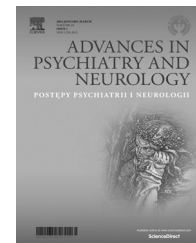


Dostępne online www.sciencedirect.com**ScienceDirect**journal homepage: www.elsevier.com/locate/pin**Artykuł oryginalny/Original research article****Przystosowanie do choroby niedokrwiennej serca – rola zasobów osobistych****Adjustment to coronary heart disease – The role of individual resources**Elżbieta Anita Bajcar^{1,*}, Jan Tylka²¹Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Katedra Psychologii, Kraków, Polska²Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Instytut Psychologii, Katedra Psychologii Zdrowia, Warszawa, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 20.01.2014

Zaakceptowano: 17.02.2014

Dostępne online: 27.03.2014

Słowa kluczowe:

- atrybuty psychologiczne
- choroba niedokrwienne serca
- przystosowanie psychospołeczne

Keywords:

- Psychological attributes
- Psychosocial adjustment
- Coronary heart disease

A B S T R A C T

Objectives: To extract the group of patients that are homogenous in regards to psychosocial adjustment to the coronary heart disease and to specify the correlates that help or inhibit the adjustment process. **Methods:** The group of 246 male patients with coronary heart disease were included into the studies. All participants were examined using the Cardiac Adjustment Scale (Rumbaugh) and NEO-FFI, Multidimensional Health Locus of Control Scale, The Jenkins Activity Survey in the Polish adaptation. It was also analyzed the impact of duration of the disease, method of the treatment, numbers of hospitalizations and the presence of pain. **Results:** The studies have confirmed that the neuroticism is the essential correlate of the adjustment. The highest adjustment level was indicated among patients characterized with low neuroticism and high extraversion. The lowest adjustment to the disease was observed among those whose neuroticism was accompanied by the belief that other external factors or chance influence their health. Nuisance resulted from the disease affected the adjustment process among patients characterized by average and low intensity of neuroticism. **Conclusions:** The adjustment to the coronary heart disease is the result of the interaction between personality traits and correlates directly resulted from the disease. Patients with relatively higher level of neuroticism may be at risk of maladjustment and for those patients should be developed early psychological interventions.

© 2014 Institute of Psychiatry and Neurology. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

* Adres do korespondencji: Uniwersytet Pedagogiczny, Katedra Psychologii, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków, Polska.

Adres email: anita.bajcar@wp.pl (E.A. Bajcar).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pin.2014.03.001>

1230-2813/© 2014 Institute of Psychiatry and Neurology. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

Wstęp

Choroby układu krążenia uznawane są obecnie za jeden z najpoważniejszych problemów cywilizacyjnych, ponieważ stanowią główny powód zgonów i niepełnosprawności, a także najczęstszą przyczynę hospitalizacji osób w wieku produkcyjnym [1]. Główną rolę w tej grupie chorób odgrywa choroba niedokrwienna serca (CHNS), która przejawia się zaburzeniem czynności serca spowodowanym niedostatecznym zaopatrzeniem mięśnia sercowego w tlen i związki energetyczne i występuje pod postacią takich zespołów klinicznych, jak dławica piersiowa, zawał serca czy nagła śmierć wieńcowa. Somatyczne i psychologiczne następstwa niedokrwiennej choroby serca i jej leczenia opisano obszernie w wielu publikacjach [2-7]. Rozpowszechnienie choroby oraz jej negatywne skutki skłaniają do poszukiwania czynników, które mogą sprzyjać osiągnięciu przez osoby chore stanu przystosowania psychospołecznego. Stan ten wyraża się akceptacją roli chorego i realizowaniem związanych z nią działań, podtrzymywaniem i planowaniem aktywności na optymalnym, stosownym do stanu zdrowia poziomie, zaangażowaniem w relacje społeczne, zdolnością do utrzymywania pozytywnej samooceny oraz pozytywnego bilansu emocjonalnego. Jest on osiągnięty w wyniku wielu zmieniających się wysiłków adaptacyjnych podejmowanych przez osobę chorą. Na powodzenie tych wysiłków i na osiągnięcie przez osobę chorą dobrostanu mają istotny wpływ zmienne psychologiczne i socjodemograficzne, a także czynniki bezpośrednio związane z chorobą (np. jej przebieg, nasilenie objawów) i ze środowiskiem życia chorego. Pomiędzy tymi czynnikami zachodzą wzajemne interakcje i fakt ten należy uwzględnić, poszukując korelatów przystosowania do choroby [8].

Badania wskazują, że poziom przystosowania pacjentów kardiologicznych tylko w pewnym stopniu zależy od nasilenia objawów chorobowych i przebiegu choroby, natomiast kluczową rolę w tym procesie odgrywają indywidualne psychologiczne charakterystyki pacjentów [9]. Wśród zmiennych psychologicznych, które mogą istotnie wpływać na fizyczny i psychiczny dobrostan pacjentów kardiologicznych, wymienia się, między innymi, cechy osobowości badanych, oczekiwania dotyczące możliwości sprawowania kontroli, poczucie własnej skuteczności [10-13]. Jak zauważają Stanton i wsp. [13], jednym z najczęściej opisywanych czynników ryzyka wystąpienia i nawrotów choroby niedokrwiennej jest wzór zachowania A (WZA), jednak badania, w których WZA rozpatruje się jako czynnik związany z problemami przystosowania do choroby, są nieliczne.

Chociaż badania wykazują, że istnieje związek między rodzajem i nasileniem pewnych psychologicznych charakterystyk a dobrostanem pacjentów, nie dają jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o relacje zachodzące między poszczególnymi charakterystykami. Ocena tych relacji i określenie układu czynników sprzyjających i niesprzyjających przystosowaniu ma istotne znaczenie praktyczne – może pozwolić na wyselekcjonowanie pacjentów, którzy doświadczają problemów adaptacyjnych, ponadto może być przydatne przy konstruowaniu kierowanych do nich psychologicznych strategii pomocowych.

Cel badań

Głównym celem prowadzonych tu badań i analiz było wyodrębnienie grup pacjentów jednorodnych ze względu na poziom przystosowania do CHNS i określenie układu czynników sprzyjających i niesprzyjających przystosowaniu psychospołecznemu badanych. W analizach uwzględniono wybrane czynniki psychologiczne, których niezależny wpływ na funkcjonowanie osób chorych somatycznie potwierdzono w innych badaniach. Podstawowe zmienne zawarte w modelu badawczym to: cechy osobowości badanych ujęte w pięcioczynnikowym modelu osobowości, oczekiwania dotyczące możliwości sprawowania kontroli nad zdrowiem, wzór zachowania A (WZA) i uciążliwości związane z chorobą, takie jak: czas jej trwania, sposób leczenia, ilość przebytych hospitalizacji i obecność doznań bólowych. Zakładano, że poziom przystosowania uzyskiwany przez badanych, u których upłynął co najmniej rok od diagnozy, będzie wyznaczany przede wszystkim ich indywidualnymi cechami oraz stylem życia, a w mniejszym stopniu uciążliwościami, których źródłem jest choroba niedokrwienna serca.

Materiał i metody

Charakterystyka badanej grupy

Badaniem objęto grupę 246 mężczyzn ze zdiagnozowaną chorobą wieńcową. Pacjenci byli informowani o celu i przebiegu badania i wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniu. Nie otrzymywali wynagrodzenia za uczestnictwo w badaniach. Z grupy badanej wyłączono kobiety, bowiem związane z płcią odrębności dotyczące etiologii, mechanizmów i przebiegu choroby mogłyby wpływać zakłócająco na wyniki badań [14, 15]. Warunkiem zakwalifikowania do grupy badanej były: wiek poniżej 65. roku życia, minimum rok od diagnozy, brak powikłań z innymi chorobami, sprawność funkcji poznawczych i dobry stan psychofizyczny umożliwiający udział w badaniach psychologicznych. Dane dotyczące aktywności zawodowej badanych należy potraktować z pewną rezerwą, bowiem udzielane przez badanych informacje nie były spójne. Z rozmów z pacjentami wynika, że część pacjentów emerytowanych, pozostających na rencie inwalidzkiej i deklarujących się jako osoby bezrobotne i korzystające z zasiłków socjalnych w rzeczywistości podejmowało prace dorywcze lub stałe lub prowadziło samodzielnie gospodarstwo rolne. Charakterystykę demograficzną badanej grupy przedstawiono w tabeli I.

W badaniach analizowano również wpływ uciążliwości (rozumianych jako przejawy trudności przystosowawczych) związanych z chorobą. Dane dotyczące częstości występowania poszczególnych uciążliwości związanych z chorobą przedstawia tabela II.

Metody pomiaru zmiennych

W celu pomiaru przystosowania pacjenta do choroby zastosowano skróconą wersję Skali Przystosowania w Chorobach Serca (CAS) autorstwa D.M. Rumbaugh. Narzędzie składa się

Tabela I – Charakterystyka demograficzna badanej grupy
Table I – Demographic characteristics of the sample

	kategorie	liczba badanych	procent badanych
wiek	40-49 lat	52	21,1
	50-59 lat	92	37,4
	60-65 lat	102	41,5
	ogółem	246	100,0
wykształcenie	podstawowe	64	26,0
	zawodowe	74	30,1
	średnie	66	26,8
	wyższe	42	17,1
	ogółem	246	100,0
aktywność zawodowa	pracujący	158	64,2
	niepracujący	88	35,8
	ogółem	246	100,0

z 80 stwierdzeń dotyczących przekonań, odczuć i zachowań związanych z chorobą, wobec których pacjent ma się ustosunkować, wybierając jedną z trzech odpowiedzi – „tak”, „nie”, „nie potrafię się ustosunkować”. Wysoki wynik uzyskany w badaniu świadczy o dobrym przystosowaniu do choroby, zaś niski o istniejących lub mogących wystąpić w przyszłości trudnościach z przystosowaniem do ograniczeń wywołanych problemami kardiologicznymi. Maksymalna liczba punktów możliwa do osiągnięcia w badaniu CAS wynosi 160. Odpowiadając na pytania zawarte w CAS, badany udziela m.in. informacji o przekonaniach dotyczących choroby, obawach z nią związanych, przekonaniach dotyczących własnej osoby, przeżywanych emocjach, oczekiwaniach dotyczących przeszłości i relacjach interpersonalnych po zachorowaniu [16].

Pomiaru osobowości dokonano przy użyciu *Inwentarza Osobowości NEO-FFI* (P.T. Costa, R.R. McCrae) mierzącego neurotyczność, ekstrawersję, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność [17].

Do oceny lokalizacji kontroli nad własnym zdrowiem zastosowano *Wielowymiarową Skalę Umiejszczenia Kontroli*

Zdrowia (MHLC – K.A. Wallston, B.S. Wallston, R. DeVellis), która ujmuje przekonania dotyczące kontroli zdrowia w trzech wymiarach: „kontrola wewnętrzna” – dotyczy przekonania o możliwości kontrolowania własnego zdrowia, „kontrola zewnętrzna” – dotyczy przekonania, że zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych osób, „kontrola przypadku” – dotyczy przekonania, że o stanie zdrowia decyduje przypadek, los [18].

Do pomiaru wzoru zachowania A wykorzystano *Kwestionariusz Sposobu Życia* (JAS – C.D. Jenkins, R. H. Rosenman, S.J. Zyzanski). Wersja C kwestionariusza pozwala na zdiagnozowanie globalnego wzoru zachowania A, a także trzech czynników WZA: H – określającego zaangażowanie w wykonywane czynności, sumienność i skłonność do rywalizacji, J – wyrażającego stopień oddania sprawom zawodowym, S – charakteryzującego dynamikę zachowania [19].

Informacje dotyczące częstotliwości i nasilenia uciążliwości związanych z chorobą (czas trwania choroby, ilość hospitalizacji, sposób leczenia, obecność doznań bólowych) pochodzą z dokumentacji medycznej.

Uwzględniane w badaniach zmienne związane z chorobą, tj. czas jej trwania, sposób leczenia, obecność doznań bólowych, są ze sobą wzajemnie powiązane, na co wskazują wartości współczynnika korelacji τ Kendala zamieszczone w tabeli III.

Aby uchwycić strukturę związku między zmiennymi, zastosowano analizę czynnikową metodą głównych składowych. Liczbę niezbędnych czynników oszacowano w oparciu o metodę wartości własnych większych niż 1. Miara KMO wyniosła 0,568, zaś poziom istotności testu sferyczności Bartletta był niższy niż 0,01. Zastosowana metoda wykazała, że zmienne bezpośrednio związane z chorobą tworzą jeden czynnik i wyjaśniają 46,68% wariancji ogólnej. Spośród analizowanych zmiennych związanych z chorobą największy ładunek czynnikowy ma zmienna ilość hospitalizacji (0,861), nieco słabszy – czas trwania choroby (0,845), a następnie kolejno sposób leczenia (0,508) i odczuwanie bólu (0,391). Na podstawie wartości czynnikowych tych

Tabela II – Częstotliwość występowania uciążliwości związanych z chorobą
Table II – Characteristics of burden associated with disease

Badani	Odczuwanie bólu		Sposób leczenia		Czas trwania choroby (w latach)			Ilość hospitalizacji		
	ból	brak bólu	zabieg PTCA	brak zabiegu	1	2-5	>5	1	2	≥3
liczba	198	48	148	98	118	66	62	128	52	66
%	80,5	19,5	60,2	39,8	48,0	26,8	25,2	52,0	21,1	26,8

Tabela III – Wartości współczynników korelacji τ Kendala pomiędzy zmiennymi związanymi z chorobą
Table III – Kendal's correlation coefficient of variables associated with the disease

	Czas trwania choroby	Ilość hospitalizacji	Odczuwanie bólu	Sposób leczenia
Czas trwania choroby	–	0,606 (**)	0,079	0,190 (**)
Ilość hospitalizacji		–	0,138 (*)	0,260 (**)
Odczuwanie bólu			–	0,144 (*)
Sposób leczenia				–

** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01.

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05.

czterech zmiennych utworzono nową zmienną syntetyczną nazwaną „obciążeniem chorobą”. Jej spójność wewnętrzna mierzona współczynnikiem zgodności wewnętrznej α Cronbacha wyniosła 0,601, przyjmowała wartości od -1,365 do 2,691, ze średnią 0 i odchyleniem standardowym 1.

Metody analizy statystycznej

Do celów analiz statystycznych wykorzystano procedurę korelacyjną, analizę regresji oraz metodę automatycznej detekcji interakcji – AID na teście χ^2 – ChAID. Do celów analiz korelacyjnych i regresji wykorzystano zmienne o charakterze ilościowym. W przypadku metody ChAID wszystkie zmienne poddano kategoryzacji. Jako kryterium kategoryzacji przyjęto 33. oraz 66. percentyl. Wyniki do 33. percentyla uznano za niskie, między 33. a 66. za przeciętne, zaś powyżej 66. za wysokie. Obliczenia wykonane zostały za pomocą pakietu statystycznego SPSS 14.01.

Wyniki

Wyniki uzyskane w badanej grupie

Narzędziem CAS przebadano 246 pacjentów. Najniższy wynik uzyskany przez badanych wynosił 31 punktów, zaś najwyższy – 150. Średni wynik wynosił 114,41 przy odchyleniu standardowym równym 24,332. Rozkłady wyników uzyskanych w badaniu Inwentarzem Osobowości NEO-FFI przedstawiono w tabeli IV.

Dane dotyczące najniższych i najwyższych wyników uzyskanych przez badanych w poszczególnych wymiarach

kontroli, wartości średnich i odchyłeń standardowych zawarto w tabeli V.

Rozkład wyników uzyskanych przez badanych w poszczególnych podskalach Kwestionariusza JAS przedstawiono w tabeli VI.

Zależności stwierdzone w badaniach

W celu określenia wpływu wszystkich zmiennych uwzględnionych w analizach na poziom przystosowania do choroby zastosowano analizę regresji liniowej. Do modelu wprowadzono zmienne uwzględnione w badaniach. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli VII.

Zmienne w sposób statystycznie istotny wpływającymi na poziom przystosowania w CHNS okazały się (kolejność według wielkości wpływu mierzonego współczynnikami standardowymi β): neurotyczność ($\beta = -0,446$), obciążenie chorobą ($\beta = -0,245$), kontrola wewnętrzna ($\beta = 0,174$), ekstrawersja ($0,179$), kontrola przypadku ($\beta = -0,149$) oraz zaangażowanie w wykonywanie czynności ($\beta = -0,122$). Poziom wariancji wyjaśnianej przez te zmienne wynosił 65,1% ($F = 33,358$, $p < 0,05$).

Można zatem przyjąć, że zdecydowanie największy wpływ na poziom przystosowania w CHNS mają trzy zmienne: neurotyczność, kontrola wewnętrzna oraz obciążenie chorobą. Mniejszy wpływ mają z kolei: kontrola przypadku, ekstrawersja, zaangażowanie w wykonywane czynności. Zmienne o nieistotnym znaczeniu dla zmiennej zależnej okazały się: otwartość na doświadczenie, sumienność, ugodowość, umiejscowienie kontroli, kontrola zewnętrzna, wzór zachowania A, zaangażowanie w pracę, dynamika zachowania.

Tabela IV – Rozkład wyników uzyskanych w badaniu Inwentarzem Osobowości NEO-FFI
Table IV – Distribution of the results obtained in the NEO-FFI

	N	Zakres wartości	Średnia	Odchylenie standardowe	Wariancja
Neurotyczność	246	1–40	18,94	8,184	66,976
Ekstrawersja	246	6–40	26,88	8,081	65,299
Otwartość na doświadczenie	246	2–44	20,59	7,721	59,607
Sumienność	246	17–47	34,36	6,876	47,284
Ugodowość	246	18–42	32,67	5,607	31,437

Tabela V – Rozkład wyników uzyskanych w skalach mierzących umiejscowienie kontroli
Table V – Distribution of the results obtained in locus of control scales

	N	Zakres wartości	Średnia	Odchylenie standardowe	Wariancja
Uogólniona LOC	246	3–18	10,59	3,462	11,982
Kontrola wewnętrzna	246	6–36	23,95	6,768	45,810
Kontrola zewnętrzna	246	11–36	28,80	5,004	25,039
Kontrola przypadku	246	12–36	26,53	5,539	30,683

Tabela VI – Rozkład wyników uzyskanych w badaniu Kwestionariuszem JAS
Table VI – Distribution of the results obtained in JAS

	N	Zakres wartości	Średnia	Odchylenie standardowe	Wariancja
Wzór zachowania A	244	64–353	193,70	80,646	6503,718
Zaangażowanie w pracę (I)	244	40–270	129,93	52,202	2725,016
Dynamika zachowania (S)	244	25–344	134,41	71,823	5158,482
Zaangażowanie w wykonywane czynności (H)	244	53–224	125,45	34,201	1169,714

Tabela VII – Czynniki wpływające na poziom przystosowania do CHNS
Table VII – Factors affecting adjustment to the coronary heart disease

Predyktor	Współczynniki niestandardyzowane		Beta	p	VIF
	B	Błąd standardowy			
Otwartość na doświadczenie	0,112	0,141	0,036	0,428	1,405
Sumienność	-0,093	0,164	-0,026	0,573	1,509
Ugodowość	-0,239	0,196	-0,055	0,223	1,433
Neurotyczność	-1,320	0,154	-0,446	0,000	1,827
Ekstrawersja	0,537	0,166	0,179	0,001	2,127
Uogólnione LOC	0,484	0,355	0,068	0,175	1,794
Kontrola wewnętrzna	0,625	0,191	0,174	0,001	1,964
Kontrola zewnętrzna	-0,180	0,201	-0,037	0,373	1,209
Kontrola przypadku	-0,653	0,196	-0,149	0,001	1,378
Obciążenie chorobą	-5,920	1,088	-0,245	0,000	1,407
Zaangażowanie w pracę	-0,014	0,024	-0,031	0,545	1,800
Dynamika zachowania	-0,025	0,020	-0,073	0,219	2,476
Zaangażowanie w wykonywane czynności	-0,087	0,039	-0,122	0,028	2,143

Dzięki zastosowaniu analizy regresji uzyskano informację, które zmienne w sposób statystycznie istotny modyfikują poziom przystosowania do choroby, poznano wielkość wpływu każdej z tych zmiennych z osobna oraz kierunek zachodzącej pod ich wpływem zmiany. Nie uzyskano jednak z tej formy analizy informacji o wzajemnych interakcjach zachodzących między zmiennymi, ich wzajemnego współdziałania powodującego, że efekt oddziaływania jednej zmiennej ulega statystycznie istotnej zmianie pod wpływem innej zmiennej. Poznanie wspomnianych interakcji umożliwiłoby określenie jednorodnych grup badanych nie tyle ze względu na poziomy poszczególnych czynników rozpatrywanych oddzielnie, lecz ze względu na wszystkie istotnie oddziałujące zmienne naraz. W celu określenia tak pojętych „segmentów” zastosowano metodę automatycznej detekcji interakcji – AID na teście χ^2 – ChAID (analizę drzew decyzyjnych). Do modelu wprowadzono analizowane zmienne mające wpływ na kształtowanie się poziomu przystosowania. Wykryte zależności przedstawia rycina 1.

Analiza detekcji interakcji wskazuje, że czynnikiem najmocniej oddziałującym na poziom przystosowania jest neurotyczność, co zgodne jest z przedstawionymi wcześniej wynikami analizy regresji. Obciążenie chorobą okazuje się zmienną istotną tylko w przypadku niskiego i przeciętnego poziomu neurotyczności. Osoby o niskim poziomie neurotyczności i wysokim poziomie ekstrawersji mają bardzo wysoki (najwyższy w badanej grupie) poziom przystosowania $M = 138,6$ (por. Węzeł 13 Ryc. 1). W grupie osób neurotycznych najistotniejszym korelatem przystosowania okazują się oczekiwania dotyczące kontroli zdrowia – osoby neurotyczne przekonane o tym, że o ich stanie zdrowia decyduje czynnik niezależny od nich samych ani od innych osób, uzyskują najniższy poziom przystosowania do choroby w całej badanej grupie $M = 70,5$ (por. Węzeł 11 Ryc. 1).

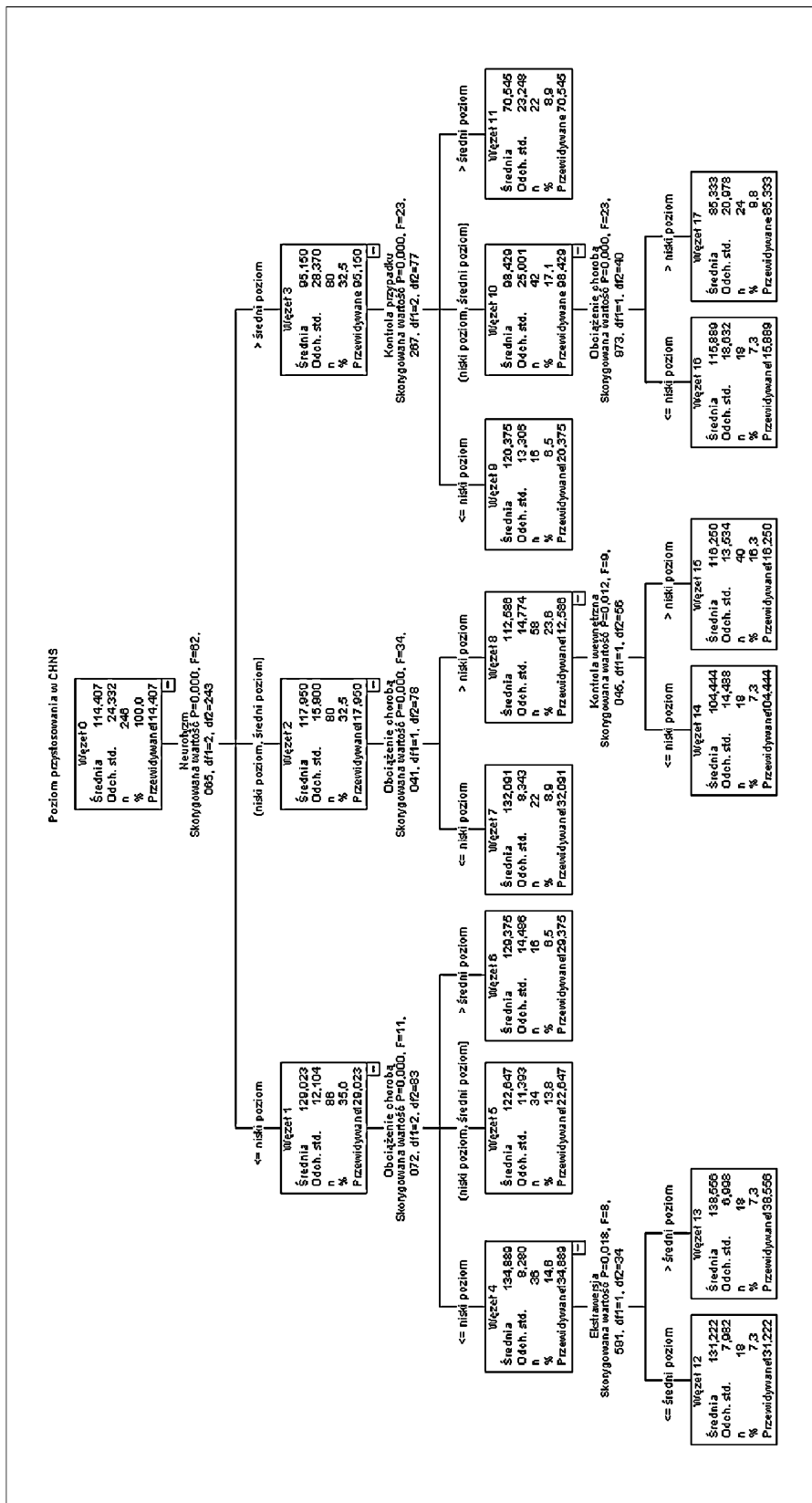
Omówienie

Podstawowym celem prowadzonych badań było wyodrębnienie układu zmiennych powiązanych z osiągnięciem stanu przystosowania przez osoby ze zdiagnozowaną chorobą niedokrwienną serca. Przystosowanie do przewlekłej

choroby somatycznej jest efektem współdziałania czynników osobowościowych, behawioralnych oraz bezpośrednio związanych z chorobą. W prezentowanych badaniach analizowano wybrane czynniki psychologiczne, których niezależny wpływ na funkcjonowanie osób chorych somatycznie potwierdzono w innych badaniach. Uwzględniono takie charakterystyki indywidualne, jak: neurotyczność, ekstrawersję, sumienność, otwartość na doświadczenie, ugodowość, oczekiwania dotyczące kontroli zdrowia, wzór zachowania oraz zmienne (obciążenia) związane z chorobą, takie jak: czas jej trwania, sposób leczenia, ilość hospitalizacji, odczuwanie bólu.

Jak wykazały badania, przystosowanie pacjentów kardiologicznych kształtuje się przede wszystkim pod wpływem neurotyczności. Wynik ten potwierdza teoretyczne założenie pięcioczynnikowego modelu osobowości, zgodnie z którym neurotyczność jest tym aspektem osobowości, który ma najściślejszy związek z przystosowaniem, a osoby o wysokim poziomie tego czynnika mogą wykazywać nieprzystosowanie niezależnie od tego, w jakim są wieku [20]. Z badań podłużnych Ormela i Wohlfarth [21] przeprowadzonych w losowo wybranej grupie osób zdrowych wynika, że neurotyczność może być lepszym predyktorem psychologicznego dystresu niż zmiany sytuacji życiowej i długotrwałe trudności doświadczane przez badanych. Ponadto szereg badań longitudinalnych wskazuje na to, że osoby neurotyczne, które doświadczają negatywnych zdarzeń życiowych, reagują na nie lękiem i depresją częściej niż osoby emocjonalnie zrównoważone [21–23]. Wyniki badań wskazują, że nasilenie tej cechy może być dobrym prognostykiem wystąpienia trudności adaptacyjnych u osób zmagających się z chorobą przewlekłą [10, 24, 25]. Jaarsveld i wsp. [10] wykazali, że neurotyczność mierzona w okresie przed zachorowaniem okazała się dobrym predyktorem wystąpienia u pacjentów kardiologicznych lęku i depresji sześć tygodni po zdiagnozowaniu problemów zdrowotnych, a także utrzymanie się tych stanów rok po diagnozie.

Wyniki badań własnych potwierdzają związki neurotyczności z przystosowaniem osiąganym przez osoby ze zdiagnozowaną chorobą niedokrwienną serca. Neurotyczność była zmienną najmocniej powiązaną z przystosowaniem badanych. Osoby neurotyczne osiągały znacząco niższe



Ryc. 1 – Wzajemne interakcje zachodzące między zmiennymi wpływającymi na poziom przystosowania do ograniczeń wywołanych chorobą niedokrwinną serca
 Fig. 1 – Interactions between factors affecting adjustment to coronary heart disease

wskaźniki przystosowania psychologicznego w porównaniu z osobami emocjonalnie zrównoważonymi. Ponadto rzeczywiste obciążenia, których źródłem była choroba, nie miały związku z ich przystosowaniem. Neurotycy nawet w przypadku niewielkiego obciążenia chorobą mogą ujawniać silne tendencje sensytyzacyjne. Podstawowe charakterystyki neurotyczności, takie jak nadwrażliwość i tendencja do zamartwiania się, sprawiają, że osoby neurotyczne poświęcają więcej czasu analizie objawów somatycznych, wyolbrzymiają ich znaczenie, w związku z czym przeżywają intensywny lęk [26–28]. Przeżywanie lęku powoduje specyficzne zmiany fizjologiczne, których konsekwencją jest uwrażliwienie na ból. Doświadczanie bólu może z kolei wzmacniać niepokój i skłaniać chorych do pesymistycznej oceny stanu własnego zdrowia oraz formułowania negatywnych przewidywań dotyczących przyszłości. Ponadto długotrwały stres i towarzyszące mu reakcje wegetatywne mogą skutkować rzeczywistym zaburzeniem pracy układu krwionośnego i pogorszeniem zdrowia. Obawy chorych neurotycznych często prowadzą do ograniczania aktywności, wycofywania się z życia zawodowego i przyjmowania roli inwalidy. Następstwem takich zachowań jest utrata wsparcia społecznego. Źródłem trudności adaptacyjnych neurotyków mogą być również specyficzne zachowania w sytuacji stresowej, polegające na uciekaniu w fantazje, myśleniu życzeniowym czy samoobwinianiu [29–31]. Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych można stwierdzić, że szczególnie wysokie ryzyko trudności adaptacyjnych wystąpi u osób, u których nasiloną neurotyczność współwystępuje z przekonaniem, że stan zdrowia i przebieg choroby jest niezależny od wysiłków osobistych i działań profesjonalistów, lecz jest wynikiem przypadku, zbiegu okoliczności. Osoby charakteryzujące się takimi oczekiwaniami pesymistycznie oceniają własne zdrowie i nie angażują się w działania prozdrowotne, nie ufają również specjalistom sprawującym opiekę, częściej przeżywają poczucie beznadziejności i doświadczają depresji [32–35].

Osoby emocjonalnie zrównoważone przejawiały znacznie wyższe przystosowanie do choroby niż osoby o przeciętnym i wysokim nasileniu neurotyczności. Ponadto na osiągnięte przez nie przystosowanie rzutowały rzeczywiste obciążenia związane z chorobą. Co interesujące, osoby przeciętnie obciążone chorobą wykazywały gorsze przystosowanie niż te, które zmagaly się z licznymi ograniczeniami. Być może osoby emocjonalnie zrównoważone w miarę upływu czasu (wykazano, że czas trwania choroby korelował z narastaniem ograniczeń wywołanych chorobą) wypracowują bardziej skuteczne strategie radzenia sobie ze stresem choroby. Działania te mogą polegać nie tylko na aktywnym zmaganiu się z chorobą (stosowaniu się do medycznego reżimu, wprowadzaniu zmian w stylu życia), ale także na stosowaniu strategii częściowego zaprzeczenia i reinterpretacji, skutkujących zmniejszeniem niepokoju towarzyszącego objawom somatycznym [36, 37]. Osoby stosujące strategie tego typu nie kwestionują choroby i jej powagi, lecz reinterpretują znaczenie pewnych objawów – np. konieczność poddawania się kontroli medycznej lub przyjmowania leków mogą interpretować jako niezbędne w ich sytuacji i wieku rutynowe działania, a nie jako sygnały pogorszenia zdrowia. Zniekształcone spostrzeganie własnej sytuacji uwalnia od lęku, pozwala na podtrzymanie samooceny

i sprzyja aktywności chorych. Może również ułatwiać dostosowanie się do ograniczeń związanych z chorobą. Najwyższe wskaźniki przystosowania w tej grupie uzyskali badani, u których zrównoważenie emocjonalne współwystępowało z wysokim poziomem ekstrawersji. Ekstrawersja wiąże się z przeżywaniem pozytywnych emocji [20, 38, 39]. Osoby ekstrawertywne są bardziej skłonne do przejawiania optymistycznych oczekiwań związanych z własnym zdrowiem, co korzystnie wpływa na motywację do angażowania się w terapię i rehabilitację. W sytuacjach trudnych stosują skutecznie strategie zorientowane na rozwiązanie problemu, potrafią również zastępować trudne do zrealizowania cele nowymi i realistycznymi [31]. Jedną ze stosowanych przez nie strategii jest korzystanie z wsparcia innych osób, co ma ogromne znaczenie w procesie zmagania się z chorobą przewlekłą.

Wyniki uzyskane w badaniu potwierdziły tezę o adaptacyjnym znaczeniu wewnętrznej lokalizacji kontroli zdrowia, jednak nie miała ona wpływu na kształtowanie przystosowania w grupie uzyskującej najwyższe wskaźniki przystosowania. W badaniach stwierdzono również, że nasilenie czynnika H (zaangażowanie w wykonywane czynności) w sposób istotny statystycznie modyfikuje poziom przystosowania do choroby, jednak wpływ tej zmiennej na zmienną zależną jest słaby. Ponadto ani globalny WZA, ani żaden z jego czynników nie miał związku z przystosowaniem w żadnej z opisywanych grup. Być może dla lepszego zrozumienia procesu przystosowania chorych korzystniejsze byłoby badanie cech uznawanych za komponenty WZA, takich jak wrogość, gniewliwość lub nieufność, zamiast globalnego WZA.

Podsumowując, w badaniach ujawnił się wpływ dyspozycji osobowościowych określanych jako negatywna i pozytywna emocjonalność, będących przejawami dwóch głównych cech osobowości – neurotyczności i ekstrawersji. Dyspozycje te wyznaczają względnie stałe style percepcyjno-poznawczo-emocjonalne, które ujawniają się w sytuacji konfrontacji ze stresowymi zdarzeniami [40]. Największy wpływ na omawianą tu zmienną zależną wywierał poziom neurotyczności badanych, który można uznać za wymiar mający najściślejszy związek z przystosowaniem. Neurotyczność wiąże się z większą podatnością na stres w ogóle, skłonnościami do nierealistycznej oceny rzeczywistości oraz nieskutecznymi sposobami radzenia sobie ze stresem. Ponieważ jest cechą względnie stabilną i nie ulega znaczącym zmianom pod wpływem zdarzeń zewnętrznych, może być wykorzystana w celu wstępnej selekcji pacjentów zagrożonych trudnościami adaptacyjnymi. W przypadku osób neurotycznych skuteczne mogą okazać się wczesne interwencje zapobiegające pojawianiu się charakterystycznych dla nich i opisanych w niniejszym artykule nieadaptacyjnych zachowań.

Neurotyczność współwystępująca z przekonaniem, że stan zdrowia jest wynikiem działania przypadku, charakteryzowała tych badanych, którzy uzyskali najniższe wskaźniki przystosowania. Ich zdaniem, zarówno oni sami, jak i personel medyczny mieli nikły wpływ na powstrzymanie choroby. Badanych w tej grupie cechowało duże poczucie niepewności oraz pesymistyczne oczekiwania dotyczące przyszłości i przyszłych możliwości działania. Wyniki

niektórych badań wskazują, że przekonania dotyczące kontroli zdrowia można modyfikować w drodze oddziaływań terapeutycznych [41]. Zatem zasadne wydaje się monitorowanie u pacjentów tego typu przekonań.

Najlepiej przystosowana grupa chorych charakteryzowała się emocjonalnym zrównoważeniem. Ponadto w tej grupie, która uzyskiwała wysokie wskaźniki przystosowania, istotne okazały się zmienne bezpośrednio związane z chorobą oraz ekstrawersja.

Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę kontynuowania badań nad mechanizmami przystosowania do choroby niedokrwiennej serca w obu wyodrębnionych grupach. Istotne byłoby także określenie układu zmiennych psychologicznych powiązanych z osiągnięciem przystosowania przez kobiety zmagające się z chorobą wieńcową. Ze względu na istotne różnice dotyczące etiologii, przebiegu i następstw choroby u kobiet i mężczyzn, uzyskanych wyników nie można uogólnić dla grupy pacjentek kardiologicznych.

W przeprowadzonych badaniach uzyskano dane dotyczące wpływu cech indywidualnych i kontekstowych na przystosowanie do choroby mierzone CAS. Skala ta umożliwiła oszacowanie ogólnego poziomu przystosowania pacjentów. Wyodrębnienie podskal w skali CAS pozwoliłoby na określenie obszarów, w których pacjenci z chorobą wieńcową mogą doświadczać szczególnych trudności adaptacyjnych.

Wkład autorów/Authors' contributions

Według kolejności.

Konflikt interesu/Conflict of interest

Nie występuje.

Finansowanie/Financial support

Nie występuje.

Etyka/Ethics

Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

PIŚMIENNICTWO / REFERENCES

- [1] Wojtyniak B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny; 2008.
- [2] Gulla B, Siwińska J. Psychologiczne konsekwencje inwazyjnych technik leczenia choroby niedokrwiennej serca. W: Wrześniewski K, Włodarczyk D, reds. Choroba niedokrwiennej serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania. Gdańsk: GWP; 2004. p. 43–65.
- [3] King K. Emotional i functional outcomes in women with coronary heart disease. *J Cardiovasc Nurs* 2001;15:54–70.
- [4] Klocek M, Kawecka-Jaszcz K. Quality of life in patients with coronary artery disease. W: Kawecka-Jaszcz K, Klocek M, Tobiasz-Adamczyk B, Bulpitt Ch J, reds. Health-related quality of life in cardiovascular patients. Milan: Springer; 2013. p. 31–43.
- [5] Staniūtė M, Brožaitienė J. Changes in health-related quality of life among patients with coronary artery disease: a 2-year follow-up. *Medicina* 2010;46:843–850.
- [6] Thombs BD, Bass EB, Ford DE, Stewart KJ, Tsilidis KK, Patel U, et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med* 2006;21:30–38.
- [7] Tyłka J. Problematyka jakości życia w chorobach układu krążenia. W: Zasępa E, Ślaski S, reds. Jakość życia osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Wybrane zagadnienia. Kraków: Wydawnictwo Akapit; 2007. p. 191–210.
- [8] Livneh H. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability. A conceptual framework. *Rehabil Couns Bull* 2001;44:151–160.
- [9] Sullivan M, LaCroix A, Baum C, Resnick A, Pabiniak C, Grothaus L, et al. Coronary disease severity and functional impairment: how strong is the relation? *J Am Geriatr Soc* 1996;44:1461–1465.
- [10] van Jaarsveld CHM, Sanderman R, Ranchor AV, Ormel J, Veldhuisen DJ, Kempen GJM. The role of premorbid psychological attributes in short- and long term adjustment after cardiac disease. A prospective study in the elderly in The Netherlands. *Soc Sci Med* 2005;60:1035–1045.
- [11] Kempen GI, Sanderman R, Miedema I, Meyboom-de Jong B, Ormel J. Functional decline after congestive heart failure and acute myocardial infarction and the impact of psychological attributes. A prospective study. *Qual Life Res* 2000;9:439–450.
- [12] Moser DK, Dracup K. Psychosocial recovery from a cardiac event: the influence of perceived control. *Heart Lung* 1995;4:273–280.
- [13] Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annu Rev Psychol* 2007;58:565–592.
- [14] Low CA, Thurston RC, Matthews KA. Psychosocial factors in the development of heart disease in women: current research and future directions. *Psychosom Med* 2010;72:842–854.
- [15] Shirato S, Swan BA. Women and cardiovascular disease: an evidentiary review. *Medsurg Nurs* 2010;19:282–287.
- [16] Rumbaugh DM. The psychological aspects. *J Rehabil* 1966;32:56–58.
- [17] Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P, Śliwińska M. Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1997.
- [18] Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.
- [19] Wrześniewski K. Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania A. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN; 1993.
- [20] Costa PT, McCrae RR. Osobowość dorosłego człowieka. Kraków: Wydawnictwo WAM; 2005.
- [21] Ormel J, Wohlfarth T. How neuroticism, long-term difficulties, and life situation change influence psychological distress: a longitudinal model. *J Pers Soc Psychol* 1991;60:744–755.
- [22] Hutchinson JG, Williams PG. Neuroticism, daily hassles, and depressive symptoms: An examination of moderating and mediating effects. *Personal Individ Diff* 2007;42:1367–1378.
- [23] Kendler KS, Kuhn J, Prescott CA. The interrelationship of neuroticism, sex and stressful life events in the prediction

- of episodes of major depression. *Am J Psych* 2004;161: 631-636.
- [24] Ranchor AV, Sanderman R, Steptoe A, Wardle J, Miedema I, Ormel J. Pre-morbid predictors of psychological adjustment to cancer. *Qual Life Res* 2002;11:101-113.
- [25] van der Steeg AFW, de Vries J, van der Ent FWC, Roukema JA. Personality predicts quality of life six months after the diagnosis and treatment of breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2007;14:678-685.
- [26] Costa PT, McCrae RR. Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bite? *J Personal Psychol* 1987;55:299-316.
- [27] Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev* 1989;96:234-254.
- [28] Williams PG, Wiebe DJ. Individual differences in self-assessed health: gender, neuroticism and physical symptom reports. *Personal Individ Diff* 2000;28:823-835.
- [29] Bolger N. Coping as a personality process: a prospective study. *J Pers Soc Psychol* 1990;59:525-537.
- [30] Connor-Smith JK, Flachsbart C. Relations between personality and coping: a meta-analysis. *J Pers Soc Psychol* 2007;93:1080-1107.
- [31] Costa PT, Somerfield MR, McCrae RR. Personality and coping. Reconceptualization. W: Zeidner M, Endler NS, reds. *Handbook of coping: theory, research, application*. Oxford: John Wiley & Sons; 1996. p. 44-61.
- [32] Brincks AM, Feaster DJ, Burns MJ, Mitrani WB. The influence of health locus of control on the patients-provider relationship. *Psychol Health Med* 2010;15:720-728.
- [33] Brosschot JF, Gebhardt WA, Godaert GL. Internal, powerful others and chance locus of control: Relationships with personality, coping, stress and health. *Personal Individ Diff* 1994;16:839-852.
- [34] Juczyński Z. Przekonania i oczekiwania wyznacznikami zachowań związanych ze zdrowiem. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N, reds. *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2003. p. 49-51.
- [35] Sørli T, Sexton HC. Predictors of the process of coping in surgical patients. *Personal Individ Diff* 2001;30:947-960.
- [36] Druss RG, Douglas CJ. Adaptive responses to illness and disability: healthy denial. *Gen Hosp Psychiatry* 1988;10:163-168.
- [37] Buetow S, Goodyear-Smith F, Coster G. Coping strategies in the self-management of chronic heart failure. *Fam Pract* 2001;18:117-122.
- [38] Costa PT, McCrae RR. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *J Pers Soc Psychol* 1980;38:668-678.
- [39] Myers DG, Diener E. Who is happy? *Psychol Sci* 1995;6: 10-19.
- [40] Makowska H, Poprawa R. Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: Dolińska-Zygmunt G, red. *Podstawy psychologii zdrowia (71-102)*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 2001. p. 71-102.
- [41] Olajos-Clow J, Costello E, Loughheed MD. Perceived control and quality of life in asthma: impact of asthma education. *J Asthma* 2005;42:751-756.