

## Osobowościowe uwarunkowania jakości życia pacjentów kardiologicznych

prof. dr hab. Kazimierz Wrześniewski

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa



Jakość życia jest pojęciem wieloznacznym, stosowanym w różnych dziedzinach wiedzy. W medycynie, w tym również w kardiologii, najczęściej używa się określenia „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia” (ang. *health related quality of life*, HRQoL). Oznacza to, że główna uwaga skupiona jest na tym, jak pacjent spostrzega wpływ choroby i leczenia na własne funkcjonowanie i życie [1–3]. W takim paradygmacie prowadzonych jest większość badań w odniesieniu do pacjentów kardiologicznych. Sprawdza się jakość życia w zależności od objawów i przebiegu choroby, stosowanych leków, przed zabiegiem przezskórnej angioplastyki lub operacją pomostowania aortalno-wieńcowego i po nich, po przeszczepie serca. Innymi słowy, pytania badawcze formułowane są w odniesieniu do sytuacyjnych uwarunkowań jakości życia. Z psychologii wiadomo jednak, że ta sama sytuacja może być spostrzegana i oceniana odmiennie przez różne osoby. Istnieją bowiem podmiotowe uwarunkowania oceny, a wśród nich istotną rolę odgrywa osobowość. Dobrym przykładem koncepcji, która uwzględni obydwie rodzaje uwarunkowań w prowadzeniu badań, jest teoria lęku C.D. Spielberga oraz opracowany przez tego autora, znany w Polsce kwestionariusz STAI do badania lęku-cechy i lęku-stanu [4]. W pierwszym przypadku lęk jest traktowany jako cecha osobowości (lękliwość), w drugim ujęciu – jako aktualny stan przeżywany w związku z określoną sytuacją. Ludzie charakteryzujący się wysokim poziomem lęku-cechy, w porównaniu z osobami o niskim poziomie lęku-cechy, w sytuacji zagrożenia, a nawet w sytuacji neutralnej odczuwają silniejszy stan lęku (istnieją bardzo bogate dane empiryczne dotyczące wielu różnych sytuacji, w tym również choroby, które potwierdzają tę prawidłowość).

Do tego nurtu teoretycznego nawiązuje komentowana praca [5]. Autorzy badali związek pomiędzy stylami funkcjonowania emocjonalnego a jakością życia pacjentów cierpiących na nadciśnienie tętnicze powikłane chorobą niedokrwienną serca. Style funkcjonowania emocjonalnego traktowane są jako wymiary osobowości, dyspozycje do określonych reakcji emocjonalnych. Wybór tej zmiennej na przedmiot badań, w kontekście jakości życia pacjentów kardiologicznych, jest bardzo trafny. Emocje są bowiem istotnym czynnikiem ryzyka powstania i rozwoju chorób

układu krążenia i serca. Stanowią także ważną składową wzoru zachowania A i tzw. osobowości typu D, które zwiększają prawdopodobieństwo zachorowania [6, 7]. Z drugiej strony, emocje są główną reakcją psychologiczną pacjentów kardiologicznych w czasie leczenia [8], a określone predyspozycje osobowościowe potęgują tę reakcję. Jednocześnie wymiar emocjonalny jest uwzględniany w większości koncepcji jakości życia [1] oraz w technikach pomiaru tego konstruktów [2]. Tak więc poznanie roli, jaką odgrywają style funkcjonowania emocjonalnego w jakości życia pacjentów kardiologicznych, może być bardzo ważne zarówno ze względów poznawczych, jak i klinicznych.

W badaniach przedstawionych w komentowanym artykule [5] wykazano, że pacjenci kardiologiczni mają gorszą jakość życia od osób zdrowych oraz że związki pomiędzy stylami funkcjonowania emocjonalnego a jakością życia są silniejsze u chorych w porównaniu z grupą kontrolną osób zdrowych. Pojawia się istotne pytanie: który z badanych czynników – osobowość czy uwarunkowania sytuacyjne związane z chorobą, odgrywa dominującą rolę w jakości życia pacjentów kardiologicznych. Odpowiedź na to pytanie jest trudna. Zależy od tego, jakie właściwości osobowości są badane i jakie są objawy choroby. Przykładowo, w literaturze przedmiotu można znaleźć dane empiryczne wskazujące, że optymizm, traktowany jako wymiar osobowości, jest predyktorem dobrej jakości życia [9], a depresyjność wiąże się ze złą jakością życia [2]. Z drugiej strony istnieją dane wskazujące, że przebieg choroby z objawami bólowymi, czyli uwarunkowanie sytuacyjne, jest predyktorem złej jakości życia [2]. Aby wiarygodnie rozstrzygnąć ten problem, konieczne byłyby szerokie badania prospektywne. Wyjściowo należałoby zbadać pod kątem osobowości i jakości życia liczną grupę osób (kilkaset tysięcy) bez objawów chorobowych. Następnie, po kilku lub kilkunastu latach, należałoby powtórzyć te pomiary u osób, u których w tym czasie pojawiły się zaburzenia kardiologiczne, oraz u tych, które pozostały zdrowe. Porównanie relacji pomiędzy osobowością i jakością życia z pomiaru wyjściowego i po wystąpieniu choroby pozwoliłoby odpowiedzieć wiążąco na postawione pytanie. Dodatkowym argumentem mógłby być wynik porównania tych relacji u osób, u których wystąpiły różne zaburzenia sercowo-naczyniowe. Oczywiście, realizacja takich badań wiąże się z ogromnymi kosztami i nakładami organizacyjnymi, co stanowi zasadniczą przeszkodę.

Trzeba także pamiętać, że obok uwarunkowań osobowościowych istnieją również inne czynniki podmiotowe, które powinny być uwzględniane w badaniach jakości życia pacjentów kardiologicznych. Należą do nich standardowe zmienne socjologiczne, takie jak: płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, zawód. Każda z tych zmiennych może rzutować na poziom jakości życia badanych chorych [2, 10–12]. W przyszłych badaniach nad jakością życia pacjentów kardiologicznych warto kontrolować te zmienne.

#### Piśmiennictwo

1. Dziurawicz A. Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia* 2002; 2: 77-99.
2. Kawecka-Jaszcz K, Klocek M, Tobiasz-Adamczyk B (eds.). Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne. *Termedia*, Poznań 2006.
3. De Walden-Gałuszko K. Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. In: Meyza J (ed.) *Jakość życia w chorobie nowotworowej. Centrum Onkologii*, Warszawa 1997: 77-84.
4. Wrześniewski K, Sosnowski T, Matusik D. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Podręcznik. *Polskie Towarzystwo Psychologiczne*, Warszawa 2002.
5. Zboralski K, Gatecki P, Wysokiński A, et al. Quality of life and emotional functioning in selected cardiovascular diseases. *Kardiologia Pol* 2009; 67: 1228-34.
6. Wrześniewski K. Styl życia a zdrowie: Wzór zachowania A. *Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN*, Warszawa 1993.
7. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość stresowa (typ D) a ryzyko występowania chorób układu krążenia. In: Kosińska-Dec K, Szewczyk L (eds.). *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki. Belstudio*, Warszawa 2004: 5-17.
8. Wrześniewski K. Psychologiczne problemy chorych z zawatem serca. *PZWL*, Warszawa 1986.
9. Wrosch C, Scheier MF. Personality and quality of life: the importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Res* 2003; 12: 59-72.
10. Philips B, Mathew J, Blumenthal JA, et al. Female gender is associated with impaired quality of life one year after coronary artery bypass surgery. *Psychosom Med* 2003; 65: 944-51.
11. Norris CM, Ghali WA, Galbraith PD, et al. Women with coronary artery disease report worse health related quality of life outcomes compared to men. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 21-36.
12. Agewall S, Berglund M, Henareh L. Reduced quality of life after myocardial infarction in women compared with men. *Clin Cardiol* 2004; 27: 271-4.