

Hazai kardiológiai betegek pszichés státusza és a rehabilitáció lehetőségei

LIPPAI LÁSZLÓ LAJOS^{1*} – SZÁSZ KÁROLY²

¹ Szegedi Tudományegyetem, Alkalmazott Egészségtudományi
és Egészségfejlesztési Intézet, Szeged

² Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórház,
Kardiológiai Rehabilitációs Osztály, Deszk

(Beérkezett: 2012. október 3., elfogadva: 2013. október 10.)

Elméleti háttér: A kardiológiai rehabilitációt igénylő betegek száma folyamatosan növekszik. A rehabilitációs folyamat eredményességét és hatékonyságát a kardiológiai betegek pszichés státusza is befolyásolhatja. Cél: A tanulmány célja egy, a kardiológiai betegek pszichés státuszára vonatkozó empirikus vizsgálat eredményeinek bemutatása és a rehabilitáció aspektusából történő elemzése. Módszerek: Kardiológiai rehabilitációs osztályon ápolott betegek körében (49 fő) végzett, nem reprezentatív kérdőíves vizsgálat. A pszichés státusz vizsgálatára a WHO Jóléti Indexet, a Beck Depresszió Kérdőívet, a Betegségteher Indexet, az Életesemény Hatás Skálát, a Diszfunkcionális Attitűd Skálát, a Harag és Düh Kifejezési Mód Skálát, valamint a Megküzdési MódoK Kérdőívet használtuk. Eredmények: A kardiológiai betegek szubjektív jólléte szignifikánsan rosszabb ($p < 0,001$) az országos adatoknál. A depresszió esetében a férfiak átlaga ($5,79 \pm 5,07$) szignifikánsan kedvezőbb ($p = 0,007$) az országos minta vonatkozó átlagánál ($8,51$), miközben a nők átlagának ($9,25 \pm 5,95$) eltérése nem szignifikáns. A betegségteher mintánkban közepes mértékű ($47,62 \pm 15,03$) és elsősorban instrumentális formában jelentkezik. A megkérdezettek közel harmadánál ($28,9\%$) mérsékelt vagy erős poszttraumás stresszhatás volt azonosítható. A leggyakrabban azonosítható diszfunkcionális attitűd a „fokozott környezeti elvárások” (férfiak: $35,48\%$, nők: $52,94\%$). A Harag és Düh Kifejezési Mód Skála düh-elfojtási dimenziójában magas értékeket mértünk (férfiaknál $25,33 \pm 4,34$; nőknél $22,56 \pm 4,86$). A megkérdezettek a problémaközpontú megküzdési stratégia jellemzőbb, de válaszadóink az országos átlaghoz képest közel háromszoros arányban próbálták a stresszkeltő élethelyzeteket egészségkárosító (pl. szerhasználat) viselkedéssel enyhíteni. Következtetések: A fenti eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy a kardiológiai betegek pszichés státuszának javításához érdemes volna pszichológiai, tanácsadási módszereket alkalmazni.

Kulcsszavak: szív- és érrendszeri betegség, szubjektív jóllét, depresszió, betegségteher, megküzdés

* Levelező szerző: Lippai László Lajos, Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet, 6725 Szeged, Boldogasszony sgt. 6. E-mail: lippai@jgypk.u-szeged.hu

1. Bevezetés

1.1. A kardiológia betegségek az Európai Unióban és Magyarországon

Magyarországon 2009-ben, a teljes lakosságot tekintve, 100.000 lakosra 214,8 szív- és 421,2 érrendszeri megbetegedésre visszavezethető haláleset következett be. A 65 évnél fiatalabb életkori csoport tekintetében ez 53/100.000 szív- és 104,3/100.000 érrendszeri megbetegedésre visszavezethető halálesetet jelent. Ezekkel a mutatókkal az Európai Unió legkedvezőtlenebb adatokkal rendelkező országai közé tartozunk – a Balti-államokkal és Szlovákiával együtt (EUSTAT, 2011).

A szív- és érrendszeri betegségcsoport a három vezető halálok közé tartozik az Európai Unióban, annak ellenére, hogy a kardiológiai betegségek orvosi ellátásának színvonala folyamatosan javul. A betegek várható élettartamának növekedése azonban, paradox módon, tovább növeli a kardiológiai problémákkal járó pszichés és társadalmi terheket. A hatékonyabb kardiológiai beavatkozások ellenére a betegek munkaképessége, fizikális és pszichés funkcionalitása is elkerülhetetlenül romlik, ezért a kardiológiai rehabilitáció színvonalának javítása egyre hangsúlyosabb kérdéssé válik (Berry & Walsh, 2001; Kopp & Skrabski, 1995).

A Európai Kardiológiai Társaság (European Society of Cardiology) rehabilitációs munkacsoportja szerint „A kardiológiai rehabilitáció azon szükséges intervenciók összessége, melyek a legjobb testi, pszichés és szociális feltételeket biztosítják a krónikus vagy poszt-akut kardiológiai beteg számára ahhoz, hogy saját erőfeszítéseik eredményeként megőrizhessék vagy elfoglalhassák megfelelő helyüket a társadalomban” (Goble & Worchester, 1999, 10. o.). E meghatározás gyakran kiegészül azzal, hogy a fenti intervenciók „elősegítik azt, hogy a beteg egészségmagatartásának javulása következtében lassuljon vagy visszaforduljon a betegség progressziója” (Goble & Worchester, 1999, 11. o.).

1.2. A kardiológiai rehabilitációban részt vevő betegek pszichés státusza

A kardiológiai betegekre jellemző pszichés sajátosságok empirikus igényű vizsgálata először a koronária-problémákra hajlamosító A-típusú „személyiség” vagy „viselkedés” meghatározására irányult. Az 1960-es években Friedman és Rosenman olyan pszichés jellemzők azonosítására törekedtek, melyek kapcsolatba hozhatóak a szív- és érrendszeri betegségekkel (Rosen-

man & Friedman, 1961). A kardiológiai betegek főbb viselkedéses jellemzői közé sorolták a versengést, az erősen teljesítményorientált hozzáállást, a türelmetlenséget, az élet minden területén megfigyelhető magas aktivitási szintet, valamint az ellenséges vagy agresszív attitűddel jellemezhető kommunikációs stílust (Rosenman és mtsai, 1975). A koncepció számos nagy-szabású longitudinális kutatás kiindulópontját képezte, melyek azonban ellentmondásos eredményekhez vezettek (Evans, 1990; Marks, Murray, Evans, & Willig, 2000; Rosenman és mtsai, 1975). A Western Collaborative Group Study (WCGS) keretében (Rosenman és mtsai, 1975) 3000 kaliforniai férfin vizsgálták az A-típusú viselkedés előrejelző erejét. Strukturált interjúk segítségével azonosították, majd egy longitudinális kutatás keretében követték nyomon az A-típusú viselkedési mintázatot mutató egyéneket. 8,5 év után a vizsgálatban résztvevők 7%-a mutatta a szív- és érrendszeri megbetegedés jeleit, míg 2/3-uk volt A-típusú.

Sokáig ez a kutatás volt a legfőbb empirikus érv az A-típusú viselkedés kardiológiai jelentősége mellett. Azonban Ragland és Brand (1988) a WCGS-mintán 22 évvel később már nem tudta kimutatni a fenti összefüggést. Ez az eredmény megrendítette az A-típusú viselkedés koncepciójába vetett bizalmat, és a további cáfoló eredmények hatására végül átértékeltek a koncepciót (vö. Evans, 1990). Az átértékelés lényege az volt, hogy az A-típusú viselkedés egyik elemére, az ellenségesség-ellenszenv faktor előrejelző erejére helyezték a hangsúlyt, ami igazolható, de gyenge előrejelző erővel bírt (Marks és mtsai, 2000).

A fenti átalakulások következtében Goble és Worchester (1999) mértékadó, kardiológiai rehabilitációra vonatkozó áttekintésükben az A-típusú személyiség koncepciójára épülő módszereket már nem sorolják az „igazolt, hatékony” intervenciók közé. Más források szerint azonban az A-típusú viselkedési mintázat csökkentését célzó csoportok is lehetnek eredményesek, főként akkor, ha a relaxációs módszereket, a stresszreakciók felismerését és a stresszkeltő gondolatok kezelését helyezik előtérbe (Linden, Phillips, & Leclerc, 2007). Az ellentmondásos eredmények egyik lehetséges magyarázata az, hogy a kardiológiai betegek csoportja a pszichés jellemzők szempontjából (is) heterogén. Kimutatható például, hogy a stresszkezelés hatékonyságát fejlesztő csoportok csak a magas stresszt megélő betegek túlélési esélyeit javítják, az idősekét és a relatíve alacsonyabb stressznek kitett nők életkilátásait kevésbé (Linden, 2000).

Az A-típusú személyiség koncepciója mellett felmerült a D-típusú személyiségjegyek jelentősége is a kardiológiai betegek esetében. Erre a viselkedési mintázatra az erős negatív érzelmekkel (pl. érzelmi distressz) társuló sajátos védekezési, háritási tendencia jellemző (Pedersen & Denollet, 2006). A D-típusú személyiségjegyekkel bíró kardiológiai betegeknél kimutatható

volt, hogy más páciensekhez képest ötször nagyobb a szívinfarktus utáni mortalitás esélye (Linden és mtsai, 2007).

A kardiológiai betegek pszichés státuszára vonatkozó vizsgálatok további jelentős fókuszpontja a depresszió kérdése. A kardiológiai betegségek akut fázisában, amikor a beteg szembesül a problémával, gyakoriak a rövid depressziós periódusok. A kardiológiai műtétet követő depresszió általánosabb jelenség, és olyan személyeknél is megfigyelhető, akiknél korábban súlyos pszichés problémák nem mutatkoztak (Smith & Leon, 1992). A kardiológiai rehabilitációban részesülő páciensek 30–75%-a mutat depressziós tüneteket, míg a szívinfarktuson átesett betegek körében a depresszió klinikai stádiuma 10–30%-os arányban azonosítható (Berry & Walsh, 2001).

A kardiológiai betegek csoportja azonban ebben a kérdésben is heterogén. Jelentős egyéni különbségek lehetnek a problémák súlyosságából fakadóan, de hatása lehet annak is, hogy a betegnek volt-e ideje felkészülni a kórházi ellátásra (vö. bypass műtét) vagy váratlanul került kórházba, például első infarktus következtében (Johnston, Foulkes, Johnston, Polard, & Gudmundsdottir, 1999).

Vannak arra utaló empirikus adatok is, hogy a depresszió mértéke jó indikátora lehet annak, hogy miként alakul a kardiológiai beteg várható életminősége, betegségének lefolyása és a munkaerőpiacra való visszatérésének esélye (Taylor, Barber, Mcintosh, & Khan, 1998). A depresszió kérdésével kapcsolatban azonban óvatosságra intenek az újabb kutatási eredmények. Linden és munkatársai (2007) például számos kardiológiai rehabilitációs tréning hatékonysági mutatóit összevetve kimutatták, hogy a depresszió enyhítésének sikere vagy kudarca nem befolyásolta számottevő mértékben a kardiológiai betegek mortalitását.

Az alacsonyabb jövedelmű és iskolai végzettségű, magányosan vagy relatíve elszigetelten élő betegek körében a súlyos depresszióban szenvedők aránya is jóval magasabb. Az életkorból, a nemből és a szocioökonómiai státuszából fakadó hátrányok erősíthetik a klinikai depresszió esélyét, és ez rontja a kardiológiai rehabilitáció hatékonyságát is (Berry & Walsh, 2001; Kopp, Falger, Appels, & Szedmak, 1998).

1.3. A jelen vizsgálat célkitűzései

Célunk a kardiológiai betegek pszichés státuszának elemzése volt, a kardiológiai rehabilitációt segítő pszichológiai intervenciók céljainak, lehetőségeinek pontosítása érdekében, melyet három kutatási területre szűkítettük le.

A kardiológiai rehabilitációra irányuló pszichológiai kutatások metaelemzéseiből kiderül (pl. Berry & Walsh, 2001; Linden és mtsai, 2007), hogy a betegek érzelmi státuszának szerepe kulcsfontosságú. Ezért az első kutatási kérdés arra irányult, hogy a pszichés jólléthez és a pozitív életminőséghez kapcsolódó érzések megléte, valamint a depressziós tünetek előfordulása szempontjából hogyan jellemezhető az általunk megkérdezett kardiológiai betegek köre:

- 1.1. hipotézis: a megkérdezett kardiológiai betegek jólléte alacsonyabb lesz a hazai normál populáció átlagánál.
- 1.2. hipotézis: a kardiológiai betegek körében a depresszió szintje magasabb lesz a hazai normál populáció átlagánál.
- 1.3. hipotézis: az eltérő diagnosztikai / kezelési kategóriákba sorolható betegek körében különböző lesz a szubjektív jóllét és a depresszió mértéke.

Másrészt, vizsgáltuk a kardiológiai betegségekkel együtt járó „betegségteher” mértékét. Elsősorban arra fókuszáltunk, hogy a mindennapi élet mely területén jelenthet a kardiológiai kezelés leginkább hátrányt a betegek számára. A betegségteher mértékét jelentősen befolyásolhatja a kardiológiai intervenciókkal (pl. kórházi beszállítás, kivizsgálás, műtét vagy egyéb orvosi beavatkozás) együtt járó stressz, esetleges pszichés trauma is (Linden, 2000). Ezért arról is képet szeretünk volna kapni, hogy a kardiológiai beavatkozás után mennyire jellemzőek a poszttraumás tünetek. E kérdéskör hipotézisei:

- 2.1. hipotézis: a megkérdezett betegek esetében a betegségteher jelentősnek tekinthető.
- 2.2. hipotézis: a betegségteher instrumentális dimenziója a legmarkánsabb, tekintve, hogy a kardiológiai betegek életkilátásainak javítása érdekében drasztikus életmódváltásra van szükség.
- 2.3. hipotézis: a kardiológiai intervenciók a betegek egy részénél jelentős mértékű, pszichológiai segítségnyújtást igénylő poszttraumás tünetekkel járnak együtt.

Végül, a szakirodalom áttekintése alapján nyilvánvalóvá vált, hogy a kardiológiai rehabilitáció keretei közt zajló pszichológiai tanácsadás egyik gyakori témája a stresszkezelés és a betegek megküzdési repertoárjának gazdagítása (Berry & Walsh, 2001; Linden, 2000; Linden és mtsai, 2007). Az e kutatási kérdéskörhöz kapcsolódó hipotézisek:

- 3.1. hipotézis: a kardiológiai betegek jellemző diszfunkcionális attitűdök közt meghatározó a „hosztilis attitűd” szerepe.
- 3.2. hipotézis: a kardiológiai betegek körében kimutatható a düh-elfojtásra irányuló tendencia a harag és düh kifejezése során.

- 3.3. hipotézis: a kardiológiai betegek esetében a problémaközpontú megküzdési stratégia szerepe nagyobb, mint az érzelemközpontú stratégiáé.

2. Módszer

2.1. A vizsgálat lefolytatása és a minta bemutatása

A kérdőíves módszeren alapuló vizsgálat a Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórházának Kardiológiai Rehabilitációs Osztályán kezelt betegeknél történt. A kérdőívet összesen 49 kórházi beteg töltötte ki 2012 márciusában. A kitöltők kiválasztása során nem valószínűségi mintavételi eljárást alkalmaztunk, az adott hónapban osztályra kerülő fekvőbetegek kerültek a mintába. Az alacsony elemszám miatt azonban a minta semmiképpen sem tekinthető reprezentatívnak. Kontrollcsoportos lekérdezésre nem került sor, a felhasznált mérőeszközök esetében, ahol rendelkezésre állnak országos vagy nagyobb mintán történt lekérdezésből származó adatok, ott azok felhasználására törekedtünk.

A kérdőívet 32 férfi (65,3%) és 17 nő (34,7%) töltötte ki. Az átlagéletkor 58,37 év, az életkor szórása 8,11 év, a legfiatalabb kitöltő 36, a legidősebb 75 éves volt. Családi állapot szerint a kitöltők 71,4%-a házas, 10,2% élt élet társi kapcsolatban, illetve özvegy, 4,1% elvált, 1 fő nőtlen/hajadon, illetve 1 fő nem válaszolt a kérdésre. Az iskolai végzettség tekintetében pedig a válaszadók 14,3%-a általános iskolai és 38,8%-a szakmunkás végzettségű, egynegyede (24,5%) középiskolai érettségivel rendelkezik, közel ötöde (18,4%) diplomás. A kórházi kezelést megelőző munkaviszony vonatkozásában megállapítható, hogy a 45 érvényes választ adó megkérdezettnek mintegy fele volt foglalkoztatásban, 48,9%-uknak volt munkaviszonya és 51,1%-uknak nem. A megkérdezettek 20%-a volt (alsó-, közép-, vagy felsőszintű) vezetői beosztásban.

A kardiológiai betegek számára összeállított kérdőívben rákérdeztünk arra is, hogy milyen jellegű kardiológiai betegségben szenvednek, és milyen jellegű kardiológiai kezelésben részesülnek a válaszadók. A megkérdezettek egyharmada szívműtéten esett át, ők általában 6 nappal a beavatkozás után kerülnek a rehabilitációs osztályra, függetlenül attól, hogy koszorúér-áthidaló műtét vagy billentyű-beültetés történt-e esetükben. A minta ötödét a magas vérnyomásban szenvedő betegek tették ki. A válaszadók több mint egytizede szenved angina pectorisban vagy áll kezelés alatt szívinfarktus következtében. Négy fő nem válaszolt a kardiológiai ellátásra vonatkozó kérdésre.

2.2. Mérészközök

A kérdőíves módszert alkalmazó vizsgálat szociodemográfiai és pszichológiai változók felmérésére egyaránt irányult. Szociodemográfiai szempontból a betegek nemére, életkorára, családi és korábbi foglalkoztatási helyzetére vonatkozó adatok kerültek lekérdezésre. Emellett a beteg aktuális kórházi kezeléséről is gyűjtöttünk információkat.

A WHO Jólét Index a szubjektív pszichés jólét, pozitív életminőség, a lelki egészségesség önminősítésére alkalmas (Bech, Staehr-Johansen, & Gudex, 1996; Rózsa, Réthelyi, Stauder, Susánszky, & Mészáros, 2003). A vizsgálatban a hatfokú skála került felhasználásra, melyet az országos adatokkal való összevethetőség érdekében (lásd Susánszky, Konkoly Thege, Stauder, & Kopp, 2006). A négyfokú skála maximum értéke 15, országos átlaga 7,75 (standard hiba = 0,03) (Kopp, Skrabski, & Székely, 2006).

A Beck Depresszió Kérdőív rövidített (9-ites) változatának kialakítása a depressziós tünetegyüttes következő összetevői mentén történt: szociális visszahúzóds, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyág, túlzott aggodás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, örömképesség hiánya és önvádlás (Beck & Beck, 1972; Kopp, Skrabski, & Czákó, 1990). A klinikai depresszió határértéke: 19 pont. A kérdőív országos átlagértéke 7,9 (standard hiba = 0,9) (Kopp és mtsai, 2006).

A Betegségteher Index esetében a „betegségteher” a krónikus betegség és kezelése következtében fellépő életminőségváltozás feltárására törekszik az élet különböző területein. A krónikus betegségek és kezelésük hatása az egyén életminőségére igen eltérő lehet, az egyén kontrollja, megbirkózási készségei és pszichoszociális háttérének függvényében. A mindennapi életvitel tizenhárom különböző területére vonatkozó kérdések három faktorba sorolhatóak: a kapcsolatok és személyes fejlődést biztosító, az intim és az instrumentális változókba (Devins és mtsai, 1993; Novák, 2004). A kapcsolatok és személyes fejlődés nevű alskála a családi, baráti és közösségi kapcsolatokra, valamint az aktív és passzív szabadidő-eltöltésre vonatkozó állítások átlagából tevődik össze. A krónikus betegségek párkapcsolatokra és nemi életre irányuló hatásait az Intimitás alskála méri fel. Az Instrumentális alskála pedig főként az egészségi állapot észlelésére, a munkára és a táplálkozásra gyakorolt hatásokat méri fel.

Az Életesemény Hatás Skála eredeti változatát Horowitz, Wilner, & Alvarez (1979) dolgozták ki poszttraumas tünetek vizsgálatára. A teszt javított változata két alskálából áll. Az emléketörést vizsgáló rész azt mutatja, hogy a traumatikus eseményre milyen gyakorisággal gondol akaratlanul is a válaszó. Az Elkerülés alskála pedig arra utal, hogy az egyén mennyire próbálja távol tartani magát a traumát felidézó helyzetektől. A

két alskála összege adja a teljes pontszámot, 26 pont felett mérsékelt vagy erős stresszhatás azonosítható (Hutchings & Devilly, 2003). A skála alapján végezhető kategorizálás: 0–8-ig szubklinikai szint, 9–25-ig enyhe fokú, 26–43-ig mérsékelt, 44 felett pedig nagymértékű poszttraumás stresszhatás (Hutchings & Devilly, 2003). A skála magyar fordítása elkészült (Perczel Forintos, Kiss, & Ajtay, 2005), standardizálására azonban a szerzők tudomása szerint még nem került sor. Vizsgálatunkban a kardiológiai kezelést mint életeseményt megnevező instrukciót alkalmaztunk.

A Diszfunkcionális Attitűd Skálát Weisman és Beck dolgozták ki (Weissman, 1979). A rövidített magyar változat Burns (1980) változatának felhasználásával készült (Kopp, Skrabski, & Czako 1990), ami az eredeti 35-tételes skála legnagyobb faktorsúlyú elemeit tartalmazza. Külön állítás vizsgálja a külső elismerés, a szeretettség igénye, a teljesítmény, a perfekcionizmus, a jogos elvárások, az onnipotencia és végül a külső kontroll vs. autonómia attitűdjeit. Amennyiben ezek az attitűdök túlzott elvárások formájában jelentkeznek, diszfunkcionálissá válhatnak, így sem az egyén, sem pedig a környezet nem képes eleget tenni az így keletkező elvárásoknak. A hosztilitást jelző utolsó tételt Kopp & Skrabski (1995) építette be a skálába, mivel vizsgálatainkban a szívinfarktussal való nagymértékű korrelációt lehetett e tétel kapcsán kimutatni. Ennek jogosságát Kopp és munkatársainak (1998) eredményei szintén alátámasztották.

A Harag és Düh Kifejezési Mód Skálát Spielberger és munkatársai (1985) szerkesztették, magyar verzióját Oláh Attila dolgozta ki (Oláh, 2005). A skála háttérkonceptcióját az adja, hogy a harag és düh kifejezési módja valószínűleg tartós személyiségvonásnak tekinthető abban a tekintetben, hogy a személy ezen érzelmek nyílt kifejezésére vagy elfojtására hajlamos. Ezeket a tendenciákat két alskálán keresztül méri a vizsgálati eszköz. Düh-kinyilvánító (anger-out) az a személy, aki haragját és dühét nyíltan kommunikálja és agresszív megnyilvánulások formájában környezetére felé is kiéli. Ezzel szemben a düh-elfojtó (anger-in) személyek visszatartják ezeket az érzelmeket, a düh a manifeszt viselkedésükben nem jelenik meg, legfeljebb úgy, hogy saját maguk ellen fordítják dühüket, amit az anger-in alskála mér. Vizsgálható ezen felül az összpontszám is (Oláh, 2005). Szívinfarktuson átesett férfiak esetében ($n = 53$) az összskála átlaga: $46,32 \pm 6,58$, a düh-elfojtó alskála átlaga: $19,00 \pm 4,17$, a düh-kinyilvánító alskála átlaga pedig: $14,20 \pm 3,89$. A düh-elfojtó alskála átlaga relatíve magas a szív- és érrendszeri betegségekkel küzdők esetében, így a magas vérnyomásra és a szívinfarktusra való hajlam előrejelzésében jól használhatónak bizonyult (Oláh, 2005).

A Megküzdési MódoK Kérdőív 22-ites változatát Kopp & Skrabski (1995) alakította ki Folkman és Lazarus (1980) Ways of Coping kérdőíve

alapján. Eredetileg a 64 állítást tartalmazó kérdőívet nyolc faktorra bontották, azonban a rövidített verzióval magyar mintán végzett vizsgálatok alapján hét faktor kialakítása tűnt optimálisnak (Kopp & Skrabski, 1995). A hét megküzdési faktor a következő: problémaelemzés, céltudatos cselekvés, érzelmi indíttatású cselekvés, alkalmazkodás, segítségkérés, érzelmi egyensúly keresése és visszahúzóds. Folkman és Lazarus alapkonceptiója az volt, hogy két alapvető megküzdési mód azonosítható: a problémacentrikus és az érzelemközpontú stratégia. A kérdőív alapján a problémaközpontú megküzdési készségek súlyát a „problémaelemzés” és „céltudatos cselekvés” faktorok adják. A többi faktor az érzelemközpontú megküzdés különböző módjainak jelentőségét jelzi, ami a probléma bagatellizálásában, az eseményekre való ráhagyatkozásban, a dominánsabb személyek követésében és a helyzet értelmezésében nyilvánulhat meg.

2.3. Statisztikai módszerek

A kérdőívvel gyűjtött adatok statisztikai feldolgozása és elemzése a SPSS 15-ös programcsomag (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) felhasználásával történt. A tanulmányban használt skálák, alskálák megbízhatóságát a vizsgálati mintánkból származó adatokon a Cronbach-alfa meghatározásával elemeztük. A WHO Jólleti Index 0,812, a Beck Depresszió Kérdőív pedig 0,874-es értékkel rendelkezett. A Betegségteher Index Cronbach-alfa értéke 0,854; az index faktorainak értékei pedig a következőképpen alakultak: a kapcsolatok és személyes fejlődés alskála: 0,841, intimitás: 0,780, instrumentális alskála: 0,702. Az Életesemény Hatás Skálánál a teljes mérőszközre 0,838, az emléketörés alskálára 0,792, az elkerülés alskálára pedig 0,731-es Cronbach-alfa-értéket kaptunk. A Harag és Düh Kifejezési Mód Skála megbízhatósága: a teljes skálára vonatkozóan 0,808 volt, míg a düh-elfojtó alskála esetében 0,780, a düh-kinyilvánító alskála kapcsán pedig 0,811 volt. A Megküzdési MódoK Kérdőív esetében csak a teljes kérdőív (0,802), a problémaelemzés faktor (0,754), illetve kétféle megküzdési stratégia (problémaközpontú megküzdés 0,782; érzelemközpontú megküzdés 0,724) bizonyultak megbízhatónak a Cronbach-alfa értékek alapján, a többi faktor nem (céltudatos cselekvés: 0,691; érzelmi cselekvés: 0,654; alkalmazkodás: 0,429; segítségkérés: 0,443; érzelmi egyensúly: 0,326; visszahúzóds: 0,080).

A WHO Jólleti Index és a Beck Depresszió Kérdőív esetében a vizsgálati mintánk adataiból átlagot és szórást számoltunk, majd eredményeinket egymintás t-próba segítségével országos reprezentatív vizsgálatok eredményével vetettük össze. Eredményeinket nemi bontásban is feldolgoztuk,

kétmintás t-próba segítségével elemeztük a mintabeli, egymintás t-próba segítségével pedig az országos adatoktól mért eltéréseket vizsgáltuk (1.1. és 1.2. hipotézis). A kardiológiai kategóriák mentén a két skála esetében kapott átlagok eltéréseinek szignifikanciáját egyszempontos varianciaanalízissel (ANOVA) vizsgáltuk, és a kapcsolódó Levene-próba eredményétől függő post hoc statisztikákat is végeztünk: szórás egyezősnél LSD-próbát, annak hiányában pedig a Dunett-féle T3-próbát alkalmaztunk az alkategóriák kombinációiban kapott átlagok eltéréseinek elemzésére (1.3. hipotézis).

A kardiológiai betegek betegségterhének mértékét más betegcsoportokra irányuló vizsgálatok releváns eredményeivel is összevetettük, egyszempontos t-próba segítségével (2.1. és 2.2. hipotézis). A 2.3. hipotézis esetében pedig adataink százalékos megoszlását elemeztük. A diszfunkcionális attitűdök (3.1. hipotézis) elemzésekor a teljes mintán és nemi bontásban a kapott válaszok százalékos megoszlását vizsgáltuk. A hosztilis attitűd és a betegségteher mértéke közti kapcsolatot χ^2 -statisztikával elemeztük, mértékét a Cramer-féle V értékkel jellemeztük.

A Harag és Düh Kifejezési Mód skála (3.2. hipotézis) kapcsán átlagot és szórást számoltunk, valamint nemenkénti bontásban kétmintás t-próbát végeztünk. A Megküzdési MódoK Kérdőív adatai alapján a 3.3. hipotézis vizsgálatára, a megküzdési stratégiára vonatkozó háttérváltozók kapcsán páros mintás t-próba alkalmazására került sor.

3. Eredmények

3.1 A kardiológiai betegek érzelmi állapotával kapcsolatos eredmények

Az első kutatási kérdés és az ahhoz kapcsolódó hipotézisek a kardiológiai betegek érzelmi státuszának jellemzésére irányultak. A WHO Jóléti Index négyfokúra konvertált változatában a kardiológiai betegek átlaga $5,77 \pm 2,55$ ($N = 43$ fő). A normál populációra vonatkozó országos átlag $7,75$ (Kopp, Skrabski, & Székely, 2006), aminél a kardiológiai betegek átlaga az egymintás t-próba eredménye szerint szignifikánsan ($p < 0,001$) kisebb. A férfiak átlaga $6,11 \pm 2,56$ magasabb, mint a nőké ($5,19 \pm 2,48$). Azonban, a vonatkozó független kétmintás t-próba eredménye szerint az átlagok eltérése nem szignifikáns ($p = 0,256$). Az országos mintából származó eredmények hasonló tendenciát mutatnak: a férfiaknál az országos átlag $8,17$; nőknél pedig $7,41$ (Kopp és mtsai, 2006).

Kardiológiai kategóriák szerint a WHO Jóléti Indexének átlagai közti különbség nem szignifikáns az ANOVA-próba szerint. A post hoc elem-

zésekkel viszont kimutatható, hogy szignifikáns eltérés található az „angina pectoris csoport” átlaga ($4,29 \pm 1,11$) és a „szívkatéterezés csoport” átlaga ($7,50 \pm 3,79$) közt ($p = 0,049$); valamint az „angina pectoris” és az ischémiás szívbetegséggel jellemzett csoport átlaga ($7,75 \pm 2,754$; $p = 0,035$) esetében is.

A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatán végzett vizsgálat szerint a minta átlaga $7,02 \pm 5,59$ ($N = 45$ fő), ami alatta marad az országos átlagnak ($7,88$), az eltérés azonban az egymintás t-próba eredménye alapján nem szignifikáns ($p = 0,309$). Adatainkat a diagnosztikai kategóriák szerint tovább elemezve megállapítható, hogy a vizsgált kardiológiai betegek 77,8%-a (35 fő) a „nem depressziós”, 17,8%-a (8 fő) az „enyhén depressziós” és 4,4%-a (2 fő) „közepesúlyos depressziós” kategóriába sorolható. Nemenkénti bontásban tendenciaszerű különbség ($p = 0,046$) található a férfiak ($5,79 \pm 5,07$) és a nők átlaga ($9,25 \pm 5,95$) közt. Figyelemre méltó, hogy a nőbetegek átlaga az enyhén depressziós kategória határértékének közelében van. A férfiak átlaga az egymintás t-próba eredménye alapján szignifikánsan ($p = 0,007$) kedvezőbb a férfiak országos átlagánál ($7,10$), a nőbetegek esetében az eltérés nem szignifikáns ($p = 0,626$) az országos női átlagtól ($8,51$). A kardiológiai kategóriák szerint végzett statisztikai próbák alapján a depresszió pontszámának kategóriánkénti átlaga közti eltérések nem szignifikánsak.

3.2. A kardiológiai betegek betegségterhével kapcsolatos eredmények

A 2.1. hipotézis kapcsán, miszerint a kardiológiai betegek esetében a betegségteher jelentősnek tekinthető, a Betegségteher Index összpontszámát elemeztük. A Betegségteher Index lehetséges terjedelme 13–81. Mintánkban ($N = 42$) ebből a 17–81-es intervallumban volt a válaszadók összpontszáma, az átlag $47,62 \pm 15,47$ volt. Nemi bontásban végzett független mintás t-próbával nem lehetett szignifikáns különbséget kimutatni az adekvát válaszadói csoportok átlagai közt.

Magyar betegmintán végzett más vizsgálatok (Nagy & Laczkóné, 2012; Novák, 2004) eredményeivel összevetve, egymintás t-próba alkalmazásával megállapítható, hogy kardiológiai betegek betegségterhének mértéke megegyező mértékű a bélbetegekével, és szignifikánsan magasabb a dializált vesebetegek és az asztmások betegségterheihez képest (1. táblázat). Ez az eredmény alátámasztja a 2.1. hipotézisünket.

1. táblázat. A Betegségteher Index saját vizsgálatban kapott eredményeinek összevetése

más vizsgálatok eredményeivel

Vizsgálat	Teljes skála	Alskálák		
		kapcsolatok és személyes fejlődés	intimitás	instrumentális
Kardiológiai betegek (jelen vizsgálat)	47,62	2,81	3,59	4,43
Dializált vesebetegek (Novák, 2004)	39,35**	2,23	2,39**	4,31
Bélbetegek (Nagy & Laczkóné, 2012)	48,7	3,06	3,8	4,52
Asztmás betegek (Nagy & Laczkóné, 2012)	36,9**	2,43	3,1	3,2**

**p < 0,001

Az alskálák átlagai kapcsán, a 2.2. hipotézisnek megfelelően kijelenthető, hogy a kardiológiai betegségek esetében az instrumentális betegségteher mértéke a legjelentősebb. Más krónikus betegségekkel összevetve megállapítható, hogy a kapcsolatok és személyes fejlődés dimenziója mentén nincs szignifikáns különbség az összehasonlított betegcsoportok közt, a vesebetegség esetében viszont szignifikánsan kevésbé jelent megterhelést az intimitás. Az instrumentális alskála mentén pedig csak az asztma jelent szignifikánsan kisebb mértékű terhet a kardiológiai betegséghez képest.

A kardiológiai kezeléssel összefüggésbe hozható stresszhatás mértékét az Életesemény Hatás Skálával vizsgáltuk. Mintánk esetében (N = 38 fő) az Életesemény Hatás Skála összpontszámának átlaga $18,87 \pm 12,36$, az Emléketörés alskála átlaga $9,53 \pm 7,36$, az Elkerülés alskála átlaga pedig $9,43 \pm 6,54$. A minta megoszlása a poszttraumás tünetek mértéke alapján a következő: szubklinikai szint 6 főnél (17,1%), enyhe fokú poszttraumás tünetek 19 főnél (54,3%), mérsékelt szintű tünetek 7 főnél (20,0%) és jelentős mértékű poszttraumás tünetek pedig 3 főnél (8,6%) voltak azonosíthatóak. Kiemelendő, hogy a megkérdezettek 28,6%-nál (10 fő) mérsékelt vagy erős poszttraumás stresszhatást lehetett azonosítani, ami alátámasztja 2.3. hipotézisünket.

3.3. A kardiológiai betegek megküzdési készségeire vonatkozó eredmények

Először a társas stresszhelyzetek kezelésének kognitív és affektív aspektusát nagymértékben befolyásoló diszfunkcionális attitűdök felmérésére került sor. A kardiológiai betegek esetében kapott eredményekből az adott disz-

funkcionális attitűdre „teljesen egyetértek” választ adók arányát mutatja a 2. táblázat. Látható, hogy a megkérdezett kardiológiai betegek 41,67%-nál kimutatható a „fokozott környezeti elvárások” diszfunkcionális attitűdje. Nemenkénti bontásban árnyaltabb képet kapunk, ez a diszfunkcionális attitűd a kardiológiai férfibetegek harmadára (35,48%), míg a nőbetegek több mint felére (52,94%) volt jellemző.

2. táblázat. A „teljesen egyetértek” választ adók aránya a teljes mintában és nemenkénti bontásban.

	Teljes minta N = 48	Férfi N = 31	Nő N = 17
	fő (%)	fő (%)	fő (%)
Külső elismerés igénye	1 (2,08)	1 (3,23)	0 (0,00)
Szeretettség igénye	2 (4,17)	0 (0,00)	2 (11,76)
Teljesítményigény	9 (18,75)	6 (19,35)	3 (17,65)
Perfekcionizmus	14 (29,17)	8 (25,81)	6 (35,29)
Fokozott környezeti elvárások	20 (41,67)	11 (35,48)	9 (52,94)
Omnipotencia*	7 (14,89)	5 (16,67)	2 (11,76)
Külső kontroll autonómia	12 (25,00)	6 (19,35)	6 (35,29)
Hosztilitás	10 (20,83)	7 (22,58)	3 (17,65)

A 3.1. hipotézisben a hosztilis attitűd jelentőségére vonatkozó elvárást fogalmaztunk meg a kardiológiai betegek mintájára vonatkozóan. Adataink alapján a férfiak esetében a három leggyakrabban előforduló attitűd közé sorolható, és a nők esetében is jelentős arányban fordul elő. A diszfunkcionális attitűdök további elemzése rávilágított arra, hogy a hosztilis attitűdre adott „teljesen egyetértek” válasz aránya szisztematikus kapcsolatban volt a betegségteher mértékét leíró (alacsony, közepes és nagymértékű) kategóriákkal. A kérdés vizsgálatára végzett χ^2 -statisztika szignifikáns ($p = 0,019$) kapcsolatot mutatott ki, a Cramer-féle V érték közepesen erős, pozitív (0,434) kapcsolatra utal a két változó közt. Tehát, minél nagyobb mértékű a betegségteher, annál nagyobb arányban fordul elő a hosztilis attitűd.

A 3.2. hipotézis a düh-elfojtásra irányuló tendencia jelentős szerepét emeli ki a harag és düh kifejezése kapcsán a kardiológiai betegek esetében. Vizsgálatunkban a Harag és Düh Kifejezési Mód skála kapcsán a 3. táblázatban bemutatott eredményeket kaptuk. Már Oláh (2005) kutatásaiban is – a szívinfarktuson átesett férfiak esetében – a düh-elfojtó (anger-in) alszála $19,00 \pm 4,17$ átlaga relatíve magasnak bizonyult más vizsgált csoportokhoz viszonyítva, vizsgálatunkban azonban ennél az értéknél is magasabb $24,37 \pm 4,67$ -es átlagot kaptunk, ez mindenképpen megerősíti a

3.2.-es hipotézist. Nemenkénti bontásban kimutatható, hogy a férfiak átlaga ($25,33 \pm 4,34$) még ennél is magasabb. A férfiak és nők átlagának eltérése a düh-elfojtó alskálán azonban nem bizonyult szignifikánsnak. Egyedül a skála összpontszámának átlagában volt szignifikáns eltérés ($p = 0,050$) a férfiak és nők közt.

3. táblázat. A Harag és Düh Kifejezési Mód skála eredményei nemenkénti bontásban

		N	Átlag	Szórás
Harag és Düh Kifejezési Mód Skála	férfi	27	50,81	5,752
	nő	15	46,93	6,330
	teljes minta	42	49,43	6,18
Düh-elfojtási alskála	férfi	30	25,33	4,342
	nő	16	22,56	4,858
	teljes minta	46	24,37	4,67
Düh-kifejezési alskála	férfi	30	15,30	5,415
	nő	15	13,87	3,067
	teljes minta	45	14,82	4,77

A 3.3. hipotézis a kardiológiai betegek megküzdési stratégiáinak feltárására irányult. Vizsgálatunkban a Megküzdési MódoK Kérdőív esetében csak a problémaközpontú és az érzelempontú stratégia szerinti faktorstruktúra megbízhatósága bizonyult megfelelőnek. A problémaelemzés faktorán kívül minden egyéb háttérváltozó Cronbach-alfája alacsonynak bizonyult. A problémaközpontú megküzdési stratégia faktorának átlaga $1,63 \pm 0,52$ magasabb, mint az érzelempontú megküzdési stratégia faktorának átlaga $1,22 \pm 0,42$, ami a páros mintás t-próba alapján szignifikáns különbséget jelent ($p = 0,001$). Ez alátámasztja a 3.3. hipotézisünket, vagyis hogy a kardiológiai betegek esetében a problémaközpontú megküzdési stratégia előfordulása gyakoribb. Kiemelendő továbbá, hogy azt az állítást, miszerint nehéz élethelyzetben „Evéssel, ivással, dohányzással, nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbáltam magamon segíteni” a megkérdezettek 14,89%-a (7 fő) jelölte „nagyon jellemzőnek”. Ez az arány Kopp & Skrabski (1995) adatai szerint, az országos reprezentatív mintán mindössze 5% volt.

4. Megbeszélés

Tanulmányunk központi témája a kardiológiai rehabilitációban részesülő betegek pszichés állapotának felmérése volt. A vizsgálatban megkérdezett kardiológiai betegeknek az országos adatokhoz képest alacsonyabb értékeket kaptunk a szubjektív jóllétre vonatkozóan (az 1.1 hipotézisnek megfelelően) – nemenkénti bontásban is. A depresszió esetében a kardiológiai betegek átlaga kedvezőbbnek bizonyult az országos adatoknál. A képet az adatok nemenkénti bontása árnyalta, ahol csak a férfiak átlaga volt lényegesen kedvezőbb az országos adatokhoz képest, a nők átlaga kedvezőtlenebbnek bizonyult. A depresszió mértékének nemenkénti eltérése összhangban van a reprezentatív kutatások eredményeivel (vö. Kopp & Skrabski, 1995; Kopp és mtsai, 1998, 2006), azonban a férfiak eredménye meglepő és további vizsgálatokat igényelne a jelenség okainak feltárása.

Megállapítható továbbá, hogy a válaszadók többsége közepes mértékű betegségterhet él meg (2.1. hipotézis), ami elsősorban instrumentális formában, vagyis a mindennapi élet tevékenységei közben jelent többletterhet (2.2. hipotézis), de az intim életszférára is relatíve erősen érintett. A megkérdezett kardiológiai betegek közel harmadánál mérsékelt vagy erős mértékű poszttraumás stresszre utaló tüneteket lehetett azonosítani (2.3. hipotézis). Az a részeredmény, hogy a műtéti beavatkozással nem járó kardiológiai kategóriák esetében miért van jelen nagy mértékű poszttraumás stressz, további vizsgálatokat igényel.

A tanulmányban bemutatott vizsgálat eredményei szerint a leggyakrabban diszfunkcionális attitűd férfiaknál és nőknél egyaránt a fokozott környezeti elvárások körébe sorolható. Figyelemre méltó, hogy a diszfunkcionális attitűdök rangsora a férfiak és nők közt eltérőnek bizonyult. A harag és düh érzelmének kezelése kapcsán markáns nehézségeket lehetett azonosítani a kardiológiai betegek körében (3.2. hipotézis). Különösen a düh-elfojtási dimenzió esetében kaptunk a szakirodalomban publikált értékeket is meghaladó átlagokat, a férfiaknál kifejezettebben (de a nőknél sem elhanyagolható mértékben). A kardiológiai betegek megküzdési módjainak elemzésekor (3.3. hipotézis) a problémaközpontú megküzdés bizonyult a leghangsúlyosabbnak. Kimutatható volt az is, hogy az országos adatokhoz képest nagyobb arányban volt jellemző a nehéz helyzetben szerhasználathoz való fordulás („Evéssel, ivással, dohányzással, nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbáltam magamon segíteni”).

A betegségterhet mértéke, a düh-elfojtási dimenzió hangsúlya és a stressz kezelésére irányuló egészségkárosító magatartásformák magas aránya felveti azt a kérdést, hogy vajon a kardiológiai rehabilitációs központokban,

a kórházi rehabilitáció explicit életviteli kényszerein túl, a betegek mennyi pszichológiai segítséget kapnak ahhoz, hogy ezeket a változásokat a kórházi kezelés után, a mindennapok szintjén is meg tudják valósítani. A területen folyó más kutatások, elemzések eredményei arra utalnak (Bandura, 2005), hogy a jelenleginél nagyobb mértékben kellene segíteni a betegek életmódváltását, speciális pszichológiai tanácsadási módszerek alkalmazásával.

Brammer, Shoestrom és Abrego (1989) modelljét a kardiológiai rehabilitáció kontextusára adaptálva, a pszichológiai tanácsadás célja az lenne, hogy segítséget nyújtson a kórházi kezelést és rehabilitációt követő életvezetési helyzetek, krízisek, életmódváltási feladatok és adaptációs nehézségek, valamint az esetleges pályakorrekciós feladatok megoldásában is (Ritoók, 2006). Az ilyen szemléletű kardiológiai rehabilitációs tanácsadás fontos eleme, hogy erősíti a kliens hitét abban, hogy képes maga dönteni saját élete alakulásáról, továbbá választásai és döntései egy kiterjedt fejlődési kontextus elemeit képezik (Bandura, 2005).

Annak jelentősége, hogy az egyén mennyire ítéli magát alkalmasnak bizonyos rehabilitációs feladatokra, a napi gyakorlat szintjén jelentősen alulértékelt. Pedig vannak arra utaló eredmények, hogy a magas én-hatékonyság jobban jelzi előre a rehabilitáció sikerét, mint az életkor vagy az orvosi diagnózis (Bandura, 2005; Berkhuisen, Nieuwland, Buunk, Sanderman, & Rispensa, 1999).

Jelen tanulmányunk eredményei a kardiológiai rehabilitációs tanácsadás fenti, alapjában véve egészségfejlesztési kontextusában hasznosulhatnak (Benkő & Lippai, 2001). Azonban ugyanilyen fontos lehet – amennyiben ezt a beteg életkora, állapota és aspirációi lehetővé teszik – a rehabilitációs pályatanácsadási kontextus is (Fonyó & Pajor, 2000). Eredményeinkből erre a területre vonatkozóan nem lehet következtetéseket levonni, hiszen a munkából kiesés körülményeit és a munkába való visszatérés objektív és szubjektív körülményeit nem vizsgáltuk. Tekintve azonban, hogy a kliens újbóli munkába állása – amennyiben erre reális esély van – nemcsak gazdasági szempontból fontos, hanem a legtöbb beteg pszichés státuszára is jótékonyan hat (Mittag, Kolenda, Nordmann, Bernien, & Maurischat, 2001), ezért mindenképpen fontosnak tartjuk kiemelni ennek az aspektusnak a jelentőségét is. Ha a kliens a munkába állás révén újraintegrálódik a társadalomba, sikerélményekkel gazdagodik, erősödik a kompetenciaérzése és önbecsülése, ami a személy életének más aspektusaira is pozitív hatással lehet (Crites, 1992).

Hangsúlyozandó, hogy vizsgálatunk jelenlegi fázisában eredményeink tájékoztató jellegűek. A vizsgálatba vonható betegek alacsony száma nem tette lehetővé reprezentatív minta kialakítását, így a levonható követke-

tetések érvényessége és általánosíthatósága is erősen korlátozott, általánosabb érvényű összefüggések igazolására az adatok nem alkalmasak.

Adatainkat csupán betegek lekérdezése során gyűjtöttük, ezért a válaszokban kevered(het)nek a kardiológiai diagnózis és kezelés gyakran igen eltérő kategóriái, hiszen például szívműtétre vagy szívkatéterezésre nagyon is eltérő kardiológiai betegségek esetében is sor kerülhet. A válaszokból sok esetben nem kaptunk megbízható információkat erről a kérdésről. Az anonim lekérdezés miatt azonban az orvosi nyilvántartásból nem volt lehetséges további, diagnosztikus információk gyűjtése. A vizsgálat eredményeinek elemzésekor azt is érdemes figyelembe vennünk, hogy az összehasonlításhoz használt országos adatok helyenként régiiek, és az azóta eltelt időben jelentősen változhattak, ezért a normál értékektől való eltérés mértéke is más lehet.

Annak következetes felmérésére, hogy a kardiológiai rehabilitációban az egészségfejlesztési és a pálya-tanácsadási kontextusú pszichológiai intervenció pontosan milyen mértékben befolyásolja a kardiológiai betegek pszichés státuszát, megítélésünk szerint, jelenleg még nincs lehetőség. Az ilyen jellegű hatásvizsgálatok első lépése az aktuális helyzet felmérése, melyre tanulmányunkban is kísérletet tettünk, önmagában is jelentős módszertani kihívást jelent (Mittag és mtsai, 2001). A szakirodalmi fókuszpontok alapján olyan mérőeszköz-csomag kialakításával próbálkoztunk, amely a kardiológiai betegek pszichés státuszának releváns indikátorait tartalmazza. Az összeállítás biztosan nem teljes, és annak megállapítása is további vizsgálatokat igényelne, hogy a pszichés státusz változásának feltárására alkalmasak-e a felhasznált mérőeszközök.

Irodalom

- Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *Applied Psychology: An International Review*, 54(2), 245–254.
- Brammer, L.N.M., Shoestrom, E.L., & Abrego, Ph.J. (1989). *Therapeutic psychology: Fundamentals of counseling and psychotherapy*. 3rd Edition. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bech, P., Staehr-Johansen, K., & Gudex, C. (1996). The WHO (Ten) Well-Being Index: Validation in diabetes. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 65(4), 183–190.
- Beck, A.T., & Beck, R.W. (1972). Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. *Postgraduate Medicine*, 52(6), 81–85.
- Benkő, Zs., & Lippai, L. (2001). Teljességigény egy egészségműhelyben. Egészségfejlesztő mentálhigiénikus képzési spektrum a szegedi egyetemen. *Új Pedagógiai Szemle*, 51(5), 36–53.

- Berkhuysen, M.A., Nieuwland, W., Buunk, B.P., Sanderman, R., & Rispensa, P. (1999). Change in self-efficacy during cardiac rehabilitation and the role of perceived overprotectiveness. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 21–32.
- Berry, T., & Walsh, J. (2001). Mental health and cardiovascular disease: Challenges for counsellors. *Canadian Journal of Counselling*, 35(3), 196–207.
- Burns, D.D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: William Morrow.
- Crites, J.O. (1992). Bevezetés a pályaválasztási tanácsadásba. In P. Ritoók, & M. Gillemotné Tóth (szerk.), *Pályalélektan. Szöveggyűjtemény (317–335)*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó
- Devins, G.M., Edworthy, S.M., Seland, T.P., Klein, G.M., Paul, L.C., & Mandin, H. (1993). Differences in illness intrusiveness across rheumatoid arthritis, end-stage renal disease and multiple sclerosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(6), 377–381.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239.
- Fonyó, I., & Pajor, A. (2000). *Fejezetek a konzultáció pszichológiájának témaköréből*. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar
- EUSTAT (2011). Causes of death statistics. Letöltve: 2012. 03. 14.: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics#Diseases_of_the_circulatory_system
- Evans, P.D. (1990). Type A behaviour and coronary heart disease: When will the jury return? *British Journal of Psychology*, 81(2), 147–157.
- Goble, A.J., & Worchester, M.U.C. (1999). *Best practice guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention*. Victoria: Heart Research Centre & Department of Human Services Victoria
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979): Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218.
- Hutchings, E., & Devilly, G.J. (2003). Impact of Event Scale (IES). Letöltve: 2012. 03. 20.: http://academic.regis.edu/clinicaleducation/pdf%27s/IES_scoring.pdf
- Johnston, M., Foulkes, J., Johnston, D.W., Pollard, B., & Gudmundsdottir, H. (1999). Impact on patients and partners of inpatient and extended cardiac counseling and rehabilitation: A controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 61(2), 225–233.
- Kopp, M., Falger, P.R.J., Appels, A., & Szedmak, S. (1998). Depressive symptomatology and vital exhaustion are differentially related to behavioral risk factors for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 60(6), 752–758.
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (1995). *Magyar lelkiállapot*. Budapest: Végeken Kiadó
- Kopp, M., Skrabski, Á., & Czakó, L. (1990). Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 1(2), 4–24.
- Kopp, M., Skrabski, Á., & Székely, A. (2006). Az életminőség nemi, életkor szerinti és területi jellemzői a magyar népesség körében a Hungarostudy 2002 vizsgálat alapján. In M. Kopp, & M.E. Kovács (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón (84–105)*. Budapest: Semmelweis Kiadó
- Linden, W. (2000). Psychological treatments in cardiac rehabilitation: Review of rationales and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(5), 443–454.
- Linden, W., Phillips, M.J., & Leclerc, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients: A meta-analysis. *European Heart Journal*, 28(24), 2972–2984.
- Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health psychology - Theory, research and practice*. London - Thousand Oaks - New Delhi: Sage Publications
- Mittag, O., Kolenda, K.D., Nordmann, K.J., Bernien, J., & Maurischat, C. (2001). Return to

- work after myocardial infarction/coronary artery bypass grafting: Patients' and physicians' initial viewpoints and outcome 12 months later. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1441-1450.
- Nagy, B., & Laczkóné Majer, R. (2012). Specifikus életminőség-jellemzők egészségpszichológiai szempontú vizsgálata gyulladásoos bélbetegségben szenvedő betegek körében. *Orvosi Hetilap*, 153(38), 1511-1519.
- Novák, M. (2004). *Alvászavarok és életminőség*. Doktori Értekezés. Budapest: Semmelweis Egyetem
- Oláh, A. (2005). *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*. Belső világunk megismerésének módszerei. Budapest: Trefort Kiadó
- Pedersen, S.S. & Denollet, J. (2006): Is type D personality here to stay? Emerging evidence across cardio-vascular disease patient groups. *Current Cardiology Reviews*, 2(3), 205-213.
- Perczel Forintos, D., Kiss, Zs., & Ajtay, Gy. (szerk., 2005): *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: OPNI
- Ragland, D.R., & Brand, R.J. (1988). Type A behavior and mortality from coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 318(2), 65-69.
- Ritoók, P. (2006). Pályaléktan, a pályaválasztás pszichológiája. In E. Bagdy, & S. Klein (szerk): *Alkalmazott pszichológia (50-65)*. Budapest: Edge 2000 Kiadó
- Rosenman, R.H., & Friedman, M. (1961). Association of specific behavior pattern in women with blood and cardiovascular findings. *Circulation*, 24(5), 1173-1184.
- Rosenman, R.H., Brand, R.J., Jenkins, C.D., Friedman, M., Straus, R., & Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study. Final follow-up experience of 8 1/2 years. *Journal of the American Medical Association*, 233(8), 872-877.
- Rózsa, S., Réthelyi, J., Stauder, A., Susánszky, É., & Mészáros, E. (2003). A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbattéria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18(2), 83-94.
- Spielberger, C.D., Johnson, E.H., Russel, S.F., Crane, R.J., Jacobs, G.A., & Worden, T.J. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an Anger Expression Scale. In M.A. Chesney, & R.H. Rosenman (Eds), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders (5-30)*. New York: Hemisphere / McGraw-Hill.
- Smith, T.W., & Leon, A.S. (1992). *Coronary heart disease: a behavioral perspective*. Champaign: Research Press
- Susánszky, É., Konkoly Thege, B., Stauder, A., & Kopp, M. (2006). A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 247-255.
- Taylor, D.K., Barber, K.R., McIntosh, B.A., & Khan, M. (1998). The impact of post acute myocardial infarction (AMI) depression on patient compliance and risk factor modification. *Psychology, Health, and Medicine*, 3(4), 439-442.
- Weissman, A. N. (1979). *The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study*. Dissertation. Pennsylvania: University of Pennsylvania

Szerzői munkamegosztás

A tanulmány Lippai László tanácsadó szakpszichológusi képzésének keretében végzett vizsgálatból született. Az elméleti bevezető és a hipotézisek kidolgozása Lippai László munkája. Az adatfelvétel Szász Károly irányításával történt. A statisztikai feldolgozást és az eredmények leírását Lippai László végezte. A publikációs tartalom összeállítása, valamint a végső szöveg korrektúrái a szerzők közös munkájának eredménye.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmányban közölt empirikus vizsgálat az Eötvös Lóránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar tanácsadó szakpszichológus képzésének keretében készült, melynek kapcsán szeretnénk megköszönni Ritoók Magda értékes segítségét, támogatását és bizalmát. Köszönettel tartozunk a tanulmány első verzióját bíráló két anonim opponensnek, akik értékes észrevételeikkel nagymértékben hozzájárultak ahhoz, hogy a tanulmány jelenlegi formájában elkészülhessen. Külön szeretnénk köszönetet mondani a Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórházon belül működő Kardiológiai Rehabilitációs Osztályon dolgozó Bodóné Rafael Beatrix klinikai szakpszichológusnak, aki nagyon nagy segítséget nyújtott számomra a vizsgálat előkészítésében és lebonyolításában. Végül szeretnénk köszönetet mondani a vizsgálatban résztvevőknek, türelmükért és őszinte válaszaikért.

Mental health status of Hungarian cardiological patients and possible tasks for rehabilitation

LIPPAI, LÁSZLÓ LAJOS – SZÁSZ, KÁROLY

Background: The number of patients requiring cardiac rehabilitation is growing. The effectiveness and efficiency of a rehabilitation process can be influenced by the mental health status of the cardiac patient involved. Aim: The aim of the present study is to present and analyze the results of an empirical survey on the mental health status of a group of Hungarian cardiac patients. Methods: A non-representative questionnaire survey was conducted among 49 patients treated in a cardiac rehabilitation ward. To assess mental health, the WHO Well-Being Scale, the shortened Beck Depression Inventory, the Illness Intrusiveness Rating Scale, the Impact of Event Scale, the Dysfunctional Attitude Scale, the Anger Expression Scale, and the Ways of Coping Inventory were administered. Results: The subjective well-being of cardiac patients in the sample is significantly lower than that of the general population ($p < 0.001$). As to depression, the average for men, 5.79 ± 5.07 , is noticeably more favorable than that of the general population (8.51). Illness intrusiveness was proved to be moderate in our CVD sample (47.62 ± 15.03), and it was manifested in an instrumental way predominantly. At nearly one third of the participants, moderate or strong posttraumatic stress symptoms could be identified. Increased social expectations appeared to be the most recognizable dysfunctional attitude among the cardiac patients: 35.48% of men and 52.94% of women could be characterized by such an attitude. Using the Anger Expression Scale,

we measured high values for both men (25.33 ± 4.34) and women (22.56 ± 4.86). Problem focused coping proved to be the most typical copying technique among the participants. However, our respondents were also trying to release stress from their lives through health impairing behaviors (e.g., substance use), which proved to be three times more common in the sample, compared to the population. Conclusion: Our results highlight the necessity of applying counseling interventions to improve the mental health status and coping skills of Hungarian cardiac patients.

Keywords: cardiovascular disease, subjective well-being, depression, illness intrusiveness, coping

