



# Szívinfarktuson átesett személyek és kontrollcsoport protektív pszichológiai tényezőinek vizsgálata

Rafael Beatrix<sup>1,2</sup>, Pongó Zsófia<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Preventív Medicina Tanszék, Szeged

<sup>2</sup>Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Ápolásszervezési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatóság, Szeged

<sup>3</sup>Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Szeged

Levelezési cím:

Dr. Rafael Beatrix, rafael.beatrix@med.u-szeged.hu

**Bevezetés:** Számos kutatásban vizsgálták már a negatív érzelmek egészségre gyakorolt hatását, azonban a pozitív pszichológiai tényezők egészségügyi hatásait jóval kevesebben elemezték. Az eddigi eredmények arra utalnak, hogy a pozitív pszichológiai tényezők független módon kapcsolódnak a kardiovaszkuláris előnyökhöz, túl a negatív állapotok egyszerű hiányán.

**Célkitűzés:** Pilot vizsgálatunkban szívinfarktuson átesett személyek és egészséges kontrollszemélyek mintáján elemeztük az étellel való elégedettség, a pszichológiai jóllét, a társas támogatás, és a reziliencia szintjét, összehasonlítva a rizikótényezők közül a stresszel és a szorongással. A mintában összesen 60 fő vett részt, csoportonként 30-30 fő (átlagéletkor: 55 év). A betegcsoport papír-ceruza formában, a kontrollcsoport online töltötte ki a kérdőíveket.

**Eredmények:** Az étellel való elégedettség, a pszichológiai jóllét és a multidimenzionális társas támogatás barátok alkálaja esetében a szívbetegek alacsonyabb értéket mutattak a kontrollcsoportéhoz viszonyítva. A társas támogatás mértéke mindkét vizsgálati csoportban negatív kapcsolatban állt a szorongással és az észlelt stressz-szinttel.

**Következtetés:** Kutatásunk eredményei felhívják a figyelmet a protektív pszichológiai tényezők vizsgálatának fontosságára egészséges személyek és a szívbetegek körében egyaránt.

**Kulcsszavak:** étellel való elégedettség, jóllét, társas támogatás, reziliencia

## Protective psychological factors in patients with myocardial infarct and in control group

**Introduction:** Many studies have investigated the impact of negative emotions on health, but fewer have analysed the health effects of positive psychological factors. Results suggest that positive psychological factors are independently associated with cardiovascular benefits, beyond the simple absence of negative states.

**Aim:** In our pilot study, we analysed the level of life satisfaction, psychological well-being, social support, and resilience in a sample of patients after myocardial infarction and healthy controls, comparing risk factors with perceived stress and anxiety. A total of 60 people participated in the study, 30-30 per group (average age 55 years). The cardiac patient group completed the questionnaires in paper the control group completed the questionnaires online.

**Results:** The level of life satisfaction, psychological well-being and friend's subscale of multidimensional social support were lower in cardiac patients compared to the control group. The level of social support was negatively associated with anxiety and perceived stress level in both study groups.

**Conclusion:** The results of our study highlight the importance of investigating protective psychological factors in both healthy individuals and cardiac patients.

**Keywords:** life satisfaction, well-being, social support, resilience

## Bevezetés

Az iszkémiás szívbetegség (ISZB) a világ minden részén a vezető halálokok között szerepel. Magyarországon 2019-ben a halálokozások negyedét (24,4%) a heveny szívmegállás és az egyéb iszkémiás szívbetegségek alkották (1). Az ISZB okozta halálozás mértéke az elmúlt évtizedekben a nyugati országokban drámaian csökkent, köszönhetően az elsődleges megelőzésre fordított nagyobb hangsúly, valamint a diagnosztikai és kezelési módok fejlődése és jobb hozzáférhetősége következtében (2).

Hazánkban a férfiak és a nők vonatkozásában is jelentősen csökkent a heveny szívmegállásból adódó halálokozások száma 2005 és 2019 között (férfiak: 5895/3219, nők: 4352/2398), azonban az egyéb iszkémiás szívbetegségekből eredő mortalitás szignifikáns mértékben nem csökkent sem a férfiaknál (11 664/11 286) sem a nőknél (14 982/14 685) (1). Európában a 2016-os 100 ezer lakosra jutó halálozási arányszám alapján az iszkémiás szívbetegség okozta halálozás Litvánia és Moldova után Magyarországon volt a legmagasabb (2).

## Az iszkémiás szívbetegség protektív pszichológiai tényezői

A protektív pszichológiai tényezők elősegítik a megküzdést, védelmet nyújtanak a problémák ellen, védik az egyén pszichés integritását, valamint támogatják a mentális és fizikális (szomatikus) egészséget. A pozitív pszichológia tudománya helyezte fókuszba a protektív pszichológiai tényezők szerepét az egészség vonatkozásában és nézetük szerint az egészség többet jelent a negatív pszichológiai tényezők (például a depresszió, szorongás) pusztán hiányánál, és a pszichológiai distressz hiánya sem feltétlenül jelenti azt, hogy az egyének aktívan megtapasztalják a pszichológiai jóllétet (3). A szakirodalomban a pozitív állapotok és tulajdonságok leírására számos különböző kifejezést használnak, köztük a boldogság (jóllét) és az érzelmi vitalitás. Ezek viszont olyan tulajdonságokkal állnak kapcsolatban, mint például az optimizmus és az étellel való elégedettség. Bár e jellemzők között fontos különbségek lehetnek időtartamuk és fejlődési előzményeik tekintetében, a gyakorlatban a konstrukciók között jelentős átfedések vannak, és az egészségi állapothoz való kapcsolódásuk is szorosan összefügg (4).

Számos kutatásban vizsgálták már a negatív érzelmek és kogníciók egészségre gyakorolt hatását, azonban a pozitív kognitív-emocionális tényezők egészségügyi hatásait már jóval kevesebben kutatták. Az eddigi eredmények arra utalnak, hogy a pozitív pszichológiai tényezők független módon kapcsolódnak a kardiovaszkuláris előnyökhöz, túl a negatív állapotok egyszerű hiányán (5, 6).

### Jóllét és az étellel való elégedettség

A boldogság, vagy más néven jóllét (well-being) fogalma alatt az egyes szerzők más és másféle szubjektív tapasztalatot értenek. *Ryan és Deci* áttekintésükben (7) például megkülönböztetik a hedonikus, élvezetközpontú jóllétet és az önkitaljesítéssel, önkülfelújítással jellemezhető ún. eudaimonikus jóllétet, amely kiegészült az egzisztenciális jólléttel, amely az élet értelmességének a tapasztalatát jelenti (8).

*Diener és Chan* értelmezésében a szubjektív jóllét a személyek azon véleményét jelenti, amit a saját életük-ről fogalmaztak meg, ami emóciókon alapszik, továbbá beletartoznak az érzelmek és a hangulat is (9).

Bizonyított, hogy a pszichológiai jóllét pozitív hatással van az egészségi állapotra, javítva az alvás minőségét, a neuroendokrin szabályozást, az immunfunkciókat, csökkentve a szív- és érrendszeri kockázat esélyét (10, 11, 12). Egy angol longitudinális vizsgálat eredményei szerint a pszichológiai jóllét a szív- és érrendszeri halálozás 29%-kal alacsonyabb kockázatával járt együtt, és a magasabb szintű pszichológiai jóllétet megtapasztaló idősebb felnőttek a 8 éves követés során nagyobb valószínűséggel tartották fenn kedvező kardiovaszkuláris egészségi állapotukat (például: nemdohányzóként, cukorbetegség-mentesként, normál testtömegindex-szinttel) (12).

Az étellel való elégedettség olyan kognitív folyamat, amely során a személy szubjektív jóllétét értékeli, azaz véleménye szerint mennyire boldog vagy jellemzően mennyire elégedett az életével, valamint azon életerevelekkel, amelyek az ő részére jelentősek (13). *Kubzansky és Thurston* (14) a boldogság és étellel való elégedettség konstrukcióit az érzelmi vitalitás dimenzió keretén belül elemezte. Kutatásukban az érzelmi vitalitás és a szívkoszorúér-betegség (CHD) kapcsolatát vizsgálták: 6025 személyt átlagosan 15 éven át követtek (25–75 év közötti férfi és nő, akik a vizsgálat kezdetén nem szenvedtek CHD-ban), ez idő alatt 1141 esetben alakult ki szívkoszorúér-betegség. Az „érzelmi vitalitás” konstrukcióját a vitalitás (energiaérzet és lendület), a

### Rövidítések:

AMI: akut mikordialis infarktus; CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale): Connor-Davidson Reziliencia Skála; CHD (coronary heart disease): szívkoszorúér-betegség; CVD (cardiovascular disease): szív-ér rendszeri betegség; ISZB: iszkémiás szívbetegség; HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale): Kórházi Szorongás és Depresszió Skála; MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support): Multidimenzióális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív; PSS (Perceived Stress Scale): Észlelt Stressz Skála; PTSD (posttraumatic stress disorder): poszttraumás stressz zavar; SWLS (Satisfaction With Life Scale): Élettel Való Elégedettség Skála; WBI (Well-being Index): Jól-lét Kérdőív

pozitív jóllét (boldogság és étellel való elégedettség) és az érzelmi önkontroll (érzelmi stabilitás és biztonságérzet) pszichológiai jellemzőkből származtatták. Eredményeik szerint a nagyobb érzelmi vitalitással rendelkező résztvevőknél jelentősen csökkent a CHD kialakulásának kockázata, és ez a hatás a szociodemográfiai tényezők, az egészségmagatartás-jellemzők, a koleszterinszint, a testtömegindex, a cukorbetegség, a magas vérnyomás és a pszichés betegségekre való kontrollálást követően is megmaradt (mindhárom dimenzió tekintetében).

### Reziliencia

*Connor és Davidson* (15) a rezilienciát úgy tekintették, hogy az a stresszel való megküzdés egyik fontos mutatója. Rugalmas ellenálló képességet jelez a krónikus hétköznapi vagy akut nehézségekkel szemben – vagyis a reziliencia azt jelenti, hogy mentálisan mennyire vagyunk képesek megbirkózni a stresszorokkal, a nehéz élethelyzetekkel (16). *Chan és munkatársai* (17) nélkülözhetetlen protektív tényezőként írják le a rezilienciát a miokardiális infarktus vonatkozásában. Vizsgálatukban egy rehabilitációs programban azok a koronáriabetegek értek el jobb eredményt, akik magasabb rezilienciával bírnak, továbbá ezen személyek koleszterinszintje alacsonyabb volt az alacsony rezilienciájú személyekhez képest, ezenfelül a terheléses vizsgálat során is jobban teljesítettek. A reziliencia továbbá védelmet nyújt a poszttraumás stressz szindróma kialakulása tekintetében is, amely a szívinfarktuson átesett személyek 18%-át érinti (17). *Meister és munkatársai* (18) kutatása szerint az AMI-n átesett személyek a reziliencia-szintjüktől függetlenül stresszesnek ítélik meg a szívinfarktus eseményét, azonban hosszabb távon jobb megküzdést eredményez a traumatikus eseménnyel kapcsolatban, így védve őket a poszttraumás stressz zavar (PTSD) kialakulásától.

### Társas támogatás

A társas támogatás annak észlelése és élménye, hogy valaki szeret minket, gondoskodik rólunk, megbecsül és értékeli, és egy kölcsönös segítségnyújtáson és kötelezettségvállaláson alapuló társas közeg tagja vagyunk. A társas támogatás két fontos dimenziója:

1. a strukturális dimenzió, amely magában foglalja a társas kapcsolati hálózat méretét és a társas interakciók gyakoriságát,
2. és a funkcionális dimenzió, amely érzelmi (például szeretet és empátia elfogadása) instrumentális (gyakorlati segítség: például pénzadomány) és információs típusú lehet (19).

Számos kutatás vizsgálta a társas kapcsolatok mennyisége és minősége, valamint az egészség összefüggéseit. *Leigh-Hunt és munkatársai* (20) kimutatták, hogy a szociális izoláció és a magányosság szignifikáns kockázati tényező a CHD létrejöttében, az állapot rosszabbodásában valamint a kardiális mortalitást érintően. Ez

a kockázat kétszer akkora lehet, mint a megfelelő társas kapcsolatrendszerrel bíró személyek körében (21). Egy metaanalízis eredményei alapján a stabil, szoros társas kapcsolatokkal bíró egyének túlélési aránya 50%-kal magasabb, amely adatra nincs hatása a korának, nemnek, a kiinduló egészségi állapotnak, sem a mortalitás okának. Az emberek pusztja jelenléte helyett a velük való kapcsolat minőségének van a legnagyobb szerepe (22).

*Molloy és munkatársai* szerint (23) a házasságban élőkhez képest az egyedül élő személyek többnyire kevésbé egészséges életmódot folytatnak, esetükben nagyobb az észlelt distressz, valamint nagyobb gyakorisággal fordul elő e személyek körében a magas vérnyomás és a 2-es típusú cukorbetegség is. E vizsgálatban, ezen faktorok közösen a kardiovaszkuláris mortalitás 59%-áért feleltek.

*Frasure-Smith és munkatársai* kutatásukban az észlelt társas támogatás és a depresszió összefüggéseit vizsgálták akut miokardiális infarktuson átesett személyek esetében. Eredményeik szerint a depressziós szívbetegeknél az esemény utáni egy évben a magas szintű társas támogatottság javítja a depressziós tüneteket (24). A társas támogatás tehát többféle útvonalon fejtheti ki a fizikális egészségre vonatkozóan a hatását:

1. viselkedési folyamatok által (például: az egészséges magatartási módok támogatása, a terápiás adherencia növelése);
2. pszichológiai folyamatok által (például: a támogató pszichológiai és/vagy materiális források nyújtása révén segítheti a stresszel való megküzdést. A szociális kapcsolatok továbbá attól függetlenül is hatásosak, hogy fennáll-e stresszhelyzet, vagy sem. Más személyekkel való kapcsolattartás előnyösen befolyásolja az érzelmi szabályozást, növeli a pozitív érzelmek valószínűségét, és csökkenti a negatív érzelmek intenzitását és időtartamát.
3. Fiziológiai mechanizmusok által: a társas támogatás immunrendszerre, endokrin rendszerre és a kardiovaszkuláris rendszerre való pozitív hatásai által (például: stressz hatására alacsonyabb szintű kardiovaszkuláris reaktivitás) (25).

## A pilot vizsgálat hipotézisei és módszerei

### Hipotézisek

1. A szívbeteg személyek a kontrollszemélyekhez viszonyítva alacsonyabb értéket mutatnak a jóllét, az étellel való elégedettség, az észlelt társas támogatás, és a reziliencia vonatkozásában.
2. Az észlelt társas támogatás negatív együttjárást mutat a szorongással és az észlelt stresszel mindkét vizsgálati csoport vonatkozásában.

### Vizsgálati módszer

A kutatásban résztvevőket kérdeztük szocio-demográfiai adataikról, majd az alábbi kérdőíveket töltötték ki:

A Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS) szorongásos és depressziós állapotok mérésére alkalmas. A tesztet kifejezetten járóbeteg-ellátásban való használatra fejlesztették, ilyen körülmények között is megbízhatóan mér. A skála 14 tételből áll, amelynek két alskálája (szorongás és depresszió) van, amik hét-hét tételt tartalmaznak. A kérdésekre négyfokú skálán történik a válaszadás (26). A kérdőív magyarra való validálásakor az alskálák megbízhatónak bizonyultak Cronbach-alfa értékeik alapján, amely a szorongás esetében 0,82, míg a depresszió esetében 0,83 erősségű volt (27).

Az Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale, PSS) 14 tételből áll és az egyén stressz-szintjének, szubjektív stresszézelésének megállapítására alkalmas. A kitöltőnek ötfokú Likert-skálán kell meghatároznia, hogy milyen gyakran volt jellemző rá az elmúlt egy hónap során az adott érzés vagy gondolat (28). A kérdőív magyarra történő validálása során a Cronbach-alfa érték alapján (=0,88) megbízhatónak mondható (29). Az Élettel Való Elégedettség Skála (Satisfaction With Life Scale, SWLS-H) a szubjektív életminőség kognitív értékelését méri, valamint 5 tételt tartalmaz. A válaszadók hétfokú skálán adják meg válaszukat az alapján, hogy mennyire értenek egyet az állításokkal. A skála pontszámát a tételekre adott válaszok összegzése adja, a magasabb érték magasabb élettel való elégedettséget jelez (30). A hazai validálás során összesen nyolc almintán vették fel a kérdőívet, a Cronbach-alfa mindegyik almintán 0,84 vagy annál magasabb érték volt (31).

A WHO Jólét Kérdőív (Well-Being Index, WBI-5) rövidített változata öt tételből áll és a szubjektív életminőség mérésére alkalmas. A kérdőív 10 tételes változatát *Bech és munkatársai* készítették (32). Ez alapján készítették *Susánszky és munkatársai* a kérdőív öttételes magyar változatát. A kérdőívben a válaszadónak el kell döntenie, hogy az elmúlt két hét során hogyan érezte magát, mennyire gyakran voltak rá jellemzők a felsorolt érzések. A kérdőív magyar validálásakor Cronbach-alfa mutatója alapján (=0,85) megbízhatónak bizonyult (33). A Connor–Davidson Reziliencia Skála (Connor–Davidson Resilience Scale, CD-RISC) a lelki ellenállóképesség, a sikeres megküzdés mérésére alkalmas. A fejlesztők szerint a reziliencia számszerűsíthető és hatást gyakorol rá az egészségi állapot. A skála összesen 25 tételből áll. A válaszadónak egy ötfokú skála alapján kell eldöntenie, hogy mennyire volt jellemző rá az adott állítás az elmúlt hónap során (34). A kérdőívben elért pontszámok 0–100 közötti tartományba sorolhatók, a magasabb pontérték magasabb rezilienciára utal. A magyar mintára való validálása során a Cronbach-alfa érték alapján (=0,911) a lefordított kérdőív megbízhatónak bizonyult (35).

Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív (Multidimensional Scale of Perceived Social Support; MSPSS) (36) az észlelt társas támogatás szubjektív jellegét méri. A magyar változatában tíz tétel található,

amelyben a feltüntetett kapcsolatok három kategóriába sorolhatók: család (4 tétel), barátok (3 tétel) és egyéb jelentős személyek (3 tétel). A kitöltők ötfokú Likert-skálán jelölik az észlelt társas támogatás mértékét. A kérdőív reliabilitása kiváló (Cronbach- $\alpha$ =0,91). Az egyes alskálák is megbízhatónak minősültek (család: Cronbach- $\alpha$  = 0,91; barátok: Cronbach- $\alpha$  = 0,93; egyéb jelentős személyek: Cronbach- $\alpha$  = 0,87) (37).

### Vizsgálati minta

A kutatás mintaválasztásának módja egyrészt szakértői módon, másrészt kényelmi hozzáférés alapján történt. A vizsgálati személyek két csoportja: akut szívinfarktuson átesett személyek (szívbeteg) és egészséges személyek (kontrollcsoport). A szívinfarktust elszenvedett személyek (3 hónapnál nem régebbi AMI) a Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza fekvőbeteg kardiológiai rehabilitációs programjából kerültek be a mintába. Az adatfelvétel 2019. júniustól 2020. március elejéig (a COVID-19-pandémia kezdetéig) tartott. A papír-ceruza alapú kérdőívet a személyek önállóan töltötték ki. A tesztbatteria kitöltése körülbelül 30 percet vett igénybe. A betegcsoportban a kérdőív kitöltését minden esetben megelőzte egy körülbelül 45 perces exploratív beszélgetés.

A kontrollcsoport tagjait hozzáférési alapon választottuk ki és nemben és korban illesztettük a betegcsoporthoz. A kontrollcsoportba nem kerülhetett diagnosztizált szívbeteg, sem olyan személy, akinek hipertóniás betegsége és cukorbetegsége is volt. Az egészséges kontrollcsoport e-mailben kapta meg a kérdőívcsomag online felületéhez tartozó linket, amelyet a kutatás vezetői által kiválasztott, a szívinfarktuson átesett csoporthoz korban és nemben illesztett személyek tölthettek ki. A kontrollcsoport tagjainak online megkeresése a két csoport illesztése miatt volt szükséges, mivel így könnyebb volt elérni a megfelelő korú és nemű személyeket. A kérdőív kitöltése az online formátumban is körülbelül 30 percet vett igénybe. A kutatásban való részvétel önkéntes és anonim módon zajlott a vizsgálati személyek informált beleegyezésével. A részvételért sem a betegek, sem hozzátartozóik nem kaptak fizetést. A kutatás résztvevőit a vizsgálat megkezdése előtt tájékoztattuk a vizsgálat jellegéről és menetéről. A vizsgálati személyek a kérdőív kitöltését bármikor megtagadhatták és következmények nélkül abbahagyhatták. A kutatás során az etikai szabályokat betartottuk.

A mintában összesen 47 férfi (78,3%) és 13 nő (21,7%) szerepel. A szívinfarktuson átesett személyek csoportjába és a nem szívbeteg személyek csoportjába is egyenlően 30-30 fő (mindkettőben 23 férfi, 7 nő) tartozott. A vizsgálatban résztvevő személyek életkora 42 és 68 év között volt (M = 55,05; SD = 7,43). A szívbeteg csoport átlagéletkora 54,7 év (SD = 7,44), míg az egészséges kontrollcsoporté 55,4 év (SD = 7,54). (A szociodemográfiai adatokat az 1. táblázatban foglaltuk össze.)



**1. TÁBLÁZAT.** Szociodemográfiai adatok

	<b>Szív-betegek (n=30)</b>	<b>Kontroll-csoport (n=30)</b>
<b>Iskolai végzettség</b>		
8 általános	2	1
szakmunkásképző	8	5
szakközépiskolai érettségi	6	3
gimnáziumi érettségi	7	9
főiskola /egyetem	7	12
<b>Családi állapot</b>		
nőtlen, hajadon	–	2
párkapcsolatban él	2	2
élettársi kapcsolat	2	2
házas, és házastársával együtt él	20	19
házas, de házastársától külön él	2	–
elvált	4	5
<b>Lakóhely</b>		
főváros	–	4
megyeszékhely	4	9
város	14	9
község	12	8
<b>Munkahelyi státusz</b>		
közalkalmazott	4	7
alkalmazott	11	10
vállalkozó	6	6
nyugdíjas	4	4
rokkantnyugdíjas	5	1
háztartásbeli	–	1
egyéb	–	1

**Statisztikai elemzés**

Hipotéziseink tesztelésére IBM SPSS Statistics 23 statisztikai elemzőprogramot használtuk. Az egyes kérdőívek értékeit a vizsgálati eszközökben leírtaknak megfelelően számítottuk ki és minden statisztikai próba esetében ezekkel, valamint az alskálákkal dolgoztunk. Kolmogorov–Smirnov-teszttel megvizsgáltuk a változók normál eloszlását, amely a Multidimenziális

Észlelt Társas Támogatás Kérdőív jelentős mások alskálája, a depresszió, a szorongás és stressz vonatkozásában mutatott szignifikáns eredményt, így e változók esetében nonparametrikus próbát alkalmaztunk. A normál eloszlás teljesült a multidimenziális társas támogatás és ezen változó barátok alskálája esetében (MSPSS-barátok), valamint a pszichológiai jóllét, az étellel való elégedettség és a reziliencia, tekintetében.

**Eredmények**

**Pszichológiai rizikótényezők vizsgálata beteg- és kontrollcsoportban**

A Mann–Whitney-próba eredményei szerint szignifikáns különbség mutatkozott a szorongás ( $M_{szívbeteg} = 4,88$ ,  $M_{kontroll} = 3,57$ ,  $U = 280,5$ ,  $p < 0,001$ ), és a stressz esetében ( $M_{szívbeteg} = 25,6$ ,  $M_{kontroll} = 17,93$ ,  $U = 185,5$ ,  $p < 0,001$ ) a két csoport között, azonban nem volt szignifikáns különbség a depresszió vonatkozásában ( $M_{szívbeteg} = 4,18$ ,  $M_{kontroll} = 3,47$ ,  $U = 330,5$ ,  $p = 0,076$ ).

**Protektív pszichológiai tényezők vizsgálata a beteg- és kontrollcsoportban**

Független mintás t-próbával vizsgáltuk a csoportok közötti különbséget. A vizsgált változók közül szignifikáns különbséget találtunk a csoportok átlagai között a következő változók esetében: jóllét ( $t = -3,114$ ,  $p < 0,01$ ), étellel való elégedettség ( $t = -2,366$ ,  $p < 0,05$ ) és multidimenziális észlelt társas támogatás barátok alskálája ( $t = -2,016$ ,  $p < 0,05$ ). Mindhárom változó esetében a kontrollcsoport átlaga magasabb az infarktuson átesett személyekéhez képest. Nem volt szignifikáns különbség a csoportok között a reziliencia vonatkozásában ( $t = 1,53$ ,  $p = 0,13$ ) (2. táblázat).

**A társas támogatás és pszichológiai rizikótényezők (szorongás és észlelt stressz) összehasonlítása**

Az észlelt társas támogatás és a szorongás szignifikáns fordított irányú gyenge korrelációt mutatott mindkét vizsgálati csoportban ( $r_{szívbeteg} = -0,38$ ,  $p < 0,01$ ;  $r_{kontroll} = -0,30$ ,  $p < 0,05$ ), továbbá az észlelt társas támogatás az észlelt stresszel szignifikáns fordított irányú közepes együttjárást jelzett a szívbetegéknél ( $r_{szívbeteg} = -0,48$ ,  $p < 0,05$ ) és gyenge együttjárást mutatott a kontrollszemélyeknél ( $r_{kontroll} = -0,36$ ,  $p < 0,05$ ).

**2. TÁBLÁZAT.** A protektív pszichológiai tényezők átlag- és szórásértékei

		<b>SWLS</b>	<b>WBI</b>	<b>MSPSS-barát</b>	<b>CD-RISC</b>
Átlag	Szívbeteg (n=30)	21,62	7,31	3,31	77,62
	Kontroll (n=30)	26,23**	10,16*	3,95**	72,56
Szórás	Szívbeteg	6,99	3,61	1,29	9,61
	Kontroll	4,69	2,56	0,86	11,18

(SWLS: Étellel Való Elégedettség Skála, WBI: WHO Jól-lét Kérdőív, MSPSS: Észlelt Társas Támogatás Kérdőív, CD-RISC: Connor-Davidson Reziliencia Skála) (\* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,05$ )

## Megbeszélés

A pandémia kezdete előtt zajlott pilot-kutatásunkban az akut miokardiális infarktuson átesett, valamint egészséges (nem szívbeteg) személyek körében vizsgáltuk a protektív pszichológiai tényezők szintjét, valamint a társas támogatás együttjárását elemeztük az észlelt stressz-szel és a szorongással.

Vizsgálatunk eredményei szerint szignifikáns különbség mutatkozott a két csoport átlagai között a jóllét, az étellel való elégedettség és a multidimenzionális észlelt társas támogatás barátok alsóháza vonatkozásában. Előfeltételezéseinket alátámasztották ezen eredmények, mivel mindhárom változó esetén a kontrollcsoport ért el magasabb pontszámot. *Boehm és Kubzansky* (6) metaanalízise szerint a pszichológiai jóllét protektív faktornak bizonyult a kardiovaszkuláris betegségekkel szemben, ezáltal azt feltételeztük, hogy a kontrollcsoport tagjai magasabb pontszámot érnek el a pszichológiai jóllét tekintetében, és kapott eredményeink is alátámasztják hipotézisünket. *Diener és Chan* (9) is megállapította, hogy a magas szubjektív jóllét hozzájárul az egészség javulásához és az élettartam meghosszabbodásához. Ezen felül szakirodalmi adatok szerint a pszichológiai jóllét és az étellel való elégedettség pozitív hatással van az egészségi állapotra, ezáltal csökkenti a szív- és érrendszeri kockázat esélyét (10, 11, 14).

A társas támogatás két fontos dimenziója: a strukturális dimenzió, amely magában foglalja a társas kapcsolati hálózat méretét és a társas interakciók gyakoriságát és a funkcionális dimenzió, amely érzelmi (például szeretet és empátia elfogadása), instrumentális (gyakorlati segítség: például pénzadomány) és információs típusú lehet. A legtöbb kutatás azt találta, hogy a kapcsolatok minősége (funkcionális dimenzió) jobb előrejelzője a jó egészségnek, mint a kapcsolatok mennyisége (strukturális dimenzió) (19). Vizsgálatunkban a szívbeteg személyek úgy érzélik, hogy barátaiktól megbízhatóan elérhető a számukra szükséges társas támogatási forma, amely aktuális egészségi állapotuk szempontjából is pozitív hatású lehet. E feltételezés bizonyításához kutatásunk folytatása fog választ adni.

Vizsgálatunkban nem mutatkozott szignifikáns különbség a két csoport átlagai tekintetében a reziliencia vonatkozásában. A reziliencia konstruktuma egy többdimenziós, interaktív és dinamikus modellként fogható fel, amelyben a személyes, a családi és a környezeti tényezők egyaránt szerepet játszanak (15). Vizsgálatunkban reziliencia terén nem szignifikánsan, de a szívbetegség értéke volt magasabb a kontrollcsoportéhoz képest. Bizonyított, hogy a reziliens egyének képesek alkalmazkodni a stresszteszt és traumatikus szituációkban, így feltételezhető, hogy a szívinfarktuson átesett vizsgálati személyek rugalmas alkalmazkodóképessége előtérbe került, és állapotukat követve vizsgálni lehet majd, hogy a jó reziliencia készségük segíti-e őket

a kardiális állapotuk stabilizálásában, ezáltal a relapszus kivédésében (38).

Eredményeink szerint mindkét vizsgálati csoportban a társas támogatás a szorongással és az észlelt stressz-szel is szignifikáns ellentétes irányú korrelációban áll egymással, tehát minél magasabb az egyén társas támogatottsága, annál kevésbé vannak szorongásos tünetei és annál alacsonyabb a stressz-szintje, illetve mivel keresztmetszeti vizsgálatunk nem teszi lehetővé az oksági következtetést, a normál szorongással, illetve átlagos stressz-szinttel jellemezhető személyek társas támogatás terén jobban működnek a szorongóbb személyekhez képest. Nem megfelelő társas támogatás esetében éppen ellentétes mechanizmusok valószínűsíthetők. Meggyőző bizonyítékok utalnak arra, hogy az alacsony szociális támogatás összefügg a szív- és érrendszeri halálozás fokozott kockázatával és számos tanulmány következetesen dokumentálta az alacsony szociális támogatás és a koszorúér-betegségben szenvedő betegek rossz prognózisa közötti összefüggést (39, 40, 41). Több lehetséges útvonal van, amelyen keresztül a jó társas kapcsolatok az ISZB kockázatát, illetve a kialakult ISZB rosszabbodásának valószínűségét csökkenthetik. Először is, a megfelelő szociális támogatás kedvező változásokat idézhet elő az életmódban és a stresszrel kapcsolatos endokrin, immun-, metabolikus és hemostatikus aktivitásban, másodsor, a jó társas kapcsolatok tudják azokat az erőforrásokat biztosítani (érzelmi, információs, instrumentális és/vagy anyagi támogatás formájában), amelyek pufferozhatják az akut és krónikus stressz érzelmi következményeit, illetve a koszorúerekre gyakorolt káros hatásait. A másokkal való kölcsönhatás azonban a stresszhatástól függetlenül is segít az érzelmi szabályozásban: a pozitív érzelmek növelésében és a negatív érzelmi állapotok intenzitásának és időtartamának csökkentésében (42).

## Következtetések

Számos hazai és nemzetközi kutatás vizsgálta már a szívinfarktus kialakulásához, illetve az állapotrosszabbodásához vezető rizikótényezőket, valamint azok összefüggéseit, azonban hazánkban a kardioprotektív pszichológiai tényezőket elemző kutatások szűkebb körben vannak jelen, holott a témában e tényezők is nagy jelentőséggel bírnak.

A pandémia előtt lezajlott pilot kutatásunk eredményei felhívják arra a figyelmet, és ezáltal kutatásunk folytatására is inspirálnak, hogy a protektív pszichológiai tényezők, és ezen belül kiemelten a társas támogatás, mint összetett pszichológiai konstruktum, vizsgálata jelentős fontossággal bír az egészséges (nem szívbeteg) személyek esetében preventív szempontból, és a koszorúér-betegség vonatkozásában az állapotrosszabbodás megelőzése céljából.

A kardioprotektív pszichológiai tényezők átfogóbb ismer-

rete lehetővé teheti egészséges személyek esetében e tényezők fókuszban tartását és szükség szerint erősítését, koszorúérbetegek vonatkozásában pedig a kardiológiai és kardiológiai rehabilitációs osztályokon e pszichológiai jellemzők szakember által történő szűrését és szükség szerint terápiás intervenciók alkalmazását.

## Nyilatkozat

*A közlemény más folyóiratban korábban nem jelent meg és nem került beküldésre.*

*Anyagi támogatás: A tanulmány elkészítése anyagi támogatásban nem részesült.*

*Szerzői munkamegosztás: A szerzők egyenlő arányban vettek részt a közlemény megírásában.*

*Érdekltségek: A szerzőnek nincsenek érdekltségeik.*

## Irodalom

- Központi Statisztikai Hivatal (2020). Halálazások a gyakoribb halálkok és nem szerint (1990–). Letöltve: 2022. július 10. [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/nep/hu/nep0010.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html)
- Nowbar AN, Gitto M, Howard JP, et al. Mortality from ischemic heart disease analysis of data from the World Health Organization and coronary artery disease risk factors from NCD Risk Factor Collaboration. *Circ Cardiovas Qual Outcomes* 2019; 12: e005375. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.118.00537>
- Steptoe A, Dockray S, Wardle J. Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *J Pers* 2009; 77: 1747–76. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00599.x>
- Kashdan TB, Biswas-Diener R, King LA. Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *J Posit Psychol* 2008; 3:219–233. <https://doi.org/10.1080/17439760802303044>
- Gallo LC, Ghaed SG, Bracken WS. Emotions and cognitions in coronary heart disease: Risk, resilience, and social context. *Cognit Ther Res* 2004; 28: 669–694. <https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000045571.11566.19>
- Boehm JK, Kubzansky LD. The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychol Bull* 2012; 138: 655. <https://doi.org/10.1037/a002744>
- Ryan RM, Deci E. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol* 2001; 52: 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Frankl VE. *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben*. Budapest: Jel Kiadó; 2005.
- Diener E, Chan MY. Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Appl Psychol: Health Well-Being* 2011; 3: 1–43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Ryff CD, Singer B. Know thyself and become what you are: An eudaimonic approach to psychological well-being. *J Happiness Study* 2008; 9: 13–39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Kavčič T, Avsec A. Happiness and pathways to reach it: Dimension-centred versus person-centred approach. *Soc Indic Res* 2014; 118: 141–156. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0411-y>
- Boehm JK, Soo J, Chen Y, et al. Psychological well-being's link with cardiovascular health in older adults. *Am J Prev Med* 2017; 53: 791–798. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.06.028>
- Lin XJ, Lin IM, Fan SY. Methodological issues in measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Med J* 2013; 25: 8–12. <https://doi.org/10.1016/j.tcmj.2012.09.002>
- Kubzansky LD, Thurston RC. Emotional vitality and incident coronary heart disease benefits of healthy psychological functioning. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 1393–1401. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.12.1393>
- Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003; 18: 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Ozbay F, Johnson DC, Dimoulas E, et al. Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edmont)* 2007; 4: 35–40. PMID: PMC2921311
- Chan IW, Lai JC, Wong KW. Resilience is associated with better recovery in Chinese people diagnosed with coronary heart disease. *Psychol Health* 2006; 21: 335–349. <https://doi.org/10.1080/14768320500215137>
- Meister RE, Princip M, Schnyder U, et al. Association of trait resilience with peritraumatic and posttraumatic stress in patients with myocardial infarction. *Psychosom Med* 2016; 78: 327–334. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000278>

- Tay L, Tan K, Diener E, et al. Social relations, health behaviors, and health outcomes: A survey and synthesis. *Applied Psychol: Health Well-Being* 2013; 5: 28–78. <https://doi.org/10.1111/aphw.12000>
- Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health* 2017; 152: 157–171.
- Heffner K L, Waring ME, Roberts MB, et al. Social isolation, C-reactive protein, and coronary heart disease mortality among community-dwelling adults. *Soc Sci Med* 2011; 72: 1482–1488. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.016>
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 2010; 7: e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Molloy GJ, Stamatakis E, Randall G, et al. Marital status, gender and cardiovascular mortality: behavioural, psychological distress and metabolic explanations. *Soc Sci Med* 2009; 69: 223–228. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.05.010
- Frasere-Smith N, Lespérance F, Gravel G, et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation* 2000; 101: 1919–1924. <https://doi.org/10.1161/01.cir.101.16.1919>
- Uchino BN. Social support and Health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med* 2006; 29: 377–387. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983; 67: 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Muszbec K, Szekely A, Balogh ÉM, et al. Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Qual Life Res* 2006; 15: 761–766. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-3627-8>
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 385–396. Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/2136404>
- Stauder A, Konkoly TB. Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhig Pszichoszom* 2006; 7: 203–216. <https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.4>
- Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, et al. The Satisfaction with Life Scale. *J Personal Assess* 1985; 49: 71–75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Martos T, Sallay V, Désfalvi J, et al. Az Élettel Való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhig Pszichoszom* 2004; 15: 289–303. <https://doi.org/10.1556/Mental.15.2014.3.9>
- Bech P, Staehr-Johansen K, Gudex C. The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychother Psychosom* 1996; 65: 183–190. <https://doi.org/10.1159/000289073>
- Susánszky É, Konkoly TB, Stauder A, et al. A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhig Pszichoszom* 2006; 7: 247–255. <https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.8>
- Connor KM, Davidson, JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression Anx* 2003; 18: 76–82. DOI: 10.1002/da.10113
- Kiss EC, Vajda D, Káplár M, et al. A 25-itekes Connor-Davidson Reziliencia Skála (CD-RISC) magyar adaptációja. *Mentálhig Pszichoszom* 2015; 16: 93–113. <https://doi.org/10.1556/Mental.16.2015.1.4>
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, et al. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess* 1988; 52: 30–41. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)
- Papp-Zipernovszky O, Kékesi MZ, Jámbori S. A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhig Pszichoszom* 2017; 18: 230–262. <https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.011>
- Chan IWS, Lai JCL, Wong, KWN. Resilience is associated with better recovery in Chinese people diagnosed with coronary heart disease. *Psychol Health* 2006; 21: 335–349. <https://doi.org/10.1080/14768320500215137>
- Mookadam F, Arthur HM. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction: systematic overview. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1514–1518. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.14.1514>
- Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, et al., Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosom Med* 2005; 67: 869–78. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000188393.73571.0a>
- Barth J, Schneider S, von Kanel S. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2010; 72: 229–38. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181d01611>
- Steptoe A, Kivimaki M. Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. *Annu Rev Public Health*, 2013; 34: 337–54. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114452>