

# AZ ÉLETMINŐSÉG KIEMELKEDŐ MAGYARÁZÓVÁLTOZÓJA KRÓNIKUS LÉGÚTI BETEGSÉGEKBE



GODÁNYI Zsófia

godanyi.zsofia@ppk.elte.hu

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

RIGÓ Adrien

rigo.adrien@ppk.elte.hu

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

## ÖSSZEFOGLALÓ

*Háttér és célkitűzések:* Jelen kérdőíves kutatás krónikus légúti megbetegedésekben (főként asztmában és COPD-ben) szenvedő személyek életminőségét, s az azt magyarázó pszichoszociális tényezőket vizsgálta. *Módszer:* A vizsgálatban 50 krónikus légúti betegségben szenvedő személy (23 férfi és 27 nő) vett részt. Az életminőséget a Szent György Kórház Légzési panaszokkal kapcsolatos kérdőívvel, a hangulatot a Kórházi szorongás és depresszió kérdőívvel, a szociális támogatottságot a Társas támogatás kérdőívvel, a megküzdést pedig a CISS-21 kérdőívvel vizsgáltuk. *Eredmények:* A regresszióelemzés eredményei szerint a demográfiai változók kontrollálása mellett az életminőség egyetlen szignifikáns magyarázóváltozója a hangulati zavar (a depresszív hangulat és a szorongás közös mutatója). *Következtetések:* A diszkusszióban felhívjuk a figyelmet az edukációs programok és a szűrések fontosságára, valamint felvetünk néhány olyan szempontot és intervenció lehetőségét, amelyek – a depresszív hangulat befolyásolásán keresztül – hasznosak lehetnek a betegséggel való adaptív megküzdésben és az életminőség javításában.

*Kulcsszavak:* életminőség, asztma, COPD, depresszió, szocioökonómiai státusz

## BEVEZETÉS

Jelen tanulmány a krónikus légúti megbetegedésekkel – elsősorban asztmával és COPD-vel – élő személyek életminőségét befolyásoló tényezőket emeli fókuszába. Célja, hogy feltárja, milyen kihívásokat és nehézségeket

jelent a személyek számára ezekkel a betegségekkel együtt élni.

### Krónikus légúti megbetegedések

„Az asztma a légutak krónikus gyulladós betegsége, amelynek létrejöttében számos gyulladós sejt és sejtproduktum szerepet

játszik. A gyulladás és a kialakuló légúti hiperreaktivitás eredményeként visszatérően jelentkeznek sípoló légzéssel, dyspnoéval, mellkasi feszüléssel, köhögéssel járó epizódok, főként éjszaka, vagy kora reggel. A tünetek kiterjedt, változó mértékű légúti obstrukcióval kapcsolatosak, ami spontán vagy gyógyszeres kezelés hatására legtöbbször reverzibilis.” (GINA Report, 2012) Az asztma valószínűsíthetően több tényező kölcsönhatásaként alakul ki. A Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium 2007-es ajánlása szerint feltételezhető egy genetikai predispozíció, illetve számos környezeti hatás is, például a korai fertőzéseknek, allergén anyagoknak vagy légszennyezettségnek való kitettség, a szülői dohányzás vagy a táplálkozás (pl. korai tápszeres vagy tehéntejes táplálás, anti-oxidánsok hiánya).

Habár az asztma egy krónikus betegség, amely véglegesen nem gyógyítható, megfelelő kezeléssel és preventív gyógyszereléssel a tünetek jól kontrollálhatók, és súlyos rohamok ritkán jelentkeznek. A megjelent adatok szerint az asztma prevalenciáját 1–18%-ra becsülik; hazánkban hasonló a gyakorisága, mint más európai országokban.

„A krónikus obstruktív légúti betegséget (COPD) lassan és fokozatosan súlyosbodó funkciózavar (emelkedő bronchiális áramlási ellenállás) jellemzi, amely túlnyomóan irreverzibilis, jóllehet hörgőtágítók vagy más kezelés hatására mérséklődhet az obstrukció.” (A krónikus obstruktív légúti betegség [chronic obstructive pulmonary disease – COPD] diagnosztikája és kezelése. A Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium ajánlása, 2000, 1. o.). A betegség tünetei közé tartozik a nehézlégzés, légszomj, fokozott váladékképződés, köpetürítés, sípoló hangú légzés, illetve előrehaladott állapotban tágult mellkas, mellkasi feszülés. A COPD legmarkán-

sabb okának a dohányzást tekintik (Celli et al., 2004), így ennek abbahagyása meghatározó jelentőséggel bír a betegség lefolyásában és kimenetelében (Au et al., 2009). A betegség kialakulásában a dohányzás mellett szerepet játszhatnak egyéb tényezők is, például genetikai faktorok, vagy olyan környezeti hatások is, mint a foglalkozás vagy a lakókörnyezet szennyezettsége (Celli et al., 2004).

A WHO becslése szerint 2030-ra a COPD a 3. vezető halálok lesz a világban a koszorúér-betegségek és az agyi érbetegségek után. A fejlett ipari országokban a COPD a felnőtt lakosság 4–7%-ában fordul elő; Magyarországon kb. 400–500 ezerre becsülik a betegek számát. A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2009-ben megjelent adatai szerint az Európai Unión belül hazánkban halnak meg a legtöbben ebben a betegségben.

A COPD esetében folyamatos progreszsióról és fokozott gyulladásról beszélhetünk, az asztmánál viszont időszakos légzésvizarról, és többé-kevésbé reverzibilis állapotról van szó. A két betegség bár kialakulásában, lefolyásában és tüneteiben nagyrészt eltér egymástól, esetenként klinikailag mégis hasonló megjelenést mutathat (Böszörményi Nagy, 2007).

### **Életminőség krónikus légúti betegségekben**

Krónikus betegséggel élő személyeknél gyakran kutatott és fontos szempont a fizikai és a mentális jóllét mértéke, az életminőség megítélése. Egy olasz kutatás szerint az idős COPD-s betegek tüdőtérfogata kisebb, mint egészséges kortársaiké, gyakrabban fordul elő náluk alvás közben hipoxia, valamint adott idő alatt kevesebbet tudnak sétálni, mint az egészséges kontrollszemélyek (Peruzza et al., 2003). A betegség rontja az életminősé-

get, hatással van a mindennapi aktivitásra és fizikai állapotra. Ugyanakkor – egy általános populációs mintán végzett vizsgálat szerint – a légúti tünetek és légzési nehézségek súlyossága jobb bejósoló az életminőségnek, mint a COPD súlyossága, illetve a tüdő állapota (Voll-Aanerud et al., 2008). Hazai kutatások szintén alátámasztják, hogy az asztma és a COPD rontják az életminőséget, illetve, hogy az életminőség szintjének jobb bejósolója a tünetek szubjektív megítélése, mint a betegség objektív paraméterei (Orosz et al., 2010; Mészáros et al., 2011).

Míg asztmás megbetegedések esetében hosszabb tünetmentes periódusok jellemzőek, illetve az egészségügyi szakemberekkel való együttműködés esetén a betegség nagyrészt kontrollálható, vagy akár reverzibilis, addig a COPD-s betegeknek a kedvezőtlenebb prognózis miatt gyakoribb a depresszió előfordulása, illetve rosszabb a megítélt életminőség is (Orosz et al., 2010).

COPD-vel élő betegek életminőségét nagymértékben befolyásolhatja a fáradtság szubjektív érzése is. Theander és Unosson (2004) tanulmánya szerint COPD-s betegek igen nagy arányban számolnak be fáradtságról fizikai, kognitív vagy pszichoszociális működésükben, ami sokuk számára egyúttal a betegségük egyik legzavaróbb tünetét is jelenti. A betegség súlyossága összefüggést mutat a fáradtság szubjektív érzésével, ami befolyásolja a tevékenységek mértékét, az életminőséget; továbbá a fáradtság általános szintje és a mentális fáradtság összefüggést mutat a depresszióval is (Breslin et al., 1998).

COPD-s betegeknek a fáradtság mellett megfigyelhető a kognitív funkciók bizonyos mértékű károsodása is, ami összefüggést mutat a betegek vérében található szén-dioxid-szinttel (Klein et al., 2010). A deficit hosszabb reakcióidőben vagy az információszűrés ne-

hézségeiben mutatkozhat meg; a károsodás leginkább a fluid intelligenciát, a figyelmi működést és a memóriát érinti, míg a kristályos intelligencia megtartott marad.

### **Az életminőséggel összefüggésben álló tényezők**

A különböző légúti megbetegedésekkel élő személyek állapotának alakulásánál fontos figyelembe vennünk az egyes *demográfiai változók*, illetve a *szocioökonómiai státusz szerepét* is. Eisner és munkatársai (2011) vizsgálatukban azt találták, hogy az alacsony szocioökonómiai státusz egyértelműen rosszabb egészségmutatókkal jár együtt COPD-s betegeknek. Egy Dániában végzett kutatás szerint azok a személyek, akik erősen dohányoznak és alacsony iskolai végzettséggel rendelkeznek, 15-ször akkora eséllyel halnak meg légúti betegségben, mint nemdohányzó, magas végzettségű társaik (Prescott et al., 2003). A szocioökonómiai státusz összefüggést mutat a betegek életminőségével is. Miravittles és munkatársainak (2011) tanulmánya szerint a SES önmagában is rizikófaktora a COPD-nek, illetve az alacsonyabb iskolai végzettségűek rosszabb életminőség-mutatókkal rendelkeznek, mint a jobb szocioökonómiai státuszú betegtársaik. A magasabban iskolázott betegeknek korábban diagnosztizálják a betegséget, amely ekkor még kevésbé súlyos és jobban kezelhető.

A különböző szomatikus betegségek és a *mentális zavarok* gyakori együttjárását számos kultúrában kutatták és leírták már (Ormel et al., 1994). Asztmás betegek körében igen gyakoriak a különböző pszichiátriai betegségek, melyek rosszabb életminőséggel és asztmakontrollal mutatnak összefüggést (Lavoie et al., 2005). Thoren és Petermann (2000) szerint a betegek által megélt szorongás igen

különböző mértékű és típusú, amely hatással lehet a tüneti percepcióra, és így a betegség menedzselésére is. Emellett asztmás betegeknel a depresszió rosszabb életminőséggel, gyakoribb hospitalizációval és több kortikoszteroidbevitellel mutat kapcsolatot (Kullowatz et al., 2007), valamint a különböző komorbid zavarok (pl. depresszió, pánikbetegség) fennállása esetén nagyobb a valószínűsége a sürgősségi ellátás igénybevételének is (Schneider et al., 2008). Livermore és munkatársainak (2010) összefoglaló tanulmánya szerint a nehézlégzés olyan fenyegető élmény lehet a betegek számára, ami szorongáshoz, a testi tünetek felnagyításához és katasztrófizálásához, majd pánik kialakulásához vezethet.

A depresszió és a szorongás igen gyakori komorbid zavarok COPD-vel élő személyek körében is, melyek összefüggést mutatnak a betegek életminőségével és tüneteivel (Gudmundsson et al., 2006; Ng et al., 2009). Van Manen és munkatársai (2002) szerint a depresszió kialakulása különösen súlyos betegeknel gyakori; a tünetek észlelt súlyossága és a fizikai állapot mutatnak kapcsolatot a hangulati nehézségekkel, illetve az, ha valaki egyedül él. Hill és munkatársai (2008) szintén azt találták, hogy a szorongás és a depresszió gyakori előfordulásához hozzájárulhatnak olyan tényezők, mint a társas elszigeteltség, a nehézlégzés élménye, a krónikus hipoxia, az oxigénkezelések, vagy a fizikai tevékenységek csökkenése. Norwood (2007) ugyanakkor arra hívja fel a figyelmet, hogy a COPD-vel élő személyeknel gyakori depresszió nem tekinthető homogén entitásnak, hiszen etiológiájában igen különböző lehet. Az esetek egy részében (valószínűsíthetően genetikai sérülékenységek következtében) a depresszió már a korai életszakaszban megjelenik (még a légúti megbetegedés előtt),

amely növeli a dohányzásra való rászokást, az pedig a COPD kialakulását. Másfelől a krónikus betegség kialakulásával járó életmódbeli változásokra és veszteségélményekre válaszul reaktív depresszió is kialakulhat. Végül pedig a COPD olyan fiziológiai változásokat okozhat a központi idegrendszerben, amelyek szintén hozzájárulhatnak a depresszió kialakulásához idős betegeknel.

A *megküzdés* és életminőség kapcsolatát vizsgálva korábbi kutatások pozitív együttjárást találtak a problémaközpontú megküzdés és a megfelelő adaptáció és az egészségi állapot között, míg az érzelmközpontú megküzdés esetén ez a kapcsolat negatív volt (Cosway et al., 2000). Nia és munkatársai (2010) kutatásukban leírták, hogy asztmás betegek a normál populációhoz képest ritkábban használnak problémafókuszú megküzdési módokat pszichés megterhelés vagy stresszes életesemények során, ugyanakkor az érzelmközpontú megküzdés gyakoriságában nem találtak különbséget. Barton és munkatársai (2003) az érzelmközpontú megküzdést találták az egyik leggyakrabban alkalmazott coping stratégiának asztmás betegek esetében. A betegek pl. sok esetben tagadják betegségüket, illetve tüneteik súlyosságát és azok szükséges kezelését (pl. hirtelen fellépő roham esetén kórházi kezelés igénybevétele), ami egyértelműen negatív hatással van egészségi állapotukra.

Az egyéni coping stílus mellett a krónikus betegség okozta stresszt az egyén *társas környezete* is nagymértékben tompíthatja. Egy különböző légúti betegségekben szenvedő betegek körében végzett kutatás a hospitalizáció szempontjából nem találta rizikótényezőnek azt, hogy a beteg egyedül él-e, azonban azok az idős személyek, akiket nem látogattak rendszeresen barátaik vagy családtagjaik, – ha kis mértékben is, de –

nagyobb eséllyel szorultak kórházi kezelésre (Jordan et al., 2008). Penninx és munkatársai (1998) pedig leírták, hogy COPD-s betegek-nél legfőképp a kevésbé szoros kapcsolatok (pl. szomszédok, ismerősök, barátok, kollégák, stb.) működhetnek pufferként a depresszióval szemben.

A szociális háló rehabilitációban betöltött fontosságát támasztja alá továbbá az a kutatási eredmény is, amely szerint azok a COPD-vel élő személyek, akik továbbra is dohányoznak, elváltak vagy özvegyek, egyedül élnek vagy nem áll rendelkezésükre betegség-specifikus társas támogatás, kisebb eséllyel működnek együtt a kezeléssel vagy vesznek részt rehabilitációs programban (Yong et al., 1999).

## A VIZSGÁLAT CÉLJA

A fentiek tükrében kutatásunk célkitűzése a krónikus légúti betegséggel együtt élők életminőségének a vizsgálata. Feltételezzük, hogy az életminőséget/tüneteket a szocio-ökonómiai státusz (Eisner et al., 2011), a társas támogatottság (Marino et al., 2008), a szorongás és depresszív hangulat szintje (Orosz et al., 2010; Peruzza et al., 2003; Schneider et al., 2008), valamint a megküzdési stílus (McCathie et al., 2002) magyarázza.

## MÓDSZER

### Részt vevő személyek

Kutatásunkban a Tüdőgyógyintézet Török-bálint intézményben kezelt fekvőbetegek, valamint ambulánsan visszajáró páciensek vettek részt (mindazok, akik a vizsgálat idő-

tartama alatt megjelentek az intézményben, és vállalkoztak a kérdőív kitöltésére). A betegek mindegyike krónikus légúti megbetegedésben (legtöbbjük asztmában vagy COPD-ben) szenvedett.

A vizsgálatban összesen 50 fő vett részt, 23 férfi és 27 nő. A résztvevők átlagéletkora 63,4 év volt, a legfiatalabb személy 46, míg a legidősebb 83 éves volt (szórás: 9,4 év). A betegek több mint 1/3-a (36%) a fővárosban lakik, 12%-uk vidéki nagyvárosban, 32%-uk vidéki kisvárosban, míg 1/5 részük (20%) kisebb községből, faluból érkezett a kezelésre. A mintában szereplő személyek mindegyike rendelkezett a minimum 8 általános iskolai osztály végzettséggel, 62%-uk pedig legalább érettségivel. A személyek csaknem fele (44%) házas vagy élettársi kapcsolatban él, 36%-uk elvált vagy özvegy. Munkaügyi státuszukat tekintve a vizsgálati személyek túlnyomó többsége (90%) nyugdíjas (vagy betegsége miatt nyugdíjas), a maradék 10% (5 fő) pedig még aktív, főállású dolgozó. A betegek 60%-a anyagi helyzetét átlagosnak ítélte, 30% az átlagosnál rosszabbnak vagy sokkal rosszabbnak. Csupán 10% érezte úgy, hogy anyagi helyzete jobb lehet, mint az átlagé, és senki sem gondolta úgy, hogy pénzügyi helyzete sokkal jobb lenne, mint másoké.

### Mérőeszközök

A kutatásban használt kérdőívcsomag első oldalát egy részletes tájékoztató alkotta, a második oldalon pedig a betegek egy kutatási beleegyező nyilatkozatot találhattak, melynek aláírásával hozzájárultak a kitöltött kérdőíveken szereplő adatok felhasználásához. A beleegyező nyilatkozatokat és a kitöltött (személyes adatokat nem tartalmazó) kérdőíveket külön kezeltük, biztosítva ezáltal a résztvevők anonimitását.

### *Demográfiai adatok*

A kérdőívcsomag elején demográfiai adatokra vonatkozó kérdések szerepeltek. Rákérdeztünk a részt vevő személy nemére, életkorára, legmagasabb iskolai végzettségére, családi állapotára, lakhelyére, munkai státuszára, valamint az általa megítélt anyagi helyzetére.

A kérdőív tartalmazott néhány rövid kérdést a betegségváltozókra (pl. az első tünetek, illetve a diagnózis időpontja, a hospitalizáció gyakorisága, a tünetek leírása, gyógyszerelés, kezelés stb.) vonatkozóan is.

### *A Szent György Kórház Légzési panaszokkal kapcsolatos kérdőíve (St George's Respiratory Questionnaire, SGRQ)*

A Szent György Kórház Légzési panaszokkal kapcsolatos kérdőívét (SGRQ) Jones és munkatársai (1991) dolgozták ki asztmás és COPD-s betegek életminőségének mérésére. A kérdőív 50 kérdést tartalmaz, amelyek 3 dimenzió mentén ragadják meg az életminőséget: tünetek (Symptoms) (1. rész), aktivitás (Activity) és hatás (Impact) (2. rész).

A tünetek skála kérdései a légzési nehézségek okozta problémákra, illetve a tünetek gyakoriságára kérdeznek rá. (Pl. „Amikor ziháló légzése van, reggelente súlyosabb a zihálás? Igen/Nem”) Az aktivitási dimenzió tételei azt a kérdést hivatottak feltárni, hogy a nehézlégzés milyen mértékben korlátozza a mindennapi fizikai tevékenységeket. (Pl. „Az alábbi kérdés azzal kapcsolatos, hogy mostanában mely tevékenységek okoznak Önnek általában légszomjat. Pl. Ülés vagy fekvés nyugalomban Igaz/Hamis”) A hatás skála a betegség mindennapokra gyakorolt pszichoszociális hatását méri. (Pl. „Szeretnénk megtudni, hogy légzési problémái általában hogyan befolyásolják mindennapi

életét. Pl.: Nem tudok sportolni vagy fizikai játékokat játszani a szabadban. Igaz/Hamis”) Az egyes tételek előre meghatározott súlyozással szerepelnek, melyek alapján kiszámíthatók a skálaértékek, valamint egy végső összpontszám is. Az eredmény egy 0–100% skálán adható meg, melyen az alacsonyabb érték a jobb szubjektív egészségi állapotot jelöli (Jones et al., 1991).

Az SGRQ kiváló pszichometriai mutatókkal bír, megbízhatóságát (tünetek: 0,63–0,82; aktivitás: 0,87–0,88; hatás: 0,87–0,89; teljes kérdőív: 0,76–0,93) és validitását különböző országokban, számos mintán bizonyították (lásd pl. Engstrom et al., 1998; Kim et al., 2006; Rutten-van Mölken et al., 1999; Wang et al., 2001; Orosz et al., 2010). Az SGRQ hivatalos magyar nyelvű fordítását, az írásos meghatalmazást ennek használatára, valamint egy Excel keretfájlt a pontszámok/skálák kiszámítására P. W. Jones, PhD professzor úr és kollégái küldték el.

### *Kórházi szorongás és depresszió kérdőív (HADS)*

A Kórházi szorongás és depresszió kérdőívet Zigmond és Snaith (1983) fejlesztette ki a nem pszichiátriai betegek szorongás- és depressziószintjének mérésének céljából. Bjelland és munkatársainak (2002, idézi Muszbek et al., 2006) vizsgálatai szerint a Kórházi szorongás és depresszió kérdőív jól teljesít a szorongásos és depresszív tünetek súlyosságának megítélésében mind szomatikus, mind pszichiátriai, mind az elsődleges ellátást igénybe vevő, mind az általános, egészséges populációnál alkalmazva. A HADS nemzetközileg érvényes jellegű mutatja, hogy fordítása több nyelven elérhető, s széles körben alkalmazott mérőeszköznek tekinthető (Snaith, 2003). A kérdőív magyar adaptálását Muszbek Katalin és mun-

katársai (2006) végezték daganatos betegek bevonásával, amely vizsgálat szerint az alskálák Cronbach- $\alpha$ -értékei 0,82 (szorongás) és 0,83 (depresszió). Jelen vizsgálatban a szorongás skála Cronbach- $\alpha$ -értéke 0,55, míg a depresszió skáláé 0,58 volt; a teljes kérdőív pedig 0,75. Elemzéseinkben a HADS összpontszámot használtuk.

*Társas támogatás kérdőív*  
(*Support Dimension Scale, SDS*)

Caldwell és munkatársai (1987) a szociális támogatottság mérésére alkották meg a Társas támogatás kérdőívet (Support Dimension Scale, SDS). A kérdőív segítségével mérhető, hogy nehéz élethelyzetben a személy mennyire számíthat szociális támogatásra a családtagjaitól, barátaitól, munkatársaitól és egyéb segítőkötől (Kopp, Skrabski, 2000). A mérőeszköz hazai adaptációját Kopp Mária és munkacsoportja készítette (Rózsa, 2009).

A vizsgálat során az eredeti kérdőív egyszerűsített változatát alkalmaztuk, amely összesen 11 tételből áll, és alkalmazhatóságát, megbízhatóságát több hazai tanulmány is alátámasztotta (Szádóczky et al., 2004; Rózsa, 2009). Jelen vizsgálatban a skála Cronbach- $\alpha$ -értéke 0,60.

*CISS-21*

A stresszteli eseményekkel való jellemző megküzdési stílus feltérképezésére a Coping Inventory for Stressful Situations kérdőív rövidített, 21 tételű változatát (CISS-21) alkalmaztuk, melynek kidolgozása Enderl és Parker nevéhez köthető (Calsbeek et al., 2006). A mérőeszközzel 3 különböző coping stratégia elkülönítésére nyílik lehetőség: feladatközpontú (task-oriented), érzelempontú (emotion-oriented), illetve elkerülő (avoidance coping) megküzdési mód. Mindhárom skálához 7 tétel tartozik.

A CISS 21 tételű verziójának megbízhatóságát különböző életkori csoportokban, beteg és kontrollszemélyeket egyaránt bevonva vizsgálták, ahol rendre magas értékeket kaptak (Cronbach- $\alpha$  0,78–0,85) (Calsbeek et al., 2003). Különböző országokban történt sikeres adaptációja (Calsbeek et al., 2006; Boysan, 2012) bizonyítja a mérőeszköz nemzetközi elismertségét. Jelen vizsgálatban a feladatközpontú megküzdés skála Cronbach- $\alpha$ -értéke 0,83; az érzelempontú megküzdés skáláé 0,80; az elkerülő megküzdés skáláé pedig 0,70 lett.

### **Eljárás**

Kutatásunkat bennfekvő, illetve ambuláns kezelésre visszajáró személyek bevonásával végeztük. A vizsgálatához szükséges kérdőív-csomagokat az osztályon dolgozó főorvos és főnővér osztották ki mindazon betegeknek, akikről úgy ítélték meg, hogy elegendő motivációval és készséggel rendelkeznek annak kitöltésére. A vizsgálat a Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (TUKEB) előzetesen megadott kutatósetikai engedélyével zajlott.

## **EREDMÉNYEK**

### **A kérdőívek statisztikai jellemzőinek bemutatása**

Az életminőség skáláján, a CISS-21 skáláin, a HADS tételeiből képzett két skálán (szorongás és depresszió), a társas támogatás (SDS) tételeinek összeadásával nyert skálán és a létrehozott SES skálán normalitásvizsgálatot végeztünk (egymintás Kolmogorov–Smirnov-teszt), amely igazolta, hogy a skálák normális eloszlásúak. Az elemzésekben használt skálák statisztikai jellemzőit az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat. A minta SGRQ, CISS-21, HADS, és társas támogatás (SDS) skáláin elért átlagai, szórása, minimum- és maximumértékei

	SGRQ összpont.	CISS-21 feladat	CISS-21 érzelem	CISS-21 elkerülő	HADS szor.	HADS depr.	Társas tám. (SDS)
Elemszám	50	50	50	50	50	50	50
Átlag	50,87	27,30	20,02	15,90	7,64	7,98	11,12
Szórás	20,29	5,01	6,02	5,08	2,89	3,20	5,25
Min.	13,15	10,00	7,00	7,00	3,00	3,00	2,00
Max.	93,79	35,00	31,00	27,00	15,00	16,00	26,00
Tételek száma	50	7	7	7	7	7	11

SGRQ: Szent György Kórház Légzési panaszokkal kapcsolatos kérdőív; CISS-21: Coping Inventory for Stressful Situations; HADS: Kórházi szorongás és depresszió kérdőív; SDS: Társas támogatás kérdőív

2. táblázat. Az elemzésekben használt változók korrelációs mátrixa

	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. SGRQ	0,14	-0,19	-0,34*	-0,39**	0,59**	-0,23	0,44**	0,04	-0,30*
2. Nem		0,14	-0,02	0,13	0,08	0,25	-0,16	-0,05	-0,03
3. Életkor			0,25	0,32*	0,11	-0,05	-0,08	-0,22	-0,06
4. Végzettség				0,33*	-0,44**	0,28*	-0,30*	-0,01	0,32*
5. Anyagi helyzet					-0,28*	0,03	-0,29*	-0,09	0,27
6. HADS						-0,45**	0,57**	-0,02	-0,35*
7. CISS-feladat.							0,21	-0,04	0,13
8. CISS-érzelemk.								0,23	-0,38*
9. CISS-elkerülő									-0,06
10. Társas támogatás									
SGRQ-tünet					0,27				
SGRQ-aktivitás					0,54**				
SGRQ-hatás					0,59**				

SGRQ: Szent György Kórház Légzési panaszokkal kapcsolatos kérdőív;

CISS-21: Coping Inventory for Stressful Situations; HADS: Kórházi szorongás és depresszió kérdőív

A skálákon elért átlagpontoszámok közötti nemi különbségeket független mintás T-próbával vizsgáltuk meg, de szignifikáns eltérést egyik skála esetében sem találtunk.

#### Az életminőség alakulását magyarázó változók modellje

A betegek életminőségét magyarázó tényezők vizsgálatát többszörös lineáris regresszióelemzéssel végeztük. Az elemzésben függő változóként az életminőség (SGRQ összpontszám) szerepelt, míg független változóként az első blokkban demográfiai változók (nem, életkor, végzettség, anyagi helyzet), a második blokkban a pszichoszociális változók közül a társas támogatottság és az

érzelmi megküzdés, s harmadik blokkban a hangulat (HADS összpontszám). A változók beléptetésének sorrendjét a szakirodalmi adatokra és a korrelációs mátrixra alapozva (lásd. 2. táblázat) terveztük meg.

Az életminőség egyetlen szignifikáns magyarázóváltozójának a hangulati zavar (HADS szorongás és depresszió összevont skálája) bizonyult.

Mivel a regresszióelemzés szerint a hangulat az egyetlen és igen erős bejósolója az életminőségnek, szeretnénk volna látni, hogy a hangulati problémát milyen tényezők magyarázzák. A regresszióelemzésbe a fontos demográfiai (nem, életkor, végzettség, anyagi helyzet) és pszichoszociális (társas támoga-



3. táblázat. Az életminőség magyarázóváltozói

Modell	Magyarázóváltozók	$\beta$	t	p	R2	F
1.	Nem	0,16	1,24	0,22	0,25	3,74
	Életkor	0,14	0,997	0,32		
	Végzettség	-0,25	-1,79	0,08		
	Anyagi helyzet	-0,37	-2,60	0,12		
2.	Nem	0,11	0,85	0,39	0,32	3,39
	Életkor	0,12	0,87	0,39		
	Végzettség	-0,17	-1,23	0,22		
	Anyagi helyzet	-0,29	-1,98	0,05		
	Társas támogatottság	-0,05	-0,34	0,73		
	CISS-Érzelempontú megküzdés	-0,28	-0,98	0,05		
3.	Nem	0,12	0,98	0,33	0,42	4,41
	Életkor	0,00	0,04	0,96		
	Végzettség	-0,03	-0,24	0,81		
	Anyagi helyzet	-0,24	-1,73	0,09		
	Társas támogatottság	-0,37	-0,27	0,78		
	CISS-Érzelempontú megküzdés	0,08	0,52	0,60		
	HADS összpontszám	0,44	2,73	0,00		

CISS-21: Coping Inventory for Stressful Situations; HADS: Kórházi szorongás és depresszió kérdőív

4. táblázat. A hangulat (HADS depresszió és szorongás) magyarázóváltozói

Modell	Magyarázó változók	$\beta$	t	p	R2	F
1.	Nem	-0,1	-0,09	0,93	0,53	6,89
	Életkor	0,23	1,96	0,06		
	Végzettség	-0,24	-1,93	0,06		
	Anyagi helyzet	-0,14	-1,11	0,27		
	CISS-Feladatpontú megküzdés	-0,28	-2,51	0,02		
	CISS-Érzelempontú megküzdés	0,40	3,32	0,00		
	Társas támogatottság	-0,03	-0,25	0,80		

SGRQ: Szent György Kórház Légzési panaszokkal kapcsolatos kérdőív;

CISS-21: Coping Inventory for Stressful Situations

tottság és megküzdés) változókat léptettük be (4. táblázat).

A modell a hangulati problémák varianciájának az 53%-át magyarázza, s azt mutatja, hogy a kedvezőtlen hangulat elsődlegesen a feladatpontú megküzdés alacsony szintjével és az érzelempontú megküzdés magasabb mértékével áll kapcsolatban. A demográfiai jellemzők közül az életkor és a végzettség bizonyultak magyarázóváltozónak (mindkettő tendenciaszinten); az emelkedő életkor a hangulati zavarok megemelésével jár, a magasabb végzettség viszont jobb hangulati jellemzőket vetít előre.

## MEGVITATÁS

Vizsgálatunk a krónikus légúti betegségekben szenvedő betegek életminőségét, illetve az ezzel kapcsolatban álló tényezőket emelte fókuszába. A kérdésfeltevést azért érezzük különösen relevánsnak, mert a betegségek e csoportja egyre nagyobb gyakoriságot mutat, és sok esetben – a betegség progresszív jellegéből kifolyólag – az életminőség emelése elsődleges feladat kell, hogy legyen.

Mintánk a specifikus életminőség kérdőívén (SGRQ) jelentősen magasabb átlagpontszámot ért el, mint az Orosz és munkatársainak (2010) hazai kutatásában vizsgált

asztmás betegek mintája, sőt valamivel magasabbat, mint a COPD-s betegek mintája. Mivel a szakirodalmi adatok szerint a krónikus légúti betegségben szenvedők között a COPD diagnózissal rendelkezők kiemelten rossz életminőséget mutatnak, arra kell következtetnünk, hogy vizsgálatunkba igen súlyos betegek kerültek (csoportbontásban nem volt lehetőségünk összehasonlításra, mert sok volt az átfedő és a betegek által pontatlanul megadott diagnózis). Nemi különbséget nem tudtunk kimutatni – sem az életminőségben, sem a hozzá szorosan kapcsolódó hangulati mutatókban –, ami korábbi publikációknak ellentmondó adat (Gudmundsson et al., 2006).

A fő kérdésfeltevésünk kapcsán végzett regresszióelemzés szerint az életminőség egyetlen szignifikáns magyarázója a hangulati zavar (szorongás és depresszió közös mutatója). Bár e változó beléptetése előtt mind a végzettség, mind az anyagi helyzet, mind pedig az érzelmi központú megküzdés magyarázóváltozóként szerepelt – hasonlóan más publikációkban leírt eredményekhez (Cosway et al., 2000; Eisner et al., 2011; Prescott et al., 2003) –, a hangulati zavar beléptetése „eltüntette” szignifikáns hatásukat. Ebből arra következtethetünk, hogy a fenti tényezők a hangulaton keresztül fejthetik ki hatásuk egy jelentős részét. Így vizsgálatunk megerősíti a szakirodalomban hangsúlyozott eredményt, miszerint a hangulati probléma – elsősorban a depresszív hangulat – az egyik legjelentősebb magyarázóváltozója a kedvezőtlen életminőségnek (Kullowatz et al., 2007; Gudmundsson et al., 2006; Ng et al., 2009; Orosz, et al., 2010).

A hangulati problémák magyarázóváltozóinak elemzése arra hívja fel a figyelmet, hogy a depresszív hangulat bonyolult kölcsönkapcsolatban állhat a demográfiai, pszi-

choszociális és életminőség-mutatókkal. A demográfiai és pszichoszociális változók a hangulati problémák varianciájának több mint 50%-át magyarázzák, s legfőbb magyarázótenyezőnek a megküzdés jellegzetességei bizonyultak. A feladatközpontú megküzdés csökkenése s az érzelmi központú megküzdés emelkedése erős kapcsolatot mutat a depresszív hangulattal. A betegség jellegéből adódóan (légzési elégtelenség, a fizikai kapacitás jelentős csökkenése, erős fizikai korlátozottság) viszont a személyek valószínűleg gyakran kényszerülnek arra, hogy megküzdésüket áthelyezzék az aktív, cselekvéses, feladatközpontú copingról az érzelmi központú megküzdés irányába. Így egy ördögi kör alakul ki; a nem megfelelő oxigénellátottságból fakadó fizikai korlátozottság beszűkíti a lehetőségeket az érzelmi megküzdés irányába, ami viszont rontja a hangulatot, s ezen keresztül az életminőséget – elsősorban annak szubjektív megélését, az aktivitás és hatás faktorokat. Bár a krónikus szomatikus betegségek esetén a depresszív hangulat megemelkedett mértékének hátterében számos mechanizmus feltételezhető (Norwood, 2007; Rigó, 2011), azokban a kórképekben, ahol a fizikai korlátozottság jelentős, sőt progrediáló, különösen érdemes lehet a megküzdés erősítését megcélozni. Ez elsősorban alternatív, a kedvezőtlen oxigénellátottság ellenére felvállalható tevékenységek megtalálásával (pl. kézimunka, szellemi tevékenységek, jóga, egyéb alkotási lehetőségek), és az érzelmi központú megküzdés „hangolásával” (az érzelmeik, állapot elfogadását célzó intervenciók, pl. mindfulness) történhet. A szocioökonómiai státusz életminőséget és hangulatot magyarázó ereje (még ha nem is minden modellben, és csak tendenciaszintű összefüggésben jelent is meg) szintén kapcsolatban állhat azzal, hogy a ma-

gasabb végzettségűeknek és jobb anyagi körülmények között élőknek valószínűleg több lehetőségük van alternatív feladatokat találni, ami kedvező hatást fejthet ki hangulatukra és életminőségükre.

A krónikus légúti megbetegedésekben szenvedő személyeknél kiemelten fontos lehet a pszichés problémák – elsősorban a depresszió – szűrése és kezelése. A depressziós tünetek akadályozzák a kezeléssel való együttműködést is, így Alexopoulos és munkatársai (2008) szerint a problémamegoldó képességek fejlesztésére és az együttműködés javítására fókuszáló beavatkozások emiatt is igen hasznosak lehetnek. Hynninen és munkatársai (2010) szerint a kognitív viselkedésterápia gyors és hatékony módszer a szorongásos és depresszív tünetek enyhítésére, valamint további tanulmányok szintén abba az irányba mutatnak, hogy a gondosan megválasztott farmakoterápia, illetve a kognitív viselkedésterápia ígéretes intervenciók módszerek lehetnek a szorongás és a depresszió kezelésében (Hill et al., 2008; Livermore et al., 2010; Fritzsche et al., 2011). A krónikus légúti megbetegedésben szenvedők kezelése során érdemes figyelembe venni a betegársak jelenlétét és ennek hatá-

sait is. Halding és munkatársainak (2010) kutatása szerint a rehabilitációs csoportban való aktív részvétel társas támogatást nyújt, segíti a megküzdést, növeli az énhatékonyság érzését és az életminőséget.

A fentiekben ismertetett eredmények mellett meg kell említenünk kutatásunk korlátait is. Mivel a vizsgálni kívánt populáció igen specifikusnak mondható, a megfelelő mintaelemszám elérése nem várt nehézségeket okozott, és így a regresszióelemzéssel kapott eredmények csak tájékoztató jellegűnek tekinthetők. A krónikus légúti betegségben szenvedőkön belül nem volt módunk alcsoportokat létrehozni. Ennek alapvető oka abban rejlett, hogy a betegek maguk sokszor nem voltak tisztában a diagnózisukkal, gyakori volt az „átfedő” diagnózis, s nem volt lehetőségünk az orvosi adatokba betekinteni. Korábbi magyar publikációból viszont tudjuk, hogy az életminőség fő magyarázóváltozóinak nem az orvosi paraméterek bizonyultak, hanem sokkal inkább a betegek szubjektív betegségmegélése; így úgy véljük, vizsgálatunk az objektív betegségparaméterek ismeretének hiányában is közelebb vihet az életminőséget befolyásoló tényezők alaposabb megértéséhez.

## SUMMARY

### THE MAIN PREDICTIVE FACTORS OF QUALITY OF LIFE IN CHRONIC RESPIRATORY DISEASES

*Background and aims:* This survey research has studied the quality of life and its possible psychosocial predicting variables in patients with chronic respiratory diseases (mainly asthma and COPD). *Methods:* 50 patients (23 men and 27 women) suffering from chronic respiratory disease participated in the study. Quality of life was measured with the St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), anxiety and depression with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), social support with the Support Dimension Scale (SDS) and coping styles with the shortened version of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS-21). *Results:* According to the regression model, after controlling the demographic variables, the

only significant predictor of quality of life was mood disorder (HADS depression and anxiety). *Discussion:* We raise the attention to the importance of the educational programs and screening, and discuss some aspects and intervention options that may be useful for enhancing adaptive coping and quality of life through influencing depressive mood.

*Keywords:* quality of life, asthma, COPD, depression, socioeconomic status

## IRODALOM

- A krónikus obstruktív légúti betegség (chronic obstructive pulmonary disease – COPD) diagnosztikája és kezelése. A Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium ajánlása. (2000): *Medicina Thoracalis*, 53. 1–11.
- ALEXOPOULOS, G. S., RAUE, P. J., SIREY, J. A., AREAN, P. A. (2008): Developing an intervention for depressed, chronically medically ill elders: a model from COPD. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(5). 447–453.
- AU, D. H., BRYSON, C. L., CHIEN, J. W., SUN, H., UDRIS, E. M., EVANS, L. E., BRADLEY, K. A. (2009): The effects of smoking cessation on the risk of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *Journal of General Internal Medicine*, 24(4). 457–463.
- Az asztma diagnosztizálásának, kezelésének és gondozásának szakmai irányelvei. A Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium ajánlása. 2007. Harmadik módosított és kiegészített kiadás. URL: [http://www.tudogyogyasz.hu/upload/tudogyogyasz/document/mtt\\_protokoll\\_asthma.pdf?web\\_id](http://www.tudogyogyasz.hu/upload/tudogyogyasz/document/mtt_protokoll_asthma.pdf?web_id)
- BARTON, C., CLARKE, D., SULAIMAN, N., ABRAMSON, M. (2003): Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respiratory Medicine*, 97(7). 747–761.
- BJELLAND, I., DAHL, A. A., HAUG, T. T., NECKELMANN, D. (2002): The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52. 69–77.
- BOYSAN, M. (2012): Validity of the Coping Inventory For Stressful Situations-Short Form (CISS-21) in a non-clinical Turkish sample. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 25(2). 101–107.
- BÖSZÖRMÉNYI NAGY GY. (2007): Asztma és COPD: hasonlóságok és különbségek. *Medicina Thoracalis*, 60(3). 132–135.
- BRESLIN, E., VAN DER SCHANS, C., BREUKINK, S., MEEK, P., MERCER, K., VOLZ, W., LOUIE, S. (1998): Perception of fatigue and quality of life in patients with COPD. *CHEST Journal*, 114(4). 958–964.
- CALDWELL, R. A., PEARSON, J. L., CHIN, R. J. (1987): Stress-moderating effects: social support in the context of gender and locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13(1). 5–17.
- CALSBECK, H., RIJKEN, M., HENEGOUWEN, G. P. B., DEKKER, J. (2003): Factor structure of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS-21) in adolescents and young adults with

- chronic digestive disorders. In CALSBEEK, H. (eds): *The Social Position of Adolescents and Young Adults with Chronic Digestive Disorders*. Nivel, Utrecht. 83–103.
- CALSBEEK, H., RIJKEN, M., BEKKERS, M. J., VAN BERGE HENEGOUWEN, G. P., DEKKER, J. (2006): Coping in adolescents and young adults with chronic digestive disorders: impact on school and leisure activities. *Psychology and Health*, 21(4). 447–462.
- CELLI, B. R., MACNEE, W., AGUSTI, A., ANZUETO, A., BERG, B., BUIST, A. S., ... ZUWALLACK, R. (2004): Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *European Respiratory Journal*, 23(6). 932–946.
- COSWAY, R., ENDLER, N. S., SADLER, A. J., DEARY, I. J. (2000): The Coping Inventory for Stressful Situations: Factorial Structure and Associations With Personality Traits and Psychological Health. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 5(2). 121–143.
- EISNER, M. D., BLANC, P. D., OMACHI, T. A., YELIN, E. H., SIDNEY, S., KATZ, P. P., ... IRIBARREN, C. (2011): Socioeconomic status, race and COPD health outcomes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(1). 26–34.
- ENGSTROM, C. P., PERSSON, L. O., LARSSON, S., SULLIVAN, M. (1998): Reliability and validity of a Swedish version of the St George's Respiratory Questionnaire. *European Respiratory Journal*, 11(1). 61–66.
- FRITZSCHE, A., CLAMOR, A., VON LEUPOLDT, A. (2011): Effects of medical and psychological treatment of depression in patients with COPD – a review. *Respiratory medicine*, 105(10). 1422–1433.
- GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention Updated December 2012.
- GUDMUNDSSON, G., GISLASON, T., JANSON, C., LINDBERG, E., ULRIK, C. S., BRØNDUM, E., ... BAKKE, P. (2006): Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: A multicentre study in the Nordic countries. *Respiratory Medicine*, 100(1). 87–93.
- HALDING, A. G., WAHL, A., HEGGDAL, K. (2010): 'Belonging'. Patients' experiences of social relationships during pulmonary rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*, 32(15). 1272–1280.
- HILL, K., GEIST, R., GOLDSTEIN, R. S., LACASSE, Y. (2008): Anxiety and depression in end-stage COPD. *European Respiratory Journal*, 31(3). 667–677.
- HYNNINEN, M. J., BJERKE, N., PALLESEN, S., BAKKE, P. S., NORDHUS, I. H. (2010): A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in COPD. *Respiratory Medicine*, 104(7). 986–994.
- JONES, P. W., QUIRK, F. H., BAVEYSTOCK, C. M. (1991): The St George's respiratory questionnaire. *Respiratory Medicine*, 85. 25–31.
- JORDAN, R. E., HAWKER, J. I., AYRES, J. G., ADAB, P., TUNNICLIFFE, W., OLOWOKURE, B., ... CHENG, K. K. (2008): Effect of social factors on winter hospital admission for respiratory disease: a case-control study of older people in the UK. *The British Journal of General Practice*, 58(551). 1–9.
- KIM, Y. S., BYUN, M. K., JUNG, W. Y., JEONG, J. H., CHOI, S. B., KANG, S. M., ... KIM, S. K. (2006): Validation of the Korean version of the St. George's respiratory questionnaire for

- patients with chronic respiratory disease. *Tuberculosis and Respiratory Diseases*, 61(2). 121–128.
- KLEIN, M., GAUGGEL, S., SACHS, G., POHL, W. (2010): Impact of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on attention functions. *Respiratory Medicine*, 104(1). 52–60.
- KOPP M., SKRABSKI Á. (2000): Pszichoszociális tényezők és egészségi állapot. *Demográfia*, 43. 252–278.
- KULLOWATZ, A., KANNIESS, F., DAHME, B., MAGNUSSEN, H., RITZ, T. (2007): Association of depression and anxiety with health care use and quality of life in asthma patients. *Respiratory Medicine*, 101(3). 638–644.
- LAVOIE, K. L., CARTIER, A., LABRECQUE, M., BACON, S. L., LEMIÈRE, C., MALO, J-L. ... DITTO, B. (2005): Are psychiatric disorders associated with worse asthma control and quality of life in asthma patients? *Respiratory Medicine*, 99(10). 1249–1257.
- LIVERMORE, N., SHARPE, L., MCKENZIE, D. (2010): Panic attacks and panic disorder in chronic obstructive pulmonary disease: A cognitive behavioral perspective. *Respiratory Medicine*, 104(9). 1246–1253.
- MARINO, P., SIREY, J. A., RAUE, P. J., ALEXOPOULOS, G. S. (2008): Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 3(4). 713–718.
- MCCATHIE, H. C. F., SPENCE, S. H., TATE, R. L. (2002): Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *European Respiratory Journal*, 19(1). 47–53.
- MÉSZÁROS Á., SZABÓ L., ÁGH T., FUJSZ E., BÁRTFAI Z. (2011): Asztmakontrollszint és életminőség mérése Magyarországon a mindennapi gyakorlatban. *Tüdőgyógyászat*, 5(4). 28–31.
- MIRAVITLLES, M., NABERAN, K., CANTONI, J., AZPEITIA, A. (2011): Socioeconomic status and health-related quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration*, 82(5). 402–408.
- MUSZBEK K., SZÉKELY A., BALOGH É. M., MOLNÁR M., ROHÁNSZKY M., RUZSA Á., VARGA K., SZÖLLŐSI M., VADÁSZ P. (2006): Translation and validation of the Hungarian Hospital Anxiety and Depression Scale using a large cancer patient sample. *Quality of Life Research*, 15(4). 761–766.
- NG, T-P., NITI, M., FONES, C., YAP, K. B., TAN, W-C. (2009): Co-morbid association of depression and COPD: A population-based study. *Respiratory Medicine*, 103(6). 895–901.
- NIA, M. E., ALILOO, M. M., ANSARIN, K. (2010): The role of stress and coping strategies in the emergence of asthma, and the moderating effects of gender in this illness. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 5. 910–914.
- NORWOOD, R. J. (2007): A review of etiologies of depression in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2(4). 485–491.
- ORMEL, J., VONKORFF, M., USTUN, T. B., PINI, S., KORTEN, A., OLDEHINKEL, T. (1994): Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Jama*, 272(22). 1741–1748.

- OROSZ M., GÁLFFY G., KOVÁCS D., ÁGH T., MÉSZÁROS Á. (2010): Az asthmás és COPD-s betegek életminőségét befolyásoló tényezők. *Medicina Thoracalis*, 63(4). 277–283.
- PENNINX, B. W., VAN TILBURG, T., BOEKE, A. J. P., DEEG, D. J., KRIEGSMAN, D. M., VAN EIJK, J. T. M. (1998): Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: Different for various chronic diseases? *Health Psychology*, 17(6). 551–558.
- PERUZZA, S., SERGI, G., VIANELLO, A., PISENT, C., TIOZZO, F., MANZAN, A. ... ENZI, G. (2003): Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in elderly subjects: impact on functional status and quality of life. *Respiratory Medicine*, 97(6). 612–617.
- PRESCOTT, E., GODTFREDSSEN, N., VESTBO, J., OSLER, M. (2003): Social position and mortality from respiratory diseases in males and females. *European Respiratory Journal*, 21(5). 821–826.
- RIGÓ A. (2011): Klinikai egészségpszichológiai problémák krónikus testi betegségekben, In CSÁSZÁR-NAGY N., DEMETROVICS ZS., VARGHA A. (szerk.): *A klinikai pszichológia horizontja*. KRE – L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- RÓZSA S. (2009): A mindennapos testi tünetek pszichológiája és mérésének módszertana. *Eötvös Loránd Tudományegyetem. Pszichológiatudományi Doktori Iskola. Doktori értekezés*.  
URL: [http://pszichologia.phd.elte.hu/vedesek/2009/Doktori\\_disszertci\\_Rzsa\\_Sndor.pdf](http://pszichologia.phd.elte.hu/vedesek/2009/Doktori_disszertci_Rzsa_Sndor.pdf).  
Utolsó megtekintés: 2013. október 28.
- RUTTEN-VAN MÖLKEN, M., ROOS, B., VAN NOORD, J. A. (1999): An empirical comparison of the St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) and the Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ) in a clinical trial setting. *Thorax*, 54(11). 995–1003.
- SCHNEIDER, A., LÖWE, B., MEYER, F. J., BIESSECKER, K., JOOS, S., SZECSENYI, J. (2008): Depression and panic disorder as predictors of health outcomes for patients with asthma in primary care. *Respiratory Medicine*, 102(3). 359–366.
- SNAITH, R. P. (2003): The Hospital Anxiety And Depression Scale – Commentary. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1. 1–29.
- SZÁDÓCZKY E., RÓZSA S., ZÁMBORI J., FÜREDI J. (2004): Predictors for two-year outcome of major depressive episode. *Journal of Affective Disorders*, 83(1). 49–57.
- THEANDER, K., UNOSSON, M. (2004): Fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of advanced nursing*, 45(2). 172–177.
- THOREN, C. T., PETERMANN, F. (2000): Reviewing asthma and anxiety. *Respiratory Medicine*, 94(5). 409–415.
- VAN MANEN, J. G., BINDELS, P. J. E., DEKKER, F. W., IJZERMANS, C. J., VAN DER ZEE, J. S., SCHADE, E. (2002): Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*, 57(5). 412–416.
- VOLL-AANERUD, M., EAGAN, T. M. L., WENTZEL-LARSEN, T., GULSVIK, A., BAKKE, P. S. (2008): Respiratory symptoms, COPD severity, and health related quality of life in a general population sample. *Respiratory Medicine*, 102(3). 399–406.
- WANG, K. Y., CHIANG, C. H., MAA, S. H., SHAU, W. Y., TAR, Y. H. (2001): Psychometric assessment of the Chinese language version of the St. George's Respiratory Questionnaire

- in Taiwanese patients with bronchial asthma. *Journal of the Formosan Medical Association*, 100(7). 455–460.
- YOUNG, P., DEWSE, M., FERGUSSON, W., KOLBE, J. (1999): Respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease: predictors of nonadherence. *European Respiratory Journal*, 13(4). 855–859.
- ZIGMOND, A. S., SNAITH, R. P. (1983): The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67. 361–370.