

Az akut miokardiális infarktus ellátásának pszichológiai feladatai a korai konvaleszcensz szakban

Forgó Pál alezredes

Kulcsszavak: akut miokardiális infarktus, korai konvaleszcensz szak, multidiszciplináris medicina, premorbid személyiség, pszichológiai rehabilitáció

Az Intézetben az akut szívizom infarktusos betegek pszichológiai vizsgálatára, a korai konvaleszcensz szakban a Budapest-kérdőív használatos. Az értékelés során 12, az infarktus kialakulásában és kimenetelében szerepet játszó tényező jelenlétére, súlyossági fokára ad választ.

Meghatározott szempontok szerint válogatott, tesztelt 213 beteg vizsgálatára került sor. A tesztelt betegek 58%-a férfi, 42%-a nő. Az átlag életkor a nők esetében 44,6 év, a férfiak esetében 45,9 év volt. A kapott eredmények rámutatnak arra, hogy a betegek 17%-ának alapszorongása már a betegséget megelőzően is kezelést igénylően magas volt. A kezelést igénylő, állapotfüggő, aktuális szorongási szint 39%-ra nőtt. Depressziója miatt 37%, nem megfelelő betegségtudata miatt 65% kezelést igényelt. Rizikó személyiségként kezelhető 55%, nem rendelkezik megfelelő frusztrációs tolerancia képességgel 67%. Az aktuális stresszhatások 62%-ban jelentettek kezelést igénylő problémát. Az infarktus kialakulásában jelentős szerep tulajdonítódik a családi problémáknak, amely ez esetben 7%-ban jelzett értékelhető elváltozást. A munkahelyi problémák szerepe a betegek 21%-nál tekinthető a betegség kialakulásában közrejátszó tényezőnek.

A teszteredmények alapot adnak a rehabilitációs tevékenység megtervezésére, egyben segítséget nyújtanak a betegségmegelőzési, egészségnevelési tevékenység tervezéséhez, megvalósításához is.

Bevezetés

Az 1970-es évektől a halálozási statisztikák szerint 23 európai ország közül a 35 és 54 év közötti férfiak és nők közül Magyarországon hálnak meg legnagyobb arányban ischaemiás szívbetegség (ISZB) következtében.

A 2000. évi magyarországi statisztikai

adatok alapján az ezer lakosra jutó kórházból elbocsátott szív és érrendszeri betegek száma (35,4 fő) egyedül meghaladja az ugyan ezen időszakban kibocsátott daganatos megbetegedések (18,9 fő) és baleset, mérgezés miatt kezelt és elbocsátott (15,4 fő) betegek számát (összesen: 34,3).

Ugyanezen időszakban a szív és érrendszeri betegségben meghaltak száma százezer lakosra vonatkoztatva 403,2 fő, a daganatos és más külső okok miatt meghaltak száma százezer lakosra vonatkoztatva 288,8 fő [1].

A rendelkezésre álló összehasonlítható statisztikai adatok alapján az európai országok közül a szív és érrendszeri betegségben meghaltak aránya Csehországban (604,1), Horvátországban (408,0), Oroszországban (554,5), Romániában (547,0), Szlovákiában (431,0) magasabb [1].

A középkorú férfiak közül minden harmadik szívinfarktusban hal meg.

Tekintettel arra, hogy a Magyar Honvédség tagjai is részesei, alkotói ennek a társadalomnak, ezért immár 26 éve önálló Kardiológiai Rehabilitációs Intézet – régebben szanatórium – áll rendelkezésre az ellátás érdekében.

A rehabilitáció az a tudatos, folyamatos tevékenység, amellyel a beteg számára az optimális orvosi, élettani, pszichológiai, szociális helyzetet, foglalkozásbeli és szabadidő kihasználási lehetőséget biztosítjuk.

A rehabilitáció célkitűzése: elérni a betegség előtti állapotot, valamint az elért javulás fenntartása, biztosítani az egyén számára a zökkenőmentes visszatérést a családi és társadalmi életbe.

Intézetünk, mint ma már minden katonára egészségügyi intézmény, nyitott, az ország egész területéről fogad betegeket, az OEP által finanszírozott

és fizetőbeteg ellátás keretein belül egyaránt.

Az egészségügyi ellátás keretében Magyarországon a kardiológiai betegek rehabilitációja során, hosszú időn keresztül eléggé háttérbe szorultak a pszichológiai rehabilitáció kérdései.

Intézetünkbe a betegek többsége a betegség korai konvaleszcensz szakaszában (2-12 hét), az eseményt követő 10-14 napon belül érkezik az ország minden részéből.

A rehabilitáció során a betegek számára optimális orvosi, élettani, pszichológiai, szociális helyzetet és a szabadidő hatékony kihasználási lehetőségét kívánjuk biztosítani, a szív funkcionális állapotának figyelembe vételével, multidiszciplináris medicina keretében.

A rehabilitáció célkitűzései a betegség különböző fázisaiban állandóan változnak. A rehabilitáció a leghatékonyabb akkor, ha az akut szaktól kezdődően történik megszakítás nélkül, multidiszciplináris csoportmunka formájában. Ehhez szükséges az orvosi, egészségügyi személyzet szakmai tevékenysége mellett a beteg akarata, saját erőfeszítése.

A rehabilitációt konvencionálisan három szakaszra osztjuk

I. Az első fázis: a betegség akut szakasza, amikor az ellátás színtere az intenzív, illetve a kardiológiai osztály, amelynek az időtartama az első két hétre esik, amikor az orvosi kezelés elsődlegessége megkérdőjelezhetetlen. Itt rehabilitációs tevékenység csak szűkebb értelemben érvényesít

hető, azonban már ekkor is foglalkozni kell az emocionális reakciókkal (szorongás, önbizalomvesztés, korai depresszió). Az akut miokardiális infarktus utáni első napok meghatározó jelentőséggel bírnak a betegség további folyamatában (reális betegségtudat kialakulása, az életmódváltozással kapcsolatos döntések meghozatala, stb.).

II. *A második fázis:* a betegség konvaleszcensz szakasza, helye a fekvőbeteg rehabilitációs osztály, intézet, vagy szakambulancia.

– *A korai szakasz* a 2.-12. hét közé esik: ebben a szakaszban a feladat folyamatos orvosi kezelés mellett a klinikai állapotnak megfelelő mozgáskezelés, életvitel, tevékenység megismerése, a betegséggel kapcsolatos ismeretek megtanítása, rizikófaktorok kiküszöbölésének folytatása, pszichoszociális problémák feltárása, kezelése

– *A késői szakasz* a 4.-12. hónap közé esik: folyamatos orvosi ellenőrzés mellett folytatott edzésprogram, a funkcionális állapot visszaállítása céljából, a munkába állás előkészítése, egészségnevelési program folytatása

III. *Posztkonvaleszcensz,* vagy fenntartó szakasz: folyamatosan, önszerveződő klubokban, egyesületekben, a tanulak gyakorlati hasznosítása életvitelszerűen, a rizikófaktorok módosítása, az elért eredmények fenntartása [10].

A rehabilitáció történhet intézetben, illetve ambuláns rehabilitáció keretében.

Intézetünk elsődlegesen e korai konvaleszcensz szakaszban végez reha-

bilitációt, de a betegek nagy száma, illetve a fogadóképesség korlátai miatt nem ritka a késői, illetve a posztkonvaleszcensz szakaszban végzett rehabilitációs tevékenység sem.

Módszer

A szívinfarktus ténye és tudata igen súlyos mértékben érinti a beteg személyiségét. Nagy hatással van a beteg élményvilágára, életfelfogására és további életvitelére. A rehabilitáció, a terápiás tevékenység kialakításához a lehető legteljesebb mértékben meg kell ismernünk a beteg személyiségét. Ahhoz, hogy a bekövetkezett változásokat feltérképezzük, ismernünk kell a beteg premorbid személyiségét, ami igen nehéz, így az esetek jelentős részében meg kell elégednünk az aktuális állapot feltérképezésével, illetve az abból levonható következtetésekkel. A korai konvaleszcensz szakaszban elvégzett pszichés állapotfelmérés még lehetőséget adhat a premorbid személyiség megismerésére. Ez is azt igényli, hogy minél korábbi időpontban kerüljön sor az exploráció végrehajtására, hogy a betegség előidézte változások ellenére minél megbízhatóbb információhoz jussunk [5].

A szakmai protokoll figyelembevételével [9], az AMI kezelése során indokolt:

1. Az akut betegségélmény feldolgozása, a szomatopszichés reakciók kezelése: különösen súlyos szorongás, depresszió vagy a betegség tagadása esetén.

2. A másodlagos megelőzésben, a

rizikófaktorok elleni küzdelemben, a káros szenvedélyekről való leszoktatásban (dohányzás), az életmód változások elfogadásában, az A-típusú viselkedés módosításában való közreműködés.

3. Az invazív vizsgálatok, vagy műtétek pszichológiai előkészítésében való részvétel.

4. A motiváció elősegítése a komplex rehabilitációban való részvételre.

Az infarktusos betegek pszichológiai vizsgálatára alapvetően a Budapesti alap, és utánkövető kérdőívet [5, 9, 10] alkalmazzuk. A kérdőív tartalma miatt csak kardiológiai betegek vizsgálatára alkalmas.

A kérdőív alkalmas arra, hogy feltárja a beteg legfontosabb pszichés reakcióit, érzéseit, magatartásának és személyiségének néhány jellegzetes sajátosságát. A kérdőív egy-egy problémát több oldalról is megközelít, így az összetartozó kérdésekre adott válaszok együttese a beteg pszichoszociális világának egy-egy faktoráról ad felvilágosítást.

A vizsgálat során 12 olyan faktor konstruálható, amelyek segítségével az infarktus létrejöttében és kimene- telében fontosnak ítélt tényező jelenlétére, illetve a súlyossága mértékére keresünk választ.

A 12 faktor a következő:

1. alapszorongás (A)
2. állapotfüggő, vagy aktuális szorogás (B)
3. gyermekkori problémák (C)
4. depresszió (D)

5. kapcsolatteremtési problémák (E)
6. családi problémák (F)
7. betegségtudat (I)
8. rizikó személyiség (P)
9. aktuális stressz (S)
10. frusztrációs tolerancia (T)
11. munkahelyi problémák (W)
12. a szexuális élet (X)

A vizsgálatba bevont betegek

A vizsgálatba olyan betegek kerültek kiválasztásra, akik első infarktusukat szenvedték el, az infarktus bekövetkeztétől nem telt el több mint 30 nap, még nem vettek részt semmilyen rehabilitációs programban. A válogatás feltételeit oly mértékben sikerült tartani, hogy valamennyi beteg az infarktust követő 20 napon belül került vizsgálatra.

A vizsgálat során 213 beteg eredményei kerültek feldolgozásra, ebből 89 fő, a betegek 42%-a nő, 124 fő, azaz

| N=213 | FŐ | % | ÁTLAG ÉLETKOR |
|-------|-----|----|---------------|
| FÉRFI | 124 | 58 | 45,9 év |
| NŐ | 89 | 42 | 44,6 év |

I. táblázat: *A vizsgálatba bevont betegek nemek szerinti megoszlása és átlag életkora*

| Munka- viszony | Aktív | Nyugdíjas | Munka- nélküli |
|-------------------|-------|-----------|-------------------|
| FÉRFI | 57 | 5 | 1 |
| NŐ | 20 | 13 | 4 |
| ÖSSZ. | 77 | 18 | 5 |

II. táblázat: *Munkaviszony alakulása a betegség bekövetkeztekor (%)*

| Faktorértékek | 0,0–0,5 | 0,6–1,5 | 1,6–2,5 | 2,6–3,5 | 3,6–4,0 |
|--------------------|-----------------------------|--|--|-------------------|---------------------|
| Tartalmi értékelés | Egészséges, probléma-mentes | Egészen enyhe, még fiziológiás eltérés | Közepes, esetleg már kezelést igénylő elvált | Súlyos elváltozás | Igen súlyos állapot |

III. táblázat: A faktorértékek, értékelési sávhatárok

52% férfi. Az átlag életkor nők esetében 44,6 év, férfiaknál 45,9 év. (I. táblázat)

A megbetegedés időszakában munkaviszonnal rendelkezett a betegek 77%-a, nyugdíjas volt 18%, munkanélküli 5%. (II. táblázat)

Az elvégzett vizsgálat eredményei

A vizsgálat során kapott faktorértékek megadott sávhatárok között kerülnek tartalmi értékelésre. Az ennek megfelelő faktorértékeket és a hozzá tartozó értékelést a III. táblázat tartalmazza. Kivételt képeznek a betegségtudat alakulásának faktorértékei, mivel a betegségtudat értékei két irányban is eltérhetnek az ideális értéktől.

Mint már említésre került, hogy a beteg premorbid személyiségére való következtetés igen fontos feladat. Ehhez nyújt segítséget a beteg szorongás szintjének meghatározása.

A szorongást két részre oszthatjuk, mint:

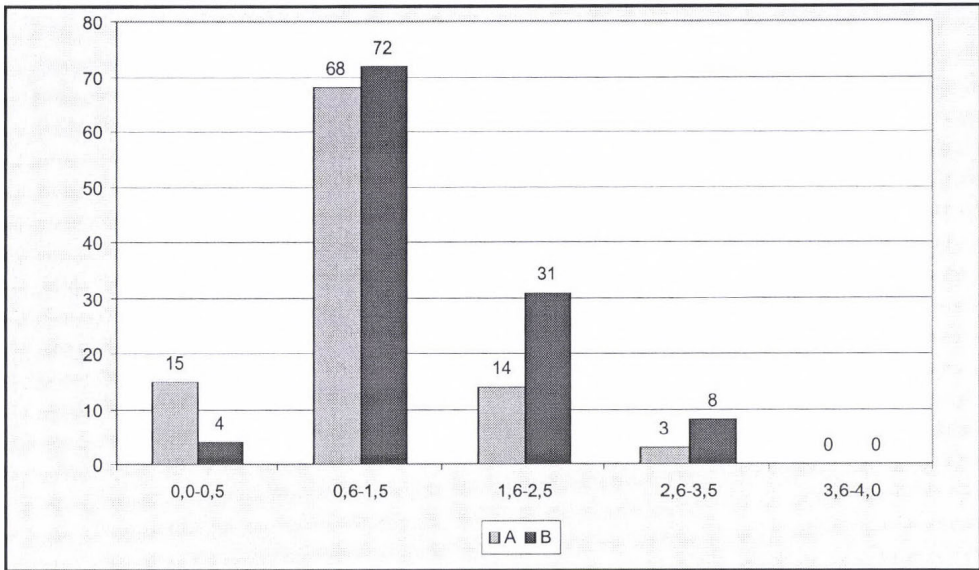
- az egyén általános szorongásszintjére,
- alapszorongásra-, amit vonásszorongásnak is szokás nevezni, mert a

tapasztalatok szerint ez az egész életünkön végighúzó, a különböző, általános helyzetekben megnyilvánuló, az egyénre jellemző tulajdonság, része az alapszemélyiségnek.

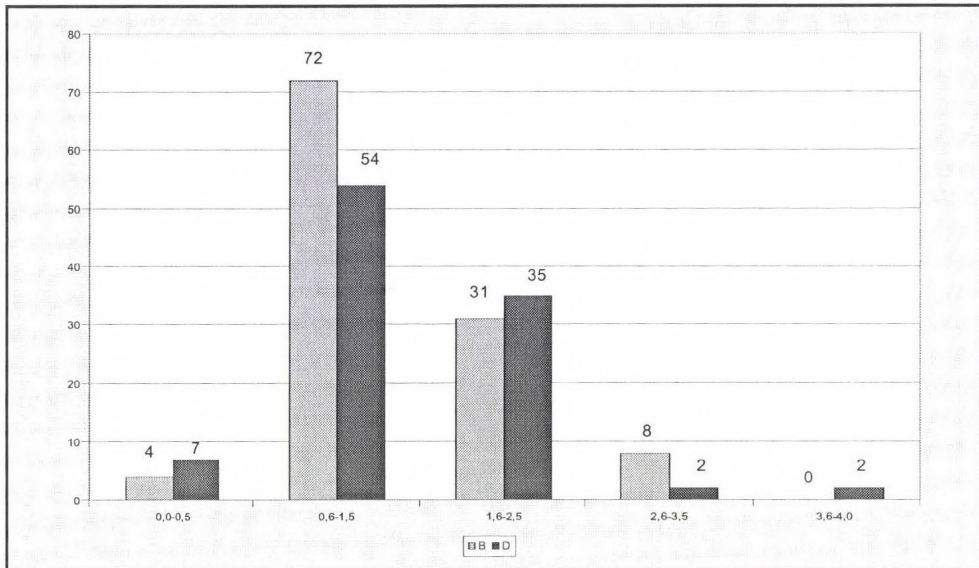
– Az emberek különböző helyzeteket tekintenek magukra nézve fenyegetőnek, veszélyesnek. Az így megélt, megítélt helyzetekben megjelenő szorongást nevezzük helyzeti, vagy állapotsszorongásnak – állapotfüggő vagy aktuális szorongásnak.

Az alapszorongás (A) értékei alapján a vizsgált betegek mindössze 15%-a mondható e szempontból egészségesnek, 68%-nál található enyhe, de még fiziológiásnak mondható eltérés, 14% esetében már kezelés szükségessége is felmerül, 3% pedig egyértelműen súlyos, kezelést igénylő állapotot jelzett. Vagyis: szorongásai miatt a vizsgált betegek 17%-a már a megbetegedése előtt kezelést igényelt volna.

Az AMI hatására az állapotfüggő szorongás (B) értékei jelentős változást jeleznek. Az egészségesnek mondható szorongási szint 11%-kal, 4%-ra csökkent. Az enyhe változást jelzők aránya 72%-ra emelkedett, ugyanakkor több mint duplájára, 31%-ra emelkedett a közepes, már



1. ábra: Az alap (A) és állapotfüggő szorongás (B) alakulása (%)



2. ábra: Az állapotfüggő szorongás (B) és a depresszió (D) alakulása a konvaleszcensz szakban (%)

kezelést igénylők és a súlyos, kezelést igénylők aránya. Az alapszorongás 17%-os arányához képest az infarktust követő 20 napon belül 39%-ra emelkedett a szorongása miatt kezelést igénylők aránya (1. ábra).

Ennek az emelkedésnek a tapasztalatok szerint az a magyarázata, hogy ekkorra, a betegség tudatosulásával, a veszély anticipálásával szörnyű lelki teher nehezedik a betegre. Bajával magára hagyottnak érzi magát, min-

denkivel szemben bizalmatlan, gyakori a valós vagy vélt visszatérő mellkasi fájdalom, állandósul a feszültség, melynek hatására képtelen megszabadulni a betegség nyomasztó gondolatától [5].

A neurotikus szorongás rendkívül sok pszichés energiát igényel, amelyhez a szocializáció különböző, főleg kezdeti szakaszaiban megtanult elhárító mechanizmusokat igyekszik mozgósítani a feszültséget, kóros szorongást ébresztő gondolatok tudatból való kiszorítására. A nem megfelelő feldolgozás miatt visszatérő emlékek, gondolatok megzavarják a gondolkodást, a viselkedést, a környezethez való alkalmazkodást, alapot adva a depresszió kialakulásához is. Ezt jelzi az állapotfüggő szorongás (B) és a depresszió (D) alakulásának a vizsgálat során tapasztalható igen szoros együtt alakulása is (2. ábra).

A megküzdő viselkedés egyik fontos funkciója az emóciók szabályozása, a stressz által okozott érzelmek kontrollálása, a külső és belső feszültség tűrése, csökkentése. A betegeknél kialakuló fokozottan negatív érzelmek ennek a hiányos, vagy sikertelen megküzdő képességnek lehetnek következményei [3].

Az egészség elvesztése, a betegség miatti presztizsvesztés bekövetkeztenek felismerése, előrevetülése, a szociális szerepek módosulásának, megváltozásának lehetősége, valamint a korábbi örömforrások kényszerű elhagyása, illetve extrém fokú lecsökkenése nagyon fontos szerepet játszik ebben az időszakban, a depresszió kialakulásában [5].

A vizsgált betegek között – AMI után 20 napon belül – mindössze 7%-ra volt tehető azok aránya, akiknél depresszió (D) egyáltalán nem volt megállapítható, 54%-ban már rendelkeztek a depresszió enyhe tüneteivel, azonban ezek a tünetek nem uralták a kórképet.

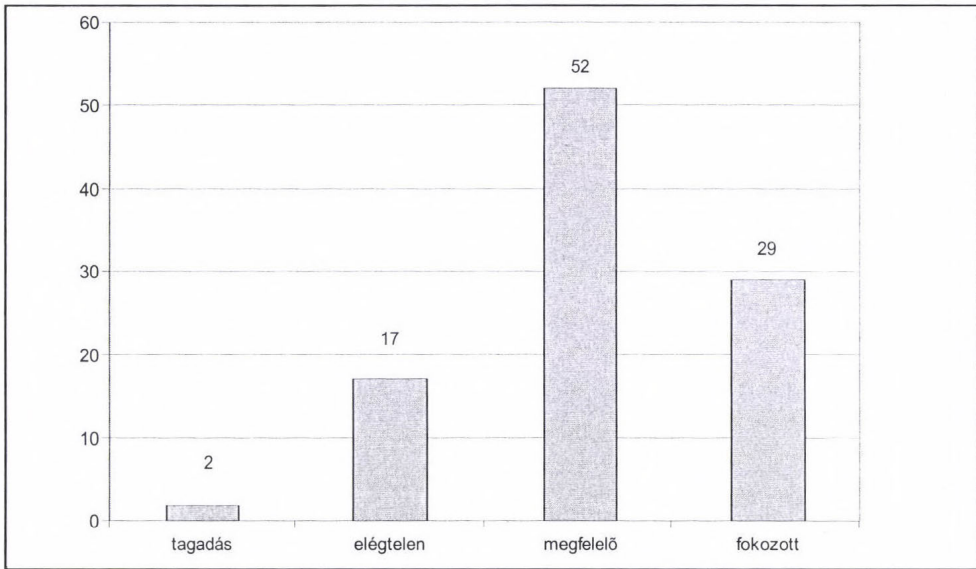
A vizsgált betegek 39%-a rendelkezett olyan tünetekkel, amelynek alapján a depresszió egyértelműen megállapítható volt, 35%-ban közepes, 2-2%-ban súlyos, illetve nagyon súlyos formában (2. ábra).

Ez a rehabilitáció szempontjából azért is fontos, mert a rossz hangulat, a negatív gondolatok elhatalmasodása, a kezdeményező képesség hiánya, a passzivitás, a feleslegesség érzése, a belső nyugtalanság és az akaratgyengeség rendkívüli mértékben visszafogja a beteget a gyógyulásban, akadályozza a rehabilitációs tevékenység hatékonyságát [5].

A beteg reális vagy neurotikus szorongása kihat a betegség megélésére is.

A betegség kialakulására nem lehet felkészülni. A betegség robbanásszerű, váratlan megjelenése rémületet, kétségbeesést vált ki. A betegséggel kapcsolatos állásfoglalást a betegségtől határozza meg, és mindkettőt determinálja a premorbid személyiség.

A betegségtől a beteg magatartásának és a környezethez való viszonyának érzelmi megnyilvánulása. Ebben megjelennek a beteg ember hangulati, gondolkodási, önértéke-



3. ábra: A betegségtudat (I) (%)

| Faktorértékek | 0,0-0,5 | 0,6-1,5 | 1,6-2,5 | 2,6-3,5 | 3,6-4,0 |
|--------------------|--|-------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------------------|
| Tartalmi értékelés | A betegség tudat hiánya, a betegség tagadása | Elégtelen betegségtudat | Megfelelő betegségtudat | Fokozott betegségtudat | Kórosan eltúlzott betegségtudat |

IV. táblázat: A faktorértékek, értékelési sávhatárok a betegségtudat(I) megítéléséhez

lési, valamint a környezet iránti megváltozott értékelései.

A vizsgált betegek 52%-a rendelkezett aktuális állapotának megfelelő betegségtudattal (I), 48%-uk betegségtudatának alakulása nem megfelelő, irreális (4. táblázat, 3. ábra).

A nem megfelelő betegségtudattal rendelkezők 2%-ánál a betegség tagadása volt kimutatható.

Elégtelen betegségtudatról beszélhetünk a vizsgált betegek 17%-ánál,

amelynek okai a megemelkedett szorongásszintben keresendők: a beteg reális betegségtudat hiányában összekeveri vágyait a valósággal, így próbálja meg elhárítani azt a feszültséget, amit az infarktus okozta fenyegettség jelent számára. A beteg ebben az esetben nem képes, vagy nem akar megfelelő következtetéseket levonni állapotáról, nem érez motivációt szokásainak, életmódjának megváltoztatására.

Ha a beteg a fenyegető veszélyt nagy mértékűnek érzi, értékeli, nem meg-

felelő alkalmazkodása túlzott reakciókat eredményez, kóros viselkedés, nagymérvű és felesleges energiavesztés következik be. Ezek a betegség kialakulásában és kimenetelében egyaránt nagy figyelmet érdemelnek [5].

A fokozott betegségtudattal rendelkezőknek (29%) nem sikerült a betegség aktuális állapotára, kimenetelére vonatkozó információkat pozitív kimenetellel feldolgozni. A fokozott, vagy túlzott betegségtudat alakulását egyéb súlyos konfliktusok, előny szerzési tendenciák is irányítják.

A vizsgált betegek 55%-a rizikó személyiségre (P) utaló jegyeket mutatott. (4. ábra) Ez alapvetően az A-típusú személyiségjegyek azonosítása. Azt pedig tudjuk, hogy az A-típusú személyiség a megküzdő stratégiák viszonylag szűk tartományával rendelkezik, ezért csökkent mértékben képes megküzdni a fenyegető helyzetekkel, negatív tartalmú érzelmekkel. A megbetegedett személyeknél a megküzdő stratégiák többnyire sikertelenek [3].

A frusztrációs tolerancia vizsgálatának eredményei is ezt jelzik. A vizsgáltak 67%-a nem rendelkezik megfelelő frusztrációs toleranciával (T), vagyis a cselekvés, viselkedés akadályoztatásának tűrése, a kudarc-tűrő képesség nem alakult ki megfelelő mértékben, (4. ábra) aminek következtében létre jöhet agresszív megnyilvánulás is. Ez az agresszív megnyilvánulás irányulhat tárgy ellen (rombolás), illetve személy ellen. A személy elleni agresszió fordulhat önmaga ellen (autoagresszió) vagy más

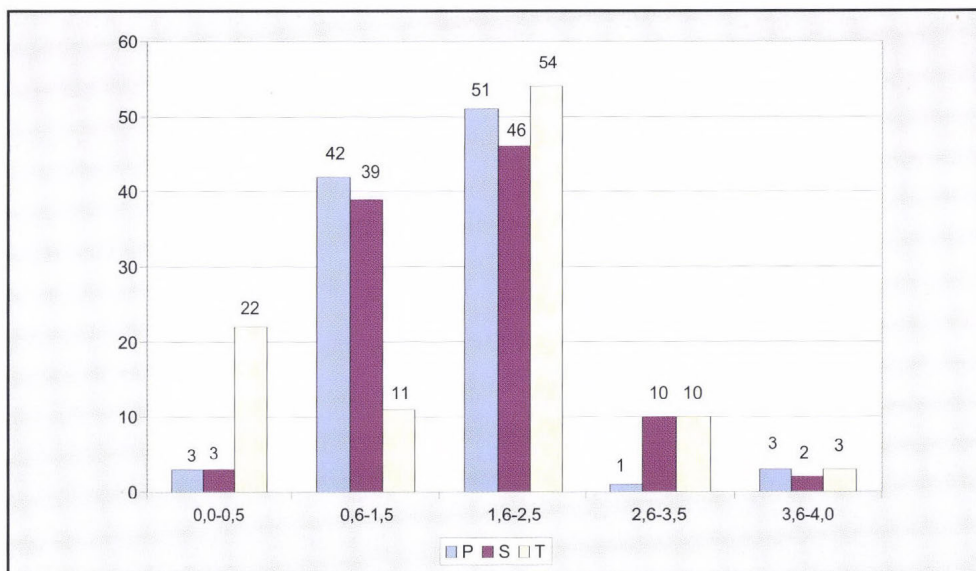
személy ellen is (heteroagresszió), ami megnyilvánulhat verbális vagy fizikai formában egyaránt.

A betegség kialakulásában a vizsgált betegek esetében 58%-ban játszottak szerepet az aktuális stresszhatások (S), amelyek a pszichés, emocionális válaszok formájában is megnyilvánulnak. (szorongás, harag, agresszió, fásultság, depresszió, kognitív károsodás).

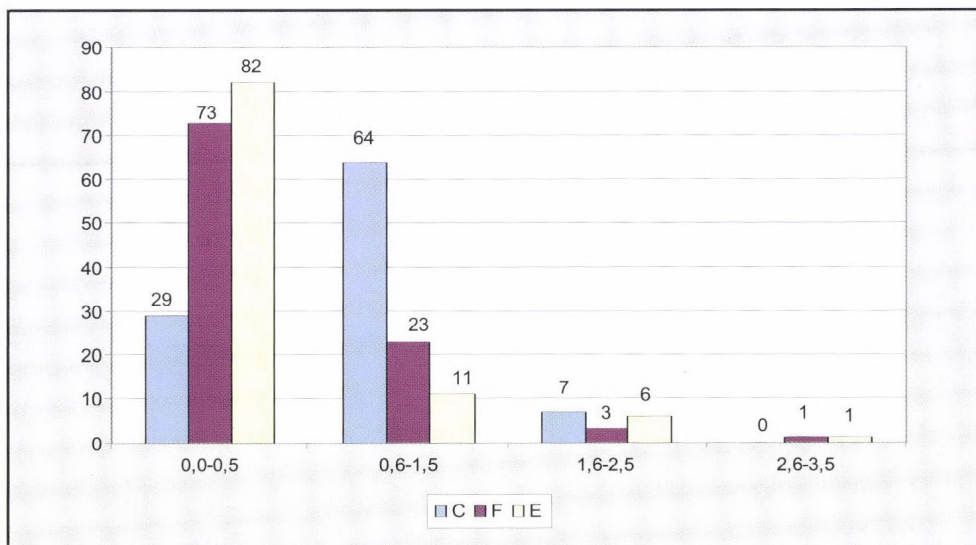
A vizsgált esetekben a gyermekkori problémák (C) 29% esetében nem jelentkeztek. Enyhe, de még elfogadható problémát jelzett a vizsgált betegek 64%-a, mindössze 7% jelzett közepes problémákkal terhelt gyermekkort (5. ábra).

A gyermekkori események (C), a gyermekkorban elszenvedett pszichotraumák súlyos személyiség fejlődési zavarok kiváltói lehetnek. A szülői magatartásformák, a szocializáció korai szakasza meghatározhatja a beteg magatartás alakulását. A gyermekkorban megélt szülői szívbetegséggel, illetve a halállal kapcsolatos élmények összekapcsolódva az aktuális állapotot kiváltotta élményekkel igen súlyos szorongás, depresszió forrásai lehetnek.

A jelenlegi vizsgálatba bevont betegek esetében kapcsolatteremtéssel (F) és a családi problémákkal (E) kapcsolatos eredmények nagyfokú rendezettségére utalnak. Közepes és súlyos kapcsolatteremtési problémáról az érintettek mindössze 4%-a, ugyanilyen mérvű családi problémákról pedig 7% számolt be.



4. ábra: A rizikó személyiség (P), az aktuális stressz (S) és a frusztrációs tolerancia (T) alakulása (%)



5. ábra: A rizikó személyiség (P), az aktuális stressz (S) és a frusztrációs tolerancia (T) alakulása (%)

A család az egyetlen olyan közösség, amelynek egyaránt tagja lehet az egészséges és a beteg ember, de a családban elfoglalt szerep megváltozása miatti trauma (eltartóából eltar-

tott, „rokkant”) megélését csak megértő, segítő családi háttér képes elensúlyozni. Éppen ezért ebben a korai időpontban a család szerepe felértékelődik, az esetleges családi prob-

lémák értékelése megváltozik. A segítő család feledteteti, illetve csökkenti a fennálló feszültségek megélését, segíti az átértékelést. A beteg által véltén, vagy valósan közömbös, meg nem értést, esetleg ellenséges magatartást tanúsító családtagok viszont a fennálló problémák további éleződését, egyben a betegségtudat irreális alakulását segítik elő. A betegség tagadásával egyfajta kísérlet történik a státuszvesztés megakadályozására, az elért státusz megtartására. A fokozott betegségtudat megélése viszont mintegy kétségbeesett próbálkozás is lehet a környezet együttérzésének, támogató magatartásának megszerzése, megtartása érdekében. Ebben a korai időszakban viszonylag ritka a beteg családtagtól való elfordulás, a szociális szerep megváltozása miatt átélt feszültségek kiéleződése a hazatérés után, annak valós megélésével válik meghatározóvá. Ezek a betegség kialakulásában és kimenetelében egyaránt nagy figyelmet érdemelnek.

A rehabilitáció szerepe a beteg munkaképességének helyreállítása, hiszen a társadalomhoz való viszonyát nagymértékben a munka határozza meg.

A betegség miatti pozícióvesztés elviselését nagyban befolyásolja a beteg munkahelyével kapcsolatos érzései, az elszenvedett sérelmek, izgalmak, a munkával járó feszültség megélése, a munkatársakkal való kapcsolat, illetve a betegsége miatt a szociális helyzetében való változások lehetősége [5].

A jelenlegi vizsgálatban résztvevők 47%-a volt minden tekintetben elégedett munkahelyével (W), 32%-nak

fenntartásai voltak, 7%-ban közepes, 14%-ban súlyos munkahelyi problémákról számoltak be (6. ábra).

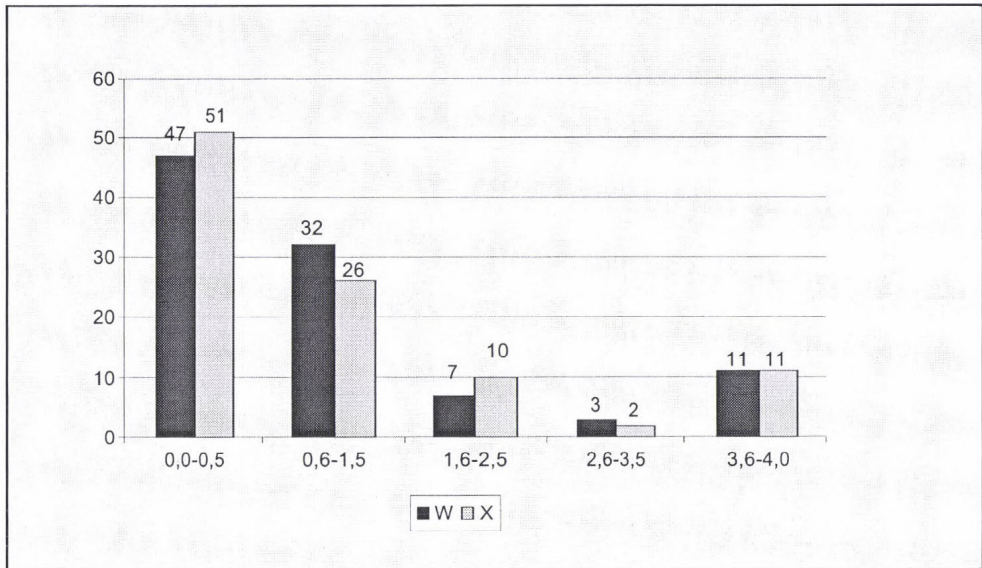
A megbetegedés időszakában – mint arról már volt szó – munkaviszonyon rendelkezett a betegek 77%-a, nyugdíjas volt 18%, munkanélküli 5%.

A betegséggel kapcsolatos szexuális probléma megjelenéséről a vizsgált betegek 49%-a számolt be.

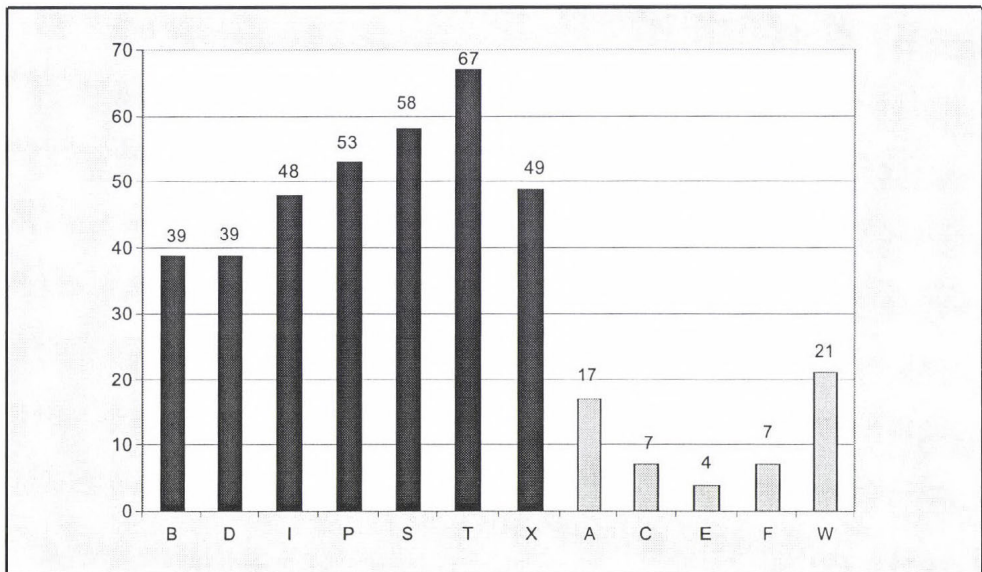
A szexuális problémák esetében a további exploráció során feltétlenül szükséges tisztázni, hogy a megbetegedés előtt volt-e valódi aktivitás, vagyis, hogy összefüggésbe hozható-e jelenlegi csökkent, vagy megszűnt szexuális aktivitása aktuális állapotával. Azonban függetlenül attól, hogy a probléma összefügg vagy nem a betegséggel, nagyon nagy odafigyelést igényel, hiszen a szexuális aktivitás elvesztése – főleg férfiak esetében – nagymértékben emelheti a szorongást a teljesítmény elmaradása miatt, illetve a betegségre való hivatkozás lehetősége a betegségtudat irreális fokozódását is elősegítheti.

Összegzés

A vizsgálat eredménye alapján egyértelműsíthető, hogy a frusztrációs tolerancia (T) alacsony szintje, az aktuális stressz (S), a rizikó személyiség (P), a nem megfelelő betegségtudat (I), valamint az állapotfüggő szorongás (B) és a depresszió (D), a szexuális élet (X) problémái kiemelten fontos szerepet játszanak a betegek pszichológiai rehabilitációjának megtervezésében (7. ábra).



6. ábra: A munkahelyi (W) és a szexuális problémák (X) alakulása (%)



7. ábra: A 12 faktor egészségestől való eltérési arányainak alakulása (%)

A többi faktor szerepe sem elhanyagolható, hiszen az alapszorongás (A), a gyermekkori (C), a kapcsolat-teremtési (E), a családi (F) és munka-

helyi (W) problémák okozta változások hatása az előzőekben felsorolt faktorok alakulásában felfedezhetők. A rehabilitáció e korai időszakában

azonban nem oldható meg egyszerre minden probléma.

A pszichés terhelés, a kockázati tényezők eredményes befolyásolása érdekében tehát elérhető célként:

- a beteg pszichés egyensúlyának javítását,
- reális önismeret elérését,
- megfelelő betegségtudat, beteg magatartás kialakítását,
- az A-személyiség típus módosítás megkezdését,
- egészségnevelési feladatok végzését.

tűzhetjük ki, természetesen a faktorok személyre szóló értékelését követő döntés alapján, a továbbiakban pedig szekunder prevencióként a már kialakult betegség további romlását, illetve a recidívák elkerülését jelölhetjük meg [5, 9].

IRODALOM

- [1] A fekvőbetegek- és a járóbeteg szakellátás morbiditási adatainak felhasználási lehetősége a lakosság egészségi állapotának vizsgálatában. Központi Statisztikai Hivatal. Budapest, 2003.
- [2] B. Kakas, G.: Az infarktus lélektana. Nemzeti Tankönyvkiadó, 1995, Budapest.
- [3] B. Kakas, G. (szerk.): A-típusú viselkedés. Nemzeti Tankönyvkiadó, 1991, Budapest.
- [4] B. Kakas, G., Ittész, L., Gora, I.: Az A típusú viselkedés és a stresszel való megküzdés. Magyar Pszichológiai Szemle, 1995, 3-4: 209-226.
- [5] Böszörményi, E., Endresz, F., Hoffmann, A.: Szív és érbetegek rehabilitációja. Budapest-Balatonfüred, 1983.
- [6] Császárr, Gy.: Pszichoszomatikus orvoslás. Medicina, 1980, Budapest.
- [7] Császárr, Gy.: Rizikószemélyiség: Egy sikerfogalom kritikája. Magyar Pszichológiai Szemle, 1983, 24: 367-382.
- [8] Császárr, Gy.: Pszichoszomatika a gyakorlatban. Pszichoteam, 1989, Budapest.
- [9] Ittész, L., B. Kakas, G., Hoffmann, A., Kelemen, A.: A kardiológia területén dolgozó klinikai pszichológusok tevékenységének szakmai protokollja betegségek és beavatkozások szerint: célok, tevékenységek, feltételek és minőség ellenőrzés. In: *Bagdy Emőke* (szerk.) A klinikai pszichológia és a mentálhigiéné szakmai protokollja. Animula, 1998, Budapest.
- [10] Kardiológiai rehabilitáció. Módszertani ajánlás, 1994, Budapest.
- [11] Kulcsár, Zs.: Egészségpszichológia. Eötvös Kiadó, 1997, Budapest.
- [12] Luban, B.-Plozza, W. Pöldinger, F. Kröger: Pszichoszomatikus betegek az orvosi gyakorlatban. Animula, 1994, Budapest.
- [13] Molnár, M.: Adatok egy pszichoszomatikus betegség kialakulásának mechanizmusához: J.E. Skinner elmélete a hirtelen szívhalál és a pszichoszociális stressz kapcsolatáról. Pszichológia, 1987, 130-150.
- [14] Williams, R.B., Barefrot, J.E.: A szív és érrendszeri megbetegedésre hajlamosító viselkedés. Az ellenségeskedés egyre növekvő szerepe. In.: B. Kakas, G. (szerk.) A-típusú viselkedés. Nemzeti Tankönyvkiadó, 1988, Budapest.

Lt.Col. P. Forgó

Psychological tasks of treatment of patients in early convalescens period after the myocardial infarction

In our Institute the Budapest Questioners were used to investigate the psychological status of patients in the convalescent period after a myocardial infarction (MI). Eva-

luating the questioners the presence and seriousness of those 12 factors were investigated which are more important in the development and outcome of MI.

213 patients – selected according to predetermined criteria – were investigated, 58% of the patients were male and 42% female with a mean age of 45,9 and 44,6 year respectively. Previous to before the MI 17% of the patients had already had treatment demanding basic anguish, what increased to 39% as actual situation dependent actual anguish. 37% of the patients required treatment because of depression and 65% because of unsatisfactory consciousness of illness. Risk personalities were observed in

55% and 82% of them did not have suitable capability to tolerate frustrations. The actual stress effects ment treatment demanding problems in 62% of them. The effect of the working place problems played role in the development of MI in 21% of the patients.

The results of the tests were the basis of planning the program of the rehabilitation and the same time they helped us to design and realize the prevention and patient education.

Forgó Pál alez.

8232 Balatonfüred, Pf. 50.