

Alicja NASIŁOWSKA-BARUD*

*Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Odmienność przebiegu choroby niedokrwiennej serca u kobiet w kontekście wybranych cech osobowości

Streszczenie

Celem pracy jest charakterystyka wybranych cech osobowości u kobiet z chorobą niedokrwinną serca oraz (a) określenie ich związku z aktywnością i biernością zawodową, (b) określenie zależności w sposobach radzenia sobie z bólem wieńcowym. Badaniami objęto $N = 100$ kobiet w wieku od 33 do 80 lat ($M = 60,36$, $SD = 9,55$), hospitalizowanych w Klinice Kardiologii w Lublinie, u których wykonano badanie angiograficzne w celu oceny stanu naczyń wieńcowych. Badania psychologiczne zostały przeprowadzone za pomocą Wywiadu Klinicznego, Arkusza Samopoznania R.B. CATTELLA, Inwentarza Osobowości NEO-FFI P.T. COSTY i R.R. MCCRAE'A, Kwestionariusza Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ) A.K. ROSENSTIEL i F.J. KEEFE.

Otrzymane wyniki badań wskazują, że w stuosobowej grupie kobiet z chorobą niedokrwinną serca poziom niepokoju i lęku jest bliski poziomowi neurotycznemu. W strukturze niepokoju i lęku dominują silne tendencje do obwiniania siebie i przeżywania poczucia winy oraz wysoki jest poziom wewnętrznego napięcia. Wśród charakterystycznych cech osobowości wyrażnie dominowały cechy ekstrawersji, ugodowości i sumiennosci.

ści. Strategią o największym znaczeniu w radzeniu sobie z bólem u kobiet z ChNS było „modlenie się i pokładanie nadziei”, „deklarowanie radzenia sobie” i „odwracanie uwagi”.

U kobiet z chorobą niedokrwinną serca wskazane jest stosowanie psychoterapii mającej na celu obniżenie tendencji autoagresywnych oraz obniżenie wysokiego poziomu napięcia wewnętrznego. Działania psychoterapeutyczne prowadzone wśród kobiet z ChNS powinny być skoncentrowane na wzmacnianiu odporności psychicznej oraz na wypracowaniu sposobów radzenia sobie z chorobą poprzez podejmowanie zadań dających szansę wzbogacania własnego rozwoju.

Słowa kluczowe: choroba niedokrwienność serca (ChNS) – niepokój i lęk – cechy osobowości – strategie radzenia sobie z bólem

Powyższa praca wchodzi w zakres psychosomatyki. W połowie lat 70. Pani Profesor Zenomena PŁUŻEK rozpoczęła od podstaw prowadzenie pionierskich prac badawczo-naukowych z zakresu psychosomatyki. Badania prowadzone przez Panią Profesor koncentrowały się na poszukiwaniu w etiologii, patomechanizmach, przebiegu, leczeniu i rehabilitacji chorób somatycznych (m.in. takich, jak: białaczka, cukrzyca, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienność serca) udziału czynników psychicznych – np. ważnych wydarzeń życiowych, cech osobowości, stanów emocjonalnych, sytuacji stresowych, zaburzeń przystosowania społecznego itd.

W 1978 roku ukazała się pierwsza w Polsce publikacja książkowa Pani Profesor Zenomeny PŁUŻEK pt. *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy*¹. Druga pozycja książkowa Pani Profesor, w której była ona współautorem, to *Problemy psychosomatyczne w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym i chorobie wieńcowej* z 1982 roku².

Kontynuacją badań psychosomatycznych były moje prace, tj. rozprawa doktorska pt. „Niektóre psychosomatyczne aspekty cukrzycy”³

¹ PŁUŻEK, *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej*.

² ŁAZOWSKI, *Problemy psychosomatyczne w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym*.

³ NASHŁOWSKA-BARUD, *Niektóre psychosomatyczne aspekty cukrzycy* (1981).

i habilitacyjna pt. „Zmiany psychosomatyczne u chorych po świeżym zawale serca w okresie pięcioletniej rehabilitacji”⁴.

Badania chorych po zawale serca zarówno przez Panią Profesor, jak i przeze mnie były przeprowadzone wśród mężczyzn. Prace kliniczne ostatnich 20 lat prowadzone u kobiet z chorobą niedokrwienną serca ujawniły znaczące odmienności w etiologii, przebiegu, leczeniu, rehabilitacji i prewencji w porównaniu z mężczyznami. Toteż kontynuując ideę Pani Profesor, w poniższej pracy zostaną przedstawione wyniki badań prowadzonych wśród kobiet z chorobą niedokrwienną serca.

Wprowadzenie

Choroba niedokrwienna serca (ChNS) należy do najczęściej występujących schorzeń i jest główną przyczyną zgonów w społeczeństwach wysoko rozwiniętych. Cierpi na nią około 1 mln Polaków (2, 5%). W 2000 roku schorzenia sercowo-naczyniowe były w Polsce przyczyną 48% wszystkich zgonów i stanowiły główne zagrożenie zdrowia⁵.

Według raportu American Heart Association choroby układu krążenia — w tym choroba niedokrwienna serca — coraz częściej dotykają kobiet i przybrały rozmiary „cichej epidemii”. Do lat 90. XX wieku badania dotyczące choroby niedokrwiennej serca przeprowadzano głównie wśród mężczyzn, a otrzymane wyniki odnoszono również do kobiet. Większość prób i schematów leczenia chorób układu krążenia było opracowywanych dla mężczyzn; kobiety były z nich wyłącznie dla tzw. czystości próby. Podobnie wytyczne dotyczące prewencji chorób sercowo-naczyniowych w USA wśród kobiet zawierają zalece-

⁴ NASIŁOWSKA-BARUD, Zmiany psychosomatyczne u chorych po świeżym zawale serca w okresie pięcioletniej rehabilitacji (1996).

⁵ Por. MAAS et al. Red Alert for Women’s Heart; MAJEWICZ & MARCINKOWSKI, Epidemiologia chorób układu krążenia; BRODA & RYWIK, Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie zdrowia ludności.

nia, które są oparte na badaniach przeprowadzonych głównie pośród mężczyzn⁶.

Obserwacje i prace kliniczne ostatnich 20 lat prowadzone u kobiet z chorobą niedokrwinną serca ujawniły znaczące odmienności w porównaniu z mężczyznami w: etiologii, przebiegu, leczeniu, rehabilitacji i prewencji.

Odmienności choroby niedokrwiennej serca u kobiet dotyczą: czynników ryzyka, objawów klinicznych, rozumienia występujących dolegliwości, sposobu reagowania i przeżywania sytuacji choroby. Główne czynniki ryzyka chorób układu krążenia, takie jak: hipercholesterolemia, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, nadwaga, osobowość i stres, płeć, obciążenia dziedziczne itd., które do lat 80. poprzedniego wieku były dominujące wśród mężczyzn, stały się również znaczące dla kobiet⁷.

Stwierdzono, że częstość występowania choroby niedokrwiennej serca zależy od wieku i płci. Mężczyźni objawy choroby niedokrwiennej serca ujawniają już około 40. roku życia. Kobiety zaczynają chorować w późniejszym okresie życia, po okresie menopauzalnym, około 50., a nawet 60. roku życia, czyli około 10 lat później niż mężczyźni. U kobiet powyżej 60. roku życia zagrożenie chorobami układu krążenia wzrasta znacznie szybciej niż u mężczyzn będących w tym samym wieku, a powyżej 70. roku życia ChNS jest jedną z głównych przyczyn zgonów kobiet⁸.

Wzrost zachorowalności na choroby układu krążenia i wynikający z niego wzrost śmiertelności u kobiet został spowodowany między innymi szybkim rozwojem cywilizacyjnym. Nastąpiła nagła zmiana stylu życia kobiet. Kobiety przyjęły wzory męskiego stylu życia i męskie role w funkcjonowaniu zawodowym i społecznym. Podejmują wielogodzinną pracę, pracują często w trudnych warunkach i pełnią odpowiedzialne funkcje. Rozpowszechniony jest także wśród kobiet

⁶ Por. ŚWIĄTECKA, J. KUBICA & RECZUCH, Choroba niedokrwienności serca; MAAS et al. Red Alert for Women's Heart.

⁷ Por. CYBULSKA & SZOSTAK, Zaburzenia gospodarki lipidowej; ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ & WIERUSZ-WYSOCKA, Otyłość, zespół metaboliczny i cukrzyca jako czynniki ryzyka.

⁸ Por. ŚWIĄTECKA, J. KUBICA & RECZUCH, Choroba niedokrwienności serca.

nałóg palenia papierosów, przyjmowania używek, nieregularny sposób odżywiania się, krótki czas snu i brak właściwego odpoczynku, stosowanie leków antykoncepcyjnych. Kobiety dążą do coraz większych osiągnięć i mają ciągle poczucie niespełnionych licznych zadań oraz obowiązków. Taki styl życia sprawia, że coraz częściej kobiety przed okresem menopauzalnym zapadają na choroby układu krążenia, w tym na chorobę niedokrwienną serca⁹.

U kobiet częściej niż u mężczyzn bóle w klatce piersiowej są nietypowe. Często gdy kobieta poczuje ból w klatce piersiowej, jest przekonana, że to niestrawność, zmęczone mięśnie lub też nerwoból. Nie podejrzewa i nie zdaje sobie sprawy, że może mieć zawał serca. Wykrywalność ChNS u kobiet jest rzadsza i trudniejsza niż u mężczyzn, ponieważ kobiety znacznie rzadziej niż mężczyźni kontrolują stan swojego zdrowia. Nie biorą pod uwagę negatywnego wpływu na stan zdrowia powszechnie znanych czynników ryzyka¹⁰.

W 2010 roku zostały opublikowane dwa raporty: American Heart Association (AHA) oraz wspólny raport Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) i European Heart Network – European Heart Health Strategy Project, które wskazują na niedostateczną reprezentację kobiet w badaniach klinicznych¹¹.

Krystyna ŁOBOZ-GRUDZIEN i Joanna JAROCH w opracowaniu poświęconym udziałowi kobiet w badaniach klinicznych wskazują na bariery w rekrutacji kobiet do badań klinicznych. Są to między innymi:

- niedoszacowane ryzyko chorób sercowo-naczyniowych u kobiet, bezpieczeństwo kobiety i płodu u kobiet ciężarnych,
- ogólna niechęć kobiet do uczestniczenia w badaniach klinicznych (czynniki psychologiczne i ekonomiczne, odpowiedzialność za rodzinę),

⁹ Por. RECZUCH & WRABEC, Charakterystyka i odmienności kliniczne choroby niedokrwiennej serca u kobiet.

¹⁰ Por. HERMANN, *Serce kobiety*.

¹¹ Por. MELLONI et al. Representation of Women in Randomized Clinical Trials; STRAMBA-BADIALE, Women and Research on Cardiovascular Diseases in Europe.

- odrębność w symptomatologii klinicznej choroby wieńcowej u kobiet,
- częstsze występowanie prawidłowych naczyń wieńcowych w koronarografii (wykluczenie kobiet z badań w chorobie niedokrwiennej serca)¹².

W populacji kobiet z ChNS odmienne, swoiste są także psychologiczne czynniki ryzyka:

- nieprzyjemne emocje,
- stres związany z łączeniem pracy zawodowej z obowiązkami domowymi,
- brak wsparcia społecznego, często rozwód,
- niska pozycja społeczna,
- niskie wykształcenie,
- poniesione straty.

Specyficzna jest również u kobiet z ChNS problematyka funkcjonowania psychicznego. Należy zaznaczyć, że wśród czynników predysponujących do zachorowania na ChNS ważny udział mają właśnie czynniki psychiczne, przede wszystkim osobowościowe i emocjonalne, takie jak: lęk, niepokój, obniżony nastrój (depresja), ciągłe poczucie zagrożenia, tłumiona agresja i gniew, napięcie neurotyczne, zbyt silne dążenie do osiągnięć, dominacji, uporczywa wytrwałość w dążeniu do celu, zamiłowanie do nadmiernego porządku, rygoru oraz ścisłego planowania wszystkich przedsięwzięć, a także życie pod presją czasu¹³.

¹² Por. ŁOBOZ-GRUDZIEN & JAROCH, Udział kobiet w badaniach klinicznych w kardiologii.

¹³ Por. A. KUBICA et al. Somatyczne i psychiczne uwarunkowania odmiennego przebiegu choroby niedokrwiennej serca.

Objawy depresyjne występują u kobiet z dwukrotnie wyższym nasileniem niż u mężczyzn. Kobiety wykazują mniejszą odporność na sytuacje stresowe i znacznie częściej ujawniają napięcie lękowe. U kobiet zajmujących kierownicze stanowiska dwukrotnie częściej występowały objawy ChNS niż u kobiet pracujących na stanowiskach o mniejszej odpowiedzialności zawodowej¹⁴.

Cel pracy

Celem pracy jest: charakterystyka wybranych cech osobowości u kobiet z chorobą niedokrwienną serca oraz

- określenie ich związku z aktywnością i biernością zawodową,
- określenie zależności w sposobach radzenia sobie z bólem wieńcowym.

Materiał i metody

Badaniami psychologicznymi objęto 100 kobiet w wieku od 33 do 80 lat. Średnia wieku wynosiła 60 lat ($M = 60,36$, $SD = 9,55$). Chore były przyjęte do Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w celu wykonania oceny koronarograficznej tętnic wieńcowych.

Wykształcenie wyższe posiadało 29%, średnie 52%, zawodowe 14% i podstawowe 5% badanych kobiet.

Wszystkie pacjentki wyraziły zgodę na przeprowadzenie badań psychologicznych przewidzianych w kompleksowym procesie leczenia. Przed każdym badaniem testowym z chorymi przeprowadzano szczegółowy kliniczny wywiad psychologiczny, w którym zwracano uwagę na dolegliwości somatyczne, objawy nerwicowe, nastrój, sytuację rodzinną, zawodową, materialną oraz na możliwości leczenia.

W badaniach psychologicznych posłużono się: Wywiadem Klinicznym, Inwentarzem Osobowości NEO-FFI P.T. COSTY i R.R.

¹⁴ Por. MATYSIAKIEWICZ & PUDLO, Mechanizmy łączące depresję i zdarzenia sercowe.

MCCRAE'A, Arkuszem Samopoznania R.B. CATTELLA, Kwestionariuszem Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ) A.K. ROSENSTIEL i F.J. KEEFE¹⁵.

Inwentarz Osobowości NEO-FFI P.T. COSTY i R.R. MCCRAE'A służy do badania struktury osobowości z uwzględnieniem pięciu najbardziej uniwersalnych jej wymiarów. Twórcy metody – Paul T. COSTA i Robert R. MCCRAE – pięciu wielkim czynnikom osobowości nadali nazwy: Neurotyczność, Ekstrawersja, Otwartość na doświadczenie, Ugodowość, Sumiennność. Czynniki Wielkiej Piątki otrzymały charakterystykę, która ujmuje niskie i wysokie nasilenie każdego z nich. Dla przykładu: Neurotyczność: spokojny – zamartwiający się; Ekstrawersja: skryty – serdeczny; Otwartość na doświadczenie: praktyczny – obdarzony wyobraźnią; Ugodowość: bezwzględny – pobłażliwy; Sumiennność: niedbały – sumienny.

Kwestionariusz składa się z 60 twierdzeń o charakterze samoopisowym, których prawdziwość w stosunku do własnej osoby badany ocenia w pięciostopniowej skali. Test posiada normy stenowe. Wyniki 1 – 3 punkty są wynikami niskimi, a 7 – 10 to wyniki wysokie¹⁶.

Arkusz Samopoznania R.B. CATTELLA składa się z 40 pytań i służy do badania nasilenia struktury niepokoju i lęku w rozumieniu Raymonda B. CATTELLA. Kwestionariusz został skonstruowany na podstawie analizy czynnikowej. Opierając się na niej wyodrębniono pięć czynników stanowiących strukturę niepokoju i lęku: Q_3^- – integracja osobowości, C^- – niezrównoważenie emocjonalne, słabe ego, L^+ – podejrzliwość, O^+ – skłonność do obwiniania siebie i Q_4^+ – silne napięcie psychiczne, wewnętrzne, neurotyczne. Do badań wykorzystano polską wersję Arkusza Samopoznania R.B. CATTELLA według tłumaczenia Krzysztofa HIRSZLA. Obliczeń dla poszczególnych czynników dokonuje się w wynikach surowych, a następnie zamienia się na steny, co umożliwia ich porównanie w poszczególnych ska-

¹⁵ Por. JUCZYŃSKI, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*; ŁAZOWSKI, *Problemy psychosomatyczne w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym*; ZAWADZKI et al. *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*.

¹⁶ Por. *Ibid.*

lach. Wyniki otrzymane w skali stenowej: 1 – 3 punkty są wynikami niskimi, 4 – 6 średnimi, a 7 – 10 punktów wynikami wysokimi¹⁷.

Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ) został skonstruowany przez Annę K. ROSENSTIEL i Francisa J. KEEFE. Kwestionariusz składa się z 42 stwierdzeń opisujących różnego rodzaju sposoby radzenia sobie z bólem oraz dwóch pytań dotyczących oceny własnych umiejętności zastosowania różnych strategii dla poradzenia sobie i obniżenia bólu. Sposoby radzenia sobie z bólem odzwierciedlają sześć poznawczych oraz jedną behawioralną strategię, które z kolei wchodzi w skład trzech czynników: poznawczego radzenia sobie, odwracania uwagi i podejmowania czynności zastępczych oraz katastrofizowania i poszukiwania nadziei. Kwestionariusz przeznaczony jest do badania osób dorosłych, chorych, uskarżających się na ból. CSQ pozwala na prognozowanie przystosowania się do przewlekłego bólu. Służy również do oceny własnych umiejętności zastosowania różnych strategii dla poradzenia sobie i obniżenia bólu. Dla każdej strategii oblicza się wynik, który mieści się w obszarze od 0 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym większe znaczenie przypisywane danemu sposobowi radzenia sobie z bólem¹⁸.

Wyniki

Ocena angiograficzna tętnic wieńcowych pozwoliła ustalić, że zwężenie w obrębie jednej tętnicy miało 40% kobiet, w dwóch tętnicach wieńcowych – 25,7% kobiet, w trzech – 15,7% kobiet. Niewielkie zmiany przyścienne w tętnicach wieńcowych rozpoznano u 18,6% pacjentek.

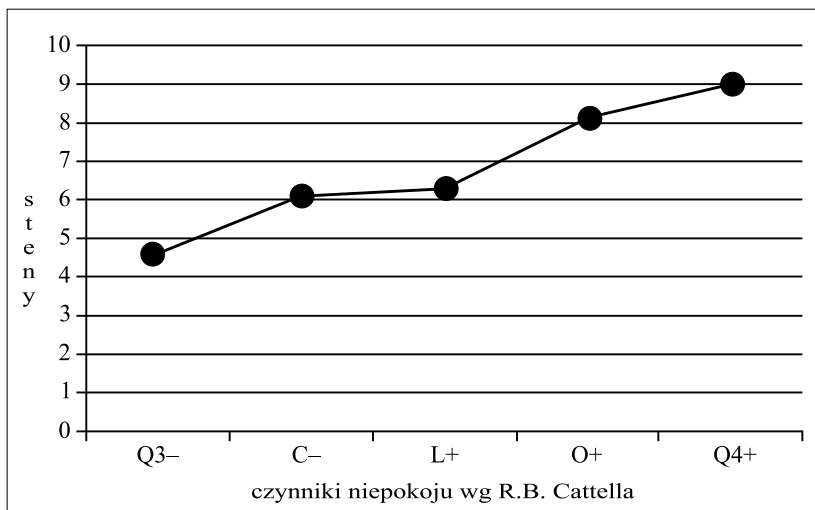
Wszystkie kobiety mówiły, że w miarę swoich możliwości są aktywne w pracach domowych. Dość szerokie kontakty społeczne – rodzinne, sąsiedzkie, z przyjaciółmi i znajomymi – utrzymywało 57 kobiet (62,6%). Kontakty społeczne w ograniczonym zakresie utrzymywało 28 kobiet (24%). Kontakty tylko z rodziną i bliskimi przyjaciółmi w bardzo ograniczonym zakresie utrzymywało 15 kobiet (13,4%)

¹⁷ Por. PŁUŻEK, *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej*.

¹⁸ Por. JUCZYŃSKI, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*.

i były to pacjentki w przedziale wiekowym od 71 do 80 lat. Badane z najstarszej grupy wiekowej przypisywały bardzo duże znaczenie otrzymanemu wsparciu społecznemu.

Rys. 1. Przedstawia wyniki badań otrzymane na podstawie Arkusza Samopoznania R.B. CATTELLA w 100-osobowej grupie kobiet z rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca (ChNS).



Rys.1. Wyniki badań (wartości średnie) kobiet z ChNS ($N = 100$) uzyskane na podstawie Arkusza Samopoznania R.B. CATTELLA. Poziom łęku ogólnego $EN = 7,3$.

Otrzymane na podstawie Arkusza Samopoznania R.B. CATTELLA wyniki badań (rys. 1.) wskazują, że spośród 100-osobowej grupy kobiet z ChNS 73, 5% charakteryzuje prawidłowy poziom integracji wewnętrznej (Q_3^-). Natomiast 26, 5% ma problemy z integracją osobowości i może przeżywać kryzysy wartości. Prawie połowa (49, 3%) kobiet ujawniła trudności związane z zachowaniem równowagi i stabilności emocjonalnej (C^-), a 58, 6% przeżywało poczucie zagrożenia i nieufności w stosunku do otoczenia (L^+). W badanej grupie kobiet z ChNS w strukturze niepokoju i lęku dominowały dwa czynniki

ki: skłonność do obwiniania siebie (O^+) i napięcie neurotyczne, wewnętrzne ($Q4^+$). Silne tendencje do autoagresji, do obwiniania siebie i przeżywania poczucia winy ujawniło 68% kobiet. Prawie wszystkie kobiety z chorobą niedokrwienną serca (96%) żyły w ciągłym napięciu wewnętrznym, neurotycznym ($Q4^+$) i miały trudności w odprężeniu się. Chore ujawniały wysoki poziom napięcia wewnętrznego związanego z tzw. stanem frustracji, czyli konfliktami pomiędzy wymaganiami *superego* a sferą popędową. Ujawniały skłonności do częstego przeżywania niepokojów i zbyt krytycznej oceny siebie. Charakterystyczny jest także dla kobiet z ChNS wysoki poziom aspiracji i duża wrażliwość na wszelkiego rodzaju niepowodzenia. Poziom niepokoju ogólnego (EN, $M = 7,3$ w stenach) u pacjentek był bliski poziomowi neurotycznemu. Przeżywany przez badane ogólny niepokój i lęk (EN) jest według koncepcji CATTELLA lękiem charakterologicznym. Związany jest on z osobistymi przeżyciami, konfliktami wewnętrznymi czy też osobistymi trudnościami. Może być także wyrazem wysokiego poziomu aspiracji i wysokich potrzeb intelektualnych¹⁹.

Rys. 2. Przedstawia zestawienie wyników badań otrzymanych na podstawie Arkusza Samopoznania R.B. CATTELLA kobiet z chorobą niedokrwienną serca (ChNS) (w całej grupie) $N = 100$ oraz w podgrupie kobiet z ChNS pracujących zawodowo $N = 48$ i niepracujących zawodowo $N = 52$.

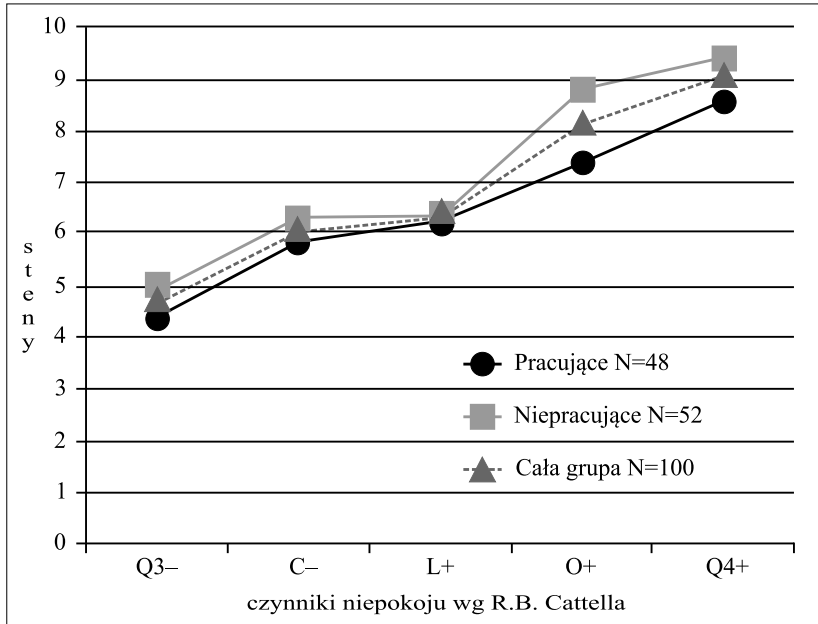
Analiza porównawcza przedstawiona na rys. 2. wskazuje, że na średnim poziomie ukształtowały się wyniki w czynniku Q_3^- integracji osobowości, labilności emocjonalnej (C^-) oraz w poczuciu nieufności i zagrożenia (L^+) zarówno u kobiet pracujących, jak i niepracujących zawodowo. Natomiast w obu wyodrębnionych podgrupach wysokie są wyniki w czynniku O^+ – tendencji do obwiniania siebie i poczuciu winy oraz czynniku $Q4^+$ – napięciu neurotycznym. Przy czym kobiety z ChNS niepracujące zawodowo ujawniają znacznie silniejsze skłonności do obwiniania siebie i przeżywania poczucia winy (O^+) oraz wyższe napięcie neurotyczne, wewnętrzne ($Q4^+$).

Rys. 3. Przedstawia wyniki badań otrzymane na podstawie Inwentarza Osobowości NEO-FFI P.T. COSTY i R.R. McCRAE'A w 100-

¹⁹ Por. PŁUZEK, *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej*.

osobowej grupie kobiet z rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca (ChNS).

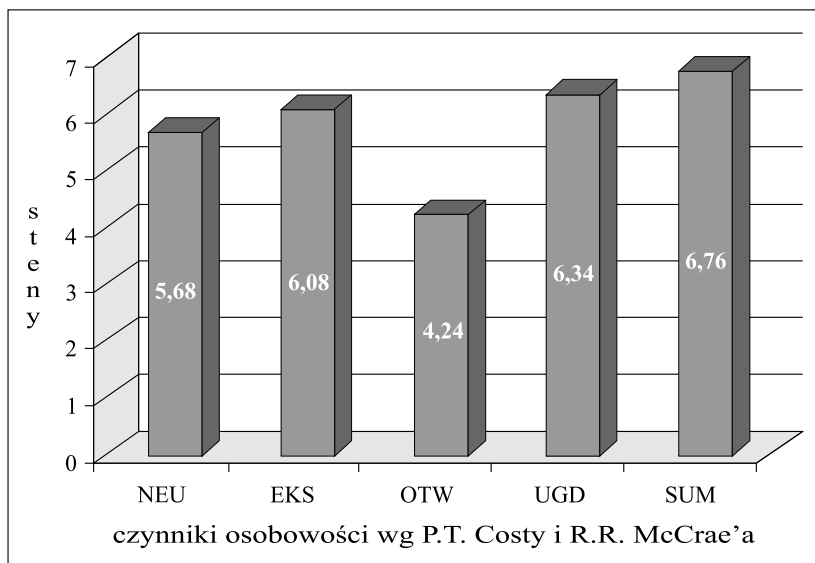
Kobiety z chorobą niedokrwinną serca uzyskały średni poziom wyników w czynniku Neurotyczność (NEU) i Otwartość (OTW).



Rys. 2. Zestawienie wyników badań (wartości średnie) kobiet z ChNS uzyskanych na podstawie Arkusza Samopoznania R.B. CATTELLA. Poziom lęku ogólnego dla badanej grupy kobiet $EN = 7, 3$; dla kobiet pracujących $EN = 6, 91$; dla kobiet niepracujących $EN = 7, 63$.

Dominującymi i ponadprzeciętnymi czynnikami okazały się Ekstrawersja (EKS), Ugodowość (UGD) i Sumienność (SUM). Taki układ czynników pozwala scharakteryzować grupę kobiet z chorobą niedokrwinną serca jako osoby ujawniające otwartość i przyjacielskie nastawienie do środowiska. Podejmowane przez siebie działania kierują ku otoczeniu, starają się być serdeczne, towarzyskie i aktywne życiowo (EKS). Cenią tradycyjne wartości i preferują uznawane społecznie sposoby działania, a ich zainteresowania są pragmatyczne (UGD).

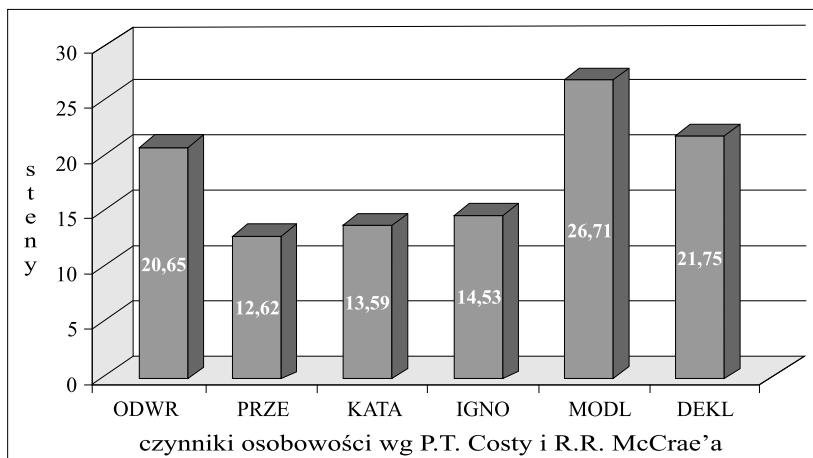
Ponadprzeciętne wyniki w czynniku Ugodowość (UGD) wskazują, że badane kobiety z ChNS są skłonne do udzielania innym wsparcia i pomocy. Starają się być prostolinijne, altruistyczne, szczerze, skromne i uczuciowe w stosunku do innych ludzi. Charakteryzuje je wysoki poziom sumienności i silnej woli oraz skłonność do utrzymywania porządku i dążenie do perfekcjonizmu. Taki układ cech motywuje chore do obowiązkowości oraz wytrwałego i skrupulatnego działania (SUM).



Rys. 3. Wyniki badań (wartości średnie) kobiet z ChNS ($N = 100$) uzyskane na podstawie Inwentarza Osobowości NEO-FFI P.T. COSTY i R.R. MCCRAE'A.

Rys. 4. Przedstawia zestawienie wyników badań otrzymanych na podstawie Inwentarza Osobowości NEO-FFI P.T. COSTY i R.R. MCCRAE'A kobiet z ChNS w całej grupie ($N = 100$) oraz w podgrupach: kobiet pracujących $N = 48$ i niepracujących zawodowo $N = 52$.

W wyodrębnionych podgrupach wyraźnie silniejsze cechy Ekstrawersji (EKS), Ugodowości (UGD) i Sumienności (SUM) ujawniły kobiety niepracujące zawodowo. Taki układ cech może wskazywać, że kobiety niepracujące zawodowo są bardzo otwarte na utrzymywanie kontaktów społecznych, lubią mieć wielu ludzi wokół siebie oraz są skłonne do udzielania innym pomocy. Poświęcają swój czas, sumiennosc i wolę na wykonywanie pozazawodowych obowiązków.

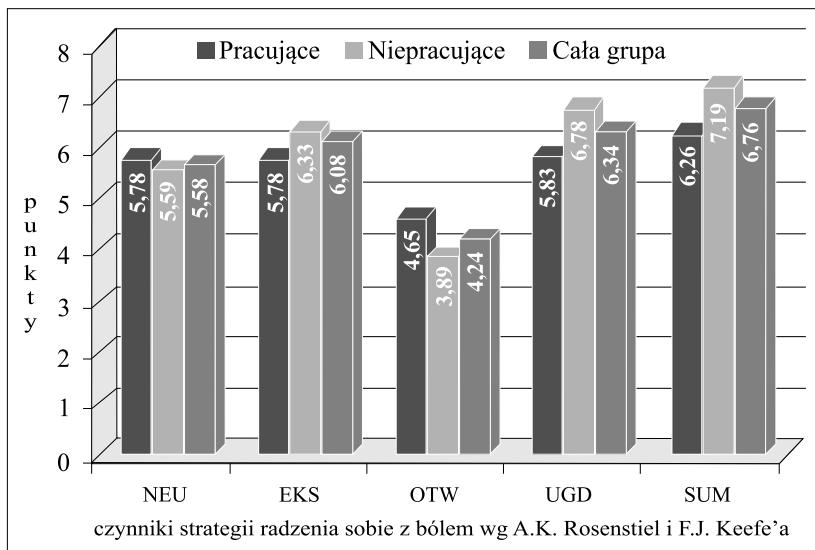


Rys. 4. Zestawienie wyników badań (wartości średnie) kobiet z ChNS uzyskane na podstawie Inwentarza Osobowości NEO-FFI P.T. COSTY i R.R. MCCRAE'A (cała grupa $N = 100$; kobiety pracujące $N = 48$; kobiety niepracujące $N = 52$).

Ból w chorobie niedokrwiennej serca jest jednym z najczęstszych i najbardziej dokuczliwych symptomów. Rozpierający, piekący ból w klatce piersiowej jest zazwyczaj dla chorego pierwszym sygnałem o istnieniu choroby. Ból to nie tylko objaw somatyczny uwarunkowany reakcją fizjologiczną, ale także jest on ściśle powiązany z reakcją psychologiczną. Każdy człowiek doświadczający działania bodźca bólowego odczuwa go subiektywnie i niepowtarzalnie. Reakcja na

bodziec bólowy jest modulowana przez procesy poznawcze, emocje, przekonania, ocenę sytuacji, kontekst społeczny i inne²⁰.

Rys. 5. Przedstawia wyniki badań otrzymane na podstawie Kwestionariusza Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ) A.K. ROSENSTIEL i J.F. KEEFE'A w grupie kobiet z ChNS ($N = 100$).



Rys. 5. Kwestionariusz strategii radzenia sobie z bólem A.K. ROSENSTIEL i F.J. KEEFE'A – wartości średnie u kobiet z ChNS ($N = 100$).

W grupie kobiet z ChNS strategią o najwyższym znaczeniu było „Modlenie się i Pokładanie Nadziei” (MODL – $M = 26,71$). Równie często stosowanymi strategiami radzenia sobie z bólem było „Deklarowanie Radzenia Sobie” (DEKL – $M = 21,75$), „Odwracania Uwagi” (ODWR – $M = 20,65$). Znacznie rzadziej pacjentki stosowały takie strategie radzenia sobie z bólem jak: „Ignorowanie Doznań Bólowych” (IGNO – $M = 14,53$), „Katastrofizowanie” (KATA – $M = 13,59$) i „Przewartościowanie Doznań Bólu” (PRZE – $M = 12,62$).

²⁰ NORRBRINK, MOLIN & LUNDEBERG, *Ból z perspektywy fizjologii*, s. 145–150.

Omówienie wyników

W latach 90. ubiegłego wieku zwrócono uwagę na odmienności w etiologii, przebiegu, leczeniu, rehabilitacji i prewencji chorób układu krążenia, w tym choroby niedokrwiennej serca u kobiet. Przeprowadzone wśród mężczyzn badania naukowe dotyczące m.in. choroby niedokrwiennej serca odnoszono w takiej samej mierze do kobiet. Wynikało to z faktu, że kobiety znacznie rzadziej chorowały na ChNS z jej ostrą postacią – zawałem serca.

Wraz z szybkim rozwojem cywilizacyjnym i zmianą stylu życia nastąpił wzrost zachorowalności i śmiertelności wśród kobiet z powodu chorób układu krążenia. W latach 80. ubiegłego wieku wyniki badań naukowych wykazały odmienności dotyczące epidemiologii, przebiegu, leczenia i rokowania w chorobie niedokrwiennej serca u kobiet. Zwrócono uwagę na szczególnie „kobiece” czynniki zwiększonego ryzyka – np. ryzyko zawału serca jest dwukrotnie wyższe u kobiet palących papierosy w porównaniu z mężczyznami. Szczególne znaczenie zaczęto przypisywać dwóm czynnikom ryzyka: paleniu tytoniu i stosowaniu przez młode kobiety doustnych środków antykoncepcyjnych. Stwierdzono także, że brak wsparcia ze strony rodziny i samotność okazały się jednym z głównych czynników ryzyka zawału serca i nagłej śmierci sercowej²¹.

Badania przeprowadzone przez S.L. GRACE i współpracowników²² wykazały, że kobiety chorujące na choroby układu krążenia są zwykle starsze od chorujących mężczyzn, częściej są owdowiałe i mieszkają same, odznaczają się gorszą adaptacją psychosocjalną, żyją w gorszych warunkach socjoekonomicznych i częściej niż mężczyźni przebywają na emeryturze lub bezrobociu.

Badania przeprowadzone przez Nancy FRASURE-SMITH wśród chorych leczonych z powodu zawału serca pozwoliły stwierdzić u 2/3 podwyższony poziom lęku, a u 1/4 nasilenie objawów lękowych było obserwowane jak w chorobach psychicznych²³.

²¹ Por. GORCZYŃSKI, Behawioralne czynniki ryzyka; JANKOWSKI, Behawioralne i psychosocjalne... czynniki ryzyka miażdżycy.

²² GRACE et al. Cardiovascular Disease.

²³ Por. FRASURE-SMITH, In Hospital Symptoms of Psychological Stress.

Inne badania przeprowadzone przez Richarda FLEETA i współpracowników wśród populacji osób obciążonych chorobami układu krążenia wykazały, że zaburzenia lękowe występują częściej u kobiet niż u mężczyzn²⁴.

Międzynarodowe badania prospektywne przeprowadzone przez Debrę K. MOSER i współpracowników wśród kobiet z Australii, Anglii, Japonii, Korei Południowej, USA wykazały, że kobiety po przebytym zawale serca ujawniają wyższy poziom lęku niż mężczyźni. Wysoki poziom lęku u badanych kobiet utrzymywał się mimo udzielanego im wsparcia społecznego i pomocy psychologicznej²⁵.

Zwrócono uwagę, że na rozwój i przebieg choroby niedokrwiennej serca zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn ma wpływ depresja. Badania przeprowadzone wśród młodych kobiet po przebytym zawale serca wykazały, że cierpią one z powodu depresji, a nasilenie objawów depresyjnych jest znacznie wyższe w porównaniu z mężczyznami²⁶.

Wyniki badań omówionych w niniejszej pracy potwierdziły badania przeprowadzone przez FRASURE-SMITH, MOSER, FLEETA, GRACE, a także publikowane w latach 80. prace PŁUZEK, ŁAZOWSKIEGO i NASIŁOWSKIEJ-BARUD, które wskazywały na podwyższony poziom lęku u chorych z chorobą niedokrwienną serca²⁷. Ponadto otrzymane w niniejszej pracy na podstawie Arkusza Samopoznania R.B. CATTELLA wyniki pozwoliły na charakterystykę struktury niepokoju i lęku w 100-osobowej grupie kobiet z ChNS. Badane ujawniły wysoki poziom niepokoju i lęku ogólnego, a dominującymi czynnikami jego struktury okazały się czynniki: O^+ – skłonność do obwiniania siebie, zespół autoagresji i $Q4^+$ – napięcie wewnętrzne, neurotyczne oraz brak zaufania i poczucia bezpieczeństwa. Prawidłowo zachowana została integracja osobowości ($Q3^-$). Poziom lęku ogólnego wskazywał na jego neurotyczny charakter.

²⁴ Por. FLEET, LAVOIE & BEITMAN, Is Panic Disorder Associated with Coronary Artery Disease?

²⁵ Por. MOSER et al. An International Perspective on Gender Differences in Anxiety.

²⁶ Por. FRASURE-SMITH et al. Gender, Depression, and One-Year Prognosis.

²⁷ Por. NASIŁOWSKA-BARUD, Charakterystyka czynników osobowości w ujęciu teorii P.T. Costy i R.R. McCrae'a.

Otrzymane wyniki na podstawie Kwestionariusza Osobowości NEO-FFI wskazują, że kobiety z ChNS cechuje otwartość na innych ludzi (EKS) z chęcią niesienia im pomocy i wsparcia (UGD). Kobiety z ChNS charakteryzują cechy ugodowości i sumienności. Sumiennie wykonują powierzone im obowiązki, a w swoim działaniu są prostolinijne i produktywne. Preferują przestrzeganie obowiązujących zasad, norm, rygoru oraz zamiłowanie do porządku (SUM).

W wielu badaniach naukowych prowadzonych pod koniec lat 80. ubiegłego wieku i obecnie zainteresowano się związkiem pomiędzy zasobami psychicznymi jednostki a stosowanymi przez nią strategiami radzenia sobie z bólem. Osoby z przewlekłym bólem, przekonane o sprawowaniu nad nim kontroli, potrafią realnie oceniać swój stan zdrowia, funkcjonują lepiej i osiągają lepsze wyniki w terapii bólu. W strategiach radzenia sobie z bólem istotną rolę odgrywają przekonania o własnych kompetencjach. Pełnią one ważną funkcję motywacyjną i pomagają skuteczniej zmagać się z przeciwnościami, by osiągnąć cel. Najbardziej charakterystycznymi strategiami radzenia sobie z bólem stosowanymi przez pacjentki z ChNS było „Modlenie się i Pokładanie Nadziei”, „Deklarowanie Radzenia Sobie” i „Odwracanie Uwagi”. Badania przeprowadzone przez Roberta ZACHARIAE i współpracowników oraz Edmunda KEOGHA pokazują zróżnicowanie w doświadczaniu i przeżywaniu bólu wśród kobiet i mężczyzn. Kobiety wykazują niższy próg tolerancji bólu oraz większą intensywność odczuwanego bólu niż mężczyźni²⁸.

Otrzymane wyniki badań są obiecujące, dlatego też wymagają kontynuacji wśród większej populacji kobiet z chorobą niedokrwinną serca.

Wnioski

1. Badaną grupę kobiet z ChNS charakteryzuje wysoki poziom niepokoju i lęku.

²⁸ Por. ZACHARIAE et al. Experimental Pain and Psychologic Status of Patients with Chest Pain; KEOGH & HERDENFELDT, Gender, Coping and Perception of Pain.

2. W strukturze niepokoju i lęku dominuje wzmożone napięcie wewnętrzne (neurotyczne), autoagresja, podwyższona labilność emocjonalna i poczucie zagrożenia.
3. Prawidłowo zachowana pozostaje integracja osobowości. Stąd można przypuszczać, że wysoki poziom niepokoju i lęku nie wynika z braku harmonii osobowości czy z braku zwartości postaw, a raczej ze słabych mechanizmów obrony przed lękiem.
4. W strukturze osobowości kobiet z chorobą niedokrwienną serca dominują cechy Sumienności, Ugodowości i Ekstrawersji.
5. U kobiet z ChNS strategią o najwyższym znaczeniu w radzeniu sobie z bólami wieńcowymi było „Modlenie się i Pokładanie Nadziei”. Równie często stosowanymi strategiami były „Deklarowanie Radzenia Sobie”, „Odwracanie Uwagi” oraz „Zwiększona Aktywność Behawioralna”.
6. Wyniki badań wskazują, że u kobiet z chorobą niedokrwienną serca celowe winno być stosowanie odpowiednich form pomocy psychoterapeutycznej, obniżających poziom tendencji autoagresywnych i wysokiego napięcia wewnętrznego.
7. Działania psychoterapeutyczne prowadzone wśród kobiet z chorobą niedokrwienną serca powinny być skoncentrowane na wzmacnianiu odporności psychicznej oraz na wypracowaniu strategii radzenia sobie z chorobą poprzez koncentrowanie się i podejmowanie zadań dających szansę wzbogacania kobietom z ChNS własnego rozwoju.

Summary

The aim of this paper is to characterize some personality traits of women with ischemic heart disease, in order to (a) determine their relationship to activity and inactivity, and (b) define the implications of that relationship for ways of coping with coronary pain. The study comprised $N = 100$ women

aged 33 to 80 years ($M = 60.36$; $SD = 9.55$), hospitalized in the Department of Cardiology, who underwent angiography for the assessment of coronary arteries. Psychological studies have been conducted using clinical interviews, involving the IPAT Anxiety Scale Questionnaire (R.B. CATTELL), the Pain Coping Strategies Questionnaire (A.K. ROSENSTIEL & F.J. KEEFE) and the NEO Five-Factor Personality Inventory (NEO-FFI; P.T. COSTA & R.R. MCCRAE).

The results obtained indicate that where a group of one hundred women with ischemic heart disease was concerned, their level of anxiety and fear stood at an almost neurotic level. In the structure of anxiety and fear one may observe the predominance of a strong tendency towards self-blame, experiencing feelings of guilt, and exhibiting high levels of internal tension. Among the personality traits in question, the following clearly dominated: extroversion, agreeableness and conscientiousness. The principal strategies for dealing with pain on the part of women with IHD were "prayer and hope", "declarations of coping" and "diverting attention". In women with ischemic heart disease, it would thus be advisable to employ psychotherapeutic strategies aimed at lowering the tendency towards self-destructive (auto-aggressive) behaviour and reducing any elevated levels of internal tension. Psychotherapeutic activities conducted among women with IHD should focus on strengthening psychological resilience, and on working out ways to cope with the disease by undertaking tasks which give them a chance to enrich their own development.

Key words: ischemic heart disease (IHD) – anxiety and fear – personality trait – pain coping strategies

Literatura

- BRODA, G. & S. RYWIK, Wielośrodkowe ogólnopolskie badanie zdrowia ludności – projekt WOBASZ: Zdefiniowanie problemu oraz cele badania, *Kardiologia Polska* 63(6) (Suppl. 4) (2005), s. 601–604.

- CYBULSKA, B. & W.B. SZOSTAK, Zaburzenia gospodarki lipidowej w okresie przed- i pomenopauzalnym, [w:] *Choroby serca u kobiet* (1. wyd.) [red.] G. ŚWIĄTECKA, Gdańsk : Wydawnictwo Via Medica, 2000, s. 100–109.
- FLEET, R., K. LAVOIE & B.D. BEITMAN, Is Panic Disorder Associated with Coronary Artery Disease? A Critical Review of the Literature, *Journal Psychosomatic Research* 48 (2000), s. 347–356.
- FRASURE-SMITH, N., In Hospital Symptoms of Psychological Stress as Predictors of Long-Term Outcome after Myocardial Infarction in Men, *American Journal of Cardiology* 67 (1991), s. 121–127.
- FRASURE-SMITH, N., F. LESPERANCE, M. JUNEAU, M. TALAJIC & M.G. BOURASSA, Gender, Depression, and One-Year Prognosis after Myocardial Infarction, *Psychosomatic Medicine* 61(1) (1999), s. 26–37.
- GORCZYŃSKI, T., Behawioralne czynniki ryzyka, [w:] *Choroby serca u kobiet* (1. wyd.) [red.] G. ŚWIĄTECKA, Gdańsk : Wydawnictwo Via Medica, 2000, s. 71–86.
- GRACE, S.L., R. FRY, A. CHEUNG & D.E. STEWART, Cardiovascular Disease, *BMC Womens Health* 4 (Suppl 1) (2004), S15, URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2096681/>.
- HERMANN, D., *Serce kobiety*, [przeł.] J. PRĄDZYŃSKA, Warszawa : Wydawnictwo Albatros, 2013.
- JANKOWSKI, P., Behawioralne i psychosocjalne (palenie tytoniu, depresja, status socjospołeczny, ruch i sport) czynniki ryzyka miażdżycy, [w:] *Choroby serca u kobiet* (3. wyd.) [red.] G. ŚWIĄTECKA, Gdańsk : Wydawnictwo Via Medica, 2015, s. 253–268.
- JUCZYŃSKI, Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa : Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2001.
- KEOGH, E. & M. HERDENFELDT, Gender, Coping and Perception of Pain, *Pain* 97(3) (2002), s. 195–201.
- KUBICA, A., E. ZABIELSKA, A. SUKIENNIK, T. ŻÓŁKIEWSKA, J. KUBICA & J. LACKOWSKI, Somatyczne i psychiczne uwarunkowania

- odmiennego przebiegu choroby niedokrwiennej serca u kobiet i mężczyzn, *Forum Kardiologów* 10(4) (2005), s. 138–141.
- ŁAZOWSKI, J., [red.] *Problemy psychosomatyczne w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym i chorobie wieńcowej*, Warszawa : Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1982.
- ŁOBOZ-GRUDZIEN, K. & J. JAROCZ, Udział kobiet w badaniach klinicznych w kardiologii, [w:] *Choroby serca u kobiet* (3. wyd.) [red.] G. ŚWIĄTECKA, Gdańsk : Wydawnictwo Via Medica, 2015, s. 167–183.
- MAAS, A.H., Y.T. van der SCHOUW, V. REGITZ-ZAGROSEK, E. SWAHN, Y.E. APPELMAN, G. PASTERKAMP, H. TEN CATE, P.M. NILSSON, M.V. HUISMAN, H.C. STAM, K. EIZEMA & M. STRAMBA-BADIALE, Red Alert for Women's Heart: The Urgent Need for More Research and Knowledge on Cardiovascular Disease in Women: Proceedings of the Workshop Held in Brussels on Gender Differences in Cardiovascular Disease, 9 September 2010, *European Heart Journal* 32(11) (2011), s. 1362–1368.
- MAJEWICZ, A. & J.T. MARCINKOWSKI, Epidemiologia chorób układu krążenia: Dlaczego w Polsce jest tak małe zainteresowanie istniejącymi programami profilaktycznymi?, *Problemy Higieny i Epidemiologii* 89(3) (2008), s. 322–325.
- MATYSIAKIEWICZ, J. & R. PUDŁO, Mechanizmy łączące depresję i zdarzenia sercowe, *Lęk i Depresja* 11(4) (2006), s. 281–291.
- MELLONI, C., J.S. BERGER, T.Y. WANG, F. GUNES, A. STEBBINS, K.S. PIEPER, R.J. DOLOR, P.S. DOUGLAS, D.B. MARK & L.K. NEWBY, Representation of Women in Randomized Clinical Trials of Cardiovascular Disease Prevention, *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes* 3(2) (2010), s. 135–142.
- MOSER, D.K., K. DRACUP, S. MCKINLEY, K. YAMASAKI, C.J. KIM, B. RIEGEL, C. BALL, L.V. DOERING, K. AN & M. BARNETT, An International Perspective on Gender Differences in Anxiety Early After Acute Myocardial Infarction, *Psychosomatic Medicine* 65(4) (2003), s. 511–516.
- NASIŁOWSKA-BARUD, A., Charakterystyka czynników osobowości w ujęciu teorii P.T. Costy i R.R. McCrae'a oraz analiza zespołów

- potrzeb psychicznych u kobiet z chorobą niedokrwienną serca, [w:] *Zdrowie – stres – choroba w wymiarze psychologicznym*, [red.] H. WRONA-POLAŃSKA, Kraków : Oficyna Wydawnicza Impuls, 2008, s. 271–278.
- NASIŁOWSKA-BARUD, A., Niektóre psychosomatyczne aspekty cukrzycy, (Rozprawa doktorska), Katolicki Uniwersytet Lubelski, 1981.
- NASIŁOWSKA-BARUD, A., Zmiany psychosomatyczne u chorych po świeżym zawale serca w okresie pięcioletniej rehabilitacji, (Rozprawa habilitacyjna), Akademia Medyczna w Lublinie, 1996.
- NORRBRINK, C., B. MOLIN & T. LUNDEBERG, [red.] *Ból z perspektywy fizjologii*, [przeł.] P. ZBOROWSKI, Poznań : Wydawnictwo Exemplum, 2013.
- PŁUŻEK, Z., [et al.], *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy*, [red.] J. ŁAZOWSKI, Warszawa : Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1978.
- RECZUCH, K. & K. WRABEC, Charakterystyka i odmienności kliniczne choroby niedokrwiennej serca u kobiet, *Kardiologia Polska* 52 (Supl. 3) (2000), s. 12–16.
- STRAMBA-BADIALE, M., Women and Research on Cardiovascular Diseases in Europe: A Report from the European Heart Health Strategy (EuroHeart) Project, *European Heart Journal* 31(14) (2010), s. 1677–1681d, URL : <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/31/14/1677.full.pdf>.
- ŚWIĄTECKA, G., J. KUBICA & K. RECZUCH, Choroba niedokrwienna serca, [w:] *Choroby serca u kobiet* (1. wyd.) [red.] G. ŚWIĄTECKA, Gdańsk : Wydawnictwo Via Medica, 2000, s. 165–187.
- ZACHARIAE, R., H. MELCHIOSEN, O. FRØBERT, P. BJERRING & J.P. BAGGER, Experimental Pain and Psychologic Status of Patients with Chest Pain with Normal Coronary Arteries or Ischemic Heart Disease, *American Heart Journal* 142(1) (2001), s. 63–71.
- ZAWADZKI, B., J. STRELAU, P. SZCZEPANIK & M. ŚLIWIŃSKA, *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*, Warszawa : Pracownia

Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa
Psychologicznego, 1998.

ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ, D. & B. WIERUSZ-WYSOCKA, Otyłość,
zespół metaboliczny i cukrzyca jako czynniki ryzyka chorób
układu sercowo-naczyniowego, [w:] *Choroby serca u kobiet*
(3. wyd.) [red.] G. ŚWIĄTECKA, Gdańsk : Wydawnictwo Via
Medica, 2015, s. 239–252.