

Hiperaktív hólyagszindrómával élő nők életminősége és munkaképessége

Péntek Márta dr.^{1,2} ■ Gulácsi László dr.¹ ■ Majoros Attila dr.³
 Piróth Csaba dr.⁴ ■ Rubliczky Levente dr.⁵
 Böszörményi Nagy Géza dr.⁶ ■ Törzsök Ferenc dr.⁷ ■ Timár Petra eh.⁸
 Baji Petra¹ ■ Brodszky Valentin dr.¹

¹Budapesti Corvinus Egyetem, Egészség-gazdaságtani
 és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont, Budapest

²Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Reumatológiai Osztály, Kistarcsa

³Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Urológia Klinika, Urológiai Osztály, Budapest

⁴Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Urológiai Osztály, Budapest

⁵Fejér Megyei Szent György Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Székesfehérvár

⁶Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet, Urológiai Osztály, Budapest

⁷Petz Aladár Oktató Kórház, Urológiai Osztály, Győr; ⁸Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest

A kutatás célja hiperaktív hólyagszindrómával élő nők életminőségének és munkaképességének vizsgálata. *Módszer:* A szerzők keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatot végeztek öt szakambulancia bevonásával. Felmérték az általános egészségi állapotot (EQ-5D), a betegség-specifikus életminőséget (King's Health Questionnaire) és a munkaképességet (Work Productivity and Activity Impairment) validált kérdőívvel vizsgálták. *Eredmények:* A 61 nőbeteg átlag 57,7 (SD = 11,6) éves, a tünetek 6,6 (SD = 6,2) éve kezdődtek, 57 (93%) betegnél vizeletinkontinenciával társul. Az EQ-5D index átlaga 0,668 (SD = 0,314), az átlagos lakossági értéknél nem szignifikánsan alacsonyabb ($p > 0,05$). A betegség-specifikus életminőség-csökkenés az inkontinencia hatása és a fizikai korlátozottság területen a legkifejezettebb (átlag 70,5, illetve 68,9), a King's Health Questionnaire-ből számolt hasznosságérték átlag 0,932 (SD = 0,029). A munkaképesség az aktív dolgozóknál: távollét 0,04% (SD = 0,11), csökkent munkavégzés 43,64% (SD = 28,54), munkavégzés korlátozottsága összesen 40,97% (SD = 26,91), egyéb tevékenységek 47,72% (SD = 27,24). *Következtetések:* Az EQ-5D és a King's Health Questionnaire hasznosság mérceként való alkalmazhatóságának vizsgálatára hiperaktív hólyagszindrómában további kutatások szükségesek. A kezelés hatásosságának értékeléséhez érdemes figyelembe venni a munkavégzés korlátozottságának változását. *Orv. Hetil.*, 2012, 153, 1068–1076.

Kulcsszavak: hiperaktív hólyagszindróma, vizeletinkontinencia, életminőség, munkaképesség

Health related quality of life and productivity of women with overactive bladder

The objective of the research was to assess the health related quality of life and productivity of women with overactive bladder. *Methods:* A cross-sectional survey was performed in 5 outpatient centers. General health status (EQ-5D), disease-specific quality of life (King's Health Questionnaire) and productivity (Work Productivity and Activity Impairment) were assessed. *Results:* Sixty-one women with mean age of 57.7 (SD = 11.6) years have had symptoms for 6.6 (SD = 6.2) years and 57 (93%) had incontinence. The EQ-5D (mean 0.668, SD = 0.314) was not significantly lower than that of the average population ($p > 0.05$). The impact of incontinence and physical limitation (mean 70.5 and 68.9, respectively) were significant, the King's Health Questionnaire-utility was 0.932 (SD = 0.029). Productivity scores of involved patients were: absenteeism 0.04% (SD = 0.11), presenteeism 43.64% (SD = 28.54), overall work impairment 40.97% (SD = 26.91), and other activities 47.72% (SD = 27.24). *Conclusions:* Applicability of the EQ-5D and King's Health Questionnaire as utility measures in overactive bladder deserve further research. Presenteeism should be considered in the evaluation of the therapy. *Orv. Hetil.*, 2012, 153, 1068–1076.

Keywords: overactive bladder, urinary incontinence, quality of life, productivity

(Beérkezett: 2012. április 10.; elfogadva: 2012. május 12.)

Rövidítések

CGI = (Clinical Global Impression) Klinikai állapotot globálisan értékelő skála; EQ-5D = Egészségi állapot kérdőív; KHQ = (King's Health Questionnaire) Betegség-specifikus életminőség kérdőív OAB-ra; OAB = (overactive bladder) hiperaktív hólyag; QALY = (quality adjusted life year) életminőséggel korrigált életév; WPAI = (Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire) munkaképességet vizsgáló kérdőív

A hiperaktív hólyagszindróma (overactive bladder, továbbiakban OAB) jellemzője a parancsoló, sürgető vizelési inger, késztetéses inkontinenciával vagy a nélkül, rendszerint gyakori nappali (>8) és éjszakai (>2) vizelési társulva [1].

Bár az OAB nem jár feltétlenül együtt inkontinenciával, etiológiáját, kivizsgálását és kezelését tekintve is szorosan kapcsolódik ahhoz [2]. A betegség hátterében számos urológiai, nőgyógyászati, ideggyógyászati elterés, illetve egyéb, ritkább kórok állhatnak. Prevalenciáját mindkét nem esetében közel azonosnak, átlagosan 11,8%-nak találták (nők: 12,8%, férfiak: 10,8%) [3]. Az OAB gyakorisága a lakosságban 40 éves kor felett nemtől függetlenül emelkedik az életkorral (65 éves kor körül megközelítőleg 25%), meghatározó tényező továbbá a mobilitás, a kognitív funkciók csökkenése, a túlsúly, illetve az elhízás.

Nemzetközi szakirodalmi adatok igazolják, hogy az OAB-szindrómával élő betegek életminősége a megbetegedés következtében romlik [4]. Ugyanakkor sok beteg nem vagy csak már súlyos panaszok esetén fordul orvoshoz. Az OAB-betegek körében az elesés és törés, a depresszió, az urológiai, bőr- és más fertőzések szignifikánsan gyakoribbak, emiatt az OAB-betegek kezelési költsége az egészségügyi ellátás valamennyi szintjén magasabb, mint a nem OAB-betegeké [5].

Hazai pontos OAB-epidemiológiai adatok nem ismertek, nem tudjuk hány beteget érint a betegség, milyen közöttük a munkaképeskorúak aránya, és arra vonatkozóan sincs információ, milyen módon és mértékben befolyásolja az OAB a betegek életminőségét. Vizsgálatunk célja az OAB-panaszokkal élő nők életminőségének és munkaképességének felmérése hazai betegek körében.

Módszer*Betegcsoport*

Keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatot végeztünk öt vizsgálóhelyen: urológiai klinika, illetve osztály – Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Petz Aladár Oktató Kórház; nőgyógyászati osztály – Fejér Megyei Szent György Kórház. Azokat a járóbeteg-rendeléseken megjelenő, felnőtt, OAB diagnózisú nőbetegeket vontuk be a vizsgálatba,

akik írásos beleegyezésüket adták a részvételhez. A vizsgálat ETT-TUKEB engedélyszáma ad. 1199-0/2011/1018EKU.

Kérdőíves vizsgálat, általános adatok

A betegek a kutatócsoport által összeállított kérdéssort töltötték ki, amelyben demográfiai adatokra, foglalkoztatottságra, a betegek kórelőzményére, jelen panaszaira, az elmúlt 12 hónapban igénybe vett egészségügyi ellátásokra kérdeztünk rá. Felmértük az előzőleg és jelenleg szedett OAB-gyógyszereket, az esetleges terápiafelfüggesztés okait.

A betegség súlyossága az orvos véleménye alapján, CGI

A Clinical Global Impression (CGI) egy klasszikus eszköz a beteg állapotának globális értékelésére különböző betegségekben, OAB-gyógyszer-vizsgálatban is alkalmazták [6, 7, 8]. A CGI-vel mérhető a beteg jelen tüneteinek súlyossága (severity – CGI_s) és a javulás a kiindulási állapothoz képest (improvement – CGI_i). Vizsgálatunkban az orvosok a CGI_s hét fokozatú skálán értékelték a betegek állapotát.

Általános egészségi állapot, EQ-5D kérdőív

Az EQ-5D egy önkitöltős kérdőív, az egészség általános aspektusait méri fel (<http://www.euroqol.org>). A kérdőív leíró része az egészség öt dimenzióját vizsgálja és a betegek háromféle lehetőség (nincs probléma, némi probléma, súlyos probléma) közül jelölik meg az aznapi állapotukra legjellemzőbb választ (pontos neve EQ-5D-3L, továbbiakban EQ-5D). A kérdőívvel így leírható egészségi állapotokhoz lakossági értékelésen alapuló preferenciaérték, az úgynevezett hasznosság társítható, ez az EQ-5D index, értéktartománya -0,594-tól -1-ig van, az 1 a tökéletes egészségi állapotot jelenti. A kérdőív második része egy 0–100 fokozatú vizuális analóg skála, az EQ VAS (0 = az elképzelhető legrosszabb, 100 = az elképzelhető legjobb állapot). Az EQ-5D kérdőív előnye, hogy rendelkezésre állnak vele hazai lakossági adatok, valamint hogy leggyakrabban ezt a mércét használják a költséghatékonyság nevezőjeként alkalmazott életminőséggel korrigált életév (quality adjusted life year, QALY) értékeléséhez [9].

Betegség-specifikus életminőség, King's Health Questionnaire

A betegség-specifikus életminőséget a King's Health Questionnaire (KHQ) kérdőívvel vizsgáltuk, amelyet OAB-gyógyszer-vizsgálatokban is gyakran alkalmaznak az életminőségre gyakorolt hatás mérésére [10, 11, 12]. A kérdőív az elmúlt két hétre vonatkozóan kilenc terü-

leten méri fel a hólyagbetegséggel összefüggő problémákat: általános egészségi állapot, inkontinencia hatása, a napi tevékenységek korlátozottsága, fizikai korlátozottság, társadalmi korlátozottság, személyes kapcsolatok, érzelmek, alvás/energia és súlyosság. Értéktartománya az egyes dimenziókban 0–100, a magasabb érték rosszabb állapotra utal. A KHQ kérdőívben egy algoritmus segítségével hasznosságérték is számolható, értéktartománya 0,787–0,996 [13]. A KHQ-ból származtatott hasznosságértéket OAB-gyógyszerek egészség-gazdaságtani (költség/QALY) elemzésekben is alkalmazták [14, 15]. Kutatásunkban elvégeztük a KHQ kérdőív eredményeinek hasznosságértékké transzformálását.

Megkérdeztük a betegeket arról is, hány éves kortól (30–80 év között 10 éves intervallumokban, illetve soha) tartják elfogadhatónak, ha némi vagy súlyos problémát jelent a vizelet tartása.

Munkaképesség, WPAI kérdőív

A Work Productivity and Activity Impairment (WPAI) különböző betegségekre specifikusan alkalmazható kérdőív magyar verziójával mértük fel a betegek OAB miatti munkaképesség-csökkenését [16]. A kérdőív a munkaképesség százalékos változását négy területen fejezi ki: munkából való távollét (absenteeism), korlátozott teljesítés a munkavégzés során (presenteeism), a munkavégzés korlátozottsága összesen, egyéb tevékenységek korlátozottsága a betegség következtében.

Statisztikai feldolgozás

A kérdőívek adatait Microsoft Excel programban fejlesztett adatbázisban rögzítettük és véletlenszerű mintavétellel ellenőriztük az adatbevitel minőségét. Elvégeztük a változók leíró statisztikai elemzését, az életminőség- (EQ-5D) értékeket t-próbával hasonlítottuk össze a korra és nemre illesztett hazai átlagos lakossági adatokkal.

Eredmények

A betegek általános jellemzői

Hatvanegy nőbeteg vett részt a vizsgálatban (1. táblázat). A betegek életkora átlag 57,7 (SD = 11,6) év volt, a testtömegindex 28,3 (SD = 6,0). Alkoholt napi rendszerességgel két (3%) beteg fogyaszt, kettőnél több kávét kilenc (15%) beteg iszik naponta.

Hiperaktív hólyag tünetei, kezelése, a gyógyszer mellékhatások értékelése

Az eredményeket a 2. táblázatban foglaltuk össze. Vizeletelési panasz miatt 20 (33%) beteg szedett antibioti-

1. táblázat | A vizsgált, hiperaktív hólyagszindrómával élő nők általános jellemzői

Vizsgált paraméter, n = válaszadók száma	Betegszám (%)
Életkor, év, n = 61	
25–34	2 (3,3)
35–44	6 (9,8)
45–54	16 (26,2)
55–64	18 (29,5)
65–74	15 (24,6)
75–84	4 (6,6)
Családi állapot, n = 61	
Egyedülálló	1 (2)
Házass/élettársi kapcsolat	37 (61)
Elvált	13 (21)
Özvegy	10 (16)
Legmagasabb iskolai végzettség, n = 61	
Általános iskola	11 (18)
Középiskola	38 (62)
Főiskola/egyetem	12 (20)
Foglalkoztatottság, n = 61	
Teljes munkaidőben dolgozik	17 (28)
Részmunkaidőben dolgozik	3 (5)
Rokkantnyugdíjas	12 (20)
Nyugdíjas	23 (38)
Munkanélküli	4 (7)
Egyéb státus	2 (3)
Lakóhely, n = 61	
Főváros	28 (46)
Megyeszékhely vagy egyéb város	18 (30)
Község/falu/tanya	15 (25)
Lakóhely távolsága a vizsgáló szakellátó helytől, n = 61	
<25 km	45 (74)
26–50 km	13 (21)
51–100 km	1 (2)
101–200 km	2 (3)
Nettó havi jövedelem, Ft/hó, n = 60	
0–65 000	22 (37)
66 000–105 000	22 (37)
106 000–145 000	15 (25)
146 000–235 000	1 (2)
Testtömegindex, n = 59	
Sovány (<20)	4 (7)
Normális (20–24,9)	15 (25)
Túlsúlyos (25–34,9)	32 (54)
Kórosan elhízott (≥35)	8 (14)
Menstruáció, n = 61	
Rendszeres	13 (21)
Rendszertelen	4 (7)
Nem menstruál (átlag 15 SD = 11 éve)	44 (72)
Leggyakoribb társbetegségek, n = 60 (egy beteg többet is megjelölhetett)	
Magas vérnyomás	33 (55)
Ízületi betegség	15 (25)
Cukorbetegség	8 (13)
Roszzindulatú daganat	3 (5)
Sclerosis multiplex	3 (5)
Stroke az anamnézisben	1 (2)
Nem volt ilyen kísérő betegsége	18 (30)

2. táblázat | A hiperaktív hólyagszindrómával összefüggő jellemzők

Vizsgált paraméter	Betegszám (%)	Átlag (SD)
Hiperaktív hólyag panaszok kezdete, év, n = 61		6,6 (6,2)
≤1 éve	11 (18)	
2–5 éve	22 (36)	
>5 éve	28 (46)	
Hiperaktív hólyag tünetek jellemző előfordulása, n = 61		NA
Nappal	16 (26)	
Csak éjszaka	3 (5)	
Változó, nappal és éjszaka egyaránt	42 (69)	
Vizeletinkontinencia előfordul, n = 61		NA
Igen	57 (93)	
Nem	4 (7)	
Vizeletinkontinencia fennállása, év, n = 57		5,6 (5,1)
≤1 éve	10 (18)	
2–5 éve	23 (40)	
>5 éve	24 (42)	
Vizeletinkontinencia gyakorisága, n = 57		NA
Egyszer sem	0 (0,0)	
Alkalmanként	12 (21)	
Egy-két alkalommal hetente	3 (5)	
Naponta egy-kétszer	4 (7)	
Naponta többször	38 (67)	
Mikor fordul elő a vizeletinkontinencia? n = 57		NA
Mielőtt eljut a WC-re	30 (53)	
Amikor köhög, tüszent, vagy nevet	29 (51)	
Amikor alszik	10 (18)	
Amikor megerőltető fizikai munkát végez	14 (25)	
Vizelés után	5 (9)	
Mindenféle különösebb ok nélkül	31 (54)	
Mindig	3 (5)	
Mennyire zavarja a mindennapokban az akaratlan vizelés (0 = nem, 10 = nagyon), n = 57		9,1 (1,8)
0	0 (0)	
1–3	3 (5)	
4–7	3 (5)	
8–10	51 (90)	
CGI skála, n = 60		NA
Normál	3 (5)	
Határeset	7 (12)	
Enyhén beteg	14 (23)	
Közepesen beteg	26 (43)	
Kifejezetten beteg	10 (17)	
Súlyosan beteg	0 (0)	
Extrém súlyosan beteg	0 (0)	
EQ-5D index* (-0,594-től 1,000-ig)	61	0,668 (0,314)
EQ-5D index* (0–1)	61	0,679 (0,286)
EQ VAS* (0–100)	60	62,8 (18,8)
KHQ hasznosságérték* (0,787–0,996)	61	0,932 (0,029)

NA = nem alkalmazható.

*Az alacsonyabb érték rosszabb állapotra utal.

kumot az elmúlt egy év folyamán. A betegek közül 20 (33%) szedett gyógyszert a felméréskor OAB-betegségre, 16 (26%) még nem kapott OAB-gyógyszeres terápiát. Előzőleg 25 (41%) betegnél történt OAB-gyógyszer-felfüggesztés: oxybutynin 17 (28%), solifenacin hét (11%), darifenacin egy (2%). A gyógyszerek felfüggesztésének okai: *a*) mellékhatás 14 (56,0%) beteg (bőrki-
 rulás egy, emésztési problémák egy, látászavar egy, me-

mória-zavar egy, szájszárazság hét, szapora szívdobogás kettő, székrekedés egy, vizelési nehézség kettő, egyéb mellékhatás négy beteg), *b*) hatástalanág hat (26%) beteg, *c*) nem volt pénze rá hat (26%) betegnek, *d*) egyéb okot jelölt meg két (3%) beteg.

A különböző egészségügyi ellátások igénybevételét a 3. táblázatban mutatjuk be. Öt betegnek volt kisebb nőgyógyászati műtete az elmúlt 12 hónapban. Harminc-

3. táblázat | Egészségügyi ellátások igénybevétele a felmérést megelőző 12 hónapban

Ellátások	Az ellátást igénybe vevő betegek száma (a válaszadók százalékában)	Igénybe vevő betegeknek a gyakoriság, átlag (SD)
Orvosi vizsgálat, n = 61		Alkalom/év
Háziorvosi vizit	27 (44,3)	2,2 (1,4)
Szakorvosi (urológus, nőgyógyász) vizit	52 (85,2)	3,5 (2,9)
Kórházi kezelés OAB miatt, n = 61		Alkalom/év
Kórházi felvétel	10 (16,4)	1 (0,0)
Műtét OAB miatt	5 (8,2)	6,3 (2,7)
Segédeszközök, n = 61		Darab/nap
Betétek és női tamponok	12 (19,7)	3,1 (2,3)
Egyszer használatos inkontinenciabetétek	20 (32,8)	3,7 (1,9)
Egyszer használatos nadrágpelenka	4 (6,6)	1,3 (0,5)
Diagnosztika, n = 60		Vizsgálat/év
Kismedencei UH	35 (58,3)	0,9 (1,1)
Vese-ultrahangvizsgálat	27 (45,0)	0,6 (0,8)
Vizeletüledék-meghatározás	41 (68,3)	0,9 (0,9)
Vérvétel	24 (40,0)	0,6 (0,8)
Vizeletresiduum mérése	43 (77,7)	1,3 (1,6)
Cisztometria	28 (46,7)	0,5 (0,5)
Uroflow	24 (40,0)	0,6 (1,3)
Cisztoszkópia	11 (18,3)	0,2 (0,4)
Kombinált alsó húgyúti funkcionális vizsgálat	33 (55,0)	0,6 (0,5)
Vizelési inger és reflex vizsgálata	27 (45,0)	0,5 (0,5)
Kismedencei CT	2 (3,3)	0,03 (0,2)
Kismedencei MR	3 (5,0)	0,05 (0,2)
Jelen OAB gyógyszeres terápia, n = 61		Terápia tartama (év)
Darifenacin	0 (0,0)	0 (0,0)
Oxybutynin	9 (14,8)	4,9 (6,7)
Solifenacin	15 (24,6)	1,0 (1,1)
Tolterodin	0 (0,0)	0 (0,0)
Utazás szakorvosi (urológia, nőgyógyászat) járóbeteg-ellátásra, n = 52		Alkalom/év
Tömegközlekedés	24 (42,6)	2,5 (2,25)
Távolsági busz	10 (19,2)	2,7 (1,6)
Vonat	1 (1,9)	2
Autó	16 (30,8)	4,7 (3,9)
Nem válaszolt	1 (1,6)	-
Magánorvosi rendelés, n = 61		Összesen 11 alkalom/év
Urológia	6 (9,8)	
Nőgyógyászat	3 (4,9)	
Természetgyógyászat	1 (1,6)	

három (54%) beteg használ olyan segédeszközt vizelési panaszára, amit nem támogat a társadalombiztosítás, ezekre a betegek átlagosan 4211 (SD = 3328) Ft-ot költenek havonta.

Egészségi állapot, életminőség

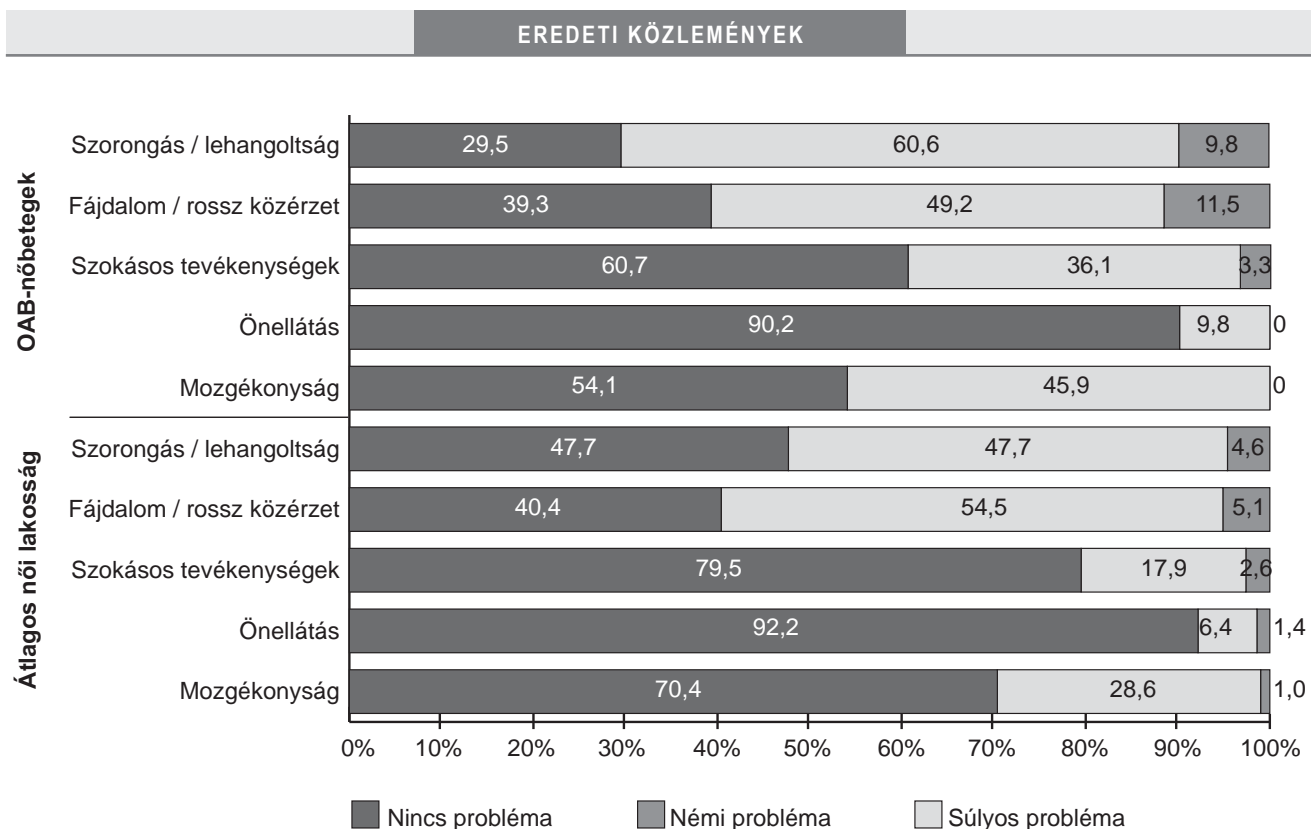
A saját életmódját másokéhoz képest egészségesebbnek, pont olyan egészségesnek, kevésbé egészségesnek tartotta rendre 18 (30%), 33 (54%), illetve 10 (16%) beteg. Az EQ-5D index átlaga 0,668 (SD = 0,314) volt. A betegek a legtöbb problémát az EQ-5D kérdőív szorongás/lehangoltság és fájdalom/rossz közérzet dimenzióiban jelölték meg (1. ábra). Az EQ-5D index a korra és nemre azonos átlagos lakosságéhoz képest

alacsonyabb volt, a különbség nem szignifikáns egyik korcsoportban sem ($p > 0,05$) (2. ábra).

A KHQ-eredményeket a 3. ábrán mutatjuk be, a kérdőívből számolt hasznosságérték átlag 0,932 (SD = 0,029).

Vizeletinkontinencia elfogadhatósága különböző életkorban

Némi vizelettartási problémát elfogadhatónak tart 30, 40, 50, 60, 70, illetve 80 év feletti életkor esetén a betegek 0%, 10%, 5%, 20%, 15%, 7%-a, de 43% semmilyen életkorban nem tartja elfogadhatónak. A súlyos vizelettartási problémát elfogadhatónak tartja a fenti életkorok felett a betegek 2%, 0%, 3%, 13%, 12%, 10%-a, de 59% semmilyen életkorban nem tartja azt elfogadhatónak.



1. ábra EQ-5D általános egészségi állapot kérdőívre adott válaszok megoszlása a hiperaktív hólyagszindrómás betegek körében és az 50–59 éves átlagos női lakosságban [17]

Foglalkoztatottság, munkaképesség, WPAI kérdőív

A kérdőív kitöltésekor 37 (60,6%) beteg volt munkaképes korú (≤ 62 éves), rokkantnyugdíj, illetve nyugdíj mellett egy-egy beteg dolgozott (1. táblázat). A rokkantnyugdíjasok hatóságilag megállapított munkaképessége átlag 63,3% (SD = 21,7) volt, a betegek szerint nem az OAB miatt lettek rokkantnyugdíjasok. A felmérést megelőző 12 hónap folyamán a húgyhólyag betegsége miatt két (10%) beteg vett igénybe táppénzes állományt és egy (5%) fizetett szabadságot. A WPAI kérdőív alapján a munkaképesség százalékos korlátozottságát a különböző területeken a 4. ábrán mutatjuk be.

Megbeszélés

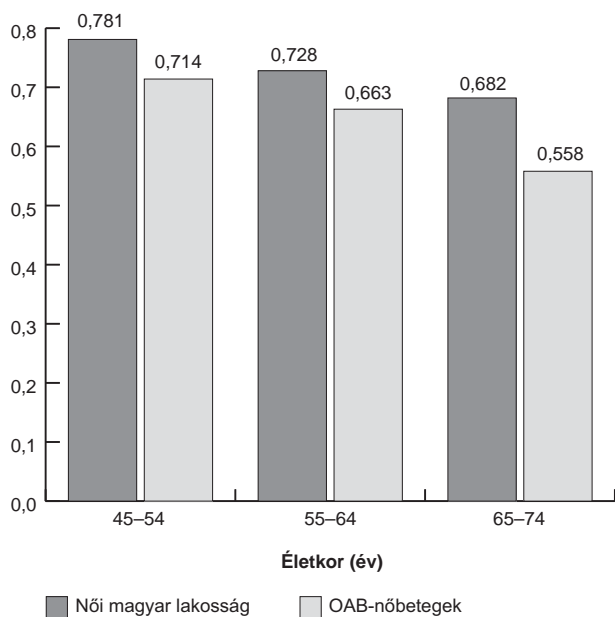
Vizsgálatunk, ismereteink szerint, először szolgál adatokkal a hazai OAB-betegek életminőségéről és munkaképességéről. Az átlag 58 éves betegcsoportba többségben olyan menopauzában levő nők kerültek, akik évek óta inkontinensek, az akaratlan vizeletvesztés napi probléma náluk („nedves” OAB) (1. táblázat). A köhögéskor vagy tüszentéskor fellépő vizeletelcsppenés általánosan ismert jelenség menopauzában, a betegek között azonban az inkontinencia leggyakrabban (53%) akkor következik be, mielőtt a beteg eljutna a mellék-helyiségbe, ami az OAB-ra jellemző sürgető, parancsoló készletet tükrözi. Kiemelendő, hogy a betegek többsége (68%) túlsúlyos vagy elhízott, ami súlyosbítja az

OAB-tüneteket, ez is hozzájárulhat az inkontinensek magas arányához. Jelentősnek mondható az egészségügyi ellátások igénybevétele is, különösen az OAB-panaszok miatti diagnosztikus vizsgálatok széles körűek (2. táblázat).

Az inkontinencia kifejezetten zavarja a betegeket a mindennapokban (0–10-es skálán átlag 9,1), továbbá többségük semmilyen életkorban nem tartja elfogadhatónak, ha némi vagy súlyos problémát jelent a vizelet tartása, azaz a vizeletinkontinenciát nem tekintik az idősebb „életkor velejárójának”.

A KHQ betegség-specifikus életminőség kérdőív alapján a betegek állapotukat súlyosnak tartják, kiemelkedő az inkontinencia hatása, jelentős a fizikai és a napi tevékenységek elvégzésének korlátozottsága (3. ábra). Az általános egészségi állapotot vizsgáló EQ-5D kérdőív adatai lakossági összehasonlítása is a mozgékonyság és a szokásos tevékenységek elvégzése terén igazolt több problémát az OAB-betegek körében, de a szorongás/lehangoltság szintén gyakori [17] (1. ábra). Az EQ-5D index minden korcsoportban alacsonyabb, mint a nemre és korra illesztett átlagos lakosságé, a különbség azonban statisztikailag nem szignifikáns (2. ábra).

Az EQ-5D kérdőívvel nemzetközi szinten is kevés az adat OAB-ban. Coyne és mtsai végezték a legnagyobb betegszámú esetkontroll vizsgálatot (1434 OAB-beteg, férfiak: 35%) [18]. Eredményeinkhez hasonlóan csak kis eltérést találtak az OAB- és a kontrollcsoport EQ-5D index értéke között (0,85 vs. 0,9, $p < 0,001$), de az OAB-csoportban jelentősen több volt a komorbi-



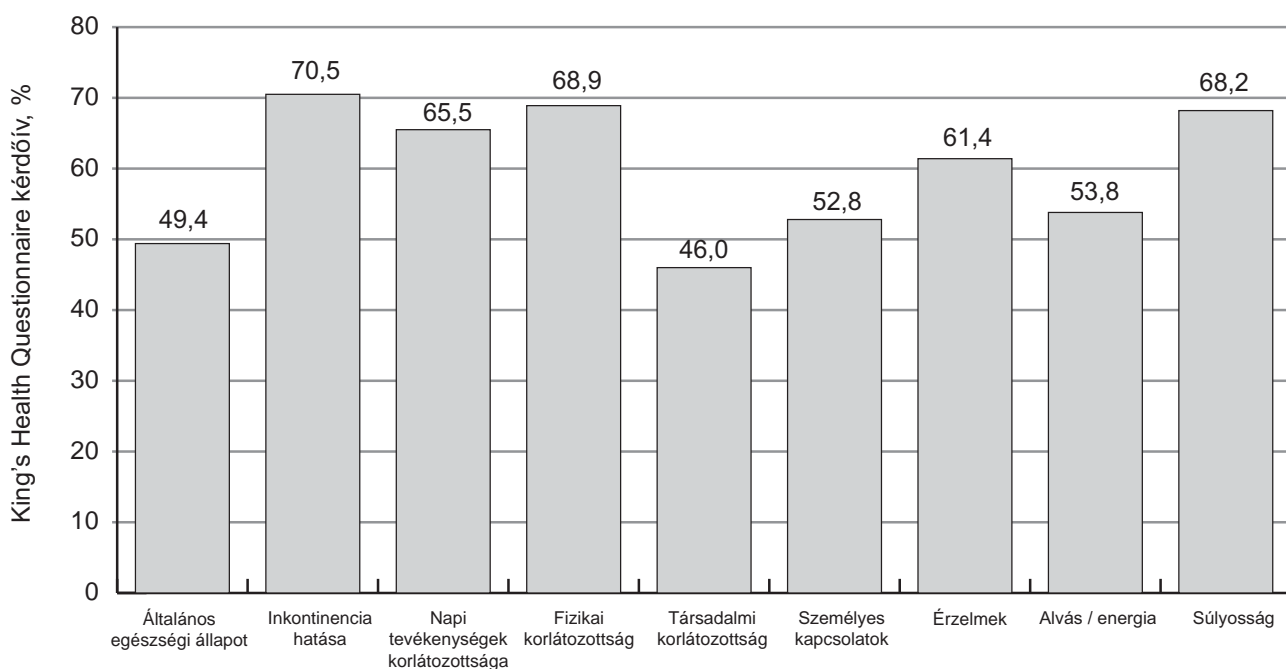
2. ábra A hiperaktív hólyagszindrómás betegek és az átlagos női lakosság EQ-5D index átlagértékei korcsoportonként [17]

ditás. Úgy tűnik, az EQ-5D index, általános jellegénél fogva, nem vagy alig képes kimutatni az OAB-betegséggel összefüggő egészségváltozást. Költséghasznossági elemzésekben OAB-ban legtöbbször nem közvetlen EQ-5D-méréseken alapuló hasznosságértékkel számoltak, hanem egy specifikus (a vizeletürítések gyakorisága, valamint az inkontinens epizódok számából képzett) mérőszám és az EQ-5D index közötti korreláció alapján végeztek becslést a különböző OAB súlyossági állapo-

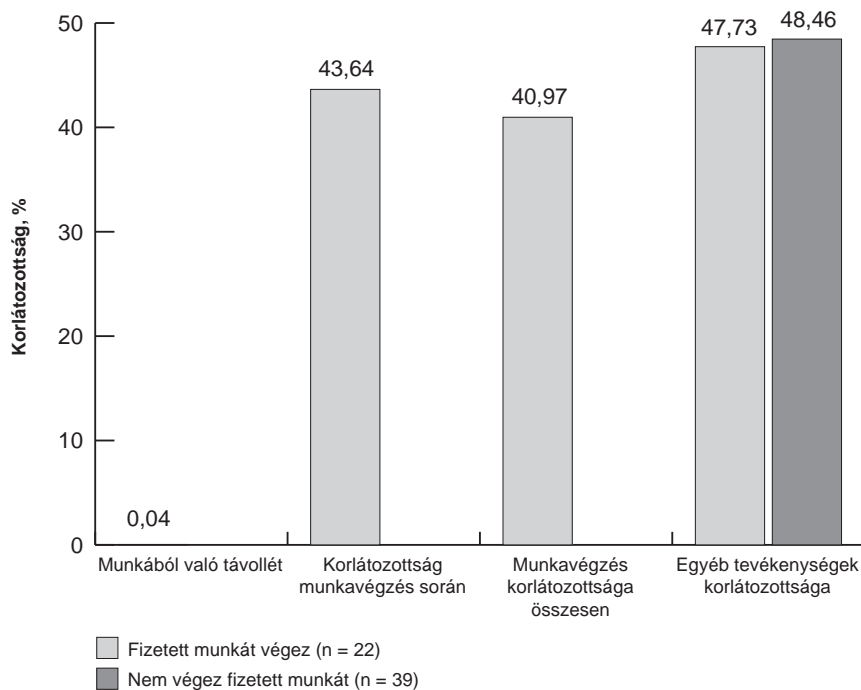
tok hasznosságértékeire [19]. A KHQ kérdőívől kalkulált hasznosságértéket is több esetben alkalmazták [14, 15]. Vizsgálatunkban azonban a betegek a KHQ-hasznosságérték tartományának felső sávjába kerültek, így érdemi különbségek nem mutathatók ki, ami megkérdőjelezi a módszer megfelelőségét [20]. Véleményünk szerint az EQ-5D és a KHQ hasznosság mérceként való alkalmazhatósága OAB-ban további vizsgálatokat igényel nagyobb betegmintán (szensitivitás, minimális klinikailag szignifikáns változás, alcsoportok), amelyek pontosíthatják a közvetett módszereken alapuló egészség-gazdaságtani elemzések (költség/QALY) eredményeit is.

Az OAB-betegek közül 22 (36,1%) dolgozott, de mindössze három volt OAB miatt betegállományban vagy szabadságon az elmúlt egy évben, azaz a munkából való hiányzás nem jellemző a betegségre. A WPAI kérdőívben az OAB miatti munkából távollét alacsony értéket kapott (átlag 0,04%), a munkavégzés közben azonban az OAB jelentősen korlátozza a betegeket (43,6%) (4. ábra). A munkaképesség legjelentősebb akadályozottságát a fizetett munkahelyen kívüli egyéb tevékenységeknél találtuk az aktív és nem dolgozó betegek között egyaránt (47,7%, illetve 48,5%). Coyne és mtsai esetkontrollos vizsgálata is azt igazolta, hogy az OAB-betegek munkaképessége a munkavégzés közben észlelt korlátozottságban különbözik szignifikánsan a kontrollcsoporttól, adataink tehát egybevágóak a nemzetközi eredményekkel, OAB-ban a beteg végzett munka során csökkent teljesítési képesség (presenteeism) jelent problémát [18].

Vizsgálatunk korlátai között tartjuk számon, hogy viszonylag kis mintán végeztük az elemzést. A felméré-



3. ábra Betegség-specifikus életminőség a King's Health Questionnaire kérdőív alapján



4. ábra | A munkaképesség korlátozottsága a Work Productivity and Activity Impairment kérdőív alapján

résben kórházi háttérű szakrendelések vettek részt, ezért eredményeink általánosítása csak az alapellátásban megjelenő vagy az OAB-tünetek miatt az egészségügyet igénybe nem vevő betegekre óvatosságot igényel. Különösen igaz ez az OAB száraz formájára, mivel mintánkban dominált az inkontinens-alcsoport.

Ezek figyelembevételével úgy gondoljuk, kutatásunk értékes alapadatokkal járul hozzá az OAB-betegek egészségproblémáinak megismeréséhez, a mindennapi orvosi döntéshozatalhoz és az OAB-bal összefüggő életminőség-mérés módszertani kérdéseinek feltárásához. Eredményeink társadalmi relevanciával is bírnak, mert az életminőségben és munkaképességben bekövetkező változások minden megbetegedés, így OAB esetén is alapvetőek az egészség-gazdaságtani és költséghatékonyági elemzésekhez, és csak ezek ismeretében alakíthatók ki a fenntartható finanszírozási stratégiák.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetüket fejezik ki a vizsgálatban részt vevő betegeknek és kollégáknak. Külön köszönet illeti *Berend Dóra* PhD-hallgatót (Budapesti Corvinus Egyetem) a kérdőív összeállításához nyújtott munkájáért. A publikáció a TÁMOP 4.2.1./B-09/1/KMR-2010-0005 – Tudásalapú gazdaság Magyarországon, az innovációs szemlélet erősödésének és a K+F teljesítmények növelésének feltételei című projekt és Talentum program keretében készült.

Irodalom

- [1] *Wein, A. J., Rovner, E. S.*: Definition and epidemiology of overactive bladder. *Urology*, 2002, 60, 7–12.
- [2] Urológiai Szakmai Kollégium. A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a vizeletinkontinenciáról. *Egészségügyi Közlöny*, 2011, 66, 1605–1127.
- [3] *Irwin, D. E., Milsom, I., Hunskaar, S., et al.*: Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur. Urol.*, 2006, 50, 1306–1315.
- [4] *Bartoli, S., Aguzzi, G., Tarricone, R.*: Impact on quality of life of urinary incontinence and overactive bladder: a systematic literature review. *Urology*, 2010, 75, 491–500.
- [5] *Debruyne, F. M., Heesakkers, J. P.*: Clinical and socioeconomic relevance of overactive bladder. *Urology*, 2004, 63, 42–44.
- [6] *Busner, J., Targum, S. D.*: The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 2007, 4, 28–37.
- [7] *Roberts, R., Bavendam, T., Glasser, D. B., et al.*: Tolterodine extended release improves patient-reported outcomes in overactive bladder: results from the IMPACT trial. *Int. J. Clin. Pract.*, 2006, 60, 752–758.
- [8] *Castro, D., Miranda, P., Sánchez-Ballester, F., et al.*: Assessment of reasons for overactive bladder treatment change. *Actas Urol. Esp.*, 2011, 35, 73–79. [Spanish]
- [9] *Péntek, M.*: Valuing health, health related quality of life. In: *Gulácsi, L.* (ed.). *Health economics and technology assessment. [Az egészség értékelése, az egészséggel összefüggő életminőség.* In: *Gulácsi, L.* (szerk.). *Egészség-gazdaságtan és technológiaelemzés.* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2012, 95–133.
- [10] *Reese, P. R., Pleil, A. M., Okano, G. J., et al.*: Multinational study of reliability and validity of the King's Health Questionnaire in patients with overactive bladder. *Qual. Life Res.*, 2003, 12, 427–442.
- [11] *Khullar, V., Chapple, C., Gabriel, Z., et al.*: The effects of antimuscarinics on health-related quality of life in overactive bladder: a systematic review and meta-analysis. *Urology*, 2006, 68, 38–48.
- [12] *Kelleher, C. J., Dmochowski, R. R., Berriman, S., et al.*: Sustained improvement in patient-reported outcomes during long-term fesoterodine treatment for overactive bladder symptoms: pooled analysis of two open-label extension studies. *BJU Int.*, 2011 Nov

30. doi: 10.1111/j.1464-410X.2011.10774.x. [Epub ahead of print]
- [13] Brazier, J., Czoski-Murray, C., Roberts, J., et al.: Estimation of a preference-based index from a condition-specific measure: the King's Health Questionnaire. *Med. Decis. Making*, 2008, 28, 113–126.
- [14] Arlandis-Guzman, S., Errando-Smet, C., Trocio, J., et al.: Cost-effectiveness analysis of antimuscarinics in the treatment of patients with overactive bladder in Spain: a decision-tree model. *BMC Urol.*, 2011, 11, 9.
- [15] Nilsson, F. O., Linnér, L., Samuelson, E., et al.: Cost-effectiveness analysis of newer anticholinergic drugs for urinary incontinence vs oxybutynin and no treatment using data on persistence from the Swedish prescribed drug registry. *BJU Int.*, 2011, Nov, 17. doi: 10.1111/j.1464-410X.2011.10729.x. [Epub ahead of print]
- [16] http://www.reillyassociates.net/WPAI_SHP.html Letöltve: 2012. 03.20.
- [17] 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]
- [18] Coyne, K. S., Sexton, C. C., Irwin, D. E., et al.: The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU Int.*, 2008, 101, 1388–1395.
- [19] Ko, Y., Malone, D. C., Armstrong, E. P.: Pharmacoeconomic evaluation of antimuscarinic agents for the treatment of overactive bladder. *Pharmacotherapy*, 2006, 26, 1694–1702.
- [20] Brazier, J., Rowen, D., Yang, Y., et al.: Comparison of health state utility values derived using time trade-off, rank and discrete choice data anchored on the full health-dead scale. *Eur. J. Health Econ.*, 2011 Sep 30. DOI: 10.1007/s10198-011-0352-9 [Epub ahead of print]

(Péntek Márta dr.,
Budapest, Fővám tér 8., 1093
e-mail: marta.pentek@uni-corvinus.hu)

**Tudomány
szórakoztatóan**
Az Akadémiai Kiadó
ÚJ POLIHISZTOR sorozata

AKADÉMIAI KIADÓ

AKADÉMIAI KIADÓ Zrt.
1117 Budapest, Prielle K. u. 19.
Telefon: (06 1) 464 8200
email: ak@akrt.hu
www.akademiaikiado.hu