

# A Rövid Betegségpercepció Kérdőív magyar változatának megbízhatósági vizsgálata

Látos Melinda dr.<sup>1,2</sup> ■ Lázár György dr.<sup>2</sup> ■ Csabai Márta dr.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Klinika, Szeged

<sup>2</sup>Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Szeged

**Bevezetés:** Interdiszciplináris kutatásokkal igazolták, hogy a páciensnek a betegségéről kialakított elképzelései meghatározó szerepet játszanak a gyógyulási folyamat sikerességében.

**Célkitűzés:** Vizsgálatunk célja az ezen elképzelések felmérésére kifejlesztett Rövid Betegségpercepció Kérdőív magyar nyelvű változatának megbízhatósági és validitási vizsgálata krónikus betegségben szenvedő, daganattal küzdő és transzplantált páciensek körében.

**Módszer:** Keresztmetszeti vizsgálatunkban 490 páciens vett részt. A kérdőív validitásának vizsgálatára a Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőívet, a Beck Depresszió Kérdőívet és a Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőívet alkalmaztuk, illetve felmértük a betegcsoportok életminőségét.

**Eredmények:** A kérdőív belső megbízhatósága, a teszt-reteszt megbízhatósága kiváló. A konstruktmvaliditást vizsgálva közepesen erős összefüggést találtunk a szorongás, a depresszió, a poszttraumás növekedésérzés, az életminőség és a Rövid Betegségpercepció Kérdőív között. A prediktív validitást vizsgálva igazolást nyert, hogy a betegségpercepció összefüggésben áll a veseműködést jelző eGFR-szinttel ( $p = 0,027$ ). A kérdőív diszkrimináns validitását igazolta, hogy képes különbséget tenni a különböző betegcsoportok között.

**Következtetés:** A Rövid Betegségpercepció Kérdőív magyar verziójának reliabilitása és validitása a vizsgált populációnak mutatkozott. A kérdőív megbízható információt ad a pácienseknek a betegségükről kialakított elképzeléseiről. Orv Hetil. 2021; 162(6): 212–218.

**Kulcsszavak:** betegségpercepció, szorongás, depresszió, poszttraumás növekedésérzés, életminőség, validitásvizsgálat

## The reliability and validity of the Hungarian version of the Brief Illness Perception Questionnaire

**Introduction:** Interdisciplinary studies confirm that patients' illness perception can have a substantial effect on the healing process.

**Objective:** The aim of this study was to assess the reliability and validity of the Hungarian version of the Brief Illness Perception Questionnaire in chronic disease, cancer, and transplant patients.

**Method:** 490 patients were assessed using the Spielberger Anxiety Inventory, the Beck Depression Inventory, Post-traumatic Growth Inventory and quality of life questionnaires.

**Results:** The scale showed good internal consistency, and the test-retest reliability was excellent. The Brief Illness Perception Questionnaire scores moderately correlated with anxiety, depression, posttraumatic growth and quality of life. Examining predictive validity, the questionnaire correlated with eGFR level ( $p = 0.027$ ). The discriminant validity of the questionnaire was supported by its ability to distinguish between different patient groups.

**Conclusion:** The reliability and validity of the Hungarian version of the Brief Illness Perception Questionnaire in the sample were excellent. The questionnaire turned out to be a useful psychometric tool in the measurement of illness perception.

**Keywords:** illness perception, anxiety, depression, posttraumatic growth, quality of life, reliability and validity

Látos M, Lázár Gy, Csabai M. [The reliability and validity of the Hungarian version of the Brief Illness Perception Questionnaire]. Orv Hetil. 2021; 162(6): 212–218.

(Beérkezett: 2020. július 21.; elfogadva: 2020. augusztus 23.)

## Rövidítések

ANOVA = (analysis of variance) varianciaanalízis; BDI = (Beck Depression Inventory) Beck Depresszió Kérdőív; BIPQ = (Brief Illness Perception Questionnaire) Rövid Betegségpercepció Kérdőív; eGFR = (estimated glomerular filtration rate) becsült glomerulusfiltrációs ráta, mely a vese működésének károsodását adja meg; EQ-5D-3L = (European Quality of Life) Európai Életminőség Kérdőív; FACT-G = (Functional Assessment of Cancer Therapy – General) daganatos betegségek kezelésének funkcionális értékelése – általános; GIQLI = (Gastrointestinal Quality of Life Index) Gastrointestinalis Életminőségi Index; HIV = (human immunodeficiency virus) emberi immunhiányt előidéző vírus; IPQ = (Illness Perception Questionnaire) Betegségpercepció Kérdőív; IPQ-R = (Revised Illness Perception Questionnaire) átdolgozott Betegségpercepció Kérdőív; PTGI = (Posttraumatic Growth Inventory) Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív; SD = standard deviáció; STAI-S = (State-Trait Anxiety Inventory – State) Spielberger-féle Állapotszorongás Kérdőív; STAI-T = (State-Trait Anxiety Inventory – Trait) Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőív; SZTE = Szegedi Tudományegyetem

Az utóbbi 30 év kutatásai bebizonyították, hogy a betegségreprezentációk nagymértékben meghatározzák a páciens viselkedését, érzelmi és hangulati állapotát, illetve a felépülés sikerességét [1–3]. *Leventhal, Nerenz és Steele* 1984-ben publikálták az önszabályozási modellről szóló elméletüket, mely szerint az egyének az egészségüket fenyegető helyzetekre kognitív és emocionális reprezentációkat generálnak [4]. A betegségezés keretein belül értelmezhetővé válnak a tünetek, a reprezentáció képet ad a betegségről, ami a megküzdési stratégiákra és a klinikai kimenetre is hatást gyakorol. A modell szerint folyamatos visszacsatolás történik az értékelőfolyamatok, a betegség alakulása és a megküzdési módok között. Kutatási eredményekkel igazolták, hogy a betegségreprecepciók megváltozása pozitív hatású a myocardialis infarctuson átesett betegek felépülésében [5]. Amikor megvizsgálták, hogy vajon a betegség objektív súlyosságának vagy a betegségreprecepciónak, a betegség által okozott hatások szubjektív érzékelésének van-e nagyobb hatása az életminőségre, az eredmények szerint a krónikus betegséggel való megküzdés szempontjából a betegségreprecepció jelentősebb szerepet töltött be, mint a betegség súlyossága, illetve nem találtak összefüggést a betegség súlyossága és a betegség hatásának percepciója között sem [6–8].

A korai kutatások még interjú technikákkal próbálták feltérképezni a betegségreprezentációkat, majd megszületett az első objektív mérőeszköz, a Betegségreprecepció Kérdőív (IPQ), mely öt kognitív betegségreprezentációt képes azonosítani: *identitás* – a betegség természetére vonatkozik, illetve azokra a tünetekre, melyeket a páciens a betegséggel összefüggőnek tart; *okok* – a betegség kialakulásával kapcsolatos személyes hit, vélekedés; *időbeliség* – a betegség észlelt tartósságára utal; *következmények* – a betegség kimenetele, illetve rövid és hosszú távú hatásai; és *kontroll* – a betegség és a kezelés felett érzett

kontrollra utal, hogy milyen mértékben hisz a páciens a gyógyulásában [4, 9]. Az érzelmi reprezentáció olyan negatív reakciókat tartalmazhat, mint a félelem, a düh vagy a distressz érzése. Az újabb, átdolgozott kérdőív (IPQ-R) már tíz dimenzió mentén tudja értékelni az érzelmi és kognitív reprezentációkat, például megszületett a személyes és kezelési kontroll dimenziója [2]. A módosított kérdőív azonban nagyon hosszú, több mint 80 kérdést tartalmaz, ami bizonyos helyzetekben megnehezíti a tesztfelvételt (például korlátozott a rendelkezésre álló idő, a páciens súlyos betegséggel küzd, vagy magasabb életkorú). A kutatók alternatívaként a könnyen felvehető, kilenc tételből álló Rövid Betegségreprecepció Kérdőív (BIPQ) alkalmazását javasolják, melyet a betegség kognitív és érzelmi reprezentációjának gyors értékelésére fejlesztettek ki [10].

## A vizsgálat célja

A jelen kutatásban a BIPQ magyar változatát és a kérdőív pszichometriai jellemzőit mutatjuk be krónikus, daganatos megbetegedésben szenvedő és vesetranszplantáción átesett személyek mintáján. Vizsgáljuk a BIPQ megbízhatósági mutatóit, validitását. A konstruktmvaliditás ellenőrzése céljából felmértük a páciensek érzelmi és hangulati állapotát, illetve a poszttraumás növekedésérzés és az életminőség mértékét. A prediktív validitás igazolására a vesetranszplantáción átesett pácienseknél rögzítettük az eGFR-szintet, mivel feltételeztük, hogy a negatívabb betegségreprecepció kapcsolatban áll a beültetett vese működését jelző laboratóriumi értékekkel. A diszkriminatív validitás igazolásához 11 betegcsoportot hasonlítottunk össze.

## Módszer

### A résztvevők és a vizsgálat körülményei

A kérdőív pszichometriai tulajdonságainak vizsgálatához az alábbi 11 betegcsoport adatait vizsgáltuk: colitis ulcerosa (58 fő), krónikus veseelégtelenség (36 fő), emlődaganat (61 fő), Parkinson-kór (10 fő), stroke (25 fő), tinnitus (148 fő), rectumtumor (30 fő), colontumor (18 fő), tüdőtumor (30 fő), vesetranszplantáció (40 fő), HIV (34 fő) (1. táblázat). A pácienseket a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központjában toboroztuk (18 évesnél idősebb, krónikus vagy daganatos megbetegedéssel diagnosztizált, illetve transzplantáción átesett betegek), kivéve a tinnitusszal diagnosztizált pácienseket, akiket online kérdőív útján értünk el. A tesztcsomag kitöltése önkéntes alapon történt. A vesefunkciós értékek nyomon követéséhez rögzítettük a kontrollvizsgálatra érkezés napján, vagyis a teszt kitöltés napján történt vérvizsgálat eredményei közül az eGFR-szintet, hogy értékelni tudjuk a transzplantáció sikerességét. A kutatást a Regionális Humán Orvosi-biológiai Kutatásetikai Bizottság engedélyezte (protokoll-

1. táblázat | A betegcsoportok részletes bemutatása

Betegcsoport	n	Nem (% férfi)	Átlagéletkor (SD)
Colitis ulcerosa	58	50	43,11 (10,77)
Colontumor	18	61	64,22 (15,03)
Emlődaganat	61	0	55,49 (13,25)
HIV-pozitív	34	9	43,55 (12,38)
Krónikus veseelégtelenség	36	55	44,86 (12,15)
Parkinson-kór	10	60	65,51 (12,17)
Rectumtumor	30	46	57,83 (13,01)
Stroke	25	44	65,84 (7,39)
Tinnitus	148	26	47,56 (13,56)
Tüdőtumor	30	56	61,83 (9,92)
Vesetranszplantáció	40	50	49,35 (10,13)
Összesen	490	40	51,11 (14,18)

SD = standard deviáció

szám: 130/2016-SZTE). A mintából 17 fő nem vagy hiányosan töltötte ki a kérdőíveket; az ő adataikat a statisztikai elemzéskor figyelmen kívül hagytuk. Összesen 490, krónikus betegséggel küzdő páciens került a mintába (199 férfi, átlagéletkoruk 50,31 év; SD = 14,88; illetve 291 nő, átlagéletkoruk 51,64 év; SD = 13,68).

### Pszichológiai mérőeszközök

BIPQ – A Rövid Betegségpercepció Kérdőív nyolc fő dimenziót különít el a betegséghez való hozzáállásban [10]. A *következmények* dimenzió arra vonatkozik, hogy mennyire befolyásolja a személy életét a betegsége, míg az *időbeliség* dimenzió segítségével megtudhatjuk, hogy a személy mit gondol, milyen hosszú ideig fog tartani a betegsége. A *személyes kontroll* arra vonatkozik, hogy a páciens mennyire tudja befolyásolni saját betegségét, míg a *kezelési kontroll* azt jelenti, hogy mennyire látja hatásosnak a kapott orvosi kezelést a betegsége gyógyításában. Az *identitás* dimenzió arra kérdez rá, hogy mennyi tünetet okoz a betegség, a *koherencia* dimenzió pedig arra vonatkozik, hogy a személy mennyire érzi úgy, hogy érti saját betegségét. Végül az *aggodalom* és az *érzelmi reprezentáció* arra kérdez rá, hogy mennyire aggasztja a személyt a betegsége, és érzelmileg mennyire van hatással rá. Mindezek mellett egy 9. kérdés is szerepel a kérdőívben, amely arra kérdez rá, hogy a személy szerint *milyen okok állhatnak betegségének hátterében*. A válaszokat kategorizálhatjuk, például stressz, életmód, genetika stb. szempontjából, és tovább elemezhetjük. Továbbá a dimenziókból létrehozható egy összpontszám, ha összeadjuk az 1., 2., 5., 6. és 8. kérdésre adott válaszok pontszámait, majd a 3., 4. és 7. fordított tételek pontszámait. Ez az összpontszám a betegséggel kapcsolatosan észlelt fenyegetettséget adja meg, mely minél magasabb, annál negatívabb a betegségről kialakított kép.

BDI – A Beck Depresszió Kérdőív 21 tételes változatát alkalmaztuk, mely 4 fokú Likert-skálán a depresszió egyes tüneteire kérdez rá, úgymint fáradékonyosság, alvászavar, döntésképtelenség, túlzott aggodás, az elégedettség hiánya, önmagunk vádolása [11, 12].

STAI – A Spielberger-féle Vonás- és Állapotszorongás Skála (STAI-T és STAI-S) 40 tételes kérdőív, mely a szorongás szintjének mérésére alkalmas; a vonásszorongásra vonatkozó kérdőív a szorongás általános szintjét méri, míg az állapotszorongásra vonatkozó az éppen aktuális szorongást jelzi. A kérdőív 4 fokú Likert-skálán mér [13, 14].

PTGI – A 21 tételes Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív a traumatikus eseményekkel való megküzdés során bekövetkező lehetséges pozitív változásokat tartalmazza [15, 16]. A válaszadók hatfokozatú Likert-skálán értékelik, hogy mennyire jellemző rájuk az adott állítás. Az összesített pontszám a poszttraumás növekedésérzés mértékéeként értelmezhető.

FACT-G – Az egészséggel összefüggő életminőséget a 27 állítást tartalmazó Functional Assessment of Cancer Therapy – General magyar változatával mértük [17]. Ezt a kérdőívet azért fejlesztették ki, hogy bármilyen típusú rákos megbetegedés esetén képes legyen mérni az onkológiai kezelésben részesülő betegek életminőséget. A kérdőív 27 állításból áll, amelyek 4 alskálába tömörülnek: Fizikai jóllét, Társas/Családi jóllét, Érzelmi jóllét és Funkcionális jóllét. A magasabb összpontszám az egészséggel összefüggő jobb életminőséget tükröz.

GIQLI – A Gastrointestinalis Életminőségi Indexszel (Gastrointestinal Quality of Life Index) jellemeztük a colitis ulcerosával diagnosztizált pácienseink életminőségét [18]. 36 kérdésből áll, melyek az életminőséget pszichoemocionális, fizikai és szociális oldalról közelítik meg, emellett általános emésztőszervi panaszokkal kapcsolatos kérdéseket is tartalmaz.

EQ-5D-3L – Az általános életminőség-kérdőívek egyik legismertebb és leggyakrabban használt képviselője a European Quality of Life [19, 20]. A kérdőív 5 dimenziót vizsgál: mozgásképeség, önellátás, szokásos napi tevékenységek elvégzése, fájdalom/rossz közérzet, valamint szorongás/lehangoltság. A kérdőívben minden dimenzióra egy kérdés vonatkozik, melyet 3 fokú skálán kell megítélni.

### Statisztikai eljárások

A statisztikai elemzést az SPSS 23-as verziójával (IBM Corporation, Armonk, NY, Amerikai Egyesült Államok) végeztük. A statisztikai szignifikancia határát a  $p < 0,05$ -ös szinten határoztuk meg. Az adatok elemzéséhez megvizsgáltuk a STAI, a BDI, a PTGI és az életminőség-kérdőíveket, és a BIPQ skáláinak normális eloszlását Shapiro–Wilk-féle normalitásvizsgálattal is áttekintettük. A kérdőív belső megbízhatóságát a Cronbach-alfa mérőszámmal jellemeztük. A konkurens validitás megállapítására Pearson- és Spearman-féle korrelációt számítottunk.

**A Rövid Betegségpercepció Kérdőív magyar változata és kiértékelési útmutatója**

Kérjük, karikázza be azt a számot, amelyik a legjobban megfelel az Ön véleményének.

**1) Mennyire van hatással betegsége az életére?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
egyáltalán nincs hatással										komoly hatással van

**2) Mit gondol, a betegsége mennyi ideig fog tartani?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nagyon rövid ideig										örökké

**3) Mennyire tudja befolyásolni a betegségét?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
semmiféle befolyásom nincs felette										magas kontrollom van felette

**4) Mit gondol, mennyire hatásos a kezelés a betegsége gyógyításában?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nem igazán hatásos										nagyon hatásos

**5) Mennyi tünetet okoz a betegsége?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
egyáltalán nincsenek tünetek										sok súlyos tünetet okoz

**6) Mennyire aggódik a betegsége miatt?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
egyáltalán nem aggódom										kifejezetten aggódom

**7) Mit gondol, mennyire érti a betegségét?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
egyáltalán nem értem										nagyon tisztán értem

**8) Érzelmileg mennyire van hatással Önre a betegsége? (Például aggasztja, félelemmel tölti el, nyugtalanná, lehangolttá teszi.)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
egyáltalán nincs hatással érzelmileg										kifejezetten hatással van érzelmileg

**9) Rangsorolja azt a 3 legfontosabb tényezőt, melyet Ön a betegsége lehetséges okainak vél.**

A legfontosabb okok számomra:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**A Rövid Betegségpercepció Kérdőív kiértékelése**

A BIPQ mindegyik tétele a betegségpercepció egy dimenzióját értékeli.

A *következmények* pontszáma az 1. kérdésre adott válasz.

Az *időbeliség* dimenziója a 2. kérdésre adott válasz.

A *személyes kontroll* a 3. kérdésre adott válasz.

A *kezelési kontroll* a 4. kérdésre adott válasz.

Az *identitás* dimenziója az 5. kérdésre adott válasz.

A *kohérensia* pontszáma a 7. kérdésre adott válasz.

Az *érzelmi reprezentáció* a 8. kérdésre adott válasz.

A betegséggel kapcsolatos aggodalmat a 6. kérdés méri, mely az érzelmi és a kognitív reprezentációk kombinációja.

A 9. tétel a betegség lehetséges okaira kérdez rá. A válaszokat kategorizálhatjuk, például stressz, életmód, genetika stb., és tovább elemezhetjük.

A dimenziókból létrehozható egy összpontszám, ha összeadjuk az 1., 2., 5., 6. és 8. kérdésre adott válaszok pontszámait, majd a 3., 4. és 7. fordított tételek pontszámait. Ez az összpontszám a betegség észlelt fenyegetettségét adja meg, mely minél magasabb, annál negatívabb a betegségről kialakított kép.

A kérdőívben szereplő „betegség” szót kicserélhetjük az adott betegségre, például cukorbetegség vagy asztma. Hasonlóan, a „kezelés” szó helyettesíthető az adott kezeléssel, például inhalálókészülék vagy műtét.



A csoportok összehasonlítására egyszempontos ANOVA-t, kétmintás t-próbát, illetve Mann–Whitney-tesztet alkalmaztunk.

## Eredmények

### A megbízhatóság vizsgálata

Mérőskálaink megbízhatóságát a belső konzisztencia megállapítására legelfogadottabb mérőszámmal, a Cronbach-féle alfa-együttható meghatározásával ellenőriztük [21]. A kérdőív vizsgálatokor elért alfa-érték 0,613 volt, mely az attitűdskálák esetében megfelelő belső megbízhatóságra utal. A BIPQ teszt-reteszt megbízhatósága négyhetes, fél éves és egy éves újrafelvétel után kiváló volt ( $n = 19$  transzplantált páciens; egy hó:  $r = 0,603$ ,  $p = 0,006$ ; fél év:  $r = 0,755$ ,  $p < 0,001$ ; egy év:  $r = 0,549$ ,  $p = 0,022$ ), azaz a kérdőív időbeli megbízhatósága is megfelelő. Továbbá az elemzés alapján nincsenek redundáns kérdések a kérdőívben, az egyes tételek közötti korreláció nem haladta meg az  $r = 0,9$ -es értéket.

### Validitásvizsgálat

A résztvevők a mérőeszközt érthetőnek találták, ami a tesztkitöltési motivációt, az együttműködési hajlandóságot is növeli. A validitásvizsgálatba bevont skálák között szerepel az Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív, a Beck Depresszió Kérdőív, a Poszttraumás Növekedés Kérdőív és az életminőség-kérdőívek. A konvergens validitás esetében a BIPQ és a BDI ( $r = 0,542$ ,  $p < 0,001$ ), illetve a

STAI-T ( $r = 0,508$ ,  $p < 0,001$ ) és a STAI-S ( $r = 0,451$ ,  $p < 0,001$ ) kérdőív között közepesen erős korreláció mutatkozott. A BIPQ a PTGI 'Személyes erő' ( $r = -0,213$ ,  $p = 0,021$ ) skálájával mutatott szignifikáns összefüggést.

A daganatos páciensek körében a FACT-G kérdőívet alkalmaztuk, mely kérdőív az alskáláival együtt közepesen erős korrelációt mutatott a BIPQ-val ( $p < 0,001$ ). A colitis ulcerosával diagnosztizált páciensek körében alkalmazott GIQLI kérdőív összpontszáma pedig erős korrelációt mutatott a BIPQ kérdőívvel ( $r = -0,842$ ,  $p < 0,001$ ). Az EQ-5D-3L kérdőív közepesen erős összefüggést mutatott a BIPQ-val ( $r = 0,522$ ,  $p < 0,001$ ).

A prediktív érvényesség vizsgálatok szignifikáns összefüggés mutatkozott a BIPQ és a transzplantáció után a fél éves kontrollvizsgálat alkalmával mutatott eGFR-érték között ( $n = 40$ ,  $r = -0,35$ ,  $p = 0,027$ ). Eredményeink szerint tehát együttjárás tapasztalható a negatívabb betegségpercepció és az alacsonyabb eGFR-érték között, ami a transzplantált vese nem megfelelő működését mutatja. A tételek közül az aggodás ( $r = -0,35$ ,  $p = 0,024$ ) és a kezelési kontroll ( $r = 0,65$ ,  $p = 0,002$ ) mutatott szignifikáns összefüggést a vesefunkciót jelző laboratóriumi paraméterekkel. Tehát a páciens negatív érzelmi és kognitív reprezentációja és az orvosi kezeléssel kapcsolatos bizalom meggyengülése kapcsolatban állt a transzplantált vese diszfunkciójával.

Annak érdekében, hogy felmérjük, vajon a BIPQ alkalmas-e arra, hogy különbséget tegyen a különböző betegpopulációk között, a kérdőív skáláinak átlagértékét és az összesített BIPQ átlagát összehasonlítottuk a colitis ulcerosával, krónikus veseelégtelenséggel, emlődaganat-

2. táblázat | A Rövid Betegségpercepció Kérdőív átlagpontszámai (SD) a különböző betegcsoportokban (\*\* $p < 0,001$ )

	Colitis ulcerosa	Colon- tumor	Emlő- daganat	HIV- pozitív	Krónikus veseelég- telenség	Parkinson- kór	Rectum- tumor	Stroke	Tinnitus	Tüdő- tumor	Vesetransz- plantáció	F
Hatás	6,2 (3,1)	6,5 (3,2)	5,9 (3,1)	4,5 (3,1)	6,8 (3,1)	7,3 (2,4)	5,8 (3,1)	6,3 (2,3)	5,1 (2,6)	4,6 (3,4)	4,1 (2,9)	3,87**
Időtartam	9,1 (2,2)	4,7 (2,8)	3,7 (2,7)	9,1 (1,9)	6,3 (2,4)	9,9 (0,3)	4,2 (2,6)	5,9 (2,8)	8,2 (2,6)	4,3 (2,9)	7,8 (3,3)	27,69**
Személyes kontroll	4,7 (3,1)	5,1 (3,0)	5,5 (2,9)	3,5 (3,3)	4,6 (2,7)	5,1 (3,2)	4,6 (2,9)	4,2 (2,1)	2,6 (2,7)	6,4 (3,6)	3,2 (3,1)	8,26**
Kezelési kontroll	3,5 (3,3)	2,4 (2,7)	3,3 (2,8)	1,7 (2,3)	1,6 (1,7)	3,2 (2,6)	3,3 (3,5)	4,1 (2,5)	1,3 (2,3)	2,5 (2,3)	1,3 (2,1)	7,05**
Tünetek	4,7 (3,1)	3,3 (2,4)	2,4 (2,7)	2,2 (3,1)	4,1 (2,4)	6,1 (2,6)	4,8 (2,6)	5,6 (2,4)	3,9 (2,6)	2,8 (2,9)	3,1 (2,3)	6,53**
Aggodás	5,1 (3,2)	5,6 (2,5)	5,9 (3,1)	4,3 (3,4)	5,6 (3,1)	5,7 (1,8)	5,4 (2,9)	5,4 (2,5)	5,1 (3,2)	5,1 (3,1)	3,5 (2,8)	1,92**
Koherencia	1,5 (1,6)	3,1 (2,7)	2,9 (2,7)	0,9 (1,6)	1,2 (1,5)	2,8 (1,9)	2,9 (2,9)	3,2 (2,3)	4,7 (3,7)	5,2 (3,3)	1,3 (1,9)	13,91**
Érzelmi reprezentáció	5,3 (3,4)	5,8 (2,8)	6,6 (2,8)	4,2 (3,4)	5,3 (2,8)	6,1 (1,8)	5,8 (3,1)	6,3 (2,6)	5,4 (3,2)	4,4 (2,6)	3,3 (2,9)	3,84**
BIPQ-összpontszám	40,1 (14,6)	36,7 (9,3)	35,6 (12,7)	30,2 (13,7)	34,9 (11,3)	46,3 (7,4)	36,9 (13,1)	41,1 (13,7)	36,3 (11,1)	35,4 (13,9)	27,5 (12,4)	4,41**

BIPQ = Rövid Betegségpercepció Kérdőív; SD = standard deviáció

tal, Parkinson-kórral, stroke-kal, tinnitusszal, rectum-, colon-, illetve tüdőtumorral diagnosztizált, továbbá vesetranszplantáción átesett és HIV-pozitív páciensek között (2. táblázat). A BIPQ diszkriminációs validitása 11 különböző betegcsoport adatait vizsgálva igazolódott, az észlelt különbségek összhangban voltak elvárásainkkal. Például a dializált, krónikus veseelégtelenséggel küzdő páciensek úgy érezték, hogy a betegség nagyobb hatással van az életükre, és negatívabb kép alakult ki bennük a már transzplantáción átesett vesebetegekhez képest. A tünetek észlelését tekintve a legemelkedettebb pontszám a Parkinson-kórral diagnosztizált populáción mutatkozott, ami szintén nem meglepő, hiszen a betegség négy alapvető tünete – a remegés, az izommerevség, a meglassultság és a testtartási instabilitás – az élet számos területén korlátozhatja a kliensek életét, megemelve a skála átlagértékét [22]. Ezzel szemben például a HIV-pozitív vagy az emlődaganattal diagnosztizált páciensek sok esetben semmilyen tünetet nem észlelnek magukon, ami a skála alacsony pontszámát magyarázza.

### *Összefüggés a szociodemográfiai változókkal*

A kérdőív összpontszáma nem különbözött jelentősen a férfiak és a nők között ( $t = 0,61$ ,  $p = 0,541$ ). A BIPQ dimenzióit tekintve azonban a nők szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el az időtartam ( $Z = -2,515$ ,  $p = 0,012$ ) és a személyes kontroll ( $Z = -2,021$ ,  $p = 0,043$ ) skáláján, míg a férfiak valamivel emelkedettebb értéket mutattak a koherencia skálája mentén ( $Z = -2,001$ ,  $p = 0,045$ ). A kérdőív nem mutatott összefüggést az iskolai végzettséggel, a családi állapottal, a gyermekek számával vagy a gazdaságilag aktív/passzív szereppel (a  $p$ -érték minden esetben  $>0,05$ ).

### *A betegség vélt okai*

Az általunk validált kérdőív utolsó tétele arra kérdez rá, hogy a páciens szerint melyek lehetnek a betegsége lehetséges okai. Vizsgálati mintánkban a betegcsoportok között érdekes különbségek mutatkoztak. A colitis ulcerosával diagnosztizált páciensek 92%-a úgy gondolta, hogy a betegség oka pszichológiai (például munkahelyi, párkapcsolati stressz, feszültség a családon belül). 42%-uk vélte úgy, hogy genetikai tényezők állnak a háttérben, míg 24 fő környezeti okokat is felsorolt (például egészségtelen táplálkozás vagy munkakörnyezet). A HIV-pozitív válaszadók genetikai tényezőket nem említettek, azonban 94%-uk a betegség vélt okának valamilyen személyiségegyet tulajdonított (például naivitás, kontrollhiány, felelőtlenség, határozatlanság). A legnagyobb arányban (56,1%) a tinnitusszal küzdő páciensek gondolták úgy, hogy a tüneteket valamilyen testi elváltozás vagy betegség okozza (például magas vérnyomás, a nyaki erek állapota, középfülgyulladás), 63,5%-uk azonban a pszichológiai tényezők szerepét is kiemelte (például az önismeret hiánya, lelki fáradtság), míg 20,9%-uk környe-

zeti okokat vélt felfedezni a betegsége mögött (például zajártalom). Az emlődaganattal diagnosztizált páciensek 59%-a pszichológiai okot említett (például stressz, idegesség), 18%-uk genetikai, örökletes tényezőket is, míg 36%-uk kiemelte a mozgásszegény életmód és a helytelen táplálkozás szerepét. A rectumtumorral operált páciensek 63%-a lelki tényezőket sorolt fel, melyek a betegség kialakulásának okai lehetnek, 27%-uk örökletes és 36%-uk környezeti okokat is említett. A colontumorral diagnosztizált válaszadók 61%-a lelki tényezőket írt, míg 22%-uk örökletes és 27%-uk környezeti faktorokat. A krónikus veseelégtelenséggel küzdő páciensek 56%-a pszichológiai okot tulajdonított betegségének, 29%-uk kiemelte a környezeti faktorok szerepét, míg 39%-uk genetikai tényezőket is említett. A tüdőtumorral operált páciensek a legnagyobb arányban a dohányzás és a nem megfelelő egészségmagatartás szerepét emelték ki (50%), de megjelent a lelki tényezők (20%) és az örökletes faktorok (13%) hatása is. A stroke-kal kezelt betegek 32%-a pszichológiai okokat említett, 8%-uk genetikai tényezőket, míg 44%-uk környezeti tényezőket. A Parkinson-kórral kezelt páciensek fele úgy gondolta, hogy a betegségük mögött genetikai tényező áll, míg 10%-uk pszichológiai és szintén 10%-uk környezeti tényezőket is említett.

### **Megbeszélés**

Tanulmányunkban a betegséggel kapcsolatos kognitív és érzelmi reprezentációk mérésére alkalmazható, 9 tételes BIPQ magyar változatát mutattuk be. A kutatás során 11 betegcsoportnál felmértük az érzelmi és a hangulati állapotot, a poszttraumás növekedésérzés mértékét és az életminőséget. A prediktív validitás igazolásához a pszichológiai változókat összevetettük a beültetett vese működését jelző eGFR-szinttel. A páciens negatív érzelmi és kognitív reprezentációja és az orvosi kezeléssel kapcsolatos bizalom meggyengülése kapcsolatban állt a transzplantált vese diszfunkciójával. Hasonlóan fontos eredményre jutottak Broadbent és mtsai [10] is, akik a 2-es típusú cukorbetegséggel diagnosztizált páciensek körében a magas kezelési kontroll és a vércukorszint között találtak szignifikáns összefüggést, a myocardialis infarctusból gyógyuló pácienseknél pedig a munkába való visszatérést jósolta meg a kezelési kontroll dimenziója.

Az eredményekből megállapíthatjuk, hogy a kérdőív pszichometriai mutatói megfelelőek, az általunk mért belső konzisztencia jónak mondható. A kérdőív teszt-reteszt megbízhatósága kiváló, vagyis a kérdőív időbeli megbízhatósága is megfelelő. Mintánkban a BIPQ-összpontszámot a nem, a kor és az iskolai végzettség nem befolyásolta szignifikánsan. Ugyanakkor a validitás vizsgálatokkor több, gyenge mértékű korrelációt találtunk a kérdőív és az érzelmi-hangulati állapot, illetve a poszttraumás növekedésérzés és az életminőség között. A diszkriminációs validitás eredményei tehát a mérőeszköz érvényességét erősítik, mivel nem mutatott túlzott mértékű

egyeztetést a többi pszichológiai kérdőívvel, melyek más fogalmi konstrukciók mérésére szolgálnak.

Összességében a kutatócsoportunk által magyar nyelvre adaptált BIPQ magyar verziójának pszichometriai mutatói igen jók, a kérdőív skálái és összpontszáma megbízható információt ad számunkra a páciensnek a betegséggel kapcsolatos kognitív és érzelmi reprezentációról. A kérdőív gyorsan felvehető, egyszerűen kiértékelhető, továbbá alkalmas az egyes betegcsoportok összehasonlítására, a rizikószemélyek kiszűrésére, illetve a felépülés hosszú távú nyomon követésére.

Vizsgálatunk a pszichológiai intervenció fontosságára is felhívja a figyelmet, hiszen interdiszciplináris kutatások igazolták, hogy a páciensek betegségpercepciói, a betegséggel kapcsolatos félelmek és szorongások hátráltathatják a fizikális és pszichés felépülést egyaránt [1, 2, 10, 23]. A skálák értelmezése a terápiás folyamatot segítheti, hiszen a megemelt tételek mentén célzottan tudjuk csökkenteni a páciens negatív betegségpercepcióját, ami hosszú távon növelheti a gyógyulási esélyeit.

*Anyagi támogatás:* A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

*Szerzői munkamegosztás:* L. M.: A kutatás megtervezéséért, az adatgyűjtésért, az adatok statisztikai értelmezéséért és a publikáció megírásáért volt felelős. L. Gy.: A kutatási terv kidolgozásában és az adatgyűjtés lefolytatásában vett részt. Cs. M.: A kutatási terv kidolgozásában, az eredmények értelmezésében és a kézirat megírásában nyújtott segítséget. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Irodalom

- [1] Griva K, Myers LB, Newman S. Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychol Health* 2000; 15: 733–750.
- [2] Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, et al. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002; 17: 1–16.
- [3] Petrie KJ, Broadbent E, Meehan, G. Self-regulatory interventions for improving the management of chronic illness. In: Cameron LD, Leventhal H. (eds.) *The self-regulation of health and illness behaviour*. Routledge, New York, 2003; pp. 257–277.
- [4] Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. In: Baum A, Taylor SE, Singer JE. (eds.) *Handbook of psychology and health*. Vol. IV. Social psychological aspects of health. Routledge, New York, NY, 1984; pp. 219–252.
- [5] Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, et al. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosom Med*. 2002; 64: 580–586.
- [6] Sacks CR, Peterson RA, Kimmel PL. Perception of illness and depression in chronic renal disease. *Am J Kidney Dis*. 1990; 15: 31–39.
- [7] Kimmel PL. Just whose quality of life is it anyway? Controversies and consistencies in measurement of quality of life. *Kidney Int*. 2000; 57: S113–S120.
- [8] Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int*. 1998; 54: 245–254.
- [9] Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, et al. The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996; 11: 431–445.
- [10] Broadbent E, Petrie KJ, Main J, et al. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006; 60: 631–637.
- [11] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561–571.
- [12] Rózsa S, Szádóczky E, Füredi J. Characteristics of the Beck Depression Scale in Hungarian sample. [A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán.] *Psychiatr Hung*. 2001; 16: 384–402. [Hungarian]
- [13] Sipos K, Sipos M, Spielberger CD. Hungarian version of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). In: Mérei F, Szakács F. (eds.) *Psychodiagnostic Vademecum*, I. Explorational and biographic methods, symptom evaluation scales and questionnaires, 2. [A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In: Mérei F, Szakács F. (szerk.) *Pszichodiagnosztikai Vademecum I. Explorációs és biográfiai módszerek, tünetbecslő skálák, kérdőívek*, 2.] Tankönyvkiadó, Budapest, 1988; pp. 123–136. [Hungarian]
- [14] Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1970.
- [15] Kovács É, Balogh P, Preisz L. Psychometric characteristics of the Posttraumatic Growth Inventory in a Hungarian sample. [A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív pszichometriai mutatói hazai mintán.] *Mentálhig Pszichoszom*. 2012; 13: 57–84. [Hungarian]
- [16] Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996; 9: 455–471.
- [17] Eremenco S, Chang CH, Lent L, et al. Psychometric equivalence evaluation of five non-western-language translated versions of the Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT-G) version 4. *Value Health* 1999; 2: 362.
- [18] Eypasch E, Williams JJ, Wood-Dauphinee S, et al. Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument. *Br J Surg*. 1995; 82: 216–222.
- [19] Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996; 37: 53–72.
- [20] Szende A, Németh R. Health-related quality of life of the Hungarian population. [A magyar lakosság egészségi állapotához kapcsolódó életminősége.] *Orv Hetil*. 2003; 144: 1667–1674. [Hungarian]
- [21] Cronbach LJ. *Essentials of psychological testing* (5th edn). Harper & Row, New York, NY, 1990.
- [22] Pásztor E, Vajda J. *Neurosurgery*. [Idegsebészet.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1995. [Hungarian]
- [23] Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J, et al. Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: a randomized controlled trial. *J Psychosom Res*. 2009; 67: 17–23.

(Látos Melinda dr.,  
Szeged, Semmelweis u. 8., 6720  
e-mail: latos.melinda@med.u-szeged.hu)