

**TRAUMATOLÓGIAI (ARCSÉRÜLT) BETEGEK GYÓGYULÁSÁT  
BEFOLYÁSOLÓ TÁRSAS TÉNYEZŐK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN.  
ÁTTEKINTŐ TANULMÁNY.**

**Gurka Éva Mária**

SZTE BTK Neveléstudományi Intézet

KRE BTK Pszichológiai Intézet, [eva.gurka@gmail.com](mailto:eva.gurka@gmail.com)

A fizikai sérülések, ezen belül is az áll- és arccsonti (maxillo-facialis) sérülések esetén is jellemző a kommunikációs és szociális készségek beszűkülése. A felépüléshez azonban nagymértékben hozzájárulhat az egészségügyi ellátó intézményben a gyógyításban résztvevő személyekkel kialakított megfelelő kapcsolat. Az érintett populáció szempontjából tehát kiemelten lényeges aspektus a betegekkel való megfelelő kommunikáció. Dolgozatomban a betegek gyógyulására pozitív ható gyógyító-beteg kapcsolati tényezők azonosítására töreksem, a kommunikáció- és a betegtájékoztatás összefüggéseivel kapcsolatos empirikus munkák eredményeire támaszkodva. A téma szakirodalmából egyértelműen kitűnik, hogy a kórházi közeg nemcsak a fizikai sérülések kezelése útján, hanem más társas vonatkozások mentén is hatást fejt ki a betegek gyógyulására.

**Kulcsszavak:** szociális interakció, orvos-beteg kapcsolat, fizikai sérülés, felépülés, adherencia, kommunikáció, maxillo-facialis sérülés

**Köszönetnyilvánítás**

Ezúton szeretném megköszönni témavezetőim és konzulenseim segítségét: Dr. Szokolszky Ágnes, Dr. Bodóné Rafael Beatrix, Dr. Martos Tamás (SZTE BTK Pszichológiai Intézet); Prof. Dr. Piffkó József, Dr. Paczona Róbert, Dr. Vereb Tamás (SZTE SZAKK ÁOK Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Klinika); Prof. Dr. Varga Endre, Dr. Kaczvinszky Emília, Kómár Réka (SZTE SZAKK ÁOK Traumatológiai Klinika).

Egy fizikai trauma következményeként bárki szembesülhet a betegséggel, a betegszereppel. A traumatológiai sérülés hatást gyakorol az érintett személy életének számos területére (Aitken, Chaboyer, Kendall és Burmeister, 2012), s erős negatív hatással van szociális és önérvényesítési készségeire (Herman, 2011). Ugyanakkor erős a társadalmi elvárás arra, hogy az életmentő vagy rekonstrukciós beavatkozást követően a sérült maga is mindent megtegyen gyógyulása érdekében (Parsons, 1951). A traumát követő – kutatások szerint átlagosan legalább egy év időtartamú (Holbrook és mtsai., 1999; Michaels és mtsai., 2000) – felépülési periódusban a hagyományos egészségügyi protokoll szerint azonban többnyire már kevesebb támogatás nyújtására van lehetőség. Kiemelten fontos tehát, hogy a betegnek gyógyítóival kialakuló szociális kapcsolata a felépülését serkentő, megtartó erejű legyen.

Dolgozatomban traumatológiai páciensek és gyógyítók közötti kapcsolati térben megjelenő, objektív gyógyulási mutatókkal kapcsolatban álló társas vonatkozású tényezők azonosítására törekszem a szakirodalom feltárásával. Feltételezem, hogy – a fiziológiai, trauma által felborított egyensúly visszaállításán túl – a kórházi közeg szociálpszichológiai szinten is hatást gyakorol a páciensekre, és ez a hatás megmutatkozik a gyógyulás folyamatában. Dolgozatom célja a pozitív hatású tényezők azonosítása a 18 és 65 év közötti fizikai (nem idegrendszeri) sérülést szenvedett betegpopulációban.

A szociális funkcióik gyakorlása különösen nehezített azok számára, akiknek sérülései ruhával nem elfedhető, látható helyen találhatóak. Nem meglepő tehát, hogy az ilyen szempontból érintett, gyakran kommunikációjukban is akadályozott, arcukon sérülést szenvedett személyek esetében rosszabb pszichés státuszáról számol be a szakirodalom, mint a más testfelületeken sérüléseket szenvedettek esetén (De Sousa, 2008). Ennek következtében kiemelten fontos populációnak tartom a szociális funkcióikban az általános traumajellemzőkön túlmenően is gátolt áll- és arccsonti (maxillo-facialis) traumatológiai sérülteket.

A szakirodalmi áttekintés relevanciáját kiemeli, hogy a kutatások többsége hagyományosan a betegek szubjektív trauma- és felépülés megélésével kapcsolatban születik, a társas aspektus szempontjából pedig a családtagok és a barátok által nyújtott társas támasz vizsgálatát részesítik előnyben. Ugyanakkor kevesebb hangsúlyt kap a beteg gyógyulását talán legközvetlenebbül befolyásoló egészségügyi személyzettel kialakított szociális kapcsolatrendszer feltárása. Ezeknek a kutatási tendenciáknak véleményem szerint az érintett elméleti diszciplínák szempontjából komoly tudománytörténeti és a gyakorlati professziók szerepidentitásához köthető múltja van. Meglátásom szerint azonban nem elhanyagolható, hogy a betegek a társas támogatás információnyújtási formáját inkább az egészségügyi szakemberektől várják, mint intim kapcsolataiktól. Dolgozatomban abból a feltevésből indulok ki, hogy az orvos-beteg közt kialakuló, protokollokhoz kötött professzionalitás keretein belül megvalósuló kapcsolat esetén is beszélhetünk társas támogatásról, ideális esetben.

A szakirodalmi áttekintés során azon hatásmechanizmusok azonosítására töreksem, amelyek a gyógyító és páciense közti kapcsolati térben fejtenek ki hatást, és akár fiziológiai téren is befolyásolhatják a beteg gyógyulásának folyamatát. Ezen belül is a maxillo-facialis traumatológiai betegpopuláció gyógyulását befolyásoló szociális tényezők feltárását azért érzem fontosnak, mert véleményem szerint a betegcsoport fent ismertetett speciális jellemzői nyomán tisztább képet kaphatunk az általános traumatológiai populáció szociális kapcsolat létesítési, illetve egészségügyi kommunikációs nehézségeiről is.

#### **A PSZICHOLÓGIA TÉNYEZŐK SZEREPE A TRAUMATOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN**

Külső behatás okozta sérülés esetén prioritást élvez a sérülés, illetve sérülések sürgősségi orvosi ellátása. A megfelelő minőségű traumatológiai ellátás biztosítása kritikus kérdés a fejlett országokban, hiszen Európában évente 250 000 haláleset történik külső okokra visszavezethetően. Ezek, egyharmada erőszakos cselekmények következménye, kétharmada azonban véletlen baleset. Haláloki statisztikák tekintetében a külső okra visszavezethető halálozások közül a véletlen balesetek, illetve az erőszakos események a harmadik és negyedik helyen állnak, míg a 1–45 éves korosztályban a balesetek vezetnek haláloki listát (Angermann, Bauer, Nossek, és Zimmermann, 2007).

A traumatológiai ellátás nyilvánvaló elsőbbsége mellett az is kutatásokkal igazolt tény, hogy bizonyos pszichológiai és személyiség jellemzők is befolyásolhatják a betegek túlélési esélyeit, illetve gyógyulását. Az orvostudomány ezzel a kérdéskörrel foglalkozó területén, a pszichoneuroimmunológiai kutatások azokat a kórélettani mechanizmusokat vizsgálják, melyek révén a pszichológiai változók hatást gyakorolnak az emberi immunfunkciókra (Kiecolt-Glaser, Page, Marucha, MacCallum és Glaser, 1998). A vizsgálatok eredményeképpen a sebgyógyulással kapcsolatban, bizonyos pszichológiai változók indirekt és direkt hatását állapították meg. Direkt módon elsősorban az érzelmek fejtenek ki az úgynevezett stresszhormonokon (kortizol, adrenalin, noradrenalin) keresztül hatást, melyek meghatározzák a gyógyulási folyamatokat is (Glaser és mtsai., 1999; Kiecolt-Glaser és mtsai., 1998; Munafò és Stevenson, 2001; Segerstrom és Miller, 2004). Például a stresszállapot késlelteti a sebgyógyulást (Kiecolt-Glaser és mtsai., 1998). Indirekt hatás az érzéstelenítési eljárás kiválasztásakor érvényesülhet, mivel azt befolyásolja többek között a beteg pszichés állapota is. Ugyanakkor pszichológiai tényezők hatnak a beteg viselkedésmintáinak alakulására is, melyek meghatározhatják a preoperatív általános egészségi állapotát. Ilyen tényezők játszhatnak közre például a dohányzás, az alkoholfogyasztás vagy az elhízás tekintetében (Kiecolt-Glaser és mtsai., 1998).

A műtét utáni túlélés és hosszú távú felépülés a preoperatív pszichológiai állapoton kívül még sok egyéb tényezőtől függhet. A műtéti eredmények szempontjából tehát nem kellően tisztázott a pszichológiai tényezők valódi szerepe. Ahhoz, hogy ezeknek, a műtét utáni felépülésre gyakorolt hatását

tanulmányozhassuk, a műtétet követő objektív, kvantitatív eredményeket kell figyelembe vennünk. A bizonyítékok hiányossága ellenére feltételezhetjük, hogy a kedvező korai postoperatív gyógyulás kapcsolatban áll a hosszú távú felépüléssel illetve a rövidebb kórházi tartózkodással (Mavros és mtsai., 2011).

Annak ellenére, hogy számos vizsgálat célozta a műtét utáni felépülésre ható pszichológiai változók feltárását, egyelőre nem alakult ki konszenzus a kutatási területen. Számos olyan preoperatív pszichológiai jellemzőt, intervenciók technikát sikerült azonban azonosítani, amelyek hatást gyakorolhatnak a korai műtéti kimenetelre. Ezek közül szemléltet néhányat az 1. táblázat Mavros és munkatársai – a téma szempontjából talán legfrissebbnek és legalaposabbnak tekinthető – tanulmánya nyomán.

Kedvező postoperatív kimenettel asszociálható tényezők	dühkontroll, alacsony fájdalomelvárás, külsőkontrollosság, optimizmus, vallásosság, relaxációs vagy támogató pszichológiai beavatkozás, pszichiátriai interjú
Felépülés során jelentkező komplikációkkal társítható változók	vonás szorongás, állapot szorongás, depresszió, házastársi ellenségeskedés, distressz, éber megküzdés
Felépüléssel kapcsolatba nem hozható változók	vonás szorongás, állapot szorongás, ellenségesség, dühkifejezés, észlelt szociális támogatás, optimizmus, depresszió, magányosság, relaxációs beavatkozás

1. táblázat: Korai műtéti kimenetel és pszichológiai változók összefüggései (Mavros és mtsai., 2011)

A fizikai traumát követő baleseti halálozás szempontjából a legkritikusabb a balesetet követő első egy óra – ekkor 50 százalékos a halálozási ráta. A hospitalizációt követően a halálozási arány radikálisan lecsökken, azonban még a kórházban töltött első 1–3 órában, illetve későbbi időszakban (a 3. órától a 4 hétig) is gyakori a baleseti halál (Angermann és mtsai., 2007). Ám még így is a sérülteknek csak töredéke hal meg kórházban, a többségük túlél a hazabocsátásig. Ezt követően azonban több kutatás legalább egy évig elhúzódó felépülési időszokról számol be a sérülések túlélői esetén (Holbrook és mtsai., 1999; Michaels és mtsai., 2000).

A sérülést követő évben a betegek életminősége és funkcionalitása jelentősen visszaesik, amit általában javulás követ a felépülési időszakban, jóllehet nem minden beteg esetén figyelhető meg ez a szokványos felépülési görbe. Bell és Zarzaur kutatási eredményei szerint a középsúlyos, súlyos, nem neurológiai sérüléseket követően a legtöbb betegek esetén nem egyezik meg a felépülés menete. Valójában a betegek 75 százaléka esetén a fizikai gyógyulás üteme rossz, illetve a betegek 49 százalékának mentális felépülésének sebessége elmarad az ideálistól. Kutatásukban sikerült 500 sérült esetén 3 féle fizikai gyógyulási és 5 mentális gyógyulási görbét mutató csoportot azonosítaniuk

(Zarzaur és Bell, 2016). A számszerűsített eredmények is jelzik a traumás sérülések és a felépülési kimenetek komplexitását és sokszínűségét, ami felhívja a figyelmet a kezelésekre személyhez való illesztésének, személyre szabottságának fontosságára.

A traumák következtében fellépő betegségállapot társadalmi jelentőséggel, szociális korrelátumokkal is bír, hiszen a fizikai sérülések következtében a személy kizökken tevékenységeiből, szerepeiből, munkájából. Pearsons fogalma szerint, a betegszerep olyan szociális szerepeként határozható meg, mint amelyet a társadalom ruház a személyre. Ez jogok és kötelezettségek által egyaránt kísért címkét jelent, melyek a következőképpen foglalhatók össze (Parsons, 1951):

1. A betegek felmentést kapnak a más szociális szerepeikkel járó kötelezettségek alól.
2. A betegnek minősített személyek nem vonhatók felelősségre állapotuk miatt; ők betegségük áldozataiként minősülnek.
3. A betegek részéről elvárják, hogy minden igyekezetükkel támogassák gyógyulásuk folyamatát.
4. A betegek technikailag kompetens segítségért kell folyamodjanak a gyógyulás érdekében és a társadalom elvárja részükről, hogy együttműködjenek orvosokkal.

A gyógyulás folyamatával kapcsolatos társadalmi elvárás szempontjából tehát kiemelkedő fontossággal bír – az egyén megküzdési stratégiái mellett – a gyógyulást segítő személyekkel, kórházi személyzettel való együttműködés minősége. Vagyis lényeges, hogy a beteg a gyógyítóival a gyógyulás elérése érdekében megfelelő szociális kapcsolatot legyen képes kialakítani és működtetni.

Az egyértelmű fiziológiai következményeken – fizikai és lelki fájdalomon – kívül a személyt a fizikai trauma akadályozza szociális és mentális aktivitásában is. A sérülés visszaveti a teljesítőképességét, korlátozza a szociális kapcsolatait. Feltehetően ezek a társas közegben jelentkező következmények is hozzájárulhatnak a sérültek általánosan rossznak mondható pszichés állapotához (Aitken és mtsai. 2012).

A fizikai traumát pszichológiai szempontból ellentmondásos állapotok kísérik. A traumás állapotra jellemző, hogy a személy – az őt ért traumával szembeni tehetetlenség miatt – nem a valós világra kiható cselekedeteivel, hanem tudatállapota megváltoztatásával próbál kiutat találni. Például tudata továbbra is regisztrálja az eseményeket, de azok észlelésükkor mintha leválnának eredeti jelentésükről. Ennek kapcsán beszűkülés vagy tompultság figyelhető meg náluk. Ez a kötődés és jelentésrendszer sérülésével együtt az emberi kapcsolatok háttérbe szorulásához, esetleg sérüléséhez vezethet (Herman, 2011). Tehát a személy, akit trauma ért, nem csak testi integritásában sérül, hanem sérül önazonosságában, kezdeményezőképességében és kompetenciájában is.

Ugyanakkor az intimitás kerülése és más diszfunkcionális szociális elemek is jellemzők lehetnek viselkedésére.

A fentieket figyelembe véve rendkívül fontos szerepet kap a fizikai traumát átélt személyek kezelése során a gyógyító személye, illetve a köztük kialakuló kapcsolat. Gyógyító szakmákban, ezzel kapcsolatban már a képzés során is nagy hangsúlyt fektetnek a megfelelő kommunikációs készségek elsajátítására, a „gyógyító beszélgetés” technikai és elméleti háttérének ismeretére. Az orvosi terápiás kommunikáció alapelve, hogy a beteggel zajló kommunikáció többdimenziós, összetett interakció két élő rendszer – a beteg és az orvos – között. Az információcsere művelete nem különíthető el a szakadatlan betegszeléstől, a párhuzamos kognitív, értékelő és döntési folyamatoktól sem.

A kezeléssel való együttműködés (compliance) mértéke nagyrészt a beteg orvosa iránti hűséges és elkötelezett szabálykövető magatartásán múlik. Ugyanakkor a beteg elégedettsége az orvossal, az orvos kommunikációs stílusával, illetve a kezeléssel szoros összefüggést mutat a compliance minőségével. A beteg compliance-ének fokozásában pedig nagymértékben segíthet az információk megosztásán, a klienselvű, szerződéses kapcsolaton alapuló, a kölcsönös felelősség által hitelesített együttműködés kialakítása (Kopp és Berghammer, 2005). Az orvosi pszichológiai ezen alapelvei és kutatásokkal alátámasztott összefüggései hangsúlyozzák a beteg és gyógyítója közt kialakuló szociális tér jellemzőinek vizsgálatára irányuló további kutatások szükségességét.

#### **TÁRSAS TÁMOGATÁS, MINT A FELÉPÜLÉST SEGÍTŐ TÉNYEZŐ, AZ ADHERENCIA ÉS A TÁRSAS TÁMOGATÁS ÖSSZEFÜGGÉSEI**

Az egészségügyi személyzet és a beteg kapcsolatának vonatkozásait taglaló orvosi pszichológiai, alkalmazott egészségpszichológiai területen végzett vizsgálatok elsősorban a beteget együttműködés (compliance, adherencia) és kommunikáció témakörökben születtek (Kenny és mtsai., 2010; Ong, de Haes, Hoos, és Lammes, 1995; Robin, 2004). A vizsgálatok túlnyomó többsége a traumából való felépülés egyéni befolyásoló tényezőivel kapcsolatban az egyén trauma előtt is jelenlévő pszichológiai illetve társas jellemzőit emeli ki (Robin, 2004). Például jelentős mértékben kutatott téma a szoros, intim – a szakirodalomban elsődlegesnek is nevezett, az empirikus vizsgálatokban általában házastársi – kapcsolatokról érkező társas támogatás szerepe a felépülés folyamata során. Annál inkább fontos ez az aspektus, mivel kutatások eredményei azt mutatják, hogy a társas támogatásnak közvetlen összefüggése ugyan nincs a műtéti kimenetellel, de mediálja az adherencia és az egészség kapcsolatát (Robin, 2004).

A társas támogatás (social support) gyakori, intim kapcsolatot feltételező megközelítésben az orvos-beteg, beteg-ápoló formális viszonyrendszerek szempontjából nem értelmezhető, azonban a fogalom történetét és definícióit áttekintve a társas támogatás koncepciója nem tűnik mégsem idegennek a kapcsolattól. Történeti szempontból ugyanis a társas támogatás vizsgálatának első hullámában a segítség dimenzióit tárták fel a kutatások (Papp-Zipernovszky,

Kékesi és Jámbori, 2017). Legáltalánosabb definíciója szerint ugyanakkor a társas támogatás nem más, mint szignifikáns (jelentős) mások által biztosított pszichoszociális erőforrások együttese (Kaplan, Cassel és Gore, 1977). A jelentős mások lehetnek a személy elsődleges kapcsolatai, mint a család, a partner vagy házastárs, és a baráti kapcsolatok, vagy egyéb formális és informális másodlagos kapcsolatok is, mint a munkahelyi kollégák, az érdeklődés mentén szerveződő csoportok, vagy a segítő szervezetek tagjai (Kállai, 2007). Tehát elméleti szempontból akár az orvos vagy ápoló is lehet olyan személy, akinek a szociális környezetből érkező segítségét, vagy a vele folytatott interakciókból származó előnyöket a beteg észleli.

A társas támogatás leghatékonyabb modellje affektív, kognitív és instrumentális összetevőket ír le (Kahn és Antonucci, 1980). Az affektív dimenzió a társak érzelmi megnyilvánulásait, a probléma esetén nyújtott érzelmi támogatását, valamint a személy érzelm kifejezésének bátorítását, míg a kognitív dimenzió a személy gondolatainak, nézeteinek meghallgatását és elfogadását, valamint az énképének fenntartását foglalja magában (Papp-Zipernovszky és mtsi., 2017). Az instrumentális dimenzió pedig kézzelfogható anyagi vagy gyakorlati segítséget jelöl (Pikó, 2002).

Ezek közül a dimenziók közül a páciens az egészségügy közegében érő szociális impulzusok szempontjából az instrumentális síkot könnyen azonosíthatjuk. Véleményem szerint az egészségügyi szakemberek számára követendő elvek alapján kirajzolódó ideális gyógyító-beteg kapcsolat az érzelmi és kognitív dimenzió bizonyos elemeit is tartalmazhatja. A gyógyítók részéről például ilyennek érezheti a beteg azt, ha bátorítják érzelm kifejezését, gondolatait meghallgatják. A páciens egészséggel, gyógyulással kapcsolatos nézeteit érdemes lehet figyelembe venni a kezelés során, a beteg terápiakövető magatartásának fokozása érdekében. A kapcsolat aszimmetriájából fakadóan a beteg felől gyógyítói felé ezek a kapcsolati dimenziók alig, vagy csak nagyon áttételesen értelmezhetőek. Nem jellemző, sőt bizonyos formáiban etikátlan is, hogy az orvos közvetlen érzelmi, kognitív vagy instrumentális támogatásban részesüljön a betegétől.

Érdemes mégis a gyógyítás szociális közegének vizsgálata során figyelembe vennünk azt az elméleti lehetőséget, hogy a beteg az elsődleges kapcsolataiból érkező, főleg érzelmi támogatás mellett esetleg az egészségügyi intézmény és dolgozói részéről is megélhet társas támogatást. A felvetés kórházi gyakorlatban való alkalmazhatóságára következtethetünk, ha figyelembe vesszük azokat a klinikai egészségpszichológiai vizsgálatokat, melyek a krónikus betegséggel, mint stressz forrással való megküzdés egyik kulcstényezőjeként írják le az együtt érző, empátikus érzelmi megnyilvánulásokat nyújtó társas támogatást. Ez azon keresztül hathat, hogy a betegben saját fontosságának tudatát erősíti, azt az érzést, hogy „érdemes” meggyógyulnia (Brummet és mtsai, 2005). A traumatológiai populációval kapcsolatban ugyanakkor érdemes kiemelni azon eredményeket, melyek a trauma elszívése után az észlelt társas

támogatottság mértéke és a megjelenő testi tünetek száma és intenzitása között szignifikáns negatív irányú együtt járást írnak le (Kimerling és Calhoun, 1994).

A társas támogatás (social support) fogalmát beteg és gyógyítói kapcsolatát vizsgáló kutatásokban nem gyakran alkalmazzák. Meglátásom szerint a szóban forgó formális környezetre vonatkozóan az adherenciával (beteg-együttműködés), orvos-beteg kommunikációval kapcsolatos empirikus klinikai vizsgálatokon keresztül közelíthetünk olyan tényezőkhöz, melyek a társas támogatás elemei lehetnek. A következőkben ezekkel a tényezőkkel kapcsolatban végzett kutatásokból emelek ki a dolgozat tárgyát érintő eredményeket.

Az egészségpszichológiában központi témának számító adherenciával és társas támogatással kapcsolatos kutatások erős összefüggést tárnak fel ezen két fogalom között. Ez azt sugallja, hogy a társas támogatástól az egészségig vezető út a betegek adherenciáján keresztül járható be. Az ettől eltérő, a változók között nem lineáris összefüggést feltáró eredmények azonban további vizsgálatot igényelnek. Úgy tűnik, a túl sok társas támogatás épp oly rossz hatással lehet, mint a túl kevés, hiszen limitálhatja a beteg aktív bevonódását az orvosi kezelésbe (Robin, 2004).

Habár bebizonyosodott, hogy a társas támogatás befolyásolhatja az adherenciát, más nézőpontból az is lehetséges, hogy maga az orvosi kezelésbe való nagyobb mértékű bevonódás vezet – ezen erőfeszítések elismeréseképpen – nagyobb, a közvetlen környezettől érkező támogatáshoz (Robin, 2004).

A társas támogatás által csökkenhet a stressz-szint, ami lehetővé teszi a beteg számára, hogy adaptívabb betegséggel való megküzdési módokat vegyen fel, és pozitív lépéseket tegyen az adherencia felé (Wallston, Alagna, DeVellis, és DeVellis, 1983). Maga, a közeli mások jelenléte indirekt vagy direkt kontrollt fejthet ki a viselkedésre, facilitálva a kezeléssel való együttműködést, normák internalizálásán vagy az egészség magatartástól való eltérés szankcionálásán keresztül (szociális kontroll hipotézis; Lewis és Rook, 1999). Ezzel ellentétben egy nem támogató szociális közeg akadályozhatja az egészséggel kapcsolatos viselkedés megváltoztatását, azáltal hogy limitálja a beteg erre fordítható idejét és energiáját, vagy az által hogy stresszt generál, ami gátolja az adherenciához szükséges viselkedéseket és attitűdöket (Robin, 2004). A társas támogatás pszichológiai mechanizmusok útján, a korábban említett módon hatást gyakorolhat az immun-, endokrin- és érrendszerekre (Druley és Townsend, 1998) vagy az egészségügyi ellátással való nagyobb mértékű elégedettségre (Da Costa és mtsai., 1999).

Összefoglalva a társas támogatás azáltal növelheti a páciensek adherenciáját, hogy megemeli a kognitív funkcionalitást, az énhatékonyságot, a belső motivációt, a kontrollt, a magabiztosságot, az önbecsülést és az általános hangulatot (Robin, 2004). Tehát a társas támogatás mind indirekt, mind direkt egészségre hatást gyakorló útjai rendkívül komplex folyamatokon keresztül zajlanak, melyeknek feltárására, a jövőben további kutatásokra lesz még szükség. A betegeket érő társas támogatás fajtáinak és lehetséges forrásainak feltérképezése az egészségügyi közegben szintén további kutatásokat igényel.



Mindazonáltal a gyógyulás tényezőire is hatást gyakorló élettani változásokat indikáló társas elemekkel kapcsolatos fogalmitisztázás hozzájárulhatna a betegellátás hatékonyságának növeléséhez.

## **ORVOS-BETEG KOMMUNIKÁCIÓ ÉS A TÁRSAS ÉSZLELÉS HATÁSA A GYÓGYÍTÁS**

### **FOLYAMATÁRA**

A 21. századi betegközpontú orvoslásban az orvos beteg kapcsolat különösen nagy hangsúlyt kap (Frist, 2005). Ebben a kontextusban az érdeklődés középpontjába került az orvos-beteg kommunikáció vizsgálata, mivel feltételezések szerint hatást gyakorol a beteg gyógyulására (Stewart, 1995), illetve optimális megvalósulása kevesebb egészségügyi ellátással kapcsolatos panaszhoz vezet (Tamblyn és mtsai., 2007).

Az utóbbi években nagy hangsúlyt kapott a páciensek és gyógyítók értékeiben, illetve tudásában mutatkozó eltérések feltérképezése (Towle és Godolphin, 1999). Az eltéréseket alapvetően a beteg és ellátójának nézőpontbeli különbsége okozza. Ez azért lényeges, mert az azonos perspektíva megtalálása, ha sikerül meglelni a „közös hangot”, a kutatások szerint kapcsolatban áll számos gyógyulás szempontjából releváns tényezővel:

- a problémák és tünetek értelmezésének tisztaságával (Bass és mtsai., 1986; Cedraschi és mtsai., 1996; Gabbay és mtsai., 2003),
- az orvosokkal és a kórházi környezettel való elégedettséggel, (Fagerberg, Kragstrup, Støvring, és Rasmussen, 1999; Krupat és mtsai., 2000)
- az orvosi tanácsok végrehajtásával és azokba vetett bizalommal, (Krupat, Bell, Kravitz, Thom, és Azari, 2001)
- a kezelés iránti elkötelezettséggel és a páciensek betegséggel kapcsolatban érzett kontrollal és énhatékonysággal (Heisler és mtsai., 2003).

A közös nézőpont kialakítása azonban nem olyan egyszerű a kommunikáció során. Kenny és munkatársai 91 orvossal és 1749 betegükkel végeztek vizsgálatot. Felmérték, hogy egy orvos betegei egyet értenek-e az adott orvos kommunikációs készségeit illetően, illetve azt, hogy az orvosok önértékelése egyezik-e azzal, ahogyan páciensek ítélik meg kommunikációs képességeiket. Eredményeik az alábbi 4 pontban foglalhatóak össze: 1. Az orvosok sokkal inkább úgy érzik, hogy hasonlóak minden betegükkel szemben, mint pácienseik. 2. Az orvosok nagyobb különbséget érzékelnek egymás közt, mint amennyire a betegek különbözőnek látják a kommunikációjukat. 3. Egy orvos betegei sem értenek egyet az adott orvos kommunikációjával kapcsolatban. 4. Előfordult, hogy az orvosok saját kommunikációs készségeikre adott pontszáma jobban egyezett azzal a pontszámmal, amit más orvosok adtak nekik, mint betegek értékelésével.

Tehát nem egyezik meg az, ahogyan az orvosok megítélik saját kommunikációs készségeiket, illetve, ahogyan betegek észlelik azt (Kenny és mtsai., 2010). Ezek az eredmények is jól illusztrálják az orvos-beteg közt zajló

verbális információcsere nehézségeit. Mindazonáltal a érdeemes szem előtt tartani azt a tényt, hogy megfelelő tájékoztatás és beteg-educáció nagyban hozzájárulhat az adherencia fokozáshoz, így segítheti gyógyulási folyamatot is.

Ez a hatás elsősorban annak köszönhetően érvényesül, hogy ha a beteg megfelelő ismeretekkel rendelkezik a műtét után, majd a felépülés során várható fiziológiás állapotáról, csökkenthető a testi diszkomforttal járó stressz mértéke. Például a műtét utáni fájdalomcsillapítás esetén a megfelelő tájékoztatással, edukációval csökkenhet a műtét utáni fájdalom mértéke. Egy 2010-es, Kenny és munkatárai által végzett vizsgálatban sikerült a betegek által, műtétet követően igényelt narkotikumok mennyiségét a felére csökkenteni a megfelelő tájékoztatással, edukációval és relaxációs technikák tanításával. Ezek a betegek rövidebb idő után hazabocsáthatók lettek, mint a kontroll csoport tagjai.

### **A LÁTHATÓ SÉRÜLÉSEK INTERPERSZONÁLIS VONATKOZÁSAI EGY SPECIÁLIS**

#### **TRAUMATOLÓGIAI POPULÁCIÓ, A MAXILLO-FACIALIS TRAUMATOLÓGIAI PÁCIENSEK**

##### **KAPCSÁN**

A társas interakciók során, egy adott személy észlelésekkor a legtöbb információt annak arca közvetíti. Az arcot érő sérülések esetén így felmerül a kérdés, hogy mi történik a kommunikációs helyzetben, ha egy arc a trauma következtében eltér a megszokott normától.

Egy korábbi kutatásomban (Gurka, 2016) szociálpszichológiai (Goffman, 2009; Zebrowitz és Montepare, 2008) és sebészeti beszámolók (Auerbach és mtsai., 2008; De Sousa, 2008; Levine, Degutis, Pruzinsky, Shin és Persing, 2005) alapján feltételeztem, hogy ezen abnormális megjelenésű arcok megítélése negatívabb, mint az egészségeseké. Az arcon látható, a sebészeti rekonstruktív beavatkozás után visszamaradó hegekhez hasonló vágott jellegű sérülések implicit és explicit attitűdre gyakorolt hatását Implicit Asszociációs Teszt (IAT) és korábbi hasonló, fizikai jellemzőkkel kapcsolatos attitűd kutatások kérdései alapján összeállított explicit kérdőív segítségével vizsgáltam.

Összesen 304 fővel történt vizsgálat, 5 alminta – egészségügyi dolgozók, hallgatók, diákok, tanárok vagy oktatók és más munkaterületen dolgozók – bevonásával. Kutatásom legfontosabb eredménye, hogy a nem tudatos, mélyebb implicit attitűd negatívnak bizonyult a sérült arcú személyekkel szemben az egészségesekhez képest, míg ez a negatívabb viszonyulás a tudatosan vállalt explicit attitűd tekintetében szignifikánsan kisebb mértékben jelentkezett.

Ez az eredménye egyezik a korábbi szakirodalmi leírásokkal. Különböző szociálpszichológiai, illetve sérültek reintegrációjával foglalkozó tanulmányok az arcot érő sérülésekkel kapcsolatban társadalmilag stigmatizáló hatásról tudósítanak (Goffman, 2009), s a PTSD-vel kapcsolatos kutatások is ezen sérülésekkel kapcsolatban nehezített szubjektív aspektusról számolnak be (Roccia, DellAcqua, Angelini, és Berrone, 2005). E momentumok, illetve a téma klinikai vonatkozása, valószínűsíthető rehabilitációs jelentősége további kutatásokat indokol.

Az arcot érő sérülések többsége nagy erőbehatás, mint például közlekedési baleset, magasból való leesés, erőszak, stb következtében történik. Etiológiai szempontból a leggyakoribb esetek a közlekedési balesetek, erőszakos cselekedetek, esések, munkahelyi balesetek és sportbalesetek (Szabó, 2004). Általános az egyetértés azzal kapcsolatban, hogy a fejlett országokban az arccsonti törések – jellemzően főként az erőszakos cselekmények kapcsán keletkezők – előfordulása folyamatosan növekszik (Rallis és mtsai., 2015). Más fizikai sérülésektől eltérően az arcot érő sérülések következtében átmenetileg csökkenhet az egyén kommunikációs képessége, érzékelése, arcának attraktivitása illetve saját testéről alkotott véleménye, hiszen az arc az a „felület”, melynek segítségével kommunikálunk, kapcsolatba lépünk embertársainkkal. A megváltozott arcmegjelenés a felépülési folyamat részét képezi, azonban a sérüléssel kapcsolatosan nehezebbé váló szociális aktivitás illetve stigma, a szociális források korlátozódását okozhatják, ami tovább hátráltathatja a felépülési folyamatot (Gironde és Lui, 2010).

Szociológiai szempontból az arcsérülést szenvedett páciensek körében felülreprezentáltak a kisebbségek tagjai illetve a diagnosztizált vagy diagnosztizálatlan pszichiátriai betegségekkel élők (Hoffman és Islam, 2013). Ezen személyek esetében a már meglévő társadalmi stigma okán feltehetően már alacsonyabb az elérhető társas támogatás mennyisége. A trauma azonban minden személy esetén a szociális források beszűküléséhez vezet. Kutatási eredmények szerint nem is maga az elérhető szociális támogatás a meghatározó a gyógyulás szempontjából, hanem az, amennyit a sérült személy elérhetőnek érzeli. Ez az észlelés viszont a traumát követő pszichés állapotban nem mindig bizonyul megbízhatónak.

## **KONKLÚZIÓ**

Konklúzióként megállapítható, hogy a dolgozatban leírt társas tényezőkön keresztül ható mechanizmusok alapján úgy tűnik, hogy valóban lehetnek az egészségügyben, az egészségügyi dolgozók által közvetített olyan társas tényezők, melyek a gyógyulás fiziológiai aspektusára hatást gyakorolva a betegek felépülését pozitívan befolyásolják. A szakirodalom alapján feltárt hatások elsősorban az egészségügyi személyzet és a beteg közt zajló kommunikáción keresztül érvénysülnek, és szoros összefüggést mutatnak a betegek kezelési folyamat iránti elkötelezettségével, az orvosi utasítások betartásával. Ez a tárgyalt traumatológiai populáció esetén kiemelten fontos, hiszen a sérültek traumát követő mentális állapotára jellemző, hogy – pontosan a felépülésük szempontjából is kulcsfontosságú – kapcsolati, szociális funkcióik is sérülnek. A kezelés szempontjából tehát kiemelten fontos a betegekkel való megfelelő bánásmód, főképpen a kommunikációs stílus, illetve tájékoztatás szempontjából. Ennek a célnak az elérése érdekében érdemes lehet az egészségügyi képzések korai fázisában fokozott hangsúllyal megkezdni a kommunikációs és szociális

készségfejlesztést, illetve a már kórházban dolgozó szakemberek számára is e területet fejlesztő kurzusokon való részvételi lehetőséget biztosítani.

A maxillo-facialis traumatológiai páciensek kommunikációs és szociális képességük további nehezítettsége okán hangsúlyozottan nagy figyelmet igényelnek gyógyítóik részéről mind a kórházi tartózkodás, mind pedig a kontrollok során. Az ő gyógyulásuk szempontjából meghatározó lehet a szociális funkcionalitás mielőbbi visszaállítása. Ennek érdekében lényeges lehet a kórházban a támogató közeg megteremtése, illetve a kommunikációs funkciók visszaállítása érdekében a megfelelő fizioterápia biztosítása.

Ez a téma a jelen, kommunikációs aspektusra fókuszáló dolgozat kereteinél szélesebb körű feltárást igényel. Érdeemes lenne az adherencián kívül más gyógyulást befolyásoló aspektusokat is vizsgálni, illetve a páciens és gyógyítóinak kapcsolata szempontjából módszertanilag optimálisabb lehet a hagyományos vizsgálati módszerekhez képest a kapcsolatorientált megközelítés.

#### FELHASZNÁLT IRODALOM

- Aitken, L. M., Chaboyer, W., Kendall, E., és Burmeister, E. (2012). Health status after traumatic injury. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 72(6), 1702–1708.
- Angermann, A., Bauer, R., Nossek, G., és Zimmermann, N. (2007). *Injuries in the European Union: statistics summary 2003-2005*. Austrian Road Safety Board.
- Auerbach, S. M., Laskin, D. M., Kiesler, D. J., Wilson, M., Rajab, B., és Campbell, T. A. (2008). Psychological Factors Associated With Response to Maxillofacial Injury and Its Treatment. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 66(4), 755–761.
- Bass, M., Buck, C., Turner, L., Dickie, G., Pratt, G., és Robinson, H. C. (1986). The physician's actions and the outcome of illness in family practice. *The Journal of family practice*, 23(1), 43–47.
- Brummet, B.H., Mark, D.B., Siegler, I.C., Williams, R.B., Babyak, M.A., Clapp-Channing, N.E. és Barefoot, J.C. (2005). Perceived social support as a predictor of mortality in coronary patients: effects of smoking, sedentary behaviour, and depressive symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 40–45.
- Cedraschi, C., Robert, J., Perrin, E., Fischer, W., Goerg, D., és Vischer, T. L. (1996). The role of congruence between patient and therapist in chronic low back pain patients. *Journal of Manipulative and physiological therapeutics*, 19(4), 244–249.
- Da Costa, D., Clarke, A., Dobkin, P. L., Senecal, J., Fortin, P. R., Danoff, D. S., és Esdaile, J. M. (1999). The relationship between health status, social support

- and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(3), 201–207.
- De Sousa, A. (2008). Psychological issues in oral and maxillofacial reconstructive surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 46(8), 661–664.
- Druley, J. A., és Townsend, A. L. (1998). Self-esteem as a mediator between spousal support and depressive symptoms: a comparison of healthy individuals and individuals coping with arthritis. *Health Psychology*, 17(3), 255.
- Egbert, L. D., Battit, G. E., Welch, C. E., és Bartlett, M. K. (2010, január 13). Reduction of Postoperative Pain by Encouragement and Instruction of Patients [research-article]. Elérés 2017. március 21., forrás
- Fagerberg, C. R., Kragstrup, J., Støvring, H., és Rasmussen, N. K. (1999). How well do patient and general practitioner agree about the content of consultations? *Scandinavian journal of primary health care*, 17(3), 149–152.
- Frist, W. H. (2005). Health care in the 21st century. *The New England journal of medicine*, 352(3), 267–272.
- Gabbay, M., Shiels, C., Bower, P., Sibbald, B., King, M., és Ward, E. (2003). Patient–practitioner agreement: does it matter? *Psychological Medicine*, 33(02), 241–251.
- Gironda, M. W., és Lui, A. (2010). Social Support and Resource Needs as Mediators of Recovery After Facial Injury. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 22(2), 251–259.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., MacCallum, R. C., Laskowski, B. F., és Malarkey, W. B. (1999). Stress-related changes in proinflammatory cytokine production in wounds. *Archives of general psychiatry*, 56(5), 450–456.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon and Schuster.
- Gurka, É. M. (2016). Maxillo-faciális sérülések pszichés vonatkozásai. Arcsérülést szenvedett személyekkel kapcsolatos attitűdök. In *Eötvözet V.: az Eötvös József Collegium és az Eötvös Loránd Kollégium V. közös konferenciáján elhangzott előadások*. Szeged: Szegedi Tudományegyetem.
- Heisler, M., Vijan, S., Anderson, R. M., Ubel, P. A., Bernstein, S. J., és Hofer, T. P. (2003). When do patients and their physicians agree on diabetes treatment goals and strategies, and what difference does it make? *Journal of General Internal Medicine*, 18(11), 893–902.
- Herman, J. L. (2011). *Trauma és gyógyulás: az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*. Budapest: Háttér Kiadó Kft.
- Hoffman, G. R., és Islam, S. (2013). Facial trauma patients with a preexisting psychiatric illness: a 5-year study. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*, 116(5), e368–e374.
- Holbrook, T. L., Anderson, J. P., Sieber, W. J., Browner, D., és Hoyt, D. B. (1999). Outcome after major trauma: 12-month and 18-month follow-up results

- from the Trauma Recovery Project. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 46(5), 765–773.
- Kahn, R.L. és Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In P.B. Baltes és O. Brim (Eds.), *Life-span development and behaviour*. Vol. 3. (253–268). New York: Academic Press
- Kállai J. (2007). Egészség és társas támogatás. In J. Kállai, J. Varga, & A. Oláh (szerk.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (199–214). Budapest: Medicina Kiadó
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C. és Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 47–58.
- Kenny, D. A., Veldhuijzen, W., Weijden, T. van der, LeBlanc, A., Lockyer, J., Légaré, F., és Campbell, C. (2010). Interpersonal perception in the context of doctor–patient relationships: A dyadic analysis of doctor–patient communication. *Social Science és Medicine*, 70(5), 763–768
- Kiecolt-Glaser, J. K., Page, G. G., Marucha, P. T., MacCallum, R. C., és Glaser, R. (1998). Psychological influences on surgical recovery: perspectives from psychoneuroimmunology. *American Psychologist*, 53(11), 1209.
- Kimerling, R. és Calhoun, K.S. (1994). Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 333–340.
- Kopp, M., és Berghammer, R. (2005). *Orvosi pszichológia*. Budapest: Medicina.
- Krupat, E., Bell, R. A., Kravitz, R. L., Thom, D., és Azari, R. (2001). When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust.(Original Research). *Journal of Family Practice*, 50(12), 1057–1063.
- Krupat, E., Rosenkranz, S. L., Yeager, C. M., Barnard, K., Putnam, S. M., és Inui, T. S. (2000). The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor–patient congruence on satisfaction. *Patient education and counseling*, 39(1), 49–59.
- Levine, E., Degutis, L., Pruzinsky, T., Shin, J., és Persing, J. A. (2005). Quality of life and facial trauma: psychological and body image effects. *Annals of plastic surgery*, 54(5), 502–510.
- Lewis, M. A., és Rook, K. S. (1999). Social control in personal relationships: impact on health behaviors and psychological distress. *Health psychology*, 18(1), 63.
- Mavros, M. N., Athanasiou, S., Gkegkes, I. D., Polyzos, K. A., Peppas, G., és Falagas, M. E. (2011). Do Psychological Variables Affect Early Surgical Recovery? *PLoS ONE*, 6(5), e20306
- Michaels, A. J., Michaels, C. E., Smith, J. S., Moon, C. H., Peterson, C., és Long, W. B. (2000). Outcome from injury: general health, work status, and satisfaction 12 months after trauma. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 48(5), 841–850.
- Munafò, M. R., és Stevenson, J. (2001). Anxiety and surgical recovery: Reinterpreting the literature. *Journal of psychosomatic research*, 51(4), 589–596.

- Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., és Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science és Medicine*, 40(7), 903–918.
- Papp-Zipernovszky, O., Kékesi, M., Z. és Jámbors Sz. (2017). A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18(3), 230–262.
- Pikó, B. (2002). Társas kapcsolatok és a társas támogatás egészségpszichológiája. In B. Pikó (szerk.), *Egészségpszichológia* (94–114). Budapest: Új Mandátum Kiadó
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Chicago: Free Press.
- Rallis, G., Stathopoulos, P., Igoumenakis, D., Krasadakis, C., Mourouzis, C., és Meztitis, M. (2015). Treating maxillofacial trauma for over half a century: how can we interpret the changing patterns in etiology and management? *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*, 119(6), 614–618.
- Robin, M. (2004). Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207–218.
- Roccia, F., DellAcqua, A., Angelini, G., és Berrone, S. (2005). Maxillofacial Trauma and Psychiatric Sequelae: Post-traumatic Stress Disorder: *Journal of Craniofacial Surgery*,
- Segerstrom, S. C., és Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological bulletin*, 130(4), 601.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423.
- Szabó, G. (2004). *Szájsebészet, maxillofacialis sebészet: egyetemi tankönyv*. Budapest: Semmelweis K.
- Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphinee, D., Wenghofer, E., Jacques, A., és Klass, D. (2007). Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *Jama*, 298(9), 993–1001.
- Towle, A., és Godolphin, W. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. *British Medical Journal*, 319(7212), 766.
- Wallston, B. S., Alagna, S. W., DeVellis, B. M., és DeVellis, R. F. (1983). Social support and physical health. *Health psychology*, 2(4), 367.
- Zarzaur, B. L., és Bell, T. (2016). Trajectory subtypes after injury and patient-centered outcomes. *Journal of Surgical Research*, 202(1), 103–110.
- Zebrowitz, L. A., és Montepare, J. M. (2008). Social Psychological Face Perception: Why Appearance Matters. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(3), 1497–1517.