

Epilepsziás betegek pszichoszociális és családi funkcionálás vizsgálata

Doktori értekezés

Kováts Daniella

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Kurimay Tamás, Ph.D., egyetemi tanár

Hivatalos bírálók: Dr. Jekkel Éva, Ph.D., egyetemi adjunktus
Dr. Jakus Rita, Ph.D., főorvos

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Túry Ferenc, Ph.D., egyetemi tanár
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Szűcs Anna, Ph.D., főorvos
Dr. Török Szabolcs, Ph.D., egyetemi docens

Budapest
2018

Tartalomjegyzék

Rövidítések jegyzéke	4
1. Bevezetés.....	5
2. Irodalmi háttér.....	7
2.1. Egészséggel összefüggő életminőség-vizsgálatok.....	8
2.1.1. Az életminőség-vizsgálatokról általában.....	8
2.1.2. Életminőség vizsgálatok epilepsziás betegek körében	10
2.2. Az epilepsziás betegek életminőségét befolyásoló faktorok	12
2.2.1. Az epilepsziát befolyásoló szociodemográfiai tényezők.....	13
2.2.2. Az epilepsziás betegek problémái az általános egészségi állapottal és a komorbid zavarokkal összefüggésben.....	14
2.2.2.1. Depressziós tünetek megjelenése epilepsziás betegek körében	14
2.2.2.2. A stressz hatása és szerepe az epilepsziára és a komorbid pszichiátriai zavarokra.....	17
2.2.2.3. Szorongásos tünetek epilepsziás betegek körében	19
2.2.2.4. Epilepszia és az alvászavarok.....	21
2.2.3. A betegség-és terápiás változók hatása az életminőség alakulására.....	22
2.2.4. Az epilepsziások életminőségét befolyásoló szubjektív betegségészlelés valamint a megküzdési stratégiák szerepe.....	26
2.2.5. A társas támogatottság és a családi funkcionálás befolyásoló szerepe az életminőségre.....	27
3. Célkitűzések	32
3.1. Kutatási hipotézisek.....	32
4. Módszerek	35
4.1. Vizsgálati személyek	35
4.2. Adatgyűjtési eljárások	36
4.3. A vizsgálatban alkalmazott pszichometriai eszközök	38
4.4. Statisztikai eljárások	42
5. Eredmények	44
5.1. Négy mérőeszköz alkalmazása epilepsziás betegek életminőségének vizsgálatában	44
5.1.1. Korrelációk-összefüggés vizsgálatok	45
5.1.2. Az életminőséget (Qolie-31) befolyásoló faktorok	46

5.1.3. Az általános jól-létet (WHOQOL-5) és az étellel való elégedettséget (SwLS) befolyásoló faktorok.....	50
5.1.4. Az IPQ-t befolyásoló faktorok	54
5.1.5. Többszörös regresszióanalízis	60
5.1.6. A magas és az alacsony rizikójú csoport	61
5.2. A szubjektív betegségészlelés és a megküzdési stratégiák szerepe epilepsziás betegek életminőségének alakulásában (II.vizsgálat).....	64
5.3. Epilepsziás betegek és családtagjaik pszichoszociális és családi funkcionálás vizsgálata (III.vizsgálat)	80
5.3.1. Családok összehasonlítása közös családi pontszám alapján.....	86
5.3.2. Összehasonlítások az epilepsziás családokon belül.....	87
5.3.3. Korreláció vizsgálatok a pszichoszociális skálák és a családi funkcionálást mérő skálák között.....	93
5.3.4. Többváltozós regresszióanalízis eredményei	97
6. Megbeszélés	105
6.1. Főbb eredmények	105
6.2. Tárgyalás	106
7. Következtetések	127
8. Összefoglalás	130
9. Summary	131
10. Irodalomjegyzék	132
11. Saját publikációk jegyzéke.....	146
12. Köszönetnyilvánítás.....	150

Rövidítések jegyzéke

AED = Anti-Epileptic Drugs: Antiepileptikumok

BDI = Beck Depression Inventory: Beck-féle Depresszió Skála

CARB = Carbamazepine

CPR = Complex Parciális Roham

Diener SWLS = Diener Satisfaction with Life-Scale: Élettel való Elégedettség Skála

ETT-TUKEB = Egészségügyi Tudományos Tanács, Tudományos és Kutatásetikai Bizottság

FACES teszt = Family Adaptivity and Cohesion Scale, Családi Adaptivitási és Kohéziós kiértékelő skála

FAD = Family Assesment Device, McMaster-féle Családmérési Eszköz

FKV = Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, Freiburgi Betegségfeldolgozási Kérdőív

GTKR = Generalizált Tónusos-Klónusos Roham

HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, Kórházi Szorongás- és Depresszió-Skála

HADS ANX = Hospital Anxiety and Depression Scale, Szorongás alskála

HADS DEP = Hospital Anxiety and Depression Scale, Depresszió alskála

HRQOL = Health-Related Quality of Life, Egészséggel összefüggő életminőség

IDD = Interiktális Diszfóriás Zavar

IPQ = Illness Perception Questionnaire, Szubjektív Betegségészlelés Kérdőív

LAMO = Lamotrigine

OCD = Obsessive-Compulsive Disorder, Obszesszív-Kompulzív Zavar

OCST = Olson-féle családteszt

PNES = Psychogenic Nonepileptic Seizure, Pszichogén Nem-Epilepsziás Roham

QOLIE-31 = Quality of Life in Epilepsy Inventory-31

REM = Rapid Eye Movements

RSES-H = Rosenberg Self-Esteem Scale, Rosenberg-féle Önértékelés Skála

Schwarzer GSE = Schwarzer General Self-Efficacy Scale, Schwarzer-féle Énhatékonyság Kérdőív

SDS = Caldwell Support Dimension Scale, Caldwell-féle Társas Támogatás Skála

sec.gen.GM = secunder generalizált Grand Mal

SPR = Simplex Parciális Roham

TLE = Temporal Lobe Epilepsy, Temporális Lebeny Epilepszia

VALP = Valproate

WHOQOL = WHO Quality of Life Test, WHO Életminőség Teszt

1. Bevezetés

Dolgozatomban epilepsziás betegek életminőség vizsgálatát, pszichoszociális állapotfelmérését, és e betegséggel küzdő családok családi funkcionálás vizsgálatát végeztem el. A betegek nagy része az Országos Klinikai Idegtudományi Intézet betegei közül került ki. Az OKITI epilepszia ambulanciájával együtt dolgozva a vizsgálatokat azzal a céllal határoztuk meg, hogy a pszichológiai betegellátás (protokoll) részeként összeállítsunk olyan pszichoszociális kérdőívet, melyek alkalmasak a betegek életminőségének és pszichoszociális állapotának vizsgálatára, a klinikumban fontos kérdések megtámasztására, és egyben feltárjunk olyan eredményeket, melyek használhatók a betegség terápiás menedzselésében, a pszichoedukáció kialakítása során. A vizsgálathoz összeállítottunk egy Pszichoszociális Állapotfelmérő Kérdőívet, melybe a nemzetközi szakirodalom áttekintését követően generikus és betegség-specifikus tesztekkel válogattunk. A kutatás egésze három részre tagolódik, mely logikailag a következőképpen néz ki: Az első vizsgálatban négy pszichometriai mérőeszköz alkalmazására és összehasonlító vizsgálatára került sor. A mérőeszközöket úgy választottuk ki, hogy generikus és epilepszia-specifikus kérdőívet is tartalmazzanak. 2011-ig az életminőség vizsgálatában 16 mérőeszköz fejlesztésére került sor, ahol a Qolie-tesztek csoportját egy csoportnak vettem. A kutatási eredményeket befolyásolja, hogy mely mérőeszközök felvételére kerül sor. Így érdekes kutatni azokat a tényezőket, melyek a specifikus mérőeszközöktől függetlenül, mindegyik alkalmazott mérőeszköz esetében összefüggést mutatnak az életminőséggel, ezek egyidejű alkalmazása során. Közös befolyásoló tényezők alapján kialakított rizikócsoportok összehasonlítására is sor került, ami megerősítette a közös tényezők differenciáló szerepét. Kiemelném, hogy elvégeztük a szubjektív betegségészlelés, mint mediáló tényező vizsgálatát, melyet a nemzetközi kutatásokban közvetlenül epilepsziás betegek körében ezt megelőzően csak egy kínai vizsgálatban hajtottak végre (Ji és mtsai, 2016).

A második vizsgálatban kiemelve a vizsgálati eszközök közül a leginkább használatos Qolie-31 kérdőívet, ami egy betegség-specifikus életminőséget mérő eszköz, arra voltunk kíváncsiak, hogy mik azok a tényezők, melyek befolyásoló hatással bírnak az életminőségre. A vizsgált tényezőket négy csoportba osztottuk, így a szociodemográfiai tényezők, a pszichológiai tényezők, a betegség tüneteivel összefüggésben a betegség-változók vizsgálatára, valamint a kezelési változók tanulmányozására hagyatkoztunk. A

szubjektív betegségészlelés mediáló szerepének a hangsúlyozása képen pedig vizsgáltuk e faktorok és a megküzdési stratégiák, valamint az életminőség összefüggéseit.

A harmadik vizsgálatban, maradvá az életminőség betegség-specifikus mérőeszközénél egy látens változó befolyásoló szerepét helyeztük vizsgálat alá, a szociális támogatottság és a családi funkcionálás vizsgálatával. Az epilepszia betegség egy krónikus betegség, mely terhet és feladatot jelent a betegek családtagjai számára is, így a betegek és a családi rendszer működése kölcsönösen befolyásolhatja a rendszer tagjainak életminőségét. Ebben a harmadik vizsgálatban epilepsziás családok és kontroll családok vizsgálatára került sor, ahol többféle összehasonlításban tanulmányoztuk az epilepsziás betegek életminőségét és pszichoszociális állapotát a családtagokkal és a kontroll csoporttal összehasonlítva. Emellett vizsgáltuk az epilepsziás betegek családtagjait a sine morbo kontroll család családtagjaival összehasonlítva, valamint kerestük-e csoportoknál az életminőséget leginkább befolyásoló tényezőket.

A három vizsgálati vonulat alkalmas a klinikumban használható protokoll kapcsán megállapításokra, a terápiás elvek megtámogatására és további kutatási szempontok, célpontok orientálására is.

2. Irodalmi háttér

Az epilepszia központi idegrendszeri betegség, az agy kóros izgalmi állapota, mely az ILAE meghatározásában egy nagy intenzitású, kóros, szinkron neuronális aktivitás, melyeket spontán, ismétlődő és kiszámíthatatlan rohamok kísérnek (Quintas és mtsai, 2012). „Az epilepsziás roham az agy szürkeállományával összefüggő paroxizmális motoros, szenzoros, vegetatív, pszichés vagy komplex jelenségeként jön létre eszméletvesztéssel vagy anélkül.” (Nikl, 2012, 29.p.)

Az epilepsziás roham tehát a cortex egészének vagy egy körülírt részének hiperszinkron kóros kisülése, mely az agyat ért bármely átmeneti vagy tartós ártalom miatt alakulhat ki, így alkoholemegvonás, hiperglikémia és láz is kiválthatja. Az epilepszia betegség azonban egy tartós működészavar, mely spontán ismétlődő rohamokkal jár.

A fejlődő országokon belül magasabb az epilepszia incidenciája (68,7/100000) míg a fejlett országokon belül ez az érték csak 43,4/100000. Magyarországon 60-70000 epilepsziás beteg él (Kotsopoulos és mtsai, 2002). Az epilepszia kialakulásának élettartam-kockázata 4,2 %. Annak valószínűsége, hogy életünkben egy rohamon átessünk, körülbelül 9% körüli (Nikl, 2012, 29.p.). Az epilepsziás betegek standardizált mortalitás mutatója 2-3-szor magasabb az átlagnépességnél. A halálozás oka a fennálló kórokkal általában összefügg, előfordulhat SUDEP (sudden unexpected death) is (Nikl, 2012). A legtöbb újonnan regisztrált epilepsziás betegnél a rohamok előfordulása kisszámú és jól-kontrollált, ugyanakkor körülbelül 20-25%-ban a rohamok makacsul ellenállnak a gyógyszeres terápiának. A terápiaerezisztens esetek 5-10 százalékában műtéti beavatkozás válhat szükségessé. A sebészeti beavatkozás csak a betegség meghatározott csoportjainál, szigorú műtéti kritériumok esetén jöhet szóba (Quintas és mtsai, 2012).

Az epilepsziás rohamok neurobiológiai vonatkozásain túl, foglalkoznunk kell a betegség kognitív, pszichológiai és szociális vetületeivel is, mely doktori disszertációm fő témája.

A pszichológiai gondozás alapvető célja a kontroll visszaszerzésének támogatása, melynek egyik gyakorlati módszere a pszichoedukáció csoportos formája. A preventív jellegű csoportos gondozásban szerepet kapnak a lefolyás szakaszaihoz kapcsolatos pszichológiai és emocionális tényezők hatásjellemzői, a betegség specifikus jellegéből fakadó problémák, mint a kontrollvesztés, szubjektív betegségészlelés vagy a

stigmatizáció, az esetlegesen kialakuló komorbid zavarok (szorongás, depresszió, alkalmazkodási zavarok, szuicid veszélyeztetettség) kezelése, a konkrét beteg személyiségbeli és élethelyzeti sajátosságainak figyelembevétele, valamint az orvos és a beteg gondozási kapcsolatában szerepet kapó nehézségek (compliance).

2.1. Egészséggel összefüggő életminőség-vizsgálatok

2.1.1. Az életminőség-vizsgálatokról általában

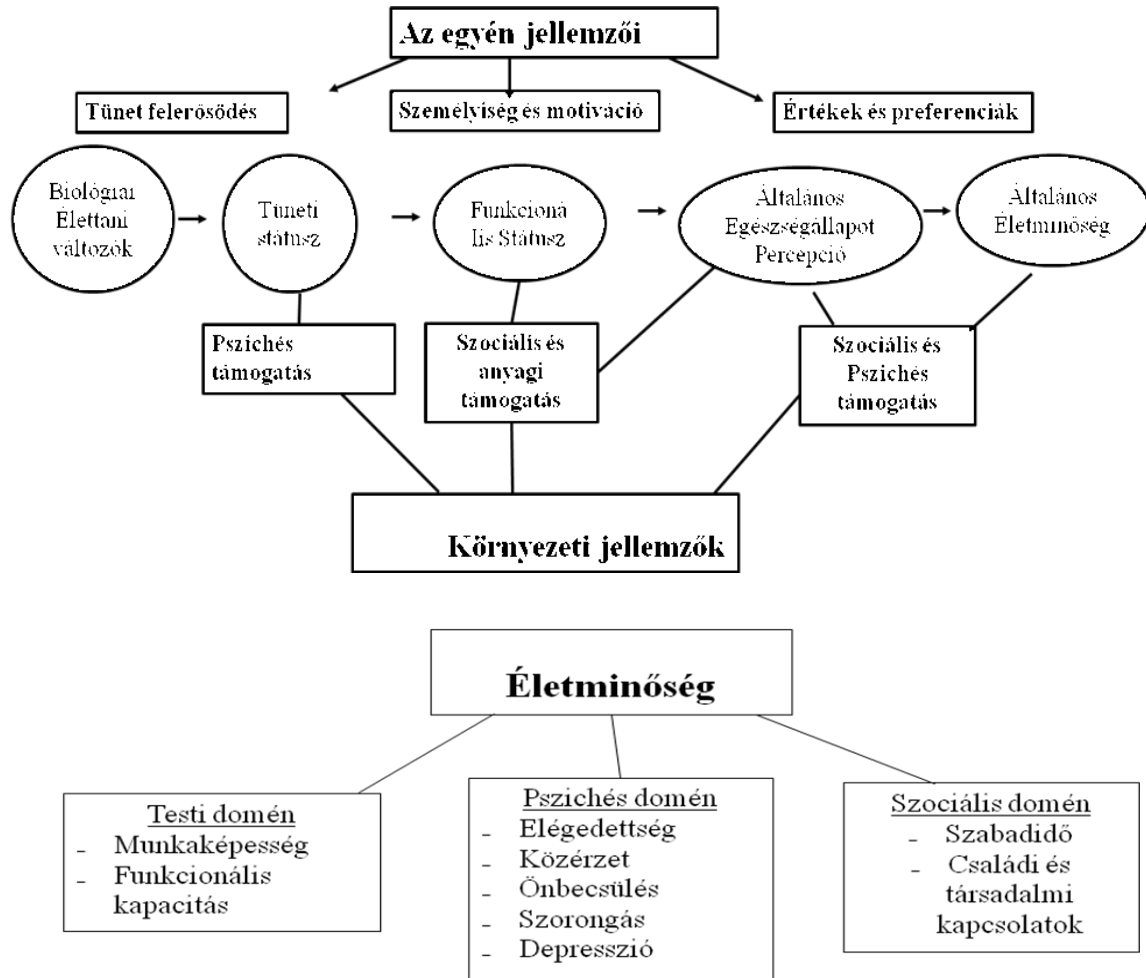
Az egészségtudomány szűkebb területein belül az életminőség-vizsgálatok alatt az egészséggel összefüggő életminőséget értjük, vagyis olyan tényezőket vizsgálunk, melyek az egészséggel szorosabb összefüggésben állnak. A WHO megkülönbözteti az egészséggel összefüggő életminőség fogalmát, mely a szervezet 1948-ban kiadott definíciója értelmében hangsúlyozza, hogy az egészségnek biológiai, szociális és pszichés összetevője is van.

Az egészség a teljes fizikai, mentális és szociális jóllét állapota, és nemcsak a betegség vagy fogyatékoság hiányát jelenti (Pikó, 1996).

Ennek alapján az életminőség egy multifaktoriális fogalomként felöleli: 1. a szomatikus állapotot és működőképességet; 2. a pszichés állapotot és lelki-szellemi jólétet; 3. a szociális működést. A legtöbbet idézett definíció alapján Testa és Simonson (1996) a következőképpen határozzák meg az életminőséget: „Az életminőség és specifikusan az egészséggel kapcsolatos életminőség fogalma az egészség testi, pszichológiai és szociális doménjeit foglalja magába, annak figyelembe vételével, hogy ezek elkülönülő, a páciens tapasztalatai, hiedelmei, elvárásai és percepciója által alapvetően befolyásolt területek.” (Testa és Simonson, 1996, 835.p.)

Az életminőség pszichológiai vizsgálatában a hangsúly az egyén szubjektív betegségszlelésén van (elégedettség, énhatékonyság, korlátozottság mértéke, társas kapcsolatok milyensége), szemben az objektív mutatókkal, melyek a valódi egészségállapotot határozzák meg (fizikális képesség, mozgásképesség, társas kapcsolatok).

Az egyes állapotmutatók közötti összefüggéseket Wilson és Cleary nyomán az 1. ábra szemlélteti.



1. ábra: Az életminőséget meghatározó tényezők és az életminőség egyes tartományai (Wilson és Cleary, 1995)

Az életminőség vizsgálatára kifejlesztett kérdőívek közé igen sok mérőeszköz sorolható. A vizsgálati módszerek közül egyike az először feltett kérdéseknek az egészség szubjektív önbecslése. Idler és Benyamini 27 longitudinális vizsgálat eredményeit összegezve kiemelték, hogy az egészség szubjektív becslésének erősebb prognosztikus értéke van a betegségből való felépülést tekintve, mint egyes fizikai, az egészségi állapotot leíró változónak (Idler és Benyamini, 1997).

A kérdőívek közül elkülönítünk generikus kérdőíveket, melyek az egészséggel összefüggő életminőséget általánosságban mérik, valamint betegség-specifikus-kérdőíveket, melyek figyelembe veszik egy adott kórkép jellemzőit. Ezeknél a kérdőíveknél hangsúlyt kapnak a betegségre jellemző specifikus tünetek és problémák. A generikus kérdőívek a betegcsoportra jellemző specifikus változások mérésére alkalmatlanok, minden kérdés azonos súlyt kap függetlenül annak

szubjektív és klinikai jelentőségétől. Utility mérőeszközöknek hívjuk azokat, melyek végeredménye egy összpontszám és profile-nak azokat, ahol az egyes mért dimenziókat külön jellemzik (Novák és mtsai, 2006). Az általános, vagy generikus életminőséget mérő eszközök közül a legismertebbek: a Betegségteher Index, az SF-36, a Nottingham Health Profile, az EUROQOL, a Sickness Impact Profile, valamint a WHOQOL. A betegség-specifikus kérdőívek egy meghatározott kórképre fókuszálnak, érzékenyen jelzik a változásokat, ugyanakkor nem alkalmasak különböző betegcsoportok összehasonlítására (Novák és mtsai, 2006).

Az életminőség-tesztek alkalmazása lehetővé teszi (Higginson és Carr, 2001):

1. a beteg számára fontos problémák felismerését, a prioritások meghatározását;
2. hatékonyabbá teszi a kommunikációt;
3. alkalmas rejtett problémák feltárására (társuló depresszió jelzése);
4. elősegítheti a beteg részvételével a döntéshozatalokat;
5. alkalmas az állapotváltozások monitorozására;
6. információkat hordoz a minőségbiztosítással kapcsolatos vizsgálatokhoz.

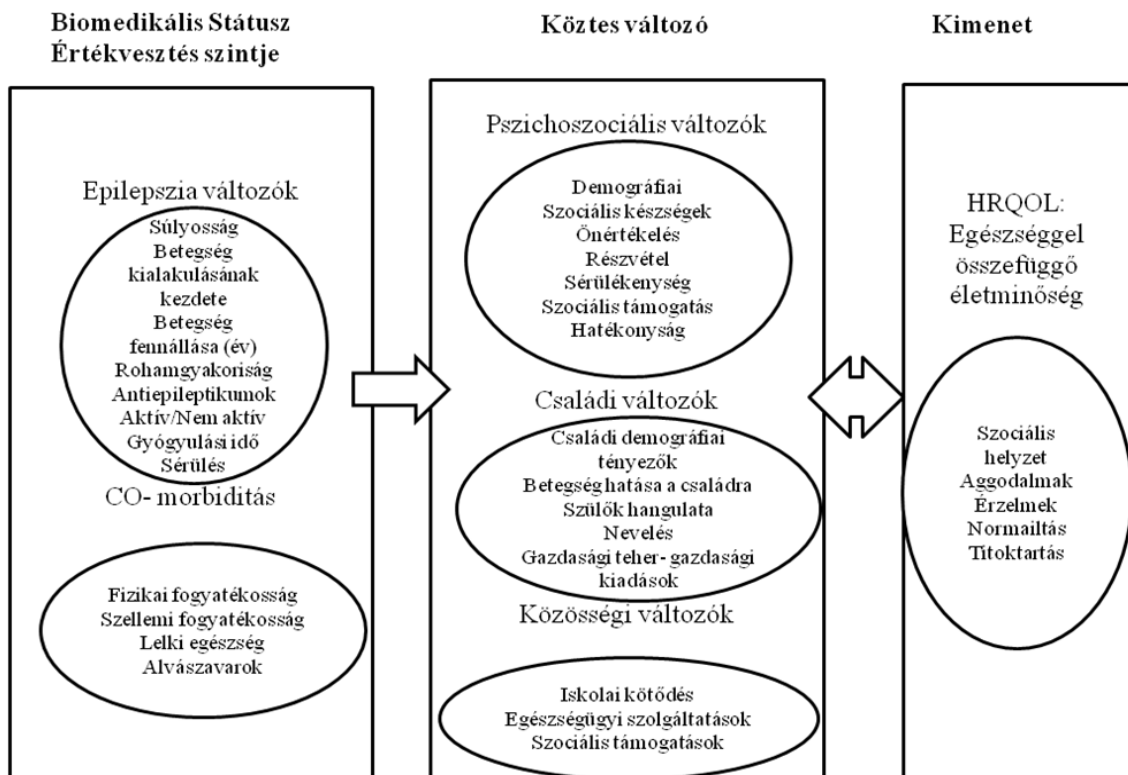
2.1.2. Életminőség vizsgálatok epilepsziás betegek körében

Epilepsziás betegek körében az életminőség vizsgálatok célja nem a specifikus medikális és műtéti beavatkozások hatékonyságának mérése, melyet legtöbbször a betegség-változók fókuszba helyezésével mérnek, mint a rohamtípus, rohamgyakoriság alakulása vagy a neurotoxicitás mértéke a szedett antiepileptikumok függvényében. Az életminőség vizsgálatok célja, hogy felmérje, az egyes betegség jellemzők hogyan befolyásolják az egészségi állapotot, melyek azok a változók, amelyek az egyén szubjektív megítélésében különösen fontos szerepet kapnak az életminőség megítélésében. E vizsgálatok az egészségi állapot feltérképezése mellett a személyes és a környezeti faktorokra is hangsúlyt helyeznek.

Az egészséggel összefüggő életminőség meghatározására is számos definíció született. Jelen munkában az életminőséget Testa és Simonson definíciójához kapcsolódva, úgy határozom meg, mint a beteg részéről egy szubjektív percepcióját az élet számos területének, melyet egy krónikus betegség, jelen esetben az epilepszia betegséggel kapcsolatos egészségi állapot és ennek kezelése befolyásol.

Érdekes elméleti koncepciót alkotottak Ronen és munkatársai (2003) vizsgálatukban, akik gyermekekkel készített interjúk kvalitatív elemzésével, az egészséggel összefüggő életminőség meghatározásában a következő szempontokat emelték ki: interperszonális, szociális következmények, aggodalmak, intraperszonális, érzelmi következmények, a betegség tényének elrejtése, valamint a normalitásra való törekvés (Ronen és mtsai, 2003). E modellben is láthatjuk a társas, interperszonális hatások és változók fontosságának szerepét az életminőség megélésével összefüggésben.

Saját doktori munkámban az életminőség vizsgálata kapcsán alkalmazott elméleti keret Raeburn és Rootman (2007), valamint Lach és munkatársai (2006) elméleti munkáján alapul. Raeburn és Rootman írták le az életminőséget meghatározó személyes és környezeti változók szerepét és foglalták elméleti keretükbe, Lach és munkatársai (2006) elméleti modelljében pedig az interperszonális viszonyok és a szociális környezet fontosságát hangsúlyozták. E két elméleti munka során vázolt modellekre alapozva vizsgálatom elméleti koncepciója a következő elméleti keret alapján fogalmazódott meg (2. ábra).



2. ábra: Az egészséggel összefüggő életminőséget befolyásoló tényezők (Lach és mtsai, 2006)

A modell eredetileg a krónikus betegséggel küzdő gyermekek életminőségét befolyásoló tényezőket mutatja be, melyben jól láthatóan a szerzők elkülönítették a betegség-változókat és a komorbid betegségek változóit, a pszichoszociális változókat, a családi változókat, a közösségi változókat, valamint a betegséggel összefüggő életminőség dimenzióit. E változó csoportok befolyásoló szerepének kifejtésére és vizsgálatára került sor saját kutatásomban is.

2.2. Az epilepsziás betegek életminőségét befolyásoló faktorok

Az epilepszia betegség egy olyan neurológiai betegség, melynél a betegség tünetei relatíve jól menedzselhetők, ugyanakkor önmagában nem kiküszöbölhetők és a betegek életminőségét, mindennapjait, pszichoszociális állapotukat nagymértékben befolyásolhatja (Singh és Trevick, 2016; Taylor és mtsai, 2011). Az epilepsziát befolyásoló faktorok feltárása szükségszerű, hogy a betegség megfelelő módon menedzselhető legyen. Az epilepszia betegséget befolyásoló faktorok köre széles, tartalmazza a szociodemográfiai tényezőket (például: kor, nem, iskolai végzettség) (Buck D és mtsai, 1999; Djibuti és Shakarishvili, 2003; Giovagnoli és mtsai, 2006) az általános egészségi állapotot meghatározó szomatikus és pszichiátriai komorbid zavarok sorát (Cramer és mtsai, 2003; Leidy és mtsai, 1999), valamint azon betegség-változókat, melyek az epilepsziás rohamok súlyosságával, gyakoriságával, a konkrét betegség tüneteivel állnak kapcsolatban, illetve a terápiás változókat is felölelik (AED mellékhatások) (Amir és mtsai, 1999; Guekht és mtsai, 2007; Kwan és mtsai, 2009).

Az epilepsziás betegek körében szignifikánsan nagyobb a pszichoszociális problémák előfordulási gyakorisága, mint a sine morbo kontroll csoportok esetében (Baker, 2002). Az ILAE (International League Against Epilepsy) hangsúlyozza, hogy ezek a pszichoszociális nehézségek leginkább a foglalkoztatási és az interperszonális nehézségeket jelentik (ILAE, 2003). Az epilepsziás betegek pszichoszociális egészségi állapota rosszabb, mint az átlagnépességé. A pszichoszociális vonatkozások átfogó ismerete lényeges szerepet kap az orvosok és a pszichológusok pszichodiagnosztikai, pszichoterápiás és rehabilitációs munkájában.

A pszichológiai stresszhatások feltérképezéséhez Strine és munkatársai (2005) vizsgálatukban 18 év feletti személyeket kérdeztek meg, akik 2002-ben az Egyesült Államokban végzett népegészségügyi felmérésben (National Health Interview Survey,

NHIS) vettek részt. A NHIS kérdéseket tartalmaz neurológiai zavarokkal összefüggésben, így az epilepsziás rohamokra is rákérdez. A kérdések az alvászavarokat, az átélt fájdalmakat, valamint a módosítható egészségügyi kockázatokat és magatartásformákat, mint a dohányzást, a testtömeg indexet, valamint a fizikai aktivitást is érintették. A megkérdezett 30445 személy közül több mint 400 fő, a megkérdezettek 1,4 százaléka, számolt be epilepsziás rohamokról. *Ezek a betegek nagyobb valószínűséggel szenvednek pszichológiai stressztől, beleértve a súlyos mentális betegségeket, fizikailag inaktívabbak, általában nincs munkaviszonyuk valamint nem élnek házasságban, gyakran magányosak* (Strine és mtsai, 2005).

2.2.1. Az epilepsziát befolyásoló szociodemográfiai tényezők

Az életminőség vizsgálatában a szociodemográfiai tényezők szerepe nem egyértelmű, ellentmondásosak az eredmények. A kutatásokban mért szociodemográfiai tényezők köre: az életkor, a nem, az iskolai végzettség, a beteg jogi helyzete, valamint a szociális státusz. Az életkor, mint befolyásoló faktor egyes tanulmányokban az életminőséggel, vagy az életminőséget alkotó faktorokkal kapcsolatot mutat, ahol az idősebb életkor rosszabb életminőséggel társult (Djibuti és Shakarishvili, 2003; Edefonti és mtsai, 2015; May és mtsai, 2015). A nemeket tekintve epilepsziás betegekkel kapcsolatos tanulmányokban a nők életminősége bizonyult jobbnak (Buck és mtsai, 1999; Cramer és mtsai, 2003; Leidy és mtsai, 1999), míg más tanulmányok ezzel ellentétes eredményekre jutottak (Mosaku és mtsai, 2006), és vannak olyan kutatások is, melyek nem mutatták a nemi meghatározottság fontos szerepét (Buck és mtsai, 1999; Cramer és mtsai, 2003; Leidy és mtsai, 1999). Hasonlóképpen az alacsony iskolai végzettségnek egyes tanulmányok alapján van hatása az életminőségre (Giovagnoli és mtsai, 2006; Liou és mtsai, 2005; Ribeiro és mtsai, 1998), míg más tanulmányok ezt nem igazolták (Phabphal és mtsai, 2009; Senol és mtsai, 2007; Tracy és mtsai, 2007). Láthatjuk tehát, hogy számos tényező befolyásolja a betegek életminőségét, de a megbízhatóan befolyásoló faktorok száma kevés, ha a tanulmányokat összevetjük (Taylor és mtsai, 2011). Az egyik lehetséges magyarázata ezeknek a következtetéseknek, hogy az egyes befolyásoló tényezők fontossága kultúra-függő (Singh és Trevick, 2016).

2.2.2. Az epilepsziás betegek problémái az általános egészségi állapottal és a komorbid zavarokkal összefüggésben

Quintas és munkatársai (2012) tanulmányozták az epilepsziás betegek körében előforduló pszichoszociális nehézségeket, az irodalom szisztematikus átvizsgálásával és értékelésével. A szigorú kizárási kritériumok mentén 266 tanulmány került átvizsgálásra, melyek közül 30 került végleges kiválasztásra. Az átnézett tanulmányoknál az átlagos mintaszám 141 volt, 21 és 390 közötti szórással, a nemek aránya kiegyensúlyozott volt. A vizsgált minták átlag életkora 38 év, mely 16 és 69 év közé esett. A legtöbb vizsgálat kvantitativ vizsgálat volt (Quintas és mtsai, 2012). A leggyakoribb pszichoszociális nehézségek és mentális tünetek epilepsziás betegek körében a Quintas által áttekintett tanulmányok függvényében a következők:

1. Depressziós tünetek
2. Memória funkciók zavarai
3. Szorongásos tünetek
4. Stigma észlelése és megtapasztalása
5. A kontrollézés hiánya
6. Életminőség
7. Kognitív funkciók általánosságban
8. Emocionális funkciók általánosságban

2.2.2.1. Depressziós tünetek megjelenése epilepsziás betegek körében

Epilepsziások és PNES betegek életminőségének vizsgálatakor gyakrabban fordul elő komorbid pszichiátriai zavar, mint a sine morbo kontroll csoportok esetében (Goldstein és mtsai, 2005; Stone és mtsai, 2004; Elliot és Chariton, 2014). A depresszió a leggyakoribb pszichiátriai komorbiditás epilepszia előfordulása esetén (Kanner és mtsai, 2012). A népesség-alapú tanulmányok adatai szerint, minden harmadik epilepsziás beteg depressziós. Hosszú ideig a depressziót a rohamjelenségből adódó mögöttes komplikációként tartották számon, az elmúlt évtized kutatásainak függvényében azonban elmondható, hogy a komorbiditás az epilepszia és a depresszió között közös neurobiológiai patogén mechanizmusokra vezethető vissza. A depresszió diagnosztizálása nehéz, mert atipusos és epizódikusan jelentkező. Hennig és Nakken (2011) tanulmányában hangsúlyozza, hogy a depresszió hátterében álló okok -

megítélésük szerint - neurobiológiai, pszichoszociális és iatrogén természetűek egyaránt lehetnek. A depressziós tünetek időnként a rohamokhoz kapcsolódóan jelentkezhetnek, iktális, periiktális rohamok formájában, és gyakrabban jelennek meg a rohamok között eltelt időszakban úgynevezett interiktális depresszióként. A rohamtípusokat tekintve a depresszió előfordulása leggyakoribb a temporolimbikus epilepszia esetén, különösen, ha az epilepsziás góc fókusza a bal hemiszfériumot érinti (Hennig és Nakken, 2011). A leggyakrabban megjelenő komorbid depresszió epilepsziás betegek esetében atípusos. Néhány kutató a depresszió egy speciális formájaként nevezi meg Interiktális Diszfóriás Zavarnak (IDD) (Kanner és mtsai, 2012). Az epilepszia betegség során megjelenő depresszív és szorongásos tünetek kapcsán vizsgálendő tényező az antiepileptikumok farmakológiai hatásának kutatása is. Gomez-Arias és munkatársai (2012) kutatásaiban a LAEP (Liverpool Adverse Events Profile) és a HADS (Hamilton Anxiety and Depression Scale) szorongást és depressziót mérő skáláit alkalmazva, 130 vizsgált beteg eredményeiben, pozitív korreláció mutatkozott a vizsgált tényezők között. A leggyakoribb negatív mellékhatás volt az álmoság (81,5%), a koncentrációs nehézségek (76%) és az idegesség/agitáltság (75%) valamint a memóriával kapcsolatos problémák (74%). A LAEP skálán magasabb toxicitás pontszámot hoztak a nők ($p=0,034$) míg szignifikáns eltérés a HADS alapján sem a depressziót, sem a szorongást tekintve nem mutatkozott. Magasabb toxicitás pontszámot értek el azon betegek, akiknél gyermekkorban előfordultak lázas rohamok, vagy akiknél tartósan fennálltak rohamok, és a gyógyszeres kezelésükben politerápiát alkalmaztak (Gomez-Arias és mtsai, 2012).

A depresszió és epilepszia összefüggéseit tanulmányozták elektrofiziológiai, biokémiai és képalkotó eljárásokkal is. Ezekben a vizsgálatokban összefüggés mutatkozott a depresszió és a fronto - temporális diszfunkció, a frontális lebeny és az amygdala diszfunkció között (Schmitz, 2004). Antidepresszáns (SSRI vagy SNRI típusú) és placebo-kontroll vizsgálatokban a kísérleti csoportnál 50%-kal csökkentek az előforduló rohamok. Ez az eredmény a szerotonerg mechanizmusok szerepét hangsúlyozza a komorbiditás hátterében. Az anamnézisben előforduló depresszió fokozott kockázatot jelent a rohamok kialakulásában, mely depressziós betegek esetén alacsonyabb görcsküszöböt eredményezhet a szerotonerg diszfunkció miatt. A major depresszió 1,9-3,1-szeresére növeli az epilepszia előfordulásának kockázatát (Kanner és mtsai, 2012).

A depressziós tüneteknél szükséges az AED (antiepileptikumok) által okozott mellékhatások elkülönítése, mint például a fáradtság, az alvászavar, a súlygyarapodás, és a memória problémák. Az epilepszia és depresszió komorbiditást vizsgáló kutatásoknál figyelembe kell venni a pszichogén, nem epilepsziás rohamok PNES (psychogenic non-epileptic seizures) előfordulásának valószínűségét, mely 11-16% között mozog terápiareszistens epilepsziás betegek körében (Turner és mtsai, 2011). Turner (2011) vizsgálta a pszichiátriai zavarok komorbiditását és a neuropszichológiai funkciókat epilepsziás betegek és PNES betegek körében, video-EEG monitorozást is alkalmazva. A PNES betegek mindegyikénél pszichiátriai zavarokat diagnosztizáltak, míg ez az arány 52% volt az epilepsziások körében. (Turner és mtsai, 2011).

Epilepsziás betegek körében a depresszió és a szorongás a fizikai kondíciókra is befolyással van (Clarke és Currie, 2009; Wilhelm és mtsai, 2003). A szociális faktorok közül az iskolázottságnak és a munkavállalásnak jelentős szerepe van a szorongás és a depresszió átélésének csökkentésében. Egy szisztematikus meta-analízis, mely 9 tanulmány eredményeit fogta össze, úgy találta, hogy egy közel 30000-es minta 23,1%-a bizonyult depressziósnak (Fiest és mtsai, 2013). Egy másik vizsgálat szerint az epilepsziás betegek körében a szorongás előfordulása 19% volt (Beyenberg és mtsai, 2005). A legtöbb kutatási eredmény kórházi mintákból származik, ami egészen 50%-ig is emelkedhet, míg a populáció-alapú vizsgálatokban a komorbid zavarok előfordulási aránya 20-30% (Jackson és Turkington, 2005). Egy ausztrál kutatásban úgy találták, hogy a depresszió mértéke csökkenthető volt az epilepsziás rohamok kontrollálásával, a szorongás pedig leginkább a stigma negatív pszichoszociális vonatkozásainak csökkentésével. A stigmatizáltság mértéke pedig szorosan összefügg a munkavállalás lehetőségével (Peterson és mtsai, 2014).

Gandy (2013) és munkatársai kutatásában a pszichoszociális faktorok, az epilepszia és a depresszió összefüggéseit tanulmányozta a kialakuló öngyilkossági rizikó szempontjából. A kutatók a pszichoszociális faktorok közül vizsgálták a betegség reprezentációt, a megküzdési stílusokat, az én-hatékonyságot 123 epilepsziás beteg körében. A többváltozós regresszió analízis eredményei szerint a munkanélküliség volt szignifikáns előrejelző tényezője az öngyilkossági kísérletnek. Ezen kívül az ún. „elkerülő-menekülő” stresszkezelési, megküzdési stratégiának volt kiemelkedő szerepe (Gandy és mtsai, 2013). Kwon és Park (2013) vizsgálták a hangulati zavarok közül a

szorongás, a depresszió előfordulási gyakoriságát, valamint a stigmatizáltság, az öngyilkossági gondolatok és az életminőség megélésének összefüggéseit. Kutatásaik eredményei szerint 568 beteg 30,5%-a szenvedett hangulati zavarokban, a betegek 27,8%-a depresszióban és 15,3%-a szorongásos zavarokban, ami szignifikánsan magasabb volt az egészséges kontrollcsoporthoz képest. A hangulati zavarral küzdő betegek körében magasabb volt a stigmatizáltságtól való félelem, valamint az öngyilkossági gondolatok előfordulási gyakorisága. Az epilepszia és az affektív zavarok együttes jelenléte befolyásolta legerősebben az életminőség szubjektív megélését, valamint a pszichoszociális nehézségek és az affektív zavarok előfordulására szignifikáns hatással van a rohamkontroll megléte is (Kwon és Park, 2013).

2.2.2.2. A stressz hatása és szerepe az epilepsziára és a komorbid pszichiátriai zavarokra

A rohamok fiziológiailag és pszichológiailag is stresszkeltő események, különösen remittáló rohamok esetében, melyek krónikus stresszé válhatnak az egyén életében. A rohamepizódok változó ingerek hatására jöhetnek létre, és ebben a kérdésben a stressz gyakori és következetes kiváltó tényező.

A stressz előfordulása az élet korai szakaszában, akár a prenatális, akár a postnatális periódusban hajlamosít különböző pszichopatológiákra (Jones és O'Brien, 2013). A korai stressz hatások modellezésére használják az ismételt anyai leválasztás modelljét. Az anyától való elválasztódás számos endokrinológiai zavart eredményez viselkedészavarokkal és pszichiátriai rendellenességekkel egyetemben. Ez különösen fontos lehet szerzett epilepsziák esetében, hiszen számos agyi struktúra is érintett a stressz hatások által (hippokampusz és amygdala). A korai stressz hatások tartós sérülést okoznak az epileptogenezisben, meghatározott sejtcsoportokban. Az epileptogenezis kialakulásában a talamocortikális idegi összeköttetéseknek van meghatározó szerepe. Kutatók próbálták meghatározni, hogy az amygdala korai stressz hatásra kialakuló tüzelési mintázata hogyan változtatja meg a hippokampusz, a talamikus és a kérgi neuronok tüzelési mintázatát. Ali I. és munkatársai (2013) kutatásaikban azt találták, hogy a talamocortikális és hippokampális régiókban a tüzelési minták megváltoznak. A korai stressz-hatásoknak kitett patkányoknál a fokozott tüzelési sebezhetőség mögött sejtváltozások állnak (Ali és mtsai, 2013).

A felnőttkori stressz hatását a pszichiátriai zavarok kialakulására számos modell vizsgálta, mind az akut, mind a krónikus stressz hatások vonatkozásában, valamint a fizikai és az emocionális stressz hatások tekintetében. Az akut stressz hatások a HPA (hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg) tengely aktivizálásához, a hormonális aktivitás indukálásához vezetnek. A krónikus stressz a HPA tengely megváltozott aktivitásához vezet, ami idővel módosítja a neuronális szerkezetet, a szinaptikus transzmissziót és elemeket, a feed-back mechanizmusokat, melynek hatása lehet az epilepszia kialakulására (Jones és O'Brien, 2013). A HPA tengely - elsődleges végterméke - a glükokortikoidok szintjének megemelkedése krónikus, hosszan tartó stressz hatások esetén jelentkezik, ami depresszióval is jól megfigyelhető. Maguira és Salpekar (2013) szerint a glükokortikoid receptorok fókuszba helyezése a kezelésben vegyes eredményeket hozott, ugyanakkor a HPA-tengely fontosságát továbbra is megerősíti (Maguira és Salpekar, 2013). Egyéb stressz mediátorok emelkedése is fokozhatja az epilepsziás rohamokra való érzékenységet, például a corticotrophin-release hormon rohamokat indukálhat, ha nagy dózisban fecskendezik be intraventrikulárisan patkányok agyába, mely megnöveli a tüzelési gyakoriságot. Egy másik vizsgálatban a krónikus stressz hatását vizsgálták a tüzelési gyakoriságra, úgy hogy ismételt szociális konfliktusokat generáltak az állatok körében. A kutatók úgy találták, hogy a szociális konfliktusokban kivívott ismételt győzelmi helyzetek késleltetik, lassítják a tüzelés progresszióját (Jones és O'Brien, 2013).

A stressz hatást vizsgáló állatkísérletek megerősítik, hogy a pszichiátriai tünetek önmagukban a krónikus epilepszia meglétével és kezelésével összefüggésbe hozható pszichoszociális hatásokkal nem magyarázhatók. Figyelemre méltó ebben a kérdésben a monoamin neurotransmitter rendszer, mely alapján a noradrenalin, a szerotonin, és a dopamin összefüggésben áll a viselkedészavarokkal, éppúgy, ahogy implikálhatja az epilepsziát is. E neurotransmitter rendszer feltételezhető a közös patogén mechanizmust. Farmakológiailag cél ezen neurotransmitter deficitek kiküszöbölése, amely lehetővé tenné az epilepszia betegség részét képező pszichiátriai zavarok kezelését is (Jones és O'Brien, 2013).

Ugyanakkor a stressz hatását vizsgálva nem elhanyagolható a pszichoszociális változók köre sem. Gandy és munkatársai (2011) szisztematikus irodalmi feldolgozása során úgy találta, hogy az epilepsziát kísérő komorbid betegségek kialakulásában a

pszichoszociális faktorok közül meghatározó a stressz jelenléte, az én-hatékonyság mértéke, a megküzdési stratégiák, az észlelt társas támogatás. Ugyanakkor az attribúciós-elmélet és a megbélyegzés szerepe, valamint a betegség reprezentációk fontossága nem igazolódott. Így kutatási eredményeik fényében javasolják a terápiás terveket a meghatározó pszichoszociális faktorok segítségével kialakítani (Gandy és mtsai, 2011).

2.2.2.3. Szorongásos tünetek epilepsziás betegek körében

Az epilepsziához társuló pszichiátriai zavarok közül leggyakoribb a depresszió, ugyanakkor emellett a szorongásos zavarok is jelentősek. Kutatások igazolták, hogy az epilepszia *sebészeti beavatkozások a roham-kontroll helyreállításával párhuzamosan szorongást csökkentő hatásúak*. A másik meghatározó elem *a rohamkontroll kialakításában az antiepileptikumok alkalmazása*. A különböző rohamtípusok összehasonlítására is sor került már az okozott szorongásszinttel összefüggésben, és megállapítást nyert, hogy *az idiopathiás epilepszia alacsonyabb szorongásszinttel jár együtt, mint amit a többi rohamtípusnál tapasztaltak* (Allain, 2007 id: Quintas és mtsai, 2012). Tang és munkatársai (2012) kutatásaiban szignifikánsan több szorongásos tünetet tapasztalt frontális lebeny epilepsziások körében szemben a generalizált epilepsziákkal. A generalizált epilepsziások között gyakoribb volt az idiopáthiás eredetű betegség. E betegek körében kevesebb volt a rohamszám, és kevesebb antiepileptikumot szedtek. Egy másik kutatásban is a szorongásos tünetek előfordulása szignifikánsan gyakoribb volt a frontális lebeny epilepsziásoknál (Lu és mtsai, 2012).

Hasonló eredményekről számolnak be Nenadovic és munkatársai (2011), akik vizsgálatukban temporális lebeny epilepsziásokat, extratemporális epilepsziásokat vizsgáltak BAI (Beck Anxiety Inventory) szorongásos tüneteket mérő eszközzel. A temporális és extratemporális betegcsoport szignifikánsan magasabb pontszámokat hozott a szorongás-skálán, mint a generalizált epilepsziások csoportja (Nenadovic és mtsai, 2011). A szorongásos kórképek prevalenciája 25% körül mozog, míg a hangulati zavaroké 19% az epilepsziás betegek körében. A szorongásos tünetek hozzájárulnak az egészséggel összefüggő életminőség csökkenéséhez (HRQOL). Johnson és munkatársai (2004) vizsgálatukban megállapították, hogy a pszichiátriai komorbiditás a HRQOL romlásában nagyobb varianciát magyaráz, mint a klinikai rohamváltozók csoportjai és a

demográfiai változók sora. Az önkítöltéses pszichológiai skálák alapján epilepsziában gyakori a megnövekedett szorongásszint, a pánik-attackok megjelenése, a főbiák előfordulása, a generalizált szorongás, valamint az obszesszív-kompulzív zavarok előfordulása. A generalizált szorongások megjelenése magyarázható, a betegség előrehaladásától való félelemmel, a jövőbeli rohamoktól való és a specifikus komplikációktól való félelemmel (Beyenberg és mtsai, 2005). Az epilepsziás betegeknél előforduló pánik-rohamoktól az ún. „iktális-rohamok”-at el kell különíteni. Az „iktális félelem” amygdaláris eredetű tünet, amely nagyon erős, irracionális szorongás. Az iktális félelem a roham bevezető tünete is lehet. A főbiák közül leggyakoribbak a rohamok következtében kialakuló balesetektől való félelem, különösen az utcai közlekedésben. E főbiák intenzív megjelenése agorafóbiához vezethet. Jellemző a szorongás a különböző szociális, kínos helyzetektől, ami szociális fóbiát hozhat létre. Az OCD (Obszesszív-kompulzív) tüneteket vizsgálva önkítöltéses helyzetben TLE betegek 22%-a számol be OCD tünetekről, mely csak 2,5%-ot ér el az egészséges kontroll csoportban (Beyenburg és mtsai, 2005). A vizsgálat eredményei alapján a TLE betegeknél gyakoribbak a kompulzív tünetek, mint például az ellenőrzés, a mosogatás, a felhalmozás kínzó gondolatok nélkül. Az obszesszív gondolatok az epilepsziás aura tünetei lehetnek TLE betegeknél (Isaacs és mtsai, 2004). A kutatások alapján elmondható, hogy a fokális epilepsziák (különösen TLE) esetében nagyobb a szorongásos kórképek előfordulása, mint a generalizált epilepsziás betegek körében (Beyenburg és mtsai, 2005). A legmagasabb pszichiátriai komorbiditást és szorongást találjuk a krónikusan, folyamatosan ellenálló rohamozást produkáló betegek között, ezen esetekben a pszichiátriai változók erős előjelei a szegényes HRQOL-nak. A szorongást és depressziót okozó egyik legkritikusabb, meghatározó faktor az észlelt stigma mértéke (Beyenburg és mtsai, 2005). Vicentic és munkatársai (2013) kutatásaiban 30 epilepsziás beteg összehasonlító vizsgálata zajlott egészséges kontroll csoporttal. Eredményeik szerint az extratemporális betegek funkcionális fogyatékosága volt a legerősebb (a Sheenan-skála¹ és a BAI² alkalmazásával mérve), míg a generalizált epilepsziásoké volt a legkevésbé meghatározó. A szorongás és a funkcionális fogyatékoság között szignifikáns kapcsolat mutatkozott (Vicentic és mtsai, 2013).

¹ Sheehan Disability Scale (SDS): a funkcionális károsodást mérő önkítöltős skála, mely a munka, a szociális élet és a családi kapcsolatok területein belül vizsgál

² BAI: Beck Anxiety Inventory: Beck féle szorongás skála

Közös patogén folyamatokat feltételez a szakirodalom a szorongás neurobiológiai mechanizmusait vizsgálva epilepsziás betegek körében éppúgy, mint a depressziós betegeknél. Az epilepsziás aktivitás az agy meghatározott területein közvetlenül okozhat paroxizmális szorongást, leginkább pánik formájában (Kalynchuk, 2000; Trimble és Van Elst, 2003). Az agyi struktúrák közül az amygdala központi szerepe kiemelkedő a szorongás generálásában (Kalynchuk, 2000; Trimble és Van Elst, 2003). A klinikai differenciál diagnózisban fontos elkülöníteni az epilepsziás rohamhoz köthető iktális, postiktális és interiktális szorongásos zavarokat a komorbid szorongásos zavaroktól. Az iktális szorongás lehet egy izolált aura élmény vagy egy SPR által okozott félelem és pánik érzés, különösen TLE betegek esetében, az amygdala bevonódásával. A posztiktális szorongás kapcsolódik a rohamokat követő zavarodott állapothoz, melyben csökkent az orientáció, és a tudat visszatérése zajlik. Az interiktális szorongás indirekt módon kapcsolódik az epilepszia betegséghez (roham fóbia, az AED gyógyszerelés mellékhatásai, alkalmazkodási reakció vagy az epilepszia műtét következménye). Az epilepszia műtétre váró betegek körében a szorongás megjelenése 10-30% körüli. Amennyiben a műtét sikeres, hosszútávon a szorongás csökken. A posztoperatív rizikófaktorok közé tartozik a roham perzisztenciája, a műtétet megelőzően is létező pszichiátriai panaszok, valamint az újonnan megjelenő memóriadeficit (Beyenburg és mtsai, 2005).

Dimaro és munkatársai (2015) epilepsziás betegek és PNES betegek vizsgálatában úgy találták, hogy a szorongás összefüggésbe hozható az explicit önértékeléssel, ahol a nagyobb szorongás alacsonyabb önértékeléssel járt együtt, különösen az explicit önértékelés esetében.

2.2.2.4. Epilepszia és az alvászavarok

Kataria és Vaughn (2016) új tanulmányukban összefoglalták, hogy az epilepszia betegség töredezté teszi az alvást és megváltoztatja az alvás szerkezetét. De az alvászavarok előfordulása is fokozhatja bizonyos rohamformák megjelenését. A NON-REM alvásfázis elősegíti az interictális aktivitást, míg a REM fázis gátolja azt. Valamint egyes alvászavarok, mint az obstruktív alvási apnoe a visszatérő rohamok előfordulását fokozza, így az alvászavar kezelése és kontrollja hatással lehet az epilepszia alakulására is (Kataria és Vaughn, 2016).

Ezen eredményeket támasztják alá Im és munkatársai (2016), akik 180 epilepsziás és 2836 egészséges személyt vizsgáltak meg pszichoszociális skálák segítségével (pl. Epworth Sleepiness Scale, Goldberg Anxiety Scale, Patient Health Questionnaire-9 depresszió-skála). A többváltozós logisztikus regresszióanalízis eredményeképpen elmondható, hogy az alvászavarok szignifikánsan gyakrabban fordultak elő a kontroll csoporthoz képest. Az epilepszia betegség összefüggésben áll a rossz alvásminőséggel, a nappali álmosággal, és az inszomniával. Az alvászavarok kialakulása összefüggésben áll a depresszióval, a szorongással és az észlelt alvás elégtelenséggel. Az epilepsziás rohamok remissziója, pedig csökkentette az inszomnia előfordulási gyakoriságát. E vizsgálati eredmények tükrében elmondható, hogy az alvászavarok vizsgálata szükséges az intervenciókkal összefüggésben epilepsziás betegek körében (Im és mtsai, 2016).

Macedo és munkatársai (2017) legfrissebb kutatási eredményeikkel megerősítik a korábbi tanulmányokban publikáltakat, miszerint epilepsziás betegek esetében az alvászavarok és az inszomnia tüneteinek gyakoribb előfordulásáról beszélhetünk egészséges, kontroll csoportokkal összehasonlítva. Az inszomniának meghatározó szerepe van az életminőségre és a társuló depresszió alakulására, de változatosak az eredmények a női nemmel, a nem megfelelő rohamkontrollal és az antiepileptikum terápiák milyenségével összefüggésben. Az elvégzett kutatások változó módszertanára hivatkozva a szerző és munkatársai további vizsgálatokat javasolnak a témában.

2.2.3. A betegség-és terápiás változók hatása az életminőség alakulására

Epilepsziás betegek életminőség vizsgálatában a betegség-változók felölelik a rohamokkal kapcsolatos speciális tényezőket, így a rohamgyakoriságot, a rohamtípust, rohamsúlyosságot, a betegség kialakulásának kezdetét (életkor), fennállását (évek), valamint ehhez kapcsolódóan a terápiás változók a kezeléssel összefüggésben álló tényezők, melyek a használt antiepileptikumok köre, a terápia monoterápiás vagy politerápiás jellege, és a gyógyszerek mellékhatásai.

A kutatások a vizsgált betegség-változókkal összefüggésben nem hoznak konzisztens eredményeket. A legfontosabb vizsgált változók általában a roham etiológiája, gyakorisága, típusa, a roham megjelenésekor a beteg életkora, valamint az egyéb neurológiai zavarok.

Egy spanyol kutatásban (Falip és mtsai, 2007) a roham-változók és a pszichoszociális funkcionálás vonatkozásában úgy találták, hogy a pszichoszociális funkcionálás korlátozottságát leginkább a korai roham megjelenés és rohamgyakoriság határozta meg. A rohamgyakoriság összefüggést mutatott az alacsony iskolai képzettséggel, úgy, hogy a tünetek korai megjelenése és az epilepszia betegség észlelése meghatározó tényezője az iskolai teljesítményeknek. Ez a faktor a betegség szubjektív megélésével kapcsolatos tényezők fontosságára helyezi a hangsúlyt, mint például a gyerekkori stigmatizáltságra (Falip és mtsai, 2007).

Leidy és munkatársai (1999) három csoportban hasonlította össze epilepsziás betegek pszichoszociális egészség állapotát. Az első csoport rohammentes volt, a második csoport 1-5 rohamról számolt be, a harmadik csoport pedig 6-nál több roham előfordulásáról az elmúlt hónapban. A vizsgálatban alkalmazott mérőeszköz az SF-36 volt. Minél gyakoribb volt a rohamok előfordulása, annál rosszabb volt a pszichoszociális egészségi állapot. A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy a rohamgyakoriság akár jelentéktelennek tűnő csökkenése képes pozitív hatást kiváltani a pszichoszociális funkcionálás terén (Leidy és mtsai, 1999). Egy kutatásban (McLaughlin és mtsai, 2008), ahol idősebb epilepsziás betegeket vizsgáltak, megállapítást nyert, hogy a stigmatizáltság és a rohamgyakoriság 54 %-ban prediktora az egészséggel összefüggő életminőségnek (McLaughlin és mtsai, 2008).

A pszichoszociális egészségi állapotot jelentősen befolyásolja a rohamok között eltelt időszak. Jacoby az Egyesült Királyságban 607 remisszióban lévő betegnél vizsgálta meg a pszichoszociális egészségi állapot milyenségét a Nottingham Health Profile segítségével. Azon betegeknél, akik 2 éve rohammentesek voltak az NHP pontok értéke szignifikáns eltérést nem mutatott a kontroll csoporthoz képest (Jacoby és Thapar, 2009). Az epilepsziások életminőségének alakulásában számos negatív hatással kell számolnia a betegeknek. A remittáló rohamok jelentik a lehetséges legerősebb hatást a pszichoszociális egészségi állapotra. Egy 2015-ös kutatásban műtéten átesett betegek körében vizsgálták a roham-változók és a pszichoszociális változók alakulását. A betegek közül 32 % számolt be roham-mentességről, és 75 % kedvezőbb kimenetről, mint amilyen a műtét előtti állapotuk volt. A pszichoszociális változókat tekintve, a vizsgálati személyek közül szignifikánsan többen vezettek autót a műtét után (51% vs. 35%, $p < 0,001$), többen használtak antidepresszánt (erősebb volt az elköteleződés a

gyógyszeres terápia mellett) (30% vs. 22% $p=0,013$), és szignifikánsan kevesebb személy dolgozott teljes munkaidőben (23% vs. 42%, $p<0,001$), mint a műtét előtt (Wasade és mtsai, 2015), Spencer (2007) a Qolie-89 mérőeszköz segítségével értékelte a pszichoszociális egészség alakulását 5 éven át, műtéten átesett betegek körében. Tapasztalatai alapján a posztoperatív időszakban minden csoportnál javulás mutatkozott. Ugyanakkor, ha a betegnél a rohamok megmaradtak, akkor a műtét előtti szintet is elérhette a pszichoszociális egészség állapot romlása a felmérések szerint (Spencer mtsai, 2007).

Mikati (2006) és Spencer (2007) kutatási eredményeihez hasonlóan Elsharkawy és munkatársai (2009) vizsgálatukban úgy találták, hogy az egészségi állapottal összefüggő életminőséget leginkább meghatározó tényező a rohammentesség időtartama, vagyis az utolsó rohamot követő első két évben tapasztalható jelentős életminőség javulás. A legjobb életminőségről beszámoló betegeknél a következő faktoroknak volt kiemelt szerepe: a vizsgálati személy kapcsolatban él-e, vezethet-e autót, szükséges-e pszichiátriai kezelés, vannak-e a gyógyszeresedésnek mellékhatásai. A megfelelő kognitív funkcionálás feltétele is a rohammentesség és a normalizált életvitel. Az antiepileptikumok jelenléte és a mellékhatások erőssége egy fontos életminőséget meghatározó faktor a betegek egészénél és a legjobb kimenetelű egészségi állapotot produkáló betegcsoportnál is (Elsharkawy és mtsai, 2009).

A betegség-változók közül vizsgált tényező az életminőség alakulása szempontjából az epilepszia kialakulásának időszaka. A betegség korai kezdete rosszabb életminőséget, fokozott viselkedési nehézségeket mutatott, kapcsolatban állt a pszichiátriai zavarok megjelenésével, az alacsonyabb mértékű szociális aktivitással és interakciókkal, az alacsonyabb szintű kognitív teljesítménnyel, valamint e betegek körében kevesebb volt a házasságok száma is. A rohamok későbbi megjelenése viszont kapcsolatban állt a depresszióval és a stigmatizációval (Lach és mtsai, 2006).

„A rohamtípusok elemzése során Smith (1991) a komplex és a simplex parciális rohamok összehasonlításakor talált különbségeket, valamint Baker (2002) rosszabb pszichoszociális egészségi állapotról számolt be ott, ahol több rohamtípus együttes előfordulásáról beszélhetünk. Ezzel szemben Jacoby (1996), Boylan (2004), és Senol és munkatársai (2007) nem találtak szignifikáns összefüggést a generalizált és parciális rohamok összehasonlításakor.” (Jacoby és Thapar, 2009, S44) Egy 2012-es orosz

életminőség vizsgálat (Melykian és mtsai, 2012) ezt megerősítve nem talált szignifikáns eltérést az életminőség megítélésében, sem a rohamtípusok, sem az epilepszia lateralizáltsága alapján (Melykian és mtsai, 2012). Ugyanakkor Pompili és munkatársai 2014-es vizsgálatában szignifikáns eltérést tapasztalt az életminőség „szerep korlátozottságot” és „emocionalitást” mérő skáláiban a generalizált epilepsziás rohammal élő betegek körében, mely rosszabbnak bizonyult szemben a többi rohamtípussal. A generalizált epilepsziások 21,7 százaléka mutatott magas rizikót az öngyilkosság tekintetében (Pompili és mtsai, 2014).

Hosszútávon a műtéti beavatkozásokat követően a rohamkontroll és a depresszió mértéke összefüggésben van egymással. Hamid és munkatársai (2011) 373 fő bevonásával végeztek vizsgálatokat. Szignifikáns eltérések mutatkoztak a jó rohamkontrollal rendelkezők valamint az alacsonyabb szintű rohamkontrollal rendelkezők között a BDI (Beck Depression Inventory) pontszámokat illetően (Hamid és mtsai, 2011). Pauli és munkatársai (2012) Kutatásukban az életminőséget 36%-ban az epilepszia betegség megjelenésének ideje (életkor), a betegség fennállásának ideje, a rohamgyakoriság, és a személyiségzavarok jelenléte valamint a családi anamnézisben fellelhető rizikótényezők határozták meg. A Qolie-31 alskálái közül az emocionális jólét ($R=0,61$) alakulása, valamint az általános energetizáltság ($R=0,65$) volt a legmeghatározóbb az életminőség alakulásának tekintetében (Pauli és mtsai, 2012). Tedrus és munkatársai (2013) kutatásaiban a Qolie-31 pontszámait leginkább meghatározó prediktorok a pszichiátriai komorbiditás és a roham gyakoriság volt. A depresszió a betegek közül 20,5 %-nál jelentkezett. A nők szignifikánsan alacsonyabb pontszámokat mutattak a Qolie-31 legtöbb alskálájában ($p < 0,05$). A neurológiai abnormalitás és az antiepileptikumok politerápiás alkalmazása negatív hatással volt a kognitív funkciókra és a szociális funkciókra, de nem volt szignifikánsan meghatározó az összpontszámot tekintve (Tedrus és mtsai, 2013).

A betegség-változókkal összefüggésben meghatározó szerepe van a szedett antiepileptikumok mellékhatásainak is, melyek negatívan befolyásolják az életminőség alakulását, pontosabban a memória és a nyelvi teljesítményekkel inverz kapcsolatot mutatnak, függetlenül a kortól, a nemtől, az epilepszia megjelenésének életkori adatától, a rohamsúlyosságtól, vagy az IQ-tól (Sabaz és mtsai, 2001). A politerápia alkalmazása több mentális problémával, kevesebb szabadidős elfoglaltsággal, fokozottabb gyógyszer

mellékhatásokkal, alacsonyabb szintű elköteleződéssel, és rosszabb egészségi állapottal járt együtt (Pirio és mtsai, 2004).

2.2.4. Az epilepsziások életminőségét befolyásoló szubjektív betegségezéslelés valamint a megküzdési stratégiák szerepe

Az epilepszia betegségnek számos fizikai és pszichoszociális következménye van, mely leginkább a betegséghez társuló komorbid zavarok által meghatározott. A betegségezéslelés szubjektív szerepének fontosságát hangsúlyozottan vizsgálták a kutatók a PNES kapcsán (Whitehead és mtsai, 2013). Epilepsziás betegek szubjektív betegségezéslelésének vizsgálatára legutóbb kínai betegek körében került sor (Ji és mtsai, 2016). Az epilepszia betegség emocionális stresszel jár, a betegségezéslelés a diagnózis függvényében változhat. A szubjektív betegségezéslelés hatással van a gyógyulásra, a fogyatékoság és akadályoztatottság átélésére, valamint a terápiás helyzet iránti elköteleződésre. A betegségezéslelést befolyásolja az egyes betegségekkel kapcsolatos hiedelmek és a test működésével kapcsolatos ismeretekről való tudás. A terápiás célokat tekintve meghatározó szerep jut a szubjektív betegségezéslelés feltérképezésének. A neurológiai megbetegedésekben és az epilepszia kezelésében is releváns kérdés a betegségezéslelés szubjektív alakulása, mert jelentős meghatározója az egészséggel kapcsolatos életminőség alakulásának (Whitehead és mtsai, 2015; Goldstein és mtsai, 2005). A személy szubjektív betegségezéslelése az egészségügyi tapasztalatainak függvényében vagy a környezetében lévő epilepsziás betegekkel való személyes kapcsolatokról táplálkozik.

A betegségekkel kapcsolatos hiedelmek a betegség prognózisát, annak időbeli alakulását is befolyásolják. A betegségcímkére azért is van szükség, mert lehetővé teszi a betegség-menedzselés folyamatában a betegség ellenőrzését és irányítását. Az olyan hiedelmek, melyek a gyógyíthatatlanságról vagy a szomatikus okokról szólnak, rosszabb prognózist okozhatnak, mint a társuló komorbid zavarok, vagy önmagában a fiziológiai állapot alakulása (Whitehead és mtsai, 2015). Epilepsziás betegeknél számos tanulmány bizonyította, hogy a társuló szorongást, valamint a megküzdés mértékét jobban meghatározza a szubjektív betegségezéslelés, mint maguk a betegség-változók (Jones és mtsai, 2006). Mirnics és munkatársai (2001) útanalízis alkalmazásával úgy találták, hogy 3 lehetséges látens faktor áll a mért hangulati változók és az emocionális

alkalmazkodás hátterében epilepsziás betegek csoportjánál. A három látens faktor egyike a társas támogatás, szociabilitás, mely az interperszonális alkalmazkodást befolyásolja. A második látens faktor az emocionális jól-lét (well-being), mely a társuló szorongással, depresszióval és emocionális alkalmazkodással mutatott szoros kapcsolatot. A harmadik látens faktor pedig a családi légkör, családi milió, mely a családi háttér alakulását befolyásolja. A vizsgált megküzdési stratégiák közül a vágyteljesítő fantáziák megküzdési stratégiának, valamint a kognitív/aktív megküzdési stratégiáknak volt ellentétes hatása az alkalmazkodásra. A maladaptív stratégiák alkalmazásának a hiánya kevesebb emocionális problémával és jobb interperszonális alkalmazkodással járt együtt, valamint a kognitív/aktív megküzdési stratégiáknak meghatározó szerep jutott a munka világához való alkalmazkodásban, de a rohamokhoz való alkalmazkodásban is. A kutatók eredményei alapján elmondható, hogy a megküzdési stratégiáknak moderátor szerepük van a betegek emocionális alkalmazkodásában (Mirnic és mtsai, 2001).

Az IPQ teszt által mért szubjektív betegségészlelés Leventhal és munkatársai (1997) által kialakított önszabályozó modellen alapul, mely hangsúlyozza, hogy a betegek hiedelem-rendszere, mentális reprezentációi a betegséggel összefüggésben befolyásolják a hozzáállásukat betegségükhöz és kezelésükhöz. A betegségről vallott nézetek kialakítják a megküzdési stílust, befolyásolják a beteg érzelmi állapotát, a társuló szorongás és depresszió mértékét, hatással van a beteg szociális életére, életminőségének alakulásra és a gyógyulás folyamatára is. Az önszabályozási modell a betegség reprezentáció 5 komponensét különíti el:

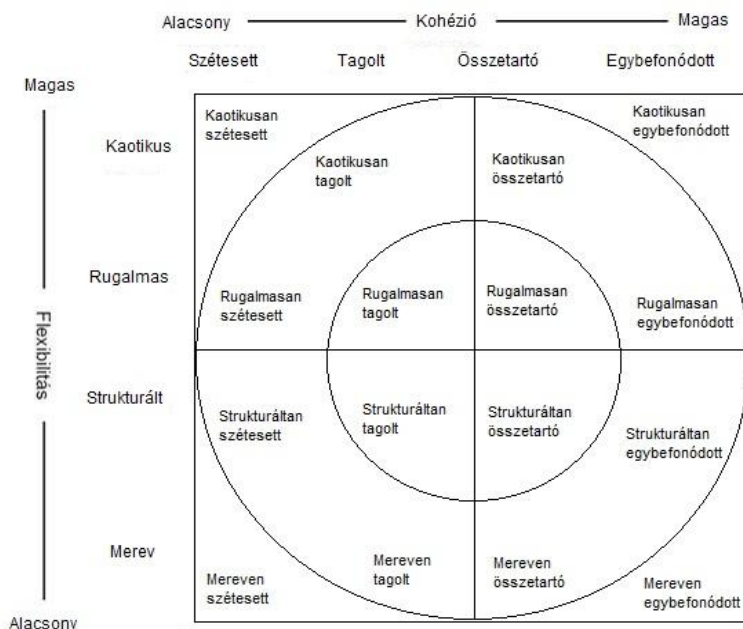
1. azonosítás: a betegség és a tünetek azon címkéi, amiket a személy a kórkép részének tekint;
2. következmények: milyen rövid és hosszú távú következményei vannak fizikálisan és mentálisan a betegségnek;
3. idő: milyen a betegség időbeni mintázata;
4. kontroll/gyógyulás: milyen esélyei vannak a betegnek a gyógyulásra;
5. kiváltó ok: mi okozta a betegséget (Rózsa, 2009).

2.2.5. A társas támogatottság és a családi funkcionálás befolyásoló szerepe az életminőségre

Az epilepszia betegség kezelése nem csak a medicinális kezelést, a rohamok számának csökkentését, hanem a pszichológiai nehézségek és a szociális problémák kezelését is

magába kell, hogy foglalja (Mehndiratta és Sajatovic, 2013; de Lima és mtsai, 2013; Funderburk és mtsai, 2007).

A társas alkalmazkodás vizsgálatát specifikusan epilepsziás vizsgálati személyek körében Moschetta és Valente (2013) vizsgálták. Tanulmányukban juvenilis myoclonus epilepsziás betegeknél úgy találták, hogy a vizsgálati személyek szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el a Globális Szociális Alkalmazkodás (SAS) mentén, különösen a munkavállalás és a szabadidő faktorokban. A szerzők a magasabb rohamgyakorisággal és az impulzivitással (Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőívvel mérve) hozták összefüggésbe a rosszabb szociális alkalmazkodást (Moschetta és Valente, 2013). Az epilepsziás betegeknél a betegség következményei gyakran negatívan befolyásolják a társas környezettel való kölcsönhatások alakulását (Folkman, 1984; Hartshorn és Byers, 1994; Gülpek és mtsai, 2011; Wang és mtsai, 2015). Az Olson-féle családi funkcionálást vizsgáló modellben két dimenzió mentén történik a családi működések csoportosítása (3. ábra) A családi kohézió fejezi ki a család összetartó erejének az erősségét, vagyis az érzelmi határok alakulását az egyes családtagok között, a családi rugalmasság pedig kifejezi a családon belüli vezetés, kapcsolati szerepek és szabályok milyenségét.



3. ábra: A család működését befolyásoló két dimenzió (Kisgyörgyné Pongrácz és mtsai, 2006)

A jól működő családok kiegyensúlyozottan mindegyik dimenzió közepes erősségű tartományába esnek, míg a dimenziók mentén kiegyensúlyozatlan, szélsőségesen magas vagy alacsony értékeket hordozó családok tartoznak a szétesett (mereven vagy kaotikusan) vagy egybefonódott (mereven vagy kaotikusan) családok közé. Az egyes dimenziókon kapott értékek a családi életciklus valamint az érkező stresszhatások függvényében változhatnak (Garcia-Huidobro és mtsai, 2012). A családi támogatottság mértéke szignifikánsan befolyásolja az epilepsziás betegek életminőségét, sőt az egyes családtagok életminősége is meghatározó faktornak bizonyulhat a beteg személyek esetében (Chen J és mtsai, 2013; Mahrer-Imhof és mtsai, 2013). A rohamok előfordulása és a gyakori kórházi ellátás negatívan befolyásolja az epilepsziás betegek családi életét és a családtagok életminőségét (Hermann és mtsai, 2000; Elliot és mtsai, 2011). Kutatások szerint mediátor tényezőként a depresszió jelenléte okozza a rossz családi adaptálódást. A házaspáros epilepsziás betegek emocionális támogatottság mellett is rosszabb egészségi állapotról számoltak be, mint a kontroll csoport tagjai (Elliot és mtsai, 2011).

Külön részterülete az epilepsziás betegek szociális támogatottságának a stigmatizációval és az előítéletekkel való megbirkózás, mely leginkább a munkavállalás területén érezteti hatását. A betegek megítélése betegségük alapján önmagában indukálhatja a szociális visszahúzódást és a kisebb mértékű segítségkérést. A European Survey felmérései alapján az epilepsziás betegek 50 százaléka számol be stigmatizáltságról betegsége miatt (Wang és mtsai, 2015). Az észlelt stigma jelentősen csökkentheti a betegek részéről, ha a családtagok meggyőződése az, hogy az epilepsziás betegek normál életet tudnak élni (Wencui és mtsai, 2012). Ugyanakkor az alacsony SES státusz és a munkanélküliség negatívan befolyásolja az epilepsziás betegek életminőségét. Számos kutatás rámutat arra, hogy a kapott támogatás eredete és milyensége nem egyforma következményekkel jár, ugyanis a kapott támogatás sok esetben kihat az önértékelésre és a függőség érzésének veszélyét hordozza magában (Uchino, 2009). Egy korábbi kutatásban Wang és munkatársai (2015) azt találták, hogy az egészséges kontroll csoporthoz képest az epilepsziás betegek magasabb szorongást és depressziót, és alacsonyabb családi funkcionálást mutattak. Ezen kívül úgy találták, hogy a családon belüli és a családon kívüli emocionális és instrumentális támogatottság is kisebb mértékű, valamint a szociális támogatottság nem bizonyult előrejelző tényezőnek a

depresszió esetében (Wang és mtsai, 2015). Curt La France és munkatársai (2011) korábbi vizsgálatukban epilepsziás és PNES betegek családi funkcionálását és életminőség vizsgálatát hajtotta végre, melyben mindkét csoport családjainak átlagos funkcionálás pontszáma az egészségtelen kategóriába esett, valamint a férfiak pontszámai mindkét csoportban szignifikánsan alacsonyabbnak mutatkoztak. A roham gyakoriságot valamint a depresszió kontrollálását követően a FAD Kommunikációs és Érzelmi bevonódást mérő alszálaja bizonyult prediktív tényezőnek az epilepsziás betegek életminőségét illetően (Curt la France és mtsai, 2011). PNES betegekkel való összehasonlításban az epilepsziás betegek pozitívabbnak ítélték meg a családon belüli kommunikációt, az érzelmi bevonódást és az általános funkcionálást (Krawetz és mtsai, 2001). Ornelas-Aguirre és Sanchez-Castro 2014-es tanulmányukban úgy találták, hogy az epilepsziás nők 22 százalékánál volt családi diszfunkcionalitás, mely az életkorral, a több mint 15 éve fennálló epilepszia betegséggel, valamint a család típusával (vidéki, városi, tradicionális) is összefüggött. A logisztikus regresszióanalízis megerősítette az epilepszia és a családi diszfunkcionalitás összefüggéseit (Ornelas-Aguirre és Sanchez-Castro, 2014).

A családtagok közül a beteg ember gondozója szorosabban érintve van a betegség okozta pszichoszociális stresszhatások által. Lee és munkatársai (2002) 65 gondoskodó családtagot vizsgáltak hangulati és pszichoszociális állapotukat mérve. A válaszadók 22 százaléka mutatott a vizsgálati eredmények alapján súlyos szintű szorongást, 14 százaléka súlyos depressziót, valamint a megkérdezettek háromnegyede számolt be alacsonyabb szintű életminőségről (Lee és mtsai, 2002). Felnőtt epilepsziás betegek körében 2012-ben Mahrer-Imhof és munkatársai kutatásukban úgy találták, hogy hospitalizált betegek körében a családi támogatásnak kiemelt szerep jutott a betegek életminőségét tekintve. Többváltozós regresszióanalízist alkalmazva az életminőség 40 százalékát magyarázta a családi támogatás. Érdekes eredménye volt a vizsgálatnak, hogy a betegek életminősége szignifikánsan függött a családtag életminőségének alakulásától.

A családtagok szignifikánsan magasabb pontszámokat hoztak az adaptibilitás alszálán, vagyis az alkalmazkodási készségeket tekintve jobbnak bizonyultak. Végül a kutatók nem találtak együttjárást a kaotikus diszfunkcionálást mutatóknál az életminőség és a családi funkcionálás milyensége között (Mahrer-Imhof és mtsai, 2013).

Saburi és munkatársai (2006) kutatásában hangsúlyozta, hogy a családtagok nyitottsága, az elfogadás és a támogatás pozitívan korrelált a beteg személy életminőségével, míg a félelem, az izoláció, a betegség rejtése és titkolása, valamint a túlzott aggodalmaskodás negatívan hat az életminőség alakulására. Tanulmányukban a családtag reagálása, mint független változó 15 százalékban határozta meg az életminőség alakulását (Saburi és mtsai, 2006).

A családtagok jól-léte és pszichoszociális állapota nagyon meghatározó a krónikus betegek életminőségének alakulásában (Nissen és mtsai, 2008).

Különösen meghatározó szerepe van tehát a házastárs támogatásának. Ugyanakkor a kutatások nagy része nem foglalkozott igazán a beteg hozzátartozóinak állapotával, akik sok helyzetben jobban stresszelnek, mint maguk a betegek (Mosher és Danoff-Burg, 2005; Tuinman és mtsai, 2004). Azok a családtagok, akik sikeresen megküzdnek a feladataikkal, végre tudják hajtani az elvárt szerepet, jobb pszichés jól-létről számolnak be (Van Andel és mtsai., 2011). A beteggondozó családtagok megküzdési stratégiáiról kevés adat áll rendelkezésre.

A leginkább említésre méltó kutatások e témában, Westphal-Giutti és munkatársai kutatásai, akik az SF-36 alkalmazásával találtak epilepsziás betegek családtagjainak körében csökkent életminőséget. Ez különösen a női családtagokat érintette, akik az érzelmi szerepekben, a mentális egészség és a vitalitás területén mutattak alacsonyabb pontszámokat (Westphal-Giutti és mtsai, 2007). Van Andel és munkatársai kutatásában a családtagok életminőségének alakulását 50 százalékban a passzív megküzdési stratégiákkal magyarázta, mely negatívan befolyásolta az életminőség alakulását. Emellett úgy találta, hogy a gondozó családtag életminősége együttjárást mutatott a beteg életminőségével, ami arra utal, hogy a gondozó életminősége hatással lehet a beteg állapotára is (Van Andel és mtsai, 2011). Ezt alátámasztják a szorongásos tünetek kapcsán Thompson és Upton (1992) és Lee és munkatársai (2002) akik az elsődleges gondozók esetében mérték a legmagasabb szorongásos tüneteket. Lee úgy találta, hogy a rohamkontroll mértéke határozná meg elsődlegesen a gondozó családtag szorongásának és depressziójának mértékét.

3. Célkitűzések

Dolgozatom elsődleges célkitűzése epilepsziás betegek pszichoszociális és életminőség vizsgálata, valamint e betegséggel küzdő családok családi funkcionálás vizsgálata volt.

3.1. Kutatási hipotézisek

1. hipotézis: Az életminőséget (Qolie-31-el mérve) befolyásoló tényezők a nemzetközi kutatásokkal összhangban fognak alakulni, így a nemi hovatartozás, a lakóhely, az iskolai végzettség, a szorongás és a depresszió mértéke, az alvásproblémák, a rohamtípus és a rohamgyakoriság, valamint a gyógyszeres terápia milyensége lesz meghatározó. A nemi hovatartozás kapcsán a nők alacsonyabb szintű életminőséget mutatnak a Qolie-31 összpontszámát és az egyes alsóskáláit nézve.

2. hipotézis: Feltételezem, hogy a vizsgált befolyásoló faktorok (szociodemográfiai-; általános egészségi állapot változók; epilepszia-specifikus és kezelés-specifikus változók) a négy mérőeszköz közül legnagyobb mértékben a Qolie-31 összpontszámát fogják alakítani.

3. hipotézis: Magas és alacsony rizikójú csoportokat kialakítva a rizikófaktorok negatívan befolyásolják az életminőséget, és e csoportok elkülönítése eltéréseket hoz a szubjektív betegségészlelésben, így a betegségek vizsgálatában is. A magas rizikójú csoport szignifikánsan magasabb pontszámot fog adni e skálákon.

4. hipotézis: Feltételezem, hogy a vizsgált mintában a társuló szorongás és depresszió mértéke hasonlóan alakul a nemzetközi vizsgálatok eredményeihez. A megküzdési stratégiák közül a depressziós megküzdési stratégia, a vallásos megküzdés és a bagatellizálás, valamint a szubjektív betegségészlelés mért konstruktumai közül leginkább az érzelmi kontroll mértéke, a következmények megélése és a betegségkoherencia, vagyis a betegség értelmének keresése lesz meghatározó.

5. hipotézis: A megküzdési és a betegségészlelési változókat fókuszba helyezve az életminőséget leginkább meghatározó tényezők a nemzetközi kutatási eredmények alapján: az általános egészség-változók közül a depresszió és a szorongás, valamint az alvás, a szociodemográfiai tényezőket tekintve a vizsgált személy neme, és az iskolai végzettség, valamint a betegségészlelés faktorai kapcsán a betegség következményeinek észlelése, a betegség értelmezése valamint az érzelmek kontrollálásának mértéke lesz.

6. hipotézis: Feltételezem, hogy az epilepsziás családok és a kontroll családok összehasonlító vizsgálatánál mind a pszichoszociális skálák mentén, mind a társas

támogatottság és családi funkcionálást mérő skálák mentén, szignifikáns eltéréseket fogunk találni a vizsgálati személyek és családtagjaik összehasonlításában. Az epilepsziás betegek családjai esetében inkább várunk kedvezőtlen családi funkcionálást.

7. hipotézis: Feltételezem, hogy az epilepsziás családokon belül a betegek és családtagjaik a pszichoszociális állapot és a családi funkcionálás megítélésében szignifikáns eltéréseket mutatnak. Feltételezem, hogy az új családban élő epilepsziások és a származási családban élő betegek között, mind a pszichoszociális skálák, mind a családi funkcionálás skálák mentén szignifikáns eltérések lesznek.

8. hipotézis: Feltételezem, hogy az étellel való elégedettséget és az általános életminőséget az epilepsziásoknál a betegséggel és a társuló komorbid állapotokkal, valamint azok következményeivel összefüggő változók, továbbá a családi funkcionálás szélsőségesebb működéseit leíró változók fogják a leginkább meghatározni, míg a családtagok esetében a család működésének egészét, a kommunikációt, a viselkedéskontrollt és a társas támogatottság fontosságának szerepét találjuk.

A fenti hipotéziseket a következő három kutatásban vizsgáltuk.

I.vizsgálat: *Négy mérőeszköz alkalmazása epilepsziás betegek életminőségének vizsgálatában*

Az első vizsgálatban 4 mérőeszköz egyszeri, egyidőben történő alkalmazásával vizsgáljuk az epilepsziás betegek életminőségét befolyásoló közös és nem mérőeszköz specifikus tényezőket. A kutatásnak ebben a részében a WHOQOL-5; az SwLS, a QOLIE-31 és az IPQ használatára kerül sor. A WHOQOL-5 és az SwLS nem epilepszia-specifikus kérdőívek, ugyanakkor e kérdőívek érzékenyek az általános egészségi állapotra és a demográfiai faktorokra (Christensen és mtsai, 2016). A QOLIE-31 speciálisan arra lett kialakítva, hogy epilepsziás betegek körében mérje a betegek életminőségét. Az IPQ teszt pedig alkalmas a betegek szubjektív betegségeészlelésének mérésére. A kérdőív alkalmazására már sor került más betegségekkel összefüggésben, ugyanakkor epilepsziás betegek körében ezen individuális faktorok közvetlen mérésére még csak egy kínai kutatásban került sor (Ji és mtsai, 2016). Azt feltételezem, hogy a befolyásoló tényezők meghatározott konstellációja mérőeszköz specifikus, annak függvényében alakul, hogy az életminőség mely aspektusát méri. A befolyásoló faktoroknak azonban lesz egy releváns köre, mely a betegség észlelést leginkább meghatározza, és ez indirekt módon befolyásolja az életminőség alakulását is.

II. vizsgálat: *A szubjektív betegségészlelés és a megküzdési stratégiák szerepe epilepsziás betegek életminőségének alakulásában*

A második vizsgálatban vizsgálom a szubjektív betegségészlelés és a megküzdési stratégiák szerepét az életminőség alakulására. A kutatásban a szociodemográfiai adatok gyűjtésén túl a depressziót Beck-féle skálával (Beck, 1988; Kopp és Skrabski, 1990) és a szorongást, valamint a depressziót a Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond és Snaith, 1983; Muszbek és mtsai, 2006) használatával mértük. Az életminőség felmérése során a specifikus Qolie-31 teszt (Cramer és mtsai, 1998; Lám és mtsai, 2001) használatára került sor. A roham-változókkal kapcsolatos adatokat a betegek ambuláns lapjainak feldolgozásával vizsgáltuk. A megküzdési stratégiák mérésére a Fritz Muthny (1989) által kifejlesztett, és Tiringer és munkatársai (2011) által validált FKV-LIS tesztet használtuk (Tiringer és mtsai, 2011). A Moss-Morris által kifejlesztett szubjektív betegségészlelés mérésére pedig Reinhardt Melinda (2007) által magyarra fordított Szubjektív Betegségészlelést mérő Kérdőívet (IPQ) (Moss-Morris és mtsai, 2002) alkalmaztuk.

III. vizsgálat: *Epilepsziás betegek és családtagjaik pszichoszociális és családi funkcionálás vizsgálata*

A harmadik vizsgálatban az életminőséget meghatározó tényezők közül vizsgálom a társas támogatottság és a családi funkcionálás szerepét a vizsgálati személyek és a családtagjaik esetében. A kutatásban alkalmazott pszichoszociális állapotot mérő eszközök a WHO Well-being Index (WHO-5), melynek rövidített magyar változatát alkalmaztuk az általános jól-lét mérésére (Bech, 2004; Rózsa és mtsai, 2003), a Diener-féle SWLS, mely az élettel való elégedettséget mérő skála (Martos és mtsai, 2014), a Rosenberg-féle (RSESH) önértékelést mérő skála (Sallay és mtsai, 2014), a Caldwell-féle Társas Támogatás Skála (SDS) (Szádóczky és mtsai, 2004; Skrabski és mtsai, 2005), a Beck-féle Depresszió Skála (BDI) (Beck, 1988), a Schwarzer-féle Énhatékonyság Kérdőív (GSE) (Kopp és mtsai, 1993; Rózsa és mtsai, 2003), valamint a szorongást és depressziót mérő Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond és Snaith, 1983). A kutatásban alkalmazott családi funkcionálást mérő kérdőívek: Family Assessment Device (FAD) (Epstein és mtsai, 1978; Epstein és mtsai, 1983) és az Olson-féle Családteszt (FACES-IV) (OCST).

4. Módszerek

4.1. Vizsgálati személyek

I. Négy mérőeszköz alkalmazása epilepsziás betegek életminőségének vizsgálatában Keresztmetszeti-vizsgálati elrendezésben 170 epilepsziás beteg adatfelvételére került sor, mely betegek az Országos Klinikai Idegtudományi Intézetből, mint országos központból, a Szent János Kórházból, mint regionális központból, valamint két magánrendelőből kerültek ki. Az adatok gyűjtésére 2011.01.09. és 2015.05.30. között került sor. A vizsgálatba való bekerülés kritériumai:

- egy éve fennálló szakorvos által diagnosztizált epilepszia betegség;
- 18-70 év közötti életkor;
- befejezett általános iskola;
- rendszeres részvétel az időszakos orvosi ellenőrzésen;
- nem volt sebészeti beavatkozás;
- a betegség kontrollálása antiepileptikummal;
- a beteg a vizsgálatban való részvétellel kapcsolatban tájékoztatott beleegyezését adta.

A vizsgálatból való kizárás kritériumai:

- más, az epilepszián kívül fennálló komoly, krónikus betegség;
- kórházi kezelést igénylő beteg;
- alkohol vagy drogfüggőség fennállása;
- PNES (pszichogén nem-epilepsziás betegség) megléte.

A vizsgálat elvégzését az ETT-TUKEB engedélyezte (ETT-TUKEB, Budapest, Hungary; nyilvántartási szám 25962-0 / 2010 / 1018EKU (1010 / PI / 10; 2011.01.24-én) és a Helsinkai nyilatkozat, valamint a hatályos magyar jogszabályok alapján végeztük az emberi alanyok és az orvosi adatok védelmében. Minden beteg tájékoztatott beleegyező nyilatkozattal vett részt a kutatásban. A vizsgált mintának jellemző adatait az 1. számú táblázat tartalmazza.

II. Szubjektív betegségészlelés és a megküzdési stratégiák szerepe epilepsziás betegek életminőségének alakulásában

A vizsgálati személyek a korábbi vizsgálati minta (vizsgálat I.) alanyaival azonos személyek voltak (n=170). A minta vétele véletlenszerűen történt, a vizsgálati

személyek kritériumai azonosak voltak az első vizsgálatban alkalmazottakkal. A vizsgálati eljárás az ETT-TUKEB etikai engedélyével (ETT-TUKEB, Budapest, Hungary; registration No. 25962-0/2010/1018EKU(1010/PI/10), 2011.01.24-én) történt, a betegek írásbeli tájékoztatást kaptak, és beleegyezési nyilatkozatot írtak alá a tesztek kitöltésével kapcsolatban.

III. Epilepsziás betegek és családtagjaik pszichoszociális és családi funkcionálás vizsgálata

Keresztmetszeti-vizsgálati elrendezésben, korábbi vizsgálatainkban 170 epilepsziás beteg adatfelvételére került sor. Közülük kiválasztottunk 42 főt, akik nem egyedülállóként, hanem valamilyen társas helyzetben éltek. Az eredeti 170 fős mintában egyedülálló 76 fő volt, a minta 44,7 százaléka, és 94 személy, 55,3 százalék élt valamilyen társas helyzetben. A betegek elérhetősége és beleegyezése határozta meg azt a 42 főt, akik a családtagjaik bevonásával is szívesen részt vettek a vizsgálatban (hajlandóságuk befolyásoló tényező lehet). Az adatok gyűjtésére 2011.01.09. és 2015.05.30. között került sor. A vizsgálatba való bekerülés és kizárás kritériumai, hasonlóan a korábbi két vizsgálatához alakult, valamint plussz kritériumként fogalmazódott meg, hogy a beteg nem egyedülálló, valamilyen társas viszonyban él. A kontroll személyek „hólabda” módszerrel felkeresett sine morbo csoportot alkottak. A betegeket orvosi vizsgálat előtt tájékoztatták a vizsgálatról, és a beleegyező nyilatkozat aláírása után töltötték ki a kérdőívet. A kontroll személyek egyéni felkereséssel, a családtagok otthonukban töltötték ki a kérdőívet a betegek és a kontroll személyek kérésére, írásbeli, tájékoztatott beleegyezéssel. A vizsgálat elvégzését az ETT-TUKEB engedélyezte (ETT-TUKEB, Budapest, Hungary; nyilvántartási szám 25962-0 / 2010 / 1018EKU (1010 / PI / 10; 2011.01.24-én) és a Helsinkii nyilatkozat, valamint a hatályos magyar jogszabályok alapján végeztük az emberi alanyok védelmében. Minden beteg tájékoztatott beleegyező nyilatkozattal vett részt a kutatásban.

4.2. Adatgyűjtési eljárások

A vizsgált betegeknél egy, a vizsgálatban összeállított Pszichoszociális Állapotfelmérő Füzet segítségével kérdeztünk rá a szociodemográfiai adatokra, mint a kor, a nem, a családi állapot, a gyerekek száma, a lakóhely, az iskolai végzettség, a dohányzási és alkoholfogyasztási szokások, az alvási szokások (az alvás minősége és mennyisége),

hogyan stresszhatásnak voltak-e kitéve az elmúlt két évben. Emellett rákérdeztünk a betegséggel kapcsolatos speciális betegség-változókra is, így a roham gyakoriságra és arra is, hogy vannak-e éjszakai felébredések roham miatt. A betegség-változók közül vizsgáltuk az epilepszia betegség fennállásának időtartamát, a rohamok súlyosságát, és az alkalmazott antiepileptikumokat is, mely adatokat az ambuláns lapokon rögzítettek alapján gyűjtöttük. A rohamok gyakoriságát pedig egy 7 fokozatú Likert-skála segítségével vizsgáltuk, mely a napi rohamozástól a kevesebb, mint 1 roham 3-4 évente itemig terjedt. Az általános egészségi állapotra fókuszálva a dohányzási és alkoholfogyasztási szokásokra kérdezve egy 4- és egy 5 fokozatú Likert-skála alkalmazásával történt az adatok rögzítése. A dohányzási szokásokra való rákérdezésnél az egyes itemek lehetséges válaszai a következők voltak: nem dohányzom, 0-10 szál cigaretta naponta, 11-20 szál cigaretta naponta, vagy több mint 20 szál naponta. Az alkoholfogyasztási szokásokra kérdezve a lehetséges válaszok a következők voltak: egyáltalán nem fogyasztok alkoholt, ritkán fogyasztok és keveset, rendszeresen fogyasztok, de keveset, ritkán fogyasztok nagyobb mennyiséget, rendszeresen fogyasztok nagyobb mennyiséget. A stresszes életeseményeknél rákérdeztem közeli személy halálára vagy betegségére, válásra vagy szakításra, baleset előfordulására, munkahely elvesztésére, anyagi veszteségekre, vagy egyéb veszteségekre az elmúlt két évben. Az alvás mennyiségére (4,5,6,7,8, vagy több mint 8 óra alvás) és az alvás minőségére is rákérdeztünk egy 5 fokozatú Likert-skála segítségével (nagyon rossz, rossz, közepes, jó, nagyon jó). Egy 4 fokozatú Likert-skálát használtunk annak feltérképezésére, hogy vannak-e a betegnél elalvási problémák vagy felébredés roham miatt (minden éjszaka, legtöbb éjszaka, némelyik éjszaka, soha). A betegeknek az általános szociodemográfiai adatok mellett ki kellett tölteniük a Pszichoszociális Állapotfelmérő Füzetben összegyűjtött pszichometriai teszteket, melyek alkalmasak voltak a pszichoszociális állapot felmérésére.

III. Vizsgálat

A vizsgált betegeknél egy, a vizsgálatban összeállított Családi Finkcionálás Tesztbatteria segítségével kérdeztünk rá a szociodemográfiai adatokra, mint a kor, a nem, a családi állapot, a gyerekek száma, a lakóhely, az iskolai végzettség, az aktuális jogi helyzet, a munkahellyel kapcsolatban, hogy van-e, valamint egy 4 fokozatú Likert-skála segítségével, hogy milyen mértékben tudja befolyásolni a munkahelyén felmerült

helyzeteket, és fél-e a munkahely elvesztésének lehetőségétől. Rákérdeztünk a dohányzási és alkoholfogyasztási szokásokra, a személyt ért stresszhatásokra az elmúlt két évben, valamint a rendszeres testmozgásra. A dohányzási és alkoholfogyasztási szokásokra kérdezve egy 4- és egy 5 fokozatú Likert-skála alkalmazásával történt az adatok rögzítése, hasonlóan az első vizsgálathoz. A stresszes életeseményeknél rákérdeztem közeli személy halálára vagy betegségére, válásra vagy szakításra, baleset előfordulására, munkahely elvesztésére, anyagi veszteségekre, vagy egyéb veszteségekre az elmúlt két évben. Megkérdeztük egy 5 fokozatú Likert-skálán a vizsgálati személyektől egészségi állapotuk milyenségét, emellett az elmúlt 5 évben előforduló más egészségügyi problémákat is be kellett jelölniük. Végül egy 10 fokozatú és egy 5 fokozatú Likert-skála segítségével rákérdeztünk a vizsgálati személyek általános életminőségére általában és az elmúlt hónapra nézve. A betegeknek az általános szociodemográfiai adatok mellett ki kellett tölteniük a Családi Funkcionális Tesztbatteriaiban összegyűjtött pszichológiai tesztek.

4.3. A vizsgálatban alkalmazott pszichometriai eszközök

Beck Depression Scale (BDI): A Beck-féle Depresszió Skála (Beck, 1988) egy önkitöltős kérdőív a depresszió tünetegyüttesének mérésére. Jelen vizsgálatban a 9 tételes négyfokú Likert-skála segítségével vizsgáltuk a depresszió tüneteit (Kopp és mtsai, 1990; Kopp és mtsai, 2006; Rózsa, 2009). A magasabb pontszámok több depressziós tünetre utalnak. A tételek során kapott pontszámok összeadódnak, és így 0-9 pont normális, 10-18 pont enyhe, 19-25 pont közepes szintű depressziót, míg a 25 pont feletti tartomány súlyos fokú depressziót jelent.

Caldwell-féle Társas Támogatás Skála (SDS): A Caldwell-féle SDS skálát 1987-ben alkotta meg a szerző, és 1992-ben Kopp és Skrabski fordították magyar nyelvre. A tesztben a vizsgálati alanyoknak olyan személyeket kell megjelölniük, akik támogatást nyújtanak számukra a nehéz élethelyzetekben, és egyben jelölniük kell egy 3 fokozatú Likert-skálán azt is, hogy ezt a támogatást milyen mértékben kapják meg. A 0 a támogatás hiányát jelenti, az 1 kevés támogatást, a 2 átlagos támogatást és a 3 a nagyon erős támogatást. A kérdőív egyszerűsített változatának alkalmazhatóságát és megbízhatóságát több hazai vizsgálat is alátámasztotta (Szádóczky és mtsai, 2004; Skrabski és mtsai, 2005).

Diener-féle Élettel való Elégedettség Skála (SWLS): Az öt itemből álló önkitöltős kérdőívet Diener és munkatársai fejlesztették ki 1985-ben, hogy az élettel való elégedettséget, a szubjektív jóllétet mérje. A vizsgálati személyeknek egy hétpontos-skálán kell kifejezniük, hogy mennyire értenek egyet az egyes állításokkal. Az egyes tételek pontszámait összeadva az összpontszám 5-35 közé esett. A magyar validált skála alkalmazására került sor (Martos és mtsai, 2014).

FACES-IV (OCST): Az Olson-féle családtesztet (Kisgyörgyné Pongrácz és mtsai, 2006) a szerző az általa meghatározott Circumplex modell dimenzióinak a mérésére alkotta meg, mely alkalmas a családi kohézió és adaptivitás mérésére. A mérőeljárás elnevezése a FACES, mely a hazai szakirodalomban Olson-féle Családi Tesztként (OCST) lett ismeretes. A családok Olson elméleti rendszerében alapvetően két dimenzió mentén jellemezhetők, mely a családi kohéziót (a családon belüli összetartó erőt) és a családi flexibilitást (a változáshoz való viszony mértékét) öleli fel. Mindkét dimenziónál megkülönböztethető egy egyensúlyi, adaptív működésmód és egy kiegyensúlyozatlan, maladaptív működés. A két dimenzióhoz a szerző alkotott egy középső (adaptív) és két szélsőséges (maladaptív) skálát, mely alszállak 7-7 tételt tartalmaznak. A családi kohézió adaptív működésmódját az „Összetartó” alszállak, szélső végpontjait a „Széteső” és az „Egybefonódott” (másnéven „Egybemosódott”) alszállak jeleníti meg. A változás dimenziójának középső, adaptív elemét a „Rugalmas” alszállak, szélsőséges végpontjait, pedig a „Merev” és a „Kaotikus” alszállak mutatják. Az így összesen hat strukturális alszállakot kiegészíti még két további skála, a családi kommunikáció milyenségét mérő „Családi kommunikáció” alszállak és a családi elégedettség mértékét mutató „Családi elégedettség” skála 10-10 tétellel. Az egyes tételek megítélése 5 fokozatú Likert-skála mentén történik, ahol az 1-es az Egyáltalán nem jellemző a családunkra, az 5-ös a Nagyon jellemző a családunkra kategóriát jelenítette meg. A Családi Elégedettség skála esetében az 1-es a „Nagyon elégedetlen vagyok”, míg az 5-ös a „Tökéletesen elégedett vagyok” végpontokat jelölte.

Family Assesment Device (FAD): A FAD-skálát Epstein és munkatársai fejlesztették ki 1978-ban (Epstein és mtsai, 1978). A FAD a családi működés MC Master modelljében leírt családi működés mérését célozza. A teszt hét skálából áll, egy az Általános Működést méri, míg a többi hat a McMaster modell hat dimenzióját. A hat skála a következő: Problémamegoldás, Kommunikáció, Szerepek, Affektív Válaszkészség,

Affektív Bevonódás és Viselkedéskontroll. Hazai bevezetését Keitner Gábor, Fodor Judit és Kurimay Tamás végezték el.

FKV-LIS Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung: A Fritz Muthny által kidolgozott megküzdési stratégiákat mérő kérdőív, a Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS), melyet Tiringer és munkatársai validáltak 2011-ben, alkalmas különböző, a betegséggel összefüggő megküzdési stratégiák tanulmányozására. Muthny szerint a betegségfeldolgozás az érzelmek, a gondolkodás és a viselkedés szintjén megjelenő folyamatok, melyek a betegséggel kapcsolatos terhelések enyhítésére irányulnak. Az FKV-LIS méri a depresszív (rezignált), elterelő (önbátorítás), aktív (problémamegoldó), spirituális (vallásos, értelemkereső) és bagatellizáló (vágyteljesítő) megküzdési módokat a betegséggel összefüggésben. A teszt önkitöltős, 35 tételből áll, és egy 5 fokú Likert-skála mentén válaszolnak a betegek az egyes tételekre (Tiringer és mtsai, 2011).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond és Snaith, 1983) hét tétele méri a szorongást (HADS-A) és hét tétele méri a depresszió mértékét (HADS-D), melyet a betegek az elmúlt hetük fényében tölthettek ki. Az itemek egy négyponos skálán 0-tól 3-ig terjedtek. Az itemekre adott pontszámok összege mind a HADS-A, mind a HADS-D esetében 0-21 pont közé esett. A Cut off értékek az alapján, hogy nincs szorongás, enyhe szintű szorongás, vagy közepes szintű/súlyos szorongást mutat 0-7; 8-11 és 11+ közé estek. A kutatásban a Muszbek (2006) által validált magyar változatot alkalmaztam (Muszbek és mtsai, 2006).

Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R): a kérdőívet Moss-Morris fejlesztették ki 2002-ben (Moss-Morris és mtsai, 2002), hogy a betegséggel kapcsolatos szubjektív betegségészlelést értékelje hét dimenzió mentén, úgy, mint idői lefolyás (krónikus természetű-e a betegség), idői lefolyás-ciklikusság, következmények (a betegség következményei és hatása a beteg életére), személyes kontroll (a betegség feletti kontroll észlelése), kezelési kontroll (a betegséggel kapcsolatos kezelési kontroll észlelése), betegség koherencia (a betegség szubjektív megértése), érzelmi reprezentáció (a betegség által kiváltott érzelmek). A kérdőív vizsgálja a betegek által tulajdonított betegségokokat is. Mindegyik állítást egy ötponos Likert-skálán értékelték a betegek, 1-est adtak, ha nagyon nem értettek egyet az állítással és 5-öst, ha kifejezetten egyetértettek az item tartalmával. A különböző tételek összeadásából generálódnak az

alskálák, kivéve a betegségekokat, ahol az egyes tételeknél a nyerspontszám adja a használható pontszámot. A Reinhardt Melinda által 2003-ban használt verzió alkalmazására került sor (Reinhardt, 2007).

Quality of Life of Epilepsy (Qolie-31): A vizsgálatban alkalmazott epilepszia-specifikus mérőeszköz. A tesztet az egészséggel összefüggésben, az életminőség mérésére alakították ki specifikusan felnőtt epilepsziás betegek részére (Cramer és mtsai, 1998), melynek egy korábbi változata a 89 itemből álló Qolie-89 teszt volt (Devinsky és mtsai, 1995). A teszt az életminőséget befolyásoló epilepszia specifikus tényezőket vizsgálja, és hét alskálát tartalmaz, úgy, mint „általános életminőség”, „rohamok miatti aggodalom”, „érzelmi állapot, jól-lét”, „kognitív funkciók”, „energikusság/levertség”, „kezelés hatása”, és „társadalmi aktivitás”. A kérdőív hét alskála pontszámát összeadva egy összpontszámot kapunk. A nyerspontszámokat transzformáljuk egy 0-100 pontos skálára, ahol a magasabb összpontszám jobb epilepsziával összefüggő életminőséget takar (Lám és mtsai, 2001).

Rosenberg-féle Önértékelés Skála (RSESH): A Rosenberg (1965) által kialakított önkítöltős kérdőív alkalmas az önértékelés konstruktumának mérésére. A skála magyar változatainak faktorstruktúráját vizsgálta Urbán és munkatársai (2014), Rózsa és Komlósi (2014), valamint Sallai és munkatársai (2014). A tíz tételes változata alkalmas az általános önértékelés mérésére egy 4 fokozatú Likert-skálán (Sallay és mtsai, 2014). A maximálisan elérhető pontszám 40 pont, minél magasabb pontszámot mérünk, annál jobb a vizsgálati személy önértékelése és önelfogadása.

Schwarzer-féle énhatékonyság kérdőív (GSE): A Schwarzer (1992,1993) által kialakított énhatékonyság kérdőív magyar változata (Kopp,1993; Rózsa és mtsai, 2003) egy négytétéles rövidített skála, mely alkalmas az énhatékonyság mérésére. Az énhatékonyság egy olyan beállítottságot mér, amikor képesnek érezzük magunkat a nehéz helyzetek megoldására. A vizsgálati személyeknek egy négyfokozatú, 0-3-ig terjedő Likert-skálán kell megítélniük az egyes tételeket, mely pontszámokat összeadva kapjuk meg a teszt végleges összpontszámát. Minél magasabb az összpontszám, annál inkább jellemzi a vizsgálati személyt az a beállítottság, hogy képes a nehéz helyzetek megoldására.

WHO Well-being Index (WHO-5): ezt az életminőséget vizsgáló eszközt a WHO (World Health Organisation) fejlesztette ki 1993-ban, melynek egy rövidített magyar változatát

alkalmaztuk (Bech P, 2004; Rózsa és mtsai, 2003). A teszt egy önkitöltős, 5 itemű-skála, és egy 3 pontos Likert-skálán méri a személy pszichés jól-létét. Minél magasabb az összpontszám, annál valószínűbb, hogy a beteg általános jól-léte megfelelő.

4.4. Statisztikai eljárások

A korrelációs számításoknál és a többszörös regresszióanalízisek esetén az adatokat az eredeti kategóriákkal alkalmaztuk, míg az ANOVA számításoknál az adatokat nagyobb kategóriákba rendeztem, hogy kezelhető számú adat kezelésére legyen mód. Az első vizsgálatban három korcsoportot alakítottam ki az életminőség és az életkor összefüggéseinek vizsgálatában (pl.: 18-29 évesek, 30-49 évesek, 50-68 évesek kategóriái). A részletek a többi változók esetében megtalálhatók a táblázatokban. Számoltam composite értékekkel is bizonyos változók esetében (pl.: alvás, gyógyszerelés), hogy átláthatóbbá váljanak az adatok, később e composite változók esetén is statisztikailag elemeztük őket. Ahhoz, hogy jobban megvizsgálhassuk az egyes befolyásoló faktorokat a mintán belül is kialakítottunk alcsoportokat. Az alcsoportokat úgy alakítottuk ki, hogy szélsőségesen képviseljenek bizonyos vonásokat. Például az első vizsgálatban mind a korreláció, mind az ANOVA elemzések azt mutatták, hogy a magas szorongás és a magas depresszió pontszám, az alvási problémák (composite index-szel számolva), valamint a politerápia a rossz életminőséggel összefüggött, így e változók kombinációjának együttes megjelenésével el tudtam különíteni egy „rizikó csoportot”. A „rizikó csoport” tagjai mind a négy változóval rendelkeztek, vagyis magas szorongás és depresszió pontszámot mutattak a mérőeszközökön, valamint komoly alvási nehézségekkel küzdöttek és az antiepileptikumok használatában politerápiát alkalmaztak náluk. A magas „rizikó csoportot” ezután összehasonlítottam egy „alacsony rizikó csoporttal”, ahol az alcsoportba vont személyek alacsony szorongás és depresszió pontszámmal rendelkeztek, alacsony szinten fordultak elő alvási nehézségek és az antiepileptikumok használatában monoterápiát kaptak. Hasonló szélsőséges jellemvonásokkal rendelkező alcsoportokat más változók esetén is kialakítottam (lásd: Eredmények). Az első vizsgálatban az adatok feldolgozásánál számoltunk átlagot és szórást (SEM). A korrelációk számításánál Spearman-teszt alkalmazására került sor, az egyes csoportok összehasonlításánál az ANOVA elemzéseket alkalmaztam. Post-hoc tesztként Duncan-tesztet alkalmaztam. Az egyes tényezők közötti kölcsönhatások

elemzésekor step-wise regresszióanalízis alkalmazására került sor (lásd: Eredmények). A statisztikai elemzéseket a statistica X.X software segítségével (Tulsa, USA) végeztem. A második vizsgálatban az adatok keresztmetszeti vizsgálata során Pearson és Spearman-féle korrelációt, illetve parciális korrelációkat számoltunk az Qolie-31 összpontszáma, valamint egyes alskálái, a pszichoszociális állapotot mérő skálák összpontszámai között. A különböző csoportokat egyszempontos és többszempontos varianciaanalízis segítségével hasonlítottuk össze, mely vizsgálatot részint kiegészítettük a normalitás hiánya miatt Kruskal-Wallis-teszttel, részint pedig a Levene-teszt jelzései nyomán robusztus (Welch és Brown-Forsythe) varianciaanalízist alkalmaztunk. Post Hoc teszteknek a Tukey, illetve a Games-Howell-féle tesztek alkalmaztunk (Takács, 2013; Takács, 2016; Vargha, 2015). Többszörös regresszióanalízis segítségével vizsgáltuk a vizsgált változók hatását a Qolie-31 összpontszámaira és alskáláira nézve. A statisztikai szignifikancia szint $p=0,05$. A harmadik vizsgálatban az adatok keresztmetszeti vizsgálata során szintén Pearson- és Spearman-féle korrelációt, illetve parciális korrelációkat számoltunk a Qolie-31 összpontszáma, egyes alskálái, a pszichoszociális állapotot mérő skálák, valamint a Családi Funkcionálást mérő skálák (FAD, FACES-IV) összpontszámai és alskálái között. A különböző csoportokat egyszempontos és többszempontos varianciaanalízis segítségével hasonlítottuk össze, mely vizsgálatot részint kiegészítettük a normalitás hiánya miatt Kruskal-Wallis-teszttel, részint pedig a Levene-teszt jelzései nyomán robusztus (Welch és Brown-Forsythe) varianciaanalízist alkalmaztunk. Post Hoc teszteknek a Tukey, illetve a Games-Howell-féle tesztek alkalmaztunk (Takács, 2013; Takács, 2016; Vargha, 2015). Többszörös regresszióanalízis segítségével vizsgáltuk a változók hatását az általános életminőségre, az étellel való elégedettségre, az önértékelésre és a családi funkcionálásra nézve. A statisztikai szignifikancia szint $p<0,05$. Az adatok statisztikai elemzéséhez az SPSS 17-es verzióját használtam.

5. Eredmények

A vizsgálat során használt adatfelvétel megbízhatósága érdekében a kérdőívekre Cronbach Alpha elemzést végeztem. A vizsgálatban alkalmazott kérdőívek Cronbach Alpha mutatói a következők:

Beck depresszió kérdőív (BDI): 0,828; *Caldwell-féle Társas Támogatás skála (SDS)*: 0,663; *Diener-féle Élettel való elégedettség skála (SWLS)*: 0,909; *FACES-IV (OCST)*: Széteső alskála: 0,750; Összetartó alskála: 0,843; Egybefonódott alskála: 0,697; Merev alskála: 0,752; Rugalmasság alskála: 0,804; Kaotikus alskála: 0,836; Családi kommunikáció alskála: 0,911; Családi elégedettség alskála: 0,925; *FAD*: Problémamegoldás alskála: 0,784; Kommunikáció alskála: 0,738; Szerepek alskála: 0,657; Érzelmi Válaszkészség alskála: 0,714; Érzelmi bevonódás alskála: 0,543; Viselkedéskontroll alskála: 0,552; Általános működés alskála: 0,863; *FKV-LIS Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)*: Depresszió alskála: 0,721; FKV Aktív alskála: 0,728; FKV Elterelés alskála: 0,663; FKV Vallásos megküzdés alskála: 0,528; FKV Bagatellizáló megküzdés alskála: 0,578; HADS szorongás kérdőív: 0,841; HADS depresszió kérdőív: 0,824; *Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R)*: Idői lefolyás alskála: 0,895; Ciklikusság alskála: 0,692; Következmények alskála: 0,808; Személyes kontroll alskála: 0,809; Kezelési kontroll alskála: 0,704; Betegségkoherencia alskála: 0,556; Érzelmi reprezentáció alskála: 0,803; *Quality of Life of Epilepsy (Qolie-31)*: Rohamok miatti aggodalom alskála: 0,852; Általános életminőség alskála: 0,781; Érzelmi állapot (jól-lét) alskála: 0,867; Energikusság, levertség alskála: 0,745; Kognitív funkciók alskála: 0,903; Kezelés hatása alskála: 0,790; Társadalmi aktivitás alskála: 0,800; *Rosenberg-féle Önértékelés Skála (RSESH)*: 0,843; *Schwarzer-féle énhatékonyság kérdőív (GSE)*: 0,871; *WHO Well-being Index (WHO-5)*: 0,806.

5.1. Négy mérőeszköz alkalmazása epilepsziás betegek életminőségének vizsgálatában

Az 1. számú táblázatban látható a vizsgálati személyek szociodemográfiai adatai.

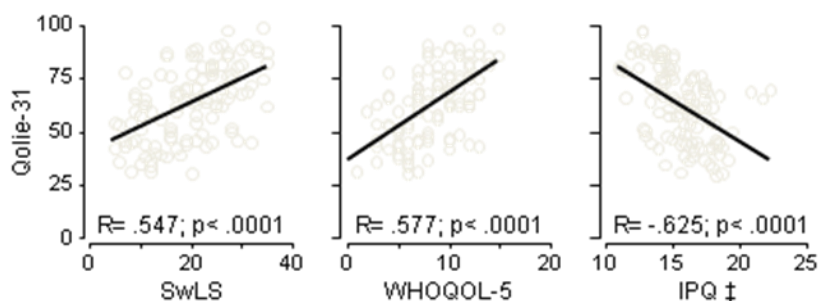
1. számú táblázat: A vizsgált személyek szociodemográfiai adatai

Életkor (átlag±SD, évek)	36.92± 12.33	Epilepszia betegség fennállása / év (%)	
Nem (%)		1	6.1
<i>férfi</i>	41.8	2-5	14.1

<i>nő</i>	58.2	<i>5-10</i>	18.2
Családi állapota (%)		<i>10-15</i>	8.8
<i>egyedülálló</i>	44.7	<i>15+</i>	49.4
<i>házas</i>	55.3	Rohamtípus (%)	
Gyerek van-e (%)		<i>parciális</i>	63.1
<i>0</i>	53.9	<i>generalizált</i>	36.9
<i>1</i>	25.7	Roham gyakoriság (%)	
<i>1+</i>	20.4	<i>Egy roham / 3-4 évente</i>	22.2
Lakhely (%)		<i>Egy roham/ 3-6 havonta</i>	23.6
<i>város</i>	86.4	<i>Havonta</i>	42.2
<i>vidék</i>	13.6	<i>Hetente/Naponta</i>	9.9
Iskolai végzettség (%)		Terápia (%)	
<i>Általános iskola/Szaktanácsos</i>	28.7	<i>monoterápia</i>	30.0
<i>Szakközépiskola/Gimnázium</i>	40.4	<i>politerápia</i>	70.0
<i>Főiskola/Egyetem</i>	29.9	Dohányzás (%)	
Jogi helyzete (%)		<i>nem</i>	80.0
<i>aktív dolgozó/diák</i>	59.4	<i>igen</i>	20.0
<i>betegállomány</i>	25.2	Alkoholfogyasztás (%)	
<i>munkanélküli</i>	7.4	<i>nem</i>	66.1
<i>függő/nyugdíjas</i>	7.9	<i>igen</i>	43.9

5.1.1. Korrelációk-összefüggés vizsgálatok

A négy alkalmazott mérőeszköz (WHOQOL-5, SwLS, IPQ, Qolie-31) eredményei között magas szintű korreláció mutatkozott. Az összefüggések mindenre kiterjedőek voltak a Qolie-31 összpontszáma és az egyes alskálái is korreláltak a többi mérőeszköz eredményeivel, az IPQ összes alskálájával, a WHOQOL-5 és az SwLS összpontszámaival egyetemben (A Spearman- együttható értéke magasabb volt, mint 0,3 és a p értéke kisebb, mint 0,0001 mindegyik esetben). Az összefüggések jól láthatók a 4. ábrán.



4. ábra: Korrelációs összefüggések a Qolie-31 és pszichoszociális mérőeszközök között

5.1.2. Az életminőséget (Qolie-31) befolyásoló faktorok

A Qolie-31 összpontszám nem függött az életkortól, a szociális feltételektől, szociális körülményektől, a született gyermekek számától, a dohányzási és alkoholfogyasztási szokásoktól, a vizsgálati személyt ért stressz hatásoktól és a szomatikus betegségektől sem. (2. számú táblázat)

2. számú táblázat: A szociodemográfiai faktorok és a Qolie-31 közötti összefüggések

Faktorok	Alcsoportok	Qolie-31 overall pontszám	Statisztika
Életkor (évek)	18-29	67.6±3.0	$F_{kor} = 2,73$; n.s. $F_{kor \times alskálák} = 0,45$; n.s.
	30-49	59.5±2.1	
	50-68	62.6±3.6	
	Korreláció (kor*Qolie-31 overall p.sz.)		<i>Spearman R</i> = -0.144; n.s.
Nem †	Férfi	67.7±2.3	$F_{nem} = 7,43$; $p < 0,01$ $F_{nem*alskála} = 2,54$; $p < 0,02$
	Nő	59.3±2.1 *	
	Korreláció (nem* Qolie-31 overall p.sz.)		<i>R</i> = -0.249; $p < 0,01$
Egy háztartásban élők	Egyedül él	61.6±2.3	$F_{living} = 1,57$; n.s. $F_{háztartásx alskála} = 0,99$; n.s.
	Rokonokkal él	45.9±9.1	
	Házastárssal él	64.9±2.3	
	Korreláció (háztartás*Qolie-31 overall p.s.)		<i>R</i> = -0.140; n.s.
Gyermekek van-e	Igen	63.6±2.2	$F_{gyerekek} = 0,19$; n.s. $F_{gyerekek \times alskála} = 0,74$; n.s.
	Nem	62.2±2.3	
	Korreláció (gyermek*Qolie-31 overall p.sz.)		<i>R</i> = -0.046; n.s.
Lakóhely ‡	Város	64.3±1.7	$F_{lakóhely} = 3,89$; $p < 0,05$ $F_{interakció} = 4,13$; $p < 0,001$
	Vidék	55.8±4.0 *	
	Korrelációk (lakóhely*rohamaggodalom) (lakóhely*gyógyszerek mellékhatása) (lakóhely*szociális aktivitás) Egyéb		<i>R</i> = -0.199; $p < 0,05$ <i>R</i> = -0.201; $p < 0,01$ <i>R</i> = -0.187; $p < 0,05$ n.s.
Iskolai végzettség ♦	Főiskola/Egyetem	64.4±2.9	$F_{isk.végzettség} = 1,40$; $p < 0,3$ $F_{iskvégzettség*alskála}$
	Középiskola	64.9±2.8	

	Általános iskola	59.0±2.6 *	k= 1.82; p< 0.05
	Korrelációk (iskolai végzettség*overall p.sz.) (iskolai végzettség*kognitív funkciók) Egyéb		R= -0.252; p< 0.005 R= -0.258; p< 0.001 n.s.

A 2. számú táblázat mutatja az átlagokat és a szórást, az ANOVA elemzéseket és a Spearman-féle korrelációs együtthatókat. A szignifikáns eltéréseket kiemeltem vastag betűvel. †, a nők alacsonyabb pontszámot mutatnak a következő alskálákon: roham aggodalom; energikusság/levertség; kognitív funkcionálás, kezelés hatása (p<0,05); ‡, a városi lakóhelyet jelölő vizsgálati személyek szignifikánsan alacsonyabb pontszámot hoztak a következő alskálákon: rohamok miatti aggodalom, kezelés hatása, és a társadalmi aktivitás (p<0,05); •, a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők (általános iskola) szignifikánsan alacsonyabb pontszámokat mutattak a következő alskálák mentén: rohamok miatti aggodalom, általános életminőség (overall quality of life) és a kognitív funkciók (p<0,05); n.s., nem szignifikáns; *, szignifikáns eltérés mutatkozott a post-hoc összehasonlításokban az ANOVA-elemzéseket követően.

Ezzel szemben a nemi hovatartozás, a lakóhely, az iskolai végzettség, az alvásproblémák, a szorongás és a depresszió mértéke, a rohamtípus és a rohamgyakoriság, a felébredés rohamok által, és az alkalmazott antiepileptikum-terápia hatással van az életminőség alakulására. (2. sz.-4. sz. táblázat).

3. számú táblázat: Az egészséggel összefüggő faktorok és a Qolie-31 kapcsolata.

Faktorok	Alcsoportok	Qolie-31 overall pontsz	Statisztika
Dohányzás (cigaretta/nap)	Nem dohányzik	63.6±1.8	F _{dohányzás} = 0,31; n.s.
	1-10	61.6±5.0	
	11+	59.4±4.9	F _{dohányzásx alskála} = 0.49; n.s.
	Korreláció (dohányzás*Qolie-31 overall pontsz)		R= -0.071; n.s.
Alkoholfogyasztás	Nem fogyaszt	61.2±1.8	F _{alkohol} = 1.18; n.s.
	Ritkán	66.5±3.5	
	Gyakran	64.9±7.9	F _{alkohol x alskála} = 0.93; n.s.
	Korreláció (alkohol*Qolie-31 overall pontsz)		R= 0.139; n.s.
Stressz-hatás	Nem történt	67.2±3.5	F _{stressz} = 1,57; n.s. F _{stressz x alskála} = 1.09; n.s.
	Személyes	57.6±3.0	
	Munkával kapcsolatos	65.9±3.6	
	Halmazott	63.1±2.8	
	Korreláció (stressz*Qolie-31 overall pontsz)		R= -0.091; n.s.
Szomatikus betegségek	Nincs	67.3±3.0	F _{betegség} = 2.75; n.s.
	Egy	64.7±3.2	
	Halmazott	59.1±2.2	F _{betegség x alskála} =

			1.06; n.s.
	Korreláció (szomatikus betegség*Qolie-31 overall pontsz.)		R= 0.139; n.s.
Alvás mennyiség (órák)	4-6h	57.2±2.6	F_{alvásmenny}= 3.75; p< 0.03 F _{alvmenny x alskála} = 1.27; n.s.
	7-8h	65.4±2.1	
	8h+	70.1±5.4 *	
	Korreláció (alvásmennyiség*Qolie-31 overall p.s)		R= 0.319; p< 0.001
Alvásminőség	jó	70.9±1.9	F_{alvásmín}= 17.58; p< 0.001 F _{alvmin x alskála} = 0.92; n.s.
	adekvát	56.7±2.5	
	rossz	47.2±3.4 *	
	Korreláció (alvásminőség*Qolie-31 overall p.sz.)		R= -0.499; p< 0.001
Elalvási nehézségek	soha/ritkán	65.4±1.7	F_{alvnehézség}= 10.34; p< 0.001 F _{alvnehéz x alskála} = 1.71; n.s.
	gyakran/mindig	52.1±3.3 *	
	Korreláció (elalvás*Qolie-31 overall pontsz.)		R= -0.330; p< 0.001
Composite Alvás pontszám	Jó	67.7±2.1	F_{composite}= 10.34; p< 0.001 F _{composite*alskálák} = 1.08; n.s.
	Hiányos	61.1±2.7	
	Rossz	46.1±3.0	
	Korreláció (composite *Qolie-31 overall pontsz.)		R= - 0.374; p< 0.0001
HADS-D (pontszámok)	0-7	69.0±1.6	F_{depresszió}= 23,96; p< 0.001 F _{depresszió x alskála} = 1.37; n.s.
	8-10	45.8±2.8 *	
	11+	52.4±4.2 *	
	Korreláció (HADS-D*Qolie-31 overall pontsz.)		R= -0.647; p< 0.001
HADS-A (pontszámok)	0-7	73.4±1.7	F_{szorongás(2,110)}= 43.77; p< 0.001 F _{szorongás x alskála} = 1.31; n.s.
	8-10	56.7±2.3 *	
	11 +	48.9±2.3 *	
	Korreláció (HADS-A*Qolie-31 overall pontsz.)		R= -0.660; p< 0.001
HADS total pontszám	0-14	71.6±1.6	F_{HADS}= 36.44; p< 0.001
	15-21	50.3±2.5 *	

	22 +	48.8±3.2 *	F _{HADS*alskálák} = 1.20; n.s.
	Korreláció (HADS*Qolie-31 overall pontsz.)		R= -0.682; p< 0.0001

A 3. számú táblázat mutatja az átlagokat ± a szórást, az ANOVA-elemzéseket és a Spearman-féle korrelációs együtthatókat. A szignifikáns eltéréseket vastag betűvel jelöltem. *n.s.*, nincs szignifikáns eltérés, *, szignifikáns eltérés mutatkozott az ANOVA-elemzéseket követő post-hoc tesztekben.

4. számú táblázat: Az epilepszia-specifikus és a kezeléssel összefüggő faktorok kapcsolata az életminőséggel

Faktorok	Alcsoportok	Qolie-31 overall pontszám	Statisztika
Epilepszia fennállása (évek)	1-3	61.0±5.3	F _{epfennállása} = 1,11; n.s.
	4-10	60.3±3.2	
	11 +	65.4±2.0	F _{interakció} = 0.58; n.s.
	Korreláció (epifennállása*Qolie-31 overall p.sz.)		R= -0.061; n.s.
Rohamtípus †	Generalizált	60.2±2.0	F _{típus} = 5,19 ; p< 0.024 F _{típus*alskála} = 2.46; p < 0.03
	Parciális	68.1±2.0 *	
	Korreláció (rohamtípus*Qolie-31 overall p.sz.)		R= -0.213; p< 0.05
Rohamgyak.	Egy roham / 3-4 évente	66.5±3.0	F _{gyakoriság} = 1,57; n.s.
	Egy roham / 3-6 havonta	67.5±4.6	
	Havonta	61.6±2.9	F _{gyakoriság*alskálák} = 1.09; n.s.
	Hetente/naponta	58.2±3.3	
	Korreláció (rohamgyakoriság*Qolie-31 overall pontszám)		R= -0.196; p< 0.05
Felébredés roham miatt	<i>Nem</i>	66.3±1.9	F _{felébredés} = 6.93; p< 0.01 F _{felébredés*alskálák} = 1.06; n.s.
	<i>Igen</i>	57.2±2.9 *	
	Korreláció (felébredés*Qolie-31 overall p.sz.)		R= -0.232; p< 0.05
Antiepileptikum száma	monoterápia	71.9±3.0	F _{terápia} = 11.81; p< 0.0005 F _{terápia*alskálák} = 1.36; n.s.
	politerápia	59.6±1.9 *	
	Korreláció (AEDs*Qolie-31 overall p.sz.)		R= -0.281; p< 0.003
Monoterápia	CARB	73.2±5.9	F

Gyógyszerek típusai	LAMO	71.4±6.1	therapy(2,22)= 0.28; n.s. F _{interaction} (12,132)= 0.24; n.s.
	VALP	67.7±4.1	
Politerápia Gyógyszerek típusai	tartalmaz Levetiracetamot	66.0±3.2	F_{therapy}(1,124)= 4.42; p< 0.05 F _{interaction} (12,132)= 1.13; n.s.
	nem tartalmaz	58.1±2.1 *	

A táblázat az átlagokat ± szórásokat tartalmazza, az ANOVA-elemzéseket, valamint a Spearman-féle korrelációs együtthatókat. A szignifikáns eltéréseket vastag betűvel jelöltem. †, a generalizált rohamtípus mutatott szignifikánsan alacsonyabb pontszámokat a Qolie-31 következő alskáláin: kognitív funkcionális, kezelés hatása, társadalmi aktivitás; *CARB*, carbamazepine; *LAMO*, lamotrigine; *VALP*, valproate; *n.s.*, nincs szignifikáns eltérés; *, szignifikáns eltérés mutatkozott az ANOVA-elemzéseket követő post-hoc tesztekben.

5.1.3. Az általános jól-létet (WHOQOL-5) és az étellel való elégedettséget (SwLS) befolyásoló faktorok

Az előzőekhez képest egy másik kép alakul ki, ha az általános jól-létet és az étellel való elégedettséget befolyásoló faktorokat vizsgáljuk. A táblázatokban a továbbiakban csak a szignifikáns eredményeket tüntetem fel, a vizsgált változók azonosak voltak. (5sz.-7sz. táblázat)

5. számú táblázat: Az általános jól-lét (WHO-5) és az étellel való elégedettség (SwLS) kapcsolata a szociodemográfiai faktorokkal

Faktorok	Alcsoportok	SwLS	WHO-5	Statistics
Életkor	18-29	20.5 ±1.1	9.1 ±0.4	F_{kor}= 3.13; p< 0.05 F _{kor*alskála} = 0.83; n.s.
	30-49	19.7 ±0.9	8.3 ±0.4	
	50-68	16.5 * ±1.4	6.9 * ±0.8	
	Korreláció (életkor*Diener SwLS) Korreláció (életkor*WHO-5)			R= -0,213; p< 0.01 R= -0,153; p= 0.06
Háztartásban élők	Egyedül él	18.4 ±0.9	8.4 0.4±	F_{háztartás}= 3.19; p< 0.05 F _{háztartás x skála} = 1.18; n.s.
	Rokonokkal él	15.9 * ±2.8	5.4 * ±1.7	
	Házastárssal él	21.3 ±0.9	8.4 ±0.4	
	Korreláció (háztartás*Diener SwLS) Korreláció (háztartás*WHO-5)			R= -0.184; p< 0.05 R= -0.062; n.s.

Iskolai végzettség	Főiskola/Egyetem	21.4 ±1.1	8.3 ±0.4	F_{iskvégzettség}= 3.01; p< 0.04 F_{iskvég. x skála}= 3.03; p= 0.05
	Gimnázium/Szakközép p.	19.9 ±1.0	8.8 ±0.4	
	Általános iskola/Szakmunkásképző	17.3 * ±1.1	7.5 ±0.5	
	Korreláció (iskolai végzettség*Diener SwLS) Korreláció (iskolai végzettség*WHO-5)			R= -0.186; p< 0.05 R= -0.061; n.s.

Az 5. számú táblázat az átlagokat ± szórásokat tartalmazza, az ANOVA-elemzéseket, valamint a Spearman-féle korrelációs együtthatókat. A szignifikáns eltéréseket vastag betűvel jelöltem. *n.s.*, nincs szignifikáns eltérés; *, szignifikáns eltérés mutatkozott az ANOVA-elemzéseket követő post hoc tesztekben.

6. számú táblázat: Az egészségi állapottal összefüggő faktorok kapcsolata az általános jól-léttel (WHOQOL-5) és az étellel való elégedettséggel (SwLS)

Faktorok	Alcsoportok	Diener SwLS	WHO-5	Statistics
Stresszorok	Nem történt	23.18 ±1.22	9.09 ±0.52	F_{stressz}= 5.53 p< 0.005 F_{stressz*skála}= 4.19 p< 0.01
	Munkával kapcsolatos	19.91 ±1.77	8.83 ±0.70	
	Személyes	19.61 ±1.15	8.27 ±0.47	
	Halmazott	16.55* ±1.02	7.31* ±0.48	
	Korreláció (stressz*Diener SwLS) Korreláció (stressz*WHO-5)			R= -0.298; p< 0.0001 R= -0.223; p< 0.005
Szomatikus betegségek	Nincs	23.32 ±1.17	9.96 ±0.39	F_{szomatikus}= 12.72 p< 0.0001 F_{szomatikus*skála}= 3.93 p< 0.05
	Egy	20.25 ±1.11	8.26 ±0.54	
	Halmazott	17.05* ±0.85	7.12* ±0.38	
	Korreláció (szomatikus*Diener SwLS) Korreláció (szomatikus*WHO-5)			R= -0.335; p< 0.0001 R= -0.337; p< 0.0001
Alvásmennyiség (órák)	8h+	23.67 ±1.76	9.78 ±0.76	F_{mennyiség}= 8.88 p< 0.001 F_{mennyiség*skála}= 3.71 p< 0.03
	7-8h	20.65 * ±0.74	8.60 ±0.31	
	4-6h	16.43 * ±1.23	6.93 * ±0.54	

	<i>Korreláció (alvásmennyiség*Diener SwLS)</i> <i>Korreláció (alvásmennyiség*WHO-5)</i>			$R = 0.294; p < 0.001$ $R = 0.271; p < 0.001$
Alvásminőség	Jó	22.73 ±0.77	9.41 ±0.33	$F_{\text{minőség}} = 21.61$ $p < 0.0001$ $F_{\text{minőség} \times \text{skála}} = 7.50$ $p < 0.001$
	Adekvát	17.83 * ±0.89	7.63 ±0.42	
	Rossz	12.41 * ±2.07	4.75 * ±0.72	
	<i>Korreláció (alvásminőség*Diener SwLS)</i> <i>Korreláció (alvásminőség*WHO-5)</i>			$R = -0.431; p < 0.0001$ $R = -0.418; p < 0.0001$
Elalvási nehézségek	Nincs / Ritkán	20.42 ±0.64	8.66 ±0.27	$F_{\text{elalvási nehézség}} = 5.53$ $p < 0.02$ $F_{\text{elalvási} \times \text{skála}} = 0.03$ n.s.
	Gyakran / Mindig	17.36 * ±1.87	6.16 * ±0.71	
	<i>Korreláció (alvásznehézség*Diener SwLS)</i> <i>Korreláció (alvásznehézség*WHO-5)</i>			$R = -0.174; p < 0.05$ $R = -0.305; p < 0.0001$
Composite Alvás pontszám	Jó	21.52 ±0.70	8.92 ±0.31	$F_{\text{composite}} = 13.91$ $p < 0.0001$ $F_{\text{composite} \times \text{skála}} = 5.21$ $p < 0.01$
	Hiányos	19.98 ±1.25	8.05 ±0.50	
	Rossz	12.42* ±1.88	5.17* ±0.83	
	<i>Korreláció (composite*Diener SwLS)</i> <i>Korreláció (composite*WHO-5)</i>			$R = -0.278; p < 0.0005$ $R = -0.299; p < 0.0005$
HADS-D	0-7	22.41 ±0.67	9.46 ±0.26	$F_{\text{depresszió}} = 32.78$ $p < 0.0001$ $F_{\text{depresszió} \times \text{skála}} = 8.61$ $p < 0.0005$
	8-10	14.93 * ±1.62	6.07 * ±0.59	
	11+	13.71 * ±0.98	5.21 * ±0.67	
	<i>Korreláció (HADS-D *Diener SwLS)</i> <i>Korreláció (HADS-D *WHO-5)</i>			$R = -0.556; p < 0.0001$ $R = -0.691; p < 0.0001$
HADS-A	0-7	22.83 ±0.73	9.82 ±0.29	$F_{\text{szorongás}} = 25.61$ $p < 0.0001$ $F_{\text{szorongás} \times \text{skála}} = 6.64$
	8-10	15.77 * ±1.19	8.04 ±0.66	

	11+	16.49 * ±1.19	5.63 * ±0.42	p< 0.005
	<i>Korreláció (HADS-A*Diener SwLS)</i> <i>Korreláció (HADS-A *WHO-5)</i>			R= -0.410; p< 0.0001 R= -0.613; p< 0.0001
HADS total	0-14	22.63 ±1.17	9.82 ±0.39	F_{HADS}= 37.55 p< 0.0001 F_{HADS*skála}= 5.89 p< 0.005
	15-21	16.86 ±1.11	6.67 * ±0.54	
	22 +	14.00 * ±0.85	5.00 * ±0.38	
	<i>Korreláció (HADS*Diener SwLS)</i> <i>Korreláció (HADS*WHO-5)</i>			R= -0.524; p< 0.0001 R= -0.686; p< 0.0001

A 6. számú táblázat az átlagokat ± szórásokat tartalmazza, az ANOVA-elemzéseket, valamint a Spearman-féle korrelációs együtthatókat. A szignifikáns eltéréseket vastag betűvel jelöltem. *n.s.*, nincs szignifikáns eltérés; *, szignifikáns eltérés mutatkozott az ANOVA-elemzéseket követő post-hoc tesztekben.

7. számú táblázat: Az általános jól-lét (WHOQOL-5) és az étellel való elégedettség (SwLS) összefüggései az epilepszia-specifikus és kezelés-specifikus faktorokkal

Faktorok	Alcsoportok	SwLS	WHO-5	Statisztika
Antiepileptikumok száma	Monoterápia	22.04 ±1.03	9.15 ±0.41	F_{terápia}= 7.26 p< 0.01 F _{terápia>skála} = 3.65 <i>n.s.</i>
	Politerápia	18.73 * ±0.78	7.81 * ±0.35	
	<i>Correlation (AEDSszáma*Diener SwLS)</i> <i>Correlation (AEDSszáma*WHO-5)</i>			R= -0.207; p< 0.01 R= 0.080; n.s.
Monoterápia Gyógyszer típusa	CARB	20.56 ±1.95	8.44 ±0.77	F _{gyógyszer(3.36)} = 2.01 <i>n.s.</i> F _{interakció(3.36)} = 2.69 <i>n.s.</i>
	LAMO	21.33 ±2.60	8.91 ±1.05	
	VALP	24.57 ±1.51	9.69 ±0.52	
Politerápia Gyógyszer típusa	CARB +	16.6 ±1.4	6.8 ±0.5	F_{gyógyszer}= 5.05 p< 0.05 F _{interakció} = 0.1 <i>n.s.</i>
	CARB -	19.9 * ±0.8	8.5 * ±0.4	

A 7. számú táblázat az átlagokat ± szórásokat tartalmazza, az ANOVA-elemzéseket, valamint a Spearman-féle korrelációs együtthatókat. A szignifikáns eltéréseket vastag betűvel jelöltem. *n.s.*, nincs szignifikáns eltérés; *szignifikáns eltérés mutatkozott az ANOVA-elemzéseket követő post-hoc tesztekben.

Figyelemre méltó, hogy az itt nyert ANOVA-elemzések és korrelációs vizsgálatok támogatták egymást. Bár a Qolie-31 pontszámok alakulására befolyással bírt a vizsgálati személy neme, lakóhelye, és a roham miatti felébredés, ezek egyik sem befolyásolta az általános jól-létet (WHOQOL-5) és az étellel való elégedettséget (SwLS). Ezzel szemben ez utóbbi két mérőeszköz szignifikáns kapcsolatot mutatott az életkorral, a halmozott stresszhatásokkal, a halmozott szomatikus betegségekkel. Az általános jól-létet (WHOQOL-5) és az étellel való elégedettséget (SwLS) mérő eszközök eltérést mutattak abban, hogy „a háztartásban élők” és az „iskolai végzettség” faktorok szignifikánsan befolyásolták az étellel való elégedettséget (SwLS), de nem volt hatásuk az általános jól-létre (WHOQOL-5).

5.1.4. Az IPQ-t befolyásoló faktorok

Az IPQ pontszámokat nem befolyásolták a szociodemográfiai tényezők, kivéve az iskolai végzettséget. Ezzel szemben az általános egészség faktorok többszörös kapcsolódást mutattak az IPQ-val, ahogy ezt korábban a WHOQOL-5 és az SwLS esetében is megfigyelhető volt, míg az epilepszia és betegség-specifikus faktorok hasonlóan a Qolie-31-hez alakultak. A táblázatok a szignifikáns eredményeket tartalmazzák. (8. sz.-10.sz. számú táblázat)

8. számú táblázat: Összefüggések a szociodemográfiai faktorok és az IPQ alskálái között

Faktorok	Kat.	Tl.	Tl.cyc	Cons	P.co n	T.c on.	I.coh.	E.re p.	Statiszti- ka
Életkor (évek)	18-29	18.1 ±0.4	10.2 ±0.6	16.7 ±0.7	16.8 ±0.5	15.7 ±0.3	13.9 ±0.4	15.1 ±0.9	$F_{kor}=1.96$ (n.s.)
	30-49	18.1 ±0.3	10.8 ±0.5	16.9 ±0.6	16.6 ±0.4	16.0 ±0.3	15.0 ±0.5	15.2 ±0.6	$F_{interakció}=0.71$ (n.s.)
	50 +	18.4 ±0.6	11.9 ±0.8	18.2 ±1.1	16.7 ±0.7	16.1 ±0.5	17.0 ±0.7	16.1 ±1.1	
	<i>R</i> <i>p</i> <	<i>0.06</i> <i>n.s.</i>	<i>0.12</i> <i>n.s.</i>	<i>0.15</i> <i>n.s.</i>	<i>0.01</i> <i>n.s.</i>	<i>0.08</i> <i>n.s.</i>	<i>0.337</i> <i>0.001</i>	<i>0.12</i> <i>n.s.</i>	<i>Korrelációk</i>
Egy háztartás- ban élők	házas társ	18.1 ±0.2	10.4 ±0.5	16.4 ±0.6	17.1 ±0.4	16.1 ±0.3	15.0 ±0.4	15.0 ±0.6	$F_{háztartás}=1.43$ (n.s.)
	rokon	19.0 ±0.7	12.5 ±2.3	20.7 ±3.0	19.5 ±1.8	14.2 ±1.0	19.2 ±2.4	17.0 ±3.5	$F_{interakció}=0.27$ (n.s.)
	egyedül	18.1 ±0.3	11.1 ±0.5	17.4 ±0.6	16.3 ±0.4	15.7 ±0.2	14.5 ±0.4	15.4 ±0.7	
	<i>R</i> <i>p</i> <	<i>0.08</i> <i>n.s.</i>	<i>0.193</i> <i>0.05</i>	<i>0.15</i> <i>n.s.</i>	<i>-0.09</i> <i>n.s.</i>	- <i>0.07</i>	<i>-0.01</i> <i>n.s.</i>	<i>0.07</i> <i>n.s.</i>	<i>Korrelációk</i>

						<i>n.s.</i>			
Gyerek	igen	18.5 ±0.3	11.0 ±0.5	17.2 ±0.6	17.2 ±0.4	16.2 ±0.3	16.0 ±0.5	15.2 ±0.7	F _{gyerek} = 2.86 (<i>n.s.</i>) F _{interakció} = 0.46 (<i>n.s.</i>)
	nem	17.9 ±0.3	10.6 ±0.4	16.8 ±0.6	16.5 ±0.4	15.6 ±0.2	14.0 ±0.3	15.2 ±0.6	
	<i>R</i> <i>p</i> <	<i>0.05</i> <i>n.s.</i>	<i>0.05</i> <i>n.s.</i>	<i>0.06</i> <i>n.s.</i>	<i>0.09</i> <i>n.s.</i>	<i>0.09</i> <i>n.s.</i>	<i>0.09</i> <i>n.s.</i>	0.285 0.001	<i>0.07</i> <i>n.s.</i>
Iskolai végzett- ség	főisk ola/ egyet em	18.6 ±0.3	10.3 ±0.6	15.7 ±0.6	16.7 ±0.5	16.0 ±0.3	14.3 ±0.6	15.1 ±0.7	F _{iskvégzettsé g} = 0.90 (<i>n.s.</i>) F _{interakció} = 1.93 (<i>p</i> < 0.05)
	közé p- iskol a	18.0 ±0.3	10.2 ±0.5	17.1 ±0.7	17.3 ±0.5	16.1 ±0.3	14.8 ±0.4	15.0 ±0.7	
	ált/ szak munk ás	17.8 ±0.4	12.4* ±0.5	18.3* ±0.7	15.9 ±0.5	15.5 ±0.4	15.7 ±0.6	16.0 ±1.0	
	<i>R</i> <i>p</i> <	<i>0.11</i> <i>n.s.</i>	0.174 0.05	0.221 0.01	<i>-0.10</i> <i>n.s.</i>	<i>0.04</i> <i>n.s.</i>	0.163 0.05	<i>0.06</i> <i>n.s.</i>	Korrelác iók

A 8. számú táblázat rövidítései: *Kat.* Kategóriák; *Tl.* timeline (idő lefolyás akut-krónikus); *Tl.cyc.* timeline cyclical (idő lefolyás-ciklikusság); *Cons.* consequences (következmények észlelése); *P.con.* personal control (személyes kontroll); *T.con.* treatment control (kezelési kontroll); *I.coh.* illness coherence (betegség koherencia, megértés); *E.rep.* emotional representations (érzelmi reprezentáció); *n.s.* nincs szignifikáns eltérés; *, szignifikáns eltérés mutatkozott az ANOVA-elemzéseket követő post-hoc tesztekben.

Az iskolai végzettség alapján szignifikáns eltérés mutatkozott az „Idő lefolyás-ciklikusság (Timeline-cyclical)” a „Következmények (Consequences)”, valamint a „Betegség koherencia (Coherence)” mentén, ahol az érettségivel nem rendelkező, alacsony iskolai végzettségű csoport mutatott szignifikánsan magasabb pontszámot.

9. számú táblázat: Az általános egészségi állapot faktorok, valamint az IPQ alszállái közötti összefüggések

Fakto- rok	Kat.	Tl.	Tl.cyc	Cons.	P.con	T.co n.	I.coh.	E.re p.	Statisz- tika
Stressz- tényező k	nem történt	17.7 ±0.4	9.0 ±0.7	15.5 ±0.9	16.5 ±0.7	16.6 ±0.4	13.5 ±0.5	13.1 ±0.8	F _{stressz} = 5.17 ; <i>p</i> < 0.005 F _{interakció} = 1.87 ; <i>p</i> < 0.02
	munk ával kapcs olatos	19.1 ±0.5	11.1 ±0.7	17.8 ±0.9	17.5 ±0.8	15.9 ±0.4	14.8 ±0.8	14.8 ±1.2	
	szemé	17.6	10.7	16.5	17.0	15.0	15.0	15.3	

	Iyes	±05	±0.6	±0.8	±0.7	±0.3	±0.5	±0.9	
	halmozott	18.5 ±04	12.3* ±0.6	18.4* ±0.8	16.6 ±0.5	16.1 ±0.4	16.0 ±0.6	17.2* ±0.9	
	<i>R</i>	0.04	0.281	0.222	-0.06	-	0.289	0.274	<i>Korrelációk</i>
	<i>p</i> <	<i>n.s.</i>	0.001	0.01	<i>n.s.</i>	0.07 <i>n.s.</i>	0.001	0.001	
Szomatikus betegségek	nincs	18.1 ±0.5	8.9 ±0.6	15.8 ±0.9	18.1 ±0.5	15.9 ±0.4	14.0 ±0.6	13.3 ±0.8	$F_{\text{szomatikus}} = 3.03$
	egy	18.1 ±0.4	11.1* ±0.6	16.2 ±0.8	16.9 ±0.7	16.0 ±0.4	15.1 ±0.4	15.8* ±1.0	<i>n.s.</i>
	halmozott	18.2 ±0.3	11.9* ±0.5	18.3* ±0.7	15.9 ±0.5	15.8 ±0.3	15.3 ±0.7	16.2* ±0.7	$F_{\text{interakció}} = 3.95;$ <i>p</i>< 0.0001
	<i>R</i>	-	0.293	0.271	-0.237	-	0.14	0.247	<i>Korrelációk</i>
	<i>p</i> <	0.03 <i>n.s.</i>	0.001	0.001	0.005	0.07 <i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	0.005	
Alvás mennyiség (óraszám)	4-6h	18.1 ±0.4	12.3 ±0.6	17.8 ±0.7	16.7 ±0.5	15.6 ±0.3	15.6 ±0.6	16.4 ±0.8	$F_{\text{alv mennyiség}} = 2.16$
	8h	18.2 ±0.2	10.3 ±0.4	17.0 ±0.5	16.9 ±0.4	16.1 ±0.2	14.6 ±0.3	15.1 ±0.6	(<i>n.s.</i>)
	8+	17.7 ±0.7	9.7 ±0.9	15.1 ±1.3	16.8 ±0.8	15.5 ±0.3	14.9 1.1	12.7 ±1.3	$F_{\text{interakció}} = 1.36$ (<i>n.s.</i>)
	<i>R</i>	-	-0.13	-0.11	0.06	0.03	-0.190	-	<i>Korrelációk</i>
	<i>p</i> <	0.05 <i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	0.05	0.188 0.05	
Alvás minőség	jó	18.2 ±0.2	9.7 ±0.4	15.0 ±0.5	17.1 ±0.4	16.0 ±0.2	14.0 ±0.4	13.9 ±0.6	$F_{\text{alv minőség}} = 8.78$
	adekvát	18.1 ±0.4	11.4 ±0.5	18.8* ±0.7	16.6 ±0.6	15.8 ±0.4	15.6 ±0.4	16.2 ±0.8	(<i>p</i> < 0.001)
	rossz	17.8 ±0.6	14.6* ±0.8	20.0* ±1.0	16.0 ±0.8	15.1 ±0.4	17.0* ±1.12	19.2* ±1.3	$F_{\text{interakció}} = 5.71$ (<i>p</i> < 0.0001)
	<i>R</i>	-	0.294	0.389	-0.171	-	0.244	0.294	<i>Korrelációk</i>
	<i>p</i> <	0.05 <i>n.s.</i>	0.001	0.001	0.05	0.10 <i>n.s.</i>	0.01	0.001	
Elalvási nehézségek	nincs/ritkán	18.3 ±0.2	10.3 ±0.3	16.4 ±0.4	17.1 ±0.3	16.1 ±0.2	14.6 ±0.3	14.6 ±0.5	$F_{\text{alv minőség}} = 2.85$
	gyakran/mindig	17.4 ±0.7	13.1* ±0.8	19.0* ±1.0	16.0 ±0.8	14.7 ±0.4	15.6 ±0.9	17.5* ±1.2	(<i>n.s.</i>) $F_{\text{interakció}} = 5.55$ (<i>p</i> < 0.0001)
	<i>R</i>	0.03	0.197	0.198	-0.188	-	0.093	0.308	<i>Korrelációk</i>
	<i>p</i> <	<i>n.n</i>	0.05	0.05	0.05	0.11 0	<i>n.s.</i>	0.001	

						<i>n.s.</i>			
Composite Alvás pont- szám	jó	18.4 ±0.3	10.1 ±0.5	16.1 ±0.6	17.1 ±0.4	16.1 ±0.3	14.5 ±0.4	14.5 ±0.6	F_{composite} = 3.86
	hiány os	17.4 ±0.6	11.2 ±0.7	17.3 ±1.0	17.0 ±0.7	15.7 ±0.4	14.3 ±0.7	15.1 ±0.9	p< 0.05 F_{composite} = 4.03
	rossz	18.1 ±0.6	14.2* ±0.9	19.8* ±0.9	15.8 ±0.8	14.6 ±0.5	17.2* ±1.0	19.0* ±1.4	p< 0.0001
	<i>R</i> <i>p</i> <	- <i>0.03</i> <i>n.s.</i>	0.217 0.01	0.178 0.05	<i>-0.11</i> <i>n.s.</i>	- <i>0.11</i> <i>n.s.</i>	<i>0.13</i> <i>n.s.</i>	0.206 0.01	<i>Korrelá</i> <i>ciók</i>
HADS- D	0-7	18.1 ±0.3	10.1 ±0.4	16.1 ±0.5	17.2 ±0.3	16.2 ±0.2	14.2 ±0.3	13.9 ±0.5	F_{HADS-} D= 4.79
	8-10	18.3 ±0.4	12.2 ±0.8	19.5* ±0.9	14.8 ±0.7	15.3 ±0.3	15.8 ±0.7	17.7* ±1.0	(p< 0.01)
	11 +	17.8 ±0.4	12.2 ±0.9	18.0 ±1.1	17.5 ±0.6	15.1 ±0.4	16.8 ±0.8	18.1* ±1.2	F_{interakció} = 5.64 (p< 0.0001)
	<i>R</i> <i>p</i> <	- <i>0.01</i> <i>n.s.</i>	0.370 0.001	0.302 0.001	-0.162 0.5	- <i>0.09</i> <i>0</i> <i>n.s.</i>	0.321 0.001	0.419 0.001	<i>Korrelá</i> <i>ciók</i>
HADS- A	0-7	17.9 ±0.3	9.3 ±0.4	15.1 ±0.6	16.8 ±0.4	16.2 ±0.2	13.8 ±0.4	13.3 ±0.6	F_{HADS-} A= 13.61
	8-10	18.8 ±0.5	11.6* ±0.6	18.8* ±1.2	17.9 ±0.9	16.3 ±0.5	15.7 ±0.7	17.4* ±1.0	p< 0.0001
	11 +	18.1 ±0.3	12.8* ±0.6	19.1* ±0.6	16.2 ±0.4	15.1 ±0.2	16.2* ±0.5	17.6* ±0.8	F_{interakció} = 5.97 (p< 0.0001)
	<i>R</i> <i>p</i> <	<i>0.06</i> <i>n.s.</i>	0.432 0.001	0.397 0.001	<i>-0.09</i> <i>n.s.</i>	- <i>0.08</i> <i>2</i> <i>n.s.</i>	0.350 0.001	0.447 0.001	<i>Korrelá</i> <i>ciók</i>
HADS total	0-14	18.2 ±0.3	9.8 ±0.4	15.9 ±0.6	17.2 ±0.4	16.3 ±0.3	14.2 ±0.4	13.8 ±0.6	F_{HADS}= 6.76
	15-21	18.2 ±0.5	11.5 ±0.8	17.7 ±1.0	15.0 ±0.7	15.3 ±0.4	15.3 ±0.7	16.1* ±0.9	p< 0.005
	22 +	17.8 ±0.4	13.0* ±0.8	19.3* ±0.9	17.2 ±0.6	15.1 ±0.4	16.5* ±0.7	18.7* ±1.0	F_{interakció} = 5.48 p< 0.0001
	<i>R</i> <i>p</i> <	<i>0.05</i> <i>n.s.</i>	0.429 0.001	0.401 0.001	<i>-0.143</i> <i>n.s.</i>	- <i>0.09</i> <i>n.s.</i>	0.354 0.001	0.451 0.001	<i>Korrelá</i> <i>ciók</i>

A 9. számú táblázat rövidítései: *Kat.* Kategóriák, *Tl.* timeline (idői lefolyás akut-krónikus); *Tl.cyc.* timeline cyclical (idői lefolyás-ciklikusság); *Cons.*consequences (következmények észlelése); *P.con.*

personal control (személyes kontroll); *T.con.*: treatment control (kezelési kontroll); *I.coh.*: illness coherence (betegség koherencia, megértés); *E.rep.*: emotional representations (érzelmi reprezentáció); *n.s.*: nincs szignifikáns eltérés; *: szignifikáns eltérés mutatkozott az ANOVA-elemzéseket követő post-hoc tesztekben.

10. számú táblázat: Az epilepszia és kezelés-specifikus faktorok valamint az IPQ alskálái közötti összefüggések

Faktorok	Kat.	Tl.	Tl.cyc	Cons.	P.con	T.con	I.coh.	E.rep.	Statisztika
Rohamgyakorosság	Egy / 3-4 évente	18.0 ±0.3	8.2 ±0.5	15.8 ±0.8	17.6 ±0.6	16.4 ±0.3	14.4 ±0.6	14.1 ±0.7	$F_{\text{rohamgyakorosság}} = 4.95$ $p < 0.005$ $F_{\text{interakció}} = 4.61$ $p < 0.0001$
	Egy / 3-6 havonta	17.8 ±0.8	9.9 ±0.9	13.8 ±1.0	16.2 ±0.8	16.1 ±0.7	13.0 ±1.0	13.7 ±1.3	
	Havonta	18.7 ±0.4	12.5* ±0.6	17.7* ±0.9	17.2 ±0.6	15.7 ±0.3	16.0 ±0.5	16.4 ±1.0	
	Hetente / Naponta	17.5 ±0.6	13.4* ±0.7	19.1* ±0.9	15.4* ±0.7	14.8 ±0.4	15.2 ±0.6	16.5 ±1.1	
	R $p <$	0.04 <i>n.s.</i>	0.513 0.001	0.306 0.001	-0.212 0.01	-0.180 0.05	0.169 0.05	0.153 0.052	Korrelációk
Felébredés roham miatt	<i>Nem</i>	18.2 ±0.2	10.3 ±0.4	16.3 ±0.5	16.8 ±0.4	16.1 ±0.2	14.6 ±0.4	14.7 ±0.6	$F_{\text{felébredés}} = 3.43$ <i>n.s.</i> $F_{\text{interakció}} = 3.56$ $p < 0.005$
	<i>Igen</i>	17.9 ±0.7	12.4* ±0.7	18.8* ±0.9	16.6 ±0.6	15.0 ±0.5	15.5 ±0.7	16.6* ±0.9	
	R $p <$	0.03 <i>n.s.</i>	0.213 0.01	0.221 0.01	-0.07 <i>n.s.</i>	-0.162 0.05	0.07 <i>n.s.</i>	-0.159 0.05	Korrelációk
No. AEDs	<i>monoterápia</i>	17.9 ±0.3	8.1 ±0.6	14.0 ±0.7	17.3 ±0.5	16.4 ±0.3	14.3 ±0.6	13.7 ±0.8	$F_{\text{terápia}} = 13.55$ $p < 0.0001$ $F_{\text{interakció}} = 10.08$ $p <$
	<i>politerápia</i>	18.2 ±0.3	12.0* ±0.4	18.2* ±0.5	16.6 ±0.4	15.5 ±0.2	15.2 ±0.4	16.0* ±0.6	

									0.000 1
	<i>R</i> <i>p</i> <	0.03 <i>n.s.</i>	0.46 7 0.00 1	0.433 0.001	-0.15 <i>n.s.</i>	-0.10 <i>n.s.</i>	0.13 <i>n.s.</i>	0.215 0.01	<i>Korre</i> <i>lációk</i>
Mono- terápia AED típusa	CARB	17.7 ±0.5	6.8 ±0.7	14.0 ±0.9	17.9 ±0.8	16.4 ±0.5	15.0 ±1.1	14.2 ±1.2	F _{gyógy} szer= 0.46 (<i>n.s.</i>)
	LAMO	18.3 ±0.3	9.3 ±1.2	14.6 ±1.7	17.5 ±1.1	15.4 ±0.6	14.9 ±0.9	14.3 ±1.9	F _{inter} akció= 0.88 (<i>n.s.</i>)
	VALP	17.5 ±0.5	9.1 ±1.2	12.9 ±1.1	16.1 ±0.7	16.9 ±0.6	14.0 ±0.7	12.5 ±1.1	
Polite- rápia AED típusa	CLON +	18.4 ±0.5	12.2 ±0.6	18.4 ±0.8	16.1 ±0.6	15.7 ±0.4	15.7 ±0.6	16.5 ±0.8	F _{gyógy} szer= 3.59 (<i>n.s.</i>)
	CLON-	18.0 ±0.2	10.3 * ±0.4	16.5* ±0.5	17.1 ±0.3	15.9 ±0.2	14.6 ±0.3	14.8 ±0.5	F _{inter} akció= 2.66 (<i>p</i> < 0.02)
	LACO +	18.2 ±0.6	15.0 ±0.9	18.9 ±1.4	15.7 ±1.0	16.2 ±0.6	16.2 ±1.3	17.7 ±1.9	F _{gyógy} szer= 4.01 (<i>p</i> < 0.05)
	LACO-	18.1 ±0.2	10.4 * ±0.3	16.8 ±0.4	16.9 ±0.3	15.9 ±0.2	14.8 ±0.3	15.0 ±0.4	F _{inter} akció= 2.73 (<i>p</i> < 0.02)
	LAMO +	18.3 ±0.3	11.6 ±0.5	17.9 ±0.7	16.7 ±0.4	15.6 ±0.3	14.6 ±0.4	16.0 ±0.7	F _{gyógy} szer= 1.91 (<i>n.s.</i>) F _{inter} akció= 2.40 <i>p</i> < 0.05

A 10. számú táblázat rövidítései: *Kat.* Kategóriák; *Tl.* timeline (idő lefolyás); *Tl.cyc.* timeline cyclical (idő lefolyás-ciklikusság); *Cons.* consequences (következmények); *P.con.* personal control (személyes kontroll); *T.con.* treatment control (kezelési kontroll); *I.coh.* illness coherence (betegség koherencia); *E.rep.* emotional representations (érzelmi reprezentáció); *CARB.* carbamazepine; *LAMO.* lamotrigine; *VALP.* valproate; *LACO.* lacosamide; *CLON.* clonazepam; *n.s.* (zárójelben) nincs szignifikáns eltérés; *. szignifikáns eltérés mutatkozott az ANOVA-elemzéseket követő post-hoc tesztekben.

5.1.5. Többszörös regresszióanalízis

Többszörös regresszióanalízist alkalmaztunk, hogy a fent leírt befolyásoló faktorok súlyát elemezzük, először az egyes mérőeszközöknél szeparáltan. A WHOQOL-5 pontszámának alakulását sem a szocio-demográfiai faktorok sem az epilepszia-és kezelés specifikus faktorok nem jelezték előre (Multiple Rs= 0.053 és -0.262; F értékek 0.43 és 1.78 között, ahol a p értékek 0.5 és 0.11 között). Ezzel szemben az általános egészség-faktorok majdnem 50 százalékban meghatározzák a WHOQOL-5 varianciáját (Multiple R= -0.696; F= 22.77; $p < 0.0001$; $R^2 = 48.5$). Az általános egészség-faktorok közül a WHOQOL-5 varianciáját leginkább meghatározó tényező a HADS pontszám volt (beta= -0.367, $p < 0.0001$), a többi tényező jelentős mértékben nem volt meghatározó.

Az étellel való elégedettség (SwLS) varianciáját, mind a szocio-demográfiai faktorok (Multiple R= -0.406; F= 4.97; $p < 0.0001$; $R^2 = 16.55$), mind az általános egészségi állapottal összefüggő tényezők (Multiple R= -0.567; F= 12.02; $p < 0.0001$; $R^2 = 32.2$), és a kezeléssel kapcsolatos tényezők is (Multiple R= -0.158; F= 4.06; $p < 0.05$; $R^2 = 2.5$) befolyásolják, ugyanakkor az epilepszia-specifius faktoroknak nem volt szignifikáns a szerepe (Multiple R= -0.159; F= 0.91; n.s.). Érdeemes megjegyezni, hogy a kezelés-specifikus faktorok előrejelző ereje nagyon alacsony szintű volt, bár szignifikáns, addig az általános egészséggel összefüggő faktorok kétszer olyan meghatározóak voltak, mint a demográfiai tényezők.

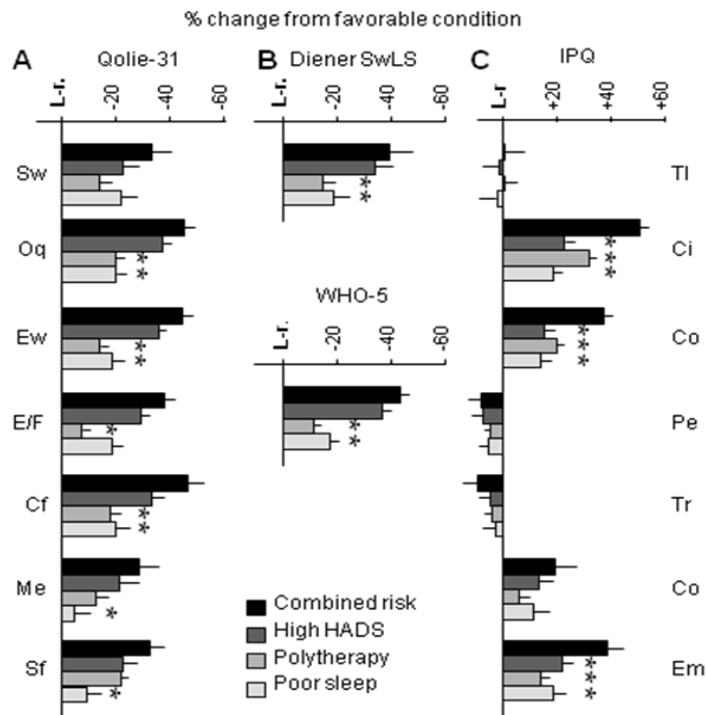
A Qolie-31 összpontszámának varianciáját a változók mind a négy csoportja szignifikánsan befolyásolta. A többszörös regresszióanalízis eredményei alapján sorban (demográfiai, általános egészség faktorok, epilepszia-specifikus és kezelés-specifikus faktorok) a Multiple R értékei a következőképpen alakultak: -0.418, -0.640, -0.346, és -0.283, a kapcsolódó F és p értékek pedig a következőképpen: 3.65 (0.005), 11.72 (0.0001), 3.14 (0.05), és 9.27 (0.005). A Qolie-31 összpontszám varianciáját a demográfiai változók 17,5 százalékban, az általános egészséggel összefüggő faktorok 41 százalékban, az epilepszia-specifikus faktorok 12 százalékban, míg a kezelésfaktorok 8 százalékban befolyásolták. Hasonló előrejelzéseket kapunk a Qolie-31 alskáláira nézve is. Bár mind a négy faktor csoport szignifikánsan befolyásolja a Qolie-31 összpontszám alakulását, az egyes csoportok előrejelző ereje igen eltérőnek mutatkozott. Az egészség-faktorok előrejelző ereje több mint ötszöröse volt a kezelés-

specifikus faktoroknak, az epilepszia-specifikus faktorokhoz képest is háromszor erősebben magyarázza a *Qolie-31* összpontszámának varianciáját.

Az IPQ összpontszám varianciáját leginkább meghatározó befolyásoló faktorokat is kerestük többszörös regresszióanalízis segítségével. Az egyes befolyásoló faktorok sorban a szocio-demográfiai faktorok, az általános egészséggel összefüggő faktorok, az epilepszia-specifikus faktorok és a kezelés-specifikus faktorok voltak. Ezek Multiple R értékei a következők: 0.432, 0.517, 0.391, és 0.392; a kapcsolódó F és p értékek pedig: 5.16 (0.0001), 8.23 (0.0001), 5.65 (0.0005), 5.97 (0.0001). A befolyásoló faktorok négy kategóriája az IPQ összpontszámának varianciáját a következő százalékban befolyásolta: 7%, 26.8%, 15.3%, és 15.4%.

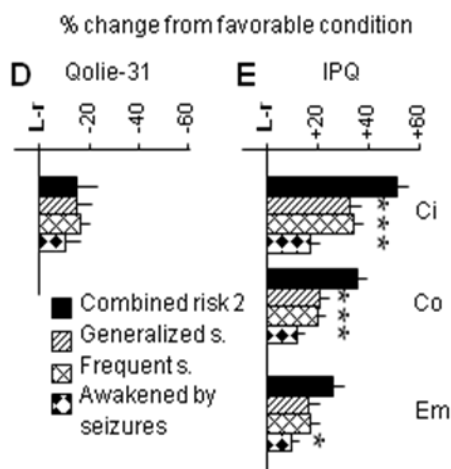
5.1.6. A magas és az alacsony rizikójú csoport

A különböző befolyásoló faktorok további kapcsolódásainak vizsgálatára kialakítottunk a betegek közül olyan alacsony rizikójú betegcsoportot, akiknél nem voltak alvási problémák, alacsony HADS pontszámot produkáltak, és monoterápiát alkalmaztak betegségük kezelésére (N=28). A magas rizikójú csoport ezzel ellentétes jellemzőkkel volt leírható (N=27). E három kiemelt faktor (alvászavarok, HADS és AED terápia milyensége) mind a négy mérőeszközzel kapcsolatot mutatott. A következő lépésben a százalékos eltéréseket néztük az alacsony és a magas rizikójú csoport összehasonlításában, úgy hogy vizsgáltuk az egyes rizikótényezők hatását és azok kombinációját is. Mind a négy mérőeszköz esetében a kombinált rizikó leginkább a magas HADS pontszámmal volt magyarázható, (*Qolie-31*: $F_{\text{factors}} = 9.47$; $p < 0.0001$; $F_{\text{interaction}} = 1.85$; $p < 0.02$; *Diener SwLS és WHOQOL-5*: $F_{\text{factors}} = 10.49$; $p < 0.0001$; $F_{\text{interaction}} = 0.77$; $p < 0.6$) (5. ábra A,B). Az életminőséget meghatározó kérdőíveknél az alvásminőség és a politerápia kevésbé volt meghatározó, mint a kombinált rizikó faktorok együttes hatása, ami statisztikailag nagyon hasonló volt a magas HADS pontszámhoz önmagában. Ezzel szemben additív hatás volt megfigyelhető az IPQ mérőeszköz esetében, ahol a kombinált rizikófaktoroknak nagyobb hatása volt az összpontszám alakulására, mint az egyes faktoroknak külön-külön ($F_{\text{factors}} = 4.06$; $p < 0.01$; $F_{\text{interaction}} = 3.54$; $p < 0.0001$) (5. ábra A,B,C).



5. ábra A,B,C A rizikófaktorok és a kombinált rizikófaktorok hatása az összpontszám alakulására az egyes mérőeszközök esetében

Hasonló helyzet bontakozik ki az *epilepszia-specifikus faktorok* életminőségre gyakorolt vizsgálatában is. Az egyes változóknak (generalizált rohamtípus, felébredés roham miatt és rohamgyakoriság; 4. számú tábla) a hatása a Qolie-31 összpontszámra azonos mértékű, ami nem növekedett jelentősen, ha a három faktort kombináltam (N=19 és N=16 az alacsony és a magas kockázatú csoportban) (6. ábra: D és E)



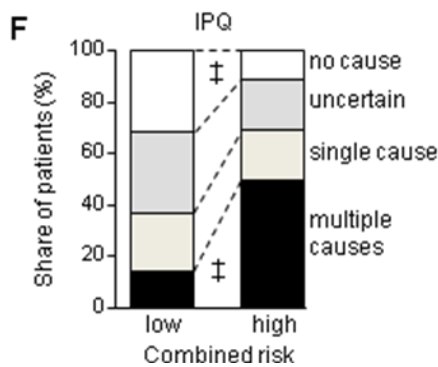
6. ábra D és E: A betegségváltozóhoz kapcsolt rizikófaktorok és kombinált rizikófaktorok hatása az összpontszám alakulására az egyes mérőeszközök esetében

Ezzel szemben az egyes rizikófaktoroknak (gyakori rohamozás, roham miatti felébredés, politerápia, 10. számú táblázat) a magasabb IPQ pontszámok háttérben alacsonyabb hatása van, mint e faktorok kombinációjának ($F_{\text{factors}} = 4.21$; $p < 0.01$; $F_{\text{interaction}} = 3.53$; $p < 0.0001$) (N 26 és 35 fő volt az alacsony és a magas rizikójú csoportban; 6.ábra E).

Az epilepszia és kezelés-specifikus faktorok közül csak az AED terápia milyensége mutatott szignifikáns kapcsolatot a WHOQOL-5 és az SwLS összpontszámaival, így itt kombinált rizikójú csoporttal nem lehetett számolni.

A fent említett változók mellett az IPQ méri a betegségek háttérben álló okokat, azokat az okokat, amiket a betegek szubjektíve, a személyes véleményük alapján a betegségek okának tekintenek. E szempontok alapján összehasonlítottuk az alacsony rizikójú csoportot (ritka rohamozás, nincsen éjszakai felébredés roham miatt, és monoterápia; N=26 fő) a magas rizikójú csoporttal (gyakori rohamozás, éjszakai felébredések rohamozás miatt, politerápia, N=35 fő). Szignifikáns eltérések találhatók a két csoport eredményei között, a magas rizikójú csoport tagjai szignifikánsan magasabb pontszámokat adnak általánosságban (az összes lehetséges okra számolt átlag pontszám az alacsony rizikójú csoport esetében $1,7 \pm 0,08$ pont volt, míg a magas rizikójú csoportnál ez $2,04 \pm 0,15$, ahol $F = 4,82$; $p < 0,05$).

Emellett a magas rizikójú csoport szignifikánsan magasabb pontszámmal jelölte a betegség okaként a stresszt, a rossz orvosi ellátást, az emocionális állapotot és a baleseteket, mint az alacsony rizikójú csoportban (az egyes pontszámok sorban: 2.63 ± 0.24 v.s. 3.29 ± 0.30 , 1.34 ± 0.12 v.s. 2.31 ± 0.32 , 1.97 ± 0.20 v.s. 2.85 ± 0.33 , és 1.60 ± 0.20 v.s. 2.58 ± 0.35 (alacsony vs. magas kockázat= 4.98; $p < 0.05$; F betegség okok= 10.31; $p < 0.0001$; F interaction= 1.77; $p < 0.05$). Más megfigyelhető szignifikáns eltérés más betegség okokkal kapcsolatban nem volt. Érdekes szignifikáns eltérések mutatkoztak a két csoport között azzal kapcsolatban, hogy a betegek egy okot vagy több okot jelöltek-e meg, ahogyan abban is, hogy voltak, akik bizonytalanok voltak, vagy úgy gondolták, hogy az IPQ tesztben felsorolt okok egyike sem felelős az állapotukért. (7. ábra F) (Chi Square = 17.73; df= 9; $p = 0.038$).



7. ábra F: A betegek százalékos aránya a magas és alacsony rizikójú csoportban a betegségek megjelölésének tükrében

Különösen abban mutatkozott szignifikáns eltérés, hogy a magasabb rizikójú csoportban a halmozott okok előfordulása, míg az okok hiánya leginkább az alacsony rizikójú csoportban volt jellemző.

5.2. A szubjektív betegségészlelés és a megküzdési stratégiák szerepe epilepsziás betegek életminőségének alakulásában (II.vizsgálat)

11. számú táblázat. A szociodemográfiai változók leíró statisztikája

Változók	Átlagok (std) vagy a betegek száma százalékosan
Életkor (évek)	36,92 (std: 12,33)
Nemek (férfi/nő)	71/99
Családi állapota (egyedülálló/kapcsolatban élő)	76/94 (44,7% egyedülálló)
Gyerekek száma (nincs/van)	92/78 (54,11% nincs gyermeke)
0	90 (53,9%)
1	43 (25,7%)
2	22 (13,2%)
3	11 (6,6%)
4	0 (0%)
5	1 (0,6%)
Lakóhely (település)	
főváros	86 (50,6%)
megyeszékhely	11 (6,5%)
város	50 (29,4%)
falu/község	23 (13,5%)
Város/Falu	147/23 (86,5% városban él)
Iskolai végzettsége	
kevesebb, mint 8 általános	1(0,6%)
8 általános	20 (11,8%)
szakmunkásképző	28 (16,6%)

gimnázium/szakközépiskola	69 (40,8%)
főiskola	37 (21,9%)
egyetem	14 (8,3%)
Iskolai végzettség (évek)	12,57 (std:2,39)
Jogi helyzet	
Aktív dolgozó	63 (37,5%)
Gyes/Gyed	7 (4,2%)
Munkanélküli	12 (7,1%)
Betegállomány	1 (0,6%)
50% munkaképesség csökkentett	13 (7,7%)
67% munkaképesség csökkentett	24 (14,3%)
100% munkaképesség csökkentett	4 (2,4%)
Saját jogon nyugdíjas és dolgozik	2 (1,2%)
Saját jogon nyugdíjas és nem dolgozik	10 (6%)
Tanuló	18 (10,7%)
Háztartásbeli	1 (0,6%)
Eltartott	2 (1,2%)
Egyéb	5 (3%)
GYES+50% munkaképességcsökkentett	1(0,6%)
GYES+67% munkaképességcsökkentett	1 (0,6%)
Dolgozik, de 67% munkaképesség csökkentett	3 (1,8%)
Dolgozik, de 100% munkaképesség csökkentett	1 (0,6%)
Stresszorok (elmúlt 2 évben) igen/nem	125/45 (72,9% volt stresszor)
Nem fordult elő stresszor	45 (26,5%)
Közeli személy halála vagy súlyos betegsége	36 (21,2%)
Válás/szakítás	8 (4,70%)
Baleset	3 (1,8%)
Munkahely elvesztése	10 (5,9%)
Anyagi veszteségek	12 (7,1%)
Egyéb veszteségek	4 (2,4%)
Halmozott stresszorok	52 (30,6%)
Dohányzás (nem/igen)	136/34 (80% nem dohányzik)
Alkoholfogyasztás (nem/igen)	111/57 (66,1% egyáltalán nem fogyaszt alkoholt)
Testmozgás (igen/nem)	99/69 (41,1%)
Alvásmennyiség	
4 óránál kevesebb	2 (1,2%)
5	13 (7,7%)
6	31 (18,3%)
7	48 (28,4%)
8	56 (33,1%)

>8 óra	19 (11,2%)
--------	------------

11. számú táblázat. A betegség-változók leíró statisztikája n=170

Változók	Átlagok (std) vagy a betegek száma százalékosan
Egészségi állapot (szubj. megítélése)	
nagyon gyenge	7 (4,2%)
gyenge	19 (11,3%)
közepes	62 (36,9%)
jó	70 (41,7%)
kiváló	10 (6%)
Betegség fennállása (évek)	
1 éve	10 (6,1%)
2-5	24 (14,1%)
5-10	31 (18,2%)
10-15	15 (8,8%)
>15	84 (49,4%)
Betegség fennállása (évek átlaga)	17,82 (std: 13,03)
Egészségügyi problémák előfordulása (utóbbi öt évben)	
Nem volt egészségügyi problémája	50 (29,4%)
Egészségügyi probléma volt	44 (25,9%)
Egészségügyi probléma halmozottan volt	76 (44,7%)
Egészségügyi problémák	
Szív és érrendszeri problémák	27 (15,9%)
Tüdőbetegségek	7 (4,1%)
Gyomor és bélrendszeri betegségek	28 (16,5%)
Húgyhólyag és vesebetegség	18 (10,6%)
Nőgyógyászati betegség	10 (5,9%)
Cukorbetegség	7 (4,1%)
Ízületi és mozgásszervi betegség	44 (25,9%)
Bőrbetegség	22 (12,9%)
Alvászavar	33 (19,4%)
Lelki probléma	60 (35,3%)
Egyéb	27 (15,9%)
Rohamtípus	
GTKR	39 (24,7%)
CPR	77(48,7%)
Absence	14 (8,9%)
SPR	17 (10,8%)
Nem világos KPR	1 (0,6%)
Myoclonus	5 (3,2%)
Myoclonus absence	1 (0,6%)
Sec.gen GM	3 (1,9%)
Tónusos roham	1 (0,6%)

Rohamtípus Generalizált/Parciális	59/101 (36,9% generalizált roham)
Rohamgyakoriság	
3-4 évente, vagy ritkábban 1-1- roham	39 (24,22%)
1-2 évente 1-2 roham	16 (9,9%)
3-6 havonta 1-1- roham	22 (13,7%)
Havonta 1-3 roham	49 (30,4%)
Hetente 1-2 roham	19 (11,8%)
Hetente több roham	10 (6,2%)
Naponta több roham	6 (3,7%)
AED terápia	
Monoterápia	51 (30%)
Politerápia	119 (70%)
Kognitív funkciózavar	
Nincs kognitív funkciózavar	103 (64%)
Van kognitív funkciózavar	58 (36%)
Pszichiátriai zavar megléte	
Van pszichiátriai zavar	94 (58%)
Nincs pszichiátriai zavar	68 (42%)

12. számú táblázat: A Qolie-31, a BDI és a Hospital Anxiety and Depression Scale adatai, valamint a megküzdési stratégiát és a szubjektív betegségészlelést mérő skálák leíró adatai

Pszichoszociális skálák	Átlagok (std) vagy a betegek száma százalékosan	Range
Hospital Anxiety and Depression Scale Total Pontszám	14,00 (std=9,52)	0-40
Szorongás	8,2 (std=4,85)	0-20
Depresszió	5,64 (std:5,07)	0-20
Beck-féle Depresszió Skála	5,29 (std=4,69)	0-23
FKV-LIS Depresszió Skála	2,39 (std=0,96)	1-4,8
FKV-LIS Aktivitás Skála	3,18 (std=0,94)	1-5
FKV-LIS Elterelés Skála	3,12 (std=0,86)	1-5
FKV-LIS Vallásosság Skála	2,81 (std=0,81)	1-4,8
FKV-LIS Bagatellizálás Skála	2,92 (std=1,13)	1-5
FKV-LIS Választás 1	28. tétel: Az orvosokban bízom	
FKV-LIS Választás 2	27. tétel=Pontosan tartottam magam az orvosi tanácsokhoz	

FKV-LIS Választás 3	21. tétel=Úgy éreztem ez a sorsom, amit el kell fogadnom	
IPQ Idői lefolyás (akut/krónikus)	18,10 (std=2,71)	6-27
IPQ Ciklikusság	10,89 (std=4,26)	4-20
IPQ Következmények	17 (std=5,31)	6-30
IPQ Személyes kontroll	16,88 (std=3,67)	7-28
IPQ Kezelési kontroll	15,88 (std=2,43)	9-25
IPQ Betegség Koherencia	14,96 (std=3,8)	8-25
IPQ Érzelem reprezentáció	15,21 (std=5,6)	6-30
QOLIE-31 Total Pontszám	65,51 (std=17,1)	31,47-98,2
Energikusság/Levertség	58,86 (std: 19,31)	0-95
Érzelmi állapot-jóllét	60,86 (std: 19,92)	0-96
Társadalmi aktivitás	73,62 (std: 24,98)	0-100
Kognitív funkciók	70,06 (std: 25,31)	13,05-100
Kezelés hatása	58,23 (std: 28,71)	0-100
Rohamok miatti aggodalom	56,71 (std: 29,52)	0-100
Általános életminőség	59,61 (std: 20,44)	0-100

A 12. számú táblázat rövidítései: *HADS DEP*; *HADS ANX*. Hospital Anxiety and Depression Scale, *BECK DEP*. Beck-féle Depresszió skála, *FKV-LIS*. Freiburgi Betegségfeldolgozási Kérdőív, *IPQ-R*. Revised Illness Perception Questionnaire; *QOLIE-31*. Quality of Life in Epilepsy Inventory- 31;

A depresszió mérésére használt HADS teszt alapján a mintában szereplő betegek (n=170) 32,9%-a (azaz 56 személy) mutatott a teszten magas pontszámot, ami depresszióra is utalhat. A HADS teszt alapján a betegek közül 29 fő (17,1%) adott enyhe depresszióra, 12 fő (7,1%), mérsékelt depresszióra, 14 fő (8,2%) közepesen súlyos depresszióra és 1 fő (0,6%) nagyon súlyos fokú depresszióra utaló pontszámot. A Beck-féle 9 tételes Depresszió Skála eredményei alapján a betegek 79,6 százaléka (133 fő) nem mutat depressziót, 18 százalék (30 fő) pontszáma enyhe depresszióra utal, 2,4 százalék (4 fő) pontszáma pedig közepes szintű depresszióra utal. A HADS szorongás skálája alapján pedig a vizsgált személyek 47%-a mutat szorongást, összesen 79 fő.

A vizsgált betegeknél szedett antiepileptikumok hatóanyag szerinti csoportosításban a következők: oxcarbazepin 15 fő (9,3%), valproát 57 fő (35,2%), carbamazepin 48 fő (29,6%), phenytoin 4 fő (2,5%), phenobarbital, pyrimidon 2 fő (1,2%), clonazepam,

clobazam 47 fő (29%), lamotrigin 70 fő (43,2%), felbamat 4 fő (2,5%), gabapentin 4 fő (2,5%), topiramát 14 fő (8,6%), levetiracetam 45 fő (27,8%), zonisamide 11 fő (6,8%), lacosamide 12 fő (7,4%) és 1 fő sultiam (0,6%), valamint rufinamide 1 fő (0,6%).

A 13.-14. számú táblázat mutatja az életkor és az egyes pszichoszociális skálák, a megküzdési stratégiát mérő skálák és a szubjektív betegségészlelést mérő skálák Spearman-féle korrelációs együtthatóit.

13. számú táblázat Az életkor és a HADS, Beck-féle Depresszió Skála, valamint az FKV-LIS skálák Spearman-féle korrelációs együtthatói

	Hads Dep	Hads Anx	Beck Dep	FKV Dep	FKV Akt	FKV Elter	FKV Vall	FKV Bag
Életkor	0,339* *	0,210* *	0,274**	0,122	0,157	0,140	0,154	0,029

14. számú táblázat. Az életkor, az IPQ-R skálái és a Qolie-31 összpontszám Spearman-féle korrelációs együtthatói

	IPQ Idői lef.	IPQ Cikl.	IPQ Köv.	IPQ Szem. kont.	IPQ Kezelési kont.	IPQ Bkoherencia	IPQ Érz Rep r.	QOLIE-31
Életkor	0,021	0,136	0,103	0,005	0,064	0,336**	0,119	-0,174

A szociodemográfiai tényezők hatása a pszichoszociális skálák alakulására

A megküzdési stratégiák közül a **depressziós megküzdési stratégiában** eltérések mutatkoztak a vizsgálati személy jogi helyzete ($\chi^2 = 28,609$ $p = 0,005^{**}$), a munkahely elvesztésétől való félelem ($\chi^2 = 28,609$ $p = 0,005^{**}$), az elmúlt 2 évben előforduló stresszorok mennyisége ($\chi^2 = 8,373$ $p = 0,015^*$), az egészségi állapot szubjektív megítélése ($\chi^2 = 31,038$ $p < 0,001^{**}$), az alvásmennyiség ($\chi^2 = 11,343$ $p = 0,045^*$), valamint az alvásminőség ($\chi^2 = 20,501$ $p < 0,001^{**}$) alakulása alapján.

A kategoriális változók közül a **vallásos megküzdési stratégiában** eltérések mutatkoztak $p < 0,05$ szignifikancia szinten a vizsgálati személyek neme ($F(1;163) = 4,346$ $p = 0,039^*$) (nőknél magasabb pontszám), a beteget ért stresszorok ($F(2;162) = 3,632$ $p = 0,029^{**}$), és az egészségi állapot szubjektív megítélése ($F(4;158) = 4,06$ $p = 0,004^{**}$) mentén.

A bagatellizálás megküzdési stratégia alkalmazásában pedig $p < 0,05$ szignifikancia szinten eltérések mutatkoztak a jogi helyzet ($\text{Chi}=22,796$ $p=0,03^*$) mentén, az egészségi állapot szubjektív megítélése ($\text{Chi}=14,200$ $p=0,007$), valamint az alvásminőség ($\text{Chi}=13,376$ $p=0,01$) alapján.

A 15. számú táblázat a szociodemográfiai kategoriális változók és az FKV megküzdési stratégiák kapcsolatát mutatja a legfontosabb szignifikáns eredményekkel. A 15. számú táblázat mutatja nominális változók esetében a varianciaanalízis során számolt F-hányadost és a szignifikancia-szintet, melyet a nem normális eloszlású változók esetén Kruskal-Wallis teszttel erősítettünk meg.

A kategoriális változók közül **az életminőséget** befolyásoló tényezőkben, szignifikáns eltérés mutatkozott a vizsgálati személy neme alapján ($F(1;112)=7,633$ $p=0,007^{**}$), az alvásmennyiség ($F(5;107)=3,645$ $p=0,004^{**}$) alapján, a munkahely elvesztésétől való félelem ($F(3;67)=5,4$ $p=0,002^{**}$), az egészségi állapot szubjektív megítélése ($F(4;108)=12,252$ $p < 0,001^{**}$), az alvásminőség alapján ($F(4;107)=10,414$ $p < 0,001^{**}$) és kevésbé jelentős módon a jogi helyzet ($F(1;111)=5,995$ $p=0,016^*$) alakulása alapján. (16. számú táblázat)

A szubjektív betegségészlelés faktoraiban eltérések mutatkoztak a következő szociodemográfiai változók mentén: **az IPQ timeline** faktorában e változók mentén szignifikáns eltéréseket nem találtunk. Az **IPQ ciklikusság** faktor mentén szignifikáns eltérések mutatkoztak a vizsgálati személy jogi helyzete ($\text{Chi}=43,531$ $p < 0,001^{**}$), a meglévő stresszorok ($\text{Chi}=14,656$ $p=0,001^{**}$), az egészségi állapot szubjektív megítélése ($\text{Chi}=49,358$ $p < 0,001^{**}$), valamint az alvásminőség ($\text{Chi}=21,744$ $p < 0,001$) alapján. Az **IPQ következmények** faktor megítélésében szignifikáns eltérések mutatkoztak a vizsgálati személy jogi helyzete ($\text{Chi}=52,498$ $p < 0,001^{**}$), a munkahely elvesztésétől való félelem ($\text{Chi}=15,981$ $p=0,001^{**}$), az egészségi állapot szubjektív megítélése ($\text{Chi}=27,234$ $p < 0,001^{**}$), az alvásminőség ($\text{Chi}=28,188$ $p < 0,001^{**}$) valamint kevésbé jelentős mértékben a stresszorok mennyisége ($\text{Chi}=9,292$ $p=0,01^*$) és a munkahelyi befolyásolás mentén ($\text{Chi}=9,093$ $p=0,028^*$). Az **IPQ személyes kontroll** skálájában szignifikáns mértékben eltérés mutatkozott a kategoriális változók közül a munkahely elvesztésétől való félelem alapján ($F(3;105)=2,735$ $p=0,047^*$). Az **IPQ kezelési kontroll** faktor a kategoriális változók közül szignifikánsan jelzett a munkahely elvesztésétől való félelem ($\text{Chi}=9,005$ $p=0,029^*$) valamint a stresszorok

mértéke ($\text{Chi}=6,683$ $p=0,035^*$) változók mentén. Az **IPQ betegségkoherencia** faktor megítélésében szignifikáns eltérések mutatkoztak a következő kategóriális változók alapján: a vizsgálati személy jogi helyzete ($\text{Chi}=25,965$ $p=0,007^{**}$), a stresszorok mértéke ($\text{Chi}=14,479$ $p=0,001^{**}$), az egészségi állapot szubjektív megítélése ($\text{Chi}=11,577$ $p=0,021^*$) és az alvásminőség ($\text{Chi}=11,862$ $p=0,018^*$). Az **IPQ érzelmi reprezentáció** skálájában szignifikáns eltérés a következő kategóriális változók mentén alakult ki: a vizsgálati személy neme ($\text{Chi}=4,906$ $p=0,027^*$), jogi helyzete ($\text{Chi}=22,224$ $p=0,035^*$), a munkahely elvesztésétől való félelem ($\text{Chi}=21,306$ $p<0,001^{**}$), az egészségi állapot szubjektív megítélése ($\text{Chi}=24,920$ $p<0,001^{**}$), az alvásminőség ($\text{Chi}=15,225$ $p=0,004^{**}$), valamint a stresszorok ($\text{Chi}=13,010$ $p=0,001^{**}$) alapján. (16. számú táblázat)

Az 16. számú táblázat mutatja a szociodemográfiai kategóriális változók és az IPQ szubjektív betegségészlelés valamint az életminőség kapcsolatát a legfontosabb szignifikáns eredményekkel, valamint nominális változók esetében a varianciaanalízis során számolt F-hányadost és a szignifikancia-szintet. A nem normális eloszlású változók esetében kiegészítettük a vizsgálatot Kruskal-Wallis tesztek alkalmazásával.

15. számú táblázat: A szociodemográfiai változók és az FKV megküzdési stratégiák kapcsolatát

	Hads Dep	Hads Anx	Beck Dep	FKV Dep	FKV Vall	FKV Bagat
Nem	F(1;130,004)=0,026 p=0,872	F(1;166)=2,121 p=0,147	F(1;163)=3,034 p=0,083	Chi=0,011 p=0,916	F(1;163)=4,346 p=0,039*	Chi=3,827 p=0,05
Jogi helyzet	F(1;166)=6,974 p=0,009**	F(1;150,481)=2,890 p<0,001**	F(1;158,732)=29,306 p<0,001**	Chi=28,609 p=0,005**	F(1;154,252)=1,773 p=0,185	Chi=22,796 p=0,03*
Munkahelyi befolyásolás	F(3;116)=4,005 p=0,009**	F(3;115)=4,091 p=0,008**	F(3;114)=5,033 p=0,003**	Chi: 5,719 p=0,126	F(3;113)=0,489 p=0,690	Chi= 3,025 p=0,388
Munkahely elvesztésétől való félelem	F(3;112)=2,736 p=0,047*	F(3;111)=4,631 p=0,004**	F(3;48,978)=8,548 p<0,001**	Chi=15,163 p=0,002**	F(3;110)=1,046 p=0,375	Chi=6,996 p=0,072
Stresszorok csoport	F(2;167)=7,289 p=0,001**	F(2;165)=5,218 p=0,006**	F(2;97,174)=10,816 p<0,001**	Chi=8,373 p=0,015*	F(2;162)=3,632 p=0,029**	Chi=1,678 p=0,432
Alvásmennyiség	F(5;163)=5,054 p<0,001**	F(5;161)=6,629 p<0,001**	F(5;158)=7,031 p<0,001**	Chi=11,343 p=0,045*	F(5;158)=0,544 p=0,742	Chi=5,491 p=0,359
Egészségi állapot	F(4;163)=9,084 p<0,001**	F(4;161)=10,473 p<0,001**	F(4;22,368)=12,155 p<0,001**	Chi=31,038 p<0,001**	F(4;158)=4,06 p=0,004**	Chi=14,200 p=0,007

A 15. számú táblázat mutatja a nominális változók esetében a varianciaanalízis során számolt F-hányadost és a szignifikancia-szintet, a nominális változók és a pszichoszociális skálák (HADS-Dep, HADS-Anx, Beck depresszió) valamint a megküzdési stratégiák (FKV-LIS) alszkálái között. *HADS-Anx.* Hospital Anxiety and Depression Scale, szorongás-alszkála; *HADS-Dep.* Hospital Anxiety and Depression Scale: depresszió-alszkála, *Beck Dep.* Beck-féle depresszió skála, *FKV Dep.* Freiburgi Betegségfeldolgozási Kérdőív depresszió-alszkála; *FKVAkt.* aktivitás-alszkála; *FKV Elter.* Elterelés-alszkála; *FKV Bagat.* Bagatellizálás-alszkála; *FKV Vall.* Vallásos-megküzdési mód alszkála; * szignifikáns eltérés, p<0,05; ** szignifikáns eltérés, p<0,01**

16. számú táblázat: A szociodemográfiai változók és a betegség-változók hatása a a szubjektív betegségészlelést mérő alskálákra és az életminőségre (Qolie-31)

	IPQ Idői lef.	IPQ Ciklikusság	IPQ Követk.	IPQ Szem.kont.	IPQ Kez.kont.	IPQ BKoher.	IPQ ÉrzReprez.	QOLIE-31
Nem	Chi=0,295 p=0,587	Chi=2,815 p=,093	Chi=0,023 p=0,881	F(1;156)=1,424 p=0,235	Chi=1,603 p=0,206	Chi=0,011 p=0,916	Chi=4,906 p=0,027*	F(1;112)= 7,633 p=0,007**
Jogi helyzet	Chi=9,853 p=0,629	Chi=43,531 p<0,001**	Chi=52,498 p<0,001**	F(1;154)=2,264 p=0,134	Chi=14,845 p=0,25	Chi=25,965 p=0,007**	Chi=22,224 p=0,035*	F(1;111)= 5,995 p=0,016*
Munkahelyi befolyásolás	Chi=0,815 p=0,846	Chi=5,529 p=0,137	Chi=9,093 P=0,028*	F(3;109)=0,855 p=0,467	Chi=0,786 p=0,853	Chi=0,184 p=0,980	Chi=0,560 p=0,905	F(3;70)= 1,646 p=0,187
Munkahely elvesztés fél	Chi=1,381 p=0,710	Chi=6,556 p=0,087	Chi=15,981 p=0,001**	F(3;105)=2,735 p=0,047*	Chi=9,005 p=0,029*	Chi=2,417 p=0,490	Chi=21,306 p<0,001**	F(3;67)= 5,4 p=0,002**
Stresszorok csoport	Chi=0,815 p=0,665	Chi=14,656 p=0,001**	Chi=9,292 p=0,01*	F(2;155)=0,544 p=0,581	Chi=6,683 p=0,035*	Chi=14,479 p=0,001**	Chi=13,010 p=0,001**	F(2;111)= 1,251 p=0,290
Alvás-mennyiség	Chi=2,737 p=0,740	Chi=8,117 p=0,150	Chi=6,189 p=0,288	F(5;152)=,170 p=0,973	Chi=4,060 p=0,541	Chi=9,382 p=0,095	Chi=9,118 p=0,104	F(5;107)= 3,645 p=0,004**
Egészségi állapot	Chi=7,885 p=0,096	Chi=49,358 p<0,001**	Chi=27,234 p<0,001**	F(4;151)=2,115 p=0,082	Chi=3,331 p=0,504	Chi=11,577 p=0,021*	Chi=24,920 p<0,001**	F(4;108)= 12,252 p<0,001**

A 16. számú táblázat rövidítései: *IPQ*. Illness Perception Questionnaire, *IPQ Idői lef.* Idői lefolyás; *IPQ Követk.* Következmények; *IPQ Szem.kont.* Személyes kontroll; *IPQ Kez.kont.* Kezelési kontroll; *IPQ Bkoher.* Betegség koherencia; *IPQ ÉrzReprez.* Érzelmű reprezentáció; *QOLIE-31.* Quality of Life in Epilepsy Inventory- 3; * szignifikáns eltérés; ** p<0,05; ** szignifikáns eltérés; ** p<0,01

A betegségváltozók hatása a pszichoszociális-skálák alakulására

A **Rohamtípus** alapján szignifikáns eltérések mutatkoztak az FKV Aktivitás megküzdési stratégia ($F(5;140)=2,388$ $p=0,019^*$), az IPQ Ciklikusság alszála ($\chi^2=14,149$, $p=0,049^*$), a Qolie-31 Kezelés hatása alszála ($F(5;145)=2,846$ $p=0,006^{**}$), valamint a kognitív zavar ($\chi^2=20,343$, $p=0,009^{**}$) és a pszichiátriai zavar változók ($\chi^2=20,343$, $p=0,009^{**}$) mentén.

A **Generalizált és Parciális Rohamtípusokba** történő csoportosítás során szignifikáns eltérések mutatkoztak a Qolie-alszála, így az Érzelmi állapot ($\chi^2=4,702$ $p=0,03^*$), a Kognitív funkcionálás ($F(1;151)=6,421$, $p=0,012^{**}$), a Kezelés hatása ($F(1,154)=7,569$ $p=0,007^{**}$) és a Társadalmi aktivitás ($\chi^2=5,194$, $p=0,023^*$) alszála mentén, valamint szignifikáns eltérés mutatkozott az IPQ betegségek – stressz ($\chi^2=7,784$, $p=0,005^{**}$) változójában, a kognitív zavar ($\chi^2=5,125$, $p=0,024^*$) és a pszichiátriai zavar ($\chi^2=5,058$ $p=0,025^*$) változók mentén.

A legjelentősebb eltérések a **rohamgyakoriság** mentén voltak. Szignifikáns eltérés mutatkozott a HADS szorongás ($\chi^2=6,692$ $p=0,035^*$) és Total ($\chi^2=7,641$ $p=0,022^*$) pontszámot tekintve, a Beck Depresszió ($\chi^2=8,540$ $p=0,014^{**}$), az FKV depresszió ($\chi^2=7,346$ $p=0,025^*$), az FKV Vallásosság ($F(2;153)=4,053$ $p=0,019^*$), valamint az IPQ alszála közül a Ciklikusság ($\chi^2=41,732$ $p<0,001^{**}$), a Következmények ($\chi^2=19,824$ $p<0,001^{**}$), a Személyes kontroll ($F(2;147)=4,127$ $p=0,018^*$), a Betegségkoherencia ($\chi^2=6,343$ $p=0,042^*$) és az Érzelmi reprezentáció ($\chi^2=6,889$ $p=0,032^*$) mentén. A Qolie-alszála közül szignifikáns eltérés mutatkozott a Roham aggodalom ($\chi^2=6,318$ $p=0,042^*$), az Általános életminőség ($F(2;150)=4,238$ $p=0,016^*$), az Érzelmi állapot ($\chi^2=8,276$ $p=0,016^*$) és a Kognitív funkcionálás ($F(2;151)$ $W=11,141$ $p<0,001^{**}$) mentén. Továbbá eltérések voltak az alvásminőség ($\chi^2=8,824$ $p=0,012^*$) és az egészségi állapot szubjektív megítélése ($\chi^2=12,162$ $p=0,002^{**}$) mellett a pszichiátriai ($\chi^2=33,854$ $p<0,001^{**}$) és kognitív zavar ($\chi^2=23,400$ $p<0,001^{**}$) mértékében is.

A betegségváltozók közül az **AED terápia milyensége** (mono vagy politerápia) is szignifikáns eltéréseket hozott a következő változók mentén: Beck Depresszió

(Chi=7,604 p=0,006**); WHO jóllét (F(1;159)=4,997 p=0,027*); IPQ Ciklikusság (Chi=16,925 p<0,001**); IPQ Következmények (Chi=7,667 p=0,006**) IPQ Kezelési kontroll (Chi=5,656 p=0,017*); Betegségek_saját viselkedés (Chi=4,39 p=0,036*) és a Qolie-31 alszkálái közül: Érzelmi állapot (Chi=7,616 p=0,006**); Társadalmi aktivitás (Chi=10,088 p=0,001**); Általános életminőség (F(1;160)=12,032 p=0,001**); Kognitív funkciók (F(1;161)=5,598 p=0,019*); Kezelés hatása (F(1;164)=4,08 p=0,045*), valamint a Kognitív zavar (Chi=4,028 p=0,045*); a Pszichiátriai zavar (Chi=8,026 p=0,005**); és az egészségi állapot szubjektív megítélése alapján (Chi=14,213 p<0,001**).

A 17. számú táblázat a vizsgált pszichoszociális skálák és megküzdési stratégiákat mérő skálák korrelációs mátrixa a Spearman-féle korrelációs együttható feltüntetésével (parciálva az életkor).

A megküzdési stratégiák közül a társuló komorbid depresszióval együtt jár a depressziós megküzdési stratégia (r=717**), valamint a bagatellizálás (r=381**), a szorongás állapota szintén erős együtt járást mutatott a depressziós megküzdési stratégiával (r=547**) és a bagatellizálással (r=,407**).

17. számú táblázat. A pszichoszociális skálák és a megküzdési stratégiák korrelációs-mátrixa a Spearman-féle korrelációs együtthatók feltüntetésével

	Hads Dep	Hads Anx	Beck Dep	FKV Dep	FKV Akt	FKV Elter	FKV Vall	FKV Bagat
Hads Dep	1	0,794**	0,539**	0,398**	-0,125	-0,014	0,019	0,228+
Hads Anx	0,794**	1	0,693**	0,547**	-0,105	0,068	0,129	0,407**
Beck Dep	0,539**	0,693**	1	0,717**	-0,027	,1	0,195	0,381**

A 17. számú táblázat rövidítései: *HADS Dep*: Hospital Anxiety and Depression Scale: depresszió alszkála, *HADS Anx*: Hospital Anxiety and Depression Scale: szorongás alszkála; *Beck Dep*: Beck-féle depresszió skála; *FKV Dep*: Freiburgi Betegségfeldolgozási kérdőív depresszió-alszkála; *FKV Akt*: aktivitás-alszkála; *FKV Elter*: Elterelés-alszkála; *FKV Bagat*: Bagatellizálás-alszkála; *FKV Vall*: Vallásos-megküzdési mód alszkála; * szignifikáns eltérés, p <0,05; ** szignifikáns eltérés, p <0,01

A 18. számú táblázatban (életkor parciálva, kontroll alatt tartva) a társuló depresszió a betegségeszlelés faktorai közül együtt járást mutat az IPQ Ciklikusság (r=0,384**), Következmények (r=0,400**), és Érzelmi reprezentáció (r=0,426**) faktoraival, valamint hasonló, de kevésbé erős együtt járást mutat a társuló szorongás állapota is a

Ciklikussággal ($r=0,320^{**}$), a Következményekkel ($r=0,350^{**}$), továbbá az Érzelmi reprezentációval ($r=0,343^{**}$).

18. számú táblázat. A pszichoszociális skálák és a betegségészlelés faktorainak korrelációs-mátrixa a Spearman-féle korrelációs együtthatók feltüntetésével.

	IPQ Idői lef.	IPQ Ciklikusság	IPQ Köv.	IPQ Személyes kontr.	IPQ Kezkont.	IPQ Betkoh	IPQ Érzelmi reprezent.	Qolie-31
Hads Dep	- 0,096	0,215+	0,187	-0,109	-0,084	0,186	0,233+	- 0,467 **
Hads Anx	0,011	0,320**	0,350**	-0,129	-0,064	0,222+	0,343**	- 0,605 **
Beck Dep	0,006	0,384**	0,400**	-0,047	-0,104	0,206+	0,426**	- 0,687 **

A 18. számú táblázat rövidítései: *IPQ*. Illness Perception Questionnaire, *IPQ Idői lef.* Idői lefolyás, *IPQ Köv.* Következmények, *IPQ Személyes kontr.* Személyes kontroll; *IPQ Kezkont.* Kezelési kontroll; *IPQ Betkoh.* Betegség koherencia alszála; *IPQ Érzelmi reprezent.* Érzelmi reprezentáció; *Qolie-31.* Quality of Life in Epilepsy Inventory-31; * szignifikáns eltérés $p < 0,05$; ** szignifikáns eltérés $p < 0,01$

A 19. számú táblázatban (életkor parciálva, kontroll alatt tartva) a szubjektív betegségészlelés és a megküzdési stratégiák együttjárását vizsgálva elmondható, hogy a depresszív megküzdési stratégia a betegségészlelés Következmények ($r=0,604^{**}$) faktorával, az Érzelmi reprezentációval ($r=0,644^{**}$), valamint a Betegség koherencia ($r=0,450^{**}$) és a Ciklikusság faktoral ($r=0,457^{**}$) közepesen erős korrelációt mutat. A vallásos-spirituális megküzdési stratégia szintén a Következményekkel ($r=0,372^{**}$), a Ciklikussággal ($r=0,273^{**}$), az Érzelmi reprezentációval ($r=0,363^{**}$) mutat gyenge együtt járást. (19.számú táblázat) A bagatellizálás megküzdési stratégiája pedig közepes erősségű kapcsolatot mutat a Ciklikussággal ($r=0,443^{**}$), az Érzelmi reprezentációval ($r=0,553^{**}$), a Következmények faktoral ($r=0,382^{**}$), valamint a Betegségkoherenciával ($r=0,305^{*}$) és a Kezelési kontrollal ($r=-0,305^{*}$) gyenge kapcsolatot. (19. számú táblázat)

19.számú táblázat. A megküzdési stratégiák és a betegségészlelés faktorainak korrelációs-mátrixa a Spearman-féle korrelációs együtthatók

	IPQ Idői lefolyás	IPQ Ciklikus- ság	IPQ Következ- mények	IPQ Személyes kontroll	IPQ Kezelési kontroll	IPQ Betegség koherencia	IPQ Érzelmi reprezen- táció	Qolie-31
FKV Dep	0,036	0,457**	0,604**	-0,103	-0,133	0,450**	0,644**	-0,705**
FKV Akt	0,145	0,292*	0,243+	0,205	0,006	0,136	0,252*	-0,028
FKV Elter	0,152	0,194	0,236+	0,137	-0,132	0,223+	0,198	-0,055
FKV Vall	-0,037	0,273*	0,372**	0,208+	0,025	0,229+	0,363**	-0,153
FKV Bagat	-0,146	0,443**	0,382**	0,168	-0,305*	0,305*	0,553**	-0,524**

A 19. számú táblázat rövidítései: *FKV Dep.* Freiburgi Betegségfeldolgozási Kérdőív Depresszió-alskála; *FKVAkt.* Aktivitás-alskála; *FKVElter.* Elterelés-alskála; *FKV Bagat.* Bagatellizálás-alskála; *FKV Vall.* Vallásos megküzdési mód alskála; *IPQ.* Illness Perception Questionnaire alskála, *Qolie-31.* Quality of Life in Epilepsy Inventory-31; * szignifikáns eltérés p <0,05; ** szignifikáns eltérés p <0,01

A 20. számú táblázatban (életkor parciálva, kontroll alatt tartva) az epilepsziás betegek életminőségét befolyásoló betegségezéselési faktorok közül az Érzelmi reprezentációnak ($r = -0,549^{**}$), a Következményeknek ($r = -0,495^{**}$), valamint a Ciklikusságnak ($r = -0,495^{**}$) van jelentős szerepe. Az életminőséget befolyásoló megküzdési stratégiák közül (lásd 19. számú táblázat) pedig a depresszív megküzdési stratégiának ($r = -0,705^{**}$) és a bagatellizálásnak ($r = -0,524^{**}$) van szerepe.

20. számú táblázat: Az életminőség és a szubjektív betegségezéselés faktorainak korrelációs-mátrixa a Spearman-féle korrelációs együtthatók feltüntetésével

	IPQ Idlef	IPQ Ciklic.	IPQ Követk.	IPQ Szem kont.	IPQ Keze- lésiko ntr.	IPQ Bkohe- rencia	IPQ Érzrep r.	Qolie- 31
Qolie- 31	0,11 6	-0,495**	-0,495**	0,202	0,218 +	-0,268*	- 0,549* *	1

A 20. számú táblázat rövidítései: *IPQ*. Illness Perception Questionnaire, *IPQ Idlef*. Idői lefolyás, *IPQ Ciklic*. Ciklikusság; *IPQ Követk*. Következmények, *IPQ Szemkont*. Személyes kontroll alszkála; *IPQ Kezelésikontr*. Kezelési kontroll alszkála; *IPQBkoherencia*. Betegség koherencia alszkála; *IPQ Érzrepr*. Érzelmi reprezentáció alszkála; *Qolie-31*. Quality of Life in Epilepsy Inventory-31; * szignifikáns eltérés $p < 0,05$; ** szignifikáns eltérés $p < 0,01$

Többszörös regresszióanalízis (Módszer: Enter) segítségével vizsgáltuk a megküzdési stratégiák valamint a betegségezéselés szerepét az életminőség alakulására. A statisztikai szignifikancia szint $p < 0,05$.

21. számú táblázat: Az életminőséget (Qolie-31) leginkább befolyásoló tényezők lineáris regresszióanalízisa során számolt coefficiens táblázat (modell 1)

Coefficients^a

Model 1	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	87,460	7,995		10,939	,000	71,572	103,349
Nem	-5,281	1,921	-,152	-2,749	,007	-9,099	-1,463
Beck Dep	-1,390	,276	-,376	-5,031	,000	-1,939	-,841
FKV Dep megküzdés	-4,514	1,451	-,239	-3,110	,003	-7,398	-1,629

FKV Akt megküzdés	3,059	1,118	,158	2,736	,008	,837	5,282
IPQ Következmények	-,708	,223	-,199	-3,179	,002	-1,151	-,265
Egészségi állapot szubj	4,750	1,180	,255	4,027	,000	2,405	7,094
Rohamtípus G_P	-5,096	2,005	-,141	-2,542	,013	-9,080	-1,111

A Béta együttható alapján elmondható, hogy minél inkább depressziós a vizsgálati személy, és minél inkább a depresszív megküzdés jelenik meg stressz kezelésében, annál kevésbé ítéli meg pozitívan életminőségét. A megküzdési stratégiák közül pedig minél inkább megjelenik az Aktív megküzdési stratégia, valamint az egészségi állapot pozitív szubjektív megítélése annál pozitívabb a beteg életminősége. Elmondható, hogy azonos, egyéb értékek mellett a nők életminősége szignifikánsan alacsonyabb a férfiakhoz viszonyítva, valamint a személy szubjektív betegségészlelésében a következmények megítélése minél súlyosabb, annál negatívabb az életminőség megítélése is. E modellben az életminőséget legerősebben meghatározó tényezők: a depresszió mértéke, az egészségi állapot szubjektív megítélése, a betegség következményeinek szubjektív észlelése, a depresszív megküzdési stratégia mértéke, a vizsgálati személy neme, az aktív megküzdési stratégia, valamint a rohamtípus voltak.

2. modell (22. számú táblázat): A 2. modellbe az alvásminőség alakulását léptetve a Beta coefficient mutatók a következő módon alakultak. A vizsgált modellben a Beck-féle depresszió (Beta coefficient=-0,351, $t=-4,703$, $p<0,001^{**}$), a Depressziós megküzdési stratégia (Beta coefficient=-0,235, $t=-3,123$, $p=0,002^{**}$), az Egészségi állapot szubjektív megítélése (Beta coefficient=0,232, $t=3,643$, $p<0,001^{**}$), a vizsgálati személy neme (nő) (Beta coefficient=-0,162, $t=-3,008$, $p=0,003^{**}$), az IPQ következmények (Beta coefficient=-0,161, $t=-2,572$, $p=0,012^{*}$), az Aktív megküzdési stratégia (Beta coefficient=0,146, $t=2,572$, $p=0,012^{*}$), a Rohamtípus milyensége (Beta coefficient=-0,138, $t=-2,527$, $p=0,013^{*}$), valamint az Alvásminőség (Beta coefficient=-0,125, $t=-1,995$, $p=0,049$) az életminőség összpontszám varianciájának 75,6%-át magyarázza (modell3: $F=33,333$, $p<0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,733$).

22. számú táblázat: Az életminőséget (Qolie-31) leginkább befolyásoló tényezők lineáris regresszióanalízisa során számolt coefficiens táblázat (modell2)

Coefficients^a

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error				Lower Bound	Upper Bound
Model 2			Beta				
(Constant)	92,551	8,307		11,142	,000	76,038	109,065
Nem	-5,671	1,885	-,162	-3,008	,003	-9,419	-1,924
Beck Dep	-1,299	,276	-,351	-4,703	,000	-1,849	-,750
FKV Dep megküzdés	-4,430	1,418	-,235	-3,123	,002	-7,250	-1,610
FKV Akt megküzdés	2,818	1,095	,146	2,572	,012	,640	4,996
IPQ_Következmények	-,575	,224	-,161	-2,572	,012	-1,020	-,131
Alvásminőség	-2,176	1,091	-,125	-1,995	,049	-4,346	-,007
Egészségi állapot szubj	4,320	1,186	,232	3,643	,000	1,963	6,677
Rohamtípus G_P	-4,970	1,967	-,138	-2,527	,013	-8,880	-1,060

5.3. Epilepsziás betegek és családtagjaik pszichoszociális és családi funkcionálás vizsgálata (III.vizsgálat)

23. számú táblázat: Az epilepsziás beteg csoport és a kontroll csoport szociodemográfiai adatait mutatja n=84 (III.vizsgálat)

Változók	Epilepsziás csoport	Kontroll csoport	F/khi	p
Nem (férfi/nő)	17/25 (40,5%- 59,5%)	20/23 (46,5%- 53,5%)	Pearson chi:0,315	p=0,575
Életkor	40,95 std: 13,02	30,71 std: 10,12	Anova: F: 16,173	p=0,000**

Iskolai végzettség				
8 általános	8 (19%)	1 (2,3%)	19,291	0,001**
Szakmunkásképző	9 (21,4%)	1 (2,3%)		
Szakközépiskola/Gimnázium	17 (40,5%)	18 (41,9%)		
Főiskola	6 (14,3%)	19 (44,2%)		
Egyetem	2 (4,8%)	4 (9,3%)		
Jogi helyzet			29,025	0,001**
Aktív dolgozó	16 (39%)	23 (53,5%)		
Munkanélküli	4 (9,8%)	1 (2,3%)		
50% leszázalékolt	1 (2,4%)	0 (0%)		
67% leszázalékolt	6 (14,6%)	0 (0%)		
100% leszázalékolt	2 (4,9%)	0 (0%)		
Nyugdíjas és dolgozik	0 (0%)	1 (2,3%)		
Nyugdíjas, nem dolgozik	4 (9,8%)	0 (0%)		
Tanuló	3 (7,3%)	15 (34,9%)		
Eltartott	0 (0%)	1 (2,3%)		
Egyéb	2 (4,9%)	2 (4,7%)		
Munkaképesség leszázalékolt+aktív dolgozó	3 (7,3%)	0 (0%)		

Az epilepsziás betegek csoportja és a kontroll csoport között szignifikáns eltérést találhatunk az életkorban, ahol az epilepsziások átlagéletkora: 40,95 (std:13,02), a kontroll csoporté pedig 30,71 (std:10,12) volt a mintában. A későbbi összefüggések keresésénél az életkort (parciáltuk, kontroll alatt tartottuk) hogy ne befolyásolja a korrelációs együtthatók alakulását. A két csoport a nemek vonatkozásában azonosnak bizonyult, szignifikáns eltérést nem mutatott. Az iskolai végzettségüket és a jogi helyzetüket tekintve azonban szignifikáns eltérés mutatkozott a két csoport között. A kontroll csoport magasabb iskolai végzettséggel rendelkezett, és jogi helyzetüket tekintve az aktív munkavállalók és a tanulók száma magasabbnak bizonyult. A két minta összehasonlítása ANOVA-elemzéssel történt, vagy Robusztus tesztekkel Welch és Brown-Forsythe tesztekkel, a nem normál eloszlású skálák esetén Kruskal-Wallis teszt alkalmazására került sor.

24. számú táblázat: A vizsgált pszichoszociális és családi funkcionálást mérő skálák összehasonlítása a két csoport (epilepsziás betegek és a kontroll csoport) között

Mérőeszköz	Skálák	Epi csoport	Kontroll csoport	Kruskall-Wallis chi/ F	p
WHO-5		8,12 (3,4)	9,32 (2,60)	3,325	0,072

Diener SWLS		20,14 (8,02)	26,02 (5,53)	Welch:1 5,378	0,000**
Rosenberg RSESH		28,61 (5,87)	34,13 (4,60)	22,670	0,000**
Caldwell SDS		11,88 (4,61)	14,76 (4,48)	8,552	0,004
Beck BDI		5,55 (3,95)	3,76 (3,76)	4,424	0,039*
Schwarzer GSE		7,04 (2,94)	9,51 (1,83)	Welch:2 1,332	0,000**
HADS	HADS Dep	Mean Rank: 63,33	Mean Rank: 23,14	56,90	0,000**
	HADS Anx	12,65 (4,52)	5,23 (3,73)	66,691	0,000**
Egsállapot szubj.megítélése		Mean Rank: 32,77	Mean Rank: 52,99	17,368	0,000**
Életmin. szubj.megítélése/elmúlt hó		Mean Rank: 50,13	Mean Rank: 35,22	9,502	0,002**
Munkahely befolyásolás		Mean Rank: 30,96	Mean Rank: 36,18	Chi:1,28 2	0,258
Munkahely elvesztésétől való félelem		Mean Rank: 39,66	Mean Rank: 28,96	Chi: 5,710	0,017*
Munkánélküli attitűd		Mean Rank: 10,44	Mean Rank: 15,10	Chi: 2,701	0,1
FAD	Problémamegoldás	1,85 (0,44)	1,80 (0,52)	0,278	0,599
	Kommunikáció	2,00 (0,43)	1,83 (0,52)	2,443	0,122
	Szerepek	2,29 (0,34)	2,09 (0,48)	3,947	0,051
	Érzelmi vőkészség	1,97 (0,58)	2,02 (0,51)	0,187	0,667
	Érzelmi bevonódás	1,89 (0,59)	1,87 (0,63)	0,05	0,824
	Viselkedéskontroll	2,29 (0,56)	2,31 (0,38)	0,023	0,880
	Általános működés	1,83 (0,48)	1,75 (0,62)	0,311	0,579
FACES IV.(OCST)	Kohézió- Széteső	13,57 (5,26)	12,67 (4,97)	0,642	0,425
	Kohézió-	28,84 (4,17)	29,40 (4,70)	0,317	0,575

	Összetar- tó				
	Kohézió- Egybefo- nódó	16,36 (5,11)	17,32 (3,90)	0,908	0,344
	Flex- Merev	17,77 (4,78)	17,17 (4,13)	0,370	0,545
	Flex- Rugal- mas	26,5 (5,02)	27,00 (5,17)	0,182	0,671
	Flex- Kaotikus	11,39 (4,08)	12,59 (5,65)	1,234	0,270
	Családi komm.	40,00 (6,54)	40,5 (7,41)	0,106	0,746
	Családi elégedett ség	34,12 (7,96)	35,40 (7,41)	0,549	0,461

A 24. számú táblázat rövidítései: *WHO-5*. WHO Well-Being Index, *Diener SWLS*. Diener-féle Énhatékonyság Skála, *Rosenberg RSESH*. Rosenberg-féle Önértékelés Skála, *Caldwell SDS*. Caldwell-féle Társas Támogatás Skála, *Beck BDI*. Beck-féle Depresszió Skála, *Schwarzer GSE*. Schwarzer-féle Énhatékonyság Skála, *HADS*. Hospital Anxiety and Depression Scale, *FAD*. Family Assessment Device: McMaster-féle Családmérési Eszköz, *FACES-IV (OCST)*. Olson-féle Család Teszt, * szignifikáns eltérés $p < 0,05$, ** szignifikáns eltérés $p < 0,01$.

A 24. táblázat eredményeiből kiolvasható, hogy a pszichoszociális skálák mentén van a két csoport között több szignifikáns eltérés is, ugyanakkor a családi funkciókat mérő skálák szignifikáns eltéréseket nem mutattak. Sem a FAD skálák, sem a FACES-IV skálái nem mutattak szignifikáns eltérést a két csoport között. A szignifikáns eltéréseket egy összefoglaló táblázatban (25. számú táblázat) láthatjuk:

25. számú táblázat: Szignifikáns eltérések az epilepsziás betegek és a kontroll csoport között

EPI vizsgálati személyek magasabb pontszámot értek el a következő skálákon	Kontroll vizsgálati személyek magasabb pontszámot értek el a következő skálákon
életkor	Egészségi állapot szubjektív megítélése
munkahely elvesztésétől való félelem	Élettel való elégedettség
Beck depresszió és HADS depresszió	Rosenberg-önértékelés
HADS szorongás	Társas támogatás
Életminőség elmúlt hó	Schwarzer énhatékonyság

Tehát az epilepsziás minta tagjai jobban félnek a munkahely elvesztésétől, szignifikánsan magasabb pontszámot hoznak a depresszió (Beck Dep és HADS Dep) és

szorongás skálákon (HADS Anx), de a vizsgálatot megelőző hónapban életminőségük megítélése szignifikánsan magasabb volt, mint a kontroll csoport tagjainak. Ezzel szemben a kontroll csoport szubjektíve egészségesebbnek érzi magát, összességében elégedettebbek az életükkel, az önértékelésük és énhatékonyságuk magasabbnak bizonyult, valamint a társas támogatottság mértékét is pozitívabbra értékelték. A 26. számú táblázatban látható a családtagok mért eredményei a pszichoszociális és családi funkcionálást mérő skálákon, valamint a két csoport (epilepsziás betegek családtagjai és kontroll személyek családtagjai) összehasonlítása.

26. számú táblázat: A családtagok eredményei a pszichoszociális és családi funkcionálást mérő skálákon, valamint a két csoport (epilepsziás betegek családtagjai és kontroll személyek családtagjai) összehasonlítása

Mérőeszköz	Skálák	Epicstag csoport	Kontroll cstag csoport	Kruskall-Wallis chi/ F	p
WHO-5		7,2 (3,58)	8,79 (2,48)	Welch:5,435	0,023*
Diener SWLS		18,41 (7,71)	24,72 (5,05)	Welch:19,446	0,000* *
Rosenberg RSESH		29,87 (5,06)	33,97 (4,55)	13,992	0,000* *
Caldwell SDS		11,97 (4,41)	15,46 (4,87)	11,941	0,001* *
Beck BDI		Mean Rank48,63	Mean Rank35,84	Chi: 5,921	0,015*
Schwarzer GSE		Mean Rank37,26	Mean Rank46,41	Chi: 3,111	0,078
HADS	HADS Dep	5,73 (4,07)	3,64 (3,13)	Welch:76,939	0,01*
	HADS Anx	7,46 (4,17)	5,69 (3,06)	4,886	0,03*
Egsállapot szubj.megítélése		Mean Rank34,87	Mean Rank50,94	Chi:10,892	0,001* *
Életmin. szubj. megítélése/ált.		5,70 (2,31)	7,73 (1,44)	Welch:22,332	0,000* *
Életmin. szubj.megítélése/múlt hó		Mean Rank50,33	Mean Rank35,84	Chi: 8,368	0,004
Munkahely		Mean	Mean	Chi:0,303	0,582

befolyásolás		Rank38,91	Rank36,3		
Munkahely elvesztés/ félelem		Mean Rank45,5	Mean Rank32,52	Chi:7,087	0,008*
FAD	Probléma-megoldás	Mean Rank45,18	Mean Rank36,26	Chi: 3,061	0,08
	Kommunikáció	1,96 (0,45)	1,65 (0,34)	11,304	0,001*
	Szerepek	2,28 (0,41)	2,11 (0,37)	3,53	0,064
	Érzelmi vkészség	2,13 (0,65)	1,88 (0,38)	Welch:57,860	0,047
	Érzelmi bevonódás	1,89 (0,33)	1,81 (0,30)	1,265	0,264
	Viselkedés-kontroll	2,38 (0,37)	2,29 (0,41)	0,983	0,325
	Általános működés	1,80 (0,45)	1,60 (0,34)	5,097	0,027*
FACES IV. (OCST)	Kohézió-Széteső	12,92 (5,36)	11,04 (3,85)	Welch: 68,332	0,076
	Kohézió-Összetartó	28,12 (4,96)	30,90 (2,85)	Welch: 59,347	0,003*
	Kohézió-Egybefon	16,23 (5,09)	16,31 (4,98)	0,006	0,939
	Flexibilitás-Merev	16,60 (5,00)	17,28 (5,29)	0,332	0,566
	Flexibilitás-Rugalmas	26,92 (3,98)	29,09 (3,66)	6,596	0,012*
	Flexibilitás-Kaotikus	12,71 (5,47)	11,12 (3,78)	2,278	0,135
	Családi komm.	39,32	41,73	Welch:67,548	0,074
	Családi elégedettség	32,38 (8,16)	35,3 (6,52)	3,193	0,078

A 26. számú táblázat rövidítései: *WHO-5*. WHO Well-Being Index, *Diener SWLS*. Diener-féle Énhatékonyság Skála, *Rosenberg RSESH*. Rosenberg-féle Önértékelés Skála, *Caldwell SDS*. Caldwell-féle Társas Támogatás Skála, *Beck BDI*. Beck-féle Depresszió Skála, *Schwarzer GSE*. Schwarzer-féle Énhatékonyság Skála, *HADS*. Hospital Anxiety and Depression Scale, *FAD*. Family Assesment Device: McMaster-féle Családmérési Eszköz, *FACES-IV (OCST)* Olson-féle Család Teszt, * szignifikáns eltérés $p < 0,05$, ** szignifikáns eltérés $p < 0,01$.

A családtagok adatainak táblájából jól leolvasható, hogy a pszichoszociális skálák mellett a családi funkcionálást mérő eszközök bizonyos skálái is szignifikáns eltéréseket jeleztek. A szignifikáns eltéréseket az alábbi táblázat (27. számú táblázat) foglalja össze:

27. számú táblázat: Szignifikáns eltérések az epilepsziás betegek családtagjai és a kontroll személyek családtagjai között

Epilepsziás családok családtagjai szignif. magasabb pontszámot értek el a következő skálákon	Kontroll családok családtagjai szignif. magasabb pontszámot értek el a következő skálákon
életkor	Egészségi állapot szubjektív megítélése
munkahely elvesztésétől való félelem	WHO jóllét
Beck depresszió és HADS depresszió	Diener elégedettség
HADS szorongás	Rosenberg önértékelés
HADS Total pontszám	Caldwell társas támogatás
Életminőség elmúlt hó	Életminőség általános
FAD kommunikáció*	FACES_K_összetartó
FAD Érzelmi válaszkészség*	FACES_F_rugalmas
FAD Általános működés*	FACES_Kohézió_ratio
	FACES_Total_Ratio

*FAD-skálák esetén a magasabb pontszám a kevésbé elégedett megítélést tükrözi

5.3.1. Családok összehasonlítása közös családi pontszám alapján

Az egyes skálák esetén közös családi pontszámot számolhatunk, úgy hogy a vizsgálati személy pontszámából kivonjuk a családtag pontszámát. A különbség előjele utal arra, hogy a vizsgálati személyek a családtagokhoz képest hogyan értékelték, valamint a különbség nagysága mutatja az eltérések erősségét. Ha a különbség pozitív előjelű, akkor a vizsgálati személyek pontszáma volt magasabb az adott skálákon, míg, ha negatív előjelű, akkor a családtagok pontszáma volt magasabb. A családok közös pontszám alapján történő összehasonlításában a következő szignifikáns eredmények mutatkoztak (28. számú táblázat):

28. számú táblázat: Családok közös pontszám alapján történő összehasonlítása a pszichoszociális és családi funkcionálást mérő skálák mentén

Mérőeszköz	Skálák	Epi család	Kontroll család	Anova F	p
Schwarzer SWLS		-1,05 (3,28)	0,62 (2,7)	6,335	0,014*
HADS Dep		9,30 (7,21)	-0,83 (4,45)	Welch:68,273	0,000**
HADS Anx		5,02 (6,43)	-0,40 (4,63)	Welch:68,628	0,000**
HADS Total		14,10 (12,95)	-1,23 (8,28)	Welch:63,801	0,000**
FAD	Érz.	-0,18 (0,65)	0,11 (0,51)	4,690	0,034*

	válaszkész ség				
OCST	Összetartó	1,02 (5,01)	-1,61 (5,06)	5,345	0,023*
OCST	Kaotikus	-1,10 (4,58)	1,35 (5,89)	4,127	0,046*

A 28. számú táblázat rövidítései: *Schwarzer SWLS*. Schwarzer-féle Énhatékonyság skála, *HADS*. Hospital Anxiety and Depression Scale, *HADS Dep.* Depresszió alszála, *HADS Anx.* Szorongás alszála, *HADS Total*: HADS Összpontszám, *FAD Érz. válaszkészség*. Family Assessment Device: McMaster-féle Családmérési Eszköz Érzelmi Válaszkészség, *FACES-IV (OCST)*. Olson-féle Család Teszt, * szignifikáns eltérés $p < 0,05$, ** szignifikáns eltérés $p < 0,01$.

Érdekes összehasonlításra ad módot a FAD-skáláknál ha kiszámoljuk az egyes skálák közös összpontszámát a családtagok és a vizsgálati személyek pontszámainak átlagával, és úgy végezzük el a családok közötti összehasonlítást. Az egyszempontú varianciaelemzés végeredménye szerint a FAD Kommunikáció pontszám mellett a FAD Szerepek pontszám bizonyult szignifikánsan magasabbnak az epilepsziás családok esetében (29. számú táblázat):

29. számú táblázat: Családok összehasonlítása közös pontszám alapján a FAD alszála mentén

Mérőeszköz	Skálák	Epi család	Kontroll család	Anova F	p
FAD	Kommunikáció	1,97(0,41)	1,74(0,35)	6,861	0,011*
FAD	Szerepek	2,29(0,35)	2,10(0,34)	5,476	0,022*

A 29. számú táblázat rövidítései: *FAD*. Family Assessment Device: McMaster-féle Családmérési Eszköz, *FACES-IV (OCST)*. Olson-féle Család Teszt, * szignifikáns eltérés $p < 0,05$, ** szignifikáns eltérés $p < 0,01$.

5.3.2. Összehasonlítások az epilepsziás családokon belül

A következőkben az Epilepsziás családokon belül vizsgáltam a vizsgálati személyek és családtagjaik összehasonlítását. Szignifikáns eltéréseket az alábbi változók mentén találhatunk. *HADS Anx*: Szignifikáns eltérést találunk a családtagok és az epilepsziás vizsgálati személyek között, ahol a Tukey HSD teszt eredménye szerint a Mean difference: 5,1866*, Std.error: 0,86707; $p < 0,01$ ** . Az epilepsziás vizsgálati személyek szorongása szignifikánsan magasabb, mint az epilepsziás családtagoké. *HADS TOTAL*: Szignifikáns eltérést találunk a depressziót és szorongást mérő HADS-skála összpontszámát illetően is, ahol a Tukey HSD teszt eredménye szerint a Mean difference: 14,4024*, Std.Error: 1,56690, $p < 0,01$ **

Összehasonlítások a származási és az új családban élő epilepsziás betegek körében

Az epilepsziás családon belül megvizsgáltuk, hogy az *származási családban élők és az új családban élők* között találunk-e valamilyen szignifikáns eltérést. Az származási családban élők azokat a vizsgálati személyeket jelentették, akik nem költöztek el az származási családjukból, nem alapítottak új családot, míg az új családban élők azok a vizsgálati személyek voltak, akik már elköltözve otthonról új családot alapítottak.

Rosenberg Önértékelés (30. számú táblázat, 8. ábra)

30. számú táblázat: A Rosenberg-féle önértékelés skála pontszámainak összehasonlítása két szempont alapján

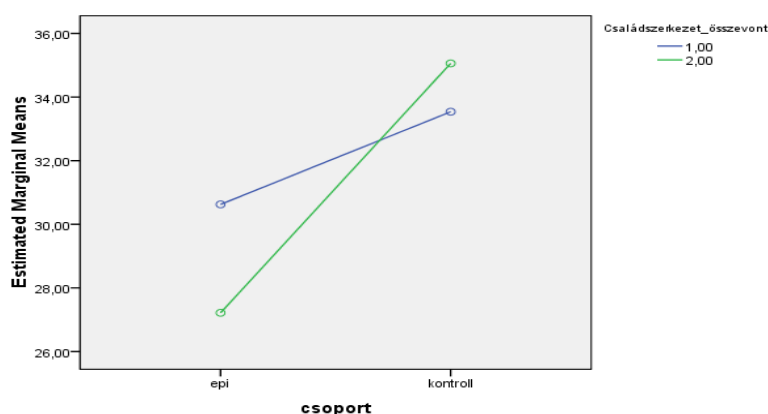
		df	Mean squares	F	Sig	Partial Eta
csoport *						
Családszerkezet összevont	119,475	1	119,475	4,504	,037	,055

3. csoport * Családszerkezet_összevont

Függő változó: Rosenberg_önért_viz

csoport	Családszerkezet_összevont	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
epi	származási család	30,625	1,288	28,062	33,188
	új család	27,217	1,074	25,079	29,355
kontroll	származási család	33,538	1,010	31,528	35,549
	új család	35,059	1,249	32,572	37,546

Estimated Marginal Means of Rosenberg_önért_viz



8. ábra: Az önértékelés pontszámok összehasonlítása két szempont alapján (csoport: epilepsziás vagy kontroll; családszerkezet: származási család vagy új család) 1-es származási családban élő, 2-es új családban élő

Az epilepsziás betegek közül a származási családban élők önértékelése bizonyult magasabbnak szemben az új családban élőkkel, ugyanakkor mind az származási, mind az új családban élőké alacsonyabb volt a kontroll személyekéhez képest.

Társas támogatottság (31. számú táblázat, 9. ábra)

31. számú táblázat: A társas támogatottság pontszámok összehasonlítása két szempont alapján

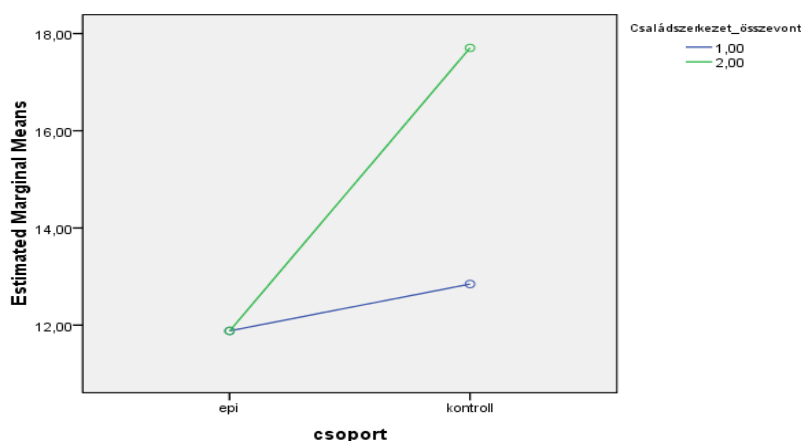
		df	Mean squares	F	Sig	Partial Eta
Csoport	235,073	1	235,073	12,906	,001	,137
Családszerkezet_összevont	120,311	1	120,311	6,606	,012	,075
csoport * Családszerkezet_összevont	120,545	1	120,545	6,618	,012	,076

3. csoport * Családszerkezet_összevont

Függő változó: Caldwell_társastám_viz

csoport	Családszerkezet_összevont	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
epi	származási család	11,882	1,035	9,823	13,942
	új család	11,880	,854	10,182	13,578
kontroll	származási család	12,846	,837	11,181	14,511
	új család	17,706	1,035	15,646	19,765

Estimated Marginal Means of Caldwell_társastám_viz



9. ábra: A társas támogatottság pontszámok összehasonlítása két szempont alapján (csoport: epilepsziás vagy kontroll; családszerkezet: származási család vagy új család) 1-es származási családban élő, 2-es új családban élő

Az epilepsziások közül az származási és az új családban élők között nem volt szignifikáns különbség, ugyanakkor ezen eredmények szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyultak azon kontroll személyekhez képest, akik új családban éltek.

Beck-féle Depresszió Skála (32. számú táblázat, 10. ábra)

32. számú táblázat: A Beck-féle depresszió pontszámok összehasonlítása két szempont alapján

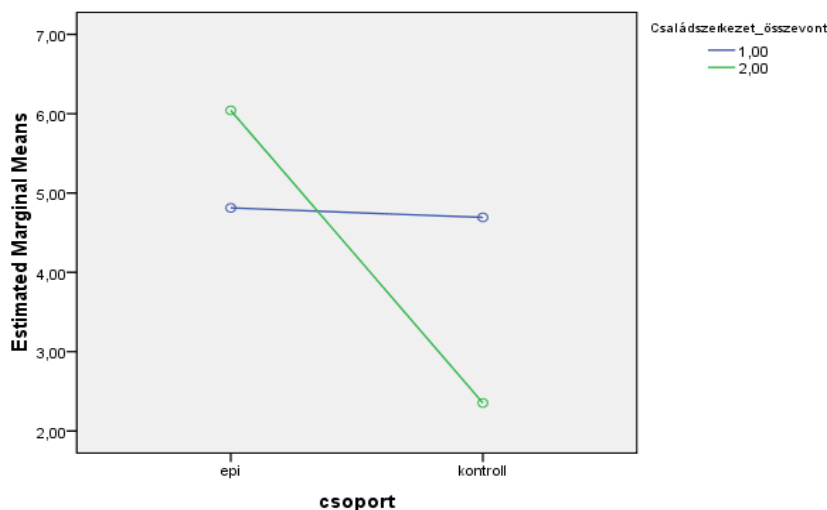
		df	Mean squares	F	Sig	Partial Eta
csoport *	63,213	1	63,213	4,401	,039	,053
Családszerkezet_összevont						

3. csoport * Családszerkezet_összevont

Függő változó: Beck depresszió vizs

csoport	Családszerkezet_összevont	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
epi	származási család	4,813	,948	2,927	6,698
	új család	6,042	,774	4,502	7,582
kontroll	származási család	4,692	,743	3,213	6,172
	új család	2,353	,919	,523	4,183

Estimated Marginal Means of Beck_depresszió_vizs



10. ábra: A Beck-féle depresszió pontszámok összehasonlítása két szempont alapján (csoport: epilepsziás vagy kontroll; családszerkezet: származási család vagy új család) 1-es származási családban élő, 2-es új családban élő

Az epilepsziás betegek közül az új családban élők bizonyultak a leginkább depressziósak, míg az származási családban élők ugyanolyan mértékben, mint a kontroll személyek közül az származási családban élők, és végül a legkevésbé depressziósak azok a kontroll személyek voltak, akik új családban éltek.

FAD Érzelmi Válaszkészség Skála (33. számú táblázat, 11. ábra)

A 33. számú táblázat: A FAD-féle Érzelmi válaszkészség pontszámok kétszempon-tú összehasonlítása

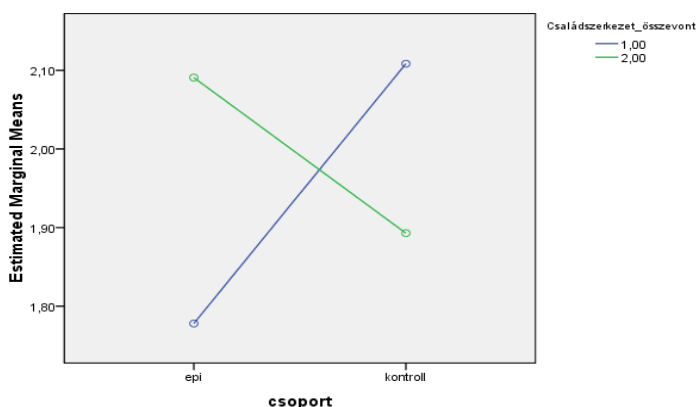
		df	Mean squares	F	Sig	Partial Eta
csoport *						
Családszerkezet összevont	1,358	1	1,358	4,611	,035	,056

3. csoport * Családszerkezet összevont

Függő változó:FAD érzelmiválaszkészség_vizs

csoport	Családszerkezet összevont	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
epi	származási család	1,778	,140	1,499	2,057
	új család	2,091	,111	1,870	2,311
kontroll	származási család	2,108	,106	1,897	2,320
	új család	1,893	,132	1,631	2,155

Estimated Marginal Means of FAD_érzelmiválaszkészség_vizs



11. ábra: A FAD Érzelmi válaszkészség pontszámok összehasonlítása két szempont alapján (csoport: epilepsziás vagy kontroll; családszerkezet: származási család vagy új család) 1-es származási családban élő, 2-es új családban élő

Az Érzelmi válaszkészség skálán a legalacsonyabb pontszámot az epilepsziás betegek közül az származási családban élők adták, míg az új családban élő epilepsziások a kontroll személyek közül a származási családban élőkkel közel hasonlóan magas pontszámot adtak. (A FAD-skálák esetében minél magasabb a pontszám annál diszfunkcionálisabb az adott személy működése az adott dimenzióban, jelen esetben az Érzelmi válaszkészség esetén.)

FAD Érzelmi Bevonódás Skála (34. számú táblázat, 12. ábra)

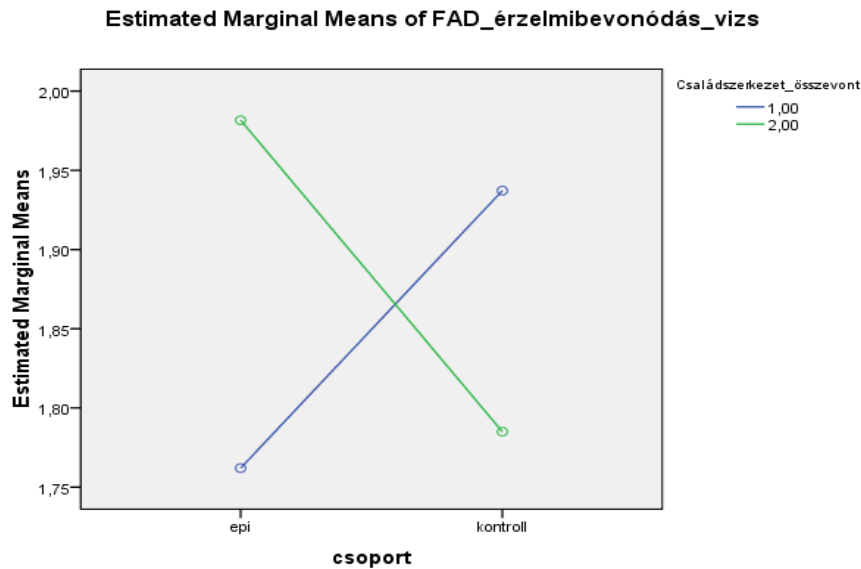
34.számú táblázat: A FAD Érzelmi Bevonódás skálán kapott pontszámok kétszemponútú összehasonlítása

		df	Mean squares	F	Sig	Partial Eta
csoport *		1	,656	4,473	,038	,056
Családszerkezet_összevont	,656					

3. csoport * Családszerkezet_összevont

Függő Változó:FAD_érmibevonódás_vizs

csoport	Családszerkezet_összevont	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
epi	származási család	1,762	,099	1,565	1,959
	új család	1,982	,078	1,826	2,137
kontroll	származási család	1,937	,077	1,785	2,090
	új család	1,785	,096	1,594	1,976



12. ábra: A FAD Érzelmi bevonódás skála pontszámainak összehasonlítása két szempont alapján (csoport: epilepsziás vagy kontroll; családszerkezet: származási család vagy új család) 1-es származási családban élő, 2-es új családban élő

Az Érzelmi Bevonódás Skálán a legmagasabb pontszámot az új családban élő epilepsziások adták, a legalacsonyabb pontszámot pedig az származási családban élő epilepsziás vizsgálati személyek.

5.3.3. Korreláció vizsgálatok a pszichoszociális skálák és a családi funkcionálást mérő skálák között

1. Korrelációs együtthatók az epilepsziás vizsgálati személyek pszichoszociális skálákon adott pontszámai között (35. számú táblázat)

35. számú táblázat: Korrelációs együtthatók epilepsziás vizsgálati személyek pszichoszociális skálákon mért pontszámaik között

Tesztek	WHO-5	Diener SWLS	Rosenberg RSES	Társ Táms SDS	Beck Dep	Schwarzer Énhat	Hads Dep	Hads Anx	Élet min.
WHO-5	1,000	0,622 0,000 **	0,584 0,000 **	0,398 0,010 **	-0,449 0,004 **	0,461 0,002 **	0,692 0,000 **	0,508 0,001 **	0,606 0,000 **
Diener	0,622 0,000	1,000	0,641 0,000	0,264 0,091	-0,396 0,011	0,480 0,001	0,457 0,002	0,277 0,083	0,764 0,000

SWL S	**		**		*	**	*		**
Rosen RSESH	0,584 0,000 **	0,641 0,000 **	1,000	0,243 0,136	-0,706 0,000 **	0,736 0,000 **	0,760 0,000 **	0,677 0,000 **	0,725 0,000 **
Caldwell SDS	0,398 0,010 **	0,264 0,091	0,243 0,136	1,000	-0,158 0,329	0,290 0,062	0,237 0,130	0,107 0,512	0,331 0,035 *
Beck Dep	-0,449 0,004 **	-0,396 0,011 *	-0,706 0,000 **	-0,158 0,329	1,000	-0,693 0,000 **	-0,710 0,000 **	-0,650 0,000 **	-0,630 0,000 **
Schwarz. Énhat.	0,461 0,002 **	0,480 0,001 **	0,736 0,000 **	0,290 0,062	-0,693 0,000 **	1,000	0,574 0,000 **	0,566 0,000 **	0,658 0,000 **
Hads-Dep	0,692 0,000 **	0,457 0,002 **	0,760 0,000 **	0,237 0,130	-0,710 0,000 **	0,574 0,000 **	1,000	0,770 0,000 **	0,674 0,000 **
Hads-Anx	0,508 0,001 **	0,277 0,083	0,677 0,000 **	0,107 0,512	-0,650 0,000 **	0,566 0,000 **	0,770 0,000 **	1,000	0,465 0,003 **
Ált. Életmin.	0,606 0,000 **	0,764 0,000 **	0,725 0,000 **	0,331 0,035 *	-0,630 0,000 **	0,658 0,000 **	0,674 0,000 **	0,465 0,003 **	1,000

A 35. számú táblázat rövidítései: *WHO-5*. WHO Well-Being Index, *Diener SWLS*. Diener-féle Énhatékonyság Skála, *Rosen. RSESH*. Rosenberg-féle Önértékelés Skála, *Caldwell SDS*. Caldwell-féle Társas Támogatás Skála, *BeckDep*. Beck-féle Depresszió Skála, *Schwarz. Énhat*: Schwarzer-féle Énhatékonyság Skála, *Hads-D*. Hospital Anxiety and Depression Scale Depresszió alskála; *Hads-A*. Hospital Anxiety and Depression Scale Szorongás alskála, *Ált. Életmin.* Az általános életminőség szubjektív megítélése * szignifikáns eltérés $p < 0,05$, ** szignifikáns eltérés $p < 0,01$.

2. 36. számú táblázat: Szignifikáns korrelációk epilepsziás vizsgálati személyek pszichoszociális skálákon adott pontszámaik és a családi funkcionalitást mérő skálákon (FAD és FACES-IV) adott pontszámaik között

Skálák	Korreláció	Sig
FACES Kaotikus és Diener-féle élettél való elégedettség	-0,350	$p=0,025^*$
FACES Kaotikus és Caldwell-féle Társas támogatottság	-0,378	$p=0,015^*$
FACES Kaotikus és HADS dep	-0,325	$p=0,038^*$
FACES Kaotikus és életminőség (általános)	-0,319	$p=0,045^*$
FACES Összetartozás és Rosenberg-féle	0,340	$p=0,043^*$

Önértékelés		
FACES Cskomm és Diener-féle étettel való elégedettség	0,352	p=0,024*
FACES Cskomm és életminőség (általános)	0,365	p=0,020*
FACES Cselégedettség és életminőség (általános)	0,397	p=0,012*
FAD Problémamegoldás és Diener-féle étettel való elégedettség	-0,495	p=0,001**
FAD Problémamegoldás és Schwarzer-féle énhatékonyság	-0,420	p=0,008**
FAD Szerepek és Diener-féle étettel való elégedettség	-0,517	p=0,001**
FAD Érzelmi bevonódás és Rosenberg-féle Önértékelés	-0,476	p=0,003**
FAD Általános működés és Diener-féle étettel való elégedettség	-0,442	p=0,005**
FAD Általános működés és Rosenberg Önértékelés	-0,529	p=0,001**
FAD Általános működés és Schwarzer-féle énhatékonyság	-0,419	p=0,009**
FAD Általános működés és Beck Dep	0,424	p=0,009**

3. 37. számú táblázat: Szignifikáns korrelációk epilepsziás betegek Családi funkcionalitást mérő skálái között

Tesztek	FAC Széteső	FAC Összetartó	FAC Egybefon	FAC Me-rev	FAC Rugal	FAC Kao-tikus	FAC Csko mm.	FAC Cs-elég.
FAD Probl	0,403 0,013*	-0,473 0,004**	-0,031 0,856	-0,159 0,341	-0,654 0,000 **	0,514 0,001**	- 0,539 0,000 **	- 0,515 0,001 **
FAD Komm	0,454 0,004**	-0,537 0,001**	0,055 0,745	-0,283 0,080	-0,646 0,000 **	0,380 0,016*	- 0,441 0,004 **	- 0,402 0,011 *
FAD Szerep	0,577 0,000**	-0,583 0,000**	-0,051 0,777	-0,190 0,267	-0,486 0,004	0,729 0,000**	- 0,441	- 0,584

					**		0,006 **	0,000 **
FAD Érzvé- készség	0,533 0,001**	-0,466 0,004**	0,144 0,401	-0,043 0,799	-0,495 0,002 **	0,502 0,001**	- 0,660 0,000 **	- 0,492 0,002 **
FAD Érzbe- von	0,496 0,002**	-0,562 0,000**	0,394 0,017*	0,020 0,904	-0,467 0,005 **	0,518 0,001**	- 0,608 0,000 **	- 0,686 0,000 **
FAD Viskon- troll	0,468 0,005**	-0,190 0,289	0,205 0,253	-0,389 0,019 *	-0,070 0,704	0,199 0,244	- 0,089 0,606	- 0,082 0,640
FAD Áltmú- k	0,636 0,000**	-0,650 0,000**	0,099 0,570	-0,003 0,985	-0,639 0,000 **	0,494 0,002**	- 0,721 0,000 **	- 0,703 0,000 **

4. 38. számú táblázat: Szignifikáns korrelációk a vizsgálati személyek és a családtagok pontszámai között az epilepsziás családokban

Változók	Spearman-féle korrelációs együttható (r)	Szignifikancia szint p
Rosenberg Önértékelés	0,394	0,014*
Társas támogatottság	0,313	0,043*
WHO Jólét	0,393	0,013*
Diener SWLS	0,422	0,006**
HADS Dep	-0,435	0,004**
Életminőség Általános	0,386	0,015*
FAD Problémamegoldás	0,526	0,01**
FAD Kommunikáció	0,598	0,000**
FAD Szerepek	0,659	0,000**
FAD Érzelmi válaszkészség	0,495	0,003**
FAD Érzelmi bevonódás	0,619	0,000**
FAD Általános működés	0,802	0,000**
FACES_K Széteső	0,627	0,000**
FACES_K Összetartó	0,470	0,004**
FACES_K Egybefonódott	0,504	0,002**
FACES_F Kaotikus	0,580	0,000**
FACES_F Merev	0,345	0,039*
FACES_F Rugalmas	0,324	0,047*
Családi Kommunikáció	0,606	0,000**
Családi Elégedettség	0,703	0,000**

5.3.4. Többváltozós regresszióanalízis eredményei

Többváltozós regresszióanalízis segítségével, Enter módszerrel modellépítést végeztünk az egyes csoportokban, melyben kerestük az Élettel való elégedettséget (Diener-féle Élettel való Elégedettség) meghatározó tényezőket, az Önértékelést (Rosenberg-féle Önértékelés) meghatározó tényezőket, a Családi funkcionálást (FAD Általános Működés, FACES Total) általánosan meghatározó tényezőket, valamint az általános életminőség megítélését befolyásoló tényezőket.

Az élettel való elégedettséget befolyásoló tényezők

Az *epilepsziás vizsgálati személyek* körében a vizsgált változók alapján az élettel való elégedettség pontszám 48,9%-át magyarázta a modellünk (model: $F=17,259$, $p<0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,461$) melyben a Rosenberg-féle Önértékelés (Beta coefficient= $-0,536$, $t=-4,298$, $p<0,001^{**}$) valamint a családi változók közül a Flexibilitás_Kaotikusság változók (Beta coefficient= $-0,319$, $t=-2,558$, $p=0,015$) szerepeltek. (39. számú táblázat)

39. számú táblázat: Az élettel való elégedettséget meghatározó tényezők epilepsziás vizsgálati személyek körében

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1 (Constant)	6,675	6,323		1,056	,298	-6,148	19,498
Rosenberg önért_vizs	,725	,169	,536	4,298	,000	,383	1,068
FACES_F_KAOTIKUS_vizs	-,629	,246	-,319	-2,558	,015	-1,128	-,130

Az *epilepsziás betegek családtagjainak* körében a vizsgált változók alapján az élettel való elégedettség pontszám 33,6%-át magyarázta a modellünk (model: $F=8,854$, $p=0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,298$) melyben a Társas Támogatottság (Beta coefficient= $-0,372$, $t=-2,662$, $p=0,012^{*}$) valamint a családi változók közül a Családi Elégedettség (Beta coefficient= $-0,511$, $t=3,658$, $p=0,001^{**}$) szerepeltek. (40. számú táblázat)

40. számú táblázat: Az Élettel való elégedettséget meghatározó tényezők epilepsziás betegek családtagjainak körében

Coefficients ^a							
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1 (Constant)	-4,951	5,597		-,885	,382	-16,314	6,412
Caldwell_társas támogatottság_cstag	,634	,238	,372	2,662	,012	,150	1,118
FACES CSElégedettség_cstag	,475	,130	,511	3,658	,001	,212	,739

A kontroll vizsgálati személyeknél a vizsgált változók alapján az élettel való elégedettség pontszámot a vizsgált változók közül csak a Családi Elégedettség magyarázta 30,3 százalékban (model: $F=16,553$, $p<0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,285$) ahol Beta coefficient=-0,551, $t=4,069$, $p<0,001^{**}$.

A Rosenberg-féle Önértékelést befolyásoló tényezők

Az epilepsziás vizsgálati személyek körében a vizsgált változók alapján az önértékelés pontszám 82,6%-át magyarázta a modellünk (model: $F=14,233$, $p<0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,768$) melyben a munkahely befolyásolásának mértéke (Beta coefficient=-0,311, $t=-2,456$, $p=0,027^*$), az énhatékonyság (Beta coefficient=0,520, $t=3,857$, $p=0,002$), a szorongás mértéke (Beta coefficient=0,403, $t=3,093$, $p=0,007^{**}$), a családi változók közül a FACES_K_Széteső (Beta coefficient=-0,332, $t=-2,791$, $p=0,014^*$), valamint a FACES_K_Egybefonódott (Beta coefficient=-0,315, $t=-2,606$, $p=0,02^*$) szerepeltek. (41. számú táblázat)

41. számú táblázat: Az önértékelést meghatározó tényezők epilepsziás betegek körében

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B

	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1 (Constant)	29,136	4,407		6,611	,000	19,742	38,530
mhely_befolyásolás_vizs	-2,014	,820	-,311	-2,456	,027	-3,762	-,266
Schwarzer énhát_vizs	1,200	,311	,520	3,857	,002	,537	1,863
HADS_ANX_vizs	,639	,207	,403	3,093	,007	,199	1,080
FACES_K_Széteső_vizs	-,469	,168	-,332	-2,791	,014	-,827	-,111
FACES_K_EGYBEFON_vizs	-,368	,141	-,315	-2,606	,020	-,669	-,067

Az epilepsziás betegek családtagjai körében a vizsgált változók alapján az önértékelés pontszám 61,6%-át magyarázta a modellünk (model: $F=17,615$, $p<0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,581$) melyben az Élettel való elégedettség (Beta coefficient= $0,296$, $t=2,302$, $p=0,028^*$), a Beck-féle Depresszió (Beta coefficient= $-0,387$, $t=-2,914$, $p=0,006^{**}$), valamint a FAD kommunikáció (Beta coefficient= $-0,313$, $t=-2,614$, $p=0,013^*$) szerepeltek. (42. számú táblázat)

42. számú táblázat: Az Önértékelést leginkább meghatározó tényezők az epilepsziás betegek családtagjainak körében

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1 (Constant)	35,568	3,071		11,580	,000	29,319	41,817
Diener elégedettség_cstag	,176	,076	,296	2,302	,028	,020	,332
Beck depresszió_cstag	-,404	,139	-,387	-2,914	,006	-,686	-,122
FAD kommunikáció_cstag	-,3186	1,219	-,313	-2,614	,013	-5,665	-,707

A kontroll vizsgálati személyeknél a vizsgált változók alapján az önértékelés pontszámot a vizsgált változók közül csak a Családi Elégedettség magyarázta 35 százalékban (model: $F=20,476$, $p<0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,333$) ahol a Beta coefficient= $0,592$, $t=4,525$, $p<0,001^{**}$).

A FAD-féle Általános Családi funkcionálást meghatározó tényezők

Az epilepsziás vizsgálati személyek körében a vizsgált változók alapján az Általános Családi Funkcionálás pontszám 72,5%-át magyarázta a modellünk (model: $F=44,762$, $p<0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,709$) melyben a Beck-féle Depresszió (Beta coefficient= $0,305$, $t=3,333$, $p=0,002^{**}$) valamint a családi változók közül a Családi Elégedettség (Beta coefficient= $-0,737$, $t=-8,034$, $p<0,001^{**}$) szerepeltek. (43. számú táblázat)

43. számú táblázat: a FAD Általános Családi Funkcionálást leginkább meghatározó tényezők epilepsziás betegek körében

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1 (Constant)	3,111	,213		14,624	,000	2,678	3,543
Beck depresszió_vizs	,039	,012	,305	3,322	,002	,015	,063
FACES Cselégedett_vizs	-,044	,005	-,737	-8,034	,000	-,055	-,033

Az epilepsziás betegek családtagjai körében a vizsgált változók alapján az Általános Családi Funkcionálás pontszám 74%-át magyarázta a modellünk (model: $F=45,444$, $p<0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,723$) melyben az Életminőség szubjektív megítélése (Beta coefficient= $-0,377$, $t=-3,992$, $p<0,001^{**}$) valamint a családi változók közül a Családi Kommunikáció (Beta coefficient= $-0,670$, $t=-7,098$ $p<0,001^{**}$) szerepeltek. (44. számú táblázat)

44. számú táblázat: A FAD Általános Családi Funkcionálást leginkább meghatározó tényezők az epilepsziás betegek családtagjainak körében

Coefficients ^a							
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1 (Constant)	3,991	,241		16,553	,000	3,500	4,482
Életminőség ált_szubj	-,078	,020	-,377	-3,992	,000	-,118	-,038
FACES Családikomm_cstag	-,044	,006	-,670	-7,098	,000	-,057	-,032

A kontroll vizsgálati személyeknél a vizsgált változók alapján az Általános Családi Működés pontszámot a vizsgált változók közül csak a Családi Elégedettség magyarázta 61,4 százalékban (model: $F=57,208$, $p<0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,603$) ahol a Beta coefficient=-0,783, $t=-7,564$, $p<0,001^{**}$.

A FACES TOTAL pontszámát leginkább meghatározó változók

Az epilepsziás vizsgálati személyek körében a vizsgált változók alapján a FACES-IV összpontszám 57,1%-át magyarázta a modellünk (model: $F=22,581$, $p<0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,545$) melyben a FAD_Szerepek (Beta coefficient=-0,284, $t=-2,078$, $p=0,045^*$) valamint az Érzelmi bevonódás (Beta coefficient=-0,556, $t=-4,069$, $p<0,001^{**}$) szerepeltek. (45. számú táblázat)

45. számú táblázat: A FACES Család teszt összpontszámát leginkább meghatározó tényezők epilepsziás betegek körében

Coefficients ^a							
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1 (Constant)	2,482	,249		9,948	,000	1,975	2,989

FAD szerepek_vizs	-,263	,127	-,284	-2,078	,045	-,521	-,006
FAD érzbvon_vizs	-,494	,121	-,556	-4,069	,000	-,740	-,247

Az epilepsziás családtagoknál a vizsgált változók alapján a FACES-IV pontszámot csak a FAD Általános Működés magyarázta 47,5% százalékban (model: $F=33,431$, $p<0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,460$) ahol a Beta coefficient= $-0,689$, $t=-5,782$, $p<0,001^{**}$). (46. számú táblázat)

46. számú táblázat: A FACES Család teszt Összpontszámát leginkább meghatározó tényezők az epilepsziás betegek családtagjainak körében

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error				Beta	Lower Bound
1 (Constant)	1,766	,145		12,144	,000	1,471	2,060
FAD Áltmük_cstag	-,451	,078	-,689	-5,782	,000	-,610	-,293

A kontroll vizsgálati személyek körében a vizsgált változók alapján a FACES-IV pontszámot a vizsgált változók közül csak a FAD Általános Működés magyarázta 38,3 százalékban (model: $F=22,947$, $p<0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,366$) ahol a Beta coefficient= $-0,619$, $t=-4,790$, $p<0,001^{**}$.

Az általános életminőséget leginkább meghatározó változók: Az epilepsziás vizsgálati személyek körében a vizsgált változók alapján az Általános Életminőség pontszám 91,4%-át magyarázta a modellünk (model: $F=18,145$ $p<0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,863$) melyben a Munkahely befolyásolásának mértéke (Beta coefficient= $-0,237$, $t=-2,353$, $p=0,036^*$), a Beck-depresszió (Beta coefficient= $-1,519$, $t=-10,358$, $p<0,001^{**}$), a HADS szorongás (Beta coefficient= $-0,856$, $t=-5,328$, $p<0,000^{**}$), FAD Érzelmi válaszkészség (Beta coefficient= $0,562$, $t=4,179$, $p=0,001^{**}$), FACES_K_Széteső (Beta coefficient= $-0,557$, $t=-4,091$, $p=0,001^{**}$), FACES_K_Egybefonódott (Beta coefficient= $0,450$, $t=3,725$, $p=0,003^{**}$), FACES_F_Merev (Beta coefficient= $-0,558$, $t=-4,190$, $p=0,001^{**}$) szerepeltek. (47. számú táblázat)

47. számú táblázat: Az általános életminőséget leginkább meghatározó tényezők az epilepsziás betegek körében

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1 (Constant)	18,738	2,312		8,104	,000	13,701	23,776
mhely_befolyásolás_vizs	-,515	,219	-,237	-2,353	,036	-,992	-,038
Beck depresszió_vizs	-,915	,088	-1,519	-10,358	,000	-1,108	-,723
HADS ANX_vizs	-,488	,092	-,856	-5,328	,000	-,688	-,289
FAD_érzelmivkész_vizs	2,053	,491	,562	4,179	,001	,983	3,124
FACES_K_Széteső_vizs	-,272	,066	-,557	-4,091	,001	-,417	-,127
FACES_K_Egybef_vizs	,195	,052	,450	3,725	,003	,081	,309
FACES_F_Merev_vizs	-,219	,052	-,558	-4,190	,001	-,332	-,105

Az epilepsziások családtagjainál a vizsgált változók alapján az Általános Életminőség pontszám 52,8%-át magyarázta a modellünk (model: $F=10,449$ $p<0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,478$) melyben a WHO_jóllét mértéke (Beta coefficient=0,643, $t=4,541$, $p<0,001^{**}$), a FAD Viselkedés Kontroll (Beta coefficient=0,338, $t=2,281$, $p=0,03^*$), FACES_K_Széteső (Beta coefficient=-0,355, $t=-2,467$, $p=0,02^*$) szerepeltek. (48. számú táblázat)

48. számú táblázat: Az általános életminőséget leginkább meghatározó tényezők epilepsziás betegek családtagjai körében

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1 (Constant)	,275	2,451		,112	,911	-4,745	5,295
WHO_ jöllét_cstag	,429	,094	,643	4,541	,000	,235	,622
FAD_ Viskont_cstag	2,083	,913	,338	2,281	,030	,212	3,953
FACES_K_ Széteső_cstag	-,189	,077	-,355	-2,467	,020	-,346	-,032

A kontroll vizsgálati személyek körében a vizsgált változók alapján az általános életminőség pontszámot a vizsgált változók közül csak a FACES Családi elégedettség magyarázta 34,3 százalékban (model: $F=18,795$, $p<0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,325$) ahol a Beta coefficient=0,586, $t=4,335$, $p<0,001^{**}$.

6. Megbeszélés

6.1. Főbb eredmények

Az első vizsgálatban három olyan vizsgált tényező volt, ami negatívan érintette az életminőséget, mind a négy vizsgálati eszköz eredményeit nézve: ezek az alvás problémák, a depresszió és a szorongás pontszámok, valamint az antiepileptikumok száma. Egyik mérőeszköz sem mutatott összefüggést a következő vizsgált változókkal: a gyermekek száma, az alkoholfogyasztás és a dohányzás mértéke, valamint az epilepszia fennállása (évek száma). A fennmaradó vizsgálati faktorok összefüggést mutattak az életminőséggel, de a választott mérőeszköz függvényében. A Többszörös Regresszóanalízis eredményei alapján elmondható, hogy a WHOQOL-5 pontszámait előre jelző tényezők leginkább az általános egészség-változók, specifikusan a szorongás és a depresszió pontszámai. A Diener-féle étellel való elégedettség összpontszámát leginkább meghatározó tényezők a szociodemográfiai tényezők, az általános egészség-változók, valamint a kezeléssel összefüggő változók voltak, de nem az epilepsziaszpecifikus változókkal összefüggő tényezők. A faktorok mind a négy kategóriája szignifikánsan előrejelző tényezője volt a Qolie-31 összpontszámának, de leginkább az egészség-változók voltak meghatározóak, melyek szignifikánsan nagyobb szerepet töltek be az IPQ pontszámának alakulásában is, de ott sokkal kiegyenlítettebb módon. A szélsőségek összehasonlításával megállapítható, hogy a rizikó faktorok befolyásolják az életminőség alakulását negatív irányban, mégis ezek additív ereje csak az IPQ esetében mutatkozott. Érdekes tapasztalata az IPQ alkalmazásának, hogy a legkevésbé befolyásolt faktorok a „Timeline” a „Személyes kontroll” és a „Kezelési kontroll” faktorok voltak. A megküzdési stratégiáknál azt találtuk, hogy a komorbid zavarok a szubjektív betegségeészlelés négy faktorával: a Ciklikussággal, a Következmények faktorról és az Érzelmi reprezentációval mutattak kapcsolatot, valamint a Betegségkoherenciával. A megküzdési stratégiák közül a depresszív-, a vallásos- megküzdésnek, valamint a bagatellizáló megküzdési stratégiának volt kapcsolata a szubjektív betegségeészleléssel. Az életminőséget befolyásoló tényezők közül prediktív ereje a depresszióknak, a depresszív és aktív megküzdési stratégiáknak, a negatív következményeknek, a vizsgálati személy nemének (nők), az egészségi állapot szubjektív megítélésének, a rohamtípusnak és az alvásminőségnek van. A harmadik vizsgálatban a társas támogatottság és a családi

funkcionálás életminőséget befolyásoló szerepét vizsgáltuk. Az epilepsziások és a kontroll csoport összehasonlításában szignifikáns eltéréseket a pszichoszociális skálák mentén találtunk, a családi funkcionálás skálák megítélésében nem, azonban a családtagok összehasonlításakor e változóknak is. Az epilepsziás családtagok úgy érzik, hogy a Kommunikáció, az Érzelmi válaszkészség, az Általános működés valamint a család Összetartása és Rugalmassága rosszabb. Az életminőséget leginkább meghatározó tényezők a depresszió mértéke, a szorongás mértéke, az Érzelmi válaszkészség, az Egybefonódottságnak és Szétesésnek a megítélése, a család Merevsége, a munkahely befolyásolásának mértéke.

6.2. Tárgyalás

1. hipotézis: Az életminőséget (Qolie-31-el mérve) befolyásoló tényezők a nemzetközi kutatásokkal összhangban fognak alakulni, így a nemi hovatartozás, a lakóhely, az iskolai végzettség, a szorongás és a depresszió mértéke, az alvásproblémák, a rohamtípus és a rohamgyakoriság, valamint a gyógyszeres terápia milyensége lesz meghatározó. A nemi hovatartozás kapcsán a nők alacsonyabb szintű életminőséget fognak mutatni.

Az alkalmazott négy vizsgálati mérőeszköz között magas szintű korreláció mutatkozott. Az életminőséget befolyásoló tényezők a nemzetközi kutatásokkal összhangban alakultak, így a vizsgálati személyeknél a női nem, a rokonokkal való együttélés (az egy háztartásban élők száma), a vidéki lakóhely, az alacsony iskolázottság, az alvásproblémák, a szorongás és a depresszió, a gyakori rohamozás, valamint a generalizált rohamtípus, a rohamozás miatti éjszakai felébredések, és politerápia negatívan befolyásolja a betegek életminőségét. Érdekes, hogy az életminőség jobb volt, ha a politerápia Levetiracetamot tartalmazott (4. számú táblázat). A nemi hovatartozás kapcsán a nők alacsonyabb szintű életminőséget mutatnak a Qolie-31 összpontszámát és az egyes alskáláit nézve. A Qolie-31 alskálái közül a vizsgálati személy neme specifikusan kapcsolatot mutatott a roham aggodalommal, a kezelés hatásával és a társadalmi aktivitással, míg az iskolai végzettségnek leginkább a Qolie-31 alskálái közül az általános életminőségre és a kognitív funkcionálásra volt jelentős hatása.

Eredményeink a Qolie-31 betegség-specifikus életminőség kérdőívvel hasonlóképpen alakultak a korábbi kutatási eredményekhez a teszt összes variánsával együtt. Átfogó

kutatásában Taylor és munkatársai (2011) arra a következtetésre jutott, hogy a csökkent egészséggel összefüggő életminőség a megnövekedett rohamgyakorisággal, a rohamsúlyossággal, a depresszió és a szorongás szintjével és a komorbid zavarok jelenlétével magyarázható (egyéb fizikai és pszichiátriai állapotok jelenlétével). A későbbi publikációk nagymértékben alátámasztották e vizsgálati eredményeket. A Qolie-31 mérőeszközzel mért életminőség és a szorongás, valamint a depresszió közötti szoros kapcsolatot számos tanulmány támasztotta alá (Huang és mtsai, 2011; Shallcross és mtsai, 2015; Chen és mtsai, 2016; Ettinger és mtsai, 2014; Gaus és mtsai, 2015; Jehi és mtsai, 2011; Melykian és mtsai, 2012; Lee és mtsai, 2015; Milovanovic és mtsai, 2014; Tedrus és mtsai, 2013; Mehta és mtsai, 2014; Zhao és mtsai, 2012). Kutatásunkban az egészséggel összefüggő életminőséget leginkább a szorongás és a depresszió határozza meg. A rohamok gyakoriságának és típusának az életminőségre gyakorolt hatását nem egyértelműen erősítik meg a korábbi kutatások. A rohamok gyakoriságának szerepét hangsúlyozó kutatások a következők: Chen és munkatársai, 2016; Mehta és munkatársai, 2014; Melykian és munkatársai, 2012; Tedrus és munkatársai, 2013; Azuma és Akechi, 2014; a rohamok gyakoriságának befolyásoló szerepével ellentmondó tanulmány Gordon-Perue és munkatársai, 2011. A rohamtípus befolyásoló szerepét hangsúlyozó tanulmányok: Huang és munkatársai, 2011; Chen és munkatársai, 2016, Ettinger és munkatársai, 2014; Jehi és munkatársai, 2011; Milovanovic munkatársai, 2014; illetve a rohamtípus befolyásoló szerepével ellentmondásos tanulmányok a következők: Melykian és munkatársai, 2012; Tedrus és munkatársai, 2013; Norsa'adah és munkatársai, 2013. A szomatikus betegségek vizsgálatára ritkábban került sor, az egyik Taylor és munkatársai (2011) által publikált tanulmányban van szerepe a szomatikus betegségeknek az életminőségre, míg ellentétes eredményekről számolnak be más tanulmányok (Norsa'adah és mtsai, 2013; Adebayo és mtsai, 2014). Saját vizsgálatomban a rohamgyakoriságnak és a rohamtípusnak volt befolyásoló szerepe, a Qolie-31 által mért életminőség alakulására.

Inkább egymásnak ellentmondó eredményeket olvashatunk az antiepileptikumok befolyásoló szerepe kapcsán. Az életminőséggel (Qolie-31) összefüggést mutatott 5 tanulmány (Chen és mtsai, 2016; Jehi és mtsai, 2011; Tedrus és mtsai, 2013; Azuma és Akechi, 2014; Gordon-Perue és mtsai 2011), míg nem mutatott kapcsolatot másik három kutatás (Melykian és mtsai, 2012; Milovanovic és mtsai, 2014; Norsa'adah

mtsai, 2013). Taylor és munkatársai (2011) kutatásában az antiepileptikumok befolyásoló szerepe bizonytalan. Kutatásunkban az alkalmazott antiepileptikumok száma befolyásolta a legtöbb mérőeszkőzzel mért összpontszámot, vagyis fontos befolyásoló faktornak bizonyult, kivéve a WHOQOL-5 esetében.

Az alvás vizsgálata csupán a közelmúltban bukkant elő, mint életminőséget befolyásoló faktor. Vizsgálatunk eredményei megerősítik a korábbi kutatások eredményeit miszerint az összes alvással-kapcsolatos változó erős szignifikáns kapcsolatot mutat az életminőséggel az összes alkalmazott eszközön. A szocio-demográfiai változók közül négy mutatott kapcsolatot az életminőséggel, így a vizsgálati személyek nemének, az egy háztartásban élők számának, a lakóhelynek és az iskolázottságnak van kiemelkedő szerepe. A korábbi tanulmányok tükrében elmondható, hogy a nemnek, a lakhatásnak és az iskolai végzettségnek van kapcsolata az életminőséggel, de számos vizsgálati eredmény ezzel ellentétes eredményre jutott (Huang és mtsai, 2011; Chen és mtsai, 2016; Jehi és mtsai, 2011; Tedrus és mtsai, 2013), míg más kutatások hasonlóak az általunk kapott eredményekhez (Melykian és mtsai, 2012; Milovanovic és mtsai, 2014; Norsa'adah és mtsai, 2013; Gordon-Perue és mtsai, 2011). Legjobb tudomásom szerint korábbi tanulmányok nem vizsgálták a lakóhely szerepét és az álomból való ébredést roham miatt, melyek kapcsolatban állnak vizsgálati eredményeink szerint az életminőséggel. Mindezeket összevetve eredményeink azt mutatják, hogy a vizsgálati személyeknél a női nem, a rokonokkal való együttélés (az egy háztartásban élők száma), a vidéki lakóhely, az alacsony iskolázottság, az alvásproblémák, a szorongás és a depresszió, a gyakori rohamozás, valamint a generalizált rohamtípus, a rohamozás miatti éjszakai felébredések, és politerápia negatívan befolyásolja a betegek életminőségét. A többi általunk használt vizsgálati mérőeszkőzt, csak elvétve használják az epilepsziás betegek körében. A Diener-féle étellel való elégedettség skálával összefüggésben nincs kutatási adat, és a WHOQOL-5 kapcsán is egy korábbi kutatást találtunk (Hansen és Amiri, 2015). Ez a tanulmány az javasolja, hogy az NDDI (Neurological Disorders Depression Inventory) és a WHOQOL-5 kombinált alkalmazása együtt alkalmasabb az epilepsziás betegek depressziójának mérésére.

2. hipotézis: Feltételezem, hogy a vizsgált befolyásoló faktorok (szociodemográfiai-; általános egészségi állapot változók; epilepszia-specifikus és kezelés-specifikus

változók) a négy mérőeszköz közül legnagyobb mértékben a Qolie-31 összpontszámát fogják alakítani.

Az életminőséget mérő generikus két mérőeszköz szignifikáns kapcsolatot mutatott az életkorral, a halmozott stresszhatásokkal, a halmozott szomatikus betegségekkel. Eltérést mutattak abban, hogy a „háztartásban élők” és az iskolai végzettség faktorok szignifikánsan befolyásolták az étellel való elégedettséget (SwLS), de nem volt hatásuk az általános jól-létre (WHOQOL-5).

Összességében az alacsony WHOQOL-5 pontszámok a magasabb életkorral, a halmozott stresszhatásokkal és a szomatikus betegségek halmozott előfordulásával, valamint a politerápia alkalmazásával állt kapcsolatban. Az étellel való elégedettség (SwLS) alacsony pontszáma pedig összefüggésben állt az előrehaladott életkorral, a rokonokkal egy háztartásban élőkkel, az alacsony iskolai végzettséggel, a halmozott stresszhatásokkal és szomatikus betegségekkel, a rossz alvással, a magasabb szorongás és depresszió pontszámokkal, és a politerápia alkalmazásával. Érdekes, hogy a politerápia negatív hatása szignifikánsan javult, ha a beadott AED tartalmazott Carbamazepine-t. (7. számú táblázat) Azon az eredményen is érdemes elgondolkozni, hogy a vizsgált betegek esetében a rokonokkal való együttélésnek szignifikánsan negatívabb hatása van az életminőségre, mint ha a vizsgált személy egyedül, vagy a házastársával él. (5. számú táblázat)

A szubjektív betegségeészlelést nem befolyásolták a szociodemográfiai tényezők, kivéve az iskolai végzettséget és a vizsgálati személyek jogi helyzetét. Ezzel szemben az általános egészség faktorok többszörös kapcsolódást mutattak az IPQ-val, ahogy ezt korábban a WHOQOL-5 és az SwLS esetében is megfigyelhető volt, míg az epilepszia és betegség-specifikus faktorok hasonlóan a Qolie-31-hez alakultak. (8. - 10. számú táblázatok)

Az iskolai végzettség alapján szignifikáns eltérés mutatkozott az „Idői lefolyás-ciklikusság (Timeline-cyclical)” a „Következmények (Consequences)”, valamint a „Betegség koherencia (Coherence)” mentén, ahol az érettségivel nem rendelkező, alacsony iskolai végzettségű csoport mutatott szignifikánsan magasabb pontszámot.

Az IPQ alskálákkal való összefüggések hasonlóan alakultak a másik három mérőeszközzel mértekkel, kivéve a szociodemográfiai tényezőket, melyek jelentős mértékben nem befolyásolták a szubjektív betegségeészlelés alakulását. Ahogy ezt a

megelőző eredményekben is láthattuk a politerápia hatása jelentősen módosul meghatározott gyógyszerek alkalmazásával, de ezek nem fedik le azokat a gyógyszereket, melyek az általános egészségi állapotot mérő eszközöknél váltották ki ezt a hatást.

Mind az ANOVA-elemzések, mind a korrelációs-elemzések azt mutatták, hogy az IPQ hét alskálája nem azonos mértékben befolyásolódik a vizsgált faktorok függvényében. Leginkább az „Idői lefolyás-ciklikusság (Tymeline-cyclical)”, a „Következmények észlelése (Consequences)”, valamint az „Érzelmi reprezentáció (Emotional representations)” alskálák mutattak szignifikáns eltéréseket az egyes vizsgált faktorok függvényében. A „Betegség koherencia (Coherence)” gyakran mutatott összefüggéseket, a „Személyes kontroll (Personal controll)” és a „Kezelési kontroll (Treatment controll)” csak néhány esetben, míg a „Idői lefolyás (Timeline)” egyáltalán nem (8. - 10. számú táblázatok).

A vizsgált tényezők közül az alvás mennyiség a „Betegség koherenciát” és az „Érzelmi reprezentáció” alskáláját befolyásolta szignifikánsan, míg az alvás minőség emellett még a „Ciklikusság”, a „Következmények” és a „Személyes kontroll” alskálákra is hatott. Érdekes, hogy a személyes kontroll szerepe és a betegség következményeinek szubjektív észlelése az alvás minőségének megítélésével és nem az alvásmennyiséggel állt összefüggésben. Ugyanezen alskálák mentén mutatkoztak szignifikáns eltérések a depresszió pontszámok és a szorongás pontszámok függvényében. De a szorongás pontszámok nem befolyásolták szignifikánsan a „Személyes kontroll” szubjektív megélését.

A betegség és kezelésspecifikus változók közül a rohamgyakoriság hatással volt a „Ciklikusság”, a „Következmények” alskáláira, valamint a „Kezelés kontroll”, a „Betegség koherencia” és az „Érzelmi reprezentációk” alakulására, vagyis az IPQ 7 alskálája közül 5-re, mely tovább erősíti azon kutatási eredmények sorát, melyek a betegségváltozók közül a rohamgyakoriság számának kontrollálását hangsúlyozzák az életminőség alakulása szempontjából.

Ami az IPQ-t illeti, a korábbi kutatások függvényében a szubjektív betegségészlelés egy közvetítő tényező a depresszió és az életminőség alakulása között (Shallcross és mtsai, 2015). A szubjektív betegségészlelés segít annak megértésében, hogy a betegek milyen módon alkalmazkodnak betegségükhöz (Kemp és mtsai, 1999). A szubjektív

betegségészlelés a megküzdési stratégiákkal együtt befolyásolja az életminőség alakulását (Goldstein és mtsai, 2005). Az IPQ-t használták már a pszichiáterek, a betegek és a neurológusok epilepsziával kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálatában (Whitehead és Reuber, 2012; Whitehead és mtsai, 2013). Egy korábbi kínai kutatáson kívül saját kutatásunk az, ami szisztematikusan vizsgálja a különböző faktorok hatását a szubjektív életminőség alakulására epilepsziás betegek körében.

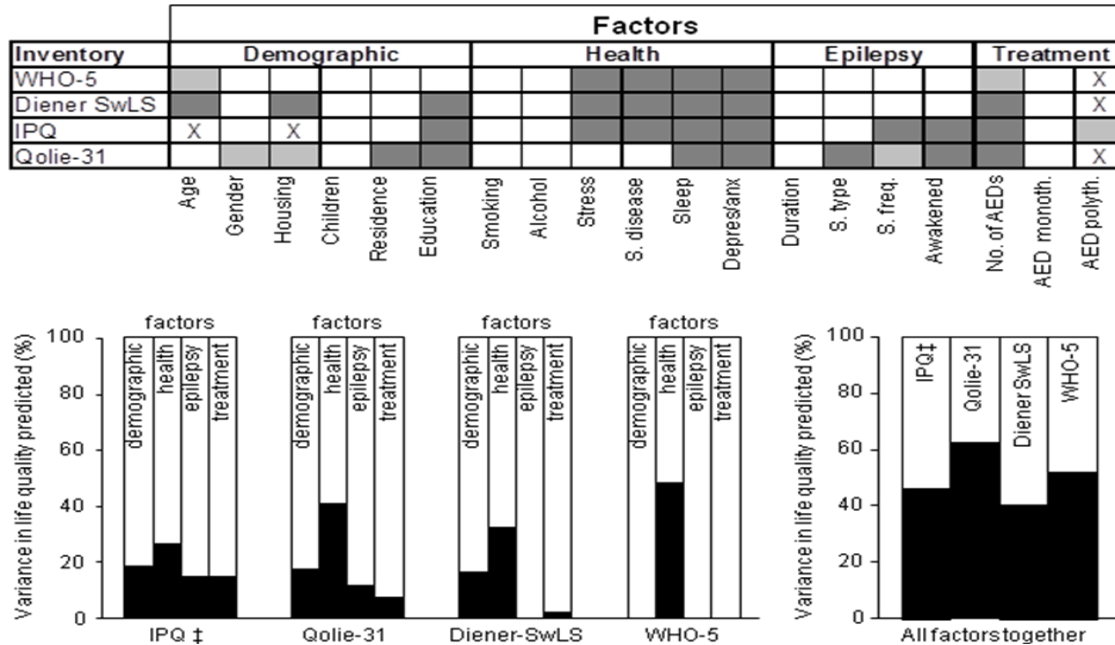
Az összes vizsgált változó a legerősebb mértékben a Qolie-31 összpontszámát magyarázta. A Qolie-31-et és az IPQ-t befolyásoló faktorok között számos átfedés található, ugyanakkor fontos különbségek is mutatkoztak. A szocio-demográfiai tényezők például kevésbé befolyásolták a szubjektív betegségészlelést, mint az életminőséget, ugyanakkor a szubjektív betegségészlelés sokkal érzékenyebbnek bizonyult az általános egészség-faktorokra, mint az epilepsziával összefüggő életminőség megítélése. Az előbbi például sokkal inkább összefüggést mutatott a vizsgálati személyek által átélt stresszhatásokkal és a jelenlévő szomatikus betegségekkel. A két eszköz hasonlónak bizonyult például az epilepszia-specifikus faktorokat tekintve, beleértve a prediktív értéküket is, ahogy ezt a többszörös regresszióanalízis eredményei mutatták. Ez a hasonlóság volt megfigyelhető a kezeléssel kapcsolatos vizsgált faktorok esetében is, például a politerápia negatívan befolyásolta mindkét összpontszámot, míg a monoterápia típusa nem befolyásolta egyiket sem. A politerápiák kombináció mindkettő mérőeszköz eredményeit befolyásolta, ugyanakkor érdekes, hogy a gyógyszerek befolyásoló hatása nem volt átfedésben. Egy korábbi tanulmányban vizsgálták, hogy bizonyos antiepileptikumok életminőség javító hatása az alvásra hatva fejt ki hatását.

A WHOQOL-5 pontszámának alakulását sem a szocio-demográfiai faktorok sem az epilepszia-és kezelés specifikus faktorok nem jelezték előre (Multiple $R_s = 0.053$ és -0.262 ; F értékek 0.43 és 1.78 között, ahol a p értékek 0.5 és 0.11 között). Ezzel szemben az általános egészség-faktorok majdnem 50% -ban meghatározzák a WHOQOL-5 varianciáját (Multiple $R = -0.696$; $F = 22.77$; $p < 0.0001$; $R^2 = 48.5$). Az általános egészség-faktorok közül a WHOQOL-5 varianciáját leginkább meghatározó tényező a HADS pontszám volt ($\beta = -0.367$, $p < 0.0001$), a többi tényező jelentős mértékben nem volt meghatározó.

Az étellel való elégedettség (SwLS) varianciáját, mind a szocio-demográfiai faktorok (Multiple R= -0.406; F= 4.97; $p < 0.0001$; $R^2 = 16.55$), mind az általános egészségi állapottal összefüggő tényezők (Multiple R= -0.567; F= 12.02; $p < 0.0001$; $R^2 = 32.2$), és a kezeléssel kapcsolatos tényezők is (Multiple R= -0.158; F= 4.06; $p < 0.05$; $R^2 = 2.5$) befolyásolják, ugyanakkor az epilepszia-specifius faktoroknak nem volt szignifikáns a szerepe (Multiple R= -0.159; F= 0.91; n.s.). Érdeemes megjegyezni, hogy a kezelés-specifikus faktorok előrejelző ereje nagyon alacsony szintű volt, bár szignifikáns, valamint az általános egészséggel összefüggő faktorok kétszer olyan meghatározóak voltak, mint a demográfiai tényezők.

A Qolie-31 összpontszámának varianciáját a változók mind a négy csoportja szignifikánsan befolyásolta. A többszörös regresszióanalízis eredményei alapján sorban (demográfiai, általános egészség faktorok, epilepszia-specifikus és kezelés-specifikus faktorok) a Multiple R értékei a következőképpen alakultak: -0.418, -0.640, -0.346, és -0.283, a kapcsolódó F és p értékek pedig a következőképpen: 3.65 (0.005), 11.72 (0.0001), 3.14 (0.05), és 9.27 (0.005). A Qolie-31 összpontszám varianciáját a demográfiai változók 17,5%-ban, az általános egészséggel összefüggő faktorok 41%-ban, az epilepszia-specifikus faktorok 12%-ban, míg a kezelésfaktorok 8%-ban befolyásolták. Hasonló előrejelzéseket kapunk a Qolie-31 alskáláira nézve is. Bár mind a négy faktorcsoport szignifikánsan befolyásolja a Qolie-31 összpontszám alakulását, az egyes csoportok előrejelző ereje igen eltérőnek mutatkozott. Az egészség-faktorok előrejelző ereje több mint ötszöröse volt a kezelés-specifikus faktoroknak, az epilepszia-specifikus faktorokhoz képest is háromszor erősebben magyarázza a Qolie-31 összpontszámának varianciáját.

Az IPQ összpontszám varianciáját befolyásoló faktorok sorban a szocio-demográfiai faktorok, az általános egészséggel összefüggő faktorok, az epilepszia-specifikus faktorok és a kezelés-specifikus faktorok voltak. Ezek Multiple R értékei a következők: 0.432, 0.517, 0.391, és 0.392; a kapcsolódó F és p értékek pedig: 5.16 (0.0001), 8.23 (0.0001), 5.65 (0.0005), 5.97 (0.0001). A befolyásoló faktorok négy kategóriája az IPQ összpontszámának varianciáját a következő százalékban befolyásolta: 7%, 26.8%, 15.3%, és 15.4%. Ez alapján elmondható, hogy az IPQ-t egyenletesebben befolyásolták a vizsgált faktorok, mint a Qolie-31 összpontszámának az alakulását (13. számú ábra).



13. számú ábra: A vizsgált faktorok és faktorcsoportok befolyásoló ereje az egyes mérőeszközök függvényében

A 13. számú ábrán jól látható az egyes változók befolyásoló ereje a mérőeszközökre külön-külön lebontva (felső ábra), valamint az egyes mérőeszközöket befolyásoló faktorok varianciája (bal alsó ábra), illetve az összes szignifikáns befolyásoló faktor varianciája az egyes mérőeszközök tükrében.

3. hipotézis: Magas és alacsony rizikójú csoportokat kialakítva a rizikófaktorok negatívan befolyásolják az életminőséget, és e csoportok elkülönítése eltéréseket hoz a szubjektív betegségészlelésben, így a betegségek vizsgálatában is. A magas rizikójú csoport szignifikánsan magasabb pontszámot fog adni általánosságban.

A különböző befolyásoló faktorok további kapcsolódásainak vizsgálatára kialakítottunk a betegek közül olyan alacsony rizikójú betegcsoportot, akiknél nem voltak alvási problémák, alacsony HADS pontszámot produkáltak, és monoterápiát alkalmaztak betegségük kezelésére (N=28). A magas rizikójú csoport ezzel ellentétes jellemzőkkel volt leírható (N=27). Mind a négy mérőeszköz esetében a kombinált rizikó leginkább a magas HADS pontszámmal volt magyarázható. (5. ábra A,B) Az életminőséget meghatározó kérdőíveknél az alvásminőség és a politerápia kevésbé volt meghatározó, mint a kombinált rizikó faktorok együttes hatása, ami statisztikailag nagyon hasonló volt a magas HADS pontszámhoz önmagában. Additív hatás volt megfigyelhető az IPQ

mérőeszköz esetében, ahol a kombinált rizikófaktoroknak nagyobb hatása volt az összpontszám alakulására, mint az egyes faktoroknak külön-külön. (5. ábra A,B,C)

Hasonló helyzet bontakozik ki az *epilepszia-specifikus faktorok* életminőségre gyakorolt vizsgálatában is. Az egyes változóknak (generalizált rohamtípus, felébredés roham miatt és rohamgyakoriság; 4. számú tábla) a hatása az alacsony Qolie-31 összpontszámra azonos mértékű, ami nem növekedett jelentősen, ha a három faktort kombináltam (N=19 és N=16 az alacsony és a magas kockázatú csoportban; 6. ábra D és E). Ezzel szemben az egyes rizikófaktoroknak (gyakori rohamozás, roham miatti felébredés, politerápia, 10. számú táblázat) a magasabb IPQ pontszámok háttérében alacsonyabb hatása van, mint e faktorok kombinációjának (N 26 és 35 fő volt az alacsony és a magas rizikójú csoportban; 6. ábra D és E). Az epilepszia és kezelés-specifikus faktorok közül csak az AED terápia milyensége mutatott szignifikáns kapcsolatot a WHOQOL-5 és az SwLS összpontszámaival, így itt kombinált rizikójú csoporttal nem lehetett számolni.

Az IPQ által mért szubjektív betegségek vizsgálatában is érdekes eredményeket kaptam. Összehasonlítottam az alacsony rizikójú csoportot (ritka rohamozás, nincs éjszakai beébredés roham miatt, és monoterápia; N=26 fő) a magas rizikójú csoporttal (gyakori rohamozás, éjszakai beébredések rohamozás miatt, politerápia, N=35 fő). Szignifikáns eltérések találhatók a két csoport eredményei között, a magas rizikójú csoport tagjai szignifikánsan magasabb pontszámokat adnak általánosságban. Emellett a magas rizikójú csoport szignifikánsan magasabb pontszámmal jelölte a betegség okaként a stresszt, a rossz orvosi ellátást, az emocionális állapotot és a baleseteket, mint az alacsony rizikójú csoport. Ezen kívül szignifikáns eltérések mutatkoztak a két csoport között azzal kapcsolatban is, hogy a betegek egy okot vagy több okot jelöltek-e meg, ahogyan abban is, hogy voltak, akik bizonytalanok voltak, vagy úgy gondolták, hogy az IPQ tesztben felsorolt okok egyike sem felelős az állapotukért. (7. ábra F). A magasabb rizikójú csoportban a halmozott okok előfordulása, míg az okok hiánya leginkább az alacsony rizikójú csoportban fordult elő.

4. hipotézis: Feltételezem, hogy a vizsgált mintában a társuló szorongás és depresszió mértéke hasonlóan alakul a nemzetközi vizsgálatok eredményeihez. A megküzdési stratégiák közül a depressziós-, a vallásos megküzdés és a bagatellizálás, valamint a szubjektív betegségeszlelés mért konstruktumai közül leginkább az érzelmi kontroll

mértéke, a következmények megélése és a betegségkoherencia, vagyis a betegség értelmének keresése lesz meghatározó.

A depresszió mérésére használt HADS teszt alapján a mintában szereplő betegek 32,9%-a mutatott a teszten magas pontszámot, ami depresszióra is utalhat. A HADS teszt alapján a betegek közül 17,1% adott enyhe depresszióra, 7,1% mérsékelt depresszióra, 8,2% közepesen súlyos depresszióra és 0,6% nagyon súlyos fokú depresszióra utaló pontszámot. A Beck-féle 9 tételes Depresszió Skála eredményei alapján a betegek 79,6 százaléka nem mutat depressziót, 18 százalék pontszáma enyhe depresszióra utal, 2,4 százalék pontszáma pedig közepes szintű depresszióra. A HADS szorongás skálája alapján pedig a vizsgált személyek 47%-a mutat szorongást, összesen 79 fő. A nemzetközi kutatások tanulmányaiban a depresszió előfordulási aránya 9-37%, míg a szorongásé 11-25%, ami hasonló a magyar mintán kapott eredményekkel, bár a szorongás egy kicsit magasabbnak bizonyult (Nindhinandana és mtsai, 2007; Tegegne és mtsai, 2015; Tellez-Zenteno és mtsai, 2007; Kessler és mtsai, 1994).

A megküzdési stratégiák közül a depressziós megküzdési stratégiában eltérések mutatkoztak a vizsgálati személy jogi helyzete (munkavisztonnyal rendelkezik-e), a munkahely elvesztésétől való félelem, az elmúlt két évben előforduló stresszorok mennyisége, az előforduló egészség problémák, az egészségi állapot szubjektív megítélése, valamint a kognitív vagy pszichiátriai zavar megléte ($p < 0,001$), az alvásmennyiség, az alvásminőség alapján, valamint a rohamgyakorosság mentén. (15. számú táblázat) A kategoriális változók közül a vallásos megküzdési stratégia eltérést mutatott $p < 0,05$ szignifikancia szinten a vizsgálati személyek neme, a beteget ért stresszorok, az egészségproblémák száma, az egészségi állapot szubjektív megítélése, a rohamgyakorosság és a pszichiátriai zavarok mentén. Az egészségi állapot szubjektív megítélése, az alvásminőség, a kognitív és pszichiátriai zavarok megléte a bagatellizálás megküzdési stratégiájával is eltéréseket mutatott. Jól látható, hogy a nemi hovatartozás a vallásos megküzdési stratégiával mutatott együttjárást, míg a jogi helyzet és a munkahely elvesztésétől való félelem specifikusabban a depressziós megküzdési stratégiával került kapcsolatba. A betegség-változók közül tehát a rohamgyakoróságnak meghatározó szerepe van a depressziós és vallásos megküzdési stratégia alkalmazásában, valamint a pszichiátriai és kognitív zavarok meglétének jelentős szerepe van a bagatellizálás és a depressziós megküzdési stratégiák alakulásában.

A szubjektív betegségeszlelés faktorait befolyásoló kategoriális változókat részletesen lásd a 16. számú táblázatban. A vizsgált kategoriális tényezők közül a jogi helyzet a Ciklikusság, Következmények, Betegségkoherencia és Érzelmi reprezentáció faktor mentén mutatott leginkább eltéréseket, míg a munkahely elvesztésétől való félelem a Következmények, a Személyes kontroll, Kezelési kontroll és az Érzelmi reprezentáció megítélését érintték. A betegség-változók közül a rohamgyakoriság 7-ből 5 faktort befolyásolt, míg az AED terápiák milyensége a Ciklikusság, a Következmények és a Kezelési kontrollnál mutatott eltéréseket.

A kutatás adatainak elemzésekor megállapíthatjuk, hogy az epilepsziával társuló depresszió a szubjektív betegségeszlelés faktorai közül leginkább a Ciklikussággal (BECK_dep $r=0,384^{**}$), a Következmények faktorról (BECK_dep $r=0,400^{**}$), és az Érzelmi reprezentációval (BECK_dep $r=0,426^{**}$) mutat együtt járást (életkor parciálva). Tehát a betegség ciklikussága, kiszámíthatatlansága, a betegséggel együtt járó fizikai és lelki következmények, a betegség negatív belső reprezentációja, mely félelmet, haragot, dühöt kelt a betegség szubjektív megélésével kapcsolatban mutat együtt járást a társuló depresszióval (18. számú táblázat).

Hasonlóan a depresszióhoz, a társuló szorongás is a szubjektív betegségeszlelés e faktoraival hozható összefüggésbe, így a szorongás és a Ciklikusság ($r=0,320^{**}$), a szorongás és a Következmények ($r=0,350^{**}$), valamint a szorongás és az Érzelmi reprezentáció ($r=0,343^{**}$) mutat együtt járást (életkor parciálva). A depresszióval összehasonlítva jelen vizsgálatunk szerint a szorongás együtt járása e faktorokkal gyengébb, mint a depresszió esetében (18. számú táblázat).

Az életminőség (Qolie-31) pontszámok a betegség szubjektív észlelésével a következő együtt járást mutatja: minél kiszámíthatatlanabb a betegség ($r=-0,495^{**}$), minél több negatív következménnyel jár ($r=-0,495^{**}$), minél kevésbé találja a betegségével kapcsolatban az értelmet a vizsgálati személy ($r=-0,268^{*}$), és minél negatívabb az érzelmi reprezentációja a betegségnek, vagyis minél több negatív érzelmet él át a személy betegségével összefüggésben ($r=-0,549^{**}$), annál rosszabb az életminőség megítélése (20. számú táblázat).

A pszichoterápiák és a pszichoedukáció tervezésében a személy megküzdési stratégiáinak feltérképezése segítség lehet. Az eredmények tükrében elmondható, hogy az FKV-LIS teszt által mért megküzdési stratégiák közül a szubjektív betegségeszlelés

faktoraival szignifikánsan közepesen erős együtt járást mutatott a depresszív megküzdési stratégia a Ciklikussággal $r=0,457^{**}$, a Következmények faktorról $r=0,604^{**}$; a Betegségkoherencia faktorról $r=0,450^{**}$, és a negatív Érzelmi reprezentációval $r=0,644^{**}$ (19. számú táblázat).

A depresszív megküzdési stratégia mellett a bagatellizálás stratégiája is szerepet kap, mely a Ciklikussággal ($r=0,443^{**}$), a Következményekkel ($r=0,382^{**}$), és az Érzelmi reprezentációval ($r=0,553^{**}$), a Betegségkoherenciával ($r=0,305^{**}$) mutat együtt járást. Emellett egy negatív együtt járást láthatunk a Kezelési kontroll alszállal ($r=-0,305$) (19. számú tábla). Ez az eredmény arra utalhat, hogy ha a kezelési kontroll a beteg szubjektív észlelésében romlik, akkor megjelenik a bagatellizálás megküzdési stratégiája. Vagyis a kezelés hatékonyságának szubjektív megítélése, rosszabbodása lehet az egyik jelzőmozzanata a bagatellizálás megjelenésének.

Gyenge együtt járás volt a vallásos-spirituális megküzdési módok, valamint a betegségészlelés Ciklikusság ($r=0,273^{*}$), Következmények ($r=0,372^{**}$) és a negatív Érzelmi reprezentáció ($r=0,363^{**}$) faktorai között (19. számú tábla).

A szubjektív betegségészlelés vizsgált változói közül a kapott eredményeket figyelembe lehet venni a betegség pszichés menedzselése, a pszichoedukáció, valamint a terápiás lehetőségek tervezésében. Jól látható a mintánkban, hogy a betegséghez társuló negatív érzelmekkel való megbirkózás jelenti az egyik elsődleges feladatot, ehhez csatlakozik a betegség fizikai, szociális és lelki következményeinek feldolgozása, a megoldási lehetőségek keresése. Harmadik szempont a betegség kiszámíthatatlan jelentkezésének egyensúlyban tartása, mely a megfelelő gyógyszerelést is érintő terület. A gyógyszerbeállítások idejére segítséget jelenthet, ha a beteg valamilyen információt kap ennek tudatosításában, és a prognózis részletesen megbeszélésre kerül.

5. hipotézis: A megküzdési és a betegségészlelési változókat fókuszba helyezve az életminőséget leginkább meghatározó tényezők a nemzetközi kutatási eredmények alapján: az általános egészség-változók közül a depresszió és a szorongás, valamint az alvás, a szociodemográfiai tényezőket tekintve a vizsgált személy neme, és az iskolai végzettség, valamint a betegségészlelés faktorai kapcsán a betegség következményeinek észlelése, a betegség értelmezése valamint az érzelmek kontrollálásának mértéke lesz.

A vizsgált változók többváltozós lineáris regresszióanalízise alapján a Beck-féle depresszió (Beta coefficient=-0,351, $t=-4,703$, $p<0,001^{**}$), a Depressziós megküzdési

stratégia (Beta coefficient=-0,235, $t=-3,123$, $p=0,002^{**}$), az Egészségi állapot szubjektív megítélése (Beta coefficient=0,232, $t=3,643$, $p<0,001^{**}$), a vizsgálati személy neme (nő) (Beta coefficient=-0,162, $t=-3,008$, $p=0,003^{**}$), az IPQ következmények (Beta coefficient=-0,161, $t=-2,572$, $p=0,012^{*}$), az Aktív megküzdési stratégia (Beta coefficient=0,146, $t=2,572$, $p=0,012^{*}$), a Rohamtípus milyensége (Beta coefficient=-0,138, $t=-2,527$, $p=0,013^{*}$), valamint az Alvásminőség (Beta coefficient=-0,125, $t=-1,995$, $p=0,049$) az életminőség összpontszám varianciájának 75,6%-át magyarázza (3.modell: $F=33,333$, $p<0,001^{**}$, adjusted $R^2=0,733$).

6. hipotézis: Feltételezem, hogy az epilepsziás családok és a kontroll családok összehasonlító vizsgálatánál mind a pszichoszociális skálák mentén, mind a társas támogatottság és családi funkcionálást mérő skálák mentén, szignifikáns eltéréseket fogunk találni a vizsgálati személyek és családtagjaik összehasonlításában. Az epilepsziás betegek családjai esetében inkább várunk kedvezőtlen családi funkcionálást. A pszichoszociális skálák mentén az epilepsziás és kontroll vizsgálati személyek összehasonlításában van a két csoport között több szignifikáns eltérés, ugyanakkor a családi funkciókat mérő skálák szignifikáns eltéréseket nem mutattak. Az epilepsziás minta tagjai jobban félnek a munkahely elvesztésétől, szignifikánsan magasabb pontszámot hoznak a depresszió (Beck Dep és HADS Dep) és szorongás skálákon (HADS Anx), de a vizsgálatot megelőző hónapban életminőségük megítélése szignifikánsan jobb volt, mint a kontroll csoport tagjainak. Ezzel szemben a kontroll csoport szubjektíve egészségesebbnek érzi magát, összességében elégedettebbek az életükkel, az önértékelésük és énhatékonyságuk magasabbnak bizonyult, valamint a társas támogatottság mértékét is pozitívabbra értékelték. Ugyanakkor az epilepsziás betegek családtagjainak és a kontroll vizsgálati személyek családtagjainak összehasonlítása során a pszichoszociális skálák mellett a családi funkcionálást mérő eszközök bizonyos skálái is szignifikáns eltéréseket jeleztek, ami alapján elmondható, hogy egy krónikus beteg jelenléte a betegség menedzselése kihat a családi működés területeire.

Az epilepsziás családtagok összehasonlítva a kontroll családtagokkal a pszichoszociális skálákat tekintve szignifikánsan jobban félnek a munkahely elvesztésétől, és magasabb pontszámot produkáltak a depresszió (Beck-skála) és a szorongás (HADS Anx) mérésekor. A kontroll családtagok szubjektíve egészségesebbnek ítélték meg magukat,

a jóllétük és az étellel való elégedettségük szignifikánsan pozitívabbnak bizonyult, úgy érzik, hogy a szociális támogatottságuk megfelelőbb, és az általános életminőségük is jobb. A családi funkcionálást mérő skálákon a FAD-skálákon elérhető pontszám minél magasabb, annál diszfunkcionálisabb az adott dimenzióban a család működése. Így az epilepsziás családtagok úgy érzik, hogy a Kommunikáció milyensége, az Érzelmi válaszkészség és az Általános működés megítélése szignifikánsan rosszabbnak bizonyult. A kommunikáció homályosabb és közvetett, az érzelmi válaszkészség rosszabb működése arra utal, hogy a különböző helyzetekre kevésbé képesek megfelelő minőségű érzelmi szinttel reagálni, valamint az általános működés a család általános egészségi állapotára utal. A kontroll családtagok a FACES-skálákon elért pontszámok alapján szignifikánsan összetartóbbnak, rugalmasabbnak értékelték a családjaik működését, mely a Kohézió és az Összpontszám alakulásában is tetten érhető.

A családok közös pontszám alapján történő összehasonlításakor elmondható, hogy a kontroll családok szignifikánsan hatékonyabbnak ítélték meg működésüket, az érzelmi válaszkészségüket megfelelőbbnek, míg az epilepsziás családokban, mind a szorongás, mind a depresszió mértéke szignifikánsan magasabbnak mutatkozott, a családi funkcionalitást tekintve a Kaotikusság megítélése és az Összetartozás mértéke bizonyult szignifikánsan erőteljesebbnek. Ezen eredmények tükrében elmondható, hogy az epilepsziás családok esetében a szorongás és a depresszió kezelésének nem csak a beteg esetében lehet jelentősége, a kaotikusság magasabb mértéke utalhat a rugalmatlanságra, amelyhez kapcsolódhat az összetartozás ereje, mint következmény. Az összcsaládi pontszámokat nézve az Érzelmi válaszkészség szignifikánsan alacsonyabb működése pedig azt jelenti, hogy különböző szituációkban nem megfelelő szintű az érzelmi válasz, mely a kaotikusság, rugalmatlanság mögött is befolyásoló tényező lehet. A FAD-skálák során számolt közös átlagpontszámok alapján megerősödni látszik mintánkban a kommunikáció csökkent hatékonysága és itt érdekes módon a családi szerepek megítélése bizonyult még rosszabbnak, mely arra utal, hogy az egyes szerepek és felelőségek megoszlásában lennének szignifikáns eltérések az epilepsziások családjában. Tehát ez alapján szignifikáns eltérések mutatkoztak az Énhatékonyság, a depresszió és a szorongás megítélése, valamint a családi funkcionálást nézve az Összetartozás és Kaotikusság, valamint a Kommunikáció és a Szerepek megítélése kapcsán.

A nemzetközi vizsgálatokkal összehasonlítva vizsgálati eredményeink hasonlóan alakultak. Du és munkatársai (2014) depressziós betegek családi funkcionálását vizsgálva úgy találták, hogy ezek a családok nagyobb arányban estek az egészségtelen-diszfunkcionális működés kategóriájába a Kommunikáció, az Érzelmi bevonódás és Érzelmi Válaszérzékenység, a Viselkedés kontroll és az Általános működés FAD skálái mentén. Hasonló eredményekre jutottak más kutatások is (Tamplin és mtsai, 1998; Keitner és mtsai, 1987). Érdekes szempont a kutatások eredményeinél figyelembe venni azt, hogy a családi funkcionálás erősen kultúra függő is lehet, hiszen Du és munkatársai (2014) kutatásaik eredménye során úgy találták, hogy kínai betegek körében a FAD viselkedés kontroll skálája a kulturális és hagyományos családi működések függvényében sokkal erőteljesebben jelezhet az érzelmi válaszérzékenységhöz képest. Ugyanakkor mind a nyugati, mind a kínai mintákon a FACES tesztben az alacsonyabb kohézió és alkalmazkodás jellemezte a depressziós betegek családi működését (Bernstein és mtsai, 1999; Wang és mtsai, 2015).

További nemzetközi kutatások alapján La France és munkatársai (2011) úgy találták, hogy PNES betegeket és epilepsziásokat összehasonlítva a rohamjellemzőket és a depressziót kontroll alatt tartva a FAD-skálák közül prediktív ereje a életminőség meghatározásában epilepsziás betegeknél a Kommunikációnak és az Érzelmi bevonódás skálának volt (La France és mtsai, 2011). Egy török vizsgálatban Unal és munkatársai (2004) a családi diszfunkcionalitás szempontjából a Viselkedés kontroll skálát és a Szerepek skálát tartották meghatározónak epilepsziás betegek körében (Unal és mtsai, 2004). Herzer és munkatársai 2010-ben öt krónikus betegcsoportot és egy sine morbo kontroll csoportot vizsgálva, úgy találták, hogy a FAD-skálák közül a diszfunkcionálisan működő családok leginkább a Kommunikáció, a Szerepek és az Érzelmi Bevonódás skálák megítélésében voltak érintettek (Herzer és mtsai, 2010). Összegezve a nemzetközi vizsgálatokban talált eredményeket a magyar mintán is a FAD-skálák közül a Kommunikációnak, az Érzelmi bevonódásnak, valamint a Szerepek alskáláknak van kiemelkedő szerepe, hasonlóan az ismertetett kutatásokhoz. A viselkedés kontroll jelentősége saját vizsgálatomban kevésbé igazolódott.

7. hipotézis: Feltételezem, hogy az epilepsziás családokon belül a vizsgálati személyek és családtagjaik a pszichoszociális állapot és a családi funkcionálás megítélésében szignifikáns eltéréseket mutatnak. Feltételezem, hogy az új családban élő epilepsziások

és a származási családban élő betegek között, mind a pszichoszociális skálák, mind a családi funkcionálás skálák mentén szignifikáns eltérések lesznek.

Az epilepsziás családokon belül a *családtagokat és a vizsgálati személyeket összehasonlítva* mindösszesen a szorongás és a HADS összpontszám (HADS TOTAL) kapcsán mutatkozott szignifikáns eltérés (a vizsgálati személyek mutattak magasabb pontszámot), a többi pszichoszociális és családi funkcionálást mérő skálában eltérés nem mutatkozott. Ugyanakkor újabb alcsoportokat létrehozva: a *származási családban élő vizsgálati személyek és az új családban élő vizsgálati személyek összehasonlítását* is elvégezve, elmondható, hogy a származási családban élők *önértékelése* bizonyult magasabbnak szemben az új családban élőkkel, valamint mind a származási, mind az új családban élőké alacsonyabb volt a kontroll személyekéhez képest. A *társas támogatottság* mértékében nem volt különbség a két csoport között, viszont mind a származási családban élők, mind az új családban élők szignifikánsan kevésbé érzik a társas támogatottság erejét a kontroll családokhoz képest. A *depresszió* megítélésében érdekes eredmény mutatkozott. Az epilepsziás betegek közül az új családban élők bizonyultak a leginkább depressziósoknak, míg a származási családban élők ugyanolyan mértékben, mint a kontroll személyek közül a származási családban élők, és végül a legkevesebb depressziósok azok a kontroll személyek voltak, akik új családban éltek.

Az *Érzelmi Válaszkészség* skálán a legalacsonyabb pontszámot az epilepsziás betegek közül a származási családban élők adták, míg az új családban élő epilepsziások és a kontroll személyek közül a származási családban élők közel hasonlóan magas pontszámot adtak. Jelen esetben, mivel FAD-skálák esetén az alacsonyabb pontszám jelenti az egészségesebb működést, az eredmény azt jelezné, hogy a származási családban élő epilepsziások szignifikánsan pozitívabbnak élik meg az érzelmi válaszkészség milyenségét. Az *Érzelmi Bevonódás* skálán legmagasabb pontszámot az új családban élő epilepsziások adták, a legalacsonyabb pontszámot pedig a származási családban élő epilepsziás vizsgálati személyek. Az érzelmi bevonódás azt mutatja, hogyan élnek a családok az érzelmi részvételük és az érdeklődésük révén, ami azt jelentheti ebben az esetben, hogy a származási családban élő epilepsziás betegek ítélkeztek pozitívabban. Tehát az epilepsziás családokon belüli vizsgálatokat nézve megállapíthatjuk, hogy a családtagokhoz képest a szorongás mértéke meghatározóbb a vizsgálati személyeknél, valamint a származási családban élők kevésbé bizonyultak

depressziósnak, magasabb önértékeléssel rendelkeznek, és a család működésében szignifikánsan jobbra értékelték az érzelmi válaszkészség és érzelmi bevonódás mértékét. A származási családba való visszahúzódás egyfajta védelmet, biztonságot és megszokottságot jelenthet a vizsgálati személyek részére.

A korrelációs számítások következtetése alapján elmondható, hogy a pszichoszociális skálák és a FACES alskálák a vizsgálati személyek esetében nagyon kevés együttjárást mutattak. A FACES alskálái közül a Kaotikus családi funkcionálás járt együtt a legtöbb esetben az egyes pszichoszociális skálákkal, így negatívan az étellel való elégedettséggel ($r=-0,350$; $p=0,025^*$); a Caldwell társas támogatottság skálával ($r=-0,378$; $p=0,015^*$), a HADS depresszióval ($r=-0,325$; $p=0,038$), valamint az életminőség (általános) megítélésével ($r=-0,319$; $p=0,045^*$). Érdekes, hogy a Rosenberg önértékelés együttjárást mutatott a családi Összetartozással ($r=0,340$; $p=0,043^*$), míg más pszichoszociális alskála az Összetartozással nem mutatott kapcsolatot. A családi kommunikáció pozitív együttjárást mutatott az étellel való elégedettséggel ($r=0,352$; $p=0,024$), valamint az életminőség általános megítélésével ($r=0,365$; $p=0,020^*$). Végül a családi elégedettség mutatott még kapcsolatot az általános életminőség megítélésével ($r=0,397$; $p=0,012^*$).

Az epilepsziás vizsgálati személyek esetében a *Depresszióval* egyértelműen együttjárást mutató változó az *Érzelmi bevonódás* (Beck Dep $r=0,453$; $p=0,004^{**}$), mely jól mutatja, hogy a családtagok megfelelő szintű és mennyiségű érzelmi részvétele, továbbá aktív érdeklődése fordítottan jár együtt a depresszióval, ami a család általános egészségi állapotának jóllétét is befolyásolja. Minél kevésbé képesek a családtagok a különböző helyzetekre megfelelő milyenségű részvétellel és érdeklődéssel aktívan reagálni, annál valószínűbb a depresszió jelenléte. A két érzelmi faktor közül az érzelmi bevonódás mutatja az erősebb együttjárást és nem az érzelmi válaszkészség (Beck Dep $r=0,346$; $p=0,033$), vagyis az egymás iránti részvét és érdeklődés aktív megnyilvánulására helyeződne a fókusz és nem a passzív érzékenységre. Az érzelmi bevonódás tehát erős kapcsolatot mutatott a Családi Összetartással és a Családi funkcionálás pozitív megítélésével is.

A pszichoszociális skálák közül a Rosenberg-féle önértékelés skála a legtöbb FAD alskálával közepesen erős együttjárást mutatott, mely igen érdekes eredmény annak függvényében, hogy a többi pszichoszociális skála, köztük a depresszió és a szorongás

is kisebb mértékben mutatott együttjárást. A családi funkcionálás skálák közül a három legmagasabb korrelációs együttjárást a következő alszálák mutatták: A FAD Általános működés ($r=-0,529$; $p=0,001^{**}$), a FAD Érzelmi bevonódás ($r=-0,476$; $p=0,003^{**}$) és a FAD Szerepek ($r=-0,379$; $p=0,022^{**}$). Ez felveti az önértékelés fontos szerepét a családi funkcionálás következményeként, melyet az érzelmi bevonódás és a családon belüli szerepek milyensége határozná meg leginkább. Az önértékelés fontos szerepet játszik a betegek alkalmazkodásában, szociális és társadalmi beilleszkedésükben.

A *családtagok és a vizsgálati személyek* pontszámainak együttjárását vizsgálva a pszichoszociális változók közül közepesen erős együttjárást mutatott az Önértékelés ($r=0,394$; $p=0,014^{**}$), a WHO jóllét ($r=0,393$; $p=0,013^{*}$), a Diener-féle élettel való elégedettség ($r=0,422$; $p=0,006^{**}$), az általános életminőség ($r=0,386$; $p=0,015^{*}$). Az önértékelés együttjárása megerősíti annak a helyzetnek a fontosságát, hogy egy krónikus beteg jelenléte és életének menedzselése a tágabb szociális környezetére is erősen kihat, ami akár a családtagok önértékelésének alakulását is befolyásolhatja. Érdekes eredmény, hogy a vizsgálati személyek és a családtagok HADS depresszió pontszáma fordított együttjárást mutatott ($r=-0,435$; $p=0,004^{*}$). A társas támogatottság mértéke ($r=0,313$; $p=0,043^{*}$) mutatott még gyengébb együttjárást e változók közül. A családi funkcionálást mérő skálák első csoportjában, a FAD-skálák közül az Általános Működés ($r=0,802$; $p=0,000^{**}$) megítélése, a Szerepek ($r=0,659$; $p=0,000^{**}$) és az Érzelmi bevonódás ($r=0,619$; $p=0,000^{**}$) mutatott erős együttjárást. A FACES-skálákat tekintve pedig a Kohézió erősségét mérő Széteső-skála ($r=0,627$, $p=0,000^{**}$) pontszámai, a Családi kommunikáció ($r=0,606$; $p=0,000^{**}$) valamint a Családi elégedettség pontszámok ($r=0,703$; $p=0,000^{**}$) mutattak szintén erős együttjárást.

8. hipotézis: Feltételezem, hogy az élettel való elégedettséget és az általános életminőséget az epilepsziás személyeknél a betegséggel és a társuló komorbid állapotokkal, valamint azok következményeivel összefüggő változók, továbbá a családi funkcionálás szélsőségesebb működéseit leíró változók fogják a leginkább meghatározni, míg a családtagok esetében a család működésének egészét, a kommunikációt, a viselkedéskontrollt és a társas támogatottság fontosságának szerepét találjuk.

Többváltozós regresszióanalízis segítségével, Enter módszerrel modellépítést végeztünk az egyes csoportokban, melyben kerestük az Élettel való elégedettséget (Diener-féle

Élettel való Elégedettség) meghatározó tényezőket, az Önértékelést (Rosenberg-féle Önértékelés) meghatározó tényezőket, a Családi funkcionálást (FAD Általános Működés, FACES Total) általánosan meghatározó tényezőket, valamint az általános életminőséget leginkább meghatározó faktorokat. Összegezve az áttekintett modelleket, jól láthatóan a vizsgált változók alkalmasak voltak az epilepsziás betegek és családtagjaik esetében a modell építésre, a kontroll személyeknél alapvetően a Családi Elégedettség vagy a FAD Általános Működés határozta meg a vizsgált változók alakulását.

Az *Élettel való elégedettséget* mérő teszt (Diener-féle) egy általános, nem betegség-specifikus mérőeszközként alkalmazható volt, mind az epilepsziás vizsgálati személyek, mind a családtagok és a kontroll személyek esetében is. Az epilepsziás betegeknél a vizsgált modellünk 48,9 százalékban magyarázta az élettel való elégedettséget, melyben az Önértékelés és a családi Kohézió szélsőséges működése magyarázta a vizsgált változó alakulását. Az epilepsziás betegek családtagjainak körében a Családi Elégedettség milyensége, és a Társas támogatás mértéke volt meghatározó, a vizsgált változót 33,6%-ban magyarázta a modell. A kontroll személyek esetében csak egy változó, a Családi elégedettség mértéke volt meghatározó 30,3%-ban. Az eredmények tükrében elmondható, hogy az epilepsziás családokban a betegek elégedettségét a családi szétesés szubjektív megítélése és a saját önértékelésük határozná meg, míg a kontroll személyek és a családtagok esetében is a családi elégedettség mértéke, ugyanakkor az epilepsziás családtagoknál ez kiegészült a társas támogatottsággal. A krónikus betegek menedzselése, segítése igényli a társas támogatottságot, így ennek erőssége befolyásolhatta a családtagok élettel való elégedettségét.

Az *Önértékelés* kitüntetett szerepe miatt elvégezve a regresszióanalízist a következő modellt találtuk, mely 82,6%-ban magyarázta a vizsgált változót. A munkahely befolyásolásának mértéke, az énhatékonyság, a szorongás, valamint a családi skálák közül a Kohézió két szélsőséges működését vizsgáló Egybefonódottság és Szétesés skálák mértéke határozta meg az önértékelést. A családtagok esetében a modell 61,6%-ban magyarázta a vizsgált változót, ahol az élettel való elégedettségnek, a depresszióknak (Beck), valamint a Kommunikációnak van meghatározó szerepe. Jól látható, hogy míg a betegek esetében a saját énhatékonyságuk, megfelelésük a munka világában, valamint a családi Kohézió erőssége meghatározó, addig a családtagoknál a családi kommunikáció

milyensége, az általános elégedettség és a megjelenő depresszió volt kiemelhető. Talán a legérdekesebb, hogy az epilepsziások önértékelése mennyire épül az életben való alkalmazkodást meghatározó faktorokra, míg a családtagoknál a családi kommunikáció milyensége lenne meghatározóbb. A kontroll vizsgálati személyeknél az önértékelést leginkább meghatározó tényező a Családi elégedettség volt, ami 35%-ban magyarázta a vizsgált változót.

A *Családi funkcionálás Általános működését* vizsgálva a regresszióanalízis során epilepsziás betegeknek a modell 72,5%-ban magyarázta a vizsgált változót. A modellben a depresszió mértéke, valamint a Családi Elégedettség határozta meg az Általános működés milyenségét. A családtagoknál a modell 74%-ban magyarázta a vizsgált változót, ahol az életminőség szubjektív megítélése, valamint a Családi Kommunikáció volt meghatározó. A kontroll személyek esetében a Családi Elégedettség volt egyedül meghatározó 61,4%-ban. Ez az eredmény arra enged következtetni, hogy míg a betegeknek a depresszió mértéke és a családi elégedettség milyensége lenne a meghatározó, addig a családtagoknál az általános életminőség és a családi kommunikáció. Úgy gondolom, hogy a családtagoknak jól láthatóan a család egészének boldogulása, életminősége, a problémákról és érzelmekről való tiszta kommunikáció lenne a legalapvetőbb, hiszen a problémamegoldásokhoz ez egy elengedhetetlen eszköz. Ugyanakkor a betegek kevésbé tudnak önmagukról és a család kisebb egységétől távolabb gondolkodni, számukra a depresszió mértéke és a családtagok elégedettsége lenne befolyásoló tényező.

A *Családi funkcionálást mérő FACES-IV összpontszámát* a vizsgált változókkal mérve (FAD-skálák) úgy találtuk, hogy a modell 57,1%-ban magyarázta a vizsgált változót. Epilepsziás betegeknek leginkább az Érzelmi bevonódás milyensége, tehát az aktív részvétel és érdeklődés mértéke valamint a Szerepek, vagyis a felelőségek megoszlása volt meghatározó. A családtagok esetében a családi funkcionálás alakulását az Általános működés határozta meg, mely a család általános egészségi állapotával van összefüggésben. A változó 47,5%-ban volt meghatározó. Ugyanezt az eredményt kaptuk a kontroll vizsgálati személyek esetében, csak egy 38,3%-os magyarázó erővel. Az eredmények azt mutatják, hogy az epilepsziás vizsgálati személyek sokkal jobban fókuszálnak a család belső működésére, az érzelmi bevonódás mértékére és a szerepek

leosztására, míg a kontroll személyek és az epilepsziás betegek családtagjai a család általános egészségi állapotára helyezik hangsúlyt.

Végül az *Általános életminőséget* leginkább meghatározó tényezőket vizsgálva, úgy találtuk, hogy az epilepsziásoknál 91,4%-ban a következő változók lennének meghatározóak: a depresszió mértéke, a szorongás mértéke, a családon belüli érzelmi válaszkészség, a családi kohézió két szélsőséges állapotának az Egybefonódottságnak, és Szétesésnek a megítélése, a családi flexibilitás szélsőséges pontját nézve a család Merevsége, valamint a munkahely befolyásolásának a mértéke. A családtagok esetében 52,8%-ban a Jól-lét mértéke (WHO), a családon belüli Viselkedés Kontroll, valamint a családi kohézió szélsőséges megnyilvánulása a Szétesés lenne meghatározó. A kontroll személyeknél pedig a Családi elégedettség mértéke lenne a meghatározó faktor 34,3%-ban. Az eredmények alapján elmondható, hogy egy krónikus betegséggel terhelt családban, mely jelen esetben az epilepsziás családokat jelenti, az általános életminőséget leginkább meghatározó tényezők a betegséggel összefüggésben vannak. Epilepsziások esetén a társuló szorongást és depressziót ölelik fel, valamint a betegség következményeiként is értelmezhető munkahelyi befolyásolás mértékét, ennek kiemelkedett szerepét, és a családi funkcionálást tekintve a nem jól funkcionálás szélsőséges állapotait, így az egybefonódottságot, a szétesés mértékét, valamint a merevséget. A családtagoknál fókuszáltabban előkerül egészségi állapotuk milyensége, a családi kohézió Szétesésének milyensége, valamint a kontroll igény kapcsán a Viselkedéskontroll fontossága, mely megmutatja, hogy az egyéni viselkedésre és a veszélyhelyzetekre nézve rendelkezik-e a család normákkal. Ezzel szemben a kontroll vizsgálati személyeknél csak egy változó, a családi elégedettség által határozódott meg az általános életminőség megítélése 34,3%-ban.

7. Következtetések

A kutatás első vizsgálatának egyik legérdekesebb eredménye, hogy az életminőséget mérő eszközök eltérően mutatnak összefüggéseket azokkal a faktorokkal, melyek befolyásolják őket. A négy mérőeszköz közül specifikusan a Qolie-31 alkalmas az epilepsziás betegek életminőségének mérésére, érvényességét már korábban vizsgálták, a többi mérőeszköz szignifikánsan, erősen korrelál vele. Az egyik legfontosabb prediktív tényező a szorongás és a depresszió, amit ez a tanulmány és a korábbiak is igazoltak. Hasonló eredményeket kapunk más betegségek esetében is (Christensen és mtsai, 2016; Philips és Perry, 2015; Fjaellegaard és mtsai, 2015).

A vizsgált befolyásoló tényezők közül a legnagyobb prediktív ereje az egészségi-állapot változóknak volt a WHOQOL-5 esetében. A Diener SwLS úgy tűnik, hogy szélesebb körben alkalmas a befolyásoló faktorok vizsgálatára. Fontos azonban, hogy egyik mérőeszköz sem alkalmas az epilepszia-specifikus tényezők mérésére, bár az antiepileptikumok száma mindkét mérőeszközzel összefüggést mutatott, ugyanakkor ennek a faktornak nem volt prediktív ereje a WHOQOL-5 esetében és nagyon alacsony (bár szignifikáns) prediktív ereje volt a Diener SwLS esetében. Ha ez epilepszia-specifikus vagy kezelés-specifikus befolyásoló tényezők hatására vagyunk kíváncsiak, akkor a Qolie-31 vagy az IPQ választása jobbnak bizonyul a két előző mérőeszközhöz képest. A vizsgált faktorok prediktív értéke a Qolie-31 esetében magasabbnak bizonyult (60% feletti), mint az IPQ esetében (50% alatti), így talán az előbbi választása jobbnak tűnik. Ugyanakkor a különböző faktortípusok hatása sokkal kiegyenlítettebbnek bizonyult az IPQ esetében, mint a Qolie-31 esetén, valamint az egyes tényezők additív hatása mutatkozott az IPQ vizsgálatában. Ráadásul ez utóbbi mérőeszköz a betegség okaival kapcsolatos mentális aggodalmak és a betegség szubjektív értékelésének a feltárására is képes. Ez arra utal, hogy az IPQ egy értékes mérőeszközzé válhat az epilepszia kutatásának, amiből kiegészíthető információk nyerhetők.

A második vizsgálatban a szubjektív betegségeészlelés, a megküzdési stratégiák és az életminőség összefüggéseit vizsgálva az eredmények gyakorlati felhasználása a pszichoedukáció és pszichológiai terápiák tervezésében mutatkozhat meg. Az életminőséget leginkább befolyásoló tényezők között a szubjektív betegségeészlelés és a megküzdési stratégiákat fókuszba helyezve a megküzdési stratégiák közül leginkább a depressziós, a vallásos és a bagatellizáló megküzdési stratégiák szerepe kiemelkedő. A

nemi hovatartozás kapcsolatba került a vallásos megküzdési stratégiával, míg a jogi helyzet (a vizsgálati személynek van-e munkaviszonya) és a munkahely elvesztésétől való félelem specifikusabban a depressziós megküzdési stratégiával mutatkozott együtt. Az epilepsziával társuló depresszió és szorongás egyformán a szubjektív betegségészlelés faktorai közül a betegség ciklikusságának megélésével, a betegség jelentős következményeinek a megélésével és az érzelmi átéléssel mutatott együttjárást, mely faktorokat nézve az életminőséget leginkább befolyásoló változónak a következmények bizonyult. Az eredmény azt mutatja, hogy a betegség állapot ingadozásának elfogadása, a kísérő negatív érzelmek feldolgozása (aggodalom, düh, harag), valamint a következmények kognitív feldolgozása és a lehetséges problémák keresése kerülhetne a pszichoterápiák és pszichoedukáció fókuszába. A nominális változók közül a jogi helyzet a betegség ciklikusságának észlelésével, a következményekkel, az érzelmi reprezentációval és a betegség értelmezéssel mutatkozott együtt, míg a munkahely elvesztésétől való félelem a következményekkel, a személyes kontroll és a kezelési kontroll erősségének a megélésével és a negatív érzelmek megítélésével került kapcsolatba. Vagyis terápiás szempontokat nézve a betegség következtében változó jogi helyzet alakulása szubjektíve a következmények megélésével és a betegség értelmének keresésével járt együtt, míg a munkahely elvesztésétől való félelem specifikusabban a személyes kontroll megélésével és az érzelmi állapotok szubjektív megélésével került kapcsolatba. A betegség-változók közül a rohamgyakoriság 7-ből 5 faktorról került kapcsolatba, míg az AED terápiák milyensége a betegség ciklikusságának megélésével, a következményekkel és a kezelési kontroll szubjektív átélésével mutatott kapcsolatot.

A harmadik vizsgálat gyakorlati vonatkozása az, hogy az életminőséget leginkább meghatározó pszichoszociális változók mellett a családi funkcionálitást és társas támogatottságot egyaránt vizsgálni kell. A beteg személyek terápiájában létfontosságú a komorbid zavarok kezelése, az önértékelés monitorozása, az alkalmazkodás segítése, hogy a munkahelyi megfelelésekben sikeresebbek legyenek. Jól látható, hogy családon belül az érzelmi bevonódásnak, a szerepeknek és a családi kommunikációnak van kiemelt jelentősége, mely meghatározza a családi összetartozás és flexibilitás későbbi alakulását is. A családtagok a kontroll személyekkel összehasonlítva viselik, hogy egy krónikus beteg személy él a családban, így a családtagok pszichoszociális állapotában a

szorongás és a depresszió monitorozása fontos tényező, és láthatóan a családi működés kapcsán a kommunikációnak valamint a viselkedéskontroll milyenségének van kiemelkedő szerepe. E tényezők beépítése a pszichoterápiás tervekbe elengedhetetlenül szükségszerű lenne.

8. Összefoglalás

Dolgozatomban epilepsziások életminőség vizsgálatát és családi funkcionálás vizsgálatát végeztem el. Az OKITI epilepszia ambulanciájával közösen a vizsgálatokat azzal a céllal határoztuk meg, hogy olyan összefüggéseket tárjunk fel, melyek használhatók a betegség terápiájában. A kutatásba vont személyek száma összesen 212 fő volt. A pszichoszociális állapot felméréséhez összeválogattunk generikus és betegség-specifikus teszteket. Négy mérőeszköz (WHOQOL; Diener-féle SWLS; Qolie-31; IPQ) egyidejű vizsgálatára került sor. Három olyan faktor emelkedett ki, mely negatívan befolyásolta mindegyik mérőeszközön az életminőség alakulását: az alvásproblémák, a depresszió és szorongás pontszámok, valamint az alkalmazott antiepileptikumok száma. A szociodemográfiai változók, az általános egészségi-állapot, az epilepszia specifikus betegség-változók és a kezelés-változók szignifikáns előrejelző tényezők a Qolie-31 összpontszámának. Szignifikánsan leginkább meghatározóak az egészség-változók voltak, hasonlóan az IPQ pontszámok alakulásában is. A megküzdési stratégiák a szubjektív betegségészlelés négy faktorával, a Ciklikussággal, a Következmények faktorról és az Érzelmi reprezentációval valamint a Betegségkoherenciával mutattak kapcsolatot. A megküzdési stratégiák közül a depresszív-, a vallásos- megküzdésnek, valamint a bagatellizáló megküzdési stratégiának volt kapcsolata a szubjektív betegségészleléssel. Az életminőséget befolyásoló tényezők közül prediktív ereje a depresszióknak, a depresszív és aktív megküzdési stratégiának, a negatív következményeknek, a vizsgálati személy nemének (nők), az alvásminőségnek, az egészségi állapot szubjektív megítélésének, valamint a rohamtípusnak van. Az epilepsziások és a kontroll csoport összehasonlításában szignifikáns eltéréseket a pszichoszociális skálák mentén találtunk, a családi funkcionálás skálák megítélésében nem, azonban a családtagok összehasonlításakor a változóknak is (III.vizsgálat). Az epilepsziás családtagok úgy érzik, hogy a kommunikáció, az érzelmi válaszkészség, az általános működés valamint a család összetartása és rugalmassága rosszabb. Az életminőséget meghatározó tényezők a betegekénél: a depresszió mértéke, a szorongás mértéke, az érzelmi válaszkészség, az egybefonódottságnak és szétesésnek a megítélése, a család merevsége, és a munkahely befolyásolásának a mértéke.

9. Summary

The study examined the quality of life of patients living with epilepsy and the functionality of their families. In cooperation with the epilepsy ambulance of the National Institute of Clinical Neurosciences, the study had the objective to reveal findings which can be applied in the therapy. In total, 212 persons participated in the research. In order to assess psychosocial conditions, respective generic and disease specific tests were selected. Four measuring instruments (WHOQOL, Diener's SWLS, Qolie-31, IPQ) will be investigated simultaneously. As a result, three factors (sleeping disorder; depression and anxiety; the number of prescribed antiepileptic drugs) were found which had a negative impact on the quality of life in all survey instruments. At the same time, the socio-demographic variables, the general health condition, the epilepsy-specific disease variables and treatment variables seemed to influence the Qolie-31 scores the most. Regarding IPQ scores, health variables resulted to be the most significant factors. Coping strategies correlated with four factors of the subjective illness perception, i.e. the Timeline-cyclical dimension, Consequences, Emotional representation, and Illness coherence factors. Meanwhile, depressive, religious and belittling coping strategies showed significant correlation with the subjective illness perception. In addition, depression, depressive and active coping strategy, negative consequences, sex (women), subjective judgement of the state of health, sleeping quality factors and seizure type had the greatest predictive influence among variables. When comparing the epileptic patients with the control group, the study found significant differences in the psychosocial scales, but not in the family functionality ones (III.examination). Nevertheless, the comparison of family members showed significant differences also in the family functionality scales. Family members living with epilepsy feel that Communication, Emotional responsiveness, General functioning, Cohesion and Flexibility of the family are worse than control group. The variables affecting the patient's life quality the most are the degree of depression, the degree of anxiety, Emotional responsiveness, Cohesion (Disengaged, Enmeshed), the Rigidity of the family and the degree of influence the workplace.

10. Irodalomjegyzék

Adebayo P.B. Akinyemi R.O. Oluwole F. Ogun S.A. Ogunniyi A. (2014) Impact of somatic comorbidities on quality of life of patients living with epilepsy in Sagamu, Nigeria. *Acta Neurol Scand*, 2014; 130:387-393.

Ali I. O'Brien P. Kumar G. Zheng T. Jones N.C. Pinault D. French C. Morris M.J. Salzberg M.R. O'Brien T.J. (2013) Enduring Effects of Early Life Stress on Firing Patterns of Hippocampal and Thalamocortical Neurons in Rats: Implications for Limbic Epilepsy. *PLoS One*, 2013; 8 (6) e:66962.

Amir M. Roziner I. Knoll A. Neufeld M.Y. (1999) Self-efficacy and social support as mediators in the relation between disease severity and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 1999; 40:216-24.

Azuma H. Akechi T. (2014) Effects of psychosocial functioning, depression, seizure frequency, and employment on quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2014; 41:18-20.

Baker GA. (2002) The psychosocial burden of epilepsy. *Epilepsia*, 2002; 43:26–30.

Bech P. (2004) Measuring the dimension of psychological general well-being by the WHO-5. *Quality of Life Newsletter*, 2004; 32:15–16.

Beck A.T. Steer R.A. Garbin M.G.J. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory Twenty-five years of evaluation. *Clin. Psych. Review*, 1988; 8: 77–100.

Bernstein G.A. Warren S.L. Massie E.D. Thuras P.D. (1999) Family dimensions in anxious depressed school refusers. *J Anxiety Disord*, 1999; 13:513-528.

Beyenburg S. Mitchell A.J. Schmidt D. Elger C.E. Reuber M. (2005) Anxiety in patients with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy Behav*, 2005; 7: 161-171.

Buck D. Jacoby A. Baker G.A. Ley H. Steen N. (1999) Cross-sectional differences in health-related quality of life of people with epilepsy: findings from an European study. *Qual Life Res*, 1999; 8:675–685.

Chen H.F. Tsai Y.F. Hsi M.S. Chen J.C. (2016) Factors affecting quality of life in adults with epilepsy in Taiwan: A cross-sectional, correlational study. *Epilepsy Behav*, 2016; 19:58:26-32.

Chen J. Zhang Y. Hong Z. Sander J.W. Zhou D. (2013) Marital adjustment for patients with epilepsy in China. *Epilepsy Behav*, 2013; 28:99-103.

Christensen T.E. Bang L.E. Holmvang L. Hasbak P. Kjaer A. Bech P. Ostergaard S.D. (2016) Neuroticism, depression and anxiety in takotsubo cardiomyopathy. *BMC Cardiovasc Disord*, 2016; 31:16:118.

Clarke D.M. Currie K.C. (2009) Depression anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med JAust*, 2009; 190: S54-60.

Cramer J.A. Blum D. Reed M. Fanning K. Epilepsy Impact Project Group (2003) The influence of comorbid depression on quality of life for people with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2003; 4: 515–21.

Cramer J.A. Perrine K. Devinsky O. Bryant-Comstock L. Meador K. Hermann B. (1998) Development and cross-cultural translations of a 31-item quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia*, 1998; 39: 81–88.

de Lima C. de Lira C.A. Arida R.M. Andersen M.L. Matos G. de Figueiredo Ferreira Guilhoto L.M. Yacubian E.M. de Albuquerque M. Tufik S. dos Santos Andrade M. Vancini R.L. (2013) Association between leisure time, physical activity, and mood disorder levels in individuals with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2013; 28:47-51.

Devinsky O. Vickrey B.G. Cramer J. Perrine K. Hermann B. Meador K. Hays R.D. (1995) Development of the quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia*, 1995; 36:1089-1104.

Dimaro L.V. Roberts N.A. Moghaddam M.G. Dawson D.L. Brown I. Reuber M. (2015) Implicit and explicit self-esteem discrepancies in people with psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2015; 46: 109-117.

Djibuti M. Shakarishvili R. (2003) Influence of clinical, demographic and socioeconomic variables on quality of life in patients with epilepsy: findings from Georgian study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2003; 74:570–573.

Du N. Ran M.S. Liang S.G. SiTu M.J. Huang Y. Mansfield A.K. Keitner G. (2014) Comparison of family functioning in families of depressed patients and nonclinical control families in China using the Family Assessment Device and the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II, *Ann. Clin. Psychiatry*, 2014; 26(1):47-56.

Edefonti V. Bravi, F. Turner K. Beghi E. Canevini M.P. Ferraroni M. Piazzini A. (2015) Health-related quality of life in adults with epilepsy: the effect of age, age at onset and duration of epilepsy in a multicentre Italian study. *BMC Neurology*, 2015; 11 (2011): 33.

Elliot J.O. Charyton C. (2014) Biopsychosocial predictors of psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy Res*, 2014; 108 (9): 1543-1553.

Elliot J.O. Charyton C. Sprangers P. Lu B. Moore J.L. (2011) The impact of marriage and social support on persons with active epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2011; 20(3): 533-538.

Elsharkawy A.E. May T. Thorbecke R. Koch-Stoecker S. Villagran A. Urak L. Pfafflin M. Pannek H. Pietila T.A. Ebner A. (2009) Long-term outcome and determinants of quality of life after temporal lobe epilepsy surgery in adults. *Epilepsy Res*, 2009; 86 (2-3): 191-199.

Epstein N.B. Baldwin L.M. Bishop D.S. (1983) The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam Ther*, 1983; 9(2):171–180.

Epstein N.B. Bishop D.S. Levin S. (1978) The MC Master Model of Family Functioning. *J Marital Fam Ther*, 1978; 4 (4): 19-31.

Ettinger A.B. Good M.B. Manjunath R. Edward Faught R. Bancroft T. (2014) The relationship of depression to antiepileptic drug adherence and quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2014; 36:138-143.

Falip M. Artazcoz L. de la Pena P. Perez-Sempere A. Codina M. (2007) Clinical characteristics associated with psychosocial functioning among patients with uncomplicated epilepsy in Spain. *Seizure*, 2007; 16 (3): 195-203.

Fiest K.M. Dykeman J. Patten S.B. Wiebe S. Kaplan G.G. Maxwell C.J. Bulloch A.G. Jette N. (2013) Depression in epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*, 2013; 80: 590-599.

Fjaellegaard K. Kvetny J. Allerup P.N. Bech P. Ellervik C. (2015) Well-being and depression in individuals with subclinical hypothyroidism and thyroid autoimmunity - a general population study. *Nord J Psychiatry*, 2015; 69(1): 73-78.

Folkman S. (1984) Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*, 1984; 46:839-852.

Funderburk J.A. McCormick B.P. Austin J.K. (2007) Does attitude toward epilepsy mediate the relationship between perceived stigma and mental health outcomes in children with epilepsy? *Epilepsy Behav*, 2007; 11:71-6.

Gandy M. Sharpe L. Perry K. N. (2011) Psychosocial predictors of depression and anxiety in patients with epilepsy: a systematic review. *J. Affect Disord*, 2011; 140(3): 222-232.

Gandy M. Sharpe L. Perry K.N. Miller L. Thayer Z. Boserio J. Mohamed A. (2013) The psychosocial correlates of depressive disorders and suicide risk in people with epilepsy. *J Psychosom Res*, 2013; 74(3): 227-232.

García-Huidobro D. Puschel K. Soto G. (2012) Family functioning style and health: opportunities for health prevention in primary care. *Br J Gen Pract*, 2012; 62: 198-203.

Gaus V. Kiep H. Holtkamp M. Burkert S. Kendel F. (2015) Gender differences in depression, but not in anxiety in people with epilepsy. *Seizure*, 2015; 32: 37-42.

Gilliam, F.G. Barry, J.J. Hermann, B.P. Meador. K.J. Vahle, V. Kanner, A.M. (2006) Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study. *The Lancet Neurol*, 2006; 5(5): 399–405.

Giovagnoli A.R. Meneses R.F. Silva A.M. (2006) The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2006; 9:133–139.

Goldstein L.H. Holland L. Soteriou H. Mellers J.D. (2005) Illness representations, coping styles and mood in adults with epilepsy. *Epilepsy Res*, 2005; 67:1-11.

Gomez-Arias B. Crail-Melendez D. Lopez-Zapata R. Martinez-Juarez I.E. (2012) Severity of anxiety and depression are related to a higher perception of adverse effects of antiepileptic drugs. *Seizure*, 2012; 21 (8): 588-94.

Gordon-Perue G. Gayle F. Fraser R. Ali A. (2011) Quality of life of patients with epilepsy living in Kingston, Jamaica. *Epilepsy Behav*, 2011; 21:23-26.

Guekht A.B. Mitrokhina T.V. Lebedeva A.V. Dzugaeva F.K. Milchakova L.E. Lokshina O.B. (2007) Factors influencing on quality of life in people with epilepsy. *Seizure*, 2007; 16: 128–33.

Gülpek D. Bolat E. Mete L. Arici S. Celebisoy M. (2011) Psychiatric comorbidity, quality of life and social support in epileptic patients. *Nord J Psychiatry*, 2011; 65:373-380.

Hamid H. Liu H. Cong X. Devinsky O. Berg A.T. Vickrey B.G. Sperling M.R. Shinnar S. Langfitt J.T. Walczak T.S. Barr W.B. Dziura J. Bazil C.W. Spencer S.S. (2011) Long-term association between seizure outcome and depression after resective epilepsy surgery. *Neurology*, 2011; 77(22): 1972-1976.

Hansen C.P. Amiri M. (2015) Combined detection of depression and anxiety in epilepsy patients using the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy and the World Health Organization well-being index. *Seizure*, 2015; 33:41-45.

Hartman J.E. Boezen H.M. de Greef M.H. Ten Hacken N.H. (2013) Physical and psychosocial factors associated with physical activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Phys Med Rehabil*, 2013; 94:2396-2402.

Hartshorn J.C. Byers V.L. (1994) Importance of health and family variables related to quality of life in individuals with uncontrolled seizures. *J Neurosci Nurs*, 1994; 26:288-297.

Henning O. Nakken K.O. (2011) Epilepsy and depression. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 2011; 131 (13-14): 1298-1301.

Hermann B.P. Seidenberg M. Bell B. (2000) Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression. *Epilepsia*, 2000; 41:31-41.

Herzer M. Godiwala N. Hommel K.A. Driscoll K. Mitchell M. Crosby L.E. Piazza-Waggoner C. Zeller M.H. Modi A.C. (2010) Family functioning in the context of pediatric_chronic conditions. *J Dev Behav Pediatr*, 2010; (1): 26-34.

Higginson I.J. Carr A.J. (2001) Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*, 2001; 322: 1297-1300.

Huang H. Che C. Liu C. Jiang F. Mao X. (2011) Factors associated with generic and disease-specific quality of life in epilepsy. *Biomed Environ Sci*, 2011; 24: 228-233.

Idler E.L. Benyamini Y. (1997) Self-rated health and mortality: A review of 27 community studies. *J Health Soc. Behav*, 1997; 38: 21-37.

Im H.J. Park S.H. Baek S.H. Chu M.K. Yang K.I. Kim W.J. Yun C.H. (2016) Associations of impaired sleep quality, insomnia, and sleepiness with epilepsy: A questionnaire-based case-control study. *Epilepsy Behav*, 2016; 57(Pt A):55-59.

International League Against Epilepsy (ILAE) The history and stigma of epilepsy. *Epilepsia*, 2003; 44 (Suppl. 6):12-14.

Isaacs K.L. Philbeck J.W. Barr W.B. Devinsky O. Alper K. (2004) Obsessive-compulsive symptoms in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2004; 5(4): 569-574.

Jackson M.J. Turkington D. (2005) Depression and anxiety in epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2005; 76 (1): 45-47.

Jacoby A. Thapar A. (2009) The contribution of seizures to psychosocial ill-health. *Epilepsy Behav*, 2009; 15(2) Supplement 1: S41-S45.

Jehi L. Tesar G. Obuchowski N. Novak E. Najm I. (2011) Quality of life in 1931 adult patients with epilepsy: seizures do not tell the whole story. *Epilepsy Behav*, 2011; 22:723-727.

Ji H. Zhang L. Li L. Gong G. Cao Z. Zhang J. Zhou N. Wang Y. Tu H. Wang K. (2016) Illness perception in Chinese adults with epilepsy. *Epilepsy Res*, 2016; 128: 94-101.

Johnson E.K. Jones J.E. Seidenberg M. Hermann B.P. (2004) The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, 2004; 45:544-550.

Jones N.C. O'Brien T.J. (2013) Stress, epilepsy, and psychiatric comorbidity: How can animal models inform the clinic? *Epilepsy Behav*, 2013; 26(3):363-369.

Jones R.M. Butler J.A. Thomas V.A. Peveler R.C. Prevett M. (2006) Adherence to treatment in patients with epilepsy: Associations with seizure control and illness beliefs. *Seizure*, 2006; 15(7): 504-508.

Kalynchuk L.E. (2000) Long-term amygdala kindling in rats as a model for the study of interictal emotionality in temporal lobe epilepsy. *Neurosci Biobehav Rev*, 2000; 24:691–704.

Kanner A.M. Schachter S.C. Barry J.J. Hersdorffer D.C. Mula M. Trimble M. Hermann B. Ettinger A.E. Dunn D. Caplan R. Ryvlin P. Gilliam F. (2012) Depression and epilepsy, pain and psychogenic non-epileptic seizures: Clinical and therapeutic perspectives. *Epilepsy Behav*, 2012; 24(2): 156-168.

Kataria L. Vaughn B.V. (2016) Sleep and Epilepsy. *Sleep Med Clin*, 2016; 11(1):25-38.

Keitner G. Miller I.W. Epstein N.B. Bishop D.S. Fruzzetti A.E. (1987) Family functioning and the course of major depression. *Compr Psychiatry*, 1987; 28:54-64.

Kemp S. Morley S. Anderson E. (1999) Coping with epilepsy: do illness representations play a role? *Br J Clin Psychol*, 1999; 38 (Pt 1):43-58.

Kessler R.C. Mc Gonagle K.A. Zhao S. Nelson C.B. Hughes M. Eshleman S. Wittchen H.U. Kendler K.S. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1994; 51 (1):8-19.

Kisgyörgyné P.D. Tóth M. Mirnics Zs. Bagdy E. A Circumplex modell és az OCST-4.: David Olson strukturális családdinamikai modelljének és mérőeljárásának ismertetése. in: Bagdy E. (szerk.) *Pár- és családi kapcsolatok vizsgálata*. E-book, Budapest, 2006 <http://www.webcreator.hu/tankonyv/impresszum.html> Letöltve:2017.09.10.

Kopp M. Schwarzer R. Jerusalem M. (1993) *Hungarian Questionnaire in Psychometric Scales for Cross-Cultural Self-Efficacy Research*, Zentrale Universitäts Druckerei der FU Berlin

Kopp M. Skrabski Á. (1990) Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 1990; (2):4-24.

Kotsopoulos A.W. van Merode T. Kessels F.G. de Krom F.M. Knottnerus J.A (2002) Systematic review and meta-analysis of incidence studies of epilepsy and unprovoked seizures. *Epilepsia*, 2002; 43 (11):1402–1409.

Krawetz P. Fleisher W. Pillay N. Staley D. Arnett J. Maher J. (2001) Family functioning in subjects with pseudoseizures and epilepsy. *J Nerv Ment Dis*. Jan, 2001; 189 (1):38-43.

Kwan P. Yu E. Leung H. Leon T. Mychaskiw M.A. (2009) Association of subjective anxiety, depression, and sleep disturbance with quality-of life ratings in adults with epilepsy. *Epilepsia*, 2009; 50:1059–1066.

Kwon O.Y. Park S.P. (2013) Frequency of affective symptoms and their psychosocial impact in Korean people with epilepsy: A survey at two tertiary care hospitals. *Epilepsy Behav*, 2013; 26 (1) 51-56.

La France Jr.W.C. Alosco M.L. Davis J.D. Tremont G. Ryan E. Keitner G.I. Miller I.W. Blum A.S. (2011) Impact of family functioning on quality of life in patients with psychogenic nonepileptic seizures versus epilepsy. *Epilepsia*, 2011; 52(2):292-300.

Lach L.M. Ronen G.M. Rosenbaum P.L. Cunningham C. Boyle M.H. Bowman S. Streiner D.L. (2006) Health-related quality of life in youth with epilepsy: Theoretical model for clinicians and researchers: Part I. the role of epilepsy and co-morbidity. *Quality Life Res*, 2006; 15:1161–1171.

Lám J. Rózsavölgyi M. Soós Gy. Vincze Z. Rajna P. (2001) Quality of life of patients with epilepsy (Hungarian Survey). *Seizure*, 2001; 10:100-106.

Lee M.M.K. Lee T.M.C. Ng P.K.K. Hung A.T.F. Au A.M.L. Wong V.C.N. (2002) Psychosocial well-being of carers of people with epilepsy in Hong-Kong. *Epilepsy Behav*, 2002; 3(2): 147-157.

Lee S.A. Han S.H. No Y.J. Jo K.D. Kwon J.H. Kim J.Y. (2015) Sleep hygiene and its association with mood and quality of life in people with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2015; 52(Pt A): 225-229.

Leidy N.K. Elixhauser A. Vickrey B. Means E. Willian M.K. (1999) Seizure frequency and the health-related quality of life of adults with epilepsy. *Neurology*, 1999; 53(1): 162-166.

Leventhal H. Benjamini Y. Brownlee S. Diefenbach M. Leventhal E. Patrick-Miller L. Robitaille C. *Illness representations: Theoretical Foundations*. in: Petrie K.J., Weinman J. (Eds.) *Perceptions of health and illness: Current research and applications*. Harwood Academic Publishers, Amsterdam, 1997:19-45.

Liou H.H. Chen R.C. Chen C.C. Chiu M.J. Chang Y.Y. Wang J.D. (2005) Health related quality of life in adult patients with epilepsy compared with a general reference population in Taiwan. *Epilepsy Res*, 2005; 64:151–159.

Lu J. Ungvari G.S. Wong K.S. Kwan P. (2012) Anxiety symptoms in patients with frontal lobe epilepsy versus generalized epilepsy. *Seizure*, 2012; 21(6): 457-460.

Macedo P.J.O.M. Oliveira P.S. Foldvary-Schaefer N. Gomes M.D.M. (2017) Insomnia in people with epilepsy: a review of insomnia prevalence, risk factors and associations with epilepsy-related factors. *Epilepsy Res*, 2017; 135: 158-167.

Maguira J. Salpekar J.A. (2013) Stress, seizure, and hypothalamic-pituitary-adrenal axis targets for the treatment of epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2013; 26(3) 352-362.

Mahrer-Imhof R. Jaggi S. Bonomo A. Hediger H. Eggenschwiler P. Krämer G. Oberholzer E. (2013) Quality of life in adult patients with epilepsy and their family members. *Seizure*, 2013; 22:128-135.

Martos T. Sallay V. Désfalvi J. Szabó T. Ittzes A. (2014) Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2014; 15: 289-303.

May T.W. Pfafflin M. Brandt C. Füratsch N. Schmitz B. Wandschneider B. Kretz R. Runge U. Geithner J. Karakizlis H. Rosenow F. Kerling F. Stefan H. (2015) Epilepsy in the elderly: restrictions, fears, and quality of life. *Acta Neurol Scand*; 2015; 131(3): 176-186.

Mc Laughlin D.P. Pachana N.A. McFarland K. (2008) Stigma, seizure frequency and quality of life, the impact of epilepsy in late adulthood. *Seizure*, 2008; 17 (3): 281-287.

Mehndiratta P. Sajatovic M. (2013) Treatments for patients with comorbid epilepsy and depression: A systematic literature review. *Epilepsy Behav*, 2013; 28: 36-40.

Mehta S. Tyagi A. Tripathi R. Kumar M. (2014) Study of Inter-relationship of Depression, Seizure Frequency and Quality of Life of People with Epilepsy in India. *Ment Illn*, 2014; 6(1): 5169.

Melykian E. Guekht A. Milchakova L. Lebedeva A. Bondareva I. Gusev E. (2012) Health-related quality of life in Russian adults with epilepsy: the effect of socio-demographic and clinical factors. *Epilepsy Behav*, 2012; (4) 670-675.

Milovanović M. Martinović Ž. Tošković O. (2014) Determinants of quality of life in people with epilepsy in Serbia. *Epilepsy Behav*, 2014; 31:160-166.

Mikati M.A. Comair Y.G. Rahi A. (2006) Normalization of quality of life three years after temporal lobectomy: a controlled study. *Epilepsia*, 2006; 47(5): 928-933.

Mirnic Zs. Békés J. Rózsa S. Halász P. (2001) Adjustment and coping with epilepsy. *Seizure*, 2001; 10: 181-187.

Mosaku, K.S. Fatoye F.O. Komolafe M. Lawal M. Ola B.A. (2006) Quality of Life and Associated Factors Among Adults with Epilepsy in Nigeria. *Int J Psychiatry Med*, 2006; 36(4): 469-481.

Moschetta S. Valente K.D. (2013) Impulsivity and Seizure frequency, but not cognitive deficits, impact social adjustments in patients with juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsia*, 2013; 54(5): 866-870.

Mosher C.E. Danoff-Burg S.(2005) Psychosocial impact of parental cancer in adulthood: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev*, 2005; 25(3): 365–382.

Moss-Morris R. Weinman J. Petrie K.J. Horne R. Cameron L.D. Buick D. (2002) The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 2002; 17(1):1–16.

Muszbek K. Szekely A. Balogh É.M. Molnár M. Rohánszky M. Ruzsa A. Varga K. Szöllősi M. Vadász P. (2006) Validation of the Hungarian translation of Hospital anxiety and Depression Scale. *Qual. Life Res*, 2006; 15(4): 761-766.

Muthny, F.A. (1989) *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)*. Manual. Weinheim: Beltz Test GmbH.

Nenadovic M. Jasovic-Gasic M. Vicentic S. Nenadovic N. Simonovic P. (2011) Anxiety in epileptic patients. *Psychiatr Danub*, 2011; 23(3): 264-269.

Nidhinandana S. Chinvarun Y. Sithinamsuwan P. Udommongkol C. Suwantamee J. Wongmek W. Suphakasem S. (2007) Prevalence of depression among epileptic patients at Phramongkutklo Hospital. *J Med Assoc Thai*, 2007; 90 (1):32-36.

Nikl, J. (2012) A felnőttkori epilepsziák korszerű ellátásának elvei. *Orvostovábbképző szemle*, 2012; November Különszám, 29-36.

Nissen N.K. Madsen M. Olsen Zwisler A.D. (2008) Health service interventions targeting relatives of heart patients: a review of the literature. *Scand J Public Health*, 2008; 36(8): 818-826.

Norsa'adah B. Zainab J. Knight A. (2013) The quality of life of people with epilepsy at a tertiary referral centre in Malaysia. *Health Qual Life Outcomes*, 2013; 11:143.

Novák M. Stauder A. Mucsi I. Az életminőség egészség tudományi kutatásának általános szempontjai. in: Kopp M., Kovács M.E. (szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006: 24-37.

Olson D.H. Gorall D.M. (2006) *FACES IV & the Circumplex Model* <http://www.facesiv.com/pdf/3.innovations.pdf>; Letöltve: 2017.08.30.

Olson D.H. Sprenkle D.H. Russell C. (1979) Circumplex Model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Fam Process*, 1979; 18 (1): 3–28.

Ornelas-Aguirre J.M. Sánchez-Castro O. (2014) Cohesion and family adaptability in women with epilepsy: Cross-sectional study. *Aten Primaria*, 2014; 46(5): 246-253.

Pauli C. Thais M.E. Claudino L.S. Bicalho M.A. Bastos A.C. Guarnieri R. Nunes J.C. Lin K. Linhares M.N. Walz R. (2012) Predictors of quality of life in patients with refractory mesial temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2012; 25(2): 208-213.

Peterson C.L. Walker C. Shears G. (2014) The social context of anxiety and depression: exploring the role of anxiety and depression in the lives of Australian adults with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2014; 34:29-33.

Phillips C.M. Perry I.J. (2015) Depressive symptoms, anxiety and well-being among metabolic health obese subtypes. *Psychoneuroendocrinology*, 2015; 62:47-53.

Pikó B. (1996) Az egészségi állapot komplexitása és mérési lehetőségei. *LAM*, 1996; (6) 474-477.

Pirio R.S. Farias S.T. Lima A.R. Alsaadi T.M. (2004) Improvement in seizure control and quality of life in medically refractory epilepsy patients converted from polypharmacy to monotherapy. *Epilepsy Behav*, 2004; 5(3):343-347.

Pompili M. Serafini G. Innamorati M. Montebovi F. Lamis D.A. Milelli M. Giuliani M. Caporro M. Tisei P. Lester D. Amore M. Girardi P. Buttinelli C. (2014) Factors associated with hopelessness in epileptic patients. *World J Psychiatry*, 2014; 4(4): 141-149.

Quintas R. Raggi A. Giovannetti A.M. Pagani M. Sabariego C. Cieza A. Leonardi M. (2012) Psychosocial difficulties in people with epilepsy: a systematic review of literature from 2005 until 2010. *Epilepsy Behav*, 2012; 25(1): 60-67.

Raeburn J.M. Rootman I. A new appraisal of the concept of health. in: O'Neil M. Pederson A. Dupere S. Rootman I.(Eds.), *Health Promotion in Canada*. Canadian Scholar's Press, Toronto, 2007: 19-32.

Reinhardt, M. Kognitív reprezentációk a krónikus betegségről: betegségkogníció és önszabályozás összefüggéseinek empirikus vizsgálata I. és II. típusú cukorbetegség körében. in Demetrovics Zs., Kökönyei Gy., Oláh A. (szerk.), *Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig*. Trefort Kiadó, Budapest, 2007:156-185.

Ribeiro J.L. Mendonca D. Martins da S.A. (1998) Impact of epilepsy on QOL in a Portuguese population: exploratory study. *Acta Neurol Scand*, 1998; 97:287–294.

Ronen G.M. Streiner D.L. Rosenbaum P.(2003) Canadian Pediatric Epilepsy Network. Health-related quality of life in children with epilepsy: Development and validations of selfreport and parent-proxy measures. *Epilepsia*, 2003; 44: 598– 612.

Rózsa S. (2009) A mindennapos testi tünetek pszichológiája és mérésének módszertana. (Doktori Értekezés). ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológia Tudományi Doktori Iskola

Rózsa S. V. Komlósi A. (2014) A Rosenberg Önbecsülés skála pszichometriai jellemzői: a pozitívan és negatívan megfogalmazott tételek működésének sajátosságai. *Pszichológia*, 2014; 34: 149-174.

Rózsa S. Réthelyi J. Stauder A. Susásnszky É. Mészáros E. (2003) A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbattéria pszichometriai jellemzői. *Psychiat Hung*, 2003; 18: 83-94.

Sabaz M. Cairns D.R. Bleasel A.F. Lawson J.A. Bleasel A.F. Bye A.M. (2001) The health-related quality of life of children with refractory epilepsy: A comparison of those with and without intellectual disability. *Epilepsia*, 2001; 42: 621-628.

Saburi G. L. Mapanga K. G. Mapanga M. B. (2006) Perceived family reactions and quality of life of adults with epilepsy. *J Neurosci Nurs*, 2006; 38(3): 156-165.

Sallay V. Martos T. Földvári M. Szabó T. Ittész A. (2014) A Rosenberg Önértékelés Skála (RSES-H): alternatív fordítás, strukturális invariancia és validitás. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 2014; 15(3): 259-275.

Schmitz B. (2004) Effects of antiepileptic drugs on mood and behaviour. *Epilepsia*, 2004; 47 Suppl 2, 28-33.

Senol V. Soyuer F. Arman F. Ozturk A. (2007) Influence of fatigue, depression, and demographic, socioeconomic, and clinical variables on quality of life of patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2007; 10: 96–104.

Shallcross A.J. Becker D.A. Singh A. Friedman D. Montesdeoca J. French J. Devinsky O. Spruill T.M. (2015) Illness perceptions mediate the relationship between depression and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 2015; 56(11):e 186-190.

Singh A. Trevick S. (2016) The Epidemiology of Global Epilepsy. *Neurol Clin*, 2016; 34:837-47.

Skrabski Á. Kopp M. Rózsa S. Réthelyi J. Rahe R.H. (2005) Life meaning: an important correlate of health in the Hungarian population. *Int J Behav Med*, 2005; 12(2): 78-85.

Spencer S.S. Berg A.T. Vickrey B. Sperling M.R. Bazil C.W. Haut S. et al. (2007) Health-related quality of life over time since resective epilepsy surgery. *Ann Neurol*, 2007; 62(4): 327–334.

Stone J. Binzer M. Sharpe M. (2004) Illness beliefs and locus of control: A comparison of patients with pseudoseizures and epilepsy. *J Psychosom Res*, 2004; 57(6): 541-547.

Strine T.W. Kobau R. Chapman D.P. Thurman D.J. Price P. Balluz L.S. (2005) Psychological distress, comorbidities, and health behaviors among US adults with seizures: results from the 2002 National Health Interview Survey. *Epilepsia*, 2005; 46(7): 1133–1139.

Szádoczky E. Rózsa S. Zámboi J. Füredi J. (2004) Predictors for two year outcome of major depressive episode. *J Affect Disord*, 2004; 83(1) 49-57.

Takács Sz. Benczúr L. Előkészületek statisztikai elemzésekhez. Segédanyag műhelymunkákhoz, szakdolgozatokhoz. Károli Gáspár Református Egyetem, Budapest, E-book, 2013

Takács Sz. Bevezetés a matematikai statisztikába, Elmélet és gyakorlat. Antaresz Kiadó, Budapest, 2016: 355.

Tamplin A. Goodyer I.M. Herbert J. (1998) Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disorder*, 1998; 48(1):1-13.

Tang W.K. Lu J. Ungvari G.S. Wong K.S. Kwan P. (2012) Anxiety symptoms in patients with frontal lobe epilepsy versus generalized epilepsy. *Seizure*, 2012; 21(6): 457-460.

Taylor R.S. Sander J.W. Taylor R.J. Baker G.A. (2011) Predictors of health-related quality of life and costs in adults with epilepsy: a systematic review. *Epilepsia*, 2011; 52(12): 2168-2180.

Tedrus G.M. Fonseca L.C. Carvalho R.M. (2013) Epilepsy and quality of life: socio-demographic and clinical aspects, and psychiatric-comorbidity. *Arq Neuropsiquiatr*, 2013; 71(6): 385-391.

Tegegne M.T. Mossie T.B. Awoke A.A. Assaye A.M. Gebrie B.T. Eshetu D.A. (2015) Depression and anxiety disorder among epileptic people at Amanuel Specialized Mental Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Psychiatry*, 2015; 15: 210.

Tellez-Zenteno J.F. Patten S.B. Jetté N. Williams J. Wiebe S. (2007) Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia*, 2007; 48 (12):2336-2344.

Testa M.A. Simonson D.C.(1996) Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med*, 1996; 334(13): 835-840.

Thompson P.J. Upton D. (1992) The impact of chronic epilepsy on the family. *Seizure*, 1992; 1(1): 43-48.

Tiringer I. Simon A. Németh K. Bánki C. Molnár E. Szamosi E. Thaly E. Kerekes Zs. Mangel L. Veress G. (2011) Validation of the Hungarian translation of Freiburg Questionnaire of coping with illness – Short Version (FQCI) Results of the confirmatory factor analysis. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2011; 66(4): 631-667.

Tracy J.I. Dechant V. Sperling M.R. Cho R. Glosser D. (2007) The association of mood with quality of life ratings in epilepsy. *Neurology*, 2007; 68(14):1101–1107.

Trimble M.R. Van Elst L.T. (2006) The amygdala and psychopathology studies in epilepsy. *Basic and Clinical Approaches Book Series. Annals Of The New York Academy of Sciences*, 2006; 985: 461-468.

Tuinman M.A. Fleer J. Hoekstra H.J. Sleijfer D.T. Hoekstra-Weebers J.E. (2004) Quality of life and stress response symptoms in long-term and recent spouses of testicular cancer survivors. *Eur J Cancer*, 2004; 40 (11): 1696–1703.

Turner K. Piazzini A. Chiesa V. Barbieri V. Vignoli A. Gardella E. Tisi G. Scarone S. Canevini M.P. Gambini O. (2011) Patients with epilepsy and patients with psychogenic non-epileptic seizures: video EEG, clinical and neuropsychological evaluation. *Seizure*, 2011; 20(9): 706-710.

Uchino B.N. (2009) What a lifespan approach might tell us about why distinct measures of social support have differential links to physical health. *J Soc Pers Relat*, 2009; 26(1): 53-62.

Unal S. Kaya B. Cekem B. Ozisik HI. Cakil G. Kaya M. (2004) Family functioning in patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and epilepsy. *Turk Psikiyatri Derg*, 2004; 15(4): 291-299.

Updegraff J.A. Taylor S.E. From vulnerability to growth: positive and negative effects of stressful life events. In: Harvey J.H., Miller E.D. (Eds.), *Loss and trauma: general and close relationship perspectives*. P.A.: Brunner-Routledge, Philadelphia, 2000: 3-28. <http://updegrafflab.org/files/6713/3886/8310/UT-00.pdf> Letöltve: 2017.09.10.

Urbán R. Szigeti R. Kökönyei Gy. Demetrovics Zs. (2014) Global self-esteem and method effects: Competing factor structures, longitudinal invariance, and response style in adolescents. *Behav Res Methods*, 2014; 46(2), 488-498.

Van Andel J. Westerhuis W. Zijlmans M. Fischer K. Leijten F.S. (2011) Coping style and health-related quality of life in caregivers of epilepsy patients. *J Neurol*, 2011; 258 (10) 1788-1794.

Vargha A. *Matematikai statisztikai, pszichológiai, nyelvészeti és biológiai alkalmazásokkal*. Pólya Kiadó, Budapest, 2015: 488.

Vicentic S. Nenadovic M. Nenadovic N. Simonovic P. (2013) Analysis of quality of Life and anxiety in patients with different forms of epilepsy. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 2013; 50(1): 55-60.

Wang Y.H. Haslam M. Yu M. Ding J. Lu Q. PanF. (2015) Family functioning, marital quality and social support in chinese patients with epilepsy. *Health Qual. Life Outcomes*, 2015; 13:10. doi: 10.1186/s12955-015-0208-6

Wasade W.S. Elisevich K. Tahir R. Smith B. Schultz L. Schwalb J. Spanaki-Warelas M. (2015) Long-term seizure and psychosocial outcomes after resective surgery for intractable epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2015; 43: 122-127.

Wencui G. Jianzhong W. Wenzhi W. Biyan G. Snape D. Baker G.A. Jacoby A. (2012) The stigma of people with epilepsy is demonstrated at the internalized, interpersonal

and institutional level in a specific socio-cultural context: findings from an ethnographic study in rural China. *Epilepsy Behav*, 2012; 25(2): 282-288.

Westphal-Guitti A.C. Alonso N.B. Migliorini R.C. da Silva T.I. Azevedo A.M. Caboclo L.O. Sakamoto A.C. Yacubian E.M. (2007) Quality of life and burden in caregivers of patients with epilepsy. *J Neurosci Nurs*, 2007; 39(6): 354-360.

Whitehead K. Kandler R. Reuber M. (2013) Patients' and neurologists' perception of epilepsy and psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 2013; 54(4): 708-717.

Whitehead K. Reuber M. (2012) Illness perceptions of neurologists and psychiatrists in relation to epilepsy and nonepileptic attack disorder. *Seizure*, 2012; 21:104-109.

Whitehead K. Stone J. Norman P. Sharpe M. Reuber, M. (2015) Differences in relatives' and patients' illness perceptions in functional neurological symptom disorders compared with neurological diseases. *Epilepsy Behav*, 2015; 42:159-164.

Wilhelm K. Mitchell P. Slade T. Brownhill S. Andrews G. (2003) Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian National Survey. *J Affect Disord*, 2003; 75(2):155-162.

Wilski M. Tasiemski T. Dąbrowski A. (2016) Body esteem among women with multiple sclerosis and its relationship with demographic, clinical and socio-psychological factors. *Int J Behav Med*, 2016; 23(3):340-347.

Wilson I.B. Cleary P.D (1995) Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 1995; 273(1): 59-65.

Zhao T. Sun M.Y. Yu P.M. Zhu G.X. Tang X.H. Shi Y.B. (2012) Evaluation of clinical aspects and quality of life as risk factors for depression in patients with epilepsy. *Seizure*, 2012; 21(5): 367-370.

Zigmond A.S. Snaith R.P. (1983) The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983; 67: 361-70.

11. Saját publikációk jegyzéke

I. Az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények

Kováts D; Császár-Nagy N; Juhos V; Sallay V; Békés J; Fabó D; Kelemen A; Kurimay T. Epilepsziás betegek életminőség vizsgálata a megküzdési stratégiákkal és a betegségészleléssel összefüggésben. CLINICAL NEUROSCIENCE/ IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE.2018; 71 (05-06) 184-196.p.

IF: 0,322*

Kováts D; Csaszar N; Haller J; Juhos V; Sallay V; Bekes J; Kelemen A; Fabo D; Rasonyi Gy; Folyovich A; Kurimay T. Factors affecting quality of life in Hungarian adults with epilepsy: A comparison of four psychiatric instruments. EPILEPSY & BEHAVIOR 74: pp.45-58. (2017)

IF:2,631*

Kováts Daniella; Császár Noémi; Sallay Viola; Békés Judit; Juhos Vera; Kurimay Tamás Az epilepsziás betegek életminősége. Az erőszakos viselkedés előfordulási valószínűsége epilepsziás betegek körében

MAGYAR RENDÉSZET 14:(2) pp. 39-49. (2014)

Kováts Daniella; Császár Noémi; Sallay Viola; Békés Judit; Juhos Vera; Kurimay Tamás Életminőség vizsgálat epilepsziás betegek körében: Az automatizmusok, az epilepsziás automatizmusok és a tudatvesztéssel járó kriminális események kapcsolata In: Csiszár Imre; Kőmíves Péter Miklós (szerk.) Tavaszi Szél 2014 / Spring Wind 2014: II. kötet Állam- és jogtudomány, közigazgatás tudomány, had- és rendészettudomány. Konferencia helye, ideje: Debrecen, Magyarország, 2014.03.21 -2014.03.23. Debrecen: Doktoranduszok Országos Szövetsége, 2014. pp. 479-493. (ISBN:978-963-89560-6-4)

*várható impaktfaktor

A disszertáció témájával összefüggő konferencia előadások:

Békés J; Kováts D. Felnőtt epilepsziás betegek életminőségét meghatározó tényezők vizsgálata Magyar Epilepszia Liga, XIV. kongresszus, 2018. április 12-13., Balatonkenese, előadás (2018)

Kováts D. (2015) Epilepszia, komorbid zavarok, PNES és kriminalitás Rendészeti Ágazat Doktoranduszainak VII. Országos Fóruma, NKE RTK, 2015. november 18. előadás (2015)

Kováts D; Császár N; Sallay V; Békés J; Juhos V; Kurimay T. Életminőség vizsgálat epilepsziás betegek körében: Az automatizmusok, az epilepsziás automatizmusok és a tudatvesztéssel járó kriminális események kapcsolata Tavaszi Szél Konferencia 2014., Debrecen, 2014. március 21-22., előadás (2014)

Kováts Daniella; Császár Noémi; Sallay Viola; Békés Judit; Juhos Vera; Kurimay Tamás. Az epilepsziás betegek életminősége: Az erőszakos viselkedés előfordulási valószínűsége epilepsziás betegek körében: Rendészeti Ágazat Doktoranduszainak V.

Országos Fórum, Budapest, Nemzeti Közszerológati Egyetem, Rendészettudományi Kar, 2013. november 21. előadás (2013)

Kováts Daniella; Sallay Viola; Császár Noémi; Békés Judit; Juhos Vera; Kurimay Tamás Psychosocial and family dynamics study of epileptic patients and patients living with chronic spinal pain In: Semmelweis Egyetem PhD Tudományis Napok 2013. 208 p.

Konferencia helye, ideje: Budapest, Magyarország 2013.04.11-2013.04.12. p. 52.

Sallay V; Martos T; Császár N; Kováts D; Békés J; Düll A. Emotional map of the Home Interview: Research and Practice.

in: 8 th Congress of the European Family Therapy Association, Abstract Book

Konferencia helye/ideje: Istanbul, Törökország, 2013.10.24-2013.10.27. p.90

Sallay V; Császár N; Kováts D; Békés J; Düll A. A pszichoszociális állapot és az otthon terében zajló önszabályozási folyamatok mérése kvantitatív és kvalitatív mérőeszközök kombinációjával krónikus betegséggel élők körében In: Vargha András (szerk.) A tudomány emberi arca: A Magyar Pszichológiai Társaság XXI. Országos Tudományos Nagygyűlése: Kivonatkiötet. 402 p. Konferencia helye, ideje: Szombathely, Magyarország, 2012.05.30 -2012.06.01. (Magyar Pszichológiai Társaság) Szombathely: Magyar Pszichológiai Társaság, 2012. p. 168. (ISBN:978-963-87915-6-6) (2012)

Sallay V; Császár N; Kováts D; Békés J; Düll A. Krónikus betegséggel élők pszichoszociális állapotfelmérése kvantitatív és kvalitatív mérőeszközök kombinációjával In: Vargha András (szerk.) A tudomány emberi arca: A Magyar Pszichológiai Társaság XXI. Országos Tudományos Nagygyűlése: Kivonatkiötet. 402 p. Konferencia helye/ideje: szombathely, Magyarország, 2012.05.30-2012.06.01. (Magyar Pszichológiai Társaság) Szombathely: Magyar Pszichológiai Társaság, 2012. p. 168. (ISBN: 978-963-87915-6-6)

Sallay Viola, Császár Noémi, Kováts Daniella, Békés Judit, Düll Andrea
Krónikus betegséggel élők pszichoszociális állapotfelmérése kvantitatív és kvalitatív mérőeszközök kombinációjával

In: Vargha András (szerk.) Egyén és kultúra: a pszichológia válasza napjaink társadalmi kihívásaira: a Magyar Pszichológiai Társaság XIX. Országos tudományos nagygyűlése. 227 p. Konferencia helye/ideje: Pécs, Magyarország, 2010.05.27-2010.05.29. (Magyar Pszichológiai Társaság), Budapest: Magyar Pszichológiai Társaság, 2010. p. 148. (ISBN: 978-963-879-15-3-5)

II. Egyéb – nem az értekezés témájában megjelent – eredeti közlemények:

Kováts Daniella

A rendészeti munka mentálhigiénés kérdései MAGYAR RENDÉSZET 15:(1) pp. 21-38. (2015)

Kováts Daniella

Pszichoszociális nehézségek és krízishelyzetek migránsok körében (IV. fejezet) In: Farkas Johanna, Kováts Daniella, Sipos Szandra, Fogarasi Mihály, Valcsicsák Imre, Hegedűs Judit (szerk.) A migráció pszichológiája: egyetemi jegyzet. 140 p.

Budapest: Nemzeti Közzolgálati Egyetem, 2014. pp. 55-86.
(ISBN:9786155305436)

Kováts D Krízispszichológia In: Csernyikné Póth Ágnes (szerk.) Katasztrófapszichológia. 128 p. Budapest: Rendőrtiszti Főiskola, 2007. pp. 6-21.

Kováts D Katasztrófahelyzetek traumatikus következményei In: Csernyikné Póth Ágnes (szerk.) Katasztrófapszichológia. 128 p. Budapest: Rendőrtiszti Főiskola, 2007. pp. 42-59.

Kováts D Elmebetegségek és személyiségzavarok a bűncselekmények hátterében - Igazságügyi pszichiátria In: Csernyikné Póth Ágnes, Fogarasi Mihály (szerk.) Kriminálpszichológia. 287 p. Budapest: Rejtjel Kiadó, 2006. pp. 116-142. (ISBN:9637255346)

Csernyikné Póth Ágnes, Kováts Daniella Fanatizmus, terrorizmus pszichológiai aspektusai. In: Csernyikné Póth Ágnes, Kováts Daniella, Németh Zsolt, Budaházy Árpád (szerk.) A XXI. századi terrorizmus kihívásai és a rendvédelmi oktatás. Budapest: Rendőrtiszti Főiskola, 2006. pp. 39-46.

Kováts D. Tekintélyelvűség és előítéletesség In: Csernyikné Póth Ágnes, Fogarasi Mihály, Kováts Daniella, Józsa Zsuzsanna, Farkas Johanna, Csernyikné Póth Ágnes (szerk.) Emberi kapcsolatok pszichológiája. 148 p. Budapest: Rejtjel Kiadó, 2006. pp. 103-130.

Kováts Daniella Az egyéni agressziótól a terrorizmusig In: Csernyikné Póth Ágnes, Fogarasi Mihály (szerk.) Kriminálpszichológia. 287 p. Budapest: Rejtjel Kiadó, 2006. pp. 76-105. (ISBN:9637255346)

Kováts Daniella Szenvedélybetegségek és a háttérben álló pszichológiai hatások In: Csernyikné Póth Ágnes, Fogarasi Mihály (szerk.) Kriminálpszichológia. 287 p. Budapest: Rejtjel Kiadó, 2006. pp. 143-170. (ISBN:9637255346)

Kováts D. Szenvedélybetegségek és a háttérben álló pszichológiai folyamatok RENDVÉDELMI FÜZETEK 6:(21) pp. 3-23. (2004)

Kováts D Az erkölcsi fejlődés In: Csondorné Schüller Gabriella (szerk.) Pszichológiai alapismeretek. Budapest: Rejtjel Kiadó, 2004. pp. 137-159.

Kováts Daniella A pszichológia története és módszerei; Alapvető idegéletani ismeretek In: Csondorné Schüller Gabriella (szerk.) Pszichológiai alapismeretek. Budapest: Rejtjel Kiadó, 2004. pp. 11-39.

Kováts D Új harcok színtere: a futball. RENDVÉDELMI FÜZETEK 5:(28) pp. 4-36. (2003)

Kováts D Agresszió, fanatizmus, terrorizmus In: Csernyikné Póth Á, Fogarasi M, Józsa Zs, Kováts D, Magyar J. Pszichológia rendőri vezetőknek. Budapest: Rendőrtiszti Főiskola, 2003. pp. 74-95.

Kováts D Leadership, személyes vezetés és a rendőri munka In: Csernyikné Póth Á, Fogarasi M, Józsa Zs, Kováts D, Magyar J Pszichológia rendőri vezetőknek. Budapest: Rendőrtiszti Főiskola, 2003. pp. 25-41.

Kováts D A fanatizmus és a terrorizmus pszichológiai szempontú elemzése RENDVÉDELMI FÜZETEK 4:(12) pp. 3-24. (2002)

12. Köszönetnyilvánítás

Szeretnék köszönetet mondani Dr. Császár Noéminek és Békés Juditnak, akik személyükkel és szakmaiságukkal egyaránt végig kísérték kutatási éveimet, segítették a kutatás kereteinek megteremtését, idejüket, energiájukat nem sajnálva támogattak mindvégig.

Köszönet illeti Dr. Haller Józsefet, akinek vezetői segítségével jutottak el a kutatási eredmények nemzetközi megmérettetésre. Támogató, határozott szavai nagy segítséget nyújtottak a kutatás befejezésekor, ami nem csak szakmailag, hanem emberileg is sokat jelentett.

Nagyon hálás vagyok témavezetőmnek, Prof. Dr. Kurimay Tamásnak, aki együttműködve lehetővé tette, hogy saját elképzeléseimnek teret engedve, önállóan, biztonságos keretek között megtapasztalhassam a kutatások megpróbáló feladatait. Köszönöm bizalmát!

Köszönöm összes segítségét Sallay Violának, aki kezdetben PhD-s hallgató társként, a kutatás legelejétől a gyakorlati megvalósulásáig társam volt, mely folyamat barátokká is formált Bennünket.

Köszönet Prof. Dr. Kamondi Anitának, hogy lehetővé tette az adatok felvételét, Prof. Dr. Rajna Péternek és Prof. Dr. Tajti Jánosnak támogató segítségükért a második publikáció megszületése kapcsán. Köszönet Juhos Verának, Majoros Angélának, Fabó Dánielnek, Kelemen Annának, Rásonyi Györgynek, az epileptológus, ideggyógyász kollégáknak szakmai segítségükért és rugalmasságukért, Szomora Adriennek és Szabó Tímeának, az OKITI Epilepszia ambulancia asszisztenseinek, gyakorlati segítségükért és Takács Szabolcsnak, akivel rengeteget dolgoztam, hogy kiszámoljuk az eredményeket.

Szeretnék köszönetet mondani kollégáimnak, akik helyettesítésekkel segítették munkámat.

Köszönet a kutatásban résztvevő betegeknek, akik érdeklődésükkel, nyitottságukkal és jó érzésekkel biztattak e feladat elvégzésére.

Szeretnék köszönetet mondani a családomnak, a nagymamáknak és testvéremnek reális, biztató szavaikért, és végül nagyon köszönöm Lénának és Danielnek, rengeteg türelmüket, azt az időt, amit az életünkből adtak, hogy ez a kutatás végre befejeződhessen.

