

Személyes célok és egészségmenedzsment - a társas és technológiai támogatás szerepe az egészség elérésében

Doktori értekezés

Csuka Sára Imola

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Prof. Dr. Martos Tamás, Ph.D., egyetemi tanár

Hivatalos bírálók:

Dr. Tőreki Annamária, Ph.D., Habil. egyetemi adjunktus

Dr. Zana Ágnes, Ph.D., egyetemi docens

Komplex vizsga szakmai bizottság:

Elnök: Dr. Falus András, Ph.D., az MTA rendes tagja, professor emeritus

Tagok: Dr. Füzesi Zsuzsanna, Ph.D., egyetemi tanár

Dr. Balog Piroska, Ph.D, egyetemi docens

Budapest

2024

1. BEVEZETÉS

Ahogy a külső környezet sem állandó, a személyen belül is változások zajlanak, mindezek összeegyeztetése pedig folyamatos alkalmazkodást kíván. Ilyen változás szükségszerűen a fejlődés folyamata, különös tekintettel az életciklus-változásokra, mely a fejlődés biopszichoszociális modellje szerint a biológiai, pszichológiai és a társas környezet újraszerveződése nyomán jön létre (Whitbourne & Whitbourne, 2020). Ezekkel az életciklus-változásokkal az életút során együttjárnak bizonyos normatív kihívások, ugyanakkor változás elé állíthatnak és alkalmazkodást igényelhetnek különféle paranormatív események is (Bulyáki & Szécsi, 2018), mint például egy krónikus betegség diagnózisa. Az egészség és jóllét elérése mindig komplex és egyéni folyamat; a George Engel (1977) által javasolt biopszichoszociális modell szerint maga az egészség és a betegség is biológiai, pszichológiai és társadalmi tényezők közötti kölcsönhatások eredménye. Eszerint a gyógyításhoz nem elég a személy biológiai állapotának vizsgálata, mivel a pszichológiai hatások nem elválaszthatóak a biokémiai folyamatoktól és a személy egészségi állapotához való viszonyulását nagymértékben alakítják a pszichológiai és társas környezeti tényezők. Bár az elmélet régóta ismert, alkalmazása az egészségügyi gyakorlatban nem mindig magától értetődő. Ugyanakkor a medicina egyre erősödő specializáltsága (és ebből következő fragmentáltsága) miatt kulcsfontosságú lenne az egészség megértése során (Adler, 2009). Morgan és munkatársai (2017) kritikai szemléletet érvényesítenek azzal kapcsolatban, hogy a támogatás krónikus betegek esetében sokszor a *betegség-menedzsment* elősegítésére szűkül le. Továbbá annak ellenére, hogy egyre inkább köztudott, hogy a személyek bevonása a betegségükkel döntéshozatalba előnyökkel jár, a gyakorlatban a betegek mozgásterét sokszor szűk a döntések során. Gyakran a „partnerség” fogalma alatt is a tekintéllyel való együttműködést értik, mely továbbra is egyenlőtlen viszonyt feltételez és a nem adherens betegekkel kapcsolatban negatív prekoncepciók fogalmazódnak meg. Ezzel szemben Morgan és munkatársai a támogatás tágabb értelemben vett szemléletét javasolják; a beteg *autonómiájának* elismerését, az *öndetermináció* fokozását, a *támogatási lehetőségek rugalmasságát* és *diverzitását* hangsúlyozzák. E tekintetben a személy élete és értékrendje áll a középpontban, figyelembe véve életkörülményit és mindezen említett tényezők kölcsönhatásait (Morgan és mtsai., 2017).

A személy-környezet közötti folyamatos tranzakciót jól megragadhatjuk a személy céljain (személyes tervein) keresztül, mivel ezek az egyedi választás és cselekvés nyomán lehetővé teszik a belső (biológiai) és külső (társas) igények összeegyeztetését (Little, 2007). Egyediségükből és kontextualizáltságukból adódóan, azt is megmutatják, hogyan válaszol egy személy a vele történő aktuális életeseményre (Vroman és mtsai., 2009).

Dolgozatomban ennek az *aktív* adaptációs folyamatnak a vizsgálatát állítom középpontba az egészséggel kapcsolatos célok és az egészségmagatartás, valamint mentális jóllét vonatkozásában krónikus betegség diagnózisával nem rendelkező készülő felnőtt szakaszában lévő fiatal felnőttek, valamint 1-es és 2-es típusú diabéteszdiabétesssel élő felnőtt személyek körében. A választás azért esett erre a két csoportra, mivel ezek az egészségmagatartás szempontjából kiemelt jelentőségű élethelyzetekről adnak mintát. A készülő felnőttkor kiemelt az egészségmagatartás tekintetében, mivel a fiatalok ekkor kezdik el kialakítani önálló életvitelüket, saját háztartásukat és az ekkor kialakuló szokások jellemzően az élet későbbi szakaszaiban is kísérik őket (Helgeson és mtsai., 2014; Schwartz & Drotar, 2009a; Von Ah és mtsai., 2004). Az egészségügyi problémák ugyanakkor ritkábbak (Arnett, 2000), de a rizikómagatartások gyakrabban jelenhetnek meg (Von Ah és mtsai., 2004). A másik vizsgált csoport a diabétesssel (1-es és 2-es típus) élő személyek csoportja. A diabétesz napjainkban az egyik leggyakrabban előforduló krónikus betegség, az Országos Statisztikai Adatfelvételi Program (OSAP) 2019-es adatai alapján a diabétesz volt az 5. leggyakoribb krónikus betegség hazánkban, mely 1,09 millió főt érint és nemcsak számos egészségügyi, hanem különféle mentális kockázati tényezőkkel is együttjár. A diabétesz a biopszichoszociális betegség prototípusának tekinthető (Hunter, 2016) és a magatartásorvoslás kiemelt területe (Sal és mtsai., 2013), mivel a kezelés a beteg aktív részvételét, illetve hosszú távú előtelezetségét és kitartását igényli a betegség-menedzsment során és a személy mindennapjaira, társas környezetére is kihat (és természetesen a környezet is visszahat a személy állapotára).

A dolgozatban először a kutatás általános elméleti keretét, a jóllét alapkoncepcióit és az öndetermináció-elméletet, ezt követően pedig a célok jelentőségét vázolom fel – különös tekintettel a vizsgálatom tárgyát képező személyes tervekre. Majd a szubjektív és pszichológiai jóllét és az egészségmagatartás összefüggéseit összegzem. Ezt követően azokat a személyes tapasztalatokat mutatom be, melyek a célokhoz kapcsolódhatnak és amelyek a korábbi vizsgálatok során lényegesnek bizonyultak az egészségmagatartás és

jólét vonatkozásában; az egészségcélok megközelítő-elkerülő orientációját, a cél megvalósítása során tapasztalt pozitív és negatív érzelmeket, a cél én-konkordanciáját, a célmegvalósítás során tapasztalt énhatékonyságot és a cél mások általi támogatottságát. Ezután az egészségmagatartás és jólét vonatkozásában két kiemelt élethelyzetet, a készülő felnőttkor időszakát, majd egy paranormatív kihívásként is értelmezhető krónikus betegséget, a diabéteszt mutatom be, kiemelve azokat a biológiai, kontextuális és pszichológiai tényezőket, melyek indokoltá teszik vizsgálatukat. Majd az egészségmagatartás és jólét támogatási lehetőségeiről írok, kiemelve a társas támogatás jelentőségét és az egészségügyi technológiák használatát.

2. CÉLKITŰZÉS

Kutatásom a korábbi vizsgálati eredményekhez kapcsolódóan három fő kérdés vizsgálata köré szerveződik. Először az egészségcélok általános dimenzióinak egészségmagatartással és jóléttel mutatott összefüggéseit vizsgálom. Majd a társas támogatás (még specifikusabban az autonómia-támogatás és direktivitás), végül pedig az egészségügyi technológiák használatának egészségmagatartással mutatott összefüggéseinek vizsgálatára kerül sor.

A vizsgált minták (fiatal felnőttek és diabéteszrel élő személyek) sajátosságaihoz és a kérdésfelvetéshez igazodva az egészségmagatartás és jólét vizsgálatára vonatkozóan különféle mutatókat alkalmaztam (ezek áttekintését a Módszertan tartalmazza). Az egészségmagatartáson belül fiatal felnőttek mintáján az egészséghez kapcsolódóan többféle területet is bevonam; a dohányzást, az alkoholfogyasztást, valamint a testsúlyt és testmozgás gyakoriságát, mivel a szerhasználat és a túlsúly hazánkban kiemelt népegészségügyi problémát jelentenek (Gaál és mtsai., 2020). Diabéteszrel élők vizsgálata esetében pedig a betegség-menedzsment kapcsán a táplálkozásterápiára/dietoterápiára (a továbbiakban étrendként fogok rá utalni) és a fizikai aktivitásra helyeztem a hangsúlyt, melyek az „életmódkezelés” körébe tartoznak (Gaál és mtsai., 2020). Emellett mindkettő olyan általános, nem gyógyszeres kezelési lehetőség, mely inkább megelőző jellegű, valamint egyéb krónikus betegségek esetében is lényegesek lehetnek (Evert & Riddell, 2015). Illetve ezek az 1-es és a 2-es típusú cukorbetegség kezelése során egyaránt fontosak (Garvey & Arathuzik, 2016), ami azért lényeges, mivel vizsgálatom célja elsősorban szubjektív (és nem diabéteszrel kapcsolatos biológiai) jellemzők vizsgálata volt, a kutatást nem szűkítettem csak az egyik alcsoport vizsgálatára, az 1-es és 2-es diabéteszrel élőket együttesen vizsgáltam (az elemzéseknél kontrollálva a diabétesz típusát).

A jólét mutatóinak megválasztásakor pedig törekedtem arra, hogy az öndetermináció-elmélet alapján legrelevánsabb és a hazai kutatások során is legáltalánosabban vizsgált változók kerüljenek beemelésre. Ezek a szubjektív jólét általános (élettel való elégedettség) és kifejezetten az egészség területére vonatkozó (pl. szubjektív egészségi állapot, testtel való elégedettség), valamint a pszichológiai jólét (élet értelmessége) mutatói voltak.

2.1. Az egészségcélokhoz kapcsolódó személyes tapasztalatok összefüggései az egészségmagatartással és a jóléttel

Az első kérdéscsoport átfogó jellegű volt; az egészségcélokhoz kapcsolódó személyes tapasztalatokra és ezek egészségmagatartással és jóléttel mutatott összefüggéseinek vizsgálatára irányult és fókusza általános, feltáró jellegű volt. Ezt a kérdést készülő felnőtté válás időszakában lévő (19-28 év) felsőoktatásban résztvevő felnőttek mintáján vizsgáltam meg, mivel ebben az időszakban még átlagosan kevésbé fordulnak elő egészségügyi problémák más életkorokhoz viszonyítva, azonban ez a rizikómagatartások szempontjából érzékeny korosztály (Arnett, 2000; Von Ah és mtsai., 2004).

2.1.1. Milyen eltérések vannak a megközelítő, illetve az elkerülő egészségcélú választók csoportjai között az általános szociodemográfiai jellemzők, az egészségmagatartás és az egészségcélhoz kapcsolódó tapasztalatok mentén?

2.1.2. Az egészségcélhoz kapcsolódó személyes tapasztalatok előrejelzik-e a testmozgás gyakoriságát, a testtel, valamint az élettel való elégedettséget, a rizikómagatartások közül pedig a dohányzás és alkoholfogyasztás gyakoriságát?

A második és harmadik kérdés vizsgálata két lépésben történt diabétesszel élő személyek mintáján. Először általános szinten végeztem elemzéseket a társas támogatás és a technológia-használat esetében is (melyek az egészségmagatartás kontextuális tényezőinek tekinthetők és a támogatás lehetősége is bennük rejlik), az egészségmagatartás és jóllét kapcsán. Ezután a társas támogatás és a technológia-használat esetében egyaránt az egészséggel szintjén is megvizsgáltam az összefüggéseket. Ennek a különválasztása azért indokolt, mivel a generikusan vett támogatás és egészségügyi technológia-használat egy általánosabb jellemzőt ragad meg, viszont a személy által kiválasztott egészségcélhoz kapcsolódó tapasztalatok már jóval specifikusabb attribútumot képviselnek.

2.2. Az egészségmagatartás társas kontextusa diabétesszel élők körében

2.2.1. Az egészségügyi szakember és a fontos másik autonómia-támogatása és az egészségmagatartás összefüggései

A második kérdéskörön belül az elemzések első része általános szinten a kezelőorvostól, illetve az egészségmagatartás szempontjából fontos másik személytől észlelt autonómia-támogatás mértékére vonatkozott. Ezen elemzés során diabétesszel élő személyek mintáján vizsgáltam, mivel esetükben a megfelelő egészség fenntartásában autonómiájuk támogatásának kiemelt szerepe van (pl. (Hagger & Protogerou, 2020; King és mtsai., 2010)). A támogatás forrásával kapcsolatban a következő kérdéseket fogalmaztam meg általános szinten:

2.2.1.a. Kik azok a fontos másik személyek, akiket megneveznek a diabétesszel élők egészségük megőrzése során?

2.2.1.b. Van-e különbség a fontos másiktól és az egészségügyi szakembertől észlelt autonómia-támogatás mértékében?

2.2.1.c. Milyen összefüggés van a fontos másiktól és az egészségügyi szakembertől észlelt autonómia-támogatás és az egészségmagatartás (megfelelő étrend követése és a fizikai aktivitás gyakorisága), valamint a jóllét között? Az alapvető pszichológiai szükségletek kielégülése közvetíti e támogatás hatását?

2.2.2. Az egészséggel fontos másik általi támogatottsága (autonómia-támogatás és direktív támogatás)

A második kérdéskörön belül az elemzések második részében az egészségcélok szintjén vizsgáltam tovább.

2.2.2.a. Milyen összefüggés van az egészséggel megvalósítása során tapasztalt autonómia-támogatás és direktivitás, valamint az egészségcélhoz kapcsolódó személyes tapasztalatok között?

2.3. Az egészségmagatartás a technológiai támogatás kontextusában

2.3.1. A technológia-használat és az egészségmagatartás összefüggései

Szintén diabétesszel élő személyek mintáján vizsgáltam az egészségügyi technológiák használatát. Igyekeztem feltárni a diabétesszel élők technológia-használati szokásait és attitűdjeit, valamint a technológia-használat és az egészségmagatartás összefüggéseit. Továbbá azt elemeztem, hogy a technológia-adaptáció háttérében álló motiváció előrejelzi-e az egészségmagatartást az egészségügyi technológiát (okostelefonos alkalmazásokat és hordható, hordozható digitális eszközöket) használók körében olyan módon, ahogyan ezt a METUX modell (Peters és mtsai., 2018) alapján várhatjuk.

2.3.1.a. Van-e eltérés a technológiát használók és nem használók csoportja között az általános szociodemográfiai, illetve betegséggel kapcsolatos jellemzők mentén, valamint az egészségmagatartás (megfelelő étrend követése és fizikai aktivitás gyakorisága), továbbá a technológiával kapcsolatos általános attitűdök (TAP) tekintetében?

2.3.1.b. Mely személyes jellemzők (szociodemográfiai, betegséggel kapcsolatos jellemzők, illetve technológiával kapcsolatos attitűdök) jelzik előre azt, hogy valaki használ valamilyen egészségügyi technológiát?

2.3.1.c. A technológia-használat megléte előrejelzi-e az egészségmagatartást (megfelelő étrend követése és a fizikai aktivitás gyakorisága)?

2.3.1.d. A technológiát használók körében előrejelzi-e a technológia-adaptáció háttérében álló *motiváció* az egészségmagatartást (megfelelő étrend követése és fizikai aktivitás gyakorisága)?

2.3.2. Technológia-használat az egészséggel megvalósítása során

Végül pedig kifejezetten a személy által megfogalmazott és kiválasztott egészséggel megvalósítása során történő egészségügyi technológia-használat vizsgálatára került sor.

2.3.2.a. Mely személyes jellemzők (szociodemográfiai, betegséggel kapcsolatos jellemzők, illetve technológiával kapcsolatos attitűdök) jelzik előre, hogy a személy használ-e technológiát egészséggel megvalósítása során?

2.3.2.b. A célmegvalósítás során történő technológia-használat (a szociodemográfiai változók és a célokhoz kapcsolódó személyes tapasztalatok - pozitív és negatív érzelmek, én-konkordancia, énhatékonyság - mellett), mennyire jelzi előre az egészségmagatartást (a megfelelő étrend követését és a fizikai aktivitás gyakoriságát), valamint a szubjektív és pszichológiai jóllétet (az étellel való elégedettséget és az élet értelmességének érzését)?

3. MÓDSZEREK

3.1. Az egészségcélok jellemzőinek vizsgálata: Készülő felnőttek egészségcéljai és a célokkal kapcsolatos tapasztalatai

3.1.1. Eljárás és a vizsgált minta

A kutatás a Szegedi Tudományegyetem támogatásával valósult meg és az Egészségügyi Tudományos Tanács Kutatás- és Innovációs Bizottsága hagyta jóvá (az etikai engedély ügyiratszám: IV/2517-2/2020/EKU).

A vizsgálat céljainak megfelelően a bevont résztvevők felsőoktatásban tanuló fiatal felnőttek voltak, a választott szak tekintetében a minél változatosabb mintavétel volt a cél. A teljes tesztsomag kitöltése kb. 25-30 percet igényelt.

A vizsgálatba való bekerülés kritériuma volt a 19-től 28 éves korig terjedő életkor és, hogy a személy valamilyen felsőoktatási intézmény hallgatója legyen. A tesztsomagot összesen 324 fő töltötte ki, azonban azokat a kitöltőket, akik az előbbi kritériumoknak nem feleltek meg, vagy nem töltötték ki végig a kérdőívet, kizártam a vizsgálatból, a teljes mintát végül 197 fő alkotta. A minta jellemzőit a 2. táblázat foglalja össze.

2. táblázat: A fiatal felnőtt minta jellemzői					
Nem		Családi állapot		Testtömegindex (BMI)	
Férfi	67	Nőtlen, hajadon, nincs élettársa	147	Alultáplált < 18,5	18
Nő	130	Nőtlen, hajadon, élettárral él	48	Normál testsúlyú 19-24,9	127
		Házasság, házastárral él	1	Túlsúlyos 25-29,9	30
				Elhízott/obez 30 >	8
Hiányzó érték	-		-		14
N	197		197		197

3.1.2. Mérészközök:

Alapadatok: A kitöltő életkora, neme (az elemzéseknél férfi: 0, nő: 1-es kódolással), és a választott egyetemi szak megjelölése.

Egészség-magatartásra, illetve szubjektív elégedettségre vonatkozó kérdések: fizikai aktivitás gyakorisága, dohányzás gyakorisága, alkoholfogyasztás gyakorisága, testsúly és testmagasság, szubjektív egészségi állapot, testtel való elégedettség.

Életteli Való Elégedettség Kérdőív (Satisfaction with Life Scale, SWLS, (Diener és mtsai., 1985) magyar változat: SWLS-H, (Martos, Sallay, Dészfalvi, és mtsai., 2014): A szubjektív jóllét mérésére kifejlesztett egyik legszélesebb körben használt önbevallásos mérőeszköz. A skála megfelelő megbízhatósági mutatókkal rendelkezik (Cronbach $\alpha = 0,86$).

Személyes tervek kérdőív (Little, 1993; Sheldon & Elliot, 1998); hazai változat: (Martos, 2009b): A személyes tervek megragadására szolgáló mérőeszköz, mely lehetőséget nyújt arra, hogy a kitöltő a saját maga által meghatározott egyéni céljait értékelje. Az instrukció speciálisan egészséggel kapcsolatos célok megfogalmazására irányult, a kitöltők legalább egy és maximálisan három egészségcél adhattak meg saját szavaikkal. Majd ezek közül egyet - a szubjektíven legfontosabbnak tartott célt - ki kellett választaniuk, melyet aztán előre meghatározott szempontok szerint kellett értékelniük..

Az egészségcél *kitöltő által* történő értékelésének szempontjai a korábbiakban már alkalmazott vizsgálati módszerekre alapozva kerültek kialakításra, a célértékelési szempontok a következők voltak: a céllal kapcsolatos pozitív és negatív érzelmek, a cél énkonzordanciája, a céllal kapcsolatos énhatékonyság. Cél megközelítő/elkerülő orientációja Az egészségcélok tartalmuk alapján a fenti szempontokon kívül megközelítő, illetve elkerülő orientáció tekintetében lettek elkülönítve. A megközelítő célok pozitív kimenetelre vonatkoznak, amelyet a személy fenn akar tartani, vagy ami felé törekszik, az elkerülő célok ezzel szemben negatív kimenetelre fókuszálnak, amelyet a személy meg akar szüntetni, vagy el akar kerülni. A kódolás során Elliot és Friedman (2007) szempontrendszerére támaszkodtunk.

3.2. Az egészségcélok vizsgálata krónikus betegséggel élő felnőttek mintáján: Diabétesszel élő személyek egészségcéljai, a célok társas és technológiai kontextusa

3.2.1. Eljárás és a vizsgált minta

A vizsgálat a Semmelweis Egyetem és a Szegedi Tudományegyetem kutatási együttműködése során valósult meg. A vizsgálatba való bekerülés kritériuma volt, hogy a résztvevő 1-es, vagy 2-es típusú diabétesszel rendelkezzen, 18 éven felüli legyen és ne álljon aktuálisan pszichiátriai kezelés alatt. A minta jellemzőit a 3. táblázat foglalja össze.

3. Táblázat: A diabéteszes minta jellemzői									
	Nem		Diabétesz típusa	Lakóhely		Végzettség		Kérdőív kitöltése	
Férfi	93	1-es típusú	100	Budapest / agglomeráció	42	8 általános vagy kevesebb, szakiskola, szakmunkásképző	70	Orvoson, egészségügyi szolgáltatón keresztül	23
Nő	221	2-es típusú	181	Város	195	érettségi	95	Diabetes csoporton keresztül	52
				Község, falu	74	felsőfokú technikum, felsőfokú szakképzés	41	Online diabetes csoporton keresztül	43
						egyetemi, főiskolai diploma és magasabb	109	Hozzá tartozón, ismerősön keresztül	159
								Egyéb	38
Hiányzó érték	1		34		4		-		-
N	315		315		315		315		315

3.2.2. Mérészközök:

A mérészközök esetében megjelennek átfedések a készülő felnőttek mintáján alkalmazottakkal.

3.2.2.a. Szociodemográfiai és betegséggel kapcsolatos kérdések:

Nem, életkor, diabétesz típusa (1-es: 0, vagy 2-es típus: 1-es kód), diabétesz időtartama, legmagasabb iskolai végzettség, szubjektív anyagi helyzet, szubjektív egészségi állapot.

A diabétesz öngondoskodással kapcsolatos tevékenységek (Summary of Diabetes Self-Care Activities, SDSCA Toobert et al, 2000; Jannoo & Khan, 2018): A kérdőív a különböző diabétesz öngondoskodási tevékenységek mérésére szolgált, magában foglalva az általános étrendet és a fizikai aktivitást.

3.2.2.b. Személyes tervek kérdőív (Little, 1993; Sheldon & Elliot, 1998; hazai változat: Martos, 2009b): A célértékelési szempontok ebben a vizsgálatban a következők voltak: céllal kapcsolatos pozitív és negatív érzelmek, cél énkonzordanciája, céllal kapcsolatos énhatékonyság, a fontos másik támogatása (autonómia és direktív támogatás) a cél során, diabétesz hatékony kontrollja a cél nyomán, technológia-használat (okostelefonon működő alkalmazások és/ vagy hordható és hordozható testfunkciókat monitorozó eszköz, illetve egyéb eszköz) az egészségcél megvalósítása során.

3.2.2.c.A jóllétet mérő kérdőívek:

Élettel Való Elégedettség Kérdőív (Satisfaction with Life Scale, SWLS, (Diener és mtsai., 1985); magyar változat: SWLS-H (Martos, Sallay, Désfalvi, és mtsai., 2014).

Élet Értelme Kérdőív (Meaning in Life Questionnaire, Steger et al. 2006); magyar változat: (Martos and Konkoly Thege 2012; magyar nyelvű kérdőív áttekintése: Csuka and Konkoly Thege 2021): A kérdőív két faktorra bontható: az élet értelmességének megtapasztalása, illetve az értelmesség élményének keresése. Mindkét alskála 5 tételből áll (MLQ_értelme: Cronbach $\alpha = 0,89$; keresés: $\alpha = 0,76$).

Pszichológiai Alapszükséglet Skála rövidített változata (Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale, BPNSF, Chen et al. 2015; magyar változat: Tóth-Király és mtsai., 2018, 2019). Az elemzések során a három alapvető pszichológiai szükséglet (autonómia, kompetencia és kapcsolódás) kielégítettségének (BPNS) átlagpontszámával számoltam, mely jó megbízhatósággal rendelkezett (Cronbach $\alpha = 0,84$).

3.2.2.d.Társas támogatás

A fontos másiktól és az egészségügyi szakembertől észlelt autonómia-támogatás (Health Care Climate Questionnaire, HCCQ, Williams et al. 1996): A kérdőív rövidített hazai változatát alkalmaztam (fordítását Martos Tamás és munkatársai végezték 2023, elérhető: osf.io/6947y). A válaszadóknak először fel kellett sorolniuk, hogy kik azok a számukra legfontosabb személyek, akik szerepet játszanak egészségükkel kapcsolatban éreznek, gondolkodnak és ahogyan magatartásukat alakítják, majd meg kellett jelölniük a legfontosabb személyt. Ezt követően 6 állítást kellett értékelniük, melyek az észlelt autonómia-támogatásra vonatkoztak. A következő lépésben ezeket az állításokat némileg átfogalmazva az egészségügyi szakembertől észlelt támogatás kapcsán is értékelniük kellett. A kérdőív tételeinek átlagolásával nyert autonómia-támogatás értékekkel (fontos másik: Cronbach $\alpha = 0,81$ és egészségügyi személyzet: Cronbach $\alpha = 0,89$) számoltam az elemzések során.

3.2.2.e.Technológia-használat és technológiával kapcsolatos attitűdök

Egészségügyi technológia-használat: A kérdés a technológiát használó, illetve nem használó résztvevők elkülönítésére, illetve a használt technológiák típusainak megismerésére szolgált. Az eszközök két nagyobb kategóriája az okostelefonos alkalmazások, illetve a testfunkciókat monitorozó viselhető és hordozható eszközök voltak, az "egyéb eszköz" megjelölésekor a két kategórián kívül saját szavaikkal adhatták meg, ha az általuk használt technológiát nem tudták besorolni az előbbi két kategóriába. Minden olyan válaszadót,

aki valamilyen online technológiát, eszközt használt, mely lehetett okostelefon-alkalmazás vagy hordható és hordozható eszköz, egészségügyi technológiát használnak tekintetben (56,2%, $n = 177$). Akik nem használták a technológiák egyikét sem, „technológiát nem használnak” minősítettem (43,8%, $n = 138$).

Autonómia és kompetencia a technológiai adaptációjában (ACTA, Peters, Calvo, and Ryan, 2018, fordítását Martos Tamás és kollégái végezték, 2023, elérhető: osf.io/6947y): A résztvevőknek az előző lépésben megadott egészségügyi technológiával kapcsolatban kellett megjelölniük, hogy mennyire tartják magukra nézve érvényesnek. Az autonóm motiváció skála 2 alskálára adott értékelések átlagát tartalmazta (Cronbach $\alpha = 0,89$): intrinzik motiváció és integrált szabályozás. A kontrollált motivációt (Cronbach $\alpha = 0,70$) pedig az introjektált és a külső szabályozás alskálák tételeinek átlagértéke adta.

Technológia adaptációjára való hajlandóság (TAP, Martos et al. 2019; Ratchford and Barnhart 2012): A technológiával kapcsolatos általános attitűdök mérésére szolgált, három alskálából áll, melyek az optimizmus (Cronbach $\alpha = 0,85$), jártasság (Cronbach $\alpha = 0,82$), függés és kiszolgáltatottság (Cronbach $\alpha = 0,70$).

4. EREDMÉNYEK

4.1. Fiatal felnőttek egészségcélhoz kapcsolódó tapasztalatainak vizsgálata

4.1.1. A megközelítő és elkerülő egészségcél választók csoportjainak összehasonlítása a szociodemográfiai jellemzők, az egészségmagatartás és az egészségcélhoz kapcsolódó tapasztalatok mentén

Első lépésként összehasonlítottam a megközelítő, illetve az elkerülő egészségcél választók csoportját (5. táblázat). Életkor (megközelítő: $M = 22,53$, $SD = 2,01$; elkerülő: $M = 22,23$, $SD = 1,82$) és nem tekintetében (Pearson χ^2 ($df = 1$) = 1,820, $p = 0,177$), bár a férfiak valamivel nagyobb arányban választottak megközelítő célt, nem volt eltérés a két csoport között. Ugyanakkor a független mintás t-próbák eredményei szerint a megközelítő egészségcél választók ritkábban dohányoznak ($t = 3,670$, $df = 85,04$, $p < 0,001$, Cohen-féle d érték = 0,15), átlagosan alacsonyabb testtömegindexszel rendelkeznek ($t = 3,345$, $df = 77,17$, $p < 0,001$, Cohen-féle d érték = 0,62), elégedettebbek a testükkel ($t = 2,057$, $df = 195$, $p < 0,05$, Cohen-féle d érték = 0,33), valamint magasabb étellel való elégedettségűek ($t = 1,866$, $df = 195$, $p < 0,05$, Cohen-féle d érték = 0,30) számolnak be. Ezen kívül kedvezőbb célokkal kapcsolatos személyes tapasztalataik vannak: több pozitív érzelmet élnek át ($t = 3,799$, $df = 195$, $p < 0,001$, Cohen-féle d érték = 0,60) valamint én-konkordánsabbak a céljaik ($t = 6,028$, $df = 195$, $p < 0,001$, Cohen-féle d érték = 0,95) és több énhatékonyságot ($t = 2,299$, $df = 195$, $p < 0,05$, Cohen-féle d érték = 0,36) éreznek megvalósításuk során.

4.1.2. Az egészségcélhoz kapcsolódó tapasztalatok előrejelző hatása az egészségmagatartásra, a szubjektív jóllétre és a rizikóviselkedésekre nézve

A következő lépésben annak vizsgálatára került sor, hogy a céllal kapcsolatos tapasztalatok mennyiben jelzik előre az egészségmagatartást és a jóllétet. Ennek megfelelően öt hierarchikus regressziós modellt építettem, a függő változók sorban a testmozgás gyakorisága, a dohányzás és alkoholfogyasztás gyakorisága a testtel, valamint az étellel való elégedettség voltak (8. táblázat). A prediktorok a testmozgás gyakoriságát jelzik előre legerőteljesebben, a modell teljes varianciájának összesen 28%-át magyarázzák, az étellel való elégedettségénél 17%, a testtel való elégedettség és a dohányzás gyakorisága esetében 16% a megmagyarázott variancia. Az alkoholfogyasztás gyakorisága esetében a modell magyarázóereje mindössze 6%. A nem, a testtel való elégedettség kivételével ($\beta = -0,07$, $p > 0,05$) minden modell esetében szignifikáns magyarázóerővel rendelkezik, tehát: a nők ritkábban végeznek testmozgást ($\beta = 0,20$, $p < 0,01$), elégedettebbek az életükkel ($\beta = 0,18$, $p < 0,01$), illetve ritkábban dohányoznak ($\beta = -0,16$, $p < 0,05$) és fogyasztanak alkoholt ($\beta = 0,20$, $p < 0,05$). A modelleket tekintve az egészségcélokkal kapcsolatos tapasztalatok közül az énhatékonyság következetesen előrejelző hatással bír (egyedül az alkoholfogyasztás gyakoriságát nem jelezte előre), míg a céllal kapcsolatos pozitív érzelmek egyedül a testmozgás gyakoriságát jelzik előre pozitívan ($\beta = 0,40$, $p < 0,001$). A céllal kapcsolatos negatív érzelmek előrejelzik a dohányzás gyakoriságát ($\beta = 0,02$, $p < 0,05$) és fordítottan jelzik előre a testtel ($\beta = 0,18$, $p < 0,05$) és az étellel való elégedettséget ($\beta = 0,16$, $p < 0,05$). A cél megközelítő, illetve elkerülő orientációja egyedül a

dohányzás gyakorisága tekintetében rendelkezik szignifikáns prediktív erővel ($\beta = 0,23$, $p < 0,01$, vagyis a megközelítő célorientáció fordítottan jelzi előre a dohányzás gyakoriságát).

4.2. Diabétessel élő személyek vizsgálata

4.2.1. Az egészségmagatartás társas kontextusa diabétessel élő személyek körében

4.2.1.a Az autonómia-támogatás forrásai

Először annak vizsgálatára került sor, hogy ki az a fontos másik személy, aki a *legfontosabb* szerepet játssza a válaszadó egészségével kapcsolatban. A megadott szabadszavas válaszok besorolása nyomán 5 kategória jött létre: (1) partner (a kitöltők 45%-a adta meg), (2) családtag (43%), (3) barát (4%), (4) orvos (6%). A (5) mester kategóriába a tartozott a „mester” megnevezése, a tanár, ismert személy, diabétesz csoport vezetője (2%).

Az észlelt autonómia-támogatásban egyszempontos variancia-analízis alapján nem volt eltérés a támogatás forrását illetően ($F = 0,367$, $df = 4$, 288 , $p = 0,832$).

A fontos másiktól ($M = 5,79$, $SD = 1,21$) és az egészségügyi szakembertől ($M = 4,62$, $SD = 1,80$) észlelt autonómia-támogatás mértékét tekintve a kitöltők a fontos másik személytől tapasztaltak több autonómia-támogatást ($t = 10,625$, $df = 274$, $p < 0,001$, Cohen-féle d érték $= 0,64$), a két skála között pozitív, közepes erősségű korreláció van ($r = 0,32$), mely indokolja a két konstruktum elemzésekor történő megkülönböztetését.

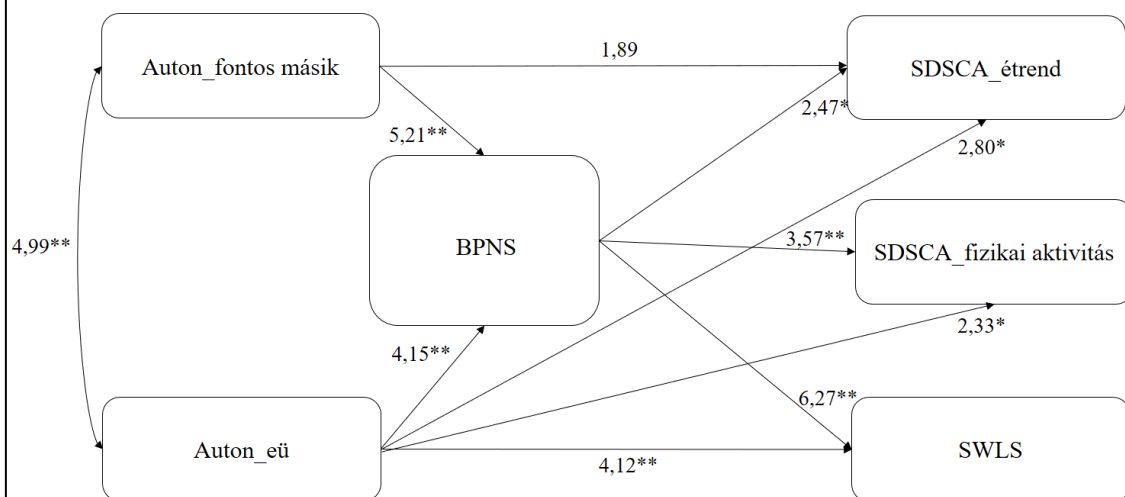
4.2.1.b Az egészségügyi szakember, valamint a fontos másik autonómia-támogatásának összefüggései az egészségmagatartással és a jólléttel

Pearson-korrelációval megvizsgáltam, hogy milyen összefüggésben áll a fontos másiktól és az egészségügyi személyzettől észlelt autonómia-támogatás a személyes (szociodemográfiai, betegséggel kapcsolatos) jellemzőkkel. Az eredmények alapján két változó esetében mutatkozik összefüggés; a fontos másiktól észlelt autonómia-támogatás gyenge pozitív korrelációt mutat a szubjektív anyagi helyzettel ($r = 0,15$), az egészségügyi személyzet autonómia-támogatása pedig a diagnózis időtartamával mutat szintén gyenge pozitív irányú összefüggést ($r = 0,15$).

Annak vizsgálatára, hogy a fontos másiktól és a kezelőszemélyzettől észlelt támogatásnak van-e speciális előrejelző hatása az egészségmagatartásra testmozgás és a jóllétre, illetve, hogy az alapvető pszichológiai szükségletek közvetítik-e a támogatás hatását, útelemzést végeztem.

Az első lépésben elméleti alapon létrehozott modellt az illeszkedőségi mutatók alapján nem lehet megbízhatónak tekinteni: $\chi^2 = 20,828$, $df = 2$, $p < 0,001$, $\chi^2/df = 10,41$ (CFI = 0,91, NFI = 0,74, IFI = 0,92, TLI = 0,34, RMSEA = 0,184, RMSEA konfidencia intervallum: 0,118-0,260). Ezért egy tisztított modellt is létrehoztam, mely az eredeti elméleti modellből kiindulva két módosítással jött létre (3. ábra). Az elméleti modell modifikációs indexe alapján ($mi = 15,17$) egy új útvonalat rajzoltam fel: az egészségügyi szakember autonómia-támogatása közvetlenül is előrejelezte az étellel való elégedettséget. Illetve az egyedüli nem szignifikáns utat töröltem a modellből ($\beta = 0,04$, $p = 0,729$ - tehát a fontos másik autonómia-támogatása nem jelzi előre a testmozgás gyakoriságát). Ennek a tisztított modellnek az illeszkedési mutatói már megfelelőek voltak; $\chi^2 = 4,892$, $df = 2$, $p > 0,05$, $\chi^2/df = 2,45$ (CFI = 0,99, NFI = 0,98, IFI = 0,99, TLI = 0,99, RMSEA = 0,072, RMSEA konfidencia intervallum: 0,001-0,156).

3. Ábra: Útelemzés – Tisztított modell: A fontos másiktól és a kezelőszemélyzettől észlelt támogatás összefüggései az egészségmagatartással és a jólléttel (feltüntetve a standardizált regressziós együtthatók)



Megjegyzések:

Az ábrán mindegyik modellben szereplő útvonal fel van tüntetve.

Auton_fontos másik = fontos másiktól észlelt autonómia-támogatás

Auton_eü. = egészségügyi szakembertől észlelt autonómia-támogatás

BPNS = alapvető pszichológiai szükségletek kielégülése

SWLS = élettel való elégedettség

SDSCA_étrend és fizikai aktivitás = A diabétesz öngondoskodással kapcsolatos tevékenységek

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

4.2.1.c A fontos másiktól tapasztalt támogatás jellemzőinek (autonómia-támogatás és direktív támogatás) összefüggései az egészségcéllal kapcsolatos tapasztalatokkal

Hierarchikus regresszió-elemzésekkel vizsgáltam, hogy az egészségcél megvalósítása során tapasztalt autonómia, illetve direktív támogatás mennyiben jelzi előre a céllal kapcsolatos tapasztalatokat, kontrollálva a szociodemográfiai jellemzők hatását. Összességében a cél autonómia-támogatása következetesen előrejelzi a céllal kapcsolatos kedvező tapasztalatokat; a pozitív érzelmek gyakoriságát ($\beta = 0,46$, $p < 0,001$), az én-konkordanciát ($\beta = 0,30$, $p < 0,001$), az énhatékonyságot ($\beta = 0,52$, $p < 0,001$) és a diabétesz hatékony kontrollját ($\beta = 0,24$, $p < 0,001$) a cél megvalósítása nyomán. Míg a direktív támogatás épp a fordított irányban jelzi előre a céllal kapcsolatos kedvező tapasztalatokat, a cél megvalósításához kapcsolódó negatív érzelmeket egyenes irányban jelzi előre ($\beta = 0,18$, $p < 0,05$), a céllal kapcsolatos pozitív érzelmekkel pedig nem áll összefüggésben ($\beta = -0,10$, $p > 0,05$).

4.2.1. Az egészségmagatartás a technológiai támogatás kontextusában

4.2.1.a Az egészségügyi technológia használatát előrejelző szociodemográfiai jellemzők

Először az egészségügyi technológiát használó (56,2%, $n = 177$) és nem használó (43,8%, $n = 138$) személyek csoportjának összehasonlítása történt meg. A technológiát használók átlagosan fiatalabbak (t ($df = 306,68$) = 5,29, $p < 0,001$), országos viszonylatban elégedettebbek anyagi helyzetükkel (t ($df = 313$) = 2,59, $p = 0,01$), magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek (Kolmogorov-Smirnov Z-teszt = 1,79 $p < 0,01$), a diabétesz típusa tekintetében pedig az 1-es típusú cukorbetegnek nagyobb valószínűséggel alkalmaznak technológiát a 2-es típusú cukorbeteghez képest (χ^2 ($df = 1$) = 10,35, $p < 0,01$). A technológiát használók csoportja általában véve optimistább a technológiával kapcsolatban (t ($df = 302$) = -5,78, $p < 0,001$), továbbá a technológiával kapcsolatban jártasabbnak érzik magukat (t ($df = 252,73$) = -7,67, $p < 0,001$). Az egészségmagatartás vonatkozásában a technológiát használók gyakrabban végeznek fizikai aktivitást (t ($df = 283$) = -3,00, $p < 0,01$), valamint magasabb szubjektív egészségi állapotról számolnak be (Kolmogorov-Smirnov-Z teszt = 1,74, $p < 0,01$).

Annak vizsgálatára, hogy mely szociodemográfiai jellemzők és technológiai attitűdök jelzik előre azt, hogy valaki használ valamilyen egészségügyi technológiát, bináris logisztikus regresszió-elemzést végeztem. Az általános szociodemográfiai változók közül a felsőfokú technikum, felsőfokú szakképzés (ExpB ($df = 1$) = 1,48, $p < 0,05$), a technológiával kapcsolatos attitűdök közül pedig a technológiával kapcsolatos jártasság (ExpB ($df = 1$) = 0,79, $p \leq 0,001$) pozitívan jelezte előre a technológia használatát, míg az életkor (ExpB ($df = 1$) = -0,03, $p < 0,05$), illetve a technológiával kapcsolatos függés és kiszolgáltatottság érzése (ExpB ($df = 1$) = -0,28, $p < 0,05$) negatívan jelezte előre a használatot.

4.2.1.b Az egészségügyi technológia használatának és a használat háttérében álló motiváció összefüggései az egészségmagatartással (a fizikai aktivitás és az étrend követésének heti gyakorisága)

Annak vizsgálatára, hogy az egészségügyi technológia használata előrejelzi-e az egészségmagatartást (kontrollálva az egyéb szociodemográfiai jellemzők prediktív hatására) hierarchikus regresszió-elemzéseket végeztem, a kimeneti változó első esetben az étrend követése, majd a fizikai aktivitás gyakorisága volt. Önmagában a technológia használata mind a heti egészséges étrend betartását ($\beta = 0,130$, $p < 0,05$), mind a fizikai aktivitás gyakoriságát ($\beta = 0,24$, $p < 0,01$) szignifikánsan előre jelezte. Az egészséges diéta követését továbbá a nem ($\beta = 0,14$, $p < 0,05$, a nők nagyobb valószínűséggel követik az egészséges étrendet) és a diagnózis időtartama ($\beta = 0,14$, $p < 0,05$, a diabéteszrel hosszabb ideje együtt élők, függetlenül a diabétesz típusától, nagyobb valószínűséggel követik az általános diétát) is előrejelezte. A fizikai aktivitás gyakoriságát pedig az életkor ($\beta = 0,19$, $p < 0,01$, az idősebbek gyakrabban mozognak) jelezte előre a technológia használatán túl.

Ezt követően két további hierarchikus regresszió-elemzéssel azt vizsgáltam, hogy az egészségügyi technológia-használat háttérében álló motiváció minősége (kontrollálva a szociodemográfiai jellemzők hatására), előrejelzi-e az egészségmagatartás heti gyakoriságát. A diéta követését a technológia használat autonóm ($\beta = 0,32$, $p < 0,001$) és kontrollált ($\beta = -0,17$, $p < 0,05$) motivációja egyaránt előrejelezte, míg az egyéb változók ezek mellett nem rendelkeztek szignifikáns magyarázóerővel. A fizikai aktivitás gyakoriságát az autonóman motivált technológia-használat szintén előrejelezte ($\beta = 0,23$, $p < 0,01$), a kontrollált motivációnak azonban itt már nem volt előrejelző ereje, a szociodemográfiai jellemzők közül pedig csak az életkor ($\beta = 0,26$, $p < 0,01$) rendelkezett szignifikáns előrejelző erővel.

4.2.1.c Technológia-használat az egészségcél megvalósítása során

További vizsgálódásokat végeztem azzal kapcsolatban, hogy az *egészségcél megvalósítása során* megjelenik-e az előbbieknél is elemzett egészségügyi technológiák (mobilalkalmazás, vagy hordható és hordozható eszköz) használata, mi jelzi előre a technológia cél-megvalósítás során történő adaptációját, illetve mutat-e összefüggést az egészségcél megvalósítása során történő technológia-használat az egészségmagatartással és a jólléttel. A vizsgálatba bevont személyeknek nagyjából a fele (52,7%, $n = 166$) használ valamilyen egészségügyi technológiát egészséggel kapcsolatos célja megvalósítása során.

A bináris regresszió-elemzés eredményei alapján azt, hogy valaki kifejezetten az egészségcélja megvalósítása során használt-e valamilyen digitális technológiát, a szociodemográfiai jellemzők nem jelezték előre. Ugyanakkor a technológiával kapcsolatos kedvező általános attitűdök; a technológiával szembeni optimizmus ($B (df = 1) = 0,24, p < 0,05$) és a használatban mutatott jártasság ($B (df = 1) = 0,348, p < 0,05$) pozitívan jelezték előre a használatot. A technológiával kapcsolatos általános negatív attitűd; a függés és kiszolgáltatottság érzése pedig ($B (df = 1) = -0,20, p < 0,05$) fordított összefüggést mutatva, marginálisan volt szignifikáns prediktor.

Végül azt vizsgáltam meg négy, azonos módon felépített hierarchikus regresszió-elemzéssel, hogy az egészségcél során történő technológia-használat, illetve az egészségcélhoz kapcsolatos tapasztalatok, kontrollálva a szociodemográfiai jellemzőkre, előrejelzik-e az egészségmagatartást és a szubjektív és pszichológiai jóllétet. Az egészségcél megvalósítása során történő technológia-használat, az egyéb tényezők mellett, egyedül a fizikai aktivitás gyakorisága esetében rendelkezik szignifikáns prediktív erővel ($\beta = 0,22, p < 0,001$). A céllal kapcsolatos érzelmek, illetve az énhatékonyság viszonylag konzekvens prediktorok voltak a regressziós modellekben.

5. KÖVETKEZTETÉSEK

A disszertáció középpontjában az egészségmagatartás szempontjából két kiemelt minta, készülő felnőttek, valamint diabéteszrel élő személyek egészségcéljainak és egészségmagatartásának, illetve mentális jóllétének vizsgálata állt.

A kutatás újdonságértékét adja az egészségcélok általános jellemzőinek vizsgálata készülő felnőttek és diabéteszrel élő személyek mintáján is. Emellett az egészségügyi szakember és a fontos másik autonómia-támogatásának vizsgálatára diabéteszrel élők körében még tudomásom szerint nem került sor sem a hazai, sem a külföldi kutatások során. A személyes célok fontos másik általi támogatásának vizsgálata és az autonómia-, valamint a direktív támogatás együttes figyelembevételével már született hazai vizsgálat párok körében, azonban krónikus betegek esetében még tudomásom szerint nem vizsgálták. Bár a technológia-használat egészségre (fizikai és mentális) gyakorolt hatása egyre inkább előtérbe kerül és egyre gazdagodik azoknak az idegennyelvű tanulmányoknak a száma, melyek a különféle egészségügyi technológiák alkalmazási lehetőségeit (előnyeit és kockázatait) vizsgálják, ugyanakkor az egészségügyi technológia használata háttérben álló motiváció típusát diabéteszrel élők körében idáig nem vizsgálták.

Mindkét minta esetében a céllal kapcsolatos tapasztalatok a szociodemográfiai jellemzőknél erőteljesebben előrejelezték az egészségmagatartást és a szubjektív és pszichológiai jóllétet. A célokkal kapcsolatos tapasztalatok közül az énhatékonyság érzése meghatározónak tűnik a jóllét szempontjából.

Ahogy ez az öndetermináció-elmélet alapján is várható volt, az autonómia-támogatás a kezelőorvostól és a fontos másiktól előrejelezte az egészségmagatartást és a jóllétet is, így lényeges lenne a jövőben egyrészt az egészségügyi szakemberek részéről az autonómiát támogató kommunikáció elsajátítása és alkalmazása, valamint a személy környezetében élő fontos másik személyek bevonása.

A technológia-használat és a humán autonómia, valamint a jóllét összefüggéseivel kapcsolatos korábbi ellentmondásos eredmények kibékítésére a METUX modell megfelelő elméleti keretet kínál. Az egészségügyi technológiák (mobiltelefonos applikációk és hordható, hordozható eszközök) szintén jól használhatóak lehetnek a diabétesz-menedzsment során és a beteg autonómia-érzését is növelhetik. Ugyanakkor egy új egészségügyi alkalmazás/eszköz bevezetésekor nemcsak magának a technológiának a bemutatása lényeges, hanem a felhasználó autonómiáját is szükséges támogatni, emellett különös figyelmet kell fordítani a személyre szabott, egészséggel kapcsolatos technológiai beavatkozásokra a jártasság fokozása, valamint a kiszolgáltatottság és a függőség érzésének csökkentése érdekében.

A kutatás eredményei a gyakorlatban is hasznosíthatók. Tekintve az elhízás magas arányát hazánkban egyrészt a készülő felnőttek mintáján nyert eredmények felhívják a figyelmet a prevenció fontosságára és az egészségpromóció jelentőségére fiatal felnőttek körében. Bár kutatásom során az egészségmagatartást és a mentális egészséget meghatározó tényezők sokaságának csak egy kis szeletét tudtam megragadni, az eredményekből is láthatóak ezek komplex összefüggései. A célok megismerésével képet kapunk arról,

mi felé törekszik az adott személy és arról is, hogy ez milyen környezeti (társas és technológiai) kontextusban jelenik meg. Mivel az egészségcélokban megragadható a személy és a környezete közti egyedi és dinamikus tranzakciós folyamat, egy intervenció során a célok feltérképezése hozzásegíthet ahhoz, hogy ne csak egy szempontot emeljünk ki, hanem a személyre és az őt körülvevő környezetre egy közös, oda-vissza ható rendszer részeként tekintsünk. A nemzetközi és a hazai szakmai ajánlások is kitérnek a kezelési célok kapcsán a pácienssel közös döntéshozatalra és a vele egyeztetett célok kialakításának fontosságára. Így például a magyarországi Egészségügyi szakmai irányelv (Gaál és mtsai., 2020) is említi a SMART célok (Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time limited) kitűzésének fontosságát, vagyis a célok legyenek konkrétak, mérhetőek, elérhetőek, reálisan megvalósíthatók és időben behatároltak. A Magyar Diabetes Társaság szintén közzétette oldalán olyan mobilalkalmazásoknak a listáját, melyek segítséget nyújthatnak a diabétesz-menedzsment során (MDT, 2023). A kutatás eredményei a pszichológiai szempontokra hívják fel a figyelmet, amelyeket a segítség során érdemes figyelembe venni:

A betegekkel közösen megfogalmazott kezelési célok, egészségcélok kapcsán kiemelten fontos lenne a személy énhatékonyság érzésének növelése (pl. saját élmények, mások viselkedésének megfigyelése, verbális megerősítések által), a célhoz kapcsolódó kellemetlen érzések csökkentése és a pozitív érzések növelése.

Az autonómia támogatása az egészségügyi szakember és a fontos másik részéről is kiemelendő. Bár diabétesz-menedzsmentre vonatkozóan vannak konkrét ajánlások és a páciensek edukációja a kezelés kulcsfontosságú része, lényeges lenne, hogy az információk átadása ne passzív formában, hanem a beteg aktív bevonásával történjen és a kezelési terv kialakítása során a beteg megőrizhesse autonómiáját. Szintén indokolt lenne azonosítani és bevonni a személy környezetében élő legfontosabb támogató személyt/személyeket is a kezelés folyamatába.

A technológiában rejlő lehetőségek kiaknázása érdekében fontos, hogy ezek az egészségügyi mobil alkalmazások, online technológiák szakmailag ellenőrzöttek és megbízhatóak legyenek. A használat során lényeges a betegek autonóm motivációjának kialakítása, ami történhet autonómiát támogató kommunikáció révén, például a javaslatok alapos indoklásával, választási lehetőség felkínálásával és a személy érzéseinek elismerésével. Emellett a jövőben a szakembereknek az egészségügyi technológiák használata kapcsán nemcsak a szakmai (egészségügyi, pszichológiai) szempontokkal, hanem a használat etikai kérdéseivel (az adatbiztonsággal, a visszaélés lehetőségével) is számolniuk kell.

Értekezéshez kapcsolódó saját közlemények jegyzéke

Csuka, S. I., Rohánszky, M., & Konkoly Thege, B. (2024). Gender differences in the predictors of quality of life in patients with cancer: A cross sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 68, 102492. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102492>

Csuka, S. I., Désfalvi, J., Konkoly Thege, B., Sallay, V., & Martos, T. (2023). Relationship satisfaction and self-esteem in patients with breast cancer and healthy women: The role of expected and actual personal projects support from the partner. *BMC Women's Health*, 23(1), 426. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02555-1>

Csuka, S. I., Horvát, B., Csordás, G., Lakatos, C., & Martos, T. (é. n.). A cross-sectional study on technology use and health behavior among patients with diabetes—Does the quality of underlying motives of technology adoption matter? Benyújtott kézirat.

Csuka, S. I., Rosta-Filep, O., Sallay, V., & Martos, T. (2021). Fiatal felnőttek egészségcéljainak vizsgálata: A cél megközelítő-elkerülő orientációjának személyes kontextusa és a célokhoz társuló szubjektív tapasztalatok. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 76(1), 73-99. <https://doi.org/10.1556/0016.2021.00013>

- Sallay, V., Klinovszky, A., Csuka, S. I., Buzás, N., & Papp-Zipernovszky, O. (2021). Striving for autonomy in everyday diabetes self-management—qualitative exploration via grounded theory approach. *BMJ open*, 11(12), e058885. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058885>
- Désfalvi, J., Lakatos, Cs., Csuka, S. I., Sallay, V., Filep, O., Dank, M., & Martos, T. (2020). Kötődési stílus, kapcsolati és szexuális elégedettség: emlőrákos és egészséges nők összehasonlító vizsgálata. *Orvosi Hetilap*, 161(13), 510-518. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31686>
- Csuka, S. I., Martos, T., Kapornaky, M., Sallay, V., & Lewis, C. A. (2019). Attitudes Toward Technologies of the Near Future: The Role of Technology Readiness in a Hungarian Adult Sample. *International Journal of Innovation and Technology Management (IJITM)*, 16(06), 1-19. <https://doi.org/10.1142/S0219877019500469>
- Martos, T., Kapornaky, M., Csuka, S., & Sallay, V. (2019). A technológiai megoldásokkal kapcsolatos attitűdök mérése: a TRI és a TAP magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Alkalmazott Pszichológia*, 19(1), 97-117. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2019.1.97>
- Csuka, S. I., Völgyesi-Molnár, M., & Prónay, B. (2023). A fogyatékos személyek pszichológiai jólléte és életminősége. In *A humán fogyatékoságok pszichológiája – a gyógypedagógiai pszichológia alapjai*. Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.
- Csuka, S., I. & Konkolý Thege, B. (2021). Élet Értelme Kérdőív (Meaning in Life Questionnaire, MLQ, MLQ-H). In: Horváth Zsolt, Urbán Róbert, Kökönyei Gyöngyi, Demetrovics Zsolt (szerk). *Kérdőíves módszerek a klinikai- és egészségpszichológia kutatásában és gyakorlatában*. Medicina, Budapest.

Konferenciaközlemények:

- Csuka, S., I., Désfalvi, J., Sallay, V., Martos, T. (2019). Partner's support for personal projects of women diagnosed with breast cancer - a Self-Determination Theory informed pilot study. In: Rashmi, Kusurkar (szerk.) 7th International Self-Determination Theory Conference Abstract Book. p. P-231 , 1 p.
- Csuka, S. I., Martos, T. (2021) Diabéteszes betegek egészség-céljainak és egészségmagatartásának alakulása a technológia-használat tükrében: a METUX modell értékelése. In: Sass, Judit (szerk.) Út a reziliens jövő felé. A Magyar Pszichológiai Társaság XXIX. Országos Tudományos Nagygyűlése: Kivonatkiötet. Budapest, Magyarország : Magyar Pszichológiai Társaság (2021) 336 p. pp. 134-135. , 2 p.
- Sallay, V., Papp-Zipernovszky, O., Klinovszky, A., Csuka, S. I., Buzás, N. (2021). Az autonómia megteremtése a diabétesz páciensek mindennapjai során: kvalitatív elemzés öndetermináció-elméleti megközelítésben In: Sass, Judit (szerk.) Út a reziliens jövő felé. A Magyar Pszichológiai Társaság XXIX. Országos Tudományos Nagygyűlése: Kivonatkiötet. Budapest, Magyarország : Magyar Pszichológiai Társaság. 336 p. pp. 132-133. , 2 p.
- Csuka, S. I., Désfalvi, J., Sallay, V., Martos, T. (2019). Emlődaganattal diagnosztizált nők személyes terveinek vizsgálata a partnertől kapott támogatás tükrében – egy öndetermináció-elméleten alapuló pilot-kutatás eredménye. In: Lippai, Edit (szerk.) Összetart a sokszínűség : A Magyar Pszichológiai Társaság XXVIII. Országos Tudományos Nagygyűlése kivonatkiötet. Budapest, Magyarország : Magyar Pszichológiai Társaság. 319 p. pp. 154-154. , 1 p.
- Désfalvi, J., Lakatos, Cs., Csuka, S. I., Sallay, V., Dank, M., Martos, T. (2019). Emlőrákos és egészséges nők kötődési stílusának, kapcsolati- és szexuális elégedettségének összehasonlítása. In: Lippai, Edit (szerk.) Összetart a sokszínűség

: A Magyar Pszichológiai Társaság XXVIII. Országos Tudományos Nagygyűlése kivonatkötet. Budapest, Magyarország : Magyar Pszichológiai Társaság. 319 p. pp. 153-153. , 1 p.

Sallay, V., Papp-Zipernovszky, O., Klinovszky, A., Csuka, S. I., Buzás, N. (2019). Diabetes self-management in the everyday life of patients: A qualitative study from a self-determination theory perspective. In: Rashmi, Kusurkar (szerk.) 7th International Self-Determination Theory Conference Abstract Book Paper: P-055 , 1 p.

A disszertáció témájához nem kapcsolódó közlemények:

Kelemen, F., Csuka, S. I., Csordás, G., Rosta-Filep, O., Martos, T. (2022). Az Interperszonális Elektronikus Megfigyelés Kérdőív magyar változatának (IES-H) pszichometriai jellemzői. *Alkalmazott Pszichológia*. 22(1), 85-102.