

Doktori (PhD) értekezés tézisei

**A Raynaud betegség
pszichológiai aspektusai**

Fábián Balázs

Témavezető: Prof. Dr. Bugán Antal
Társtémavezető: Dr. Csiki Zoltán



DEBRECENI EGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA
Debrecen, 2020

A Raynaud betegség pszichológiai aspektusai

Értekezés a doktori (PhD) fokozat megszerzése érdekében az
egészségtudományok tudományágban

Írta: Fábíán Balázs okleveles egészségpszichológus

Készült a Debreceni Egyetem Egészségtudományok doktori
iskolája (Megelőző orvostan és népegészségtan programja)
keretében

Témavezetők: Prof. Dr. Bugán Antal, PhD
Dr. Csiki Zoltán, PhD

Az értekezés bírálói:
tagok: Prof. Dr. Túry Ferenc, PhD
Dr. Garai Ildikó, PhD

A bírálóbizottság:
elnök: Prof. Dr. Ádány Róza, az MTA doktora
tagok: Prof. Dr. Kállai János, az MTA doktora
Prof. Dr. Túry Ferenc, PhD
Dr. Garai Ildikó, PhD
Dr. Égerházi Anikó, PhD

Az értekezés védeése online történik 2021.02.09.-én 14.00. órai
kezdettel. A nyilvánosságot online módon biztosítjuk.
Amennyiben a vitán részt kíván venni, úgy jelezze a
somogyi.gergo@med.unideb.hu email címre küldött üzenettel a
vitát megelőző nap 2021.02.08. 16.00. óráig.

BEVEZETÉS

Számos krónikus betegség kapcsán gyakran csak a szomatikus elváltozások szintje vizsgált és kezelt. Viszont ahhoz, hogy a fejlődő orvostudománnyal lépést tartva egyre több beteg kaphassa meg a számára legmegfelelőbb komplex ellátást, fontos feltérképezni a betegségre adott érzelmi és viselkedéses válaszokat, amelyek hatással vannak a kórlefolyásra.

A mai napig nem ismert a krónikus, autoimmun betegségek kialakulásának pontos menete és a tényleges kiváltó okok mibenléte, de az kijelenthető, hogy számos tényező komplex összjátékával állunk szemben.

Az autoimmun betegségek által élvezett pszichológiai nézőpontokat is integráló tudományos érdeklődés heterogén. Egyes kórképek, mint például a Raynaud-szindróma (RS), meglehetősen kevés lélektani szempontokat is integráló szakmai és tudományos figyelmet kapott. A pszichológiai szempontokat is figyelembe vevő tudományos érdeklődés az elmúlt 20 év tekintetében nem tudhat magának ötnél több szakmai folyóiratban megjelent közleményt. Ez a tény már csak azért is figyelemfelhívó, mert a pszichológiai tényezők szerepe a betegség 1862-es leírása óta ismert. Az érzelmi distressz, a tünetek kialakulásában betöltött szerepe által, alkalmassá és

indokolttá teszi a Raynaud-szindrómát a pszichológiai aspektusok vizsgálatára.

Ez idáig nem született olyan átfogó magyar nyelvű tanulmány, amely a Raynaud-szindrómában szenvedők betegséghez történő lélektani adaptációját mérte volna fel. Vizsgálatunk további célja, hogy felhívja a szakemberek figyelmét a pszichológiai szempontok Raynaud-szindrómában betöltött szerepére, ezáltal hozzájáruljon a Raynaud-szindrómában szenvedő páciensek jobb megértéséhez és hatékonyabb kezeléséhez.

VIZSGÁLATI CÉLOK

1. Az életminőség vizsgálata

Annak ellenére, hogy a korábbi vizsgálatok alapján a Raynaud-szindróma esetén az életminőség érintett a betegség, a betegség okozta életviteli kényszerváltoztatások és a kezelés potenciális mellékhatásai által, eddig még tudomásunk szerint különösebb szakmai figyelmet még nem kapott a betegség-specifikus vetületek vizsgálata. Kutatásunk első fő célja ezért az életminőség a Raynaud-szindróma által érintett specifikus területeinek feltérképezése volt.

2. A mentális egészség felmérése altípusok mentén

A másodlagos kórforma (MRS) súlyosabb kórképnek tekinthető az elsődleges altípusnál (ERS) a szakirodalmi feltételezések által. A Raynaud-szindróma betegségkarrierre jellemző, hogy idővel funkcióvesztés és súlyosabb tünetek alakulnak ki: az ERS „átalakulhat” MRS-vá. Mivel a komolyabb fizikai panaszokkal súlyosabb mentális és érzelmi terhek járhatnak, feltételezhetjük, hogy a MRS-val diagnosztizált személyek fizikai és mentális egészsége rosszabb ez ERS-val diagnosztizáltakhoz képest. Az elsődleges és másodlagos kórformák összehasonlító lélektani vizsgálata még nem történt meg; a mentális egészség ERS esetén gyakorlatilag semmilyen szakmai figyelmet nem kapott. Ezért kutatásunk második fő céljával tűztük ki a Raynaud-szindrómában szenvedők általános egészségi állapotának, a szorongásának, depressziójának és életminőségének betegségspecifikus feltérképezését, összehasonlítva az elsődleges és másodlagos kórformákat.

3. Az érzelmeikkel való viszony és az érzelemszabályozás szerepének vizsgálata

Raynaud első munkája óta ismert tény, hogy a hideg mellett, a stressz váltja ki leggyakrabban a Raynaud-szindróma tünetegyütesét. Így feltételezhető, hogy az érzelmi distressz és

annak kezelésében mutatott egyéni különbségek jelentős hatással lehetnek a pszichoszociális adaptációra. Továbbá az is valószínűsíthető, hogy a belső állapotok, az érzelmek tudatosítása, megértése és szabályozása kulcsprobléma lehet a Raynaud-szindrómában szenvedőknél. Kutatásunk harmadik fő céljául tűztük ki ezért, az alexitímia és az érzelemszabályozási technikák (kognitív szuppresszió és átkeretezés), depresszióval és életminőséggel kapcsolatos szerepének feltérképezését.

METODIKÁK

A vizsgálat menete

A kutatás során egyaránt alkalmazunk kvalitatív (a betegek személyes élményét jobban megragadni képes interjúk) és kvantitatív (kérdőíves adatfelvétel, amely részben a kvalitatív szakaszon alapszik) adatgyűjtést. Kutatási célkitűzéseinket három adatgyűjtés keretében valósítottuk meg. A kutatás első szakaszában kvalitatív módszerrel, félig-strukturált interjúkat alkalmaztunk. A kutatás második szakaszában, két különböző mintában kvantitatív módszerrel, kérdőívesomagok felvételével gyűjtöttünk adatokat. A vizsgálati személyek azon Raynaud-szindrómával diagnosztizált betegek közül kerültek ki, akik a Debreceni Egyetem Klinika Központ - Belgyógyászati

Klinikájának Raynaud-szindróma-szakrendelésén részesülnek gondozásban.

Vizsgálati eszközök

A Raynaud-szindrómával összefüggő életminőség csökkenés vizsgálata céljából félig-strukturált interjúkat készítettünk. A kérdések a panaszok jellemzőire, javulásuk – rosszabbodásuk körülményeire, a mindennapi élet során korlátozó szerepükre (munkavégzés, közlekedés, szociális élet és intim kapcsolatok), illetve a panaszok csökkentésére tett kísérleti módszerekre kérdeztek rá. Az interjúk segítségével nyert válaszokat tartalomelemzésnek vetettük alá, hogy a betegek betegségükhöz való viszonyuk és azok élményeit jól elkülöníthető tartalmi kategóriákba rendszerezzük.

A kutatás második szakaszában két különböző kérdéssort tartalmazó kérdőívcsomag segítségével gyűjtöttünk adatokat. A szorongás tüneteinek felmérését a hét tételes *Generalizált Szorongásos Zavar Kérdőív* segítségével végeztük. A depresszió vizsgálatára a *Rövidített Beck Depresszió Kérdőív* kilenc tételes változatát vettük igénybe. A fizikai egészségi állapot általános felmérésére a *12-item Short Form Health Survey - Physical Component Summary* hat tételből álló alskáláját alkalmaztuk. A Raynaud-szindrómával diagnosztizált személyek betegség specifikus életminőségének

felmérésére a 29 tételes *Raynaud Specifikus Életminőség Kérdőívet* használtuk, amely a jelen kutatás során került kialakításra. A kérdőív kiinduló tételei az elővizsgálat során készített interjúk alapján kerültek kialakításra. A kérdőív végleges változata öt fő dimenzió mentén mér: érzelmi teher, funkcióromlás, kontroll, társas jól-lét, és alvás. A skála összesen 29 tételből. Az alexitímia mérésére a 20 tételes *Torontói Alexitímia Skálát* alkalmaztuk. A kérdőív alszállait külön nem értelmeztük. Az érzelemszabályozás vizsgálatára a tíz tételes *Érzelemszabályozás Kérdőívet* használtuk. Az önkitöltős kérdőív képes felmérni a válaszadók, a kognitív átkeretezésre vagy kognitív szuppresszióra való hajlamát. A vizsgált személyek demográfiai jellegzetességeit általunk összeállított kérdéssor segítségével mértük fel.

Statisztikai elemzés

A kérdőívek kitöltéséből származó adatok statisztikai feldolgozásához az SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) statisztikai program 22.0-ás verzióját használtuk. Adataink eloszlásának normalitását minden esetben Kolmogorov-Szmirnov teszttel ellenőriztük, majd az eredmény függvényében paraméteres vagy nemparaméteres statisztikai próbákat választottunk. Azokban az esetekben, amikor nem voltak adottak a paraméteres próbák használatának feltételei

vagy Mann-Whitney U, vagy kétmintás T-próbát alkalmaztunk. Diszkrét változók esetén Khi-négyzet próbát vagy Fischer féle egzakt próbát alkalmaztunk a csoportok a létszámától függően. A csoportközi különbségeket egyszempontos varianciaanalízis (ANOVA) alkalmazásával teszteltük Bonferroni féle post-hoc analízis kiegészítéssel. A szignifikancia szintet valamennyi esetben 0.05-nek határoztuk meg. A hiányzó adatok aránya 0,5% alatt volt minden elemzésbe bevont változó esetén. A hiányzó adatokat a vonatkozó változó átlagával töltöttük fel.

EREDMÉNYEK

Vizsgálati minta

Az első, kvalitatív szakaszban 28 fővel (18 nő, 10 férfi; 19–70 év közöttiek, átlagéletkoruk 53,5 év) készültek interjúk. A vizsgált személyek közül 15 fő elsődleges (6 férfi és 9 nő), míg 13 fő másodlagos Raynaud-szindrómával diagnosztizáltak (4 férfi és 9 nő). A panaszok háttérével összefüggő társ- és alapbetegségek az alábbiak voltak: 8 főnél pajzsmirigybetegség, 3 főnél szisztémás sclerosis és 2 főnél kézlagút-szindróma.

A kérdőíves adatfelvételhez tartozó első mintát 101 fő (60 Elsődleges Raynaud-szindróma és 41 fő Másodlagos

Raynaud-szindróma) alkotta. A vizsgálati személyek átlag életkora (és szórása) 50.5 (15.3) év volt. A vizsgált két csoport között nem volt szignifikáns különbség a nem, a családi állapot, a munkaügyi státusz és a dohányzás tekintetében. Az oktatásban eltöltött évek viszonylatában viszont igen.

A második mintába 110 Raynaud-szindrómával diagnosztizált személy tartozott. A teljes mintát nagyrészt női válaszadók alkották (87.3%). Az átlag életkor 53.65 (szórás = 13.41) év volt. A demográfiai adatok tekintetében a munkaügyi helyzet, az oktatásban eltöltött évek, és az életkor tekintetében szignifikáns különbség volt az alexitímiás és a nem alexitímiás csoportok között.

1. Az életminőség vizsgálata

A 12 kérdés segítségével nyert jegyzőkönyvek összesített elemzése révén az életminőség nyolc – a betegség és a kapcsolódó életmódbeli változások által érintett – terület került azonosításra, illetve további résztémák rajzolódtak ki a főbb területeken belül. A nyolc fő terület az alábbi volt: (1) Tünetek élménye, (2) Funkcióromlás, (3) Kezelés és megelőzés, (4) Társas kapcsolatok, (5) Érzelmi és kognitív terheltség, (6) Munka, (7) Közlekedés, és (8) Alvás.

2. A mentális egészség felmérése altípusok mentén

A szorongásskála esetén használt 10 pontos vágóérték mellett az ERS csoport 23.3%-a, míg a MRS csoport 43.9%-a került azonosításra. A depresszió esetén alkalmazott 18 pontos vágóérték mellett, az ERS csoport 11.7%-a, és a MRS csoport 31.7%-a rendelkezett klinikailag is jelentős depresszió szinttel. A klinikai jelentős szorongás tehát gyakoribb volt, mint a depresszió.

Szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a szorongás és depresszió kérdőíveken a MRS csoport tagjai, mint a ERS csoportba tartozó páciensek (szorongás: 9.5 átlag és 6.1 szórás vs. 6 átlag és 5.9 szórás, $p < .001$; depresszió: 15.2 átlag és 13.2 szórás vs. 6.6 átlag és 8.9 szórás, $p < .001$). Szignifikánsan több személy rendelkezett klinikailag jelentős szorongással a MRS csoportban, mint a ERS csoportban (43.3% vs 23.3%, $p = .05$) a 10 pontos vágóérték mellett. Ehhez hasonlóan, a MRS csoportban is szignifikánsan több személynek volt legalább közepes depresszió szintje, mint a ERS csoportban (31.7% vs 11.7%, $p = .02$) a 18 pontos vágóérték mellett.

A fizikai egészségi állapotukat a ERS csoportba tartozó páciensek összességében és az alsókálák tekintetében is jobbra becsülték, mint a MRS csoportba tartozók (ERS: 62.6 átlag és 26.4 szórás; MRS: 39.8 átlag és 27.4 szórás, $p < .001$).

Az ERS csoportban az Raynaud-specifikus életminőség skálán elért összesített átlagos pontszám szignifikánsan magasabb volt az ERS csoportban, mint a MRS csoportban (ERS: 107.9 átlag és 24.3 szórás; MRS: 82.4 átlag és 27.2 szórás, $p < .001$). Az ERS csoportban szignifikánsan magasabb pontszámokat értek el az alsókálakon ($p < .001$), a kontrol alsókála kivételével, ahol a különbség azonos irányú volt ugyan, de nem érte el a szignifikancia szintet (ERS: 11.1 átlag és 4.8 szórás; 10.1 átlag és 4.7 szórás, $p = .22$).

3. Az érzelmekkel való viszony és az érzelemszabályozás szerepének vizsgálata

A nem alexitímiás páciensek csoportja szignifikánsan magasabb pontszámot ért el a kognitív átkeretezés skálán ($t = 3.39$, $p < .001$) és a Raynaud specifikus életminőség skálán ($U = 221.5$, $p = .001$), valamint szignifikánsan alacsonyabb pontszámot ért el a kognitív szuppresszió ($t = -5.16$, $p < .001$), alexitímia ($U = .0$, $p < .001$) és depressziós skálákon ($U = 126.0$, $p < .001$) mint az alexitímiás páciensek csoportja. Az alexitímia skála által azonosított határeseti alexitímiás csoport eredményeivel kapcsolatos leíró statisztikát nem közöljük, mivel marginálisnak tekinthetőek.

A teljes mintát tekintve, az életkor szignifikáns kapcsolatot mutatott az alexitímiával ($r = .29$), a kognitív

szuppresszióval ($r = .23$), a depresszióval ($r = .22$) és az életminőséggel ($r = -.32$). Szignifikáns negatív összefüggést találtunk az iskolázottság és az alexitímia ($r = -.29$), a depresszió ($r = -.24$) és az életminőség ($r = -.32$) között, amíg a betegség időtartama szignifikáns negatív korrelációban állt az életminőséggel ($r = -.37$). Az előzetes feltételezésekkel összhangban az alexitímia szignifikáns pozitív korrelációt mutatott a kognitív szuppresszióval ($r = .54$) és a depresszióval ($r = .51$), és szignifikáns negatív összefüggést mutatott a kognitív újrastrukturálással ($r = -.26$) és az életminőséggel ($r = -.40$). Szignifikáns pozitív korrelációt találtunk az kognitív átstrukturálás és az életminőség között ($r = .21$). Az életminőség továbbá szignifikáns negatív kapcsolatban állt a depresszióval ($r = -.59$). Érdekes módon szignifikáns pozitív korrelációt találtunk a kognitív átstrukturálás és a kognitív szuppresszió közt ($r = .24$).

Az érzelmszabályozás kérdőív alszámai közt tapasztalt nem vár összefüggés hátterének pontosabb megértése végett további részletes elemzést végeztünk. A korreláció elemzést elvégeztük külön-külön az alexitímiás és nem alexitímiás csoportokban is. Az alcsoportok között jelentős eltéréseket tapasztaltunk. Szignifikáns pozitív korrelációt találtunk az érzelmszabályozási formák között az alexitímiás csoportban ($r = .59, p < .01$), amíg a nem alexitímiás csoportban a két változó

között nem volt szignifikáns kapcsolat ($r = .13$, $p = .46$). Az alexitímiás csoport esetén az alexitímia skálán elért pontszám továbbra is szignifikáns kapcsolatban a depresszióval ($r = .53$) és az életminőséggel ($r = -.46$), miközben a kognitív szuppresszió kizárólag a kognitív átkeretezéssel állt kapcsolatban, ahogy fentebb ismertettük. Ezzel szemben a nem alexitímiás csoportban az alexitímia pontszám egyedül a kognitív szuppresszióval mutatott szignifikáns összefüggést ($r = .56$), amíg a kognitív szuppresszió szignifikáns kapcsolatban állt a depresszióval ($r = .38$) és az életminőséggel ($r = -.35$).

Az érzelemszabályozási kérdőíven elért eredményeket összehasonlítottuk az alexitímia kérdőív által létrehozható három csoportban. A varianciaanalízis és a Bonferroni post-hoc próbák eredménye szerint szignifikáns különbség van a csoportok között az érzelmi szuppresszió tekintetében, amíg a kognitív átkeretezés esetén csak a nem-alexitímiás és az alexitímiás csoport között volt szignifikáns különbség.

Végül összehasonlítottuk az érzelemszabályozás kérdőív alskáláin elért pontszámokat csoportokon belül is. Ebből a célból az alskálákon elért eredményeket standardizáltuk (0-tól 100-ig), mivel a skálák nem azonos számú tételből álltak. A nem alexitímiás ($t = -10.37$, $p < .001$) és a határeseti csoportokban ($t = -10.37$, $p < .001$) jelentős különbség volt a két alskálán elért eredmény közt. Ezzel szemben az alexitímiás

csoporthoz a két érzelemszabályozási technika használatában nem volt szignifikáns ($t = .99$, $p = .33$).

MEGBESZÉLÉS

1. Az életminőség vizsgálata

A kutatásunk egyik fő célja az volt, hogy megvizsgáljuk a Raynaud-szindrómában szenvedőknél az életminőség alakulását. Vizsgálatunk szerint a betegség a mindennapi élet csaknem összes területére rányomja a bélyegét, ezzel jól leírható életminőség romlást okoz. Hasonlóan más krónikus betegségekhez, a Raynaud-szindrómások számára fizikai, szociális, érzelmi és kognitív szinteken is tapasztalható a betegség megterhelő volta. Az interjúk tartalomelemzése során az életminőség érintettségét az alábbi nyolc fő terület mentén értelmeztük: Tünetek élménye, funkcióromlás, kezelés és megelőzés, társas kapcsolatok, érzelmi és kognitív terheltség, munka, közlekedés és alvás. Ezek alapján megállapíthatjuk, hogy a betegség az életminőséget jelentős alkalmazkodási teherrel járó tényezők mentén rontja. Az interjúk segítségével gyűjtött adatokból saját, a Raynaud-szindrómára specifikus életminőségkérdőívet készítettünk, amely a kutatás további szakaszaiban felhasználtunk az eredményeink további differenciálásához. A saját fejlesztésű skálánk a tételek

pszichometriai tesztelése és szűrése után az alábbi öt fő faktorba voltak rendezhetők: érzelmi teher, funkcióromlás, kontroll, társas jól-lét, és alvás. Kutatásunkkal egy időben Pauling és munkatársai fókusz csoportok alkalmazásával vizsgálatot végeztek szisztémás szklerózisban szenvedő betegek Raynaud-szindrómával kapcsolatos élményeinek feltárására. Noha Pauling és kollégái kizárólag MRS-val diagnosztizáltak (szisztémás szklerózis) bevonásával végeztük kutatásokat, hasonló eredményekre jutottak.

A korábbi kutatási eredmények alapján a stressz fontos szerepet tölt be a Raynaud-szindrómában. Ugyanakkor megállapíthatjuk, hogy a leírt életminőséget rontó tényezők további stresszorként hatnak. Olyan gyógyszerek még nem állnak rendelkezésre, amelyek mellékhatások nélkül hatékonyan csökkentik a panaszokat. A betegség nagy terhet jelent a mindennapi élet során, amelyet jelen vizsgálatunk alátámasztott. Ezek a tényezők együttesen a betegek gyógyulási esélyeinek és az életminőségének hosszú távú csökkenéséhez vezethetnek.

2. A mentális egészség felmérése altípusok mentén

Eredményeink szerint mind az ERS-val, mind MRS-val diagnosztizált személyek depresszió és szorongás szintje hasonló volt azon betegcsoportok esetén talált értékekhez, amelyeknél a Raynaud-szindróma előfordulhat. Az általunk mért értékek összhangban vannak a korábbi vizsgálatok eredményeivel, noha az ERS esetén a korábbi mért értékektől a depressziós tünetek súlyosságának szintje, a szorongással ellentétben, valamelyest kisebb. A MRS betegek életminősége összeségében jelentősen rosszabbnak bizonyult az ERS betegekénél. Úgy tűnik, az elsődleges és másodlagos Raynaud-szindrómával diagnosztizált személyek esetén egyaránt indokolt a pszichológiai szempontokat integráló szakmai figyelem. Amíg ezt MRS esetén az alacsonyabb életminőség, és a szorongásos és depressziós tünetek magasabb aránya indokolja; addig az ERS esetén a beavatkozásnak megelőző jellege lehet. Utóbbi oka, hogy az ERS kezdeti tünetei után, néhány év elteltével számos esetben további funkcióromlásra és súlyosabb tünetekre lehet számítani. Azoknál a személyeknél, akiknél ERS diagnosztizálnak, pár év múlva nagy valószínűséggel jelenik meg valamilyen, az érhalózat strukturális károsodását is előidéző betegség, így az elsődleges diagnózis másodlagosba fordul.

3. Az érzelmekkel való viszony és az érzelemszabályozás szerepének vizsgálata

Predikcióinkkal összhangban, az alexitímia szignifikáns kapcsolatot mutatott a csökkent életminőséggel és megnövekedett depresszió szinttel a teljes vizsgálati mintát tekintve. Az alexitímiásként azonosított betegek csoportja alacsonyabb életminőségről és magasabb depresszióról számolt be. Az előzetes elvárásainknak megfelelően az alexitímia összefüggést mutatott a magasabb kognitív szuppresszióra vonatkozó és az alacsonyabb kognitív átkeretezésre vonatkozó tendenciákkal a teljes vizsgálati mintát tekintve. Azt találtuk, hogy a kognitív szuppresszió kapcsolatban áll a csökkent életminőséggel és a megnövekedett depresszióval, miközben a kognitív átkeretezés gyenge, fordított kapcsolatban van az életminőséggel. Az eredményeink arra utalnak, hogy a szuppresszió, mint érzelemszabályozási módszer kiemelt kockázati faktor; miközben a kognitív átkeretezést egy szerényebb protektív tényezőnek tekinthetjük az életminőség és a mentális egészség alakulásában Raynaud-szindrómával diagnosztizált betegek körében. Előre nem várt erős összefüggést találtunk a kognitív szuppresszió és átkeretezés között az alexitímiás személyeknél. Értelmezésünk szerint valószínű, hogy ezen személyek az érzelmeken túl, az érzelmek szabályozására vonatkozó stratégiák megkülönböztetésében is

nehézségekkel rendelkeznek. A pszichoterápiás és életvezetési intervenciók hasznosak lehetnek azon páciensek számára, akiknél maladaptív érzelmszabályozási stratégiák vagy alexitímia azonosítható.

ÖSSZEFOGLALÁS

Kutatásunk során bizonyítottuk, hogy a pszichológiai megközelítés alkalmazásával értékes tapasztalatokat gyűjtöttünk a kórkép mélyebb megismeréséhez, így a további lélektani vizsgálatok indokoltnak tekinthetők a Raynaud-szindróma esetén. Az autoimmun betegségek világszerte jelentős népegészségügyi problémát jelentek, amelyek ellátása komoly kihívást és gazdasági terhet jelent. Az autoimmun betegségek az élet számos területére kihatással vannak, az életvezetést nagyban befolyásolják. Noha az ellátás során a gyógyítás főleg a fizikai panaszok mérséklésére korlátozódik, nem hagyhatjuk figyelmen kívül a pszichológiai szempontokat sem. A Raynaud-szindróma lélektani hátteréről kevés számú kutatási eredmény áll rendelkezésre, kutatási jelenleg is még csak gyerekcipőben jár. Vizsgálatunk célja a Raynaud-szindróma életvezetéssel, a tünetek hátterében álló érzelmi működéssel összefüggő, az életminőséget rontó tényezők

feltérképezése volt. Vizsgálatunk 239 Raynaud-szindrómával (115 elsődleges és 114 másodlagos) diagnosztizált személy bevonásával készült. A kutatás első fázisában interjúkat készítettünk, amelyek segítségével sikerült azonosítanunk a mindennapi élet betegség által érintett területeit. Az interjúk alapján kialakított, specifikus életminőség kérdőívet a kutatás további két adatfelvétele során fel is használtuk. Ehhez társítottuk a depresszió, a szorongás, az alexitímia és az érzelmszabályozás specifikus módszereinek és vizsgálatát. Kutatásunkban a csoportok közötti összehasonlítások megmutatták, hogy a másodlagos Raynaud-szindróma esetén alacsonyabb életminőség, rosszabb általános fizikai állapot, több depresszív és szorongásos tünet található. Az alexitímia és kognitív szuppresszióra való hajlam rizikó tényezők lehetnek a betegségkarrier alakulásában. Vizsgálatunk remélhetőleg felhívja a szakemberek figyelmét a pszichológiai aspektusok Raynaud-szindrómában betöltött szerepére és a szakembereket arra sarkallja, hogy további multidiszciplináris alapokon nyugvó kutatásokkal hozzájáruljanak a Raynaud-szindrómás betegek kezelésében fennálló komplex feladatok megoldásához.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A legnagyobb hálával tartozom témavezetőmnek, Prof. Dr. Bugán Antalnak, hogy szakmai tanácsaival és konstruktív javaslataival a kezdetektől koordinálta kutatásunk lefolytatását. Hálásan köszönöm társtémavezetőmnek, Dr. Csiki Zoltánnak, hogy a vizsgálat gyakorlati megvalósulásához lehetővé tette és hogy mindig készségesen rendelkezésemre állt a közös munkánk során.

Köszönöm prof. dr. Ádány Rózának, az Egészségtudományok Doktori Iskola vezetőjének, hogy lehetővé tette a doktori tanulmányaim lefolytatását.

Nem utolsósorban hálás vagyok a kutatásban részt vevő betegek nélkülözhetetlen közreműködéséért.

A kutatás az EFOP-3.6.3-VEKOP-16-2017-00009 „Az orvos-, egészségtudományi- és gyógyszerészképzés tudományos műhelyeinek fejlesztése” című projekt keretei között valósult meg.



Nyilvántartási szám: DEENK/256/2020.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Fábán Balázs
Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola
MTMT azonosító: 10057644

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

- Fábán, B.,** Csiki, Z., Bugán, A.: Alexithymia and emotion regulation in patients with Raynaud's disease.
J. Clin. Psychol. 76 (9), 1696-1704, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22947>
IF: 2.138 (2019)
- Fábán, B.,** Fábán, A., Bugán, A., Csiki, Z.: Comparison of mental and physical health between patients with primary and secondary Raynaud's phenomenon Category: Article.
J. Psychosomat. Res. 116, 6-9, 2019.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.11.001>
IF: 2.86





További közlemények

3. Mile, M., Tatai, C., **Fábián, B.**, Csiki, Z.: A fizikai aktivitás hatásai az időskori kognitív működésre.
Orv. hetil. 161 (5), 163-168, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/650.2020.31643>
IF: 0.497 (2019)
4. Szabó, J., **Fábián, B.**: Can Psychological Questionnaires Predict the Academic Talent during Higher Education Studies?
JSE. 10 (3), 22-, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5296/jse.v10i3.17018>
5. Bollmann, A. K., **Fábián, B.**, Molnár, J.: Az alvás és a kimerültség vizsgálata daganatos betegek körében = Investigation of sleep and fatigue in patients with cancer.
Orv. hetil. 159 (42), 1720-1726, 2018.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/650.2018.31154>
IF: 0.564
6. **Fábián, B.**, Bollmann, A. K., Bugán, A.: Orvosilag megmagyarázhatatlan tünetek.
Psychiatr Hung. 3, 236-242, 2018.
7. **Fábián, B.**, Csiki, Z., Bugán, A.: Raynaud-szindrómás betegek életminőségének jellemzői.
Orv. hetil. 159 (16), 636-641, 2018.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/650.2018.31034>
IF: 0.564
8. **Fábián, B.**, Bugán, A.: A vallásos/spirituális élmények pszichológiai vizsgálata.
Theol. Szle. 59 (3), 149-158, 2016.

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 6,623

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapjául szolgáló közleményekre): 4,998

A DEENK a Jelölt által az IDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudományterületi ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.



Debrecen, 2020.09.02.