

**Az akut kardiológiai eseményen átesett betegek hosszú távú életminőségét befolyásoló  
pszichoszociális tényezők vizsgálata**

**Doktori (Ph.D.) értekezés**

**Dr. Tiringer István**

**Pszichológia Doktori Iskola, PTE BTK Pszichológiai Intézet**

**A doktori iskola vezetője: Prof. Dr. László János**

**A Személyiség- és egészségpszichológiai program vezetője: Prof. Dr. Kiss Enikő**

**Pécsi Tudományegyetem Bölcsésztudományi Kar**

**2012**

## Tartalomjegyzék

<b>1. Bevezetés .....</b>	<b>4</b>
1.1 A kardiológiai rehabilitáció céljai .....	5
<b>2. A krónikus betegségek kimenetelét befolyásoló pszichoszociális tényezők .....</b>	<b>6</b>
2.1 Az alkalmazkodási folyamatok tükröződése a pozitív és a negatív kimenetel dimenzióiban.....	7
2.2 Az alkalmazkodás dinamikus folyamata .....	9
2.3 Az alkalmazkodás kontextusa .....	9
2.4 Az alkalmazkodás egyéni különbségei .....	10
2.5 A krónikus betegek alkalmazkodását meghatározó pszichoszociális tényezők .....	11
2.5.1 <i>Diszpozicionális tényezők</i> .....	11
2.5.2 <i>Kognitív értékelő folyamatok</i> .....	12
<i>Az alapvető életcélok fenyegetettsége</i> .....	12
<i>A betegséggel kapcsolatos elvárások</i> .....	13
<i>Személyes hatékonyság-érzés</i> .....	15
<i>Értelemtalálás</i> .....	16
2.5.3 <i>Megküzdési folyamat</i> .....	17
2.5.4 <i>Társas támogatás</i> .....	19
2.5.5 <i>Az alkalmazkodás makroszintű, kontextuális tényezői</i> .....	22
<i>Szocioökonómiai státusz</i> .....	22
<i>Kultúra</i> .....	23
<i>Etnikai hovatartozás</i> .....	23
<i>Nemi szerepek</i> .....	24
<b>3. Az akut koronária szindrómák kimenetelét befolyásoló pszichoszociális tényezők</b>	<b>27</b>
3.1 Alkalmazkodási folyamatok szívinfarktust követően .....	27
<i>Megküzdési stratégiák infarktust követően</i> .....	29
<i>Érzelmi distressz</i> .....	29
<i>Pozitív érzelmi változások</i> .....	31
<i>Az érzelmi distressz prediktorai</i> .....	31
<i>Az érzelmi distressz következményei</i> .....	34
<i>Kognitív reakciók</i> .....	35
3.2 Alkalmazkodási folyamatok bypass-műtétet követően .....	36
3.3 A szívbetegségekhez történő alkalmazkodást segítő intervenciók hatása .....	38

<b>4. Az egészségre vonatkozó életminőség .....</b>	<b>40</b>
4.1 Az életminőség fogalom fejlődése és alkalmazásai .....	40
4.2 Az életminőség szintjei és meghatározásai .....	41
4.2.1 Általános életminőség .....	41
4.2.2 Egészségre vonatkozó életminőség .....	43
4.3 Az életminőség mérése, a kérdőívek főbb csoportjai .....	47
4.4 Az életminőség-kutatás problémái .....	49
4.5 Az objektív és a szubjektív jóllét összefüggései .....	50
<b>5. Az akut koronária eseményt átélő betegek életminősége és annak háttértényezői</b>	<b>52</b>
5.1 A szívműtétet követő életminőség .....	54
<b>6. A vizsgálat leírása .....</b>	<b>55</b>
6.1. A vizsgálat hipotézisei .....	55
6.2. A vizsgálat menete .....	56
6.3 A vizsgálatban használt kérdőívek .....	58
6.4 Felhasznált kardiológiai mutatók .....	66
6.5 Statisztikai elemzés .....	68
<i>Az életminőség-modellek kialakítása .....</i>	<i>71</i>
<b>7. Eredmények .....</b>	<b>76</b>
7.1 Az akut koronária-szindrómán átesett betegek pszichológiai alkalmazkodási folyamatai és életminősége, annak változásai a rehabilitációt követő 15 hónapban	78
7.2 Az életminőséget befolyásoló tényezők modellezése .....	87
<b>8. Megvitatás .....</b>	<b>94</b>
<i>Az életminőségre ható biopszichoszociális tényezők .....</i>	<i>98</i>
<b>9. Következtetések .....</b>	<b>102</b>
<b>10. A disszertációban gyakran használt rövidítések .....</b>	<b>104</b>
<b>11. Hivatkozások .....</b>	<b>105</b>
<b>12. Felhasznált kérdőívek .....</b>	<b>123</b>

## 1. Bevezetés

A kardiovaszkuláris betegségek Európában és Magyarországon is a korai halálozás vezető okának tekinthetők. A KSH adatai szerint 2008-ban a halálozások 50 százalékáért volt felelős a szív- és érrendszeri betegségek csoportja. További társadalmi szintű probléma, hogy az iszkémiás szívbetegségek a rokkantság okai között is az elsők között szerepelnek.

Az akut miokardiális infarktus éves incidenciáját Magyarországon 0,20-0,25%-ra, a posztinfarktusos szívelégtelenség prevalenciáját 1-2%-ra becsülik (Édes 2006). 2008-ban Magyarországon összesen 26210 szíven végzett beavatkozást (műtét, percutan coronaria intervenció – PCI, stb.) regisztráltak. A szívűtékek száma – melyek közel 2/3-a érúthidaló műtét volt – a 2000-tól 2004-ig terjedő idűszakban 6100 és 6900 között változott (Szabolcs 2006).

Az elműlt évtizedekben a szívbetegségek gyakoriságának növekedésével, valamint a kardiológiai beavatkozási lehetűségek fejlődésével, az akut kardiológiai események utáni rehabilitációs kezelések jelentűsége is megnűtt.

A koszorűér-megbetegedések többnyire több évtized alatt alakulnak ki, mely idűszak jelentűs része tünetmentes. A koszorűér-betegségek kialakulásának háttérében számos szomatikus és pszichoszociális kockázati tényezű ismert, melyek hatással vannak a betegség kialakulására és hosszú távú prognózisára is. A kockázati tényezűk csökkentése, illetve kialakulásának megelőzése társadalmi szinten is az egyik legfontosabb elsűdleges prevenciós feladat. A betegség elűrehaladását, s a klinikai tünetek jelentkezését követűen, a személyes kockázati tényezűk, s az életműd megváltoztatásával a betegek hozzájárulhatnak a betegségfolyamat lassításához vagy megállításához. Ez a kockázatsökkentés a kardiológiai és az orvosi alapellátás fontos másodlagos megelőzési feladata. A kardiológiai rehabilitáció célja pedig a már súlyos koszorűér-betegség további elűrehaladásának megállítása és az akut koronária-szindrómák<sup>1</sup> ismétlűdésének elkerűlése – a harmadlagos megelőzés értelmében –, valamint a krónikus szívbetegséggel élű páciensek életminűségének javítása.

Az akut koronária-eseményeket követű rehabilitációs kezelés igénybevételének aránya különbűzű országokban jelentűsen eltér: a mediterrán országokban alacsonyabb (néhány %),

---

<sup>1</sup> Akut koronáriai szindrómák alatt értendű: akut szűvzom infarktus (mind az ST elevációval járű, mind a nem ST elevációval járű), a tervezett (elektív) perkután koronária intervenció (PCI) és a szűvzom revaszkularizációs műtét (CABG).

egyres nyugat-európai országokban (például Németországban) 50% feletti, Litvániában pedig több mint 90%. Magyarországon a részvételi arány 30% körül mozog. A kardiológiai rehabilitációs kezelésben történő részvétel mindenhol a szívizominfarktust és a bypass-műtétet követően a legmagasabb (Sándor 2006; Bjarnason-Wehrens, McGee és mtsai 2010).

A rehabilitáció igénybevétele nemcsak az egészségügyi ellátás strukturális adottságaival áll kapcsolatban, hanem jelentős részben pszichoszociális tényezőkkel is. Cooper és mtsai (2002) 13 közlemény áttekintése alapján azt találták, hogy azok a betegek, akik *nem mennek el* rehabilitációs kezelésre, *idősebbek, alacsonyabb szocioökonómiai státuszban vannak*, az infarktussal történő megküzdésükre *markáns tagadás* jellemző és kevésbé hiszik, hogy egészségi állapotukat saját maguk befolyásolhatják. A részvételi arányokban a nemnek és az egészséggel kapcsolatos aggodalmaknak csak közvetett jelentősége volt.

### **1.1 A kardiológiai rehabilitáció céljai**

Az akut coronaria eseményt követő kardiológiai rehabilitáció alatt az Egészségügyi Világszervezet definíciója szerint mindazon tevékenységek összességét értjük, „amelyek kedvezően befolyásolják a betegség oki tényezőit, segítik, hogy a kardiovaszkuláris eseményt elszenvedett betegek *a legjobb egészségi-, fizikai-, mentális- és szociális állapotba kerüljenek*, és saját tevételes közreműködésük révén megőrizhessék, illetve visszanyerhessék az őket megillető társadalmi pozíciójukat és aktív életvitelüket” (WHO 1993, kiemelés T. I.).

A fenti meghatározás értelmében a kardiológiai rehabilitáció célja nemcsak a szívbetegség biológiai folyamatának pozitív befolyásolása, hanem a betegek hozzásegítése ahhoz, hogy súlyos szívbetegségüket követően minél jobb pszichoszociális állapotot érhessenek el. A betegek státuszának ilyen átfogó szemléletét segíti a betegséggel kapcsolatos életminőségi szempontok figyelembe vétele. A biopszichoszociális paradigma jegyében (Engel 1977) az elmúlt több mint három évtizedben az egészséggel kapcsolatos életminőség (health related quality of life, HRQOL) az orvosi kutatások meghatározó fogalmává vált. Ma már természetesnek tűnik, hogy a „kemény”, objektívebb biológiai végpontok mellett, a „puhább”, szubjektívebb életminőségi adatokat is figyelembe veszik a szívbetegségek kezelésének és rehabilitációjának értékelésekor (McGee 2007).

## **2. A krónikus betegségek kimenetelét befolyásoló pszichoszociális tényezők**

Mivel disszertációm témája az akut kardiológiai eseményen átesett betegek osztályos rehabilitációját egy évvel követő – többnyire krónikus betegségstádiumban történő – vizsgálata, hasznosnak tartom, hogy először a krónikus betegségekhez történő alkalmazkodás irodalmáról adjak nagyobb ívű áttekintést. A fejezetben feldolgozott irodalom túlmutat saját kutatásaink perspektíváján, és a betegségekhez történő pszichológiai alkalmazkodás témájában az egészségpszichológiai megközelítések, valamint az orvosi szociológiai és antropológiai modellek kapcsolódási lehetőségeit is vizsgálja. A szociális és kulturális tényezők esetében számunkra annak megértése fontos, hogy ezek a társadalmi szintű hatások milyen pszichológiai tényezőkön keresztül befolyásolhatják a betegek individuális alkalmazkodását.

Bár a különböző krónikus betegségek között pszichológiai szempontból jelentős eltérések tapasztalhatók, a témával foglalkozó kutatások mégis inkább hasonlóságokat tapasztalnak és emelnek ki (Felton, Revenson 1984; Heim 1998). Az alábbi áttekintésben több olyan krónikus és életet fenyegető betegség kerül említésre, melyek sajátosságai részben eltérnek a koszorúsér-betegségtől. A krónikus betegségekhez történő alkalmazkodás általánosabb perspektíváját azonban hasznosnak és inspirálónak gondolom dolgozatom szűkebb témájának – a szívbetegségekhez történő alkalmazkodási folyamatoknak – elmélyültebb megértéséhez.

A krónikus betegségek kapcsán előforduló jellegzetes pszichológiai megterheléseket Cohen és Lazarus (1979) az alábbiakban foglalja össze: az élet, a testi integritás és a jóllét fenyegetettsége, az énkép megváltozása, a jövő távlatainak behatároltsága, az érzelmi egyensúlyvesztés, a társas szerepek és aktivitások megkérdőjeleződése, függés a gyógykezeléstől, (időszakos) hospitalizáció.

Perrez és Reicherts (1992) a betegségek objektív sajátosságainak alábbi dimenzióit tartják pszichológiai szempontból meghatározónak: érthetősége, befolyásolhatósága, időperspektívája, negatív valenciája és lefolyásának kiszámíthatósága.

A krónikus betegségekhez történő alkalmazkodás folyamatát – és annak eredményességét – az irodalom több egymással összefüggő koncepció alapján tárgyalja: az alkalmazkodási feladatok sikeres megoldásaként, az adekvát működési szint fenntartásaként, a diagnosztizálható pszichés zavar hiányaként, s a különböző területekre vonatkozó életminőségként (Stanton és mtsai 2001).

Spelten és mtsai (2002) a *működési szintet* tekintik a betegséghez történő alkalmazkodás központi indikátorának: a munkába történő visszatérést, a mindennapi aktivitást, a mozgásképességet, a javasolt rehabilitációs programmal és orvosi kezeléssel történő együttműködést.

A diagnosztizálható *pszichés zavar* az alkalmazkodás negatív jelzőjeként értékelhető (Derogatis és mtsai 1983). Többnyire az alacsony – nem-klinikai – szintű szorongást és depressziót tekintik az alkalmazkodás indikátorának (leggyakrabban a depressziós tünetek szintjét és a szubszindrómális depressziós zavart). Más kutatók a *negatív és pozitív affektusokat* dimenzióként, és nem diagnosztikus kategóriaként használják (Zautra, Manne 1992).

Az utóbbi két évtizedben az *életminőség* különböző vonatkozásaival foglalkozó kutatások szinte minden krónikus betegséggel kapcsolatban jelentős eredményeket hoztak. Dolgozatomban a későbbiekben részletesen ismertetem az egészséggel kapcsolatos életminőség különböző felfogásait.

Az eddigiekben vázolt koncepciók alapján látható, hogy a krónikus betegséghez történő alkalmazkodás *több dimenzióban történik*, és magában foglal – egymáshoz szerteágazóan kapcsolódó – intrapszichés és interperszonális folyamatokat, kognitív, érzelmi és viselkedéses változásokat.

## **2.1 Az alkalmazkodási folyamatok tükröződése a pozitív és a negatív kimenetel dimenzióiban**

A klinikai pszichológiai szemléletben fogant korábbi kutatások elsősorban a krónikus betegségben szenvedők negatív érzelmeivel és pszichológiai zavaraival foglalkoztak (Sarason 1989). A betegek alkalmazkodási nehézségei a *hatékony intervenciók kialakítása* szempontjából is fontos szerepet játszanak (az intervenciók célja általában a distressz csökkentése és a páciens életvitelének helyreállítása). A betegségekkel összefüggő pozitív pszichoszociális változásokra az utóbbi évekig kevés figyelem irányult.

Az alkalmazkodás *pozitív indikátorainak figyelembevételét* ugyanakkor több érv is támogatja. Az alkalmazkodás pozitív megközelítése jobban illeszkedik a krónikus betegek élményeihez, mint a pszichopatológiai szemlélet. Súlyos betegségben szenvedő páciensek prospektív vizsgálatai gyakran mutatják, hogy a distressz és az alkalmazkodási problémák többnyire a kezelés kezdeti időszakára korlátozódnak, s az alkalmazkodási zavart tükröző negatív

érzelmekek szintje – a kezdeti krízist követően – visszatér a betegség előttire (Tomich, Helgeson 2002).

A betegséghez történő alkalmazkodás azonban nem egyenlő a pszichés zavarok hiányával. Az élet élvezetét nem feltétlenül akadályozza, hogy a betegség az élet néhány területén szenvedést okoz. Bár a pozitív és a negatív érzelmekek stresszhelyzetekben többnyire kevésbé differenciáltan jelennek meg, a kutatások pszichopatológiai fókuszja az alkalmazkodási folyamatok megértését csak korlátozottan teszi lehetővé (Zautra és mtsai 2001).

Néhány kutatás arra utal, hogy az alkalmazkodás pozitív és negatív indikátorai különböző háttértényezőkkel állnak kapcsolatban. Például több vizsgálat is igazolta, hogy *az alkalmazkodás pozitív és negatív indikátorai különböző megküzdési stratégiákkal állnak kapcsolatban* (Echteld 2003; Felton, Revenson 1984).

A krónikus betegségek *kulturálisan is befolyásolt megélése* gyakran implicálja a lehangoltságot és a tartós szenvedést, aminek több negatív következménye lehet. A krónikus betegségekhez kapcsolódó *negatív sztereotípiák* indokolatlan szorongást és kétségbeesést válthatnak ki – elsősorban azoknál a pácienseknél, akik először találkoznak egy adott súlyos betegséggel –, ami akár önfeladáshoz, s a hatékony kezelési lehetőségek visszautasításához vezethet (például rákos betegek esetében). A negatív betegség-sztereotípiák szerepet játszanak az érintett betegek stigmatizációjában, alacsonyabb támogatottságában, s a pszichológiai, pszichofarmakológiai kezelésekek túlkínálatában (Stanton, Revenson 2007).

A jól alkalmazkodó betegek vizsgálata elősegítheti a betegségfeldolgozás protektív tényezőinek megértését. Az utóbbi évtizedben ezzel kapcsolatban két megközelítés váltott ki nagyobb érdeklődést: a *poszttraumás növekedés* és a *reziliencia* elmélete. Mindkét koncepció túlmutat azon a felfogáson, hogy a betegséghez történő hatékony alkalmazkodás a betegség előtti szint újbóli elérésével lezárul. Gyakran megfigyelhető, hogy páciensek betegségük következtében életük minőségi változását, gyökeres fordulatát tapasztalják meg: tudatosabbá válnak, nagyobb elégedettséget és kontrollt élnek meg életük több vonatkozásában (Ickovics, Park 1998).

Több vizsgálat is mutatja, hogy krónikus betegek esetében a pozitív érzelmekek magasabb szintjét találjuk, továbbá, hogy a betegség során a páciensek személyes növekedést élnek meg. (A média hatására közismertté vált példa Lance Armstrong betegsége.) Azonban nemcsak személyes vallomások, hanem empirikus kutatások is alátámasztják az összefüggést. Például a poszttraumás növekedésről beszámoló mellrákos nőbetegek magasabbra értékelték életüket, kapcsolataikat és spirituális élményeiket, mint az illesztett kontrollcsoport tagjai (Cordova és mtsai 2001). Bár a poszttraumás növekedés koncepciója, operacionalizációja és



háttértényezői vitatottak (Tedeschi, Calhoun 2004; Tomich, Helgeson 2004), a klinikai tapasztalat is azt mutatja, hogy sok krónikus beteg élete jelentős pozitív változásokat tükröz. Egyes vizsgálatok arra utalnak, hogy a pozitív érzelmek kedvezően befolyásolhatják a krónikus betegség – például az AIDS – kimenetelét is (Moskowitz 2003).

Természetesen a pozitív alkalmazkodás egyoldalú hangsúlyozása is problémákhoz vezethet a betegekkel kapcsolatban. Az „erős”, „szívós” beteg szociális konstrukciója megnehezíti a páciens számára, hogy rosszabb napjait vagy időszakait vállalja, s megterhelő érzelmeit kimutassa. A beteg helyzetét még inkább megnehezíti, ha „pozitív gondolkodást” várnak el tőle, és a hozzá közel álló személyek a distresszt és a negatív gondolatokat a gyógyulást veszélyeztető tényezőnek tekintik – Holland és Lewis (2000) *a pozitív gondolkodás diktatúrájáról* beszél ezzel kapcsolatban.

## **2.2 Az alkalmazkodás dinamikus folyamata**

A kutatási beszámolók gyakran statikus nyelvezetet használnak a betegséghez történő alkalmazkodás leírására (például „azok a nőbetegek, akik jól alkalmazkodnak ...”). A betegség során azonban a kezelés támasztotta elvárások, az élet fenyegetettsége, a korlátozottság mértéke, a tünetek – s ebből következően az alkalmazkodási feladatok is – változhatnak. *Bár az alkalmazkodás folyamatos, mégsem fogható fel a betegségre adott stabil reakcióként.* Több elmélet *alkalmazkodási stádiumokat* ír le a betegségek vagy traumák feldolgozásával kapcsolatban, ezen modellek empirikus megalapozottsága azonban csekély. A *változó kontextuális tényezőkből* adódóan az alkalmazkodás mégsem tekinthető lineáris folyamatnak és nem is követ egységes mintát a különböző betegek esetében (Wortman, Silver 2001).

## **2.3 Az alkalmazkodás kontextusa**

A krónikus betegséghez történő alkalmazkodás csak a páciens élethelyzetével együtt érthető meg. Az alkalmazkodást befolyásolják a beteg *szociodemográfiai sajátosságai*: neme, életkora, szociális helyzete, melyek meghatározhatják, hogy mely megküzdési és alkalmazkodási módok tekinthetők kulturálisan elfogadhatónak. Például mellrákos nőbetegek között, *etnikai hovatartozástól* függően, más és más jelentést kaphat betegségük. Spencer és mtsai (1999) azt tapasztalták, hogy a *fiatalabb* mellrákos nőknek több szexuális és partnerkapcsolati problémája volt, s a spanyol ajkúak számára kifejezettebb szorongást

jelentett a betegség. Más vizsgálatok arra utalnak, hogy az alkalmazkodást jelentősen befolyásoló tényező, hogy a betegség *az életút során mikor* jelentkezik. A betegség korai megjelenése (például Parkinson-kór a harmincas életévekben) nagyobb stresszt jelent, mint a szokványos időben kialakuló betegség. A fiatalabb beteg nincs felkészülve a testi változásokra, és inkább egyedül érzi magát problémáival (Stanton, Revenson 2007).

## 2.4 Az alkalmazkodás egyéni különbségei

A kutatások a betegséghez történő alkalmazkodás nagy egyéni változatosságát mutatják. *A betegek többsége jól alkalmazkodik, egy jelentős kisebbség azonban nagyfokú distresszt és zavart él meg.* Stewart és mtsai (1989) különböző krónikus betegcsoportokat hasonlítottak össze krónikus betegségben nem szenvedő populációval: a *krónikus betegek* testi és szociális funkciói, mentális egészsége, fájdalmai, szerep-korlátozottsága kifejezettebb volt. A vizsgált krónikus betegek között a mentális egészség volt legkevésbé érintett. A betegség a működési szint és a jóllét csupán kis varianciáját magyarázta. Cassileth (1984) sokat idézett vizsgálatában különböző krónikus *betegcsoportokat* hasonlított össze egymással. A krónikus testi betegek *pszichés állapota* jobb volt, mint az ambulánsan kezelt depressziós pácienseké. A krónikus betegek mentális állapota nem különbözött jelentősen az egészséges populációtól.

A *pszichológiai zavarok gyakorisága* tekintetében a különböző vizsgálatok nagy szórást mutatnak: rákosok esetében a depresszió előfordulása 0-46%, a szorongásos zavaré 1-49% (Van't Spijker és mtsai 1997). Reumás betegek esetében egy metaanalízis (Dickens és mtsai 2002) a depressziós tünetek nagyobb gyakoriságát igazolta, bár a hatásnagyság az egyes vizsgálatok esetében jelentős különbségeket mutatott ( $r = 0,07-0,43$ ). Anderson és mtsai (2001) vizsgálata felnőtt 1. és 2. típusú cukorbetegéknél azt találta, hogy *a depresszió prevalenciáját* számos tényező befolyásolta: a depresszió gyakoribb volt nőbetegek esetében, kontrollálatlan vizsgálatokban, klinikai mintákban, illetve ha a vizsgálat során önkítöltő kérdőívet használtak. A krónikus betegségnek – azon túl, hogy megnövelik a pszichés zavarok kockázatát – *körülírtabb hatása* is lehet a páciens életére. Andersen és mtsai (1997) tapasztalatai szerint például a rákos betegség *csak egyes életterületeken* okoz problémákat, elakadásokat, s nem általában sikertelen egyes betegek alkalmazkodása. Dunkel-Schetter és mtsai (1992) rákos betegek esetében a jövő bizonytalanságát (41%), a betegség okozta testi korlátokat (24%) és fájdalmakat (12%) találták a betegséggel kapcsolatos leggyakoribb stresszoroknak. Egy adott betegség *többféle megterhelést és ebből adódó alkalmazkodási*

*feladatokat eredményezhet, melyek jelentősége a beteg élethelyzetétől és a betegség lefolyásától függően változhat.*

## **2.5 A krónikus betegek alkalmazkodását meghatározó pszichoszociális tényezők**

Az elmúlt évtizedekben a pszichológia több kutatási területén is – stressz-megküzdés, szelf-szabályozás, személyiség, társkapcsolatok – kidolgoztak olyan elméleteket, melyek hozzájárultak a krónikus betegséghez történő alkalmazkodás megértéséhez. Ezen átfogó teóriák tárgyalása meghaladja dolgozatom kereteit, ezért csak azon *konstruktumok* jelentőségét mutatom be részletesebben, melyek több elmélet szerint is jelentősek az alkalmazkodási folyamatban. A konstruktumok között megkülönböztethetünk *proximális* tényezőket – például a személyiséget, a kognitív értékelést, a megküzdési folyamatot és a társas támogatást –, valamint *makroszintű, disztális* befolyásoló tényezőket – például szocioökonómiai, kulturális, etnikai és a nemi szerepekkel összefüggő változókat (Stanton, Revenson 2007).

### **2.5.1 Diszpozicionális tényezők**

A diszpozicionális változók közvetlen és közvetett hatást gyakorolhatnak az alkalmazkodási folyamatokra. Például az *optimizmus* – a pozitív kimenetellel kapcsolatos általános várakozás – gyakran vizsgált tényező különböző betegségekkel összefüggésben. A diszpozicionális optimizmus kapcsolatban áll az adaptív megküzdésekkel, előrejelzi a gyorsabb gyógyulási folyamatot és a kevesebb alkalmazkodási nehézséget.

A diszpozicionális tényezők egyéb alkalmazkodást befolyásoló változókkal is interakcióban lehetnek. Például reumás betegek esetében az interperszonális stressz azoknál jelezte előre a negatív érzelmek kifejezettebbé válását, és a betegségaktivitás növekedését, akik kifejezetten *szenzitívek* voltak mások érzéseivel és viselkedésével kapcsolatban (Smith, Zautra 2002).

Mellrákos nőbetegeknél (Stanton és mtsai 2000) az *érzelmek kifejezése* révén történő megküzdés előre jelezte az alacsonyabb distresszt és a betegséggel kapcsolatos ritkább orvosi viziteket azoknál a betegeknél, akik személyiségére a *remény* volt jellemző.

A diszpozicionális tényezők szerepének vizsgálata elősegítheti azoknak a közvetítő mechanizmusoknak a megértését is, melyek pszichológiai intervenciók alapjai lehetnek. Például Antoni és mtsai (2001) igazolták, hogy mellrákos betegek esetében a kognitív-

viselkedésterápiás stresszkezelés azon páciensek esetében segítette leginkább a pozitívumok megélését, akiket kezdetben *alacsony diszpozicionális optimizmus* jellemzett.

## 2.5.2 Kognitív értékelő folyamatok

A krónikus betegségekhez történő alkalmazkodás elméletei az érzelmi és viselkedéses reakciók megértésében kiemelt szerepet tulajdonítanak a betegség individuális *értékelésének*. Másképp reagál például az a rákos beteg, aki halálos ítéletnek, és másképp az, aki kezelhető problémának tartja betegségét, s ebből adódóan másképp alkalmazkodik helyzetéhez. Richard Lazarus és Susan Folkman az 1980-as évek elején dolgozták ki a *kognitív értékelő* folyamatok elméletét (az elsődleges és másodlagos értékelés szerepe a humán stresszválaszban). Az alábbiakban az elmúlt évtizedekben legintenzívebben kutatott kognitív konstrukciókat tekintjük át.

### *Az alapvető életcélok fenyegetettsége*

Több szerző alapvetőnek tartja a betegség hatását az *egyéni életcélokra*. Lazarus 1991-ben módosította az elsődleges értékeléssel kapcsolatos felfogását, és a stresszhelyzetek kimenetelének modellezésekor figyelembe vette a stresszor jelentését, a célok fontosságát, s a *stresszor összeegyeztethetőségét az egyéni célokkal* (témánkra vonatkoztatva például a betegség jelentését a szelf szempontjából). Scheier és Bridges (1995) a *szelf-szabályozás* elméletét (Carver, Scheier 1998) alkalmazta a krónikus betegségekhez történő alkalmazkodás leírására. Tapasztalataik szerint annál nagyobb a betegség okozta distressz, minél inkább *gátolja fontos életcélok megvalósulását*. Például fibromialgiás betegeknél a mindennapi alkalmazkodást vizsgálva Affleck és Mtsai (2001) azt találták, hogy a *célok akadályozottságának* megélése kapcsolatban áll a fájdalommal és a fáradtsággal, továbbá, hogy a diszpozicionális optimizmus befolyásolja a célok, a fájdalom és a fáradtság kapcsolatát.

Leventhal szelf-szabályozási elmélete (Leventhal, Nerenz 1983) a betegségekhez történő alkalmazkodásban az értékelési folyamatokat helyezi középpontba és a *fenyegetettség megélését* tartja döntő jelentőségűnek. A *betegségrepresentációk* és a *szelf* viszonyulása határozza meg a beteg alkalmazkodását. A betegségkép és a szelf kapcsolata lehet „totális”, amikor a kettő nem választható el egymástól és lehet „körülhatárolt”, amikor a szelf csak egy részét érinti a betegség, más vonatkozásai azonban függetlenek tőle. A betegségrepresentáció

és a szelf kapcsolata „kockázatként” is megjelenhet, ha az egyén a betegség kiújulásának tartós fenyegetettségével szembesül. Az alkalmazkodás könnyebb, ha a betegségrepresentációk és a szelf elkülöníthetők<sup>2</sup>.

### *A betegséggel kapcsolatos elvárások*

A betegség *befolyásolhatóságával* és *következményeivel* kapcsolatos várakozások fontos kognitív tényezők az alkalmazkodásban (Lazarus és Folkman 1984; Thompson, Kyle 2000). A krónikus betegség bizonyos életterületeken megnehezítheti a *kontroll megélését*: például a testi integritás, s a működőképesség megélésében, a mindennapi tevékenységek, az alapvető szerepek megvalósításában és gyakran az egész életvezetésben. A krónikus betegségek jellemzője, hogy a páciens *kezelésben történő aktív részvétele*, valamint életmódjának megváltoztatása hatással van a lefolyásra és a kimenetelre. Sok beteg „felfedezi” a betegség kezelhető szempontjait, és több kontrollt él meg a betegség következményeivel és kimenetelével kapcsolatban (például Affleck és mtsai 1987 reumás betegek, illetve Thomson és mtsai 1993 rákos betegek esetében).

Thompson és Kyle (2000) összefoglaló tanulmánya szerint az általános és betegségspecifikus *észlelt kontroll* kapcsolatban van a betegség kedvező pszichoszociális kimenetelével. Néhány vizsgálat eredménye arra utal, hogy a befolyásolhatóság érzése a testi folyamatokra is hatással lehet. A kontroll érzése összefügg a megküzdési stratégiák választásával: *a kifejezettebb észlelt kontroll megközelítő coping stratégiákkal* társul (Felton és mtsai 1984; Folkman és mtsai 1993).

Thompson és Kyle (2000) tanulmánya a különböző vizsgálatok áttekintésekor az észlelt kontroll és az alkalmazkodás összefüggésének következetlenségére is magyarázatot keres. Különbségek adódhatnak például abból, hogyan vizsgálták az észlelt kontrollt és az alkalmazkodást. A szerzők szerint a betegség befolyásolhatóságának megélése olyan mértékben hasznos, amennyire *a kontroll pozitív érzéseket kelt*. Azt is hangsúlyozzák, hogy a kontrollal kapcsolatos várakozás illuzórikus is lehet, *nem feltétlenül kell reális esélyekhez kötődnie*.

Más szerzők ezzel ellentétben azt találták, hogy a kontroll megélése csak akkor segíti az alkalmazkodást, ha a probléma *valóban befolyásolható* (Christensen, Ehlers 2002). Thomson

---

<sup>2</sup> A betegségrepresentáció és a szelf kapcsolatának vizuális megjelenítésére dolgozott ki egyszerű, érzékletes vizsgálati eszközt Stefan Büchi (PRISM, Pictorial Representation of Illness and Self Measure, Büchi és mtsai 2002). A szerzők a teszt validálása során igazolni tudták, hogy a szelf- és a betegségrepresentációk távolsága a páciens szenvedésének (negatív életminőségének) érvényes mutatója.

és mtsai (1993) vizsgálata is arra utal, hogy a rákos betegek esetében annak a meggyőződésnek, hogy *képesek érzelmi és testi tüneteiket befolyásolni*, markánsabb hatása lehet az alkalmazkodásra, mint a betegség hosszú távú *prognózisával kapcsolatos kontrollérzésnek*. Affleck és mtsai (1987) vizsgálata szerint a súlyos reumában szenvedő betegek, akik *tüneteiket* befolyásolhatónak élték meg, enyhébb hangulatzavarról számoltak be, míg azok, akik a *betegség lefolyását* érezték kontrollálhatónak, több hangulati problémát mutattak. Schiaffino és Revenson (1992) is azt tapasztalták, hogy a *tünetek feletti kontroll* több pozitív érzelmet és jobb alkalmazkodást eredményezett, mint a *lefolyás befolyásolhatóságának* megélése.

A *kimenetellel kapcsolatos várakozások* hatását vizsgálva Carver és mtsai (2000) korai stádiumú mellrákos nőbetegek körében azt találták, hogy a jó prognózissal kapcsolatos elképzelés markánsabb előrejelzője a jóllétének, mint az, hogy ebben a beteg mennyi kontrollt él meg: kevésbé meghatározó, hogy személyes befolyás révén valósult-e meg a vágyott kimenetel. Úgy tűnik, a *befolyásolás megélése* annyiban fontos, amennyiben megerősíti a *pozitív kimenetellel kapcsolatos várakozásokat*.

Carver és mtsai (2000) eredményeit kommentálva Folkman és Moskowitz (2000) amellett érvel, hogy a befolyásolhatósággal és a kimenetellel kapcsolatos várakozások jelentősége az adott *személy-környezet kontextus függvénye*, beleértve a vonás jellegű kontroll-preferenciákat és az egyéb életterületekkel kapcsolatos kontroll-törekvéseket is. A Carver tanulmányhoz kapcsolódó másik kommentárban Tennen és Affleck (2000) kiemelik, hogy a *személyes kontrollal* kapcsolatos hipotézisek helyett a várakozásokkal kapcsolatos pontosabb kérdésfeltevésekre lenne szükség: például hogy a betegség lefolyása során *mikor* kapnak jelentőséget a befolyásolhatósággal kapcsolatos várakozások, idővel *hogyan változnak* a befolyásolni kívánt tényezők, és az alkalmazkodás *mely szempontjait* befolyásolja leginkább a személyes kontroll megélése? Ezen kérdések megválaszolása további kutatásokat igényel.

### *Személyes hatékonyság-érzés*

A betegségre adott *reakciók hatékonyságának* megélése szintén befolyásolja az alkalmazkodást. A *személyes hatékonysággal* kapcsolatos várakozás különböző krónikus betegségekben előrejelzi a tünetek hatékony kezelését és az alkalmazkodást (Keefe és mtsai 2002; Schiaffino és mtsai 1991).

Bandura a *kompetenciaérzést* tartotta a stresszhelyzetekhez történő alkalmazkodás meghatározó tényezőjének. Társas-kognitív elmélete elsősorban a viselkedés

*eredményességével* kapcsolatos várakozásokat (outcome expectancies) és a *személyes hatékonyság* megélését (perceived self-efficacy) hangsúlyozza. Előbbi a viselkedés *következményeivel* áll kapcsolatban (pl. „ha abba hagyom a dohányzást, sok pénzt megspórolok”), utóbbi pedig a viselkedésszabályozás kompetenciájával kapcsolatos *optimista* beállítottságot jelent (pl. „vagyok olyan erős, hogy le tudom tenni a cigarettát”). A személyes hatékonysággal kapcsolatos meggyőződések hatással vannak a gondolkodásra, az érzelmekre, a viselkedésre, valamint a motivációkra: a célok meghatározására, az erőfeszítésekre és a kitartásra. *Optimista én-képnek* (vagy kompetencia-elvárásnak) is nevezik, s úgy tűnik, hogy ez az *önszabályozó képesség* kulcsa. Azt az önbizalmat tükrözi, hogy a személy nehéz, bonyolult viselkedésformákat – még akadályok ellenében is – képes megvalósítani (Bandura 1997). A viselkedés szabályozásához azonban *helyzetspecifikus* személyes hatékonysággal kapcsolatos meggyőződésekre is szükség van. Az *általános* személyes hatékonyság tág életterületekre vonatkozik és a *megküzdési kompetenciákkal* kapcsolatos optimista beállítottságot tükrözi („ha probléma merül fel, saját erőből meg tudom oldani”) (Schwarzer 2004).

Bandura vizsgálatai szerint a személyes hatékonyságot megélt személyek jobban elviselik a *fájdalmakat*. A kompetencia-elvárás *stresszhelyzetekben* befolyásolja a vérnyomást, a szívritmust és a szérum adrenalin szintet. Reumás betegek körében a személyes hatékonyságot növelő intervenciók csökkentették a fájdalmat, az ízületi gyulladást és javították a mindennapi helyzetekkel történő megküzdést. Az optimista énkép pozitívan hatott a légúti megbetegedésben szenvedők rehabilitációjára. A személyes hatékonysággal jellemezhető betegek általában gyorsabban gyógyulnak az operációt követően (Bandura 1997).

Fontos kutatási kérdés, hogy a *személyes hatékonyság*, mint a személyiség erőforrása, hogyan függ össze a megküzdés egyéb konstruktumaival, különösen a társas támogatással. Ez a két (belső és külső) erőforrás független vagy funkcionális kapcsolatban áll egymással? Elképzelhető, hogy a személyes hatékonyság érzése előfeltétele a támogató kapcsolatok mozgósításának és a segítség elfogadásának: az optimista, önmagukban bízók emberek több kapcsolatot alakítanak ki, s ha válságos helyzetbe kerülnek, több támogatást kapnak (*a kapcsolatok ápolásának hipotézise*). Lehet azonban, hogy a helyzet fordított: a társas támogatás megerősíti a személyes hatékonyság érzését (*a képessé tevés hipotézise*): a társas támogatás segíthet abban, hogy az egyén kompetensebbnek érezze magát a megküzdésben.

Valószínű, hogy mindkét folyamatnak szerepe lehet a betegségekkel történő megküzdés során (Schwarzer, Knoll 2007).

### *Értelemtalálás*

Janoff-Bulmann és Frantz (1997) traumák átélését követően a személyes értelemtalálás két aspektusát különbözteti meg. Az *érthetőség* fogalma azt írja le, hogy az egyén hogyan talál értelmet egy traumatikus eseményben. Ez a kognitív folyamat gyakran oksági attribúciók kidolgozását eredményezi. Taylor (1984) kognitív alkalmazkodás elméletében az értelem keresése a „*miért pont én?*” kérdés megválaszolására fókuszál. Taylor vizsgálatai szerint a mellrákos nők több mint 90%-a kialakít valamilyen oksági attribúciót betegségével kapcsolatban. A magyarázat tartalma kevésbé bizonyult fontosnak a pszichológiai alkalmazkodás szempontjából, mint az a tény, hogy a beteg valamilyen magyarázatot talált betegség kialakulására. Tennen és Affleck (2002) a stresszhelyzetekhez történő alkalmazkodást vizsgálva következetes kapcsolatot talált a másokkal szembeni vádaskodás külső attribúciója és a jóllét alacsony szintje között. Janoff-Bullmann és Frantz (1997) az értelemtalálás egy másik formájaként írta le a *jelentőség* fogalmát, mely az élmény személyes értelmével kapcsolatos. Az értelemtalálás két formája kapcsolatban áll egymással: a megértésre való törekvés gyakran együtt jár a sebezhetőség és a sorsszerűség tudatosulásával, ami ugyanakkor elősegíti az értelem, a jelentőség megalkotását, azáltal, hogy az egyén „értékként éli meg a történeteket”. (Janoff-Bullmann, Berger 2000, 33. o.). Ha egy krónikus betegség diagnózisa komoly törést jelent az alapvető hiedelmek szempontjából (például a világ értelmességével, mások jóindulatával, a saját személy értékével kapcsolatban) szükségszerűen elindul az értelem keresésének folyamata és a saját élettel kapcsolatos nagyobb tudatosság.

Janoff-Bullmann és Berger (2000) amellet érvel, hogy ha egy traumatikus esemény közel hozza a halál valóságát, akkor az egyén jobban értékelni kezdi saját életét: „amit váratlanul elveszthetünk, azt értékesebbnek éljük meg” (uo. 35. o.). Ha a világ jóindulatúsága és a személyes érték megkérdőjeleződik, akkor mások reakciói különös jelentőséget kapnak, ami elősegítheti a szoros kapcsolatok fokozottabb megbecsülését. Önértékelésünk is kifejezettebbé válhat azáltal, hogy megtapasztaljuk képességeinket a problémákkal történő megküzdés során. Ebből adódóan, az értelem mint jelentőség keresése oda vezethet, hogy a krónikus betegség megélése kapcsán pozitív változásokat tapasztalunk – valószínűleg olyan mértékben, amennyire a betegség az életet fenyegeti.



Bár nincs átfogó tanulmány a téma krónikus betegségekkel kapcsolatos vonatkozásairól, Tennen és Affleck (2002) összefoglaló tanulmánya néhány támpontot ad a pozitívumok megélése és a megterhelésekhez történő alkalmazkodás kapcsolatához. Az áttekintett keresztmetszeti vizsgálatok kétharmada kapcsolatot talált a *pozitívumok megélése* és az alkalmazkodás között. Hosszmetszeti és mindennapi alkalmazkodási folyamatokkal foglalkozó vizsgálatok is bizonyították, hogy a pozitívumok észlelése előrejelzi a pszichológiai alkalmazkodást, s a morbiditás csökkenését. Egy HIV-pozitív gyászoló férfiakkal kapcsolatos vizsgálat a mortalitás csökkenését is igazolni tudta (Bower és mtsai 1998).

Az értelemtalálási folyamatok jelentőségét más megközelítésből világítják meg James Pennebaker traumakutatásai a múlt század 90-es éveinek közepétől. Több független vizsgálat is igazolta, hogy a traumákról történő írás akkor segíti a feldolgozást – s javítja az egészségi állapotot –, ha ösztönzi az önreflexiót, az oksági összefüggések keresését, a pozitív érzelmek megélését, és csökkenti a negatív érzelmeket. A megrázó élményekkel kapcsolatos érzelmek és gondolatok integrációja egy koherens történetbe növeli a jóllétet és az egészséget (Pennebaker, Chung 2007). Az elmúlt évtizedben a szomatikus betegek megküzdését segítő pszichológiai intervenciókban is alapvető jelentőséget kapnak az ún. betegség-narratívák (Frank 1997).

### **2.5.3 Megküzdési folyamat**

Kézenfekvőnek tűnik, hogy a krónikus betegségekre adott individuális reakciók jelentős hatást gyakorolnak az alkalmazkodási folyamatra. Bár a megküzdés elméletével, mérésével és módszertanával kapcsolatban az elmúlt évtizedekben sok probléma merült fel (Coyne, Gottlieb 1996; Somerfield, McCrae, 2000), számtalan vizsgálat bizonyítja a megküzdési folyamatok jelentőségét a krónikus betegségekhez történő alkalmazkodásban (Heim 1998).

A megküzdési törekvések a megközelítés és elkerülés általános kategóriáiba sorolhatók, amelyek kapcsolatban állnak alapvető motivációs rendszerekkel (Carver, Scheier 1998). *Megközelítő* megküzdési formák például az információgyűjtés, az aktív, problémaorientált megküzdés, a küzdőszellem, s az érzelmekre történő tudatos odafigyelés; *elkerülő* megküzdési formák pedig a figyelemelterelés, a tagadás, s a visszahúzódas a kapcsolatokból. Más megküzdési módok, például a spirituális megküzdés mind a megközelítést, mind az elkerülést szolgálhatják (Skinner 2003).

Mivel a krónikus betegség definíció szerint *hosszú távú pszichés megterhelés*, mind a megküzdések formája, mind azok hasznossága idővel változhat – ahogy ezt az alkalmazkodási feladatok aktuálisan megkövetelik. Bár az *elkerülő* megküzdés *krízishelyzetekben* hasznos lehet, a vizsgálatok mégis egybehangzóan azt támasztják alá, hogy az elkerülés szoros kapcsolatban áll a hosszú távú alkalmazkodási nehézségekkel (Maes és mtsai 1996, Bonanno 2004). Például szövetminta vétele előtt a *kognitív elkerülés* magas szintjét mutató mellrákos nők *kifejezettebb distresszről* számoltak be – mind a biopszia előtt, mind a diagnózis közlését és a műtétet követően –, mint a kevésbé elkerülő betegek (Stanton, Snider 1993). Az elkerülés gyakran *önkárosító magatartásformákkal* is kapcsolatban áll (például alkohol abúzzsal), melyek paradox módon inkább megnövelik a betegséggel kapcsolatos tolakodó negatív gondolatok és érzelmek valószínűségét (Wegner, Pennebaker 1992).

Bár a krónikus betegségekhez történő *megközelítő* viszonyulást illetően az eredmények kevésbé konzisztensek, mint az elkerülő megküzdéssel kapcsolatban (Maes és mtsai 1996; Stanton és mtsai 2001), a vizsgálatok összességében a megközelítő stratégiák hasznát támasztják alá. A megközelítő copingok ösztönzésére irányuló intervenciók hatékonysága is megerősíti ennek a viszonyulásnak a hasznosságát (például Antoni és mtsai 2000).

A közelítő megküzdéssel kapcsolatos vizsgálati eredmények következetlenségének több oka lehet. A megközelítő coping és az alkalmazkodás kimenetelének kapcsolatát bonyolítja, hogy feltehetőleg néhány ilyen stratégia (például a problémamegoldás) kevésbé hatékony a betegség megváltoztathatatlan aspektusaival szemben. Másrészt, a megközelítő és elkerülő coping stratégiák együttes vizsgálatok az elkerülő megküzdés erőteljesebb prediktora lehet az alkalmazkodásnak. Továbbá, az elkerülő és megközelítő stratégiák különbözőképpen jósolhatják be a negatív és a pozitív kimenetelt (például Ehteld és mtsai 2003), ezért a pozitív alkalmazkodási indikátorok figyelmen kívül hagyása elhomályosíthatja a megközelítő coping stratégiák potenciálisan pozitív hatását.

Fontos lehet az is, hogy a megküzdés feltehetőleg más tényezők kontextusában járul hozzá az alkalmazkodáshoz. Például a kifejezett elkerülő coping és alacsony társas támogatás kombinációja a transzplantáció utáni pszichológiai zavar (poszttraumás tünetek) kockázati tényezőjének bizonyult a csontvelő átültetésben részesült betegek esetében (Jacobsen és mtsai 2002). Egy mellrákosokkal foglalkozó vizsgálatban a megküzdés interakciót mutatott a kontroll-attitűdökkel (Osowiecki, Compas 1999): azok a nők, akik kifejezett belső kontrollt éltek meg, alacsony distresszről számoltak be, ha aktív problémaorientált stratégiákat használtak. A betegségfeldolgozást komplexebben megközelítő vizsgálatok megmutatták,

hogy a megküzdés önmagában kevésbé magyarázza a krónikus betegségekhez történő alkalmazkodást. Úgy tűnik, a megküzdési stratégiák inkább közvetítenek a személyiségvonások és az alkalmazkodás kapcsolatában, s a copingok összefüggnek az alkalmazkodás egyéb befolyásoló tényezőivel. Például, egy reumás nőbetegeket hosszútávon követő vizsgálat azt találta, hogy az elkerülő megküzdés mediálta és moderálta a túlzott azonosulásra való hajlam (unmitigated communion) hatását a betegségből adódó korlátozottság élményére (Danoff-Burg és mtsai 2004). (Utóbbi téma részletesebb kifejtése a 2.5.5 pont „Nemi szerepek” részében olvasható.)

Napjainkban a megküzdési folyamatokra történő koncentrálás helyett, a kutatások inkább *komplex modelleket* – s ezeken belül mediátor és moderátor változókat – *tesztelnek longitudinális elrendezésben*, amitől egyértelműbb eredmények várhatók (Schiaffino, Revenson 1992).

#### **2.5.4 Társas támogatás**

Az elmúlt két évtizedben számos kutatás bizonyította, hogy a társas kapcsolatok minősége a krónikus betegségekhez történő alkalmazkodás markáns előrejelzője (Wills, Fegan 2001). A krónikus betegségből adódó alkalmazkodási feladatok szükségessé teszik mások segítségét. A fájdalom, a korlátozottság és bizonytalanság időszakában a betegeknek szükségük van elérhető és kielégítő kapcsolatokra, melyek mind érzelmi, mind gyakorlati vonatkozásban támaszt nyújtanak. A társas támogatás elősegíti a pszichológiai jóllétet és véd az egészség romlásától, különösen akkor, amikor a körülmények túlterhelőek (Cohen és mtsai 2000). A támogató viselkedés megnyilvánulhat a szeretet, az értékelés és a gondoskodás kimutatásában, valamint segítő információk és gyakorlati segítség nyújtásában.

A társas támogatás strukturális és funkcionális aspektusai különböztethetők meg. *Strukturális* szempontként írható le a társas kohézió: a családi állapot, a társas aktivitás, a kapcsolati hálózat nagysága, sűrűsége és stabilitása (például az egymással kölcsönös kapcsolatban állók száma) (Berkmann, Glass 2000). A támogatás *funkcionális* aspektusa a pozitív érzelmek kifejezése; az érzelmek, a meggyőződések, s a viselkedés elfogadása, támogatása; az érzelmek megosztásának bátorítása; információ és tanács adása; anyagi segítség nyújtása; annak megerősítése, hogy a támogatott személy része az élő és működő kapcsolatoknak (House 1981). Bár a támogatás funkcionális aspektusai nem függenek a kapcsolati háló kiterjedtségétől, a krónikus betegek kapcsolatrendszere a betegség következtében gyakran korlátozottá válik. *A társas integráció és a kapcsolatokkal való elégedettség különbözőképpen*

*befolyásolja a betegséghez történő alkalmazkodást.* Például Fitzpatrick és mtsai (1991) vizsgálatában *a társas kapcsolatokkal való elégedettség erőteljesebben kapcsolódott a pszichés jólléthez, mint a kapcsolatok tényleges elérhetősége.*

A vizsgálatok többsége a társas kapcsolatokból adódó előnyökre fókuszál. Azonban a támogatás kérésének és igénybevételének *hátrányai* is lehetnek. Ebből a szempontból megkülönböztethetünk negatív társas interakciókat, valamint olyan támogatást, mely hátrányos következményekhez vezethet. Az előbbire példa a kritizálás, a harag és a düh kifejezése, melyek célja nem segítő (Bodenmann 2000). Ezzel ellentétben a jó szándékú segítségnek is lehetnek negatív hatásai, például ha a beteg olyan tanácsot vagy visszajelzést kap, amit nem segítségként él meg. A támogatás problémákat okozhat, ha a betegnek nincs rá szüksége, nem várta, nem kérte, vagy ha a kapott támogatás nem megfelelő válasz az igényeire (Revenson, 1993). A negatív interakciók további formája a támogatás hiánya, amikor elmarad a segítség felajánlása vagy a törődés kimutatása. Azokat a kapcsolatokat, melyekben nincs fogékonyság a megterhelő vagy traumatikus események megbeszélésére, *társas akadály*nak (constrain) nevezi az irodalom. Lepore (2001) társas-kognitív modellje alapján a *megterhelő helyzetekről történő támogató, nem kritikus beszélgetés* lehetővé teszi a negatív érzelmek feldolgozását, támogatja a pozitív énkép fenntartását vagy helyreállítását, és a nehézségekben történő értelemtalálást. A negatív érzelmek kimutatása segíthet az érzelmek szabályozásában a figyelem fókuszának eltolódásával, a negatív érzelmek habituálásának erősítésével és a problémák pozitív újraértékelésének ösztönzésével (Stanton, Danoff-Burg 2002). Lepore (2001) vizsgálatai szerint azok a rákos betegek, akik úgy érezték, másokat nem érdeklik a tapasztalataik, több alkalmazkodási problémáról számoltak be. Cordova és mtsai (2001) mellrákban szenvedők esetében is azt találták, hogy a társas akadályok alacsonyabb pszichés jólléttel és kifejezettebb depresszivitással kapcsolódnak.

A társas támogatás és a pszichoszociális alkalmazkodás közötti kapcsolat a különböző vizsgált betegcsoportok, az eltérő mérési eszközök és betegségtartam ellenére is robosztus eredménynek tűnik. A társas támogatás akkor is hozzájárult a pszichoszociális alkalmazkodás magyarázatához, ha az alkalmazkodás kezdeti szintjét kontrollálták (tehát a társas támogatás a pszichoszociális alkalmazkodás változását is magyarázta) (Stanton, Revenson 2007).

A társas támogatás pozitív hatásaival kapcsolatban az irodalom két alapvető magyarázatot tárgyal: a stressz-puffer-modellt és a direkt hatás modellt. Ha a támogatást a társas integráció, a strukturális mutatók segítségével határozzuk meg, a vizsgálati eredmények általában a *direkt hatás* modellt támasztják alá, s inkább a *stressz-puffer-modellt* erősítik, ha a támogatás funkcionális oldalát vesszük figyelembe (Wills, Fegan 2001).

Újabb koncepciók és empirikus vizsgálatok arra a következtetésre jutottak, hogy a társas támogatás szerepe az alkalmazkodás kimenetelében számos *emocionális és kognitív mechanizmussal* függ össze (Wills, Fegan 2001). A társas támogatás elősegíti, hogy a beteg hatékony megküzdéseket használjon, hogy jobban megértse a megoldandó problémákat, hogy motiváltabb legyen az aktív problémamegoldó cselekvésre, s a megküzdési törekvéseket gátló érzelmi distressz csökkentésére. A támogatás bátoríthatja a kedvező egészségmagatartást, és ezáltal szerepet játszhat a betegség és a tünetek enyhítésében, illetve csökkentheti a stresszel kapcsolatos élettani reaktivitást és serkenthet bizonyos immunműködéseket (Taylor 2007).

A családtagok támogatása javíthatja a betegség laikus és professzionális kezelését. Radojevic és mtsai (1992) reumás betegeknél vizsgálták a különböző kezelési formákhoz kapcsolódó társas támogatás hatását. Vizsgálatukban a páciensek véletlenszerűen kerültek besorolásra. Az egyik csoportban a kognitív- viselkedésterápiás kezelést családi támogatás egészítette ki, a másikon nem. A harmadik csoport edukációban és családi támogatásban részesült, illetve egy negyedik csoport kontrollként csak a rutin orvosi kezelést kapta. A vizsgálat alatt általános állapotjavulás következett be, s a viselkedésterápiában részesülő betegek esetében csökkent az ízületi duzzanatok száma és súlyossága (a terápiát követően és két hónappal később is), összehasonlítva az edukációban részesülő, illetve a kontrollcsoporttal. Témánk szempontjából fontosabb, hogy közvetlenül a kezelés után a támogatásban részesülő csoport kifejezettebb javulást mutatott, mint a másik csoportok, s ez a különbség hosszú távon is fennmaradt.

Más elméletek azt hangsúlyozzák, hogy a társas támogatás akkor a legelőnyösebb, ha illeszkedik a megterhelő helyzet sajátosságaihoz. Az *illeszkedés-hipotézis* (Cutrona, Russell 1990) szerint bizonyos típusú támogatások akkor előnyösek, ha illeszkednek a megterhelés kontextuális jellemzőihez, például elfogadhatóságához, befolyásolhatóságához, tartósságához, időpontjához és a szociális szerepekhez. A hipotézis azt is hangsúlyozza, hogy a támogatás hatékonysága függ a fogadó támogatási igényeitől és a kapott támogatás típusától illetve mértékétől. Például újonnan diagnosztizált páciensek számára előnyös lehet a kezelési döntések meghozatalában a betegséggel és a terápiás lehetőségekkel kapcsolatos információ. Azon betegek számára viszont, akiket tüneteik jelentős mértékben korlátoznak, jól jöhet a kézzelfogható mindennapi segítség és az érzelmi támogatás (Lanza és mtsai 1995). Másrészt a támogatás több is lehet, mint amit a beteg elvár – ami a függőség és a gyámoltalanság érzését erősítheti (Revenson 1993). Az sem mindegy, hogy kitől érkezik a segítség: különböző személyek, különböző támogatási funkciókat tölthetnek be a kapcsolati hálózatban, s

többnyire a kapcsolati hálózat egésze nyújtja azt a támogatást, amire az egyénnek szüksége van (Lanza és mtsai 1995).

A támogatás és az alkalmazkodás kapcsolatát többnyire keresztmetszeti vizsgálatokban kutatták, így kérdéses, hogy a támogatás pozitívumai hosszú távon is fennmaradnak-e a krónikus betegség során. A társas támogatást gyakran stabil sajátosságként fogják fel és vizsgálják, míg a megterheléseket és a megküzdést inkább változó folyamatként. Ugyanakkor a páciens kapcsolatai – még a legközelebbi családtagokkal is – idővel változhatnak. Például mellrákos betegek követéses vizsgálata során azt találták, hogy azok a nők, akik „megtartó” emlőműtéten estek át, kevesebb támogatást kaptak 3 hónappal a műtétet követően, mint azok, akik masztekтомиán, annak ellenére, hogy közvetlenül a műtét után nem volt különbség a két csoport támogatásában (Levy és mtsai, 1992).

### **2.5.5 Az alkalmazkodás makroszintű, kontextuális tényezői**

Már korábban hangsúlyoztuk, hogy a krónikus betegségekhez történő alkalmazkodás folyamata csak a páciens életkörülményeit figyelembe véve érthető meg. A kontextuális tényezők közül a kutatások leginkább a szocioökonómiai státusz, a kultúra, az etnikai hovatartozás és a nemi szerepek hatását igazolták (Whitfield és mtsai 2002; Yali, Revenson 2004). Ezek a kontextuális hatások szorosan kapcsolódnak egymáshoz, és a betegség kimenetelét *proximális pszichoszociális mechanizmusok*on keresztül befolyásolják. Például a kulturális tényezők az egészséggel kapcsolatos meggyőződések és kogníciók révén hatnak az egészségre (Landrine, Klonoff 1992). Berkman és Glass (2000) megkülönböztetnek „folyásirányú” és „folyással szembeni” kontextuális tényezőket. Felfogásuk szerint a kultúra, a szocioökonómiai státusz, a társadalmi változások (például az urbanizáció) megváltoztatják a kapcsolati hálózatok struktúráját, s „folyással szembeni”, disztális tényezőként hatnak. A társas kapcsolatok ugyanakkor pszichoszociális mechanizmusok (például a társas támogatás, az erőforrások igénybevétele) révén is befolyásolják az egészségi állapotot – élettani folyamatokon és viselkedéses tényezőkön keresztül – melyek „folyásirányú”, *proximális* tényezőkként fejtik ki hatásukat.

#### *Szocioökonómiai státusz*

Adler és mtsai (1994) meggyőzően érvelnek amellett, hogy a szocioökonómiai státusz fontos korrelátuma az egészségi állapotnak és a mortalitásnak. Az USA-ban és Nyugat-Európában

follytatott nagy egészségzociológiai vizsgálatok eredményeit összegezve, fordított lépcsőzetes összefüggést találtak a szocioökonómiai státusz, illetve a betegségek előfordulása és lefolyása között. Az összefüggés nemcsak a legszegényebb rétegekben, hanem mindegyik szocioökonómiai státusz szintjén érvényes volt. A szocioökonómiai státusz közvetlenül és pszichoszociális – leginkább preventív magatartási – tényezőkön keresztül befolyásolja az egészségi állapot alakulását. Adler és mtsai (1993) kiemelik, hogy a szocioökonómiai státusz hatásainak elemzésekor nem elég csupán az egészségügyi szolgáltatásokhoz történő hozzáférést vizsgálni, hanem figyelembe kell venni az összefüggést közvetítő pszichoszociális tényezőket is.

### *Kultúra*

A kulturális értékek és meggyőződések szerepe a betegségek vonatkozásában egyértelmű. A kultúra hatása – mellyel az etnomedicina/orvosi antropológia tudománya foglalkozik – a szociális kategóriákon (faji, etnikai, vallási és rokkantsági státuszon) túlmenően is érvényes (Greifeld 2003).

A kulturális kontextus modelleket nyújt a betegségekhez történő alkalmazkodásra: arra, hogy az adott betegségnek mi a jelentése, mely reagálások, megküzdési formák megfelelőek az adott helyzetben – például hogy az érzelmek és a harag kifejezése hatékony alkalmazkodásnak tekinthető-e. Ezek a modellek különböző kulturális nézőpontokra utalnak, például arra, hogy mikor tanácsos a természettudományos medicina, és mikor a hagyományos, kulturális gyógyítók szolgáltatásait igénybe venni (Wiley, Allen 2008).

### *Etnikai hovatartozás*

A szociális tudományok többnyire demográfiai sajátosságok alapján határoznak meg és hasonlítanak össze csoportokat. Meyerowitz és mtsai (1998) a rákos betegségek kimenetelének etnikai különbségeit, illetve annak prediktorait vizsgálták, s különbségeket találtak például a *preventív magatartásformákkal* kapcsolatos attitűdökben. Jelentős volt a különbség a szűrővizsgálatokhoz történő viszonyulásban, s az egészségmagatartásban (emlő önvizsgálat, mammográfián, nőgyógyászati szűrővizsgálaton történő részvétel), az orvoshoz fordulás késlekedésében, és a kóros leletek hosszú távú követésében, melyek felelősek voltak a később – kevésbé gyógyítható stádiumban – történő diagnosztizálásért. Szintén jelentősek

voltak a különbségek *az egészségügyi személyzettel folytatott interakciókban*, ami szerepet játszott a szűrésben, a követésben és a terápiás döntésekben.

Meyerowitz és mtsai (1998) saját kutatási módszereiket is kritikusan értékelték. Az etnikai és demográfiai jellemzők nem elegendők a csoport sajátosságok meghatározására és a csoportok közötti alkalmazkodási különbségek megvilágítására. *A normákban, az értékekben és az érzelmi megélésben tapasztalható különbségek legalább olyan fontosak, mint az etnikai hovatartozás.*

A legtöbb vizsgálat adatai nem adnak kellő felvilágosítást arról, hogy melyek azok a csoporton belüli sajátosságok, amelyek felelősek a csoportok közötti különbségekért, s arról, hogy ezek hogyan hozzák létre a különbségeket.

*A szegénységgel történő összemosódás* miatt az etnikai hovatartozás önmagában nem ad választ arra, hogy mi okozhatja a betegségek kezelésének és kimenetelének különbségeit. Adler (1994) vizsgálatai kapcsán utaltunk rá, hogy az egészség különbségei a szocioökonómiai státusz minden szintjén érvényesek. Az egészségi állapot különbségeinek megértését segítheti, ha figyelembe vesszük *az etnikai csoportok pszichológiai sajátosságait* – például a rasszizmust és a diszkriminációt – és ezek hatását a betegségekhez történő alkalmazkodásra (Clark és mtsai 1999).

### *Nemi szerepek*

Sok kulturális elmélet foglalkozik a nemi szerepek jelentőségével. Például általános elvárásnak tűnik, hogy egy betegséggel szemben harcolni kell, hogy meg kell őrizni az önállóságot, igénybe kell venni a megküzdési lehetőségeket. Ezek a reakciók sok vizsgálat szerint nemcsak kapcsolatban vannak a jó alkalmazkodással, hanem szerepet kapnak a jó alkalmazkodás definíciójában is – tehát a megküzdési folyamat és annak eredménye gyakran összemosódik. Több vizsgálat szerint a krónikus betegségben szenvedő nők *alacsonyabb jóllétről* számolnak be, mint a férfiak (Hagedoorn és mtsai 2000). Ezt a negatív képet részben magyarázhatják a *depressziós zavarokban* tapasztalható *nemi különbségek*. Bár a depresszió gyakran kapcsolatban áll a fájdalommal, a korlátozottsággal és a betegség súlyosságával, ez önmagában nem magyarázza kellően a betegségekhez történő alkalmazkodás nemi különbségeit.

Néhány vizsgálat bepillantást enged azokba a nemi szocializációs folyamatokba, melyek szerepet játszhatnak a megküzdés és a betegséghez történő alkalmazkodás nemi különbségeiben. A személyiségpszichológiából ered a *tevékenység-orientált* (mastery) és



*kapcsolat-orientált* (communion) alkalmazkodási stílus megkülönböztetése – melynek extrém formái az abszolút tevékenység-orientáltság (unmitigated mastery) és az abszolút kapcsolat-orientáltság (unmitigated communion). A nemi szerepekkel összefüggő alkalmazkodási stílus kapcsolatban állt – többek között – a betegségekhez történő alkalmazkodással is (Helgeson, Fritz, 1998). A koncepciót eredetileg a maskulin, illetve feminin személyiség-sajátosságok leírására dolgozták ki. A tevékenység-orientált személyek elsősorban önmagukra és problémáik megoldására figyelnek stresszhelyzetekben. A kapcsolat-orientált személyek mások szükségleteire koncentrálnak és több érzelmet mutatnak az alkalmazkodásban. Az *abszolút tevékenységorientált* attitűd jellemzője az énközpontúság, a mások érdekeinek figyelmen kívül hagyása és az érzelmek kifejezésének nehézsége. Ezzel ellentétben az *abszolút kapcsolat-orientáltság* esetén az egyén kizárólag másokra figyel, túlzottan involvált mások gondozásában, akár a saját jólléte feláldozása árán is.

A *tevékenység-orientált* viszonyulást több vizsgálat – például prosztatatarákosok (Helgeson, Lepore 1997) és reumás betegek (Trudeau és mtsai 2003) esetében – összefüggésbe hozta a jobb testi és pszichológiai állapottal. Az *abszolút tevékenység-orientáltság* viszont kapcsolatban állt az érzelmek kifejezésének nehézségével, ami egy prosztatatarákos csoportban összefüggést mutatott az általános – és specifikusan a rákkal kapcsolatos – alkalmazkodási nehézségekkel (Helgeson, Lepore 1997). Az *abszolút kapcsolat-orientáltság* cukorbeteg kamaszlányok esetén kapcsolatban volt a cukorháztartás zavarával és a pszichológiai distresszel, valamint a reumás betegek kifejezettebb korlátozottságával és depresszív tüneteivel (Trudeau és mtsai 2003). Helgeson és Fritz (1998) eredményei szerint a túlzott másokra irányultság a saját személyes igények elhanyagolásához vezet.

Számos vizsgálat támasztja alá, hogy a *kapcsolatoknak* meghatározó szerepe van a nők *stresszválaszában* (Revenson 1994). A nők gyakrabban támaszkodnak támogató kapcsolataikra, és *kapcsolataik* lehetőséget adnak érzelmeik kifejezésére, a megküzdésükkel kapcsolatos visszajelzésekre, s a gyakorlati segítségre (például a gyerekek gondozásában). A nők *gyakrabban kérnek segítséget*, gyakrabban élnek azzal, és ez kevésbé rontja önértékelésüket (Schumaker, Hill 1991). A nők kapcsolat-orientáltsága előnyöket és ugyanakkor megterheléseket is eredményezhet (Brown és mtsai, 2003). Például nők a krónikus betegségükkel történő megküzdésük mellett gyakrabban gondoskodnak családtagjaikról. A krónikus betegségekkel kapcsolatos vizsgálatok (rák, szívbetegség, reuma) azt mutatják, hogy a nők *több distresszt élnek meg*, mind érintett betegként, mind gondozóként (Rohrbaugh és mtsai 2002). Ennek valószínű magyarázata, hogy *a másokról történő gondoskodás a női identitás meghatározóbb eleme* (Gilligan 1982), s ennek a

szerepek az elvesztése komoly fenyegetést jelent az önértékelés és a jóllét szempontjából. Ezért, akár betegként, akár gondozóként, a nők továbbra is figyelnek másokra, megtartják otthoni szerepeiket, ami további megterhelések forrása lehet (Revenson 2005).

Hasonlóan a többi kontextuális tényezőhöz, alapvető lenne a nemi szerepek hatását befolyásoló és azokat közvetítő mechanizmusok pontosabb megismerése. Taylor és mtai (2000) egy átfogó modellt dolgoztak ki a nők alternatív, *kapcsolati stresszválaszára* (gondozó-támogató [tend and befriend] reakció). Több száz humán- és állatkísérletes kutatás eredményei alapján úgy tűnik, hogy a nők adaptív stresszválasza inkább magába foglalja a másokról és önmagukról történő gondoskodást, valamint a védelmet nyújtó kapcsolatok megerősítését. Ennek a viselkedéses válasznak a biológiai háttere a kötődési/gondozási viselkedésrendszer, melynek hormonális háttere és szociokulturális interakciói részben már ismertek (Taylor 2007).

### 3. Az akut koronária-szindrómákat követő alkalmazkodás tényezői

Az iszkémiás szívbetegségek *sajátosságaik* és az ezekből adódó *alkalmazkodási feladatok* alapján a *krónikus folyamatos vagy ismételten kiújuló betegségek* csoportjába sorolhatók, melyekre jellemző, hogy a betegség többnyire megérthető és befolyásolható (Perrez, Michel 2005). Szívbetegségek esetében azonban az ismert kockázati tényezők inkább populáció szinten érvényesek, az egyéni kockázatok megítélésében több a bizonytalanság. A páciensek számára a betegség befolyásolása is komoly kihívást jelent, mivel az életmódbeli kockázati tényezők megváltoztatása a betegek részéről intenzív odafigyelést, erőfeszítéseket, gyakran professzionális segítséget – és emellett is – nem ritkán a visszaesések kudarcának feldolgozását igényli. A nehézségekkel szembesülve a betegek egy részénél a változtatással kapcsolatos reménytelenség- és tehetetlenségérzés alakul ki, másoknál pedig markáns elhárító-mechanizmusokat (például tagadást) figyelhetünk meg. Hosszabb távú alkalmazkodási feladat a betegség krónikus jellegének elfogadása. A szívbetegség diagnosztizálását követően a páciensnek újra kell értékelnie az önmagáról alkotott képét, s aktív betegszerepet kell kialakítania. Egyensúlyt kell találnia a szívbetegség kockázati tényezőire, tüneteire történő adekvát odafigyelés és a betegségből adódó fenyegetettség túlértékelése között.

A szívbeteg alkalmazkodásában az akut koronária-szindrómák objektív sajátosságai mellett meghatározó szerepet játszik a betegség szubjektív megélése, s a betegséggel kapcsolatos kognitív értékelő folyamatok. Erre utal Waltz és mtsai vizsgálata (1988), mely igazolta, hogy a betegség *fenyegető* vagy *veszteségként* történő megélése szignifikáns előrejelzője a kardiológiai betegek későbbi szorongásának és depressziójának.

#### 3.1 Alkalmazkodási folyamatok szívinfarktust követően

A *szívizom-infarktus* potenciálisan a leginkább akut megnyilvánulása a koszorúér-betegségnek, amely az érintett betegek számára extrém pszichés megterhelést jelenthet. Az infarktus kezdete többnyire váratlan és szorongással, halálfélelemmel társul. Ha a tünetek kevésbé drámaiak, önmagában a szívbetegség tudata is intenzív és gyakran hosszantartó érzelmi reakciókat provokál, ami ugyanakkor a páciens életmód-változtatásának katalizátora is lehet. A jellegzetes pszichológiai megterhelésekből adódóan a pszichokardiológiai kutatások jelentős része az infarktust követő érzelmi reakciókra irányult (Bennett 2007).

Az infarktus átélése során a megsemmisítő anginás fájdalom, a légszomj és a fenyegető tudatvesztés halálfélelmet válthat ki, amit gyakran kísér a tehetetlenség és a kiszolgáltatottság érzése. Az infarktus utáni lábadozás időszakában a testi integritás és az ösbizalomban vonatkozásában megélt veszteség intenzív gyászt és újabb akut szövődményektől való félelmet válthat ki. A betegeknek szembe kell nézniük megváltozott testképükkel, csökkent teljesítményükkel, hosszabb távon fennálló tüneteikkel és a potenciálisan életet veszélyeztető szövődmények kockázatával. A megélt vagy aggodalmasan előrevetített gyógyszer-mellékhatások vagy invazív terápiás beavatkozások további alkalmazkodást követelnek meg. Megterheléseket okozhatnak az előrevetített vagy reálisan bekövetkezett szociális változások és azok következményei is. A *krónikus betegségfázis*ban az időszakosan visszatérő tünetek és teljesítménycsökkenés konfliktusba kerülhetnek a betegség előtti – gyakran kifejezetten aktív – énképpel és életvezetési stílussal, ami a beteget életfelfogásának megváltoztatására kényszerítheti. Ez a folyamat időnként eredménytelen rágódáshoz, vagy a betegséggel szembeni görcsös küzdelemhez vezethet.

Összefoglalva elmondható, hogy a szívbetegség jelentős pszichés megterhelés lehet az érintett betegek számára, amelynek szubjektív értékelése sokkal súlyosabb lehet, mint az objektíve bekövetkezett testi károsodás (Herrmann-Lingen 2008).

Az infarktust túlélő betegek *pszichés traumatizációját* „ego infarction”-nak nevezi az irodalom, ami kifejezi, hogy a károsodás nem csak a szívizomzatra korlátozódik, hanem kihat az egész személyre. A szív károsodása a fantáziában gyakran kapcsolódik a vitalitás és a – szociális illetve szexuális – potencia elvesztéséhez. A szív – mint szerv – gyakran „vitalis motorként”, az egészség és az életképesség központjaként jelenik meg, amely az infarktus előtt magától értetődően működött. Ezt a betegek gyakran úgy fogalmazzák meg, hogy „ha a szívemmel baj van, akkor mindennek vége ...”. Az életfontosságú szerv elvesztésével vagy a kilyukadt szívvel kapcsolatos – és nem egy idővel stabilizálódó hegre vonatkozó – fantáziák további szorongások forrásai lehetnek, amit a hozzátartozók hasonló elképzelései is felerősíthetnek (Broadbent és mtsai 2006). Az infarktus feldolgozási folyamatában a reális szorongások gyakran keverednek neurotikus (hypochondriás és fóbiás) vagy poszttraumás tünetekkel (Herrmann-Lingen 2008).

### *Megküzdési stratégiák infarktust követően*

A szakirodalomban kevés követéses vizsgálat található az akut kardiológiai események utáni megküzdési folyamatok változásáról. Dörner és Muthny (2002) a rehabilitáció után 6 hónapig követték 123 akut eseményt átélt beteget. Heterogén vizsgálati mintájuk közel fele infarktusos, 1/3-a bypass-műtött betegekből állt. Az általuk vizsgált megküzdési módok (figyelemelterelés, értelemkeresés, bagatellizálás, aktív megküzdés) közül egyedül az aktív megküzdés tekintetében volt szignifikáns csökkenés a rehabilitációs kezelés befejezése és a fél éves utánkövetés között.

### *Érzelmi distressz*

Az infarktus pszichológiai következményei súlyosak és tartósak lehetnek. Wiklund és mtsai (1984) interjúkat készítettek olyan betegekkel, akik 1 évvel korábban infarktust éltek át. A betegek több mint egyharmada gondolatban még mindig sokat foglalkozott szívbetegségével, 74% nyilatkozott úgy, hogy aggódik kardiális állapota miatt. Az infarktuson átesettek 58%-a számolt be arról, hogy barátai és családtagjai óvják a fizikai terheléstől, aminek háttérében gyakran inkább a szorongás, mint a tünetek súlyossága állt. Az infarktust követő magas distressz-szintet pszichometriai skálák és standardizált diagnosztikus interjúk is megerősítik. Dickens és mtsai (2004) szerint, klinikai interjúk alapján, közvetlenül az infarktus után a depresszió incidenciája 20%. Azon betegek között, akik ebben a korai időszakban nem voltak lehangoltak, a követés 1 éve alatt később 21%-ban alakult ki depresszió. Szintén klinikai interjúk alapján Strik és mtsai (2004) azt találták, hogy az infarktust átélő betegek 31%-a vált depresszióssá (major vagy minor depresszió) az infarktust követő 1 évben. A depresszió legmagasabb incidenciáját az első hónapban tapasztalták. Lane és mtsai (2002) vizsgálata szerint a hospitalizáció alatt a betegek 31%-ában fordult elő magasabb depresszió-pontszám. Ez az arány 4 és 12 hónappal később 38 illetve 37% volt. A gyakoriságban jellegzetes *nemi különbségek* figyelhetők meg: szívbeteg nők általában több depressziós tünetről számolnak be, mint a férfiak.

A depressziós szívbetegek kevésbé motiválhatók a rehabilitációs kezelésre, és betegségük kockázati tényezőinek csökkentésére. A depressziótól szenvedőknél hangulatjavító hatású kockázati magatartásformák is lényeges szerepet játszhatnak, egyfajta pszichofiziológiai önszabályozásként. A dohányzás – különösen a nikotin – antidepresszív hatása jól ismert, amit a dohányzásról való leszokásban használt antidepresszánsok (például a bupropion)

kidolgozásában is figyelembe vettek. A túlzott táplálékbevitelnek szintén lehet hangulatjavító szerepe. A depressziós indítékszegénység és negatív világlátás csökkentheti az életmódváltoztatás motivációját, és gyengítheti a gyógyszeres kezeléssel történő együttműködést is (Herrmann-Lingen, Buss 2002).

A depresszió – az idegrendszeri változásokon kívül – számos szervrendszerben okoz patogenetikus jelentőségű élettani változásokat (vegetatív zavarokat, például a szívritmus variabilitásának csökkenését, s ezzel a ritmuszavar kockázatának növekedését; az alvadási rendszer aktiválódását, a vérrög-képződés megnövekedett kockázatát; a stressztengelyek hormonális változásait; gyulladásoz reakciókat, s ennek következtében az érfal-lerakódások destabilizációját; az endothel-sejtek működési zavarát, az afterload zavarával, alacsonyabb perfúzióval, iszkémiával [Rozanski és mtsai 2005]). A depressziós lehangoltság markáns hatással lehet a betegség megélésére, a betegek életminőségére, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére és az infarktust követő rokkantságra is.

Lane és mtsai (2002) korábban említett vizsgálatában az infarktust követő emelkedett *állapot-szorongás*ról is beszámoltak, amely a kórházi kezelés alatt a betegek 26%-ánál, 4 hónappal később 42%-ánál, 1 évvel az infarktus után pedig 40%-ánál volt megfigyelhető. A vizsgálat szerint a szorongás és a depresszió igen gyakran együtt fordult elő. Grace és mtsai (2004) az infarktus időszakában a betegek egyharmadánál tapasztaltak kifejezett szorongást. Ennek a betegcsoportnak az 50%-a egy évvel később is szorongó volt.

Az utóbbi időben több vizsgálat is foglalkozott az infarktust követő poszttraumás stressz-zavarral. A közlemények szerint a poszttraumás zavar aránya az infarktust követő egy évben kb. 8–10% lehet (Bennet és mtsai 2002).

A szív vitális jelentőségéből adódóan a szívbetegségek nagyon gyakran váltanak ki a páciensekben és hozzátartozóikban szorongásokat, melyek kezdetben reális veszélyt jeleznek, és pl. az orvosi segítség időben történő igénybevételében túlélési jelentőséggel bírnak. Azonban a *reális szorongások* is jelentős megterhelést jelentenek a beteg és környezete számára (beleértve az orvosokat is). Bármilyen háttere is van a szorongásnak, a kísérő vegetatív tünetek megterhelik a keringési rendszert. A szívfrekvencia, a vérnyomás, a ritmuszavar-hajlam fokozódása *ördögi kört* indíthat el, ami az akut szorongás további növekedéséhez vezethet. Instabil kardiális állapotban ez az ördögi kör prognosztikus szempontból is fenyegetettséget jelenthet, amennyiben kamrai ritmuszavarok, iszkémia, s a pumpafunkció zavara alakulhat ki (Herrmann-Lingen 2008).

A *tartós szorongás* hosszú távon azért is kedvezőtlen hatású, mert negatívan befolyásolja a beteg viselkedését, pl. kifejezett kímélő attitűd alakulhat ki, a testi, szexuális, munkahelyi aktivitás kerülésével, és romló általános életminőséggel. A kezdetben reális szorongások a lefolyás során diszfunkcionálissá válhatnak, önálló, a szívbetegség által provokált, másodlagos *szorongásos zavarok* alakulhatnak ki.

### *Pozitív érzelmi változások*

A negatív érzelmi reakciókkal kapcsolatos egyértelmű eredmények mellett, ezzel ellentétes tapasztalatokról is beszámolnak néhány vizsgálatban. Pl. Petrie és mtsai (1999) vizsgálata szerint az infarktust átélő betegek közel kétharmada számolt be pozitív változásokról az infarktus után 3 hónappal. A betegek leggyakrabban (közel 60%-ban) életmódjuk pozitív változásáról, kapcsolataik javulásáról, egészségük és életük nagyobb megbecsüléséről, céljaik újraértékeléséről és empátiájuk növekedéséről számoltak be.

### *Az érzelmi distressz prediktorai*

A distressz előrejelző tényezői a betegség lefolyása során változhatnak. Dickens és mtsai (2004) azt találták, hogy az infarktus időszakában a depressziót leginkább a fiatal életkor, a női nem, a korábbi pszichiátriai problémák, a társas elszigeteltség, az egyéb életvezetési problémák és a bizalmas kapcsolatok hiánya jelzik előre. Az infarktust követő 1 év alatt a depresszió kialakulása kapcsolatban állt a gyakori anginás tünetekkel. Strik és mtsai (2004) hasonló összefüggéseket találtak a pszichiátriai előtörténet, a depresszió, a nem és az életkor között. Infarktust követően a nők és a fiatal férfiak nagyobb valószínűséggel váltak depresszióssá. A poszttraumás stressz-zavart több tényező előre jelezheti, pl. az emocionális labilitás személyiségvonása, az infarktussal kapcsolatos tolakodó gondolatok magas szintje és a társas támogatás hiánya (Bennett és mtsai 2002).

A depresszió szempontjából nagyobb a kockázata azoknak a betegeknek, akiknél maladaptív személyiségvonásokat találunk (például D-típusú személyiséget), és azoknak, akik már az akut betegségszakaszban szubklinikus, magasabb depresszivitást mutattak. A kialakulásban fontos szerepe lehet szituatív tényezőknek is, például a védett kórházi környezetből hazatérve, a betegséggel kapcsolatos tudattalan tagadások váratlanul összeomolhatnak – szembesülve a

mindennapos követelményekkel, a csökkent teljesítőképességgel és a családtagok túlzott aggodalmaival („homecoming depression”) (Herrmann-Lingen 2008).

Garcia és mtsai (1994) vizsgálata szerint a pszichopathológiai tüneteket nem mutató infarktusos betegek inkább a problémamegoldást, míg a tüneteket mutatók inkább elkerülő stratégiákat használtak. A diszkriminanciaanalízis eredménye alapján a pszichiátriai zavart elsősorban az akut időszak során jelentkező depresszió és a problémamegoldó stratégiák hiánya határozta meg. A pszichopatológia súlyossága összefüggött az elkerülő stratégiákkal és a korai depresszív reakciókkal.

Julkunen (1994) 243 infarktusos beteget vizsgált az akut időszakban, majd 12 hónappal később. A követés azt mutatta, hogy a tagadó és a rezignált megküzdés jelezte külön-külön legjobban előre a munkahelyi visszailleszkedés egy évvel későbbi elmaradását, valamint a szubjektív egészségérzést. Egy összesített kockázati index szignifikánsan korrelációt mutatott a munkábaállás és a szubjektív egészség kritériumaival. Nem volt ugyanakkor kapcsolat az index és az orvosi és demográfiai változók között.

A *tagadás* több úton is hatással lehet a szívbetegséghez történő alkalmazkodásra. Egyes vizsgálatok a tagadás és a rövidebb hospitalizáció (Levine 1987), illetve alacsonyabb mortalitás és nagyobb mindennapi aktivitás között mutattak ki kapcsolatot (Havik 1988). Számos vizsgálat igazolta a tagadás (elkerülés vagy represszió) pozitív hatását a rövidtávú érzelmi egyensúlyra. Nem egyértelmű ugyanakkor a tagadás hosszú távú hatása az érzelmi állapotra, s a pszichoszociális alkalmazkodásra. Van Elderen (1999) nem talált összefüggést a tagadás és a hosszú távú pszichoszociális alkalmazkodás között, míg más vizsgálatok a hosszú távú tagadás negatív hatását igazolták az érzelmi állapot vonatkozásában (Doering, 2004; Levine, 1987). Van Elderen, Maes és Dusseldrop (1999) a megközelítő és elkerülő megküzdést, valamint alkalmazkodási kritériumként a szorongásosságot, depressziót és jóllétet vizsgálták (278 beteget 1, 3 és 12 hónappal az akut kardiális esemény után). A kiindulási keresztmetszetben szignifikáns negatív kapcsolat volt a közelítő megküzdési stratégiák és a jóllét között, továbbá pozitív kapcsolat a szorongással és a depresszióval. Az elkerülés az első időpontban pozitívan korrelált a jóléttel, és negatívan a szorongással. Hosszmetszetben azonban negatív kapcsolat volt az első időpont közelítés-stratégiája, valamint a későbbi időpontok szorongása és depressziója között; a közelítő coping pozitív kapcsolatban állt a későbbi jóléttel is.



Shnek és mtsai (2001) a diszpozicionális *optimizmus* közvetlen pozitív hatását mutatták ki szívbetegeknél: a kórházi kezelés után egy hónappal tapasztalt optimizmus kevesebb depresszív tünetet jelzett előre 1 évvel később. Muthny (1992) összehasonlító vizsgálata az igazolta, hogy az *aktív, problémaorientált megküzdés* (melynek része volt az orvosokba vetett bizalom és a compliance révén történő megküzdés is), adaptív volt az egy évvel korábban infarktust elszenvedett páciensek esetében.

Hughes és mtsai (2004) a *társas támogatás*, a vallásosság és a szívbetegek szorongása közötti összefüggést vizsgálták hospitalizált szívbetegek esetében. A kérdés jelentőségét nyomatékosítja, hogy a szorongás a szívbetegek morbiditásának és mortalitásának független kockázati tényezője. Azt találták, hogy a társas támogatottság és a vallásosság magasabb szintje alacsonyabb szintű szorongással kapcsolódott. További vizsgálatok során, a társas támogatás kontrollját követően, a vallásosság már nem befolyásolta a szorongást. Tehát a társas támogatás közvetlenül és közvetve is hatással lehet a szívbetegek pszichés és testi állapotára.

Brummet és mtsai (1998) a kórházi elbocsátás után egy hónappal vizsgálták a társas támogatottság, az ellenségesség és a kezdeti depresszivitás hatását a depresszió kialakulására. A kiindulási depresszióértékek, az életkor, a nem és a betegség súlyosságának korrekcióját követően az alacsony szintű társas támogatottság független előrejelzője volt a depressziós tünetek lefolyásának. Az ellenségesség csak közvetett előrejelző volt – azáltal, hogy negatívan korrelált a társas támogatottsággal. A fenti eredmények értékelésében fontos, hogy kevésbé a társas támogatás objektív elérhetősége, mint inkább annak szubjektív értékelése a döntő tényező. West és mtsai (1995) a *bizonytalan kötődés* szerepét vizsgálták az általános distresszre; infarktust követően, a rehabilitáció alatt vizsgálták a betegeket: a szeparációs szorongás és a közelség-keresés tényezői alapján lehetett leginkább elkülöníteni a magas és az alacsony distresszt átélő betegeket.

Az észlelt társas támogatottság összefügg a *szociális státusszal* is. Sykes és mtsai (1999) egy évvel a kórházi kezelést követően vizsgálták a szocioökonómiai státusz, a társas környezet és a depresszivitás hatását a betegek élettel való elégedettségére. Azt találták, hogy az alacsonyabb szociális státuszú betegek a környezetüket kevésbé támogatónak élik meg, és önmagukat lehangoltabbnak érzik. A depresszió mértéke a szociális státusszal és a támogatottsággal együtt a lefolyás varianciájának 10–28%-át magyarázta.

A szívbetegek copingjával foglalkozó kutatások szerint a *nők* gyakrabban használnak társas megküzdési formákat és magasabb szintű társas támogatottságról számolnak be (Kristofferzon 2003, 2005), bár kevesebb információt és fizikai támogatást kapnak (Young 1993). A férfiak házastársukat támogatóbbnak élik meg, és inkább igénybe veszik támogatásukat, mint a nők (Kristofferzon 2005). Kevés adat támasztja alá a megküzdési stílus nemi különbségeit. Más populációk korábbi vizsgálatait azt mutatták, hogy a férfiak több aktív, problémafókuszú stratégiát, míg a nők több passzív, érzelemfókuszú stratégiát használnak. Szívbetegek esetében azonban nincs ilyen egyértelmű nemi különbség a megküzdési mintázatban. Úgy tűnik, a betegek probléma-, és érzelemfókuszú megküzdéseket egyaránt használnak – helyzettől függően. Néhány vizsgálat azt találta, hogy a nők összességében több megküzdési erőfeszítést mutatnak, mint a férfiak (Bogg, 2000; Kristofferzon, 2005). Ez arra utalhat, hogy a nők a szívbetegeket megterhelőbbnek élik meg, mint a férfiak, így nagyobb megküzdési repertoárt használnak.

Szívbetegek esetében a maszkulin vonásokkal összefüggő *tevékenység-orientáltság* kapcsolatban állt a jobb testi és pszichológiai állapottal. Az *abszolút kapcsolat-orientáltság* pedig összefüggést mutatott a szívpanaszok miatti késői orvoshoz fordulással (Helgeson 1990), a javasolt életmód-változtatással kapcsolatos alacsonyabb compliance-szel (Helgeson 1993), problémás egészségmagatartással, negatív társas interakciókkal, magasabb depresszivitással, illetve az első koronária eseményt követő szívpanaszokkal (Fritz 2000).

A betegséghez történő alkalmazkodást vizsgálva *nehéz különválasztani a betegség-kontextus és a nemi szerepek hatását*. Pl. a szívizominfarktussal foglalkozó vizsgálatok többsége férfibetegekre és feleségeikre irányul. Egy szívrohamot követően a férfiak hajlamosak munkahelyi aktivitásukat és felelősségvállalásukat visszafogni és hagyják, hogy feleségük gondoskodjon róluk. Ezzel ellentétben, a kórházból hazatérő infarktust elszenvedett nők hamarabb felveszik otthoni szerepeiket, gondoskodnak családtagjaikról és segítséget inkább lányuktól és szomszédaitól kapnak, mint egészséges férjüktől (Rose és mtsai 1996).

#### *Az érzelmi distressz következményei*

Az érzelmi reakciók markáns hatással lehetnek a *koszorúér-betegség* infarktus utáni *kimenetelére*. A depressziós és szorongó betegek kevésbé vesznek részt rehabilitációs programokban, mint azok, akik alacsonyabb distresszt mutatnak (Lane és mtsai 2001). Az infarktus utáni évben intenzív negatív érzelmekkel jellemezhető betegek gyakrabban

igényelnek szakorvosi vizsgálatot és kórházi újrafelvételt. Ennek háttérében jelentős részben inkább a betegek aggodalmi, mint igazolt kardiális problémák állnak (Strik és mtsai 2004). A hangulat csak mérsékelt hatással lehet az egészségtelen életmód megváltoztatására – bár egyelőre meglepően kevés megbízható követéses vizsgálat foglalkozott ezzel a problémával. Huijbrechts és mtsai (1996) szerint 5 hónappal az infarktus után a depressziós és szorongó betegek kisebb eséllyel hagyták abba a dohányzást, mint az érzelmileg kevésbé terhelt csoportba tartozók. Hasonló eredményeket kaptak Havik és Maeland (1988), akik azt tapasztalták, hogy legkevésbé azok a betegek hagyták abba a dohányzást, akik az infarktus után 1 hónappal markáns depressziót mutattak. Bennett és mtsai (1999) a fizikai aktivitás alacsony szintje és a depresszió közötti mérsékelt összefüggésről számoltak be, de nem találtak különbséget a depressziós illetve nem depressziós betegek között a dohányzás gyakorisága, az alkoholfogyasztás és az étkezési szokások tekintetében. Shemesh és mtsai (2004) vizsgálatában az aszpirin-kezeléssel kapcsolatos alacsony adherenciát a poszttraumás tünetek emelkedett szintje jelezte előre – míg a depresszió- és az általános distressz-pontszám nem bizonyult szignifikáns prediktornak.

A depresszió hatással lehet a páciens *szociális-anyagi helyzetére* is. A vizsgálatok szerint a vezető beosztású fiatal férfiak tértek vissza legvalószínűbben korábbi hivatásukba. A hangulat és a munkával kapcsolatos elvárások szintén jelentősen befolyásolták a munkába történő visszatérést. A depresszió következetesen kapcsolódik a rehabilitáció utáni későbbi munkába állással, a rokkantnyugdíjazással, valamint a munkával és a szociális helyzettel kapcsolatos alacsonyabb elégedettséggel (Bennett 2007). Söderman és mtsai (2003) vizsgálata szerint a depresszió előrejelzi a teljes munkaidőben történő munkavégzés alacsonyabb szintjét, és a csökkentett munkaidejű státusz választását. A későbbi munkába állás összefüggésben volt az egészséggel kapcsolatos aggodalmakkal és a társas támogatás alacsony szintjével. Az infarktus utáni alacsonyabb aktivitás kapcsolatban állt a magasabb életkorral, az egészség miatti aggodalmakkal és a páciens szubjektíve alacsonynak megélt fizikai terhelhetőségével (függetlenül a tényleges kapacitásától).

### *Kognitív reakciók*

Szívbetegek esetében az eddigi vizsgálatok alapján nem teljesen egyértelmű, hogy a lehangoltság és egyéb negatív érzelmek milyen mechanizmusokon keresztül befolyásolják a páciens viselkedését. Valószínű, hogy kognitív folyamatok közvetítik a viselkedésre történő

hatást. A közvetítő mechanizmusok vizsgálatára alkalmas elméleti keret a *szubjektív betegségelmélet* koncepciója, illetve az ezen alapuló Betegségpercepció Kérdőív. E kérdőív használatával Petrie és mtsai (1996) azt találták, hogy a rehabilitációs kezelésben történő részvétel szignifikáns kapcsolatban áll a betegek azon meggyőződésével, hogy a betegség gyógyítható és befolyásolható. A 6 héten belüli ismételt munkába állást szignifikánsan előre jelezte, hogy a páciens az infarktust rövid ideig tartónak és kevésbé súlyos következményekkel járónak élte meg. Az a meggyőződés, hogy az infarktus súlyos következményekkel jár, szignifikáns kapcsolatban állt a rokkantnyugdíjazással, illetve a mindennapi aktivitás és a társas interakciók alacsonyabb szintjével. A 3 és 6 hónapos követés időpontjában a betegséggel összefüggésben megélt szubjektív tünetek szintje (pl. a fáradtság) szignifikáns kapcsolatban állt a szexuális diszfunkciókkal. A negatív betegség-reprezentációk nagy valószínűséggel kapcsolatban állnak a depresszióval és/vagy a szorongással – bár ezek összefüggését egyelőre kevésbé vizsgálták.

A betegséggel kapcsolatos kontroll-attitűdök változását és ennek kapcsolatát a szorongásos és depressziós tünetekkel Blair és mtsai (1999) vizsgálták infarktust átélt betegek esetében. Eredményeik szerint a belső kontroll attitűd-jelentős növekedése figyelhető meg a 6 hetes rehabilitációs program végéig, amely nem csökken a fél éves követés időpontjáig. A fatalisztikus attitűd szignifikáns csökkenést mutat fél évvel az infarktus után. A szívbetegség sorsszerűségének megélése szoros kapcsolatban volt a szorongásos és depressziós tünetekkel, a belső kontroll attitűd viszont nem korrelált az érzelmi distresszel.

### **3.2 Alkalmazkodási folyamatok bypass-műtétet követően**

Az általános klinikai vélemény szerint más műtétekkel összehasonlítva, szívműtétet követően viszonylag gyakoribbak a pszichológiai zavarok. Ez az álláspont azonban nem az empirikus kutatásokon alapul. Szívűtétet követően standardizált diagnosztikus interjúkat használó vizsgálatok a pszichiátriai zavarok általános csökkenését mutatják. Bár a bypass-műtét többnyire hatékonyan enyhíti az anginas tüneteket, sok beteg mégis kifejezett pszichés megterhelésként éli meg a szívűtétet (Stygall, Newman 2007). A vizsgálatok a szorongás hasonló mintázatát találták, mint más műtétek esetében: közvetlenül a műtét előtti és utáni napokban a szorongás jelentősen növekszik, amit a műtét utáni hetekben és hónapokban

jelentős csökkenés követ (Rymaszewska és mtsai 2003). A betegek szoronghatnak testi állapotuk miatt és aggódhatnak a műtét sikerességéért. A késői posztoperatív időszakban tartósan fennálló szorongás és depresszió a műteti eredmény miatti csalódottság, vagy az alkalmazkodási nehézségek kifejeződése lehet. További szorongások forrása lehet a kudarcoktól való félelem, mely munkahelyi és családi konfliktusokhoz kötődhet (Duits 1998). Bár néhány vizsgálat a műtét előtt a depressziós tünetek magasabb szintjét írta le, a lehangoltság mégis jóval gyakoribb a műtét utáni időszakban. Timberlake (1997) vizsgálatában a Beck Depresszió Kérdőív pontszáma alapján a betegek 37%-a volt depressziós a műtét előtt, 8 nappal utána 50%, 8 héttel később 24%, az egyéves követéskor pedig 23%. Mindegyik követési időpontban a műtét előtti depresszió volt a műtét utáni depresszió legjobb előrejelzője.

A major depresszió prevalenciája a szívűtét előtt és után hasonló, kb. 20–25% (Connerney és mtsai 2001). A különböző vizsgálatok nem találtak különbséget a bypass- és a billentyűűtétet követő érzelmi változásokban. Mind a szorongás, mind a depresszió előrejelzi a műtét utáni kedvezőtlen kimenetelt (pl. Connerney és mtsai 2001, Rymaszewska és mtsai 2003). Míg a korábbi kisebb vizsgálatok (pl. Connerney és mtsai 2001) nem találtak kapcsolatot a depresszió és a műtétet követő halálozás között, egy nagy minta 12 éves követése során Blumenthal és mtsai (2003) azt tapasztalták, hogy a depresszió a mortalitás független előrejelzője.

A vizsgálatok szerint a műtét utáni depressziós hangulatot számos egyéb tényező is befolyásolja. Pl. Coombs és mtsai (1989) vizsgálata szerint az érzelmi támogatás a műtét utáni napokban mutatja a legmagasabb szintet, és a műtét után 5 nappal illetve 3 hónappal tapasztalt kifejezett *társas támogatás* szignifikáns kapcsolatban állt az alacsonyabb szintű depressziós tünetekkel. Ez a kapcsolat azonban nem volt igazolható a műtét után 6 és 12 hónappal, ami arra utal, hogy a hangulatra csak a bypass-űtét utáni korai időszakban észlelt társas támogatás van hatással.

A bypass műtét előtt tapasztalt *optimizmus* kapcsolatban volt a kifejezettebb problémafókuszú megküzdéssel és a tagadás alacsonyabb szintjével, valamint előre jelezte a rövidebb kórházi kezelést és a mindennapi életbe történő hamarabbi visszatérést (Scheier és mtsai, 1989).

A műtét utáni hangulat szempontjából szintén jelentős a páciens *szubjektíve* megélt *egészségi állapota*. Coombs és mtsai (1989) vizsgálata szerint a mellkasi fájdalom és a szubjektív egészségi állapot jelentősen hozzájárultak a 3 és 6 hónapos követés során tapasztalt

depressziós hangulathoz. A szerzők értelmezése szerint az összefüggést a betegek műtét eredményével kapcsolatos növekvő aggodalma magyarázhatja.

Strauss és mtsai (1992) vizsgálata szerint a műtét előtti kifejezett szorongás, depresszió és elégedetlenség előrevetíti a fatalisztikus attribúciót, a szívvel kapcsolatos szomatizációs tüneteket, a szorongást, depressziót és a betegséggel kapcsolatos pesszimizmust. A követés során ezek a magasabb kockázatú betegek kifejezett depresszív megküzdést, több kognitív és neurológiai, valamint pszichopathológiai tünetet mutattak. Kisebbségi eséllyel álltak újból munkába, több testi panaszuk volt és az operáció eredményét negatívabban értékelték.

A szívűtét előtti betegoktató programok hatékonyságával is foglalkoztak vizsgálatok. Shuldham és mtsai (2002) összehasonlították egy műtét előtti egynapos oktató program, illetve a rutin műteti felkészítés hatását. Nem találtak különbséget a csoportok között a fájdalom, a szorongás, a depresszió és a pszichés jóllét vonatkozásában, de – meglepő módon – az oktatásban résztvevő csoport hosszabb kórházi tartózkodását tapasztalták. Ezzel ellentétben Arthur és mtsai (2000) vizsgálatában azok a betegek, akik mozgásprogramban, oktatásban és rendszeres megerősítésben részesültek, korábban mentek haza a kórházból, és a műtét után fél évvel jobb életminőségről számoltak be. Egyelőre nem teljesen egyértelmű, hogy melyek a legfontosabb összetevői a műtetre felkészítő programoknak, de meg kell jegyezni, hogy az utóbbi idézett vizsgálat egy több héten át tartó intenzív program volt.

### **3.3 A szívbetegségekhez történő alkalmazkodást segítő intervenciók hatása**

Azok a pszichoszociális intervenciók, melyek az ellenségesség csökkentésére irányultak, meggyőző eredményeket mutattak a morbiditás és a mortalitás csökkenésében, valamint az *életminőség* javulásában (Linden és mtsai 1996, Ornish és mtsai 1998).

Az intervenciókkal foglalkozó áttekintő tanulmányok alátámasztják azok *hasznosságát* az alkalmazkodás javításában, főleg a betegséghez kapcsolódó életterületeken. Pl. egy *pszichoedukációval* foglalkozó (életmóddal kapcsolatos oktatás, stresszkezelés) 37 tanulmányt átfogó metaanalízis koszorűér betegek esetében azt találta, hogy a programok 34%-kal csökkentették a kardiális halálozást, 29%-kal csökkentették a szívizom infarktus ismétlődését, és pozitív hatásuk volt a depresszióra, a szorongásra, valamint a szívbetegség

kockázati tényezőire, pl. a vérnyomásra, a koleszterinszintre, a testsúlyra, a dohányzásra, a fizikai aktivitásra és az evési szokásokra (Dusseldorp és mtsai 1999).

## 4. Egészségre vonatkozó életminőség

### 4.1 Az életminőség fogalom fejlődése és alkalmazásai

Az életminőség fogalom a szociális tudományokban először a múlt század 40-es, 50-es éveiben jelent meg (Bullinger 1998). A kezdeti koncepciók az életminőséget az objektív élethelyzet és annak szubjektív értékelése közötti *kongruencia mutatójaként* értelmezték, amely az *elvárások és a tényleges* élethelyzet összehasonlítását tükrözi (Bullinger és mtsai 2000). A medicinában a fogalom a 60-as évek végén jelent meg. Orvosi vonatkozásokban az életminőség hangsúlyai eltolódtak, amit mutat az általánosan használt „egészségre vonatkozó életminőség” (health related quality of life) fogalom is. A vizsgálatok fókuszába a különböző krónikus betegségben szenvedő, funkcióhianyatlást, rokkantságot átélő emberek állapota és működési szintje került.

A 80-as évektől az életminőség fogalom általánosan elterjedt a medicinában és fontos kutatási területté fejlődött (McGee 2004). Orvosi szempontból gyakran megfogalmazódik az életminőség-kutatásokkal szembeni kritika, hogy olyasmit vizsgálnak, ami mindig is az orvoslás legfontosabb törekvései közé tartozott. Ez a kritika részben jogos, de az életminőség-kutatások kétségtelen érdeme, hogy a betegek jóllétének objektívebb és empirikusan kutatható modelljeit dolgozták ki (Kerekjarto és mtsai 1989).

A múlt század 70-es éveiben az életminőség orvosi vonatkozásaival kapcsolatban elsősorban elméleti-filozófiai viták zajlottak (hogyan határozható meg az életminőség, hogyan mérhető?, stb.). A 80-as évektől az alapvető elméleti viták elcsendesültek, s előtérbe kerültek az életminőség mérésével, operacionalizációjával és a mérőeszközök pszichometriai jellemzésével kapcsolatos vizsgálatok. Annak ellenére, hogy a mai napig nem rendelkezünk általánosan elfogadott életminőség-elmélettel, a fontosabb betegségek esetében megszorodtak a különböző életminőség-vizsgáló eszközök, többnyire önkitöltő kérdőívek. A 90-es évektől az életminőség-vizsgáló módszerek klinikai alkalmazása került előtérbe, pl. kohorsz-vizsgálatok és a különböző terápiás módszereket összehasonlító, értékelő vizsgálatok keretében (Bullinger és mtsai 2000).

Az elmúlt három évtizedben több tízezer publikáció született az életminőség témájában. A téma iránti robbanásszerűen megnőtt érdeklődés hátterében több tényező valószínűsíthető:



- világszerte problémává vált az egészségügyi *költségek* csökkentésének kényszere, ami szükségessé tette a különböző terápiás módszerek értékelését, túl a hagyományos biológiai paramétereken;
- megnőtt a kétely a biológiai paraméterekre leszűkítő eredményesség-kutatásokkal szemben, elsősorban a *krónikus* betegségekkel összefüggésben;
- a páciensek jogainak előtérbe kerülésével egyre több kritika éri az olyan módszereket, melyek a technikailag megvalósíthatóság mellett kevésbé veszik tekintetbe azok *pszichoszociális következményeit* (gondoljunk a rákos betegek egyre növekvő csoportjára, akik „tudománytalan”, „alternatív” kezelési módszereket keresnek).

Az életminőség-kutatások három fontos területe írható le napjainkban:

- a különböző *betegcsoportok életminőségi sajátosságainak* leírása, és ezeknek az információknak az egészségpolitikai felhasználása;
- a különböző *kezelési módszerek* átfogó *értékelése* keresztmetszeti és hosszmetzeti, valamint kísérleti vizsgálatokban;
- egészség-gazdaságtani *költség-haszon elemzések*;

Napjainkban a legtöbb vizsgálat olyan betegségekre vonatkozik, melyekben magas a halálozási arány, melyekben súlyos szomatikus krízisek fordulnak elő, illetve amelyek kezelése nagy értékű erőforrásokat igényel. Az életminőség szempontjából fontos klinikai területek az onkológia, a sebészet, a kardiológia és a pszichiátria.

## **4.2 Az életminőség szintjei és meghatározásai**

### *4.2.1 Általános életminőség*

Az életminőség meghatározásával és elméleti modellezésével foglalkozó szakirodalomban meglepően kevés teoretikus megközelítést találhatunk (Taillefer és mtsai 2003). Ez annál inkább elgondolkodtató, mivel a fogalmat az irodalom széles körben használja, és hasonló konstrukciókkal – mint pl. a boldogság, a jóllét és elégedettség – számos elmélet foglalkozik.

Hofmann (1991) nem lát ellentmondást az elméleti megalapozatlanság és a fogalom népszerűsége között, mivel úgy gondolja, hogy az életminőség koncepció elterjedtsége éppen annak tartalmi meghatározatlanságával függ össze. Úgy gondolja, hogy az életminőség általános fogalmára nagy szükség van az értékek pluralizmusát képviselő társadalmunkban. Ha abból indulunk ki, hogy mindenki a maga módján képes boldog lenni, nem várható, hogy az emberek életük minőségét egységes szempontok szerint értékeljék.

Több szerző megkérdőjelezi, hogy az életminőség alapvetően meghatározható és mérhető-e. Az életminőség különböző felfogásaira jellemző, hogy az életminőség mérését is eltérően közelítik meg (McGee 2004):

- Az individuális életminőségre összpontosító modellek abból indulnak ki, hogy az életminőség csak *egyéni szinten határozható meg*. Az életminőség szempontjából lényeges *dimenziók* és azok *jelentősége* személyenként változik. Az életminőséget csak individuálisan lehet leírni és megérteni, pl. azáltal, hogy az egyén milyen mértékben képes céljait elérni.
- Egy másik nézőpont azt képviseli, hogy az életminőség *implicit konstruktum*, amely sem egyéni, sem általános szinten nem mérhető közvetlen rákérdezéssel. Az életminőséget csak a páciens preferenciái alapján mérhetjük, pl. az „X vagy Y állapot kedvezőbb-e az életminősége szempontjából?” kérdésre adott válasz alapján. Ezt a megközelítést képviselik az életminőség *haszonelvű meghatározásai*, melyeket elsősorban egészséggazdasági vizsgálatokban használnak.
- A *pragmatikus modellek* abból indulnak ki, hogy az életminőség néhány *általános* – az egyéni szinten túlmutató – *dimenzió* alapján írható le. Ezt a koncepciót követi az életminőség-kutatások többsége, kevésbé elméleti, mint inkább praktikus megfontolások alapján.

Az életminőség modellek utóbbi csoportja az életminőséget *operacionálisan*, mint a testi, pszichés és szociális dimenziók *szubjektív megélését*, és ezen életterületek *működési szintjét* határozza meg (Bullinger 2000; Costantini és mtsai 2000). Az életminőség további komponenseinek tekinthetők még a szexualitás, a testkép és az anyagi helyzet is (Bullinger, 2000; Grumann, Schlag 2001). Az alapvető **dimenziók** száma és operacionalizálása szerzőnként jelentős különbségeket mutat. A különböző életminőségi szempontokról jó áttekintést ad Küchler modellje (Küchler, Bullinger 2000).

**1. táblázat Az életminőség alapvető dimenziói (Küchler, Bullinger 2000)**

<b>Dimenzió</b>	<b>Életminőségi szempontok</b>
<b>Testi szint</b>	Funkcionális státusz, általános testi panaszok, betegségtünetek, terápiás mellékhatások, fájdalom
<b>Pszichés szint</b>	Alkalmazkodási készség, percepció sémák, érzelmi állapot, kognitív képességek, motiváció, kommunikatív készségek
<b>Interperszonális szint</b>	A fontos kapcsolatok szubjektív megélése, a kapcsolat-készség szubjektív értékelése, a kapcsolati hálózat megélése
<b>Szocioökonómiai szint</b>	A munka és teljesítmény, az anyagi helyzet, lakáskörülmények, szabadidős lehetőségek értékelése
<b>Spirituális szint</b>	Vallásosság, az élet értelmének megélése, morális értékek

Az életminőség komplexebb és kevésbé összefoglaló jellegű definícióját dolgozta ki az Egészségügyi Világszervezet (WHO) életminőség-munkacsoportja: „Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszere, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magában foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet meghatározó tényezőihez fűződő viszonyát” (World Health Organization, 1997; idézi Kullmann, 2010).

#### *4.2.2 Egészségre vonatkozó életminőség*

Az *egészségre vonatkozó életminőség* az elmúlt évtizedekben egyre gyakrabban vizsgált kimeneti változó a klinikai kutatásokban (Bradley, Tamburini 2003). Az egészség és betegség kontextusában használt életminőség-fogalomnak is több meghatározása lehetséges. Köhler és mtsai (1991, 1365. o.) tömören úgy határozzák meg az egészséggel kapcsolatos életminőséget, mint a „testi és lelki állapot, illetve a társas integráltság *személyes megítélését*, figyelembe véve a betegség és a kezelés hatását”.

Bullinger és mtsai szerint az egészségre vonatkozó életminőség *látens konstruktum*, mely a *jóllét* és a *cselekvőképesség* pszichés, szociális és szomatikus dimenzióit írja le, s amely a beteg emberek mindennapi tapasztalatát tükrözi. A konstruktumban különösen jelentősek azok a szempontok, melyek a beteg megélésében rövidebb-hosszabb távon változhatnak.

Az életminőség általános meghatározásával szemben, az egészségre vonatkozó életminőség esetében háttérbe szorulnak azok a szempontok, melyeket a betegség és a kezelés nem befolyásol (pl. politikai szabadság, lakáskörülmények, jövedelem; Beckie, Hayduk 1997). Ezen szempontoktól eltekintve kevés különbség figyelhető meg az életminőség általános meghatározásához képest, annak ellenére, hogy az életminőség alapvetően mást jelent egy beteg, mint egy egészséges ember számára (Kopp, Pikó 2006).

Az életminőség és az egészségre vonatkozó életminőség gyakori szinonim használata tükrözi a kutatási terület konszenzusainak hiányát. A tágabb és szűkebb értelemben vett életminőség empirikus megkülönböztetésével Rose és mtsai (2000) vizsgálata foglalkozott.

Bár az egészséggel kapcsolatos életminőség koncepciója az elmúlt évtizedekben népszerűvé vált a klinikai kutatásokban, mégis viszonylag kevés ismerettel rendelkezünk az életminőség bio-pszicho-szociális háttértényezőiről. Ennek egyik oka, hogy a pszichoszociális kutatások döntően az egészségre vonatkozó életminőség dimenzióinak leírásával, és annak megbízható mérésével foglalkoztak. A téma nemzetközi szakirodalmában kevés elméleti modell található az életminőség/egészségi állapot különböző szintjeinek leírására. S egyelőre csak néhány elméleti próbálkozás ismert az életminőséggel kauzális kapcsolatban álló komplex feltételrendszer integrálására – az objektívebben megragadható biológiai szintjétől a szubjektívebb általános életminőségig. Ebből adódóan arról is kevés megbízható ismerettel rendelkezünk, hogyan javítható a különböző krónikus betegségekben szenvedő betegek életminősége (Wilson, Cleary 1995).

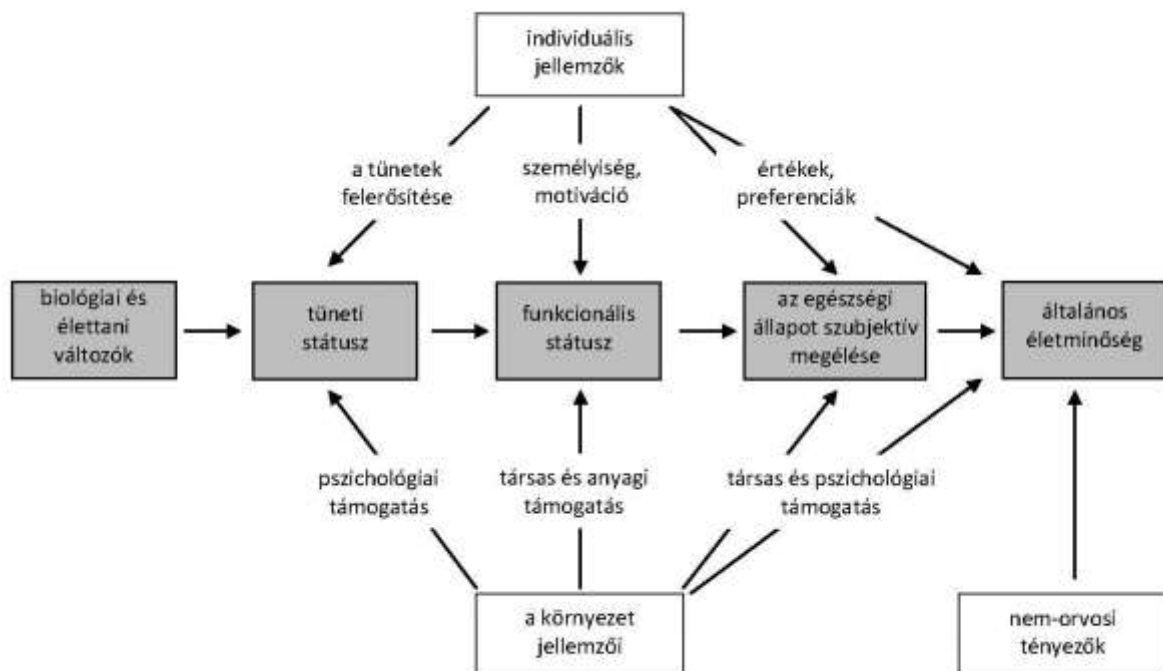
Wilson és Cleary (1995) egy olyan életminőség-modellt dolgoztak ki, mely elméletileg elkülöníti az egészségi állapot/életminőség különböző szintjeit és leírja az egyes szintekkel feltételezhetően kauzális kapcsolatban álló biológiai, pszichológiai és környezeti tényezőket (1. ábra).

A modell jelentős elméleti törekvés a biomedikális és a pszichoszociális paradigmában történő kutatások eredményeinek egymásra vonatkoztatására és integrálására. A modell alapján az életminőség/egészségi állapot különböző szintjei egy kontinuum mentén

helyezhetők el, melynek egyik végén biológiai paraméterek találhatók, mint pl. a szérumban albumin-szint vagy a hematokrit, másik végén pedig komplexebb és integráltabb mutatók, mint a testi funkció és a szubjektív egészség.

A *biológiai, élettani* szint a sejtek, a szervek és szervrendszerek működésére vonatkozik. A *tüneti státusz* szintje a beteg által kórosnak megélt testi, érzelmi és kognitív állapotokat foglalja magában. A tünetek kapcsolata a biológiai, élettani szinttel nyilvánvaló, mégis számos klinikai példa és empirikus kutatási eredmény támasztja alá, hogy a biológiai változások és a tünetek között gyakran nincs szoros kapcsolat. Például a baloldali fő koszorúér 70 %-os szűkületet érhet el, mire a betegnél iszkémiás tünetek jelentkeznek. A másik végletre példa a depresszió, amelynek – jelen ismereteink alapján – nincs specifikus biológiai háttere, mégis markáns tüneteket okozhat.

**1. ábra. Wilson és Cleary (1995) életminőség-modellje**



A *funkcionális státusz* a tüneti szinthez hasonlóan fontos integrációs pont a modellben. A funkcióképesség mérésekor az egyén teljesítményét vizsgáljuk meghatározott feladathelyzetekben (például a testi és mentális funkciók szintjét). A tünetek alapvetően meghatározzák a páciens működőképességét, de emellett személyisége, motivációja, kapcsolatai és életkörülményei is befolyásolják, hogy betegsége milyen mértékű

funkciókárosodást okoz. A tünetek és a működőképesség közötti összefüggéssel foglalkozó kutatások alátámasztják, hogy bár a tünetek és biológiai paraméterek korrelálnak a működőképességgel, de annak különbségeit nem magyarázzák teljesen (Wilson, Cleary 1995).

A *szubjektív egészségérzés* mérésének jelentőségére utal az a tapasztalat, hogy ez az egyik legjobb prediktora az egészségügyi és pszichiátriai szolgáltatások igénybevételének, valamint hogy előrejelzi a mortalitást – akkor is, ha az összefüggést kontrollálják egyéb klinikai tényezők szempontjából (Idler, Benyamini 1997; Johansson 2008). A szubjektív egészségi állapot kapcsolatban áll biológiai paraméterekkel, de a számos egyéb befolyásoló tényező – leginkább emocionális és személyiségtényezők – miatt a klinikai súlyosság minden szintjén jelentős különbségek észlelhetők. Például a szívizomzat károsodását objektíven mutató bal kamrai ejekciós frakció kevésbé szoros kapcsolatban áll a szubjektív egészségérzéssel, mint a depressziós tünetek szintje.

Az *általános életminőség/élettel való elégedettség* az életminőség összegzésének tekinthető. Az általános életminőség és az objektív életkörülmények közötti laza kapcsolatot – vagy akár ellentétes tendenciát – az irodalom „elégedettségi paradoxon”-ként írja le (Herschbach 2002). Például idős emberek esetében az alacsony funkcionális státusz nem feltétlenül vezet az élettel való elégedetlenséghez (Kaszás, Tiringer megjelenés alatt). A jelenség hátterében az áll, hogy – egy egzisztenciális minimum felett – az emberek elvárásaikkal és vágyaikkal hosszabb távon alkalmazkodnak a változó körülményekhez.

Az utóbbi évtizedben az életminőség kutatások intenzíven foglalkoznak a "response shift" jelenségével, az *értékelési folyamatok* változásával. Egy súlyos testi betegség megélése kapcsán az egészségi állapot értékelésének változása jellemzően az alábbiakban mutatkozik meg:

1. változnak az egészség különböző szempontjainak értékelési standardjai („belső skálázása”);
2. változnak az életminőség szempontjából jelentősnek tartott értékek, dimenziók;
3. újraértékelődik az élet minősége szempontjából legfontosabbnak tartott aspektus.

Feltételezhető, hogy a betegség lefolyása, változásai dinamikus folyamatokat indítanak el, melyek az egyéni alkalmazkodáson keresztül a betegségre adott reakciók, és ezáltal a szubjektív életminőség változásához vezetnek. A "response shift" magyarázhatja, hogy objektíve rosszabb egészségi állapot esetén hogyan lehet jobb egy beteg életminősége. Ha a

"response shift" dinamikus értékelési folyamatait is figyelembe vesszük, nyilvánvalóvá válnak az egészségre vonatkoztatott életminőségre irányuló vizsgálatok értelmezési nehézségei (Sprangers, Schwartz 1999).

Wilson és Cleary (1995) elméleti modelljének publikálása óta több empirikus kutatás tesztelte annak hipotéziseit, s pontosította az életminőség egyes szintjeinek háttértényezőivel kapcsolatos ismereteinket. Például Sullivan és mtsai (2000) a szorongás és a depresszió szerepét vizsgálták az életminőség alakulásában. Eredményeik alapján a szorongás és a depresszió olyan módosító változók, melyek legalább annyira meghatározzák az általános életminőséget, mint a szubjektív egészségi állapotot. A pszichés zavar leginkább az általános életminőségre, hogy befolyásolja az egészségi állapot szubjektív értékelését.

Wilson és Cleary elméleti modelljét Stefan Höfer és mtsai (2005) alkalmazták újonnan diagnosztizált koszorúér-betegek életminőségének prospektív vizsgálatában (három időpontban vizsgálták a betegeket: a diagnosztizálást követően, majd egy és három hónap múlva). Azt találták, hogy a modell alapján kialakított strukturális egyenlettel jól magyarázható a kardiológiai betegek általános életminősége. Az életminőség általuk specifikált kauzális háttértényezőinek (kontroll-attitűdök, társas támogatás, önértékelés, szorongásos és depressziós tünetek) hatása a három hónapos követés során meglehetősen stabilnak bizonyult – a regressziós együtthatók többnyire csekély változást mutattak az egyes időpontokat összehasonlítva. Az individuális jellemzők közül a szorongásos és depressziós tünetek befolyásolták legerősebben a betegek életminőségét. A globális életminőség szubjektív értékelését az akut kezelést közvetlenül követően inkább a testi funkciók befolyásolták, később azonban a depresszió indirekt hatása a globális életminőség megélésére kifejezettebbé vált. A depresszióval szemben a szorongás és az életminőség kapcsolata kevésbé változik a követés során. Így elméletileg nem kizárható, hogy a szorongás és az életminőség koncepcióiban és mérőeszközeiben jelentős átfedések lehetnek.

### **4.3 Az életminőség mérése, a kérdőívek főbb csoportjai**

Az elmúlt évtizedekben számos életminőség-kérdőív terjedt el a klinikai kutatásokban, melyek a betegségekkel összefüggő életminőségi változásokat különböző szempontokból vizsgálják.

Az egészséggel kapcsolatos életminőség mérésére alkalmazott kérdőíveknek alapvetően két csoportját különböztethetjük meg.

- Az általános (*generikus*) kérdőíveket, melyek az emberek többsége számára szubjektíve fontos dimenziókat vizsgálják egy adott betegség kapcsán (testi korlátozottság, teljesítőképesség, pszichés és szociális jóllét); a generikus eszközök további két típusát különböztetjük meg aszerint, hogy a skáláik egy életminőségi profilt adnak (ilyen pl. az általunk használt SF-36 kérdőív is), vagy a skálapontszámok alapján egy összesített életminőségi mutató kiszámítását is lehetővé teszik (pl. EuroQol kérdőív).

A generikus kérdőívek előnye, hogy segítségükkel a különböző betegcsoportok életminősége összehasonlítható egymással, s a kontrasztok segítségével jobban megérthető a betegségek néhány jellegzetes vonása. Hátrányuk, hogy nem eléggé érzékenyek egy-egy betegség specifikus életminőségi szempontjaira.

- A *betegségspecifikus* kérdőívek egy adott betegség szempontjából fontos jellegzetes problémákat vizsgálják. Többnyire érzékenyebbek a generikus kérdőíveknél, árnyaltabb képet festenek a betegek helyzetéről és megbízhatóbban kimutatják az életminőség változásait a lefolyás vagy a kezelés során. A betegségspecifikus kérdőívek közül az egyik legismertebb az onkológiai vizsgálatokban használt EORTC QLQ-30 (Sprangers és mtsai 1998). Kardiológiai vonatkozásokban az elmúlt évek legelterjedtebben használt kérdőíve a MacNew Heart Disease QLQ (Valenti 1996), melynek magyaryelvű validálása is megtörtént (Bakay 2011).

A specifikus kérdőívek sok előnye mellett hátrányt jelent, hogy az adott betegcsoport életminőségéről kapott képünk nem, vagy csak korlátozottan összehasonlítható más csoportokéval.

Napjaink igényesebb életminőségkutatásai általában generikus és specifikus kérdőíveket egyaránt használnak.



#### 4.4 Az életminőség-kutatás problémái

A kutatások problémái – mint említettük – már a terminológiában is megmutatkoznak: az életminőség, a szubjektív egészség vagy az étellel való elégedettség fogalmait gyakran rokon értelmű kifejezéseként használják, annak ellenére, hogy tartalmilag más hangsúlyokat képviselnek.

A kutatások módszertanilag és méréselméleti szempontból is sok nehézséggel szembesülnek, pl. az életminőség globális illetve multidimenzionális mérésének, vagy az életminőség prediktorok és indikátorok különválasztásának kérdéseiben (Smith és mtsai 1999).

A méréselméleti problémáktól eltekintve az életminőség-kutatások alábbi problémakörei rajzolhatók meg (vö. Bowling és mtsai 2002; Bullinger és mtsai 2000; McGee 2004):

- Egyáltalán lehet-e az életminőséget meghatározni és operacionalizálni? Az életminőség elméleti megalapozása hosszú ideig háttérbe szorult a különböző mérőeszközök fejlesztéséhez képest. Csak az utóbbi időben foglalkoznak a kutatások a látens faktorstruktúra leírásával.
- Mennyire jelentősek az életminőség-kutatások eredményei az egészségpolitika vagy a mindennapi orvosi döntések szempontjából? Mi az életminőség-kutatások társadalmi és individuális haszna?
- Az életminőség fogalma szoros kapcsolatban áll más ideológiailag terhelt koncepciókkal, mint pl. életesélyek, jóllét, boldogság, étellel való elégedettség, szubjektív egészség stb., ami megnehezíti az egyértelmű fogalmi elkülönítést.
- Nehézséget okoz az életminőség *indikátorainak és prediktorainak elkülönítése*. Például a kognitív értékelő és megküzdési folyamatok befolyásolják az életminőséget, de nem tekinthetők annak részének. A társas interakciók az életminőség fontos indikátorai, ugyanakkor a társas támogatás az objektív életkörülmények és a szubjektív életminőség közötti kapcsolat módosító változójaként is hat (Bullinger 2000; Taillefer és mtsai 2003). Ezek az összefüggések megnehezítik, hogy az életminőséget független konstruktumnak tekintsük. Pszichológiai változók az életminőség varianciájának kb. 50%-át magyarázzák, ami arra utal, hogy az életminőség elméletileg önálló konstruktumnak tekinthető, annak ellenére, hogy sok átfedést mutat más koncepciókkal (Bullinger 2000).

- Az életminőség *dimenzióit* a különböző megközelítések eltérően súlyozzák. Több eredmény alátámasztja, hogy az általános életminőséget a pszichés állapot inkább befolyásolja, mint a testi és a szociális funkciók (Smith és mtsai 1999). Az életminőség-kérdőívek többsége jelenleg a *dimenziók egyenértékűségéből* indul ki (Kind 2003). A *kérdőívek fejlesztése során gyakran egybeveszik az életminőség objektív és szubjektív szempontjait*. Pl. a kérdőív tételek igen különböző aspektusokra – tünetekre, pszichés jóllétre, működőképességre, anyagi körülményekre – irányulnak, melyeket általában egy összpontszám formájában foglalnak össze. A mérőeszközök kialakítása során kevésbé kap figyelmet, hogy az életminőség egyes szempontjait az értékelő folyamatok különböző mértékben alakíthatják (pl. a működőképesség objektívebben vizsgálható, mint a jóllét) (Bowling és mtsai 2002).

#### **4.4 Az objektív és a szubjektív jóllét összefüggései**

Az életminőség-kutatások egyik klasszikus problémája és kihívása az a tapasztalat, hogy az életminőség objektív mutatói kevésbé szorosan kapcsolódnak annak szubjektív megítéléséhez, mint azt intuitíve gondolnánk. Az *életminőség varianciájának* kevesebb mint 20%-át magyarázzák objektív feltételek (Ahmed, Schwartz 2010). A páciensek *szubjektíve* általában *jobbnak* élik meg állapotukat, mint ahogy azt objektív körülményeik alapján várnánk (McGee 2004). Természetesen az sem hagyható figyelmen kívül, hogy számos ember szenvedéssel éli meg negatív életkörülményeit, másrészt gyakran tapasztalható, hogy objektíve jó körülmények között élő emberek elégedetlenek életükkel. Az elégedettségi paradoxon fogalma azonban felhívja a figyelmet egy kiemelkedő fontosságú általános pszichológiai jelenségre, mely nem elhanyagolható az életminőség-vizsgálatok értelmezésekor.

Néhány példa az elégedettségi paradoxonra az orvoslás területéről:

- a pszichoszomatikus betegeknek általában rosszabb az életminősége, mint a rákos betegeké és az egészségeseké (Rose és mtsai 2000);
- a rák diagnosztizálása rövidtávon rossz életminőséget von maga után, hosszabb távon azonban a betegek életminősége összehasonlítható vagy akár jobb (!), mint az egészséges kontrollcsoportoké (Sprangers és mtsai 2002);

- egy radikális műtét hosszú távon nem feltétlenül vezet rosszabb életminőséghez, mint egy újabb, kíméletesebb és jóval költségesebb módszer (pl. Cohen és mtsai 2011).

Szociodemográfiai adatok (életkor, nem, képzettség, családi állapot) csekély korrelációt mutatnak a szubjektív jólléttel, s az egészségi állapot esetében is jelentősebbnek tűnik annak szubjektív megélése (Bowling és mtsai, 2002). Az orvostudományban gyakran elhanyagolják ezt a körülményt, s nagy energiákkal és anyagi ráfordítással „kíméletesebb” módszerek kialakításra törekszenek (Wilson, Cleary 1995). Ha a klinikai vizsgálatok ezen új kezelési módszerek életminőségre gyakorolt hatását csekélynek találják, azt gyakran vezetnek vissza módszertani problémákra (pl. a mérőeszközök csekély szenzitivitására). Ez a magyarázat azonban általában nem kielégítő, mivel a leggyakrabban használt kérdőívek pszichometriai mutatói elegendően jók, és kizárják a durva módszertani torzításokat (Bullinger, Ravens-Sieberer 2000).

## 5. Az akut koronária eseményt átélő betegek életminősége és annak háttértényezői

Napjainkban a kardiológia területén folytatott klinikai és epidemiológiai vizsgálatok gyakran figyelembe vesznek életminőségi szempontokat. Az Európai Kardiológiai Társaság egyik fő célkitűzése „az európai népesség életminőségének javítása a kardiovaszkuláris betegségek hatásának csökkentése révén” (McGee 2007, 256. o.).

Az utóbbi időben néhány vizsgálat a szívbetegek életminőségét befolyásoló tényezők hatását kutatta. Rosen és mtsai (1997) azt vizsgálták, hogy az érzelmi distressz, a társas támogatottság, a testi funkciók, valamint a szociodemográfiai és klinikai változók előrejelzik-e a balkamrai diszfunkcióval kezelt betegek szubjektív egészségét. Eredményeik alapján a szociodemográfiai és klinikai változóknak nincs, vagy csak csekély közvetett hatása van az életminőségre. A társas támogatottság és az érzelmi distressz kapcsolatban állt a testi funkciókkal. (Meg kell azonban jegyezni, hogy a vizsgálatnak van néhány módszertani korlátja, és nincs replikációja.)

Shen és mtsai (2006) az *aktív* megküzdések (például tervezés, aktív cselekvés, érzelmi támogatás keresése) és a *negatív* megküzdések (például önvádások, tagadás, passzív viselkedés), a társas támogatás, a diszpozicionális optimizmus, az ellenségesség, a depresszió és a *testi egészség* kapcsolatát vizsgálták. Egyedül a *magasabb szintű optimizmus és társas támogatás* mutatott szignifikáns közvetlen kapcsolatot a testi működésekkel. A *negatív megküzdés közvetítő változóként* hatott a testi egészségre. Például az optimistább betegeket, akik kevesebb negatív megküzdést használtak, jobb testi egészség jellemezte a 6 hetes követés során. A magasabb társas támogatottságú és kevesebb negatív megküzdést használó betegeket szintén jobb testi egészség jellemezte a követéses vizsgálat során. Bár több vizsgálat azt találta, hogy az aktív megküzdés jobb hosszú távú egészséggel áll kapcsolatban, Shen vizsgálata nem talált összefüggést az *aktív* megküzdés és a testi egészség pozitív vagy negatív indikátorai között.

A pszichés problémák, mint pl. a depresszivitás vagy a szorongás alacsonyabb életminőséggel és egészségtelenebb életmóddal társulnak (Herrmann-Lingen, Buss 2002). Mayou és mtsai (2000) írták le, hogy a hazabocsátás előtti distressz markáns prediktora a rosszabb általános életminőségnek, az önkárosító egészségmagatartásnak, valamint a követés egy éve alatti szívpanaszoknak.

Az infarktus illetve bypass-műtét után kardiológiai rehabilitációban kezelt betegek között a kifejezett hosztilis vonásokat mutatókat alacsonyabb aktuális életminőség és kifejezettebb pszichés distressz (szorongásos és depressziós tünetek) jellemezte (Lavie, Milani 2004). A rehabilitációt követően a *magas hosztilitású* betegek életminősége és kardiológiai paraméterei jelentős javulást mutattak. Az eddigi vizsgálatok alapján azonban nem egyértelmű, hogy a különböző mértékben ellenséges vonásokat mutató betegek életminőség-javulásában van-e különbség. Az ellenséges személyiségvonások jelentősége a koszorúsér-betegek rehabilitációjában összességében nem tekinthető kellően tisztázottnak. A megértést az is nehezíti, hogy az ellenségesség kapcsolatban áll egyéb demográfiai és pszichoszociális változókkal, mint az *életkor, a társas támogatás és a depresszió* (Smith, Ruiz 2002). Az ellenségesség és az egészségi állapot kapcsolatára irányuló vizsgálatok ritkán veszik figyelembe ezeket a befolyásoló tényezőket, és nem vizsgálják az ellenségesség, annak pszichoszociális korrelátumai, valamint az egészségi állapot lehetséges közvetítő kapcsolatait.

Az ellenségesség és a koronária-szívbetegségek kapcsolatát befolyásoló pszichoszociális változók közül a társas támogatás és a depresszió szerepét az irodalom többnyire függetlenül vizsgálja. A magas *támogatottsággal* jellemezhető betegeknél a szívbetegség ritkábban újult ki és mortalitása alacsonyabb volt (Williams, Barefoot 1992). Szívbeteg esetében a magasabb társas támogatottság más tényezők hatásától függetlenül is kapcsolatban állt az életminőség egy hónapon belüli javulásával (Bosworth és mtsai 2000), a depressziós tünetek markánsabb csökkenésével (Barefoot és mtsai 2000), valamint az egyéves követéskor tapasztalható jobb pszichés alkalmazkodással és életminőséggel (Emery és mtsai 2004).

A szívizominfarktus utáni rehabilitációban kedvezőnek bizonyult, ha az intervenciók növelték a betegek *személyes hatékonyságérzését*, ami javította a testi fittséget és a szív működést is (Bandura 1997).

A *depresszió* kezelése szívbeteg esetében javítja az életminőséget (Linden 1996, Dusseldorp és mtsai 1999). A depresszió életminőségre történő hatását vizsgálva a kutatások azt is igazolták, hogy a depressziós tünetek magasabb szintje rosszabb aktuális testi és lelki működési szinttel (Carels 2004), több kardiológiai tünettől és betegségből adódó korlátozottsággal (Ruo és mtsai 2003) kapcsolódik. A betegek állapotának követése során (Lane és mtsai 2001) azt tapasztalták, hogy a depresszió volt az életminőség legerősebb előrejelzője az egyéves követés során, ha a hatást kontrollálták a betegség súlyosságára, az életkörülményekre és a szorongásos tünetekre.

### *5.1 A szívműtétet követő életminőség*

Bypass-műtétet követően – a mellkasi fájdalom és a légszomj megszűnésével vagy enyhülésével – a betegek általában testileg és szociálisan aktívabbá válnak. A műtét után a klinikai gyakorlat szerint is azt tanácsolják a betegnek, hogy növeljék testi aktivitásukat. Ebből adódóan nem meglepő, hogy a vizsgálatok a szívműtétet követően a betegek többségénél megnövekedett fizikai és szociális aktivitást illetve jobb életminőséget talált (pl. Bute és mtsai 2003). A javulás azonban nem minden beteg esetében következik be. A betegek kb. 25-49%-a alacsonyabb aktivitási színtről számol be (Rymaszewska és mtsai 2003). A vizsgálatok szerint a műtét utáni életminőség fontos prediktorai az életkor, a képzettség, a neuropszichológiai funkciók hanyatlása, a műtét előtti egészségi állapot, a komorbiditás és a társas izoláció.

Az eddigi eredmények alapján kevésbé egyértelműek az életminőség nemi különbségei. Több vizsgálat szerint a nők egészségi állapota rosszabb a műtét után, míg más vizsgálatok hosszútávon hasonló eredményeket találtak férfiak és nők esetében. A bypass műtéten átesett nők többnyire idősebbek, kevésbé képzettek, gyakrabban élnek egyedül és vannak munka nélkül, nagyobb valószínűséggel szenvednek magas vérnyomásban, cukorbetegségben és elhízottak. Feltételezhető, hogy a nők rosszabb posztoperatív állapota a műtét előtti egészségi állapotuk ezen tényezőivel van összefüggésben. Bute és mtsai (2003) vizsgálata szerint a nők a férfiakhoz képest akkor is szorongóbbak voltak, és alacsonyabb munkahelyi és mindennapi aktivitást, alacsonyabb fizikai terhelhetőséget mutattak, ha kontrollálták a műtét előtti kockázati tényezőket. Rumsfeld és mtsai (2001) vizsgálatukban azt találták, hogy bár a műtét utáni életminőség legfontosabb előrejelzője a műtét előtti egészségi állapot, ugyanakkor a rosszabb egészségi állapotú betegek életminősége javul leginkább a műtét után.

## 6. A vizsgálat leírása

### 6.1 A vizsgálat hipotézisei

Vizsgálatunk elemzésének *első* részében a megküzdési- és kognitív kontroll-stratégiák – valamint az életminőség-dimenziók – követés alatti változására vonatkozó hipotéziseket tesztelünk. Mivel a szívizominfarktuson illetve koszorúsér-áthidaló műtéten átesett betegek mintánk két eltérő sajátosságokkal rendelkező csoportját képezték, hipotéziseinket részben e két betegcsoporthoz kötődően alakítottuk ki:

1. Mivel az aktív megküzdési formákat inkább az akut betegségstádiumban átélt stressz mozgósítja, feltételeztük, hogy azok jelentősen csökkennek a követés 15 hónapja alatt (elsősorban az infarktust követően).
2. Feltételeztük, hogy a szívbetegség akut állapotát követő alkalmazkodási folyamat kezdetén kifejezettebb a betegséggel kapcsolatos belső kontroll megélése, ami csökken a követés során (elsősorban az infarktust követően).
3. Feltételeztük, hogy a nagyobb stresszt átélő infarktusos betegek esetében magasabb az aktív, problémaorientált megküzdés szintje. Továbbá azt is, hogy az infarktus után állapotban kifejezettebb a betegség sorsszerűségének (a fatalisztikus kontroll-attitűdnek) a megélése.
4. Az infarktust követő fizikai teljesítménycsökkenés és annak hatása az életvezetésre a követés ideje alatt a betegek számára nyilvánvalóbbá válik. A veszteségek megélése következtében a depressziós tünetek kifejezettebbé válnak.
5. A szívbetegség akut stádiumát követően az életminőség minden vonatkozásban – leginkább a testi dimenziókban – javul.
6. Saját életminőség-modellünk kialakítása során az életminőségi szintek kapcsolatát a Wilson-Cleary-modell alapján alakítottuk ki, s ezt a vázat a későbbiekben nem módosítottuk. A modell ezen részének tesztelése megerősítő elemzésnek tekinthető. Mivel tesztelhető modell nem állt rendelkezésünkre, az életminőség különböző szintjeire ható tényezők modellezése során exploratív eljárást követtünk. A kialakított két modell – kiindulási életminőség-, illetve követéses életminőség-modell – esetében feltételeztük, hogy az

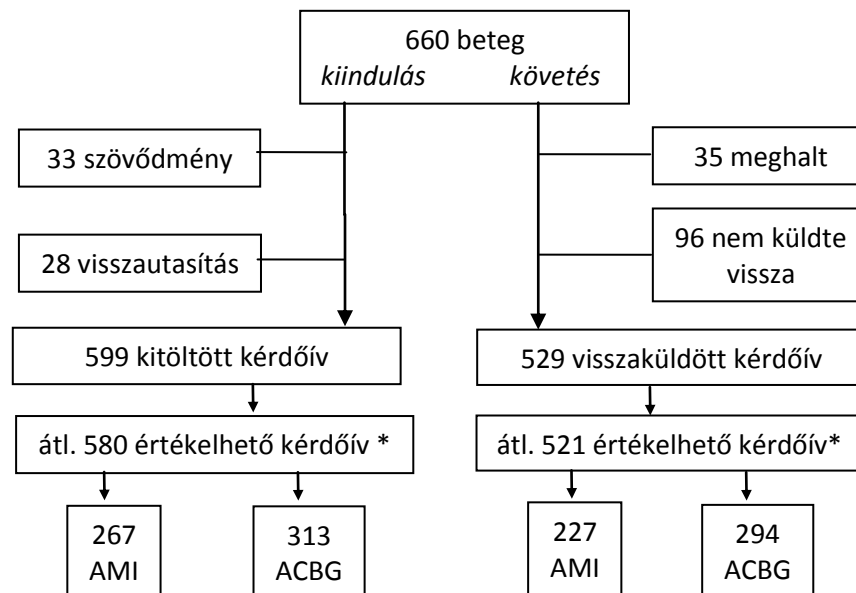
életminőségi szintek, illetve az azokat legerősebben befolyásoló tényezők közötti kapcsolatok a követés 15 hónapja alatt lényegesen nem változnak.

## 6.2. A vizsgálat menete

Vizsgálati programunkba<sup>3</sup> akut koszorúsér-esemény utáni II. fázisú<sup>4</sup> intézeti rehabilitációra érkezett betegeket vontunk be. A betegek a vizsgálatban történő részvételüket megelőzően tájékoztatást kaptak a vizsgálat menetéről, s ahhoz írásbeli beleegyezésüket adták.

Vizsgálati mintánk áttekintését a 2. ábra mutatja.

**2. ábra A vizsgált betegcsoportok áttekintő ábrája**



\* a különböző skálák esetében eltérő volt az értékelhető kérdőívek aránya, ezért átlagot adunk meg

AMI: akut miokardiális infarktus, ACBG: aorto-coronáriás bypass graft

<sup>3</sup> Vizsgálatunk a Balatonfüredi Állami Szívkórházban az „Ischaemiás szívbetegek bio-pszicho-szociális statusának elemzése akut kardiológiai esemény után. A szomatikus, pszichológiai és genetikai tényezők szerepe a betegség pathomechanizmusában. A betegek életminőségének jellemzése” című ETT-pályázat támogatásával történt 2004. május 5. és 2005. február 16. között. A vizsgálat etikai engedélyének azonosítója: XIX-8/2003/F.

<sup>4</sup> II. fázisú rehabilitáció: az akut koronária esemény utáni hetek, hónapok kezelési időszaka, melynek része a kockázatfelmérés, a klinikai állapotnak megfelelő mozgás, életvitel, tevékenység megtanítása, a betegséggel kapcsolatos ismeretek átadása a betegnek és hozzátartozóinak, a rizikófaktorok módosítása, pszichoszociális problémák, szorongás, depresszió felismerése és kezelése, a betegségtudat csökkentése, a munkába való visszatérés elősegítése.



Kizártuk a vizsgálatból azokat, akik mentális vagy testi állapotuk miatt a kérdőívek kitöltésére nem voltak képesek (N=660). A betegek egy része (n=33; 5%) a rehabilitációs kezelés alatt valamilyen akut szövődmény miatt más osztályra került áthelyezésre, mielőtt a kérdőíveket kitölthette volna. 28-an (4%) visszautasították a kérdőívek kitöltését, így összesen 599 beteg vett részt a kiindulási vizsgálatban (91%). Közülük a kérdőíveket, skálákat átlagosan 580-an töltötték ki értékelhetően (88%). A protokoll szerint a betegeknek a műtét, vagy az infarktus utáni 21. napon – vagy ha ezt követően kerültek felvételre, akkor a felvételüket követő első munkanapon – kellett kitölteniük a kérdőíveket. Az infarktus után felvételre került betegek ténylegesen  $24 \pm 8$ , a bypass-műtött betegek pedig  $21 \pm 5$  nappal az akut esemény után töltötték ki a kérdőívcsomagot. A vizsgált betegek két nagy csoportját az akut miokardiális infarktus után (n=267; 40,5%) illetve a bypass-műtétet követően (n=313; 47,5%) kezeltek adták.

A betegcsoportok meghatározása az *utolsó klinikai esemény* alapján történt. Ha az utolsó kórházi ápolás elsődleges oka szívizominfarktus volt, akkor az AMI-csoportba került a beteg függetlenül attól, hogy a kórtörténetében szerepelt-e már AMI, PCI, vagy ACBG-műtét. Ha az utolsó kezelés elsődleges oka ACBG-műtét volt, akkor ebbe a csoportba került a beteg, függetlenül attól, hogy a kórtörténetében volt-e AMI vagy PCI, illetve attól, hogy a bypass-műtött betegek 1,5%-a perioperatív szívizom infarktust szenvedett el.

A betegcsoportok kialakításában arra törekedtünk, hogy beosztásunk a betegek szubjektív szempontjaival összhangban legyen: tükrözze, hogy az adott betegnek milyen megterhelésekkel, problémákkal kell megküzdenie, felkészülhetett-e aktuális állapotára (ACBG-műtét), vagy váratlanul betegedett meg (AMI). A két betegcsoport kardiológiai szempontból is jelentős különbségeket mutatott: például az ACBG-műtét után hasonló szövődmények fordulnak elő, hasonló a betegek funkcionális állapota. Az AMI-csoportban minden páciensnél szívizom károsodás következett be, ami rontja a betegség prognózisát. Az ACBG-csoportban általában kiterjedtebb (több ágat érintő) a koszorúér betegség, hosszabb a betegségétörténet, általában AMI(-k), vagy PCI(-k) szerepelnek a páciensek kórelőzményében. Az infarktusos betegek többnyire kevésbé „kivizsgáltak” (viszonylag „új” a betegség), míg az ACBG-műtét előtt góckutatás, laborvizsgálatok, az érbetegség egyéb manifesztációinak (például carotis-szűkület) keresése is megtörtént.

A betegek pszichológiai alkalmazkodásának és állapotának egy későbbi, krónikus betegségfázisban történő vizsgálatához az összes bevont beteget (N=660) – előzetes beleegyezésükkel – 1 évvel a rehabilitációs kezelésük után is megkerestük. A *követéses vizsgálat* átlagosan 15 hónappal ( $455 \pm 65$  nap, min: 358, max: 751 nap) a kiindulási

vizsgálatot követően a betegeknek postai úton küldött kérdőívcsomag segítségével történt. A 660 beteg közül 35 (5,3%) hunyt el a követés időpontjáig, 529 kérdőívet kaptunk vissza (85%-os arány). A kérdőíveket vissza nem küldő 96 beteg pszichoszociális állapotáról nem áll rendelkezésünkre információ. A követéses kérdőívek, skálák közül átlagosan 521-et (83%) töltöttek ki értékelhetően. Követéses adatokat 227 infarktusos betegtől (36%) és 292 bypass műtött betegtől (47%) kaptunk.

### 6.3 A vizsgálatban használt kérdőívek

Pszichoszociális változóinkat részben az alapvető *demográfiai* adatok (nem, életkor, iskolai végzettség, foglalkozási és családi állapot, lakóhely), részben egy önkitöltő *kérdőívcsomag* adatai képezték. A kérdőívek egy része

- pszichopatológiai tüneteket és az életminőség alapvető dimenzióit, más része
- a betegség pszichológiai feldolgozásának különböző aspektusait vizsgálta.
- A kérdőívek harmadik csoportja olyan személyes és társas erőforrásokra, illetve személyiségvonásokra irányult, melyeknek jelentősége lehet a megküzdés illetve a kardiológiai betegség prognózisa szempontjából (Schwarzer Személyes hatékonyság kérdőív, Caldwell Társas támogatás kérdőív, Cook-Medley ellenségesség kérdőív – rövidített változat). A használt kérdőíveket alább részletesen ismertetjük.

A vizsgálatunkban alkalmazott kérdőívek egy részét magunk fordítottuk, mivel nem álltak rendelkezésünkre olyan mérőeszközök<sup>5</sup>, melyek specifikusan a szomatikus betegségekhez történő pszichológiai alkalmazkodás folyamatára irányultak volna<sup>6</sup>. Így választottuk a Freiburgi betegségfeldolgozási kérdőív rövidített változatát (FKV-LIS, Muthny 1989) a betegséggel történő megküzdési folyamatok, illetve az Egészséggel és betegséggel kapcsolatos kontrollattitúd kérdőívet (KKG, Lohaus, Schmitt 1989) a betegséggel kapcsolatos kontroll helyének vizsgálatára. A Kórházi szorongás és depresszió skála fordításában Székely Annával és Muszbek Katalinnal együttműködve alakítottunk ki konszenzusos magyar fordítást (Bitter István és Stauder Adrienne fordításainak felhasználásával).

<sup>5</sup> A vizsgálat tervezése és a mérőeszközök kialakítása 2002–2003-ban történt. Ma már lényegesen több magyarra fordított, és részben bevizsgált kérdőív áll rendelkezésre.

<sup>6</sup> A kérdőívek magyarra fordítása a szokásos standardoknak megfelelően történt. Két független fordító magyar kérdőív-változataiból szerkesztettük meg azt a verziót, amit egy független anyanyelvi közreműködő fordított vissza az eredeti nyelvre. A visszafordítást kontrollálásra megküldtük az adott kérdőív szerzőjének, s a javasolt korrekciók alapján alakítottuk ki a végleges magyar változatokat.

Vizsgálati adataink alapján az FKV-LIS illetve a HADS kérdőív validálását és pszichometriai vizsgálatát végeztük el (Tiringer és mtsai 2008, Tiringer és mtsai 2011).

A kérdőívek egy részénél a skálákat módosítanunk kellett, mivel a kapcsolódó manuálban illetve közleményekben szereplő skálaszerkezet adataink alapján csak részben volt reprodukálható.

A skálák szerkezetének vizsgálatához és független mintán történő megerősítéséhez, adatainkat az SPSS program megfelelő funkciójával két véletlen választáson alapuló részre osztottuk. Az első random minta (n=185) méretét 1/3-ban határoztuk meg, mivel a tervezett exploratív faktoranalízisek relatíve kisebb mintán is elvégezhetők. A második random minta (n=395) mérete alkalmas a nagyobb mintát igénylő megerősítő faktorelemzések elvégzésére.

Vizsgálatunk elemzésének első része leíró, összehasonlító jellegű, melyben a kiindulási és követéses vizsgálat pszichoszociális adatait mutatjuk be, és értékeljük a követési időszak alatt történt változásokat. A betegek pszichoszociális helyzetének árnyalt leírásához az általunk használt kérdőívek minden skáláját felhasználtuk. Ezeknek a skáláknak a kialakítása a kérdőívek manuáljában illetve publikációiban eredetileg a skálához rendelt tételek figyelembe vételével történt. Első random mintánk adataival exploratív faktoranalízist végeztünk. A faktorok extrakciója principal axis factoring, forgatása pedig ferde, Promax rotációval történt, amely nem feltételezi a faktorok függetlenségét. Az elsődleges faktorhoz nem vagy csak gyengén kapcsolódó (<0,4 kommunalitású) tételeket kivettük az adott konstruktum indikátorai közül.

Az így kialakított skálák megbízhatóságát a hagyományos tételelemzéssel ellenőriztük (a korrigált tétel-skála korreláció és a Cronbach- $\alpha$  érték alapján). Ha a Cronbach- $\alpha$  nem érte el a 0,7 értéket, lépésenként elhagytuk a legalacsonyabb tétel-skála korrelációt mutató indikátorokat. A Cronbach- $\alpha$  értékeket második random mintánkon is meghatároztuk, melynek során jelentős értékbeli eltérést nem tapasztaltunk, így a leíró-összehasonlító elemzés során használt skálák megbízhatónak tekinthetők.

Elemzésünk második részében a rehabilitációban kezelt szívbetegek életminőségének hátterét vizsgáltuk a Wilson-Cleary modell segítségével. Ehhez az elemzéshez strukturális egyenletekkel történő modellezést használtunk, melyben a skálák azon részét vettük csak figyelembe, melyek az elméleti modellünk valamelyik szintjéhez hozzárendelhetők voltak. (A skálák hozzárendelése az életminőség szintjeihez a 6.5 Statisztikai feldolgozás rész „Az életminőség modell kialakítása” alfejezetében található). A teljes látens változós modell vizsgálata előtt minden mérési modellt külön teszteltünk, melynek során az Anderson (1988) által javasolt kétlépcsős eljárást követtük.

Az egyes konstruktumok/látens változók vizsgálatához külön-külön mérési modelleket alakítottunk ki, és azt a hipotézist teszteltük, hogy az indikátorként használt tételek tükrözik az adott konstruktumot. Feltételeztük, hogy a releváns manifeszt változók az adott konstruktumot tükröző egyetlen faktoron töltenek. A megerősítő faktorelemzés eredményei alapján azokat az indikátorokat tekintettük megbízhatónak, melyeknek útegyütthatója  $\beta > 0,4$  értéket adott és 0-tól szignifikánsan különbözött. A  $\beta$ -értékek (standardizált parciális regressziós súlyok) és a mérési hibák ( $1 - \text{faktorsúly}^2$ ) segítségével a skálák konzisztenciájának „új generációs” mutatói is kiszámolhatók, például az összesített megbízhatóság (composite reliability<sup>7</sup>, CR) és a tételek skálák által magyarázott átlagos varianciája (average variance explained, AVE). Ezek a mutatók a megbízhatóság pontosabb becslésére alkalmasak, mivel figyelembe veszik a tételek mérési hibáját is. A két értéket az egyes mintákban az Excel program segítségével számoltuk ki az alábbi képletek alapján:

$$\text{CR} = \frac{(\sum \lambda_{ij})^2}{(\sum \lambda_{ij})^2 + \sum \theta_{ii}}$$

$$\text{AVE} = \frac{\sum \lambda_{ij}^2}{\sum \lambda_{ij}^2 + \sum \theta_{ii}}$$

$\lambda_{ij}$  = becsült faktortöltés ( $\beta$ )

$\theta_{ii}$  = a hibatag becsült varianciája ( $1 - \lambda^2$ )

A CR esetén a 0,6 az AVE esetén a 0,5 feletti értékeket tekintik a megbízhatóság jelzőjének (Hair, Anderson 1998).

A teljes látens változós modellünk áttekinthetősége érdekében a sok tételt tartalmazó skálákat (például a Személyes hatékonyság skála, SF-36 Testi funkció skála, 10-10 tétellel; a Kórházi szorongás és depresszió skála, 7-7 tétellel) is csak négy indikátorral képviseltettük az adott mérési modellben. Bollen (1989) 3-4 indikátort ajánl a mérési modellek kialakításához, és saját elemzésünk során is azt tapasztaltuk, hogy a megbízhatósági kritériumok közül a faktor által magyarázott átlagos tételvariancia (AVE) csak akkor éri el vagy közelíti meg a 0,5-ös értéket, ha alacsonyabb számú indikátort használunk. (A látens változóink megbízhatósági mutatói szintén „Az életminőség modell kialakítása” alfejezetében találhatók)

<sup>7</sup> Az összetett megbízhatóság koncepciója – a klasszikus tesztelméleten alapuló belső konzisztencia mutatóval ellentétben – nem használja azt a hibás előfeltevést, hogy a skála megbízhatóságában az egyes tételek egyenlő súllyal vesznek részt. Ezzel a skála megbízhatóságának pontosabb becslését teszi lehetővé.

Anderson (1988) javaslatának megfelelően, második lépésben a kialakított mérési modelljeinket a független „kétharmados random mintán” is megvizsgáltuk, megismételve a fentebb részletezett elemzési lépéseket. Az ellenőrzés eredményeként egyik mérési modell esetében sem kellett a korábban specifikált indikátorokon változtatnunk.

(A kérdőívek ismertetésekor minden skála esetében *először a kiindulási (dőlten)*, majd a követéses vizsgálat adatai alapján számolt Cronbach- $\alpha$  értéket adjuk meg.)

### *6.3.1 Freiburgi betegségfeldolgozási kérdőív – rövidített verzió (Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung; FKV-LIS, Muthny 1989, Tiringier és mtsai 2011)*

Az FKV LIS 35 tételből álló kérdőív, melynek tételei a betegség okozta stresszel történő megküzdés jellegzetes módjait, skálái pedig annak alapvető dimenzióit írják le. Az általunk módosított skálák az alábbi megküzdési dimenziókat jelenítik meg:

1. Depresszív, rezignált megküzdés (3 tétel) –  $\alpha = 0,67$  ill.  $0,73$  (rágódás, bosszankodás, önsajnálát);
2. Aktív, problémaorientált megküzdés (3 tétel) –  $\alpha = 0,73$  ill.  $0,75$  (tervszerű cselekvés, problémamegoldás, küzdőszellem);

A Figyelemelterelés, önbátorítás illetve a Vallás, értelemkeresés skálák elméletileg kevésbé megalapozottak és pszichometriai mutatóik is alatta maradtak az elvárható értékeknek, ezért elemzésünkben nem szerepelnek.

A páciens minden tételnél 1–5 pontig terjedő Likert-skálán jelöli, hogy az adott megküzdési forma milyen mértékben volt jellemző rá az elmúlt egy hétben. A megküzdési skálák értéktartománya szintén 1–5 pont: a nyerspontértéket osztottuk a skálához tartozó tételek számával.

### *6.3.2 Egészséggel és betegséggel kapcsolatos kontroll attitűd kérdőív (Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit; KKG, Lohaus, Schmitt 1989)*

A 21 teteles kérdőív specifikusan a betegséggel és egészséggel kapcsolatos kontroll helyét vizsgálja: a *belső kontroll* attitűdöt, amikor az egyén saját aktivitását tarja meghatározónak betegsége alakulásában; a *szociális külső kontroll* attitűdöt, amikor úgy érzi, hogy betegsége lefolyása elsősorban külső segítségtől függ; a *fatalisztikus külső kontroll* attitűdöt, amikor a

betegség, a tünetek változásában a véletlennek, a szerencsének/balszerencsének tulajdonítja a legnagyobb szerepet. A saját adataink alapján végzett exploratív faktorelemzés alapján a szociális külső kontroll skála két további faktorra bontható, a professzionális illetve az általában mások általi befolyásolhatóság megélésére. A szociális külső kontroll skála adataink alapján nem tekinthető egységes konstruktumnak, megbízhatósága is elmarad az elfogadható szinttől, ezért elemzésünkben nem szerepeltetjük.

1. Belső kontroll attitűd (4 tétel) –  $\alpha = 0,66$  ill.  $0,69$
2. Fatalisztikus külső kontroll (5 tétel) –  $\alpha = 0,78$  ill.  $0,76$

A kérdőív tételei 1–6-ig terjedő Likert-skála alapján értékelik a betegséggel kapcsolatos attitűdöt. A 2 skála értéke szintén 1–6 pontig terjed, az összehasonlíthatóság érdekében az összesítésként kapott nyerspontértéket osztottuk a skálához tartozó tételek számával. A kérdőív magyarul még nem standardizált, így eredményeinket a német manuálban publikált adatokhoz viszonyítjuk (Lohaus, Schmitt 1989).

### *6.3.3 Kórházi szorongás és depresszió kérdőív (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS, Zigmond, Snaith 1983, Tiringer és mtsai 2008)*

Az egyik leggyakrabban alkalmazott szorongás és depresszió szűrőkérdőív. 14 tételének fele szorongásos, másik fele depressziós tüneteket mér (a skálák terjedelme 0–21 pont). A kérdőív érvényességéről és megbízhatóságáról korábbi közleményünkben részletesen beszámoltunk (Tiringer és mtsai 2008). A kérdőív elterjedtségének egyik oka, hogy nem tartalmaz olyan tételket, melyek miatt a depresszió szomatikus tünetei és a testi betegség tünetei (például fáradékonyság, koncentrációs nehézség, alvászavar) összemosódnának: a depresszió skála legtöbb tétele az anhedóniát, míg a szorongás skáláé generalizált szorongásos tüneteket (például aggodalmat) mér. A kérdőívre jellemző, hogy tételei a szomatikus betegek esetében gyakoribb enyhe depressziós és szorongásos tünetekre fókuszálnak, s ezáltal a betegek számára is jobban elfogadhatóak. Mintánkban a Szorongás alskála konzisztencia-mutatója  $0,83$  ill.  $0,86$ , a Depresszió alskáláé  $0,80$  ill.  $0,82$  volt.

#### 6.3.4 SF-36 életminőség kérdőív (Ware 1996, Füzesi 2004)

Világszerte az egyik leggyakrabban használt egészségre vonatkozó életminőség kérdőív – kardiológiai vizsgálatokban is gyakran alkalmazzák. Generikus eszköz, általános dimenziói alkalmassá teszik különböző betegségek esetén történő alkalmazásra, ezáltal azok életminőségi mutatói összehasonlíthatók egymással. A kérdőív 8 skálája két fölrendelt dimenzióhoz rendelhető hozzá.

A testi egészség skálái:

1. Testi funkció, erőnlét (10 tétel) –  $\alpha = 0,90$  ill. 0,93;
2. Testi szerepfunkció (4 tétel), a testi problémákból adódó mindennapi szerepekben történő korlátozottság –  $\alpha = 0,92$  ill. 0,91;
3. Testi fájdalom (2 tétel) –  $\alpha = 0,76$  ill. 0,87;
4. Általános egészség (5 tétel), a szubjektíve megélt testi egészség –  $\alpha = 0,75$  ill. 0,82;

A lelki egészség skálái:

5. Vitalitás (4 tétel), mely az energikusságot/fáradékonyságot fejezi ki –  $\alpha = 0,82$  ill. 0,85;
6. Szociális funkció (2 tétel) –  $\alpha = 0,54$  ill. 0,68;
7. Érzelmi szerepfunkció (3 tétel): a lelki problémákból adódó mindennapi szerepekben történő korlátozottság –  $\alpha = 0,90$  ill. 0,90;
8. A pszichés jóllétet leíró Leleki egészség skála (5 tétel) –  $\alpha = 0,75$  ill. 0,78.

Mivel egy eddig nem publikált vizsgálatunkban a bypass-műtét időszakában, illetve azt 5 hónappal követően a leggyakoribb betegség tünetnek a fáradtság mutatkozott<sup>8</sup>, a Wilson-Cleary elméleti modell tüneti szintjéhez az SF-36 kérdőív Vitalitás skálájából általunk levezetett „Fáradtság skálát” rendeltük hozzá. Ez a skála mindössze két tételt tartalmaz – a Vitalitás skála két „szomatikus” tételét, a fáradtságot és a kimerültséget. A két tételt a Vitalitás skálához képest fordítva kódoltuk. A skála  $\alpha$  értéke a kiindulási mintában 0,80, a követéses mintában 0,86 volt. (A „Fáradtság skála” viszonya már validált fáradtság-kérdőívekhez egy jelenleg folyó vizsgálatunk tárgya.)

---

<sup>8</sup> A Betegségpercepció kérdőív módosított változata (Moss-Morris 2002, Bartha 2005) alapján 70 szívműtött páciens a betegséghez köthető 14 tünet közül a műtét előtt 90%-ban, a műtét után 71%-ban választotta ki a fáradtságot, ami mindkét időpontban kiemelkedően a leggyakoribb tünetnek bizonyult (más tüneteket, pl. a légszomjat, a gyengeséget, a fájdalmat csak 40-60%-ban választották).

Az SF-36 kérdőív skáláit transzformált alakban használtuk, ahol a 0 érték az elképzelhető legrosszabb, a 100 érték a legjobb életminőséget mutatja. A két fölérendelt skálát (testi illetve lelki egészség) standardizált formában alkalmaztuk, ami azt jelenti, hogy a 8 skála értékeit az Egyesült Államok normapopulációjában meghatározott skála-átlagokhoz viszonyítjuk, majd a 8 skálához megadott „testi” illetve „lelki” regressziós együtthatók segítségével számoljuk ki a két fölérendelt dimenzió összesített értékeit (melyek a normavizsgálat során 50 pont átlagú és 10 pont szórású skálák voltak – a saját mintánkból számolt értékeket tehát ehhez viszonyítottuk).

#### *6.3.5 Személyes hatékonyság kérdőív (Jerusalem, Schwarzer 1999)*

Az Albert Bandura szociális-kognitív modelljén alapuló 10 tételes kérdőív azt méri, hogy megterhelő élethelyzetekben az egyén mennyire érzi kompetensnek saját viselkedését. A skála a generalizált személyes hatékonyság érzését méri, mely a személyes megküzdési erőforrások megélését tükrözi.

#### *6.3.6 Cook-Medley Ellenségesség kérdőív – rövidített változat (Cook és Medley 1954; Kopp és mtsai. 1998)*

A kérdőív a másokkal szembeni ellenséges, cinikus attitűd kifejezettségét mutatja. Mintánk adatai alapján az eredeti 6 tétel közül háromból tudunk skálát képezni, melynek Cronbach- $\alpha$  értéke 0,71-nek adódott. (Mivel személyiségvonásról van szó, a skálát csak a kiindulási vizsgálatban töltötték ki a betegek.) A skálában megtartott tételek a fő faktoron töltöttek megfelelő súllyal, míg az elhagyott tételek nem töltöttek az első faktoron, vagy nagyon alacsony faktorsúlyt adtak. A megtartott tételek az emberek önzésére, közömbösségére és az ebből adódó bizalmatlanságra vonatkoztak.

#### *6.3.7 Caldwell Társas támogatás kérdőív (Caldwell és mtsai 1987)*

A kérdőív magyarul elérhető részéből (Kopp, Skrabski 1995) az elemzésben azt a kérdéscsoportot használtuk fel, amely arra vonatkozik, hogy a személy nehéz helyzetben milyen mértékben számíthat segítségre különböző támogató kapcsolataiban (szomszéd, munkatárs, iskolatárs, barát, szülő, házastárs, élettárs, gyermek, segítő foglalkozású). A



válaszadók egy 0–3-ig terjedő skálán jelölik, hogy milyen mértékben számíthatnak segítségre az adott kapcsolattípusban (0=semennyire, ... , 3=nagyon).

A kérdőív tételeire adott válaszokból nem képezhető egyszerű összesítéssel skála összpontszám, mivel nem mondhatjuk, hogy az a személy, aki két támogató kapcsolat esetében nyilatkozott elégedetten, annak fele akkora társas támogatása lenne, mint annak, aki négy kapcsolatával volt elégedett. Ezért egy olyan transzformált skálát alakítottunk ki, mely a támogató kapcsolatok mennyiségét és az azzal való elégedettséget egyaránt figyelembe veszi. Mivel a kérdőív 8 kapcsolattípus esetében ad lehetőséget az elégedettség értékelésére, a skála-pontszámot úgy határoztuk meg, hogy a kapcsolatokkal való elégedettséget a támogató kapcsolattípusok számával súlyoztuk. (Ha a személy egyetlen támogató kapcsolattípussal rendelkezett az elégedettséget 10-zel szoroztuk, ha kettővel, akkor 6,6-tal, ha négyvel, akkor 5-tel, ha nyolc kapcsolattípussal, akkor 4,16-tal szoroztuk a tételekből összesített pontszámot.) Így egy transzformált skála értéket kaptunk, mely 0 és 100 pont között értékeli a társas támogatást. Ha a személy egy kapcsolattípusról nyilatkozott, s úgy élte meg, hogy nagyon számíthat segítségre nehéz helyzetben, akkor 30 pontot kapott, ha úgy nyilatkozott, hogy egyáltalán nem számíthat segítségre, akkor 0 pontot. Ha négy kapcsolattípussal rendelkezett, a transzformált skálaérték 0 és 60 pont közötti értékeket vehetett fel, ha nyolc kapcsolattípusról nyilatkozott, akkor 0 és 100 pont közöttieket. A transzformált skála képzésével a célunk az volt, hogy közel normál eloszlású, folyamatos változóval vizsgálhassuk a társas támogatás mértékét. Bár a Kolmogorov-Smirnov teszt szignifikáns ( $Z=1,6$ ;  $p=0,013$ ), a ferdeségi (0,26) és csúcsossági (0,30) együttható alapján az eloszlás nem tér el durván a normál eloszlástól. A mérési modellünkben a társas támogatás pontszáma a látens változó egyetlen indikátoraként szerepelt.

A vizsgálatunkban felhasznált kérdőívek relevanciáját mutatja, hogy a betegek döntő többségétől értékelhető válaszokat kaptunk. A válaszadási arány a követéses vizsgálatban – ahol a kérdőívek kitöltését nem ellenőrizhettük – a kiindulási vizsgálatét is valamelyest meghaladta: a kiindulási vizsgálat során a betegek  $4,9 \pm 2,8\%$ -a nem töltötte ki értékelhetően<sup>9</sup> az egyes skálákat, ugyanez az arány a követéses vizsgálat során  $4,1 \pm 3,1\%$  volt. A szórás jelentős része a Társas támogatás kérdőív magasabb ki nem töltési arányából adódott (15,0% a kiindulási ill. 16,3% a követéses vizsgálatban). A kiindulási vizsgálat során viszonylag

---

<sup>9</sup> A skála-pontszámok kiszámítása során figyelembe vettük azokat a hiányos adatokat is, ahol a skálához tartozó tételek több mint felénél értékelhető adat szerepel (pl. 10-ből 6–9 adat). Ebben az esetben a hiányzó adatokat a többi tételből számolt átlaggal helyettesítettük.

magasabb arányban kaptunk hiányos válaszokat az SF-36 kérdőív Testi- ill. Érzelmi szerepfunkció skálái esetében (8,0% ill. 7,3%), melyek tételeinek megfogalmazása kevésbé illeszkedik az akut kardiológiai esemény után kórházban kezelt betegek helyzetéhez (pl. „Csak nehézségek árán tudta elvégezni munkáját vagy más tevékenységét”). A kiindulási és a követéses vizsgálat válaszadási arányait figyelembe véve, adataink összességében jól reprezentálják az osztályos kardiológiai rehabilitációban kezelt infarktusos és bypass-műtött betegek sajátosságait.

## **6.4 Az elemzett kardiológiai mutatók**

Mivel az életminőség fiziológiai és tüneti szintjén fontosak a betegséget tükröző biológiai paraméterek, illetve ezek – ha gyengén is, de – befolyásolják a működőképességet és a szubjektív egészséget, röviden áttekintjük az elemzésünkben használt kardiológiai mutatókat.

A vizsgálatban részt vett betegeknél részletes *kórtörténetet* vettünk fel, rögzítettük társbetegségeiket, az akut koronária esemény során elszenvedett szövődményeiket. A revaszkularizált betegeknél jellemeztük, hogy az intervenció mennyire volt komplett. A program kezdetén és végén is megtörtént a betegek funkcionális besorolása a NYHA és a CCS kritériumok alapján. Minden betegnél történt EKG vizsgálat, echocardiográfiás adataik szintén részét képezik adatbázisunknak. A funkcionális kapacitás jellemzésére minden betegnél törekedtünk a 6 perces járásteszt elvégzésére a program kezdetekor és zárásakor, illetve a betegek egy részénél (főképp a szívizom infarktus utáni csoportban) terheléses EKG vizsgálat történt.

### *6.4.1 Bal kamrai ejekciós frakció*

A bal kamra systoles funkciójának (összehúzóási képességének, vagyis kontraktilitásának) általánosan használt mutatója, mely a végdiastoles és végsystoles volumenek arányát adja meg (a szív ciklus alatt a feltöltött bal kamra az összehúzóása után mennyire csökkentette a volumenét). Több úton is meghatározható, jelen vizsgálatban az echocardiographiás úton történt, Teicholz formulával kiszámított lineáris ejekciós frakciót adtuk meg. Ennek normál értéke 55 % felett van, 40% alatt jelentősen csökkent értékről beszélünk.

#### *6.4.2 Canadian Cardiovascular Society Angina Grading Scale (CCS)*

A mérőskála az effort angina pectorisban szenvedő betegek funkcionális osztályba sorolására jött létre (Campeau 1976). Négy funkcionális osztályba sorolja a betegeket a fizikai teljesítményüket korlátozó mellkasi fájdalom megjelenési szintje alapján: az I. osztályban csak megerőltető fizikai munka okoz mellkasi panaszt, a II. osztályban a fizikai aktivitás enyhe, a III. osztályban kifejezett korlátozottsága jellemző; a IV. osztályban a legkisebb fizikai aktivitás is panaszt okoz, illetve nyugalomban is megjelenhet angina. Később a skálát a „0” osztállyal egészítették ki, mely azt jelzi, hogy a betegnek nincsenek anginás tünetei.

#### *6.4.3 New York Heart Association Functional Classification (NYHA)*

A kardiológiában és a kardiológiai rehabilitációban a betegek funkcionális kapacitásának, a kapacitás panaszok általi korlátozottságának leírására legáltalánosabban használt négyfokozatú skála (Criteria Committee of the New York Heart Association 1964). A skála segítségével azt ítéljük meg, hogy a panaszok (mint angina pectoris, nehézlégzés, heves szívdobogás érzés), mennyire korlátozzák a szokásos napi tevékenység szintű, az önellátáshoz szükséges fizikai aktivitást, illetve e panaszok jelen vannak-e nyugalomban is. I-es értéke csak magas terhelési szinten, IV-es skálaérték nyugalomban is jelenlevő panaszokat mutat.

#### *6.4.4 Komorbid krónikus betegségek*

A szomatikus társbetegségeket elsősorban az életminőség biológiai szintjének tényezőjeként vizsgáltuk. A társbetegségek – gyomor-, nyombélfekély, cukorbetegség, magasvérnyomás, daganatos megbetegedés, mozgásszervi betegség, perifériás verőérbetegség, stroke, szívelégtelenség, beültetett szívritmus szabályozó, egyéb krónikus testi betegség – számából dichotom változót képeztünk, melynek kategóriái a  $\leq 1$  illetve  $2 \geq$  komorbid betegséggel rendelkezők voltak. A vizsgált betegek 57%-ának  $\geq 2$  társbetegsége.

#### *6.4.5 Koszorúsér betegség kockázati tényezők*

A kockázati tényezőkre vonatkozóan jelentős arányban kaptunk hiányzó adatokat. A két rizikófaktor, mellyel kapcsolatban értékelhető eredmények álltak rendelkezésünkre, a

dohányzás és a pozitív családi anamnézis voltak. A két adatból képzett dichotom változó alapján a betegek 61%-a nem rendelkezett kockázati tényezővel, 39%-a pedig legalább egyvel.

#### 6.4.6 Követés alatti kórházi kezelés

A követéses életminőség prediktorai között szintén dichotom változóként szerepelt, hogy a páciens a követés ideje alatt volt-e kórházban? Ez az összesített adat tükrözte például, hogy a betegnél szívkatóterezés (7%), bypass-műtét (2%) történt, anginás panaszok miatt kezelték (4%). A betegek összesen 48%-a került kórházba a követés ideje alatt.

### 6.5 Statisztikai elemzés

Adataink statisztikai feldolgozásához az IBM SPSS Statistics 20, az SPSS AMOS 5.0 illetve a Microsoft Excel 2007 programokat használtuk.

$\chi^2$  tesztet használtunk a csoportok közti különbségek megítélésére, ha kategória típusú változókat hasonlítottunk össze. A folytonos változók átlagait eltérő csoportokon független mintás t-próbával, varianciaanalízissel, azonos csoportokon függő mintás t-próbával hasonlítottuk össze, ha azok normál eloszlást mutattak. Ha a normalitás feltétele nem teljesült, függő minták esetében a Wilcoxon-próbát, független minták esetében a Mann-Whitney-próbát használtuk. Szignifikánsnak a  $p < 0,05$  értéket tekintettük.

A követéses vizsgálatok elemzésében leggyakrabban alkalmazott lineáris regressziós modellek hajlamosak túlbecsülni egy adott prediktor változó hatását, és nem vizsgálják az esetleges közvetítő és módosító változók szerepét. Komplex pszichoszociális összefüggések vizsgálatakor a regresszióelemzés másik korlátja, hogy feltételezi a független változók izolált hatását, és ha ez a feltétel nem adott – egymással kapcsolatban álló változók (multikollinearitás) esetében – torzul a regressziós együtthatók értéke. Mivel elemzésünk második részében egyszerre több változó életminőségre történő hatását elemeztük, a változók közötti kapcsolódások egyidejű vizsgálatára a *strukturális egyenletekkel történő modellezést (SEM)* választottuk. Ez az elemzési módszer ajánlatos az életminőség-modellek kutatásában, mivel lehetővé teszi a használt konstruktumok indikátorainak – a mérési modelleknek –, és a

konstruktumok kapcsolatainak – a strukturális modellnek – az egyidejű elemzését. A strukturális egyenletekkel történő modellezés során a látens, közvetlenül nem megfigyelhető változókat – mint például a depressziót, vagy a szubjektív általános egészséget – a mérhető manifeszt változók segítségével operacionalizáljuk. A strukturális útegyütthetők jelzik a látens konstruktum és az egyes prediktorok, valamint a látens konstruktumok egymás közötti kapcsolatának erősségét.

A *strukturális egyenletekkel történő modellezés* (SEM) segítségével vizsgálható továbbá az elméleti modellünk egészének illeszkedése az empirikus adatok struktúrájához. A strukturális egyenletekkel történő modellezés egy olyan megerősítő elemzési technika, mely a feltételezett modell kovariancia-mátrixát hasonlítja össze a megfigyelt adatok kovarianciájával. A SEM alapján megalapozottabban következtethetünk kauzális összefüggésekre, bár a modellek összefüggései nem értelmezhetők közvetlenül ok-okozati kapcsolatokként.

A hagyományos regresszióelemzési módszerrel összehasonlítva, a strukturális egyenletekkel történő modellezés teoretikusan megalapozottabb megközelítés, és a predikciós egyenletek pontosabban leképezik a függő változók varianciájának valódi okait.

A strukturális modell kialakítása során az alábbi szokásos lépéseket követtük:

- 1) a modell levezetése a vizsgálat alapjául szolgáló elmélet – jelen esetben a Wilson és Cleary által kidolgozott általános életminőség-modell – alapján;
- 2) a mérési modellek vizsgálatával azon változók meghatározása, melyek használhatók az elméleti modell paramétereinek becslésére;
- 3) különböző becslési módszerek – leggyakrabban a maximum likelihood (ML) – révén a paraméterek és azok szignifikanciájának meghatározása;
- 4) a specifikált modellünk és a vizsgálati adatok struktúrája közötti illeszkedés vizsgálata, s az eredmények alapján
- 5) a modell – elméleti megfontolásokat is figyelembe vevő – korrigálása.

A modellek illeszkedésének vizsgálatára használtuk a  $\chi^2$  értéket, mely a vizsgálati minta és a modell alapján számolt kovariancia-mátrix különbségének mutatója. Az elemzésünkben használt ML-módszer feltételezi a tételek normál eloszlását. Ha a többváltozós normáleloszlás feltétele durván sérül, az ML túlbecsüli a  $\chi^2$  értéket. Ennek következtében elutasíthatunk olyan modelleket is, melyek adatainkhoz megfelelően illeszkednek. Az általunk használt AMOS 5 program hiányos adatok esetén nem számolja ki a többváltozós normáleloszlás mutatóit, ezért változóink alkalmasságát más mutatók alapján kellett értékelnünk. Változóink

többsége becslőskálák segítségével jött létre, ebből adódóan a normalitás szigorú kritériumainak nem felel meg (a Kolmogorov-Smirnov próba szignifikáns). A változók normalitását a hagyományos ferdeségi és csúcsossági együttható segítségével is vizsgálhatjuk. Konzervatív mércék szerint, ha a két együttható valamelyike  $>1$  értéket ad, a normál eloszlás feltétele súlyosabban sérül, kevésbé szigorú mércék azonban, ennél valamivel magasabb értékeket sem tekintenek problémásnak a ML-becslés használatakor. Változóink döntő többsége esetében a ferdeségi és csúcsossági együttható  $<1$  értéket adott, és nem volt olyan, ahol ezekben a mutatókban extrém értéket kaptunk, ezért úgy tekinthető, hogy nem sérült durván a ML-becslés feltétele.

Mivel a  $\chi^2$ -próba nagyobb minták esetén is hajlamos olyan modelleket visszautasítani, melyek a populációban érvényesnek tekinthetők, további illeszkedési mutatókat is meghatároztunk, melyek a minta nagyságától kevésbé függenek. A Beauducel és Wittmann (2005) által javasolt illeszkedési mutatók közül – a hiányos adatokat tartalmazó mintánk esetében – a Comparative-Fit-Index-et (CFI), a Root-Mean-Square-Error of Approximation-t (RMSEA) tudtuk meghatározni<sup>10</sup>. Az RMSEA a modell és az adatok kovariancia mátrixa közötti különbség szabadságfokkal korrigált értéke, melynek az AMOS program a 90 %-os megbízhatósági tartományát is megadja. Az RMSEA a modell takarékoságának megbízható jelzője, a komplex modellek hibás specifikálásának hatékony mutatója. Az RMSEA  $<0,05$  értékei jó, a 0,051 és 0,080 közötti értékek elfogadható illeszkedésre utalnak (Schermelleh-Engel, Moosbrugger 2003). A CFI pedig azt mutatja meg, hogy az általunk specifikált modell hogyan viszonyul a restriktív/”independence” modellhez. Minél inkább különbözik a két modell egymástól, a CFI értéke annál közelebb van 1-hez. A  $>0,95$  CFI jó, a  $>0,90$  elfogadható illeszkedésre utal (Hu, Bentler 1999).

A modell revíziója során – statisztikai vagy elméleti megfontolások alapján – hozzáadhatunk, törölhetünk vagy módosíthatunk a változók közötti kapcsolatokat. A modell változtatásával azonban eljárásunk egyre inkább exploratívnak tekinthető. Az ilyen esetekben modellünket tesztelnünk kell egy független minta segítségével.

---

<sup>10</sup> A Standardized Root Mean Residual (SRMR) mutató csak hiánytalan adatokkal számítható

## *Az életminőség-modell kialakítása*

A Wilson és Cleary által kidolgozott általános életminőség-elmélet és a szívbetegek életminőségével foglalkozó szakirodalom alapján – ugyanazon mérési modelleket használva – két életminőség-modellt alakítottunk ki: egyet az akut koronária-esemény utáni rehabilitációs kezelés időszakára jellemző, a másikat a 15 hónappal későbbi életminőség leképezésére.

A modellek tengelyét az életminőségi konstruktumok (a testi fáradtság, a testi működőképesség és a szubjektív egészség) adják, melyek a betegség biológiai szintje és a globális életminőség közötti mediátor változóknak tekinthetők. A betegség *biológiai szintjét* leképező indikátorként használtuk a bal kamrai ejekciós frakció értékét, valamint a komorbid krónikus betegségeket és a koronária betegség kockázati tényezőket dichotom változókként.

Az életminőség *tüneti szintjéhez* hozzárendelhető indikátor kiválasztására több alternatíva is kínálkozott. Höfer és mtsai (2005) vizsgálata – mely a Wilson-Cleary-modellt frissen diagnosztizált, és kevésbé súlyos koronáriabetegeken tesztelte – a tüneti szint indikátorként a CCS pontszámot használta. Ez a változó vizsgálati mintánk esetében tüneti indikátorként nem alkalmazható, mivel a bypass-műtétet követően a betegek többségének megszűnik az anginás fájdalma, ezért a változó eloszlása erősen balra tolt (hasonló, bár valamivel kevésbé kifejezett a tendencia a követés során is). Tüneti indikátorként használható lenne az SF-36 kérdőív Fájdalom skálája is, de az szoros kapcsolatban van más krónikus betegségek tüneteivel, pl. mozgásszervi betegségekkel is, így nem tekinthető kellően specifikusnak. Szívbetegek talán leggyakoribb – bár szintén nem specifikus – tünete a testi fáradtság, ezért modellünkben a tüneti szint indikátorként az SF-36 kérdőív Vitalitás skálájának „fáradtság” és „kimerültség” tételét használtuk.

A betegek *funkcionális státuszának* mutatójaként az SF-36 Testi erőnlét/funkció skálájának, míg a *szubjektív egészségi állapot* indikátorként az SF-36 Általános egészség skálájának tégeit használtuk. Bár Wilson és Cleary egy lineáris modellt írtak le, és nem vettek figyelembe nem-szomszédos konstruktumok közötti kapcsolatokat, számunkra kézenfekvőnek tűnt, hogy a fáradtság közvetlenül is befolyásolhatja a szubjektív egészségérzést, ezért megvizsgáltuk ennek az összefüggésnek a lehetőségét is.

A *globális életminőség/élettel való elégedettség* vizsgálatára alkalmas mutatót nem tartalmazott vizsgálati anyagunk, így ez a szint az általunk kialakított modellben nem jelenik

meg<sup>11</sup>. Bár több vizsgálat eredményei szerint a globális életminőség szoros kapcsolatban áll a pszichés állapottal, főleg a szorongással (pl. Höfer és mtsai 2005), mégis ettől független, önálló konstruktumnak tekinthető. Modellünkben a szorongást és a depressziót az életminőség minden szintjét potenciálisan befolyásoló tényezőként vizsgáltuk.

Wilson és Cleary modellje feltehetőleg azért nem pontosítja az életminőség különböző szintjeit befolyásoló individuális és környezeti változókat, mert ezek a betegség jellegétől és súlyosságától függően változhatnak. A szakirodalomban csak néhány közleményt ismerünk, mely a Wilson és Cleary által kidolgozott általános modellt szívbetegek esetében vizsgálta. Höfer és mtsai (2005) vizsgálata – mely a koronária-betegség diagnosztizálásának és a páciens kezelésbe vételének időszakához, és három hónapos követéséhez kötődik – támpontként szolgált saját modellünk kialakításához, de vizsgálati mintánk eltérő sajátosságaiból és a vizsgált konstruktumok részben eltérő jellegéből adódóan, modelljük összefüggéseit közvetlenül vizsgálni és megerősíteni nem tudtuk.

Mind a kiindulási, mind a követéses *életminőség-modellünk kialakítása* során első lépésben a szorongás és a depresszió mérési modelljeit kapcsoltuk hozzá az életminőségi konstruktumokhoz. Mivel kevés információ áll rendelkezésre az életminőségi szintek és az azokat befolyásoló tényezők kapcsolatáról, első lépésben minden beépített látens változó esetében engedélyeztük a mindhárom szinten (fáradtság, testi funkció, szubjektív egészség) történő töltést. A modell újrafuttatását követően figyeltük a látens konstruktumok közötti kapcsolatok és a modell illeszkedési mutatóinak változását. Ha a  $\chi^2/df$ , illetve a RMSEA értéke csökkent, az adott konstruktumot megtartottuk a modellben. Ha valamelyik útegyütthető nem bizonyult szignifikánsnak, a következő futtatás során nem specifikáltuk az összefüggést. Ezzel az eljárással – elméleti megfontolásokat követve – lépcsőről lépésre megvizsgáltuk az életminőséget potenciálisan befolyásoló változók hatását. A *követéses modell* esetében az akut koronária-esemény után eltelt 15 hónap változásait is figyelembe vettük: megvizsgáltuk azoknak a pszichoszociális változóknak a hatását is, melyeket a követéses és kiindulási változók különbségeiből képeztünk. Ha egy újabb konstruktum beépítésével valamelyik látens változó hatása meggyengült, kivettük a modellből. A végső modell esetében volt a legalacsonyabb a modell és az adatok kovariancia mátrixa közötti különbség szabadságfokkal korrigált értéke (RMSEA). A 0,95 körüli CFI mutatók arra

---

<sup>11</sup> Kardiológiai vizsgálatokban napjainkban gyakran használják ennek a dimenzióknak a mérésére a MacNew kérdőív megfelelő skáláját. Vizsgálatunk elindításakor ez a kérdőív magyarul még nem volt hozzáférhető.



utaltak, hogy a modell megközelíti a tökéletesen illeszkedő „szaturált” modellt. Mindegyik útegyütthető szignifikánsnak bizonyult.

Mivel „teljesen független” minta a kidolgozott modelljeink megerősítő elemzésére nem áll rendelkezésünkre, a „viszonylag független” kiindulási és követéses adatok segítségével vizsgáltuk két modellünk érvényességét és stabilitását.

Megvizsgáltuk *az életminőség változását* előrejelző kardiológiai és pszichoszociális tényezőket is. Ezeknek az összefüggéseknek az elemzésére útanalitikus modellt dolgoztunk ki, mivel minden változás-mutatót a követéses és kiindulási skálaérték különbségéből képeztünk – tehát kizárólag megfigyelhető változókat használtunk. A kiindulási és követéses életminőség-modellek kialakítása során használt exploratív eljáráshoz hasonlóan ebbe a modellbe is lépésenként beépítettük az elméletileg szóba jövő változókat, majd az illeszkedési mutatók és az útegyütthetők alapján döntöttünk a változó meghagyásáról vagy kivételéről. Az életminőség változásának előrejelzőjeként vizsgáltuk a kiinduláskor mért megküzdési, kontroll-attitűd és distressz mutatókat, valamint azok követés alatti változásának mutatóit is.

A modellépítés során felhasznált konstruktumokat és mért változókat, valamint azok hozzárendelését az életminőség különböző szintjeihez és háttértényezőihez a 2. táblázat foglalja össze (ld a 74. oldalon).

2. táblázat Az életminőség modellek kialakítása során használt látens és manifeszt változók	
Látens változók	Manifeszt változók
<b>Biológiai, élettani szint</b>	Bal kamrai ejekciós frakció, komorbid krónikus betegségek, standard rizikófaktorok, követés alatti kórházi kezelés
<b>Tüneti státusz</b>	Az SF-36 Fáradtság skála 2 tétele
<b>Testi funkció</b>	Az SF-36 Testi funkció skála 4 tétele
<b>Általános egészség</b>	Az SF-36 Általános egészség skála 3 tétele
<b>Depresszió</b>	A Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (HADS-D) 4 tétele
<b>Szorongás</b>	A Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (HADS-A) 4 tétele
<b>Kontroll-attitűd</b>	Egészséggel és betegséggel kapcsolatos kontroll-attitűd: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A Belső kontroll skála 3 tétele</li> <li>• A Fatalisztikus külső kontroll skála 3 tétele</li> </ul>
<b>Megküzdési stratégiák</b>	Freiburgi betegségfeldolgozási kérdőív <ul style="list-style-type: none"> <li>• A Depresszív, rezignált megküzdés skála 3 tétele</li> <li>• Az Aktív, problémaorientált megküzdés skála 3 tétele</li> </ul>
<b>Személyes hatékonyság</b>	A Személyes hatékonyság kérdőív 4 tétele
<b>Hosztilitás</b>	A rövidített Cook-Medley skála 3 tétele
<b>Társas támogatás</b>	A Caldwell Társas támogatás kérdőív pontszáma
<b>Változás mutatók</b>	A követéses és kiindulási skálaértékek (megküzdés, kontroll-attitűd, életminőség) különbségéből képzett „Változás” mutatók
<b>Nem, életkor</b>	Nem, életkor

A 3. táblázat (ld a 75. oldalon) a strukturális modell építéskor használt konstruktumok megbízhatósági mutatóit foglalja össze a kiindulási és a követéses vizsgálati minta alapján (CR: composite reliability, összesített megbízhatóság; AVE: average variance explained, a tételek átlagosan magyarázott varianciája).

3. táblázat. Az életminőség-modellek kialakítása során alkalmazott látens konstruktumok megbízhatósági mutatói

	Kiindulás		Követés	
	CR	AVE	CR	AVE
<i>Freiburgi betegségfeldolgozási kérdőív – rövidített verzió (FKV-LIS)</i>				
Depresszív, rezignált megküzdés (3 tétel)	0,69	0,42	0,74	0,50
Aktív, problémaorientált megküzdés (3 tétel)	0,72	0,48	0,75	0,51
<i>Egészséggel és betegséggel kapcsolatos kontroll attitűd kérdőív (KKG)</i>				
Belső kontroll-attitűd (3 tétel)	0,63	0,36	0,68	0,41
Fatalisztikus külső kontroll-attitűd (3 tétel)	0,77	0,52	0,76	0,51
<i>Kórházi szorongás és depresszió skála</i>				
Szorongás skála (4 tétel)	0,79	0,48	0,82	0,53
Depresszió skála (4 tétel)	0,79	0,48	0,82	0,54
<i>SF-36 Életminőség kérdőív</i>				
Testi funkció (4 tétel)	0,84	0,57	0,88	0,65
Általános egészség (3 tétel)	0,74	0,50	0,77	0,54
Fáradtság (2 tétel)*	–		–	
Schwarzer Személyes hatékonyság kérdőív (4 tétel)	0,85	0,60	0,85	0,59
Cook-Medley Ellenségesség kérdőív – rövidített változat (3 tétel)	0,71	0,45	–	–

\* két tétel esetében nem specifikálható mérési modell.

## 7. Eredmények

A két vizsgált betegcsoport szociodemográfiai adatait és néhány alapvető medikális sajátosságát a 4. táblázat foglalja össze.

4. táblázat A vizsgált betegcsoportok sajátosságai			
	AMI kiindulás (n=267)	ACBG kiindulás (n=313)	Különbbségi mutatók és azok szignifikanciája
Nemek (ffi / nő %)	63,3 / 36,7	72,5 / 27,5	$\chi^2=5,67$ ; df=1; p=0,017
Életkor átlag (év) min.–max. (év) SD (év)	61,2 20–93 12,1	62,7 39–84 9,0	$t_{(484)} = -1,728$ ; p=0,085
Családi állapot (%) nincs adat nőtlen/hajadon házas-/élettárs özvegy elvált	1,1 2,3 62,1 23,4 11,1	2,6 1,3 72,5 14,1 9,5	$\chi^2=11,4$ ; df=4; p=0,021
Iskolai végzettség (%) hiányzó adat < 8 általános 8 általános szakmunkásképző érettségi felsőfokú	3,1 6,9 17,6 25,6 27,1 19,8	3,3 3,6 12,8 31,8 25,2 23,3	$\chi^2=7,9$ ; df=5; p=0,16
NYHA (átlag)* SD	1,81 (±0,72)	2,04 (±0,64)	Z = -3,83; p=0,000
CCS (medián)	1	1	Z = -1,03; p=0,30
Bal kamrai ejekciós frakció (%) (medián)	57	57	Z = -0,17; p=0,87

\* A medián helyett az informatívabb átlagot adtuk meg

A rehabilitációs kezelés időszakában az infarktuson illetve a bypass-műtéten átesett csoport a bal kamrai „pumpa-teljesítmény” (LVEF), valamint az anginás tünetek (CCS) alapján

szívbetegsége súlyosságában nem különbözött egymástól. A betegséggel összefüggő korlátozottság (a NYHA-osztályozás alapján) ugyanakkor a bypass-műtött betegeknel kifejezettebb volt. A bypass-műtött betegek között szignifikánsan kevesebb volt a nő, az infarktuson átesettek között pedig több az özvegy.

A *kiindulási vizsgálatból* kimaradt betegek (n=80) szignifikánsan idősebbek voltak, mint az értékelhető kérdőíveket kitöltő betegek (n=580) ( $64,9 \pm 11$  év ill.  $62 \pm 10,6$  év;  $t_{(658)} = 2,262$ ;  $p=0,024$ ). A *kimaradó betegek* funkcionális státusza rosszabb volt a NYHA-stádium alapján ( $2,13 \pm 0,73$ , illetve az elemzésben értékelt betegek esetében  $1,93 \pm 0,69$ ;  $Z = -2,46$ ;  $p=0,014$ ). A szívbetegségük objektív súlyosságát tükröző bal kamrai ejekciós frakció, valamint az anginás tünetek súlyossága (CCS) jelentősen nem különbözött a két csoportban. A vizsgálatból kimaradó betegek között tendenciaszerűen több nő volt ( $\chi^2=2,9$ ;  $df=1$ ;  $p=0,09$ ).

A rehabilitációs kezelés után átlagosan 15 hónappal történt *követéses vizsgálatban* résztvevő (n=469) illetve nem résztvevő (n=156)<sup>12</sup> betegcsoportok életkorban, családi állapotban, iskolai végzettségben, betegségük objektív súlyosságának mutatójában (bal kamrai ejekciós frakció), valamint a rehabilitációs kezelés során észlelt funkcionális állapotuk (NYHA-stádium) és anginás tüneteik (CCS) tekintetében jelentősen nem különböztek egymástól. A követésből *kimaradó betegek* között szignifikánsan több nő volt ( $\chi^2=4,6$ ;  $df=1$ ;  $p=0,032$ ).

Eredményeink bemutatása során először az infarktuson illetve éráthidaló-műtéten átesett betegek pszichológiai alkalmazkodásának sajátosságait, disztressz-tüneteit, életminőségét és ezek követés alatt történt változásait jellemezzük.

Elemzésünk második részében az életminőség egyes szintjeire hatással lévő bio-pszichoszociális tényezőket vizsgáljuk strukturális egyenleteken alapuló illetve útanalitikus modelljeink segítségével.

---

<sup>12</sup> A csoportok összehasonlítása során nem vettük figyelembe a követés során meghalt 35 beteget, illetve résztvevőnek csak azokat a betegeket tekintettük, akik mind a kiindulási, mind a követéses vizsgálat során értékelhető kérdőíveket töltöttek ki. Ez a betegszám (n=469) alacsonyabb, mint a követésben résztvevő betegek száma (n=529).

## 7.1 Az akut koronária-szindrómán átesett betegek pszichológiai alkalmazkodási folyamatai, disztressze és életminősége, illetve annak változása a rehabilitációt követő 15 hónapban.

Mivel az általunk vizsgált két betegcsoport sajátosságai különböznek, pszichológiai alkalmazkodási folyamataikat és életminőségüket külön jellemezzük.

Az 5. táblázatban tüntettük fel az infarktuson átesett páciensek betegséghez történő viszonyulását és a pszichológiai distresszét tükröző skálák medián értékeit – a kiindulási, illetve a 15 hónapos követés során kapott értékeket –, valamint a két időponthoz tartozó rangsorok összehasonlításának Z-értékét és annak szignifikanciáját.

5. táblázat. Az akut miokardiális infarktuson átesett páciensek betegséghez történő viszonyulását és distresszét tükröző skálák medián értékei illetve a Wilcoxon-próba eredményei

	Kiindulás	Követés	Z-érték	p
Depresszív, rezignált megküzdés	2,00	2,00	-1,15	n.s.
Aktív, problémaorientált megküzdés	4,00	4,00	-2,84	0,005
Belső kontroll attitűd	4,25	3,75	-4,94	0,000
Fatalisztikus külső kontroll attitűd	3,20	3,00	-0,49	n.s.
HADS Szorongás	7,00	8,00	-1,41	n.s.
HADS Depresszió	5,00	6,00	-5,19	0,000

A depresszív, rezignált megküzdések – a betegséggel kapcsolatos rágódás, önsajnálát, bosszankodás – nem csökkentek számottevően az infarktust követő 15 hónapban. Ugyanakkor az aktív megküzdés – problémamegoldás, tervszerű cselekvés, küzdőszellem – rehabilitáció során tapasztalható magasabb szintje jelentősen csökkent a követés ideje alatt (ez a medián értékek alapján nem látszik, az átlag azonban számottevően csökkent). A betegséggel szembeni attitűd változását jelzi a belső kontroll attitűd – a betegséggel kapcsolatos felelősségérzés, a személyes befolyásolhatóság megélésének – egy év alatti jelentős

csökkenése. A betegség sorsszerűségének és a tünetek véletlenszerűségének megélése ugyanakkor nem változik. A pszichológiai distressz vonatkozásában figyelemre méltó a depressziós tünetek kifejezetten szignifikáns emelkedése. A szorongásos tünetekben nincs jelentős változás a követés során, az infarktus utáni hetek kifejezett szorongása nem csökken az infarktus utáni egy év alatt.

A 6. táblázat ugyanezeket az adatokat tartalmazza a bypass-műtött betegek esetében.

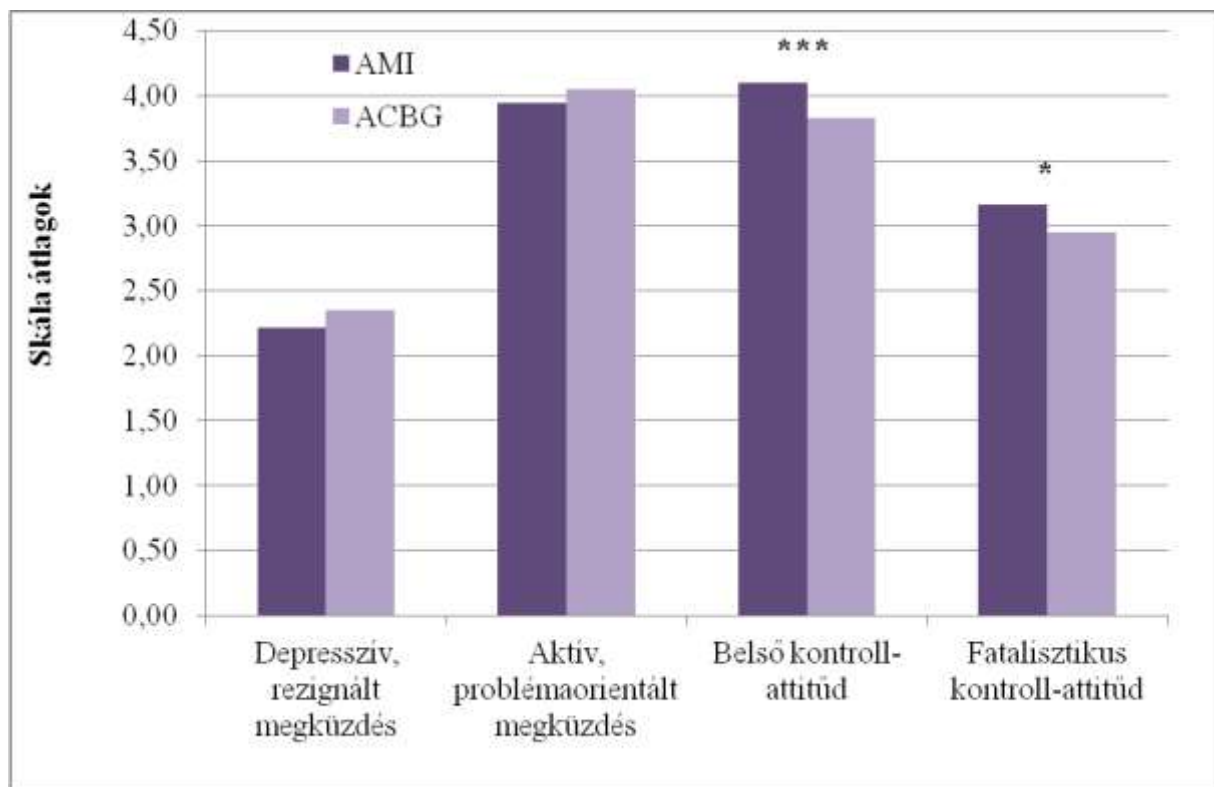
6. táblázat. Az aorto-coronáriás bypass-műtéten átesett páciensek betegséghez történő viszonyulását és distresszét tükröző skálák medián értékei illetve a Wilcoxon-próba eredményei

	Kiindulás	Követés	Z-érték	p
Depresszív, rezignált megküzdés	2,33	2,00	-2,87	0,004
Aktív, problémaorientált megküzdés	4,33	4,00	-1,55	n.s.
Belső kontroll attitűd	4,00	3,75	-3,04	0,002
Fatalisztikus külső kontroll attitűd	3,00	2,90	-0,53	n.s.
HADS Szorongás	6,00	7,00	-2,74	0,006
HADS Depresszió	5,00	6,00	-2,87	0,004

A szívűtött betegeknel a követés egy éve alatt szignifikánsan csökkent a depresszív, rezignált megküzdés mértéke. Ugyanakkor nem csökken jelentősen a rehabilitációs kezelés időszakában kifejezett aktív megküzdés (a Z-érték itt is informatívabb, mint a medián változása). Bypass-műtött betegek esetében is szignifikáns – bár az infarktusos betegekhez képest kevésbé kifejezett – csökkenés látható a belső kontroll megélésében. A szívbetegség sorsszerűségének megélése nem változik a műtétet követő évben. Kiemelendő, hogy a bypass-műtét utáni évben mind a szorongásos, mind a depressziós tünetek jelentős növekedést mutatnak. A műtét utáni hetekben a betegek azonban kevésbé szoronganak, mint az infarktust követően, s a növekedés ehhez képest jelentkezik. A depressziós tünetek növekedése ugyanakkor kevésbé jelentős, mint az infarktusos betegek esetében.

Ha a két betegcsoport megküzdését, kontroll-attitűdjét és disztrészét a rehabilitáció időszakában hasonlítjuk össze, a nem-paraméteres próba megerősíti, hogy az infarktusos betegek esetében lényegesen kifejezettebb a belső kontroll-attitűd / a betegségért történő felelősségvállalás ( $Z = -3,50$ ;  $p=0,000$ ), ugyanakkor a betegség sorsszerűségének megélése is ( $Z = -1,96$ ;  $p=0,050$ ). Lényegesen magasabb az infarktust átélt betegek szorongásszintje ( $Z = -3,07$ ;  $p=0,002$ ). A többi vonatkozásban nem mutatható ki szignifikáns különbség a két csoport között (3. és 4. ábra).

**3. ábra** Az infarktuson (AMI) illetve bypass-műtéten (ACBG) átesett betegek megküzdési stratégiáinak és kontroll-attitűdjének összehasonlítása a kiinduláskor<sup>13</sup>

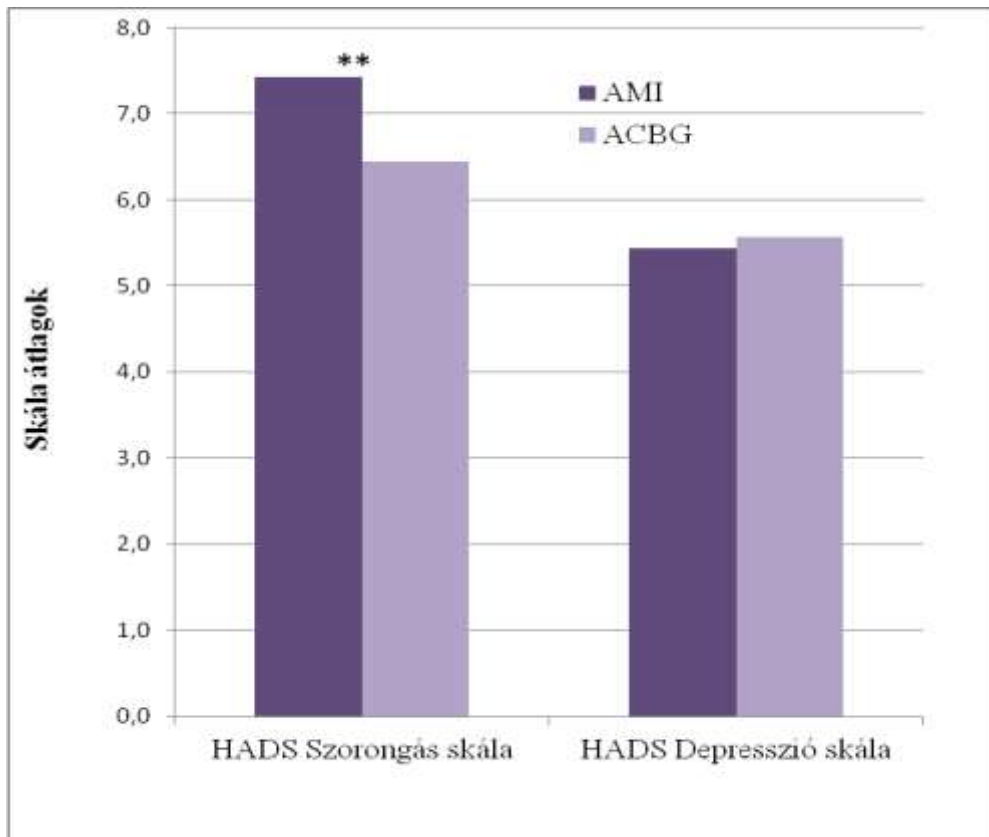


\*\*\*  $p < 0,001$ , \*  $p < 0,05$

<sup>13</sup> Az ábrán lévő skála átlagértékek a szemléltetést szolgálják. Mivel a változók nem mutatnak normál eloszlást, a t-próba torzítana. A p értékek meghatározása nem-paraméteres próbával történt.



**4. ábra Az infarktuson (AMI) illetve bypass-műtéten (ACBG) átesett betegek szorongásos és depressziós tüneteinek összehasonlítása a kiinduláskor<sup>14</sup>**



\*\* p<0,01

A követés időpontjában a két csoport közötti egyetlen szignifikáns különbség a műtéten átesett betegek kifejezettebb aktív, problémaorientált megküzdése ( $Z = -2,36$ ;  $p=0,018$ )<sup>15</sup>.

A 7. táblázat eredményei alapján egyértelmű az infarktusos betegek életminőségének statisztikailag szignifikáns javulása majdnem minden vonatkozásban. Bár a testi állapot értékelésében jelentős a javulás, a testi egészség szubjektív megélésében (Általános egészség) viszonylag alacsonyabb a növekedés. Nincs jelentős változás a pszichés jóllét dimenzióban, ami az 5. táblázat szorongás, depresszió értékeivel összevetve továbbgondolásra érdemes.

<sup>14</sup> lásd a 13. megjegyzést.

<sup>15</sup> A mediánokban nincs különbség, de az Aktív megküzdés átlaga magasabb a műtött betegeknél (ACBG: 3,99 vs. AMI: 3,84)

7. táblázat. Az akut miokardiális infarktuson átesett páciensek életminőség skáláinak medián értékei illetve a Wilcoxon-próba eredményei

	Kiindulás	Követés	Z-érték	p
SF-36 Testi funkció	60,6	65,0	-0,75	n.s.
SF-36 Testi szerepfunkció	33,3	50,0	-5,10	0,000
SF-36 Testi fájdalom	44,0	62,0	-4,85	0,000
SF-36 Általános egészség	33,8	40,0	-2,71	0,007
SF-36 Vitalitás	50,0	60,0	-3,47	0,001
SF-36 Szociális funkció	75	75	-3,79	0,000
SF-36 Érzelmi szerepfunkció	44,4	67,7	-4,31	0,000
SF-36 Pszichés jóllét	64,5	71	-1,55	n.s.
SF-36 Standard Testi egészség (átlag $\pm$ 1 SD)	36,52 ( $\pm$ 9,20)	39,14 ( $\pm$ 10,61)	3,968*	0,000
SF-36 Standard Lelki egészség (átlag $\pm$ 1 SD)	45,44 ( $\pm$ 10,41)	47,95 ( $\pm$ 10,07)	3,427*	0,001

\* t-érték – a normál eloszlás miatt függő mintás t-próbát alkalmaztunk

A 8. táblázat a bypass-műtéten átesett betegek életminőségi adatait mutatja. Az életminőség javulása minden vonatkozásban igen jelentős, az általános egészség megítélése jelent kivételt, ahol a növekedés nem tekinthető szignifikánsnak.

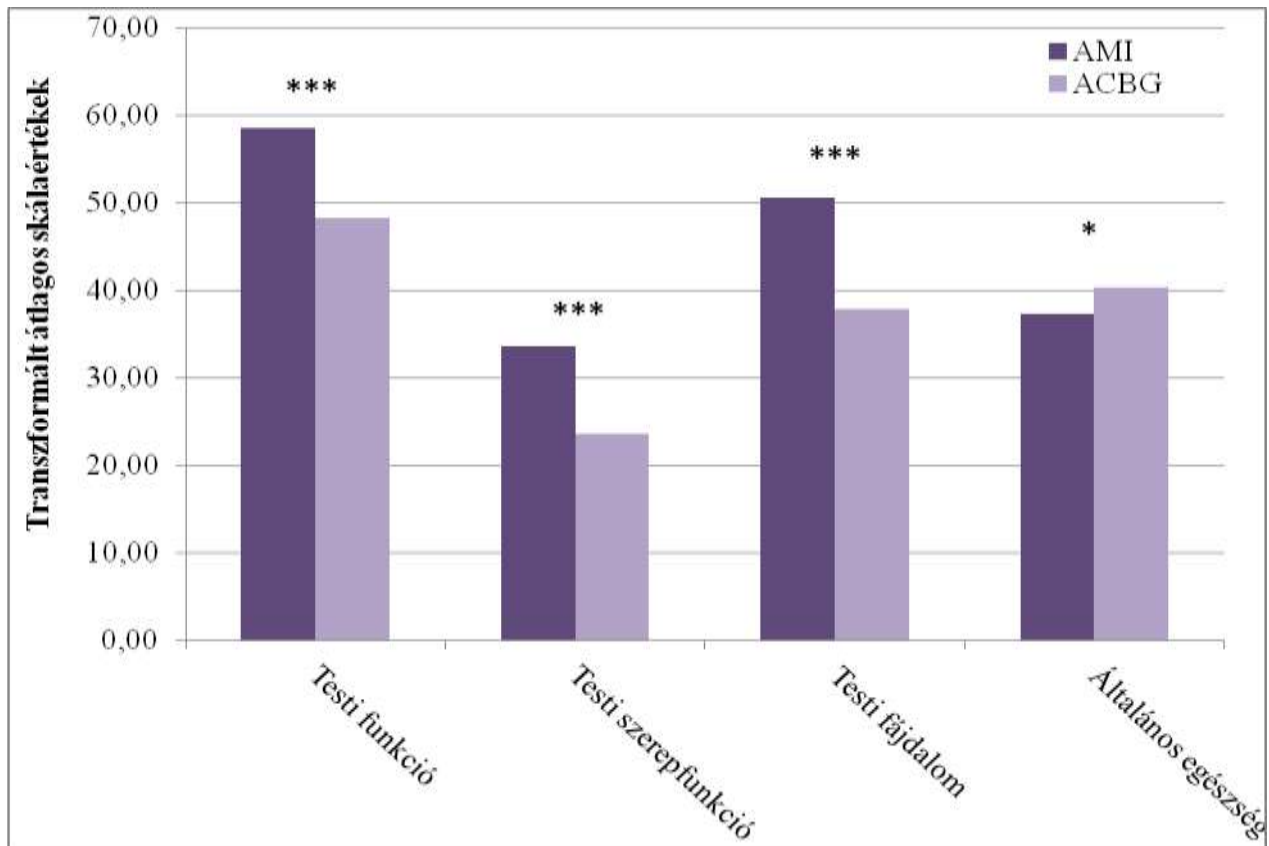
Ha az *infarktust* és *bypass-műtétet* átélt betegeket hasonlítjuk össze egymással a *rehabilitáció* időszakában, a műtéten átesett betegek életminőségének testi vonatkozásai lényegesen rosszabbak. Ennek ellenére az Általános egészség skála értékei náluk szignifikánsan magasabb értékeket adnak ( $Z = -2,03$ ;  $p=0,042$ ), ami azt jelenti, hogy rosszabb testi egészségi állapotuk ellenére szubjektíve egészségesebbnek élik meg magukat, mint az infarktuson átesett betegek (5. ábra, 84. o.). A *követés* időpontjában a két betegcsoport között egyetlen életminőségi skálán sem mutatható ki szignifikáns különbség.

8. táblázat. Az aorto-coronáriás bypass-műtéten átesett páciensek életminőség skáláinak medián értékei (+/- 1 SD) illetve a Wilcoxon-próba eredményei

	Kiindulás	Követés	Z-érték	p
SF-36 Testi funkció	50,0	65,0	-8,83	0,000
SF-36 Testi szerepfunkció	16,7	50,0	-9,66	0,000
SF-36 Testi fájdalom	32,0	62,0	-11,28	0,000
SF-36 Általános egészség	37,5	40,0	-1,87	0,062
SF-36 Vitalitás	45,0	60,0	-7,94	0,000
SF-36 Szociális funkció	62,5	81,3	-6,62	0,000
SF-36 Érzelmi szerepfunkció	33,3	66,7	-8,87	0,000
SF-36 Lelki egészség	68,0	72,0	-4,34	0,000
SF-36 Standard Testi egészség (átlag ± 1 SD)	31,91 (± 7,89)	39,18 (± 9,02)	11,80*	0,000
SF-36 Standard Lelki egészség (átlag ± 1 SD)	44,43 (± 10,94)	49,36 (± 9,20)	6,40*	0,000

\* t-érték – a normál eloszlás miatt függő mintás t-próbát alkalmaztunk

**5. ábra Az infarktuson (AMI) illetve bypass-műtéten (ACBG) átesett betegek testi életminőség dimenzióinak összehasonlítása a kiinduláskor<sup>16</sup>**



\*\*\*  $p < 0,001$ , \*  $p < 0,05$

Az életminőség vonatkozásában megmutatkozó fontosabb csoportkülönbségek demonstrálására a homogénebb követéses adatokat és az SF-36 összesített testi és lelki egészségmutatóit használtuk fel. A 9. táblázatban összesített eredmények szerint szignifikáns különbséget a *testi életminőség* vonatkozásában találunk. Rosszabb a nők, a krónikus társbetegségekben szenvedők, illetve az alacsonyabb iskolai végzettségűek szubjektíve megélt testi egészségi állapota. Szignifikáns a különbség a testi egészség megélésében a négy korcsoport között is. A *lelki egészség* mutatóiban nincs jelentős különbség az egyes csoportosítások szerint.

<sup>16</sup> lásd a 13. megjegyzést.

9. táblázat. A követéses összesített testi és lelki életminőségben megjelenő csoportkülönbségek *nemek, társbetegségek, iskolai végzettség, korcsoportok* szerint

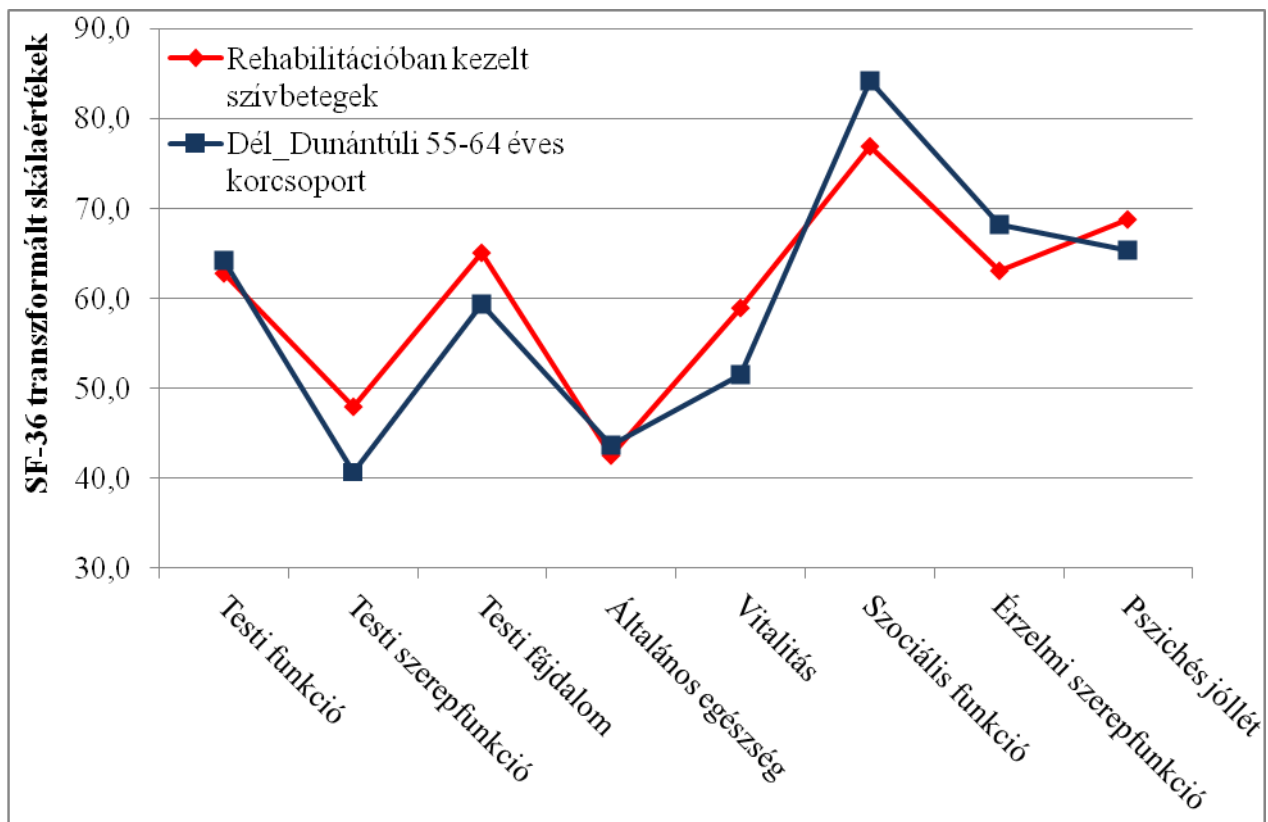
	férfi		nő		t-érték	p
SF-36 Standard Testi egészség (átlag ± 1 SD)	40,52 (± 9,56)		36,64 (± 9,65)		3,93 <sub>(447)</sub>	0,000
SF-36 Standard Lelki egészség (átlag ± 1 SD)	49,60 (± 9,35)		47,67 (± 10,02)		1,96 <sub>(447)</sub>	0,051
	≤1 társbetegség		≥2 társbetegség		t-érték	p
SF-36 Standard Testi egészség (átlag ± 1 SD)	41,68 (± 9,89)		37,58 (± 9,26)		4,52 <sub>(447)</sub>	0,000
SF-36 Standard Lelki egészség (átlag ± 1 SD)	49,86 (± 9,25)		48,39 (± 9,80)		1,62 <sub>(447)</sub>	n. s.
	alapfokú	középfokú	felsőfokú		F-érték	p
SF-36 Standard Testi egészség (átlag ± 1 SD)	36,74 (± 9,94)	39,73 (± 9,70)	41,54 (± 9,10)		5,56 <sub>(2)</sub>	0,004 (alapf. < felsőf.)
SF-36 Standard Lelki egészség (átlag ± 1 SD)	48,22 (± 10,60)	49,13 (± 9,54)	50,56 (± 8,43)		1,42 <sub>(2)</sub>	n. s.
	1. kcs.*	2. kcs.	3. kcs.	4. kcs.	F-érték	p
SF-36 Standard Testi egészség (átlag ± 1 SD)	39,09 (± 10,84)	42,31 (± 9,18)	39,16 (± 9,39)	36,34 (± 8,36)	6,52 <sub>(3)</sub>	0,000 (4. kcs. < 2. kcs.)
SF-36 Standard Lelki egészség (átlag ± 1 SD)	47,07 (± 10,61)	50,33 (± 8,65)	50,31 (± 9,20)	48,22 (± 9,35)	3,39 <sub>(3)</sub>	0,018

\* Az életkor kvartilisei alapján: 1. korcsoport: < 55 év; 2. korcsop.: 55-62 év; 3. korcsop: 63-71 év; 4. korcsop: > 72 év

A rehabilitáció után 15 hónappal történt követéses vizsgálat *SF-36 életminőségi profilját* összehasonlíthatjuk egy 10.000 fős *Dél-dunántúli reprezentatív populáción* végzett felmérés (Füzesi és mtsai 2004) megfelelő korcsoportjának eredményével. Az összehasonlítás csak tájékoztató jellegű, mivel az aggregált adatokkal nincs módunk statisztikai összehasonlítást

végezni, s így azt sem tudjuk korrigálni, hogy az epidemiológiai felmérésben nagyobb volt a nők aránya (55,1%).

**6. ábra A szívbetegek követéses SF-36 életminőségi profiljának (átlagainak) összehasonlítása a Dél-dunántúli régió reprezentatív mintája 55-64 éves korosztályának átlagos profiljával**



A két profil összevetése során szembeötlő, hogy a szívbetegek jobbnak élik meg testi egészségük néhány vonatkozását, és pszichés jóllétüket, illetve rosszabbnak szocio-emocionális funkcióikat, mint korosztályuk átlaga.

## 7.2 Az életminőséget befolyásoló tényezők modellezése

Elemzésünk második részében arra kerestünk választ, hogy mely szomatikus illetve pszichoszociális tényezők állnak kapcsolatban az életminőség egyes szintjeivel.

A 6.5 alatt „Az életminőség-modell kialakítása” részben leírt módszert követve két modellt alakítottunk ki, melynek illeszkedési mutatóit a 10. táblázatban foglaljuk össze. (A táblázatban szerepelnek az életminőség változásainak vizsgálatára kialakított útanalitikus modell mutatói is.)

10. táblázat A végleges életminőség-modellek illeszkedési mutatói

	$\chi^2$	df	p	$\chi^2/df$	CFI	RMSEA	Magyarázott hányad		
							Fáradtság	Testi funkció	Ált. egészség
<i>Kiindulási modell (7. ábra)</i>									
Kiindulási adatok	693,2	422	0,000	1,64	0,953	0,033	28%	42%	36%
Követéses adatok	669,1	422	0,000	1,59	0,957	0,032	38%	43%	46%
<i>Követéses modell (8. ábra)</i>									
Kiindulási adatok	515,7	250	0,000	2,06	0,941	0,043	27%	43%	32%
Követéses adatok	497, 0	250	0,000	1,99	0,947	0,041	38%	47%	46%
<i>A változás útanalitikus modellje (9. ábra)</i>							$\Delta$	$\Delta$	$\Delta$
	36,0	10	0,000	3,60	0,925	0,067	12%	14%	15%

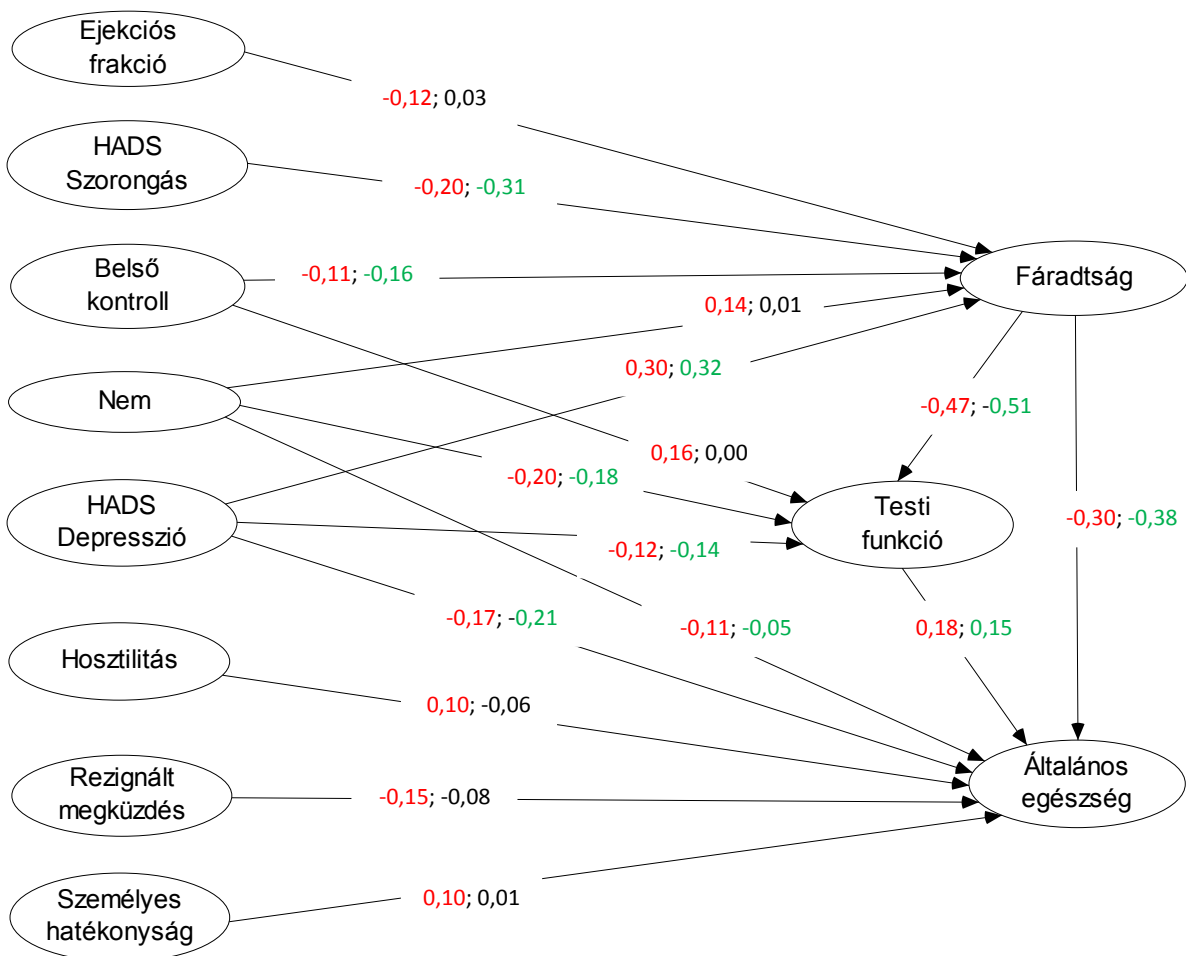
df: szabadságfok; CFI: Comparative Fit Index; RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation;

$\Delta$ : a függő változó változásának megmagyarázott hányada

Modelljeink az abszolút illeszkedés kritériumainak nem felelnek meg, a  $\chi^2$  próba minden esetben szignifikáns különbséget mutat a modellünk és az adataink alapján számolt kovariancia-mátrix között. Mivel mintánk nagy elemszámú, feltehetőleg ez is jelentősen növeli a  $\chi^2$  értékét, ezért további illeszkedési mutatókként a CFI és az RMSEA értékeket is figyelembe vettük. A CFI értéke – mely a manifeszt változók függetlenségét feltételező (independence) modellt hasonlítja össze az általunk specifikált modellel – azt mutatja, hogy

mindkét modellünk mindkét mintán megközelíti, vagy meghaladja a jó illeszkedés 0,95-ös kritériumát. A modellek kialakítása során leginkább figyelembe vett RMSEA érték minden esetben jó illeszkedésre utal. A többszörös négyzetes korrelációk (megmagyarázott hányad) alapján az látható, hogy a követéses adatokon mindkét modellünk a függő változóként kezelt életminőségi konstruktumok nagyobb varianciáját magyarázza. (A megmagyarázott hányad az életminőség változására kidolgozott modellben lényegesen alacsonyabb, ami mutatja, hogy az változási folyamat tényezőit kevésbé tudtuk megragadni.)

**7. ábra A kiindulási életminőség végső modelljének szignifikáns útegyütthatói\***



\* A standardizált útegyütthatók mutatják az adott látens változók közötti kapcsolatokat. Az első együttható a **kiindulási vizsgálat** adatai alapján becsült érték, mely minden esetben szignifikáns. A második érték a modell követéses adatokon történt futtatásának eredménye – a szignifikáns utakat zölddel jelöltük.



A **kiindulási életminőség** modellezésekor (7. ábra) az tapasztaltuk, hogy a szívbetegség *biológiai szintjét* tükröző változóink közül egyedül a bal kamrai pumpafunkció jelezte előre a tüneti szintet képviselő fáradtságot ( $\beta = -0,12$ ). A kapcsolat gyengének mondható, de mutatja, hogy a pumpafunkció gyengülésével a fáradtság kifejezettebbé válik. A komorbid betegségek és a koronária kockázati tényezők esetében nem találtunk szignifikáns útegyütthatókat.

A *testi fáradtság* ugyanakkor markáns prediktora a testi működések szintjének: minél kifejezettebb a fizikai fáradtság tünete, annál korlátozottabb a testi funkcióképesség ( $\beta = -0,47$ ). A fáradtság közvetlen kapcsolatban áll a szubjektív egészségérzéssel is ( $\beta = -0,30$ ). Ettől függetlenül az általános egészség szignifikáns előrejelzője a testi működési szint is ( $\beta = 0,18$ ).

Az *individuális háttértényezők* közül a rehabilitáció időszakában a depressziós tünetek az életminőség minden szintjét befolyásolják. Igen szoros a kapcsolat a testi fáradtsággal ( $\beta = 0,30$ ): minél kifejezettebb az örömtelenség, annál erőteljesebb a fáradtság érzése. A testi funkció szintjével gyengébb az összefüggés ( $\beta = -0,12$ ), az egészség érzésére a hatás ismét kifejezettebb ( $\beta = -0,17$ ). A szorongásos tünetek ugyanakkor csak a testi fáradtsággal állnak negatív kapcsolatban ( $\beta = -0,20$ ).

Kiindulási modellünk szerint az életkor a betegségnek ebben a stádiumában nem befolyásolja jelentősen az életminőség egyik szintjét sem. Az akut koronária-szindrómákat követően a demográfiai változók közül a női nem viszont szoros kapcsolatban van a testi fáradtsággal ( $\beta = 0,14$ ), a rosszabbnak megélt testi erőnléttel ( $\beta = -0,20$ ) és egészségi állapottal ( $\beta = -0,11$ ).

A betegséghez történő viszonyulással összefüggő tényezők közül a belső kontroll-attitűd gyenge negatív kapcsolatot mutat a testi fáradtsággal ( $\beta = -0,11$ ), valamivel kifejezettebb a pozitív előrejelző hatása a testi működőképességre ( $\beta = 0,16$ ). A depresszív, rezignált megküzdés (rágódás, önsajnálát, bosszankodás) szignifikáns negatív előrejelzője a szubjektív egészségnek ( $\beta = -0,15$ ).

Az infarktust és bypass-műtétet követően néhány személyiségvonás kapcsolatban áll a szubjektív egészséggel: a kifejezettebb személyes hatékonyságérzés mellett jobb az egészségi állapot megélése ( $\beta = 0,10$ ); hasonló – alapvetően gyenge – pozitív összefüggés írható lesz az ellenséges vonások esetében is ( $\beta = 0,10$ ).

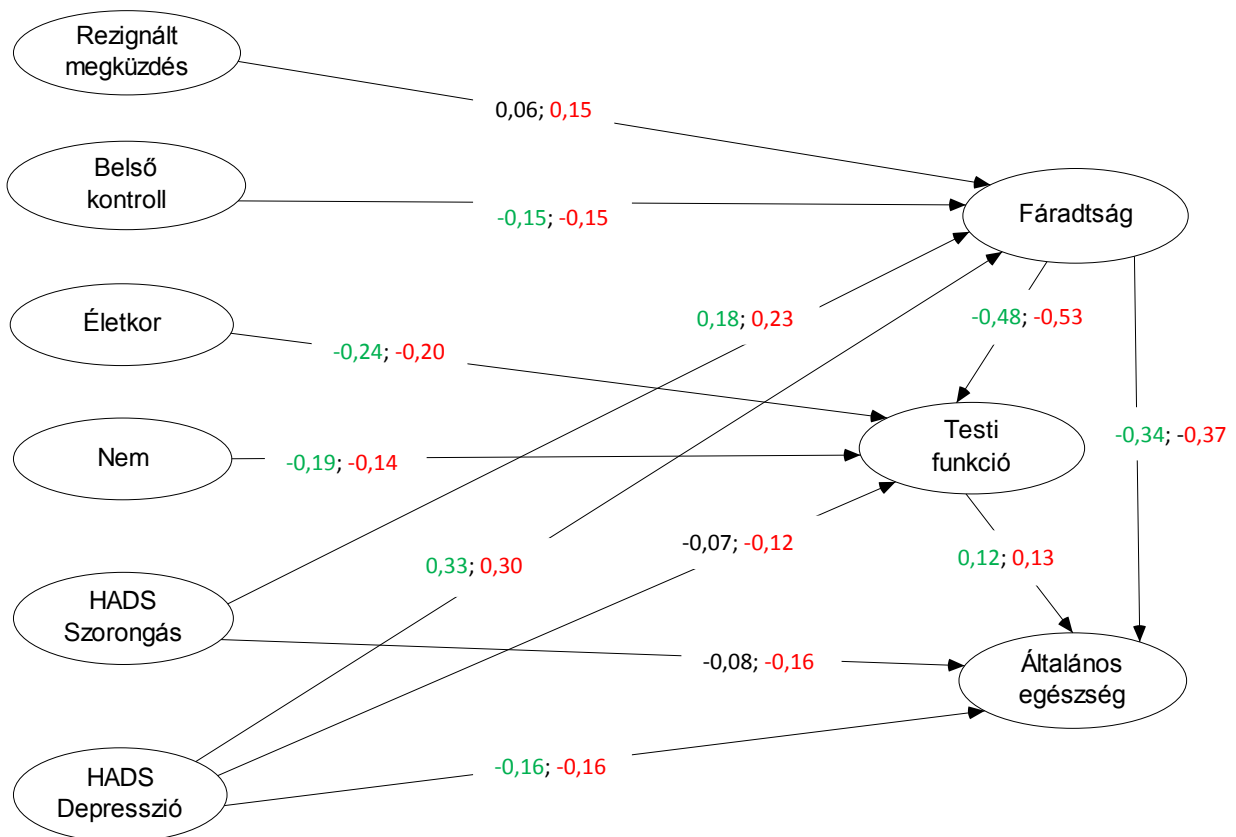
A modellépítés során nem találtunk szignifikáns kapcsolatot néhány vizsgált konstruktum és az életminőségi szintek között. Nem került be a végső modellbe a betegségre irányuló aktív, problémaorientált megküzdés, a fatalisztikus külső kontroll-attitűd, és a társas támogatás.

Az AMOS program a látens változók közvetlen hatása mellett a *közvetett hatásokat* is kiszámolja. Mivel elemzésünk során elsősorban a szubjektív egészségérzésre ható tényezők

megértésére törekedtünk, néhány kiemelt példán keresztül megmutatjuk, hogy a testi fáradtság és a testi funkciók megélése hogyan mediálja ezen változók hatását. A 3. ábrán látható direkt hatásokon túl, a depresszióknak ( $\beta = -0,14$ ), a szorongásnak ( $\beta = -0,08$ ), és a belső kontroll-attitűdnek ( $\beta = 0,07$ ) közvetett hatása is van a szubjektív egészségre.

A kiindulási modellünk illeszkedési mutatói mind a kiindulási, mind a követéses mintán elérik a jó illeszkedés értékeit. A modell a fáradtság 38, a testi erőnlét 43, az általános egészség 46%-át magyarázza az életminőségi mutatók szempontjából homogénebbnek tekinthető követéses mintában (10. táblázat).

**8. ábra A követéses életminőség végső modelljének szignifikáns útegyütthetői\***



\* A standardizált útegyütthető mutatják az adott látens változók közötti kapcsolatokat. A második együtthető a **követéses vizsgálat** adatai alapján becsült érték, mely minden esetben szignifikáns. Az első érték a modell kiindulási adatokon történt futtatásának eredménye – a szignifikáns utakat zölddel jelöltük.

A **követéses életminőség** modellezésekor (8. ábra) az egészségi állapot egyes szintjei között hasonló struktúra képeződött le, mint az akut betegségállapotot közvetlenül követően. A testi működőképességet markánsan előrejelzi a testi fáradtság tünete ( $\beta = -0,48$ ). A szubjektív egészségérzést a fáradtság még kifejezettebben ( $\beta = -0,34$ ), a testi funkciószint megélését valamivel kevésbé befolyásolja ( $\beta = 0,12$ ), mint a kiinduláskor.

15 hónappal a rehabilitációs kezelést követően az *individuális tényezők* közül továbbra is a depressziós tünetek bizonyultak a legerőteljesebb prediktornak. A testi fáradtsággal való kapcsolat szoros ( $\beta = 0,30$ ), továbbá szignifikáns negatív hatás látható a testi funkciók ( $\beta = -0,12$ ) és az egészségi állapot ( $\beta = -0,16$ ) megélésében. A szorongás összefügg a testi fáradtsággal ( $\beta = 0,23$ ) és negatív kapcsolatban áll a szubjektív egészséggel ( $\beta = -0,16$ ). A demográfiai tényezők közül a női nem ( $\beta = -0,14$ ) és a magasabb életkor ( $\beta = -0,20$ ) negatív hatása jelenik meg a testi működési szint vonatkozásában.

Az akut koronária-szindrómák után 15 hónappal a *betegséghez történő viszonyulás* tényezői közül egyedül a testi fáradtság tekintetében látunk összefüggéseket: a depresszív, rezignált megküzdés szignifikáns pozitív ( $\beta = 0,15$ ), a belső kontroll-attitűd negatív ( $\beta = -0,15$ ) kapcsolatot mutat az életminőség tüneti szintjével.

Modellünk alapján a betegség krónikus stádiumában a *biológiai szinthez* tartozó tényezők (a bal kamrai ejekciós frakció, a krónikus betegségek és a koszorúsér kockázati tényezők jelenléte) már egyáltalán nem mutatnak kapcsolatot az életminőség különböző szintjeivel.

A követéses és kiindulási skálaértékek különbségéből képzett „Változás” mutatók egyike sem bizonyult a követéses életminőség előrejelzőjének. Ha például 15 hónap alatt csökkent a depresszív rezignált megküzdés, vagy kifejezettebbé vált a belső kontroll-attitűd, ez jelentős hatással nem volt az aktuális testi fáradtságra, a teljesítőképesség és az egészség megélésére. Így a „Változás” mutatók nem épültek be végső modellünkbe. Modellünkben a követés alatti kórházi kezelés sem mutatott szignifikáns kapcsolatot az egészségi állapot megélésével. Hasonlóan a kiindulási modellhez, nem találtunk szignifikáns kapcsolatot az életminőség illetve az aktív megküzdés, a betegséghez történő fatalisztikus viszonyulás, és a társas támogatás között.

Az 8. ábrán látható direkt hatások mellett a depresszióknak ( $\beta = -0,15$ ) a szorongásnak ( $\beta = -0,10$ ) a depresszív, rezignált megküzdésnek ( $\beta = -0,08$ ) és a belső kontroll-attitűdnek ( $\beta = 0,08$ ) a fáradtságon és a testi funkcióképeségen keresztül is hatása van az általános egészségre.

Ha a két modell működését összehasonlítjuk a kiindulási és a követés adatok segítségével, azt tapasztaljuk, hogy a látens változók közötti kapcsolatok (az *útegyütthetők*) többnyire nem mutatnak lényegi változást az akut betegségállapotot követően. Az életminőség különböző szintjeit meghatározó tényezők különösen stabilnak tűnnek a követéses modell alapján (erre utalnak az illeszkedési mutatók is). Azok a tényezők, melyek több mint egy évvel a rehabilitáció után előrejelzik az életminőséget, az akut koronária-esemény utáni időszakban is szoros kapcsolatban állnak a testi fáradtsággal, a testi működési szint illetve az egészségi állapot szubjektív megélésével.

A kiindulási és követéses adatokon számolt útegyütthetők összehasonlítása alapján a kiindulási életminőség előrejelző tényezői közül néhánynak csökken a jelentősége a krónikus betegségstádiumban. 15 hónappal az akut eseményt követően a szívbetegség objektív súlyosságának (a bal kamrai ejekciós frakciónak) már nincs szignifikáns kapcsolata az egészségi állapot szubjektív megélésével. Személyiségvonások (az ellenségesség illetve a megterhelő helyzetekben megélt kompetenciaérzés) sem befolyásolják már a szubjektív egészségérzést. Eltűnik a belső kontroll-attitűd magyarázó ereje a testi működési szint vonatkozásában, és a testi fáradtságot sem jelzi már előre a női nem.

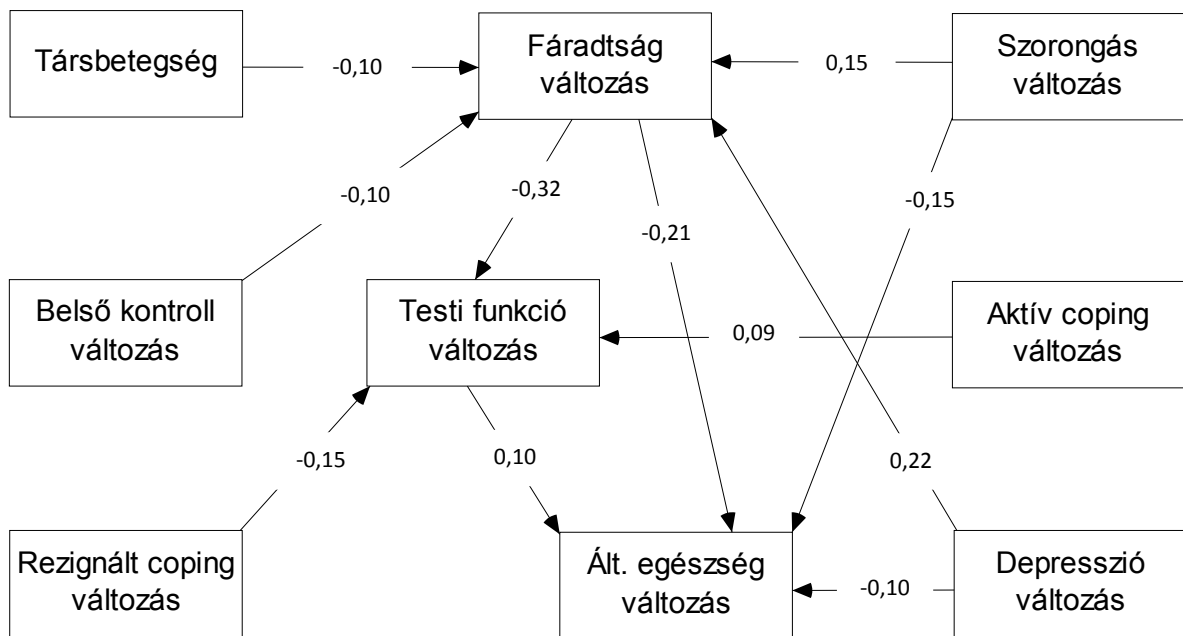
A követéses modellünk illeszkedési mutatói mind a kiindulási, mind a követéses mintán megközelítik a jó illeszkedés értékeit. A modell a fáradtság 38, a testi működési szint 47, az általános egészség 48%-át magyarázza a követéses mintában.

**Az életminőség követés alatti változására ható tényezők útanalitikus modelljét és a változók közötti kapcsolatok útegyütthetőit a 9. ábra mutatja.**

A változási modell legerősebb tényezője a fáradtság változása: ha a követés 15 hónapja alatt a fáradtság csökkent, akkor javult a testi erőnlét és az egészségi állapot szubjektív megélése is. Szorosabb kapcsolatot találtunk továbbá a depresszió és a fáradtság változása között: ha a depressziós tünetek fokozódtak, kifejezettebbé vált a fáradtság. Modellünk alapján valamivel gyengébb kapcsolat van a szorongás és az életminőség között: annak fokozódása növeli a fáradtságot és rontja a szubjektív egészségérzést. Gyenge negatív kapcsolat mutatható ki a belső kontroll növekedése és a fáradtság csökkenése között, valamivel erősebb negatív hatást látunk a depresszív, rezignált megküzdés és a testi működési szint között. Az aktív,

problémaorientált megküzdés és a testi erőnlét között gyenge pozitív kapcsolat írható le. A társbetegségek számának növekedésével enyhén csökken a fáradtság. A 10. táblázat mutatói alapján az életminőség változását előrejelző modellünk elfogadhatóan illeszkedik az adatok strukturájához, de a változásokat csak csekély mértékben (12–15%-ban) magyarázza.

**9. ábra Az életminőség változására ható tényezők útanalitikus modellje**



\* A standardizált útegyütthetők az adott látens változók közötti kapcsolatokat mutatják (mindegyik együtthető szignifikáns).

## 8. Megvitatás

Vizsgálatunk célja az akut koronária-szindrómát átélő betegek életminőségére ható tényezők elemzése volt. Az egészségi állapot megélésének változását két időpontban vizsgáltuk. Először a betegek osztályos rehabilitációs kezelése alatt, a szívizominfarktus illetve a bypass-műtét után néhány héttel, másodszer átlagosan 15 hónappal az akut eseményt követően. Vizsgálatunk intézményi programként zajlott, ami azt jelenti, hogy a vizsgált időszakban felvételre került betegek közül mindenkit bevontunk, aki a beválasztási kritériumoknak megfelelt. Mivel a vizsgálat helyszínéül szolgáló intézet országos hatáskörű, vizsgálati mintánk reprezentatívnak tekinthető a szívizominfarktus és koszorúsér-áthidaló-műtét után intézeti rehabilitációba kerülő szívbetegek vonatkozásában. Figyelembe véve azonban, hogy hazánkban az akut koronária szindrómát túlélő betegeknek csak közel *30%-a vesz részt intézeti rehabilitációs programban*, vizsgálatunk eredményei nem általánosíthatók ennek a betegpopulációnak az egészére. Cooper és mtsai (2002) áttekintő közleménye alapján valószínűsíthető, hogy a rehabilitációs kezelésbe nem kerülő idősebb, hátrányosabb szociális helyzetű és betegségével nehezebben megküzdő betegcsoport életminősége és az azt befolyásoló tényezők jelentősen eltérnek az elemzésünk alapján kirajzolódó képtől.

Eredményeink értékelésekor arra is tekintettel kell lennünk, hogy mind a kiindulási, mind a követéses vizsgálat során a kérdőíveket nem kitöltő betegek néhány sajátosságukban eltértek a vizsgált csoportoktól. A kimaradt betegek között mindkét esetben szignifikánsan több volt a nő, a kiindulási vizsgálatból lemorzsolódott betegek testi működési szintje pedig rosszabb volt a NYHA-beosztás alapján.

Az általunk vizsgált két szívbeteg csoport klinikailag és aktuális helyzete szempontjából is eltér egymástól. A *szívműtéten átesett betegek* csoportja a rehabilitáció időszakában homogénebbnek tekinthető: hasonló súlyosságú műtéten esetek át, nagyjából hasonló idővel korábban, s ebből adódóan funkcionális állapotuk (NYHA) és életminőségük testi dimenziói (Standard testi egészség) kisebb szórást mutatnak (4., 7. és 8. tábl.).

A *két csoport helyzete* is különbözik: a műtéten átesett betegek felkészülhettek a várható megterhelésekre, az infarktust átélő betegek viszont váratlanul kerültek egy életveszélyt jelentő szituációba és élték át egészségi állapotuk megrendülését. Ez a különbség magyarázhatja, hogy annak ellenére, hogy a műtét utáni betegek testi egészsége (Standard testi egészség) és funkcionális állapota (NYHA) elmarad az infarktusos betegektől, pszichológiai életminőségük hasonló szinten van (7. és 8. tábl.).

Az infarktust átélt betegek jelentős része „új beteg”, ezért nemcsak aktuális helyzete más, mint a bypass-műtét után kezelték, hanem betegségének egy korábbi stádiumában van. Ezért nem meglepő, hogy szorongásos tüneteik szintje lényegesen magasabb, mint a műtött betegeké és a betegséghez történő viszonyulás is ellentmondásosabb képet mutat: mind a belső kontroll, mind a fatalisztikus kontroll szignifikánsan magasabb szinten van, mint a betegségükkel hosszabb ideje együttélő műtött betegek esetében. Eredményeink arra utalnak, hogy az infarktus utáni állapotban a betegek egyszerre élik meg a betegségükkel kapcsolatos felelősségüket és annak sorsszerűségét.

Az infarktust követő 15 hónap során lényegesen csökken a betegek *aktív megküzdése*, ami különösen azzal egybevetve tűnik fontosnak, hogy a bypass-műtéten átesett betegeknél ez a viszonyulás nem változik érdemlegesen, így a követés során az aktív, problémaorientált megküzdések szempontjából a két betegcsoport között szignifikáns különbség mutatható ki. Az aktív megküzdés csökkenése volt a legszembetűnőbb változás Dörner és Muthny (2003) vizsgálatában is. Saját eredményeinkhez hasonlóan, az általuk vizsgált mintában sem volt lényeges csökkenés a depresszív, rezignált megküzdés tekintetében. Eredményeink azonban egyértelműbbé teszik az infarktus utáni megküzdés változásait, mert lényegesen nagyobb és homogénebb mintában találtuk ugyanezeket az összefüggéseket.

A szívbetegség *személyes befolyásolhatóságának*, és a betegséggel kapcsolatos felelősségnek a megélése kifejezetten jellemző az infarktus után hetekben – ez a viszonyulás azonban jelentősen csökken a követés időpontjáig. A rehabilitációs kezelés időszakában az infarktusos betegek szignifikánsan magasabb belső kontrollt élnek meg, mint a műtött páciensek – a különbség később, a betegség krónikus stádiumában eltűnik. Feltehető, hogy az infarktus utáni hetekben jellemző kifejezett belső kontroll-attitűd az átélt egzisztenciális fenyegetettséggel történő megküzdés része. A tehetetlenül átélt életveszély pszichés hatásának változására utal, hogy a követés alatt a betegség sorsszerűségének megélésében szignifikáns csökkenés tapasztalható az infarktust átélők körében, s a kiindulási időszakban még jelentős különbség a fatalisztikus kontroll tekintetében a két betegcsoport között eltűnik. A szakirodalomban – meglepő módon – nem találtunk olyan közleményt, mely az infarktus után közel egy évig követte volna a kontroll-attitűdök változását. Blair és Mtsai (1999) infarktust átélt 70 év feletti betegek esetében a fatalisztikus kontroll csökkenéséről számoltak be, de az általuk vizsgált mintában a belső kontroll csökkenése – legalábbis az infarktust követő fél év során – nem volt kimutatható.

Saját eredményeink egy további szempontból történő összehasonlítása támpontokat adhat az infarktus utáni belső kontroll-attitűd változásainak megértéséhez. Ha a konzervatív,

gyógyszeres kezelésben részesült betegeket (n=142) hasonlítjuk a szívkatéteres beavatkozáson (PCI-n) átesett (n=120) betegekhez, nem találunk lényegi különbséget a belső kontroll-érzés tekintetében ( $Z = -1,55$ , n.s.). Ez arra utal, hogy kevésbé az infarktus ellátásának módja, mint inkább átélése vezet a betegséggel szembeni nagyobb felelősségvállalás és a személyes befolyásolhatóság megéléséhez az infarktus utáni hetekben.

Az infarktust követő rehabilitáció időszakának *pszichológiai distressze* csoportszinten nem csökkent a követés ideje alatt, sőt a depressziós tünetekben – a HADS Depresszió skálában leginkább megjelenő örömtelenség érzésben – jelentős emelkedést tapasztaltunk. Az akut betegségállapotot követően az infarktusos betegek szorongásszintje szignifikánsan magasabb, mint a bypass-műtéten átesetteké, s ez a fokozott aggodalom<sup>17</sup> jelentősen nem változott 15 hónappal később sem. Ezek az eredmények egyértelműen jelzik az infarktust átéltek betegek alkalmazkodási nehézségeit, és egybecsengenek több vizsgálat tapasztalataival – nevezetesen, hogy az infarktust követő hónapokban a distressz-tünetek, a szorongásos és depressziós zavarok nem, vagy kevésbé csökkenő arányt mutatnak (Lane és mtsai 2002, Grace és mtsai 2004).

Az *éráthidaló műtéten átesett betegeknél* nem tapasztalható a követéses vizsgálat idejében az aktív, problémaorientált megküzdések csökkenése. Ugyanakkor a betegségük miatti önsajnálát, rágódás, bosszankodás – a depresszív megküzdés – a műtét utáni állapotuk javulásával jelentősen csökken. Az alkalmazkodási nehézségekre utal, hogy mind a szorongásos, mind a depressziós tünetek jelentős növekedése tapasztalható a műtét utáni egy év alatt (6. táblázat). A bypass-műtött betegek pszichológiai alkalmazkodásával foglalkozó közlemények egy része a szorongás jelentős csökkenéséről számol be (pl. Rymaszewska és mtsai 2003). Ezeknek a vizsgáltoknak a fókusza azonban a műtét körüli időszak, s a tapasztalt szorongáscsökkenés a perioperatív időszakhoz viszonyítva figyelhető meg. Saját vizsgálati mintánkban a műtött betegek átlagosan 21 nappal az operációt követően töltötték ki a HADS kérdőívet, s a követéses időszakban a szorongás növekedése a műtét utáni „megkönnyebbülés” időszakához viszonyítva figyelhető meg. Több szerző is beszámol a bypass-műtét késői posztoperatív időszakában a szorongásos és depressziós tünetek illetve zavarok emelkedett szintjéről (pl. Duits 1998, Timberlake 1997, Connerney és mtsai 2001).

Az *infarktus* után kezelt betegcsoport esetében az *életminőségi* dimenziók változásai közül kiemelendő, hogy testi funkcióikban, erőnlétükben az infarktus egy éve alatt nem volt számottevő javulás. Ez azért fontos, mert a Testi funkció skála tételei konkrét

---

<sup>17</sup> A Szorongás skála közel áll a generalizált szorongáshoz.



viselkedésformák, teljesítmények alapján operacionalizálja a fizikai működések szintjét, így értékét kevésbé befolyásolja a beteg szubjektív megítélése. Életminőség-modellünk szempontjából fontos, hogy a testi teljesítőképesség stagnálása ellenére a betegek szubjektív egészségérzése szignifikáns növekedést mutat, ami arra utal, hogy a Testi funkció és az Általános egészség skála az életminőség két különböző szintjével áll kapcsolatban. Ezt támasztja alá az a bypass-műtött betegeknél tapasztalt jelenség is, hogy lényegesen rosszabb testi működési szintjük ellenére szubjektíve egészségesebbnek érzik magukat, mint az infarktusos betegek (7. és 8. táblázat). A műtétek utáni életminőség változásával foglalkozó irodalomban általánosnak tűnik az általunk is tapasztalt tendencia a szubjektív egészség és a fizikai erőnlét viszonylagos függetlenségével kapcsolatban. Pl. Busija és mtsai (2008) orthopédiai műtéteket követően az SF-36 fizikai egészségskálák kezdeti alacsony szintjének markáns javulását tapasztalta 1 év alatt. A fizikai erőnlét meggyengülésétől függetlenül, a szubjektív egészségérzés nem tért el jelentősen az egészséges kontrollcsoportétól, és a műtét utáni időszakban sem változott számottevően. Hasonló eredményeket kaptak Kiebzak és mtsai (2002) éráthidaló-műtétet követően. Az SF-36 fizikai egészség illetve Általános egészség skáláinak viszonylagos függetlensége látható Novák (2006) krónikus vesebetegekkel folytatott vizsgálatait alapján is. A fizikai erőnlét és a szubjektív egészség különböző szintekhez tartozása nyilvánul meg abban, hogy a súlyos vesebetegségben szenvedőknél a helyzet a szívbetegekhez képest fordított: viszonylag megtartott testi működési szint mellett az Általános egészségskála lényegesen alacsonyabb értéket ad – mindhárom vizsgált csoportban, dializált, transzplantációs várólistán lévő, és veseátültetésen átesett betegek esetében is.

A Pszichés jóllét skála követés alatti változatlanlansága összevetve a HADS Szorongás és Depresszió skálaértékek szignifikáns növekedésével meglátásunk szerint azzal magyarázható, hogy az SF-36 Pszichés jóllét skálája – mely szorongásos és depressziós tünetekre illetve azok ellentéteire kérdez rá – a depresszió hangulati illetve a szorongás „feszültség” komponensére fókuszál, ami más hangsúlyokat képvisel, mint a HADS anhedóniát és aggodalmat, feszültséget leíró tételei. Francois Lesperance, munkacsoportja évtizedes tapasztalatait összefoglalva amellet foglalt állást, hogy a szívbetegek depressziójára kevésbé jellemző a pszichiátriai betegek markáns hangulatzavara (Lesperance, Frasure-Smith 2000).

Összevetve a Dél-dunántúli régió reprezentatív korcsoportjának életminőségével, a kardiológiai rehabilitációban kezelt betegek 15 hónapos követéses életminősége nem mutat jelentős eltérést. Nagy valószínűséggel a reprezentatív minta kiegyenlítettebb nemi arányai magyarázzák azt – az első látásra meglepő – tény, hogy a krónikus szívbetegek testi

életminősége (testi szerepfunkció, testi fájdalom) és pszichés jólléte felülmúlja az átlagnépességét. A nemi arányok különbségei magyarázzák feltehetően azt is, hogy a szociális vonatkozásokban a szívbetegek életminősége elmarad saját korosztályukétól. A statisztikai értékelés nélküli összevetés alapján nincs különbség a szívbetegek és a reprezentatív populáció szubjektív egészségérzésében (Általános egészség). Az ilyen „összevetéseknek” komoly korlátai vannak, amit nyomatékosít egy az összehasonlításunknak ellentmondó reprezentatív vizsgálat eredménye is, ahol a szív- és érrendszeri betegek szignifikánsan rosszabbnak értékelték egészségi állapotukat (Balog 2006).

#### *Az életminőségre ható biopszichoszociális tényezők*

Az életminőség strukturális modellezése lehetőséget ad az életminőség különböző szintjeivel kapcsolatban álló biopszichoszociális tényezők vizsgálatára úgy, hogy ennek során az egyes konstruktumaink mérési sajátosságait is figyelembe vesszük. Az általunk kialakított életminőségi modellek Wilson és Cleary életminőségelméletén alapulnak. Ez a kiindulópont azért tűnik számunkra jól használhatónak, mert feltételezzük, hogy az akut koronária-esemény utáni pszichológiai alkalmazkodási folyamatok az életminőség egyes szintjeire eltérően hatnak. A modell másik előnye, hogy lehetőséget ad a betegség biológiai-élettani szintjének integrálására – s ezáltal egy „betegség-specifikus” biopszichoszociális modell kialakítására.

Az általunk választott mérési indikátorok segítségével a Wilson és Cleary által leírt elméleti modell jó illeszkedést mutat a rehabilitációban kezelt szívbetegek sajátosságaival. Mivel bennünket elsősorban a szívbetegek hosszútávú életminősége és az arra ható tényezők érdekelnek, különösen fontosak számunkra azok a konstruktumok, melyek stabil kapcsolatot mutatnak az egyes életminőségi szintekkel:

- Az életminőség testi szintjét tükröző *fáradtság* markáns hatással van mind a testi működések, mind az általános egészségi állapot megélésére. A testi erőnlét / működőképesség bár gyengébben, de stabilan előrejelzi a szubjektív egészséget.
- Az ún. individuális tényezők közül a *depressziós tünetek* mutatják a legszorosabb kapcsolatot az életminőség egyes szintjeivel. Stabil szoros kapcsolat van a depressziós örömtelenség és a fáradtság között, s valamivel gyengébb a szubjektív egészséggel. Követéses adataink alapján úgy tűnik, hogy a *szorongásos tünetek* hosszabb távon jobban befolyásolják a betegek életminőségét. Mind a fáradtság, mind a szubjektív egészség tekintetében a követés során kifejezettebb a szorongás negatív hatása.

- A többi pszichoszociális változó befolyása – mégha szignifikáns kapcsolatot is mutat az egyes szintekkel – alavetően gyengének tekinthető. Úgy tűnik, hogy a *belső kontroll-attitűd* stabil negatív kapcsolatban van a testi fáradtsággal. Tehát minél jellemzőbb a szívbetegség befolyásolhatóságának érzése és az ezzel kapcsolatos felelősségérzés, annál alacsonyabb szintű a fáradtság. A rehabilitáció időszakában a belső kontroll-attitűd pozitív előrejelzője a testi működési szintnek is.
- A *rezignált, depresszív megküzdés* (a betegséggel kapcsolatos önsajnálattal, rágódással, bosszankodással) szintén jelentős tényezőnek bizonyult életminőségi modellünkben. A követéses és kiindulási modellek összehasonlítása azt mutatja, hogy a rezignált megküzdés a szívbetegség akut szakaszát követően gyenge negatív kapcsolatot mutat a szubjektív egészséggel, a betegség krónikus fázisában pedig pozitív összefüggést a fáradtsággal.
- A rehabilitáció időszakában a szubjektív egészség szignifikáns előrejelzője a *személyes hatékonyságérzés* és az ellenségesség vonása. Hosszabb távon azonban ez az összefüggés eltűnik.
- A *demográfiai tényezők* közül a betegséghez történő kezdeti alkalmazkodásban a női nem negatív kapcsolatot mutat az életminőség különböző szintjeivel. Hosszú távon azonban csak a testi erőnlét és a női nem illetve az életkor negatív összefüggése marad meg. Ez a kapcsolat ugyanakkor magától értetődő, hiszen az SF-36 Testi funkció skálája objektív fizikai teljesítmények alapján operacionálisan a testi működési szintet.
- A *betegség biológiai szintje* modellünk alapján csekély előrejelző értékkel bír az életminőségre. Egyedül a rehabilitáció időszakában mutat szignifikáns kapcsolatot a fáradtsággal. Még a meglehetősen objektív teljesítményeket tükröző Testi funkció skálával is szorosabb összefüggést mutat a depresszió és a belső kontroll-attitűd, mint a bal kamrai funkció és egyéb biológiai paraméterek (pl. a társbetegségek).

Az általunk kialakított két életminőség-modell illeszkedési mutatóinak, és útegyütthatóinak stabilitása – a két vizsgálat során – alátámasztja a modellünkben specifikált tényezők és azok kölcsönhatásainak jelentőségét a szívbetegség életminőségében.

Az *életminőség követés alatti változására* kidolgozott útegyüttható modellünk alapján az látható, hogy meglehetősen nehéz megtalálni a változással összefüggésben lévő tényezőket (modellünk az életminőségváltozás – mint függő változó – varianciájának csak csekély részét magyarázza). Érdekes módon, a modellépítés során a változók kiindulási értékeit is

figyelembe vettük, de ezek nem mutattak szorosabb kapcsolatot az életminőség változásával. Végleges modellünk alapján elsősorban a fáradtság és a depresszió csökkenése javít a szubjektív egészségen.

A modellünkben leírt és részben megerősített összefüggések egyrészt alátámasztják a Wilson és Cleary által leírt általános életminőségi modell érvényességét szívbetegek esetében. Eredményeink egybevágóan az akut koronária-eseményt átélő betegek életminőségére irányuló vizsgálatok több vonatkozásával.

- Számos vizsgálat megerősítette, hogy az életminőségre a betegség objektív sajátosságainak, illetve szociodemográfiai tényezőknek gyengébb befolyása van, mint pszichoszociális tényezőknek, pl. a depresszió (pl. Rosen és mtsai 1997, Höfer és mtsai 2005).
- Az életminőséget előrejelző pszichoszociális tényezők közül a depresszió, a társas támogatottság és az ellenségesség kapcsolatával és ennek életminőséggel való összefüggésével több vizsgálat is foglalkozott (pl. Lavie, Milani 2004, Bosworth 2000). Saját eredményeink elsősorban a depresszió független szerepét erősítik meg a szívbetegek életminőségére, ami egybevág több hasonló vizsgálat eredményeivel (pl. Lane és mtsai 2001). Modellünkben a társas támogatottság – melyet a különböző kapcsolatokban ténylegesen elérhető segítség alapján operacionalizáltunk – nem mutatott összefüggést az életminőségi szintekkel, ami összhangban van Höfer és mtsai (2005) vizsgálati eredményével, amely szerint a támogatottság különböző aspektusai közül a támogatással való elégedettségnek van hatása az egészségi állapot megélésére – a támogatás objektív elérhetőségének viszont nem.
- Több vizsgálat alátámasztja, hogy bizonyos személyiségvonásoknak, pl. az optimizmusnak (pl. Shen és mtsai 2006), a személyes hatékonyság-érzésnek (Bandura 1997), de a hosztilis vonásoknak (Lavie, Milani 2004) is pozitív hatása lehet a szubjektív testi egészségre a betegség egyes időszakaiban. Saját eredményeink alapján a személyiségvonásoknak elsősorban az akut betegség utáni felépülés időszakában lehet kapcsolata a szubjektív egészséggel, de hosszú távon ezek jelentősége megszűnik.
- Érdekes különbségeket figyelhetünk meg a kontroll-attitűdök életminőségre történő hatásával kapcsolatos vizsgálati eredményekben. Höfer (2005) vizsgálata a szociális külső kontroll pozitív hatását mutatta a szívbetegek diagnosztizálását és a páciens kezelésbe vételét követő időszakban. Később, a követés során a szakemberek révén történő befolyásolás megélése már nem állt szignifikáns kapcsolatban a szubjektív egészséggel.

Saját vizsgálatunk viszont a betegek rehabilitációjának időszakához kötődik, ahol a belső kontroll-attitűd ösztönzése a kezelési program lényeges eleme, így nem meglepő, hogy elsősorban ennek hatását látjuk a szubjektív egészségre.

Az általunk kialakított életminőség-modellek jó illeszkedése a vizsgálati adatok struktúrájához nem jelenti azt, hogy a modellünk alapvetően érvényesnek tekinthető, vagy hogy ne lehetne más változók bevonásával, vagy a konstruktumok eltérő operacionalizálásával jobban illeszkedő modellt kialakítani. Eredményeink értelmezésekor azt is figyelembe kell vennünk, hogy a modellünkben specifikált összefüggések nem értelmezhetők ok-okozati kapcsolatként – csupán egy összefüggés előrejelző értékéről van szó.

Tisztában vagyunk az általunk használt kérdőívek és az ezekből kiválogatott mérési indikátorok korlátaival.

Például az életminőségre ható tényezők vizsgálata során – statisztikai megfontolásokból – csak folytonos, vagy dichotom változókat vettünk figyelembe. Emiatt néhány ordinális változót, pl. a komorbid betegségek illetve a koronária kockázati tényezők számát „leegyszerűsítettük” két – nagyjából egyenlő gyakoriságú – kategóriára, ami adott esetben komoly információvesztést jelenthet.

Néhány elméletileg fontos konstruktumot az általunk választott skálák, mérőeszközök gyengébb pszichometriai teljesítménye miatt nem – vagy valószínűsíthetően kevésbé hatékonyan – tudtunk használni (pl. a szociális külső kontrollt, a hosztilitást).

Nehezen megítélhető, és további vizsgálatokat igényel a Caldwell Társas támogatás kérdőív általunk kialakított értékelési módjánk használhatósága. Ugyanez érvényes az életminőség tüneti szintjének vizsgálatához általunk konstruált Testi fáradtság skálára.

## 9. Következtetések

Dolgozatomban az akut szívizominfarktus és koszorúsér-áthidaló-műtét utáni pszichológiai alkalmazkodási folyamatokat és azok hatását elemeztem a szívbetegség hosszútávú kimenetelére. Az elmúlt néhány évtizedben a medicinában alapvető szemléletváltás történt a betegségek kimenetelének értékelésében. A korábbi egyoldalúan biológiai megközelítés keretében a betegségek változásait és a kezelés hatásait alapvetően a „kemény”, biológiai paraméterek alapján ítélték meg. Az elmúlt több mint fél évszázadban az orvostudomány szemléletváltáson ment keresztül, és általánosan elfogadottá vált, hogy az egészségi állapot értékelésekor a „puhább”, szubjektívebb adatokat is figyelembe kell vennünk. Napjainkban tapasztaljuk azt a törekvést, hogy a betegek életminőségének mérése már ne csak a klinikai kutatások kiemelt területét jelentsék, hanem az ellátási gyakorlat számára is közvetlenül hasznosítható adatokat szolgáltatson.

Dolgozatom első részében témám széles megalapozásaként a krónikus betegségekhez történő alkalmazkodás irodalmának főbb vonalait tekintetem át. A témával foglalkozó kutatások több különböző kritérium alapján vizsgálhatják a betegséghez történő alkalmazkodás eredményességét. Az életminőségi kritérium azért jól használható szempont, mert a vizsgálóeszközök egy részével több – a betegség szempontjából meghatározó – dimenziót vizsgálhatunk egyszerre. Ebből adódóan egy életminőségi modell lehetőséget ad a betegség különböző aspektusainak egymásra vonatkoztatására, ami hozzájárulhat egy adott betegség biopszichoszociális összefüggéseinek pontosabb megértéséhez.

A krónikus betegségekhez történő pszichológiai alkalmazkodás irodalmának tárgyalása zavarba ejtő bőségét adja az alkalmazkodási folyamat pszichoszociális befolyásoló tényezőinek. A különböző elméletek sokszínűsége komoly kihívás elé állítja a betegségekhez történő alkalmazkodással foglalkozó kutatókat. A kutatások Stanton és Revenson (2007) szerint alapvetően két stratégiát követhetnek:

1. széles fókuszú megközelítéssel nagy betegcsoportokon, elegendően hosszú követési idővel, a kérdéscsoportokhoz illeszkedő módszerekkel vizsgálják az alkalmazkodásra ható tényezők komplex kölcsönhatásait.
2. az alkalmazkodásra ható bonyolult összefüggéseket, átláthatóbb részletekre bontják és elméletileg megalapozottabb hipotézisek tesztelésével „lassan, de biztosan” haladnak előre.

A dolgozatban bemutatott vizsgálat a fenti első stratégiát követve számos az alkalmazkodási folyamattal kapcsolatban lévő tényező hatását egyszerre elemezte. Ebből adódóan a vizsgálati

eredmények értékelése bonyolult statisztikai eljárásokat igényelt, amelyek számos mutató segítségével támpontokat adnak az átláthatatlan összefüggéshalmaz háttérében lévő lehetséges struktúrák megrajzolásához. Úgy látjuk azonban, hogy ez az elemzési módszer sebezhető, és a megfelelő mérési indikátorok kiválasztása, és a konstruktumok közötti lehetséges kapcsolatok feltárása egy teljesen soha nem lezárható folyamatot jelent.

Az általunk kidolgozott életminőség-modellek – a téma szakirodalmával egybehangzóan – felhívják a figyelmet néhány összefüggés jelentőségére: a szívbetegek egészségének megélését és életminőségét egyértelműen előrejelzi néhány pszichoszociális tényező, leginkább a szorongás és a depresszió.

A modelljeinkben gyengébb, de szignifikáns összefüggést mutató tényezők – pl. a megküzdési stratégiák, kontroll-attitűdök, személyiségvonások – szerepének tisztázása további vizsgálatokat igényel. Ezekben a vizsgálatokban azonban célszerűnek tűnik a Stanton és Revenson (2007) által leírt második stratégia követése, az elméletileg megalapozottabb, egyszerűbben átlátható és a vizsgálati módszereinkkel is megbízhatóan leképezhető összefüggések vizsgálata.

Vizsgálati eredményeink gyakorlati hasznosíthatóságát abban látjuk, hogy a szívbetegek életminőségével kapcsolatban álló tényezők figyelembe vételével, célzottabban is támogatható a betegek rövid és hosszútávú alkalmazkodása szívbetegségükhöz. Például egy támogató professzionális kapcsolatban csökkenthető egy adott páciens maladaptív, rezignált megküzdése, javítható a betegséggel kapcsolatos belső kontrolljának megélése, főleg, ha ehhez kapcsolódnak szívbetegsége kezelésének – és bizonyos korlátok között önkezelésének – lehetőségei is.

Eredményeink alapján különösen fontosnak látszik a betegség és az életminőség kapcsolatában a szorongás és a depresszió közvetítő hatásának figyelembe vétele. Hangsúlyozzuk, hogy a krónikus betegek szorongásai és lehangoltsága nem csak egy önmagában is fontos lelki szenvedést jelentenek, hanem testi állapotuk megélését is negatívan befolyásolják. Ezért a depresszió és a szorongás célzott szűrésére és vizsgálatára érdemes figyelmet szentelni a kardiológiai rehabilitáció során. Az elmúlt években ehhez egyszerűen alkalmazható módszerek is rendelkezésre állnak – ilyen pl. az általunk is használt HADS kérdőív.

## 10. A disszertációban gyakran használt rövidítések:

ACBG	aorto-coronáriás <i>bypass graft</i>
AMI	akut miokardiális infarktus
CCS	Canadian Cardiovascular Society <i>Angina Grading Scale</i>
LVEF	<i>Left ventricular ejection fraction (bal kamrai ejekciós frakció)</i>
NYHA	New York Heart Association osztályozás
PCI	percutan coronaria intervenió



## 11. Hivatkozások:

Adler, N. E., Boyce, T. (1994): Socioeconomic status and health. *American Psychologist*, 49: 15–24.

Adler, N. E., Boyce, W. T., Chesney, M. A., Folkman, S. et al. (1993): Socioeconomic Inequalities in Health: No Easy Solution. *JAMA*, 269: 3140–3145.

Affleck, G., Tennen, H., Croogand, S., Levine, S. (1987): Causal Attribution, Perceived Benefits, and Morbidity After a Heart Attack: An 8-Year Study Original Research Article. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 29–35.

Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifield, J. (1987): Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53: 273–279.

Affleck, G., Tennen, H., Zautra, A., Urrows, S., Abeles, M., Karoly, P. (2001): Women's pursuit of personal goals in daily life with fibromyalgia: A value-expectancy analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69: 587–596.

Ahmed, S., Schwartz, C. (2010): Quality of Life in Light of Appraisal and Response Shift. In Steptoe, A.: *Handbook of Behavioral Medicine*. New York, Springer, 955–968.

Andersen, B. L., Woods, X. A., Copeland, L. J. (1997): Sexual self schema and sexual morbidity among gynecologic cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65: 221–229.

Anderson, J. C., Gerbing, D. W. (1988): Structural equation modeling in practice: a review and recommended two-step approach. *Psychol Bull*, 103: 411–423.

Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., Lustman, P. J. (2001): The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 24: 1069–1078.

Antoni, M. H., Cruess, D. G., Cruess, S., Lutgendorf, S., et al. (2000): Cognitive-behavioral stress management intervention effects on anxiety, 24-hr urinary norepinephrine, and T-cytotoxic/suppressor cells over time among symptomatic HIV-infected gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 31–45.

Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., et al. (2001): Cognitive-Behavioral Stress Management Intervention Decreases the Prevalence of Depression and Enhances Benefit Finding Among Women Under Treatment for Early-Stage Breast Cancer. *Health Psychology*, 20: 20–32.

Arnold, R., Ranchor, A. V., DeJongste, M. J., Koeter, G.H., et al. (2005): The relationship between self-efficacy and self-reported physical functioning in chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. *Behav Med*, 31: 107–115.

- Arthur, H. M., Daniels, C., McKelvie, R., Hirsh, J. (2000): Effect of preoperative intervention on preoperative and postoperative outcomes in low-risk patients awaiting elective coronary artery bypass graft surgery. A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 133: 2532–62.
- Bakay, J.. (2011): A MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life kérdőív magyarországi validálása. *Kardiovaszkuláris prevenció és rehabilitáció*, 4: 13–26.
- Balog P. (2006): A szív- és érrendszeri betegek életminőség. In Kopp M., Kovács M. E. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest, Semmelweis, 444–465.
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, Freeman.
- Barefoot, J. C., Brummett, B. H. et al. (2000): Moderators of the effect of social support on depressive symptoms in cardiac patients. *Am J Cardiology*, 86: 438–442.
- Bartha A. (2005): A Betegség Percepció Kérdőív, és ami mögötte van. *Alkalmazott Pszichológia*, VII/1, 50–74.
- Beauducel, A., Wittmann, W. W. (2005): Simulation study on fit indices in confirmatory factor analysis based on data with slightly distorted simple structure. *Structural Equation Modeling*, 12: 41–75.
- Beckie, T., Hayduck, L. (1997): Measuring quality of life. *Social Indicators Research*, 42: 21–39.
- Bennett, P. (2007): Coronary heart disease: impact. In Ayers, S. et al.: *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge University Press, 644–647.
- Bennett, P., Mayfield, T., Norman P., Lowe, R. (1999): Affective and social-cognitive predictors of behavioural change following first myocardial infarction. British Journal of Health Psychology*, 4: 247–256.
- Bennett, P., Owen, R. L., Koutsakis, S., Bisson, J. (2002): Personality, social context and cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in myocardial infarction patients. *Psychology and Health* 17: 489–500.
- Berkman, L. F., Glass, T. (2000): Social integration, social networks, social support, and health. In Berkman, L. F. Glass, T. (Eds.), *Social epidemiology*. New York, Oxford University Press, 137–173.
- Bjarnason-Wehrens, B., McGee, H., Zwisler, A. D. (2010): Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey. European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 17: 410–418.
- Blair, A. J., Leakey, R. N., Rust, S. R., Shaw, S., et al. (1999): Locus of control and mood following myocardial infarction. *Coronary Health Care*, 3: 140–144.

- Blumenthal, J. A., Lett, H. S., Babyak, M. A., et al. (2003): Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet*, 362: 604–609.
- Bodenmann, G.: *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen, Hogrefe, 2000.
- Bogg, J., Thornton, E., Bundred, P. (2000): Gender variability in mood, quality of life and coping following primary myocardial infarction. *Coronary Health Care*, 4: 163–168.
- Bollen, K. A. (1989): *Structural Equations with Latent Variables*. New York, Wiley.
- Bonanno, G. A. (2004): Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59: 20–28.
- Bosworth, H. B., Siegler, I. C., Olsen, M. K., Brummett, B. H. et al. (2000): Social support and quality of life in patients with coronary artery disease. *Qual Life Res*, 9: 829–39.
- Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., Fahey, J. L. (1998): Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIVseropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 979–986.
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O., et al. (2002): A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health*, 6: 3553–71.
- Bradley, C., Tamburini, M. (2003): Not-only-a-title. *Health Qual Life Outcomes*, 1: 1–10.
- Broadbent, E., Ellis, C. J., Gamble, G., Petrie, K. J. (2006): Changes in patient drawings of the heart identify slow recovery after myocardial infarction. *Psychosom Med*, 68: 910–913.
- Brummett, B. H., Babyak, M. A., Barefoot, J. C. et al. (1998): Social Support and Hostility as Predictors of Depressive Symptoms in Cardiac Patients One Month After Hospitalization: A Prospective Study. *Psychosomatic Medicine*, 60: 707–713.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998): *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen, Hogrefe.
- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U., Siegrist, J. (2000): Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In Bullinger, M., Siegrist, J., Ravens-Sieberer U., (Hrsg.): *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive*. Göttingen, Hogrefe, 11–21.
- Busija, L., Osborne, R. H., Nilsson, A., Buchbinder, R. (2008): Magnitude and meaningfulness of change in SF-36 scores in four types of orthopedic surgery. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6: 55.
- Bute, B. P., Mathew, J., Blumenthal, J. A. et al. (2003): Female gender is associated with impaired quality of life 1 year after coronary artery bypass surgery. *Psychosomatic Medicine*, 65: 941–951.

- Büchi, S., Buddeberg, C., Klaghofer, R., Russi, E. W., et al. (2002): Preliminary validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) – A brief method to assess suffering. *Psychother Psychosom*, 71: 333–341.
- Caldwell, R. A., Pearson, J. L., Chin, R. J. (1987): Stress-Moderating Effects: Social Support in the Context of Gender and Locus of Control. *Pers Soc Psychol Bull*, 13: 5–17.
- Campeau, L. (1976): Grading of angina pectoris. *Circulation*, 54: 522–523.
- Carels, R. A. (2004): The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research*, 13: 63–72.
- Carver, C. S., Harris, S. D., Lehman, J. M., Durel, L. A. (2000): How Important is the Perception of Personal Control? Studies of Early Stage Breast Cancer Patients. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26: 139–149.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. (1998): *On the selfregulation of behavior*. New York, Cambridge University Press.
- Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Strouse, T. B., Miller, D. S. et al (1984): Psychosocial Status in Chronic Illness — A Comparative Analysis of Six Diagnostic Groups. *N Engl J Med*, 311: 506–511.
- Christensen, A. J., Ehlers, S. L. (2002): Psychological Factors in End-Stage Renal Disease: An Emerging Context for Behavioral Medicine Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70: 712–724.
- Clark, R., Anderson, N. B. (1999): Racism as a Stressor for African Americans. *American Psychologist*, 54: 805–816.
- Cohen, D. et al. (2011): Quality of Life after PCI with Drug-Eluting Stents or Coronary-Artery Bypass Surgery. *N Engl J Med*, 364: 1016–1026.
- Cohen, F., Lazarus, R. S. (1979): Coping with stress of illness. In Stone, G. C., Cohen, F., Adler, N. E. (eds.): *Health psychology*. San Francisco, Jossey Bass, 217–254.
- Cohen, S., Underwood, L. G., Gottlieb, B. H. (Eds.). (2000): *Social support measurement and intervention*. New York, Oxford University Press.
- Connerney, I., Shapiro, P. A., McLaughlin, J. S., Bagiella, E. (2001). Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. *The Lancet*, 358: 1766–1771.
- Cook, W., Medley, D.(1954): Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38: 414–418.
- Coombs, D. W., Roberts, R. W., Crist, D. A., Miller, H. L. (1989): Effects of social support on depression following coronary artery bypass graft surgery. *Psychology and Health*, 3: 29–35.

- Cooper, A. F., Jackson, G., Weinman, J., Horne, R. (2002): Factors associated with cardiac rehabilitation attendance: A systematic review of the literature. *Clin Rehab*, 16: 541–552.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., Andrykowski, M. A. (2001): Posttraumatic Growth Following Breast Cancer: A Controlled Comparison Study. *Health Psychology*, 20: 176–185.
- Cornell, C. E., Raczynski J. M., Oberman A. (1996): Quality of Life after Coronary Revascularization Procedures. In Spilker, B. (ed.): *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Second Edition*. Philadelphia, Lippincott-Raven, 865–882.
- Costantini, M., Mencaglia, E., Giulio, P., Cortesi, E. et al. (2000): Cancer patients as ‘experts’ in defining quality of life domains. A multicentre survey by the Italian Group for the Evaluation of Outcomes in Oncology (IGEO). *Quality of Life Research*, 9: 151–159.
- Coyne, J. C., Gottlieb, B. H. (1996): The mismeasure of coping by checklist. *Journal of Personality*, 64: 959–991.
- Crapo, R. O. et al. (2002): American Thoracic Society Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test *Am J Respir Crit Care Med*, 166: 111–117.
- Criteria Committee of the New York Heart Association (1964): Nomenclature and criteria for diagnosis. In *Diseases of the Heart and Blood Vessels. 6th Ed.* Boston, Little Brown, 110–114.
- Cutrona, C. E., Russel, D. W. (1990): Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In Sarason, B. R., Sarason, I. G., Pierce, G. R. (Eds.): *Social support: An interactional view*. New York, Wiley, 319–366.
- Czibalmos Á., Nagy Zs., Varga Z., Husztik P. (1999): Páciens megelégedettségi vizsgálat SF-36 kérdőívvel, a magyarországi normálértékek meghatározása. *Népegészségügy*, 1: 4–9.
- Csabai M., Molnár P. (2009): Krónikus betegségek. In: Csabai M., Molnár P.: *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Danoff-Burg, S., Revenson, T. A., Trudeau, K. J., Paget, S. A. (2004): Unmitigated Communion, Social Constraints, and Psychological Distress Among Women With Rheumatoid Arthritis. *Journal of Personality*, 72: 29–46.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D. et al. (1983): The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *JAMA*, 249: 751–757.
- Dickens, C. M., Percival, C., McGowan, L., Douglas, J. et al. (2004) The risk factors for depression in first myocardial infarction patients. *Psychol Med.*, 34: 1083–92.
- Dickens, C., McGowan, L., Clark-Carter, D., Creed, F. (2002): Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature with metaanalysis. *Psychosomatic Medicine*, 64: 52–60.
- Doerfler, L. A., Pbert, I., DeCosimo, D. (1994): Symptoms of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction and coronary artery bypass surgery. *General Hospital Psychiatry*, 16: 193–99.

- Doering, L. V., Dracup, K., Caldwell, M. A., Moser, D. K. et al. (2004): Is coping style linked to emotional states in heart failure patients? *Journal of Cardiac Failure*, 10: 344–349.
- Dörner, U., Muthny, F. A. (): Zur Bedeutung der Krankheitsverarbeitung für die kardiologische Rehabilitation – Ausgewählte Ergebnisse im Überblick. In: Siesina, W., Werdan K.: *Psychosoziale Faktoren der koronaren Herzkrankheit*. Stuttgart, Schattauer, 69–86.
- Duits, A. A., Duivenvoorden, H. J., Boeke, S., Taams, M. A. et al. (1998): The course of anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 45: 127–138.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., Falke, R. L. (1992): Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11: 79–87.
- Dusseldorp, E., van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J., et al. (1999): A Meta-Analysis of Psychoeducational Programs for Coronary Heart Disease Patients. *Health Psychology*, 18: 506–519.
- Echteld, M. A., van Elderen, T., van der Kamp, L. J. Th. (2003): Modeling Predictors of Quality of Life After Coronary Angioplasty. *Annals of Behavioral Medicine*, 26: 49.
- Édes I. (2006): A szívinfarktuszó kezelése össejtekkel. *Orvostovábbképző Szemle*, XIII. évf., 9. szám
- Emery, C. F., Frid, D. J., Engebretson, T. O., Alonzo, A. A. et al. (2004): Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosom Med*, 66: 190–197.
- Engel, G. L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for bio-medicine. *Science*, 196: 129–136.
- Felton, B. J., Revenson, T. A., Hinrichsen, G. A. (1984): Stress and coping in the explanation of Psychosocial Adjustment among Chronically Ill Adults. *Social Science and Medicine*, 10: 889–898.
- Fitzpatrick, R., Newman, S., Archer, R., Shipley, M. (1991): Social Support, disability, and depression: A longitudinal study of rheumatoid arthritis. *Social Science and Medicine*, 33: 605–611.
- Folkman, S., Chesney, M., Pollack, L., Coates, T. (1993): Stress, control, coping, and depressive mood in human immunodeficiency virus-positive and -negative gay men in San Francisco. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181: 409–416.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2000): How Important is the Perception of Personal Control? Studies of Early Stage Breast Cancer Patients. *Pers Soc Psychol Bull*, 26: 139–149. The Context Matters. *Pers Soc Psychol Bull*, 2000, 26: 150–151.
- Frank, A. W. (1997): *The wounded storyteller. Body illness and ethics*. Chicago, The University of Chicago Press.

- Fritz, H. L. (2000): Gender-linked personality traits predict mental health and functional status following a first coronary event. *Health Psychology*, 19: 420–428.
- Füzesi Zs., Illés T., Tistyán L., Czirják L. (2004). *A felnőtt népesség egészségi állapota a déldunántúli régióban*. Pécs, Fact Intézet.
- Garcia, L., Valdes, M., Jodar, I., Riesco, N., et al. (1994): Psychological factors and vulnerability to psychiatric morbidity after myocardial infarction. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61: 187–94.
- Gilligan, C. (1982): *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Grace, S. L., Abbey, S. E., Irvine, J., Shnek, Z. M., et al. (2004): Prospective examination of anxiety persistence and its relationship to cardiac symptoms and recurrent cardiac events. *Psychother Psychosom.* 73: 344–52.
- Greifeld, K., Ed. (2003): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Berlin, Dietrich Reimer.
- Grumann, M., Schlag, P. (2001): Assessment of quality of life in cancer patients: Complexity, criticism, challenges. *Onkologie*, 24: 10–15.
- Hagedoorn, M., Kuijer, R. G., Buunk, B. P., de Jong, G. M., et al. (2000): Marital Satisfaction in Patients With Cancer: Does Support From Intimate Partners Benefit Those Who Need It the Most? *Health Psychology*, 19: 274–282.
- Havik, O. E., Maeland, J. G. (1988): Verbal denial and outcome in myocardial infarction patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 32: 145–157.
- Heim, E. (1998): Coping – Erkenntnisstand der 90er Jahre. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 48: 321–337.
- Helgeson, V. S. (1990): The role of masculinity in a prognostic predictor of heart attack severity. *Sex Roles*, 22: 755–774.
- Helgeson, V. S. (1993): Implications of Agency and Communion for Patient and Spouse Adjustment to a First Coronary Event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64: 807–816.
- Helgeson, V. S., Fritz, L. (1998): A Theory of Unmitigated Communion. *Pers Soc Psychol Rev*, 2: 173–183.
- Helgeson, V. S., Lepore, S. J. (1997): Men's Adjustment to Prostate Cancer: The Role of Agency and Unmitigated Agency. *Sex Roles*, 37: 251–267.
- Herrmann-Lingen Ch., Buss, U. (2002): *Angst und Depressivität im Verlauf der koronaren Herzkrankheit*. Frankfurt/Main, Verlag für Akademische Schriften.

Herrmann-Lingen, Ch. (2008): Trauer und Belastung – von der Reaktion zu Störung. In Herrmann-Lingen, Ch., Albus, Ch., Titscher, G.: *Psychokardiologie*. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag, 91–99.

Herschbach, P. (2002): Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung. Wovon hängt unser Wohlbefinden ab? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52: 141–150.

Hofmann, S. (1991): Vorbereitende Schwerpunktsetzung. In Tüchler, H., Lutz, D. (Hrsg.): *Lebensqualität und Krankheit* (S. 50-62). Köln, Deutscher Ärzte-Verlag.

Holahan, C. J., Holahan, C. K., Moos, R. H., Brennan, P. L. (1997): Psychosocial adjustment in patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 12: 345–359.

Holland, J., Lewis, S. (2000): *The human side of cancer*. New York, NY: Harper Collins, Quill Books.

House, J. S. (1981): *Work Stress and Social Support*. Reading, Addison-Wesley.

Höfer S., Benzer, W., Alber, H., Ruttmann, E., et al. (2005): Determinants of Health-Related Quality of Life in Coronary Artery Disease Patients: A Prospective Study Generating a Structural Equation Model. *Psychosomatics*, 46: 212–223.

Höfer, S., Doering, S., Rumpold, G., Oldridge, N., et al (2006): Determinants of health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 13: 398–406.

Hu, L., Bentler, P. M. (1999): Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6: 1–55.

Hughes, J. W., Tomlinson, A., Blumenthal, J. A., Davidson, J., et al. (2004): Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 28: 179–185.

Huijbrechts, I. P. A. M., Duivenvoorden, H. J., Deckers, J. W., Leenders, I. C. M., et al. (1996): Modification of smoking habits five months after myocardial infarction: Relationship with personality characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 40: 369–378.

Ickovics, J. R., Park, C. L. (1998): Paradigm Shift: Why a Focus on Health Is Important. *Journal of Social Issues*, 54: 237–244.

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

Jacobsen, P. B., Sadler, I. J., Booth-Jones, M., Soety, E., et al. (2002): Predictors of posttraumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70: 235–240.

Janoff-Bulman, R., Berger, A. R. (2000): The other side of trauma: Towards a psychology of appreciation. In J. H. Harvey, E. D. Miller (Eds.), *Loss and trauma: General and close relationship perspectives*. Philadelphia: Taylor and Francis, 29–44.



Janoff-Bulman, R., Frantz, C. M. (1997): The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In M. Power, C. R. Brewin (Eds.): *The transformation of meaning in psychological therapies*. New York, Wiley. 91–106.

Jerusalem, M., Schwarzer, R. (1999): Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung . [http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Allgemeine\\_Selbstwirksamkeit/hauptteil\\_allgemeine\\_selbstwirksamkeit.htm](http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Allgemeine_Selbstwirksamkeit/hauptteil_allgemeine_selbstwirksamkeit.htm) (letöltés: 2011-09-28).

Johansson, P., Broström, A., Dahlström, U., Alehagen, U. (2008): Global perceived health and ten-year cardiovascular mortality in elderly primary care patients with possible heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 10: 1040–1047.

Julkunen, J., Saarinen, T. (1994): Psychosocial predictors of recovery after a myocardial infarction: Development of a comprehensive assessment method. *Irish Journal of Psychology*, 15: 67–83.

Kaplan, G., Camacho, T. (1983): Perceived health and mortality: a nine year follow-up of the Human Population Laboratory cohort. *Am J of Epidemiology*, 117: 292–298.

Kaszás B., Tiringér I. (megjelenés alatt): A sikeres idősödés pszichológiai modelljei. In Kállai J., Kaszás B., Tiringér I. (szerk.): *Az időskorúak egészségpszichológiája*. Budapest, Medicina, 2012.

Keefe, F. J., Smith, S. J., Buffington, A. L. H., Gibson, J., et al. (2002): Recent Advances and Future Directions in the Biopsychosocial Assessment and Treatment of Arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70: 640–655.

Kerekjarto, M. V., Schulz, K.-H., Kramer, C., Fittschen, et al. (1989): Grundlegende Aspekte zum Konzept der Lebensqualität. In Verres, R., Hasenbring, M. (Hrsg.): *Psychosoziale Onkologie* (S. 18–29). Berlin, Springer.

Kiebzak, G. M., Pierson, L. M., Campbell, M., Cook, J. W. (2002): Use of the SF36 general health status survey to document health-related quality of life in patients with coronary artery disease: Effect of disease and response to coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung*, 31: 207–13.

Kind, P. (2003): Using standardised measures of health-related quality of life: Critical issues for users and developers. Commentary. *Quality of Life Research*, 12: 519–521.

Kind, P. The EuroQol instrument (1996): An index of health-related quality of life. In: Spiker, B. (ed.): *Quality of life and pharmacoEconomics in clinical trials*. Lippincott-Raven Publishers. *Philadelphia*, 191–201.

Klesse, Ch., Barth, J., Härter, M., Bengel, J. (2007): Behandlung psychischer Störungen bei koronarer Herzkrankheit. In Härter, M., Baumeister, H., Bengel, J.: *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Heidelberg, Springer.

Kopp M., Berghammer R. (szerk.) (2005): *Orvosi pszichológia*. Budapest, Medicina.

- Kopp M., Pikó B. (2006): Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In Kopp M., Kovács M. E. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*, Budapest, Semmelweis, 10–19.
- Kopp M., Skrabski Á. (1995): *Magyar lelkiállapot*. Budapest, Végeken.
- Kopp, M., Falger, P., Appels, A., Szedmák, S. (1998). Depression and Vital Exhaustion are differentially related to behavioural risk factors for coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 60: 752–758.
- Kovács Á., Polner K., Molnár M. Zs., Novák M., Mucsi I. (2008): Az egészséggel kapcsolatos életminőség mérése krónikus vesebetegek körében. In: Kopp M. (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008 – Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest, Semmelweis, 569–575.
- Köllner, V., Hoyer, J., Maercker, A., Gnauck, F. (2001): Posttraumatische Belastungsstörung nach Herzoperationen. In Maercker, A., Ehler, U.: *Psychotraumatologie*. Göttingen, Hogrefe.
- Kristofferzon M., Lofmark, R., Carlsson, M. (2005): Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. *Heart and Lung*, 34: 39–50.
- Kristofferzon, M., Lofmark, R., Carlsson, M. (2003): Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 44: 360–374.
- Kulmann L. (2010): Az életminőség vizsgálata. In Vekerdy–Nagy Zs.: *Rehabilitációs orvoslás*. Budapest, Medicina.
- Küchler, T., Bullinger, M. (2000): Onkologie. In Ravens-Sieberer, U., Cieza, A. (Hrsg.): *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin Konzepte, Methoden, Anwendung* (S. 144–158). Landsberg: ecomed.
- Ladwig, K-H. (2001): Psychotraumatisierende Eigenschaften akuter lebensbedrohlicher kardialer Ereignisse. In Maercker, A., Ehler, U.: *Psychotraumatologie*. Göttingen, Hogrefe.
- Landrine, H., Klonoff, E. (1992): Culture and health-related schemas: A review and proposal for interdisciplinary integration. *Health Psychology*, 11: 267–276.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G. (2002): The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 7: 11–21.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G., et al. (2001): Mortality and Quality of Life 12 Months After Myocardial Infarction: Effects of Depression and Anxiety. *Psychosomatic Medicine*, 63: 221–230.
- Lanza, A. F., Cameron, A. E., Revenson, T. A. (1995): Helpful and unhelpful support among individuals with rheumatic diseases. *Psychology and Health*, 10: 449–462.

- Lavie, C. J., Milani, R. V. (2004): Prevalence of anxiety in coronary patients with improvement following cardiac rehabilitation and exercise training. *Am J Cardiology*, 93: 336–339.
- Lazarus, R. S. (1991): *Emotion and Adaptation*. New York NY, Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1991): *Emotion and adaptation*. New York, Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer Publishing.
- Lepore, S. J. (2001): A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In Baum, A., Andersen, B. L. (Eds.): *Psychosocial interventions for cancer*. (pp. 99-116). Washington, DC, American Psychological Association.
- Lespérance, F., Frasere-Smith, N. (2000): Depression in patients with cardiac disease: A practical review. *J Psychosom Res*, 48: 379–391.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R. (1983): A model for stress research with some implications for the control of stress disorder. In Meichenbaum, D., Jaremko, M. (Eds.): *Stress Reduction and Prevention*. NY, Plenum.
- Levine, J., Warrenburg, S., Kerns, R., Schwartz, G., et al. (1987): The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 49: 109–117.
- Levy, S. M., Haynes, L. T., Herberman, R. B., Lee J. (1992): Mastectomy versus breast conservation surgery: Mental health effects at long-term follow-up. *Health Psychology*, 11: 349–354.
- Linden, W., Stoessel, C., Maurice, J. (1996): Psychological interventions for patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med*, 156: 745–752.
- Lohaus, A., Schmitt, G. M. (1989): Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Göttingen, Hogrefe.
- Maes, S., Leventhal, H., De Ridder, D. (1996): Coping with chronic diseases. In Zeidner, M., Endler, S.: *Handbook of coping*. New York, John Willey & Sons. 221–251.
- Mayou, R. A. et al. (2000): Depression and Anxiety As Predictors of Outcome After Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine*, 62: 212–219.
- Mcgee, H. (2004): Quality of life. In Kaptein, A., Weinman, J.: *Health psychology*. Oxford, BPS Blackwell, 234–257.
- Mcgee, H. (2007): Health-related quality of life in cardiac patients. In Perk, J. (Ed): *Cardiovascular Prevention And Rehabilitation*. Berlin, Springer, 256–68.
- Meyerowitz, B. E., Richardson, J., Hudson, S., Leedham, B. (1998): Ethnicity and Cancer Outcomes: Behavioral and Psychosocial Considerations. *Psychological Bulletin*, 123: 47–70.
- Moskowitz, J. T. (2003). Positive affect predicts lower risk of AIDS mortality. *Psychosomatic Medicine*, 65: 620–626.

- Moss-Morris, R. et al. (2002): The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17: 1–16.
- Mucsi I., Novák M. (2008): Cukorbetegség életminősége. In Kopp M. (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008 – Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest, Semmelweis, 576–583.
- Muthny, F. A. (1989): *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS)*. Hogrefe.
- Muthny, F. A. (1992): Krankheitsverarbeitung im Vergleich von Herzinfarkt, Dialyse und MS-Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21: 372–391.
- Novák M., Molnár M. Zs., Kovács Zs. Á., Mucsi I. (2006): Krónikus vesebetegségben szenvedő, dializált és vesetranszplantáción átesett betegek életminősége. In Kopp M., Kovács M. E. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*, Budapest, Semmelweis, 466–476.
- Novák M., Stauder A., Mucsi I. (2006): Az életminőség egészség tudományi kutatásának általános szempontjai. In Kopp M., Kovács M. E. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*, Budapest, Budapest, Semmelweis, 24–37.
- Ornish, D., Scherwitz, L. W., Billings, J. H., et al. (1998): Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA*, 280: 2001–2007.
- Oswiecki, D. M., Compas, B. E. (1999): A prospective study of coping, perceived control and psychological adjustment to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23: 169–180.
- Patrick, D. L., Erickson, P. (1993): *Health Status and Health Policy. Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York, Oxford University Press.
- Pennebaker, J. W., Chung, C. K. (2007): Expressive writing, emotional upheavals, and health. In Friedman, H. S., Silver, R. C. (Eds.): *Foundations of health psychology*. New York, Oxford University Press, 263–284.
- Perrez, M., Michel, G. (2005): Verarbeitung somatischer Krankheiten. In Schwarzer, R. (ed.): *Gesundheitspsychologie*. Göttingen, Hogrefe. 283–301.
- Perrez, M., Reicherts, M. (1992): *Stress, coping and health*. Seattle, Hogrefe & Huber.
- Petrie, K. J., Buick, D. L., Weinman, J., Booth, R. J. (1999): Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *J Psychosom Res*, 47: 537–43.
- Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N., Buckley, J. (1996): Role of patients view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ*, 312: 1191–1194.
- Radojevic, V., Nicassio, P. M., Weisman M. H. (1992): Behavioral intervention with and without family support for rheumatoid arthritis. *Behavior Therapy*, 23: 13–30.

- Revenson, T. A. (1993): The role of social support with rheumatic disease. In Newman, S., Shipley, M. (Eds.): *Psychological aspects of rheumatic disease. Balliere's Clinical Rheumatology*, 7: 377–396. London, Bailliere Tindal.
- Revenson, T. A., Abraído-Lanza, A. F., Majerovitz S. D., Jordan, C. (2005): Couples Coping With Chronic Illness: What's Gender Got to Do with It? In Revenson, T. A., Kayser, K., Bodenmann, G. (Eds.): *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*. Washington DC, American Psychological Association.
- Rohrbaugh, M. J., Cranford, J. A., Shoham, V., Nicklas, J. et al. (2002): Couples Coping With Congestive Heart Failure: Role and Gender Differences in Psychological Distress. *Journal of Family Psychology*, 16: 3–13.
- Rose, G. L., Suls, J., Green, P. J., Gordon, E. (1996): Comparison of adjustment, activity, and tangible social support in men and women patients and their spouses during the six months post-myocardial infarction. *Annals of Behavioral Medicine*, 18: 264–272.
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Bronner, E., et al. (2000): „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“, ein Teil der „allgemeinen“ Lebensqualität? In Bullinger, M., Siegrist, J., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): *Lebensqualitätsforschung Aus medizinpsychologischer und – soziologischer Perspektive*. Göttingen, Hogrefe, 206–221.
- Rosen, R. C., Contrada, R. J., Gorkin, L., Kostis, J. B. (1997): Determinants of perceived health in patients with left ventricular dysfunction: a structural modeling analysis. *Psychosom Med*, 59: 193–200.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson K. W., Saab R. G., et al. (2005): The Epidemiology, Pathophysiology, and Management of Psychosocial Risk Factors in Cardiac Practice. The Emerging Field of Behavioral Cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45: 637–651.
- Rumsfeld, J. S., Magid, D. J., O'Brien, M., et al. (2001): Changes in health-related quality of life following coronary artery bypass graft surgery. *Ann Thorac Surg*, 72: 2026–2032.
- Ruo, B., Rumsfeld, J. S., Hlatky, M. A., et al. (2003): Depressive symptoms and health-related quality of life: The heart and soul study. *Journal of the American Medical Association*, 290: 215–221.
- Rymaszewska, J., Kiejna, A., Hadry, T. (2003): Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. *European Psychiatry*, 18: 155–160.
- Sándori K. (2006): Rehabilitáció akut coronariaszindróma után. *Lege artis medicinae*, 16(Suppl1): S39–S42.
- Sarason, S. B. (1989): *The making of an American psychologist*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Sarkar, U., Ali, S., Whooley, M. A. (2007): Self-Efficacy and Health Status in Patients With Coronary Heart Disease: Findings From the Heart and Soul Study. *Psychosomatic Medicine*, 69: 306–312.

- Scheier, M. F., Bridges, M. W. (1995): Person variables and health: Personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease. *Psychosomatic Medicine*, 57: 255–268.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J. et al. (1989): Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57: 1024–1040.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. (2003): Evaluating the fit of structural equation models: test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8: 23–74.
- Schiaffino, K. M., Revenson, T. A., Gibofsky, A. (1991): Assessing the role of self-efficacy beliefs in adaptation to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 4: 150–157.
- Schiaffino, K. M., Revenson, T. A. (1992): The Role of Perceived Self-Efficacy, Perceived Control, and Causal Attributions in Adaptation to Rheumatoid Arthritis: Distinguishing Mediator from Moderator Effects. *Pers Soc Psychol Bull*, 18: 709–718.
- Schwarzer, R. (2004) *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (3. Aufl.). Göttingen, Hogrefe.
- Schwarzer, R., Knoll, N. (2007): Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42: 243–252.
- Shemesh, E., Yehuda, R., Milo, O., Dinur, I., et al. (2004): Posttraumatic Stress, Nonadherence, and Adverse Outcome in Survivors of a Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine*, 66: 521–526.
- Shen, B. J., Myers, H. F., McCreary, C. P. (2006): Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation quality-of-life outcomes. *J Psychosom Res*, 60: 3–11.
- Shnek, Z. M., Irvine, J., Stewart, D., Abbey, S. (2001): Psychological Factors and Depressive Symptoms in Ischemic Heart Disease. *Health Psychology*, 20: 141–145.
- Shuldham, C. M., Fleming, S. Goodman, H. (2002): The impact of pre-operative education on recovery following coronary artery bypass surgery. A randomised controlled clinical trial. *European Heart Journal*, 23: 666–674.
- Shumaker, S. Hill, D. (1991): Gender differences in social support and physical health. *Health psychology*, 10: 102–111.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., Sherwood, H. (2003): Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. *Psychological Bulletin*, 129: 216–269.
- Smith, B. W., Zautra, A. J. (2002): The Role of Personality in Exposure and Reactivity to Interpersonal Stress in Relation to Arthritis Disease Activity and Negative Affect in Women. *Health Psychology*, 21: 81–88.

- Smith, K., Avis, N., Assmann, S. (1999): Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of Life Research*, 8: 447–459.
- Smith, T. W., Ruiz, J. M. (2002): Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. *J Consult Clin Psychol*, 70: 548–68.
- Somerfield, M. R., McCrae, R. (2000): Stress and coping research: Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 55: 620–625.
- Söderman, E., Lisspers, J., Sundin, O. (2003): Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease. *Social Science & Medicine*, 56: 193–202.
- Spencer, S. M., Lehman, J. M., Wynings, C., Arena, P., et al. (1999): Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multiethnic sample of early stage patients. *Health Psychology*, 18: 159–168.
- Sprangers, M. A. G., Cull, A., Groenvold, M., Bjordal, K., et al. (1998): The European Organization for Research and Treatment of Cancer Approach to Developing Questionnaire Modules: An Update and Overview. *Quality of Life Research*, 7: 291–300.
- Sprangers, M., Tempelaar, R., van den Heuvel, W., de Haes, H. (2002): Explaining quality of life with crisis theory. *Psycho-Oncology*, 11: 419–426.
- Stanton, A. L., Collins, C. A., Sworowski, L. A. (2001): Adjustment to chronic illness: Theory and research. In Baum, A., Revenson, T. A., Singer, J. E. (Eds.): *Handbook of health psychology*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 387–403.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M. M., et al. (2000): Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 875–882.
- Stanton, A. L., Snider, P. R. (1993): Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12: 16–23.
- Stanton, A. L.; Revenson T. A. (2007): Adjustment to Chronic Disease: Progress and Promise in Research. In Friedman, H., S., Silver R. C.: *Foundations of Health Psychology*. New York, Oxford University Press, 203–233.
- Stewart, A. L., Greenfield, S., Hays, R. D., Wells, K., et al. (1989): Functional status and well-being of patients with chronic conditions: Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 262: 907–913.
- Strauss, B., Paulsen, G., Strenge, H., Graetz, S., et al. (1992): Preoperative and late postoperative psychosocial state following coronary artery bypass surgery. *Thoracic and cardiovascular Surgeon*, 40: 59–64.

Strik, J. J. M. H., Lousberg, R., Cheriex, E. C., Honig, A. (2004): One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on cardiac outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 56: 59–66.

Stygall, J., Newman, S. (2007): Coronary heart disease: surgery. In Ayers S., et al: *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge University Press, 659–662.

Sullivan, M. D., Kempen, G. I., Van Sonderen, E., Ormel, J. (2000): Models of health-related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly. *Qual Life Res*, 9: 801–810.

Sykes, D. H., Hanley, M., Boyle, D. C., Higginson J. D. S. (2000): *Work strain and the post-discharge adjustment of patients following a heart attack*. *Psychology & Health*, 15: 609–623.

Szabolcs Z. (2006): A magyarországi szívsebészeti centrumok 2004. évi teljesítménye. *Cardiologia Hungarica*, 36: 1–5.

Taillefer, M.-C., Dupuis, G., Roberge, M.-A. le May, S. (2003): Health-related quality of Life models: Systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 64: 293–323.

Taylor, Sh. E. (2007): Social support. In Friedman, H., S., Silver, R. C.: *Foundations of Health Psychology*. New York, Oxford University Press, 145–171.

Taylor, Sh. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R., Updegraff, J. A. (2000): Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107: 411–429.

Taylor, Sh. E., Lichtmann, R. R., Wood, J. V. (1984): Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46: 489–502.

Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2004): Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15: 1–18.

Tennen, H., Affleck, G. (2000): The Perception of Personal Control: Sufficiently Important to Warrant Careful Scrutiny. *Pers Soc Psychol Bull*, 26: 152–156.

Tennen, H., Affleck, G. (2002): Benefit-finding and benefit-reminding. In Snyder, C. R., Lopez, S. J. (Eds.): *Handbook of positive psychology*. New York, Oxford University Press, 584–597.

Thompson, S. C., Kyle, D. J. (2000): The role of perceived control in coping with the losses associated with chronic illness. In Harvey, J. H., Miller E. D. (Eds.): *Loss and trauma: General and close relationship perspectives* Philadelphia, Brunner-Routledge, 131–145.

Thompson, S. C., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M. E., Schwankovsky, L., Cruzen, D. (1993): Maintaining perceptions of control: Finding perceived control in low-control circumstances. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64: 293–304.



Timberlake, N., Klinger, L., Smith, P. et al. (1997): Incidence and patterns of depression following coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 43: 197–207.

Tiringer I., Simon A., Herrfurth D., Suri I., et al. (2008): A szorongásos és depressziós zavarok előfordulása akut kardiológiai állapotokat követő osztályos rehabilitáció során. A Kórházi Szorongás és Depresszió Skála szűrőtesztként történő alkalmazása. *Psychiatria Hungarica*, 23: 430–443.

Tiringer I., Simon A., Németh K., Molnár E., et al. (2011): A Freiburgi Betegségfeldolgozási Kérdőív rövidített változatának (FKV-LIS) hazai adaptációja. A betegséggel történő megküzdés dimenzióinak vizsgálata akut kardiológiai eseményen illetve malignus betegség primer kezelésén átesett személyek esetében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66: 631–667.

Tomich, P. L., Helgeson, V. S. (2002): Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 11: 154–169.

Tomich, P. L., Helgeson, V. S. (2004): Is Finding Something Good in the Bad Always Good? Benefit Finding Among Women With Breast Cancer Original Research Article. *Health Psychology*, 23: 16–23.

Trudeau, K. J., Dannoff-Burg, S., Revenson, T. A., Paget, S. A. (2003): Agency and Communion in People With Rheumatoid Arthritis. *Sex Roles*, 49: 303–311.

Valenti, L., Lim, L., Heller, R. F., Knapp, J (1996): An improved questionnaire for assessing quality of life after acute myocardial infarction. *Quality of Life Research*, 5: 151–161.

Van Elderen, T., Maes, S., Dusseldorp, E. (1999): Coping with coronary heart disease: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 47: 175–183.

van't Spijker, A., Trijsburg, R. W., Duivenvoorden, H. J. (1997): Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59: 280–293.

Wallston, K. A. (2007): Perceived control. In Ayers S. et al: *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge University Press.

Waltz, M., Badura, B., Pfaff, H. Schott, T. (1988): Marriage and the psychological consequences of a heart attack: A longitudinal study of adaptation to chronic illness after 3 years. *Social Science & Medicine*, 27: 149–158.

Ware J. E. (1996): The SF-36 Health Survey. In Spilker B.: *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Lippincott-Raven.

Wegner, D., Pennabaker, J. (Eds.) (1992): *Handbook of mental control*. New York, Prentice-Hall.

Wenger, N. K., Naughton, M. J., Furberg, C. D. (1996): Cardiovascular Disorders. In Spilker, B. (ed.): *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Second Edition*. Philadelphia, Lippincott-Raven, 883–891.

- West, M., Rose, S. M., Brewis, C. S. (1995): Anxious Attachment and Psychological *Distress* in Cardiac Rehabilitation Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2: 167–178.
- Whitfield K. E., Weidner, G., Clark, R., Anderson, N. B. (2002): Sociodemographic Diversity and Behavioral Medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70: 463–481.
- Wiklund, I., Sanne, H., Vedin, A., Wilhelmsson, C. (1984): Psychosocial outcome one year after a first myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 28: 309–321.
- Wiley, A. S., Allen, J. S. (2008): *Medical Anthropology*. Oxford, New York.
- Williams, R. B., Barefoot, J. C., Califf, R. M. (1992): Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *JAMA*, 267: 520–524.
- Wills, T. A., Fegan, M. F. (2001): Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson, J. E. Singer (Eds.): *Handbook of health psychology*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 139–173; 209–234.
- Wilson, I. B., Cleary, P. D. (1995): Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273: 59–65.
- World Health Organization (1993): *Needs and action priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with CHD*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- World Health Organization (1997): WHOQOL; *Measuring quality of life*. WHO, Geneva.
- Wortman, C. B., Silver, R. C. (2001): The myths of coping with loss revisited. In Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., Schut, H. (Eds.): *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC, American Psychological Association, 405–429.
- Yali, A. M., Revenson, T. A. (2004): How Changes in Population Demographics Will Impact Health Psychology: Incorporating a Broader Notion of Cultural Competence Into the Field. *Health Psychology*, 23: 147–155.
- Young, R. F., Kahana, E. (1993): Gender, recovery from late life heart attack, and medical care. *Women and Health*, 20: 11–31.
- Zautra, A. J., Manne, S. L. (1992): Coping with rheumatoid arthritis: A review of a decade of research. *Annals of Behavioral Medicine*, 14: 31–39.
- Zautra, A., Smith, B., Affleck, G., Tennen, H. (2001): Examinations of Chronic Pain and Affect Relationships: Applications of a Dynamic Model of Affect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69: 786–795.
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983): Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.*, 67: 361–370.

## **Köszönetnyilvánítás**

Kutatásaim megvalósításához és disszertációm elkészítéséhez az évek alatt sokan hozzájárultak.

Leginkább szeretnék köszönetet mondani Dr. Simon Attila főorvosnak, barátomnak a hosszú évek közös munkájáért és együttgondolkodásáért. Az ő gondos szervező munkája nélkül nem jöhetett volna létre a dolgozatomban elemzett értékes vizsgálati anyag.

Szeretnék köszönetet mondani azoknak a Balatonfüreden kezelt szívbetegeknek is, akik részt vettek vizsgálatunkban és vállalták az ezzel kapcsolatos terheket.

Az elmúlt években tudományos pályám egyengetésében sok támogatást kaptam igazgatómtól, Prof. Dr. Kállai Jánostól.

Köszönöm Prof. Dr. Kiss Enikőnek, hogy a dolgozatom elkészítésében és a védési folyamat szervezésében ötleteivel, biztatásával sokat segített.

Pályám elején sokat segítettek szakmai-tudományos gondolkodásom fejlődésében a pécsi Pszichiátriai Klinika vezetői és munkatársai: Prof. Dr. Ozsváth Károly, Prof. Dr. Trixler Mátyás, Prof. Dr. Fekete Sándor, Dr. Gáti Ágnes, Prof. Dr. Tényi Tamás, Dr. Osváth Péter, Dr. Simon Mária, Dr. Herold Róbert, Dr. Kovács Attila, Dr. Vörös Viktor.

Külön köszönet illeti első főnökömet Dr. Kóczán Györgyöt, akitől a statisztikai gondolkodás alapjait tanultam, és Dr. Varga Józsefet, akivel első kardiológiai vizsgálataimat végeztem.

Köszönet illeti jelenlegi és volt munkatársaimat a Magatartástudományi Intézetben segítségükért és biztatásukért: Prof. Dr. Vereczkei Lajost, Prof. Dr. Szabó Imrét, Prof. Dr. Füzesi Zsuzsannát, Dr. Jakab Tibort, Dr. Karádi Kázmért, Dr. Csathó Árpádot, Dr. Bende Istvánt, Dr. Buda Lászlót, Kerekes Zsuzsannát, Dr. Szolcsányi Tibort, Feldmann Ádámot.

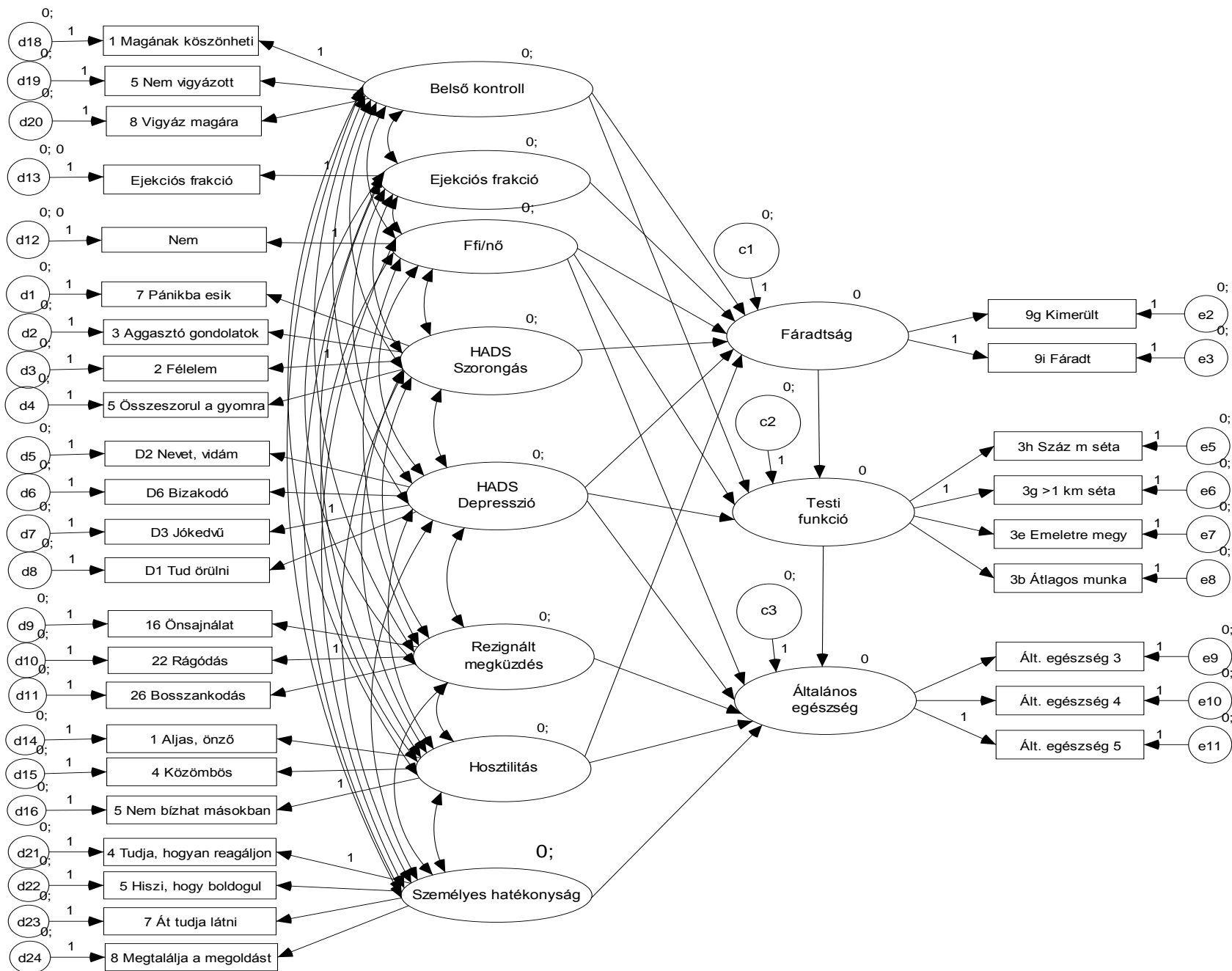
Hálával tartozom PhD hallgató munkatársaimnak, Szamosi Eszternek, Németh Katalinnak, Dr. Strasszné Bánki Ceciliának, Molnár Editnek és Dr. Kaszás Beátának a közös vizsgálatok szervezéséért.

Az elmúlt közel 10 évben felbecsülhetetlen segítséget kaptam a Magatartástudományi Intézet munkatársaitól Polecsák Máriától, Bagodics Ildikótól, Nagyné Ébner Teréziától, Ignác Ángestől és Lakliáné Etától. Hálával gondolok Martos Veronika munkájára is, aki soha nem ismert lehetlent, ha szakirodalmak megszerzéséről volt szó.

Sokat tanultam a Pszichoterápia folyóirat szerkesztőitől, valamint a Mentálhigiéne és Pszichoszomatika folyóirat szerkesztőbizottsági tagjaitól is közös munkáink során.

Végül köszönöm feleségemnek, Tiringner Arankának a hosszú évek kitartását és támogatását, amivel biztosította munkám nyugodt háttérét, és gyermekeimnek Dórinak, Orsinak, Eszternek és Andrisnak, hogy elviselték apjuk „munkamániáját”. Külön köszönöm szüleim és húgom szerető támogatását, amivel évtizedek óta kísérték életutamat.

# A kiindulási életminőség biopszichoszociális háttértényezői



# A követéses életminőség biopszichoszociális háttértényezői

