

A tudatos jelenlét alapú kognitív terápia hatékonyságának
vizsgálata stroke-on átesett páciensek körében

Doktori értekezés tézisfüzet

Dr. Udvardi Veronika

Rácz Károly

Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Fazekas Gábor, Ph.D., egyetemi tanár

Hivatalos bírálók: Dr. Unoka Zsolt, Ph.D., egyetemi tanár
Dr. Gárdián Gabriella, Ph.D., egyetemi docens

Komplex vizsga szakmai bizottság:

Elnök: Dr. Szendrői Miklós, az MTA tagja, egyetemi tanár
Tagok: Dr. Zana Ágnes, Ph.D., egyetemi docens
Dr. Berkes István, Ph.D., egyetemi tanár

Budapest
2024

1. Bevezetés

A stroke napjainkban a felnőtt korosztályban a tartós fogyatékoság egyik vezető oka. 2021-ben globálisan a stroke incidenciája közel 12 millió, prevalenciája 94 millió fő volt. A népesség és a rá jellemző várható élettartam növekedésével nő a stroke prevalenciája és az általa okozott betegségteher egyre nagyobb kihívást jelent. A növekvő számú stroke-túlélő gyógyulásának optimalizálásában kiemelten fontos az akut ellátást követő, funkcionális szemléletű multidiszciplináris rehabilitációs folyamat megszervezése és kivitelezése, valamint a kutatások területén az új terápiás módszerek hatékonyságának vizsgálata. A stroke komplex következményeinek kezelésében, a túlélők életminőségének és jóllétének javítása érdekében a rehabilitációs folyamat részeként egyes pszichoszociális és pszichoterápiás módszerek kiegészítő terápiás eljárásként ajánlhatók.

A hirtelen bekövetkező agyi történés és a vele járó bizonytalan élethelyzet rendkívüli érzelmi megpróbáltatásokkal járhat. A stroke-túlélők körében gyakori pszichiátriai/pszichológiai következmény többek között a depresszió, szorongás, fáradtság, érzelmi labilitás, apátia. Tanulmányok adatait alapján a post-stroke depresszió prevalenciája a stroke utáni bármely időpontban 27%, a post-stroke szorongás együttes prevalenciája klinikai interjúk

felvételével 19%, kérdőíves értékelő skálák használatával pedig 24% volt. A jelentkező tünetek mind a betegek, mind a hozzátartozók számára megterhelőek, valamint kedvezőtlenül hatnak a túlélők felépülésre. Az egyes kórképek között sokszor jelentős átfedés van és mindezen pszichológiai faktorok, a fizikális és kognitív következményekkel kombinálódva a pszichés működés komplex zavarához vezethetnek, ahol az egyes funkciók zavarai kölcsönösen hatnak egymásra.

A tudatos jelenlét alapú beavatkozások számos területen segítik a betegségekkel való megküzdést és az eddigi kutatások alapján ígéretes lehetőségnek tűnnek a stroke utáni rehabilitációban is. A tudatos jelenlét (mindfulness) a tudatosság egy formája, amely akkor jön létre, amikor a figyelmünket szándékosan, reaktivitás és ítélkezés nélkül a jelen pillanatra irányítjuk. A tudatos jelenlét alapú intervenciók (Mindfulness-based interventions, MBI-k) a kognitív terápiák harmadik hullámához tartozó új irányzatok, melyek a kognitív terápiával ellentétben nem a diszfunkcionális gondolatok megváltoztatására és reálisabbá tételére helyezik a fő hangsúlyt, hanem a gondolatokhoz és érzésekhez való viszonyulást próbálják meg módosítani. A belső történések megváltoztatása helyett azok kíváncsi, ítélkezésmentes szemlélését, elfogadását és átmeneti, változó

természetük megtapasztalását szorgalmazták, illetve annak a tudatosítását, hogy a gondolatok nem tények és nem a valóság hű tükörképei, „csupán” mentális események. A tudatos jelenlét alapú intervenció közé tartozó két leggyakrabban alkalmazott megközelítés a tudatos jelenlét alapú stresszcsökkentés (MBSR) és a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia (MBCT). Az MBSR Prof. Jon Kabat-Zinn által kidolgozott 8 hetes csoportos program, amely során a résztvevők heti egy alkalommal, 2-2,5 órás foglalkozások során sajátíthatják el a tudatos jelenlét elméletét és gyakorlatait, valamint napi 45 perces egyéni gyakorlás során mélyíthetik el tapasztalataikat. A gyakorlati rész formális és informális meditációs gyakorlatokat tartalmaz, amelyek között szerepel többek között: a testpásztázás, a légzés megfigyelése, egyszerű jóga-gyakorlatok, ülő és sétáló meditáció, rutin cselekvések tudatosítása. Az MBCT a kognitív terápia és az MBSR módszertanának ötvözéséből született, elsődlegesen a depressziós epizódok megelőzésére rekurrens depresszióban. Az MBSR-hez hasonló struktúrájú és időbeli felépítésű 8 hetes csoportos programban a mindfulness gyakorlása mellett kitüntetett figyelmet kap a negatív gondolati tartalmak megfigyelése és szemlélése, annak érdekében, hogy a résztvevő egyfajta távolságot tudjon tartani visszatérő negatív gondolataitól, és ezáltal a

depressziótól is. Egyre több bizonyíték van arra, hogy a MBI-k pozitív hatást gyakorolnak számos gyakori mentális (pl. stressz, szorongásos zavarok, depresszió, fáradtság, életminőség, jóllét, mindfulness, alvásminőség, megküzdési stílusok) és fizikális (pl. fájdalom, magas vérnyomás, súlycsökkentés) egészségügyi probléma és kimenet esetén. Emellett úgy tűnik, hogy krónikus betegségekben szenvedők körében is jótékony hatásúak, javítják a betegséggel való megküzdést és a különböző mentális/fizikális tüneteket. Egy összesítő tanulmány, ami a tudatos jelenlét alapú beavatkozások (többségében MBSR/MBCT) stroke-rehabilitációban kifejtett hatásait vizsgálta, változatos eredményeket hozott a különböző kimenetek (pszichológiai/fizikális/fiziológiai) tekintetében. Az elemzett 16 tanulmányból tizenhárom mérte fel az alkalmazott beavatkozások hangulatra (depresszió, szorongás) kifejtett hatásait, amelyek közül ötben volt kimutatható szignifikáns javulás. Ezzel szemben a mentális fáradtságot, az életminőséget és a kognitív funkciókat (pl. munkamemória, információfeldolgozási sebesség és figyelem) vizsgáló tanulmányok többségében jelentős javulás volt kimutatható. Emellett egyes tanulmányokban javulás mutatkozott a szociális és érzelmi jóllét, a másokkal való kapcsolat és a komfortérzet vonatkozásaiban. Az önegyüttérzés, a tudatos

jelenlét, a reziliencia, a mindennapi élet tevékenységeiben való magabiztosság mutatóiban ugyanakkor nem volt kimutatható változás vagy nem volt különbség a kontrollhoz képest. A mobilitást vagy a fizikális funkciók közül az egyensúlyt és a funkcionális függetlenséget vizsgáló négy tanulmányban szintén nem volt jelentős kimutatható változás. Ugyanakkor egy kis esetszámú vizsgálatban az alkalmazott kéthetes, adaptált MBSR programot követően a poststroke spaszticitással élők körében a módosított Ashworth-skálán szignifikánsan csökkent a felső végtagi spaszticitás mértéke. Valamint az egyéb vizsgált fiziológiai kimenetekben (szívfekvencia, szívfrekvencia-variabilitás, légzésszám) szintén jelentős javulás mutatkozott a beavatkozás utáni felméréskor. Összességében azonban elmondható, hogy az elemzésbe bevont releváns tanulmányok módszertani jellemzőikben (pl. intervenció típusa, időtartama, személyes/online) nagyon heterogének voltak, többségében kis esetszámmal és változatos tréning protokollokkal. A beválasztott 16 tanulmányban a beavatkozás típusa leggyakrabban az MBSR volt, MBCT-t csak háromban alkalmaztak, és csupán három tanulmány volt randomizált, kontrollált vizsgálat. A beavatkozások időtartama 2 héttől egy évig terjedt, egy ülés hossza pedig 3 perc és 2,5 óra között mozgott. A lemorzsolódási arány 0 és 60% között változott.

Fontos kiemelni, hogy az áttekintésben szereplő összes MBCT-t alkalmazó tanulmány, amely a hangulatot vizsgálta, pozitív hatást mutatott a szorongásra és/vagy a depresszióra, ami arra utal, hogy ez a fajta MBI potenciálisan hatékony lehet a hangulat javításában a stroke-betegek körében.

2. Célkitűzés

A tudományos kutatások terén az utóbbi évtizedekben megnőtt az érdeklődés a stroke-túlélők fizikális és/vagy pszichológiai funkcióinak helyreállítását elősegítő hatékony rehabilitációs beavatkozások kidolgozására. A MBI-k az eddigi kutatások eredményei szerint ígéretes lehetőségnek tűnnek a stroke komplex következményeinek kezelésében. Az értekezésben bemutatásra kerülő kutatásunk egyik célja az volt, hogy pótoljuk a korábbi kutatások hiányosságait és fekvőbeteg rehabilitációs körülmények között randomizált kontrollált vizsgálatban mérjük fel a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia hatásait. Bővebben tanulmányunk célja egy csoportos MBCT beavatkozás hozzáadott értékének és hatékonyságának felmérése volt stroke-on átesett páciensek osztályos rehabilitációja során, a szokásos standard rehabilitációs terápiában részesülő kontrollcsoporttal összehasonlítva. Az elsődleges kimenetek között a depresszió és a vonásszorongás; a másodlagos

kimenetekben a tudatos jelenlét készség, a figyelmi teljesítmény, az észlelt társas támogatás, a motoros károsodás és a funkcionális függetlenség szerepeltek. További célunk volt, annak megvizsgálása, hogy az alkalmazott csoportos MBCT intervenció hogyan és milyen feltételek mellett építhető be egy magyarországi rehabilitációs centrum átfogó rehabilitációs programjába és hogy mennyire biztonságos. Végül tapasztalataink és a szakirodalmi áttekintés alapján célunk volt olyan javaslatok megfogalmazása, melyek segíthetik a kutatók későbbi munkáját ezen a területen.

3. Módszerek

A klinikai vizsgálatot az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (OORI) Stroke utáni Rehabilitációs Osztályán végeztük, Budapesten. Az OORI 2021. április 1. - 2024. február 29. között az Országos Mozgásszervi Intézet része volt (OMINT-OORI), majd 2024. február 29-től a Semmelweis Egyetem Rehabilitációs Klinikája. A vizsgálatot mind az OORI Kutatás Etikai Bizottsága, mind az országos Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága jóváhagyta. A résztvevőket 2019 februárjától 2022 májusáig toboroztuk, az adatgyűjtés 2022 októberében fejeződött be. A beválasztás során olyan funkciókárosodással járó (ischaemias vagy vérzéses) stroke-

on átesett páciensek kerültek beválasztásra, akik mind fizikális és mentális szempontból alkalmasak voltak a vizsgálatban való részvételre. Kizárásra kerültek azok a páciensek, akiknek az anamnesisben bizonyos pszichiátriai kórképek (pszichotikus zavar, szkizofrénia, bipoláris zavar, PTSD, korábbi szuicid kísérlet) szerepetek, illetve aktuálisan súlyos depresszióra utaló tüneteik voltak.

A klinikai vizsgálatban az előszűrést követően került sor a beválasztásra (tájékozott beleegyezés, állapotfelmérő tesztek, B1 vizit), melyet a terápiás szakasz (T1-T8) követett, és T8 után három hónappal az utánkövetés (U1 vizit) zárt.

A 40 ágyas stroke utáni rehabilitációs osztályon etikai okokból az intervenciós és a kontrollcsoportok véletlenszerűen egymás után indultak. Az egy blokkban kiválasztott 3-6 páciens véletlenszerűen (lezárt borítékokkal történt sorsolással) került be az intervenciós vagy a kontrollcsoportba.

A beválasztást követően (B1) minden résztvevő a nemzeti klinikai irányelvek szerinti standard multidiszciplináris rehabilitációs ellátásban részesült, amely magában foglalta a rehabilitációt (ápolás, fizioterápia, ergoterápia, farmakoterápia), a szövődmények kezelését (táplálkozás, beszéd- és nyelési patológiák), a szekunder prevenciót és a hosszú távú gondozást. Az intervenciós csoport résztvevői a

standard ellátás mellett kis csoportos MBCT intervencióban vett részt 6 egymást követő héten keresztül, összesen nyolc alkalommal.

A kiscsoportos MBCT foglalkozások tematikája Teasdale és munkatársai által kidolgozott nyolc hetes MBCT programon alapult. Mivel az osztályos tartózkodás átlagos ideje az előzetes adatok alapján 6 hét volt, az MBCT programot úgy terveztük, hogy hat egymást követő héten, összesen nyolc 1,5 órás foglalkozást tartalmazott. A korábbi kutatások eredményei alapján a program egyes elemei módosításra kerültek annak érdekében, hogy megfeleljenek a stroke-túlélők fizikális és kognitív lehetőségeinek és szükségleteinek. A változtatások között többek között szerepelt: egyszerűsített nyelvezet, hosszabb szünetek, a formális gyakorlatok rövidített változatai és a napi 10-15 perces egyéni gyakorlás.

Az állapotfelmérő kérdőívek között szerepelt többek között a Beck depresszió kérdőív (BDI), a Spielberger-féle vonásszorongás kérdőív (STAI-T), valamint a Tudatos jelenlét kérdőív (FFMQ), ami az időben viszonylag stabil, vonás-jellegű tudatos jelenlét készséget méri. Ezen belül az FFMQ öt faktort különít el, melyek: a megfigyelés, a leírás, a tudatos cselekvés, a belső élményekkel kapcsolatos ítéletmentesség, és a belső élményekkel kapcsolatos

reaktivitás-mentesség. A felmérő skálák között szerepelt még a Toulouse–Piéron figyelem teszt (T–P), a Multidimenzionális észlelt társas támogatás kérdőív (MSPSS) és 3 alskálája (család, barátok, egyéb szignifikáns személyek), valamint a motoros károsodást felmérő Fugl–Meyer skála (FMA) és a Funkcionális függetlenség mértékét mérő (FIM) skála. Vizsgálatunkban a Fugl–Meyer skála vonatkozásában csak a motoros funkciókra (FMA–M), ezen belül a felső (FMA–UE) és alsó végtagokra (FMA–LE) vonatkozó alskálák, valamint az egyensúlyra vonatkozó alskála (FMA–B) kerültek felvételre. A Funkcionális függetlenség mértékét mérő skálán (FIM) belül a motoros (FIM–M) és kognitív alskála (FIM–C) került feltüntetésre.

A statisztikai elemzések során faktoriális ismételt mérések varianciaanalízist (ANOVA) alkalmaztunk az időbeli és csoportok közötti változások összehasonlító elemzéseikhez. A hatásméretet a parciális eta négyzet hatásnagyság-mutató fejezte ki. A beválasztás után mért egyes változók kapcsolatának vizsgálatára Spearman-féle rangkorrelációt végeztünk.

4. Eredmények

A vizsgálatba összesen 93 páciens került bevonásra, ebből 49 páciens az intervenciós csoportban és 44 fő a

kontrollcsoportban vett részt. A 93 bevont páciens közül összesen 13 fő morzsolódott le a második állapotfelmérésig (T8). 2019 februárja és 2022 júniusa között tizenegy MBCT csoportfolyamat zajlott, csoportonként átlagosan 3–6 fővel. A 3 hónapos utánkövetés (U1) során mindkét csoportban tömeges lemorzsolódás (53 fő/57%) volt tapasztalható, melynek leggyakoribb okai a koronavírus-világjárványhoz kapcsolódó problémák és nehézségek voltak. A statisztikai elemzésekben a beavatkozás korai hatásainak felmérése (B1-T8, n=80), valamint a 3 hónapos utánkövetés (T8-U1, n=27) során bekövetkező változások értékelései külön szerepeltek. A résztvevők átlagéletkora 57 év volt, 62 %-uk férfi. Az ischaemias és vérzéses stroke arány 75 és 25% volt. A rehabilitációs osztályon való tartózkodás átlagos ideje 46 nap.

Az alkalmazott MBCT terápia korai (B1-T8 időszak) hatásaira vonatkozó eredményekben a depresszió és szorongás vonatkozásaiban az összehasonlító statisztikai elemzések során az idő x csoport interakcióban nem volt szignifikáns különbség. A csoportokon belül bekövetkező változások elemzésében mindkét csoportban mind a depresszió, mind a szorongás tekintetében szignifikáns javulás lépett fel. A depresszió kategóriák szerinti besorolásában történt változások közül kiemelendő, hogy az

intervenciós csoportban részt vevő páciensek csupán 4%-ának (2 fő) romlott az állapota, míg a kontrollcsoport résztvevőinek 11%-ánál (4 fő) lépett fel állapotromlás.

A másodlagos kimenetek közül a tudatos jelenlét vonatkozásában az idő x csoport interakcióban az FFMQ megfigyelés alskálán ($F(1,78)=5,86$, $p=0,018$, $\eta^2_p=0,07$) mutatkozott szignifikáns különbség az intervenciós csoport javára. Emellett a csoportokon belül bekövetkező változások tekintetében az FFMQ összpontszáma mindkét csoportban szignifikánsan javult, viszont a hatásnagyság-mutatók alapján az intervenciós csoportban nagyobb volt a változás, mint a kontrollcsoportban. Valamint az FFMQ megfigyelés, leírás és reaktivitás-mentesség alskálákon kizárólag az intervenciós csoporton belül lépett fel szignifikáns javulás.

A figyelem és az észlelt társas támogatás skáláin nem volt kimutatható szignifikáns változás.

A motoros károsodás és a funkcionális függetlenség vonatkozásában az idő x csoport interakcióban az FMA alsó végtagi alskálán ($F(1,78)=4,49$, $p=0,037$, $\eta^2_p=0,05$) volt csak kimutatható szignifikáns különbség az intervenciós csoport javára. A csoportokon belüli változások vizsgálatánál mindkét csoportban szignifikáns javulás mutatkozott az összes FMA skála, a FIM teljes és FIM motoros alskála pontszámaiban. Mindemellett az intervenciós csoport szignifikánsan javult a

kognitív FIM skálán, míg a kontrollcsoportban nem történt ilyen irányú változás. A kategoriális változók vonatkozásában kiemelő, hogy az FMA motoros skála kategoriális besorolása alapján az intervenció csoportban 14 fő (a csoport 33%-a) javult, míg a kontrollcsoportban csupán 4 fő (a csoport 11%-a).

Az alkalmazott MBCT terápia késői (T8-U1 időszak) hatásaira vonatkozó eredményekben az idő x csoport interakcióban nem volt kimutatható szignifikáns különbség a felmért skálákon. A csoportokon belül bekövetkező változások tekintetében mind az intervenció, mind a kontrollcsoportban szignifikánsan javulás volt kimutatható az FMA, FMA-M, FMA-LE skálákon. Emellett az FMA-UE, FIM, FIM-M skálák vonatkozásaiban kizárólag az intervenció csoportban lépett fel szignifikáns javulás, a kontrollcsoportban nem. A többi skálán (BDI, STAI-T, FFMQ, T-P GIAP, MSPSS) egyik csoportban sem volt kimutatható szignifikáns változás. A BDI, STAI-T, FMA-M és FIM kategoriális változásait tekintve arányaiban mindkét csoportban hasonlóan alakultak.

A vizsgált változók közötti összefüggések vizsgálata során a beválasztás utáni adatok alapján mintánkban a

vonásszorongás szignifikánsan összefüggött mind a depresszióval ($\rho(91) = 0,63, p < 0,001$), mind az észlelt társas támogatással ($\rho(91) = -0,46, p < 0,001$). Emellett az FFMQ szignifikáns negatív közepes kapcsolatban állt mind a depresszióval ($\rho(91) = -0,44, p < 0,001$), mind a vonásszorongással ($\rho(91) = -0,65, p < 0,001$). Valamint az FFMQ leírás ($\rho(91) = -0,41, p < 0,001$), tudatos cselekvés ($\rho(91) = -0,49, p < 0,001$) és ítéletmentesség ($\rho(91) = -0,47, p < 0,001$) alszkálái szintén szignifikáns negatív közepes kapcsolatot mutattak a vonásszoronással.

A vizsgálatunkban végzett megfigyeléseink és tapasztalataink eredményei alapján a csoportos MBCT program bizonyos feltételek (személyi/tárgyi/egyéb) teljesülése mellett integrálható volt egy hazai rehabilitációs centrum átfogó rehabilitációs programjába. A feltételek egy részét a kutatóhely intézményi háttere biztosította, másrészt voltak olyan összetevők, amelyeket a felkészülési fázisban kellett megtervezni, illetve bizonyos tárgyi eszközöket beszerezni.

Az alkalmazott MBCT biztonságosságának vonatkozásában kutatásunk időtartama alatt a bevont páciensek körében nem fordult elő a vizsgálatához kapcsolódó súlyos nemkívánatos esemény.

Végül saját tapasztalataink és a szakirodalmi áttekintés alapján ebben a betegpopulációban a jövőbeli kutatásokban javasolt MBCT beavatkozás alkalmazása, mivel ezzel a módszerrel kevesebb a tapasztalat, ugyanakkor jobbak az eddigi eredmények. Emellett minimum 6 hetes vagy ennél hosszabb beavatkozások kivitelezése javasolható, mivel a 6 hétnél rövidebb beavatkozások sikeresség kérdésem.

Az MBI hatásainak és előnyeinek pontos felmérése miatt pszichés tünetekkel küzdő páciensek beválogatása, párhuzamosan kvantitatív és a kvalitatív adatgyűjtés, hosszabb (3, 6, 12 hónap) nyomonkövetési idők biztosítása, költséghatékonyság vizsgálata, valamint háromkarú vizsgálatok kivitelezése (MBI program és aktív kontroll mellett standard rehabilitációs terápiás kar) ajánlott. 1,5 órás csoportfoglalkozások esetén 3-7 résztvevő mellett két csoportvezető lenne ideális. Emellett a csoportfolyamat során hasznos lehet: egy bevezető alkalom, külön idő biztosítása a stroke történetének elmesélésére, a gyakorlás során több lehetőség és alternatíva felajánlása, tippek az egyéni gyakorlás kivitelezésére és az egyéni gyakorlási idők követése és felmérése.

5. Következtetések

Kutatásunk tudomásom szerint, elsőként vizsgálja egy hazai stroke rehabilitációs programba integrált MBCT tréning hatásait. Eredményeink alapján arra következtethetünk, hogy ez a terápiás modalitás jótékony hatású lehet a stroke-túlélők hangulati életére és a depresszió kategorikus változásai alapján feltételezhetjük, hogy szerepe lehet a depresszió vagy a depressziós állapot rosszabbodásának megelőzésében is.

Ezzel szemben a beavatkozás a vonásszorongás szintjét és kategoriális változásait nem befolyásolta.

A másodlagos kimenetek közül a vonás-jellegű tudatos jelenlét készség vonatkozásában megállapíthatjuk, hogy az alkalmazott MBCT program jelentősen javította a tudatos jelenlét készségeket. A pozitív hatások egyrészt megnyilvánultak a tudatos jelenlét készség 3 alfaktorában (megfigyelés, leírás, reaktivitás-mentesség), valamint a tudatos jelenlét készség összértékében is.

További eredményeink alapján megállapítható, hogy a standard rehabilitációs terápia önmagában is szignifikánsan javította a depressziót, a vonásszorongást és a tudatos jelenlét készség összpontszámát. A későbbi kutatások megtervezése szempontjából eredményünk jelentőséggel bír. Felhívja a figyelmet arra, hogy a jövőben háromkarú vizsgálatok tervezése javasolt. Az MBI program mellett aktív kontrollt

alkalmazó beavatkozások mellett a standard rehabilitációt nyújtó terápiás kar beépítése is szükséges a hatások pontos felmérése céljából.

Kutatásunk tudomásom szerint, elsőként vizsgálja egy fekvőbeteg rehabilitációs ellátásba integrált csoportos MBCT intervenció hatásait a motoros működésekre és a funkcionalitásra. Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy az alkalmazott MBCT intervenció javítja a kognitív funkcionalitást, valamint kihat, vagy áttételesen szerepet játszhat a motoros működések és a motoros funkcionális függetlenség javulásában.

A vizsgált változók közötti összefüggések elemzésében mintánkban az FFMQ szignifikáns negatív közepes kapcsolatban állt mind a depresszióval, mind a vonásszorongással. Valamint az FFMQ leírás, tudatos cselekvés és ítéletmentesség alszkálái szintén szignifikáns negatív közepes kapcsolatot mutattak a vonásszoronással.

Emellett megállapítható, hogy a kutatás során megteremtett és a rendelkezésre álló különböző tárgyi/emberi/egyéb feltételek és erőforrások mellett a csoportos MBCT program beilleszthető a hazai rehabilitációs fekvőbeteg-ellátásba.

Továbbá megállapíthatjuk, hogy az összeállított és levezetett csoportos MBCT programunk biztonságosan kivitelezhető volt a hazai fekvőbeteg-ellátásban a stroke-túlélők körében.

Végül saját tapasztalatainkat és a szakirodalmi áttekintés alapján értekezésemben több, a jövőbeli kutatások számára használható javaslatot fogalmaztam meg.

Összességében eredményeink alapján úgy tűnik, hogy a fekvőbeteg rehabilitációs programba integrált csoportos MBCT beavatkozás javítja a stroke túlélők egészségi állapotát. Jelen kutatásunk eredményei és a nemzetközi szakirodalom rávilágítanak az MBCT beavatkozás előnyeire, mely a jövőben olyan kiegészítő terápiás eljárássá válhat, ami támogatja a pácienseket abban, hogy elfogadáson alapuló, nagyobb fokú tudatossággal vegyenek részt saját gyógyulási folyamataikban.

9. Saját publikációk jegyzéke

9.1. A disszertációhoz kapcsolódó eredeti közlemények

Udvardi V, Szabo G, Takacs J, Fazekas G. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy during poststroke rehabilitation: a randomized controlled trial. *Int J Rehab Research*. 2024;47(3):169-175.

Udvardi V, Szabó G, Fazekas Gábor. A tudatos jelenlét alapú beavatkozások hatásai a stroke utáni rehabilitációban. Ideggy Sz. 2023;76(1-2):11-17.

9.2. A disszertációtól független közlemények

Fazekas G, Udvardi V. Neuropátiás fájdalmak, fájdalmas diabéteszes neuropátia. Háziorvos Továbbképző Szemle. 2020;25(4):181-184.

9.3. A disszertáció témájában közölt absztraktok

Udvardi V, Fazekas G. A tudatos jelenlét alapú kognitív terápia hatékonyságának vizsgálata funkciókárosodással járó stroke-on átesett páciensek körében. Rehabilitáció. 2023;33(2-3):166-167.

Udvardi V, Fazekas G. A tudatos jelenlét alapú kognitív terápia hatékonyságának vizsgálata funkciókárosodással járó stroke-on átesett páciensek körében. Rehabilitáció. 2021;31(3):168-169.

Udvardi V. A tudatos jelenlét alkalmazásának lehetőségei a stroke rehabilitációban. Psychiatr Hung. 2021;36(Suppl.1):128.

Udvardi V, Fazekas G. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in post-stroke rehabilitation. Congress of European Forum for Research in Rehabilitation: Book of abstracts with programme. 2021;165:98.

Udvardi V, Fazekas G. Efficacy of Mindfulness-based cognitive therapy on stroke rehabilitation. Orvoscépzés. 2020;95(1):138.

Udvardi V, Fazekas G. A tudatos jelenlét alapú pszichoterápiák szerepe a neurorehabilitációban. Rehabilitáció. 2019;29(1-2):123.