

# SZÍV-ÉRRENDSZERI BETEGSÉGBEN SZENVEDŐ SZEMÉLYEK ÉLETMINŐSÉGÉNEK ÖSSZEFÜGGÉSE A POSZTTRAUMÁS NÖVEKEDÉSSEL



PINTÉR Éva

pinter.eva@ppk.elte.hu

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

BERKES Tímea

berkes.timea@ppk.elte.hu

ELTE PPK, Egészségfejlesztési és Sporttudományi Intézet

RIGÓ Adrien

rigo.adrien@ppk.elte.hu

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

## ÖSSZEFOGLALÓ

*Háttér és célkitűzések:* Jelen kutatás célja, hogy a poszttraumás növekedés, a szándékos és betörő rumináció, illetve egyéb pszichoszociális változók (különösen a hangulati zavarok) szerepét vizsgálja a betegség-specifikus életminőséggel összefüggésben szív- és érrendszeri betegségben szenvedő személyeknél. *Módszer:* A keresztmetszeti vizsgálatban 62, 39–79 éves kor közötti szív- és érrendszeri betegségben szenvedő páciens vett részt. A kutatás során az alábbi kérdőíveket alkalmaztuk: Poszttraumás növekedés kérdőív (PTGI), Kórházi szorongás és depresszió skála (HADS), Eseményhez köthető rumináció kérdőív (ERRI), valamint MacNew szívbetegség betegség-specifikus életminőség kérdőíve (MacNew). *Eredmények:* Az életminőség egyedüli szignifikáns bejósolója a depresszió és a szorongás összesített mutatója bizonyult. Azok a betegek, akik alacsonyabb pontszámot érnek el a PTGI kérdőíven, magasabb életminőség-értékekről számoltak be a közepes PTGI-pontszámú vizsgálati személyekhez képest. A globális életminőséggel mindkét típusú rumináció közepes, fordított együttjárást mutatott ( $p < 0,01$ ). *Következtetések:* Az életminőséget negatív irányban befolyásoló szorongás és depresszió magas előfordulása miatt a klinikumban a hangulati zavarok megelőzésére és diagnosztizálására különös tekintettel kell lenni. A jövőbeni kutatások számára további megfontolásokat javasoltunk.

*Kulcsszavak:* szív- és érrendszeri megbetegedések, betegség-specifikus életminőség, poszttraumás növekedés, rumináció

## BEVEZETÉS

### Az életminőséggel összefüggő tényezők

2006-ban Magyarországon a szív-érrendszeri megbetegedések az összhalálozás 51%-áért voltak felelősek (Czuriga, 2009). A betegségcsoport a mortalitás mellett a morbiditást is döntően befolyásolja: az európai betegségteher 23%-át jelenti (WHO, 2006, idézi Berkes, 2013). Az orvostudományban jelentős előrelépés történt a kezelések terén, de egyre fontosabb szerephez jut a betegek *életminőségének* javítását célzó rehabilitáció intézménye is. Az életminőség kérdésköre azért is kiemelkedő, mert longitudinális vizsgálatok szerint a kedvezőtlen életminőség összefüggést mutat a kardiovaszkuláris betegek mortalitásával is (Höfer et al., 2014).

A pszichoszociális tényezők befolyásolják az életminőséget, és jelentős rizikófaktoroként hozzájárulnak a betegségek kialakulásához (Balog és Purebl, 2008). A kutatási eredmények a pszichoszociális tényezők közül a depresszió és a szorongás szerepét hangsúlyozzák. Számos modell próbálja magyarázni a szív-érrendszeri megbetegedések és a depresszió együttes előfordulását: egyrészt a depresszió a szív-érrendszeri megbetegedések oki tényezője lehet, másrészt maga a betegség is eredményezheti a depresszió megjelenését, valamint vizsgálják a szív-érrendszeri kórképek és a depresszió esetleges közös genetikai hátterét is (Mulle és Vaccarino, 2013).

Ezekhez a modellekhez kapcsolódik az a magyar mintán végzett kutatás, mely a szív- és érrendszeri betegségek összefüggését vizsgálta háttérbetegségekkel, rizikótényezőkkel és azok interakcióival (Hungarostudy Egészségpanel 2002 és 2006, Balog és Purebl, 2008). A vizsgált négy év folyamán mind

a közepes, mind a súlyos depresszió előfordulása emelkedett a mintában. A 2002-ben depressziós tüneteket mutatók között 2006-ra 23,6%-ban diagnosztizáltak új szívbetegséget, nem depressziósoknál 14,3%-ban. A depresszió súlyossága nem befolyásolta döntő mértékben a szív- és érrendszeri betegségek megjelenését, ezért annak kvalitatív jellege számít csak: emiatt fontos már az enyhe, segítségkeresést legtöbb esetben nem motiváló tünetekre is odafigyelni. Bár a depresszió férfiak körében ritkábban fordul elő, mégis erőteljesebb rizikótényezőnek számít a kardiovaszkuláris megbetegedések szempontjából, mint nőknél.

A szív- és érrendszeri betegek körében készült kutatásokat összefoglalva elmondható, hogy a depresszió és a szorongás tűnik az életminőség legerőteljesebb prediktorának. Sipötz és mtsai (2013) longitudinális vizsgálatában a hangulati zavar mértéke (depresszió és szorongás közös mutatója) az életminőség varianciájának 45%-át magyarázza a vizsgálatok elején, míg 67 és 77%-ban a követés során (1, illetve 2 év múlva).

A szív- és érrendszeri betegek depressziójának különlegessége, hogy sokszor marad észrevétlen, mert a tüneteket gyakran a betegségük természetes velejárójának vélik mind a betegek, mind kezelőik; a panaszok kifejezése kevésbé direkt módon történik, főképp testi és atipikus tünetekről, irritabilitásról és szorongásról számolnak be, de elmarad a tipikus halálvágy és a csökkent önértékelés (Berkes, 2013). Ugyanakkor a depresszió hatása például az egészségviselkedésre (adherenciára) kritikus lehet a páciens jövője szempontjából (DiMatteo et al., 2000).

Jelen vizsgálatunkban a hangulati jellemzők potenciális befolyásoló szerepe mellett az életminőség és a *poszttraumás növekedés* kapcsolatára helyeztük a hangsúlyt.

A poszttraumás növekedés (PTN) a *nehéz, traumát jelentő körülményekkel való pszichológiai és kognitív megbirkózás eredményeként észlelt pozitív változások összességét* jelenti (Tedeschi és Calhoun, 2004, 1. old.). A pozitív pszichológia körébe tartozó jelenség irodalma óriási, ugyanakkor számos fogalmi és módszertani probléma vár tisztázásra. Legújabban Tomich és Helgeson (2012) tekintették át a PTN és az életminőség kapcsolatát, s amellet érvelnek, hogy a két jelenség között nemlineáris összefüggések valószínűsíthetők. Mellrákos nők körében U alakú összefüggést találtak az előnytalálás (*benefit findings*) és az életminőség értékei között, azaz a magas és az alacsony előnytalálás-pontszámok jobb életminőség-mutatókkal jártak együtt, mint a közepes értékűek (Lechner et al., 2006). A lineáris összefüggést cáfoló másik példa szerint az erőszakos bűncselekmény áldozatai között a kiemelten magas, illetve alacsony PTN kevesebb depresszióval és PTSD- (poszttraumás stressz zavar) tünettől járt együtt, míg a közepes PTN-pontszám magasabb PTSD- és depresszióértékekkel mutatott összefüggést (Kleim és Ehlers, 2009). A szerzők vastagbél- és tüdőrákban szenvedő pácienseiket longitudinálisan vizsgálva jutottak hasonló eredményre (Tomich és Helgeson, 2012). Az U alakú összefüggés lehetséges magyarázata, hogy a magas PTN-pontszámot elért vizsgálati személyek felettébb stresszrel telinek élik meg az eseményt, ezért ők lesznek a leginkább motiváltak, hogy változtassanak életükön, sémáikon. A nagyon alacsony PTN azért járhat együtt magas életminőség-mutatókkal, mert ezek a vizsgálati személyek az eseményt kevésbé traumatikusnak élik meg, elfogadják a történeteket (elfogadó coping mechanizmusok jellemzők rájuk), ezért

semmi sem készíteti őket a distresszel járó sémák átdolgozására.

Bár a poszttraumás növekedés kutatása krónikus betegségek körében közkedvelt téma, szív- és érrendszeri betegségek esetében még gyermekcipőben járnak a vizsgálatok (Senol-Durak és Ayvasik, 2010).

A PTN-nel összefüggésben érdemes a *rumináció* fogalmára fókuszálni. A rumináció eredeti jelentése ismétlődő gondolatok, gondolkodás (Watkins, 2008). A PTSD-vel és depresszióval foglalkozó szakirodalom a ruminációt negatív és *intruzív* (betörő) gondolatokként határozta meg, de mára a kutatások kiegészültek az ún. szándékos rumináció vizsgálatával (Lindstrom et al., 2013). Ez utóbbi a történetekkel kapcsolatos céltudatos, a traumatikus eseménnyel való megküzdést eredményező gondolkodást jelenti. Bár Treynor és mtsai (2003) a rumináció e két típusát elhatárolta adaptív és maladaptív szerepük mentén, illetve Calhoun és Tedeschi (2006) is csak a szándékos rumináció pozitív szerepét hangsúlyozta a PTN-nel kapcsolatban, a legújabb kutatások enyhítik ezt az éles, leegyszerűsített különbségtételt. Taku és mtsai (2009) kutatásában a trauma óta eltelt idő és a rumináció tartalma szerinti négy feltételt kialakítva vizsgálták a PTN-t (trauma után közvetlenül vagy egy későbbi adatfelvétel időpontjában, betörő vagy szándékos rumináció). Eredményeik alapján a rumináció mindkét fajtája, mindkét időpontban szignifikáns pozitív kapcsolatban állt a PTN-nel. A közvetlenül a trauma utáni betörő rumináció valószínűleg előkészíti a terepet a további kognitív változásokhoz, míg a későbbi szándékos rumináció – mint aktuálisan zajló konstruktív folyamat – a PTN legerősebb prediktora, és feltételezhetően direkt úton jelzi a jelenlegi PTN-t.

## HIPOTÉZISEK

1. hipotézis: a pszichoszociális változók – ezen belül is a hangulati zavarok – jobb bejósolói az életminőségnek, mint a demográfiai vagy betegségjellemzők.
2. hipotézis: azok a betegek, akik a legmagasabb vagy a legalacsonyabb PTN-értékekről számolnak be, magasabb pontszámokat érnek el az életminőség esetében is.

Befejezésül kíváncsiak vagyunk a rumináció két típusának összefüggésére az életminőséggel, illetve a PTN-nel kapcsolatban.

## MÓDSZER

### Vizsgálati személyek

Beválasztási kritériumok: az adott személy (1) elmúlt 18 éves, (2) részt vesz a Szent Rókus Kórház Kardiológiai Rehabilitációs Osztályának kezelésén, (3) van diagnosztizált szív-érrendszeri megbetegedése. Két fő került kizárásra jelenleg is tartó pszichiátriai kezelése miatt; valamint a nagyon rossz állapotú betegeket nem kértük fel a vizsgálatban való részvételre. A kutatásban 62 fő vett részt, közülük 31 fő esett át szívinfarktuson és 31 fő szenved egyéb szív- és érrendszeri betegségben. Összesen 38 férfi, 24 nő szerepelt a kutatásban. A mintában szereplők átlagéletkora 62,95 (SD = 9,79), a legfiatalabb vizsgálati személy 39, a legidősebb 79 éves volt.

### Mérőeszközök

A kérdőív először a demográfiai adatokra kérdezett rá: a nem és az életkor mellett a lakhelyre, végzettségre, családi állapotra, munkaügyi státuszra, anyagi helyzetre vonatkoztak kérdések.

Ezt követte a betegség-specifikus tényezők felmérése: jelenlegi kórházban tartózkodásuk oka, korábbi diagnózisuk és annak időpontja, valamint a különböző társbetegségek, rizikótényezők és egészség-magatartási szokások előfordulása. E kérdések a dohányzás (diagnózis előtt és az elmúlt két hétben), a magas koleszterinszint, a magas vérnyomás, a cukorbetegség, a testmozgás (betegség előtt és az elmúlt két hétben), valamint az elhízás (BMI index) gyakoriságát mérték fel. Végül rákérdeztünk a fennálló gyógyszeres, illetve a korábbi és jelenlegi pszichiátriai kezelésekre.

*Poszttraumás növekedés.* A PTN mérésére a *Poszttraumás növekedés kérdőívet* (*Posttraumatic Growth Inventory*, PTGI) alkalmazta kutatócsoportunk (Tedeschi és Calhoun, 1996). A kérdőív 21 tételle egy hatfokú Likert-skálán kérdez rá a PTN öt tartományába sorolható változások előfordulásának gyakoriságára (Tedeschi és Calhoun, 2004). A kérdőíven elért összpontszám egy 0 és 105 közötti érték segítségével jellemzi a személy poszttraumás növekedésének mértékét. Hazai mintán Kovács és mtsai (2012) adaptálták a kérdőívet. Vizsgálatuk során 0,95 Cronbach- $\alpha$ -értéket kaptak, míg a jelen kutatásban a kérdőív Cronbach-alfája 0,93.

*Szorongás és depresszió.* A vizsgálatunkban alkalmazott Zigmond és Snaith által 1983-ban kifejlesztett *Kórházi szorongás és depresszió skála* (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS) 7-7 tételle a nem pszichiátriai betegek szorongás- és depressziószintjének mérésére alkalmas. A kérdőív hazai adaptációja Muszbek és mtsai (2006) nevéhez fűződik: vizsgálatukban az alskálák Cronbach-alfa-értékei 0,82 (szorongás) és 0,83 (depresszió). Kutatásunkban azonban a HADS egyik skálája sem érte el az elfogadható szintet, a szorongás Cronbach-alfája

0,48, míg a depresszió esetében 0,57. Egy-egy tétel törlésével javult a konzisztencia: a depresszió alskála esetében a 6. („*Jókedvű, vidám vagyok*”), míg a szorongás esetében a 9. item („*Szorongok, összeszorul a gyomrom.*”) került törlésre. A tételek törlése miatt módosítottuk az övezethatárokat, de az arányok megtartására ügyeltünk (0–6: normál, 7–9: enyhe, 10–12: mérsékelt, 13–18: súlyos szorongásról/depresszióról beszélünk).

**Betörő és szándékos rumináció.** A betörő és szándékos rumináció mérése az *Eseményhez köthető rumináció kérdőív* (*Event Related Rumination Inventory*, ERRI) segítségével történt (Cann et al., 2011). A skála egy specifikus eseményhez köthető ismétlődő gondolatok jelentkezésének és gyakoriságának elemzését teszi lehetővé. A kérdőív első 10 tétele a traumatikus eseményt követő első hétben előforduló betörő (rágódó), míg a második 10 tétele a trauma utáni pár hétben tapasztalt szándékos (konstruktív, reflektív) rumináció előfordulásának gyakoriságára kérdez rá. A kérdőívet még nem adaptálták hazai mintán. Fordítására a szerző beleegyezésével a kutatás előkészítésekor került sor. Kutatásunkban mind a betörő, mind a szándékos rumináció esetében magas megbízhatósági mutatót kaptunk (mindkét esetben Cronbach- $\alpha$  = 0,91).

**Betegségspecifikus életminőség.** A kutatásunkban szereplő utolsó kérdőív a szív- és érrendszeri betegek életminőségének vizsgálatára kidolgozott *MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life* (Höfer et al., 2005) volt, mely egy eredetileg interjú alapú, szívinfarktuson átesett betegek életminőségét vizsgáló mérőeszköz önkitöltős változata (Bakai et al., 2011). A kérdőív 27 tétele a fizikai korlátozottság, a lelki funkciók, a szo-

ciális funkciók tartománya mellett rákérdez a betegek testi tüneteire (5 kérdés), valamint az összes item bevonásával egy globális életminőség mutató számítására is alkalmas. A kérdőív megbízhatóságának és validitásának meghatározását Bakai és munkacsoportja (2011) készítette el hazai mintán, ischaemiás szívbeteg körében. Vizsgálatuk során a kérdőív belső konzisztenciája a teljes skálára nézve: Cronbach- $\alpha$  = 0,96, míg az alskálák esetében 0,92 (fizikai), 0,94 (érzelmi) és 0,92 (szociális). Jelen kutatásban a teljes skála Cronbach-alfa-értéke 0,88, míg a fizikai alskála esetében 0,92, az érzelmi alskálán 0,94, míg a szociális alskálához tartozó érték 0,79.

### Eljárás

A Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (TUKEB) etikai engedélyének kézhezvétele után kezdődött az adatfelvételi eljárás, melyre a budapesti Szent Rókus Kórház Kardiológiai Rehabilitációs Osztályán került sor 2014. januártól áprilisig. A betegek szóban és írásban is tájékoztatást kaptak a kutatás céljairól, a részvétel önkéntességéről, anonimitás biztosításáról és a kitöltés megszakíthatóságáról. A beleegyző nyilatkozat aláírása után a résztvevőknek átadtuk a kérdőívcsomagot. Egy előre egyeztetett időpontban ismételten felkerestük őket, hogy az esetlegesen felmerülő kérdéseket megválaszoljuk, és átvegyük a kitöltött tesztek.

## EREDMÉNYEK

### Leíró statisztikák és korrelációk

A kérdőívek feldolgozása az SPSS Statistics programcsomag 20.0 verziójával történt.

1. táblázat. A kutatás során használt mérőeszközök skáláinak átlaga, szórása, valamint a mért változók közti együttjárások vizsgálata

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. PTGI	–	0,13 (0,35)	–0,16 (0,23)	0,27* (0,04)	0,25 (0,06)	–0,16 (0,23)	–0,10 (0,47)	–0,17 (0,20)	–0,18 (0,19)
2. HADS- Szorongás		–	0,44** ( $< 0,01$ )	0,30* (0,02)	0,46** ( $< 0,01$ )	–0,65** ( $< 0,01$ )	–0,43** ( $< 0,01$ )	–0,43** ( $< 0,01$ )	–0,56** ( $< 0,01$ )
3. HADS- Depresszió			–	0,22 (0,09)	0,23 (0,08)	–0,54** ( $< 0,01$ )	–0,54** ( $< 0,01$ )	–0,43** ( $< 0,01$ )	–0,54** ( $< 0,01$ )
4. ERRI- Szándékos				–	0,67** ( $< 0,01$ )	–0,45** ( $< 0,01$ )	–0,44** ( $< 0,01$ )	–0,45** ( $< 0,01$ )	–0,46** ( $< 0,01$ )
5. ERRI- Betörő					–	–0,55** ( $< 0,01$ )	–0,45** ( $< 0,01$ )	–0,50** ( $< 0,01$ )	–0,55** ( $< 0,01$ )
6. MacNew- Ézelmi						–	0,85** ( $< 0,01$ )	0,84** ( $< 0,01$ )	0,95** ( $< 0,01$ )
7. MacNew- Fizikai							–	0,90** ( $< 0,01$ )	0,92** ( $< 0,01$ )
8. MacNew- Szociális								–	0,96** ( $< 0,01$ )
9. MacNew- Globális									–
Átlag (szórás)	46,76 (23,94)	8,45 (3,11)	6,79 (2,96)	2,10 (0,69)	1,87 (0,69)	4,80 (1,37)	4,74 (1,34)	4,84 (1,54)	4,85 (1,32)
N	59	60	61	60	61	62	61	62	62

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$

PTGI: Posttraumatic Growth Inventory, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, ERRI: Event Related Rumination Inventory, MacNew: MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life

A betörő rumináció és a PTN között gyenge, tendenciaszintű pozitív korrelációt kaptunk, a szándékos rumináció és a PTN között szignifikáns pozitív összefüggést találtunk (1. táblázat). A két ruminációtípus között közepes mértékű, szignifikáns, pozitív összefüggés volt. Mivel a szakirodalom alapján a rumináció több esetben kapcsolatban állt a depresszióval, ezért annak hatását parciális korreláció segítségével tartottuk kontroll alatt; azonban a független változóink és a függő változó között ez esetben sem volt magasabb szignifikanciaszintű pozitív összefüggés.

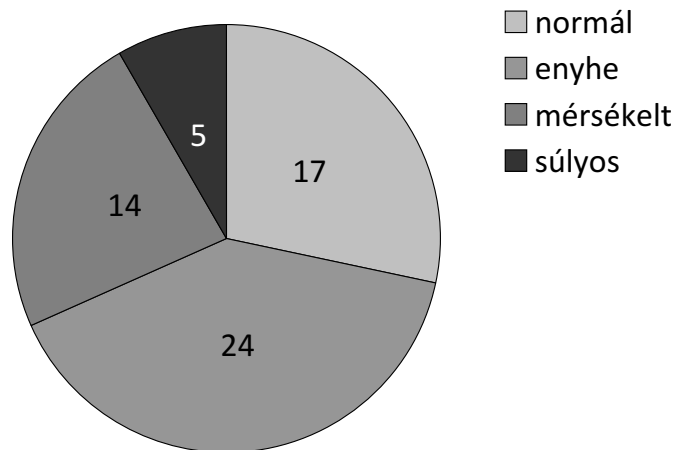
A globális életminőséggel mindkét fajta rumináció közepes,  $p < 0,01$  szintű fordított együttjárást mutatott; a szorongással szintén mindkét független változó pozitívan korrelált

(bár a szándékos rumináció gyengébben, illetve csupán  $p < 0,5$  szinten); a depresszióval kapcsolatban csak gyenge és tendenciaszintű összefüggéseket tapasztaltunk (1. táblázat).

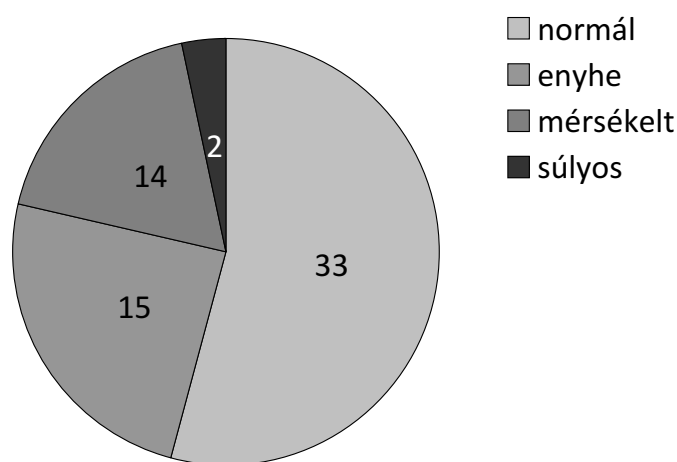
### A depresszió és szorongás jelenléte a mintában

Az 1. és a 2. ábra mutatja a teljes minta jellemzőit a depresszió- és szorongáspontszámok terén.

Végezetül összevetettük a szívinfarktuson átesett és az egyéb szív- és érrendszeri betegek csoportjában az összes kérdőívén és alskáláikon elért értékeket. Egy szempontos varianciaanalízis segítségével csak a depressziópontszámok esetén bizonyult szignifikánsnak ( $t = 2,28$ ;  $p < 0,05$ ) a csoportok közti különbség: a szívinfarktuson átesett



1. ábra. A szorongás alskála (HADS) adott övezeteibe eső vizsgálati személyek száma



2. ábra. A depresszió alskála (HADS) övezeteibe eső vizsgálati személyek száma

betegség átlagosan 5,93 pontot ( $SD = 2,85$ ) értek el, míg az egyéb szív- és érrendszeri betegségben szenvedők 7,62-ot ( $SD = 2,98$ ).

#### A globális életminőség magyarázóváltozói

Az életminőség magyarázóváltozóit többszörös lineáris regresszióval teszteltük. A nem, az életkor és a betegcsoport hatását kontroll alatt tartottuk, majd a második blokkban beléptettük a társbetegségeket (magas vérnyomás, cukorbetegség). A magas vérnyomás-értékekből kategorikus változót hoztunk létre (1. csoport: alacsony vagy normál vérnyomás; 2. csoport: emelkedett vagy

magas vérnyomás). A következő lépésben a pszichoszociális változókat szeretnénk volna beléptetni, előtte azonban megnéztük a változók közti együttjárásokat. A szorongás és a depresszió között közepes, szignifikáns kapcsolat állt fent, ami a multikollinearitás (független változók közti együttjárás) feltételt sérti ( $r = 0,44$ ;  $p < 0,01$ ;  $n = 60$ ). Emiatt egy összesített mutatót hoztunk létre a depresszió és a szorongás alskálán elért értékek alapján (HADS összpontszám), amit a harmadik blokkban léptettünk be a modellbe (a normalitás feltétele nem sérült a változó esetében, így az adatok transzformációjára nem volt szükség). A Durbin–Watson-mutató

2. táblázat. Az életminőség regresszióelemzése

Magyarázóváltozók	Standardizált béta	p	R2	F-érték	p
Nem	0,23	0,30	0,13	3,09	0,34
Életkor	0,02	0,15			
Betegségcsoport	-1,44	0,29			
Cukorbetegség	0,30	0,30	0,18	2,46	0,04
Magas vérnyomás	-0,08	0,31			
Szorongás és depresszió (HADS) összesített érték	-0,15	0,03	0,43	6,96	< 0,01

(2,04) ellenőrzése után lefuttattuk az elemzést. Az életminőség varianciájának 43%-át magyarázzák a beléptetett változók (2. táblázat). A magyarázóváltozók közül azonban egyedül az összesített szorongás és depresszió érték bizonyult az életminőség szignifikáns előrejelzőjének. Befejezésül meggyőződünk a reziduálisok normális eloszlásáról.

#### A PTN és az életminőség összefüggése

A második hipotézist – mely szerint azok a betegek, akik a legmagasabb vagy a legalacsonyabb PTN-értékekről számolnak be, magasabb pontszámokat érnek el az életminőség esetében is – egy szempontos varianciaanalízis segítségével teszteltük. A Poszttraumás növekedés kérdőíven elért pontszámok alapján négy csoportot hoztunk létre (előtte megvizsgáltuk, hogy nincsenek-e kiugró értékek a mintákban). A csoportosítást az átlag és a szórás alapján határoztuk meg: az osztópontokat az átlagnál, illetve az átlagtól való 1 szórásértékkel feljebb, illetve lejjebb helyeztük el. Az így létrejött 4 csoport PTN-pontszámainak övezethatárai, valamint a próba leíró statisztikái a 3. táblázatban olvashatók. Bár a celláinkban szereplő elem-

szám viszonylag alacsony és nem kiegyensúlyozott a létrehozott csoportokban, a normál eloszlás és a szóráshomogenitás feltétele egyik csoportban sem sérül (Kolomogorov–Smirnov-, illetve Levene-teszttel ellenőrizve). Mivel az F-hányadhoz tartozó szignifikanciaszint  $p < 0,05$ , a nullhipotézisünket elvethetjük ( $F = 3,86$ ;  $p = 0,014$ ;  $df = 3$ ). Utólagos (post hoc) Scheffe-féle páros összehasonlító tesztekkel ellenőriztük a csoportok közötti különbségeket (4. táblázat). Az 1. csoport a 2. csoporttal összehasonlítva szignifikánsan magasabb életminőség-pontszámot ért el ( $p = 0,03$ ;  $C_1: 0,096$ ;  $C_2: 2,759$ ); a 3. csoporthoz képest szintén magasabb értékeket értek el az 1. csoport tagjai, azonban ez az összefüggés csak tendenciaszinten érvényesül ( $p = 0,0525$ ;  $C_1: 0,022$ ;  $C_2: 2,53$ ). A többi csoportot egymással összehasonlítva nem találtunk további szignifikáns összefüggést. Ezért a hipotézisünknek csak az első felét igazolták az eredmények, miszerint azok a betegek, akik alacsonyabb pontszámot érnek el PTN esetében, magasabb életminőség-értékekről számoltak be a közepes PTN-pontszámú vizsgálati személyekhez képest.



3. táblázat. A PTN-pontszámok alapján létrehozott csoportok globális életminőség pontszámainak átlaga, szórása

	N	Átlag (Szórás)
1. csoport: PTGI: ≤ 22,8	12	5,83 (1,12)
2. csoport: PTGI: 22,9–46,8	17	4,40 (1,29)
3. csoport: PTGI: 46,9–70,7	21	4,57 (1,22)
4. csoport: PTGI: 70,8+	9	5,16 (1,21)
Összesen:	59	4,87 (1,31)

PTGI: Posttraumatic Growth Inventory

4. táblázat. Az utólagos Scheffé-féle páros összehasonlításokból származó eredmények a különböző PTN-szintű csoportok globális életminőség mutatói terén

Poszttraumás növekedés (PTGI)	Poszttraumás növekedés (PTGI)	Átlagaik közti különbség	p	95%-os konfidencia-intervallum	
				Alsó érték	Felső érték
≤ 22,8	22,9 – 46,8	1,428*	0,031	0,096	2,759
	46,9 – 70,7	1,255	0,056	-0,022	2,533
	70,8+	0,668	0,676	-0,888	2,226
22,9–46,8	≤ 22,8	-1,428*	0,031	-2,759	-0,096
	46,9 – 70,7	-0,172	0,980	-1,324	0,979
	70,8+	-0,759	0,525	-2,214	0,696
46,9–70,7	≤ 22,8	-1,255	0,056	-2,533	0,022
	22,9 – 46,8	0,172	0,980	-0,979	1,324
	70,8+	-0,586	0,696	-1,993	0,820
70,8+	≤ 22,8	-0,668	0,676	-2,226	0,888
	22,9 – 46,8	0,759	0,525	-0,696	2,214
	46,9 – 70,7	0,586	0,696	-0,820	1,993

\*:  $p < 0,05$

PTGI: Posttraumatic Growth Inventory

## MEGVITATÁS

Kutatásunkban a szív- és érrendszeri betegek életminőségét befolyásoló tényezőket kívántuk feltárni. Az életminőség legerősebb és kutatásunkban egyedüli szignifikáns bejövő mutatója bizonyult. Az eredmény összhangban áll a kurrens kutatási eredményekkel (Tiringer, 2012; Sipötz et al., 2013). Ez alapján megerősíthető, hogy érdemes a depresszió és a szorongás előfordulására figyelni kardiológiai betegek körében, mert a beteg-

ség az életminőség progresszív károsodásával járhat.

A vizsgálat egyik központi kérdése a *poszttraumás növekedés* és az életminőség közti összefüggés feltérképezése volt. Bár a PTN kutatása krónikus betegségben szenvedőknél gyakori, a magas prevalenciájú szív- és érrendszeri kórképekre csupán néhány kutatás terjedt ki (Senol-Durak és Ayvasik, 2010). Érdemes azonban a trauma fajtáját és jellegzetességeit is vizsgálni, mert azok a PTN mennyiségi és minőségi aspektusaira (előfordulás gyakorisága, a növekedés

dimenziói) befolyással lehetnek (Hefferson, 2009). A mintában a Poszttraumas növekedés kérdőíven elért összpontszám átlagértéke a korábbi szakirodalmakban közölt eredményekkel összehasonlítva alacsonyabbnak bizonyult. Bluvstein (2013) koszorúérbetegeknél ugyanazt a kérdőívet alkalmazva megjegyezte, hogy az általa mért PTN-pontszámok átlaga (41,3) alacsonynak tekinthető, ha azokat például mellrákos nők eredményeivel hasonlítjuk össze, akik átlagosan 57,9 és 64,1 közötti pontszámot érnek el a teszten. Az eredmények alapján úgy gondolom, hogy szív- és érrendszeri betegek körében is van lehetőség a PTN megtapasztalására, de fel kell tárnunk azokat a tényezőket, melyek esetükben alacsonyabb PTN-pontszámokat eredményeznek. Míg a Bluvstein összevetésében szereplő mellrák diagnózisa az emberek számára nagy megrázkódtatást jelent, addig vannak olyan szív- és érrendszeri kórképek, mint például az érszűkület, magas vérnyomás, melyek nem feltétlen tűnnek az egyén számára traumatikusnak. Ugyanakkor a szívinfarktus pár óráig, azonnali életveszélyt jelent. Érdeemes lenne a kutatások vizsgált változói közé beemlíteni az *esemény-központság*ot (*Event Centrality*; Boals et al., 2010), mellyel mérni lehetne a diagnózis jelentőségét vagy a kontrollvesztés megtapasztalásának mértékét az egyén életében.

Az alacsonyabb PTN-pontszámot magyarázó tényezőként felmerül, hogy a kutatásba bevont vizsgálati személyek többsége speciális korosztályba tartozik. Bár az életkor normál eloszlást követ kutatásunkban, a minta átlagéletkora meglehetősen magas: 62,95 év (SD = 9,79; n = 62). A biológiai, pszichológiai és szociális jellegzetességek alapján határozhatjuk meg az időskort, melynek időbeli behatárolása a történelem során sokat változott (a 60. évet tekintik az „élet-

veszély évének”, de a nyugdíjazást mint az ebben az életkorban megjelenő első krízist is figyelembe veszik az elméletek), illetve nagyfokú egyéni különbségeket is találunk az öregedés időbeli lezajlása terén (Hajduska, 2008). Az időskor számos veszteségélménnyel és szerepvesztéssel, azaz folyamatos traumahelyzetek ismétlődésével járó változás. Az időskorral összefüggő élettani változások (érzékszervi funkciók romlása, emlékezet/koncentráció zavara, vagy demenciálódás) aktuális fázisa is befolyásolhatja, hogy az adott személyek mennyiben képesek PTN megtapasztalására.

Azok a betegek, akik alacsonyabb pontszámot értek el a PTN kérdőíven, magasabb életminőség-értékekről számoltak be a közepes PTN-pontszámú vizsgálati személyekhez képest. Tomich és Helgeson (2012) szerint az alacsonyabb PTN-pontszámot elért vizsgálati személyeikre jellemző volt, hogy kevésbé vélték stresszesnek az átélt traumatikus eseményt, valamint az elfogadó coping mechanizmus mellett köteleződtek el (helyzetüket inkább tudomásul vették, mintsem változtatni szerettek volna). Helgeson és mtsai (2006) alapján a kisebb distresszel járó esemény kevesebb betörő ruminációt és evvel összefüggésben kevesebb depressziótünetet eredményez, ami az életminőséggel fordított összefüggést mutat. Az U alakú összefüggés ezen vetületét eredményeink is alátámasztották. Ezzel szemben a magas PTN-t elért vizsgálati személyeink esetében nem állíthattuk, hogy magas életminőség-pontszámot érnek el.

Mind a betörő, mind a szándékos *rumináció* és a PTN között gyenge erősségű összefüggést tapasztaltunk. A betörő és szándékos rumináció ugyanakkor erős korrelációt mutatott egymással. A szándékos és a betörő rumináció egyidejű jelenléte sejteti, hogy

a háttérben milyen bonyolult kognitív folyamatok zajlanak, és a kétféle ruminációtípus egymástól függetlenül nem érdemes vizsgálni (Taku et al., 2009). Az intruzív rumináció szándékos ruminációvá alakulva eljuttathatja az egyént a növekedéshez, ehhez azonban hosszú idő kell. A PTN-nel legtöbbször összefüggésbe hozott szándékos rumináció sem vezet feltétlen növekedéshez, ugyanis a személy „beragadhat egy ördögi körbe”, és így nem tapasztal meg legalább minimális sikert a megküzdésben. Érdekes, hogy mind a betörő rumináció alskálán elért átlagpontoszám, mind a szándékos rumináció átlagpontoszáma magasabb, mint Cann és mtsai (2011) eredeti kutatásában. A kutatás keresztmetszeti jellegéből kifolyólag a rumináció időbeli alakulását nem követtük nyomon, pedig döntő jelentőségű lehet, hogy a traumával való megküzdés melyik fázisában vannak jelen.

A globális életminőséggel mindkét típusú rumináció közepes, fordított együttjárást mutatott; a szorongással is mindkét változó pozitívan korrelált; a depresszióval kapcsolatban gyenge, tendenciaszintű összefüggéseket kaptunk. A betörő rumináció és az életminőség közti számottevő lineáris összefüggés magyarázatául szolgál a depresszióval és PTSD-vel kapcsolatos tekintélyes mennyiségű kutatási eredmény. A betörő ruminációt jellemző törtéteken való passzív rágódás könnyen facilitál maladaptív kognitív működésmechanizmusokat, valamint vezet depresszív és szorongásos tünetekhez, és ezáltal az életminőség jelentős romlásához. Meglepőbb, hogy a szándékos rumináció is fordított összefüggést mutatott az életminőséggel, illetve pozitív együttjárást a szorongással, valamint tendenciaszintű kapcsolatban állt a depresszióval. Bár a szándékos rumináció a betörő ruminációval összehasonlítva egy jóval konstruktívabb folyamat – melynek célja

a traumával való megküzdés –, egyáltalán nem állítható, hogy nem áll fent a továbbiakban is a distresszt jelentő intruzív rumináció, illetve hogy a PTN-hez is vezető szándékos ismétlődő gondolatok, azaz a sémáink átalakítása ne igényelne nagy erőfeszítést, és olykor ne járna kudarcélménnyel, distresszel. Ezen megállapításunkat alátámasztja a betörő és a szándékos rumináció együttes előfordulásáról történő beszámoló magas gyakorisága.

### A kutatás korlátai

Az eredmények általánosíthatóságát rontja a nem standardizált körülmények közötti mintafelvétel (többszemélyes kórtermekben, étkezések, vizsgálatok kötött napirendje mellett). Csupán keresztmetszeti vizsgálatok történtek kényelmi mintavétellel és kis elemszámmal, ezért a belőlük levonható következtetésekkel óvatosan kell eljárunk.

Az adatfelvétel során számottevő volt a lemorzsolódás, illetve sok a hibásan kitöltött kérdőív; aminek oka lehet egyrészt, hogy az összeállított kérdőívcsomag kitöltése időigényes, másrészt, hogy az alkalmazott kérdőívek instrukciói nem vetnek számot az idősebb korosztály kognitív jellegzetességeivel.

A dolgozat nem mérte az esemény központosságát, ami a trauma egyén életében betöltött szerepét mutatja. Ha a trauma nem érinti az egyén identitását, akkor sémái átalakítására sem készíti, és az egyén nem tapasztalhat növekedést. A másik szükséges változó a trauma időbeli lefolyása, egyéni jellegzetessége.

### Klinikai implikációk

Az életminőséget negatív irányban befolyásoló szorongás és depresszió magas előfordulása miatt a klinikumban a depresszió megelőzésére és diagnosztizálására különös

tekintettel kell lenni. A depresszió mérése komoly odafigyelést igényel, ugyanis szív- és érrendszeri betegek körében a tünetek összemosódása megnehezíti a depresszió felismerését. A MacNew életminőség-kérdőív magyar változata jelen vizsgálatban is reliábilisnak bizonyult, alkalmazása korábbi eredményekkel összhangban javasolható lenne a kardiológiai rehabilitáció rutinvizsgálataként (Höfer, 2014).

A pszichoedukáció fontosságára is érdemes felhívni a figyelmet eredményeink alapján: vizsgálati személyeink nagyon gyakran nem számoltak be koleszterinszintjükéről. Feltételezzük, hogy esetleg nincs is tudomásuk az értékről, illetve nincsenek tisztában a magas koleszterinszint veszélyeivel.

A PTN és az életminőség közti, még fel-táráásra váró összefüggések miatt a PTN-t fa-cilitáló módszereket szintén kellő óvatossággal szabad csak alkalmazni.

## SUMMARY

### THE CONNECTION BETWEEN QUALITY OF LIFE AND POSTTRAUMATIC GROWTH IN PATIENTS SUFFERING FROM CARDIOVASCULAR DISORDERS

*Background and aims:* The purpose of this study was to investigate posttraumatic growth, deliberate and intrusive rumination and other psychosocial variables (especially mood disorders) in relation to health-related quality of life in patients suffering from cardiovascular disorders. *Methods:* A cross sectional survey was conducted in 62 cardiovascular patients (aged 39–79). The sample completed the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Event Related Rumination Inventory (ERRI) and the MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life questionnaire (MacNew). *Results:* The only significant predictors of health-related quality of life are depression and anxiety. The group with low PTG scores experienced higher quality of life compared to the group with moderate PTG scores. There was a significant positive relationship between both deliberate and intrusive rumination and the global quality of life ( $p < 0,01$ ). *Discussion:* The high presence of anxiety and depression implicate more attention to the prevention and screening in the clinical practice. Directions for future research are proposed. *Keywords:* Cardiovascular diseases, Health-related Quality of Life, Posttraumatic Growth, Rumination

## IRODALOM

- BAKAI J., HÖFER, S., OLRIDGE, N., LUKÁCS M. (2011): A MacNew Heart Disease Healt Related Quality of Life kérdőív magyarországi validálása. *Kardiovaszkuláris prevenció és rehabilitáció*, 4(1). 13–19.
- BALOG P., PUREBL GY. (2008): Pszichoszociális tényezők a szív- és érrendszeri betegek esélyteremtésében (HUNGAROSTUDY Egészségpanel 2006). In KOPP M. (szerk.):

- Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban.* Semmelweis Kiadó, Budapest. 444–465.
- BERKES T. (2013): *Az életminőség és egyes egészségviselkedések ischaemiás szívbetegségben szenvedő betegeknél a rehabilitáció után hat hónappal. Az egészségviselkedés változását befolyásoló tényezők.* Doktori (PhD) értekezés. Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Doktori Iskola.
- BLUVSTEIN, I., MORAVCHICK, L., SHEPS, D., SCHREIBER, S., BLOCH, M. (2013): Posttraumatic growth, posttraumatic stress symptoms and mental health among coronary heart disease survivors, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(2). 164–72.
- BOALS, A., STEWARD J. M., SCHUETTLER, D. (2010): Advancing Our Understanding of Posttraumatic Growth by Considering Event Centrality. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 15(6). 518–533.
- CALHOUN, L. G., TEDESCHI, R. G. (2006): The foundation of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework. In CALHOUN, L. G., TEDESCHI, R. G. (eds): *The Handbook of Posttraumatic Growth. Research and Practice.* Lawrence Erlbaum Associates Publishers, London.
- CANN, A., CALHOUN, L. G., TEDESCHI, R. G., TRIPLETT, K. N., VISHNEVSKY, T., LINDSTROM, C. M. (2011): Assessing posttraumatic cognitive processes: The Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress, and Coping*, 24(2). 2137–156.
- CZURIGA I. (2009): A cardiovascularis betegségek újabb epidemiológiai trendje. *Orvosképzés, Különszám*, 84(4), 209–211.
- DI MATTEO, M. R., LEPPER, H. S., CROGHAN, T. W. (2000): Depression is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment. Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160. 2101–2107.
- HAJDUSKA M. (2008): Krízislélektan. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- HEFFERSON, K., GREALY, M., MUTRIE, N. (2009): Posttraumatic Growth and Life Threatening Physical Illness: A Systematic Review of the Qualitative Literature. *British Journal of Health Psychology*, 14(2). 343–378.
- HELGESON, V. S., REYNOLDS, K. A., TOMICH, P. L. (2006): A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5). 797–816.
- HÖFER, S., DOERING, S., RUMPOLD, G., OLDRIDGE, N. (2005): Determinants of Health-Related Quality of Life in Coronary Artery Disease Patients: A Prospective Study Generating a Structural Equation Model. *Psychosomatics*, 46(3). 212–223.
- HÖFER, S., BENZER, W., OLDRIDGE, N. (2014): Change in health-related quality of life in patients with coronary artery disease predicts 4-year mortality. *International Journal of Cardiology*, 174. 7–12.
- KLEIM, B., EHLERS, A. (2009): Evidence for curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1). 44–52.
- KOVÁCS É., BALOGH P., PREISZ L. (2012): A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív pszichometriai mutatói hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 1(1). 57–84.

- LECHNER, S. C., CARVER C. S., ANTONI, M. H., WEAVER, K. W., PHILIPS, K. M. (2006): Curvilinear Associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5). 828–840.
- LINDSTROM, C. M., CANN, A., CALHOUN, L. G., TEDESCHI, R. G. (2013): The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma, 5*(1). 150–55.
- MULLE, J. G., VACCARINO, V. (2013): Cardiovascular disease, psychosocial factors, and genetics: the case of depression. *Progress in Cardiovascular Diseases, 55*(6). 557–562.
- MUSZBEK K., SZÉKELY A., BALOGH É. M., MOLNÁR M., ROHÁNSZKY M., RUZSA Á., VARGA K., SZÖLLÖSI M., VADÁSZ P. (2006): Translation and validation of the Hungarian Hospital Anxiety and Depression Scale using a large cancer patients sample. *Quality of Life Research, 15*(4). 761–766.
- SENOI-DURAK, E., BELGIN AYVASIK, H. (2010): Factors associated with posttraumatic growth among the spouses of myocardial infarction patients. *Journal of Health Psychology, 15*(1). 85–95.
- SIPÖTZ, J., FRIEDRICH, O., HÖFER, S., BENZER, W., CHATSAKOS, T., GAUL, G. (2013): Health related quality of life and mental distress after PCI: restoring a state of equilibrium. *Health and Quality of Life Outcomes, 11*:144. <http://www.hqlo.com/content/11/1/144> (Letöltve: 2013.03.05.)
- TAKU, K., CANN, A., TEDESCHI, R. G., CALHOUN, L. G. (2009): Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress, and Coping, 22*(2). 2129–136.
- TEDESCHI, R. G., CALHOUN, L. G. (1996): The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3). 455–471.
- TEDESCHI, R. G., CALHOUN, L. G. (2004): Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1). 1–18.
- TIRINGER I. (2012): *Az akut kardiológiai eseményen átesett betegek hosszú távú életminőségét befolyásoló pszichoszociális tényezők vizsgálata*. Doktori (PhD) értekezés, PTE BTK Pszichológiai Intézet, Pszichológia Doktori Iskola.
- TOMICH P. L., HELGESON V. S. (2012): Posttraumatic growth following cancer: links to quality of life, *25*(5). 567–573.
- TREYNOR, W.; GONZALEZ, R., NOLEN-HOEKSEMA, S. (2003): Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3). 247–259.
- WATKINS, E. R. (2008): Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin, 134*(2). 163–206.
- ZIGMOND, A. S., SNAITH, R. P. (1983): The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6). 361–370.
- ZOELLNER, T., MAERCKER, A. (2006): Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review, 26*(5). 626–653.

# AZ ÉLETMINŐSÉG KIEMELKEDŐ MAGYARÁZÓVÁLTOZÓJA KRÓNIKUS LÉGÚTI BETEGSÉGEKBE



GODÁNYI Zsófia

godanyi.zsofia@ppk.elte.hu

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

RIGÓ Adrien

rigo.adrien@ppk.elte.hu

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

## ÖSSZEFOGLALÓ

*Háttér és célkitűzések:* Jelen kérdőíves kutatás krónikus légúti megbetegedésekben (főként asztmában és COPD-ben) szenvedő személyek életminőségét, s az azt magyarázó pszichoszociális tényezőket vizsgálta. *Módszer:* A vizsgálatban 50 krónikus légúti betegségben szenvedő személy (23 férfi és 27 nő) vett részt. Az életminőséget a Szent György Kórház Légzési panaszokkal kapcsolatos kérdőívvel, a hangulatot a Kórházi szorongás és depresszió kérdőívvel, a szociális támogatottságot a Társas támogatás kérdőívvel, a megküzdést pedig a CISS-21 kérdőívvel vizsgáltuk. *Eredmények:* A regresszióelemzés eredményei szerint a demográfiai változók kontrollálása mellett az életminőség egyetlen szignifikáns magyarázóváltozója a hangulati zavar (a depresszív hangulat és a szorongás közös mutatója). *Következtetések:* A diszkusszióban felhívjuk a figyelmet az edukációs programok és a szűrések fontosságára, valamint felvetünk néhány olyan szempontot és intervenciók lehetőségét, amelyek – a depresszív hangulat befolyásolásán keresztül – hasznosak lehetnek a betegséggel való adaptív megküzdésben és az életminőség javításában.

*Kulcsszavak:* életminőség, asztma, COPD, depresszió, szocioökonómiai státusz

## BEVEZETÉS

Jelen tanulmány a krónikus légúti megbetegedésekkel – elsősorban asztmával és COPD-vel – élő személyek életminőségét befolyásoló tényezőket emeli fókuszába. Célja, hogy feltárja, milyen kihívásokat és nehézségeket

jelent a személyek számára ezekkel a betegségekkel együtt élni.

### Krónikus légúti megbetegedések

„Az asztma a légutak krónikus gyulladós betegsége, amelynek létrejöttében számos gyulladós sejt és sejtproduktum szerepet