

Ocena poziomu wybranych cech osobowości i jakości życia u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym

The assessment of personality trait and quality of life among the patients with hypertension

Summary

Arterial Hypertension 2013, vol. 17, no 2, pages: 1–4

Wprowadzenie

Poszukując etiopatogenezy rozwoju choroby nadciśnieniowej, wskazuje się między innymi na czynniki osobowościowe — biologiczne i psychiczne [1–4]. Z medycznego punktu widzenia związek pomiędzy osobowością a rozwojem nadciśnienia tętniczego tłumaczony jest trzema mechanizmami — zwiększoną aktywnością układu współczulnego (nadmierną reaktywnością układu krążenia), zmienioną regulacją neurohormonalną (podwyższonym stężeniem hormonów i neurotransmiterów — noradrenaliny, kortyzolu, testosteronu i katecholamin) oraz czynnikami behawioralnymi (nieprawidłowymi zachowaniami zdrowotnymi) [1, 3, 5]. Wśród psychicznych czynników osobowościowych predysponujących do wystąpienia nadmiernej reaktywności ciśnienia tętniczego wymienia się typ osobowości A (sprzyjający powstawaniu chorób somatycznych, głównie układu krążenia) oraz typ osobowości D (tzw. osobowość stresowa) [2, 4, 6]. Wzór osobowości A charakteryzuje się niecierpliwością, napięciem psychicznym, tłumionym gniewem i wrogością, skłonnością do dominacji i nadmiernej rywalizacji, potrzebą osiągnięć, a także tendencją do depresji maskowanej wysoką samodyscypliną i zaangażowaniem w pracę [7, 8]. Wśród cech charakterystycznych dla osobowości typu D wymienia się głównie tak zwaną negatywną emocjonalność (skłonność do doświadczania emocji negatywnych, rzadziej pozytywnych) oraz tak zwane hamowanie społeczne (świadome powstrzymywanie się od wyrażania emocji w sytuacjach społecznych, w obawie przed dezaprobatą i odrzuceniem) [4]. Związek psychicznych cech osobowości z nadciśnieniem

Adres do korespondencji: dr n med. Bernarda Bereza
Katedra Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii,
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie
e-mail: bernarda.bereza@kul.pl

 Copyright © 2013 Via Medica, ISSN 1428–5851

Tabela I. Statystyki opisowe EPQ-R oraz istotność różnic pomiędzy grupami w zakresie cech osobowości
Table I.

Podskale EPQ-R	Osoby chore (n = 35)		Osoby zdrowe (n = 35)		Istotność różnic	
	M	SD	M	SD	t (df)	p
Neurotyczność	5,86	1,99	5,17	1,95	-1,46(68)	0,075
Ekstrawersja	7,23	1,86	4,77	2,13	-5,14(68)	0,000***
Psychotyczność	5,37	2,29	4,77	2,16	-1,13(68)	0,132
Skala kłamstwa	4,83	1,69	5,60	1,72	1,89(68)	0,031*

M — wartość średnia; SD — odchylenie standardowe; t — statystyka testowa; df — liczba stopni swobody; p — jednostronna istotność statystyczna (*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001)

tętnicznym pozostaje ciągle w kręgu zainteresowań badaczy i klinicystów.

Cel pracy

W pracy zostanie dokonana ocena poziomu określonych cech osobowości (neurotyczności, ekstrawersji, psychotyczności, skłonności do zafalszowań) oraz subiektywnego poczucia jakości życia u pacjentów z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego, a także wzajemnych powiązań pomiędzy zmiennymi.

Material i metody

Zastosowano dwa narzędzia badawcze: polską adaptację Kwestionariusza Osobowości (EPQ-R) H. J. Eysencka w opracowaniu **P. Drwala i R. Ł. Brzozowskiego (1995)** oraz polską adaptację Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) E. Diener, R. A. Emmons, R. J. Larson i S. Griffin w **opracowaniu Z. Juczyńskiego**. Pierwsza z metod pozwala zdiagnozować nasilenie cech neurotyzmu (24 itemy w skali N), ekstrawersji (23 itemy w skali E), psychotyzmu (32 itemy w skali P) oraz skłonności do zafalszowań (21 itemów w skali kłamstwa, K). Rzetelność skal polskiej wersji EPQ-R jest zadowalająca, skale spełniają kryteria trafności zbieżnej i różnicowej, trafność czynnikowa jest zgodna z oryginalną wersją skal kwestionariusza [9]. Druga z metod — Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) — bada aspekty subiektywnego poczucia jakości życia. Metodę tworzy pięć itemów. Rzetelność skali jest zadowalająca (0,81) [10].

Badania przeprowadzono na terenie województwa mazowieckiego i świętokrzyskiego, w okresie od lutego do maja 2011 roku, wśród 70 osób w wieku 35–45 lat, z zachowaniem zasady dobrowolnego i anonimowego w nich udziału. Respondentów poddano odpowiednim procedurom diagnostycznym w celu potwierdzenia rozpoznania nadciśnienia tętniczego i wykluczenia współwystępowania innych

schorzeń. Grupę badawczą ostatecznie stanowiło 35 pacjentów ambulatoryjnych, 15 kobiet i 20 mężczyzn, w wieku 35–44 lata [wartość średnia = 39,09 (M); odchylenie standardowe = 2,48(SD)]. Do grupy kontrolnej weszła równoliczna próba populacji 35 osób zdrowych, 20 kobiet i 15 mężczyzn, w wieku 35–45 lat (M = 39,74; SD = 3,09). Grupy nie różniły się znacząco statystycznie w zakresie podstawowych zmiennych socjodemograficznych. Ponad połowa osób chorych (57,1%) zamieszkiwała w mieście powyżej 20 000 mieszkańców, były to w większości osoby z wykształceniem wyższym (65,7%) lub średnim (28,6%), w związkach małżeńskich (57,1%) lub po rozwodzie (25,7%), aktywne zawodowo (82,9%). Spośród wszystkich zapytanych tylko 17,1% podało, iż nie odczuwa wpływu nadciśnienia tętniczego na jakość życia. Większość badanych deklarowała jej negatywny wpływ na jakość życia (68,6%). Najbardziej uciążliwa była konieczność stałego przyjmowania leków (48,6%), bóle i zawroty głowy (34,3%), a także uczucie duszności i kołatania serca w trakcie wysiłku fizycznego (20,0%).

Wyniki

Badania ujawniły, że pacjenci z nadciśnieniem tętnicznym charakteryzowali się wyższym od osób zdrowych nasileniem takich cech osobowości, jak neurotyczność, ekstrawersja i psychotyczność oraz niższym wynikiem w skali kłamstwa. Istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami zaobserwowano w wymiarze ekstrawersji (t = -5,14; p < 0,001) oraz skali kłamstwa (t = 1,89; p < 0,05). Natomiast w wymiarze neurotyczności zaobserwowano tendencję do różnic istotnych statystycznie (t = -1,46; p = 0,075) (tab. I).

Osoby z rozpoznaniem nadciśnienia tętnicznym charakteryzowały się istotnie niższym niż osoby zdrowe poziomem subiektywnie odczuwanej jakości życia (t = 2,32; p < 0,05) (tab. II).

Tabela II. Statystyki opisowe SWSL oraz istotność różnic pomiędzy grupami w zakresie jakości życia
Table II.

SWSL	Osoby chore (n = 35)		Osoby zdrowe (n = 35)		Istotność różnic	
	M	SD	M	SD	t (df)	p
WO jakości życia	4,97	1,98	6,09	2,05	2,32(68)	0,024*

M — wartość średnia; SD — odchylenie standardowe; t — statystyka testowa; df — liczba stopni swobody; p — jednostronna istotność statystyczna (*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001)

Poszukiwania związku pomiędzy jakością życia w chorobie nadciśnieniowej a strukturą osobowości ujawniły istotną statystycznie ujemną korelację między wymiarem neurotyczności a wynikiem ogólnym SWSL ($r = -0,353$, $p < 0,05$, związek słaby), a także dodatnią korelację między skalą kłamstwa a jakością życia badanych osób ($r = 0,395$, $p < 0,05$, związek słaby) (tab. III).

Dyskusja

Można przypuszczać, że wysoki poziom neurotyczności — rozumianej w psychologii jako osobowościowa cecha związana ze szczególną wrażliwością na stres oraz skłonnością do doświadczania negatywnych emocji [3] — łączy się z większą predyspozycją do nadciśnienia tętniczego. Badania naukowe nie potwierdzają tego jednoznacznie **Coelo i wsp., 1989, Pijanowska i wsp., 2001 za: [3, 11–13]**. Także w niniejszym opracowaniu identyfikowane u osób chorych, większe niż w próbie populacji osób zdrowych, nasilenie cech neurotyczności, należałoby łączyć raczej z samym faktem bycia chorym somatycznie, związanym z tym psychicznym cierpieniem (zamartwianiem się), generowanym przez stres z powodu choroby, niż włączać neurotyczność do predyktorów nadciśnienia tętniczego.

Różnice w zakresie osobowości pomiędzy badanymi grupami osób chorych i zdrowych w niniejszych badaniach dotyczyły istotnie wyższego w nadciśnieniu tętniczym poziomu ekstrawersji oraz istotnie mniejszej skłonności do zafalszowań. Badania Hozawa i wsp. [13] potwierdzają, że osoby wesole, towarzyskie, otwarte mają tendencję do podwyższonego ciśnienia krwi. Dla porównania, w badaniach Małyszczaka i wsp. [11] ekstrawersja nie różnicowała osób z nadciśnieniem od osób zdrowych. Brak powiązań wymiaru ekstrawersji i nadciśnienia tętniczego także w badaniach Spiro i wsp. [14]. W badaniach Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego [15] osobowość typu D (widziana jako czynniki ryzyka chorób krążenia) rozumieją jako odpowiednik neurotycznej introwersji, co także wnosi o silniejszych powiązaniach nad-

Tabela III. Związek pomiędzy osobowością a jakością życia osób z nadciśnieniem tętniczym

Table III.

Podskale EPQ-R	Korelacje	SWSL
Neurotyczność	r Pearsona	-0,353*
	p	0,038
Ekstrawersja	r Pearsona	-0,166
	p	0,341
Psychotyczność	r Pearsona	-0,173
	p	0,320
Skala kłamstwa	r Pearsona	0,395*
	p	0,019

r Pearsona — współczynnik korelacji; p — dwustronna istotność statystyczna (*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001)

ciśnienia tętniczego raczej z introwersją niż z jej przeciwnym biegunem. W badaniach tych autorów to introwersja między innymi okazała się wyznacznikiem choroby nadciśnieniowej [15]. Kwestia powiązań cech ekstrawersji z chorobą nadciśnieniową wymaga zatem dalszych badań.

Podobnie ma się pytanie o związek skłonności do zafalszowywania z nadciśnieniem tętniczym. Zdaniem Małyszczaka i wsp. [11] ukrywanie prawdy i konstruowanie pozorów wywołuje napięcie psychiczne i w konsekwencji napięcie układu autonomicznego, prowadząc do samoistnego nadciśnienia tętniczego. Natomiast prezentowane tu badania wykazały jakoby u osób z rozpoznaniem tętniczym skłonność do oszukiwania otoczenia i siebie samego co do prawdziwych intencji i potrzeb była predyktorem wystąpienia choroby.

Rozstrzygnięcie, na ile ekstrawersja i skłonność do kłamstwa łączą się z nadciśnieniem tętniczym, jest o tyle interesujące, że pozwalałoby nadać kierunek chociażby strategiom zmagania się ze stresem z powodu choroby (nacisk na uruchomienie zasobów osobistych, wsparcia społecznego, przewartościowania, pracy terapeutycznej nad minimalizacją zniekształceń poznawczych i myślenia katastroficznego). Tym bardziej, że badania ujawniły istotnie niższą, niż u osób zdrowych, jakość życia.

Ten biopsychospołeczny wymiar funkcjonowania osób z naciśnieniem tętniczym w prezentowanych badaniach łączył się z neurotycznością i tendencją do zafalszowań. Im mniej cech neurotyczności przejawiały osoby chore oraz im silniejsza była w tej grupie osobowościowa tendencja do ukazywania się w pozytywnym świetle, tym wyższe było poczucie satysfakcji z życia. Tym samym badania poza kontekstem teoretycznym (naukowym) wniosły wymiar aplikacyjny (praktyczny), potwierdzając sensowność pracy terapeutycznej nad identyfikacją, wglądem i radzeniem sobie z tak zwaną negatywną emocjonalnością w chorobie naciśnieniowej, a także pozytywnym myśleniem, przewartościowaniem i budowaniem leczącej psychicznie nadziei u pacjentów.

Wnioski

1. Osoby z naciśnieniem tętniczym posiadają istotnie więcej cech ekstrawersji ($p < 0,001$) oraz istotnie większą tendencję do pokazywania się w lepszym świetle ($p < 0,05$) niż osoby zdrowe.

2. Jakość życia osób z naciśnieniem tętniczym jest istotnie niższa niż osób zdrowych ($p < 0,05$).

3. Wysoka jakość życia osób z naciśnieniem tętniczym uwarunkowana jest niskim nasileniem neurotycznych cech osobowości ($p < 0,05$) oraz posiadaniem tendencji do ukazywania się w lepszym świetle ($p < 0,05$).

Streszczenie

Wstęp Celem badań była ocena wybranych cech osobowości (neurotyczności, ekstrawersji, psychotyczności oraz skłonności do zafalszowań), a także subiektywnego poczucia jakości życia u pacjentów z naciśnieniem tętniczym.

Materiał i metody W badaniach wykorzystano Kwestionariusz Osobowości Eysencka (EPQ-R) oraz Skalę Satysfakcji z Życia (SWSL).

Wyniki Osoby chore miały wyższy poziom cech ekstrawersji ($p < 0,001$) oraz mniejszą skłonność do zafalszowań ($p < 0,05$), niż osoby zdrowe. Jakość życia w chorobie była istotnie niższa ($p < 0,05$) niż w zdrowiu i korelowała ujemnie z neurotycznością ($p < 0,05$), a dodatkowo ze skalą kłamstwa ($p < 0,05$).

Wnioski Badania poza aspektem teoretyczno-naukowym wniosły wymiar aplikacyjno-terapeutyczny w kierunku podnoszenia jakości życia osób z naciśnieniem tętniczym.

słowa kluczowe: osobowość, jakość życia, naciśnienie tętnicze

Naciśnienie Tętnicze 2013, tom 17, nr 3, strony: 1–4

Piśmiennictwo

1. Çelik C., Özdemir B. Esansiyel Hipertansiyonda Psikolojik Etmenler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches In Psychiatry 2008; 2: 52–65.
2. Opuchlik K., Wrzesińska M., Kocur J. Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwienną serca i naciśnieniem tętniczym. Psychiatria Polska 2009; XLIII: 235–245.
3. Chachaj A., Małyszczak K. Czy określone cechy osobowości mogą prowadzić do wystąpienia naciśnienia tętniczego? **Naciśnienie tętnicze 2008**: 12: 300–308.
4. Ogińska-Bulik N. Osobowość typu D a występowanie chorób somatycznych. Sztuka Leczenia 2004; 10: 9–16.
5. Lim H.E., Lee M.S., Ko Y.H., Park Y.M., Joe S.H., Kim Y.K. i wsp. Assessment of the D personality construct in the Korean population: a validation study of the Korean DS14. Journal of Korean Medical Science 2011; 26: 116–123.
6. Sanz J., Paz García-Vera M., Mágan I., Espinosa R., Fort n M. Differences in personality between sustained hypertension, isolated clinic hypertension and normotension. European Journal of Personality 2007; 21: 209–227.
7. Małyszczak K., Pyszel A., Szuba A. Neurotyzm u pacjentów z naciśnieniem tętniczym. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2007; 16: 49–52.
8. Tylka Z. Psychologiczne aspekty chorób serca. Służba Zdrowia 2004; 93–96: 30–31.
9. Brzozowski P., Drwal R.Ł. Kwestionariusz osobowości Eysencka EPQ-R, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 1995.
10. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001.
11. Małyszczak K., Pyszel A., Szuba A. Cechy osobowości związane z rozpoznaniem naciśnienia tętniczego. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2009; 18: 127–132.
12. Hozawa A., Ohkubo T., Tsuji I., Kikuya M., Matsubara M., Suzuki T. i wsp. Relationship between personality and self-measured blood pressure value at home: the Ohasama study. Clinical and Experimental Hypertension 2002; 24: 115–123.
13. Kohler T., Scherbaum N., Richter R., Bottcher S. The relationship between neuroticism and blood pressure reexamined. An investigation of a nonclinical sample of military conscripts. Psychotherapy and Psychosomatics 1993; 60: 100–105.
14. Spiro A., Aldwin C.M., Ward K.D., Mroczek D.K. Personality and the incidence of hypertension among older men: longitudinal findings from the normative aging study. Health Psychology 1995; 14: 563–569.
15. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Właściwości osobowości sprzyjające chorobom somatycznym — rola typu D. Psychonkologia 2008; 12: 7–13.