

# Epilepsziás betegek pszichoszociális és családi funkcionálás vizsgálata

Doktori tézisek

**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., med habil, főorvos

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

Budapest

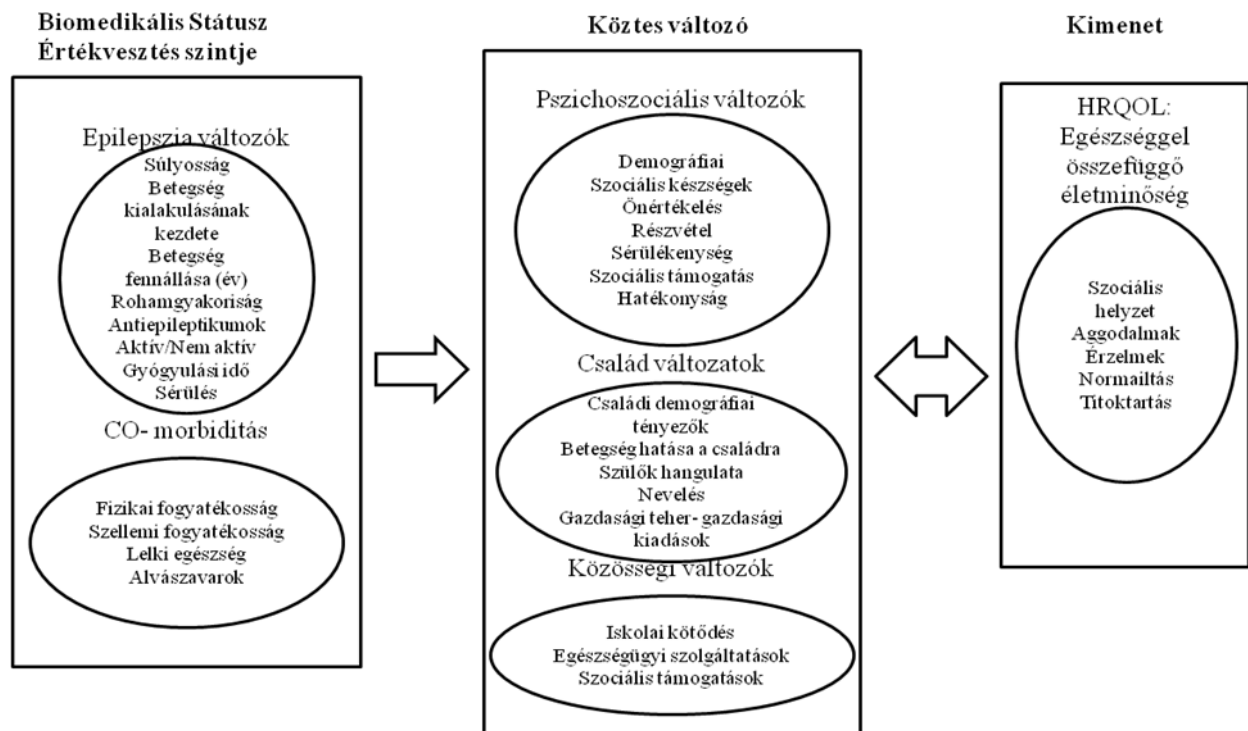
2018

## **1. Bevezetés**

### **1.1 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 alakulásában. E vizsgálatok az egészségi állapot feltérképezése mellett a személyes és a környezeti faktorokra is hangsúlyt helyeznek.

Az egészséggel összefüggő életminőség meghatározására 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. Doktori munkámban az életminőség vizsgálata kapcsán alkalmazott elméleti keret Raeburn és Rootman (2007), valamint Lach és mtsai (2006) elméleti munkáján alapul. Raeburn és Rootman írták le az életminőséget meghatározó személyes és környezeti változók szerepét és foglalták elméleti keretükbe, Lach és mtsai (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 módon fogalmazódott meg (1. ábra)



1. ábra: Az egészséggel összefüggő életminőséget befolyásoló változók csoportjai (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.

## 1.2 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 kontrollcsoportoknál (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.

## **2.Célkitűzések**

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

### **2.1 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 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 általánosságban.

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, 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 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.

8. hipotézis: Feltételezem, hogy az étellel való elégedettséget és az általános életminőséget az epilepsziás személyeknél a betegséggel és a társuló komorbid állapotokkal, valamint azok következményeivel összefüggő változók, valamint 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.

### **3. Módszerek**

#### **3.1 Vizsgálati személyek**

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 részvétel kapcsán 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 családi funkcionálás vizsgálat során keresztmetszeti-vizsgálati elrendezésben, a korábban felvett 170 epilepsziás beteg további vizsgálatára 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 belegyezése határozta meg azt a 42 főt, akik a családtagjaik bevonásával is szívesen részt vettek a vizsgálatban. Az adatok gyűjtésére 2011.01.09. és 2015.05.30. között került sor. A vizsgálatba való bekerülés és kizárás kritériumai hasonlóan a korábbi két vizsgálathoz alakult, valamint plusz kritériumként fogalmazódott meg, hogy a beteg nem egyedülálló, valamilyen társas viszonyban él.

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 és az orvosi adatok védelmében. Minden beteg tájékoztatott beleegyező nyilatkozattal vett részt a kutatásban.

### **3.2 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), hogy 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 gyűjtöttem. A betegeknek az általános szociodemográfiai adatok mellett ki kellett tölteniük a Pszichoszociális Állapotfelmérő Füzetben összegyűjtött pszichometriai teszteket, melyek alkalmasak voltak a pszichoszociális állapot felmérésére. A családi funkcionálás vizsgálatnál egy összeállított Családi Funkcionálás Tesztbattéria 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, 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. Megkérdeztük a vizsgálati személyektől egészségi állapotuk milyenségét, emellett az elmúlt 5 évben előforduló más egészségügyi problémákat is be kellett jelölniük. Végül rákérdeztünk a vizsgálati személyek általános életminőségére általában és az elmúlt hónapra nézve. A betegeknek az általános szociodemográfiai adatok mellett ki kellett tölteniük a Családi Funkcionálás Tesztbattériában összegyűjtött pszichológiai teszteket.

### **3.3 A vizsgálatban alkalmazott pszichometriai eszközök**

*Beck Depression Scale (BDI):* A Beck-féle Depresszió Skála (Beck 1961; Beck, 1972; 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).

*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, hogy ezt a támogatást milyen mértékben kapják meg (Szádóczy 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 (Martos és mtsai, 2014).

*FACES-IV (OCST):* Az Olson-féle családtesztet a szerző az általa meghatározott Circumplex modell dimenzióinak a mérésére alkotta meg, mely alkalmas a családi kohézió és adaptivitás mérésére (Kissgyörgyné és mtsai, 2006). A családi kohézió adaptív működés módját az „Összetartó” alskála, szélső végpontjait a „Széteső” és az „Egybefonódott” (másnéven „Egybemosódott”) alskála jeleníti meg. A változás dimenziójának középső, adaptív elemét a „Rugalmas” alskála, szélsőséges végpontjaikat, pedig a „Merev” és a „Kaotikus” alskálák mutatják. Az így összesen hat strukturális alskálát kiegészíti még két további skála, a családi kommunikáció milyenségét mérő „Családi kommunikáció” alskála és a családi elégedettség mértékét mutató „Családi elégedettség” skála.

*Family Assessment Device (FAD):* A FAD-skálát Epstein és mtsai fejlesztették ki 1978-ban. (Epstein és mtsai, 1978) A FAD a családi működés MC Master modelljében leírt családi működés mérését célozza. Egy skála az Általános működést méri, a további hat skála a következő: Problémamegoldás, Kommunikáció, Szerepek, Affektív Válaszkészség, Affektív Bevonódás és Viselkedéskontroll.

*FKV-LIS Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung:* A Fritz Muthny által kidolgozott megküzdési stratégiákat mérő kérdőív, a Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS), melyet Tiringner és mtsai validáltak 2011-ben, alkalmas különböző, a betegséggel összefüggő megküzdési stratégiák tanulmányozására, így méri a depresszív, elterelő, aktív, spirituális/vallásos és bagatellizáló megküzdési módokat a betegséggel összefüggésben (Tiringner és mtsai, 2011).



*Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Zigmond és Snaith, 1983) hét tétéle méri a szorongást (HADS-A) és hét tétéle méri a depresszió mértékét (HADS-D), melyet a betegek az elmúlt hetük fényében tölthettek ki (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 7 dimenzió mentén, úgy, mint idői lefolyás (krónikus természetű-e a betegség), idői lefolyás-ciklikusság (a betegség ciklikussága), következmények (a betegség következményei és hatása a beteg életére), személyes kontroll (a betegség feletti kontroll gyakorlásának észlelése), kezelési kontroll (a betegséggel kapcsolatos kezelési kontroll észlelése), betegség koherencia (a betegség szubjektív megértése), érzelmi reprezentációk (a betegség által kiváltott érzelmek). A kérdőív vizsgálja a betegek által tulajdonított betegségek is (Reinhardt, 2007).

*Quality of Life of Epilepsy (Qolie-31)*: a tesztet az egészséggel összefüggésben, az életminőség mérésére kialakított eszközt specifikusan felnőtt epilepsziás betegek részére fejlesztették (Cramer és mtsai, 1998). 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 (Lám és mtsai, 2001).

*Rosenberg-féle Önértékelés Skála (RSESH)*: A Rosenberg (1965) által kialakított önkitöltős kérdőív alkalmas az önértékelés konstruktumának mérésére. A 10 tétéles változata alkalmas az általános önértékelés mérésére egy 4 fokozatú Likert-skálán (Sallay és mtsai, 2014).

*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.

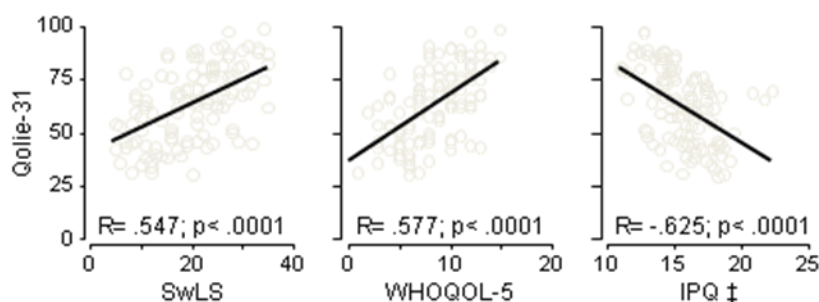
*WHO Well-being Index (WHO-5)*: ezt az életminőséget vizsgáló eszközt a WHO (World Health Organisation) fejlesztette ki 1993-ban, melynek egy rövidített magyar változatát alkalmaztuk (Bech P, 2004; Rózsa és mtsai, 2003).

## 4. Eredmények

### 4.1 Négy pszichiátriai mérőeszköz alkalmazása epilepsziás betegek életminőségének vizsgálatában

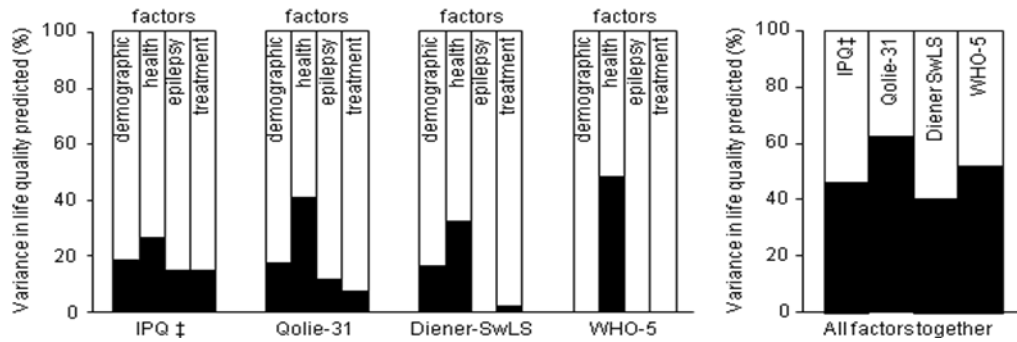
1. táblázat: A vizsgált személyek szociodemográfiai adatai

<b>Életkor (átlag±SD, évek)</b>	36.92± 12.33	<b>Epilepszia betegség fennállása - év (%)</b>	
<b>Nem (%)</b>		1	6.1
<i>férfi</i>	41.8	2-5	14.1
<i>nő</i>	58.2	5-10	18.2
<b>Családi állapota (%)</b>		10-15	8.8
<i>egyedülálló</i>	44.7	15+	49.4
<i>házas</i>	55.3	<b>Rohamtípus (%)</b>	
<b>Gyerek van-e (%)</b>		<i>parciális</i>	63.1
0	53.9	<i>generalizált</i>	36.9
1	25.7	<b>Roham gyakoriság (%)</b>	
1+	20.4	<i>Egy roham / 3-4 évente</i>	22.2
<b>Lakhely (%)</b>		<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
<b>Iskolai végzettség (%)</b>		<b>Terápia (%)</b>	
<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	<b>Dohányzás (%)</b>	
<b>Jogi helyzete (%)</b>		<i>nem</i>	80.0
<i>aktív dolgozó/diák</i>	59.4	<i>igen</i>	20.0
<i>betegállomány</i>	25.2	<b>Alkoholfogyasztás (%)</b>	
<i>munkanélküli</i>	7.4	<i>nem</i>	66.1
<i>függő/nyugdíjas</i>	7.9	<i>igen</i>	43.9



2. ábra: Korrelációs összefüggések a QoLIE-31 és a pszichoszociális mérőeszközök között

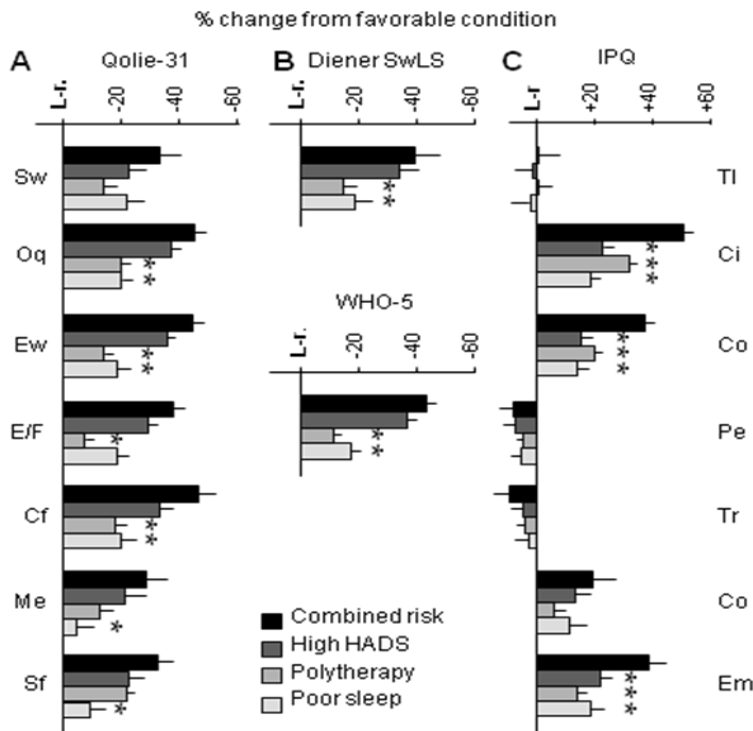
Inventory	Factors															
	Demographic					Health					Epilepsy			Treatment		
WHO-5																X
Diener SwLS																X
IPQ	X		X													
Qolie-31																X



3. ábra: Többszörös regresszióanalízis vizsgálatok eredményei a négy mérőeszközzel

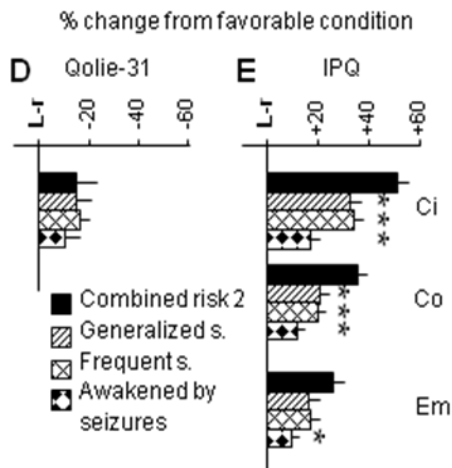
A 3. ábrán jól látható az egyes változók befolyásoló ereje a mérőeszközökre külön-külön lebontva (felső ábra), valamint az egyes mérőeszközöket befolyásoló faktorok varianciája (bal alsó ábra), illetve az összes szignifikáns befolyásoló faktor varianciája az egyes mérőeszközök tükrében.

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 alcsoport ezzel ellentétes jellemzőkkel volt leírható (N=27). E három kiemelt faktor (alvási problémák, 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. (4. ábra)



4. ábra: Az egyes rizikófaktorok és azok kombinált hatása a mérőeszközökre

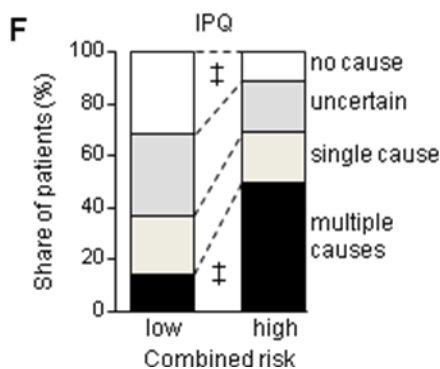
Az epilepszia-specifikus faktorok befolyásoló szerepével hasonló helyzet bontakozik ki.



5. ábra: Az epilepszia-specifikus faktorok és azok kombinált hatása a mérőeszközökre

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:  $2.63 \pm 0.24$  v.s.  $3.29 \pm 0.30$ ,  $1.34 \pm 0.12$  v.s.  $2.31 \pm 0.32$ ,  $1.97 \pm 0.20$  v.s.  $2.85 \pm 0.33$ , és  $1.60 \pm 0.20$  v.s.  $2.58 \pm 0.35$  alacsony vs. magas kockázat=  $4.98$ ;  $p<0.05$ ;  $F$  betegség okok=  $10.31$ ;  $p<0.0001$ ;  $F$  interaction=  $1.77$ ;  $p<0.05$ ) (6.ábra).



6. ábra: A betegségokok megjelenése az alacsony és magas-rizikójú csoport összehasonlításában

#### 4.2 Szubjektív betegségészlelés és a megküzdési stratégiák szerepe az epilepsziás betegek életminőségének alakulásában

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

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 variációjának 75,6%-át magyarázza (3.modell:  $F=33,333$ ,  $p<0,001^{**}$ , adjusted  $R^2=0,733$ )

2 számú táblázat: Az életminőséget (Qolie-31) leginkább befolyásoló tényezők lineáris regresszióanalízise során számolt coefficiens táblázat (modell2)

**Coefficients**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1 (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

A Béta együttható alapján elmondható, hogy minél inkább depressziós a vizsgálati személy, annál kevésbé ítéli meg pozitívan életminőségét. 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. Illetve az alvásminőség mértéke minél magasabb, annál pozitívabb az életminőség megítélése. Ezen kívül befolyásoló tényezők: az egészségi állapot szubjektív megítélése, a megküzdési stratégiák és a rohamtípus.

**4.3 Epilepsziás betegek és családtagjaik pszichoszociális és családi funkcionális vizsgálata**

Az epilepsziás személyeket és a kontroll vizsgálati személyek összehasonlítása esetén a pszichoszociális skálák mentén van a két csoport között több szignifikáns eltérés is, ugyanakkor a családi funkcionálást 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 táblázatba (3. számú táblázat) összefoglalva a következő eltéréseket láthatjuk:

3. számú táblázat

<b>EPI vizsgálati személyek magasabb pontszámot értek el a következő skálákon</b>	<b>Kontroll vizsgálati személyek magasabb pontszámot értek el a következő skálákon</b>
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 élnhatékony

A családtagok és a kontroll személyek családtagjainak összehasonlításában a pszichoszociális skálák mellett a családi funkcionálást mérő eszközök bizonyos skálái is szignifikáns eltéréseket jeleztek. A szignifikáns eltéréseket az alábbi táblázat (4. számú táblázat) foglalja össze:

4. számú táblázat:

<b>Epilepsziás családok családtagjai szignif. magasabb pontszámot értek el a következő skálákon</b>	<b>Kontroll családok családtagjai szignif. magasabb pontszámot értek el a következő skálákon</b>
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

\*A FAD-skáláknál a magasabb pontszám a diszfunkcionálisabb működést tükrözi

Családok összehasonlítása közös pontszám alapján: Az egyszempontú varianciaelemzés végeredménye szerint a FAD Kommunikáció pontszám mellett a FAD Szerepek pontszám bizonyult szignifikánsan magasabbnak az epilepsziás családok esetében (5. számú táblázat)

5. számú táblázat

<b>MÉRŐESZKÖZ</b>	<b>Skálák</b>	<b>EPI CSALÁD</b>	<b>KONTROLL CSALÁD</b>	<b>ANOVA F</b>	<b>p</b>
<b>FAD</b>	<b>Kommunikáció</b>	1,97(0,41)	1,74(0,35)	6,861	0,011*
<b>FAD</b>	<b>Szerepek</b>	2,29(0,35)	2,10(0,34)	5,476	0,022*

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,  $p < 0,01^{**}$

Az epilepsziás családokon belül megvizsgáltuk, hogy a származási *családban élők és az új családban élők* között találunk-e valamilyen szignifikáns eltérést. Az epilepsziás betegek közül a származási családban élők önértékelése bizonyult magasabbnak szemben az új családban élőkkel, ugyanakkor mind az eredeti, mind az új családban élőké alacsonyabb volt a kontroll személyekéhez képest. A társas támogatottság mentén az epilepsziások közül a 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. 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 depressziósak azok a kontroll személyek voltak, akik új családban éltek. Az Érzelmi válasz készség skálán a legalacsonyabb pontszámot az epilepsziás betegek közül a 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 negatívabb a vizsgálati személyek megítélése.) Az Érzelmi Bevonódás Skálán a legmagasabb pontszámot az új családban élő epilepsziások adták, a legalacsonyabb pontszámot pedig a származási családban élő epilepsziás vizsgálati személyek.

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 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. 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.

## **5. Megbeszélés**

Az első vizsgálatban három olyan vizsgált tényező volt, ami negatívan érintette az életminőséget, mind a négy vizsgálati eszköz eredményeit nézve: 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 epilepsziáspecifikus 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 az Idői lefolyás, a Személyes kontroll és a Kezelési kontroll faktorok voltak. A megküzdési stratégiáknál azt találtuk, hogy a komorbid zavarok a szubjektív betegségészlelés 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 betegségészleléssel. 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 változókban 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 az epilepsziás betegeknél a depresszió mértéke, a szorongás mértéke, az érzelmi válaszkészség, az egybefonódottságnak és szétesésnek a megítélése, a család merevsége, és a munkahely befolyásolásának mértéke.

## **6. 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 az 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 betegségészlelés, a megküzdési stratégiák és az életminőség összefüggéseit vizsgálva az eredmények gyakorlati felhasználása a pszichoedukáció és pszichoterápiák tervezésében mutatkozhat meg. Az életminőséget leginkább befolyásoló tényezők között a szubjektív betegségészlelés és a megküzdési stratégiákat fókuszba helyezve a megküzdési stratégiák közül leginkább a depressziós, a vallásos és a bagatellizáló megküzdési stratégiák szerepe kiemelkedő. A nemi hovatartozásnak befolyásoló szerepe van a vallásos megküzdési stratégia kapcsán, míg a jogi helyzet és a munkahely elvesztésétől való félelem specifikusabban a depressziós megküzdési stratégiával került kapcsolatba. Az epilepsziával társuló depresszió és szorongás egyformán a szubjektív betegségészlelés faktorai közül a Ciklikussággal, a Következményekkel és az Érzelmi Reprézenciával mutatott együttjárást, mely faktorokat nézve az életminőséget leginkább befolyásoló változónak a Következmények bizonyult. A nominális változók közül a jogi helyzet a Ciklikusság, Következmények, Betegségkoherencia és Érzelmi reprezentáció faktort befolyásolja leginkább, míg a munkahely elvesztésétől való félelem a Következmények, a Személyes kontroll, Kezelési kontroll és az Érzelmi reprezentáció megítélését érintik. Vagyis terápiás szempontokat nézve a betegség értelmének a keresése a jogi helyzet alakulásával együttjár, míg a munkahely elvesztésétől való félelem a személyes kontroll és az érzelmi állapotok szubjektív megélésével. A betegség-változók közül a

rohamgyakoriság majdnem mindegyik faktort befolyásolta, míg az AED terápiák milyensége a Ciklikusság, a Következmények és a Kezelési kontroll szubjektív átélésére hatott.

A harmadik vizsgálat gyakorlati vonatkozása az, hogy az életminőséget leginkább meghatározó pszichoszociális változók mellett a családi funkcionalitást 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.

## **7. Publikációk**

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: Császár Imre; Kómió Péter Miklós (szerk.) Tavasz 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)

*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 Közszolgálati 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: Kivonatkötet. 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: Kivonatkötet. 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)