

Cechy osobowości, poziom lęku i style radzenia sobie ze stresem u osób chorych na astmę oskrzelową i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc – analiza porównawcza

Personality traits, level of anxiety and styles of coping with stress in people with asthma and chronic obstructive pulmonary disease – a comparative analysis

Klaudia Tabała¹, Magdalena Wrzesińska¹, Patryk Stecz², Józef Kocur³

¹ Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej UM w Łodzi

² Zakład Metodologii Badań Psychologicznych i Statystyk, Instytut Psychologii,
Wydział Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego

³ Wyższa Szkoła Informatyki i Umiejętności w Łodzi

Autorzy pragną podziękować dr. hab. n. med. Tadeuszowi Pietrasowi za wsparcie merytoryczne.

Summary

Introduction. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma are a challenge to public health, with the sufferers experiencing a range of psychological factors affecting their health and behavior.

Aim. The aim of the present study was to determine the level of anxiety, personality traits and stress-coping ability of patients with obstructive lung disease and comparison with a group of healthy controls.

Material and methods. The research was conducted on a group of 150 people with obstructive lung diseases (asthma and COPD) and healthy controls (mean age = 56.0 ± 16.00). Four surveys were used: a sociodemographic survey, NEO-FFI Personality Inventory, State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and Brief Cope Inventory. Logistic regression was used to identify the investigated variables which best differentiated the healthy and sick individuals.

Results. Patients with asthma or COPD demonstrated a significantly lower level of conscientiousness, openness to experience, active coping and planning, as well as higher levels of neuroticism and a greater tendency to behavioral disengagement. Logistic regression found

trait-anxiety, openness to experience, positive reframing, acceptance, humor and behavioral disengagement to be best at distinguishing people with lung diseases from healthy individuals.

Conclusions. The results indicate the need for intervention in the psychological functioning of people with obstructive diseases.

Słowa kluczowe: profil osobowości, lęk, radzenie sobie ze stresem

Key words: personality profile, anxiety, coping with stress

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) oraz astma oskrzelowa (AO) są chorobami pulmonologicznymi stanowiącymi obecnie poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego [1, 2]. Liczba rozpoznań AO uległa potrojeniu w ostatnich trzech dekadach [3], a najwyższy wskaźnik zachorowalności odnotowuje się głównie w krajach wysoko rozwiniętych [3, 4]. W Polsce rozpowszechnienie astmy oskrzelowej odnotowuje się u 5,4% dorosłych [5, 6]. POChP w Polsce występuje u 27,7% mężczyzn i 16,6% kobiet po 45 roku życia [7], a badania europejskie wykazały obecność tej choroby u 8–10% osób po 30 roku życia [8].

Dane statystyczne potwierdzają wzrost wskaźnika hospitalizacji z powodu chorób pulmonologicznych w ostatnich trzech dekadach [8, 9]. Schorzenia te generują koszty pośrednie związane z wypłatami świadczeń socjalnych, spadkiem produktywności zawodowej oraz są przyczyną przedwczesnej śmierci [7, 10–12]. Rozpoznanie AO i POChP wymusza ściśle stosowanie się do zaleceń lekarskich, tj. zażywanie leków, wizyty kontrolne, uczestniczenie w zajęciach rehabilitacyjnych, stosowanie odpowiedniej diety, których nieprzestrzeganie może wpływać na pogarszanie stanu somatycznego i psychicznego [13]. Widoczna jest również relacja odwrotna – obniżone samopoczucie lub psychologiczne problemy doświadczane przez chorych mogą wpływać negatywnie na przestrzeganie zaleceń lekarskich, jakość życia, liczbę oraz długość hospitalizacji, a nawet długość życia [14–16].

Chorzy na POChP i AO postrzegają doświadczane objawy chorobowe jako uciążliwe, wywołujące lęk lub podwyższające poziom stresu [17]. Wymienione negatywne doświadczenia mogą prowadzić do rozwoju depresji bądź zespołu stresu pourazowego [17–21]. Należy jednak zaznaczyć, że pomimo odnotowywanych zaburzeń i chorób psychicznych nieliczna grupa chorych pulmonologicznie jest objęta leczeniem psychiatrycznym, psychoterapeutycznym albo psychoedukacją [14, 15, 22, 23].

Cel

Celem pracy jest ocena oraz wykazanie związku i wpływu poziomu lęku, stylów radzenia sobie ze stresem oraz cech osobowości u osób chorych na AO oraz POChP w odniesieniu do grupy osób bez zaburzeń układu oddechowego. Wybór tych zmiennych był podyktowany faktem, iż literatura przedmiotu wskazuje, że chorzy pulmonologicznie charakteryzują się podwyższonym poziomem takich zmiennych jak lęk oraz stres, które obrazują jakość funkcjonowania emocjonalnego. Badania potwierdzają również powiązanie występowania tych zmiennych z gorszym radzeniem sobie

z chorobą w sytuacji zaostrzeń, a także z podwyższonym ryzykiem śmiertelności [19, 24, 25]. Należy także podkreślić, że adaptację psychiczną w chorobie wyznacza nie tyle nasilenie stresu, co ukierunkowane działania osoby chorej, czyli sposoby radzenia sobie ze stresem. W przypadku długotrwałych chorób, również pulmonologicznych, zauważono także zmiany w cechach osobowości [25], które stanowią nadrzędną kategorię determinującą różnice.

Material

Badania przeprowadzono w grupie 150 osób (85 kobiet i 65 mężczyzn) w wieku od 18 do 88 lat ($M = 56$ lat, $SD = 16,00$). Wśród badanych było 50 osób chorych na POChP (26 mężczyzn i 24 kobiety; $M = 63,6$ roku, $SD = 10,36$) oraz 50 osób chorych na AO (20 mężczyzn i 30 kobiet; $M = 54,7$ roku, $SD = 17,39$). Osoby chore z obu grup charakteryzowały się umiarkowanym lub ciężkim nasileniem choroby. Grupę odniesienia stanowiło 50 osób zdrowych (19 mężczyzn i 31 kobiet; $M = 48,5$ roku, $SD = 14,32$), deklarujących brak rozpoznania jakiegokolwiek choroby przewlekłej oraz nieleczenie się w poradniach specjalistycznych.

Badani chorzy byli pacjentami Wojewódzkiego Zespołu Zakładu Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi oraz pacjentami Wojewódzkiej Specjalistycznej Przychodni Chorób Płuc i Alergii Układu Oddechowego w Łodzi. Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne, każda zgoda była udzielona na piśmie.

Metody

Na potrzeby badania skonstruowano ankietę zawierającą pytania o dane socjodemograficzne oraz dotyczące przebiegu i charakterystyki choroby. W celu oceny zmiennych psychologicznych zastosowano trzy testy psychologiczne: Inwentarz Osobowości NEO-FFI autorstwa P.T. Costy i R.R. McCrae [26], Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) skonstruowany przez C.D. Spielbergera, R.L. Gorsucha i R.E. Lushene'a [27] oraz Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE skonstruowany przez C.S. Carvera [28].

W kwestionariuszu NEO-FFI im wyższy wynik w skali, tym większe nasilenie danej cechy osobowości [26]. Jedną ze składowych neurotyczności, czyli jednej z cech osobowości badanej przez NEO-FFI, jest lęk. Odnoszą się do niego jednak tylko 2 pytania. Wobec licznych doniesień z literatury przedmiotu dotyczących wagi lęku w chorobach pulmonologicznych autorzy zdecydowali o zastosowaniu dodatkowo odrębnej – obszerniejszej – skali lęku, czyli STAI. Im wyższy wynik w skali, tym wyższy poziom lęku – cechy charakteryzuje badanego [27]. W kwestionariuszu Mini-COPE im wyższy wynik w skali, tym większa tendencja do stosowania danej strategii [28].

Analizy statystyczne przeprowadzono z zastosowaniem pakietu statystycznego IBM SPSS 20.0. Związków między cechami osobowości, lękiem – cechą i stylami radzenia ze stresem poszukiwano za pomocą analizy interkorelacji. W zależności od typu rozkładu badanych zmiennych dokonano porównań między grupami za pomocą testu ANOVA Kruskala–Wallisa (w przypadku zmiennych: neurotyczność, ekstrawer-

sja, ugodowość) lub testu Browna-Forsythe'a (w przypadku: lęku–cechy, otwartości na doświadczenia, sumienności oraz w przypadku wszystkich zmiennych opisujących style radzenia sobie ze stresem). W sytuacji potwierdzenia istotności różnic między badanymi grupami w obrębie określonej zmiennej wykonano testy post-hoc, tj. test Tamhane'a (w przypadku lęku jako cechy i jako stanu, zaprzestania działań) oraz test NIR (w przypadku neurotyczności, otwartości na doświadczenia i sumienności oraz aktywnego radzenia sobie, planowania).

W związku z tym, że w badaniu uwzględniono wiele zmiennych, oprócz analizy wariancji przeprowadzono analizę regresji logistycznej metodą selekcji postępującej. Procedura ta pozwoliła uwzględnić istotne predyktory oraz oddać całościowy obraz różnic między osobami bez zaburzeń przewlekłych a chorymi pulmonologicznie w zakresie badanych zmiennych.

Ze względu na ograniczoną liczebność próby pominięto na wstępie niektóre zmienne, których poziomy nie różniły się istotnie między porównywanymi grupami w analizie wariancji, tj. zwrot ku religii, zażywanie substancji psychoaktywnych, zajmowanie się czymś innym, obwinianie siebie, wyładowanie, ugodowość. Zmienne pozostające ze sobą w umiarkowanych związkach pozostawiono w modelu, aby rozstrzygnąć, która z nich jest nadrzędna w opisywaniu różnic między osobami z zaburzeniami pulmonologicznymi oraz bez zaburzeń przewlekłych. Procedura ta nie łamała podstawowych założeń regresji logistycznej, dla której wzrasta ryzyko błędu pomiaru w wypadku występowania bardzo silnych interkorelacji zmiennych niezależnych [29].

W analizach statystycznych pominięto ocenę zmiennej lęk–stan. Podyktowane było to faktem, że zmienna ta była oceniana w odniesieniu do sytuacji prowadzenia badań zastosowanym kwestionariuszem. Schemat przedstawionego badania nie zakładał oceny lęku jako stanu w odniesieniu do istotnej zmiennej somatycznej, np. incydentu duszności, lub w odniesieniu do specyficznym określonych stanów sytuacyjnych, np. typowej reakcji stanem lęku na incydenty duszności.

Za istotne przyjęto różnice na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki

Korelacje między badanymi zmiennymi w całej grupie badanej z uwzględnieniem osób chorych pulmonologicznie oraz bez rozpoznanych chorób przewlekłych pokazały pewne związki. Stwierdzono umiarkowane dodatnie związki między lękiem–cechą a neurotycznością ($r = 0,655$, $p = 0,000$), poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego ($r = 0,650$, $p = 0,000$) oraz między aktywnym radzeniem sobie a planowaniem ($r = 0,638$, $p = 0,000$). Dość słabe związki wystąpiły między aktywnym radzeniem sobie a otwartością na doświadczenia ($r = 0,400$, $p = 0,000$) oraz między planowaniem a pozytywnym przewartościowaniem ($r = 0,503$, $p = 0,000$) (tabela dodatkowa w Aneksie).

Wykazano istotne różnice między grupami w zakresie lęku jako cechy – średni poziom tej zmiennej był istotnie niższy w grupie osób zdrowych w porównaniu z grupą chorych na POChP i AO. Nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie średniego poziomu lęku–cechy między chorymi na AO i POChP (tab. 1).

Tabela 1. Poziom lęku–cechy w grupie osób chorych na POChP, AO oraz osób zdrowych

Cecha	Badana grupa	Śr ± SD	F*	p ¹	p ²		
					1-2	1-3	2-3
Lęk C	POChP (1)	49,1 ± 8,1	16,84	0,000	0,721	0,000	0,000
	AO (2)	47,4 ± 10,36					
	Zdrowi (3)	39,7 ± 7,18					

F* – Test Browna-Forsythe’a, p¹ – prawdopodobieństwo wykazane testem Browna-Forsythe’a, p² – prawdopodobieństwo wykazane testem post-hoc, Lęk C – lęk–cecha, 1 – POChP, 2 – astma oskrzelowa, 3 – osoby zdrowe

Analiza poziomu nasilenia cech osobowości wykazała istotne różnice między badanymi grupami w poziomie neurotyczności, otwartości na doświadczenia oraz sumienności. Średni poziom neurotyczności był istotnie wyższy, a poziom otwartości na doświadczenia niższy i u chorych na POChP, i AO w porównaniu z badaną grupą kontrolną. Istotnie niższy poziom sumienności niż w grupie odniesienia odnotowano jedynie w grupie chorych na astmę. Nie wykazano istotnych różnic w zakresie średnich poziomów cech osobowości między chorymi na POChP i AO (tab. 2).

Tabela 2. Profil osobowości w grupie osób chorych na POChP, AO oraz osób zdrowych

Cecha	Badana grupa	Śr ± SD	F*	F	p ¹	p ²		
						1-2	1-3	2-3
Neurotyczność	POChP (1)	21,6 ± 7,67	-	5,811	0,004	0,83	0,005	0,003
	AO (2)	21,9 ± 8,29						
	Zdrowi (3)	17,1 ± 7,80						
Ekstrawersja	POChP (1)	26,3 ± 5,29	-	2,227	0,112	-	-	-
	AO (2)	28,3 ± 6,76						
	Zdrowi (3)	28,5 ± 5,39						
Otwartość na doświadczenia	POChP (1)	25,5 ± 6,06	4,326	-	0,015	0,786	0,018	0,008
	AO (2)	25,2 ± 6,36						
	Zdrowi (3)	28,3 ± 5,14						
Ugodowość	POChP (1)	30,8 ± 5,12	-	0,283	0,745	-	-	-
	AO (2)	31,4 ± 5,50						
	Zdrowi (3)	31,6 ± 5,65						
Sumienność	POChP (1)	33,3 ± 6,85	5,102	-	0,007	0,171	0,072	0,002
	AO (2)	31,4 ± 7,86						
	Zdrowi (3)	35,8 ± 5,88						

F* – Test Browna-Forsythe’a, F – wartość testu ANOVA; p¹ – prawdopodobieństwo wykazane testem Browna-Forsythe’a lub ANOVA, p² – prawdopodobieństwo wykazane testem post-hoc, 1 – POChP, 2 – AO, 3 – osoby zdrowe

Wykazano istotne różnice między grupami w częstotliwości stosowania aktywnego radzenia sobie, planowania oraz zaprzestania działań. Chorzy na astmę i POChP nie różnili się statystycznie pod względem badanych stylów radzenia sobie ze stresem. W porównaniu z grupą kontrolną zarówno chorzy na AO, jak i POChP cechowali się istotnie niższym poziomem aktywnego radzenia sobie oraz planowania, obie grupy chorych wykazywały także istotnie większą tendencję do zaprzestania działań (tab. 3).

Tabela 3. Sposoby radzenia sobie ze stresem w grupie osób chorych na POChP, AO oraz osób zdrowych

Cecha	Grupa	Śr ± SD	F*	p ¹	p ²		
					1-2	1-3	2-3
Aktywne radzenie sobie	POChP (1)	4,0 ± 1,46	5,621	< 0,01	1	0,004	0,004
	AO (2)	4,0 ± 1,44					
	Zdrowi (3)	4,8 ± 1,22					
Planowanie	POChP (1)	3,7 ± 1,53	3,997	0,020	0,644	0,009	0,31
	AO (2)	3,80 ± 1,65					
	Zdrowi (3)	4,5 ± 1,33					
Pozytywne przewartościowanie	POChP (1)	3,4 ± 1,58	0,787	0,457	-	-	-
	AO (2)	3,3 ± 1,68					
	Zdrowi (3)	3,6 ± 1,32					
Akceptacja	POChP (1)	4,3 ± 1,43	1,792	0,170	-	-	-
	AO (2)	4,3 ± 1,37					
	Zdrowi (3)	3,9 ± 1,14					
Poczucie humoru	POChP (1)	1,9 ± 1,24	1,540	0,218	-	-	-
	AO (2)	2,1 ± 1,61					
	Zdrowi (3)	1,6 ± 1,23					
Zwrot ku religii	POChP (1)	2,3 ± 2,06	0,461	0,632	-	-	-
	AO (2)	5,6 ± 2,07					
	Zdrowi (3)	2,1 ± 2,42					
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	POChP (1)	3,6 ± 1,90	0,412	0,633	-	-	-
	AO (2)	3,7 ± 1,63					
	Zdrowi (3)	3,4 ± 1,49					
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	POChP (1)	3,3 ± 1,68	0,145	0,865	-	-	-
	AO (2)	3,4 ± 1,59					
	Zdrowi (3)	3,3 ± 1,34					
Zajmowanie się czymś innym	POChP (1)	3,3 ± 1,62	0,122	0,885	-	-	-
	AO (2)	3,5 ± 1,46					
	Zdrowi (3)	3,5 ± 1,51					

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Zaprzeczanie	POChP (1)	2,0 ± 1,78	1,876	0,157	-	-	-
	AO (2)	1,9 ± 1,72					
	Zdrowi (3)	1,4 ± 1,41					
Wyładowanie	POChP (1)	2,6 ± 1,40	0,797	0,453	-	-	-
	AO (2)	2,9 ± 1,54					
	Zdrowi (3)	2,6 ± 1,15					
Zażywanie substancji psychoaktywnych	POChP (1)	0,3 ± 0,92	1,646	0,197	-	-	-
	AO (2)	0,7 ± 1,37					
	Zdrowi (3)	0,6 ± ,99					
Zaprzestanie działań	POChP (1)	1,9 ± 1,27	8,934	0,000	1	< 0,05	0,002
	AO (2)	1,9 ± 1,6					
	Zdrowi (3)	0,9 ± 1,04					
Obwinianie siebie	POChP (1)	3,0 ± 1,69	1,315	0,272	-	-	-
	AO (2)	2,5 ± 1,63					
	Zdrowi (3)	2,7 ± 1,34					

F* – Test Browna-Forsythe’a, p¹ – prawdopodobieństwo wykazane testem Browna-Forsythe’a, p² – prawdopodobieństwo wykazane testem post-hoc, 1 – POChP, 2 – AO, 3 – osoby zdrowe

Rezultaty uzyskane za pomocą regresji logistycznej pozwoliły zweryfikować ustalone w analizie wariancji różnice w nasileniu zmiennych, badane w sposób rozdzielny. Ponieważ różnice między grupami osób chorych były nieistotne, zdecydowano się je połączyć. Ostateczny uzyskany model regresji, który w największym stopniu (80,7% poprawnie sklasyfikowanych obserwacji) wyjaśniał zróżnicowanie pacjentów zdrowych i chorych, składał się z sześciu predyktorów (tab. 4).

Tabela 4. Model regresji logistycznej z wykorzystaniem metody selekcji postępującej

	B	Błąd standardowy	Współczynnik Walda	df	p	Exp(B)
Otwartość na doświadczenia	-0,102	0,042	5,838	1	0,016	0,903
Cecha lęku	0,158	0,033	22,418	1	< 0,0005	1,171
Pozytywne przewartościowanie	-0,442	0,189	5,488	1	0,019	0,643
Akceptacja	0,637	0,199	10,308	1	0,001	1,891
Poczucie humoru	0,681	0,204	11,105	1	0,001	1,977
Zaprzestanie działań	0,430	0,204	4,431	1	0,035	1,537
Stała	-6,204	1,879	10,902	1	0,001	0,002

Zmienne odrzucone: neurotyczność, ekstrawersja, sumienność, aktywne radzenie sobie, planowanie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, zaprzeczanie, Exp(B) – iloraz szans

Zauważone pierwotnie różnice z zastosowaniem jednoczynnikowej analizy wariancji między osobami bez chorób przewlekłych a chorymi pulmonologicznie w zakresie neurotyczności były związane ze zmiennością cechy lęku, która okazała się czynnikiem odróżniającym osoby z grupy badanej od kontrolnej grupy osób zdrowych. Ponadto wyniki dają podstawy do stwierdzenia, że pacjentów chorych pulmonologicznie odróżniały odmienne style radzenia ze stresem: wyższy poziom akceptacji, poczucia humoru oraz zaprzestania działań, a także słabsza tendencja do pozytywnego przewartościowania.

Omówienie wyników

Poziom lęku jako cechy był istotnie wyższy w grupie osób z POChP oraz astmą w porównaniu z kontrolną grupą osób zdrowych.

Lęk–cecha jest trwały i odnosi się do ogólnej tendencji do interpretowania różnych sytuacji życiowych jako zagrażających i reagowania na nie lękiem. Różnica w poziomie lęku jako cechy wydaje się interesująca i może ją wyjaśniać Regulacyjna Teoria Temperamentu [30], przyjmująca, że u jednostki mogą nastąpić wtórne zmiany w mechanizmach fizjologicznych temperamentu, np. w wyniku długotrwałej choroby, co może zmienić sposób przeżywania, odczuwania i regulowania napięcia.

Uzyskane wyniki pozostają w zgodzie z innymi badaniami [30–35]. Wyższy poziom lęku i częstość występowania zaburzeń lękowych w grupie osób z chorobami pulmonologicznymi może mieć związek z funkcjonowaniem psychospołecznym chorych, świadomością nieodwracalności i postępowania choroby oraz dostrzeganiem własnych ograniczeń [36]. Charakterystyczne w obrazie POChP czy astmy ataki duszności i związane z nimi niedotlenienie mogą także zwiększać uczucie niepokoju i lęku [16, 36]. Podczas zbierania wywiadów pacjenci niejednokrotnie opisywali, że atakom duszności towarzyszył strach oraz niepokój. Z drugiej strony nasilony poziom lęku, oraz mogąca towarzyszyć mu depresja lub aleksytymia prowadzą do trudności w wyrażaniu emocji, co z kolei może prowadzić do zaburzeń somatycznych [37].

Przeprowadzone badania ujawniły istotne różnice w badanych grupach w odniesieniu do poziomu neurotyczności, otwartości na doświadczenie i sumienności. Neurotyczność mierzona testem NEO-FFI Costy i McCrae mówi o tendencji badanego do chwiejności emocjonalnej i przeżywania negatywnych stanów emocjonalnych, takich jak lęk, napięcie, zamartwianie się, wrogość i gniew [26, 38]. Podobny konstrukt stanowi neurotyzm z trójczynnikowej teorii osobowości Eysencka. Małyszczak i wsp. stwierdzili wyższy poziom neurotyzmu u chorych somatycznie w porównaniu z osobami zdrowymi [25]. Wyższe wyniki w skali neurotyzmu czy neurotyczności można rozumieć jako konsekwencję długotrwałej choroby somatycznej. Autorzy sugerują, że sama świadomość choroby i konieczność jej leczenia może wpływać na poziom tej cechy osobowości, równocześnie zwiększając podatność na zaburzenia i problemy psychiczne. Można tutaj mówić o tzw. efekcie cechy lub wpływie efektu odwrotnego, tzw. efekcie stanu depresji. O efekcie stanu depresji można mówić, gdy pojawiające się zaburzenie nastroju wpływa na obniżenie samooceny, poczucia sprawczości oraz równocześnie na postrzeganie siebie w zakresie neurotyczności [39].

Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji pozwoliły określić wielkość oraz istotność różnic w zakresie lęku, cech osobowości i stylów radzenia ze stresem między poszczególnymi grupami badanych. Interpretacja uzyskanych wyników zdaje się pełniejsza dzięki sformułowaniu modelu regresji uwzględniającego istotne predyktory. Osoby chore charakteryzowały się wyższym nasileniem lęku jako cechy, która prawdopodobnie wpływała na zmienność poziomu neurotyczności. Oznacza to prawdopodobnie, że badani z POChP oraz AO w większym stopniu przejawiali neurotyczność w związku z wysokim nasileniem lęku. Wniosek ten należy traktować ostrożnie ze względu na wyraźną korelację tych dwóch zmiennych, co sprawia problem przy jednoznacznej interpretacji wyników analizy regresji logistycznej i nie pozwala wyraźnie przesądzić, czy badani zdrowi i chorzy różnili się poziomem neurotyczności.

Różnicę w poziomie sumienności również można rozumieć jako efekt stanu. Tutaj należy wziąć jednak pod uwagę sam charakter choroby i związane z nią ograniczenia, bowiem badani byli pacjenci z umiarkowanymi lub ciężkimi postaciami astmy i POChP. Grupa ta, z powodu obniżonych parametrów oddechowych, może mieć mniejsze możliwości planowego działania i sprawnego realizowania zadań. Trudno zatem stwierdzić, czy osoby chore pulmonologicznie są mniej sumienne, czy też może dyspozycja do sumiennego funkcjonowania zostaje zachowana, a obniżony wynik w tej skali wynika z ograniczeń związanych z chorobą prowadzących do mniejszej możliwości w pełni satysfakcjonującego funkcjonowania. Dodatkowo progresja choroby, ograniczając możliwość angażowania się w czynności zawodowe i inne wyzwania, jest w stanie wtórnie zmniejszać poczucie kompetencji rozumiane jako przekonanie o możliwościach radzenia sobie. Bonsaksen i wsp. [40] wykazali, że nasilona odpowiedź emocjonalna na ograniczenia stylu życia związane z POChP jest powiązana ze spadkiem przekonania o własnej skuteczności. Nasze badanie potwierdza zarówno ową odpowiedź emocjonalną (wyższa neurotyczność i nasilenie lęku – cechy w obu grupach chorych), jak i zaobserwowaną różnicę w poziomie sumienności u chorych na astmę.

Nieco obniżony poziom otwartości na doświadczenia u chorych na astmę został potwierdzony w innych badaniach [41] i może być związany z trudnością w pozytywnym wartościowaniu własnych wydarzeń życiowych w związku z doświadczaniem choroby przewlekłej.

Obie badane grupy chorych charakteryzowały się wyższą niż w grupie osób zdrowych tendencją do zaprzestania działań oraz niższą tendencją do stosowania aktywnego radzenia sobie i planowania. Choć style radzenia sobie skoncentrowane na problemie są uważane za przystosowawcze, to nie zawsze istnieją okoliczności umożliwiające wykorzystanie repertuaru strategii zadaniowych [26, 42]. W związku z przystosowaniem się do choroby chronicznej, badani skonfrontowani z negatywnymi skutkami radzenia zadaniowego korzystają w większym stopniu z powstrzymywania się od działań i ochroną zasobów. Dodatkowe potwierdzenie dla tezy dotyczącej konserwacji zasobów znajduje wynik analizy regresji wskazujący na duże znaczenie u badanych takich form radzenia sobie jak akceptacja oraz poczucie humoru.

Głównym ograniczeniem badania jest jego przekrojowy charakter. Jednak aby zwiększyć wiarygodność wyników, po pierwsze uwzględniono grupę porównawczą składającą się z pacjentów bez zaburzeń pulmonologicznych. Zapewniło to uzyskanie

większej trafności wewnętrznej. Po drugie – badania prowadzone były zgodnie z zasadą zapewnienia komfortu anonimowości, co w znacznym stopniu mogło zmniejszyć ryzyko efektu wpływu badacza oraz symulacji wyników.

Wnioski

Chorzy z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc i astmą oskrzelową nieznacznie różnią się pod względem odczuwanego lęku, cech osobowości i stylów radzenia ze stresem, natomiast różnią się w stosunku do osób zdrowych, co może stanowić przesłankę do podjęcia interwencji psychiatrycznych, psychoterapeutycznych albo psychoedukacji w celu poprawy ich jakości życia.

Piśmiennictwo

1. Samoliński B, Raciborski F, Lipiec A, Tomaszewska A, Krzych-Fałta E, Samel-Kowalik P. *Epidemiologia chorób alergicznych w Polsce (ECAP)*. *Alergol. Pol.* 2014; 1(1): 10–18.
2. Śliwiński P, Górecka D, Jassem E, Pierzchała W. *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc*. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2010; 78(5): 318–347
3. Kuna P, Pierzchała W, Jankowski M. *Astma i POChP w pytaniach i odpowiedziach*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2008.
4. Kuna P. *Astma oskrzelowa – epidemiologia, patofizjologia, klinika*. *Przew. Lek.* 2002; 5(4): 22–31.
5. Chazan R. *Rozpoznawanie i postępowanie w astmie w 2012 roku*. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2012; 80: 5: 375–382.
6. Małolepszy J, Liebhart J, Wojtyniak B, Pisiewicz K, Płusa T. *Występowanie chorób alergicznych w Polsce*. *Alerg. Astma Immunol.* 2000; 5(1): 163 *Alergia Astma Immunologia* 169.
7. *POChP. Choroba cywilizacyjna XXI wieku, kontrowersje i pytania*. Warszawa: Polska Akademia Nauk; 2008.
8. Zieliński J, Borak-Kwapisz J. *Jak zwiększyć skuteczność domowego leczenia tlenem (DLT)?* *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2012; 80(4): 287–291.
9. *Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 1997 roku*. Warszawa: Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą; 1998.
10. Sears MR. *Epidemiology of asthma exacerbations*. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2008; 122: 662–668.
11. Ninot G, Moullec G, Picot MC, Jaussent A, Hayot M, Desplan M. i wsp. *Cost –saving effect of supervised exercise associated to COPD self-managemnt education program*. *Respir. Med.* 2011; 105: 377–385.
12. Bavbek S, Mungan D, Türктаş H, Mısırlıgil Z, Gemicioğlu B, ADVISE Study Group. *A cost-of-illness study estimating the direct cost per asthma exacerbation in Turkey*. *Respir. Med.* 2011; 105: 541–548.
13. Put C, Van den Bergh O, Demedts M, Verleden G. *A study of the relationship among self-reported noncompliance, symptomatology, and psychological variables in patients with asthma*. *J. Asthma* 2000; 37(6): 503–510.

14. Batura-Gabryel H. *Zmniejszmy ciężar przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (cz. II)*. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2009; 77: 180–185.
15. Hill K, Geist R, Goldstein RS, Lacasse Y. *Anxiety and depression in end-stage COPD*. *Eur. Respir. J.* 2008; 31: 667–677.
16. Laurin C, Lavoie KL, Bacon SL, Dupuis G, Lacoste G, Cartier A. i wsp. *Sex differences in the prevalence of psychiatric disorders and psychological distress in patients with COPD*. *Chest* 2007; 132(1): 148–155.
17. Gysels MH, Higginson IJ. *Self-management for breathlessness in COPD: the role of pulmonary rehabilitation*. *Chronic Respir. Dis.* 2009; 6: 133–140.
18. Heaney LG, Conway E, Kelly C, Gamble J. *Prevalence of psychiatric morbidity in a difficult asthma population: relationship to asthma outcome*. *Respir. Med.* 2005; 99(9): 1152–1159.
19. Di Marco F, Verga M, Reggente M, Maria Casanova F, Santus P, Blasi F. i wsp. *Anxiety and depression in COPD patients: the roles of gender and disease severity*. *Respir. Med.* 2006; 100(10): 1767–1774.
20. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldstein R, Kunik ME, Yohannes AM. i wsp. *Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs*. *Chest* 2008; 134(supl. 4): 435–456.
21. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, Soucek J, Richardson P, Wray NP. i wsp. *Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders*. *Chest* 2005; 127(4): 1205–1211.
22. Potoczek A, Niżankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Szczeklik A. *Związki pomiędzy zespołem lęku napadowego i depresją a mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym u pacjentów z rozpoznaniem ciężkiej POChP*. *Psychiatr. Pol.* 2008; 42: 731–748.
23. Vögele C, von Leupoldt A. *Mental disorders in chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. *Respir. Med.* 2008; 102: 764–773.
24. Alvarez GG, Fitzgerald JM. *A systematic review of the psychological risk factors associated with near fatal asthma or fatal asthma*. *Respiration* 2007; 74: 228–236.
25. Małyszczak K, Pyszel A, Pawłowski T, Czarnecki M, Kiejna A. *Lęk uogólniony i neurotyzm u pacjentów chorych somatycznie*. *Psychiatr. Pol.* 2008; 42(2): 219–228.
26. Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P, Śliwińska M. *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Podręcznik do polskiej adaptacji*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1998.
27. Wrześniński K, Sosnowski T, Jaworowska A, Fecenec D. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2011.
28. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2009.
29. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson; 2013.
30. Strelau J. *Psychologia temperamentu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2012.
31. Hynninen KM, Breivite MH, Wiborg AB, Pallesen S, Nordhus IH. *Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a review*. *J. Psychosom. Res.* 2005; 59: 429–443.
32. Dowson CA, Kuijjer RG, Mulder RT. *Anxiety and self-management behaviour in chronic obstructive pulmonary disease: what has been learned?* *Chron. Respir. Dis.* 2004; 1: 213–220.
33. Kvaal K, Macijauskiene J, Engedal K, Laake K. *High prevalence of anxiety symptoms in hospitalized geriatric patients*. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2001; 16: 690–693.

34. Fernandes L, Fonseca J, Martins S, Delgado L, Pereira AC, Vaz M. i wsp. *Association of anxiety with asthma: subjective and objective outcome measures*. Psychosomatics 2010; 51(1): 39–46.
35. Tselebis A, Kosmas E, Bratis D, Moussas G, Karkanias A, Ilias I. i wsp. *Prevalence of alexithymia and its association with anxiety and depression in a sample of Greek chronic obstructive pulmonary disease (COPD) outpatients*. Ann. Gen. Psychiatry 2010; 9: 16.
36. Tselebis A, Moussas G, Bratis D. *Psychological intervention in a COPD rehabilitation programme [in Modern Greek]*. Pneumonologika Themata 2006: 21–23.
37. Taylor GJ. *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison: International Universities Press; 1987.
38. Strelau J. *Osobowość jako zespół cech*. W: Strelau J. red. *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
39. Ormel J, Oldehinkel AJ, Vollebergh W. *Vulnerability before, during, and after a major depressive episode: a 3-wave population – based study*. Arch. Gen. Psychiatry 2004; 61: 990–996.
40. Bonsaksen T, Lerdal A, Fagermoen MS. *Factors associated with self-efficacy in persons with chronic illness*. Scand. J. Psychol. 2012; 53(4): 333–339.
41. Fernandes L, Fonseca J, Rodrigues J, Vaz M, Almeida J, Winck C. i wsp. *Personality characteristics of asthma patients*. Rev. Port. Pneumol. 2005; 11(1): 7–34.
42. Goeman DP, Aroni RA, Stewart K, Sawyer SM, Thien FCK, Abramson MJ. i wsp. *Patient views of the burden of asthma: a qualitative study*. Med. J. Aust. 2002; 177: 295–299.

Adres: Klaudia Tabała
Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
90-647 Łódź, pl. Hallera 1

Otrzymano: 23.12.2015
Zrecenzowano: 2.01.2016
Otrzymano po poprawie: 18.04.2016
Przyjęto do druku: 18.04.2016

Aneks

Tabela dodatkowa. Korelacje między badanymi zmiennymi w całej grupie badanej

N=150		Interkorelacje																			
		N	E	O	U	S	Lęk C	ARS	PLAN	PP	AKC	PH	ZKR	PWE	PWI	ZSCI	ZAP	WYL	ZSPA	ZD	OS
N	r	1	-,392**	-,146	-,194*	-,238**	,655**	-,251**	-,239**	-,065	-,109	-,127	,197*	-,103	-,015	,213**	,246**	,271**	,010	,272**	,287**
	p			,075	,018	,003	,000	,002	,003	,432	,184	,121	,016	,208	,858	,009	,002	,001	,908	,001	,000
E	r	-,392**	1	,143	,224**	,225**	-,335**	,308**	,262**	,233**	,088	,207*	-,048	,038	,027	,135	,007	-,027	,018	-,171**	-,126
	p			,082	,006	,006	,000	,000	,001	,004	,283	,011	,562	,643	,741	,101	,928	,744	,828	,037	,125
O	r	-,146	,143	1	,044	,093	-,133	,400**	,381**	,182*	,076	,092	-,149	,016	,041	,003	-,199*	,091	-,007	-,235**	,068
	p	,075	,082		,595	,257	,105	,000	,000	,026	,353	,260	,068	,848	,622	,967	,014	,270	,935	,004	,406
U	r	-,194*	,224**	,044	1	,199*	-,129	-,004	,032	-,012	,171*	-,153	,031	,178*	,103	,129	-,220**	-,190*	-,047	-,123	-,026
	p	,018	,006	,595		,015	,115	,957	,695	,888	,036	,061	,703	,030	,211	,115	,007	,020	,568	,133	,753
S	r	-,238**	,225**	,093	,199*	1	-,229**	,308**	,319**	,229**	,051	-,166*	,122	,090	,088	,074	,008	,040	-,185*	-,262**	-,173*
	p	,003	,006	,257	,015		,005	,000	,000	,005	,536	,043	,137	,271	,282	,371	,927	,629	,023	,001	,034
Lęk C	r	,655**	-,335**	-,133	-,129	-,229**	1	-,213**	-,264**	-,158	-,110	-,194*	,117	-,017	-,005	,180*	,140	,314**	-,064	,321**	,186*
	p	,000	,000	,105	,115	,005		,009	,001	,053	,182	,017	,154	,834	,947	,027	,088	,000	,437	,000	,023
ARS	r	-,251**	,308**	,400**	-,004	,308**	-,213**	1	,638**	,393**	,231**	,036	,113	,141	,197*	,194*	-,020	,192*	-,097	-,208*	,093
	p	,002	,000	,000	,957	,000	,009		,000	,000	,004	,660	,168	,085	,016	,018	,806	,019	,239	,011	,255
PLAN	r	-,239**	,262**	,381**	,032	,319**	-,264**	,638**	1	,503**	,254**	,239**	,167	,175*	,279**	,202	-,029	,107	-,210**	-,221**	,059
	p	,003	,001	,000	,695	,000	,001	,000		,000	,002	,003	,042	,032	,001	,013	,727	,193	,010	,007	,476
PP	r	-,065	,233**	,182*	-,012	,229**	-,158	,393**	,503**	1	,269**	,350**	,240**	,146	,205*	,337**	,286**	,224**	-,079	,010	,124
	p	,432	,004	,026	,888	,005	,053	,000	,000		,001	,000	,003	,074	,012	,000	,000	,006	,339	,902	,131
AKC	r	-,109	,088	,076	,171*	,051	-,110	,231**	,254**	,269**	1	,198*	,040	,239**	,223**	,085	,025	,031	-,250**	,061	,133
	p	,184	,283	,353	,036	,536	,182	,004	,002	,001		,015	,625	,003	,006	,302	,763	,704	,002	,461	,105

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

PH	r	-,127	,207	,092	-,153	-,166	-,194	,036	,239	,350	,198	1	-,054	-,015	,043	,120	,140	-,024	,123	,069	,129
	p	,121	,011	,260	,061	,043	,017	,660	,003	,000	,015			,512	,852	,601	,143	,088	,768	,134	,404
ZKR	r	,197	-,048	-,149	,031	,122	,117	,113	,167	,240	,040	-,054	1	,185	,367	,181	,164	,271	-,052	,134	,024
	p	,016	,562	,068	,703	,137	,154	,168	,042	,003	,625	,512			,024	,000	,045	,001	,528	,102	,772
PWE	r	-,103	,038	,016	,178	,090	-,017	,141	,175	,146	,239	-,015	,185	1	,650	,140	,045	,134	-,035	-,049	,091
	p	,208	,643	,848	,030	,271	,834	,085	,032	,074	,003	,852	,024		,000	,087	,586	,101	,672	,554	,268
PWI	r	-,015	,027	,041	,103	,088	-,005	,197	,279	,205	,223	,043	,367	,650	1	,247	,086	,200	-,055	-,002	,074
	p	,858	,741	,622	,211	,282	,947	,016	,001	,012	,006	,601	,000		,000	,002	,298	,014	,501	,985	,369
ZSCI	r	,213	,135	,003	,129	,074	,180	,194	,202	,337	,085	,120	,181	,140	,247	1	,292	,272	-,207	-,026	,081
	p	,009	,101	,967	,115	,371	,027	,018	,013	,000	,302	,143	,026	,087	,002		,000	,001	,011	,748	,322
ZAP	r	,246	,007	-,199	-,220	,008	,140	-,020	-,029	,286	,025	,140	,164	,045	,086	,292	1	,287	-,035	,309	,321
	p	,002	,928	,014	,007	,927	,088	,806	,727	,000	,763	,088	,045	,586	,298	,000		,000	,670	,000	,000
WYL	r	,271	-,027	,091	-,190	,040	,314	,192	,107	,224	,031	-,024	,271	,134	,200	,272	,287	1	,023	,126	,032
	p	,001	,744	,270	,020	,629	,000	,019	,193	,006	,704	,768	,001	,101	,014	,001	,000		,780	,124	,701
ZSPA	r	,010	,018	-,007	-,047	-,185	-,064	-,097	-,210	-,079	-,250	,123	-,052	-,035	-,055	-,207	-,035	,023	1	,074	,048
	p	,908	,828	,935	,568	,023	,437	,239	,010	,339	,002	,134	,528	,672	,501	,011	,670	,760		,371	,563
ZD	r	,272	-,171	-,235	-,123	-,262	,321	-,208	-,221	,010	,061	,069	,134	-,049	-,002	-,026	,309	,126	,074	1	,190
	p	,001	,037	,004	,133	,001	,000	,011	,007	,902	,461	,404	,102	,554	,985	,748	,000	,124	,371		,020
OS	r	,287	-,126	,068	-,026	-,173	,186	,093	,059	,124	,133	,129	,024	,091	,074	,081	,321	,032	,048	,190	1
	p	,000	,125	,406	,753	,034	,023	,255	,476	,131	,105	,116	,772	,268	,369	,322	,000	,701	,563	,020	

** Korelacja istotna na poziomie 0,01. * Korelacja istotna na poziomie 0,05. N – neurotyczność, E – ekstrawersja, O – otwartość na doświadczenia, U – ugodowość, S – sumienność, LęC – lęk jako cecha, ARS – aktywne radzenie sobie, PLAN – planowanie, PP – pozytywne przekształcanie, AKC – akceptacja, PH – poczucie humoru, ZKR – zwrot ku religii, PWE – poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, PWI – poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, ZSCI – zajmowanie się czymś innym, ZAP – zaprzeczanie, WYL – wylądowanie, ZSPA – zazywanie substancji psychoaktywnych, ZD – zaprzestanie działań, OS – obwinianie siebie