

Pszichés distressz és betegségrepresentáció koszorúér-áthidaló műtéten átesett betegek körében

Teleki Szidalisz Ágnes¹, Lénárd László², Komócsi András²,
Kiss Enikő Csilla³, Tiringer István⁴



A szerző
video-összefoglalója

¹Pécsi Tudományegyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar,
Pszichológia Intézet, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék, Pécs

²Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Szívgyógyászati Klinika, Pécs

³Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet,
Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék, Pécs

⁴Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Pécs

Levelezési cím:

Teleki Szidalisz Ágnes PhD, 7624 Pécs, Ifjúság útja 6. E-mail: teleki.szidalisz@pte.hu

Célkitűzés: A koszorúér-betegség kialakulására és lefolyására jelentős, több útvonalon közvetített hatást gyakorol a szorongás és a depresszió. E pszichés állapotok befolyásoló tényezőire és kezelésére így kiemelt figyelmet szükséges fordítani. Egy lehetséges befolyásoló tényező az egyén betegségéről alkotott képe, az ún. betegségrepresentációja, amelynek feltárása az egyén meggyőződése között így központi fontosságú. Jelen kutatás célja koszorúér-áthidaló műtéten átesett betegek szorongásos és depresszív tüneteinek nyomonkövetése a beavatkozást követő fél éven belül, és a betegségrepresentáció ezen állapotokkal való lehetséges összefüggésének vizsgálata.

Módszerek: A vizsgálatban 62, koszorúér-áthidaló műtéten (CABG) átesett személy (n=62; 40 férfi, 22 nő; átlagéletkor = 62,26, SD = 5,75) vett részt, akik a műtét miatti kórházi tartózkodás idején, majd kettő és hat hónappal később töltötték ki a Kórházi Szorongás és Depresszió Skálát (HADS), valamint a Betegségpercepció Kérdőív rövidített változatát (IPQ-R).

Eredmények: Az eredmények szerint a bypass-műtött betegek szorongása a műtéti beavatkozást követő fél évben fokozatosan, statisztikailag jelentős mértékben csökkent ($\chi^2 [2]=34,718$; $p<0,001$). A depresszív tünetek szintén szignifikáns mértékben mérséklődtek a beavatkozást követő két hónapban ($Z= -2,353$, $p<0,05$), azonban ezt követően emelkedett a tünetek mennyisége és intenzitása, noha nem szignifikáns mértékben ($Z= -1,633$, $p=0,103$). Az elemzés rámutatott továbbá, hogy a betegségrepresentáció Következmények, Időtartam és Identitás dimenziója szorosan összefügg a fenti mutatókkal.

Következtetések: Noha a CABG-n átesett beteg személyek által tapasztalt szorongásos tünetek mérséklődése a pszichés alkalmazkodás sikerességére utal, a depresszív tünetek számának fokozódása a betegek hangulati jellemzőinek adekvát szűrését, és indokolt esetben a betegek pszichológiai intervencióba való bevonásának szükségességét implicálja. Az eredmények továbbá azt sugallják, hogy az adekvátabb betegségrepresentáció kialakítása – különösen a betegség időtartamára, rövid és hosszú távú következményeire és tüneteire vonatkozóan – hatékonyan vezethet el a szorongásos és depresszív tünetek oldódásához. E betegségrepresentációk sikerrel módosíthatók, az esetleges téves percepciók adaptív és adekvát betegségképpé alakíthatók, akár a kezelőorvos által nyújtott szóbeli, illetve írásbeli tájékoztatás, betegoktatás eredményeként is.

Kulcsszavak: szorongás, depresszió, betegségrepresentáció, koszorúér-áthidaló műtét

Psychological distress and illness representation of patients underwent coronary artery bypass grafting

Purpose: Anxiety and depression have a significant effect on the development and course of coronary artery disease. Therefore, it is necessary to pay special attention to the influencing factors and treatment of these psychological conditions. A possible influencing factor is the individual's cognitive perception of the disease, the so-called illness representation, which thus requires special attention. The study aims to examine anxiety and depression among patients after coronary artery bypass surgery (CABG) in the six-month period following the intervention, and to examine the possible correlation between illness representation and these conditions.

Methods: In the study, 62 patients who underwent CABG (N= 62; 40 men, 22 women; mean age = 62.26, SD = 5.75) completed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the short version of the Illness Perception Questionnaire (IPQ-R).

Results: According to our results, the level of anxiety decreased gradually and significantly in the six months following the surgery [$\chi^2(2) = 34.718$; $p < 0.001$]. Depressive symptoms also significantly decreased in the first two months ($Z = -2.353$, $p < 0.05$), however, the intensity of symptoms increased later, although not significantly ($Z = -1.633$, $p = 0.103$). The analysis also showed that the Consequences, Duration, and Identity dimensions of the illness representation are closely related to the above psychosocial factors.

Conclusion: Although the reduction of anxiety symptoms shows the success of psychological adaptation, the increase of depressive symptoms implies the need for adequate screening of patients' mood and, if necessary, the need to involve patients in psychological intervention. The results also suggest that the development of a more adequate illness representation – especially regarding the duration of the disease, its short-term and long-term consequences, and symptoms – can effectively lead to the reduction of anxiety and depressive symptoms. The possible misperceptions can be transformed into an adequate disease experience, as a result of proper patient education provided by health professionals.

Keywords: anxiety, depression, illness representation, coronary artery bypass grafting

Bevezetés

A koszorúér-betegség kialakulásában szerepet játszó klasszikus biológiai kockázati tényezők mellett egyre nagyobb érdeklődés övezi a pszichoszociális rizikófaktorok szerepét is. Az Európai Kardiológusok Társasága által 2016-ban kiadott „European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice” kiemeli, hogy – egyebek mellett – a depresszió és a szorongás nem csupán növeli a szív- és érrendszeri betegségek (CVD) kialakulásának kockázatát és rontja a prognózist már meglévő betegség esetén, hanem csökkenti a kezeléssel való együttműködés valószínűségét, valamint az életmód pozitív irányú megváltoztatására fordított erőfeszítéseknek is gátja lehet (1).

A szorongás az egyik leggyakoribb, ugyanakkor (adott intenzitáson és időtartamon belül) érthető és adekvát pszichés reakció, amely a koszorúér-betegség kapcsán a beteg személyben kialakulhat. A CVD-vel élő személyek akár 20-25%-a beszámolhat bizonyos fokú szorongásról, még ha sem akut kardiális esemény nincs a kórtörténetükben, sem intervenció nem szükséges esetükben (2). A szorongás azonban oki tényezőként is szerepet játszik a koszorúér-betegség kialakulásában és prognózisában: a miokardiális infarktusz (AMI) után fellépő szorongás 36%-kal megnövekedett és független kockázatot jelenthet a későbbi kardiális események létrejöttében, valamint a kardiális és a teljes mortalitásra vonatkozóan is (3).

Hasonlóképp, a depresszív tünetek és depresszió oki

kockázati tényezőként játszik szerepet a koronáriabetegek kialakulásában (4) és rosszabb prognózisában (5). A depresszió megkésztetheti egy rekurrens akut kardiális esemény és akár a szívhalál kockázatát (6, 7) koszorúérbetegeknél, növeli az AMI utáni rehospitalizáció valószínűségét (8), és gátja lehet a szükséges életmódbeli változtatásoknak és a kardiológiai rehabilitációban való részvételnek (9).

A depresszív tünetekről beszámoló szívbeteg 30-50%-ánál fellelhető továbbá komorbid szorongásos zavar is (10), a magas szorongásszint pedig hosszabb távon együtt jár a depressziós tünetek fennállásával, a javulás hiányával (11). Így a koszorúérbetegek körében fellépő depresszív és szorongásos zavarok mielőbbi felismerése és megfelelő kezelése, ennek részeként a lehetséges befolyásoló tényezők feltárása és módosítása kiemelt figyelmet igényel (12).

Egy lehetséges befolyásoló tényező lehet az egyén betegségről alkotott képe, ún. betegségrepresentációja (BR) is. E laikus betegségelméletek magukban foglalják az egyén meggyőződéseit, érzéseit adott tünettel, betegséggel vagy kezeléssel kapcsolatosan (13). A betegségről alkotott negatívabb reprezentáció (amelynek részeként az egyén jellemzően krónikusabbnak és súlyosabbnak, valamint kevésbé kontrollálhatónak és érthetőnek észleli betegségét) szorosan összefügg az egyén által megélt depresszió és szorongás mértékével (14, 15, 16, 17, 18), így e betegségkép figyelembevétele az egyén által megtapasztalt pszichés distressz felmérése során megalapozottnak tűnik.

Célkitűzések

Vizsgálatunk elsődleges célja koszorúér-megbetegedéssel élő és CABG-műtéten áteső személyek (1) pszichés distressz- (szorongás és depresszió) szintjének felmérése a beavatkozást követő fél éves időszakban. Célunk továbbá (2) igazolni, hogy a koszorúérbeteg személyek szorongásos és depresszív tüneteinek mértékét nagyban befolyásolja az a BR, amelyet a beteg személy állapota kapcsán kialakít.

Módszerek és statisztikai elemzés

A vizsgálatban alkalmazott önkitöltős kérdőívcsomag részét képezte:

- az alapvető demográfiai adatokra (nem, életkor, iskolai végzettség, családi állapot, gazdasági aktivitás) vonatkozó kérdések,
- az egyén szorongás és depresszió szintjének felmérését szolgáló Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (HADS) (19), valamint
- a BR kilenc dimenziójának (Következmények, Időtartam, Személyes és Kezelési kontroll, Identitás, Aggodalmak, Koherencia, Érzelmű válasz és Ok) felmérését lehetővé tevő Betegségpercepció Kérdőív rövidített változata (Brief IPQ-R) (20).

Az adatok feldolgozásához az IBM® SPSS® Statistics 21 szoftvert használtuk. A minta eloszlásának vizsgálatához a Lilliefors korrekciójú Kolmogorov-Smirnov-tesztet futtattuk, amelyet követően Spearman-féle rangkorrelációt, Chi (χ^2)-négyzet tesztet, Mann-Whitney-próbát, illetve Wilcoxon-próbát alkalmaztunk.

Eljárás és minta

Kutatásunkba a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Szívgyógyászati Klinikájának koszorúér-megbetegedéssel élő betegeit vontuk be, 2015 szeptembere és 2017 júliusa között.

A résztvevők (82 fő) elektív CABG előtt álltak, őket az aneszteziológusi kivizsgálás során kerestük fel személyesen. A szóbeli és írásbeli tájékoztatás után a vizsgálati személyektől írásbeli beleegyezést kértünk¹. Az első kérdőívcsomag kitöltésére ezen a napon, a kórházi kivizsgálás során került sor (T_0). A második és a harmadik kérdőívcsomag kitöltésére a beavatkozás után kettő (T_1), illetve hat (T_2) hónappal került sor, posztai úton történő megkeresés során. A teljes adatgyűjtés 2018 februárjában zárult le.

¹A kutatást az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos Kutatás-Értékelési Bizottsága (ETT-TUKEB; engedély ügyiratszám: 58462-57U/2015/EKU) és a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Regionális Kutatás-Értékelési Bizottsága (PTE-KK RIKEB; engedély ügyiratszám: 5438.) is engedélyezte.

A longitudinális kutatás teljes időtartamában résztvevő személyek ($n = 62$; 40 férfi, 22 nő) átlagéletkora 62,26 év volt (SD = 5,75, tartomány = 49–72). A résztvevők 80,6%-a élet- vagy házastársi kapcsolatban él, 12,9%-a özvegy, míg további 6,5%-a elvált. Gazdasági státuszukat tekintve, 61,4%-uk nyugdíjas, illetve leszázalékolt nyugdíjas, 30,6%-uk aktív dolgozó, 4,8%-uk munkanélküli, míg további 3,2% az „egyéb” kategóriát jelölte meg. Iskolai végzettségét a résztvevők 38,7%-a érettségiben, 29%-a szakmunkásképzőben, 17,7%-a felsőfokú végzettségben, míg 14,5%-a 8 általános iskolai osztályos végzettségben jelölte meg.

Drop-out elemzés

A vizsgálatban történő részvételbe a kutatás első időpontjában beleegyezett személyek 18,2%-a esett ki T_1 -ben (15 fő), és további 7,4%-a T_2 -ben (5 fő). A mindhárom időpontban bent maradó ($n=62$) és a vizsgálatból kieső betegek ($n=20$) nem különböztek szignifikánsan egymástól az életkor (átlag = $62,26 \pm 5,75$ és $61,13 \pm 6,83$; $U=1758,5$; $p>0,05$), az iskolázottság szintje ($U=1636$; $p>0,05$), a nemi megoszlás ($\chi^2=0,863$, $df=1$, $p>0,05$), a családi állapot ($\chi^2=3,361$, $df=5$, $p>0,05$) vagy a gazdasági státusz ($\chi^2=2,198$, $df=4$, $p>0,05$) tekintetében.

Eredmények

A vizsgált betegek szorongásos és a depresszív tünete mértékének változását a kutatás időtartama alatt az alábbi, 1. táblázat mutatja.

Az 1. táblázatban látható, hogy a bypass-műtött betegek szorongása a műteti beavatkozást követő fél évben fokozatosan csökkent, a csökkenés mértéke szignifikáns ($\chi^2 [2]=34,718$; $p<0,001$). Egyenkénti páros összehasonlítás során az is látható, hogy a kiindulási vizsgálatban (T_0) mért szorongásszint statisztikailag jelentős mértékben különbözik mind a követés első szakaszában (T_1 ; $Z = -4,461$; $p<0,01$), mind a második szakaszában (T_2 ; $Z = -4,601$; $p<0,01$) mért értékektől, míg a követés két szakasza között nincs különbség a szorongás mértékében ($Z = -1,089$; $p = 0,276$).

1. TÁBLÁZAT. A CABG-betegek szorongás és depresszió pontszámainak átlag- és szórásértékei a vizsgálat ideje alatt

CABG (n=60)	Kiindulás (T_0)	Követés (T_1)	Követés (T_2)
Szorongás	8,5±3,99 ⁱ	6,00 (5,00) ⁱⁱ 6,19	5,00 (6,00) ⁱⁱ 5,72
Depresszió	6,00 (5,75) ⁱⁱ 5,91	3,5 (5,75) ⁱⁱ 4,9	4,00 (6,00) ⁱⁱ 5,47

ⁱNormál eloszlású adatsor lévén az átlag- és szórásértékeket tüntettük fel.

ⁱⁱNem paraméteres adatok lévén a medián és az interkvartilis terjedelem (zárójelben) értékeit adtuk meg, ám feltüntettük az informatívabb átlagértékeket is (dőlt betűvel)

A depresszív tünetek kapcsán a három időpont közti különbség szintén szignifikáns [$\chi^2(2) = 6,968; p < 0,05$]. Statisztikailag jelentős különbség a kiindulási eredmények és követés első szakaszának eredménye között van ($T_0-T_1; Z = -2,353, p < 0,05$), míg a kiindulás és a követés második időpontja ($T_0-T_2; Z = -1,025, p = 0,126$), valamint a követés két időpontja ($T_1-T_2; Z = -1,633, p = 0,103$) között nincsen. Az átlagokból látható, hogy a követés első szakasza után nem csökkent tovább a depresszív tünetek száma, ellenkezőleg, nőtt – noha nem szignifikáns mértékben. Kiemelendő mindazonáltal, hogy a depresszív tünetek mennyisége és intenzitása egyik mért időpontban sem éri el az alkalmazott kérdőív kapcsán meghatározott, 8 pontos határértéket, tehát egyik esetben sem beszélhetünk a diagnosztikai küszöböt elérő depresszióról.

A következő lépésben megvizsgáltuk a BR és a szorongás- és depresszióértékek összefüggéseit, amelyet az alábbi, 2. táblázat szemléltet.

Ahogy a 2. táblázatban látható, a BR-dimenziók közül leghangsúlyosabban a Következmények és az Időtartam-dimenziók mutatnak kapcsolatot, mind a szorongásos, mind a depresszív tünetek mértékével, noha némileg változó erősséggel, de mindvégig a vizsgált fél éves időszak alatt. Minél korlátozóbbnak éli meg tehát az egyén a betegségét, és minél krónikusabbnak látja azt, annál több depresszív és szorongásos tünetről számol be. A kontrollra vonatkozó dimenziók esetében, mind a Személyes kontroll (a vizsgálat első két adatfelvételi időpontjában), mind a Kezelési kontroll (a kiindulási időpontban) észlelt mértéke fordítottan függ össze a depresszív tünetek mértékével. A kiindulási időpontban észlelt tünetek száma (Identitás) összefüggést mutat továbbá a két hónappal későbbi depresszió (T_1) szintjével, majd az idő múlásával (lásd a 3. – 6. oszlopban szereplő, jobb oldali értékeket) ezen összefüggés egyre erősebbé válik mind a depresszív, mind a szorongásos tünetek kapcsán. Kiemelendő mindazonáltal, hogy a bemutatott elemzések az ok-okozati kapcsolatok megállapítására nem, mindössze együtt járások fellelőzésére alkalmasak.

Megbeszélés

Kutatásunk célja CABG-műtéten átesett személyek pszichés distresszének, betegségrepresentációjának és a kettő összefüggésének vizsgálata volt. Vizsgálatunk 62 koszorúérbeteg személy bevonásával zajlott, akiket a sebészi beavatkozás után fél évig követtünk nyomon.

Első hipotézisünkhöz kapcsolódva megállapítható, hogy a betegek szorongásos panaszainak mértéke jelentősen csökkent a követés ideje alatt és e javulás szignifikáns mértékű minden időpontban. A depresszív tünetek esetében azonban kissé eltérő mintázatot láthatunk: a betegek körében szintén szignifikánsan csökken a depresszív tünetek száma a műtét után két hónappal, azonban ezt követően egy jelentős, noha nem szignifikáns mértékű növekedés figyelhető meg. A rendelkezésre álló tanulmányok inkonzisztens képet festenek elénk a témában. Egy hazai mintán végzett vizsgálatban (21) a bypass-műtött betegek szorongás- és depressziószintjének nagyfokú növekedése igazolódott a műtétet követő egy évben. Hasonlóképp, egy metaanalízis (22) eredménye szerint, noha a betegek kb. 1/3-a esetében a preoperatív depresszió szintje valóban csökken a bypass-műtét után, egy jelentős hányaduk (20%) esetében a depresszió mértéke nem csökken, mi több, akár emelkedik is hónapokkal a beavatkozás után. Ekként, a tünetek számának fokozódása a követés ideje alatt felveti a depresszív panaszok fennmaradásának lehetőségét a műtétet közvetlenül követő időszakra jellemző fellelegzési, megnyugvási fázis után. Ez mindenképpen a koszorúér-betegek pszichológiai intervencióba való bevonásának szükségességét implikálja, amely hatékony lehet a betegség pszichés tüneteinek csökkentésében (23). Mindazonáltal szükséges itt ismét hangsúlyozni, hogy a vizsgált személyek depresszív tüneteinek gyakorisága és intenzitása – az alkalmazott kérdőív határértékeit figyelembe véve – nem éri el a diagnosztikus határértéket, tehát depresszióról nem, pusztán depresszív tünetekről beszélhetünk.

A második hipotézisünk kapcsán elmondható, hogy a

2. TÁBLÁZAT. A CABG-betegek betegségrepresentációjának (T_0 és T_1), valamint szorongás és depresszió pontszámainak bivariáns összefüggései

B_IPQ-R T_0/T_1 (n=62)	Szorongás T_0	Depresszió T_0	Szorongás T_1^i	Depresszió T_1^i	Szorongás T_2^i	Depresszió T_2^i
Következmények	0,31ⁱⁱ	0,43^{**}	0,18/ 0,42^{**}	0,44^{**}/0,56^{**}	0,21/ 0,36^{**}	0,37^{**}/0,37^{**}
Időtartam	0,12	0,29[*]	0,13/ 0,31[*]	0,39^{**}/0,40^{**}	0,24/0,23	0,35^{**}/0,26[*]
Személyes kontroll	-0,01	-0,33^{**}	-0,02/0,22	-0,26[*]/-0,03	-0,05/0,20	-0,21/-0,10
Kezelési kontroll	-0,01	-0,26[*]	-0,04/-0,00	-0,17/-0,14	-0,00/-0,04	-0,19/-0,12
Identitás	0,24	0,14	0,20/ 0,62^{**}	0,40^{**}/0,41^{**}	0,24/ 0,51^{**}	0,21/ 0,31[*]
Aggodalmak	0,30[*]	0,29[*]	0,13/ 0,53^{**}	0,20/ 0,33^{**}	0,12/ 0,44^{**}	0,17/ 0,30[*]
Koherencia	-0,07	-0,21	-0,05/-0,11	-0,03/-0,14	-0,10/-0,10	0,08/-0,21
Érzelmi válasz	0,56^{**}	0,28[*]	0,42^{**}/0,49^{**}	0,40^{**}/0,37^{**}	0,26[*]/0,39^{**}	0,17/ 0,27[*]

ⁱAz oszlopokban szereplő két érték a betegségrepresentáció T_0 , valamint T_1 időpontokban mért értékei és az oszlop fejlécében szereplő distresszmutatók összefüggéseit ábrázolja. ⁱⁱp < 0,05; ^{*}p < 0,01

BR Következmények, Időtartam és Identitás dimenziója erős összefüggésben áll a pszichés distressz tüneteivel, amely kapcsolat az idő múlásával tovább erősödik. Tehát minél korlátozóbbnak éli meg a személy a betegséget, minél krónikusabbnak látja azt, és minél több tünetét észleli, annál több depresszív és szorongásos tünetről számol be. Az összefüggés fontosságát kidomborítja, hogy a BR és a pszichés tünetek közötti kapcsolat az idő előrehaladtával annak ellenére erősödik, hogy a betegségrepresentáció a műtét után két hónappal nem válik negatívabbá, akár kifejezetten pozitívabbá válik. Úgy tűnik tehát, hogy a perioperatív időszak megterhelő hatásaitól eltávolodva a BR jellemzői még fontosabb szerepet játszanak a pszichés distressz alakulásában. A negatívabb betegségrepresentáció – különös tekintettel az Időtartam és a Következmények dimenzióra – depresszióval való szoros összefüggését számos tanulmány megerősíti (14, 15, 16). További eredmények (14) szerint, az észlelt kontrollálhatóság férfiaknál szintén negatívan korrelál a depresszió mértékével, amely – ugyan viszonylag gyenge kapcsolatként – jelen mintán is megjelent a kutatás kezdetén. Az észlelt tünetek percepciójának fontosságára hívja fel a figyelmet egy további vizsgálat (18) is, amely szerint a szívbetegség objektíven mért súlyossága (a bal kamrai ejekciós frakció alapján meghatározva) és a depresszió közötti kapcsolatot jelentős részben a beteg által szubjektíven észlelt tünetek száma és súlyossága közvetítette.

Következtetések

Összegezve, noha a betegek által tapasztalt szorongásos tünetek – a perioperatív időszakhoz viszonyított – változása a pszichés alkalmazkodás sikerességére utal, a depresszív tünetek számának fokozódása a koszorúérbetegek hangulati jellemzőinek adekvát szűrését, és indokolt esetben a betegek pszichológiai intervencióba való bevonásának szükségességét implikálja. Jelen kutatás eredményei továbbá azt sugallják, hogy az adekvátabb, szubjektív BR kialakítása hatékonyan vezethet el a szorongásos- és depresszív tünetek – legalább részben történő – oldódásához. E kapcsán fontos hangsúlyozni, hogy a BR szükség esetén sikerrel módosítható, az esetleges téves percepciók adaptív és adekvát betegségképpé alakíthatók át (24), amelyben jelentős szerepe lehet a kezelőorvos által nyújtott szóbeli, illetve írásbeli tájékoztatásnak, betegoktatásnak is; ez a fenti eredmények fényében mindenképpen indokoltnak és szükségesnek hat.

Nyilatkozat

A szerzők kijelentik, hogy az eredeti közlemény megírásával kapcsolatban nem áll fenn velük szemben pénzügyi vagy egyéb lényeges összeütközés, összeférhetlenségi ok, amely befolyásolhatja a közleményben bemutatott eredményeket, az abból levont következtetéseket vagy azok értelmezését.

Irodalom

- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 2016; 37(29): 2315–2381. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9583-6>
- Moser DK. "The rust of life": impact of anxiety on cardiac patients. Am J Crit Care 2007; 16(4): 361–369.
- Roest AM, Martens EJ, Denollet J, et al. Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. Psychosom Med 2010; 72(6): 563–569. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181dbff97>
- O'Neil A, Fisher AJ, Kibbey KJ, et al. Depression is a risk factor for incident coronary heart disease in women: An 18-year longitudinal study. J Affect Disord 2016; 196: 117–124. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.029>
- Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations. Circulation 2014; 129(12): 1350–1369. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000019>
- Barefoot JC, Helms MJ, Mark DB, et al. Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. Am J Cardiol 1996; 78(6): 613–617. [https://doi.org/10.1016/S0002-9149\(96\)00380-3](https://doi.org/10.1016/S0002-9149(96)00380-3)
- Chauvet-Gélinier JC, Trojak B, Vergès-Patois B, et al. Review on depression and coronary heart disease. Arch Cardiovasc Dis 2013; 106(2): 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2012.12.004>
- Reese RL, Freedland KE, Steinmeyer BC, et al. Depression and rehospitalization following acute myocardial infarction. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2011; 4(6): 626–633. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.111.961896>
- Myers V, Gerber Y, Benyamini Y, et al. Post-myocardial infarction depression: increased hospital admissions and reduced adoption of secondary prevention measures – a longitudinal study. J Psychosom Res 2012; 72(1): 5–10. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.09.009>
- Tully PJ, Cosh SM, Baumeister H. The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. J Psychosom Res 2014; 77(6): 439–448. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.001>
- Celano CM, Mastromauro CA, Lenihan EC, et al. Association of baseline anxiety with depression persistence at 6 months in patients with acute cardiac illness. Psychosom Med 2012; 74(1): 93–99. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31823d3d38bc>
- Lespérance F, Frasure-Smith N. Depression in patients with cardiac disease: a practical review. J Psychosom Res 2000; 48(4): 379–391. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00102-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00102-6)
- Leventhal H, Bodnar-Deren S, Breland JY, et al. Modeling Health and Illness Behavior: The Approach of the Commonsense Model. In: Baum A, Revenson TA, Singer JE, editors. Handbook of health psychology. Psychology Press; 2012. pp. 3–36.
- Grace SL, Krepostman S, Brooks D, et al. Illness perceptions among cardiac patients: relation to depressive symptomatology and sex. J Psychosom Res 2005; 59(3): 153–160. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.05.005>
- Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? J Psychosom Res 2009; 66(3): 211–220. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.005>
- Juergens MC, Seekatz B, Moosdorf RG, et al. Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later. J Psychosom Res 2010; 68(6): 553–560. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.004>
- Foxwell R, Morley C, Frizelle D. Illness perceptions, mood and quality of life: a systematic review of coronary heart disease patients. J Psychosom Res 2013; 75(3): 211–222. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.05.003>
- Greco A, Steca P, Pozzi R, et al. Predicting depression from illness severity in cardiovascular disease patients: self-efficacy beliefs, illness perception, and perceived social support as mediators. Int J Behav Med 2014; 21(2): 221–229. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9290-5>
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67(6): 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Broadbent E, Petrie KJ, Main J, et al. The brief illness perception questionnaire. J Psychosom Res 2006; 60(6): 631–637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Tiringer I. Az akut kardiológiai eseményen átesett betegek hosszú távú életminőségét befolyásoló pszichoszociális tényezők vizsgálata. Doktori (PhD) értekezés. Pécsi Tudományegyetem, BTK, Pszichológiai Intézet; 2013.
- Sinha Ravven M, Bader C, Azar A, et al. Depressive symptoms after CABG surgery: a meta-analysis. Harv Rev Psychiatry 2013; 21(2): 59. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e31828a3612>
- Whalley B, Thompson DR, Taylor RS. Psychological interventions for coronary heart disease: cochrane systematic review and meta-analysis. Int J Behav Med 2014; 21(1): 109–121. <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9282-x>
- Goulding L, Furze G, Birks Y. Randomized controlled trials of interventions to change maladaptive illness beliefs in people with coronary heart disease: systematic review. J Adv Nurs 2010; 66(5): 946–961. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05306.x>