

BEVEZETŐ

AZ ÉLETMINŐSÉGGEL KAPCSOLATOS FŐ SZAKIRODALMI KÉRDÉSEK KRÓNIKUS SZOMATIKUS BETEGSÉGGEL ÉLŐK KÖRÉBEN



RIGÓ Adrien
rigo.adrien@ppk.elte.hu

KÖKÖNYEI Gyöngyi¹
kokonyei.gyongyi@ppk.elte.hu
Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

AZ ÉLETMINŐSÉG FOGALMA

Az életminőség (quality of life, QOL) koncepciója az 1960-as években született meg az Egyesült Államokban. Mind a szociális tudományokban (szociológia, politika, pszichológia, gazdaságtan), mind pedig az orvostudományban egyre népszerűbbé és elterjedtebbé vált, mert számos adat azt bizonyította, hogy az emberek elégedettségének a meghatározásában sokszor nem az objektív körülmények és feltételek a döntőek, hanem azok szubjektív megélése (Lin et al., 2013; Pais-Ribeiro, 2004; Tiringier, 2012).

A QOL az élet számos területét felölelheti, beletartozhat az anyagi komfort, az egészség, a személyes biztonság, a rokonokkal, házastárssal, barátokkal és gyermekekkel való közeli kapcsolat, mások segítése és támogatása, a közéletben való szerepvállalás, a tanulás, önmagunk és a világ megfelelő megismerése és megértése, értelmes, jutalmazó, érdekes munka, önmagunk kreatív módon történő kifejezése, a megfelelő szocializáció, a szórakoztató tevékenységek gyakorlása, a rekreációs tevékenységekben való aktív részvétel (Pais-Ribeiro, 2004). Mivel az életminőség körébe tartozó aspektusok szinte áttekinthetetlenül sokfélék lehetnek, az egyes részterületek számára szükség volt szűkebb definíciókra. Az egészségügyi ellátórendszerben az egészséggel kapcsolatos életminőség fogalmát (health-related quality of life; HRQOL) vették be (Lin et al., 2013). Az egészséggel kapcsolatos életminőség fókuszba kerülésével párhuzamosan a 20. század második felében az egészség koncepciója is változott, pozitívabb perspektíva került előtérbe. A korábbi negatív egészségmérést (amelyet az „5 D” jellemzett – death, disease, disability, discomfort, dissatisfaction) a pozitívabb dimenziók mérése váltotta fel; az

¹ A tanulmány a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj támogatásával készült.

egészség definíciója kiszélesedett, s olyan jellemzők is belekerültek, mint mentális egészség, szociális egészség, általános egészségpercepció, szociális/szerep funkcionálás, spiritualitás. Ez a változás az orvoslást az ellátóközpontú modelltől a páciensközpontú ellátás felé mozdította, s a tradicionális „kemény” kimeneti változók mellett „lágyabbak” – mint például az egészséggel kapcsolatos életminőség – is megjelentek (Pais-Ribeiro, 2004; Tiringier, 2012).

A egészséggel összefüggő életminőség elsősorban a betegségeknek és a kezeléseknak a jólétre kifejtett hatását emeli fókuszba. Így az egészséggel összefüggő életminőséget úgy definiálhatjuk, mint amibe beletartozik az, ahogyan a személy észleli az egészségi állapotát, s ahogyan reagál rá; illetve részét képezik az élet egyéb olyan aspektusai is, amelyek tartalmazznak egészséggel összefüggő tényezőket (fizikai, funkcionális, érzelmi, mentális jóllét), vagy amelyekre jelentős hatás gyakorolható az egészségi állapot (munka, család, barátok, más élethelyzetek). A HRQOL szélesebb koncepciója egy összehasonlító értékelésre ad lehetőséget minden területen, ahol az életminőség kapcsolódik az egészséghöz.

Az egészséggel kapcsolatos életminőség a személy tapasztalatai, hiedelmei, elvárásai és percepciója által befolyásolt kétarcú fogalom; az egészségnek mind a negatív, mind a pozitív aspektusait tartalmazza. A negatív aspektus a betegségeket és diszfunkciókat fedi le, míg a pozitív aspektus a mentális és fizikai funkcionálást, az alkalmazkodást, a hatékonyságot. A HRQOL egyúttal egy dinamikus fogalom is; a múlt tapasztalatai, a jelen körülményei és a jövővel kapcsolatos elvárások is hatnak rá. A HRQOL kapcsolatban áll az egészségi állapottal vagy funkcionális státusszal, de nem azonos azzal – tágabb; erősen átszővi a személy szubjektív betegségmegélése, ami elsősorban az érzelmi jólléttel van kapcsolatban (Lin et al., 2013; Payot és Barrington, 2011).

MIRE JÓ AZ EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS ÉLETMINŐSÉG?

Az egészséggel kapcsolatos életminőség segít abban, hogy megértsük a beteg perspektíváját a betegségével és a kezelésekkal kapcsolatban. Számos adat utal arra, hogy jelentős különbségek lehetnek a kezelőorvosok és a betegek szempontjából abban, hogy hogyan értékelik az állapotot, javulást. Az erős diszkrépancia az adherencia csökkenéséhez vezethet, így a páciens által megítélt életminőség mérése alapvető eszköz lehet a jó orvos-beteg kapcsolat és a megfelelő adherencia kialakításában és fenntartásában is (Janse et al., 2004).

Az egészséggel kapcsolatos életminőség segít annak eldöntésében, hogy mi tartozhat bele a betegségre adott „normál” reakciókba, s mi az, ami ezt túllépi, vagyis intervenciót kíván. Mivel az életminőség – s ennek megfelelően az egészséggel kapcsolatos életminőség is – kulturális tényezők által befolyásolt, értékelésében mindenképpen érdemes figyelembe venni az adott kultúra vagy szubkultúra, etnikum jellegzetességeit (Kagawa-Singer et al., 2010).

A HRQOL fontos információt szolgáltat akkor, amikor a különböző kezeléseket és intervenciókat hatásukat és egymáshoz viszonyított hatékonyságukat értékelik, illetve az optimális intervenciót meghatározzák. Az életminőséggel kapcsolatos kutatások jelentős része ebbe a vonulatba tartozik; a különböző – gyógyszeres és pszichoszociális – beavatkozások

hatékonyságmérésében a biológiai mutatókkal párhuzamosan mára elterjedtté vált az életminőség mint kimeneti változó mérése (Lin et al., 2013; Tiringer, 2012).

Az életminőség mérésének jelentőségét az is erősíti, hogy ma már számos betegséggel kapcsolatban ismerünk olyan adatokat, hogy a HRQOL a „keményebb” biológiai mutatók – mint az említett mortalitás – magyarázóváltozója is lehet (Pais-Ribeiro, 2004).

AZ ÉLETMINŐSÉG MÉRÉSE ÉS A LEGFONTOSABB MÓDSZERTANI KÉRDÉSEK

Az egészséggel kapcsolatos életminőség több szinten mérhető. A kérdőívek egy része általánosabb, az emberek többsége számára szubjektíve fontosabb dimenziókat (pl. testi korlátozottság, pszichés és szociális jóllét) vizsgál a betegségek kapcsán (általános kérdőívek). Segítségükkel a különböző betegcsoportok életminősége összehasonlítható egymással. A betegségspecifikus kérdőívek az adott kórkép szempontjából kiemelt jellegzetes problémákat térképezik fel. Ezek a kérdőívek érzékenyebbek, az általános mérőeszközöknél árnyaltabbak és megbízhatóbban használhatók a változások követésére, ugyanakkor hátrányuk, hogy eredményeik más betegcsoportokkal nehezen összehasonlíthatók (Lin et al., 2013; Tiringer, 2012).

Az egészséggel kapcsolatos életminőség mérésének módszertana az elmúlt évtizedekben komoly fejlődésen ment keresztül (Lin et al., 2013; Mónok et al., 2014). Szinte minden gyakoribb betegség esetében születtek betegségspecifikus kérdőívek, s ezek használhatóságát, statisztikai jellemzőit különböző mintákon tesztelték. Komoly viták folytak a kérdőívek szerkezetére vonatkozóan (milyen alskálákat, faktorokat kellene tartalmazniuk); s számos próbálkozás történt arra vonatkozóan is, hogy a kérdőívek kitölthetőségét és könnyebb értékelhetőségét fejlesszék. Lin és mtsai (2013) 7 pontban gyűjtötték össze, hogy milyen kurrens módszertani kérdések, megfontolások emelkednek ki a HRQOL mérésével kapcsolatban.

1. Objektivitás versus szubjektivitás: mindkettő fontos a klinikumban, így az az ideális, ha az egészséggel kapcsolatos életminőség kérdőív mind az objektív funkcionálást (korlátozottságot), mind az állapot szubjektív percepcióját igyekszik feltérképezni.

2. Általános versus specifikus mérés: hasznos, ha a kérdőív képes az egészség általánosabb aspektusait (fizikai, mentális, szociális egészség) mérni, ezzel a különböző betegségek összehasonlíthatóvá válnak. Ugyanakkor a specifikusság is előny, amikor arra vagyunk kíváncsiak, hogy mik a fő jellemzők egy adott betegségben (pl. daganat), egy adott specifikus populációban (pl. gyermekek), vagy egy bizonyos funkcióban (pl. alvás) vagy tünetben (pl. fájdalom). A specifikus kérdőívek vagy modulok a kezelésekre bekövetkező változások, a klinikailag jelentős válaszok követését teszik lehetővé. Így a választásunkat, hogy mennyire általános vagy mennyire specifikus HRQOL kérdőívet használjunk, alapvetően a kutatás/mérés célja kell, hogy meghatározza.

3. Egydimenziós vagy többdimenziós mérőeszköz: számos kérdőívet ismerünk, amely 1 dimenziósként kérdezi le az egészséggel kapcsolatos életminőséget (vagy így is); ugyanakkor a leggyakrabban használt HRQOL kérdőívek eredendően többdimenziósak, specifikus alskálákat tartalmaznak.

4. Önbeszámolón alapuló vagy mások által megítélt életminőség: mivel a vizsgálatok azt mutatják, hogy a személy és a mások (szülők, társ, kezelőorvosok) által megítélt HRQOL között csak gyenge–közepes korreláció áll fenn, a kitöltést érdemesebb magától a személytől kérni (ha megoldható).
5. Reliabilitás: az általános szabályok érvényesek, mind a belső konzisztenciának, mind a tesz-reteszt reliabilitásnak, mind pedig az inter-rater reliabilitásnak megfelelőnek kell lennie.
6. Validitás: szintén az általános szabályok érvényesek; megfelelő tartalmi validitás, kritériumvaliditás és konstruktumvaliditás szükséges a betegség-specifikus kérdőíveknel is.
7. A HRQOL mérőeszközök kiválasztása: számos kérdőív létezik, nincs rá arany szabály, hogy melyik a választandó. Olyan tényezők döntenek, mint a kérdéscsoport felállításához való illeszkedés, reliabilitás, validitás, érzékenység és értelmezhetőség.

A TEMATIKUS SZÁM CÉLJA, AZ EREDMÉNYEK ÜZENETE A SZAKIRODALOM HÁLÓJÁBAN

A jelen folyóiratban található empirikus tanulmányok közös célja, hogy feltárják, hogy egy-egy krónikus szomatikus betegség esetében mely pszichoszociális változók bírnak magyarázóerővel az életminőségre nézve a demográfiai és betegségmutatók kontrollja mellett. Módszertani szempontból fontos hozomány, hogy – ahol a szakirodalomban fellelhető volt – betegség-specifikus mérőeszközöket használtak a szerzők, így néhány esetben (pl. lisztérzékenység, HIV) az adott életminőség-kérdőívnek a bemutatott vizsgálat során készült el a magyar változata, más esetekben (policisztás ovárium szindróma, melanoma, diabétesz) a mérőeszköz elsőként került hazánkban nagyobb speciális mintán alkalmazásra, ami lehetővé tette, hogy információkhoz jussunk az alkalmazhatóságáról, megbízhatóságáról.

Az eredmények tartalmi aspektusát tekintve a publikációk közös mondanivalója, hogy a legtöbb betegség esetében – a nemzetközi szakirodalommal összhangban – az életminőség szempontjából a pszichoszociális tényezők meghatározóbbnak tűnnek, mint a betegség objektív paraméterei. A kiemelkedő fő konklúzió, hogy a krónikus szomatikus betegségek esetében – kevés kivételtől eltekintve – a legerősebb, s gyakran egyetlen magyarázóváltozó a hangulati zavar, a depresszív hangulat vagy szorongás megemelkedett mértéke (vagy a kettő közös mutatója).

A jelen tematikus számban található tanulmányok mindegyike rámutat a vizsgált kérdéskör egy-egy fontos aspektusára. A sokizületi gyulladással járó betegséget vizsgáló tanulmány (Tali, 2014) azt példázza, milyen fontos a fájdalom megfelelő mérése és kezelése az életminőség szempontjából. A cukorbetegséget fókuszba állító vizsgálat arra mutat rá, hogy a depresszív hangulat az életminőségen túl a kezeléssel kapcsolatos elégedettséggel és a vércukor-kontrollal is jelentős összefüggést mutat (Németh et al., 2014). A krónikus légúti betegségek életminőségét vizsgáló tanulmány az adaptív megküzdési mechanizmusok és fizikai aktivitás fenntartásának potenciális jelentőségét hangsúlyozza (Godányi és Rigó, 2014), míg a HIV-fer-

tőzéssel kapcsolatos eredmények a társas támogatottság, szociális háló jelentőségére hívják fel a figyelmet (Nyulászi és Rigó, 2014). A krónikus szív-érrendszeri betegségekben szenvedők vizsgálata a poszttraumás növekedés – és a mögötte meghúzódó bonyolult mechanizmusok – témaköréhez ad fontos szempontokat (Pintér et al., 2014), a policisztás ovárium szindróma jellemzőit taglaló tanulmány pedig a kiemelkedően magas szorongás és lehetséges forrásai jelenségéről gondolkodik (Márki et al., 2014). Módszertani szempontból a melanomás betegekkel végzett vizsgálat azt példázza, hogy a depresszív hangulat megemelkedett mértéke nem csupán a kérdőívek tételeinek átfedéséből fakad (Sagmeister et al., 2014); a lisztérzékenységgel összefüggő életminőség áttekintése pedig az indikátorok és magyarázóváltozók elkülönítésének a problematikájára hívja fel a figyelmet (Rigó et al., 2014). A melldaganatos mintán végzett elemzések a kérdőívek statisztikai jellemzőinek vizsgálatához kínálnak új megközelítési lehetőséget (Mónok et al., 2014).

A tematikus számban megjelenő tanulmányok fő üzenete az, hogy az életminőséggel kapcsolatos általános eredmények mellett minden egyes specifikus szomatikus betegség – sőt minden egyes beteg – esetében alapvető végiggondolni és felmérni, hogy milyen betegséggel kapcsolatos mechanizmusoknak és egyéni jellemzőknek lehet kiemelt szerepe az életminőség alakításában.

Mivel a tanulmányok közös tartalmi mondanivalója a hangulati zavar életminőségben betöltött kiemelkedő szerepére utal, úgy véljük, hogy a bevezető hátralevő részében egy rövid kitekintés erejéig érdemes figyelmünket e témára irányítani.

A HANGULATI PROBLÉMÁK JELENTŐSÉGE AZ EGÉSZSÉGGEL ÖSSZEFÜGGŐ ÉLETMINŐSÉG SZEMPONTJÁBÓL

Ha a szomatikus betegségekhez kapcsolódó hangulati zavarokat közelebbről górcső alá vesszük, azt láthatjuk, hogy a diagnosztikai kategóriák szerint definiálható, klasszikus és súlyos zavarok száma – bár a betegség típusától függően eltérő mértékben, de kultúráktól függetlenül – megemelkedett; továbbá igen jelentős a gyakorisága a szubklinikai, vagy nem tipikus hangulati zavaroknak (Gili et al., 2010; Rigó, 2011; Zhu et al., 2012).

A klinikumban fontos kérdés lehet, hogy hogyan érdemes a szomatikus betegségben szenvedő személyek depresszióját megközelíteni. A kérdés megválaszolásában talán segíthet, ha átgondoljuk, hogy melyek azok a mechanizmusok, amelyek testi betegségek esetében hozzájárulhatnak a depresszió kialakulásához, fennmaradásához, súlyosbodásához, illetve teret adnak a komorbiditás kölcsönmechanizmusainak. Fontos szem előtt tartani, hogy a szomatikus betegségben szenvedő személy hangulati problémája mögött természetesen meghúzódhatnak ugyanazok a mechanizmusok, életesemények, jellegzetességek is, amelyeket a szakirodalom általában a depresszióval kapcsolatban leír. Itt tehát célzottan azokra a jelenségekre összpontosítunk, amelyek a komorbiditást erősíthetik.

A krónikus szomatikus betegség mindenképpen *vesztésélmény*. Megrendül az egészségbe vetett hit, sérül a kontrollérzés, sok esetben korlátozottságot él át a beteg, szerepváltozások figyelhetők meg, s a betegség gyakran gazdaságilag is negatívan érinti a személyt és családját

(Kulcsár, 1998). Tehát mindenképpen veszteségek sorozata, aminek megélése függ a korábbi veszteségektől, a megküzdési kapacitástól, illetve attól, hogy a páciens mennyi segítséget kap az aktuális veszteségek feldolgozásában, önértékelése megtartásában. A szomatikus betegség sok szálon képes a *szorongások* megjelenésében, felerősödésében is szerepet játszani. A tünetek, a diagnózisra való várakozás, a kezelések kimenetelének esetleges bizonytalansága, a betegség vagy kezelés potenciális hosszú távú hatásai mind-mind olyan élmények, amelyek az egyén alapszemélyiségétől, megküzdési jellegzetességeitől és a betegség jellegétől függően szorongáskeltőek lehetnek (Rigó, 2011).

A szomatikus betegségekkel kapcsolatban számos más, nem pszichológiai mechanizmus is „támogathatja” a depresszív hangulat kialakulását/fennmaradását.

Kutatások rámutattak, hogy *krónikus fájdalommal* élő és depresszióban szenvedő személyek esetében számos közös idegrendszeri és neuroendokrin elváltozás írható le. Így a komorbiditás közös genetikai sajátosságokon is alapulhat, illetve valószínűsíthető, hogy mind a krónikus fájdalom, mind a krónikus hangulati zavar képes olyan neuroendokrin változások előidézésére, amelyek kiváló táptalajt biztosítanak a komorbid probléma megjelenésének. Az is ismert, hogy a pszichoszociális tényezők – elsősorban a stresszválaszokon és immunológiai mechanizmusokon keresztül – képesek olyan változásokat előidézni, amelyek egyaránt kedveznek a későbbi fájdalomzavarok és hangulati problémák kialakulásának (Goldenberg, 2010; Kökönyei, 2012). Tanulmányok utalnak arra, hogy a depresszív hangulat és szorongás szinkronban változik a fájdalom mértékével (Gerrits et al., 2014); illetve hogy interperszonális pszichoterápia hatására (a szokásos biomedikális kezeléssel összehasonlítva) krónikus fájdalommal élők körében javul a hangulat és a szociális funkcionálás (Poleshuck et al., 2014).

Több betegségben leírták, hogy a *fizikai inaktivitás* a komorbid depresszív hangulat megemelkedésével jár (Geulayov et al., 2010). A háttérben számos mechanizmus szerepet játszhat; az aktivitás csökkent szintje mellett nem tudnak érvényesülni a testmozgás pozitív anyagcsere-, hormonális-, és neurotranszmitter hatásai. A testmozgás nem csak az adott betegséghez kapcsolódó biológiai változókat képes pozitívan befolyásolni (pl. BMI, glükózkontroll, egyéb anyagcsere-mutatók), hanem a hangulatot is, így promotálása – az adott szomatikus betegségnek megfelelő mértékben és formában – kiemelt jelentőségű az életminőség szempontjából. A fizikai inaktivitás és szomatikus betegségek kapcsolata szintén cirkuláris; számos betegség fizikai inaktivitásra késztet, ugyanakkor ismert, hogy a testmozgás hiánya világszerte igen komoly bejósolója a szomatikus betegségek megjelenésének és az azokkal kapcsolatos mortalitásnak (Lee et al., 2012).

A depresszió és szomatikus betegségek komorbiditásának háttérben fontos szerepet játszhatnak a *gyulladásos folyamatok*. Kupper és munkatársai (2012) szívelégtelenségben szenvedő személyek esetében írták le, hogy a depresszió mind keresztmetszeti, mind longitudinális elrendezésben kapcsolatban áll bizonyos gyulladásos mediátorok mennyiségével. Arra is felhívják a figyelmet, hogy szomatikus betegségek esetén érdemes mérni a depresszió kognitív/affektív és szomatikus/affektív komponenseit is, mert az elemzések arra utalnak, hogy eltérő mechanizmusok állhatnak a két depressziókomponens és a szomatikus betegségek kölcsönkapcsolata háttérben. Míg a kognitív/affektív tünetek háttérben a krónikus gyulladás okozta cerebrovaszkuláris sérülések, s az azzal együtt járó neuronális plaszticitáscsökkenés

és a neurokémiai egyensúly zavara állhat, a szomatikus/affektív tünetek esetében a krónikus gyulladás más utakon keresztül – alvászavar, fáradtság, szexuális funkciók csökkenése – játszhat szerepet. A depresszív hangulat, szomatikus tünetek és gyulladásos citokinek bonyolult kölcsönkapcsolatára mások is rámutatnak (lásd Kökönyei és Urbán [2003] összefoglalóját), s újabban hangsúlyozzák, hogy az antidepresszánsok hatásvizsgálatába fontos lenne integrálni a gyulladásos citokinek változásának a követését is (Bai et al., 2014). Ismerünk modelleket arra vonatkozóan is, hogy a háttérben zajló gyulladásos mechanizmusok (még ha nem látványos gyulladások is), a táplálkozás és fizikai aktivitás megváltoztatásán keresztül is kifejthetik negatív hatásukat a betegség kimenetelére, a hangulatra és életminőségre (Gracia, 2006).

Bizonyos krónikus szomatikus betegségek kezelésében alkalmazott *gyógyszerek, kezelések* – elsősorban a proinflammátoros citokinek tartalmazó készítmények, kemoterápiák – alkalmazása során nagyon gyakori a depresszió megjelenése/felerősödése. Ilyen esetekben a hangulati zavarok csökkentése nem csak az életminőség és adherencia szempontjából lényeges, hanem a biológiai terápiák határfokának emelése végett is, hiszen a depresszív hangulat különböző neuroendokrin mechanizmusokon keresztül képes azt rontani (Loftis et al., 2013; Reece et al., 2013).

A fenti eredmények tükrében kiemelkedően fontosnak érezzük a hangulatzavarok korai és folyamatos szűrését a krónikus testi betegségek esetében. A méréseknél elengedhetetlen a megfelelő kérdőívek (vagy módosított pontszámok) alkalmazása, ugyanis számos tanulmány utal arra, hogy szomatikus betegségek esetén a depresszió tünetei közül a szomatikus – nem pedig a „klasszikus” – komponensek a látványosabbak (Mitchell et al., 2012; Tiringer, 2012). A felvázolt összefüggések pedig a terápiás megfontolásokhoz adhatnak szempontokat; az antidepresszánsok alkalmazása és a pszichoterápiák mellett érdemes a komorbiditás hátterében meghúzódó mechanizmusok figyelembevételével további intervenciókat is alkalmazni (a gyulladásos mediátorok immunológiai kezelése, a fájdalom megfelelő menedzselése, a fizikai aktivitás emelését célzó intervenciók, a szorongás csökkentése edukációval, a megküzdési mechanizmusok erősítése).

SUMMARY

INTRODUCTION

MAIN QUESTIONS ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS LIVING WITH CHRONIC SOMATIC DISEASES

Our introduction defines health-related quality of life (HRQOL) and emphasizes its importance in chronic somatic diseases. We overview the most current methodological questions regarding HRQOL, and give an insight into the most important results of the following empirical articles. Mood problems – especially depression – seems to be the strongest predictor of HRQOL in different studies. This result motivated the authors to discuss the possible mechanisms of the high comorbidity and its clinical relevance in screening and treatment.

Keywords: health related quality of life, chronic somatic disease, depression

IRODALOM

- BAI, Y. M., CHIOU, W. F., SU, T. P., LI, CH. T., CHEN, M. H. (2014): Pro-inflammatory cytokine associated with somatic and pain symptoms in depression. *Journal of Affective Disorders*, 155. 28–34.
- GERRITS, M. M. J. G., VAN MARWIJK, H. W. J., OPPEN, P., VAN DER HORST, H., PENNINX, B. W. J. H. (2014): Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *Journal of Psychosomatic Research*, doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.10.011
- GEULAYOV, G., GORAL, A., MUHSEN, K., LIPSITZ, J., GROSS, R. (2010): Physical inactivity among adults with diabetes mellitus and depressive symptoms: results from two independent national health surveys. *General Hospital Psychiatry*, 32. 570–576.
- GILI, M., COMAS, A., GARCÍA-GARCÍA, M., MONZÓN, S., ANTONI, S.B., ROCA, M. (2010): Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 32. 240–245.
- GODÁNYI Zs., RIGÓ A. (2014): Az életminőség kiemelkedő magyarázóváltozója krónikus légúti betegségekben. *Alkalmazott Pszichológia*, 4. 73–88.
- GOLDENBERG, D. L. (2010): Pain/Depression Dyad: A Key to a Better Understanding and Treatment of Functional Somatic Syndromes. *The American Journal of Medicine*, 123. 675–682.
- GRACIA, M. C. (2006): Inflammatory, autoimmune, chronic diseases: Bad diet and physical inactivity are causes of effects? *Medical Hypotheses*, 66. 939–944.
- JANSE, A. J., GEMKE, R. J. B. J., UITERWAAL, C. S. P. M., VAN DER TWEEL, I., KIMPEN, J. L. L., SINNEMA, G. (2004): Quality of life: patients and doctors don't always agree: a meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57. 653–661.
- KAGAWA-SINGER, M., PADILLA, G. V., ASHING-GIWA, K. (2010): Health-related quality of life and culture. *Seminars in Oncology Nursing*, 26. 59–67.
- KÖKÖNYEI GY. (2012): Egészségfejlesztési és terápiás lehetőségek szomatizációs kórképekben. In DEMETROVICS Zs., URBÁN R., P. RIGÓ A., OLÁH A. (szerk.): *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása. II. Klinikai egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó. 13–56.
- KÖKÖNYEI GY., URBÁN R. (2003): Citokinek és betegségviselkedés. In URBÁN R. (szerk.): *A magatartás, a lelki élet és az immunrendszer kölcsönhatásai*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 87–111.
- KULCSÁR Zs. (1998): *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- KUPPER, N., WIDDERSHOVEN, J. W., PEDERSEN, S. S. (2012): Cognitive/affective and somatic/affective symptom dimensions of depression are associated with current and future inflammation in heart failure patients. *Journal of Affective Disorders*, 136. 567–576.
- LEE, I. M., SHIROMA, E. J., LOBELO, F., PUSKA, P., BLAIR, S. N., KATZMARZYK, P. T. (2012): Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life-expectancy. *Lancet*, 380. 219–229.
- LIN, X. J., LIN, I. M., FAN, S. Y. (2013): Methodological issues in measuring quality of life. *Tzu Chi Medical Journal*, 25. 8–12.

- LOFTIS, J. M., PATTERSON, A. L., WILHELM, C. J., MCNETT, H., MORASCO, B. J., HUCKANS, M., HAUSER, P. (2013): Vulnerability to somatic symptoms of depression during interferon-alpha therapy for hepatitis c: A 16-week prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74. 57–63.
- MÁRKI G., SZUJÓ A., PÁPAY N. (2014): A policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált nők életminőségének bejósolói. *Alkalmazott Pszichológia*, 4. 103–116.
- MINKIN, T. (2014): A Biopsychosocial Perspective on Health-Related Quality of Life in Rheumatoid Arthritis. *Alkalmazott Pszichológia*, 4. 133–148.
- MITCHELL, A. J., LORD, K., SYMONDS, P. (2012): Which symptoms are indicative of DSM-IV depression in cancer settings? An analysis of the diagnostic significance of somatic and non-somatic symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 138. 137–148.
- MÓNOK K., KOVÁCS Zs., RIGÓ A., URBÁN R. (2014): Az EORTC QLQ-BR23 magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Alkalmazott Pszichológia*, 4. 45–58.
- NÉMETH D., REINHARDT M., KÖKÖNYEI Gy. (2014): Depresszív hangulat és diabéteszspecifikus életminőség. *Alkalmazott Pszichológia*, 4. 15–29.
- NYULÁSZI A., RIGÓ A. (2014): Tapasztalatok HIV-specifikus életminőség kérdőívvel magyar mintán. *Alkalmazott Pszichológia*, 4. 89–101.
- PAIS-RIBEIRO, J. L. (2004): Quality of life is a primary end-point in clinical setting. *Clinical Nutrition*, 23. 121–130.
- PAYOT, A., BARRINGTON, K. J. (2011): The Quality of Life of Young Children and Infants with Chronic Medical Problems: Review of the Literature. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 41. 91–101.
- PINTÉR É., BERKES T., RIGÓ A. (2014): Szív-érrendszeri betegségben szenvedő személyek életminőségének összefüggése a poszttraumás növekedéssel. *Alkalmazott Pszichológia*, 4. 59–72.
- POLESHUCK, E. L., GAMBLE, S. A., BELLENGER, K., LU, N., TU, X., SÖRENSEN, S., GILES, D. E., TALBOT, N. L. (2014): Randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus enhanced treatment as usual for women with co-occurring depression and chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 77. 264–272.
- REECE, J. C., CHAN, Y. F., HERBERT, J., GRALOW, J., FANN, J. R. (2013): Course of depression, mental health service utilization and treatment preferences in women receiving chemotherapy for breast cancer. *General Hospital Psychiatry*, 35. 376–381.
- RIGÓ A. (2011): Klinikai egészségpszichológiai problémák krónikus testi betegségekben. In CSÁSZÁR-NAGY N., DEMETROVICS Zs., VARGHA A. (szerk.): *A klinikai pszichológia horizontja*. KRE és L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- RIGÓ A., NAGY D., BÍRÓ M., KÖKÖNYEI Gy. (2014): Életminőség lisztérzékenységekben. *Alkalmazott Pszichológia*, 4. 117–131.
- SAGMEISTER V. E., SOLTÍ B. N., RIGÓ A. (2014): Melanomás betegek életminősége pszichoszociális, demográfiai és betegséggel kapcsolatos jellemzők tükrében. *Alkalmazott Pszichológia*, 4. 31–44.

- TIRINGER I. (2012): Az akut kardiológiai eseményen átesett betegek hosszú távú életminőségét befolyásoló pszichoszociális tényezők vizsgálata. PhD-értekezés. Pécsi Tudományegyetem.
- ZHU, CH., OU, L., GENG, Q., ZHANG, M., YE, R., CHEN, J., JIANG, W. (2012): Association of somatic symptoms with depression and anxiety in clinical patients of general hospitals in Guangzhou, China. *General Hospital Psychiatry*, 34. 113–120.

DEPRESSZÍV HANGULAT ÉS DIABÉTESZSPECIFIKUS ÉLETMINŐSÉG



NÉMETH Dorottya

nemeth.dorottya@ppk.elte.hu

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

REINHARDT Melinda

reinhardt.melinda@ppk.elte.hu

Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológiai Intézet

KÖKÖNYEI Gyöngyi¹

kokonyei.gyongyi@ppk.elte.hu

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: Mára számos vizsgálat bizonyítja, hogy a krónikus betegségek – így a diabetes mellitus – lefolyásában és gondozásában a pszichológiai/pszichoszociális tényezők jelentős szerepet játszanak. Az egyik legtöbbet vizsgált tényező a depresszív hangulat, illetve a klinikai szintű depresszió megjelenése és hatása az életminőségre és a vércukorkontrollra. Vizsgálatunk célja ennek megfelelően az volt, hogy feltérképezzük, hogy a betegség-specifikus életminőség és a depresszív hangulat, továbbá a glükózkontroll közötti dokumentált összefüggés hazai mintán is tetten érhető-e. *Módszer:* Diabéteszklubokban és egy kórház diabéteszambulanciáján 92 személy (átlagéletkor: 64,83 év; SD = 9,60) bevonásával elsőként vizsgáltuk a diabéteszspecifikus életminőség és kezelési elégedettség mérésére kidolgozott kérdőívek magyar változatainak alkalmazásával a fent vázolt összefüggéseket. *Eredmények:* A várakozásnak megfelelően a magasabb depresszív hangulatról beszámoló személyek életminőség-mutatói alacsonyabbak voltak, kezelésükkel elégedetlenebbnek bizonyultak, illetve HbA1c-értékeik alapján rosszabb vércukorkontrollt jeleztek. *Következtetések:* Eredményeink összhangban vannak a nemzetközi kutatási eredményekkel, s egyértelműen felhívják a figyelmet arra, hogy a diabéteszsel élők körében a betegség következtében kialakuló (szomatikus) szövődmények rendszeres szűrővizsgálatai mellett a depresszív hangulat szűrésére (és a diabéteszspecifikus életminőség mérésére) is szükség lenne.

Kulcsszavak: diabétesz, életminőség, depresszió, kezeléssel való elégedettség, HbA1c, pszichometria

¹ A tanulmány a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj támogatásával készült.