

**GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK VIZSGÁLATA A
PERFEKCIONIZMUS, A KÜLSŐ-BELSŐ
KONTROLL ÉS AZ
EGÉSZSÉGKONTROLL-HELY TÜKRÉBEN**

– Colitis ulcerosa és Crohn-betegség –

Jelige: FOUNTAIN

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETŐ	3
ELMÉLETI HÁTTÉR.....	3
Gyulladásos bélbetegségek.....	3
Definíció, tünetek.....	4
Epidemiológia	5
Etiopatogenezis	6
Kezelés, gyógyítás	7
Prognózis.....	9
Eddig kutatott pszichológiai jelenségek az IBD-ben	9
Kontroll.....	10
Kontroll és krónikus betegségek kapcsolata	11
A külső-belső kontroll és az egészség viszonya: az egészségkontroll helye.....	12
Perfekcionizmus	13
Perfekcionizmus és a krónikus betegségek kapcsolata	14
KUTATÁSI KÉRDÉS, HIPOTÉZIS	14
VIZSGÁLAT	15
Résztevők.....	15
Módszer	15
EREDMÉNYEK	17
KÖVETKEZTETÉSEK, MEGVITATÁS	20
IRODALOMJEGYZÉK.....	23
MELLÉKLETEK	27

BEVEZETŐ

Dolgozatom megírását részben általános (egészségpszichológia iránti érdeklődés), részben személyes indíttatás motiválta. A betegségek pszichoszomatikus háttere már a pszichológiai tanulmányaim megkezdése előtt is érdekelt, amely több hasonló témában, nagyközönség számára írott ismeretterjesztő mű (Dahlke, 1996, 2006) olvasásában merült ki.

Később, baráti körben, egy orvossal történt beszélgetés során vetődött fel a pszichoszomatika témája, természetesen főleg az adott gasztroenterológus szakorvos praxisára vetítve, nevezetesen, hogy ugrásszerűen megnőtt a Crohn-betegségben és colitis ulcerosa-ban szenvedő betegek száma a közelmúltban és az adott orvos megérzése szerint ez lelki okokra vezethető vissza, amit ő legfőképpen a 'manager-életmód'-ból adódó folyamatos 'pörgés'-nek és teljesítménykényszernek, valamint a megfélemléskényszernek tulajdonított.

Az orvos által felvetett ötlet párosult az egészségpszichológia iránti korábbi érdeklődéssel, és így a műhelymunka témája a fenti két betegség vizsgálata lett - a perfekcionizmus mellett, a külső-belső kontroll és az egészségkontroll-hely tükrében.

ELMÉLETI HÁTTÉR

Gyulladásos bélbetegségek

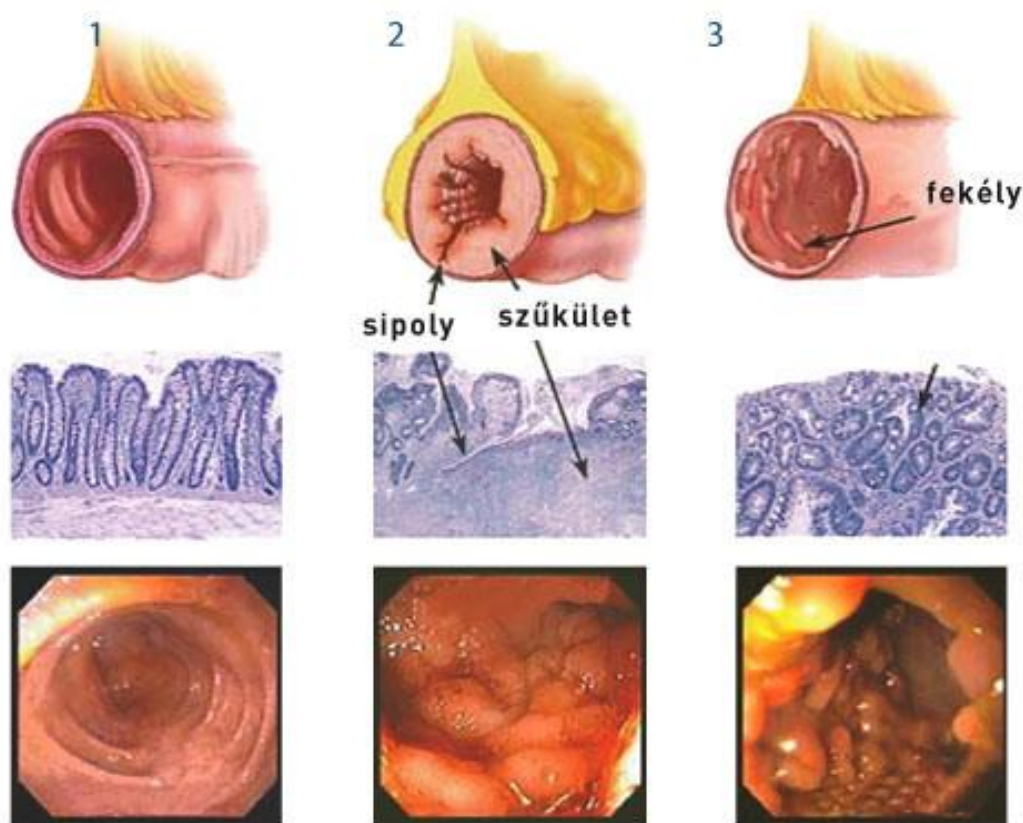
Napjaink gyakori betegségei közé tartoznak a gyulladásos eredetű bélbetegségek (Inflammatory Bowel Disease, IBD), amelyek a világ szinte valamennyi országában előfordulnak (Horváth, 2008). Dolgozatomban a gyulladásos bélbetegségek két leggyakoribb kórképét emelném ki: a fekélyes vastagbélgyulladást (*colitis ulcerosa*) és az emésztőrendszer krónikus gyulladásos betegségét, a *Crohn-betegséget*.

Az utóbbi évtizedekben a gyulladásos bélbetegségekben szenvedők száma világszerte (így Magyarországon is) ugrásszerűen megnőtt. Továbbá megváltozott a betegség kormegoszlása valamint földrajzi előfordulása is. (Kovács-Lakatos, 2011).

A következőkben szeretném ismertetni a két kórképet, ezek tüneteit, epidemiológiáját, kezelését valamint etiopatogenezisét.

Definíció, tünetek

Mind a colitis ulcerosára, mind pedig a Crohn-betegségre jellemző, hogy idült („életre szóló”) betegségről van szó, ahol a lefolyás során az aktív és a remissziós időszakok váltakoznak (Barta, 2005). A colitis ulcerosa a vastagbél területén fordul elő, (így a vastagbél indokolt eltávolítása által teljes gyógyulás következik be,) a Crohn-betegség azonban a teljes emésztőrendszert érintheti a szájtól a végbélig (Fried, 2001). Ebben az esetben a gyulladt szakasz eltávolítása nem hoz gyógyulást, a betegség bárhol visszatérhet (Horváth, 2008). Ezen különbségek ellenére bizonyos betegeknél nem lehetséges megkülönböztetni a két betegséget; őket a nem meghatározható colitis-csoportba sorolják (Horváth, 2008).



1. ábra - Az egészséges (1), illetve a Crohn-betegség (2) és a colitis ulcerosa (3) által érintett bél keresztmetszeti rajza és szövettani és endoszkópos képe¹

¹ Forrás: <http://crohn-colitis.hu/hun/leirasok-crohn-colitis.php>
Letöltés dátuma: 2012. április 4.

A kórképek tünetei a hasmenés, a székrekedés (illetve ezek váltakozása), a sokszori, de nem mindig véres széklet ürítése, a láz, a hasi fájdalom, esetleg a fogyás (Fried, 2001). Nem specifikus tünetek továbbá a fáradtság, levertség, étvágytalanság, kedvetlenség illetve az ízületi fájdalmak (Barta, 2005).

Epidemiológia

A kórképek előfordulásban kitüntetett szerepet játszott a földrajzi helyzet. A betegség (Japán kivételével) elsősorban a gazdaságilag fejlettebb, nyugati országokban, iparosodott, városias környezetben volt gyakori. Ázsiában, Afrikában, Közép- és Dél-Amerikában a kórkép ritka volt, illetve a legtöbb helyről alig állt rendelkezésre adat (Lakatos, Lakatos, 2007). Megfigyelték, hogy Európában az ilyen típusú betegségek előfordulása az északi országokban gyakoribb, és a déli országok felé haladva a gyakoriság csökken. (Horváth, 2008). Hazánkban Borsod megyében végeztek felmérést: a frissen felfedezett colitis ulcerosás esetek száma 3,6/100 000 lakos/év, továbbá az elmúlt években a Crohn-betegek száma szaporodni látszik (Fried, 2001).

Azonban a XX. század utolsó évtizedeiben kiegyenlítődést figyeltek meg: a betegség előfordulása a magas gyakorisággal rendelkező területeken általában stagnált, az alacsonyabb gyakoriságú területeken emelkedett, és a két kórkép aránya között közeledést figyeltek meg (Lakatos, Lakatos, 2007).

Az életkort tekintetében két csúcs figyelhető meg: sokkal gyakrabban alakulnak ki 15-25 éves, illetve 55-65 éves korban (Horváth, 2008). A colitis ulcerosásoknak 20%-ban, a Crohn-betegségben szenvedők 25-30%-ában kezdődik a betegség 20 éves kor alatt (Lakatos, Lakatos, 2007).

A betegség gyakoriságában a nemek közt nincs lényeges különbség. Crohn-betegségben enyhe női, colitis ulcerosában minimális férfi túlsúly figyelhető meg (Lakatos, Lakatos, 2007).

Etnikai különbségek is megfigyelhetők a betegséggel kapcsolatban, például a Crohn-betegség és a zsidó etnikum között szoros kapcsolatot feltételeznek. Ezek utalhatnak genetikai tényezőkre vagy környezeti okokra is (Kovács-Lakatos, 2011).

A lakóhelyet tekintve különböző kutatások azt igazolták, hogy az IBD gyakrabban alakul ki városi lakosságban. (Bár néhány kutatás eredménye jelentős szórást mutat.) Ennek lehetséges oka lehet például az egészségügy hozzáférhetősége (Kovács-Lakatos, 2011).

A szocioökonómiai összefüggéseket vizsgálva, a klasszikus adatok azt mutatják, hogy az IBD gyakoribb a magasabb iskolázottságú populációban, de az újabb kutatások ezt nem igazolják minden esetben (Kovács-Lakatos, 2011).

Etiopatogenezis

A két kórkép etiológiája ma sem ismert, kialakulásában egyaránt szerepet játszanak belső és külső tényezők (Fried, 2001). A mai elképzelések szerint három fő tényező játszik szerepet, melyek szoros összefüggésben és kölcsönhatásban vannak, ezek a genetikai adottságok, az immunrendszer és a környezeti hatások (Kovács-Lakatos, 2011).

A *genetikai faktorok* hatását kutatások bizonyították, azt megállapítva, hogy a betegek elsőfokú hozzátartozóinál 10-20% a betegség kialakulásának esélye, főként ikerpároknál, majd őket követi a testvéri kapcsolat (Kovács-Lakatos, 2011). Az utóbbi évek kutatásainak köszönhetően újabb ismeretekre tett szert az orvostudomány, mivel kimutatták a CD-re való hajlamot hordozó géneket (NOD2/CARD15, SLC22A4/A5 és ATG16L1), ami hatalmas lépést jelent a betegség etiopatogenezisének kutatásában. Mivel az öröklődés poligénes, így egyes gének az IBD-re való hajlamot, mások például a klinikai lefolyására vagy a terápiára való reakciót szabályozzák. Ezeknek a kutatásoknak köszönhetően elképzelhető, hogy néhány éven belül ezek az új ismeretek a gyakorlatban is alkalmazhatók válnak, ami hozzájárulhat új terápiás módszerek kialakításához (Kovács-Lakatos, 2011).

A *környezeti hatásokat* vizsgálva néhány tényező kitüntetett szerepet kap:

- a *lakóhely*: A fejlődő és fejlett országok tekintetében megállapítható, hogy a fejlődő országokban az IBD gyakorisága alacsony, míg a fejlődésnek induló országokban az iparosodás, a megváltozott életmód illetve étkezési szokások miatt emelkedik az UC gyakorisága. Később fokozatosan emelkedik a CD gyakorisága is, mígnem a két kórkép hasonló gyakoriságú lesz (Kovács-Lakatos, 2011).
- a *szociális helyzet* (társadalmi státus, munkahely): Gyakoribb előfordulás figyelhető meg jobb szociális helyzetben élők között, míg a szabadban végzett munka protektív a kórkép kialakulása szempontjából (Kovács-Lakatos, 2011).
- az *életmód*: Fontos kiemelni a dohányzást, mint környezeti tényezőt, mivel kutatások érdekes összefüggéseket találtak. Igazolták, hogy a dohányzás csökkenti a CU kialakulásának esélyét (Thomas, Rhodes, Green, 1998), azonban a cigarettázásról

leszokók között nagyobb a colitis ulcerosa kialakulásának esélye (Fried, 2001). Az életmóddal, illetve az étrenddel kapcsolatban fontos kiemelni a „cold chain” hipotézist, mi szerint a CD megjelenése és gyakorisága valamint a hűtőszekrények elterjedése között szoros összefüggés mutatható ki (Hugot, Alberti, Berrebi et al., 2003).

- valamint az *egészségügyi ellátás*: számos vizsgálat igazolta, hogy az appendectomy (vakbélműtét; a féregnyúlvány műtéti eltávolítása) véd az UC kialakulásával szemben (Kovács-Lakatos, 2011).

Az *immunrendszer* szerepe a legmeghatározóbb, mivel mai elképzelések a két betegséget elsősorban az immunrendszer betegségének tartják, kitüntetett figyelmet fordítva a veleszületett és a szerzett immunitás szerepére (Kovács-Lakatos, 2011). Az utóbbi időszak kutatásainak kiemelkedő felfedezése a NOD2/CARD15 gén szerepe, mely fontos szerepet tölt be mind a bélbaktériumok, mind pedig a szervezet kölcsönhatásában, mivel a nagy szerepe van az antigénekre adott gyulladásos válasz létrejöttében, ezáltal az immunrendszer aktivációjában. Az aktivációnak háromféle következménye lehet:

- ◆ tolerancia: nem indulnak be a védekezési mechanizmusok,
- ◆ akut gyulladás: meghatározott ideig tartó, eredményes védekezés alakul ki,
- ◆ krónikus gyulladás: a kiváltó antigént nem tudja eliminálni, eltávolítani a szervezet.

Bizonyos esetekben (például egy gén rendellenessége esetén) beindul az aktiváció olyan baktérium ellen is, mely nem káros. Ilyenkor az immunrendszer hibásan nem ismeri fel sajátjaként a bélflórát és beindítja ellene a védekezési folyamatokat. A folyamatban kulcsfontosságú aktivált limfociták nem halnak el természetes sejthalállal, és krónikus gyulladást tartanak fenn, ezáltal aktivitásban tartják az immunrendszert, melynek különböző mediátorai a bélnyálkahártyát károsítják (Kovács, 2006).

Még ma sem tisztázott, hogy mi lehet a betegséget kiváltó alapvető hiba (például a szabályozó gének valamelyikében, az immunrendszerben, stb.) Feltehető, hogy a gyulladásos bélbetegségek kialakulásában ezek együttes hatása játszik szerepet (Kovács, 2006).

Kezelés, gyógyítás

Az IBD kezelés céljai az aktív betegség nyugalomba hozása, a visszaesés megelőzése, a bél nyálkahártyájának gyógyulása, a szövődmények megelőzése, ill. gyógyítása, jó általános állapot, tápláltság, megfelelő életminőség és a sebészi beavatkozás elkerülése. A kezelés megkezdése előtt figyelembe kell venni a következő szempontokat, mert ezek segíthetik a megfelelő kezelés kiválasztását: a beteg általános állapota, az IBD fajtája (CU, CD), a betegség lokalizációja, kiterjedése, a betegség aktivitása, súlyossága, szövődmények és a kísérő betegségek (Arató, 2009).

Ezek figyelembevételére után többféle kezelés közül lehet választani (gyógyszeres, sebészi, szupportív, illetve egyéb terápiás kezelés) (Kovács, 2006):

- ▲ gyógyszeres kezelés: A gyógyszeres kezelés célkitűzése a tünetmentesség (remisszió) elérése és fenntartása, vagyis a tartós gyulladásgátlás.

- ✦ *gyulladásgátlók*

- 5-aminoszalicilsav (5-ASA) készítmények: ez a legrégebben alkalmazott gyógyszer-csoport a gyulladásos bélbetegségek kezelésében; enyhe és mérsékelt súlyos esetekben alkalmazzák
- kortikoszteroidok: gyors és nagy hatású gyulladásgátlók, a súlyosabb esetek kezelésénél alkalmazzák

- ✦ *immunmodulánsok*: a kortikoszteroidok ismételt sikertelensége esetén ajánlott

- ▲ sebészi kezelés: CU esetén a teljes vastagbél eltávolítása (pouch képzéssel vagy sztómával); CD esetén a műtét célja az aktuális szövődmény (pl. tályog, sipoly, stb.) megoldása
- ▲ kiegészítő (szupportív) kezelés: például szakszerű és egyénre szabott étrend kiválasztása. Mivel nincs speciális “colitises” vagy “Crohn-os” diéta, a beteg tulajdonképpen mindent fogyaszthat, ami nem okoz panaszt. Fontos azonban a változatos étrend kialakítása, ezáltal a kellő kalória, az átlagosnál nagyobb fehérje, vitamin és ásványi anyag bevitel. Szupportív kezelésen továbbá a hiányállapotok kezelését értik, például vaspótlás (leggyakoribb probléma), vitaminpótlás, stb. (Kovács-Lakatos, 2011).

Sajadinejad et. al (2012) fontosnak tartja az IBD páciensek integrált kezelését, amin azt érti, hogy a hagyományos orvosi kezelést integrálni kell pszichológiai kezeléssel, azért, hogy javítsák a betegséggel küzdők pszichológiai stresszkezelő és coping stratégiáit, valamint amennyiben szükséges, a depresszió vagy szorongás megszüntetése is előnyös lehet a beteg

szempontjából. Az integrált terápia hatékonyságát javíthatja a beteg bevonása a gyógyítási folyamatba, ami azt jelenti, hogy a betegben tudatosítják, hogy önmaga is kontrollálni képes a betegségét, és ezzel elősegítheti a panaszok enyhülését.

Habár az elmúlt évtized során egyre több kutatást folytatnak ezzel kapcsolatban, ennek köszönhetően nagy előrelépés történt a betegségcsoport diagnosztikájában és kezelésében is, azonban a teljes gyógyulás, a bélnyálkahártya integritásának, sértetlenségének tartós helyreállítása még nem lehetséges.

Prognózis

A kórképek prognózisát a szervek érintettsége befolyásolja (Barta, 2005). Ma sem ismert olyan gyógyszer, amellyel a betegség végérvényesen gyógyítható lenne, habár vannak hatásos gyógyszerek, melyekkel elősegíthető a remisszió és annak minél további fennmaradása vagy a visszaesés késleltetése. Megállapítható, hogy a betegek 85-95%-a jól reagál a gyógyszeres kezelésre, ám a többi esetben sebészi beavatkozásra van szükség. Megfigyelték, hogy a colitis ulcerosában szenvedők élettartama (mind a férfiaknál, mind a nőknél) néhány évvel meghaladja az átlag élettartamát (Kovács-Lakatos, 2011).

Eddig kutatott pszichológiai jelenségek az IBD-ben

Több kutatás is irányult annak felderítésére, hogy létezik-e oki kapcsolat, szoros összefüggés egy személyiségtényező megléte és a gyulladásos bélbetegségek kialakulása közt, tehát van-e olyan személyiségjegy, ami elősegíti a betegség kialakulását. Már a 30-as években felfedezhetők olyan utalások, mind pszichiáterek, mind pedig gasztroenterológusok részéről, hogy az érzelmi háttérű életesemények és élmények valószínűleg kapcsolódnak a béltünetek súlyosbodásához (Keefer, 2008; Sajadinejad et al., 2012). Flett et. al (2011) azonban megjegyzi, hogy az erre irányuló kutatások száma meglehetősen korlátozott.

Ilyenek például a szorongás és a depresszióval kapcsolatos kutatások. A szorongás és a depresszió annyira általános problémák az IBD-ben szenvedő betegeknél, hogy eredetileg azt gondolták, hogy ez a két probléma a felelős a betegség kialakulásáért (Kurina et al., 2001; Steiner-Grossman et al., 1992). Steiner és Grossman kutatása végül megállapította, hogy ez a

két mentális betegség nem okozója, hanem mellékhatása a betegségnek (Steiner-Grossman et al., 1992).

Janke et al. (2011) kutatásában a depressziót és szorongást a betegség súlyossága kapcsán vizsgálta és bizonyította, hogy a depresszió és szorongás rontja az egyén életminőségét a betegség súlyosságától függetlenül.

Kutatások igazolták, hogy kapcsolat van a mindennapos stressz és a betegségaktivitás között, attól függetlenül, hogy a beteg megtapasztalt-e nagyobb, súlyosabb következményekkel járó életeseményt (például válás, szeretett személy vagy munkahely elvesztése stb.) Azonban fontos kiemelni az egyéni különbségek jelentőségét, mivel eltérés mutatkozik abban, hogy a betegek a betegség „megfigyelhető” mutatóinak (pl. laza széklet, véres széklet), vagy a szubjektív mutatóinak (pl. fájdalom, érzékenység) tulajdonítanak nagyobb jelentőséget. (Garrett, 1991; Sajadinejad, 2012).

Kutatásomban a külső-belső kontroll attitűd, az egészségkontroll-hely és a perfekcionizmus kapcsolatát vizsgálom a gyulladásos bélbetegségek vonatkozásában.

Kontroll

A kontroll fogalmát elsőként Rotter (1966) körvonalazta, és az általa leírt definícióban nagy szerepet kapott a megerősítés. Úgy gondolta, ha az egyén a megerősítést cselekedete következményeként fogja fel és úgy gondolja, hogy a történések nem az ő cselekedetétől függenek, akkor azt a szerencse, a mázli, a végzet vagy külső erők hatásának tulajdonítja. Egy esemény ily módon történő értelmezését nevezzük *külső kontrollhit*nek. A „külső kontroll” személyek szerint tehát a velük történt események általuk kontrollálhatatlan, külső tényezőktől függenek. Úgy érzik, nem tudják befolyásolni környezetüket, saját viselkedésüket, tehetetlenek. Ezek a személyek gyakran szoronganak, és általában nem hatékonyak (Phares, 1983).

Ellenben, ha az egyén úgy vélekedik, hogy az esemény saját magatartásának vagy állandó jellemvonásának következménye, akkor azt *belső kontrollhit*nek nevezzük. A „belső kontroll” személyek tehát úgy tekintik a velük történt eseményeket, mint amelyek saját ellenőrzésük, befolyásolásuk alatt állnak és biztosak abban, hogy ha akarják, meg tudják

változtatni környezetüket, saját viselkedésüket, ezért ezek a személyek általában függetlenebbek, hatékonyabbak (Phares, 1983).

Ezt a fogalmat olykor kontrollhelynek, vagy külső-belső kontrollként is nevezik. A kontrollhely nem tipológiai fogalom, hanem egyfajta kontinuum és az egyén e kontinuum mentén foglalhatja el a helyét, tehát nem arról van szó, hogy az egyén vagy külső, vagy belső kontrollhitű lenne (Phares, 1983).

A kontrollhely koncepciója Rotter (1954) szociális tanuláselméletéből indult ki, amely azt feltételezi, hogy az egyén elvárásokat alakít ki arra vonatkozóan, hogy az adott viselkedés a kívánt eredményhez vezet-e. Ezek az elvárások tehát befolyásolják az egyén cselekedeteit. Ez különbözik a kondicionálás-elméletektől, mivel azok azt feltételezik, hogy a megerősítésnek közvetlen hatása van a viselkedés bekövetkezésének későbbi valószínűségére, nem tulajdonítanak szerepet ebben a mentális reprezentációknak, az elvárásoknak (Carver-Scheier, 2006).

Kontroll és krónikus betegségek kapcsolata

A krónikus betegség megjelenésével több probléma is felmerül, egyrészt megváltozik a személy önmagáról alkotott képe, illetve autonómia- és kontrollvesztés is jellemző. A (krónikus) betegség egyfajta teherként jelenik meg, szenvedést okoz, egzisztenciális nehézségeket okozhat, veszélyeztetheti az életet és munkaképtelenséghez vezethet (Égerházi, 2007). A beteg számára az új helyzethez való alkalmazkodás képtelensége, a betegség el nem fogadása, a betegség által előidézett progresszív fizikai hanyatlás, illetve a tünetek kiszámíthatatlan fellángolása fokozza a lelki megterhelést és utóbbi kettő fenyegeti a kontrollt (Helgeson & Reynolds, 2002).

A betegség, és legfőképpen a gyógyíthatatlan betegség esetén a helyzet okozta érzelmi állapot befolyásolható azzal, ha a beteg a betegsége következményei felett gyakorol kontrollt, vagy ha „áttolt” kontrollt képes alkalmazni, ami a krónikus betegségekkel való megküzdésben kiemelkedő szerepet kap (Égerházi, 2007). Ez arra utal, hogy a beteg a betegsége miatt kialakult kisebbség-érzése miatt nagyobb figyelmet fordít életének olyan területeire, amelyekre a betegsége nélkül kevesebb figyelem jutna, az élet „nem fenyegetett területeire”, vagyis olyan területeken él meg belső kontrollt, amelyek nincsenek közvetlen kapcsolatban a betegségével. Ez egyfajta kompenzációs mechanizmus, melyet elsőként Adler (1924 idézi Kulcsár, 1998) individuál-pszichológiája tárgyalt (Kulcsár, 1998).

A külső-belső kontroll és az egészség viszonya: az egészségkontroll helye

Az elmúlt 15 év során az egészséghez kapcsolódó hiedelmek terén egyik leggyakrabban alkalmazott mérés a Multidimenzionális Egészségkontroll-hely skálák (MHLC) voltak (Wallston, Wallston & DeVellis. 1978). Az egészségkontroll-hely az egyén azon meggyőződéseire utal, hogy az egészsége kontrollálása hol nyugszik. Amennyiben az egyén úgy hiszi, hogy a viselkedése kontrollálja az egészségét, akkor ezt *belső egészségkontrollnak* nevezzük – az adott személy belső egészségkontroll-orientációval rendelkezik az egészségét illetően. Ellenben ha az adott személy úgy vélekedik, hogy az egészségét más emberek cselekedetei alakítják, vagy az a szerencsének, a sorsnak vagy a véletlennek köszönhető, akkor az adott személy *külső egészségkontroll-orientációval* rendelkezik az egészségét illetően (Wallston, 1994).

Wallston módosította Rotter (1954) szociális tanuláselméletét, és eszerint az, hogy az adott személy milyen egészségkontroll-orientációval rendelkezik, egyike azon faktoroknak, amely meghatározza, hogy az adott személy milyen egészséggel kapcsolatos magatartást alakít ki. Ezek az egészséggel kapcsolatosan kialakított viselkedések részben meghatározzák az egyén egészségi státuszát. Ily módon az egészségkontroll orientáció-hely - a viselkedés által befolyásolva - elméletileg az egészségi státusz közvetlen befolyásolója. Mivel az egészséggel kapcsolatos hiedelmek az élet során alakulnak ki, tulajdonképpen az előzetes egészségi állapot és az egyén egészséghez kapcsolódó (személyes és megbízott személy által szerzett) tapasztalatai függvényében alakulnak. Wallston nevéhez köthető az az általános célra készített, betegség-specifikus egészségkontroll orientáció-hely skála, amelyet könnyedén lehet adaptálni bármilyen jelenleg létező betegségben szenvedő egyénre (Wallston, 1994).

Az elmúlt évtizedekben sok kutatás a belső kontrollhelyet a pozitív egészséggel kapcsolatos hiedelmekhez és viselkedésekhez kapcsolta. Bár nem minden kísérlet volt sikeres a fenti két dolog összekapcsolásában, széles körben elfogadott, hogy az egészséghez kapcsolódó kontrollhely jelentős mértékben kapcsolódik sokféle egészség-viselkedéssel és eredménnyel. A belső kontrollhelyet a betegségekkel kapcsolatos tudással hozták összefüggésbe, azzal a képességgel, hogy valaki képes leszokni a dohányzásról (Coan, 1973), betartja az orvosi kezelést (Lewis, Morisky, & Flynn, 1978), a születésszabályozást

effektíven gyakorolja (MacDonald, 1970), megelőző oltásokat igénybe vesz (Dabbs & Kirscht, 1971).

Perfekcionizmus

Az utóbbi időben számos kutatás foglalkozik a perfekcionizmussal, különösen annak pozitív illetve negatív hatásaival. A hajlamra jellemző a nem reális, magas standardok állítása (nemcsak saját maga, hanem mások irányába is) az élet szinte minden területén (munka, öltözködés, külső megjelenés stb.) melyek megakadályozzák, hogy elégedettek legyenek önmagukkal, továbbá a hibák, tévedések, hiányosságok elfogadásának képtelensége (Scheck, 2008).

A magas mérce állította kihívás állandó aggodásra, törődésre készíti őket. A perfekcionista gondolkodása kategorikus, a világot fekete-fehérben látják, folyamatos kudarcként élik meg tapasztalataikat. A kudarcok oka az is lehet, hogy az indokolatlanul magas célok gátolják a teljesítményt és a teljesítőképességet. A magas standardokhoz szelektív figyelem párosul, ami perfekcionista esetében azt jelenti, hogy kiemelt figyelmet fordítanak a saját teljesítményükre, eredményeikre, és a szelektivitás abban is megmutatkozik, hogy a teljesítményben leginkább a kudarcokra, sikertelenségre fókuszálnak (Scheck, 2008).

Sajadinejad et. al (2012) a neuroticizmusra való hajlam mellett a perfekcionizmust emeli ki, mint IBD-re hajlamosító személyiségjegyet. Véleménye szerint a perfekcionizmus IBD-re gyakorolt negatív hatása legfőképpen azzal magyarázható, hogy az negatív kognitív előítéletekhez kapcsolódik, magasabb reaktivitást mutat stresszorokra és nagyobb a nyomás érzése a páciensnél, hogy jól nézzen ki.

Frost (1990) hasonló következtésre jut a perfekcionista egyének viselkedésének vizsgálatakor. Szerinte ezek a magas standardok, elvárások olyan tendenciákkal párosulnak, hogy az egyén rettentő kritikizmussal szemléli saját teljesítményét, túlzott aggodalmat mutatva a hiányosságok, hibák iránt valamint bizonytalanság figyelhető meg saját cselekedeti, meggyőződési tekintetében. Frost kiemeli a szülők szerepét a perfekcionizmussal kapcsolatban: véleménye szerint a perfekcionista nagy figyelmet tulajdonítanak a szülői elvárásoknak és értékrendnek való megfelelésnek. Frost et al. (1990) és szerzőtársai egy multidimenzionális skálát (Frost Multidimensional Perfectionism Scale - FMPS) fejlesztettek ki a perfekcionizmus mérésére, amely a módszertani részben kerül részletes bemutatásra.

Perfekcionizmus és a krónikus betegségek kapcsolata

Több kutatás foglalkozott a krónikus betegségek és a perfekcionizmus kapcsolatával, ezen belül is az IBD és a perfekcionizmus kapcsolatával.

Flett et. al (2011) hangsúlyozza, hogy a perfekcionizmus a betegségeket és krónikus betegségeket egyaránt súlyosbítja, a krónikus betegségek esetében a perfekcionista egyének a fizikális tünetek megjelenését a kudarc bizonyítékaként észlelik, kvázi nem jól „funkcionálnak”. A perfekcionistaknál gyakran fellelhető nyomás, hogy jók legyenek és jónak látszanak, különösen hátrányos az IBD betegek esetében, mivel az IBD olyan betegség, amelyhez gyakran szégyenérzet társul.

Hall et al. (2005, In Sajadinejad et al., 2012) kutatása azt az eredményt kapta, hogy a perfekcionizmus „miatt” az IBD-vel rendelkezők betegségüket szégyenérzettel, „piszkosság” érzettel társítják, továbbá egyfajta stigmaként, illetve teherként címkézik.

KUTATÁSI KÉRDÉS, HIPOTÉZIS

Kutatásomban a perfekcionizmus, külső-belső kontroll és az egészségkontroll-hely kapcsolatát vizsgálom a gyulladásos bélbetegségek vonatkozásában, a következő hipotéziseket állítva:

1. Az IPC kérdőív és az egészségkontroll-hely skála megfelelő alskálái együtt járnak, ami a még nem adaptált kérdőív validitását bizonyítja.
2. A Frost-féle Multidimenzionális Perfekcionizmus Skála és a Diszfunkcionális Attitűd Skála megfelelő alskálái együtt járnak, ami szintén a még nem adaptált kérdőív validitását bizonyítja.
3. A beteg csoport a külső kontroll skálán magasabb pontszámot fog elérni, egészségi állapotuk alakulásában más embereknek (pl. orvosoknak), a szerencsének, illetve a sorsnak tulajdonítanak nagyobb szerepet. (A kontroll csoport pedig a belső kontroll skálán.)

4. Eltérést várok a két csoport között a perfekcionizmus tekintetében (FMPS; DAS siker- és teljesítményigény alskála) a kísérleti csoport javára, amit a megfeleléskényszer és a szorongásra hajlamosító „manager életmód” magyaráz.

VIZSGÁLAT

Résztvevők

Vizsgálatomban 71 fő vett részt, akiket két csoportra osztottam: beteg (gyulladásos bélbetegségben szenvedők) illetve kontroll (egészségesek) csoportra. A **beteg csoport** 37 főből áll, átlagéletkoruk 39,22 ($\pm 11,89$; 16 és 56 év között, 7 férfi és 30 nő). A **kontroll csoportot** 34 főből áll, átlagéletkoruk 34,12 ($\pm 11,2$; 22 és 58 év között; 11 férfi és 23 nő). A minta életkor, nemi eloszlás és családi állapot tekintetében illesztett.

Módszer

A vizsgálatban résztvevőknek négy kérdőívet kellett kitölteniük, amit néhány demográfiai kérdés előzött meg.

Az első kérdőív Hanna Levenson **IPC kérdőíve** (1981; Oláh 1982), ami a külső-belső kontroll attitűdöt méri. A kérdőív 24 itemet tartalmaz, amelyek alapján Levenson három faktort különített el. Ezek a személyiségből való belső erők általi irányítottság (*Internality* = *I*, itemek: 1, 4, 5, 9, 18, 19, 21, 23), a véletlen vagy szerencse általi meghatározottság (*Control by chance* = *C*, itemek: 2, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 24) és a hatalmon levő domináns személyek általi irányítottság (*Control by powerful others* = *P*, itemek: 3, 8, 11, 13, 15, 17, 20, 22). A válaszadás egy 6-fokú Likert skálán történik (1 – Egyáltalán nem ért egyet; ...; 6 – Teljesen egyetért). A magyarra fordítás és adaptáció Oláh (1982) nevéhez köthető.

A második kérdőív a **Multidimenzionális Egészségkontroll-hely Skála** (MHLC-C forma) volt, ami Wallston et al. (1994) nevéhez köthető. A kérdőív eme változata (C változat)

18 itemet tartalmaz, és a kitöltőnek egy 6-fokú Likert skálán kell megadnia a válaszait az egyetértése mértéke szerint (1 – Egyáltalán nem értek egyet; ... ; 6 – Teljesen egyetértek). Az itemek között több alskála különíthető el aszerint, hogy egy-egy viselkedésük nyomán elért sikerük minek köszönhető. Így 4 alskálát különítették el: a *belső adottság* (internality, itemek: 1, 6, 8, 12, 13, 17); a *véletlen/szerencse* (chance, itemek: 2, 4, 9, 11, 15, 16); az *orvosok* (doctors, itemek: 3, 5, 14); és az *egyéb - erőteljes személyiségű- emberek* (other –powerful- people, itemek: 7, 10, 18).

A C változattal kapcsolatban a szerzők fontosnak tartották kiemelni, hogy úgy tervezték, hogy "betegség-specifikus" legyen és használható legyen az A, B változatok helyett, amikor olyan embereket vizsgálnak, akiknél valamilyen betegség áll fenn (Wallston et al., 1994). A kérdőív magyar adaptációja folyamatban van Konkoly Thege Barna és munkatársai által.

Ezután a Frost-féle **Multidimenzionális Perfekcionizmus Skála** kitöltésére kértem őket. A Frost (1990) által megalkotott kérdőív 35 itemet tartalmaz, ahol a kitöltőnek 5-fokú Likert skálán kell megadnia, hogy mennyire ért egyet az egyes állításokkal (1 = Egyáltalán nem értek egyet, ..., 5 = Teljes mértékben egyetértek). A résztvevők kitöltötték a kérdőív rövidített, 6 itemes változatát is, ahol a válaszadás egy 6-fokú Likert skálán történt (6 = Mindig, ..., 1 = Soha).

A kérdőív 6 dimenziót mér, melyek a következők: *a személyes standardok* (personal standards, PS; itemek: 4, 6, 12, 16, 19, 24, 30), *aggodalom a hibák elkövetésétől* (concern over mistakes, CM; itemek: 9, 10, 13, 14, 18, 21, 23, 25, 34), *szülői elvárások* (parental expectations, PE; itemek: 1, 11, 15, 20, 26), *szülői kritikák* (parental criticism, PC; itemek: 3, 5, 22, 35), *kétségek, kételkedés a tevékenységben* (doubts about actions, DA; itemek: 17, 28, 32, 33) és a *szervezettség, rendezettség* (organization, O; itemek: 2, 7, 8, 27, 29, 31). Stöber (1998) vizsgálatában javaslatot tett a faktorszerkezet módosítására, így hat helyett négy faktort különített el: aggodalom a hibázással szemben, nagy kétségek a teljesítmény minőségével szemben, a szülői elvárások és értékelések, és túlzott hangsúlyfektetés a precizitásra, rendre és szervezésre (Stöber, 1998). A kérdőív magyar adaptációja folyamatban van.

A negyedik kérdőív a rövidített **Diszfunkcionális Attitűd Skála** (Dysfunctional Attitude Scale, DAS), ami Burns (1980) nevéhez köthető és Kopp (Kopp és Skrabski, 1992; Perczel és mtsai, 2005) fordított magyarra. A kérdőív a következő hét értékrendszert, attitűdöt

vizsgálja: 1. külső elismerés igénye (1-5. tétel), 2. szeretettség igénye (6-10. tétel), 3. siker- és teljesítményigény (11-15. tétel), 4. tökéletességre törekvés (16-20. tétel), 5. igényesség és jogos elvárások (21-25. tétel), 6. onnipotencia (26-30. tétel), 7. külső kontroll, szemben az autonómia és a belső kontroll igényével (31-35. tétel).

A válaszadás 5-fokú Likert-skálán történik (-2 - Teljesen egyetért; ...; +2 - Egyáltalán nem ért egyet). Tehát ez azt jelenti, hogy a személy minél alacsonyabb pontot ér el az alskálákon, annál inkább jellemzi az adott attitűd.

EREDMÉNYEK

Az adatok feldolgozását és kiértékelését SPSS 19.0 program segítségével végeztem el. Az adatbevitel után kiszámoltam az egyes kérdőívekhez tartozó alskálákat és a két még nem adaptált kérdőív alskáláinak reliabilitását, melyeket a következő táblázat mutat be:

SKÁLA	CRONBACH A
MHLC belső adottság	0,813
MHLC szerencse	0,717
MHLC orvosok	0,605
MHLC egyéb fontos személyek	0,519
FMPS személyes standardok	0,745
FMPS aggodalom	0,773
FMPS szülői elvárások	0,784
FMPS szülői kritikák	0,809
FMPS kétségek	0,504
FMPS szervezettség	0,599

2. ábra – Az alskálák reliabilitása

A reliabilitásokat vizsgálva elmondható, hogy néhány esetben nem túl magas értékekkel rendelkeznek az alskálák (pl. MHLC egyéb fontos személyek). Ez annak is köszönhető, hogy néhány alskála meglehetősen kevés itemmel rendelkezik, és felmerülhet annak a veszélye, hogy az alskála nem megfelelően mér. (Ennek elkerülésére használtam a két nem adaptált kérdőív mellett 1-1 adaptáltat.)

Ezt követően korreláció vizsgálattal vizsgáltam az IPC és az egészségkontroll-hely kérdőív alskáláinak, illetve a Frost-féle kérdőív és a DAS alskáláinak kapcsolatát (1. melléklet). Több esetben találtam szignifikáns korrelációs kapcsolatot.

Elmondható, hogy a két kontroll attitűdöt mérő skála (IPC és MHLC) megfelelő alskálái túlnyomórészt korrelálnak. Kilenc esetben találtam szignifikáns korrelációs kapcsolatot, melyet a 3. ábra mutat be. Tehát az **első hipotézis**, miszerint a két kérdőív megfelelő alskálái korrelálnak, bizonyítást nyert.

		MHLC				IPC		
		belső adottságok	véletlen	orvosok	egyéb személyek	internalitás	véletlen	egyéb személyek
M	belső ad.	1				0,269*		
H	véletlen		1		0,294*	-0,286*		0,501**
L	orvosok			1	0,251*	0,236*		
C	egyéb sz.				1			
I	internalitás					1	-0,285*	-0,348*
P	véletlen						1	0,562**
C	egyéb személyek							1

3. ábra – Az IPC és az MHLC alskáláinak szignifikáns korrelációi ($p < 0,05^*$; $p < 0,01^{}$)**

(Az összes korrelációt az 1. melléklet tartalmazza)

A DAS és az FMPS esetében 40 szignifikáns kapcsolatot találtam, amit a 4. ábra mutat be. A DAS alskálái rendre ellentétesen korrelálnak egymással az FMPS alskáláival, ami a fordított pontozással magyarázható. Elmondható, hogy a **második hipotézis** is bizonyítást nyert, az adaptált kérdőív (DAS) bizonyítja a nem adaptált (FMPS) validitását, tehát jól mér.

Fontos kiemelni az FMPS aggodalom a hibák elkövetésétől alskálát, ami az alskálák közül a legmagasabb korrelációval rendelkezik, és a DAS mindegyik alskálájával szignifikánsan korrelál. Mivel a DAS diszfunkcionális attitűdöket mér, és ezen attitűdök, hibás beállítódások depressziós és szorongásos tünetekkel járnak. Ezen tünetek pedig mindig aggodalmaskodással járnak együtt.

	FMPS							DAS						
FMPS		szem.st.(1)	aggod.(2)	szülői elvár.(3)	szülői krit.(4)	kétségek(5)	szervez.(6)	külső e. ig.(1)	szeret. ig.(2)	telj. ig.(3)	perf.(4)	jogos elv.(5)	omnipot.(6)	külső k.(7)
	1	1	0,339**	0,39**	0,299*		0,25*				- 0,270*			
	2		1	0,256*		0,466**		- 0,424*	- 0,329**	- 0,382**	- 0,609**	- 0,403**	- 0,255**	- 0,482**
	3			1	0,532**						- 0,316**	- 0,293*		
	4				1				0,246*					
	5					1	- 0,307**	-0,263*						
	6						1							
DAS	1							1	0,297*	0,306**	0,338**	0,431**	0,314**	0,560**
	2								1	0,333**	0,318**	0,382**	0,401**	0,303**
	3									1	0,374**		0,468**	0,304**
	4										1	0,468**	0,476**	0,534**
	5											1	0,485**	0,472**
	6												1	0,343**
	7													1

4. ábra – Az FMPS és a DAS alskáláinak szignifikáns korrelációi ($p<0,05^*$; $p<0,01^{}$)**

(Az összes korrelációt az 1. melléklet tartalmazza)

Ezután független mintás t-próba lefuttatásával vizsgáltam a két csoport közti eltéréseket az alskálák vonatkozásában (2. melléklet), és egy esetben találtam szignifikáns eltérést, mégpedig a MHLC belső adottságok alskálán a kontroll csoport javára ($t(69)=-4,014$; $p<0,01$).

A kétszemponos független mintás varianciaanalízis három esetben hozott szignifikáns eltérést a nem tekintetében: az IPC véletlen ($F(1;67)=4,581$; $p<0,05$), a DAS külső elismerés igénye ($F(1;67)=7,716$; $p<0,01$) és a DAS külső kontroll, szemben az autonómia és a belső kontroll igényével alskálák esetében ($F(1;67)=9,384$; $p<0,01$) (3. melléklet).

KÖVETKEZTETÉSEK, MEGVITATÁS

A gyulladáshoz vezető bélbetegségben szenvedő emberek számának ugrásszerű növekedése és a betegség vizsgálatára irányuló egyre intenzívebb kutatás ellenére ma sem ismert a betegség közvetlen kiváltó oka. Egyértelmű következtetés, hogy amennyiben a betegség kiváltó oka ismert lenne, a pszichoszomatikus háttér elemzése is nagymértékben könnyebbé válna.

A pontos kiváltó ok hiányában a kutatás egyéb célokat próbált kitűzni úgy, mint „tapogatózás-szerűen”, elsősorban a kezelőorvosok megérzéseire és megfigyeléseire hagyatkozva. A kezelőorvosokkal és a konzulensemmel történt informális megbeszélések során elsősorban a perfekcionizmus és a „pörgős” életmód merült fel, mint a betegséggel kapcsolatba hozható lelki, habitusbeli tényezők. Az idevonatkozó – egyéb területekhez képest csekélynek mondható - szakirodalom áttanulmányozása után a kutatás fókuszja egzaktabbá vált, a fent említett informális sugallatoktól a kontrollhelyre és a perfekcionizmusra tevődött át a kutatás vizsgálati fókusz.

Kutatásom négy kérdőív esetében (IPC kérdőív, Multidimenzionális Egészségkontrollhely Skála, Frost-féle Multidimenzionális Perfekcionizmus Skála és a Diszfunkcionális Attitűd Skála) kísérelte meg összehasonlítani a beteg és a kontroll csoportot.

A független mintás t-próba szignifikáns eltérést mutatott ki a két csoport között az MHLC skála belső adottságok alskálája tekintetében, tehát a kontroll csoport magasabb pontszámot ért el belső kontrollosság tekintetében, egészségükkel kapcsolatban belső adottságaiknak, magatartásuknak, illetve viselkedésüknek tulajdonítanak döntő szerepet. A megfelelés az ő számukra is fontos lehet, természetesen, de ez talán kevesebb stresszt jelent, mint azok esetében, akik külső kontrollosak és folyamatosan arra törekednek, hogy kivívják egy általuk fontosnak tartott személy elismerését.

Tehát a **harmadik hipotézis** részben bizonyítást nyert, a kontroll csoport valóban magasabb pontszámot kapott a belső kontrollt mérő alskálán (MHLC belső adottságok).

A kétszemponos független mintás varianciaanalízis három esetben hozott szignifikáns eltérést a nem tekintetében.

IPC skála véletlen alskálája esetén szignifikáns eltérés mutatkozik a nemek közt a kontroll csoportban. A női kitöltők magasabb pontszámot értek el, tehát esetükben hangsúlyos

szerepet kap a véletlen az egészségük vonatkozásában. Azonban megfigyelhető, hogy a betegségük megjelenésével a férfiak is magasabb pontszámot érnek el ezen az alskálán, és ez esetben már nem figyelhető meg szignifikáns eltérés. Mindkét nem kívülre helyezi a kontrollt a betegség megjelenésével, ami krónikus betegségek esetén gyakori jelenség (ld. „áttolt” kontroll jelensége, Kulcsár, 1998).

DAS külső elismerés igénye alskála esetén szignifikáns eltérés mutatható ki a kontroll csoportban a férfiak javára, a betegség megjelenésével azonban ez a pontérték lecsökken és eltűnik a szignifikáns eltérés is a nemek közt. Ez a fordított pontozás miatt úgy értelmezhető, hogy a kontroll csoportban a nők jobban igénylik a külső elismerést, de a betegség megjelenésével mind a nők, mind pedig a férfiak esetében felértékelődik ennek az igénye. Ez azzal magyarázható, hogy az elismerés igény előtérbe kerül a betegség megjelenésével, mivel a beteg a megváltozott egészségi állapotának kontrollálása miatt még inkább arra törekszik, hogy megjelenésében fenntartsa a „betegség előtti” állapotot, rendezett legyen, leplezze betegsége tüneteit, jeleit (pl. véres hasmenés, hasfájás, spontán rektális vérzés, diéta, speciális étrend).

Ez az eredmény egybecseng eddigi kutatási eredményekkel. Több szerző, többek között Mawdsley és Rampton (2005) is összefüggést lát a megfelelés, illetve megfeleléskényszer okozta stressz és a fent említett bélrendszeri betegségek között. Azt feltételezik, hogy a nagy jelentőségátulajdonítás egyéb (fontos) személyeknek arra utal, hogy számukra fontos a másoknak való megfelelés és ez a megfeleléskényszer is hozzájárulhat olyan mértékű stressz kialakulásához, ami a betegség kialakulásának esélyét növelheti, ezt azonban a szakirodalom azonban még nem kezeli bizonyított tényként.

DAS külső kontroll, szemben az autonómia és a belső kontroll igényével alskálában szintén szignifikáns eltérés mutatkozott a kontroll csoportban, a férfiak javára. Az a fordított pontozás szerint azt jelenti, hogy a kontroll csoport férfi tagjait magasabb belső kontrollosság jellemzi, mint a nőket, de itt is megfigyelhető, hogy a betegség megjelenésével ez a pontszám, lecsökken (a férfiak esetén még inkább), és ismét eltűnik a nemi eltérés. Ez magyarázható azzal, hogy a betegség miatt az egyén a belső kontroll lecsökkentése nélkül, megnöveli a külső kontrollját. Ezáltal az orvosokra vagy egyéb, fontos személyekre, segítő környezetére helyezi az egészségkontrollját, és így „indítja be” a gyógyulási folyamatot. Ez a fajta kontroll kihelyezés egy adaptív mechanizmus, mivel az egyén belátja, hogy önmaga nem bír el a betegséggel, így környezetét is bevonja a gyógyulási folyamatba.

Tehát elmondható, hogy a negyedik hipotézis részben bizonyított, két alskála esetén (DAS külső elismerés igénye és külső kontroll, szemben az autonómia és a belső kontroll igénye).

A beteg csoport nemi különbségeire irányuló kutatások megegyeznek az eddigi kutatási eredményekkel, a vonatkozó szakirodalmak nagy része nem talál különbséget nemek között sem a perfekcionizmus, sem a kontrollhely esetében (Spangler & Burns, 1999; Schultz & Schultz, 2005; Tsui & Mazzocco, 2007).

Mivel több hipotézis is csak részben igazolódott (pl. kontroll), ezek az eredmények és a szakirodalmi hiányosságok további kutatások elvégzésére inspirálnak.

A továbbiakban érdemes lenne a vizsgálatot nagyobb mintán elvégezni illetve egy olyan teszt alkalmazása is sokat lendítené a kutatáson, ami nagyobb hangsúlyt fektet a megfeleléskényszer okozta stressz és a betegség kapcsolatára.

IRODALOMJEGYZÉK

Arató A. (2009). *A Crohn betegség és a colitis ulcerosa terápiája*. Gyermekgasztroenterológiai Tanfolyam előadása. Budapest.

http://www.doki.net/tarsasag/seaok1gyermek/upload/seaok1gyermek/document/crohn_betegseg_colitis_ulcerosa_arato_andras_2009.pdf

Letöltés dátuma: 2012. április 3.

Barta Zsolt (2005). *Nem specifikus gyulladásos bélbetegségek klinikai, immunológiai és terápiás vonatkozásai* [Ph. D. disszertáció]. Debreceni Egyetem, Debrecen.

Carver, Charles S. – Scheier, Michael F. (2006). *Személyiségpszichológia*. Budapest: Osiris Kaidó.

Christensen, A. J. & Antoni, M. H. (Eds.)(2002). *Chronic physical disorders: Behavioral medicine's perspective*. Oxford, England: Blackwell Publishers Limited.

Coan, R. W. (1973). Personality variables associated with cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, 86-104.

Dabbs, J. M. & Kirscht, J. P. (1971). "Internal control" and the taking of influenza shots. *Psychological Reports*, 28, 959-962.

Dahlke, R. (1996). *A lélek nyelve: a betegség*. Budapest: Magyar Könyvklub.

Dahlke, R. (2006). *A betegség mint szimbólum*. Budapest: Édesvíz Kiadó.

Égerházi A. (2007). Krónikus betegségek lelki terhei. *Hippocrates*, IX. (3).

Flett, G. L., Baricza, C., Gupta, A., Hewitt, P. L., Endler, N. S. (2011). Perfectionism, psychosocial impact and coping with irritable bowel disease: A study of patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *Journal of Health Psychology*, 16. (4): 561-571.

Fried Katalin (2001). Gyulladásos bélbetegségek: colitis ulcerosa és Crohn-betegség. *Új Diéta*, 34. (2).

Frost, R. O., Marten, P. A., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.

Helgeson, V. S., & Reynolds, K. (2002). Social psychological aspects of chronic illness. In A. J. Christensen & M. H. Antoni (Eds.), *Chronic physical disorders: Behavioral medicine's perspective* (pp. 25-46). Oxford, England: Blackwell Publishers Limited.

Horváth Krisztina (2008). *Kísérletes gyulladásos bélbetegség modell hatásmechanizmusának vizsgálata* [Ph. D. disszertáció]. Szegedi Tudományegyetem, Szeged.

Hugot, J. P., Alberti, C., Berrebi, D. et al. (2003). Crohn's disease: the cold chain hypothesis. *Lancet*, 362, 2012–2015.

Janke, K. H., Häuser, W., Klump, B., Hinz, A. (2011). Anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: Comparisons with chronic liver disease patients and the general population. *Inflammatory Bowel Diseases*, 17. (2): 621-632.

Kovács Ágota (2006). A gyulladásos bélbetegségek. *Hippocrates*, VIII. (3): 148-152.

Kovács Ágota - Lakatos László (szerk.) (2011). *Gyulladásos bélbetegségek*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.

Kulcsár Zs. (1998). *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

Kurina, L. M., Goldacre, M. J., Yeates, D., & Gill, L. E. (2001). Depression and anxiety in people with Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Beside & Community Health*, 55. (10): 716-720.

Lakatos L., Lakatos P. L. (2007). Változások a gyulladásos bélbetegségek epidemiológiájában. *Orvosi Hetilap*, 148. (7): 223-228.

Lewis, F. M., Morisky, D. E., & Flynn, B. S. (1978). A test of construct validity of health locus of control: Effects of self-reported compliance for hypertensive patients. *Health Education Monographs*, 6, 138-148.

MacDonald, A. P. (1970). Internal-external locus of control and the practice of birth control. *Psychological Reports*, 27, 206.

Mawdsley, J. E., Rampton, D. S. (2005). Psychological stress in IBD: New insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut* (54):1481-1491.

Oláh Attila (1982). *Kérdőíves módszerek a külső-belső kontroll attitűd vizsgálatára*. Budapest: Országos Pedagógiai Intézet.

Perczel Forintos D., Kiss Zs., Ajtay Gy.(2005). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet.

Phares, E. J. (1983). Kontrollhely. In: Szakács (szerk.): *Személyiséglélektani szöveggyűjtemény IV/1*. Budapest: Tankönyvkiadó, p. 101-139.

Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80. (1): 1-28.

Sajadinejad, M. S., Asgari, K., Molavi, H., Kalantari, M., Adibi, P. (2012). Psychological Issues in Inflammatory Bowel Disease: An Overview. *Gastroenterology Research and Practice*, Vol. 2012.

Scheck Zsuzsa (2008). *A perfekcionista kognícióinak a megváltoztatása*. XI. Erdélyi Tudományos Diákköri Konferencia. Kolozsvár.

http://etdk.adatbank.transindex.ro/pdf/pszi_scheck.pdf

Letöltés dátuma: 2012. április 8.

Schultz, D. P., Schultz, S. E. (2005). *Theories of Personality (8th ed.)*. Wadsworth: Thomson.

Spangler, D. L., Burns, D. D. (1999). Is It True That Men Are From Mars and Women Are From Venus? A Test of Gender Differences in Dependency and Perfectionism. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13. (4):339-357.

Steiner-Grossman, P., Banks, P. A., & Present, D. H. (1992). *The New People Not Patients: A Source Book For Living With Inflammatory Bowel Disease*. Dubuque: Kendall/Hunt.

Stöber, J. (1998). The Frost Multidimensional Perfectionism Scale revisited: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences*, 24 (4): 481-491.

Thomas, G. A. O., Rhodes, J., Green, J. T. (1998). Inflammatory bowel disease and smoking – a review. *Am. J. Gastroenterol.*, 93, 144–149.

Tsui, J. M. & Mazzocco, M. M. (2007). Mathematics and perfectionism: Effects of math anxiety and perfectionism on timed versus untimed math testing in mathematically gifted sixth graders. *Roeper Review*, 29. (2): 132-139.

Wallston, Stein, & Smith (1994). Form C of the MHLC Scales: A condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 63. (3): 534-553.

Wallston, K. A.. Wallston, B. S.. & DeVellis. R. F. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.

MELLÉKLETEK

- 1. melléklet – Alskálák közötti korrelációk

Leíró statisztikák			
	Mean	Std. Deviation	N
életkor	36,77	11,768	71
MHLC_belsoadottsag	24,0845	5,57481	71
MHLC_veetlen	13,6056	5,33581	71
MHLC_orvosok	11,5211	3,15259	71
MHLC_egyebemberek	9,7183	2,71074	71
IPC_internalitas	34,3239	5,35264	71
IPC_powerfulothers	22,0845	5,74393	71
IPC_chance	20,3944	5,43133	71
PERF_szemelyesstandardok	20,0845	5,08990	71
PERF_aggodalom	19,0282	5,32104	71
PERF_szuloielvarasok	10,8732	4,12633	71
PERF_szuloikritikak	8,4085	3,98417	71
PERF_ketsegek	10,0423	2,86574	71
PERF_szervezettség	22,6761	3,57281	71
PERF_osszes	91,1127	14,69456	71
DAS_kulsoelismeres	,2394	3,00697	71
DAS_szeretettseg	-,9859	3,36576	71
DAS_teljesitmeny	1,9014	4,49811	71
DAS_perfekcionizmus	-,1268	3,33351	71
DAS_jogoselvarasok	-2,6197	3,46561	71
DAS_omnipotencia	-2,0141	3,25793	71
DAS_kulsokontrollautonomia	,0282	4,40769	71

		életkor	MHLC_belsőadottság	MHLC_veletlen	MHLC_orvosok	MHLC_egyebemberek	IPC_internálas	IPC_powerfulothers	IPC_chance	PERF_szemelyesstandardok	PERF_aggodalom	PERF_szülőtelvarások	PERF_szülőkritikák	PERF_ketégek	PERF_servezettseg	PERF_összes	DAS_külsőelismeres	DAS_szeretettseg	DAS_teljesitmeny	DAS_perfekcionizmus	DAS_jogselvarások	DAS_omnipotencia	DAS_külsokontrollautonomi a
életkor	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	1 71	,010 ,936 71	,032 ,792 71	,310** ,009 71	-,082 ,496 71	-,081 ,504 71	-,005 ,970 71	-,108 ,369 71	-,010 ,931 71	-,051 ,674 71	-,076 ,526 71	,116 ,334 71	-,034 ,775 71	,020 ,871 71	-,014 ,908 71	,168 ,162 71	-,224 ,061 71	-,031 ,798 71	-,073 ,544 71	,000 1,000 71	,053 ,659 71	,099 ,413 71
MHLC_belsőadottság	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	,010 ,936 71	1 71	-,123 ,306 71	-,106 ,380 71	,131 ,276 71	,269* ,024 71	,065 ,591 71	-,121 ,313 71	,273* ,021 71	,063 ,602 71	,108 ,370 71	,159 ,187 71	,022 ,855 71	,003 ,981 71	,196 ,102 71	,260* ,028 71	,058 ,632 71	-,040 ,740 71	-,023 ,847 71	,152 ,205 71	,109 ,367 71	,156 ,195 71
MHLC_veletlen	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	,032 ,792 71	-,123 ,306 71	1 71	-,022 ,858 71	,294* ,013 71	-,286* ,016 71	,223 ,062 71	,501** ,000 71	-,132 ,273 71	,332** ,005 71	,083 ,490 71	,021 ,861 71	,462** ,000 71	-,279* ,019 71	,126 ,295 71	-,239* ,045 71	-,080 ,507 71	-,280* ,018 71	-,370** ,001 71	-,254* ,032 71	-,140 ,244 71	-,458** ,000 71
MHLC_orvosok	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	,310** ,009 71	-,106 ,380 71	-,022 ,858 71	1 71	,251* ,034 71	,236* ,047 71	,180 ,134 71	,024 ,844 71	,152 ,205 71	,055 ,647 71	-,152 ,206 71	-,041 ,734 71	,020 ,871 71	,160 ,183 71	,062 ,610 71	-,004 ,972 71	-,246* ,039 71	-,097 ,421 71	,024 ,842 71	-,039 ,745 71	,002 ,986 71	-,037 ,759 71
MHLC_egyebemberek	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	-,082 ,496 71	,131 ,276 71	,294* ,013 71	,251* ,034 71	1 71	-,051 ,674 71	,219 ,067 71	,121 ,314 71	,164 ,171 71	,293* ,013 71	-,075 ,536 71	-,091 ,450 71	,266* ,025 71	-,123 ,306 71	,139 ,247 71	-,025 ,837 71	-,092 ,446 71	-,016 ,892 71	-,151 ,209 71	,082 ,499 71	-,127 ,293 71	-,283* ,017 71

IPC_int ernalit as	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	-,081 ,504 71	,269 ,024 71	-,286 ,016 71	,236 ,047 71	-,051 ,674 71	1 ,016 71	-,285 ,003 71	-,348** ,000 71	,504** ,392 71	-,103 ,320 71	,120 ,375 71	,107 ,426 71	-,096 ,000 71	,409** ,018 71	,281 ,041 71	,243 ,278 71	,131 ,948 71	,008 ,776 71	,034 ,968 71	,005 ,805 71	,030 ,003 71	,347**
IPC_po werfuo thers	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	-,005 ,970 71	,065 ,591 71	,223 ,062 71	,180 ,134 71	,219 ,067 71	-,285 ,016 71	1 ,000 71	-,562** ,497 71	-,082 ,010 71	,303* ,624 71	-,059 ,578 71	,067 ,084 71	,206 ,065 71	-,220 ,563 71	,070 ,036 71	-,249* ,311 71	-,122 ,015 71	-,288* ,028 71	-,261* ,001 71	-,386** ,578 71	-,067 ,000 71	-,604**
IPC_ch ance	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	-,108 ,369 71	-,121 ,313 71	,501** ,000 71	,024 ,844 71	,121 ,314 71	-,348** ,003 71	-,562** ,000 71	1 ,054 71	-,230 ,030 71	,257* ,269 71	-,133 ,684 71	,049 ,017 71	,283* ,092 71	-,202 ,971 71	-,004 ,002 71	,013 ,914 71	-,266* ,025 71	-,257* ,031 71	-,306** ,010 71	-,030 ,807 71	-,644**	
PERF_ szemel yessta ndardo k	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	-,010 ,931 71	,273* ,021 71	-,132 ,273 71	,152 ,205 71	,164 ,171 71	,504** ,000 71	-,082 ,497 71	-,230 ,054 71	1 ,004 71	,339** ,001 71	,390** ,011 71	,299* ,822 71	,027 ,036 71	,250* ,000 71	,726** ,311 71	,122 ,803 71	-,030 ,266 71	-,134 ,023 71	-,270* ,082 71	-,208 ,126 71	-,183 ,460 71	,089 ,000 71
PERF_ aggoda lom	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	-,051 ,674 71	,063 ,602 71	,332** ,005 71	,055 ,647 71	,293* ,013 71	-,103 ,392 71	,303* ,010 71	,257* ,030 71	,339** ,004 71	1 ,031 71	,256* ,557 71	,071 ,000 71	,466** ,361 71	-,110 ,000 71	,635** ,000 71	-,424** ,000 71	-,329** ,005 71	-,382** ,001 71	-,609** ,000 71	-,403** ,000 71	-,255* ,032 71	-,482**
PERF_ szuloie lvaraso k	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	-,076 ,526 71	,108 ,370 71	,083 ,490 71	-,152 ,206 71	-,075 ,536 71	,120 ,320 71	-,059 ,624 71	-,133 ,269 71	,390** ,001 71	,256* ,031 71	1 ,000 71	,532** ,186 71	,159 ,398 71	,102 ,000 71	,708** ,669 71	-,052 ,811 71	,029 ,104 71	-,195 ,007 71	-,316** ,013 71	-,293* ,525 71	-,077 ,870 71	,020 ,000 71
PERF_ szuloik ritikak	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	,116 ,334 71	,159 ,187 71	,021 ,861 71	-,041 ,734 71	-,091 ,450 71	,107 ,375 71	,067 ,578 71	,049 ,684 71	,299 ,011 71	,071 ,557 71	,532** ,000 71	1 ,295 71	,126 ,079 71	,210 ,000 71	,625** ,723 71	-,043 ,039 71	,246 ,900 71	-,015 ,068 71	-,218 ,482 71	-,085 ,509 71	,080 ,595 71	-,064 ,000 71
PERF_ ketseg ek	Pears on Corr.	-,034 ,022 71	,022 ,462**	,462** ,020 71	,020 ,266*	,266* ,096 71	-,096 ,206 71	,206 ,283 71	,283 ,027 71	,027 ,466**	,466** ,159 71	,159 ,126 71	1 ,307**	-,307** ,377**	,377** ,263 71	-,263 ,033 71	,033 ,069 71	-,069 ,189 71	-,189 ,112 71	-,112 ,023 71	-,023 ,231 71	-,231 ,000 71	-,231 ,000 71

	Sig. (2-t.) N	,775 71	,855 71	,000 71	,871 71	,025 71	,426 71	,084 71	,017 71	,822 71	,000 71	,186 71	,295 71		,009 71	,001 71	,027 71	,788 71	,565 71	,114 71	,351 71	,850 71	,053 71
PERF_ szerve zettseg	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	,020 71	,003 71	-,279* 71	,160 71	-,123 71	,409** 71	-,220 71	-,202 71	,250* 71	-,110 71	,102 71	,210 71	-,307** 71	1 71	,316** 71	,002 71	-,096 71	,085 71	,000 71	-,160 71	-,052 71	,112 71
PERF_ osszes	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	-,014 71	,196 71	,126 71	,062 71	,139 71	,281* 71	,070 71	-,004 71	,726** 71	,635** 71	,708** 71	,625** 71	,377** 71	,316** 71	1 71	-,188 71	-,072 71	-,236** 71	-,498** 71	-,384** 71	-,173 71	-,173 71
DAS_k ulsoeli smeres	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	,168 71	,260* 71	-,239* 71	-,004 71	-,025 71	,243* 71	-,249* 71	-,357** 71	,122 71	-,424** 71	-,052 71	-,043 71	-,263* 71	,002 71	-,188 71	1 71	,297* 71	,306** 71	,338** 71	,431** 71	,314* 71	,560** 71
DAS_s zeretet tseg	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	-,224 71	,058 71	-,080 71	-,246* 71	-,092 71	,131 71	-,122 71	,013 71	-,030 71	-,329** 71	,029 71	,246* 71	,033 71	-,096 71	-,072 71	,297* 71	1 71	,333** 71	,318** 71	,382** 71	,401* 71	,303* 71
DAS_t eljesit meny	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	-,031 71	-,040 71	-,280* 71	-,097 71	-,016 71	,008 71	-,288* 71	-,266** 71	-,134 71	-,382** 71	-,195 71	-,015 71	-,069 71	,085 71	-,236* 71	,306** 71	,333** 71	1 71	,374** 71	,468** 71	,226 71	,304** 71
DAS_p erfekci onizmu s	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	-,073 71	-,023 71	-,370** 71	,024 71	-,151 71	,034 71	-,261* 71	-,257* 71	-,270* 71	-,609** 71	-,316** 71	-,218 71	-,189 71	,000 71	-,498** 71	,338** 71	,318** 71	,374** 71	1 71	,468** 71	,476* 71	,534** 71
DAS_jo goselv arasok	Pears on Corr. Sig. (2-t.) N	,000 71	,152 71	-,254* 71	-,039 71	,082 71	,005 71	-,386** 71	-,306** 71	-,208 71	-,403** 71	-,293* 71	-,085 71	-,112 71	-,160 71	-,384** 71	,431** 71	,382** 71	,468** 71	,468** 71	1 71	,485* 71	,472** 71

DAS_o mnipot encia	Pears	,053	,109	-,140	,002	-,127	,030	-,067	-,030	-,183	-,255 [*]	-,077	,080	-,023	-,052	-,173	,314 ^{**}	,401 ^{**}	,226	,476 ^{**}	,485 ^{**}	1	,343 ^{**}
	on																						
	Corr.																						
	Sig. (2-t.)	,659	,367	,244	,986	,293	,805	,578	,807	,126	,032	,525	,509	,850	,667	,149	,008	,001	,058	,000	,000		,003
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71
DAS_k ulsoko ntrolla utono mia	Pears	,099	,156	-,458 ^{**}	-,037	-,283 [*]	,347 ^{**}	-,604 ^{**}	-,644 ^{**}	,089	-,482 ^{**}	,020	-,064	-,231	,112	-,173	,560 ^{**}	,303 [*]	,304 ^{**}	,534 ^{**}	,472 ^{**}	,343 [*]	1
	on																						
	Corr.																						
	Sig. (2-t.)	,413	,195	,000	,759	,017	,003	,000	,000	,460	,000	,870	,595	,053	,352	,148	,000	,010	,010	,000	,000	,003	
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71

- 2. melléklet – Független mintás t-próba

Leíró statisztikák

	krónikus_beteg	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
MHLC_belsoadottsag	igen	37	21,8108	6,03157	,99158
	nem	34	26,5588	3,75936	,64473
MHLC_veletlen	igen	37	14,0811	5,86600	,96436
	nem	34	13,0882	4,72497	,81033
MHLC_orvosok	igen	37	11,8649	3,51317	,57756
	nem	34	11,1471	2,70949	,46467
MHLC_egyebemberek	igen	37	10,0811	2,79263	,45911
	nem	34	9,3235	2,60210	,44626
IPC_internalitas	igen	37	33,6757	5,90694	,97109
	nem	34	35,0294	4,66116	,79938
IPC_powerfulothers	igen	37	22,0000	6,36832	1,04695
	nem	34	22,1765	5,07203	,86985
IPC_chance	igen	37	20,9189	5,92255	,97366
	nem	34	19,8235	4,86466	,83428
PERF_szemelyesstandardo k	igen	37	20,4324	5,32573	,87554
	nem	34	19,7059	4,87125	,83541
PERF_aggodalom	igen	37	19,1892	5,35328	,88007
	nem	34	18,8529	5,36053	,91932
PERF_szuloielvarasok	igen	37	11,1892	4,22189	,69407
	nem	34	10,5294	4,05444	,69533
PERF_szuloikritikak	igen	37	8,8108	3,97099	,65283
	nem	34	7,9706	4,01124	,68792
PERF_ketsegek	igen	37	9,9459	3,02715	,49766
	nem	34	10,1471	2,72065	,46659
PERF_szervezettseg	igen	37	22,5676	4,32397	,71086
	nem	34	22,7941	2,57940	,44236
PERF_osszes	igen	37	92,1351	14,62905	2,40500
	nem	34	90,0000	14,90373	2,55597
DAS_kulsoelismeres	igen	37	,0541	2,96222	,48699
	nem	34	,4412	3,08654	,52934
DAS_szeretettseg	igen	37	-,7568	3,33671	,54855
	nem	34	-1,2353	3,42945	,58815
DAS_teljesitmeny	igen	37	2,1081	5,02651	,82635
	nem	34	1,6765	3,90587	,66985
DAS_perfekcionizmus	igen	37	-,5946	3,85472	,63371
	nem	34	,3824	2,61713	,44883
DAS_jogoselvarasok	igen	37	-2,5135	3,51680	,57816
	nem	34	-2,7353	3,45805	,59305

DAS_omnipotencia	igen	37	-2,2973	3,63520	,59762
	nem	34	-1,7059	2,81263	,48236
DAS_kulsokontrollautonomi	igen	37	-,6216	4,25148	,69894
a	nem	34	,7353	4,52809	,77656

Független mintás t-próba a csoportok összehasonlítására az alskákák tekintetében

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Differe nce	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
MHLC _belso adotts ag	Equal variances assumed E.v. not a.	9,521	,003	-3,939 -4,014	69 60,983	,000 ,000	-4,74801 -4,74801	1,2052 9 1,1827 6	-7,15251 -7,11309	-2,34352 -2,38293
MHLC _veletl en	E. v. assumed E.v. not a.	2,050	,157	,781 ,788	69 67,872	,437 ,433	,99285 ,99285	1,2711 7 1,2596 1	-1,54306 -1,52076	3,52875 3,50645
MHLC _orvos ok	E. v. assumed E.v. not a.	7,808	,007	,958 ,968	69 67,044	,341 ,336	,71781 ,71781	,74940 ,74128	-,77720 -,76178	2,21281 2,19739
MHLC _egye bembe rek	E. v. assumed E.v. not assumed	,002	,963	1,180 1,183	69 68,984	,242 ,241	,75755 ,75755	,64219 ,64025	-,52359 -,51972	2,03869 2,03483
IPC_in ternalit as	E.v. assumed E.v. not assumed	,716	,400	-1,066 -1,076	69 67,505	,290 ,286	-1,35374 -1,35374	1,2703 9 1,2577 9	-3,88809 -3,86395	1,18062 1,15648
IPC_p owerfu lothers	E.v. assumed E.v. not assumed	1,645	,204	-,128 -,130	69 67,676	,898 ,897	-,17647 -,17647	1,3742 7 1,3611 5	-2,91806 -2,89284	2,56511 2,53990
IPC_c hance	E.v. assumed E.v. not assumed	,485	,489	,847 ,854	69 68,177	,400 ,396	1,09539 1,09539	1,2929 2 1,2822 0	-1,48392 -1,46308	3,67470 3,65386

PERF E.v. _szem assumed elyesst E.v. not andard assumed ok	,033	,857	,598	69	,552	,72655	1,2147 8	-1,69688	3,14998
			,600	68,999	,550	,72655	1,2101 6	-1,68766	3,14076
PERF E.v. _aggo assumed dalom E.v. not assumed	,026	,873	,264	69	,792	,33625	1,2726 0	-2,20251	2,87501
			,264	68,480	,792	,33625	1,2726 7	-2,20300	2,87550
PERF E.v. _szuloi assumed elvara E.v. not sok assumed	,027	,869	,670	69	,505	,65978	,98416	-1,30357	2,62313
			,672	68,859	,504	,65978	,98246	-1,30024	2,61980
PERF E.v. _szuloi assumed kritikak E.v. not assumed	,022	,882	,886	69	,379	,84022	,94797	-1,05092	2,73137
			,886	68,371	,379	,84022	,94838	-1,05205	2,73249
PERF E.v. _ketse assumed gek E.v. not assumed	,121	,729	-,293	69	,770	-,20111	,68530	-1,56825	1,16602
			-,295	68,970	,769	-,20111	,68218	-1,56204	1,15981
PERF E.v. _szerv assumed ezetts E.v. not eg assumed	8,056	,006	-,265	69	,792	-,22655	,85448	-1,93119	1,47809
			-,271	59,540	,788	-,22655	,83726	-1,90158	1,44848
PERF E.v. _ossz assumed es E.v. not assumed	,134	,716	,609	69	,545	2,13514	3,5067 6	-4,86066	9,13093
			,608	68,256	,545	2,13514	3,5095 6	-4,86760	9,13787
DAS_k E.v. ulsoeli assumed smere E.v. not s assumed	,428	,515	-,539	69	,592	-,38712	,71801	-1,81951	1,04526
			-,538	67,908	,592	-,38712	,71927	-1,82245	1,04820
DAS_s E.v. zeretet assumed tseg E.v. not assumed	,302	,584	,596	69	,553	,47854	,80331	-1,12402	2,08110
			,595	68,128	,554	,47854	,80425	-1,12627	2,08335
DAS_t E.v. eljesit assumed meny E.v. not assumed	2,384	,127	,401	69	,689	,43164	1,0750 7	-1,71307	2,57634
			,406	67,201	,686	,43164	1,0637 5	-1,69149	2,55477

DAS_ E.v. perfek cioniz mus	E.v. assumed E.v. not assumed	5,028 	,028 	-1,238 -1,258	69 63,692	,220 213	-,97695 -,97695	,78894 ,77656	-2,55083 -2,52845	,59694 ,57455
DAS_j ogose varaso k	E.v. assumed E.v. not assumed	,792 	,377 	,268 268	69 68,673	,790 790	,22178 22178	,82883 ,82824	-1,43170 -1,43065	1,87526 1,87421
DAS_ E.v. omnip otenci a	E.v. assumed E.v. not assumed	2,210 	,142 	-,762 -,770	69 67,112	,449 444	-,59141 -,59141	,77631 ,76800	-2,14011 -2,12431	,95728 ,94148
DAS_k ulsoko ntrolla utono mia	E.v. assumed E.v. not assumed	,324 	,571 	-1,302 -1,299	69 67,510	,197 198	-1,35692 -1,35692	1,0419 6 1,0447 8	-3,43557 -3,44201	,72174 ,72818

- 3. melléklet – Kétszemponos független mintás varianciaanalízis
 - a. IPC véletlen

Dependent Variable: IPC_chance

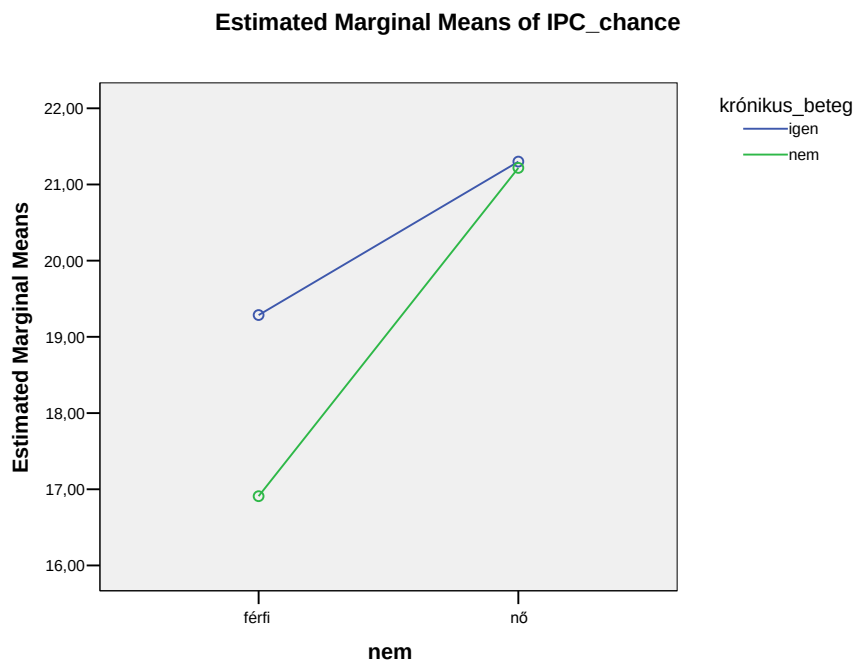
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	182,407(a)	3	60,802	2,164	,100
Intercept	19948,655	1	19948,655	709,973	,000
nem	128,712	1	128,712	4,581	,036
krónikus_beteg	19,473	1	19,473	,693	,408
nem * krónikus_beteg	16,944	1	16,944	,603	,440
Error	1882,551	67	28,098		
Total	31596,000	71			
Corrected Total	2064,958	70			

a R Squared = ,088 (Adjusted R Squared = ,048)

Dependent Variable: IPC_chance

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Contrast	128,712	1	128,712	4,581	,036
Error	1882,551	67	28,098		

The F tests the effect of nem. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.



o b. DAS külső elismerés igénye

Dependent Variable: DAS_kulsoelismeres

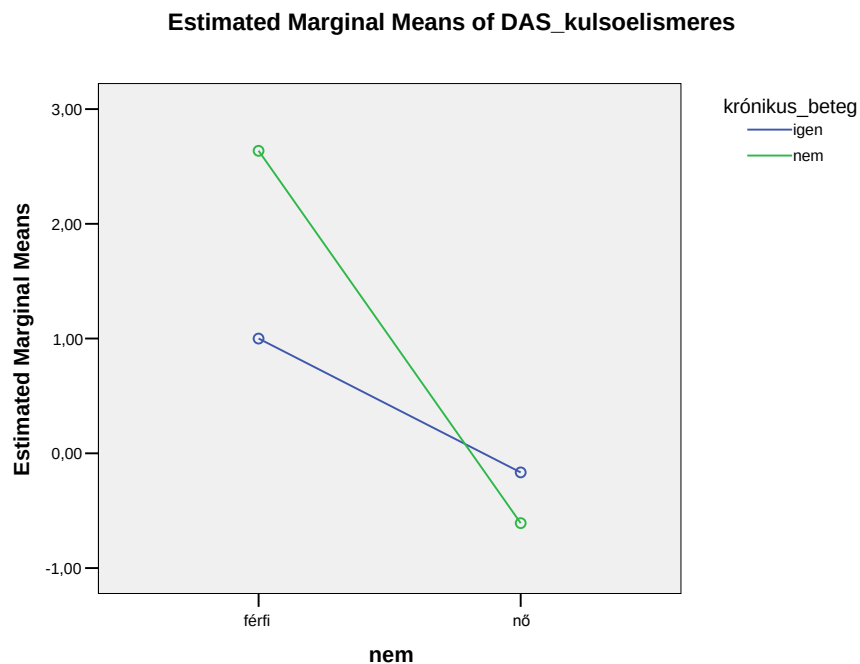
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	88,739(a)	3	29,580	3,642	,017
Intercept	26,355	1	26,355	3,245	,076
nem	62,668	1	62,668	7,716	,007
krónikus_beteg	4,593	1	4,593	,565	,455
nem * krónikus_beteg	13,909	1	13,909	1,712	,195
Error	544,190	67	8,122		
Total	637,000	71			
Corrected Total	632,930	70			

a R Squared = ,140 (Adjusted R Squared = ,102)

Dependent Variable: DAS_kulsoelismeres

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Contrast	62,668	1	62,668	7,716	,007
Error	544,190	67	8,122		

The F tests the effect of nem. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.



- c. DAS külső kontroll, szemben az autonómia és a belső kontroll igényével

Dependent Variable: DAS_kulsokontrollautonomia

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	232,816(a)	3	77,605	4,613	,005
Intercept	34,713	1	34,713	2,063	,156
nem	157,873	1	157,873	9,384	,003
krónikus_beteg	30,236	1	30,236	1,797	,185
nem * krónikus_beteg	22,609	1	22,609	1,344	,250
Error	1127,128	67	16,823		
Total	1360,000	71			
Corrected Total	1359,944	70			

a R Squared = ,171 (Adjusted R Squared = ,134)

Dependent Variable: DAS_kulsokontrollautonomia

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Contrast	157,873	1	157,873	9,384	,003
Error	1127,128	67	16,823		

The F tests the effect of nem. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

Estimated Marginal Means of DAS_kulsokontrollautonomia

