

***Infarktuson átesett betegek
pszichés tényezőinek vizsgálata***

Tartalomjegyzék

Bevezetés	3
1.Témafelvetés.....	4
2.Irodalmi áttekintés	5
2.1. Anatómiai áttekintés.....	5
2.1.1. A szív felépítése és működése	5
2.1.2. A szívelégtelenség, a szívinfarktus	6
2.1.3. Az érlemeszesedés kockázati tényezői	7
2.2. Pszichológus az egészségügyben	8
2.3. A kardiovaszkuláris betegségek és a pszichológia; pszichoszomatika	9
2.4. A szív egészségét befolyásoló pszichológiai hatások.....	10
2.4.1. Az A típusú viselkedés	11
2.4.2. Pszichoszociális tényezők.....	13
2.4.3. Betegség tudat.....	16
2.5. Érzelemszabályozás	17
2.6. Ézelmi tudatosság	18
2.7. Pszichés Jóllét	19
3. Kérdésfelvetés	20
4. Kutatás bemutatása	21
4.1. A vizsgálat ismertetése.....	21
4.1.1. A vizsgálati személyek	21
4.1.2. A vizsgálat helye, ideje.....	22
4.1.3. A vizsgálat tapasztalatai	22
4.2. Kérdőívek ismertetése	22
4.2.1. ÉNK – Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív	23
4.2.2. PJK – Pszichés Jóllét Kérdőív	24
4.2.3. Ézelmi Tudatosság Kérdőív	24
5. Eredmények és azok értékelése	25
6. Következtetések és javaslatok.....	32
7. Összefoglalás	34
Irodalomjegyzék	36
Mellékletek	

Bevezetés

A szív- és érrendszeri betegségek világszerte a vezető halálokok között szerepelnek, Magyarország sajnos különösen előkelő helyet foglal el ezen a listán. A WHO felmérése szerint országunk a szív- és érrendszeri halálozás vonatkozásában a férfiak és a nők esetében is a negyedik helyen áll. A szív-, érrendszeri betegségek 40 százalékát a koszorúérbetegségek teszik ki. Az évente bekövetkező szívinfarktusok száma sem csökken lényegesen hazánkban. A miokardiális infarktust kiváltó, elősegítő biológiai okok mellett a pszichés rizikófaktorokat sem szabad figyelmen kívül hagyni. A betegség kialakulásában, lefolyásában és következményeit tekintve, a pszichológiai és a szociális faktorok egyaránt fontos szerepet játszanak. A pszichés tényezők jelentősége különösen olyan esetekben nő meg, ahol életet veszélyeztető állapotok lépnek fel, ilyen például a szívinfarktus. Ezen állapotokban nagy hangsúlynak kell kerülnie a gyógyulás és a sikeres rehabilitáció folyamatára, mely befolyásolja a beteg életminőségét, alkalmazkodását, valamint interperszonális kapcsolatainak alakulását (Öry, 2007).

A műhelymunkámban azon pszichikus tényezőket igyekszem feltárni, melyek hatással vannak a szívinfarktus utáni gyógyulás folyamatára, illetve amelyek a koszorúér-betegség hátterében állhatnak. Feltehetőleg léteznek olyan stabil vonások, tényezők, melyek tartós fennállása közreműködik a betegség kialakulásában, valamint hosszú távon a krónikus betegséggel való együttélést, az életminőséget, valamint a további adaptációt is befolyásolják (Öry, 2007). A dolgozatomban három tényező hatását vizsgálom, melyek infarktusos betegek pszichés támogatását, terápiájuk hatékonyságát, illetve a betegség bekövetkeztének megelőzését szolgálhatják, ezek az érzelemkezelési nehézség, az érzelmi tudatosság és a pszichés jóllét.

1.Témafelvetés

A kardiovaszkuláris betegségek kezelésében fontos lenne a komplex ellátás előtérbe helyezése: a konvencionális orvoslás mellett a pszichés támogatás nyújtása is. Ilyen módon a gyógyszeres, diétás kezelés és életmód változtatás mellett hangsúlyosabbá lehetne tenni a pszichés tényezők kontrollálását a betegvezetésben.

Tudományos jelentősége mellett a téma gyakorlati jelentősége a pszichés vezetés (egyéni, csoport terápia...) során a kezelés fókuszának meghatározása. Ebben nyújtanak segítséget ezek a kutatások. Az átfogó rehabilitációs program magába foglalja a pszichológus irányításával alkalmazott pszichoszociális intervenciót, pszichoterápiát, a relaxációs technikák tanulását. Az egyéni és csoportos, valamint a családtagok bevonásával végzett tanácsadás segíthet az életminőséget befolyásoló pszichés tényezők, stresszhelyzetek megismerésében és a kedvezőtlen hatások elhárításában. Az emocionális támogatás, a remény erősödése, a beteg tudati kontrollja jelentős a beteg gyógyulásában. A betegség gyógyszeres kezelése mellett lényeges, hogy a betegek megtanuljanak betegségükkel együtt élni, valamint, hogy aktívan vegyenek részt a gyógyulásukban. A rehabilitáció alatt a pozitív attitűd kialakítását segíti a pszichoterápia, a témacentrikus csoportbeszélgetés, a káros magatartás módosítása, az autogén tréning, a házastárs-terápia, a dohányzás elhagyása és a szexuális nevelés (Veress, Berényi, 2006).

Kutatásom célja olyan fontos tényezők vizsgálata, melyek előremozdíthatják a szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő, infarktusos betegek pszichés támogatását, terápiájuk hatékonyságát, illetve a betegség bekövetkeztének megelőzését. Elképzelésem szerint a vizsgálatban nyert adatok segítségével komplexebbé, hatékonyabbá lehetne tenni a koszorúér betegek infarktusmegelőző kezelését pszichoszociális területen, illetve csökkenthető lenne az infarktuson átesett betegek körében az újabb szív-, érrendszeri esemény bekövetkeztének esélye.

Az ember élete egyszeri, pótolhatatlan, ezért szeretnék kutatásommal hozzájárulni ahhoz, hogy ezt a szív-érrendszeri betegségekre hajlamos vagy azzal küzdő emberek is minél egészségesebben és tartalmasabban élhessék.

2. Irodalmi áttekintés

2.1. Anatómiai áttekintés

2.1.1. *A szív felépítése, működése*

A szív körülbelül ökölnyi méretű, izmos falú négyüregű "pumpa", percenként 60-80 összehúzódás biztosítja a vérkeringést nyugalomban az egész szervezet számára. A vérkeringés motorja, amely biztosítja a szervek és a szövetek megfelelő ellátását oxigénnel és tápanyaggal. A szív a saját elektromos rendszerének segítségével szüntelen és visszatérő összehangolt kitágulást (diasztolé) és összehúzódást (szisztolé) végez, amelynek során oxigén dús vért fogad magába a tüdők felől és továbbít a szervezet felé. Ez a szívizom számára állandó, óriási, megterhelő munkát jelent. A szív percenként átlagosan 70 összehúzódást végez, naponta több, mint 100 000, 60 év alatt több, mint két milliárd szívdobbanást végez. Percenként nyugalomban 5-6 liter vért forgat meg, mely 4-5-szörösére nőhet fizikai terhelés során (Czuriga, 2006a).

A szív két részre oszlik anatómiailag; jobb és bal szívfélre osztható, amelyeket a szívsvény választ el egymástól. Mindkét szívfél pitvarokra és kamrákra oszlik, melyeket egymástól elhatárolnak a szívbillentyűk. A szívbillentyűk szelepekként funkcionálnak, melyek biztosítják, hogy a vér a szívben egy irányba haladhasson. A mitrális (kéthegyű) billentyű a bal pitvar és a bal kamra között található, míg a három vitorlából álló trikuszipidális billentyű a jobb pitvar és a jobb kamra között. Ezeken felül ún. félhold alakú, tasakos billentyűket is találunk a jobb kamra és a tüdőverőér, valamint a bal kamra és a fő verőér között (Czuriga, 2006a).

A szervezet által elhasznált, oxigénben, tápanyagban szegény, ún. vénás vér a jobb pitvarba fut be ahonnan a jobb kamrán és a tüdőverőéren át a tüdőbe jut. Itt felveszi az oxigént, ami elengedhetetlen az egészséges életműködéshez, valamint leadja a felesleges széndioxidot. Az oxigénnel telt, felfrissült vér a bal pitvarba kerül a tüdővénákon keresztül. A vérkörnek ezen részét kisvérkörnek nevezik. A bal pitvarból a bal kamrába jutó oxigéndús vért artériás vérnek nevezzük; ez az aortán (főverőéren), az ebből elágazó verőereken,

artériákon és kapillárisokon (hajszálereken) keresztül jut el a szervezetben lévő szövetekhez. Innen az elhasznált vér a vénákon (visszereken) keresztül a jobb pitvarba áramlik ismét. Ezen részét a vérkörnek, nagyvérkörnek nevezzük (Czuriga, 2006a).

A szív izomzatát saját erei a koszorúerek (koronária arteriák) látják el oxigéndús vérrel. Ez bizonyítja a koszorúerek jelentőségét. A legnagyobb izomtömeg a legtöbb munkát végző bal kamra körül van, a bal koszorúér két ága és a jobb koszorúér osztozik ellátásán. A bal koszorúér látja el a bal kamra nagyobb részét, kezdeti szakaszát bal főtörzsnek nevezzük. Ebből két nagy ág ered: a bal elülső leszálló szár és a körbefutó ág. A jobb koszorúér végágai általában a bal kamra alsó falához vezetnek (Czuriga, 2006a).

2.1.2. A szívelégtelenség, a szívinfarktus

A szívelégtelenség a szív működésének olyan zavara, amelynek következtében nem tudja biztosítani a vérkeringés a mindenkori igényeknek megfelelő oxigént és tápanyagot a szervek szövetek számára. A beteg ilyenkor fáradékonyságról, csökkent fizikai terhelhetőségről nehézlégzésről, végtagvizenyőről, egyéb pangásos tünetekről számol be. Enyhébb esetben ez csak terhelés esetén jelentkezik, súlyos esetben viszont már nyugalomban is vérellátási zavar, és a fontos szervek, mint például a vese és az agy működési zavara jöhet létre. A szívelégtelenség okai lehetnek: magas vérnyomás (hypertónia), szívizomelhalás (szívinfarktus), szívbillentyű-betegségek, szívfejlődési hibák, szívizombetegségek (Czuriga, 2006a).

A szívinfarktus hátterében az érrendszer megbetegedése, az érlemeszesedés áll. Érlemeszesedés alatt az artériák (verőerek) falának megbetegedését értjük, mely lassan, évek, évtizedek alatt alakul ki. Az erek falának belső rétegén már kisgyermekkorban kimutathatók zsírlarakódások, melyek az idő múlásával egyre növekednek, így alakulnak ki az ún. plakkok. A felrakódások később megrepedhetnek, a vérlemezkék összetapadása következtében trombus (véralvadék) képződik, amely az ér üregének teljes elzáródását okozza. A koszorúerek az érlemeszesedés következtében gyakran megbetegednek, szűkületeket szenvednek, majd elzáródnak, melyek szívpanaszok kialakulásához, a koszorúerek hirtelen elzáródása pedig szívinfarktushoz vagy szíveredetű halálhoz vezet. Ilyenkor a vérellátás az elzáródott érszakaszon megszűnik, így szívizom elhalás következik be, ezt nevezzük szívizom infarktusnak. Abban az esetben, ha valamelyik koszorúérszakasz átmérője 50 százaléknál

jobban beszűkül, a szívizom fokozott munkavégzésének vér- és oxigénellátása nem biztosított. Ilyenkor általában angina (mellkasi fájdalom) jelentkezik, minél nagyobb mértékű a szűkület, annál kisebb terhelésre, annál gyakrabban jelentkezhetnek panaszok. A koszorúér hirtelen elzáródásakor tehát szívizomelhalás, azaz infarktus alakul ki, amely legtöbbször erős fájdalommal jár, és kezelés nélkül közvetlen életveszélyt jelent. A szívinfarktus – köznapin néven szívroham – a koszorúérbetegség legsúlyosabb formája, a leggyakoribb halálokok közé tartozik világszerte. A magas halálozás mellett a szívinfarktus jelentősen csökkenti a betegek életminőségét, valamint növeli a rokkantak számát. A szívinfarktus lezajlása után a szív megmaradt teljesítménye attól függ, hogy milyen volt az infarktus kiterjedése, mennyi szívizom alakult át összehúzódásra nem képes, heges területté, és mennyi maradt a kamrából működőképes állapotban. A hegszövet ugyanis nem képes a szív pumpaműködésében részt venni, ha a heg nagysága jelentős, a pumpaműködés olyan mértékben romolhat, hogy pangásos szívelégtelenség alakul ki (Czuriga, 2006b).

2.1.3. Az érlelmeszesedés kockázati tényezői

Az érlelmeszesedés kialakulásához számos tényező hozzájárul:

- a helytelen étrend
- magas vérzsír-szint (hiperlipidémia)
- magas testsúly
- dohányzás
- magas vérnyomás
- magas vércukor-szint
- fizikai aktivitás, testmozgás hiánya
- stressz
- örökletes tényezők.

A szív különböző megbetegedéseire, a szívinfarktushoz pszichés tényezők is hozzájárulnak, melyeket később fogok részletezni (Czuriga, 2006b).

2.2. Pszichológus az egészséggondozásban, egészségpszichológia

A pszichológiát kezdetben az egészségügyben döntően, eléggé egyoldalúan csak a klinikai pszichológia képviselte, amely szinte kizárólag a pszichiátriai problémákra összpontosított. A hetvenes évektől kezdtek el foglalkozni elsőként explicit módon a pszichológia szerepével az egészségügyi szolgáltatások terén. Kezdték felismerni, hogy a pszichológiának az egészségfenntartásban, a betegségek megelőzésében és kezelésében egyaránt volna tennivalója (Schofield, 1969, idézi: Kulcsár, 2002).

Napjainkban a betegségek és a halálokok jelentős aránya viselkedéses tényezőkre vezethető vissza, ez a tény az egészségpszichológia megszületésének elsőrendű faktora volt. A viselkedés módosítása hosszú távon befolyásolhatja az egészség alakulását (Kulcsár, 2002).

Az egészségpszichológia a pszichológia egy specifikus hozzájárulása az egészség elősegítéséhez és fenntartásához, a betegség megelőzéséhez, illetve kezeléséhez. Tehát minden olyan tevékenysége a pszichológiának, amely az egészség, betegség az egészségvédelem és -politika bármely aspektusához kapcsolódik, az egészségpszichológia felségterületéhez tartozik (Matarozzo, 1982, idézi: Kulcsár, 2002). Matarozzo szerint a pszichológia számos területe, így a fejlődéslélektan, a fiziológiai pszichológia, a kognitív, a munka- és szervezetpszichológia hozzájárul, és tekintetbe kell venni az egészségpszichológia meghatározásakor.

Az egészség fenntartásában pszichés tényezők – rajtuk keresztül pedig a magatartás – döntő szerepet játszanak. Minden olyan viselkedés egészségvédő viselkedésnek számít, amelyet a személy azzal a szándékkal végez, hogy védje, elősegítse vagy fenntartsa egészségét; függetlenül az általa észlelt egészségi állapottól és attól, hogy az adott viselkedés objektíven hatékony-e, Harris és Gutten meghatározása alapján (Harris és Guten, 1979, idézi: Kulcsár 2002).

Az egészségpszichológia, és a pszichológusok munkája tehát elengedhetetlen az egészséges magatartás és életvitel fejlesztése, az egészséges állapot megőrzése, a konkrét betegségekhez kapcsolódó megelőző és terápiás tevékenység, a kóroktani és diagnosztikai korrelációk feltárása (a betegség és a pszichológiai jellemzők vonatkozásában), illetve az egészségügyi ellátórendszer és egészségpolitika szempontjából. Így belátható, hogy a

pszichológiának és a pszichológusoknak nagy szerephez kellene jutniuk abban, hogy a szív-érrendszeri betegségekre hajlamos vagy azzal küzdő emberek minél egészségesebben és tartalmasabban élhessék életüket (Kulcsár, 2002).

2.3. A kardiovaszkuláris betegségek és a pszichológia; pszichoszomatika

Az elmúlt évek kutatási és tudományos eredményei óriási fejlődést eredményeztek a kardiológiában. Számos betegséggel kapcsolatban gyarapodott ismeretünk, fejlődtek a diagnosztikai lehetőségek, új terápiás lehetőségekkel lettünk gazdagabbak; valamint elérhető közelségbe kerültek a megelőzés útjai is. A korszerű kardiológiai ellátás a krónikus betegek igényeit is figyelembe veszi, megindult a szívbeteg rehabilitációja, hosszú távú gondozása. Az említett eredményeken túl talán a leglényegesebb előrehaladást a kardiológiában a szemléletváltás jelzi, jelenti, amely a korábbi gyakorlattól eltérően nemcsak a beteg szomatikus, hanem pszichikus szempontjait is figyelembe veszi (Császár, 1989).

Vannak olyan betegségek, melyek keletkezésében kórlefolyásában és következményeiben a pszichés tényezőknek lényeges szerepe van, ezeket pszichoszomatikus betegségeknek nevezzük (Császár, 1980, idézi: Kelemen, 1985). A pszichoszomatikus betegségek, illetve betegek esetén kell, hogy legyen a háttérben valamilyen többlet – az organikus háttér mellett -, például a személyiségükkel, amely állapotukhoz, történéseikhez vezet. Az ilyen betegek, betegségek esetén az ellátásukra a megszokott sablonok, orvosi sztereotípiák nem elégségesek, csődöt mondhatnak (Kelemen, 1985). A pszichológiai okok gyakran nagyobb szerepet játszhatnak a rehabilitáció sikertelenségében, mint maga a szívbetegség. A szomatikus és pszichoszociális tényezők egyaránt fontosak, az egyik területen bekövetkező javulás vagy romlás nem függ össze a másik tényező hasonló irányú változásával. Több vizsgálat bizonyítja, hogy a szívbetegség fellépte vagy a szívműtét után fél évvel 22-36 százalékban mérsékelt, illetve 17-28 százalékban kifejezetten súlyos affektív zavarok jellemzőek (Öry, 2007). Éppen ezért fontos mind két területre hangsúlyt fektetni a gyógyítás, terápia során.

Már a korai időszakban is foglalkoztak a szomatikus, biológiai rizikófaktorokon túl a lelki, idegi tényezők oki és befolyásoló szerepével a szív- és érrendszeri megbetegedéseket illetően. Az embert egy szomatikus (azaz testi, biológiai), lelki, ideg és szociális dimenziók által integrált személynek kell tekintenünk. A betegség ezeket a dimenziókat, mind érintheti, befolyásolhatja. Egészségünk fenntartásakor az összes dimenziót szem előtt kell tartanunk, éppen ezért mondhatjuk, hogy az egészség nem egyenlő a betegség hiányával. Hozzá tartozik a szomatikus, lelki és szociális egyensúlyi állapot, a jó közérzet, illetve a megfelelő aktivitáskészség (Őry, 2007).

A kardiovaszkuláris betegségek kezelésében tehát fontos lenne a komplex ellátás előtérbe helyezése: a konvencionális orvoslás mellett a pszichés támogatás nyújtása is. Ezen betegség olyan akaratlagos viselkedés következménye is, mint például a dohányzás, vagy a stresszel teli életmód, illetve különböző személyiségtényezők is közrejátszanak, melyeken szintén lenne mód változtatni pszichológus segítségével. Ezen rizikótényezők megváltoztatására lenne érdemes törekedni és ily módon pszichológiai módszerekkel csökkenteni a szív-érrendszeri megbetegedés kockázatát, a biológiai és pszichológiai stresszfaktorokat egyaránt (Őry, 2007).

A kardiovaszkuláris betegségek kezelésében tehát fontos lenne a komplex ellátás előtérbe helyezése: a konvencionális orvoslás mellett a pszichés támogatás nyújtása is.

2.4. A szív egészségét befolyásoló pszichológiai hatások

A szív-, érrendszer és a lelki események közötti kapcsolatok felfedezése egészen az ókorig visszavezethető. Már az ókori Egyiptomban is készültek feljegyzések a megerőltető aktivitás, láz és félelem káros hatásáról a szívre. A Bibliában heves érzelmek által bekövetezett hirtelen halál esetéről találhatunk példát (Kakas, 1995).

Elsőként a veszélyeztető élettani tényezőket írták le a szakirodalomban: a magas vérnyomást, az emelkedett koleszterinszintet, a diabétesz mellitust. Ezt olyan életmódbeli tényezők azonosítása követte, mint a dohányzás, mozgásszegény életmód, elhízás. Azonban egyre több kutatás irányult, arra, hogy bebizonyítsák a pszichológiai hatások jelentőségét a témában. Figyelték különböző környezeti és társadalmi helyzet által meghatározott

tényezők fontosságára: például családi helyzet, társadalmi státusz, stb. Emellett különböző személyiség-, illetve viselkedésbeli jellemzőket is befolyásoló tényezőként határoztak meg. Ilyen személyiség-, és viselkedésbeli jellemzők összefoglaló példája az A típusú viselkedés. (Kakas, 1995).

2.4.1. A típusú viselkedés

Meyer Friedman és Ray Rosenman (1974) nevéhez fűződik az A típusú viselkedés jellemzőinek összefoglalása, illetve ők igazolták veszélyeztető hatását a szívre. Vizsgálataikban bebizonyították, hogy ezek a jellemzők függetlenek egyéb, szívkoszorúér-betegségekre hajlamosító rizikótényezőktől (Kakas, 1995). Fontos megjegyezni, hogy ez egy viselkedési mintázat és nem személyiségtípus, hiszen a személyiség sokkal komplexebb, összetettebb dimenziókból áll (Őry, 2007). A továbbiakban az A típusú viselkedés főbb jellemzőiről rövid jellemzést adok. Ezek a jellemzők a következők:

- ❖ státuszbizonytalanság,
- ❖ hiperagresszivitás,
- ❖ ellenséges magatartás,
- ❖ állandó sürgetettségérzés,
- ❖ mindennapi aktivitás felgyorsulása,
- ❖ egyidejűleg végzett többféle tevékenység,
- ❖ tudattalan öndestrukció (Kakas, 1995).

A *státuszbizonytalanság* kapcsolatban áll a pozícióféltéssel és a funkcióhalmozással, ezek a fő jellegzetességei. Az A típusú személy számára a státuszának fő bizonyítéka az újabb és újabb pozíció és funkció megszerzése, melynek hátterében az önbizalomhiány különböző formái állnak. Ezeknek az embereknek általában elismertségük és anyagi hátterük nem teszi szükségessé, hogy újabb pozíciókat és funkciókat vállaljanak, az ezekkel járó elfoglaltság és hajsza következménye, hogy az egyén megfosztja magát a pihenéstől és az élet örömeitől. Ezeket a személyeket tehát gazdaságtársadalmi helyzetüktől függetlenül állandó aggodalmak gyötrik. Kétségeik azonban nem környezetből jövő ítéleteken alapulnak – mivel legtöbbször, sikeres, kívülről önteltnek tűnő egyének –, hanem saját, önmagukra vonatkozó gondolataikból fakadnak. A státuszvesztéstől való félelem tehát legtöbbször az önbizalomhiányban és az önértékelés zavarában gyökerezik, a látszat ellenére. Hiába magas a

személy teljesítménye - mely a külvilágszámára egyértelmű -, ha saját elvárásai önmagával szemben túlhaladnak teljesítményének szintjén. Ezek a személyek mindig egyre többet és többet várnak el maguktól, mint amennyit éppen teljesítenek. Sosem lehetnek elégedettek önmagukkal (Kakas, 1995).

Az *ellenséges magatartást* jellemzi, hogy szélsőségesen kritikus mások hibáival szemben. Az ilyen emberek fő gondja és haragja mások hibái ellen irányulnak, bizalmatlanok mindenki motivációja iránt. Minden beszélgetést vitába fordítanak, nem képesek beszélgetni, a beszélgetőpartner minden hozzászólását, állítását, kétségbe vonják. Az ellenséges ember minden hibát észrevesz, felnagyít, indokolatlan mértékű dühbe gurul minden apró hiba észrevételekor. Minden A típusú viselkedéssel jellemző közül ez a leginkább veszélyeztető. Nagyon nehéz rajta változtatni, mivel az egyén egész szemléletét átszövi, gyökere nagyon mélyen rögzült önértékelési hiányosság. A személy önértékelését javítva, saját értékeinek ismeretében ellenségeskedése csökkenhet (Kakas, 1995).

Az A típusú személyekre jellemző a *hiperagresszivitás*. Az agressziójuk hátterében a versengő viselkedés, a „nagyon győzni akarás” állhat. Ez különbözik a hétköznapi ambíciótól, hiszen nem csupán győzni akarnak ezek a személyek, hanem uralkodni. Közömbös az ellenfél érzelmei, alapvető jogai iránt, a másik önértékelésének letörésére törekszik, eltiprására. Önhitt, arrogáns, könyörtelen, nem jellemző rá a „fair” játék (Kakas, 1995).

Az A típusú viselkedés jellemzője az *idősürgetettség érzése*, tehát az érzés, hogy sokkal több a tennivalónk, mint amennyi idő a rendelkezésünkre áll; amikor összezsapnak fejünk felett a tennivalók hullámai. Az ilyen személyek nem tudnak várni, dühbe gurulnak, ha mégis rákényszerülnek, számukra minden azonnal kell. Gyorsan beszél, és a beszélgetőpartnert is sürgeti, gyakran befejezi a partner mondatait, ezzel is siettetve a beszélgetést. Nem tüntet ki senkit osztatlan figyelmével, türelmetlenségét gyakran érezteti másokkal. Könnyen agresszívvá válik, ha úgy érzi, akadályozzák a maga elé kitűzött célok gyors elérésében. Tehát az idővel állandó harcban áll az A típusú személy, egyre több dolgot csinál, egyre kevesebb idő alatt, sőt *egyidejűleg végez többféle tevékenységet* (Kakas, 1995).

Ezek az emberek nem képesek kikapcsolódni, szenvedés számukra a szórakozás, nyaralás, pihenés, bármilyen olyan elfoglaltság, ami nem kapcsolódik közvetlenül a munkájukhoz. Az *önpusztítás* meghatározó tényező az infarktus pszichológiai tényezői közül,

hiszen a magára vállalt feladatok tengerében fuldokolva a saját testi épségét sem tartja szem előtt az egyén (Kakas, 1995).

Az A típusú személy és a nárcisztikus személyiség között gyakran vannak párhuzamot. Ennek alapja, - ahogy fentebb már leírtam -, hogy az A típusú személyek felszínesen, kívülről szemlélve szilárd önértékelésűnek tűnnek, sőt önhittnek, azonban valójában rendkívül kiszolgáltatottak mások ítéletének és megerősítésének (Price, 1982, idézi: Condon, 1994).

2.4.2. Pszichoszociális tényezők

A pszichoszociális tényezőket tartják az életmódbeli tényezők mellett a legkiemelkedőbb hatásúnak a szív betegségeit illetően. A pszichoszociális stresszt vizsgálva, elmondhatjuk, hogy az önálló coronaria rizikófaktor, nagy a prevalenciája a kardiológiai populációban, gyakran jelentkezik kardiális tünetként, gátolja az eredményes kezelést, módosítja a kardiovaszkuláris rizikó tényezőket, köztük a magatartást, illetve kiválthat akut kardiális eseményt. A pszichoszociális rizikófaktorokat két csoportba oszthatjuk: az egyik a pszichés tényezők csoportja, a másik pedig a szociális tényezőké, ez a két csoport állandó kölcsönhatásban áll, befolyásoló szereppel bírnak az egyénre (Harasztiné Sárosi, 2011).

A pszichés tényezők csoportjába tartoznak:

- a személyiségvonások,
- a kóros magatartásminták
- az emocionális tényezők (mint a depresszió, a szorongás és szorongásos betegségek, az ellenségeskedés, a düh) (Harasztiné Sárosi, 2011).

A szociális tényezők csoportjába:

- az elégtelen szociális támogatottságot,
- a szociális / gazdasági statust,
- a munka okozta stresszt
- és a házastársi stresszt sorolhatjuk (Harasztiné Sárosi, 2011).

A szociális támogatottság (szociális háló, funkcionális támogatottság)

Minél alacsonyabb, annál erősebb az összefüggés a nem kívánatos kardiális eseményekkel (Harasztiné Sárosi, 2011). Számos tanulmány alapján elmondható, hogy az alacsony szintű szociális integráció és az érzelmi kötődés alacsony foka meghatározó a kardiovaszkuláris morbiditást illetően. Az alacsony társas támogatottságú férfiaknak ötször nagyobb az esélyük infarktusra, mint a jó kapcsolattal rendelkezőknek. Emellett a nők esetében kétszer nagyobb eséllyel beszélhetünk magasvérnyomásos betegség megjelenségéről, mint a magasabb támogatottsággal bíró társaiknál (Balog, 2006).

A társas támasz stressz elleni buffer zónaként funkcionál. Ting és Fricchione (2006) kísérlete alapján elmondhatjuk, hogy a társak segítenek a stresszel való megküzdésben, sőt a betegségből való felépülés és egy egészségesebb életmód kialakítása során is segítséget, biztatást nyújthatnak.

A szociális / gazdasági státusz

A szociális és gazdasági státusz (foglalkozás, gazdasági helyzet, iskolázottság, szociális helyzet) esetében, erős a fordított összefüggés a nem kívánatos kardiális eseményekkel (Harasztiné Sárosi, 2011). A szociális és gazdasági státuszt az iskolai végzettség, a jövedelem határozza meg. Ezt úgy magyarázhatjuk, hogy alacsony iskolázottság esetén nő annak az esélye, hogy az egyén nem lehet kellőképpen tisztában azzal, hogyan tudná megóvni egészségét, vagy hogy milyen tényezők veszélyeztetik azt. Az alacsony, nem elegendő jövedelem pedig korlátozhatja az egészséges testi-lelki életmód lehetőségeit. Nem teszi lehetővé az egészséges és kifogástalan minőségű élelmiszerek megvásárlását és a kikapcsolódás lehetőségeit is beszűkíti. Így az alacsonyabb szociális és gazdasági státusz növeli a szív-és érrendszeri betegségek előfordulásának gyakoriságát (Balog, 2006).

Munka okozta stressz

A munka okozta stressz kapcsán két tényezőt kell megemlíteni. Az első a munka okozta túlterhelés, a magas követelmény, szűk mozgástér az irányításban erős rizikót jelent a kardiovaszkuláris megbetegedések tekintetében. Emellett a második: az erőfeszítés és a jutalom, más szóval az anyagi-erkölcsi megbecsülés aránytalansága, ez ugyancsak rizikótényező (Harasztiné Sárosi, 2011).

Emocionális tényezők – Negatív érzelmek

Az érzelmi állapotok fontos szerepet tölthetnek be a cardiovascularis betegségek kialakulásában és progressziójában is, különösen nagy a negatív érzelmek jelentősége; elsősorban a szorongást kell kiemelni a hirtelen halál, valamint a szívizominfarktus esetében. A szorongás és a depresszió mértéke bejósolja a szívbetegség kimenetelét, az infarktust és a halálozást (Todaro, Shen, Niaura, Spiro, és Ward, 2003). Az ellenségesség, harag és düh is olyan negatív érzelmi állapotok, melyek hozzájárulhatnak a szívbetegség kialakulásához (Harasztiné Sárosi, 2011). Bizonyított, hogy az ellenségesség magas értéke bejósolhatja, előrejelezheti a szívbetegséget (az ellenségességről előző fejezetekben hosszabban írtam).

Harag és düh

A harag és düh átélése és kifejezése is kapcsolódik a szívkoszorúér betegség előfordulásához (McDermott, Ramsay, és Bray, 2001). A düh és a harag fennállása kétszer-háromszor nagyobb kockázatot jelent angina, az akut miokardiális infarktus vagy hirtelen szívhalál kialakulására, illetve a kardiovaszkuláris betegségek korai megjelenésére (Kawachi, Sparrow, Spiro, Vokonas és Weiss, 1996; Chang, Ford, Meoni, Wang és Klag, 2002, idézi: Öry, 2007).

A szorongás

A szorongás fontos fiziológiás kísérője a szapora légvétel. A légzésfrekvencia nagymértékű fokozódása a túllégzés, más néven hiperventilláció. A szorongás, a túllégzés emeli az idegsejtek pH-szintjét, ami beindítja az „Üss vagy fuss!”-reflexet. Ez különböző változásokat hoz létre a szervezetben, többek között: a szívdobogásérzést, tachycardiat, nehézlégzést, fulladásérzetet, mellkasi fájdalmat. A hiperventillációnak tehát már egy enyhébb fokozata is elegendő ahhoz, hogy az egyén szív működése felgyorsuljon, a véredények összeszűküljenek és a vér pH-értéke megnöjön. Kutatások bizonyítják, hogy a kardiológiai betegek 14%-a szenved pánikreakcióban. Ha szívbeteg magas szorongással jellemezhető volt már a megbetegedése előtt is, akkor önindukció révén kifejlesztheti magában az állapotának jövőbeli negatív anticipációját, így szorongásos-pánikreakciót indíthat be. Az ilyen típusú kardiológiai betegeknél különösen fontos lenne a hagyományos orvosi ellátást kiegészíteni terápiás kezeléssel is, mind a klinikumban, mind a rehabilitációs fázisban is (Öry, 2007).

A depresszió

A depressziós betegek esetében fokozott kardiovaszkuláris/cerebrovaszkuláris morbiditás és mortalitás jellemző. Kétszer-háromszor gyakrabban fordul elő hipertónia és 2. típusú diabétesz (ami szintén rizikófaktor) (Yates és Wallace, 1987, idézi: Öry, 2007). Hipertóniás betegek körében végzett vizsgálat szerint az aktuálisan fennálló major depresszió prevalenciája (15,6%) majdnem négyszerese, a kontroll csoporténak (4,2%) (Wei, Zeng, Chen, Wang, Li, Chen és Wang, 2004, idézi: Öry, 2007). Ha a depresszióról azt állítjuk, hogy a kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris megbetegedések független rizikófaktorai (Pratt, Ford, Crum, Armenian, Gallo és Eaton, 1996, idézi: Öry, 2007), akkor elvárható, hogy a betegség eredményes kezelése, nem csak az öngyilkosságok számát korlátozza, hanem a szív- és érrendszeri morbiditást és mortalitást is csökkentené. Ezt empirikusan is bizonyították (Ahrens, Müller-Oerlinghausen, Schou, Wolf, Alda, Grof, Grof, Lenz, Simhandl, Thau, Vestergaard, Wolf és Möller, 1995, idézi: Öry, 2007).

2.4.3. Betegségtudat

A beteg gyógyulását befolyásoló tényezők: a pszichés és szociális tényezők mellett a betegségtudat, azaz a beteg hozzáállása a krónikus betegségéhez, a beteg együttműködő készsége a gyógyító személyzettel. A cél a krónikus beteg megfelelő betegségtudatának kialakítása. A kóros betegségtudat, azaz a krónikus betegségre való tipikus reagálási módok típusai: a betegséget tagadók, a fokozott betegségtudat, szándékos és a tudattalan betegségkereső magatartás, közönyös, a betegséggel nem törődő beteg esetében az egészség-betegség egyaránt közömbös, csak külső készítésre fordul orvoshoz, végül az invalidizmus, mely indokolatlan ragaszkodás a beteghelyzethez, amely komplex, súlyos alkalmazkodási zavar (Harasztiné Sárosi, 2011).

Ezek a pszichoszociális tényezők tehát már bizonyítottan befolyásoló hatással vannak a szívbetegségek kialakulására, illetve nagy szerepük van a szívinfarktus utáni gyógyulás folyamatában. Dolgozatomban az érzelmszabályozás, az érzelmi tudatosság, illetve a pszichés jóllét mint rizikótényezők hatására szeretnék kitérni, ezt fogom vizsgálni.

2.5. Érzelemszabályozás

Az érzelmek, az érzelmi élet és a szív működés egymással szoros kapcsolatban állnak. Ez napjainkban is rengeteg szófordulatban megmutatkozik: ugrál a szíve az örömtől, nagy kő esett le a szívéről, szívélyes, szívtelen, stb. A szív és az affektusok kapcsolata olyan alapvető, hogy már az ókori Görögországban is az affektusok, szenvedélyek székhelyének tartották (Luban-Plozza, Pöldinger és Kröger, 1994).

Fischer, Shaver és Carnochan (1990) definíciója szerint az érzelem számos tényező egységes összjátékaként írható le. Az érzelmekben szerepet játszhatnak különböző kognitív folyamatok, fiziológiai folyamatok, cselekvéses hajlandóság, szubjektív érzések és instrumentális viselkedések. A meghatározás szerint az érzelmek kategóriákba - fogalmi családokba - rendeződnek, és nincs olyan általános jellemzőjük, ami minden érzelemre meghatározó lenne.

Érzelemszabályozás körébe tartozik minden olyan viselkedésforma, képesség és stratégia, amely segítségével az érzelmek átélése és megnyilvánulása felerősíthető vagy legátolható. Az érzelemszabályozás jelentős szerepet tölt be a szelf-szabályozás mechanizmusában: érzelmek csillapításáért, illetve a pozitív érzelmek fenntartásáért vagy csökkentéséért, növeléséért vagy generálásukért (Gross, 1998a, idézi: Kökönyei, 2008), a cél az érzelmi egyensúly helyreállítása (Greenberg, 2007, idézi: Kökönyei, 2008). Jelentős szerepet játszik a szociális kapcsolatokban és a szocioemocionális beilleszkedésben.

Az érzelmek szabályozására alkalmazott folyamatok bizonyos értelemben célfüggők, az érzelemszabályozás különböző formái teszik lehetővé azt, hogy céljainkat elérhessük (Thompson, 1994, idézi: Kökönyei, 2008). Bár a célok, elképzelések tudatos jelenségek, azt nem mondhatjuk, hogy az érzelemszabályozó folyamatok és stratégiák is mindig tudatosak lennének. Nagyrészt automatikusan, tudattalanul zajló folyamatokról van szó (Gross, 1998a,b; Gross és Thompson, 2007, idézi: Kökönyei, 2008), melyek legtöbbször az érzelemgenerálódás folyamatától elválaszthatatlanok (Greenberg, 2007, idézi Kökönyei, 2008).

Az érzelemszabályozás fejlődése a korai tapasztalatokra vezethető vissza. Az automatikus érzelemszabályozáson belül az implicit érzelemszabályozási formák az anya-

gyermek kapcsolatból vezethetők le. Az érzelemszabályozás fejlődése már születéstől elkezdődik. Az egészséges érzelemszabályozás jellemzői:

- ❖ az egyén képes saját érzelmi állapotának tudatos érzékelésére;
- ❖ érzelemerkifejezései megfelelő intenzitásúak (nem túl alacsony, nem is túl magas);
- ❖ képes a felfokozott állapotokat szabályozni, és önnyugtató, figyelemelterelő, illetve egyéb megküzdési technikákkal intenzitásukat csökkenteni;
- ❖ célja elérése érdekében tudja összehangolni érzelmi állapotait és gondolatait (Balázs, 2011).

A megfelelő érzelemszabályozás hiánya kedvezőtlenül befolyásolja az önszabályozás és önkontroll kialakulását is, emellett hozzájárulhat viselkedésproblémák és egyéb patológiás kórképek megjelenéséhez (Balázs, 2011).

Számos kutatás érinti a maladaptív vagy diszfunkcionális érzelemszabályozás területét is. A diszfunkcionális szabályozási formákat különböző pszichopatológiák – például: evészavarok, depresszió, szorongásos zavarok, viselkedési zavarok, borderline személyiségzavar – kialakulásával és fennmaradásával gyakran hozzák kapcsolatba. Az érzelemszabályozás a pszichés egészségre kifejtett hatása mellett a testi egészség fenntartásában, valamint a krónikus betegségekhez való alkalmazkodásban is igen hangsúlyos (Kököneyi, 2008).

Az érzelemszabályozásnak nagy szerepe van a pszichoszomatikus betegségek kialakulásában. Alexander (1953, idézi Kököneyi, 2008) az érzelmi kifejezés elnyomásának fontosságát hangsúlyozta a pszichoszomatikus betegségek kialakulásában, a létrejövő feszültség által. Az adaptív vagy maladaptív érzelemszabályozás fiziológiai mechanizmusokon keresztül fejti ki hatását a testi és lelki működésre. Ez különösen releváns kérdés krónikus betegségekhez való alkalmazkodásban, ahol a betegség okozta tünetek, valamint veszteségélmények növelhetik a negatív érzelmek előfordulásának számát, sőt erre további pszichés stresszorok is tevődnek, melyek további súlyosbodást eredményeznek (Kököneyi, 2008).

2.6. Érzelmi tudatosság

Az érzelmekről megállapíthatjuk, hogy evolúciósan adaptívak. Az érzelmek velünk született, a filogenezis folyamán rögzült jelenségek, tehát ösztönnek tartják, ösztönös magatartásformákhoz kapcsolható (Ranschburg, 1998). Az érzelmek tehát automatikus viselkedési formákat hoznak létre, amik a túlélést szolgálják. Az evolúció során például a félelem érzése, annak felismerése elengedhetetlen volt az ember életben maradásához, önmaga megóvásához, a biztonsághoz. Azonban napjainkban, ha csupán ezen primitív érzelmi viselkedés szerint cselekednénk, akkor az a társas környezetünkben problémát okozna számunkra.. Ezért fontos az érzelmi tudatosság, mielőtt reagálunk egy helyzetre (Rieffe, Meerum Terwogt, Petrides, Cowan, Miers és Tolland, 2007).

Az érzelmi tudatosság fogalmkörébe tartozik az érzelmek megkülönböztetésének, a szóbeli kifejezésüknek képessége, az érzelmek testi tudatossága (például ha félek v ideges vagyok, érzek valamit a hasamban), az érzelmek kimutatása, azonosítása, illetve mások érzelmeire irányuló érdeklődés, figyelem. Magába foglalja, hogy az egyén hogyan érez és gondolkodik saját érzéseiről (Rieffe és mtsai, 2007).

Rengeteg irodalomban szóltak már arról, hogy pozitív kapcsolat, asszociáció áll fenn az egyén szomatikus panasza és különböző érzelmek, érzések között (Pl: rosszkedv, depresszió, aggodalom esetén). A szomatikus panaszokkal rendelkező egyének képesek észlelni adott szituációban keletkezett érzésüket, azonban nem tudják beazonosítani az érzelmeiket, különbséget tenni közöttük, sem megérteni az okaikat (Rieffe és mtsai, 2007). Az érzelmi tudatosság mérésére kialakított kérdőív tehát érvényes a szomatikus betegek és egészséges társaik közötti különbség feltárására.

2.7. Pszichés jóllét

A pszichés jóllét fogalmának meghatározása komplexitása miatt nehézségekbe ütközik. Különböző szerzők más-más meghatározó tényezők szerepét elemelik ki. A pszichés jóllétet érintő kutatások nagyrészt a patológiákra, boldogtalanságra és az emberi szenvedésre fókuszálnak. Összefoglalva, fontos komponensei: a boldogság (Bradburn, 1969, idézi Akin, 2008); az életminőség, a mentális és emocionális egészség, a szubjektív jóllét, hangulat és érzelmek (Kozma, Stones és McNeil, 1991, idézi Akin, 2008), a családi élet, fizikai egészség

(Campbell, Converse, & Rodgers, 1976, idézi Akin, 2008), a jövedelem (Braun, 1977, idézi Akin 2008), házasság (Andrews és Withey, 1976, idézi Akin, 2008), a szerelem (Anderson, 1977, idézi Akin, 2008), és oktatással való elégedettség (Campbell, 1981, idézi Akin, 2008), illetve az életminőség. Pozitív kapcsolat áll fenn a pszichológiai jóllét az önértékelés (Betton, 2001; Pelham és Swann, 1989; Taylor és Brown, 1988, idézi Akin, 2008), és a társas támasz (Turner és Noh, 1983, idézi Akin, 2008) között.

Ahogy előzőleg említettem rengeteg elmélet alakult ki a pszichológiai jóllét tanulmányozásáról, két alapvető elképzelés alapján csoportosíthatjuk ezeket.

- ❖ Az első Brandburn (1969) teóriáján alapul, mely szerint léteznek pozitív és negatív hatások, és e kettő egyensúlya eredményezi a boldogságot.
- ❖ A második teória a szociálpszichológiától származik, mely szerint a jóllét legmeghatározóbb tényezője az élettel való elégedettség. Ezen alapkoncepció szerint a pozitív pszichés működés leghatékonyabb dimenziója a boldogság, aminek kognitív komponensként kiegészítője az élettel való elégedettség.

Azonban ezek az elméletek keveset foglalkoztak azzal, hogy milyen egy lelkileg egészséges egyén, illetve azzal, hogy mi a jóllét alapvető jelentése (Ryff, 1995).

Ryff volt az, aki ezen elméleteket összesítve, megszűrve igyekezett leírni egy összefoglaló meghatározást a pszichológiai jóllétről. Pszichológiai jóllét modelljében hat alapvető dimenziót ír le: az autonómiát, a környezet feletti hatalmat, a személyes fejlődést, pozitív kapcsolatokat, a célokat az életben illetve az önelfogadást. Az ő modellje szerint nem a boldogsággal áll közvetlen kapcsolatban a pszichológiai jóllét, hanem egy „jól élt élet” mellékterméke (Akin, 2008).

3. Kérdésfelvetés

Kutatásom célja lehetséges pszichés, lelki rizikófaktorok vizsgálata infarktusos betegeknél, melyek jelentőségének megismerésével hozzájárulhatnánk a kardiovaszkuláris megbetegedések primer és szekunder prevenciójához. Ez az érrendszeri megbetegedésben

szenvedő, infarktusos betegek pszichés támogatását, terápiájuk hatékonyságát, illetve a betegség bekövetkeztének megelőzését szolgálhatja.

Posztinfarktusos betegek segítségével vizsgálom az érzelemszabályozási nehézségek, a pszichés jóllét és az érzelmi tudatosság befolyásoló hatását ezen megbetegedések kialakulására, illetve a betegségből való felépülésben betöltött szerepüket. A vizsgálat célja felderíteni ezeket a rizikófaktorokat a vizsgált beteg populációban, illetve egy nem infarktusos, nem szívbeteg kontroll csoporttal szemben, összehasonlításban.

Elképzelésem szerint a vizsgálatban nyert adatok segítségével komplexebbé, hatékonyabbá lehetne tenni a koszorúér betegek infarktusmegelőző kezelését pszichoszociális területen, illetve csökkenthető lenne az infarktuson átesett betegek körében az újabb szív-, érrendszeri esemény bekövetkeztének esélye.

Hipotézisek:

H1: Az infarktusos betegek alacsonyabb érzelmi tudatossággal rendelkeznek, mint egészséges társaik.

H2: Az infarktusos betegek inkább jellemzők az érzelemszabályozási nehézségek, mint egészséges társaikra.

H3: Az infarktusos betegek pszichés jólléte alulmarad az egészséges társaikhoz képest.

4. A kutatás bemutatása

4.1. A vizsgálat ismertetése

4.1.1. A vizsgált személyek

A kutatásban 48 infarktuson átesett beteget vizsgálok, akik az Egészségügyi Járóbeteg Központ Felnőtt Kardiológiai Szakrendelésének ellenőrzése alatt állnak. Tisztáztam, hogy a betegek milyen betegségben szenvednek, a kardiológusok segítségével jutottam infarktuson

átesett mintához. Így a vizsgált személyek mindegyike átesett már legalább egy szívinfarktuson, viszont számos eset volt, amikor több infarktuson estek át az egyének.

Kontrollcsoport bemutatása: A kontroll csoport 49 fős, nem infarktusos személyek alkották. Igyekeztem korban és nem alapján is a vizsgálati csoporthoz igazítani. A mintát emellett próbáltam változatosan összeállítani, mind nem, mind életkor és iskolai végzettség alapján.

4.1.2. A vizsgálat helye, ideje

A vizsgálati személyeknek az Egészségügyi Járóbeteg Központ Felnőtt Kardiológiai Szakrendelésén tartottam rövid tájékoztatót kutatásomról. A betegeket szóban kértem meg a tesztek kitöltésre, miután ismertettem a vizsgálatomat és röviden a kérdőíveket. A teszt kitöltése önkéntes volt, tehát nem kötelező, csak akkor kellett kitölteniük, amennyiben kedvük volt hozzá. A tesztek hosszadalmas kitöltésük miatt hazavihették. A vizsgálatban való részvétel névtelen volt. Otthoni kitöltés után a legközelebbi vizsgálat alkalmával magukkal hozták, így a kardiológusok közvetítésével került vissza hozzám. A kérdőívek kiosztását 2011 nyarán kezdtem el, néhány kérdőív viszont csak 2012-re jutott vissza hozzám. A kontrollcsoport kérdőíveit 2012 februárjában adtam ki, és tavasszal vissza is érkeztek hozzám.

4.1.3. A vizsgálat tapasztalatai

Sajnos a vizsgálati személyek legtöbbször panasszal érkeztek, bonyolultnak találták a kérdőíveket. Egyrészt a megfogalmazásukat illetően, másrészt pedig zavarta őket, hogy a tesztek sokszor ugyanazon kérdésekre ismételten visszatértek máshogy megfogalmazva. Sérelmezték a kérdőívek hosszúságát is, sőt sokszor alacsonyabb iskolai végzettségűek jelezték, hogy a kitöltés és a megértés komoly nehézséget okozott nekik.

4.2 Kérdőívek ismertetése

A mintagyűjtés módszerének papír-ceruza teszteket választottam. A vizsgálati személyek által kitöltött anonim kérdőívek: az ÉNK-val az érzelemszabályozási nehézségekről, az Érzelmi tudatosság kérdőívvel az érzelmi tudatosságról, a PJK-val a pszichés jóllétról gyűjtöttem adatokat. A kiosztott tesztek elején a kísérleti személyek egy útmutatót olvashattak, valamint ki kellett tölteniük különböző demográfiai adatokra vonatkozó kérdéseket.

4.2.1. *ÉNK – Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív* (1. Melléklet)

Gratz és Roemer (2004) ezen kérdőívet érzelemszabályozás definíciójuk operacionalizálásaként dolgozták ki. A kérdőív 36 tétele hatfaktoros struktúrába rendeződik. Ezek faktorok:

- Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága
- Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában
- Impulzuskontroll nehézségek
- Érzelmi tudatosság hiánya
- Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés
- Érzelmi tisztaság hiánya.

Az *Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága* faktor tételei tükrözik, hogy a személy a megtapasztalt negatív érzelmeire intenzív negatív érzelmekkel reagál (másodlagos negatív érzelmek).

A *Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában* faktor a koncentráció tapasztalt nehézségét negatív érzelmek fellépése esetén, valamint a feladatok befejezésének nehézségét méri.

Az *Impulzuskontroll nehézségek* faktor esetén elért magas pontszámúak negatív érzelmek fellépésekor a viselkedés szabályozásában problémákat tapasztalnak.

Az *Érzelmi tudatosság hiánya* faktor tételei arra vonatkoznak, hogy a személy mennyire figyel az érzelmi jelzéseire, valamint mennyire ismeri el fontosnak azokat.

Az *Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés* faktoron magas pontszámot elérőknél negatív érzelmek felbukkanása esetén az állapot hosszantartó lesz.

Az *Érzelmi tisztaság hiánya* faktor azt méri, hogy mennyire tudja a személy azonosítani az éppen átélt érzelmeit (Gratz és Roemer, 2004, idézi: Kökönyei, 2008).

A 36 tételre ötfokú Likert típusú skálán kellett válaszolniuk (1: szinte soha, 5: szinte mindig intervallumban). A kérdőív reliabilitási és validitási mutatóit amerikai egyetemi hallgatói mintán tesztelték, az eredmények alapján minden alskála külön is megfelelő reliabilitást mutatott (Cronbach $\alpha > 0,80$). A kérdőív teszt-reteszt reliabilitása szintén megfelelőnek bizonyult. Emellett a kérdőív konstruktváliditását két másik érzelemszabályozás mérésére kidolgozott skála – Generalized Expectancy for Negative Mood Regulation Scale (NMR; Catanzaro és Mearn, 1990), és a Trait Meta-Mood Scale (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey és Palfai, 1995) – segítségével már igazolták (Kökönyei, 2008).

4.2.2. *PJK - Pszichés Jólét Kérdőív* (Psychological well-being scale) (Ryff, 1989; 1995b)

(2. Melléklet)

Ryff (1989) az általa kidolgozott pszichológiai jólét modelljét elméleti teszt szerkesztési módszerrel operacionalizálta. A Pszichológiai Jólét kérdőív 18 iteme 6 alskálát foglal magába:

- (1) Autonómia,
- (2) Személyes növekedés
- (3) Környezeti hatóképesség (mastery),
- (4) Életcélok,
- (5) Kapcsolatok,
- (6) Önfogadás.

A fenti alskálák mindegyike 3-3 tételt tartalmaz. Az állításokkal való egyetértés mértékét a kitöltő személyek egy hatfokú Likert-típusú skála segítségével értékelhették. Az egyes alskálák belső konzisztenciája – előzetes vizsgálatok alapján – magas (a Cronbach- α értékek 0,86 és 0,93 közöttiek). A teszt-reteszt reliabilitás értékei szintén magasak, 0,81 és 0,88 között mozognak. A kérdőív validitását igazolja, hogy a „pozitív” funkcionálás számos mutatójával – például az élettel való elégedettséggel, az érzelmi egyensúllyal, az önbecsüléssel – pozitív, és értelemszerűen a negatív működést jelző mutatókkal – például a depresszióval – negatív együttjárást mutat (Ryff, 1995). Magyar változatát Oláh (2005) adaptálta.

4.2.3. *Érzelmi Tudatosság Kérdőív* (Emotion Awareness Questionnaire) (Rieffe, Terwogt, Petrides, Cowan, Miers és Tolland, 2006) (3. Melléklet)

Rieffe és munkatársai nevéhez fűződik a kérdőív megalkotása. A Toronto Alexithymia Kérdőív (TAS-20) (Bagby, Parker és Taylor, 1994, idézi: Rieffe és mtsai, 2006) alapján dolgozták ki. Az eredeti kérdőív három faktorból állt: a saját érzelmek azonosításának nehézsége, ezen érzések leírásának nehézsége mások számára, illetve a külső orientáltságú gondolkodás faktora. Azonban bebizonyosodott, hogy az utolsó faktor belső konzisztenciája és várható értéke miatt nem érdemes használni. Rieffe és munkatársai éppen ezért ezt az utolsó faktort átnevezte érzelmek megkülönböztetésére, és új elemekkel egészítette ki. Az *Érzelmi Tudatosság Kérdőív* 6 faktorúra bővült. A faktorok mérni kívánják az érzelmek okainak meghatározására való képességet, ezen érzelmi okokból kialakult testi tünetekre való figyelmet, mások érzései iránti érdeklődést, illetve azt, hogy hogyan képes demonstrálni érzelmeit az egyén. Feltételezhető, hogy az érzelmi tudatosság pozitív kapcsolatot mutat az érzelmek kifejezésével (Rieffe, Terwogt, Petrides, Cowan, Miers és Tolland, 2006).

A kérdőív 40 állítást tartalmaz, melyeket a vizsgálati személyek egy háromfokú Likert-skálán értékelnek, az alapján, hogy mennyire igaz rájuk. A hat faktor:

- (1) Érzelmek megkülönböztetése,
- (2) Érzelmek szóbeli kifejezésének képessége,
- (3) Érzelmek testi tudatossága,
- (4) Érzelmek kimutatása,
- (5) Érzelmek azonosítása,
- (6) Mások érzelmeire irányuló érdeklődés (Rieffe és mtsai, 2006).

5. Eredmények és azok értékelése

Az adatok feldolgozását az SPSS statisztikai program segítségével végeztem. A hipotézisek vizsgálatához először normalitás vizsgálatot fogok végezni, melyhez a Kolmogorov-Smirnov próbát alkalmazom. A normalitás vizsgálatot követően normál eloszlás esetén két mintás t-próbát alkalmazok, nem normál eloszlás esetén pedig Mann-Whitney próbát, a két csoport közötti különbség vizsgálatához.

H1: Az infarktusos betegek alacsonyabb érzelmi tudatossággal rendelkeznek, mint egészséges társaik.

Az SSPS statisztikai programba bevitt adatokban az értud1, az értud2, az értud3, az értud4, az értud5 és az értud6 az Érzelmi Tudatosság Kérdőív hat alfaktorát jelöli.

A hipotézis normalitásvizsgálatát tehát a Kolmogorov-Smirnov próba segítségével végeztem el (1. ábra):

		értud1	értud2	értud3	értud4	értud5	értud6
N		97	97	97	97	97	97
Normal Parameters(a,b)	Mean	16,88	12,96	15,47	12,53	15,29	16,78
	Std. Deviation	2,329	2,354	2,829	1,821	2,005	2,088
Most Extreme Differences	Absolute	,129	,167	,116	,201	,193	,132
	Positive	,098	,123	,060	,201	,193	,094
	Negative	-,129	-,167	-,116	-,129	-,147	-,132
Kolmogorov-Smirnov Z		1,267	1,641	1,138	1,982	1,905	1,303
Asymp. Sig. (2-tailed)		,081	,009	,150	,001	,001	,067

1. ábra: Normalitásvizsgálat az Érzelmi Tudatosság Kérdőív esetében, Kolmogorov-Smirnov próba segítségével

A normalitás vizsgálatból következik, hogy az eredmények nem követnek normál eloszlást (értud2: $Z=1,641$; $p\text{-érték}=0,009 < 0,05$; értud4: $Z=1,982$; $p\text{-érték}=0,001 < 0,05$; értud5: $Z=1,905$; $p\text{-érték}=0,001 < 0,005$), ezért nem paraméteres eljárásokkal lehet vizsgálni azokat.

A vizsgálati illetve a kontroll csoport közötti esetleges különbségek felderítéséhez a Mann-Whitney próbát alkalmaztam (2. ábra):

	Mann-Whitney	Wilcoxon	Z	Szignifikancia szint
éztud1	854,5	2030,5	-2,34	0,019
éztud2	735	1911	-3,237	0,001
éztud3	1103	2279	-0,531	0,596
éztud4	730,5	1906,5	-3,288	0,001
éztud5	1043,5	2219,5	-0,98	0,327
éztud6	1118	2294	-0,423	0,672

2. ábra: A csoportok összevetése Mann-Whitney próba segítségével az Érzelmű Tudatosság Kérdőív esetében

Az érzelmi tudatosság kérdőív első faktora az *Érzelmek megkülönböztetése* esetén szignifikáns különbséget találtam a vizsgálati és a kontroll csoport között (p-érték=0,019 <0,05).

Az *Érzelmek szóbeli kifejezésének képessége* a második faktora a kérdőívnek, melynél szintén szignifikáns különbséget kaptam a két csoport között (p-érték=0,001 <0,05).

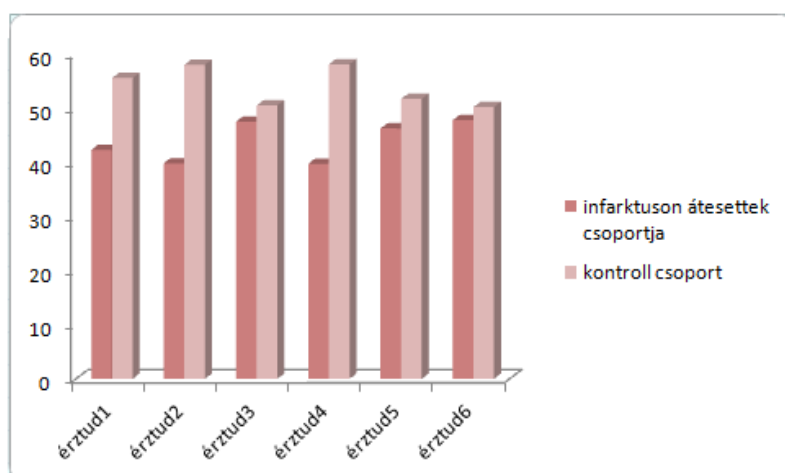
Az *Érzelmek testi tudatossága* a harmadik faktora a kérdőívnek, itt azonban nem találtam szignifikáns különbséget a két csoport között (p-érték=0,596 > 0,05).

A negyedik faktor, az *Érzelmek kimutatása* a két csoport közötti szignifikáns eltéréssel jellemezhető (p-érték=0,001 <0,05).

A kérdőív ötödik faktora, az *Érzelmek azonosítása*, nem mutatott szignifikáns különbséget a két csoport összevetésénél (p-érték=0,327 > 0,05).

A *Mások érzelmeire irányuló érdeklődés* a kérdőív utolsó faktora, itt sem találtam szignifikáns különbséget a két csoport között (p-érték=0,672 > 0,05).

éztud1	0	42,3
	1	55,56
éztud2	0	39,81
	1	58
éztud3	0	47,48
	1	50,49
éztud4	0	39,72
	1	58,09
éztud5	0	46,24
	1	51,7
éztud6	0	47,79
	1	50,18



3. ábra: Csoportok közötti különbségek szemléltetése az Érzelmi Tudatosság Kérdőív esetében

A hipotézisem szerint az infarktuson átesett betegek kevésbé tudatosak érzelmileg, mint a kontrollcsoport tagjai. Az eredmények három faktorban jeleztek szignifikáns különbséget: az *Érzelmek megkülönböztetése*, az *Érzelmek szóbeli kifejezésének képessége* és az *Érzelmek kimutatása* faktorokban. Annak ellenére, hogy szignifikáns különbséget nem eredményezett a statisztika, a diagramról leolvasható, hogy mindegyik faktorban alacsonyabb eredményt ért el a kísérleti csoport a kontroll csoporttal szemben (3. ábra).

H2: Az infarktusos betegekre inkább jellemzők az érzelemszabályozási nehézségek, mint egészséges társaikra.

Az SPSS statisztikai programba bevitt adatokban az *énk1*, az *énk2*, az *énk3*, az *énk4*, az *énk5* és az *énk6* az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív hat alfaktorát jelöli.

A második hipotézisem normalitásvizsgálatát tehát a Kolmogorov-Smirnov próba segítségével végeztem el (4. ábra):

		énk1	énk2	énk3	énk4	énk5	énk6
N		97	97	97	97	97	97
Normal Parameters(a,b)	Mean	13,42	12,02	11,85	13,91	16,03	9,39
	Std. Deviation	5,027	4,537	4,724	3,282	6,152	3,023
Most Extreme Differences	Absolute	,142	,136	,157	,097	,121	,173
	Positive	,142	,136	,157	,097	,121	,173
	Negative	-,070	-,070	-,108	-,074	-,096	-,085
Kolmogorov-Smirnov Z		1,396	1,341	1,547	,955	1,187	1,702
Asymp. Sig. (2-tailed)		,041	,055	,017	,321	,119	,006

4. ábra: Normalitásvizsgálat az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív esetében, Kolmogorov-Smirnov próba segítségével

A normalitás vizsgálat alapján leolvasható, hogy az eredmények nem követnek normál eloszlást (énk1: $Z=1,396$; $p\text{-érték}=0,041 < 0,05$; énk3: $Z=1,547$; $p\text{-érték}=0,017 < 0,05$; énk6: $Z=1,702$; $p\text{-érték}=0,006 < 0,05$), ezért nem paraméteres eljárásokkal lehet vizsgálni őket. A vizsgálati- illetve a kontroll csoport közötti esetleges különbségek felderítéséhez a Mann-Whitney próbát alkalmaztam (5. ábra):

	Mann-Whitney	Wilcoxon	Z	Szignifikancia szint
énk1	607,5	1832,5	-4,115	0
énk2	868	2093	-2,232	0,026
énk3	892,5	2117,5	-2,055	0,04
énk4	1006,5	2182,5	-1,229	0,219
énk5	724	1949	-3,269	0,001
énk6	646	1871	-3,864	0

5. ábra: Csoportok összevetése Mann-Whitney próba segítségével az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív esetében

Az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív első faktora az *Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága*. A próba szignifikáns különbséget mutat a vizsgálati és kontroll csoportban ($p\text{-érték}=0 < 0,05$).

A második faktor – *Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában* – estében szintén szignifikáns különbséget kaptam a két csoport között ($p\text{-érték}=0,026 < 0,05$).

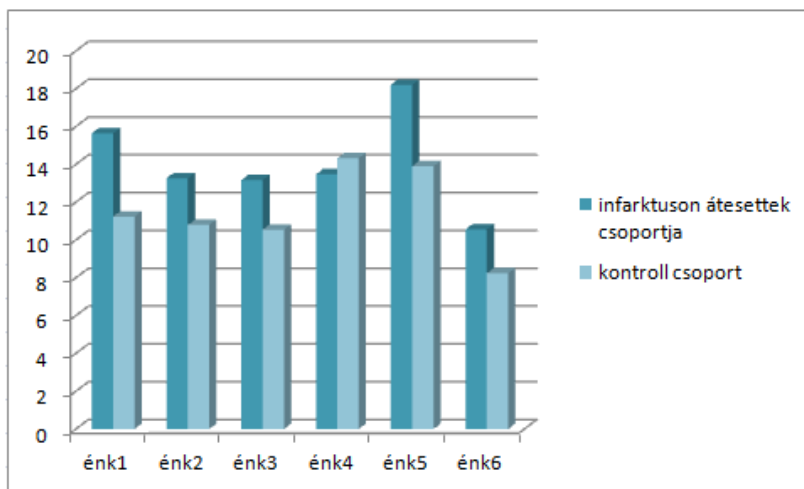
Impulzuskontroll nehézségek a harmadik faktora a kérdőívnek, aminek vizsgálatakor ismét szignifikáns eredményt kaptam a két csoport tekintetében ($p\text{-érték}=0,04 < 0,05$).

A kérdőív negyedik faktora, az *Érzelmi tudatosság hiánya* nem mutatott szignifikáns különbséget a két csoport összevetésénél ($p\text{-érték}=0,219 > 0,008$).

Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés az ötödik faktor a kérdőívben, szignifikáns különbség van a faktor esetén a kontroll és a vizsgálati csoport között ($p\text{-érték}=0,001 < 0,05$).

Az utolsó faktor az *Érzelmi tisztaság hiánya*. Ennek vizsgálata szignifikáns különbséget mutat a csoportok között ($p\text{-érték}=0 < 0,05$).

	csoport	átlag
énk1	0	15,65
	1	11,24
énk2	0	13,27
	1	10,8
énk3	0	13,17
	1	10,55
énk4	0	13,48
	1	14,33
énk5	0	18,21
	1	13,9
énk6	0	10,56
	1	8,24



6. ábra: Csoportok közötti különbségek szemléltetése az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív esetében

A hipotézisem szerint az infarktuson átesett betegek sokkal több érzelemszabályozási nehézséggel küzdenek, mint a kontrollcsoport tagjai. Az eredmények a hat faktorból ötben jeleztek szignifikáns különbséget, egyedül az *Érzelmek tudatosságának hiánya* faktorban adtak alacsonyabb pontszámot a vizsgálati személyek, a kontroll csoport tagjaihoz képest (6. ábra).

H3: Az infarktusos betegek pszichés jólléte alulmarad az egészséges társaikhoz képest.

Az SPSS statisztikai programba bevitt adatokban a *pjk1*, a *pjk2*, a *pjk3*, a *pjk4*, a *pjk5* és a *pjk6* a Pszichés Jólét Kérdőív hat alfaktorát jelöli.

A harmadik hipotézisem normalitásvizsgálatát szintén a Kolmogorov-Smirnov próba segítségével végeztem el (7. ábra):

		pjk1	pjk2	pjk3	pjk4	pjk5	pjk6
N		97	97	97	97	97	97
Normal Parameters(a,b)	Mean	13,35	13,55	14,28	13,78	14,26	14,45
	Std. Deviation	2,363	2,305	2,730	2,717	2,674	2,402
Most Extreme Differences	Absolute	,095	,119	,148	,108	,114	,136
	Positive	,095	,119	,086	,067	,062	,111
	Negative	-,091	-,097	-,148	-,108	-,114	-,136
Kolmogorov-Smirnov Z		,936	1,177	1,460	1,065	1,127	1,343
Asymp. Sig. (2-tailed)		,345	,125	,028	,206	,157	,054

7. ábra: Normalitásvizsgálat a Pszichés jóllét Kérdőív esetében, Kolmogorov-Smirnov próba segítségével

A normalitás vizsgálat alapján leolvasható, hogy az eredmények nem követnek normál eloszlást (pjk3: $Z=1,460$; $p\text{-érték}=0,028 < 0,05$), ezért nem paraméteres eljárásokkal lehet vizsgálni őket. A vizsgálati illetve a kontroll csoport közötti esetleges különbségek felderítéséhez a Mann-Whitney próbát alkalmaztam (8. ábra):

	Mann-Whitney	Wilcoxon	Z	Szignifikancia szint
pjk1	1084,5	2260,5	-0,666	0,505
pjk2	985,5	2161,5	-1,387	0,165
pjk3	830,5	2006,5	-2,515	0,012
pjk4	739,5	1915,5	-3,173	0,002
pjk5	788,5	1904,5	-3,251	0,001
pjk6	755,5	1931,5	-3,07	0,002

8. ábra: A csoportok összevetése Mann-Whitney próba segítségével a Pszichés Jóllét Kérdőív esetében

A kérdőívnek az *Autonómia* az első faktora, melynek értékei nem mutatnak szignifikáns különbséget a vizsgálati illetve kontroll csoport között ($p\text{-érték}=0,505 > 0,05$).

A második, a *Személyes növekedés* faktora, nem olvasható le a statisztika alapján szignifikáns különbség a csoportok között ($p\text{-érték}=0,165 > 0,05$).

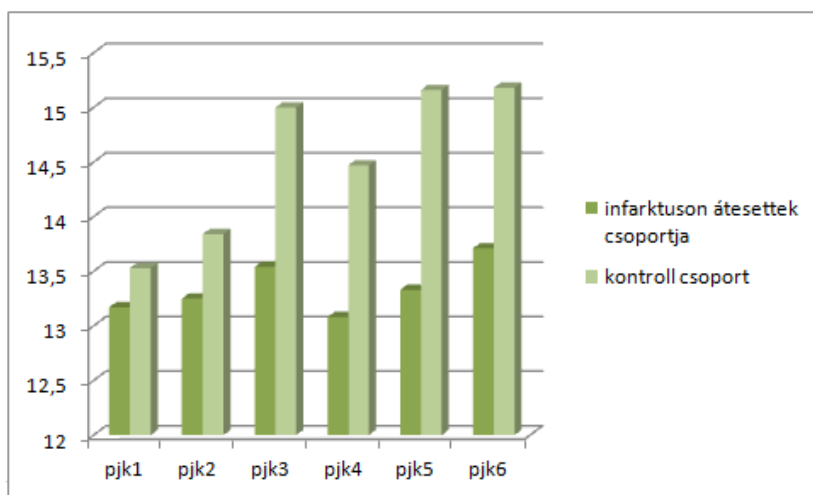
A harmadik faktor, a *Környezeti hatóképesség* estén szignifikáns különbséget állapíthatunk meg a két csoport között ($p\text{-érték}=0,012 < 0,05$).

Az *Életcélok* a kérdőív negyedik faktora, szignifikáns különbség olvasható le a vizsgálati és a kísérleti csoport között ($p\text{-érték}=0,002 < 0,05$).

A negyedik faktor a *Kapcsolatok*, amelynél szintén szignifikáns különbséget határozhatunk meg a két csoport között ($p\text{-érték}=0,001 < 0,05$).

Az utolsó faktor, az *Önelfogadás* esetében szintén szignifikáns különbséget találtam ($p\text{-érték}=0,002 < 0,05$).

pjk1	0	13,17
	1	13,53
pjk2	0	13,25
	1	13,84
pjk3	0	13,54
	1	15
pjk4	0	13,08
	1	14,47
pjk5	0	13,33
	1	15,16
pjk6	0	13,71
	1	15,18



9. ábra: Csoportok közötti különbségek szemléltetése a Pszichés Jólét Kérdőív esetében

A hipotézisem szerint az infarktuson átesett betegek kevésbé tudatosak érzelmileg, mint a kontrollcsoport tagjai. Az eredmények négy faktorban jeleztek szignifikáns különbséget: a *Környezeti hatóképesség*, az *Életcélok*, a *Kapcsolatok*, illetve az *Önelfogadás* faktorokban. Annak ellenére, hogy szignifikáns különbséget nem eredményezett a statisztika a többi faktorban, a diagramról leolvasható, hogy mindegyik faktorban alacsonyabb eredményt ért el a kísérleti csoport, a kontroll csoporttal szemben (9. ábra).

6. Következtetések és javaslatok

A kérdőívek statisztikai vizsgálata után megállapítható, hogy a legtöbb faktorban szignifikáns különbséget találtunk az infarktuson átesett személyek csoportja, és a kontroll csoport között. A kardiológusok segítségével arra kerestem választ, hogy mi lehet a hátterében annak, hogy néhány faktorban nem találtam jelentős különbséget a csoportok között.

Az EJK Járóbeteg Kardiológiai Szakrendelés és a Debreceni Szívegyesület vizsgált, infarktuson átesett betegei az intézeti elbocsátásukat követően önkéntesen csoportos komplex rehabilitációs programban vesznek részt. Ennek, az akár életük végéig tartó folyamatnak három fázisa van, melyek a következők:

- ❖ I. az „akut” fázis: közvetlenül az infarktus körüli idő, az első 2-3 hét tartozik ide.
- ❖ A II. fázis a lábadozás a szakasza. Ezt további két részre, a korai (3-12hétig) és késői (12. héttől-6. hónap végéig) időszakra bontja a szakma.
- ❖ Majd a III. lábadozás utáni, más néven „fenntartó” fázis következik, amely az infarktus utáni 6. hónaptól a beteg élete végéig tart.

Életkor szerint nem különülnek el a csoportok, így 38 évtől 72ig széles skálát ölel fel a vizsgált személyek kora. Az infarktus óta eltelt idő is változó a mintában: 3. hét végétől, közel 20 évig. A betegek rendszeres orvosi, szakasszisztensi ellenőrzés alatt állnak; gyógytestnevelő vagy gyógytornász, szociális munkás, dietetikus segíti őket az egészséges életmód elsajátításában a korábbi életvitelük megváltoztatásában. A szakemberek irányításával törekszenek a testi-lelki egészségük minél tökéletesebb helyreállítására, a családban, a munkahelyen a társadalomban korábban elfoglalt helyük, betöltött szerepük újra felvállalására, pozitív jövőkép kialakítására. Mindezt a rendszeres fizikai tréninggel, pszicho-, dietoterápiás eszközökkel, ismeretterjesztő előadásokkal, közös szabadidős programokkal segítik.

Az éveken át közösen átélt élmények, együtt megszerzett tapasztalatok, a barátsággá fejlődő emberi kapcsolatok, önbizalomnövelő az egészséges személyiséget megszilárdító, önállóságra nevelő hatása egyértelmű előnyt jelent a rehabilitált betegek számára a

programban részt nem vevőkkel szemben. Sőt ezek a személyek hosszú távon többet tesznek személyiségük fejlesztése, helyreállított egészségük megőrzése érdekében és emberi kapcsolataik ápolásáért, mint az egészségesek. Ezzel magyarázható, hogy a kérdőívek néhány alfaktorában nem mutatkozott lényeges elmaradás, szignifikáns különbség a kontrollcsoporthoz képest.

Másrészt nehéz kizárni más betegségek hatását az eredményekre. Ugyan rákérdeztem a demográfia kérdőív segítségével egyéb betegségek meglétére (pl.: rák, stb.), ezáltal megszürttem a vizsgálati személyeket, de a vizsgált betegséghez társuló betegségcsoportot nem lehet elkülöníteni (magasvérnyomás, cukorbetegség stb.). Úgy vélem azonban, hogy mivel ezek a betegségek együtt járnak, nem módosítják az eredmények jelentőségét a terápiában való felhasználás terén.

Összefoglalva, ahogy fentebb említettem a legtöbb faktor esetében jelentős különbséget kaptam a csoportok között. Tehát eredményeim alátámasztják az indítványozásomat, melyről a dolgozat elején írtam. A kezelésben érdemes, fontos lenne a komplex ellátás előtérbe helyezése: a konvencionális orvoslás mellett a pszichés támogatás nyújtása. Hangsúlyosabbá kellene tenni a pszichés tényezők kontrollálását a betegvezetésben, így pozitívan befolyásolhatnánk a beteg életminőségét, alkalmazkodását, valamint interperszonális kapcsolatainak alakulását.

A tesztek segítségével sikerült olyan konkrét tényezőket találni, melyeket felhasználva terápiás foglalkozások során, infarktusos betegek pszichés támogatását, terápiájuk hatékonyságát, illetve a betegség bekövetkeztének megelőzését szolgálhatják. Tehát a pszichés vezetés (egyéni, csoport terápia...) során a kezelés fókuszát lehetne ezekre a faktorokra irányítani.

Egy átfogó rehabilitációs program magába kell foglalja a pszichológus irányításával alkalmazott pszichoszociális intervenciót, pszichoterápiát, a relaxációs technikák tanulását. Az egyéni és csoportos, valamint a családtagok bevonásával végezett tanácsadás segíthet az életminőséget befolyásoló pszichés tényezők, stresszhelyzetek megismerésében és a kedvezőtlen hatások elhárításában. Lényeges, hogy betegek megtanuljanak betegségükkel együtt élni, valamint, hogy aktívan vegyenek részt a gyógyulásukban. A rehabilitáció alatt a pozitív attitűd kialakítását segíti a pszichoterápia, a témacentrikus csoportbeszélgetés, a káros

magatartás módosítása, az autogén tréning, a házastárs-terápia, a dohányzás elhagyása és a szexuális nevelés, ahogy már az előző fejezetekben is leírtam.

7. Összefoglalás

A dolgozatomban infarktuson átesett betegek lehetséges pszichés rizikófaktorait vizsgáltam. A szakirodalmi áttekintés során igyekeztem összefoglalni mindent, amit a szívről, annak működéséről, illetve megbetegedéseiről fontos tudni. Emellett kitértem azokra a rizikótényezőkre, melyek már bizonyítottan hozzájárulnak a különböző szívbetegségek kialakulásához. Külön kitértem a pszichés tényezők jelentőségére, és annak fontosságára, hogy a hagyományos orvoslási ellátást terápiás kezeléssel igyekezzünk kiegészíteni. Manapság egyre nagyobb érdeklődéssel fordulnak a szakemberek a pszichés rizikótényezők felé. Ezen empirikus eredmények hatására vizsgáltam meg újabb lehetséges pszichológiai tényezők hatását a szívinfarktus kialakulását és a kialakult betegséggel való együttélést illetően. Ezek a tényezők: az érzelemszabályozási nehézségek, az érzelmi tudatosság és pszichés jóllét.

A vizsgálatom alátámasztja a feltevéseimet, hogy a fent említett tényezők kapcsolatba hozhatók a szívinfarktussal. Az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőívnek hat alfaktorából ötben mutatkozott szignifikáns különbség az infarktuson átesett betegek csoportja és a kontroll csoport között. A Pszichés Jóllét Kérdőív hat faktorából négy faktorban észleltem jelentős különbséget, míg az Érzelmi Tudatosság Kérdőív esetében hatból három faktorban.

Úgy gondolom tehát, hogy tesztek, illetve a vizsgálataim segítségével sikerült olyan konkrét tényezőket találni, melyeket felhasználva a terápiás foglalkozások során, szolgálhatjuk az infarktusos betegek pszichés támogatását, terápiájuk hatékonyságát, illetve a betegség bekövetkeztének megelőzését. Sőt, a vizsgálat eredményeit felhasználva (esetleg újabb tényezők felderítésével) a pszichés vezetés (egyéni, csoport terápia...) során a kezelés fókuszát lehetne ezekre konkrét a faktorokra irányítani a gyorsabb, hatékonyabb javulás érdekében.

Irodalomjegyzék

- Ahrens, B., Müller-Oerlinghausen, B., Schou, M., Wolf, T., Alda, M., Grof, E., Grof, P., Lenz, G., Simhandl, C., Thau, K., Vestergaard, P., Wolf, R., Möller, H. J. (1995): Excess cardiovascular and suicide mortality of affective disorders may be reduced by lithium prophylaxis. *Journal of Affective Disorders*, 33, 2, 67–75.
- Akin, A. (2008): The Scales of Psychological Well-being: A Study of Validity and Reliability. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 8, 3, 741–750.
- Alexander, F. (1953): The Psychological Aspects of Medicine. In: Weider, A. (szerk.): *Contributions toward medical psychology. Theory and psychodiagnostic methods*, (1. kötet). Ronald Press Company, New York. 12–28.
- Anderson, M. R. (1977): *A study of the relationship between life satisfaction and selfconcept, locus of control, satisfaction with primary relationships, and work satisfaction*. Unpublished doctoral dissertation, Michigan State University, Michigan.
- Andrews, F. M., Withey, S. B. (1976): *Social indicators of well-being: America's perception of life quality*. Plenum Press, New York.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., Taylor, G. J. (1994): The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: Part I, Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23–32.
- Balázs, I. (2011): *A koragyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.
- Balog, P. (2006): A szív- és érrendszeri betegek életminősége. In: Kopp, M., Kovács, M. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 444–466.
- Betton, A. (2001): *Psychological well-being: A comparison of correlates among minority and non-minority female college students*. Unpublished master thesis, The Ohio State University, Ohio.

- Bradburn, N. M. (1969): *The structure of psychological well-being*. Aldine, Chicago.
- Braun, P. M. W. (1977): *Psychological well-being and location in the social structure*. Unpublished doctoral dissertation, University of Southern California, California.
- Campbell, A. (1981): *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*. McGraw-Hill, New York.
- Campbell, A., Converse, P., Rodgers, W. (1976): *The quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation
- Catanzaro, S. J., Mearns, J. (1990). Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: Initial scale development and implications. *Journal of Personality Assessment*, 54, 546–563.
- Chang, P. P., Ford, D. E., Meoni, L. A., Wang N. Y., Klag, M. J. (2002): Anger in young men and subsequent premature cardiovascular disease: the precursors study. *Arch Intern Med*, 162, 8, 901–6.
- Condon, J. T. (1994): A koszorúér-megbetegedésre hajlamosító A-típusú viselkedés-mintázat és patológiás nárcizmus. In: Kakas, G. (szerk.): *A-típusú viselkedés. Szöveggyűjtemény*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 247–262.
- Czuriga, I. (2006a): *Szívelégtelenség. Gyakorlati tanácsok*. Diamond Stúdió, Debrecen.
- Czuriga, I. (2006b): *Élet a szívinfarktus után*. Diamond Stúdió, Debrecen.
- Császár, Gy. (1980): *Pszichoszomatikus orvoslás*. Medicina, Budapest.
- Császár, Gy. (1989): *Pszichoszomatika a gyakorlatban*. Pszichoteam, Budapest.
- Fischer, K. W., Shaver, P. R., Carnochan, P. (1990): How emotions develop and how they organize development. *Cognition & Emotion*, 4, 81–128.
- Friedman, M., Rosenman, R. H. (1974): *Type A behavior and your heart*. NJ: Knopf, Englewood Cliffs.
- Gratz, K. L., Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in

- emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.
- Greenberg, L. S. (2007): Emotion Coming of Age. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 414–421.
- Gross, J. J. (1998a): The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.
- Gross, J. J. (1998b): Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224–237.
- Gross, J. J., Thompson, R. A. (2007): Emotion regulation. Conceptual foundations. In: Gross, J. J. (szerk.): *Handbook of Emotion Regulation*. Guilford Publications. 3–24.
- Harasztiné Sárosi, I. (2011): *A legfontosabb pszichoszociális rizikótényezők a kardiológiai gyakorlatban*. Kardiológiai Rehabilitáció előadás, Budapest.
(a szerző által Power Point diásor formájában elküldve)
- Harris, D. M., Guten, S. (1979): Health protecting behaviour: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behaviour*, 20, 17–19.
- Kakas, G. (1995): *Az infarktus lélektana. A pszichológia szívégye*. Nemzeti tankönyvkiadó, Budapest.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Spiro, A., Vokonas, P., Weiss, S. T. (1996): A prospective study of anger and coronary heart disease: the Normative Aging Study. *Circulation*, 94, 2090–2095.
- Kelemen, A. (1989): A cardiovascularis betegségek psychosomaticája. MAOTE és MPT, Budapest.
- Kozma, A., Stones, M. J., McNeil, J. K. (1991): *Psychological well-being in later life*. Butterworths Canada, Toronto.
- Kököneyi, Gy. (2008): *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*. Doktori disszertáció, Budapest.

- Kulcsár, Zs. (2002): *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F. (1994): *Pszichoszomatikus betegek az orvosi gyakorlatban*. Animula, Budapest.
- Matarazzo, J. D. (1982): Behavioral health challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1, 1–14.
- McDermott, M. R., Ramsay, J. M., Bray, C. (2001): Components of the Anger-hostility Complex as Risk Factors for Coronary Artery Disease Severity: A Multi-measure Study. *Journal of Health Psychology*, 6, 3, 309–319.
- Oláh, A. (2005): *Érzelmek, megküzdés és az optimális élmény*. Trefort Kiadó, Budapest.
- Óry, K. (2007): *A szív- és érrendszeri megbetegedések idegi-lelki tényezői és ezek terápiája*. SpringMed Kiadó Kft., Budapest.
- Pelham, B. W., Swann, W. B. (1989): From self-conceptions to self-worth: On the sources and structure of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 672–680.
- Price, V. A. (1982): *Type A Behaviour Pattern: A Model of Research and Practice*. Academic Press, New York.
- Pratt, L. A., Ford, D. E., Crum, R. M., Armenian, H. K., Gallo, J. J., Eaton, W. W. (1996): Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction. *Circulation*, 94, 3123–3129.
- Ranschburg, J. (1998): *Az érzelem és a jellem lélektanából*. Okker, Budapest.
- Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., Petrides, K.V., Cowan, R., Miers, A., C., Tolland, A. (2007): Psychometric properties of the Emotion Awareness Questionnaire for children. *Personality and Individual Differences*, 43, 95–105.
- Ryff, C. D. (1989): Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.

- Ryff, C. D. (1995): Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 4, 99–104.
- Ryff, C. D., Keyes, C.L.M. (1995): The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719–727.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In: Pennebaker, J. W. (szerk.): *Emotion, Disclosure, and Health*. American Psychological Assn., Wassington DC. 125–154.
- Schofield, W. (1969): The role of psychology in the delivery of health services. *American Psychologist*, 24. 565–584.
- Taylor, S. E., Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193–210.
- Thompson, R. A. (1994): Emotion regulation: A theme in search of definition. In: N. A. (szerk.): *The development of emotion regulation and dysregulation: Biological and behavioral aspects. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, (2-3), 25–52 (Serial no. 240).
- Ting, W., Frichione, G. (2006): *The heart-mind connection. How emotions contribute to heart disease and what to do about it?* McGraw-Hill, New York.
- Todaro, J., Shen, B., Niaura, R., Spiro, A., Ward, K. (2003): Effect of negative emotions on frequency of coronary heart disease (The Normative Aging Study). *American Journal of Cardiology*, 15, 8, 901–906.
- Turner, R., Noh, S. (1983): Class and psychological vulnerability among women: The significance of social support and personal control. *Journal of Health & Social Behavior*, 24, 1, 2–15.
- Veress, G., Berényi, I. (2006): AMI rehabilitáció – 2006. *Kardiológus*, V, 2. Orvosi Evidencia Kft., Budapest.

- Wei, T., Zeng, C., Chen, L., Wang, S., Li, S., Chen, Q., Wang, L. (2004): Predicting factors of depression in patients with primary hypertension: a community-based study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8, 4, 213–217.
- Yates, W. R., Wallace, R. (1987): Cardiovascular risk factors in affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 12, 2, 129–124.

Mellékletek

1. Melléklet: Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív

Kérjük, hogy az állítás mellé balra az alábbiak alapján írja be, hogy az állítások milyen gyakran igazak Önre!

- 1 = szinte soha (az esetek 0-10%-ában)
- 2 = néha (az esetek 11-35%-ában)
- 3 = kb. az esetek felében (az esetek 36-65%-ában)
- 4 = legtöbbször (az esetek 66-90%-ában)
- 5 = szinte mindig (az esetek 91-100%-ában)

	1. Tisztában vagyok az érzéseimmel.
	2. Odafigyelek arra, amit érzek.
	3. Az érzelmeimet nyomasztónak és irányíthatatlannak élem meg.
	4. Fogalmam nincs arról, hogyan érzek
	5. Nehezen tudok értelmet tulajdonítani az érzéseimnek.
	6. Figyelemmel vagyok az érzéseimre
	7. Pontosan tudom, hogy mit érzek.
	8. Törődöm azzal, hogy mit érzek.
	9. Össze vagyok zavarodva az érzéseimmel kapcsolatban.
	10. Amikor zaklatott vagyok, tudomásul veszem az érzéseimet.
	11. Amikor valami felzaklat, mérges leszek magamra, hogy így érzek.
	12. Amikor zaklatott vagyok, akkor kínosan érzem magam emiatt.
	13. Amikor zaklatott vagyok, nem tudom végezni a munkám.
	14. Amikor zaklatott vagyok, elveszítem az önuralmam.
	15. Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy sokáig fog tartani ez az állapot.
	16. Amikor valami felzaklat, azt gondolom, hogy a végén nagyon lehangolt leszek.
	17. Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy az érzelmeim megalapozottak és fontosak.

	18. Amikor valami felzaklat, nehezen tudok másra összpontosítani.
	19. Amikor felzaklat valami, úgy érzem, elveszítem a kontrollt.
	20. Attól, hogy zaklatott vagyok, még el tudom látni a feladataimat.
	21. Amikor zaklatott vagyok, szégyellem magam, hogy így érzek.
	22. Amikor zaklatott vagyok, tudom, hogy meg fogom találni a módját, hogy végül jobban érezzem magam.
	23. Amikor valami felzaklat, úgy érzem, mintha gyenge lennék.
	24. Amikor zaklatott vagyok, akkor is úgy érzem, hogy úrrá tudok lenni a viselkedésem.
	25. Amikor felzaklat valami, lelkiismeret furdalásom van emiatt.
	26. Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok koncentrálni.
	27. Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok uralkodni magamon.
	28. Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy semmit sem tehetek azért, hogy jobban érezzem magam.
	29. Amikor zaklatott vagyok, bosszankodom, hogy így érzek.
	30. Amikor zaklatott vagyok, akkor elkezdem nagyon rosszul érezni magam amiatt, hogy így érzek.
	31. Amikor zaklatott vagyok, úgy érzem, hogy csak annyit tudok tenni, hogy belesüppedek ebbe az állapotba.
	32. Amikor zaklatott vagyok, elveszítem az irányításomat a viselkedésem felett.
	33. Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok bármi másra gondolni.
	34. Ha felzaklat valami, időt szánok arra, hogy kitaláljam, hogyan is érzek valójában.
	35. Ha felzaklat valami, hosszú ideig tart, míg újra jól érzem magam.
	36. Amikor zaklatott vagyok, az érzelmeim nyomasztanak.

2. Melléklet: Pszichés Jólét Kérdőív

Kérjük, az állítások mellé balra jelölje be, hogy milyen mértékben ért vagy nem ért egyet az állítások vonatkozásában az alábbiak alapján!

- 1: erősen egyetértek
 2: nagyjából egyetértek
 3: kicsit egyetértek
 4: inkább nem értek egyet
 5: többnyire nem értek egyet
 6: egyáltalán nem értek egyet

	1. Személyiségem legtöbb oldalát szeretem.
	2. Amikor megvizsgálom életem történetét, elégedett vagyok azzal, ahogy a dolgok eddig alakultak.
	3. Néhány ember céltalanul vándorol egész életében, de én nem tartozom közéjük.
	4. Gyakran lehangolnak az élet mindennapi követelményei.
	5. Bizonyos tekintetben kiábrándultnak érzem magam az életben nyújtott teljesítményem miatt.
	6. Nehézséget és többnyire csalódással teli élményeket hoz számomra a szoros kapcsolatok fenntartása.
	7. Napról napra élem az életem és nem igazán gondolok a jövőre.
	8. Általában úgy érzem, hogy felelős vagyok azért a helyzetért, amelyben élek.
	9. Jól tudom kezelni a mindennapokban rám háruló kötelezettségeket.
	10. Néha úgy érzem, mintha már megtettem volna mindent, ami az életben megtehető.
	11. Az élet számomra a tanulás, a változás és a fejlődés szakadatlan folyamata.
	12. Úgy gondolom, hogy fontos olyan új élményeket és tapasztalatokat szerezni, amelyek kihívásokat jelentenek önmagunk és a világunk újra gondolására.
	13. Az emberek valószínűleg úgy jellemeznének engem, mint egy adakozó személyt, aki hajlandó időt szentelni másokra
	14. Régen feladtam a próbálkozást arra, hogy valami nagy javulást, vagy változást hozzak létre az életemben.
	15. Hajlamos vagyok arra, hogy elfogadjam a határozott véleményt képviselő emberek

	álláspontját.
	16.Nem valami sok melegséget és bizalmat tapasztalok a másokkal való kapcsolataimban
	17.Bízom a saját véleményemben még akkor is, ha az gyökeresen eltér mások álláspontjától.
	18. Azon értékek alapján ítélem meg magam, amelyeket én fontosnak tartok, és nem pedig azok alapján, amiket mások tartanak fontosnak.

3. Melléklet: Érzelmi Tudatosság Kérdőív

Kérjük, hogy az alábbi állításokat értékelje egy 1-3 terjedő skálán aszerint, hogy az mennyire igaz Önre az alábbiak szerint!

1 – egyáltalán nem igaz

2- néha jellemző, azaz inkább nem igaz, mint igaz

3 - mindig igaz, nagyon jellemző

1. Sokszor összezavarodott vagy tanácstalan vagyok az érzéseimet illetően.
2. Sokszor nehéz beazonosítanom, hogy vajon szomorúságot, dühöt vagy valami mást érzek-e.
3. Sosem tudom igazán, hogy pontosan mi is az, amit érzek.
4. Amikor feldúlt vagyok, nem tudom, hogy vajon szomorú, ijedt vagy mérges vagyok.
5. Néha ingerültnek érzem magam, de nem tudom miért.
6. Gyakran nem tudom miért is vagyok mérges.
7. Nem tudom előre, hogy valami fel fog-e izgatni vagy nem.
8. Mikor feldúlt vagyok, gyakran beszélek erről valakivel.
9. Mikor feldúlt vagyok valami miatt, nem beszélek róla senkinek.
10. Könnyen el tudom magyarázni egy barátomnak, hogy mit is érzek legbelül.
11. Nehéznek találom elmagyarázni egy barátnak, hogy mit is érzek legbelül.
12. Nehéznek találom, hogy bárkinek is beszéljek arról, hogy mit is érzek legbelül.
13. Mikor mérges vagy feldúlt vagyok, szeretném, hogy mások ezt megértsék.
14. Az ijedtségemet vagy az idegességemet gyakran a gyomromban érzem.
15. Mikor feldúlt vagyok, azt a testemben is érzem.
16. Semmilyen érzés nincs a testemben, amikor feldúlt vagy ideges vagyok.
17. A testileg másképp érzem magam, amikor feldúlt vagyok valami miatt.
18. Mikor szomorú vagyok, akkor gyengének érzem a testemet.
19. Mikor mérges vagy feldúlt leszek, a testemet is feszültnek érzem.
20. Mikor érzem a saját szívverésemet, akkor tudom, hogy ideges vagy ijedt vagyok.
21. Amikor haragszom, hagyom, hogy a dühöm kijöjjön, kiengedem a gőzt.
22. Mindig igyekszem elnyomni a dühömet amilyen gyorsan csak tudom.
23. Mikor feldúlt vagyok, szeretem ezt mindenkinek megmutatni.
24. Szégyellem, ha mások észreveszik, hogy feldúlt vagyok.
25. Nem szeretem az erős érzelmeket.
26. Az érzéseimet szeretem úgy kimutatni, ahogy rámtörnek.
27. Mikor mérges vagy feldúlt vagyok, megpróbálom megérteni, hogy miért érzek úgy.
28. Az érzéseim segítenek megérteni, hogy mi történt velem.
29. Mikor van egy problémám, akkor nekem segít az, ha tudom, hogy hogyan érzek azzal a problémával kapcsolatban.
30. Nem érzem fontosnak, hogy tudjam, hogyan érzek a dolgokkal kapcsolatban.
31. Amikor szomorú vagyok, szándékosan azonnal valami másra gondolok.
32. Amikor ideges vagyok, nem akarok ezen gondolkodni.

33. Fontos számomra, hogy megértsem, hogyan érzek.
34. Fontos tudnom, hogyan éreznek a barátaim
35. Nem akarom tudni, hogyan éreznek a barátaim.
36. Ha az osztályomban egy barátom feldúlt, igyekszem megérteni miért.
37. Nem törődöm vele, hogyan érzik magukat a barátaim legbelül.
38. Ha egy barátom feldúlt én elfordítom a fejem és úgy teszek, mintha észre sem venném.
39. Mindig tudom, hogyan éreznek a barátaim legbelül.
40. Nem szeretem, mikor a barátaim kimutatják, hogyan éreznek.

4. *Melléklet: Mann-Whitney próba elvégzéséhez szükséges adatok az Érzelmi Tudatosság Kérdőív esetében*

		<u>csoport</u>	<u>N</u>	<u>Mean Rank</u>	<u>Sum of Ranks</u>
érztud1	0	48	42,30	2030,50	
	1	49	55,56	2722,50	
	Total	97			
érztud2	0	48	39,81	1911,00	
	1	49	58,00	2842,00	
	Total	97			
érztud3	0	48	47,48	2279,00	
	1	49	50,49	2474,00	
	Total	97			
érztud4	0	48	39,72	1906,50	
	1	49	58,09	2846,50	
	Total	97			
érztud5	0	48	46,24	2219,50	
	1	49	51,70	2533,50	
	Total	97			
érztud6	0	48	47,79	2294,00	
	1	49	50,18	2459,00	
	Total	97			

5. *Melléklet: Mann-Whitney próba az Érzelmi Tudatosság Kérdőív esetében*

Test Statistics(a)

	értud1	értud2	értud3	értud4	értud5	értud6
Mann-Whitney U	854,500	735,000	1103,000	730,500	1043,500	1118,000
Wilcoxon W	2030,500	1911,000	2279,000	1906,500	2219,500	2294,000
Z	-2,340	-3,237	-,531	-3,288	-,980	-,423
Asymp. Sig. (2-tailed)	,019	,001	,596	,001	,327	,672

a. Grouping Variable: csoport

6. Melléklet: Csoportadatok az Érzelmi Tudatosság Kérdőív esetében

Group Statistics

	csoport	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
értud1	0	48	16,31	2,194	,317
	1	49	17,43	2,345	,335
értud2	0	48	12,19	2,130	,307
	1	49	13,71	2,336	,334
értud3	0	48	15,31	3,143	,454
	1	49	15,63	2,506	,358
értud4	0	48	11,88	1,453	,210
	1	49	13,16	1,929	,276
értud5	0	48	14,96	1,810	,261
	1	49	15,61	2,149	,307
értud6	0	48	16,69	2,095	,302
	1	49	16,88	2,098	,300

7. Melléklet: Mann-Whitney próba elvégzéséhez szükséges adatok az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív esetében

Ranks

		csoport	N	Mean Rank	Sum of Ranks
énk1	0	48	60,84	2920,50	
	1	49	37,40	1832,50	
	Total	97			
énk2	0	48	55,42	2660,00	
	1	49	42,71	2093,00	
	Total	97			
énk3	0	48	54,91	2635,50	
	1	49	43,21	2117,50	
	Total	97			
énk4	0	48	45,47	2182,50	
	1	49	52,46	2570,50	
	Total	97			
énk5	0	48	58,42	2804,00	
	1	49	39,78	1949,00	
	Total	97			
énk6	0	48	60,04	2882,00	
	1	49	38,18	1871,00	
	Total	97			

8. Melléklet: Mann-Whitney próba az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív esetében

Test Statistics(a)

	énk1	énk2	énk3	énk4	énk5	énk6
Mann-Whitney U	607,500	868,000	892,500	1006,500	724,000	646,000
Wilcoxon W	1832,500	2093,000	2117,500	2182,500	1949,000	1871,000
Z	-4,115	-2,232	-2,055	-1,229	-3,269	-3,864
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,026	,040	,219	,001	,000

a. Grouping Variable: csoport

9. Melléklet: Csoportadatok az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív esetében

Group Statistics

		csoport	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
énk1	0	48	15,65	5,277	,762	
	1	49	11,24	3,672	,525	
énk2	0	48	13,27	5,115	,738	
	1	49	10,80	3,530	,504	
énk3	0	48	13,17	5,707	,824	
	1	49	10,55	3,049	,436	
énk4	0	48	13,48	2,939	,424	
	1	49	14,33	3,567	,510	
énk5	0	48	18,21	6,998	1,010	
	1	49	13,90	4,283	,612	
énk6	0	48	10,56	3,476	,502	
	1	49	8,24	1,931	,276	

10. Melléklet: Mann-Whitney próba elvégzéséhez szükséges adatok a pszichés Jólét Kérdőív esetében

Ranks

		csoport	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pjk1	0	48	47,09	2260,50	
	1	49	50,87	2492,50	
	Total	97			
pjk2	0	48	45,03	2161,50	
	1	49	52,89	2591,50	
	Total	97			
pjk3	0	48	41,80	2006,50	
	1	49	56,05	2746,50	
	Total	97			
pjk4	0	48	39,91	1915,50	
	1	49	57,91	2837,50	
	Total	97			
pjk5	0	48	39,68	1904,50	
	1	49	58,13	2848,50	
	Total	97			
pjk6	0	48	40,24	1931,50	
	1	49	57,58	2821,50	
	Total	97			

11. Melléklet: Mann-Whitney próba az Érzelmi Tudatosság Kérdőív esetében

Test Statistics(a)

	pjk1	pjk2	pjk3	pjk4	pjk5	pjk6
Mann-Whitney U	1084,500	985,500	830,500	739,500	728,500	755,500
Wilcoxon W	2260,500	2161,500	2006,500	1915,500	1904,500	1931,500
Z	-,666	-1,387	-2,515	-3,173	-3,251	-3,070
Asymp. Sig. (2-tailed)	,505	,165	,012	,002	,001	,002

a. Grouping Variable: csoport

12. Melléklet: Csoportadatok a Pszichés Jólét Kérdőív esetében

Group Statistics

	csoport	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
pjk1 0	48	13,17	2,478	,358	
1	49	13,53	2,256	,322	
pjk2 0	48	13,25	2,401	,347	
1	49	13,84	2,192	,313	
pjk3 0	48	13,54	2,924	,422	
1	49	15,00	2,336	,334	
pjk4 0	48	13,08	2,172	,313	
1	49	14,47	3,028	,433	
pjk5 0	48	13,33	2,684	,387	
1	49	15,16	2,357	,337	
pjk6 0	48	13,71	2,343	,338	
1	49	15,18	2,252	,322	