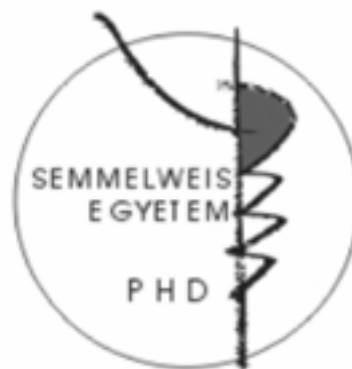


Asztmás gyermekek és szüleik életminősége és pszichés állapota

Doktori tézisek

Dr. Szabó Alexandra

Semmelweis Egyetem
Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Cserháti Endre egyetemi tanár, az orvostudományok doktora

Hivatalos bírálók: Dr. Bártfai Zoltán, Ph.D.
Dr. Purebl György, Ph.D.

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Losonczy György egyetemi tanár,
az MTA doktora
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Halász Adrien, Ph.D.
Dr. Kósa Lajos Ph.D.

Budapest
2009

Bevezetés

A klinikai orvosi gyakorlatban az életminőség vizsgálata és értékelése arra irányul, hogy rövid, illetve hosszabb távon a betegség, illetve annak kezelése milyen hatással van a páciens fizikai jólétére, aktivitására, emberi kapcsolataira és lelki egészségére.

A betegség nemcsak a testi funkciócsökkenés miatt jelent megterhelést az egyén és a társadalom számára, hanem az élet többi területére kiterjedő „kompetenciaérzést” is negatívan befolyásolja, ami jelentősen csökkenti a szubjektív életminőséget, és az egészségi állapot további romlását eredményezheti.

1948-ban a WHO már az alapító okiratában deklarálta, hogy „*az egészség tökéletes fizikai, mentális és szociális jóllét, és nem csupán a betegség és gyengeség hiánya*”. Azóta az egészséggel kapcsolatos életminőség kérdései előtérbe kerültek mind a klinikai kutatások, mind a betegellátás területén.

Az életminőség az egészség-magatartással, ezáltal az egészségügy igénybevételével valamint a kezeléshez való adherenciával és ezen keresztül a terápia sikerével sokkal szorosabb összefüggést mutat, és ezek erősebb meghatározó tényezője, mint maguk az objektív tünetek.

A szakirodalomban leginkább elfogadott definíciót Schipper és munkatársai 1995-ben publikálták: „*the functional effects of an illness and its consequent therapy upon a patient, as perceived by the patient*”; azaz: „egy betegség és a következményes kezelés funkcionális hatása a betegre, ahogyan azt ő megéli/felfogja”.

Az asztma tünetei révén nagymértékben befolyásolja a betegek mindennapjait, fizikai teljesítőképességét, befolyásolja az asztmás beteg munkahelyi, iskolai teljesítményét, szociális és szabadidős aktivitását. Mindezzel egyidejűleg feszültséget, félelmet és depresszív tüneteket is okoz. Tehát az asztmás betegek életminősége szinte minden területen nehezített.

Asztmás betegek körében a depresszió prevalenciája világszerte magasabb. Különböző vizsgálatok a depressziós tünetek előfordulását 1-45%-ra teszik. Sajnos ez a széles sáv nehezíti a következtetések levonását, de a legtöbb szerző a depresszió emelkedett prevalenciáját véli asztmában.

Asztmás betegek körében a szorongásos tünetek szintén jóval gyakoribbak.

A gyermek asztmája és gondviselőjük pszichés tünetei kölcsönösen hathatnak egymásra.

Asztmás kamaszok rokonai között a depresszió, a mánia, az élvezeti szerek használata, antiszociális személyiségzavar előfordulása magasabbnak bizonyult Wamboldt és munkatársai kutatása alapján.

Célkitűzés

A. Gyermekkori asztmás, mára felnőtté vált betegek rövid- illetve hosszú távú életminőségének felnőttkori utánvizsgálata

- 1) Hogyan alakult azon felnőttek sorsa, akiket gyermekkorukban asztma diagnózissal kezeltek?
- 2) Vannak-e és milyen súlyosak asztmás tüneteik, hogyan alakult asztmával kapcsolatos életminőségük?
- 3) Az élet mely területén jelent akadályt a gyermekkori asztma rövid- illetve hosszú távon?
- 4) Az esetleges életminőség-romlás hogyan függ össze aktuális felnőttkori tüneteikkel?

B. A jelenleg kezelt asztmás gyermekek életminősége, pszichés tünetei

- 1) A gyermekkori asztmások jelenlegi betegsége hogyan befolyásolja ezen gyermekek életminőségét, pszichés állapotát?
- 2) Magasabb-e körükben a szorongás illetve a depresszió előfordulása?
- 3) Befolyásolja-e a talált értékeket a gyermek neme, kora, az asztma súlyossága, az aktuális tünetei, az esetleges obezitás?
- 4) Módosítja-e a pszichés tünetek előfordulási gyakoriságát, hogy hány éves korban kezdődött az asztma?
- 5) A magyar asztmás gyermekeknél talált eredmények megfelelnek-e a nemzetközi irodalomban közölteknek?
- 6) Az asztmás gyermekek pszichés helyzete hogyan viszonyul más krónikus betegségben, (vesebetegség) szenvedő gyermekcsoporttal?

C. A jelenleg kezelt asztmás gyermekek gondviselőinek életminősége, pszichés tünetei

- 1) Milyen a jelenleg asztmával gondozott gyermekeket kísérő szülők életminősége, vannak-e pszichés tünetei?
- 2) Milyen összefüggést lehet felfedezni a gyermek asztmája, életminősége, pszichés állapota, valamint a gondviselőjük életminősége, pszichés tünetei között?
- 3) A gondviselők tüneteit befolyásolják-e az aktuális asztmás panaszok, a szülők iskolázottsága illetve megfigyelhető-e nemi eltérés?

- 4) Eltér-e az asztmás gyermekek gondviselők pszichés helyzete a kontroll vesebetegek gondviselőitől?

Betegek és módszerek

A. Az utánvizsgálatban részt vevő gyermekkori asztmás, mára felnőtté vált betegek

A Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinikáján gyermekkorában asztmával kezelt, a vizsgálat kezdetén, 2001-ben 30 év feletti volt betegeinket levélben arra kértünk, válaszoljanak a jelen panaszaikra és az asztmával kapcsolatos életminőségükre vonatkozó kérdéseinkre; valamint töltsék ki a *Juniper Asthma Quality of Life Questionnaire* kérdőív validált magyar nyelvű változatát.

Betegeinket a továbbiakban tünetes és tünetmentes csoportra osztottuk. Meghatároztuk a tünetes és tünetmentes csoportok válaszainak átlagát és konfidencia intervallumát. Ezután meghatároztuk az egyes kérdésekre adott válaszok átlagát, és elemeztük ezek átlagtól való eltérését.

B. A jelenleg kezelt asztmás gyermekek

A Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika gyermekpulmonológiai ambulanciáján 7-17 éves kor közötti asztmás gyermekeket vontunk be a vizsgálatba, összesen 108 főt.

Az asztma diagnózisát a klinikán dolgozó gyermekpulmonológus szakorvos állította fel. A gyermekek gondozása a vizsgálat idején aktuális nemzetközi WHO GINA ajánlások szerint valósult meg.

Megkértük a gyermekeket, hogy töltsék ki a *Child Depression Inventory* (CDI) depressziót vizsgáló kérdőívet, a *Spielberger State Anxiety Inventory for Children* (STAIC) szorongásosság kérdőívet (H.STAIC), valamint *Juniper Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire* (PAQLQ) életminőségre vonatkozó kérdőívet. A kérdőívek magyar nyelven validált változatát használtuk. Aktuális tüneteiket szintén rögzítettük.

A gyermekek a kérdőíveket a szakorvosi vizitet megelőzően, egy külön helyiségben töltötték ki, a szülők a gyermekek válaszait nem hallhatták. Képzett segítőnktől a kérdőív kitöltésében segítséget kérhettek.

A gyermekek egy másodperc alatti forszírozott kilégzését (FEV₁) a Custo Vit-M Spirométerrel mértük (Custo Med GmbH), és a Zapletal normához hasonlítottuk.

Kontrollként egy 27 főből álló, krónikus vesebetegségben (főleg nefróziss és IgA nefropátia) szenvedő; szintén a Klinika ambulanciáján gondozott csoportot vettünk igénybe.

C. Asztmás gyermekek gondviselői

A jelenleg kezelt asztmás gyermekek címszó alatt leírt módszerrel kiválasztott gyermekeket kísérő szülőt vagy gondviselőt megkértük a Beck féle depressziós kérdőív *Beck Depression Inventory (BDI)* rövidített változatának; a Spielberger szorongásosság kérdőív *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* validált magyar változatának, valamint a *Juniper Pediatric Asthma Caregivers' Quality of Life Questionnaire (PACQLQ)* magyar nyelven is validált változatának a kitöltésére. A kérdőívek kitöltésénél a hivatalos útmutatókat követtük. Kontollként a fenti vesebeteg gyermekek gondviselői szolgáltak.

Eredmények

A. Felnőtté vált gyermekkori asztmás betegeink életminőség vizsgálata

- A válaszadók közül 105 fő (69%) férfi és 47 fő (31%) nő, életkoruk 31-55 év közötti (medián 37 év).
- A betegek asztmája fél és 13 éves koruk között (medián 3,25) kezdődött.
- 91 beteg (60%) bizonyult tünetmentesnek, 58 (38%) említett aktuális panaszokat, 3 beteg (2%) erre a kérdésre nem válaszolt.
- A panaszmentesek 3 és 41 éves koruk között váltak tünetmentessé (medián 14 év).
- Az aktuálisan tünetes betegek közül 34 (58%) tartozott az asztma nemzetközi felosztása alapján a GINA I intermittáló, 9 beteg (15,6%) a GINA II enyhe perzisztáló, 5 beteg (8,8%) a GINA III mérsékelt perzisztáló, 5 beteg pedig (8,8%) a GINA IV súlyos perzisztáló osztályba. 5 betegünk (8,8%) nem részletezte tüneteit.

Rövidtávú életminőség

- Az AQLQ kérdőívre adott válaszok alapján csak kevesek életminőségét érinti jelenleg súlyosan a betegségük. Az átlagok emelkedésével (ami a jobb állapotot jelenti), a betegek száma exponenciálisan növekszik, legtöbbjük pedig egyáltalán nem jelez életminőség-romlást.
- A tünetes betegek átlaga 5,28 (CI=5,1-5,45) volt az AQLQ kérdőíven, míg tünetmentes társaik statisztikailag jobb életminőséget értek el a 6,8-as (CI=6,74-6,86) értékkel.
- A rövidtávra vonatkozó Juniper Asthma Quality of Life Questionnaire kérdőívén (az elmúlt két hét eseményeire vonatkozóan), a jelenleg is tüneteket említők között a leginkább korlátozott:
 - *“kerülnie kell egy helyzetet, vagy egy környezetet a por miatt”* (4,19; CI=3,84-4,54),

statisztikailag szignifikánsan korlátozott területek:

- *“asztmás tünetei jelentkeztek az időjárás vagy a légszennyezettség hatására”* (4,38; CI=4,03-4,73).
- *„zavarta a nehézlégzés”* (4,55; CI=4,2-4,9),
- *“asztmája miatt nehezített a kilégzés”* (4,73; CI=4,38-5,08),
- Legkevésbé az alábbiak korlátozott:
 - *“nyugtalanította, hogy asztmájára gyógyszert kell szednie”* (5,84; CI=5,49-6,19),
- egyéb kevésbé korlátozott területek:
 - *“frusztrálnak érezte magát asztmája miatt”* (5,99; CI=5,64-6,34),
 - *“akadályozta, vagy korlátozta az időjárás, vagy a légszennyezettség abban, hogy kimenjen a levegőre”* (5,84; CI=5,49-6,19).
- Tünetmentes társaik legproblémásabb területe:
 - *köszörülnie kell a torkát”* (6,42; CI=6,37-6,47)
- egyéb problémás területek:
 - *“kerülnie kell egy helyzetet, vagy egy környezetet a por miatt“* (6,52; CI=6,47-6,57),
 - *“asztmás tünetei jelentkeztek poros környezetben”* (6,52; CI=6,47-6,57) és a
 - *kerülnie kell egy helyzetet, vagy egy környezetet a cigarettafüst miatt”* (6,56; CI=6,51-6,61).

Hosszú távú életminőség

- Igen keveseket korlátozott a betegség kifejezetten, az átlag emelkedésével –azaz a kedvezőbb helyzetben– exponenciálisan nő az oda tartozó esetek száma. A betegek túlnyomó többsége pedig egyáltalán nem jelez életminőség-romlást.
- A hosszú távú életminőségre vonatkozó kérdéseknél a betegség leginkább a *sportolásban* akadályozta a válaszadókat, jelentős akadályt jelentett a betegség ezen kívül a *pályaválasztás* során, valamint az *élettér, lakhely kialakításában* is.
- Legkevésbé a *lelki, spirituális, vallási életben* zavart a betegség.
- Kevés befolyással volt még a betegség a *családi életre, emberi kapcsolatokra*, valamint a *közéletre*. A betegeket kevésbé korlátozta *párválasztásukban, barátaik megválasztásában* a betegségük
- A tünetes betegek átlaga 6,13 (CI=5,94-6,32) volt a LTAQLQ kérdőíven, míg tünetmentes társaik statisztikailag jobb életminőséget értek el a 6,64 (CI=6,54-6,74) értékkel.
- A hosszú távra vonatkozó LTAQLQ kérdőíven (az élethossz eseményeire vonatkozóan), a jelenleg is tüneteket említők között a statisztikailag szignifikánsan korlátozott területek a
 - *„Sportolás”* 5,16 (CI=4,71-5,61)

- Legkevésbé akadályozottak:
 - „*Baráti kapcsolatok*” 6,58 (CI=6,38-6,78).
 - „*Vallási, lelki, spirituális élet*” 6,72 (CI=6,47-6,97)
- Tünetmentes társaik legproblémásabb területei:
 - “*Sportolás*” 6,11 (CI=5,83-6,39).
- A legkevésbé akadályozott területek:
 - “*Vallási, lelki, spirituális élet*” 6,94 (CI=6,88-7)
 - “*Étkezés, ételek kiválasztása*” 6,89 (CI=6,82-6,96).

B. A jelenleg asztmával kezelt gyermekek, valamint a krónikus vesebeteg kontrollcsoport életminősége, pszichés státusza

Asztma súlyossági besorolás és aktuális tünetek

- A vizsgálatban részt vevő gyermekek asztmája 0,5-14 éves életkoruk között kezdődött (medián 3 év).
- 23 gyermek (21%) intermittáló asztmásnak, 40 gyermek (37%) enyhe perzisztáló, 43 gyermek (40%) középsúlyos perzisztáló, 2 beteg (2%) súlyos perzisztáló asztmásnak bizonyult.
- A betegek öt százalékánál (5 gyermek) bizonyult a FEV1% (egy másodperc alatti forszírozott kilégzésnek a normál értékhez viszonyított százaléka) 80% alattinak. 49%-uk (53 gyermek) FEV1%-a lett 80-100 közötti, 33%-uk (36 gyermek) ért el 100%-nál magasabbat, 14 gyermek (13%) nem tudta a tesztet végrehajtani.
- Az FEV1% mediánja 87 (49-131 szélső értékek) volt.
- Betegeink a kérdőív felvétele előtti héten relatíve tünetmenteseknek bizonyultak, a tüneti skálán $1,05 \pm 1,74$ pontot értek el, ahol a maximális pontszám 9.

Depresszióra, szorongásra, életminőségre vonatkozó kérdőívek értékelése

Depressziós tünetek

- A CDI kérdőíven elérhető maximum 54 pont, a magasabb érték több depressziós tünetet jelöl. Az asztmás gyermekek pontjainak mediánja 9 lett a CDI depresszió kérdőíven (min.0, max.29 pont).
- Az asztmás gyermekek minden életkorban kevesebb depressziós tünetről számolnak be, mint Rózsa S. és munkatársai által felmért egészséges társaik, de ez csak a kisiskolás fiúkban bizonyult statisztikailag szignifikánsnak ($p=0,032$).

- Mint ahogy az az egészséges populációban is megfigyelhető, az asztmás kamasz lányok is több depressziós tünetet említenek, bár ezek a finom különbségek statisztikailag nem bizonyultak a csoportok között szignifikánsnak.
- A vesebeteg kontrollcsoportba tartozók depressziós tünetei nem különböznek szignifikánsan az asztmásoktól. Az egészséges kontrollhoz viszonyítva csak a kamasz fiúk depressziója szignifikánsan alacsonyabb.

Szorongásos tünetek

- A H.STAIC kérdőíven elérhető maximum 60 pont, a magasabb érték több szorongásos tünetet jelöl. Az asztmás gyermekek $31,16 \pm 4,61$ pontot (20-48 pont között) értek el a H.STAIC szorongásosság kérdőíven, a fiúk $30,64 \pm 4,29$, a lányok $32,67 \pm 5,27$ pontot. A magyar H.STAIC átlag $30,37 \pm 4,14$ a fiúk; és $30,88 \pm 3,77$ a lányok esetében, amelyet Spielberger és Sipos publikált.
- Asztmás betegeink nem szoronganak jobban egészséges társaiknál. Pre-adoleszcens és adoleszcens csoportbontásban sem találtunk különbséget.
- Ezzel szemben igen szignifikáns különbség van a vesebeteg kontrollal összehasonlítva, a vesebeteg gyermekek szorongásos pontszáma sokkal magasabb.

Életminőség

- Asztmás betegeink 2,87-7,00 közötti életminőségi pontokat értek el a Juniper féle PAQLQ kérdőíven (medián 6,60), ahol a legmagasabb lehetséges pontszám a 7,00 és ez a jobb életminőséget mutatja.
- A jelenleg is tünetet említő gyermekek rosszabb életminőségről számoltak be ($p < 0,0001$), mint tünetmentes társaik.
- Az asztmás kamaszlányok életminősége a legrosszabb.
- A fiúk életminősége életkoruk előrehaladtával növekszik ($p = 0,02$).
- A kamasz lányoknál viszont ez a tendencia fordított, bár statisztikailag nem szignifikáns. Kamaszkorban az asztmás lányok életminősége rosszabb, mint a fiúké ($p = 0,013$).

Pszichés tünetek az asztma súlyossága és az életkor függvényében

- Intermittáló és perzisztáló asztmás (enyhe + közepsúlyos + súlyos) csoportba osztottuk betegeinket. Sem a depresszió, sem a szorongásosság, sem az életminőség nem volt statisztikailag különböző a két csoportban.
- A következő csoportbontást az aktuális tünetek alapján végeztük, jelenleg tünetmentes és jelenleg tünetes alcsoportot hozva létre. A depressziós és a szorongásos tünetekre nem hatott

a jelenlegi asztma-állapot. A jelenleg is tünetet említő gyermekek azonban rosszabb életminőségről számoltak be ($p < 0,0001$), mint tünetmentes társaik.

- Betegeink pre-adoleszcens és adoleszcens életkori bontásában nem volt szignifikáns különbség a pszichés tünetek alakulásában.

Tápláltsági állapot

- Asztmás betegeink BMI átlaga $19,29 \pm 4,1$ (átlag \pm SD). Betegeink 85%-a a normális tartományba esik (Testtömeg index, BMI 25 alatt), 7%-uk elhízott (25 felett).
- A túlsúlyos és obese gyermekek szignifikánsan rosszabb életminőséget kénytelenek elszenvedni, mint normál testalkatú társaik. Nem találtunk összefüggést a tápláltsági állapot tekintetében sem a depresszióval, sem a szorongással.

Életkor az asztma kezdetén

- Betegeink fél éves és 14 éves koruk között lettek asztmásak, 3 éves mediánnal. Szignifikánsan rosszabbnak bizonyult azoknak a gyermekeknek az életminősége, akiknek 3 éves életkoruk előtt kezdődött asztmájuk: 6,11 (2,91-7,00) versus 6,71 (2,87-7,00) ($p=0,0337$).
- Depresszió és szorongás tekintetében nem találtunk az asztma fennállásával életkori összefüggést.

Egyéb allergiás betegség egyidejű fennállása

- Nem találtunk különbséget sem a depresszió, sem a szorongás, sem az életminőség romlás tekintetében az egyéb allergiás tüneteket (rhinitis allergica, ekcéma, conjunctivitis allergica, ételallergia, egyéb allergia) is említők, illetve nem említők csoportja között.

Bőrpróba pozitívítás

- Betegeink 20%-a nem mutatott bőrpróba-pozitívítást, 80%-uknál legalább egy vizsgált paraméter pozitív volt (fák, füvek, parlagfű, feketeüröm, penészgomba, atka, macskaszőr, kutyaszőr, egyéb állat, toll).
- Azoknál a betegeknél, akik legalább egy pozitív reakciót mutattak (a pozitív bőrpróbásoknál) nem találtunk különbséget sem a depresszió, sem a szorongás, sem az életminőség romlás tekintetében a negatívokkal szemben.

Éjjeli tünetek

- Az éjjeli tünetek megléte alapján bontott csoportok között az életminőség tekintetében volt megfigyelhető különbség. Az éjszakai tünetmentesek életminősége jobb 6,69 (2,87-7,00), mint tünetes társaiké 5,54 (3,04-6,21), ($p=0,0002$).

- A két csoport között a depressziós pontok különbsége épp csak nem érte el, szorongás tekintetében viszont meg sem közelítette a szignifikancia határát.

Nappali tünetek

- A nappali tünetek jelenléte szintén csak az életminőséget befolyásolta. A tünetmentesek mediánja 6,73 (3,82-7,00) míg a tüneteseké 6,26 (2,87-6,95) volt ($p=0,0003$).
- Depresszió és szorongás tekintetében nem találtunk összefüggést a meglévő nappali tünetekkel.

A szorongás megléte jár-e egyéb pszichés tünettől is?

- A magyar populációs átlag feletti szorongásos pontszámú gyermekeket a szorongók, míg az átlag alatti gyermekeket a nem szorongók csoportjába osztottuk. Szorongó betegeink magasabb depressziós tünetszámra számoltak be. A nem szorongók mediánja 7,00 (0-7,00) lett, míg a szorongóké 10,5 (3-29) ($p<0,0001$).
- A szorongók között 58% volt az átlagnál magasabb depresszió pontszámot elérték aránya, míg ez a nem szorongó csoportban 19% volt. ($p<0,0001$, OR=6,14)
- A szorongásos panaszok jelenléte önmagában életminőség-romlással nem járt.

A depresszió megléte együtt jár-e egyéb pszichés tünettől?

- A magyar populációs átlag feletti depressziós pontszámú gyermekeket a depressziósok, míg az átlag alatti gyermekeket a nem depressziósok csoportjába osztottuk. Magasabb depressziós pontszámú betegeink magasabb szorongás pontszámra illetve rosszabb életminőségről számoltak be. A nem depressziósok szorongás-mediánja 30,00 (20-30) lett, míg a depressziósoké 33,00 (28-48) ($p=0,0002$).
- Életminőség tekintetében a nem depressziósok pontszám-mediánja 6,69 (2,87-7,00) lett, míg a depressziósoké 6,21 (2,93-7,00) ($p=0,02$).
- A depressziósok között 81% volt az átlagnál magasabb szorongás pontszámot elérték aránya, míg ez a nem depressziós csoportban 39% volt. ($p<0,0001$, OR=6,74)
- A vesebeteg kontrollcsoportot hasonlóképpen csoportosítva nem volt kapcsolat a depresszió és a szorongás között.

Az alacsonyabb életminőség együtt jár-e pszichés tünetekkel?

- A legjobb életminőséget ($>6,5$ pontszám) mutatók csoportját összehasonlítottuk a nem maximálisan jó életminőséget ($\leq 6,5$) elérőkkel. Már 0,5 egységnyi életminőség csökkenést is szignifikánsan magasabb depressziós és szorongásos tünetszám kísért. A rosszabb életminőséget említők depressziós pont mediánja 11,00 (2,00-29,00); szorongása 32,00

(21,00-48,00) lett. A maximális életminőségű betegek depressziós pont mediánja 7,00 (0,00-24,00); szorongása 30,5 (20,00-38,00) pont lett, $p=0,0042$ illetve 0,018.

C. Gondviselők életminősége, pszichés státusza

- Az asztmás gyermeket nevelők (CAC) életkori mediánja 37 év (28-70) volt, nemi megoszlás: 19 férfi (medián 39 év; 30-65) és 79 nő (medián 36 év; 28-70). A kontrollként használt krónikus vesebeteg (CRC) csoport gondviselőinek életkori mediánja 36 év (24-55), 7 férfi (24 év; 45-52) és 20 nő (29 év; 35,5-55). A két csoport között nincs szignifikáns életkorbeli különbség.

Gondviselők depressziós tünetei

- Az asztmás betegek gondviselői $7,73 \pm 6,69$ SD pontot értek el a Beck Depression Inventory depressziós kérdőívén. Pontjaikat összehasonlítottuk a 18-44 éves hazai normál populáció eredményeivel ($5,24 \pm 7,43$ SD); amit Kopp és munkatársai publikáltak.
- Az asztmás betegek gondviselői szignifikánsan magasabb depressziós pontszámot értek el, mint a korosztálybeli normál populáció ($p < 0,01$); a populációs átlag feletti depressziós tüneteket említők előfordulási aránya 33% lett.
- A vesebeteg gyermekek gondviselői szintén magasabb depressziós tüneti pontszámot jelöltek, mint a magyar populációs átlag. A krónikus betegek gondviselőinek két csoportja között azonban a különbség nem volt szignifikáns.
- Az asztmás gyermekek gondviselőit két csoportra osztottuk a Beck depressziós kérdőív eredménye alapján. Egyik csoportba azok a gondviselők kerültek, akiknek a depressziós tüneti score-ja meghaladta a populációs átlagot (5,24); a másik csoportba pedig az átlag alatti pontszámú gondviselők kerültek. Az első csoportbeli gondviselők szorongás pontszáma is magasabbnak bizonyult, de életminőségüknél nem találtunk különbséget.
- A gondviselői depressziós tüneti score nem mutatott összefüggést sem a gyermek pszichés tüneteivel, sem életminőségével.

Asztmás tünetek súlyossága, nemi eltérések, iskolázottság

Gondviselői depresszió és asztma súlyosság

- Asztmás gyermekek gondviselőinek (CAC) tüneteit gyermekük GINA (2004) klasszifikáció szerinti asztma-súlyossága szerint is vizsgáltuk. (A vizsgálat 2005 évi elvégzésekor a 2004-es GINA beosztás volt az aktuális). Két csoportot hoztunk létre. Az első csoportba az intermittáló és enyhe perzisztáló, míg a második csoportba a közepes és súlyos perzisztáló

asztmás gyermekek gondviselői kerültek. A CAC csoport depressziós tünetei és gyermekük asztma-súlyossága között nem volt összefüggés kimutatható.

- A négy GINA alcsoportot külön vizsgálva sem találtunk a szülői depresszióban kimutatható különbséget.

Gondviselők pszichés státusza a gyermekek asztmás tünetei tükrében

- Az asztmás gyermekeket két csoportra bontottuk annak függvényében, hogy a megelőző héten voltak-e asztmás panaszaik. A két csoport szüleinél megvizsgáltuk a depressziós tüneti pontokat; nem találtunk különbséget.

Depressziós tünetek nemi különbsége

- Csoboth eredményei alapján a depressziós tünetek (szintén a BDI rövid verzióját használva) nők esetében 30,7%-ban férfiaknál 25,6%-ban vannak jelen a magyar populációban. Megvizsgáltuk az asztmás és vesebeteg gyermekek gondviselői depressziós tüneteinek esetleges nemi különbségét.
- Az asztmás gyermeket gondozók főcsoportban legalább enyhe depressziós tüneteket a férfiak között 39%-ban, míg nők között 33%-ban találtunk. A nemi különbség nem volt szignifikáns, a normál magyar populációban megfigyelttel ellentétben.
- A vesebeteg gyermekek gondviselői csoportban a depressziós tünetek a férfiakban 14%-ban, nőkben 50%-ban voltak megfigyelhetők, ez a nemi különbség szignifikánsnak bizonyult ($p=0.05$)
- Szintén szignifikáns különbséget találtunk az asztmás és a vesebeteg gyermekek férfi gondviselői között a második csoport javára, azonban ez nem volt megfigyelhető a nők között

Depressziós tünetek, iskolázottság

- Vizsgáltuk az asztmás gyermekek gondviselői főcsoport depressziós tüneteit az iskolázottság függvényében is. Az első alcsoportba az általános iskolát végzetteket, a másodikba a szakmunkásképzőt végzetteket, a harmadikba az érettségizetteket, a negyedik alcsoportba pedig a felsőfokú végzettséggel rendelkezőket soroltuk. A négy csoportban elért depressziós pontszámok között nem volt különbség.

Következtetések

A. Felnőtté vált gyermekkori asztmás betegek életminőség vizsgálata

- Megállapítottuk, hogy a felnőtté vált asztmásaink 40%-a jelenleg is tüneteket produkál, ők tünetmentes társaikénál szignifikánsan rosszabb életminőséget tudhatnak magukéinak. Már évi néhány asztmás roham is befolyásolja a beteg mindennapjainak életminőségét.
- Az aktuálisan tünetmentes volt asztmások életminősége az allergén-elkerülési megszorítások hatása miatt szintén nem éri el a maximumot.

B. A jelenleg asztmával kezelt gyermekek életminősége, pszichés státusza

- Megállapítottuk, hogy az asztmás gyermekek minden életkorban kevesebb depressziós tünetről számolnak be, mint egészséges társaik, de ez csak a kisiskolás fiúkban bizonyult statisztikailag szignifikánsnak. Asztmás betegek nem szoronganak jobban egészséges társaiknál.
- Az asztmások szorongásos pontszáma alacsonyabb, mint a vesebeteg gyermekeké, viszont depressziós tüneteik nem különböznek.
- Az asztmás kamaszlányok életminősége bizonyult a legrosszabbnak az asztmás csoporton belül.
- A pszichés tünetek előfordulása nem függött az asztma súlyossági besorolásától.

Eredményeinkkel hozzájárultunk annak bizonyításához, hogy asztmában a szubjektív illetve objektív tünetek két külön, egymástól független dimenziót alkotnak már gyermekkorban is.

C. Gondviselők életminősége, pszichés státusza

- Igazoltuk, hogy az asztmás és a krónikus vesebeteg gyermekek gondviselőinek depressziós tüneti pontszáma is magasabb, mint a magyar populációs átlag. A krónikus betegek gondviselőinek két csoportja között a különbség nem volt szignifikáns.

D. Tanulságok

- 1, Még a jól gondozott asztmás betegek esetében is több évtized múlva is kimutatható az életminőség-romlás.
- 2, Az alapos, korszerű gondozás, a betegekkel való nagyon személyes foglalkozás hatására sem a depresszió, sem a szorongás nem magasabb mint az egészségesekben

- 3, Az asztmás kamasz lányokkal érdemes kiemelten foglalkozni a gondozás keretei között, tekintve hogy az ő életminőségük bizonyult legrosszabbnak.
- 4, Vizsgálati eredményeinkből úgy következtetünk, hogy a Hazánkban széles körben és kedvezményesen elérhető gyógyszerekkel betegek relatíve jobb helyzetbe kerülnek, és ez pszichés helyzetükre is jó hatással lehet.
- 5, A magasabb depressziós pontszám miatt érdemes a kezelőorvosnak a szülővel is foglalkozni, gyanú esetén pszichés segítőhöz irányítani.

Saját publikációk jegyzéke

A Disszertációhoz közvetlenül kapcsolódó publikációk

Közlemények

Tudományos cikkek angol nyelven

- Szabó A., Cserhádi E. Bronchial asthma and the short-term quality of life: follow-up study of childhood bronchial asthma in Hungary. *Pediatr Allergy Immunol.* 15, 539-544, 2004 **IF: 2,151**
- Szabó A, Cserhádi E. Does the actual presence of symptoms influence the long term quality of life in asthma? *Int Rev Allergol Clin Immunol.* 12, 2, 2006
- Szabó A, Mezei G, Kővári É, Cserhádi E. Depressive symptoms amongst asthmatic children's caregivers. *Pediatr Allergy Immunol.* DOI: 10.1111/j.1399-3038.2009.00896 2009 **IF: 2,849**

Tudományos cikkek magyar nyelven

- Szabó A., Cserhádi E. Az asthma bronchiale és a rövid távú életminőség. Gyermekkori asthma bronchiale magyarországi utánvizsgálata a betegséggel kapcsolatos aktuális életminőség szempontjából. *Allergológia és Klinikai Immunológia* 6, 215-221, 2003.
- Szabó A., Cserhádi E. Az asthma bronchiale és a hosszú távú életminőség. Gyermekkori asthma bronchiale magyarországi utánvizsgálata, a hosszú távú életminőség szempontjából *Gyermekgyógyászat* 6, 641-648, 2003.
- Szabó A., Cserhádi E. A gyermekkori asthma hatása a felnőttkori életminőségre *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle* 9, 4, 2004 augusztus.
- Szabó A; Mezei Gy; Cserhádi E. Depresszió, szorongás, életminőség gyermekkori asztmában *Orvosi Hetilap* 148, 2419-2424, 2007

Idézhető absztraktok

- Szabó A., Cserhádi E. Bronchial asthma and the long-term quality of life (abstract) *European Respiratory Journal* 22, 366s, 2003.
- Szabó A., Cserhádi E. A tünetek és az életminőség kapcsolata asztmában (absztrakt). *Allergológia és Klinikai Immunológia* 7, 95, 2004.
- Szabó A., Cserhádi E. Asztmás gyermeket nevelők pszichés állapota (absztrakt) *Allergológia és Klinikai Immunológia* 8, 83, 2005.

- Szabó A, Cserhádi E. Does the actual presence of symptoms influence the long term quality of life in asthma? (abstract) European Respiratory Journal 49, 396s, 2005.
- Szabó A, Mezei, Cserhádi E. Depression, anxiety and quality of life in pediatric asthma in a Hungarian pediatric university department (abstract) Allergy 62, 414, 2007

Könyvfejezetek

- Cserhádi E, Halász A, Szabó A, Cseh K.: A gyermekkori asztma hosszú távú prognózisa (bronchialis reaktivitás, cytokine profil és életminőség). Tüdőgyógyászati, Allergológiai és Immunológiai Megbetegedések Közhasznú Nemzetközi Alapítvány, Debrecen, 31-32, 2003
- Szabó A, Cserhádi E. Életminőség vizsgálatok asthma bronchiáléban in: Szabó T, Bártfai I., Somlai J (eds): Környezeti ártalmak és a Légzőrendszer XIV. F and F Press Zalaegerszeg. pp. 297-309, 2004

A Disszertációhoz közvetlenül nem kapcsolódó publikációk

Közlemények

Tudományos cikkek magyar nyelven

- Gilly Gy., Szabó A. A magyar irányított ellátási modell (1. rész) Kórház XI. évf. 14-21, 2004
- Szabó A., Gilly Gy. Több biztosító jelenléte az egészségbiztosításban, az egészségügyi piac kudarca tükrében Egészségügyi Gazdasági Szemle 1, 51-62, 2004
- Gilly Gy., Szabó A. A magyar irányított ellátási modell (2. rész) Kórház XI. évf. 14-18, 2004
- Szabó A., Gilly Gy. Több egészségbiztosítós rendszer a magyar egészségbiztosításban? Kórház XI. évf. 14-18, 2004
- Szabó A. Minőségi indikátorok alkalmazása a gyermekkori asthma bronchiale gondozása során Informatika és menedzsment az egészségügyben III. évf. 4, 37-41, 2004
- Gilly Gy, Szabó A. Az egészségügy refomja – tévutak és kiutak, avagy: „Állítsátok meg Arturo Ui-t” I. rész. Informatika és menedzsment az egészségügyben VI. évf. 5, 11-20, 2007
- Gilly Gy, Szabó A. Az egészségügy refomja – tévutak és kiutak, avagy: „Állítsátok meg Arturo Ui-t” II. rész. Informatika és menedzsment az egészségügyben VI. évf. 6, 11-20, 2007

Idézhető absztraktok

- Szabó, A. Quality indicators in the outpatient care of childhood bronchial asthma (abstract) Allergy Clin Immunol Int, Suppl. 1, 15, 310-311, 2005
- Mezei G., Kozma G., Lévay M., Héninger E., Szabó A, Cserhádi E. Az IL-12 szezonális változása pollenallergiás gyermekekben (absztrakt) Allergológia és Klinikai Immunológia 9, 108-109, 2006
- Mezei G; Belányi K; Gyene I; Szabó A. May regular swimming training have an influence on the state of depression? (abstract) Allergy 62, 414, 2007

