri: közelség (mennyire kényelmes érzelmileg közel kerülni másokhoz), függőség (mennyire képes függni az egyén másoktól) és szorongás a kapcsolatokban (mennyire fél az egyén attól, hogy elhagyják őt).

A bőrgyógyással való elégedettséget egy 11 fokú skálával (0=egyáltalán nem elégedett; 10=teljesen elégedett) vizsgáltuk.

Az életminőséget a Bőrgyógyászati Életminőség Index (DLQI) segítségével mértük.

Az egészségi állapotát a résztvevőknek az EQ-5D-3L egészségi kérdőívvel vizsgáltuk, amely két részből áll: az EQ-5D leíró rendszerből és az EQ vizuális analóg skálából. Az EQ-5D-3L a következő öt dimenziót tartalmazza: mozgékonyság, önellátás, szokásos tevékenységek, fájdalom/rossz közérzet, szorongás/lehangozottság (a dimenzióknak három szintje van: nincs probléma, némi probléma, extrém probléma). Az EQ VAS a résztvevők önbeszámolás egészségi állapotát méri egy függőleges, vizuális analóg 100 fokú skálával (0= „az elképzelhető legrosszabb egészségi állapot”; 100= „az elképzelhető legjobb egészségi állapot”).

A depresszió és szorongás mértékét a Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (HADS) használatával térképeztük fel.

5.2. Eredmények

A bőrbetegek nagyobb arányban számoltak be némi problémáról vagy extrém problémákról a kontrolloknál az EQ-5D által mért öt dimenzió tekintetében. A páciensek ($66,73 \pm 21,47$) alacsonyabbnak ($t=-6,005$, $p<0,01$) értékelték egészségi állapotuk szintjét, mint a kontroll-személyek ($80,12 \pm 17,76$) az EQ VAS skálán. A páciensek magas értékekről számoltak be ($9,29 \pm 1,69$) a bőrgyógyászukkal való elégedettséget vizsgáló 11 fokú skálán (0=egyáltalán

nem elégedett; 10=teljesen elégedett). A bőrbetegek DLQI segítségével mért életminőség átlageredménye $6,99 \pm 7,22$ volt (0-30-ig terjednek a kérdőív pontszámai). 78 páciens (28,4%) számolt be arról, hogy a bőrbetegsége nem volt hatással az életminőségére, 68 (24,7%) kis hatást, 56 (20,4%) mérsékelt hatást, 56 (20,4%) nagyon nagy hatást és 17 (6,2%) rendkívül nagy hatást tapasztalt. A páciensek ($5,93 \pm 4,59$) szignifikánsan magasabb pontszámokat értek el a HADS szorongás ($t=2,537$, $p<0,05$) skáláján a kontrollokhoz ($4,9 \pm 3,22$) képest. A depresszió skálán ($t=2,454$, $p<0,05$) is jelentősen magasabbak voltak a bőrbetegek értékei ($5,7 \pm 4,59$) a kontroll-személyekénél ($4,71 \pm 3,13$).

A páciensek kötődéses eredményei ($18,56 \pm 3,88$) szignifikánsan magasabbak ($t=2,23$, $p=0,026$) voltak a kontroll-személyekénél ($17,59 \pm 3,81$) a függőség dimenzióban. A bőrbetegek eredményei ($19,95 \pm 3,56$) szignifikánshoz közeli mértékben alacsonyabbak ($t=-1,783$, $p=0,076$) voltak az egészséges önkéntesekénél ($20,69 \pm 3,76$) a közelség a kapcsolatokban skálán. A szorongás mértéke a kapcsolatokban nem mutatott különbséget a páciensek ($12,86 \pm 4,35$) és a kontrollok ($12,75 \pm 3,95$) csoportja között. Nem volt jelentős különbség a négy kötődési stílus (biztonságos, aggodalmaskodó, elkerülő, bizalmatlan) előfordulási gyakoriságát tekintve a két csoport között. Az AAS segítségével a résztvevők két csoportba sorolhatóak a kötődéses eredményeik mentén: biztonságos és bizonytalan kötődésűekre. Hasonló arányban fordultak elő biztonságosan és bizonytalanul kötődő résztvevők mindkét csoportban.

A következő összefüggéseket emelnénk ki: szignifikáns negatív kapcsolat mutatkozott az egészségi állapot EQ VAS által mért értéke és a következő tényezők pontszámai között: szorongás, depresszió, életminőség, a kötődés szorongás a kapcsolatokban dimenziója; az egészségi állapot mutatója pozitív kapcsolatban állt a kötődés közelség és függőség dimenzióinak értékeivel.

6. Diskusszió

A bőrgyógyászok az interjúk eredménye alapján a bizalomteli orvos-beteg kapcsolatot, az orvos részletes tájékoztatását és a környezet szerepét, illetve a páciens anyagi helyzetét tartották kiemelten fontosnak az együttműködésben. Pácienseik elsősorban az orvos érthető beszédét és részletes tájékoztatását tartották lényegesnek az együttműködés létrejöttében, de orvosokkal ellentétben nem tartották a környezet szerepét és saját anyagi helyzetüket meghatározó tényezőknek. Többdimenziós skálázást használtunk, hogy jobban megértsük ezen eredmények mélyebb struktúráját. Az emberek döntéseiket és ítéleteiket elméjük belső

rejtett folyamatai alapján hozzák meg, melyek ezzel a technikával feltárhatók és megismerhetők. A többdimenziós skálázással létrejött térbeli ábrázolás annak a lehetőségét is felveti, hogy itt nem elsősorban fontossági különbségekről van szó, hanem az egyes tényezők helyéről az együttműködésben.

Vizsgálatsorozatunk második lépésének fókuszában egy önkéntes minta fényvédelmi szokásainak fejlesztése és a fényvédelmi tanácsadással való együttműködésük lényeges tényezőinek feltérképezése állt. Elektronikus üzeneteink küldésének két fő célja volt: növelni a fényvédő használat gyakoriságát, és csökkenteni a napon töltött időt a résztvevőknél. Lehetséges, hogy intervenciónk jótékony hatása volt, hogy a fényvédő krém használattal kapcsolatos együttműködés motivációs értékei magasabbak voltak a vizsgálat végén, mint annak 6. hetében. Üzeneteink jótékony hatását megerősíthetik az orvosi vizsgálatunk is. A résztvevőknél mért erythema és melanin szintek értelmezésénél figyelembe vettük, hogy ezek a szintek minél alacsonyabbak voltak, annál kevesebb időt tölthettek napon a résztvevők a vizsgálat ideje alatt. Eredményeink szerint minél motiváltabbak voltak a résztvevők a fényvédő krém használattal kapcsolatos együttműködésre, annál alacsonyabbak voltak az erythema és melanin szintjeik, vagyis valószínűleg a motiváltabb résztvevők a napon is kevesebb időt töltöttek. A készlet a fényvédő krém rendszeres használatára értékek és a fényvédő krém használattal kapcsolatos együttműködés motivációs és tudás pontszámai szignifikáns kapcsolatokat mutattak több tényezőjével a fényvédelmi viselkedéseknek, így a fényvédelmi szokások jelentős faktorainak bizonyultak. Azok a résztvevők, akik kaptak tőlünk personalizált e-mail és SMS üzeneteket, gyakrabban használták fényvédő krémet a másik két csoport tagjainál, és jelentősen megnövekedtek a fényvédő használattal kapcsolatos együttműködés tudás pontszámaik azokkal a résztvevőkkel ellentétben, akikhez nem érkeztek ilyen üzenetek. Interjúválaszaik alapján az (intervenció) C-csoport résztvevői 3,64%-kal több esetben használták fényvédő krémet a B-csoport tagjaihoz képest, és 17,41%-kal több esetben az A-csoport résztvevőihöz képest (15 percet meghaladó napon tartózkodáskor). Ezen eredményeink összhangban voltak egy metaanalízis eredményeivel, amely kimutatta, hogy az egészségügyi személyzettel való együttműködést a különböző intervenciók általában 4-11%-os mértékben szokták fejleszteni.

Vizsgálatsorozatunk harmadik lépésének eredményei szerint a krónikus bőrbetegek szorongásos és depressziós értékei szignifikánsan magasabbak voltak a HADS skálán a kontrollokhoz képest. Picardi és munkatársai szerint lényeges ezeket az érzelmi problémákat rendszeresen felmérni bőrbetegeknél. A bőrbetegek nagyobb arányban számoltak be némi

problémáról vagy extrém problémákról a kontrollokhoz képest az EQ-5D által mért öt dimenzió tekintetében: mozgékonyság, önellátás, szokásos tevékenységek, fájdalom/rossz közérzet, szorongás/lehangoltság. A páciensek alacsonyabbnak értékelték egészségi állapotuk szintjét, mint a kontroll-személyek az EQ VAS skálán. Ezt a különbséget magyarázhatja a bőrbetegségek életminőségre gyakorolt hatása. Kötődéses eredményeink szerint a krónikus bőrbetegek nagyobb mértékben képesek megbízni másokban és függeni tőlük, kényelmetlenebbnek érzik a másokkal való közelséget és intimitást, és hasonló mértékű szorongást élnek át kapcsolataikban, mint a kontroll-személyek. Hasonló arányban fordultak elő biztonságosan és bizonytalanul kötődő résztvevők mindkét csoportban. A páciensek 66%-a biztonságosan és 34%-a bizonytalanul kötődött. Azok a páciensek, akik képesek gyorsan kialakítani biztonságos kötődést a terapeutájukkal a pszichoterápiás üléseken, hajlandóak mélyen feltárni nehézségeiket, interperszonális kapcsolatot kialakítani terapeutájukkal, és közösen dolgozni a kitűzött terápiás célokon. A bizonytalanul kötődők kevésbé hajlandóak ezekre. Ennek a jelenségnek az ismerete hasznos lehet azon szakemberek számára, akik szeretnék feltárni krónikus bőrbetegek pszichoszociális stresszorait. Ez releváns része a dermatológiai ellátásnak, mivel a pszichés stressz komoly szerepet játszik a krónikus bőrtünetek kiváltásában és fellángolásában is. A páciensek elégedettsége magas szintű volt bőrgyógyászukkal. 74%-uk extrém elégedettségről számolt be. A pácienseknél a magas szintű egészségi státusz kapcsolatban állt az alacsony depressziós és szorongásos értékekkel, a megnövekedett életminőséggel, a szorongás a kapcsolatokban kötődéses dimenzió alacsony értékeivel, és a közelség és függőség dimenziók magas pontszámaival. Ezek az összefüggések felhívják a figyelmet a bőrgyógyászati járóbetegek integrált vizsgálatának igényére, amely Vari és munkatársai szerint a bőrgyógyászat, a pszichológia és a pszichiátria eszközeit is használja.

7. Konklúzió és klinikai implikációk

7.1. Konklúzió

Vizsgálatsorozatunk első lépésének célja bőrgyógyászok és pácienseik orvos-beteg együttműködésről alkotott vélekedései közötti hasonlóságok és különbségek feltérképezése volt. Érdeemes hangsúlyoznunk, hogy a négy fő tartalmi kategória, amit azonosítottunk a többdimenziós skálázással, az adherenciáról alkotott vélekedések tudatos komponensei

mellett utalhatnak rejtettebb hiedelemrendszerekre és automatikus gondolatokra is. Fontosak az együttműködés reprezentációival kapcsolatos további kutatások, illetve a kommunikáció fejlesztése, hogy az elvárások transzparenssé váljanak, a „szerződés” világos legyen, és mindkét fél elvárásainak megfeleljen. A vizsgálsorozatunk második lépésében használt elektronikus üzeneteink küldése költséghatékony és egyszerűen alkalmazható módszer a fényvédelmi szokások fejlesztésére. A Készenlét a változásra skála felvétele rövid időt igényel, és pontértékei kapcsolatban álltak több tényezőjével a fényvédelmi viselkedéseknek. A sikeres fejlesztése egy egészségviselkedésnek jótékony változásokat idézhet elő egy másik egészségviselkedéses dimenzió terén, valószínűleg egyfajta transzferhatás által. Saját vizsgálataink során lehetséges, hogy a fényvédelmi szokások fejlesztése hatással volt más megfigyelt szokásokra is, mint például arra, hogy mekkora figyelmet fordítottak a résztvevők az egészséges étkezésre. A vizsgálsorozatunk harmadik lépése során felmértük magyar bőrgyógyászati járóbetegek pszichológiai jellemzőit. Eredményeink arra utalnak, hogy a szorongás és depresszió tünetei, a kötődés, az életminőség és az egészségi állapot a bőrbetegek szorosan összefonódó pszichológiai jellemzői.

7.2. Klinikai implikációk

A dermatológiai adherencia kutatásakor gyakran előfordul, hogy a bőrgyógyászok véleményeit nem veszik figyelembe. A vizsgálati eredményeink által a bőrgyógyászok és pácienseik nézetei az együttműködés fontos tényezőiről összehasonlíthatóvá váltak, és azonosítani tudtuk a kölcsönösen lényegesnek tartott tényezőket. A változásra való készenlét értékek kapcsolatokat mutattak több tényezőjével a fényvédelmi viselkedéseknek, így ennek a tényezőnek a mérése hasznosnak bizonyult egészségviselkedések feltérképezésére. A vizsgálsorozatunk második lépésében használt elektronikus (e-mail és SMS) üzeneteink előnyös eszközei lehetnek olyan programoknak, amelyek gyakoribb fényvédő krém használatra serkentik a résztvevőket. Eredményeink rámutatnak, hogy a krónikus bőrbetegekkel való pszichológiai munka során a kötődés melyik dimenziói lényegesek kiemelten. A páciensek kötődési stílusainak feltérképezése hasznos lehet, mivel hatással lehetnek bőrgyógyászaikkal folytatott konzultációikra.

8. Köszönetnyilvánítás

Szeretném kifejezni őszinte hálámat témavezetőimnek. Kemény Lajos Professor Úr mély meglátásai segítettek kutatómunkám előrehaladását. Hasznos tanácsai arra serkentettek, hogy egyre minőségibb tudományos munkát végezzek. Csabai Márta Professor Asszony arra ösztönzött, hogy több perspektívából tudjam szemlélni, és ez által továbbfejleszteni kutatásaimat. A vele folytatott gondolatébresztő diskussziók segítettek abban, hogy miként strukturáljam munkatémáimat.

Szeretném megköszönni az SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika közösségének, hogy energiát adtak munkafeladataim ellátásához.

Nagyra értékelem a bőrgyógyászok, a páciensek és az egészséges önkéntesek részvételét a kutatásainkban, köszönöm nekik. Köszönetet mondok a The European Society for Dermatology and Psychiatry tudományos társaságnak azért a lehetőségért, hogy részt vehettem egy többcentrumú európai pszichodermatológiai vizsgálatorozatban.

Köszönöm családomnak a PhD tanulmányaim során nyújtott biztatásukat és támogatásukat.