

PPKE Pszichológia Intézet

Pajzsmirigybetegeggel élő nők életminősége
a társas támogatás, a megküzdés
és a kontrollérzet függvényében

Kollerits Eliza Mónika

Dr. Matuszka Balázs

Egyetemi adjunktus

2022

Tartalom	
Absztrakt.....	4
1. Bevezető.....	5
1.1. Krónikus betegek életminősége	9
1.2. Pajzsmirigybetegek életminősége	11
1.3. Krónikus betegek és a társas támogatás, a megküzdés és a kontrollérzet	15
1.4. Pajzsmirigybetegek és a társas támogatás, a megküzdés és a kontrollérzet.....	17
1.5. Krónikus betegek és az adherencia	17
1.6. Pajzsmirigybetegek és az adherencia	19
2. Hipotézisek.....	21
3. Módszer.....	22
3.1. Vizsgálati személyek	22
3.2. Eljárás	22
3.3. Eszközök	23
3.3.1. Thyroid-Related Quality of Life Measure (ThyPRO) – ThyPRO39hu	23
3.3.2. Betegségkogníció Kérdőív módosított változata (IPQ-R).....	23
3.3.3. Társas Támogatás Kérdőív.....	24
3.3.4. Megküzdési MódoK kérdőív (MMK).....	24
3.3.5. Morisky 8-pont gyógyszeres kezelés beteg-együttműködést mérő kérdőíve (MMAS-8)	25
3.3.6. Többdimenziós Egészség-kontrollhely Skála – C-Forma (MHLC-C-H). 25	
3.4. Statisztikai elemzések	25
4. Eredmények	26
4.1. Leíró statisztika	26
4.2. Hipotézis-vizsgálatok	27
5. Megvitatás.....	29
5.1. Hypothyreosis és Hashimoto-thyreoditis	32
5.2. Hyperthyreosis és Graves-Basedow-kór	32
5.3. Limitációk	33
5.4. Kitekintés	34
6. Köszönetnyilvánítás	Hiba! A könyvjelző nem létezik.
7. Irodalomjegyzék.....	35
8. Mellékletek.....	Hiba! A könyvjelző nem létezik.

Absztrakt

Háttér: A 2019-ben készült Európai lakossági egészségfelmérés eredményei alapján a nők 51%-át érint valamilyen krónikus betegség hazánkban. A pajzsmirigybetegeket – bár több, mint 650.000 nőt érintett 2019-ben a KSH szerint – nem vizsgálta egyik életminőségi kutatás sem Magyarországon, pedig indokolt lenne.

Célok: A kutatás célja a pajzsmirigybetegek klinikai egészségpszichológiai mutatóinak feltérképezése, különös tekintettel a kontrollérzet, a társas támogatás, valamint a megküzdés mutatóira. Célunk, hogy a betegcsoport életminőségét befolyásoló tényezők feltárára kerüljenek, majd ezen eredmények alapján kidolgozott új terápiás módszerek a gyógyszeres kezelés kiegészítéseként segíthessék a pajzsmirigybetegek életminőségének javítását, csökkentve ezáltal az ellátórendszerre háruló terheket. Az adherencia mértékének feltérképezésével, majd a háttérben meghúzódó összefüggések feltárával javítható lehet a gyógyszereszedési hajlandóság, és ezáltal az életminőség is.

Módszer: Az online adatgyűjtést követően 1058 magyar nő (18–74 év, $M = 36,2$ $SD = 10,93$) adata került elemzésre. A személyek négy csoportba kerültek: hypothyreosis (392 fő), Hashimoto-thyreoiditis (588 fő), hyperthyreosis (36 fő), Graves-Basedow-kór (42 fő). Használt kérdőívek: Thyroid-Related Quality of Life Measure, Betegségkogníció Kérdőív módosított változata, Társas Támogatás Kérdőív, Megküzdési MódoK Kérdőív, Morisky 8-pont gyógyszeres kezelés beteg-együttműködést mérő kérdőív, Többdimenziós Egészség-kontrollhely Skála – C-Forma.

Eredmények: A kutatás eredményei között szerepel, hogy a különböző pajzsmirigybetegeknél szenvedő nők életminősége a változatos tünetek ellenére nem tér el egymástól. Fontos eredmény még, hogy az életminőséget befolyásolja a társas támogatás mértéke, illetve az adherencia mértéke is. A kórházi és az online minta között nem volt különbség adherencia tekintetében, ami a kórházi minta megbízhatóságát jelzi.

Következtetések: Látható, hogy a betegek számára szükséges egy szociálisan támogató és megtartó közeg, hogy segítse őket a gyógyulásban vagy a betegség szinten tartásában. Pszichológusként, egészségügyi dolgozóként ebben támogathatjuk őket, hiszen változatos tünetekkel kell megküzdniük. A megküzdési stratégiák fejlesztése és az egészségpszichológiai prevenció és felvilágosítás nagy hatással bírhat a pajzsmirigybetegek ellátásában és támogatásában, illetve az egyéni terápiákban is.

1. Bevezető

A 2010-ben készült EuroVaQ (European Value of a Quality Adjusted Life Year – A minőséggel korrigált életév európai értéke) felmérés alapján a magyar lakosság általános egészségi állapota egyértelműen elmarad a többi országtól – a vizsgált tizenhét ország közül a legrosszabbak között szerepel (Thaiföld és Dél-Korea mellett) (Baji és mtsai, 2015). A Központi Statisztikai Hivatal által kiadott 2019. évi Európai lakossági egészségfelmérés eredményeiről készült összefoglaló írásban szerepel, hogy 2019-ben a magyar lakosság 48%-a élt krónikus betegséggel – és a nők 51%-a, ami közel 5.000.000 embert érintett (KSH, 2019). Krónikus betegcsoportokat rendszeresen vizsgálnak hazánkban, azonban ebben a pajzsmirigybetegek populáció eddig még nem vett részt.

2019-ben 755.623 pajzsmirigybeteget regisztrált a Központi Statisztikai Hivatal, ebből 632.673 nő. A pajzsmirigy rendellenes működésén alapuló megbetegedések prevalenciája és incidenciája növekvő tendenciát mutatott 1999 és 2019 között hazánkban (KSH Tájékoztatási adatbázis, 2022). Annak ellenére, hogy a pajzsmirigybetegeket akár népbetegségként is említhetjük, hazánkban és nemzetközileg is viszonylag kevés pszichológiai kutatás irányul a területre. Azonban a hormonrendszer – beleértve a pajzsmirigyet is - rengeteg pszichés és szomatikus tényezőt befolyásol pl. fertilitást (Urmí és mtsai, 2015; Koyada és Orsu, 2020), de testsúlynövekedésen vagy -csökkentésen keresztül önbizalomhiányt és szégyenérzetet is előidézhethet (Nexo, 2015). A nem megfelelő hormonszintek akár pszichiátriai tüneteket is okozhatnak pl. depressziót (Whybrow, 1996 id. Constant és mtsai, 2005), valamint a kezeletlen pajzsmirigyzavarok együtt járást mutatnak borderline személyiségzavarral és bipoláris zavarral is (Calento és mtsai, 2012).

A szakirodalom feldolgozása során egyértelművé vált, hogy ez a betegség jelentős populációt érint, és jelentős életminőség-csökkentést vonhat maga után, valamint meghatározhatja a mentális egészség általános színvonalát az érintettek között. A pajzsmirigybetegekkel küzdők pszichés állapotának, életminőségének, adherenciájának és megküzdési stratégiáinak megismerése jelentősen támogathatja a betegek egészségügyi ellátását, hiszen a mentális és a fizikai egészség szoros kapcsolatban állnak egymással (WHO, 1946). A pajzsmirigybetegek pszichés megküzdési potenciáljairól specifikusan még kevés ismeret áll rendelkezésre, így a kutatással nemcsak a gyakorlati

törekvések támogatása lehetséges intervenciókon keresztül, de a hazai és nemzetközi szakirodalmat is bővíteni tudjuk.

A pajzsmirigy megbetegedéseinek áttekintése röviden

A kutatásban a négy leggyakoribb, és legegységértelműbben diagnosztizálható pajzsmirigybetegséget vizsgáltuk. A *hypothyreosis* (pajzsmirigy alulműködés) esetében a pajzsmirigy csökkent működése miatt alacsony hormonszint lép fel. Kialakulhat jóddhiány miatt, de a pajzsmirigyszövet pusztulása, vagy különböző gyógyszerek (pl. a lithium, amelyet bipoláris betegeknél használnak és a phenylbutazon) is okozhatják. Családi halmozódása ismert, de spontán is kialakulhat minden külső hatás nélkül, illetve a pajzsmirigy műtéti úton történő eltávolítása után is létrejöhet. Számos tünettel rendelkezik, amik változatosan fordulnak elő a betegek között. Ide tartoznak a lelki tünetek, pl. rossz közérzet, idegesség, feszültség érzés, hangulat ingadozása, levertség, feledékenység, kognitív funkciók romlása, koncentrációs készség csökkenése; és a testi tünetek, pl. az anyagcsere lassulása (székrekedés; hirtelen, látszólag ok nélküli testsúlynövekedés), fáradékonyság (ezzel egyidőben álmatlanság), kiszáradt bőr, hajhullás, hideg kezek, lábak, menstruációval kapcsolatos problémák, termékenységi problémák, szexuális vágy csökkenése (Moini, Pereira és Samsam, 2020).

A *Hashimoto-thyreoditis* (autoimmun pajzsmirigy alulműködés/gyulladás) kialakulását négy részre lehet bontani. Az első a túlműködő stádium, más néven hyperfunkciós szakasz. A túlműködés azért jön létre, mert az autoimmun reakció miatt a test pusztítani kezdi a pajzsmirigy sejtjeit, így a kevesebb sejt intenzívebben kezd hormont termelni. A következő az alulműködő stádium, más néven hypofunkciós szakasz. Itt a sejtek pusztulása már olyan mértékű, hogy nem tudnak elég hormont termelni, kialakul a pajzsmirigy alulműködés. Az utolsó szakasz a regenerációs stádium, amikor a test regenerálódni próbál. Ha a regenerációs szakasz sikeres, akkor kialakulhat egy euthyroid állapot (a pajzsmirigy normál működésre áll vissza). Gyakoribb ennél, hogy a regenerációs szakasz sikertelen, ekkor végleges pajzsmirigy alulműködés marad fenn. Változatos testi, lelki tünetekkel jár, amik hasonlóak a nem autoimmun alulműködéshez: hajhullás, fáradékonyság, ingerlékenység, testsúly növekedés, koncentrációs zavarok (Moini, Pereira és Samsam, 2020).

Hyperthyreosis (pajzsmirigy túlműködés) a pajzsmirigy fokozott működése miatt alakul ki. A betegség lényege, hogy a pajzsmirigy megnövekedett működése miatt túl magas hormonszint lép fel a vérben. Kialakulhat túl sok jódd bevétele miatt, genetikailag

örökölhető, illetve pszichoszomatikus betegségként is számontartják. Számos tünettel rendelkezik, lelki is testi tünetekkel egyaránt. A lelki tünetek közé tartozik az idegesség, feszültség érzés, hangulat ingadozása, álmatlanság, szorongás, koncentrációs készség zavar. A testi tünetek közé tartozik az anyagcsere gyorsulása (hasmenés; hirtelen és gyors fogyás, annak ellenére, hogy az egyén étkezési szokásai nem változtak), szapora pulzus, emelkedett vérnyomás, hajhullás, körmök törése, forróság érzet, hőhullámok, izzadás, kézremegés, menstruációval kapcsolatos problémák, termékenységi problémák, libidó csökkenés (Moini, Pereira és Samsam, 2020).

A *Graves-Basedow kór* (autoimmun pajzsmirigy túlműködés) a pajzsmirigy túlműködéses esetek 60%-át teszi ki. A betegség lényege, hogy a pajzsmirigy gyulladása miatt megváltozik a pajzsmirigy működése. Kezdetben gyakran rejtett a betegség, és csak más tünetekből veszik észre (pl. a szemtünetből). Nők esetében gyakoribb (női férfi arány 5:1). Oka lehet genetikai öröklődés, családi halmozódás vagy környezeti tényezők (pl. stressz, dohányzás). Változatos, de egyértelmű tünetek jellemzik. A testi tünetek közé tartozik a strúma megjelenése (a pajzsmirigy fizikai megnagyobbodása, ami gyakran jól látható a nyakon), a szemtünetek (a szem kidülledése, lefelé tekintéskor a felső szemhéj elmarad, nem mozdul lefelé, illetve a lassú pislogás), az erős szívdobogás és a felgyorsult anyagcsere. A lelki tünetek hasonlóak a hyperthyreosis-hoz: idegesség, érzelmi labilitás, ingerlékenység (Moini, Pereira és Samsam, 2020).

Mindegyik említett betegség diagnózisa elsősorban vérvétellel történik. Az általában ellenőrzött szintek: a TSH (pajzsmirigy stimuláló hormon), az fT4 (tiroxin szabad frakció), az fT3 (trijód-tironin szabad frakció) és az anti-TPO (antitest a tireoperoxidáz ellen). A diagnózis kiegészítése történhet továbbá ultrahanggal, fizikális vizsgálattal (tapintással), biopsziával (szövet mintavétellel) vagy izotóp vizsgálattal is.

A pajzsmirigybetegségek és pszichés tényezők összefüggései röviden

A pajzsmirigyhormonok kritikus szerepet játszanak a felnőtt agy anyagcsere tevékenységében. A pajzsmirigybetegségek neuropszichiátriai korrelátumai már régóta ismertek, azonban csak a közelmúltban terjedtek el az olyan módszerek, mint például a funkcionális agyi képalkotó módszerek, amelyek megkönnyítik a pajzsmirigyhormon-anyagcsere vizsgálatát. Bár a pajzsmirigyhormonok felnőttkori agyban betöltött szerepe még nem tisztázott, egyértelmű, hogy optimális pajzsmirigyműködés nélkül hangulati zavarok, kognitív zavarok és egyéb pszichés tünetek jelentkezhetnek. Emellett a laboratóriumi mérések a vérvételek nem feltétlenül jellemzik megfelelően a központi

pajzsmirigy anyagcserét (Bauer és mtsai, 2008).

A fellelhető nemzetközi kutatások kiterjednek a pajzsmirigybetegségek pszichiátriai zavarokkal való összefüggéseire. A hypothyreosis összefügghet depresszió kialakulásával (Burmeister és mtsai, 2001; Whybrow, 1996 id. Constant és mtsai, 2005; Zavareh és mtsai, 2016; Guimarães és mtsai 2009; Almeida és mtsai, 2007; Krysiak, Marek és Okopien, 2018), illetve szorongással (Almeida és mtsai, 2007), továbbá borderline személyiségzavarral és a bipoláris zavarral is (Calento és mtsai, 2012). A Hashimoto-thyreoditis-sel diagnosztizált betegeknek (ha nincsen megfelelően kezelve a betegség), akkor nagyobb esélyük van arra, hogy depresszió, szorongás vagy borderline személyiségzavar alakuljon ki náluk (Siegmann és mtsai, 2018; Geraciotti és mtsai, 2003; Kirim és mtsai, 2012).

A betegség sokszor autoimmun folyamattal jár. Az ehhez kapcsolódó hormonmarkerek az unipoláris és a bipoláris depresszió kialakulását is jelezhetik (Degner, Haust, Meller, Rüther és Reulbach, 2015; Pop és mtsai, 1998), illetve a borderline személyiségzavar és a bipoláris zavar is összefüggést mutat ezen hormonokkal (Calento és mtsai, 2012).

A hyperthyreosis összefügghet szorongással, a bipoláris zavarral, ADHD-val és öngyilkossági hajlammal (Zader, Williams, Buryk, 2019). Szubklinikus hyperthyreosis-t összefüggésbe hoztak depresszív tünetekkel (Blum és mtsai, 2016; Hong, Noh és Him, 2018). A pajzsmirigy túlműködéssel élőknel megnő a pszichiátriai diagnózisok miatt történő kórházi kezelés és antipszichotikumokkal, antidepresszánsokkal és anxiolitikumokkal kezelik őket, mind a pajzsmirigy túlműködés diagnózisa előtt, mind azt követően (Brandt és mtsai, 2014).

Graves-Basedow kór esetében kevesebb forrás fellelhető (a területenként eltérő elnevezés nehezíti a keresést, angol nyelvterületen a „Graves disease” elnevezés elterjedt, míg az európai kontinensen a „Basedow-kór” kifejezést használják). A hangulati zavarok és a szorongás gyakoribb ebben a betegcsoportban nők esetében (Bunevicius, Velickiene, Prange, 2005). A szorongás mellett a depresszió jelenléte is igazolódott (Bové és mtsai, 2014).

A hazánkban fellelhető kevés forrás között szerepel egy a pajzsmirigybetegek általános mentális egészségéről és néhány endokrin betegség neurológiai és pszichiátriai vonatkozásáról szóló szakcikk. Felnőttkorban a depresszió és a demencia kockázata megnő, de csaknem minden pajzsmirigy túlműködéssel diagnosztizált betegnél

megjelennek minor pszichiátriai tünetek – ritkábban kialakulhat demencia, konfúziós állapot, pszichózis, depresszió. Különböző mentális zavarokat lehet kezelni pajzsmirigyhormonokkal, mivel gyakran a pajzsmirigy diszfunkció miatt alakul ki a pszichés zavar (Aszalós, 2007).

Több forrás is egyetért abban, hogy a szorongásos, depressziós és egyéb pszichiátriai zavarokkal diagnosztizált betegeket érdemes pajzsmirigybetezségre tesztelni (Fischer, 2017; Guimaraes, Lopez, 2008), hiszen gyakori a komorbiditás, és ebben az esetben nem kell antidepresszánsokkal, antipszichotikumokkal kezelni, a panaszok akár a hormonszintek rendezésével is megszüntethetők.

Korábbi hazai kutatásunkban is fontos eredményeket kaptunk a pajzsmirigybetegek személyiségkonstellációval kapcsolat: szignifikánsan magasabb volt a pajzsmirigy alulműködéssel diagnosztizált betegek érzelmi labilitás, impulzivitás, és agresszió pontszáma, valamint több ADHD-tünetet is mutattak, mint az egészséges, nem pajzsmirigybeteg kontrollcsoport. A Hashimoto-thyreoditis csoport esetében az érzelmi labilitás, az agresszió és azt ADHD-tünetek esetében látszott a különbség. Pajzsmirigy túlműködéssel diagnosztizált betegek érzelmileg instabilabbnak mutatkoztak a kutatás alapján, mint a kontrollcsoport. A többi vizsgált változóra irányult különbség sem itt, sem a Graves–Basedow–kórral diagnosztizált csoportban nem került megerősítésre (Kollerits és Matuszka, 2021). Ez a tanulmány is megerősítette, hogy a pajzsmirigybetezség és a pszichés tényezők összefüggenek, és ezért a betegcsoport tagjai támogatást igényelnek.

1.1. Krónikus betegek életminősége

A krónikus betegségeknek nevezzük a hosszú ideig, gyakran élethosszig tartó betegségeket, amelyek általában lassan súlyosbodnak, gyakran gyógyíthatatlanok és amelyek világszerte számos ember halálát okozzák. A Centers for Disease Control (Betegségellenőrzési Központ – CDC) a következő betegségeket sorolja a krónikus betegségek közé: szívbetegség, stroke, rák, 2-es típusú cukorbetegség, elhízás és ízületi gyulladás (CDC, 2016).

Krónikus betegséggel élők esetében az egészséggel összefüggő életminőség (röviden HRQoL, vagy health-related quality of life) egy fontos mérőszám, amely egyre nagyobb figyelmet kap, főleg az egészségpszichológiában (Urbán, 2017 idézi Márki, 2019). Az életminőség fogalma (röviden QOL, vagy quality of life) az Egyesült Államokban jött létre az 1960-as években. Azért vált érdekessé a kutatók számára, mert számos vizsgálat bizonyította, hogy az sokszor nem az objektív körülmények azok,

amikkel összefügg az életminőség, hanem ezeknek a szubjektív megélése (Lin és mtsai, 2013; Pais-Ribeiro, 2004; Tiringer, 2012 idézi Rigó és Kökönyei, 2014). Mivel a „klasszikus” életminőség számos aspektust magában foglal (többek között az anyagi jóllétet, az egészségességet, a biztonságot, szociális kapcsolatok meglétét, altruista törekvéseket, pl. másoknak segítség, tanulás, önbeteljesítés, az élet értelmességét alátámasztó jutalmazó, értelmesnek tartott munka vagy hivatás, kreatív önkifejezés, szórakozás, hobbik megléte) (Pais-Ribeiro, 2004 idézi Rigó és Kökönyei, 2014), így szükség volt egy jóval pontosabb definícióra az egészségügyben, amely leszűkíti az életminőséget csakis az egészségre vonatkoztatva (Lin és mtsai, 2013 idézi Rigó és Kökönyei, 2014). Ez a fogalom így elsősorban a megbetegedéseknek és az ellenük szánt kezeléseknak a jóllétre való hatását hivatott mérni. Az egészséggel összefüggő életminőség definíció szerint tehát: „beletartozik az, ahogyan a személy észleli az egészségi állapotát, s ahogyan reagál rá; illetve részét képezik az élet egyéb olyan aspektusai is, amelyek tartalmazznak egészséggel összefüggő tényezőket (fizikai, funkcionális, érzelmi, mentális jóllét), vagy amelyekre jelentős hatás gyakorolhat az egészségi állapot (munka, család, barátok, más élethelyzetek).” (Rigó és Kökönyei, 2014). Fontos mérőszám nem csak emiatt, hanem például egy fontos fokjelzője az orvos és a beteg eltérő gondolatainak, hiszen gyakran a javulás teljesen másként képződik le a betegben és az orvosban. Ez az kommunikációs zavar akár az adherencia csökkenéséhez is vezethet, hiszen a beteg hite „megrendül” az orvosban. Az életminőség tehát összességében segít abban, hogy szakemberként megértsük a beteg nézőpontját és érzéseit a kezeléssel és a betegségével kapcsolatban (Janse és mtsai, 2004 idézi Rigó és Kökönyei, 2014). A HRQoL-t befolyásolhatják a személy tapasztalatai, hiedelmei és elvárásai is és több aspektusát tartják számon, amik akár betegségenként is eltérhetnek.

Endometriózis esetében például ezek többek között a fizikai és mentális állapot, társas és szexuális működés, munkavégzés, betegséggel vagy kezeléssel kapcsolatos tünetek, pihenés és alvás (Jones és mtsai, 2004 idézi Márki, 2019). Cukorbetegség esetében egy kutatásban a Short Form Health Related Quality of Life Questionnaire (SF-36) kérdőívet használták, ez az általános életminőséget méri a népességben, a 14 éven felüli betegek számára készült. A depresszió előfordulási gyakorisága a cukorbetegek körében 24% volt, míg a nem cukorbetegek körében 17%, ez komorbiditásra is utalhat, ami számos krónikus betegség esetében jelen van. A depresszióban szenvedő cukorbetegek esetében különbséget találtak a rövid, egészséggel kapcsolatos

életminőségi kérdőív (SF-36) minden dimenziójában, összehasonlítva azokkal a cukorbetegségben szenvedőkkel, akik nem voltak depressziósak (Goldney és mtsai, 2004). Az étellel való elégedettség, az egészséggel kapcsolatos életminőség és a fizikai aktivitás témakörében egy friss kutatásban aorta-szűkülettel élő betegeket vizsgáltak, az állapot kezelése után. A veleszületett aorta billentyűszűkület miatt kezelt gyermekek és serdülők hasonló elégedettségről és egészséggel kapcsolatos életminőségről számoltak be, mint egészséges társaik, különbség nem volt kimutatható (Olofsson és mtsai, 2022).

A vizsgált dimenziók és a különböző krónikus betegségekhez kapcsolódó életminőség esetében fellelhető különbségek meglelte felhívja a figyelmet arra, hogy a betegségek változatos háttérrel, tünetekkel és lefolyással rendelkeznek, amik másképpen hatnak az életminőségre is. A kérdőívekben felmérhető észlelt, szubjektív életminőség vagy egészség rámutat arra, hogy az életminőség tulajdonképpen egy szubjektív mérőszám, amiről „az esetek túlnyomó többségében csak a személy maga tud beszámolni” (Urbán, 2017 idézi Márki, 2019). Bár a tünetek szubjektív észlelése egyénenként eltérhet, azok a faktorok, amik befolyásolhatják (javíthatják) az egészséghöz kapcsolódó életminőséget, hasonlóak a krónikus betegségekben.

1.2. Pajzsmirigybetegek életminősége

Bár a pajzsmirigybetegség klasszikus értelemben nem sorolható a krónikus betegségek közé, hiszen vannak esetek, amikor normalizálódik a pajzsmirigy működése akár spontán, akár hormonok, műtét, vagy egyéb kezelések hatására, de általánosságban elmondható, hogy a legtöbb pajzsmirigyrendellenesség élethosszig tartó gyógyszereszedéssel, diétával, kontrollal, de legalábbis következményekkel jár, így sokan hivatkoznak rá krónikus betegségként. Mivel a pajzsmirigynek számos, és rendkívül sokféle rendellenessége ismert – nemcsak az a négy jól elkülöníthető csoport, amelyet ez a kutatás vizsgált – így ezek az életminőség változására is eltérő mértékkel lehetnek.

A Hashimoto-thyreoditis-szel diagnosztizált betegcsoport esetében az életminőség a kialakult tünetek miatt változhat – leggyakrabban a hangulati zavarok, a fáradékonyság és egyéb, pajzsmirigy alulműködéssel kapcsolatos tünetek a befolyásolók (Groenewegen és mtsai, 2021 idézi Rigó, 2022). Ezen betegség esetében egyértelműen kimutatható az életminőség romlása, ami nem is feltétlen korrelál a hormonszintekkel (Groenewegen és mtsai, 2021; Ott és mtsai, 2011 idézi Rigó 2022). A hormonszintek és a szubjektív élmények különbségére hívja fel a figyelmet Datis Kharrazian is, a *Why Do I Still Have Thyroid Symptoms? When My Lab Tests Are Normal* (Miért vannak még

mindig pajzsmirigy tüneteim? Amikor a laborvizsgálataim eredményei normálisak) című kötet szerzője, aki kihangsúlyozza, hogy nem elégséges a hormonszinteket gyógyszerrel rendezni, ettől nem fognak a tünetek maradéktalanul megszűnni.

Míg hazánkban nem történt pajzsmirigybetegek életminőségére irányuló kutatás, azért a nemzetközi szakirodalomban néhány vizsgálat fellelhető. Ezek legfőképp a hormonpótlás és a gyógyszeres kezelések hatékonyságát és hatását vizsgálták az életminőségre, kiegészülve a pajzsmirigy műtéti úton történő eltávolításával, és azzal a kérdésfeltevéssel milyen területeken, milyen tünetekre hatva és milyen mértékben képesek javítani a betegcsoport életminőségét. A hormonpótlás hatékonysága megmutatkozott, hiszen egy kutatásban az eredmények között szerepel, hogy ha a betegeknek tiroxin (T4) pótlás történt, akkor javult az életminőség. Ez azonban sok közvetett hatást és mechanizmust is magában foglalhat, hiszen nem a hormonszintek referencia tartományon belüli értéke volt a mérvadó, hanem a betegség által kiváltott tünetek – értve ezalatt például pajzsmirigy alulműködés esetében a hormonpótlás hatására normalizálódott anyagcsere sebességét, aminek következtében megindult a fogyás, ami javította a betegek életminőségét (Al Quran és mtsai, 2020 idézi Rigó, 2022). A hormonpótlás hatását vizsgálta az életminőségre az a kutatás is, amiben szintetikus és természetes eredetű pajzsmirigyhormonokkal kezelték a betegeket. A Short Form–20 kérdőívvel mérték az életminőséget. A vizsgálati személyek több, mint 92%-a azt válaszolta, hogy "kiválóan, nagyon jól vagy jól" érzi magát, amikor a pajzsmirigypótlás alatt az egészségi állapotáról kérdezték őket (Tariq és mtsai, 2018).

Mivel a pajzsmirigy túlműködés esetében gyakori, hogy sem gyógyszerekkel (például a Magyarországon használt Metothyrin vagy Propylcil), sem jódot izotóp kezeléssel nem sikerül megfelelő mértékben csökkenteni a pajzsmirigy hormontermelését, így a beteg egészségének megőrzése érdekében – elkerülve például a túlműködéssel járó szív megterhelődést – a pajzsmirigy teljes egészében, vagy részlegesen eltávolításra kerül. A Hashimoto-thyreoditis esetében is gyakran döntenek emellett és ezzel kapcsolatban jóval több forrás fellelhető az életminőségre tett hatások vizsgálatában. A műtétek életminőség növelő hatással rendelkeznek, ugyanis a szerv hiányában a Hashimoto-thyreoditis-szel egyébként kéz a kézben járó autoimmun folyamaton is csökkennek – mindezek fényében a műtétnek nem tiszta hatása van az életminőségre, sokkal inkább az autoimmun folyamat csökkenése, és az autoantitestek hiánya mutat összefüggést a mérőszámmal (Bektas, Uysal és Ayhan, 2016 idézi Rigó,

2022). A kutatások alapján a műtét még akkor is javítja az életminőséget, ha látszólag nem indokolt, mert a beteg euthyroid állapotban van, sőt az egészségügyi kezelések összköltsége is láthatóan csökkent (Memeh és mtsai, 2021 idézi Rigó, 2022). Ezt erősíti meg egy mási kutatás is, amelyben a betegek életminősége javult a teljes pajzsmirigy-eltávolítás után és statisztikailag szignifikáns javulás volt látható a késői posztoperatív szakaszban (Dogan és mtsai, 2017).

Szintén Hashimoto-thyreoiditis betegcsoportot vizsgáltak egy másik kutatásban, ahol azt találták, hogy a hosszú távú levotiroxin pótlásban részesülő betegek tartós károsodást mutatnak mind a kognitív működésben, mind az általános jóllét, életminőség terén (Djurovic és mtsai, 2018). Ugyanezen betegcsoport életminőségét a szexuális funkciók tekintetében is vizsgálták. A kutatásban a női vizsgálati személyek 36%-a és a férfi vizsgálati személyek 31%-a számolt be a pajzsmirigybetegségnek tulajdonítható szexuális életben fellépő diszfunkcióról. A Hashimoto-thyreoiditis-ben szenvedő nők több károsodásról számoltak be, mint a nem autoimmun pajzsmirigybetegségben szenvedők. A Graves-Basedow-kórral diagnosztizált betegek esetében az olyan kovariánsok, mint pl. az alacsonyabb iskolai végzettség összefüggésbe volt hozható a szexuális élet romlásával. Azon betegek, akiknél a pajzsmirigybetegséggel összefüggő szexuális élet életminőségromlása jelen volt, azok az általános életminőség tekintetében is alacsonyabb értéket értek el. A vizsgálat egy longitudinális résszel is rendelkezett, itt az utánkövetés során hat hónapig követték a betegeket. Csak a nők esetében javult a szexuális élet, a férfiak esetében nem volt változás, illetve az egyes diagnózisok külön-külön történő elemzésénél statisztikailag szignifikánsan a Hashimoto-thyreoiditis-ben szenvedők esetében is javulás volt megfigyelhető, azonban a Graves-Basedow-kóros csoportban ez a tendencia nem volt jelen, ami arra utal, hogy a pajzsmirigyfunkció és a hormonszintek normalizálása nem volt elegendő a szexuális funkciók helyreállításához (Sawicka-Gutaj és mtsai, 2018).

A pajzsmirigybetegséggel diagnosztizált betegek esetében az életminőséget nem csak a betegség ténye, hanem a komorbiditási adatok is befolyásolják. Pajzsmirigy alulműködéssel kapcsolatban egy spanyol kutatásban az alábbi összefüggéseket találták: a komorbid állapotok közé tartozott a gégerák, a veleszületett rendellenességek, a pajzsmirigyrák, a pajzsmirigy túlműködés, a B12-vitamin vagy folsavhiányos vérszegénység és a golyva. A férfiakhoz további komorbid zavarok is társulnak, ezek a mentális zavarok, kardiovaszkuláris és neurológiai kórképek (Moratalla-Navarro, 2020).

Egy másik kutatásban pajzsmirigy alulműködéssel diagnosztizált nőket hasonlítottak össze egészséges nőkkel – ennek felmérésére a SF-12 kérdőívet használták, ami alkalmas egészséges és beteg vizsgálati személyek életminőség pontszámainak felmérésére. A betegek gyógyszeres kezelésben részesültek, így euthyroid állapotban kerültek felmérésre. Ennek ellenére szignifikáns különbség mutatkozott a két csoport között, mind a teszt mentális, mind a fizikális komponensében. A kovariánsok közül a testtömegindex (BMI) és az életkor is hatást mutatott az életminőség fizikai komponensére, de ezek korrekciója után a pajzsmirigy alulműködés még mindig összefüggött a rosszabb pontszámokkal (Romero-Gómez és mtsai, 2020).

Egy másik kutatásban pajzsmirigyrákos betegeket vizsgáltak. A betegség diagnosztizálása esetén a pajzsmirigy műtéti úton eltávolításra kerül, ennek egyik hozadéka lehet a HPT (magyarul hypoparathyreosis). Ez az állapot akkor áll fent, amikor a műtét miatt eltávolított pajzsmiriggyel együtt eltávolítják a mellékpajzsmirigyeket is, amik ennek következtében a parat hormont nem tudják megtermelni. Vannak azonban olyan esetek, amikor a pajzsmirigyét eltávolítják, de a mellékpajzsmirigyét érintetlenül hagyják. Ezt a két betegcsoportot hasonlították össze. A HPT-ben szenvedő pajzsmirigyrákos betegek a HPT nélküli pajzsmirigyrákos túlélőkhöz képest jelentősen csökkent életminőségről számolnak be. A pajzsmirigyrákos betegek életminőségének mérésekor figyelembe kell venni a HPT jelenlétét is (Büttner és mtsai, 2020).

Pajzsmirigy túlműködés felnőtteknél hangulati tünetekkel és csökkent életminőséggel jár (Brandt, 2014), továbbá súlyos munkaképtelenséggel is járhat, amit a 88%-kal megnövekedett rokkantsági nyugdíj kockázata is igazol – ez a munkaerő-piaci jövedelem jelentős csökkenése, és az életminőség alacsonyabb voltára is utal (Brandt, 2015).

A Graves-Basedow-kór esetében gyakran kialakuló tireotoxikózis többféle terápiával gyógyítható. Egy kutatásban a három terápiát (gyógyszeres kezelés, radiojód kezelés vagy műtéti úton történő eltávolítás) hasonlították össze, hogy mennyire vannak hatással az életminőségre. Az eredmények között szerepel, hogy a betegek terápiával és az étellel való elégedettsége nem különbözik kezelésenként típus szerint, ezért a klinikai és szociális tényezőkkel, valamint a beteg választásával és az erőforrások elérhetőségével együtt kell meghatározni, hogy a Graves-Basedow-kóros betegek melyik kezelési módot válasszák (Conaglen és mtsai, 2018). Ugyanez a betegség, illetve a pajzsmirigy túlműködés egy másik fajtája a toxikus göbös pajzsmirigy vagy golyva állt egy dán

kutatás középpontjában. Az eredmények között szerepel, hogy mindkét betegség súlyos betegségspecifikus és általános HRQoL-t okoz. Az életminőség csökkenés mindkét betegcsoportban fennállt a kezelés után hat hónappal is. Ezek az eredmények javíthatják az orvosok és a betegek közötti kommunikációt azáltal, hogy reális becsléseket adnak a várható életminőség csökkenésre és a kezelés hatásaira (Cramon és mtsai, 2016). Ugyanezen betegcsoportban a D vitamin hatását vizsgálták az életminőségre. A D vitamin pótlása szignifikánsan csökkentette a „Composite” pontszámot (ami az ebben a kutatásban használt ThyPRO összesített életminőség pontszáma, és minél alacsonyabb a pontszám, az életminőség annál magasabb) (Grove-Laugesen és mtsai, 2019). A Graves-Basedow-kór tünetei között van a TED (másnéven Graves-Orbitopathia – GO, angolul thyroid eye disease). Ez a betegséggel járó autoimmun folyamat eredménye, a szemkörüli izmok merevek lesznek, a szemek kidüllednek, a tekintet merevvé válik, de járhat akár szemgyulladással vagy kettőslátással is. Az állapot lelkiileg nagyon megterhelő lehet, hiszen a tekintet és az arc alapvető megváltozásáról beszéltünk, így az életminőségre negatív hatással van, emiatt több nemzetközi forrás is tünet-specifikus életminőség kérdőív létrehozását tűzte ki célul. Egy kutatás ezeket hasonlította össze. Általánosságban elmondható, hogy a nemzetközi szakirodalomban négyféle kérdőívet használtak a TED-betegek életminőségének értékelésére, ezek: általános egészséggel kapcsolatos kérdőívek, betegségspecifikus életminőség kérdőívek, látásspecifikus kérdőívek, és félig strukturált interjúkat (Lee és Sundar, 2020). A vizsgált kérdőívek egyike sem érhető el magyarul, így hazánkban a pajzsmirigybetegek betegségspecifikus életminőségének felméréséhez korlátozott eszközök érhetőek el.

Életminőséget vizsgáló kutatások hazánkban más betegségek esetében fellelhetők, azonban pajzsmirigybetegek esetében nem találtunk ilyen forrást, ami hiánypótló kutatások elvégzését teszi szükségessé. A kérdésfelvetés társadalmi jelentősége és gyakorlati haszna egyértelmű: a betegek életminőségének javítása, kontrollérzetük visszaadása és a megküzdési stratégiák fejlesztése jelentős terhet vehet le az egészségügyi rendszerről és javíthatja a betegek testi-lelki egészségi állapotát.

1.3. Krónikus betegek és a társas támogatás, a megküzdés és a kontrollérzet

Krónikus betegség diagnosztizálásakor a korábbi énkép sérül, anélkül, hogy kialakulna egy ugyanolyan értékes énkép, így a folyamatnak központi eleme a szelf elvesztése. Ebben az esetben a legfontosabb egy új, stabil identitás konstruálása, ahol a kontrollérzet és az autonómia központi szerepet tölthet be (Charmaz, 1983). A

betegségpercepció fontos része a kontroll – a betegség attribúciók közé tartozik a kontrollálhatóság és a stabilitás (Weiner, 1972). Lau és Hartman modelljében is megjelenik, mint a gyógyíthatóság, kezelhetőség szinonimája – ide tartoznak a beteg hiedelmei a felgyógyulásról, illetve krónikus betegség esetén a betegségtünetek feletti kontroll lehetőségei (Lau és Hartman, 1983). Egy 2004-es kutatás eredményei között szerepel, hogy azon cukorbeteg, akik nem részesültek rendszeres szakorvosi ellátásban, alacsonyabb kontrollal rendelkeztek, és összességében negatívabb betegség reprezentáció jellemezte őket, ami alacsonyabb életminőséggel is együtt járhat (Lawson és mtsai, 2004).

Ezen tényezők közé tartozik még a társas támogatás jelenléte, a magasabb szintű megküzdési stratégiák alkalmazása és a betegséggel kapcsolatos kontrollérzet is. A szakirodalom alátámasztja, hogy az adaptív megküzdési stratégiák és nagymértékű társas támogatás hozzájárulhat a mentális egészség javulásához pajzsmirigybetegek esetében (Chen és mtsai, 2012). A krónikus légúti betegségekkel küzdők esetében is hasonló eredményekre jutottak: az adaptív megküzdési mechanizmusok mellett a fizikai aktivitás fenntartása is fontos szerepet játszott az életminőség javításában (Godányi és Rigó, 2014 idézi Rigó és Kökönyei, 2014). A társas támogatás tekintetében egy kutatásban azt találták, hogy a HIV fertőzéssel diagnosztizált betegek esetében a társas támogatottság és a szociális háló predikálta a magasabb életminőséget (Nyulászi és Rigó, 2014 idézi Rigó és Kökönyei, 2014).

A társas támogatás fogalma „a mások által biztosított támogatás mértékét, pszichoszociális erőforrások meglétét vagy hiányát jelzi” (Kaplan, Cassel és Gore, 1977 idézi Papp-Zipernovszky, Kékesi és Jámor, 2017). Általában a legjelentősebb csoportok, akik megjelennek a társas támogatás palettáján azok a család, a párkapcsolat (élettárs, házastárs, partner) és a baráti kapcsolatok (Kállai, 2007 idézi Papp-Zipernovszky, Kékesi és Jámor, 2017), de szélesebb spektrumban, kultúránként eltérő támogató csoportok is megjelennek, ilyenek például az egyházi közösségek, egyesületek, a szomszéd vagy akár az orvosok, egészségügyi dolgozók is. A társas támogatást először az 1970-es években vizsgálták, amikor is a családi állapot és a halálozási adatok statisztikai összefüggéseit vizsgálták (Pikó, 2002 idézi Papp-Zipernovszky, Kékesi és Jámor, 2017). A kutatásban arra az eredményre mutattak rá, miszerint a fizikai és lelki problémák gyakrabban fordulnak elő azoknál a betegeknél, akiknek nincsen családjuk, vagy magányosan, izoláltan élnek (Kovács és Pikó, 2007 idézi Papp-Zipernovszky, Kékesi és Jámor, 2017). A kevesebb szociálisi interakcióhoz tartozik nemcsak a család hiánya, hanem a barátok

alacsonyabb száma és a munkahelyen történő kevesebb szociális érintkezés is (Csabai és Molnár, 2009 idézi Papp-Zipernovszky, Kékesi és Jámber, 2017).

Számos egészségpszichológiai kutatás mutat rá arra, hogy a krónikus betegség egy komoly stresszforrás, amivel a megküzdés kihívásokkal teli. A megküzdés könnyebb lehet, ha egy empatikus érzelmi megnyilvánulásokat nyújtó közeg veszi körül a beteget. Így a fontosság érzése is erősödik benne, hogy számít másoknak és érdemes meggyógyulni (Brummet és mtsai, 2005, Papp-Zipernovszky, Kékesi és Jámber, 2017). A társas támogatás mindemellett a betegegyüttműködést is segítheti: a betegséggel és a kezeléssel kapcsolatos információk megszerzéséhez, feldolgozásához és megértéséhez, illetve az egészségmegőrző viselkedés megtartásához is hozzájárul (Csabai és Molnár, 2009 idézi Papp-Zipernovszky, Kékesi és Jámber, 2017).

1.4. Pajzsmirigybetegek és a társas támogatás, a megküzdés és a kontrollérzet

A pajzsmirigybetegek mentális egészségének fejlődéséhez a pozitív megküzdési stratégiák és nagymértékű szociális támogatás elengedhetlen (Chen és mtsai, 2012). A megküzdési stratégiákat Pápai és munkatársai 2021-ben vizsgálták a betegcsoportban. A kutatás eredményei között megfogalmazták, hogy ebben a betegcsoportban a kognitív viselkedésterápia a diszfunkcionális megküzdési stratégiák javítására egy jó módszer lehet, azonban az életminőséggel nem hozták összefüggésbe (Pápai és mtsai, 2021). Egy 1995-ben készült vizsgálatban az életesemények, a napi stressz és a megküzdés aspektusokat vizsgálták Graves–Basedow kórban szenvedő betegeknél. Illesztett kontroll mintával dolgoztak. Mindkét csoport hasonló megküzdési képességgel rendelkezett, a megküzdési módszerek fajtáit és a módszerek felhasználásának gyakoriságát tekintve (Kung, 1995). Mivel erről a betegcsoportról kevés forrás érhető el, illetve a fentebb kifejtettek miatt is érdemes megvizsgálni ebben a betegcsoportban is az összefüggéseket.

1.5. Krónikus betegek és az adherencia

Az adherencia (beteg-együttműködés, angolul adherence) az „egyén egészségügyi szakemberrel egyeztetett ajánlásoknak megfelelő viselkedése a gyógyszeres kezelés, diéta és az életmódváltozás területén” (Boncz és mtsai, 2004). Ide tartozik például a gyógyszer pontos szedése, mind a dózizást (mennyit), mind az időpontokat (mikor) tekintve, a recept kiváltása, és a gyógyszer elhagyásának lehetséges időpontjának betartása. Egy kutatásból az derült ki, hogy a betegek 50-75%-a nem tartja be az orvos utasításait a gyógyszeres kezelésre vonatkozóan (Wertheimer és mtsai, 2003). Az adherencia mellett egy

másik fogalmat is tisztázni kell a témakörben, ez a compliance. „A páciens azon viselkedésének mértéke, amely egybeesik a betegség- vagy egészség-viselkedésére vonatkozó orvosi tanáccsal.” (Haynes és mtsai, 1979). Ez tehát nem csak a gyógyszereszedésre, hanem az egész kezelési terv követésére vonatkozó képesség, hajlandóság. Ebbe beletartozik a gyógyszereszedés is, de többek között a diéták tartása, különböző életmódbeli változások, vagy akár a megbeszélt időpontra megjelenés is ide sorolható. Egy másik, témakörbe kapcsolódó fogalom a perzisztencia (persistence), ami azt a szakaszt jelenti, amikor a beteg folyamatosan gyógyszert szed, az első szemtől az utolsó bevett tablettáig. Megjelent egy viszonylag új kifejezés is, ez a konkordancia (concordance), jelentése korábban főleg a konzultációs folyamatot foglalta magában, utalva az orvos-beteg közötti kapcsolatra, mint párbeszédre, amiben a terápiás döntések közösen születnek. Napjainkban már tágabb értelemben is használják, magában foglalhatja a konzultációt, a gyógyszerfelírást, az adherencia növelésére tett próbálkozásokat is, amelyhez az orvos támogató magatartása is hozzátartozik (Gaal és mtsai, 2011).

Több kutatás is vizsgálati hipotézisei közé emelte az adherencia témakörét. Egy kutatásban 909 vizsgálati személy bevonásával vizsgálták a terápiás együttműködést skizofréniával diagnosztizált betegek körében (Bitter és Mészáros, 2006). Nemcsak a páciensek, hanem a hozzátartozók és az orvosok is felmérésre kerültek. Kérdőíves módszerrel vizsgálták az együttműködést. A két fő aspektus a gyógyszer megfelelő szedése (gyógyszeres adherencia) és a terápiás együttműködést befolyásoló tényezők voltak. A betegek 89%-a azt nyilatkozta, hogy rendszeresen szedi a gyógyszereit. Bár az erre az egy kérdésre adott válasz alapján megfelelő a legtöbb páciens gyógyszereszedése, a részletesebb erre vonatkozó kérdésekre már változatos válaszokat adtak – itt 42% már elismerte, hogy időnként nem tartja be a pontos utasításokat, sőt, saját elgondolásból akár abba is hagyják a kezelést, gyógyszereszedést. Ezzel szemben a betegek orvosai pácienseik 57%-áról gondolták ugyanezt, ez a szám a hozzátartozóknál 54% volt. Az orvosok 70%-a szerint a betegeket szükséges emlékeztetni a gyógyszereik bevitelére, és szerintük a páciensek 58%-a ha jobban érzi magát, abbahagyja a gyógyszer szedését. Ezzel kapcsolatban a betegek 22%-a azt nyilatkozta, hogy csak olyankor veszi be a gyógyszert, ha annak szükségét érzi. Az együttműködést gátló tényezőkként jelent meg az életmód – bár ezt nem specifikálták – és a függőséget okozó szerek használata (Bitter és Mészáros, 2006 idézi Dóczy és Mészáros, 2013).

Az adherenciával kapcsolatos korábbi kutatásokban azt találták, hogy az adagolási gyakoriság növekedésével csökken a gyógyszeres adherencia – azaz minél többször kell egy gyógyszert bevenni egy nap, annál nagyobb az esélye az adherencia csökkenésének, azaz annak, hogy a beteg eltérjen a kezelési tervtől. A kutatásban a napi egyszeri adagolásnál gyakrabban adagolt (napi kétszer, háromszor vagy négyszer szedendő) kezelések esetében az adherencia szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a napi egyszeri adagolású kezeléseké. Az eredmények alapján elmondható, hogy a krónikus betegségben szenvedők nagyobb adherenciát mutatnak a napi egyszeri gyógyszeres kezelés esetében, mint a gyakrabban ütemezett gyógyszeres kezelés esetében (Coleman és mtsai, 2012).

1.6. Pajzsmirigybetegek és az adherencia

A pajzsmirigymegbetegedések sokfélék lehetnek, így a kezelésük is sokféle módon valósulhat meg. Leggyakrabban a pajzsmirigy alulműködés (hypothyreosis) esetében merül fel a gyógyszeres kezelés, hiszen a hormonhiányt pótolni kell. A betegek számára ilyenkor általában az jelenti a legnagyobb kihívást, hogy elfogadják a gyógyszerelés tényét. Annak ellenére, hogy a szintetikus pajzsmirigyhormonoknak (Magyarországon használt gyógyszerek pl. Letrox, Euthyrox, Syntroxin) nem ismert egészségkárosító hatása, mégis a gyakorlat azt mutatja, hogy a páciensek nem szeretnék beszélni a felírt gyógyszert. Ennek hátterében általában az információhiány áll (Rigó, 2022). Ha elmagyarázzuk nekik, hogy a szükséges gyógyszer mit tartalmaz, és hogy pontosan miért kell szedni, általában növelhető az adherencia. Hashimoto-thyreoiditis esetében nemcsak a hormonokat kell pótolni, hanem egyéb, autoimmun folyamatokat gátló gyógyszerekre is szükség lehet.

Pajzsmirigy túlműködés esetén is a lehetőségek között van a gyógyszeres kezelés a műtét és a radiojód kezelés mellett. Ekkor az adagolás bonyolultsága is csökkentheti az adherenciát, ugyanis ezeket a gyógyszereket (Magyarországon használt leggyakoribbak a Propylcil és a Metothylin) általában naponta akár háromszor is kell szedni, és ahogy csökken a túlműködés, az adag is változik. Nemcsak a túlműködés, de az alulműködés esetében is fennállhat olyan eset, amikor naponta más-más adagot kell bevenni a gyógyszerből (pl. egyik nap 50 mikrogramm másik nap 75 mikrogramm), ennek az észben tartása, illetve sokszor a tabletták felezése, darabszáma is nehézségek okozhat. Mindennek a követése megfelelő stratégia és segítség nélkül nehézkes lehet (Rigó, 2022). Mindkét betegcsoport esetén megjelenik egy másik fontos aspektus is, a betegség kezdeti időszaka, amikor nemcsak a frissen diagnosztizált krónikus betegség gondolatával kell

megküzdieniük, hanem a gyógyszerek beállításával is. Ebben az időszakban a szakorvos akár háromhavonta is elküldheti a beteget vérvételre, hogy a vérben levő hormonok szintjét megfelelően monitorozni tudja. Ez megterhelő lehet a betegek számára, illetve az értékeknek megfelelően változtatni kell a hormonmennyiségen is, ami szintén nehéz lehet. Emiatt fontos kihangsúlyozni, hogy a betegeket mindig informálni kell arról, hogy mi mért történik, mi miért szükséges, hogy megértse a változtatások okát, és együttműködővé váljon, és nőjön az adherencia is (Rigó, 2022). Az adherenciát is növelheti, ha a beteg kontrollérzetét is növelni tudjuk. Ez különösen fontos a pajzsmirigybetegek körében, hiszen a gyakorlat azt mutatja, hogy sokan nem tartják be az orvos gyógyszeresedésre vonatkozó utasításait.

Idősebb pácienseknél a megfelelő adherencia kialakítása még nehezebb. A pajzsmirigy alulműködés levotiroxinnal történő kezelése nagyobb kihívást jelenthet az időseknél, mint a fiatal betegeknél. Az idősebb betegek száma egyre nő, és világszerte megfigyelhető a hypothyreosis növekvő incidenciája és prevalenciája az életkor előrehaladtával (Efthymidis, Watt és Feldt-Rasmussen, 2021). Az időseknek a fiatal betegekhez képest több társbetegségük van, és ezt a komorbiditás megnehezíti a hypothyreosis helyes diagnózisát és kezelését. A legfontosabb tény ezzel kapcsolatban, hogy a kardiovaszkuláris betegségek miatt figyelnie kell a szakembereknek arra, hogy a levotiroxint megfelelően adagolják, mivel nagyobb a kockázata a dekompenzálódó szívizom iszkémiának (vérellátottság csökkenésének). A kezelés mellett való elköteleződés általánosságban is kihívást jelent, és ez a helyzet az idős betegek esetében is, akik esetében a betegség halmozott ellenőrzésekkel járhat: a pajzsmirigyhormonok egyénre szabott időközönként történő mérését teszi szükségessé, ami fontos a fent említett szívbetegség komorbiditás miatt, illetve, hogy megelőzzük a csontritkulás, a kognitív diszfunkciók kialakulását (Efthymidis, Watt és Feldt-Rasmussen, 2021). Az idős pajzsmirigybetegekre vonatkozó egy másik kutatásban is hasonló eredmények születtek. Idős és fiatal betegeket hasonlítottak össze életminőség szempontjából. Azt mérték, hogy a korosztályokra milyen hatással van a hormon (levotiroxin) terápia. Az eredmények között szerepel, hogy az idősebb betegek állapota figyelemre méltó módon javult, hasonló mértékű javulást mutattak, mint a fiatalabb betegek. Az életminőséget a ThyPRO kérdőívvel mérték. Itt látszott némi eltérés a skálák tekintetében a két betegcsoport között (az idős betegek csoportja alacsonyabb érzelmi érzékenységet, fáradtságot és kevesebb mindennapi életnehézséget tapasztaltak hormonkezelés alatt, míg a fiatal betegek

kevesebb kognitív károsodásról, érzelmi érzékenységről és kevesebb mindennapi életnehézségről számoltak be, összehasonlítva a kiinduláshoz (hormonkezelés állapothoz) képest. Ezen kutatás eredményei is megerősítik a hormonpótlásra vonatkozó jelenlegi ajánlásokat (Recker és mtsai, 2019).

Szubklinikus hypothyreosis (klinikai szintet el nem érő alulműködés, amelyet nehéz emiatt diagnosztizálni) esetén azonban egy kutatásban azt találták, hogy nem érdemes hormonpótlást végezni felnőtt betegeken, mert az nincsen hatással az életminőségükre (Feller és mtsai, 2018).

2. Hipotézisek

Míg más krónikus betegségek esetében a kutatások eredményei alapján a társas támogatás, a magasabb szintű, fejlettebb coping stratégiák, illetve a kontrollhely vagy a kontrollérzet egyértelműen növelik, javítják az életminőségeket, ám ennek vizsgálata pajzsmirigybeteg csoportok esetében még erősen hiányos, így jelen kutatás is a hipotézisei közé emelte ezeket. A pajzsmirigybetegségek sokszínűsége, illetve ebből fakadóan az indokolt összehasonlítás gyakran nem jelenik meg, vagy csak a kontrollhoz hasonlítják a betegcsoportot, illetve az adherencia, bár ismert és kutatott témakör mind krónikus betegség, mind pajzsmirigybetegség esetében, magyar mintán még nem felmért változó, így mindkét kérdés megjelenik jelen tanulmány hipotézisei között. A gyógyszeres kezelés mellé javasolt különböző kiegészítő jellegű tanácsadások hatáserősségei nem bémértek a betegcsoportban, pedig más betegcsoportok esetében életminőség-növelő hatással bírnak, így fontos ezeket a tényezőket is megvizsgálni – jelen vizsgálatban a pszichológiai tanácsadás és a dietetikus szakember bevonásának korrelátumait vizsgáltuk. Mindezek alapján a kutatás hipotézisei a következők:

H1: Az egyes pajzsmirigybeteg csoportok életminősége tekintetében különbségek lesznek kimutathatóak.

H2: A nagyobb mértékű társas támogatás jobb életminőséggel jár együtt a különböző betegcsoportokban.

H3: Fejlettebb megküzdési stratégiák jobb életminőséggel járnak együtt a különböző betegcsoportokban.

H4: A jobb adherencia jobb életminőséggel jár együtt a betegcsoportokban.

H5: Az életminőség és az adherencia közötti kapcsolatot mediálja a társas támogatás.

H6: Azon betegek, akik pszichológiai vagy dietetikai tanácsadáson is részt vesznek a gyógyszeres kezelés mellett, jobb életminőséggel rendelkeznek.

H7: A kórházi betegek mintája azonos adherenciát mutat, mint az online kérdőívet kitöltő, önbevallás alapján nyilatkozó betegek mintája.

H8: A belső kontrollhellyel rendelkező betegek jobb életminőséggel rendelkeznek, mint a külső kontrollhellyel (szerencse) rendelkezők.

3. Módszer

3.1. Vizsgálati személyek

A vizsgálati minta célcsoportja a magyar pajzsmirigybetegek nők voltak. A bekerülési kritériumok között szerepel a betöltött 18. életév, a női nem, valamint, hogy a vizsgálati személy az elmúlt félévben nem állt pszichiátriai kezelés alatt, illetve élete során nem is kapott ilyen jellegű diagnózist. A mintavétel módszerét tekintve szakértői mintavételt alkalmaztunk mindkét mintán. A tervezett mintanagyság online mintán 1000 fő volt, kórházi mintán 100 fő volt.

3.2. Eljárás

Az adatfelvétel két felületen zajlott: a kérdőív online, a Google Forms segítségével került közzétételre, ezzel párhuzamosan személyes, papír-ceruza gyűjtés folyt a Markusovszky Egyetemi Oktatókórház endokrinológiai osztályán, Dr. Lőcsei Zoltán osztályvezető főorvos felügyelete mellett. Az online adatfelvétel 2022. február 4-én vette kezdetét, és 42 napig tartott. A kórházi adatfelvétel jelenleg is zajlik (a dolgozat elkészülésének pillanatában négy rendelési napot ölelt fel), de pilot elemzések már végezhetőek voltak a jelenlegi minta elemszámával is (30 fő). A vizsgálatban való részvétel önkéntes és anonim volt. Az etikai engedélyt az ETT Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága adta meg (ügyiratszám: IV/507/-1/2022/EKU). A vizsgálati személyek a kérdőív elején egy informált beleegyező nyilatkozatot olvashattak, amely a teljes kérdőívvel együtt mellékletben olvasható (1. számú melléklet). A vizsgálati személyek toborzása a közösségi média különböző felületein történt, tematikus, pajzsmirigybetegeket megszólító Facebook csoportokban és Instagram oldalakon, valamint szakorvosok és szakrendelők oldalain is folyt. A személyes adatfelvétel esetében az endokrinológiai szakrendelésre várakozók között toboroztunk. A kérdőív kitöltése kb.

25 percet vett igénybe. A kutatás nem invazív jellegű, hiszen kérdőíves adatgyűjtésre került sor. Az adatgyűjtést egyedül én, a szakdolgozat készítője végezte mindkét minta esetében.

3.3. Eszközök

3.3.1. Thyroid-Related Quality of Life Measure (ThyPRO) – ThyPRO39hu

A ThyPRO39 kérdőív a pajzsmiriggyel kapcsolatos életminőség mérésére készült. Watt és munkatársai fejlesztették ki (Watt és mtsai, 2015). Az eredeti változat 85 tételt tartalmazott, így klinikai használatához túl hosszúnak bizonyult, ezért hozták létre ennek a 39 tételes, rövidített verzióját (Watt és mtsai, 2015). A magyar változatot Rigó Adrienn vezetésével fordították (Rigó, Szabó és Malkov, 2021). Rigó és az eredeti első szerző, Watt is engedélyt adott a felhasználásra jelen kutatáshoz, amiben elsőik között kerül használatra hazánkban. A ThyPRO39 13 skálát tartalmaz: golyva tünetek, pajzsmirigy túlműködés tünetek, pajzsmirigy alulműködés tünetek, szemtünetek, fáradtság, kognitív károsodás, szorongás, depresszivitás, érzelmi érzékenység, szociális élet nehézségei, mindennapi élet nehézségei, külső megjelenéssel kapcsolatos elégedetlenségek, valamint egy skála, amely az általános egészséggel összefüggő életminőséget méri. Minél magasabb pontszámot ér el a beteg a skálán, annál rosszabb az életminősége.

Az eredeti kérdőív Cronbach-alfái 0.75 és 0.89 között alakultak (Watt és mtsai, 2015). A teljes kérdőív Cronbach-alfája jelen kutatásban: 0.857. Skálákra bontva: golyva tünetek (0.855), pajzsmirigy túlműködés tünetek (0.655), pajzsmirigy alulműködés tünetek (0.655), szemtünetek (0.757), fáradtság (0.790), kognitív károsodás (0.889), szorongás (0.861), depresszivitás (0.793), érzelmi érzékenység (0.695), szociális élet nehézségei (0.832), mindennapi élet nehézségei (0.902), külső megjelenéssel kapcsolatos elégedetlenségek (0.873).

3.3.2. Betegségkogníció Kérdőív módosított változata (IPQ-R)

Az eredeti kérdőívet Moss-Morris és munkatársai készítették 2002-ben (Moss-Morris és mtsai, 2002). A betegségpercepciót mérő kérdőívet magyarra fordították Reinhardt Melinda és Verécsi Gabriella mesterszakdolgozatukban, majd megjelent egy 2022-ben kiadott kérdőíveket és mérőeszközöket összefoglaló kötetben (Reinhardt, 2022). A kérdőív a betegségrepresentációk Leventhal modelljében leírt öt komponensét vizsgálja (Leventhal és mtsai, 1997). Ezek: identitás, következmények, időbeliség, kontroll vagy

kezelés és kiváltó okok. Több specifikus betegcsoporthoz kialakított verziója is létezik pl. szívbetegek (Cooper és mtsai, 1999; Steed és mtsai, 1999), reumás arthritis-sal diagnosztizált betegek (Murphy és mtsai, 1999; Scharloo és mtsai, 1999), atópiás dermatitisszel küzdők (Wittkowski és mtsai, 2008), rákos megbetegedéssel küzdők (Buick, 1997), és cukorbeteg (Griva és mtsai, 2000) számára is készült.

A magyar kérdőív Cronbach-alfái a könyvfejezet szerint megfelelőek (értéket nem közölnek), három faktor kivételével, ezek a személyes kontroll, a kezelési kontroll és a koherencia. (Reinhardt, 2022). A Cronbach-alfák jelen kutatásban: betegség tünetek (0.722), identitás (0.790), vélemény (0.747), kiváltó okok (0.818).

3.3.3. Társas Támogatás Kérdőív

Az eredeti kérdőívet Caldwell és munkatársai készítették 1987-ben (Caldwell, Pearson és Chin, 1987). A magyar változatot Kopp Mária és munkatársai fordították és validálták (Kopp, Skrabski és Czakó, 1990). A társas támogatást méri, az alábbi szereplőkkel: szülő, gyermek, házastárs/élettárs, rokon, iskolatárs, segítő foglalkozású (pl. orvos), szomszéd, egyházi csoport, munkatárs, egyesület, segítő szervezet, barát. Jelen kutatásban kiegészítésre került egy „nincs” kategóriával is, ami azonos értékkel rendelkezett, mint a „0 Egyáltalán nem”, ám értékes információt adhat a mintáról (pl., hogy kiknek nincsen gyermeke). Minél magasabb pontszámot ér el a beteg, annál nagyobb társas támogatást kap. Az eredeti kérdőív Cronbach-alfái nem ismertek, Cronbach-alfa jelen kutatásban: 0.592.

3.3.4. Megküzdési MódoK kérdőív (MMK)

Az eredeti kérdőívet Folkman és Lazarus készítette 1980-ban. A kérdőív 68 állítása az emberek kognitív vagy viselkedéses megküzdési módjaira kérdez rá (Folkman és Lazarus, 1980). A magyar változatot Frecska Ede fordította, majd Kopp Mária és Skrabski Árpád validálták 1988-ban. A napjainkban használt 16 tételes kérdőív négy faktorral rendelkezik: problémaelemzés, feszültségredukció, kognitív átstrukturálás, passzív megküzdés (Kopp és Skrabski, 1988).

Az eredeti kérdőív Cronbach-alfái > 0.6 . Cronbach-alfák jelen kutatásban skálánként: problémaelemzés (0.498), feszültségredukció (0.524), kognitív átstrukturálás (0.791), passzív megküzdés (0.328).

3.3.5. *Morisky 8-pont gyógyszeres kezelés beteg-együttműködést mérő kérdőíve (MMAS-8)*

A kérdőív a betegek gyógyszeres terápiával kapcsolatos együttműködését (adherenciát) hivatott mérni – minél magasabb pontszámot ér el a beteg, annál kisebb mértékű az adherenciája (2-nél több pont: alacsony adherencia; 1 vagy 2 pont: közepes adherencia; 0 pont: magas adherencia). Az eredeti kérdőívet Morisky készítette 1986-ban, később bővült, amely szintén megbízhatónak bizonyult (Cronbach-alfa: 0,83) (Morisky, 2008). Magyar kutatások közül egy 2012-ben megjelent doktori disszertációban említették először, itt a magyar változatot sikeresen használták asztmás betegeken. Ez a vizsgálat nagy elemszámú, multicentrikus volt, de Cronbach-alfa értéket nem közöltek hozzá (Ágh, 2012).

Cronbach-alfa jelen kutatásban: 0.663. A pontozás hibásan szerepel a kérdőívben, mivel az igen – 0, nem – 1 pontozás nem felel meg az eredmények értelmezéséhez közölt táblázatnak, hanem ennek fordítottja igaz, illetve a kérdőív rendelkezik egy fordított tétellel is, amiről nem tesznek említést („Minden szükséges, felírt gyógyszerét bevette a tegnapi nap folyamán?”). Egyenes tételre példa: „Előfordult már, hogy elfelejtette bevenni a gyógyszerét?”.

3.3.6. *Többdimenziós Egészség-kontrollhely Skála – C-Forma (MHLC-C-H)*

Az eredeti kérdőívet Wallston és mtsai fejlesztették ki 1978-ban a betegségek feletti kontrollérzet, a szorongás és a depresszió mérésére (Wallston és mtsai, 1978). A magyar változatot 2014-ben készítették, a Tűzmadár Alapítvány munkatársai fordították (Konkolý- Thege, Rafael és Rohánszky, 2014). Az egészséggel kapcsolatos kontroll mérésére fejlesztették ki. Míg az eredeti kérdőív 4 faktort mutatott (Belső kontroll, Szerencse, Orvosok, Mások), a magyar változatban az Orvosok és mások együtt szerepel. Ennek oka lehet, hogy Magyarországon az egészséggel kapcsolatos legfontosabb segítség szinte kizárólag orvosoktól származik, ezért a válaszadók nem tudtak különbséget tenni az orvosok és mások erőfeszítései között (Konkolý- Thege, Rafael és Rohánszky, 2014).

Az eredeti kérdőív Cronbach-alfái 0.71 és 0.79 között alakultak. Cronbach-alfák jelen kutatásban: belső kontroll (0.861), szerencse (0.775), orvosok és mások (0.651).

3.4. Statisztikai elemzések

A hipotézisek vizsgálata az IBM SPSS Statistics 25 és a JASP 16.1 programmal történt. Az alminták közül van olyan, amelynek elemszámai nem haladják meg a 40 főt (hyperthyreosis és Graves-Basedow-kór), így normalitás vizsgálatot is végeztünk. A Shapiro-Wilk teszt alapján az adatok nem követik a normál eloszlást, így nonparametrikus tesztekkel használtunk. Mediáció-analízist használtunk az adherencia és az életminőség közötti összefüggések feltárásához. Kruskal-Wallis teszttel hasonlítottuk össze a csoportokat. Spearman-féle rangkorrelációs teszttel a korrelációt és Mann Whitney U teszttel pedig a különbséget vizsgáltuk. A kórházi mintához korban illesztett mintát használtunk az online mintából.

4. Eredmények

4.1. Leíró statisztika

Az adattisztítás után az 1061 fős minta 1058 főre változott (kizárásra került két 18. életévét be nem töltött válaszadó, és egy 112 éves kitöltő is). A válaszadók „Az alábbiak közül milyen diagnosztizált pajzsmirigybetege van Önnek?” kérdés alapján, önbevallás alapján kerültek besorolásra. Ennek alapja a kapott szakorvosi diagnózis volt, amelyek a hormonszintekkel is igazolhatóak. További demográfiai jellemzők az 1. táblázatban olvashatók.

1. táblázat - Demográfiai jellemzők

Változók		N	%
Lakhely	Főváros	374	35,3
	Megyeszékhely	220	20,8
	Vidéki kisváros	289	23,7
	Község/Falu	175	16,5
Iskolai végzettség	Legfeljebb szakmunkásképző	55	5,2
	Érettségi	371	35,1
	Diploma (főiskolai, egyetemi)	632	59,7
Diagnosztizált pajzsmirigybetege	Hypothyreosis (pajzsmirigy alulműködés)	392	37,1
	Hashimoto-thyreoditis (autoimmun pajzsmirigy alulműködés)	588	55,6
	Hyperthyreosis (pajzsmirigy túlműködés)	36	3,4
	Graves-Basedow kór	42	4

	(autoimmun pajzsmirigy túlműködés)		
--	------------------------------------	--	--

A teljes minta 1058 női kitöltőből állt (18–74 év) $M = 36,2$ és $SD = 10,93$. A kitöltők 55,6%-a Hashimoto-thyreoiditis, 37,1%-a hypothyreosis, 4%-a Graves-Basedow-kór és 3,4%-a hyperthyreosis diagnózissal rendelkezett. Szakorvosi kezelés tekintetében az alábbi megoszlásokat láthatjuk: a kitöltők 16,5%-a nem részesül rendszeres szakorvosi kezelésben (176 fő). A legtöbben gyógyszeres kezelésben részesülnek (869 fő), a minta 82,1%-a. Dietetikai követést 223 fő vesz igénybe (21,1%), a legkevesebben pedig, mindössze 78-an pszichológiai tanácsadásban részesülnek (7,4%).

Hormonértékeket tekintve a TSH értékek esetében 940 válasz érkezett. A kitöltők 67,3%-ánál normál tartományba esett, míg 11,6% a referenciatartomány alatti, 21,1% pedig referenciatartomány feletti értéket jelölt. Az fT4 értéket 618 kitöltő jelölte meg. 73,6%-nak referenciatartományon belül volt az érték, 20,9%-nak alatta, 5,5%-nak felette. Az fT3 értéket 520-an töltötték ki, ennek 80,4%-a referencia tartományon belülnek jelölte meg, 13,5%-nak a tartomány alatt, 6,2%-nak feletti volt az értéke. Az anti-TPO értéket 533-an adták meg. 74,5% esetében az érték nem volt megfelelő, míg mindössze 25,5% esetében volt a referenciaérték alatti, azaz megfelelő.

A minta 31,6%-a 1-4 éve él együtt a betegségével, 28,2%-a 5-9 éve, 22,2%-a 10-19 éve, 10,4%-a kevesebb mint 1 éve és 7,7%-a több, mint 20 éve küzd a pajzsmirigybetegségével. A három leggyakoribb tünet, amit tapasztaltak a betegségük alatt az alvási nehézségek (844 válaszolt igennel), az erőtlenység (911) és a fáradtság (1030). A kitöltők közül 1058-ból 512 főnek nincsen gyermeke. Társas támogatást leginkább a házastárs/élettárstól kapnak. Nagyon megoszlott a kitöltők véleménye, amikor az életminőséget egy kérdésben mértük fel. Összességében a kitöltők életére a pajzsmirigybetegségük az alábbiak szerint volt hatással: egyáltalán nem volt hatással (137 fő), kismértékben volt hatással (279 fő), közepes mértékben volt hatással (230), meglehetősen hatással volt (233 fő), nagyon hatással volt (179 fő).

4.2. Hipotézis-vizsgálatok

H1: Az egyes pajzsmirigybeteg csoportok életminősége tekintetében különbségek lesznek kimutathatóak.

A Kruskal-Wallis teszt alapján a betegcsoportok között nincsen különbség életminőség szempontjából. $H(3, N = 1058) = 3.288$ $p = 0.349$

H2: A nagyobb mértékű társas támogatás jobb életminőséggel jár együtt a különböző betegcsoportokban.

Minden esetben nonparametrikus korrelációt használtunk, Spearman-féle rangkorrelációs teszttel vizsgáltuk az adatokat. Együttjárás volt kimutatható az alulműködő betegcsoportok életminősége és a társas támogatás között - minél nagyobb mértékű a társas támogatás, annál magasabb az életminőség (alacsonyabb az életminőség skálán elért pontszám). Ugyanez az együttjárás nem volt szignifikáns a túlműködő csoportokban.

Hypothyreosis: $r_s = -0.203$ $p < 0.001$ (two-tailed)

Hashimoto-thyreoiditis: $r_s = -0.285$ $p < 0.001$ (two-tailed)

Hyperthyreosis: $r_s = -0.258$ $p = 0.129$ (two-tailed)

Graves-Basedow kór: $r_s = -0.158$ $p = 0.318$ (two-tailed)

H3: Fejlettebb megküzdési stratégiák jobb életminőséggel járnak együtt a különböző betegcsoportokban.

A betegcsoportokban együttjárás látható az egyes stratégiák (kognitív átstrukturálás, feszültségredukció, problémelemzés) gyakoribb használata és a magasabb életminőség pontszám között (ez alacsonyabb életminőséget jelöl).

Kognitív átstrukturálás: $r_s = 0.255$ $p < 0.001$ (two-tailed)

Feszültségredukció: $r_s = 0.516$ $p < 0.001$ (two-tailed)

Problémelemzés: $r_s = 0.236$ $p < 0.001$ (two-tailed)

Passzív megküzdés: $r_s = -0.50$ $p = 0.107$ (two-tailed)

H4: A jobb adherencia jobb életminőséggel jár együtt a betegcsoportokban.

Együttjárás volt kimutatható a magasabb adherencia és életminőség között a pajzsmirigy alulműködéssel jellemezhető betegcsoportokban, de ez nem teljesült a túlműködő betegcsoportok esetében. Mivel mindkét skálán a magasabb érték rosszabb adherenciát és rosszabb életminőséget jelöl, így egyenes kapcsolat van közöttük.

Hypothyreosis: $r_s = 0.219$ $p < 0.001$ (two-tailed)

Hashimoto-thyreoiditis: $r_s = 0.156$ $p < 0.001$ (two-tailed)

Hyperthyreosis: $r_s = 0.168$ $p = 0.327$ (two-tailed)

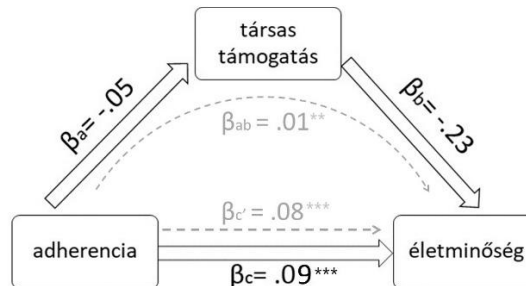
Graves-Basedow kór: $r_s = 0.004$ $p = 0.979$ (two-tailed)

H5: Az életminőség és az adherencia közötti kapcsolatot mediálja a társas támogatás.

A mediációs elemzés alapján az életminőség és az adherencia közötti kapcsolatot mediálja a társas támogatás.

	β	SE(B)	t	p	LLCI	ULCI
Direkt hatás	1.278	.244	5,244	< 0.001	.768	1.783
Indirekt hatás	.198	.063	3.129	.002	.089	.333
Teljes hatás	1.476	.249	5.922	< 0.001	.952	1.984

1. ábra - Mediációs elemzés



H6: Azon betegek, akik pszichológiai vagy dietetikai tanácsadáson is részt vesznek a gyógyszeres kezelés mellett, jobb életminőséggel rendelkeznek.

Szignifikáns különbség van a csoportok között. Post Hoc teszttel kimutatható, hogy a csak gyógyszeres kezelést kapott betegek és a gyógyszeres kezelésben, illetve pszichológiai tanácsadásban részesült betegek életminősége között. Utóbbi csoport magasabb pontszámot ért el az életminőség skálán (alacsonyabb életminőségről számolt be.)

$H(3, N = 1058) = -3.989$ $p = 0.005$

H7: A kórházi betegek mintája azonos adherenciát mutat, mint az online kérdőívet kitöltő, önbevallás alapján nyilatkozó betegek mintája.

A kórházi minta 30 főjéhez korban illesztett mintát generáltunk, és az így kapott adatokat elemeztük. Mivel a normális elosztást nem követte a minta, így nemparametrikus tesztet használtunk. A Mann-Whitney U próba szerint nem szignifikáns a két csoport között lévő különbség.

$U = 339$ $Z = -1.668$ $p = 0.095$ (2-tailed) $r = 0.22$

H8: A belső kontrollhellyel rendelkező betegek jobb életminőséggel rendelkeznek, mint a külső kontrollhellyel (szerencse) rendelkezők.

A Kruskal-Wallis teszt alapján nincsen szignifikáns különbség a csoportok között életminőség tekintetében. $H(3, N = 1058) = 6.954$ $p = 0.73$

5. Megvitatás

Jelen kutatás célkitűzése a pajzsmirigybetegessel élő nők életminőségének és az arra potenciálisan ható tényezőknek, a társas támogatásnak, a kontrollérzetnek és a megküzdési stratégiáknak feltérképezése volt. Mindemellett a betegcsoport adherenciáját, valamint annak korrelátumait is vizsgálta. Az eredmények között szerepel számos szakirodalomban illeszthető is, ám vannak olyanok, amelyek ellentmondanak az ott fellelhető eredményeknek. A továbbiakban hipotézisenként és betegségenként végighaladok a kutatáson és elemzem az eredményeket. Ezek után ismertetem a kutatási eredmények értelmezésének korlátait, és kitérek a továbbfejlesztési lehetőségekre is.

A négy vizsgált betegcsoport közötti életminőségbeli különbségre a szakirodalom alapján a betegségek nagyban eltérő tünetei utaltak, azonban az első hipotézis alapján nincsen különbség a csoportok között ($H(3, N = 1058) = 3.288$ $p = 0.349$). Ezt magyarázhatja az az egyszerű, logikus gondolatmenet, miszerint bár eltérő tünetekkel járnak a betegségek, mégis összességében ugyanannyi negatív hatással vannak az életminőségre. Hypothyreosis esetén a lelassult anyagcsere miatt például nagyfokú hízás jelentkezik, míg a hyperthyreosis esetében hirtelen fogyás, ami bár nagyon eltérő, mégis hasonlóképpen a betegek külső megjelenésére hat, ami befolyással lehet az életminőségre (Moini, Pereira és Samsam, 2020). Ugyanígy „párba” állítható a hidegérzékenység-fokozott izzadás, vagy akár a székrekedés és a hasmenés is. Illetve vannak olyan tünetek, amelyek mindkét esetben, alul- és túlműködésnél egyaránt megjelennek, ilyenek például a hajhullás, a hangulati labilitás, idegesség, belső feszültségérzet, fáradékonyság, alvászavar, menstruációs zavarok stb. (Moini, Pereira és Samsam, 2020). Kijelenthető tehát, hogy mind a négy vizsgált betegcsoport tagjai fokozott támogatást igényelnek, aminek fajtája a betegségek eltérő tünetei ellenére mind a négy csoportban hasonló lehet, hasonló témákat érinthet (például külső megjelenés változásának elfogadása, termékenység, nőiség stb.).

A harmadik hipotézisben a megküzdési stratégiák hatását vizsgáltuk az életminőségre. A szakirodalom egyértelműen arra mutat, hogy a fejlettebb megküzdési stratégiák előre jelzői lehetnek a jobb életminőségnek (Chen és mtsai, 2012; Godányi és Rigó, 2014 idézi Rigó és Kökönyei, 2014). Jelen kutatásban azonban ennek ellentétje látszik – a betegcsoportokban ugyan együttjárás látható az egyes stratégiák (kognitív átstrukturálás, feszültségredukció, probléma elemzés) gyakoribb használata és az életminőség között, azonban az irány fordított. Egy-egy stratégia gyakoribb használata magasabb életminőség pontszámmal jár együtt. Azaz minél többször használják a betegek

a kognitív átstrukturálást [$r_s = 0.255$ $p < 0.001$ (two-tailed)], a feszültségredukciót [$r_s = 0.516$ $p < 0.001$ (two-tailed)] és a problémaelemzést [$r_s = 0.236$ $p < 0.001$ (two-tailed)], mint megküzdési stratégiát, annál rosszabb az életminőségük (mivel a magas pontszám elérése a skálán alacsonyabb életminőséget jelöl). A passzív megküzdés volt a negyedik megküzdési stratégia, ahol nem látható szignifikáns együttjárás [$r_s = -0.50$ $p = 0.107$ (two-tailed)], azonban itt az irány megfelelő volt, ami szintén elgondolkodtató. Ezeknek magyarázata lehet, hogy a krónikus betegség megléte egy alacsony életminőséggel jár, és minél rosszabb ez az érték, annál fejlettebb megküzdési stratégiákra van szüksége a betegnek a velük való megküzdéshez – azonban a szakirodalomban nem ez jelenik meg.

Az életminőség és az adherencia közötti kapcsolatot mediálja a társas támogatás. A társas támogatás részben magyarázza az adherencia hatását, tehát elmondható, hogy a gyógyszeresedés nem önmagában javítja az életminőséget, hanem a társas támogatáson keresztül. A társas támasz javítja az adherenciát és ezen keresztül az életminőséget is, ez az összefüggés a szakirodalommal is alátámasztott (Brummet és mtsai, 2005, Papp-Zipernovszky, Kékesi és Jámbo, 2017). Az eredmény megerősíti azt az álláspontot, miszerint egy krónikus beteg esetében nemcsak a saját erőforrásait, hanem szociális hálóját is mozgósítani szükséges a terápia sikerességének érdekében – ezzel a szemlélettel dolgoznak például a közösségi pszichiátriai ellátásban is, mentális betegséggel élők esetében (Bujáki és Harangozó, 2018).

A kutatásban szerettük volna összehasonlítani azokat a betegeket, akik nem járnak szakorvosi rendelésre, illetve akik járnak és gyógyszeres kezelésben részesülnek és akik dietetikai vagy pszichológiai tanácsadásra is járnak (vagy ezek kombinációi). Logikusan arra következtettünk, hogy azok a betegek, akik a gyógyszeres kezelésben részesülnek, azoknak jobb az életminősége, mint azoknak, akik nem járnak rendszeresen szakorvoshoz, illetve, hogyha pszichológushoz vagy dietetikushoz járnak, akkor az megnöveli az életminőséget és nemcsak a szakorvoshoz nem járóknál rendelkeznek majd magasabb életminőséggel, hanem a csak gyógyszeres kezelést kapóknál is. Bár az életminőség átlagpontszámok között látszanak a csoportok közötti különbségek, de ezek nem lettek statisztikailag szignifikánsak. Egy kivétellel: szignifikáns különbség van a csak gyógyszeres kezelést kapott betegek és a gyógyszeres kezelésben, illetve pszichológiai tanácsadásban részesült betegek életminősége között. Azonban a különbség nem várt módon mutatkozott, azoknak az életminősége az alacsonyabb, akik pszichológushoz is járnak. Ez a szakirodalommal ellentétes, és nem is logikus, hiszen a

pszichológiai tanácsadások a szakirodalom alapján életminőség-növelő hatással vannak (Fonagy és Moran, 1991). Az eredményeket magyarázhatja a keresztmetszeti elrendezés, hiszen csak egy időpillanatban láttuk a pszichológushoz és dietetikushoz járók életminőségét. Hosszútávú, akár több hónapos vagy több éves utánkövetéssel a pszichológiai konzultáció hatása az életminőségre jobban látható lenne.

Az nagylétszámú online minta mellett kórházi adatgyűjtésre is volt lehetőség. Ennek alacsony létszáma miatt nem végeztünk el minden elemzést, amit szerettünk volna, inkább tovább gyűjtjük az adatokat, minimum ötven főig (tervezett elemszám: 100 fő). Egy pilot jellegű hipotézist azonban megvizsgáltunk, hogy összehasonlítsuk a két mintát. A kórházi minta harminc főjéhez korban illesztett mintát generáltunk az online mintából, majd elemeztük, hogy van-e különbség a két minta között adherencia szempontjából. A statisztika alapján nem mutatható ki szignifikáns különbség a két minta között adherencia szempontjából ($U = 339$ $Z = -1.668$ $p = 0.095$ (2-tailed) $r = 0.22$). Ez fontos eredmény, mivel előre jelezheti, hogy a kórházi mintához hasonlóan az online adatok is megbízhatóak.

5.1. Hypothyreosis és Hashimoto-thyreoiditis

A hipotézisek közül néhányat érdemes értelmezni külön betegségenként is, ugyanis eltérő eredményeket találhatunk. A második hipotézisben azt vizsgáltuk, hogy a nagyobb mértékű társas támogatás jobb életminőséggel jár-e együtt. A hypothyreosis és a Hashimoto-thyreoiditis esetében kimutatható volt az együttjárás a betegcsoportok életminősége és a társas támogatás között – minél nagyobb mértékű a társas támogatás, annál magasabb az életminőség – ez a szakirodalmi forrásokkal egybehangzó eredmény (Nyulászi és Rigó, 2014 idézi Rigó és Kökönyei, 2014; Kovács és Pikó, 2007 idézi Papp-Zipernovszky, Kékesi és Jámbor, 2017).

A negyedik hipotézisben a jobb adherenciát hasonlítottuk össze a jobb életminőséggel. Együttjárás volt kimutatható a magasabb adherencia és jobb életminőség között az alulműködő betegcsoportokban [Hypothyreosis: $r_s = 0.219$ $p < 0.001$ (two-tailed); Hashimoto-thyreoiditis: $r_s = 0.156$ $p < 0.001$ (two-tailed)], ez szintén a szakirodalomba illő eredmény (Recker és mtsai, 2019).

5.2. Hyperthyreosis és Graves-Basedow-kór

Más eredményeket kaptunk azonban a pajzsmirigy túlműködéssel diagnosztizált betegcsoportban. A nagyobb mértékű társastámogatás nem jár együttesen magasabb

életminőségpontszámokkal [hyperthyreosis: $r_s = -0.258$ $p = 0.129$ (two-tailed); Graves-Basedow kór: $r_s = -0.158$ $p = 0.318$ (two-tailed)]. Ez a szakirodalomnak ellentmond, hiszen az intenzív társas támogatás javítja az életminőséget. Valószínűsíthető, hogy a betegcsoportok alacsony létszáma nem mutatta meg a valós eredményeket (36 és 42 fő), minimum 50 vizsgálati személyre lett volna szükség a csoportokban. Ugyanez a helyzet állt fenn az adherencia kérdéskörében is. Míg az alulműködő csoportokban együttjárást találtunk a magasabb adherencia és a jobb életminőség között, ez nem volt jelen a túlműködő csoportoknál [Hyperthyreosis: $r_s = 0.168$ $p = 0.327$ (two-tailed); Graves-Basedow kór: $r_s = 0.004$ $p = 0.979$ (two-tailed)].

Összességében elmondható, hogy bár vannak eredmények, amik más krónikus betegcsoportokhoz hasonlóak, mégis a pajzsmirigybetegek csoportjai jellemzőikben eltérhetnek, hiszen nem alkalmazhatóak rájuk a klasszikus érvényű megállapítások – sem a kontrollhellyel kapcsolatosan, sem a megküzdési stratégiákkal kapcsolatban, illetve a túlműködéssel diagnosztizáltak esetében a társas támogatás és az adherencia esetében sem. Ezek az eredmények felvethetik a kérdést, hogy vajon miért különbözik a pajzsmirigybetegek csoportja ennyire a krónikus betegek más csoportjaitól. Válasz lehet erre a különböző mentális zavarokkal való komorbiditás, amire bár rákérdeztünk a vizsgálat elején – diagnózist nem kapott, és pszichiátriai kezelésben nem részesült kitöltőket kerestünk – mégis lehetséges, hogy a patológiás szintet el nem érő zavarokkal rendelkeztek a kitöltők. Mésrészről az eredmények alakulását a kutatás korlátai is magyarázhatják.

5.3. Limitációk

A kutatás limitációi közé tartozik, hogy a minta egyik fele online adatgyűjtés során jött létre. Az online közzétett, kérdőíves kutatások csak a célcsoport egy adott részéhez képesek eljutni (azon részhez nem, akik nem használnak internetet, idős életkorukból vagy alacsony szocioökonómiai státuszukból kifolyólag). A kitöltők toborzása a közösségi média felületein zajlott, így aki nem használja ezeket a platformokat, szintén nem került a mintába. A minta elemszáma bár magas (1058 fő), de a négy betegcsoportból kettőben (hyperthyreosis és Graves-Basedow kór) nem érte el az 50 főt sem a kitöltők száma, így az ezekkel a csoportokkal végzett számítások nagyrésze nem megbízható. Egy másik fontos korlát, hogy a kutatás keresztmetszeti elrendezésben zajlott, ennek köszönhető valószínűleg a dietetikus és a pszichológus szakemberekhez való rendszeres járás hatásának rejtve maradása – adott keresztmetszetben nem megállapítható egy

segítségnyújtás vagy terápia hatása, hiszen az időtartam, amióta jár, illetve ennek következtében a longitudinális elrendezés hiányzik. Tényleges hormonmérésre (vérvétellel kontrollálva) nem volt lehetőségünk az online mintában, csak saját bevallás útján számoltak be a kitöltők erről, csakúgy, mint a szakorvosi diagnózisokról is.

A kórházi minta gyűjtése során az elsődleges limitáció a minta elemszáma (30 fő). A kitöltési hajlandóság nagyon alacsony volt. Az adatgyűjtés több rendelési napon zajlott, és sem az asszisztens, sem az orvos felhívása, sem a fehér köpeny viselése, sem az ajándék kitűző nem növelte a részvételi kedvet. Ehhez hozzájárult valószínűleg az orosz-ukrán háború miatt kialakult általános feszültség, illetve a rendelésre érkező alacsonyszámú beteg is (volt olyan adatgyűjtési alkalom, ahol a harminc időpontra érkező betegből csak tíz jött el).

További limitációként említhető még a kérdőívek reliabilitása. A ThyPRO kérdőív egyelőre még nem került validálásra hazánkban, de Cronbach-alfái megfelelőnek bizonyultak a mintán. A Megküzdési MódoKérdőív Cronbach-alfa értékei azonban nem voltak megfelelőek, a négy alskála közül három 0.6-nál kisebb értéket mutatott: problémaelemzés (0.498), feszültségredukció (0.524), passzív megküzdés (0.328).

5.4. Kitekintés

Jelen kutatás arra törekedett, hogy széleskörűen bemutassa a pajzsmirigybetegek csoportját, de emellett számos jövőbeli vizsgálatra is kiindulópontot nyújthat. Az egyik legfontosabb lehetőség a pajzsmirigybetegeken belüli különböző állapotok külön-külön történő vizsgálata lenne. Bár igyekeztünk a leggyakoribb négy állapotot megvizsgálni, mégis ezeknél sokkal komplexebb csoportosításra lehet szükség. Érdeemes például jövőbeli kutatásban a Hashimoto-thyreoditis csoportot vizsgálni, de a betegséget szakaszokra külön lebontva, és megfigyelve. Hasonló lehetőséget kínál a hypothyreosis csoport is, ahol azt lenne érdemes elkülöníteni, hogy az alulműködés miért alakult ki – műtét miatt eltávolított pajzsmirigy miatt, Hashimoto-thyreositis végső stádiumaként vagy akár jóddhiányos táplálkozás miatt. Figyelembe kell venni azokat a betegeket is, akiknek bár a működése euthyroid, mégis rendelkeznek göbökkel vagy strómával, hiszen ebben az esetben bár a hormonszintek normál tartományban vannak, az életminőségre mégis hatással lehetnek a fizikálisan megnagyobbodott szerv részei.

Az egyik legfontosabb kutatási kérdés és jövőbeli vizsgálati lehetőség a longitudinális elrendezésben rejlik. Számos információ kinyerhető lenne egy pajzsmirigy műtét előtt álló beteg állapotának és egy, már a műtéten átesett beteg állapotának

összehasonlításából – akár háromszori méréssel, előtte, közvetlen utána, és fél évvel utána, amikor már rendeződtek például a kalcium szintek is. Hasonló, longitudinális elrendezést igényelne a különböző kiegészítő lehetőségek vizsgálata, és azok hatása a betegek életminőségére. Fontos kiemelni ebben az esetben a pszichológiai intervenciót, és hatását az életminőségre. Érdekes lenne elkülöníteni, és különböző módszerekre lebontva megnézni a hatáserősséget. Az egyik jövőbeli reális lehetőség lenne a csoportos művészeti terápiás foglalkozások tartása, majd után követés az alkalmakon.

Bowling és munkatársai (2003) kutatásukban azt találták, hogy az emberek egy társadalmon belül közös alapértékeket vallanak, bár ezek relatív fontossága az egyének és a különböző társadalmi csoportok számára eltérő. Az emberek értékei közé tartoznak többek között: a múltbeli elvárásoknak való megfelelés, a megküzdési képesség vagy megküzdési stratégiák megfelelő használata, fejlesztése, a függetlenség, a kontrollérzet, az egészség, a társas támogatás és a másokkal való kapcsolódás, a munka, a pénzügyek, az életszínvonal és a szabadidős tevékenységek. Az egészségügyi ellátás fontos célkitűzése, hogy amit lehet ezek közül, azt javítsa, és hozzájáruljon az élettartam növeléséhez, miközben fenntartja az optimális életminőséget. Ez nemcsak a betegek és családtagjaik, valamint az orvosok elsődleges érdeke, hanem globális politikai érdek is (Megari, 2013). Ehhez tudunk hozzájárulni pszichológusként, akár az egészségügyben dolgozva, akár magánpraxist alapítva, specifikusan egy-egy területre szakosodva, és ez a feladatunk a pajzsmirigybetegek csoportjával kapcsolatban is.

6. Irodalomjegyzék

- Ágh, T.** (2012). Terápiahűség, életminőség és betegségteher krónikus obstruktív tüdőbetegségben (Doktori disszertáció).
- Baji P., Brodszky V., Rencz F., Boncz I., Gulácsi L., Péntek M.** (2015). A magyar lakosság egészségi állapota 2000 és 2010 között. Orvosi Hetilap, 156 (50), 2035–2044.
- Bauer, M., Goetz, T., Glenn, T., Whybrow, P. C.** (2008). The thyroid-brain interaction in thyroid disorders and mood disorders. J Neuroendocrinol. 2008 Oct;20(10):1101-14.
- Bitter, I., Mészáros, Á.** (2007). A terápiás együttműködés felmérése kérdőíves módszerrel szkizofréniában In: Psychiatria Hungarica. 21. évf. 6. sz., p. 430-436.
- Boncz I, Nagy J, Sebestyén A, Kőrösi L.** (2004). Financing of health care services in Hungary. Eur J Health Econ. 2004 Oct;5(3):252-8.

- Bové, K. B., Watt, T., Vogel, A., Hegedüs, L., Bjoerner, J. B., Groenvold, M., Bonnema, S. J., Rasmussen, Å. K., Feldt-Rasmussen, U.** (2014) Anxiety and depression are more prevalent in patients with graves' disease than in patients with nodular goitre. *Eur Thyroid J.* 2014 Sep;3(3):173-8.
- Bulyáki, T., Harangozó, J.** (2018). A közösségi pszichiátria kézikönyve. Ébredések Alapítvány, Budapest, Magyarország, 398 p. 2018
- Büttner, M., Locati, L. D., Pinto, M., Araújo, C., Tomaszewska, I. M., Kiyota, N., Vidhubala, E., Brannan, C., Hammerlid, E., Husson, O., Salem, D., Ioannidis, G., Gamper, E., Arraras, J. I., Andry, G., Inhestern, J., Theurer, J., Taylor, K., & Singer, S.** (2020). Quality of Life in Patients With Hypoparathyroidism After Treatment for Thyroid Cancer. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 105(12), dgaa597.
- Brandt, F., Thvilum, M., Almind, D., Christensen, K., Green, A., Hegedüs, L., Brix, T. H.** (2013) Hyperthyroidism and psychiatric morbidity: evidence from a Danish nationwide register study. *Eur J Endocrinol.* 2013 Dec 27;170(2):341-8.
- Brandt, F., Thvilum, M., Hegedüs, L., & Brix, T. H.** (2015). Hyperthyroidism is associated with work disability and loss of labour market income. A Danish register-based study in singletons and disease-discordant twin pairs, *European Journal of Endocrinology*, 173(5), 595-602.
- Caldwell, R. A., Pearson, J. L., Chin, R. J.** (1987). Stress-moderating effects: Social support in the context of gender and locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13(1), 5–17.
- Calento, A., Ammendola, S., Apuzzo, M., Kusmann, F., Morlino, M.** (2012). Relationship between thyroid dysfunctions and psychiatric disorders: A retrospective study in a university psychiatric service. *European Psychiatry*, 27, Supplement 1., 1.
- CDC** (2016). Chronic Disease Overview. Letöltés ideje: 2022.03.29.
<http://medbox.iiab.me/modules/en-cdc/www.cdc.gov/chronicdisease/overview/>
- Charmaz, K.** (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness*, 5: 168-195.
- Chen, D. Y., Schneider, P. F., Zhang, X. S., He, Z. M., Jing, J., Chen, T. H.** (2012). Mental health status and factors that influence the course of graves disease and

- antithyroid treatments. *Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes*, 120(9), 524–528.
- Coleman, C. I., Limone, B., Sobieraj, D. M., Lee, S., Roberts, M. S., Kaur, R., Alam, T.** (2012). Dosing Frequency and Medication Adherence in Chronic Disease. *J Manag Care Spec Pharm*, 2012 Sep;18(7):527-539.
- Conaglen, H. M., Tamatea, J., Conaglen, J. V., & Elston, M. S.** (2018). Treatment choice, satisfaction and quality of life in patients with Graves' disease. *Clinical endocrinology*, 88(6), 977–984.
- Constant, E. L., Adam, S., Seron, X., Bruyer, R., Seghers, A., Daumerie, C.** (2005). Anxiety and depression, attention, and executive functions in hypothyroidism. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11(5), 535–544.
- Cramon, P., Winther, K. H., Watt, T., Bonnema, S. J., Bjorner, J. B., Ekholm, O., Groenvold, M., Hegedüs, L., Feldt-Rasmussen, U., Rasmussen, Å. K.** (2016). Quality-of-Life Impairments Persist Six Months After Treatment of Graves' Hyperthyroidism and Toxic Nodular Goiter: A Prospective Cohort Study. *Thyroid : official journal of the American Thyroid Association*, 26(8), 1010–1018.
- Czibalmos, Á., Nagy, Zs., Varga, Z., & Husztik, P.** (1999). Patient satisfaction study with the SF-36 questionnaire, determination of the standard values in Hungary. *Népegészségügy*, 80(1), 4–19.
- Csabai, M., Papp-Zipernovszky, O., Sallay, V.** (2022). *Pszichológusok a betegellátásban. Alkalmazott egészségpszichológiai tanulmányok és esetismertetések.* Szegedi Egyetemi Kiadó.
- Djurovic, M., Pereira, A. M., Smit, J., Vasovic, O., Damjanovic, S., Jemuovic, Z., Pavlovic, D., Miljic, D., Pekic, S., Stojanovic, M., Asanin, M., Krljanac, G., Petakov, M.** (2018). Cognitive functioning and quality of life in patients with Hashimoto thyroiditis on long-term levothyroxine replacement. *Endocrine*, 62(1), 136–143.
- Dogan, S., Sahbaz, N. A., Aksakal, N., Tural, F., Torun, B. C., Yıldırım, N. K., Özkan, M., Ozcinar, B., Erbil, Y.** (2017). Quality of life after thyroid surgery. *Journal of endocrinological investigation*, 40(10), 1085–1090.
- Dóczy, V., Mészáros, Á.** (2013). Beteg-együttműködés, módszertani kérdések és hazai vizsgálatok. *Acta Pharmaceutica Hungarica*. 2013(1) 13-27.

- Effraimidis, G., Watt, T., Feldt-Rasmussen, U.** (2021). Levothyroxine Therapy in Elderly Patients With Hypothyroidism. *Frontiers in Endocrinology*. 2021(12).
- Feller, M., Snel, M., Moutzouri, E., Bauer, D. C., de Montmollin, M., Aujesky, D., Ford, I., Gussekloo, J., Kearney, P. M., Mooijaart, S., Quinn, T., Stott, D., Westendorp, R., Rodondi, N., & Dekkers, O. M.** (2018). Association of Thyroid Hormone Therapy With Quality of Life and Thyroid-Related Symptoms in Patients With Subclinical Hypothyroidism: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 320(13), 1349–1359.
- Fonagy, P., Moran, G. S.** (1991). Studies of the efficacy of child psychoanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 684– 695.
- Gaal P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D.** (2011). Hungary health system review. *Health Syst Transit*. 2011;13(5):1-266. PMID: 22394651.
- Grove-Laugesen, D., Cramon, P.K., Malmstroem, S., Ebbelohj, E., Watt, T., Hansen, K. W., & Rejnmark, L.** (2020). Effects of Supplemental Vitamin D on Muscle Performance and Quality of Life in Graves' Disease: A Randomized Clinical Trial. *Thyroid : official journal of the American Thyroid Association*, 30(5), 661–671.
- Jones, G., Jenkinson, C., Kennedy, S.** (2004). The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25(2), 123–133.
- Kjellberg Olofsson, C., Skovdahl, P., Fridolfsson, J., Arvidsson, D., Börjesson, M., Sunnegårdh, J., Buratti, S.** (2022). Life satisfaction, health-related quality of life and physical activity after treatment for valvular aortic stenosis. *Cardiology in the Young*, 1-7.
- Kung, A.W.C.** (1995). Life events, daily stresses and coping in patients with Graves' disease. *Clinical Endocrinology*, 42: 303-308.
- Konkolý Thege B., Rafael B., Rohánszky M.** (2014). Psychometric Properties of the Multidimensional Health Locus of Control Scale Form C in a Non-Western Culture. *PLoS ONE* 9(9).
- Kopp, M., Skrabski, Á., & Czakó, L.** (1990). Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 1(2), 4–24.
- Koyyada A, Orsu P.** (2020). Role of hypothyroidism and associated pathways in pregnancy and infertility: Clinical insights. *Tzu Chi Med J*. 2020 Apr 10;32(4):312-317.

- Központi Statisztikai Hivatal** (2019). A 2019. évi Európai lakossági eredményei.
https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html#tovbbiadatokinformcik
 Letöltés ideje: 2022.03.18.
- Lau, R. R., Hartman, K. A.** (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2(2), 167–185.
- Lawson, V.L., Bundy, C., Lyne, P.A. and Harvey, J.N.** (2004), Using the IPQ and PMDI to predict regular diabetes care-seeking among patients with Type 1 diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 9: 241-252.
- Lee, T., Sundar, G.** (2020). Quality of Life in Thyroid Eye Disease: A Systematic Review. *Ophthalmic plastic and reconstructive surgery*, 36(2), 118–126.
- Márki, G.** (2019). Az endometriózis egészségpszichológiai aspektusai. Doktori Disszertáció.
- Megari K.** (2013). Quality of Life in Chronic Disease Patients. *Health psychology research*, 1(3), e27.
- Moini, J., Pereira, K., Samsam, M.** (2020). Epidemiology of Thyroid Disorders. Elsevier
- Moratalla-Navarro F, Moreno V, López-Simarro F, Aguado A.** (2020). MorbiNet Study: Hypothyroidism Comorbidity Networks in the Adult General Population. *J Clin Endocrinol Metab.* 2021 Mar 8;106(3):e1179-e1190.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D.** (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17(1), 1-16.
- Nexø, M. A., Watt, T., Cleal, B., Hegedüs, L., Bonnema, S. J., Rasmussen, Å. K., és Bjorner, J. B.** (2015). Exploring the experiences of people with hypo-and hyperthyroidism. *Qualitative health research*, 25(7), 945-953.
- Papp-Zipernovszky, O., Kékesi, M. Z., Jámbori, Sz.** (2017). A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 18 (2017) 3, 230–262
- Recker, S., Voigtländer, R., Viehmann, A., Dunschen, K., Kerp, H., Frank-Raue, K., Leidig-Bruckner, G., Graf, D., Lederbogen, S., Dietrich, J. W., Görges, R., Brabant, G., Völker, U., Watt, T., Zwanziger, D., Moeller, L. C., & Führer, D.** (2019). Thyroid Related Quality of Life in Elderly with Subclinical Hypothyroidism and Improvement on Levothyroxine is Distinct from that in

- Young Patients (TSAGE). *Hormone and metabolic research = Hormon- und Stoffwechselforschung = Hormones et métabolisme*, 51(9), 568–574.
- Rigó, A.** (2022). A Hashimoto-pajzsmirigygyulladás egészségpszichológiai megközelítésben. In *Pszichológusok a betegellátásban. Alkalmazott egészségpszichológiai tanulmányok és esetismertetések*. 81-96.
- Robert D. Goldney, Pat J. Phillips, Laura J. Fisher, David H. Wilson** (2004). Diabetes, Depression, and Quality of Life : A population study . *Diabetes Care* 1 May 2004; 27 (5): 1066–1070.
- Romero-Gómez, B., Guerrero-Alonso, P., Carmona-Torres, J. M., Pozuelo-Carrascosa, D. P., Laredo-Aguilera, J. A., & Cobo-Cuenca, A. I.** (2020). Health-Related Quality of Life in Levothyroxine-Treated Hypothyroid Women and Women without Hypothyroidism: A Case-Control Study. *Journal of clinical medicine*, 9(12), 3864.
- Sawicka-Gutaj, N., Ruchala, M., Feldt-Rasmussen, U., Rasmussen, Å. K., Hegedüs, L., Bonnema, S. J., Groenvold, M., Bjorner, J. B., & Watt, T.** (2018). Patients with Benign Thyroid Diseases Experience an Impaired Sex Life. *Thyroid : official journal of the American Thyroid Association*, 28(10), 1261–1269.
- Tariq A, Wert Y, Cheriya P, Joshi R.** (2018). Effects of Long-Term Combination LT4 and LT3 Therapy for Improving Hypothyroidism and Overall Quality of Life. *South Med J*. 2018 Jun;111(6):363-369.
- Urbán, R.** (2017). Az egészség, az egészséget befolyásoló tényezők és a pszichoszociális epidemiológia. In *Klinikai És Egészségpszichológiai Szakkönyvtár. Az egészségpszichológia alapjai* (41–80). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Urmi SJ, Begum SR, Fariduddin M, Begum SA, Mahmud T, Banu J, Chowdhury S, Khanam A.** (2015). Hypothyroidism and its Effect on Menstrual Pattern and Fertility. *Mymensingh Med J*. 2015 Oct;24(4):765-9.
- Szende, A., Janssen, B., Cabases, J.** (2014). Self-reported population health: an international perspective based on EQ-5D. Springer Open, 2014
- Wallston KA, Strudler Wallston B, DeVellis R** (1978) Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Educ Behav* 6: 160–170

- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D.** (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
- Watt T., Cramon P., Hegedüs L., Bjorner J. B., Bonnema S. J., Rasmussen Å. K., Feldt-Rasmussen U., Groenvold M.** (2014). The thyroid-related quality of life measure ThyPRO has good responsiveness and ability to detect relevant treatment effects. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014 Oct;99(10):3708-17.
- Weiner, B.** (1972). Attribution Theory, Achievement Motivation, and the Educational Process. *Review of Educational Research*, 42(2), 203–215.
- WHO Egészségdefiníció** (1946). <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
Letöltés dátuma: 2022.04.01.