

Stanisław Siek, Lidia Sołtysik-Kamińska

Postawa wobec choroby a obraz siebie i poziomu lęku u chorych ze świeżym zawałem serca

Studia Philosophiae Christianae 17/2, 175-184

1981

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

STANISŁAW SIEK, LIDIA SOŁTYSIK-KAMIŃSKA

POSTAWA WOBEC CHOROBY A OBRAZ SIEBIE I POZIOM LĘKU U CHORYCH ZE ŚWIEŻYM ZAWAŁEM SERCA

I. Wprowadzenie do problematyki badań. II. Cel, metody, materiał badań. III. Postawa wobec choroby mężczyzn ze świeżym zawałem serca a niektóre właściwości obrazu siebie. IV. Postawa wobec choroby mężczyzn ze świeżym zawałem serca a poziom lęku.

I. WPROWADZENIE DO PROBLEMATYKI BADAŃ

W ostatnich kilkudziesięciu latach prowadzi się w wielu krajach badania psychologiczne chorych z zawałem serca. Badania te koncentrują się wokół trzech głównych pytań.

1. Jakie cechy i reakcje osobowości są specyficzne dla chorych ze świeżym zawałem serca?
2. Jakie cechy i reakcje osobowości przyspieszają względnie warunkują wystąpienie zawału serca?
3. Jakie cechy i reakcje osobowości sprzyjają względnie utrudniają skuteczne leczenie i rehabilitację chorych, ich powrót do pracy i czynnego życia społecznego?

Prezentowana tu praca dotyczy tego właśnie problemu. Istnieje współcześnie wiele prac doświadczalnych publikowanych przez lekarzy, psychologów i socjologów, które zajmują się cechami i reakcjami osobowości, warunkującymi skuteczną rehabilitację, powrót do pracy, zadowolenie z życia.

Jako przykład takich badań można wymienić prace Mastermana, z których wynika, że pacjent o wyższym poziomie inteligencji lepiej się rehabilituje i szybciej włącza do życia społecznego¹.

Z opublikowanych w 1963 roku badań Bakкера wynika, że niesprzyjające dla rehabilitacji jest napięcie lękowe, niepokój, stałe zamartwianie się swoimi sprawami².

¹ L. E. Masterman: *Some psychological aspects of rehabilitation*, Jr. of rehabilitation, 1958, 24.

² C. B. Bakker and R. M. Levenson: *Determinants of angina pectoris* Psychosomatic medicine, 1963, 29, 621—633.

Opublikowane w 1972 roku angielskie badania Cay i współpracowników prowadzone na grupie 203 chorych na serce leczonych w szpitalu w Edynburgu wykazują, że powrót do pracy jest warunkowany w większym stopniu przez czynniki „psychiczne”, niż przez stan zdrowia i parametry fizjologiczne organizmu. Ci, którzy szybciej wracają do czynnego życia zawodowego ujawniają rzadziej obniżony nastrój, depresję, ogólne napięcie, lęk i nieokreślony niepokój³.

Również opublikowane w roku 1973 badania francuskie prowadzone przez Service de Prevention de l’Atherosclerose wskazują na szkodliwe działanie lęków i stanów depresyjnych.

Jak wynika z badań 3.000 osób, lęk i depresja jest czynnikiem, który odgrywa ujemną rolę w etiologii chorób serca i w ich terapii⁴.

Klinika Kardiologii Instytutu Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie prowadzi od wielu lat badania nad cechami i reakcjami osobowości sprzyjającymi rehabilitacji.

Z przeprowadzonych badań dotyczących cech i reakcji osobowości byłych pacjentów powracających do pracy zawodowej i porzucających pracę zawodową wynika, że powracający do pracy odznaczają się wyższą inteligencją, większą siłą woli, odpornością psychiczną i skłonnością do dominowania niż byli pacjenci wycofujący się z pracy (Badania kwestionariuszem Cattella).

Po zbadaniu struktury potrzeb psychicznych okazało się, że podejmujący pracę zawodową mają mniejsze nasilenie potrzeby izolacji, usprawiedliwiania siebie, a większe niż druga grupa nasilenie potrzeby dominowania i lęku przed urazem fizycznym (Badania struktury potrzeb psychicznych Autoportretem Steina).

Obecnie prowadzimy zakrojone na szeroką skalę badania dotyczące różnych cech i reakcji osobowości, które mogą warunkować skuteczność rehabilitacji, powrót do pracy zawodowej, przystosowanie do choroby.

Każdy z rehabilitowanych chorych w wieku do 60 lat, jest badany wieloma testami i metodami psychologicznymi. Oceniamy poziom energii psychicznej, koncentracji uwagi, 10 cech

³ E. Cay, Vetter, N. Philip and Pat Dugard: *Return to work after a heart attack*, Jr. of Psychosomatic research, 1972, 17, 231—243.

⁴ Segers M. C. Mertenst, R. Hogenraad: *Auto-evaluation de l’anxiete de la Depression et prediposition coronarienne-I relations psycho-biologiques*, Jr. of Psychosomatic research, 1973, 17, 197—206.

temperamentu wg. koncepcji Guilforda-Zimmermanna, poziom lęku, nasilenie działania mechanizmów obronnych (defense machanisms), strukturę obrazu siebie, postawę wobec choroby, oraz strukturę potrzeb psychicznych według koncepcji Murray'a. Obecne doniesienie przedstawia wstępne wyniki fragmentu tych badań.

II. CEL, METODY, MATERIAŁ BADAN

Zamierzeniem prezentowanych tu badań było ustalenie ewentualnych związków między pozytywną i negatywną postawą wobec choroby u chorych ze świeżym zawałem serca, a niektórymi właściwościami ich obrazu siebie i poziomem lęku.

Postawę wobec choroby badaliśmy opublikowaną przez D. Raumbaugh'a „Skalą przystosowania w chorobach serca” (Cardiac Adjustment Scale).

Obraz siebie był badany Testem Przymiotników Gougha (The Adjective Check List). Test ten zawiera listę 300 przymiotników, które badany czyta i niektóre z nich przypisuje sobie, uważając, że taki jest, że takie właściwości posiada. Po zakończeniu badania oceniamy jakie właściwości przypisuje sobie badany i grupujemy je w 24 zespoły⁵.

Poziom lęku był oceniany specjalnie do tego skonstruowanym przez R. B. Cattella kwestionariuszem (The IPAT Anxiety Scale, Self-Analysis Form).

Materiał badań stanowiło 50 mężczyzn, w wieku 40—60 lat, leczonych w latach 1975—1976 w Klinice Kardiologii A.M. w Warszawie. 32% badanych miało wykształcenie wyższe, 68% miało wykształcenie średnie. Przed zachorowaniem wszyscy pracowali zawodowo, wszyscy przeszli pierwszy raz zawał serca, u żadnego nie występowały w czasie leczenia jakieś dodatkowe komplikacje. Badania prowadzili psychologowie zatrudnieni w Klinice Kardiologii, w ostatnich dniach pobytu pacjentów w klinice. Przeciętny czas badania wynosił 2,5 godziny.

III. POSTAWA WOBEC CHOROBY MĘŻCZYŹN ZE ŚWIEŻYM ZAWAŁEM SERCA A NIEKTÓRE WŁAŚCIWOŚCI OBRAZU SIEBIE

Skala Raumbaugh'a bada dwa kierunki postaw wobec choroby: akceptację choroby, godzenie się z nią, czynne zaangażowanie w leczeniu, ujawnianie zaufania do lekarza i sposo-

⁵ H. G. Gough, A. B. Heilbrun: *The adjective check list manual Consulting psychologists press, Palo alto, California, 1965.*

bów leczenia, godzenie się z ograniczeniami jakie stwarza choroba, ujawnianie wyrównywanych nastrojów, braku napięcia. Drugi biegun to brak akceptacji choroby: uważanie choroby za straszne nieszczęście, przeżywanie w związku z nią przygnębienia i nastrojów beznadziejności, odczuwanie wrogości do lekarzy, siebie, ujawnianie nastawień negatywistycznych do reżimu leczenia, przesadnego zwracania uwagi na wszelkie własne dolegliwości, ujawnianie nastawień psymistycznych.

Intensywność postawy wobec jakiegoś obiektu wyraża się w jakości, częstotliwości i sile określonych reakcji. Tak np. niechęć do jakiegoś człowieka można wyrazić określoną miną, gestem, milczeniem, obraźliwym słowem, a nawet napaścią.

Podobnie pozytywne lub negatywne nastawienie do lekarza może się wyrażać w myślach, słowach i w jakichś wrogich działaniach.

Skala Raumbaugh'a pozwala określić intensywność pozytywnego lub negatywnego nastawienia pacjenta do faktu choroby, reżimu leczenia, do siebie jako człowieka chorego i konieczności wprowadzenia pewnych zmian do własnego życia.

Po przeprowadzeniu badania skalą, każdy z badanych otrzymuje określoną ilość punktów. Im tych punktów jest więcej, tym pozytywne nastawienie do choroby jest silniejsze i zastosowanie lepsze.

Kiedy psycholog przystępuje do oceny czyjegoś obrazu siebie może badać różne jego właściwości. Najczęściej przedmiotem badania jest treść obrazu siebie — to znaczy ilość różnych właściwości jakie jednostka uznaje za swoje. Zatem możemy badać jakie uczucia badany sobie przypisuje, jakie emocje, potrzeby, postawy uzdolnienia, właściwości ciała i organizmu.

Możemy też badać czy obraz siebie jest stabilny czy zmienny, czy jest pozytywny, czy zabarwiony negatywnie, czy jest wyraźny i konkretny, czy jest niejasny, mglisty, globalny.

Zastosowany do badania chorych ze świeżym zawałem serca Test Przymiotników Gough'a pozwala ocenić dwadzieścia cztery grupy przypisywanych sobie właściwości np. aktywność i ekspansywność, nastawienie obronne wobec ludzi i świata, ogólna pozytywna lub negatywna ocena siebie, przypisywanie sobie określonych potrzeb psychicznych itp.

Zamieszczamy tu dwie tablice przedstawiające dane statystyczne badania postawy wobec choroby Skalą Raumbaugh'a oraz współczynniki korelacji między wynikami badania postawy wobec choroby a właściwościami obrazu siebie ocenianymi Testem Przymiotników Gough'a (Tabela I i II).

Tablica I.
Wyniki badań postawy wobec choroby

Nazwa badanej zmiennej	Dane statystyczne				
	N	X	W	δ	D
postawa wobec choroby	50	102.260	120.287	10.967	0.044

Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że z pozytywną postawą wobec chorób korelują cztery właściwości obrazu siebie: Tak zwana postawa obronna, dobre przystosowanie, aprobatą płci przeciwnej, zdolność rozumienia siebie i innych. Są to wszystko korelacje istotne na poziomie 0,01 i 0,05.

Możemy zatem wnioskować, że z pozytywną postawą wobec choroby to znaczy akceptacją swego stanu, czynnym zaangażowaniem się w leczenie, pozytywną oceną lekarza i sposobu terapii, godzeniem się z ewentualnymi zmianami jakie niesie stan choroby i jego konsekwencje łączy się przypisywanie sobie takich właściwości siebie jak spokój, opanowanie, naturalność, szczerłość, odwaga, solidność, co z kolei cechuje osoby opanowane, zdecydowane w działaniu, wytrwale dążące do swoich celów⁶.

Istnienie dodatkowej korelacji między pozytywną postawą wobec choroby, a takimi właściwościami obrazu siebie, jak tak zwane „dobre przystosowanie” i „zdolność rozumienia siebie i innych”, wskazuje na związek tej postawy z takimi zachowaniami jak: życzliwość i lojalność, optymizm, pracowitość, inicjatywa, łatwość adaptacji do nowych warunków, oraz z nastawieniem do życia serio, skłonnością do zastanawiania się nad swoim postępowaniem, zamiłowaniem do aktywności umysłowej⁷.

Pozytywna korelacja między dobrym przystosowaniem do choroby a właściwością obrazu siebie określaną jako aprobatą płci przeciwnej, wskazuje, że ludzie dobrze przystosowani do choroby interesują się osobami przeciwnej płci, są zainte-

⁶ H. G. Gough, A. B. Heilbrun: *The adjective check list manual Consulting psychologists press, Palo Alto, California, 1965, 5—10.*

⁷ Tamże, 7—8.

Tablica II.
Współczynniki korelacji między wynikami badań postawy wobec choroby i obrazu siebie.

Właściwości obrazu siebie	Pozytywna postawa wobec choroby r_{xy}
1. Aktywność i ekspansywność (Total number adjectives checked)	0.158
2. Postawa obronna (Defensiveness)	0,311*
3. Ogólny obraz siebie (Number of favorable adjectives checked)	0,253
4. Ogólny obraz siebie negatywny (Number of unfavourable adjectives checked)	-0,083
5. Zaufanie do siebie (Self-confidence)	0.182
6. Samokontrola (Self-control)	0.100
7. Labilność, mała siła Ego (Liability)	0.221
8. Dobre przystosowanie (Personal adjustment)	0.485**
9. Potrzeba wyczynu (Achievement)	0.027
10. Potrzeba dominowania (Dominance)	0.043
11. Wytrwałość (Endurance)	0.090
12. Potrzeba porządku (Order)	-0.065
13. Zdolność rozumienia siebie i innych (Intracception)	0.280*
14. Potrzeba żywienia i opiekowania się kimś (Nurturance)	0.180
15. Potrzeba stowarzyszania się (Affiliation)	0.267
16. Aprobata, pociąg do płci przeciwnej (Heterosexuality)	0.417**
17. Potrzeba ekshibicjonizmu (Exhibition)	0.091
18. Potrzeba autonomii (Autonomy)	0.117
19. Potrzeba agresywności (Aggression)	-0.226
20. Zmienność reagowania (Change)	0.271
21. Potrzeba doznawania opieki i oparcia (Succorance)	-0.268
22. Potrzeba degradacji (Abasement)	-0.117
23. Potrzeba uległości (Deference)	-0.154
24. Gotowość do zmiany swojego zachowania lub zasięgnięcia psychologicznej porady (Counseling Readiness)	-0.095

* korelacja istotna na poziomie 0.05

** korelacja istotna na poziomie 0.01

resowani życiem, nowymi zdarzeniami, tym co ich otacza. Są ludźmi bezpośrednimi, zbyt szczerymi w kontaktach z pewną domieszką naiwności⁸.

IV. POSTAWA WOBEC CHOROBY MEŻCZYŹN ZE SWIEŻYM ZAWAŁEM SERCA A POZIOM LĘKU

Lęk jest jedną z najbardziej wieloznacznych grup reakcji opisywanych i badanych we współczesnej psychologii. Cattell pisze, że współcześni psychologowie i lekarze wyliczają ponad osiemset różnych odmian reakcji lękowych, a Spielberger podaje, że istnieje 325 różnych cech i innych zmiennych osobowości mających jakieś związki z reakcjami lękowymi.

Przyjmujemy za większością współczesnych badaczy, że lęk jest grupą reakcji emocjonalnych wyzwalanych przez bodźce działające bądź z zewnątrz bądź z wewnątrz organizmu. Charakterystyczne dla tych reakcji jest to, że:

1. mają specyficzne, przykre zabarwienie, które prawie każdy zna z własnego doświadczenia,
2. jednostka doświadcza ich jako czegoś przykrego i uporczywego, czego nie można się pozbyć,
3. większość ludzi czuje się wobec nich bezradna i ma poczucie ich irracjonalności,
4. są związane z fizjologicznymi reakcjami organizmu,

Do badania lęku chorych, którzy przebyli zawał serca użyliśmy Kwestionariusza oceny lęku skonstruowanego przez Cattella. Ocenia on różne symptomy lęku:

1. Symptom związany z gnuśnością, małą siłą woli (Q₃—).
2. Symptom lęku związany z tak zwaną „Słabością Ego” (C—).
3. Symptomy lęku związane z nadmierną podejrzliwością (L).
4. Poczucie winy (O).
5. Objawy lęku związane z niezaspokojeniem silnych popędów (Q₄).
6. Objawy tak zwanego ogólnego niepokoju.

Dane statystyczne wyników badania lęku przedstawia tablica Nr III.

Następna tablica Nr IV przedstawia współczynniki korelacji między wskaźnikami liczbowymi pozytywnej postawy wobec choroby mierzonej skalą Raumbaugh, a wskaźnikami liczbowymi objawów lęku mierzonych kwestionariuszem Cattella.

⁸ Tamże, 8

Tablica III.
Dane statystyczne wyników badania lęku.

Grupa objawów lęku	Dane statystyczne				
	N	X	W	δ	D
Q ₃ obj. zw. z małą siłą woli	50	4.60	18.867	4.044	0.217
C obj. związ. z słabością Ego	50	5.02	15.458	3.932	0.126
L obj. związ. z nadmierną podejrzliwością	50	4.34	14.114	3.757	0.168
O obj. poczucia winy	50	16.28	28.108	5.302	0.096
Q ₄ obj. związ. z niezasp. silnych popędów	50	15.18	26.026	5.102	0.206
objawy ogólnego niepokoju	50	39.92	73.970	8.601	0.090

N — liczebność próby

W — wariancja

X — średnia arytmetyczna
— odchylenie standardowe

D — współczynnik normalności rozkładu w teście Kołmogorowa

Tablica IV.
Współczynniki korelacji między wskaźnikami pozytywnej postawy
wobec choroby i objawami lęku.

Objawy lęku	Pozytywna postawa wobec choroby	r_{xy}
Q ₃ — związ. z małą „siłą woli”		—0.206*
C — związane ze „słabością Ego”		—0.440**
L — związane z nadmierną podejrzliwością		—0.190
O — poczucie winy		—0.284*
Q ₄ — związane z napięciem popędowym		—0.320*
niepokój ogólny		—0.377*

* korelacja istotna na poziomie 0.01

** korelacja istotna na poziomie 0.05

Z tablicy IV wynika, że pozytywna postawa wobec choroby jest związana z małym nasileniem różnych grup reakcji lękowych badanych Kwestionariuszem Cattella. Wszystkie korelacje są ujemne i wszystkie za wyjątkiem jednej istotne na poziomie 0,01, 0,05.

Możemy zatem wnioskować, że im lepsza postawa chorego ze świeżym zawałem serca wobec choroby i zaistniałej w związku z tym jego sytuacji, tym mniejsza jego gnuśność, niezadowolone z siebie i mniejsze nasilenie nieokreślonych lęków.

Mniejsza też jest skłonność do przeżywania wiecznego niezadowolenia z siebie, zamartwianie się i nastawień hipochondrycznych.

Z dobrą postawą wobec choroby łączy się też mniejsze poczucie winy wyrażające się między innymi w zamartwianiu się tym czy człowiek postąpił właściwie, przeżywaniu poczucia osamotnienia, przewrażliwieniu, łatwym zniechęcaniu się działania. Mniej też występuje lęków związanych z niezaspokojeniem silnych popędów jednostki i mniej symptomów tak zwanego ogólnego niepokoju.

Pozytywna, dojrzała postawa wobec choroby łączy się z częstszym brakiem napięcia, nieokreślonego załęknięcia, reakcji wegetatywnych przed przystąpieniem do jakiegoś nowego trudniejszego zadania, małym nasileniem niewiary w siebie⁹.

WNIOSKI

1. Badania przeprowadzone na grupie 50 chorych ze świeżym zawałem serca leczonych w Klinice Kardiologii w roku 1976 pokazują, że pozytywna postawa wobec choroby, dobre przystosowanie do choroby wyrażające się między innymi w godzeniu się z ograniczeniami jakie stwarza choroba, zaufaniu do lekarza, w wierze w wyzdrowienie i w możliwość prowadzenia aktywnego, szczęśliwego życia łączy się z dodatnimi z punktu widzenia higieny psychicznej właściwościami obrazu siebie i małym nasileniem różnych grup symptomów lękowych.

2. Pozytywna postawa wobec choroby, dobre przystosowanie do sytuacji chorowania i zmian z tym związanych łączy się z takimi pozytywnymi właściwościami obrazu siebie jak małe nasilenie nastawień obronnych, opanowanie, odwaga wobec życia, zdecydowanie i wytrwałość w działaniu.

Pacjenci ujawniający pozytywną postawę wobec choroby interesują się życiem, nowymi zdarzeniami, kobietami, są ludźmi bezpośrednimi i szczerymi.

⁹ R. B. Cattell, I. N. Scheier: *Handbook for the IPAT Anxiety Scale Questionnaire, Self-analysis form*, Institute for Personality and Ability Testing, Champaign, Illinois, USA, 1967.

3. Pozytywna postawa wobec choroby łączy się z małym nasileniem różnych grup symptomów lęku. Osoby dobrze przystosowane do sytuacji spowodowanej chorobą, przeżywają mało bliżej nieokreślonych niepokojów, rzadko zamartwiają się obrotem własnych spraw, ujawniają mniej nastawień hipochondrycznych, mniej symptomów ogólnego niepokoju.

4. Postawa wobec choroby jest jak się zdaje dość dobrym kryterium oceny skuteczności rehabilitacji chorego ze świeżym zawałem serca.

Z wcześniej przeprowadzonych badań w Klinice Kardiologii A.M. wynika, że pozytywna postawa wobec choroby różnicuje tych, którzy podejmują pracę po przebyciu okresu leczenia i rehabilitacji od tych, którzy wycofują się z pracy zawodowej. Po zbadaniu 73 mężczyzn z zawałem serca, którzy leczyli się w latach 1968—1971 w warszawskich szpitalach i podjęli po trzech miesiącach pracę oraz po zbadaniu Skalą Raumbaugh'a 21 byłych pacjentów, którzy pracy nie podjęli, okazało się, po obliczeniu istotności różnic, że podejmujący pracę uzyskali wyniki wskazujące na bardziej dojrzałą postawę wobec choroby ($t = 2,858$, istotne na poziomie 0,01: $X_1 = 184,97$, $X_2 = 158,10$, $S_1 = 39,74$, $S_2 = 30,63$).

ATTITUDE TOWARD ILLNESS, SELF CONCEPT AND ANXIETY OF THE CORONARY PATIENTS AFTER HEART ATTACK

Summary

The purpose this paper is to research some connections between attitude toward illness, self concept and anxiety of the coronary patients after heart attack.

50 male coronary patients after heart attack 40—60 years old hospitalised in the Warsaw Cardology Institute in 1975—76 were tested.

Attitude toward illness was tested by Raumbaugh Cardiac Adjustment Scale. Self concept by Adjective Check List published by Gough and Heilbrunn. Anxiety level was tested by the Cattells IPAT Anxiety Scale.

Positive attitude toward illness is connected (r statistically significant on the O, Or and O, Ol level) with features of the self concept: Defensiveness, Personal Adjustment, Intraception, Heterosexuality.

There are negative correlations (statistically significant on the O, 05 and 0,01 level) between positive attitude toward illness and four groups anxiety reactions measured by IPAT Anxiety Scale.