

Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym

The assessment of the level of coping style and health locus of control in patients with coronary heart disease and hypertension

Katarzyna Opuchlik¹, Magdalena Wrzesińska², Józef Kocur²

¹ Klinika Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej UM w Łodzi

Kierownik: prof. dr hab. n. med. L. Pawlicki

² Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej UM w Łodzi

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Kocur

Summary

Aim. The assessment of the level of coping style and health locus of control in patients with coronary heart disease and hypertension.

Method. The sample studied consisted of 112 patients (81 M, 31 F) at the age of 35–65 years. Two groups participated in the study; first with coronary heart disease and hypertension and second with hypertension without other diseases. The Coping Inventory for Stressful Situation and Multidimensional Health Locus of Control Scale were used in the study.

Results. Two groups of patients used the most frequent task-oriented coping style. The significant differences were seen between groups in the external health locus of control ($t = 2.113$; $p < 0.05$); patients with coronary heart disease and hypertension revealed the strongest conviction that their health depended on other people.

Conclusion. Patients with coronary heart disease and hypertension choose the task-oriented coping style. Patients with hypertension declare for internal health locus of control. Patients with coronary heart disease and hypertension declare for external locus of control.

Słowa kluczowe: choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, stres, umiejscowienie kontroli zdrowia

Key words: coronary heart disease, hypertension, stress, health locus of control

Wstęp

Choroby układu sercowo-naczyniowego (CVD, cardiovascular disease) pozostają nadal główną przyczyną przedwczesnej umieralności wśród mężczyzn i kobiet w Polsce [1, 2]. Jednym z najważniejszych czynników ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia jest nadciśnienie tętnicze, którego średnia częstość występowania w naszym kraju wynosi ok. 36% [3, 4, 5]. Obecnie w etiopatogenezie chorób serca i naczyń przypisuje

się coraz większe znaczenie czynnikom psychospołecznym, wśród których najczęściej wymienia się przewlekły stres, niski poziom wsparcia społecznego, określone cechy osobowości (typ osobowości A, typ osobowości D) oraz depresję [6, 7, 8, 9].

Wskazuje się na trzy czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych związane ze stresem, tj. wzmożone napięcie wywołane podejmowaniem decyzji, zagęszczenie populacji oraz zmiana trybu życia [10]. Czynniki stresogenne mogą poza tym wpływać pośrednio na rozwój tych chorób, co zdarza się w przypadku podejmowania zachowań ryzykownych (np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowe odżywianie się), lub bezpośrednio poprzez mechanizmy fizjologiczne [11, 12].

Istotną cechą regulującą funkcjonowanie jednostki w trudnych sytuacjach jest poczucie kontroli. Warunkuje ono przebieg procesu stresowego poprzez ocenę stopnia zagrożenia i podejmowania określonych strategii radzenia sobie ze stresem [13, 14]. Wyróżnia się dwa rodzaje poczucia umiejscowienia kontroli w odniesieniu do stanu zdrowia: wewnętrzne umiejscowienie kontroli, które jest wyrazem przekonania jednostki o jej bezpośrednim wpływie na stan zdrowia, oraz zewnętrzne – gdy jest ona przekonana, że stan jej zdrowia uzależniony jest od czynników zewnętrznych. Mogą one obejmować szczęście, przypadek, przeznaczenie lub też innych ludzi [15].

W pracy zostanie dokonana ocena najczęściej preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem oraz poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia w zależności od badanej grupy, płci, wieku i czasu trwania choroby.

Material

Badaniami objęto grupę 112 osób (81 mężczyzn i 31 kobiet) w wieku 35–65 lat ($x = 51,05$ roku; $s = 10,1$). W badaniu uczestniczyły dwie grupy pacjentów. Grupę pierwszą tworzyło 60 osób (43 mężczyzn i 17 kobiet) z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej serca oraz nadciśnienia tętniczego (średni wiek wynosił 54,2, odchylenie standardowe – 7,2). Drugą grupę stanowiły 52 osoby (38 mężczyzn i 14 kobiet) z nadciśnieniem tętniczym, u których wykluczono inne jednostki chorobowe (średni wiek wynosił 47 lat, odchylenie standardowe – 9,2). Średni czas trwania choroby niedokrwiennej serca w grupie 1 wynosił 4,4 roku, odchylenie standardowe – 6,4.

Średni czas trwania nadciśnienia tętniczego w grupie 1 wynosił 8,8 roku; odchylenie standardowe – 6,3, a w grupie 2 – 7,9 roku; odchylenie standardowe – 5,6.

Analiza danych socjodemograficznych wskazuje, że większość badanych (86%) pozostawała w sformalizowanym związku małżeńskim, 10% deklarowało stan wolny, a pozostałe osoby były rozwiedzione lub owdowiały. Ponad 60% badanych pochodziło z miast liczących powyżej 100 tys. mieszkańców, prawie co piąta osoba mieszkała na wsi. Blisko 40% badanych deklarowało wykształcenie średnie, wyższe – prawie co piąta osoba, pozostali mieli wykształcenie podstawowe lub zawodowe. Ponad 60% pacjentów uczestniczących w badaniu było aktywnych zawodowo, ok. 35% było emerytami lub rencistami, tylko 4 osoby były bezrobotne.

Wszyscy pacjenci uczestniczący w badaniu byli hospitalizowani w Klinice Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej UM. Badani mieli zdolność prawną do

wyrażania zgody na wzięcie udziału w procedurach badawczych. Zgodę na przeprowadzenie badań wyraziła Komisja Bioetyki UM.

Metoda

W badaniach wykorzystano dwa narzędzia badawcze. Pierwsze z nich stanowiła polska wersja Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych – CISS (autorzy: Norman S. Ender, James D. A. Parker; adaptacja: Jan Strelau, Aleksandra Jaworowska, Kazimierz Wrześniewski, Piotr Szczepaniak) [16]. Kwestionariusz ten zawiera 48 stwierdzeń, które dotyczą różnych zachowań w sytuacjach stresowych. Pozwala on na dokonanie oceny poziomów określonych stylów radzenia sobie ze stresem, tj. stylu skoncentrowanego na zadaniu (CZ), emocjach (CE) i unikaniu (CU). W ramach stylu skoncentrowanego na unikaniu wyodrębniono dwie podskale: angażowanie się w czynności zastępcze (CZAS) i poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PT). W każdej ze skal można uzyskać od 16 do 80 punktów, w przypadku podskali angażowania się w czynności zastępcze od 8 do 40 punktów, a w podskali poszukiwanie towarzystwa 5–25 punktów. Interpretacja wyników odbywa się oddzielnie dla każdego parametru przez sumowanie wag [17].

W pracy wykorzystano również polską wersję Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) (autorzy: Kenneth A. Wallston, Barbara S. Wallston, Robert de Vellis; adaptacja: Zygfryd Juczyński) badającą przekonania jednostki o trzech typach kontroli zdrowia, tj. wewnętrznym (przekonanie, że kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie samego), wpływu innych (przekonanie, że stan własnego zdrowia jest skutkiem oddziaływania innych, głównie personelu medycznego) oraz przypadku (stan zdrowia uzależniony jest od przypadku lub innych czynników zewnętrznych). W każdej ze skal MHLC można otrzymać od 6 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na stan zdrowia [18].

W analizie statystycznej dokonano porównania uzyskanych wyników w zależności od badanej grupy, płci, wieku badanych (średni wiek w grupie 1 wynosił 54,2 roku; w grupie 2 – 47 lat) oraz czasu trwania choroby.

Do opracowania danych zastosowano metody opisowe i metody wnioskowania statystycznego. Przed dokonaniem porównania średnich w badanych grupach sprawdzono zgodność rozkładów analizowanych cech mierzalnych z rozkładem normalnym za pomocą testu λ -Kolmogorowa. Rozkłady analizowanych cech nie odbiegały istotnie od rozkładu normalnego, zatem do porównania średnich zastosowano testy do porównania średnich z dużych grup, a w mało licznych grupach kobiet – test do porównania średnich z małych prób.

Wyniki

Badani pacjenci z obu grup najczęściej radzili sobie ze stresem w sposób zadaniowy, a najrzadziej w sposób unikowy. Płeć miała wpływ na częstość podejmowania kontaktów towarzyskich w grupie 1 ($t = 3,752$; $p < 0,001$); kobiety chętniej niż mężczyźni w sytuacjach stresowych poszukiwały kontaktów towarzyskich (tabela 1). W grupie

1 wykazano również związek między omawianą podskalą a czasem trwania choroby ($t = 2,043$; $p < 0,001$); stwierdzono, że czas trwania nadciśnienia tętniczego w tej grupie warunkuje zwiększoną częstość kontaktów towarzyskich (tabela 5). Wiek pacjentów nie miał istotnego wpływu na wybór sposobu radzenia sobie ze stresem (tabela 3).

Analiza statystyczna ujawniła istotne zróżnicowanie wyników w zależności od badanej grupy w zakresie zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia ($t = 2,113$; $p < 0,05$); osoby z grupy 1 wykazywały silniejsze przekonanie o wpływie innych osób na stan ich zdrowia (tabela 4). Płeć, wiek badanych oraz czas trwania choroby nie miał istotnego wpływu na poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia (tabela 2, 4, 6).

Tabela 1. Analiza poziomu określonych stylów radzenia sobie ze stresem w zależności od rozpoznania i płci

Styl radzenia sobie ze stresem	Grupa				Wartość testu t	p
	Grupa 1		Grupa 2			
	x	s	x	s		
Styl zadaniowy	56,8	8,9	56,1	7,2	0,476	> 0,05
Styl emocjonalny	43,0	10,4	45,4	8,6	1,328	> 0,05
Styl unikowy	35,4	7,7	35,4	7,3	0,034	> 0,05
Poszukiwanie towarzystwa	16,1	4,1	15,7	3,7	0,578	> 0,05
Czynności zastępcze	19,4	5,4	19,8	5,1	0,424	> 0,05
Grupa 1	Płeć				Wartość testu t	p
	Mężczyźni		Kobiety			
Styl zadaniowy	56,5	8,4	57,7	10,5	0,449	> 0,05
Styl emocjonalny	43,3	10,5	41,8	10,3	0,493	> 0,05
Styl unikowy	34,4	7,5	38,5	7,8	1,831	> 0,05
Poszukiwanie towarzystwa	15,0	3,7	19,2	3,7	3,752	< 0,001
Czynności zastępcze	19,4	5,1	19,3	6,3	0,027	> 0,05
Grupa 2	Płeć				Wartość testu t	p
	Mężczyźni		Kobiety			
Styl zadaniowy	56,6	7,5	55,1	6,6	0,684	> 0,05
Styl emocjonalny	45,0	8,1	46,2	10,0	0,455	> 0,05
Styl unikowy	35,4	7,3	35,4	7,4	0,006	> 0,05
Poszukiwanie towarzystwa	15,4	3,8	16,3	3,5	0,772	> 0,05
Czynności zastępcze	20,0	5,1	19,3	5,1	0,507	> 0,05

Grupa 1 – pacjenci z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego

Grupa 2 – pacjenci z nadciśnieniem tętniczym

Tabela 2. Analiza poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia w zależności od rozpoznania i płci

Poczucie kontroli zdrowia	Grupa				Wartość testu t	p
	Grupa 1		Grupa 2			
	x	s	x	s		
Kontrola wewnętrzna	25,5	5,0	26,7	5,1	1,331	> 0,05
Wpływ innych	26,7	5,4	24,4	6,1	2,113	< 0,05
Przypadek	19,7	5,6	19,2	6,8	0,453	> 0,05
Grupa 1	Płeć				Wartość testu t	p
	Mężczyźni		Kobiety			
	x	s	x	s		
Kontrola wewnętrzna	26,0	4,8	23,7	5,4	1,608	> 0,05
Wpływ innych	27,1	5,2	25,4	6,0	1,061	> 0,05
Przypadek	19,1	5,7	21,5	4,8	1,494	> 0,05
Grupa 2	Płeć				Wartość testu t	p
	Mężczyźni		Kobiety			
	x	s	x	s		
Kontrola wewnętrzna	27,1	4,9	26,0	5,7	0,680	> 0,05
Wpływ innych	24,5	5,4	24,1	7,7	0,203	> 0,05
Przypadek	19,9	6,3	17,6	7,8	1,131	> 0,05

Grupa 1 – pacjenci z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego

Grupa 2 – pacjenci z nadciśnieniem tętniczym

Tabela 3. Zależność między wiekiem a sposobem radzenia sobie ze stresem w zależności od rozpoznania

Wiek a:	Współczynnik korelacji prostoliniowej r	Wartość testu t	p
Grupa 1			
Styl zadaniowy	-0,11	0,871	> 0,05
Styl emocjonalny	0,02	0,122	> 0,05
Styl unikowy	0,05	0,369	> 0,05
Poszukiwanie towarzystwa	0,001	0,011	> 0,05
Czynności zastępcze	0,07	0,566	> 0,05
Grupa 2			
Styl zadaniowy	0,01	0,096	> 0,05
Styl emocjonalny	0,12	0,902	> 0,05
Styl unikowy	-0,06	0,413	> 0,05
Poszukiwanie towarzystwa	-0,03	0,242	> 0,05
Czynności zastępcze	-0,07	0,521	> 0,05

Grupa 1 – pacjenci z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej serca

Grupa 2 – pacjenci z nadciśnieniem tętniczym

Tabela 4. **Zależność między wiekiem a umiejscowieniem kontroli zdrowia w zależności od rozpoznania**

Poczucie kontroli zdrowia	Współczynnik korelacji prostopadkowej r	Wartość testu t	p
Grupa 1			
Kontrola wewnętrzna	-0,10	0,009	> 0,05
Wpływ innych	0,16	0,027	> 0,05
Przypadek	0,10	0,011	> 0,05
Grupa 2			
Kontrola wewnętrzna	-0,01	0,064	> 0,05
Wpływ innych	0,25	1,819	> 0,05
Przypadek	0,08	0,568	> 0,05

Grupa 1 – pacjenci z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego

Grupa 2 – pacjenci z nadciśnieniem tętniczym

Tabela 5. **Zależność między czasem trwania choroby a sposobem radzenia sobie ze stresem u badanych pacjentów**

Czas trwania choroby a:	Współczynnik korelacji prostopadkowej r	Wartość testu t	p
Grupa 1			
Choroba niedokrwienność serca			
Styl zadaniowy	0,03	0,224	> 0,05
Styl emocjonalny	0,02	0,152	> 0,05
Styl unikowy	0,17	1,346	> 0,05
Poszukiwanie towarzystwa	0,15	1,182	> 0,05
Czynności zastępcze	0,13	1,004	> 0,05
Nadciśnienie tętnicze krwi			
Styl zadaniowy	0,01	0,727	> 0,05
Styl emocjonalny	0,09	0,713	> 0,05
Styl unikowy	0,18	1,428	> 0,05
Poszukiwanie towarzystwa	0,26	2,043	< 0,001
Czynności zastępcze	0,07	0,520	> 0,05
Grupa 2			
Nadciśnienie tętnicze krwi			
Styl zadaniowy	0,03	0,217	> 0,05
Styl emocjonalny	-0,13	0,940	> 0,05
Styl unikowy	-0,15	1,071	> 0,05
Poszukiwanie towarzystwa	0,02	0,172	> 0,05
Czynności zastępcze	-0,24	1,753	> 0,05

Grupa 1 – pacjenci z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego

Grupa 2 – pacjenci z nadciśnieniem tętniczym

Tabela 6. Zależność między czasem trwania choroby a umiejscowieniem kontroli zdrowia u badanych pacjentów

Poczucie kontroli zdrowia	Współczynnik korelacji prostoliniowej r	Wartość testu t	p
Grupa 1			
Choroba niedokrwienna serca			
Kontrola wewnętrzna	-0,04	0,283	> 0,05
Wpływ innych	0,24	1,935	> 0,05
Przypadek	0,19	1,453	> 0,05
Nadciśnienie tętnicze krwi			
Kontrola wewnętrzna	0,002	0,020	> 0,05
Wpływ innych	0,02	0,184	> 0,05
Przypadek	0,20	1,581	> 0,05
Grupa 2			
Nadciśnienie tętnicze krwi			
Kontrola wewnętrzna	0,06	0,454	> 0,05
Wpływ innych	0,12	0,872	> 0,05
Przypadek	-0,10	0,722	> 0,05

Grupa 1 – pacjenci z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego
 Grupa 2 – pacjenci z nadciśnieniem tętniczym

Omówienie

Analiza literatury poruszającej problematykę chorób układu sercowo-naczyniowego wskazuje na istotną rolę czynników psychospołecznych w etiopatogenezie choroby niedokrwiennej serca oraz nadciśnienia tętniczego, a fakt częstego współwystępowania tych chorób sugeruje istnienie wspólnego podłoża psychologicznego i środowiskowego [14, 19, 20, 21].

Jeden z celów pracy dotyczył oceny poziomu określonego sposobu radzenia sobie ze stresem wśród pacjentów z chorobą wieńcową oraz nadciśnieniem tętniczym – stylu skoncentrowanego na zadaniu, który polega na rozwiązywaniu problemu na drodze przekształcania poznawczego lub próby zmiany sytuacji, stylu skoncentrowanego na emocjach, charakterystycznego dla osób o skłonnościach depresyjnych i lękowych [22, 23, 24], oraz wypierania myśli o sytuacji stresowej (stylu skoncentrowanego na unikaniu), przejawiającego się w dwóch formach – jako angażowanie się w czynności zastępcze (np. oglądanie telewizji, objadanie się) lub poszukiwanie towarzystwa (np. rozmowy przez telefon, spotkania towarzyskie) [22, 25, 26].

Badania przeprowadzone przez nasz zespół wykazały, że najczęściej wybieranym sposobem radzenia sobie ze stresem przez większość chorych z obu grup był styl skoncentrowany na zadaniu. Reakcje biernego reagowania na stres, tj. koncentrowanie się

na emocjach i unikaniu, były wybierane rzadziej. Wiek badanych nie miał istotnego wpływu na wybór określonego sposobu radzenia sobie ze stresem. Płeć oraz czas trwania choroby miały jedynie dodatni wpływ na częstość kontaktów towarzyskich w grupie osób ze współwystępującą chorobą wieńcową oraz nadciśnieniem tętniczym. Wyniki te skłaniają do przypuszczeń, że osoby z badanymi chorobami sercowo-naczyniowymi w sytuacjach stresowych najczęściej koncentrują się na zadaniu i podejmują działania ukierunkowane na rozwiązanie problemu. Dla porównania, z badań innych autorów wynika, iż pacjenci po zawale mięśnia sercowego charakteryzują się wysokim nasileniem stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na emocjach. Pacjenci po zawale mięśnia sercowego stosujący styl zadaniowy radzenia sobie ze stresem, w porównaniu z chorymi stosującymi styl emocjonalny, korzystniej adaptują się w obliczu choroby, a także rzadziej doświadczają takich emocji jak lęk i depresja [19].

Kolejną cechą osobowości wykazującą związek ze sposobem radzenia sobie ze stresem jest umiejscowienie kontroli zdrowia. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia świadczy o przekonaniu jednostki, że jej stan zdrowia zależy od czynników zewnętrznych. Osoby o tym poczuciu umiejscowienia kontroli zdrowia gorzej radzą sobie z sytuacjami stresowymi i ujawniają przekonanie o braku wpływu na przebieg radzenia sobie ze stresem. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia predysponuje również do negowania objawów choroby i pomniejszania konieczności przestrzegania zachowań mogących mieć istotny wpływ na przebieg leczenia i rehabilitacji [15, 27]. Osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia dążą do poprawy i utrzymania zdrowia oraz skuteczniej korzystają ze wsparcia społecznego [15].

Stwierdziliśmy także istotne zróżnicowanie wyników w zależności od badanej grupy w zakresie zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia; osoby ze współistniejącą chorobą wieńcową oraz nadciśnieniem tętniczym wyrażały silniejsze przekonanie o wpływie innych osób na stan ich zdrowia, w tym głównie personelu medycznego. Pacjenci z rozpoznaniem jedynie nadciśnieniem tętniczym najczęściej deklarowali wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia.

Dla porównania – z badań innych autorów wynika, iż mężczyźni po zawale mięśnia sercowego charakteryzują się zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia [18].

Podsumowując, przeprowadzone przez nas badania ujawniły, że najczęściej wybieranym stylem radzenia sobie ze stresem przez pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi jest styl skoncentrowany na zadaniu, który uznany jest za skuteczny sposób radzenia sobie z procesem chorobowym. Badania innych autorów wskazują również, że w przypadku tej grupy chorych wybieranie zadaniowego sposobu radzenia sobie ze stresem sprzyja lepszemu przystosowaniu się do przewlekłej choroby [8]. Istotne różnice między badanymi grupami stwierdzono w zakresie zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia. Współwystępowanie choroby wieńcowej oraz nadciśnienia tętniczego determinuje przekonanie, że własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych osób. Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, u których wykluczono inne jednostki chorobowe, przypisywali większe znaczenie wewnętrznemu umiejscowieniu kontroli zdrowia.

Wnioski

1. Osoby z rozpoznaniem choroby wieńcowej i nadciśnienia tętniczego oraz z nadciśnieniem tętniczym, u których wykluczono inne jednostki chorobowe, najczęściej radzą sobie ze stresem w sposób zadaniowy.
2. Istotne różnice między badanymi grupami ujawniono w zakresie zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia; chorzy ze współistniejącą chorobą niedokrwienną serca oraz nadciśnieniem tętniczym wykazywali silniejsze przekonanie o wpływie innych osób na stan ich zdrowia.

Оценка способов преодоления стресса и направления локализации контролирования здоровья у людей с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией

Содержание

Задание. Проведение оценки преодоления стресса, а также направления локализации контроля здоровья у людей с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией. Метод. Исследованием охвачено 112 человек (81 мужчин и 31 женщины) в возрасте 35–65 лет. В исследовании принимали участие две группы пациентов, а именно, с сопутствующей коронарной болезнью и артериальной гипертонией, а вторая группа с артериальной гипертонией с исключением иных болезненных единиц. В работе использован глоссарий CISS и Полифакторную шкалу локализации контроля здоровья.

Результаты. Пациенты обеих групп чаще всего справлялись со стрессом по способу поставленного задания. Отмечена существенная разница результатов в зависимости от исследованной группы в радиусе внешней локализации контроля здоровья ($t = 2,113$, $p < 0,05$). Больные с сопутствующей коронарной болезнью и артериальной гипертонией были более уверенными, что их состояние здоровья зависит от влияния иных людей.

Выводы. Пациенты с диагнозом коронарной болезни и артериальной гипертонией чаще всего справляются со стрессом по способу поставленного перед собой задания. Больные с артериальной гипертонией без сопутствующих болезней проявляют тенденции до внешней локализации контролирования состояния здоровья. Сосуществование болезней ишемического состояния сердца и артериальной гипертонии влияют на худшую адаптацию к болезненному процессу.

Beurteilung der Art und Weise der Selbsthilfe im Stress und Richtung der Lokalisierung der Gesundheitskontrolle bei Personen mit Herzschämie und Bluthochdruck

Zusammenfassung

Ziel. Die Beurteilung der Art und Weise der Selbsthilfe im Stress und Richtung der Lokalisierung der Gesundheitskontrolle bei Personen mit Herzschämie und Bluthochdruck.

Methode. An die Studie wurden 112 Personen (81 Männer und 31 Frauen) im Alter von 35 bis 65 Jahren eingeschlossen. An der Studie nahmen zwei Gruppen der Patienten teil, dh. mit komorbider Koronarkrankheit und Bluthochdruck und Bluthochdruck ohne andere Krankheiten. Bei der Studie wurden der Fragebogen CISS und die Mehrdimensionale Skala der Lokalisierung der Gesundheitskontrolle angewendet.

Ergebnisse. Die Patienten aus beiden Gruppen halfen sich beim Stress auf aufgabeorientierte Art und Weise. Es zeigte sich signifikante Differenzierung der Ergebnisse abhängig von der untersuchten Gruppe im Bezug auf die äußere Lokalisierung der Gesundheitskontrolle ($t = 2,113$; $p < 0,05$); die Personen mit komorbider Koronarkrankheit und Bluthochdruck zeigten stärkere Überzeugung, dass ihr Gesundheitszustand vom Einfluss anderer Personen abhängt.

Schlussfolgerungen. Die Patienten mit der Diagnose Koronarkrankheit und Bluthochdruck helfen sich im Stress am häufigsten auf aufgabeorientierte Weise. Die Kranken mit Bluthochdruck ohne andere Krankheiten zeigten die Tendenz zur äußeren Lokalisierung der Gesundheitskontrolle. Die Komorbidität der Koronarkrankheit und des Bluthochdruckes hat einen Einfluss auf die schlechtere Anpassung zum Krankheitsprozess.

L'estimation des styles de se débrouiller du stress et du lieu du contrôle de la santé des patients souffrant de la cardiopathie coronarienne et de l'hypertension

Résumé

Objectif. Estimer les styles de se débrouiller avec le stress et du lieu du contrôle de la santé des patients souffrant de la cardiopathie coronarienne et de l'hypertension.

Méthode. On examine 112 patients (81 hommes et 31 femmes) âgés de 35–65 ans. Ils sont divisés en deux groupes : premier – patients souffrant de la cardiopathie coronarienne et en même temps de l'hypertension, second – souffrant seulement de l'hypertension, sans d'autres maladies. Cet examen est fait avec les questionnaires : CISS (the Coping Inventory for Stressful Situation) et le Multidimensional Health Locus of Control Scale.

Résultats. Les patients de ces deux groupes se débrouillent du stress avec le style orienté à la tâche. On constate que ces groupes diffèrent fortement quant au lieu du contrôle de la santé ($t = 2,113$; $p < 0,05$); les patients souffrants de la cardiopathie coronarienne et de l'hypertension sont plus convaincus que leur état de santé dépend d'autres personnes.

Conclusions. Les patients souffrant de la cardiopathie coronarienne et de l'hypertension se débrouillent avec le stress avec le style orienté à la tâche. Les patients avec l'hypertension seulement placent leur contrôle de la santé à l'intérieur d'eux-mêmes. La coexistence de la cardiopathie coronarienne et de l'hypertension rend leur adaptation à la maladie plus difficile.

Piśmiennictwo

1. Sulicka J, Fornal M, Gryglewska B, Wizner B, Grodzicki T. *Wybrane czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej.* *Nadciśn. Tętn.* 2006; 10 (5): 370–376.
2. Aalto AM, Heijmans M, Weinman J, Aro AR. *Illness perceptions in coronary heart disease. Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates.* *J. Psychosom. Res.* 2005; 58 (5): 393–402.
3. Rembek M, Goch A, Pośnik-Urbańska A, Jankowski P. *Wczesne i odległe rokowanie u chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi i nadciśnieniem tętniczym.* *Nadciśn. Tętn.* 2007; 11 (1): 60–65.
4. Kawecka-Jaszcz K, Pośnik-Urbańska A, Jankowski P. *Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w zależności od płci w świetle badań epidemiologicznych w Polsce.* *Nadciśn. Tętn.* 2007; 11 (5): 377–383.
5. Tykarski A, Posadzy-Mańczyńska A, Wyrzykowski B. *Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego oraz skuteczność jego leczenia u dorosłych mieszkańców naszego kraju. Wyniki programu WOBASZ.* *Kardiol. Pol.* 2005; 63: 614–619.
6. Pakalska-Korcala A, Zdrojewski T, Piwoński J, Radziwiłłowicz P, Landowski J, Wyrzykowski B. *Stres i niskie wsparcie społeczne jako społeczne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.* *Kardiol. Pol.* 2006; 64: 80–86.
7. Gil K, Radziwiłłowicz P, Zdrojewski T, Piwoński J, Landowski J, Wyrzykowski B. *Depresja jako czynnik ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego.* *Kardiol. Pol.* 2006; 64: 526–531.
8. Shen BJ, Myers HF, McCreary CP. *Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation quality – of – life outcomes.* *J. Psychosom. Res.* 2006; 60 (1): 3–11.

9. Strike PC, Steptoe A. *Psychosocial factors in the development of coronary artery disease*. Progr. Cardiovas. Dis. 2004; 46: 337–347.
10. Tylka J. *Psychosomatyka*. Warszawa: Wydawnictwo Kardynała Stefana Wyszyńskiego; 2000.
11. Ogińska-Bulik N. *Rola stresu w etiopatogenezie chorób*. Zeszyty Naukowe WSHE w Łodzi 2001; 2 (15): 7–16.
12. Ogińska-Bulik N. *Rola stresu w etiopatogenezie chorób sercowo-naczyniowych*. Zeszyty Naukowe WSHE w Łodzi 2001; 2 (15): 8–25.
13. Wrześniewski K. *Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych*. W: Strelau J, red. *Psychologia*. T. 3. Gdańsk: GWP; 2000, s. 493–512.
14. Moryś J, Jeżewska M, Rynkiewicz A. *Znaczenie stresu w patofizjologii nadciśnienia tętniczego. Część II*. Arter. Hipertens. 2005; 9 (5): 374–384.
15. Juczyński Z. *Przekonania i oczekiwania wyznacznikami zachowań związanych ze zdrowiem*. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N, red. *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: WUL; 2003, s. 49–61.
16. Kolorczuk T. *Wybrane problemy pomiaru stylów radzenia sobie ze stresem*. W: Dębski W, red. *Profilaktyka psychologiczna w wojsku – materiały pomocnicze*. Warszawa: MON; 1998, s. 66–78.
17. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. *CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych – podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa; 2007.
18. Juczyński Z. *Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLIC*. W: Juczyński Z, red. *Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001, s. 79–84.
19. Wrześniewski K. *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*. Gdańsk: GWP; 2004.
20. Walton KG, Schneider RH, Nidich SI, Salerno JW, Nordstrom CK, Bairey Merz CN. *Psychosocial stress and cardiovascular disease. Part 2: Effectiveness of the Transcendental Meditation Program in treatment and prevention*. Behav. Med. 2002; 28 (3): 106–123.
21. Macleod J, Smith GD, Heslop P, Metcalfe C, Carroll D, Hart C. *Psychological stress and cardiovascular disease: empirical demonstration of bias in a prospective observational study of Scottish men*. BMJ 2002; 324: 1247–1251.
22. Heszen-Niejodek I. *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. W: Strelau J, red. *Psychologia*. Tom 3. Gdańsk: GWP; 2000, s. 465–492.
23. Heszen-Niejodek I. *Psychologiczne problemy chorych somatycznie*. W: Strelau J, red. *Psychologia*. Tom 3. Gdańsk: GWP; 2000, s. 513–531.
24. Sheridan ChL, Radmacher SA. *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: IPZ; 1998.
25. Jachnis A. *Cechy temperamentalne a style radzenia sobie ze stresem*. Studia Psychol. 2000; 1: 53–58.
26. Terelak JF. *Studia z psychologii stresu*. Warszawa: ATJ; 1997.
27. Juczyński Z. *Poczucie skuteczności – teoria i pomiar*. Acta Univers. Łódź. 2000; 4: 11–24.

Adres: Katarzyna Opuchlik
Klinika Chorób Wewnętrznych
i Rehabilitacji Kardiologicznej
Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 5
90-647 Łódź, pl. gen. J. Hallera 1

Otrzymano: 18.07.2008
Zrecenzowano: 1.09.2008
Otrzymano po poprawie: 6.12.2008
Przyjęto do druku: 19.12.2008