

**Pécsi Tudományegyetem Bölcsészstudományi Kar**

**Pszichológia Doktori Iskola**

**Személyiség- és egészségpszichológiai program**

**DR. TIRINGER ISTVÁN**

**AZ AKUT KARDIOLÓGIAI ESEMÉNYEN ÁTESETT  
BETEGEK HOSSZÚ TÁVÚ ÉLETMINŐSÉGÉT  
BEFOLYÁSOLÓ PSZICHOSZOCIÁLIS TÉNYEZŐK  
VIZSGÁLATA**

**Doktori (Ph.D.) értekezés tézisei**

**Pécs, 2012**

## A disszertáció tartalomjegyzéke

<b>Bevezetés</b> .....	3
<b>A krónikus betegségekhez történő pszichológiai alkalmazkodás</b> .....	3
<b>Alkalmazkodási folyamatok szívizom-infarktust követően</b> .....	4
<b>A koszorúér-áthidaló műtétet követő pszichológiai alkalmazkodási folyamatok</b> .....	5
<b>Az egészséggel kapcsolatos életminőség</b> .....	5
<b>Az akut koronária eseményt átélő betegek életminősége és annak háttértényezői</b> ....	7
<b>A saját kutatás ismertetése</b> .....	9
<i>A vizsgálat hipotézisei</i> .....	9
<i>A vizsgálat menete</i> .....	9
<i>A kutatásban használt vizsgáló módszerek</i> .....	10
<b>Statisztikai elemzés</b> .....	11
<b>Eredmények</b> .....	12
<i>Az akut koronária-szindrómán átesett betegek pszichológiai alkalmazkodási folyamatai, disztressze és életminősége, illetve annak változása a rehabilitációt követő 15 hónapban</i> .....	13
<i>Az akut koronária-eseményt követő életminőséget befolyásoló tényezők modellezése</i> .....	15
<b>Megvitatás</b> .....	16
<i>Az életminőségre ható biopszichoszociális tényezők modellezése</i> .....	17
<b>Következtetések</b> .....	18
<b>Hivatkozott irodalmak</b> .....	20
<b>A PhD értekezés témájával kapcsoló publikációk, konferencia-részvételek</b> .....	22
<b>Köszönetnyilvánítás</b> .....	24

## Bevezetés

A kardiovaszkuláris betegségek Európában és Magyarországon is a korai halálozás vezető okának tekinthetők. A KSH adatai szerint 2008-ban a halálesetek 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 elmúlt évtizedekben a szívbetegségek gyakoriságának növekedésével, valamint a kardiológiai beavatkozási lehetőségek fejlődésével, az akut kardiológiai események utáni rehabilitációs kezelések jelentősége is megnőtt.

A *kardiológiai rehabilitáció* törekvése a már súlyos koszorúér-betegség további előrehaladásának megállítása, az akut koronária-szindrómák<sup>1</sup> ismétlődésének elkerülése, valamint a krónikus szívbetegséggel élő páciensek életminőségének javítása (WHO 1993). A rehabilitáció célja tehát nemcsak a szívbetegség biológiai folyamatának pozitív befolyásolása, hanem a betegek hozzásegítése ahhoz, hogy súlyos szívbetegségüket követően minél jobb pszichoszociális állapotot érhessenek el. A szívbetegség helyzetének 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) 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).

## A krónikus betegségekhez történő pszichológiai alkalmazkodás

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, Revenson 2011). A krónikus betegséghez történő alkalmazkodás *több dimenzióban történik*, és magában foglal – egymáshoz szerteágazóan kapcsolódó – intrapszichés és interperszonális folyamatokat, kognitív, érzelmi és viselkedéses változásokat. Az intenzív kutatások eredményeképpen az elmúlt évtizedekben az alkalmazkodási folyamatokról alkotott elképzelések sokkal árnyaltabbá váltak. Az elméleti fejlődést és a vizsgált konstrukciók körének bővülését folyamatosan követi a módszerek és vizsgálati elrendezések fejlődése. Ma már nyilvánvaló, hogy a betegséghez történő alkalmazkodásról eltérő képet kapunk, ha a pozitív vagy a negatív kimenetel dimenzióira koncentrálnunk.

---

<sup>1</sup> Akut koronária-szindrómák alatt értendő: akut szívizom infarktus (mind az ST elevációval járó, mind a nem ST elevációval járó), a tervezett (elektív) perkután koronária intervenció (PCI) és a szívizom revaszkularizációs műtét (CABG).

Stanton és Revenson összefoglaló tanulmánya (2011) a krónikus betegek alkalmazkodására ható pszichoszociális változókat két nagy csoportra, proximális és disztális tényezőkre osztja. Előbbihez tartoznak például a vonás jellegű optimizmus és a betegséghez való viszonyulást tükröző kognitív tényezők csoportja. A *kognitív tényezők* iránti érdeklődés összefügg azzal, hogy a betegséggel kapcsolatos alkalmazkodást segítő gondolatok támogatásával és az inadaptív viszonyulások átdolgozásával javítható a betegségek pszichoszociális kimenetele, sokszor a prognózisa is. A legtöbb kutatás ebben a témakörben a kontroll-attitűdökkel, a személyes hatékonyságérzéssel, a betegség okozta stressz kezelésére irányuló megküzdési módokkal és az értelemtalálási folyamatokkal foglalkozott. Bár az alkalmazkodással összefüggő kognitív folyamatokat a legtöbb elmélet a betegség-kontextus által befolyásolt dinamikusan változó tényezőkként kezeli, meglehetősen keveset tudunk arról, hogy például a befolyásolhatóság érzésének, az aktív megküzdési módoknak a betegségek mely időszakában, milyen körülmények között lehet az alkalmazkodást segítő hatása. Ezekre a kérdésekre csak hosszmetzeti vizsgálatokkal és a befolyásoló tényezők komplex kölcsönhatásainak elemzésével kaphatunk választ.

A betegségekhez történő alkalmazkodásra ható tényezők között kitüntetett szerepe van a *társas támogatásnak*. Szerteágazó vizsgálatok konzisztens eredményének tűnik, hogy a támogatottság érzése hat leginkább pozitívan a krónikus betegségek pszichoszociális kimenetelére. A keresztmetzeti vizsgálatok túlsúlya és a támogatás statikus felfogása miatt egyelőre kevés biztosat tudunk arról, hogy az egyes betegségek lefolyása során hogyan változik a kapcsolati támogatás szerepe.

Kiterjedt irodalma van a betegségekhez történő alkalmazkodást befolyásoló makroszintű (disztális), *kontextuális tényezők* vizsgálatának. Egyértelmű adatok mutatják a szocioökonómiai, kulturális és etnikai tényezők hatását a betegségekhez történő viszonyulásra és a betegségek kimenetelére (Stanton, Revenson, Tennen 2007). A szociális változók eddigi vizsgálatairól elmondható, hogy egyelőre keveset tártak fel a társas környezet és az alkalmazkodás kapcsolatában közvetítő pszichológiai mechanizmusokból.

### **Alkalmazkodási folyamatok szívizom-infarktust 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. Az infarktus utáni lábadozás időszakában a testi integritás és az ösbizalomban vonatkozásában megélt veszteség intenzív gyászt válthat ki. A betegeknek szembe kell nézniük megváltozott testképükkel, csökkent teljesítményükkel, hosszabb távon fennálló tüneteikkel és a potenciálisan életet veszélyeztető szövődmények kockázatával. A *krónikus betegségfázisban* 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.

*Az infarktus pszichológiai következményei* súlyosak és tartósak lehetnek. Az infarktust követő hónapokban a betegek egy része markáns érzelmi distresszt él meg, mely hajlamos tartósan fennmaradni. A betegek jelentős hányada (harmada, negyede) tartósan magasabb szintű szorongást és/vagy lehangoltságot mutat (Strik és mtsai 2004; Lane és mtsai 2002). Az elmúlt két évtized pszichoszomatikus kutatásai intenzíven foglalkoztak a posztinfarktusos depresszió és a szívbetegség rosszabb prognózisának kapcsolatával és annak kórélettani közvetítő mechanizmusaival. Ehhez képest kisebb hangsúlyt kapott, hogy a depressziós hangulat negatív hat a szívbetegség megélésére, a betegek életminőségére, terápiás együttműködésére, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére és az infarktust követő rokkantságra (Hermann-Lingen, Buss 2002).

A depresszió sokszintű negatív hatásai miatt sok kutatás és terjedelmes irodalom foglalkozott az érzelmi distressz előrejelző tényezőivel. A vizsgálatok alapján konzisztens eredmények tűnik, hogy a depressziós állapot kialakulásának kockázati tényezője a fiatalabb életkor, a női nem, az izolált élethelyzet, s az infarktus előtt már diagnosztizált és kezelt pszichés zavar. Ha a depresszió kialakulásával összefüggő tényezőket kölcsönhatásukban vizsgálták, leggyakrabban a megélt társas támogatás központi szerepét sikerült igazolni az alkalmazkodási folyamatban (Hughes és mtsai 2004; Brummet és mtsai 1998).

### **A koszorúér-áthidaló műtétet követő pszichológiai alkalmazkodási folyamatok**

Bár a bypass-műtét többnyire hatékonyan enyhíti az anginás tüneteket, sok beteg mégis kifejezett pszichés megterhelésként éli meg a szívűtétet (Stygall, Newman 2007). A műtét utáni alkalmazkodási nehézségekre utal több vizsgálat, melyek a követés során magasabb szorongás és depresszió értékeket tapasztaltak a betegek jelentős részénél (Connerney és mtsai 2001, Rymaszewska és mtsai 2003). Bár az akut koronária-szindrómák utáni rehabilitáció időszakában az infarktusos és a bypass-műtét betegek – klinikai és pszichológiai szempontokból is – két eltérő sajátosságokkal jellemezhető csoportként írhatók le, a műtét után követés distresszének előrejelzőiben nincs lényeges különbség közöttük: a szívűtéten átesetteknél is a korábbi pszichopatológia és a társas támogatás hiánya tekinthető leginkább kockázati tényezőnek.

### **Az egészséggel kapcsolatos életminőség**

A betegek jóllétének növelése mindig is az orvoslás alapvető törekvései közé tartozott. Az elmúlt három évtized életminőség-kutatásainak kétségtelen érdeme azonban, hogy az elégedettség/jóllét – meglehetősen szubjektív – kritériumának vizsgálatára objektívebb és empirikusan kutatható modelleket dolgoztak ki.

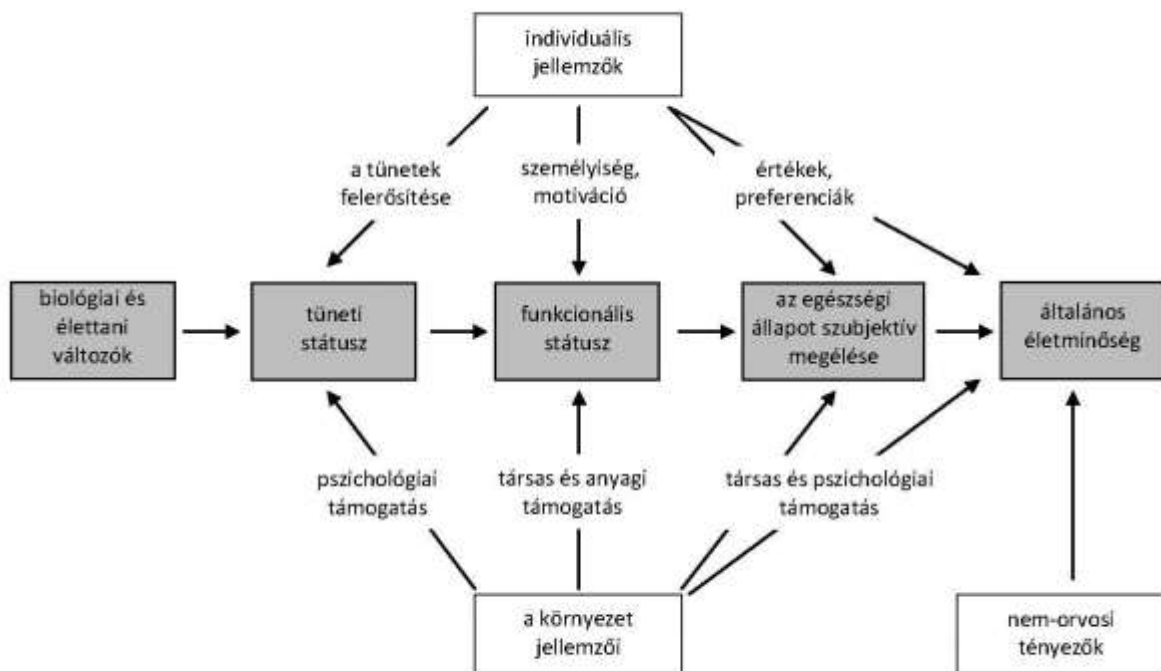
Az orvosi kutatásokban az életminőséget többnyire *operacionálisan*, mint a testi, pszichés és szociális dimenziók *szubjektív megélését*, és ezen életterületek *működési szintjét* határozzák meg (Costantini és mtsai 2000).

Bár az egészséggel kapcsolatos életminőség koncepciója az elmúlt évtizedekben népszerűvé vált a klinikai kutatásokban, mégis viszonylag kevés ismerettel rendelkezünk az életminőség biopszichoszociális háttértényezőiről. 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 szinttől a szubjektívebb általános életminőségig.

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.

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 bal kamrai ejekciós frakció, másik végén pedig komplexebb és integráltabb mutatók, mint a szubjektív egészség és az étellel való elégedettség.

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



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.

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 funkciókárosodáshoz vezet. 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 egészségézés* mérésének jelentőségére utal, 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). Az egészségi állapot szubjektív megélése kapcsolatban áll biológiai paraméterekkel, de a számos egyéb befolyásoló tényező – leginkább emocionális és személyiségtényezők – miatt a klinikai súlyosság minden szintjén jelentős különbségek észlelhetők. Az *általános életminőség/élettel való elégedettség* az életminőség összegzésének tekinthető.

Wilson és Cleary modelljét (1995) Stefan Höfer és mtsai (2005) alkalmazták újonnan diagnosztizált koszorúér-betegek életminőségének prospektív vizsgálatában. Az életminőség általuk specifikált kauzális háttértényezőinek (kontroll-attitűdök, társas támogatás, önértékelés, szorongásos és depressziós tünetek) hatása a három hónapos követés során stabilnak bizonyult. Az individuális jellemzők közül a szorongásos és depressziós tünetek befolyásolták legerősebben a betegek életminőségét.

### **Az akut koronária-eseményt átélő betegek életminősége és annak háttértényezői**

Az egyes betegcsoportok életminőségének megítéléséhez nem áll rendelkezésre abszolút viszonyítási pont. Amit az életminőségi sajátosságokról tudhatunk, az olyan vizsgálatokból származik, melyek a különböző betegcsoportokat illetve az egészséges populációt hasonlították össze. Néhány vizsgálat arra utal, hogy a kórházban kezelt szívbetegek testi egészségi állapota és mentális egészsége valamivel jobb, mint más krónikus betegcsoportokban (Kilian, Matschinger, Angermeyer 2000). Egy kiterjedt, reprezentatív vizsgálat adatai szerint különösen a fiatal szívbetegek élik meg életminőségüket rosszabbnak, mint egészséges kortársaik, a különbség azonban az életkor előrehaladtával fokozatosan eltűnik. Az egészségesekhez képest az infarktust átélő betegek több fájdalomról, rosszabb közérzetről, s a mindennapi aktivitásuk kifejezettebb korlátozottságáról számoltak be. Kiemelkedően magasabb volt a szorongás és a depresszió szintje – elsősorban a fiatalabb szívbetegek esetében (Schweikert és mtsai 2009).

Az életminőség háttértényezőit vizsgálva hasonló képet kapunk, mint más alkalmazkodási indikátorok esetében. A hosszú távú életminőség szignifikáns független előrejelzőjének tűnik a társas támogatás és a depresszió.

Szívműtétet követően a betegek többsége jelentős javulást tapasztal meg életminősége szinte minden vonatkozásában. A javulás katalizátora a fizikai aktivitás műtét utáni növekedése. Kiemelendő azonban, hogy a betegek közel harmadánál nem tapasztalható az aktivitás növekedése. A műtét utáni életminőség szignifikáns prediktorai az életkor, a képzettség, a neuropszichológiai funkciók hanyatlása, a műtét előtti egészségi állapot, a komorbiditás és a társas izoláció (Rymaszewska és mtsai 2003).



## A saját kutatás ismertetése

### *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 koszorúér-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 részletesen kidolgozott, tesztelhető modell nem állt rendelkezésünkre, az életminőségre ható tényezők modellezése során exploratív eljárást követtünk. A kialakított két modell – kiindulási illetve követéses életminőség – esetében feltételeztük, hogy az életminőségi szintek, illetve az azokat legerősebben befolyásoló tényezők közötti kapcsolatok a követés 15 hónapja alatt lényegesen nem változnak.

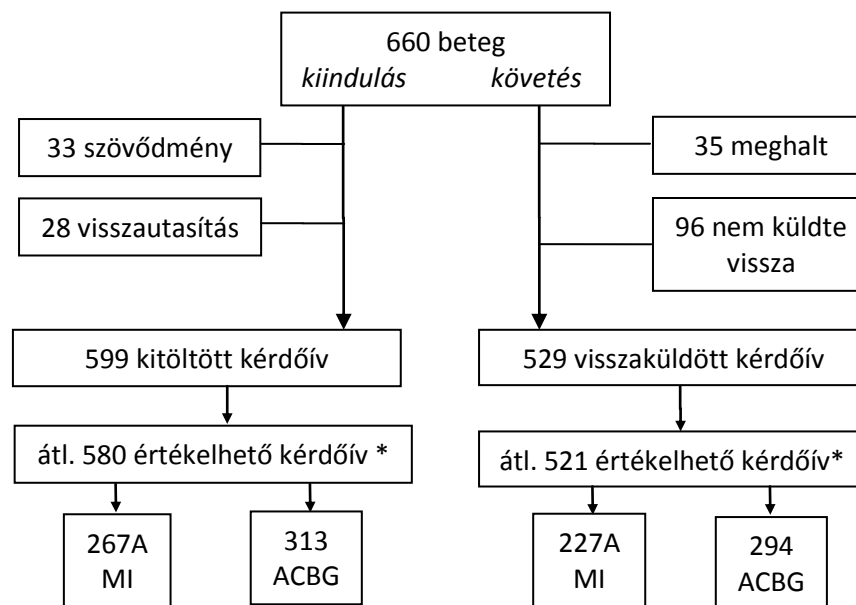
### *A vizsgálat menete*

Vizsgálati programunkba<sup>2</sup> akut koszorúér-esemény utáni II. fázisú<sup>3</sup> intézeti rehabilitációra érkezett betegeket vontunk be. Vizsgálati mintánk áttekintését a 2. ábra mutatja.

---

<sup>2</sup> Vizsgálatunk a Balatonfüredi Állami Szívkórházban az „*Ischaemiás szívbetegség bio-pszicho-szociális státusának elemzése akut kardiológiai esemény után. A szomatikus, pszichológiai és genetikai tényezők szerepe a*

## 2. ábra A vizsgálat betegcsoportok áttekintő ábrája



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

AMI: akut miokardiális infarktusz, ACBG: aorto-coronariás bypass graft

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 betegek pszichológiai alkalmazkodását és állapotát betegségük krónikus fázisában – átlagosan 15 hónappal a kiindulási vizsgálatot követően – is megvizsgáltuk. A 660 beteg közül 35 (5,3%) hunyt el a követés időpontjáig, 529 kérdőívet kaptunk vissza (85%-os arány).

### ***A kutatásban használt vizsgáló módszerek***

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

---

*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>3</sup> II. fázisú rehabilitáció: az akut koronária-esemény utáni hetek, hónapok kezelési időszaka, melynek része a kockázatelemzés, 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.

- 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 (Jerusalem-Schwarzer Személyes hatékonyság kérdőív, Caldwell Társas támogatás kérdőív, Cook-Medley ellenségesség kérdőív – rövidített változat).

#### Kérdőívek:

1. *Freiburgi betegségfeldolgozási kérdőív – rövidített verzió* (Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung; FKV-LIS, Muthny 1989, Tiringer és mtsai 2011)
2. *Egészséggel és betegséggel kapcsolatos kontroll attitűd kérdőív* (Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit; KKG, Lohaus, Schmitt 1989)
3. *Kórházi szorongás és depresszió kérdőív* (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS, Zigmond, Snaith 1983, Tiringer és mtsai 2008)
4. *SF-36 életminőség kérdőív* (Ware 1996, Füzesi 2004)
5. *Személyes hatékonyság kérdőív* (Jerusalem, Schwarzer 1999)
6. *Cook-Medley Ellenségesség kérdőív – rövidített változat* (Cook és Medley 1954; Kopp és mtsai. 1998)
7. *Caldwell Társas támogatás kérdőív* (Caldwell és mtsai 1987)

#### Kardiológiai mutatók:

1. *Bal kamrai ejekciós frakció*
2. *Canadian Cardiovascular Society Angina Grading Scale (CCS)*
3. *New York Heart Association Functional Classification (NYHA)*
4. *Komorbid krónikus betegségek*
5. *Koszorúér betegség kockázati tényezők*
6. *Követés alatti kórházi kezelés*

#### **Statisztikai elemzés**

Elemzésünk első részében az infarktust elszenvedett és a bypass-műtött csoportban vizsgáltuk a betegséghez történő viszonyulást, a szorongásos és depressziós tünetek, illetve az életminőség 15 hónap alatti változását. A két csoport közötti különbségeket is vizsgáltuk. Mivel változóink többsége nem mutatott normál eloszlást, többnyire Wilcoxon- illetve Mann-Whitney-próbát használtunk.

Elemzésünk második részében egyszerre több változó életminőségre történő hatását elemeztük, a változók közötti kapcsolódások egyidejű vizsgálatára a *strukturális egyenletekkel történő modellezést (SEM)* választottuk.

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 modell látens változóit és a hozzájuk rendelt manifeszt változókat az 1. táblázat foglalja össze

<b>1. táblázat Az életminőség modellek kialakítása során használt látens és manifeszt változók</b>	
<b>Látens változók</b>	<b>Manifeszt változók</b>
<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-attitúd</b>	Egészséggel és betegséggel kapcsolatos kontroll-attitúd: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A Belső kontroll skála 3 tétele</li> <li>• A Fatalisztikus külső kontroll skála 3 tétele</li> <li>• A Szociális külső kontroll skála 3 tétele</li> </ul>
<b>Megküzdési stratégiák</b>	Freiburgi betegségfeldolgozási kérdőív <ul style="list-style-type: none"> <li>• A Depresszív, resignált 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>Hoztilitás</b>	A rövidített Cook-Medley skála 3 tétele
<b>Társas támogatás</b>	A Caldwell Társas támogatás kérdőív pontszáma
<b>Nem, életkor</b>	Nem, életkor

## **Eredmények**

A vizsgált két betegcsoport átlagéletkorában nem volt szignifikáns eltérés (61,2 ill. 62,7 év). A műtött betegek között több volt a férfi (73% vs. 63%,  $\chi^2=5,67$ ;  $df=1$ ;  $p=0,017$ ), az infarktust túlélők között pedig több az özvegy (23% vs. 14%,  $\chi^2=11,4$ ;  $df=4$ ;  $p=0,021$ ). Az egyéb szociodemográfiai jellemzők, illetve a kardiológiai állapot vonatkozásában nem volt lényeges különbség az infarktuson és a bypass-műtéten átesett betegek között.

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

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 ( $Z = -2,84$ ,  $p < 0,01$ ). A betegséggel szembeni attitűd változását jelzi a belső kontroll attitűd – a betegséggel kapcsolatos felelősségérzés, a személyes befolyásolhatóság megélésének – egy év alatti jelentős csökkenése ( $Z = -4,94$ ,  $p < 0,001$ ). A betegség sorsszerűségének és a tünetek véletlenszerűségének megélése ugyanakkor nem változik. A pszichológiai distressz vonatkozásában figyelemre méltó a depressziós tünetek kifejezetten szignifikáns emelkedése ( $Z = -5,19$ ,  $p < 0,001$ ). A szorongásos tünetekben nincs jelentős változás a követés során, az infarktus utáni hetek kifejezett szorongása nem csökken az infarktus utáni év alatt.

A *szívműtött* betegeknél a követés egy éve alatt szignifikánsan csökkent a depresszív, rezignált megküzdés mértéke ( $Z = -2,87$ ,  $p < 0,01$ ). Ugyanakkor nem csökken jelentősen a rehabilitációs kezelés időszakában kifejezett aktív megküzdés. *Bypass-műtött* betegek esetében is szignifikáns – bár az infarktusos betegekhez képest kevésbé kifejezett – csökkenés látható a belső kontroll megélésében ( $Z = -3,04$ ,  $p < 0,01$ ). A szívbetegség sorsszerűségének megélése nem változik a műtétet követő évben. Kiemelendő, hogy a *bypass-műtét* utáni évben mind a szorongásos ( $Z = -2,74$ ,  $p < 0,01$ ), mind a depressziós tünetek ( $Z = -2,87$ ,  $p < 0,01$ ) 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 distresszét 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.

Az infarktus illetve a *bypass-műtét* utáni követéses időszakban az életminőség változását két összefoglaló ábrán szemléltetjük.

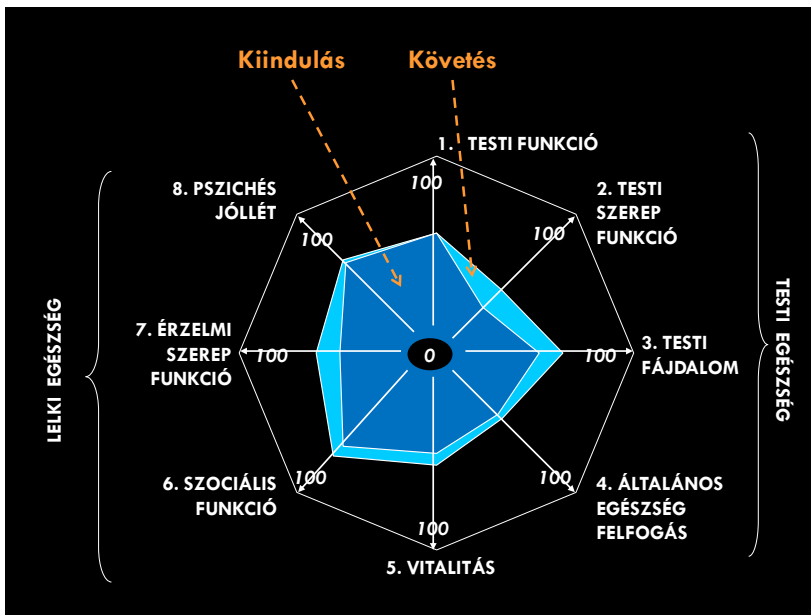
Az *infarktusos* betegek életminőségének statisztikailag szignifikáns növekedése majdnem minden vonatkozásban egyértelmű (3. ábra). Bár a testi állapot értékelésében jelentős a javulás, a testi egészség szubjektív megélésében (Általános egészség) viszonylag alacsonyabb a növekedés. Nincs jelentős változás ugyanakkor a pszichés jóllét dimenzióban.

A *bypass-műtéten* átesett betegek életminőségi adatait a 4. ábra mutatja. Az életminőség javulása minden vonatkozásban igen jelentős, az általános egészség megítélése jelent kivételt, ahol a növekedés nem tekinthető szignifikánsnak.

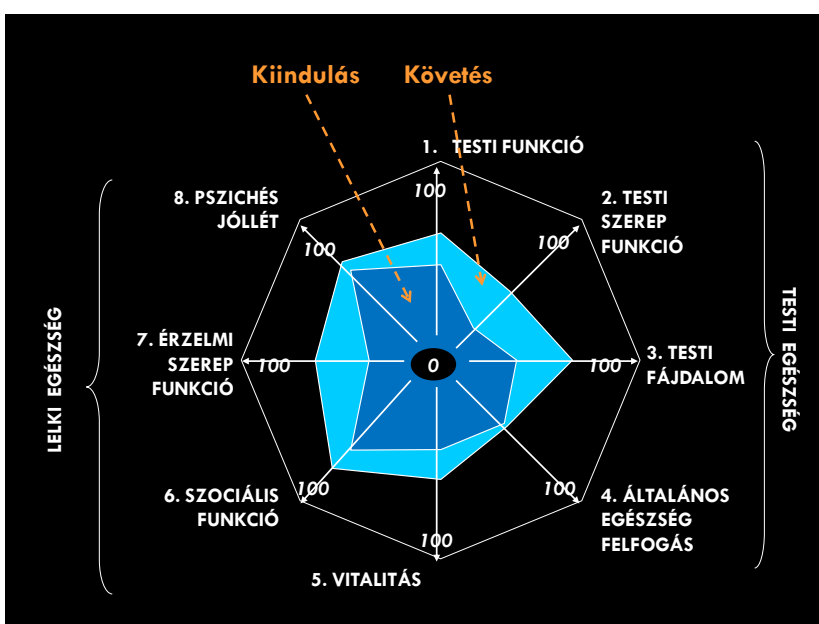
Ha az *infarktust* és *bypass-műtétet* átélt betegeket hasonlítjuk össze egymással a *rehabilitáció* időszakában, a műtéten átesett betegek életminőségének testi vonatkozásai lényegesen

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. A követés időpontjában a két betegcsoport között egyetlen életminőségi skálán sem mutatható ki szignifikáns különbség.

**3. ábra** Az akut miokardiális infarktuson átesett betegek életminőségének változása a követés alatt



**4. ábra** A bypass-műtéten átesett páciensek életminőségének változása a követés alatt

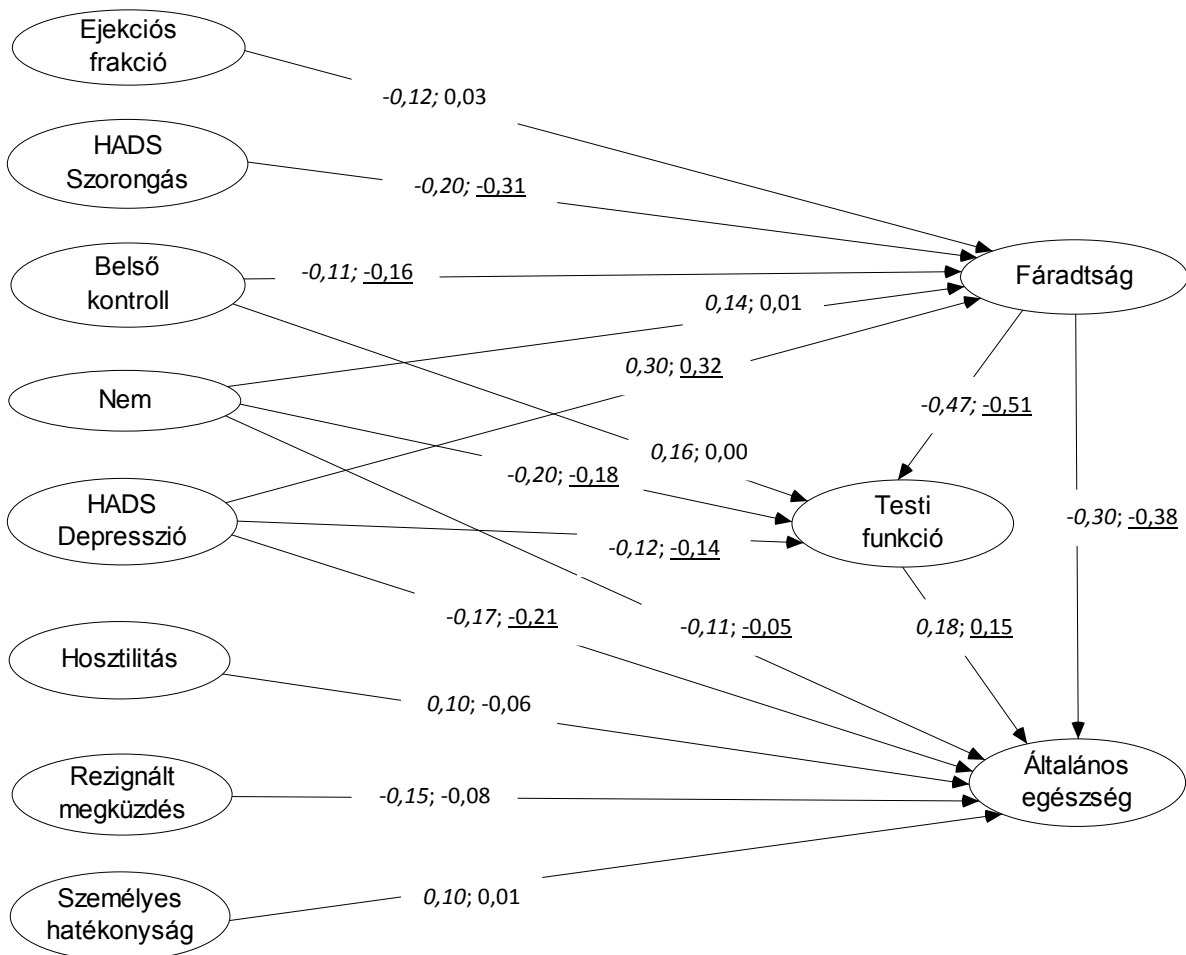


## Az akut koronária-eseményt követő életminőséget befolyásoló tényezők modellezése

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

A Wilson és Cleary által kidolgozott modellből kiindulva mind a kiindulási, mind a követéses adatainak alapján kialakítottunk egy modellt – a szignifikáns útegyütthatók meghagyásával –, amit konfirmációs elemzésként a viszonylag független másik adatbázison is lefuttattunk (a kiindulási adatok alapján kidolgozott modellt a követéses adatokon teszteltük, és ugyanezt fordítva is). Az alábbiakban – terjedelmi okokból – csak a kiindulási adatok alapján kidolgozott modellünket részletezzük.

### 5. 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 aláhúzással jelöltük.

A **kiindulási életminőség** modellezésekor (5. 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 *testi fáradtság* ugyanakkor markáns prediktora a testi működések szintjének: minél kifejezettebb a fizikai fáradtság tünete, annál korlátozottabb a testi funkcióképesség ( $\beta = -,47$ ). 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 *individuais 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 modellünkben az életkor 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 működőképesség vonatkozásában ( $\beta = 0,16$ ). A depresszív, rezignált megküzdés szignifikáns negatív előrejelzője a szubjektív egészségnek ( $\beta = -0,15$ ).

Az infarktust és bypass-műtétet követően néhány személyiségvonás kapcsolatban áll a szubjektív egészséggel: 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 modell összességében jól illeszkedik adataink struktúrájához: mind a kiindulási, mind a követéses adatokon számolt CFI-érték nagyobb, mint a határértéknek tartott 0,95, illetve az RMSEA-mutató kisebb, mint 0,05. A modell az általános életminőség varianciájának 36%-át magyarázza a kiindulási, és 46%-át a követéses adatok alapján.

## Megvitatás

Vizsgálati mintánk reprezentatívnak tekinthető a szívizominfarktus és koszorúér-áthidaló-műtét után intézeti rehabilitációba kerülő szívbetegek vonatkozásában. A vizsgálatunk alapján megrajzolt kép azonban nem általánosítható az akut koronária-szindrómát átélte betegek egészére, mivel az intézményi rehabilitációban kezelt betegek néhány sajátosságban eltérnek a rehabilitációs kezelésbe nem kerülőktől.

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.

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. Feltehető, hogy az infarktus utáni hetekben jellemző kifejezett belső kontroll-attitűd az átélt egzisztenciális fenyegetettséggel történő megküzdés része. Az infarktust követő rehabilitáció időszakának *pszichológiai distressze* csoportszinten nem csökkent a követés ideje alatt, sőt a depressziós tünetekben jelentős emelkedést tapasztaltunk. Az akut betegségállapotot követően az infarktusos betegek szorongásszintje szignifikánsan magasabb, mint a bypass-műtéten átesetteké, s ez a fokozott aggodalom<sup>4</sup> jelentősen nem változott 15 hónappal később sem.

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.

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. 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.

### ***Az életminőségre ható biopszichoszociális tényezők modellezése***

Az életminőség strukturális modellezése lehetőséget ad az életminőség különböző szintjeivel kapcsolatban álló biopszichoszociális tényezők vizsgálatára úgy, hogy ennek során az egyes konstruktumok mérési sajátosságait is figyelembe vesszük. A kiindulásként használt elméleti modellünk előnye, hogy lehetőséget ad a betegség biológiai és pszichoszociális szintjének integrálására – s ezáltal egy „betegség-specifikus” biopszichoszociális modell kialakítására. A szívbetegyek hosszú távú életminősége szempontjából különösen fontosak azok a konstruktumok, melyek stabil kapcsolatot mutatnak az egyes életminőségi szintekkel:

- Az életminőség testi szintjét tükröző *fáradtság* markáns hatással van mind a testi működésekre, mind az általános egészségi állapot megélésére. A testi erőnlét / működőképesség bár gyengébben, de stabilan előrejelzi a szubjektív egészséget.
- Az 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.

---

<sup>4</sup> A Szorongás skála közel áll a generalizált szorongáshoz.

- A többi pszichoszociális változó befolyása – még ha szignifikáns kapcsolatot is mutat az egyes szintekkel – alapvetően 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* 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 konkrét fizikai teljesítmények alapján operacionalizálja 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 teljesítmény 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 szívbetegek életminőségében.

## **Következtetések**

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 depresszió és a szorongás.

A modelljeinkben gyengébb, de szignifikáns összefüggést mutató tényezők – pl. a megküzdési stratégiák, kontroll-attitűdök, személyiségvonások – szerepének tisztázása további vizsgálatokat igényel. Ezekben a vizsgálatokban célszerűnek tűnik a Stanton és Revenson (2011) által leírt vizsgálati 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 támogatható a betegek rövid és hosszú távú 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 szorongása és lehangoltsága nem csak egy önmagában is fontos lelki szenvedést jelent, hanem testi állapotuk megélését is negatívan befolyásolja. 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 – mint pl. az általunk használt és validált HADS kérdőív (Tiringer és mtsai 2008).

## Hivatkozott irodalom:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Engel, G. L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for bio-medicine. *Science*, 196: 129–136.
- Füzesi Zs., Illés T., Tistyán L., Czirják L. (2004). *A felnőtt népesség egészségi állapota a déldunántúli régióban*. Pécs, Fact Intézet.
- Herrmann-Lingen, Ch., Buss, U. (2002): *Angst und Depressivität im Verlauf der koronaren Herzkrankheit*. Frankfurt/Main, Verlag für Akademische Schriften.
- Höfer, S., Benzer, W., Alber, H., Ruttman, 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.
- 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.
- 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.
- 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).
- Kilian, R., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2000): Die subjektive Lebensqualität bei Patienten mit somatischen und psychischen Erkrankungen in stationärer Behandlung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung: eine Anwendung des WHOQOL-BREF. In: Bullinger, M., Siegrist, J., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg): *Lebensqualitätsforschung aus*

*medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. Band 18.* Hogrefe, Göttingen, 79–97.

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.

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.

Lohaus, A., Schmitt, G. M. (1989): Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Göttingen, Hogrefe.

Mcgee, H. (2007): Health-related quality of life in cardiac patients. In Perk, J. (Ed): *Cardiovascular Prevention And Rehabilitation.* Berlin, Springer, 256–68.

Muthny, F. A. (1989): *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS).* Göttinge, Hogrefe.

Rymaszewska, J., Kiejna, A., Hadry, T. (2003): Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. *European Psychiatry*, 18: 155–160.

Schweikert, B., Hunger, M., Meisinger, C., König, H.H., Gapp, O., Holle, R. (2009): Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population. *European Heart Journal*, 30: 436–443.

Stanton, A., Revenson, T., Tennen, H. (2007): Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Ann. Rev. Psychol.*, 58:565–92

Stanton, A., Revenson, T. (2011): Psychological Adjustment to Chronic Disease: Progress and Promise in Research. In: Friedman H. S. (ed.): *The Oxford Handbook of Health Psychology.* Oxford University Press, 241–268.

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.

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.

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

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.

Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983): Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.*, 67: 361–370.

## **A PhD értekezés témájával kapcsoló publikációk, konferencia-részvételek**

### Cikkek:

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., Veress G.: Az akut koronáriaesemény utáni életminőséget befolyásoló biopszichoszociális tényezők 15 hónapos követés alapján. *Cardiologia Hungarica*, 2009, 39: 284-293.

Tiringer, I., Simon, A., Veress, G.: Biopsychosocial factors influencing quality of life of patients after acute coronary events at 15-month follow-up. *Cardiologia Hungarica*, 2009, 39: 294-303.

Tiringer I.: A szorongás jelentősége a szívbetegek kezelésében. Orvostovábbképző Akadémia, 2010/2.

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.

I. Tiringer, A. Simon, K. Németh, C. Bánki, E. Molnár, Zs. Kerekes, G. Veress, L. Mangel, J. Kállai (submitted for publication): Psychometric evaluation of the Freiburg Questionnaire of Coping with Illness–Short Version. Dimensions of coping with illness in patients after an acute cardiac event and during cancer treatment.

### Könyvfejezetek:

Tiringer I. (2007): Megküzdés (coping) In: Kállai J., Varga J., Oláh A.: *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest.

Tiringer I., Varga J., Molnár E. (2007): Krónikus betegek ellátásának egészségpszichológiája In: Kállai J., Varga J., Oláh A.: *Egészségpszichológia a gyakorlatban* Medicina, Budapest,.

Tiringer I. (2010): A krónikus betegségek pszichoszociális következményei, az alkalmazkodás lehetőségei. In: Vekerdy-Nagy Zs. (szerk.): *Rehabilitációs orvoslás*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, . 466–472.

Tiringer I., Simon A. (2011): Az életminőség előrejelző tényezői akut kardiológiai eseményt követően. Kardiológiai rehabilitációban kezelt betegek követéses vizsgálata. In: Gy. Kiss Enikő, Polyák Lilla (szerk.): *Fogyatékossgal élők közösségfejlesztő gyakorlata és módszerei Közép-Európában*. Magyar ILCO Szövetség, Kaposvár, . 65–71.

### Idézhető absztraktok

I. Tiringer, A. Simon, J. Kállai, J. Varga, G. Veress (2004): Coping and quality of life of cardiac patients during residential rehabilitation. VIII. International Congress of Behavioral Medicine, Mainz, Germany, 27. August. *International Journal of Behavioral Medicine* (11) Suppl. 237. o.

A. Simon, I. Tiringer, I. Berényi, C. Magyar, G. Veress (2006): Psychological factors considerably influence the results of six-minute walk test after coronary artery bypass surgery. EUROPREVENT 2006 Athens, 11-13 May (poster) *Eu. J of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, Suppl. 1: 33.

Tiringer I., Simon A., Varga J., Berenyi I., Veress G., and Kallai J. (2006): Attitudes toward illness and quality of life in residential cardiac rehabilitation. *Psychology & Health*, 21: Supplement 1, 152.

A. Simon, I. Tiringer, I. Berényi, Cs. Bujáky, G. Veress (2009): Prognostic value of exercise test after acute myocardial infarction. Europrevent 2009 Stockholm, 6-9 May. *Eur J Cardiovasc Prevention & Rehabilitation*, 16: s111

Tiringer I., Simon A., Veress g., Kállai J. (2011): Modeling predictors of health related quality of life after acute coronary events. A follow-up investigation of patients treated in residential cardiac rehabilitation. *Journal of Psychosomatic Research*, 70: pp. 617-618.

Tiringer I., Simon A., Veress G., Kállai J.: Modeling Predictors of Health Related Quality of Life after Acute Coronary Events – a Follow-Up Investigation of Patients Treated in Residential Cardiac Rehabilitation. Abstracts from the ICBM 2012 Meeting. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2012, 19 (Suppl 1), 459.

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