tom 5, nr 3, 83–90
© Copyright 2008 Via Medica
ISSN 1732–9841
VIA MEDICA

Jan Kader[1], Michał Wiktor[2], Bogusław Borys[3]
[1]Klinika Gastroenterologii Akademii Medycznej w Gdańsku
[2]Zakład Informatyki Radiologicznej i Statystyki Akademii Medycznej w Gdańsku
[3]Zakład Psychologii Klinicznej Akademii Medycznej w Gdańsku

Psychosomatyczne reakcje na stres u pacjentów lekarza pierwszego kontaktu

Psychosomatic reaction to stress in primary care patients

Abstract

Introduction. *Stress is an intrinsic element of everyday life. Any new situation or task may cause stress. We cannot live without it but we can cope with it in ways that may be more or less successful. There are various strategies and styles of coping with stress. How can people — in this case patients of national health system — cope with stress and what psychosomatic consequences coping with stress may have, this is the subject of this study.*

Material and methods. *Endler and Parker (CISS) questionnaire and specially prepared, dedicated questionnaire have been used in the study. The examined population covered two groups: 80 people suffering from hypertension arterialis and 74 people without hypertension arterialis. All examined persons were between 20 and 70 years old.*

Results. *The results of the examination showed that various forms of worse mood are a basic reaction to stress in case of patients with hypertension arterialis. Whereas in case of patients not suffering from hypertension arterialis an aggressive reaction is more common.*

Conclusions. *When coping with stress is concerned, the examination revealed that patients with hypertension arterialis more often use a style focused on emotions. On the other hand, in the second group, without hypertension arterialis, avoiding style was more often the method.* ***Psychiatry 2008; 5: 83–90***

key words: *stress, hypertension arterialis, coping with stress, CISS*

Wstęp

Rozumienie stresu

Człowiek XXI wieku uczący się lub pracujący pod presją czasu, chcący dotrzymywać terminów pomimo nadmiaru obowiązków, sprostać wymaganiom przełożonych, być zawsze perfekcjonistą, obawiający się o porażki, utraty pracy lub jej nieotrzymania, jednocześnie starający się pogodzić to z życiem rodzinnym może doprowadzić swój organizm do zmęczenia, a nawet do całkowitego wyczerpania.

Mówiąc najkrócej, stres to stan wzmożonej gotowości i pobudzenia naszego organizmu próbującego adaptować się do ciągle zmieniającego się środowiska, by lepiej i efektywniej radzić sobie w różnych sytuacjach życiowych. Nie jest to zjawisko wyłącznie negatywne. Bez stresu nie ma życia i dlatego Selye nazwał stres „solą życia". Wprowadzone w 1925 roku przez niego pojęcie stresu szybko zadomowiło się w potocznym języku i jest dziś postrzegane niemal zawsze jako zjawisko negatywne, co — jak wspomniano — nie do końca jest prawdą.

Adres do korespondencji:
lek. Jan Kader
Klinika Gastroenterologii AMG
ul. Dębinki 7, 80–952 Gdańsk
tel.: 501 176 618
e-mail: jkader@wp.pl

Istnieją różne definicje stresu zarówno *stricte* naukowe, jak i popularnonaukowe. W opracowaniu zatytułowanym „Stres okiełznany" Selye przytacza kilka z nich.

Ostatecznie po latach intensywnych badań zdefiniował on stres jako stan, który przejawia się swoistym zespołem składającym się ze wszystkich nieswoistych zmian w układzie biologicznym [1].

Określił również stres pozytywny jako eustres, a szkodliwy jako distres. Lazarus dodaje, że stres występuje wtedy, gdy napotkana sytuacja będzie przez daną osobę interpretowana jako przeszkoda do realizacji zamierzenia [2].

Odczyn, który pojawia się jako nieswoista reakcja ustroju na działający nań czynnik, nie jest przypadkowym układem objawów, lecz stanowi wyraźny zespół. I ten właśnie zespół jest stresem lub, mówiąc inaczej — stanem stresu. Przejawia się on według Selyego ogólnym zespołem adaptacji (GAS, *general adaptation syndrome*), który w typowych przypadkach przebiega przez trzy kolejne fazy:

1. Stadium reakcji alarmowej. Początkowa, alarmowa reakcja zaskoczenia i niepokoju z powodu braku pełnej gotowości i konfrontacji z nową sytuacją. Odporność jest w tym przypadku zmniejszona. W momencie zagrożenia pojawia się faza mobilizacji. Organizm musi w ciągu krótkiego czasu przystosować się do odparcia zagrożenia bądź jego uniknięcia. Ten moment dzieli się na:
   a) fazę szoku — spadek ciśnienia, temperatury;
   b) fazę przeciwdziałania szokowi;
   c) podjęcie przez organizm aktywnych wysiłków obronnych, czego wyrazem jest wzrost ciśnienia krwi i temperatury ciała.
2. Stadium odporności (faza przystosowania). Następuje swoisty opór organizmu spowodowany długotrwałym wystawieniem na działanie stresora, którego siła daje się pogodzić z przystosowaniem. Jest to właściwa faza pokonywania trudności. Mechanizm alarmowy przygotowuje organizm bądź do walki z zagrożeniem, bądź do wycofania się (ucieczki). Jedno i drugie wymaga dużej sprawności organizmu.
3. Stadium wyczerpania. W następstwie zbyt długotrwałego oddziaływania tego samego stresora, do którego organizm się przystosował, energia przystosowania w końcu się wyczerpuje. Pojawiają się powtórnie oznaki reakcji alarmowej, tym razem jednak są one nieodwracalne.

Lazarus definiuje psychologiczne rozumienie stresu jako „spostrzeganie przez jednostkę istnienia znacznej rozbieżności pomiędzy wymaganiami środowiska a samooceną, możliwości ich spełnienia, w sytuacji, w której niepowodzenie w spełnianiu tych wymagań wiąże się z poważnymi dla niej konsekwencjami (w postaci kary lub utraty okazji do zdobycia nagrody)."

Zgodnie z tą definicją stres, to dynamiczna relacja między człowiekiem a otoczeniem, która jest oceniana przez jednostkę jako obciążająca lub przekraczająca możliwości sprostania jej [3].

Uznanie sytuacji za stresową pociąga za sobą pojawienie się negatywnej relacji emocjonalnej. Przyjmuje się, że dokonywana przez człowieka ocena trudnej, mogącej prowadzić do stresu sytuacji, jest kształtowana z jednej strony przez rodzaj kierowanych wobec niego żądań, z drugiej strony przez czynniki wpływające na indywidualny proces radzenia sobie ze stresem, takie jak: wsparcie społeczne, zasoby możliwe do wykorzystania w trakcie zmagania się z problemem, a także istniejące obiektywne ograniczenia [4].

Radzenie sobie ze stresem zostało zdefiniowane przez Lazarusa i Folkmanna [3], jako stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki jednostki, mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych lub wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby. Główne funkcje mechanizmów radzenia sobie to:

— uregulowanie emocji (zwykle intensywnych i negatywnych), próba utrzymania optymalnego ich poziomu;
— uporanie się z problemem, który był źródłem stresu [5].

Fizjologia stresu

Najważniejsze procesy fizjologiczne, które uruchamiają się podczas stresu, zostały wyjaśnione i dokładnie opisane. Działają one dwukierunkowo [6]:

1) drogą nerwową, którą stanowi układ współczulny oraz rdzeń nadnerczy (faza uwalnianie katecholamin);
2) drogą endokrynną, szczególnie pod postacią nadnerczy i jej hormonów, kortykoidosteroidów, wśród których głównym hormonem jest kortyzol. Selye nazwał te hormony adaptacyjnymi. Każdy z hormonów nadnerczy ma do spełnienia pewną swoistą funkcję, jednak, ogólnie mówiąc, są one hormonami przygotowującymi organizm na spotkanie z niebezpieczeństwem i pozwalają na adekwatne zachowanie w sytuacji zagrożenia: walkę lub ucieczkę (*fight or flight*).

Stres wywołuje zwiększenie stężenia glikokortykoidów w osoczu do dużych, „farmakologicznych" stężeń, które w ciągu krótkich okresów ratują życie, ale po dłuższym okresie występowania stają się wysoce szkodliwe i niszczące [7].

Reakcja układu współczulnego jest natychmiastowa — rozwija się w ciągu 20–30 sekund i ustaje po około godzinie od momentu zadziałania stresora. Natomiast oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa zaczyna działać później (minuty, godziny), ale to działanie utrzymuje się dniami, a nawet tygodniami [8].

Rola stresu w rozwoju nadciśnienia tętniczego

Roli stresu w patogenezie nadciśnienia tętniczego poświęcono wiele badań klinicznych, doświadczalnych i epidemiologicznych. Znaczenie stresu podkreśla jego powiązanie z wieloma mechanizmami patogenetycznymi, zwłaszcza zależnymi od układu nerwowego. Ciśnienie tętnicze jest monitorowane przez baroreceptory aorty i tętnic szyjnych, skąd włókna doprowadzające prowadzą do jądra pasma samotnego (włókna biegną nerwem językowo-gardłowym i błędnym). Jądro pasma samotnego kontroluje unerwienie współczulne serca za pośrednictwem jądra tworu siatkowatego [9].

W sytuacji zagrożenia dochodzi do zwężenia naczyń krwionośnych, wzrostu ciśnienia tętniczego, przyspieszenia akcji serca z powodu aktywacji przedniej części podwzgórza, hamując w ten sposób komórki jądra samotnego, co w konsekwencji utrudnia wywołanie odruchów z baroreceptorów.

Wyniki licznych badań wykazują, że u osób narażonych na długotrwały stres psychiczny znacznie częściej rozwija się nadciśnienie tętnicze w porównaniu z osobami mniej narażonymi na stres [10, 11].

Stwierdzono, że u ludzi żyjących poza wpływem czynników współczesnej cywilizacji, występuje niski poziom ciśnienia tętniczego oraz brak jego wzrostu z wiekiem. Ta sytuacja zmienia się, gdy osoby z tych obszarów zostają przeniesione do regionów wysoko uprzemysłowionych. W stosunkowo krótkim czasie zauważono zwiększenie częstości zachorowań na nadciśnienie tętnicze [10–13].

Prowadzono też badania w ramach programu *Whitehall II*, w których oceniano wpływ stresu związanego z pracą zawodową na rozwój nadciśnienia tętniczego. Podkreślono w szczególności znaczenie subiektywnego wrażenia trudności w sprostaniu wymaganiom pracodawcy u pracowników. Wyniki tych badań wykazały wyższe ciśnienie tętnicze u osób mających poczucie, że gorzej wywiązują się z powierzonych im zadań. Autorzy konkludują, że stres związany z pracą zawodową może być ważnym czynnikiem patogenetycznym nadciśnienia tętniczego. W badaniu tym stwierdzono również w grupie chorych badania Framingham korelację między chwilowym wzrostem ciśnienia skurczowego w odpowiedzi na stres psychologiczny a stopniem podwyższenia ciśnienia skurczowego [14].

Interesujące wyniki dały badania prowadzone przez Pickeringa i wsp. [15] przeprowadzone w ramach *Cornell Worksite Study*. Wpływ stresu w miejscu pracy oceniano na podstawie subiektywnego poczucia pracownika, że nie może on sprostać wymaganiom pracodawcy. Wykazano, że u osób narażonych na stres w miejscu pracy ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego zwiększa się 3-krotnie. Podczas 3-letniej obserwacji stwierdzono u tych osób wzrost ciśnienia krwi o 11,7 mm Hg w porównaniu z osobami nieobciążonymi stresem psychicznym. Stwierdzono również zwiększenie częstości występowania przerostu lewej komory serca.

Wyniki innych badań wykazały, że stres spowodowany pracą zawodową wiąże się z wyższymi wartościami ciśnienia tętniczego w pomiarze całodobowym z okresu dnia [16, 17].

W piśmiennictwie często cytowane są badania przeprowadzone u kontrolerów ruchu lotniczego, pracujących w warunkach dużego stresu, u których do rozwoju nadciśnienia tętniczego w ciągu roku dochodziło 5–6 razy częściej, w porównaniu z grupą pilotów amatorów [18].

Wyniki prospektywnych badań znanych pod akronimem CARDYA (*Coronary Artery Risk Development in Young Adults*), które obejmowały 4100 osób z prawidłowym ciśnieniem tętniczym w wieku 18–30 lat, wykazały zwiększoną odpowiedź presyjną na bodźce stresowe u młodych osób z prawidłowym ciśnieniem krwi, związaną z ryzykiem rozwoju nadciśnienia tętniczego w 13-letniej obserwacji [10].

Obserwowano występowanie nadciśnienia u zakonnic przebywających w klasztorach o regule nakazującej izolację od świata zewnętrznego (żyjące w klasztorze przez 30 lat). Okazuje się, że ich ciśnienie skurczowe było średnio o 30 mm Hg niższe od ich rówieśnic żyjących poza zakonem. Przypuszcza się zatem, że u osób o odpowiednim podłożu genetycznym nadciśnienie tętnicze rozwija się w odpowiedzi na określone warunki środowiska [19].

Na podstawie obserwacji osób, które przeżyły trzęsienie ziemi we Włoszech wykazano wzrost ciśnienia tętniczego skurczowego i rozkurczowego odpowiednio o 20% i 40%, a także przyspieszenie czynności serca o 79%. Zmiany te miały charakter przejściowy

i były obserwowane przez około 60 minut, natomiast w późniejszym okresie u tych osób stwierdzono zwiększoną zmienność ciśnienia krwi i brak nocnego spadku ciśnienia tętniczego [1].

Przeżycie kataklizmu, jak trzęsienie ziemi lub wielka eksplozja, wiązało się ze wzrostem ciśnienia, który może utrzymać się przez miesiące [20].

Wyniki wielu badań wykazały również, że zmiana środowiska, w tym pracy, na mniej wymagającą prowadzi do zmniejszenia ciśnienia tętniczego bez użycia leków.

Zespół naukowców z *University of British Columbia* w Vancouver w Kanadzie przeprowadził badanie, w którym wzięło udział 60 osób z nadciśnieniem tętniczym, czyli ciśnieniem krwi wyższym niż 140/90 mm Hg. Wszyscy badani zostali poddani psychoterapii, której celem było zmniejszenie ich podatności na stres. Wyniki badania opublikowano na łamach „*Archives of Internal Medicine*". Wśród osób, które poddano terapii, zaobserwowano zmniejszenie napięcia emocjonalnego. Badani pozytywnie oceniali wpływ leczenia na swoje samopoczucie. Wykazano również obniżenie ciśnienia tętniczego o średnio o 7 mm Hg. Powyższy efekt utrzymywał się w czasie 6 miesięcy obserwacji.

Wyniki badania wskazują zatem wyraźnie, że sytuacje stresowe mogą być przyczyną nadciśnienia tętniczego [21].

Po eksplozji samolotu transportującego materiał wybuchowy w Texas City w 1947 roku, co spowodowało podmuch równy sile bomby atomowej na Bikini, lekarze zaobserwowali wyraźny wzrost ciśnienia tętniczego u mieszkańców w pierwszych dniach po wybuchu. Takie zjawisko opisano również u mieszkańców Leningradu i żołnierzy, podczas II Wojny Światowej w trakcie przygotowań do walki oraz wśród niemieckich jeńców wojennych [22].

Osobowościowe uwarunkowania nadciśnienia tętniczego

Aleksander w 1939 roku podjął próbę psychosomatycznego wyjaśnienia mechanizmu nadciśnienia tętniczego w świetle nieuświadomionego konfliktu między wrogością a zależnością i pragnieniem podporządkowania się. Według tej teorii stłumiona wrogość, nieujawniona agresja może prowadzić do lęku i przejściowego wzrostu ciśnienia, co może być mechanizmem wywołującym nadciśnienie tętnicze, jeżeli często się powtarza [22, 23]. Dane z 16-czynnikowego Kwestionariusza Cattela wskazują, że pacjenci z nadciśnieniem tętniczym są bardziej lękliwi i napięci, mniej ustabilizowani. Na podstawie badania 130 chorych z nadciśnieniem tętniczym, posługując się Skalą Lęku i Gniewu Spielbergera, stwierdzono, że lęk — zarówno stan, jak i cecha — był wyższy u mężczyzn z nadciśnieniem tętniczym. U chorych z nadciśnieniem wyższy był też poziom gniewu [23]. Celem badania było wykazanie ewentualnych różnic w sposobie radzenia sobie ze stresem oraz w reakcjach na stres u chorych z nadciśnieniem tętniczym w porównaniu z osobami bez nadciśnienia. Wyniki licznych badań w tym zakresie potwierdzają, że u znacznej części osób narażonych na długotrwały stres psychiczny częściej rozwija się nadciśnienie tętnicze [10, 11, 24–27]

Materiał i metody

Do badań przeprowadzonych w Przychodni lekarskiej Chylonia I w Gdyni zakwalifikowano 154 pacjentów (80 z nadciśnieniem i 74 bez nadciśnienia) w grupie wiekowej 20–70 lat (mniej więcej tyle samo kobiet i mężczyzn). Wszystkim chorym rozdano ankietę, w której pytano o: wiek, zawód, wykształcenie, stan cywilny, relacje w małżeństwie, relacje w domu, relacje w pracy, sytuację zawodową, wpływ rodziny na zdrowie, wpływ pracy na zdrowie, wydarzenia ostatniego roku oraz ostatnich 10 lat, kontakty towarzyskie oraz o pierwszą i najczęstszą reakcję w sytuacji stresowej. Ankieta zawierała również pytania dotyczące zachorowalności na nadciśnienie, chorobę wieńcową, zawał serca, czynnościowe zaburzenia ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego, chorobę wrzodową oraz występowania tych chorób w rodzinie. Ponadto w ankiecie (do wyboru) wymieniono następujące rodzaje reakcji na stres:

A. Ogromny smutek, do płaczu włącznie;
B. Złość, gniew;
C. Zagubienie, totalna pustka;
D. Poszukiwanie pomocy u najbliższych;
E. Chęć bycia samemu, izolacja;
F. Sięgnięcie po alkohol;
G. Sięgnięcie po jakiś farmakologiczny środek uspokajający;
H. Potrzeba modlitwy;
I. Inny sposób (jaki?).

Rozdano również Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych Endlera i Parkera (CISS, *Coping Inventory for Stressful Situations*) składający się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie mogą podejmować w sytuacjach stresowych. Badany określa na 5-stopniowej skali częstotliwość, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych i stresowych. Wyniki ujmowane są na trzech skalach: SSZ — styl skoncentrowany na zadaniu; SSE

Tabela 1. Wyniki kwestionariusza CISS u badanych osób
Table 1. *Results of CISS questionnaire in examined population*

	Z nadciśnienieniem n (%)	Bez nadciśnienia n (%)	Razem
SSZ/SSE (przewaga SSZ)	30 (37)	20 (27)	50
SSE/SSZ (przewaga SSE)	11 (13)	1 (1)	12
SSZ/SSU (przewaga SSZ)	24 (31)	47 (64)	71
SSU/SSZ (przewaga SSU)	10 (13)	4 (5)	14
SSE/SSU (przewaga SSE)	5 (6)	2 (3)	7
SSU/SSE (przewaga SSU)	0	0	0
Razem	74	80	154

— styl skoncentrowany na emocjach; SSU — styl skoncentrowany na unikaniu [28].

W tabeli 1 przedstawiono tablicę kontyngencji 2 × 5 utworzoną z wyników kwestionariusza CISS. W celu potwierdzenia zależności między reakcjami w obu grupach wykonano test $\chi 2$ Pearsona. Uzyskane $p = 0{,}000259$ pozwala z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością przyjąć hipotezę o zależności danych w kolumnie 2. i 3. tabeli 1. Ze względu na dwie pozycje o niskiej liczebności w tabeli kontyngencji, mogące prowadzić do przekłamań testu χ^2 Pearsona, zależność tę zweryfikowano testem dokładnym Fishera (dwustronnym). Otrzymane $p = 0{,}0001303$ pozwala rozwiać wszelkie wątpliwości co do zależności zmiennych.

Podczas obliczania testu Pearsona wyznacza się referencyjną tablicę kontyngencji, czyli taką, dla której przy zadanych prawdopodobieństwach brzegowych (odpowiednio 4. kolumna i dolny wiersz tabeli 1) opisywane zmienne są niezależne. Porównanie obu tablic, pozwalające na ocenę, którymi parametrami różnią się zadane wielkości, przedstawiono na rycinie 1.

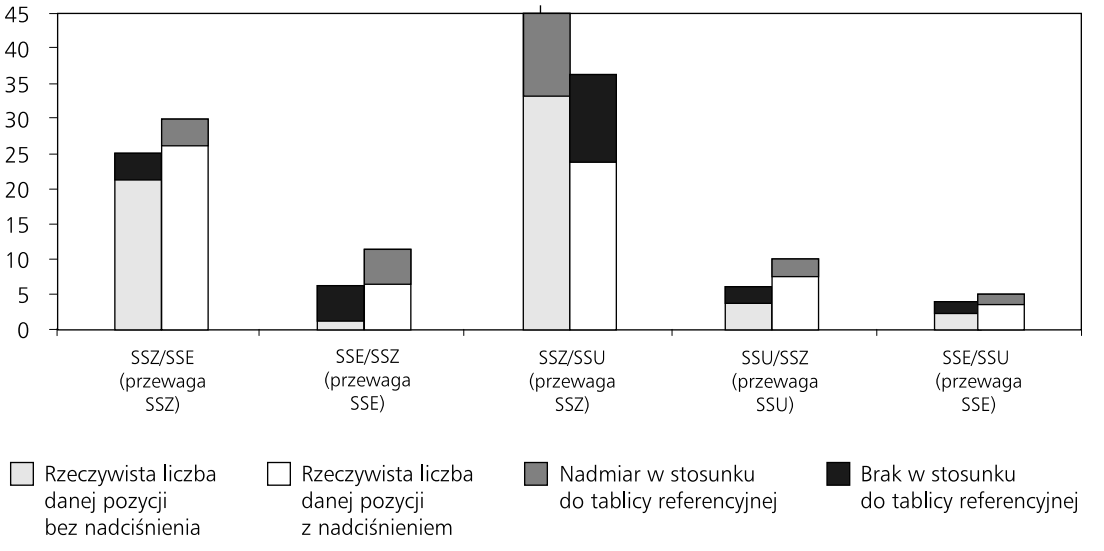
Zarówno w tabeli kontyngencji, jak i na rycinie 1 widać, że w obu grupach chorych przeważa SSZ, natomiast chorzy z nadciśnieniem tętniczym mają większe tendencje do radzenie sobie ze stresem przez skoncentrowanie się na emocjach w porównaniu z chorymi bez nadciśnienia tętniczego, u których poza SSZ są duże skłonności do unikania.

Drugim omawianym elementem jest dominująca reakcja na stres. Liczbowe zestawienie wyników ankiety zawarto w tabeli 2. Ze względu na małą liczbę niektórych odpowiedzi, do testu zależności Pearsona wybrano pozycje, gdzie minimalna liczba odpowiedzi wynosiła 5 dla obu grup badanych. Otrzymano w ten sposób $p = 2{,}69585\ 10^{-5}$, co również pozwala z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością uznać zależność odpowiedzi od przynależności do grupy z/bez nadciśnienia. Zestawienie rozkładu odpowiedzi porównanego z tablicą referencyjną przedstawiono na rycinie 2.

Wyniki

Widoczne jest, że w grupie bez nadciśnienia dominującą reakcją, odróżniającą tę grupę od osób z nadciśnieniem, jest złość. Grupa druga (pacjenci z nadciśnieniem) znacznie częściej wybierają odpowiedź: ,,smutek aż do płaczu". Pozostałe reakcje można uznać za zbliżone ze statystycznego punktu widzenia. Przewaga nieuwzględnionych reakcji, zakwalifikowanych jako inne pozwala przypuszczać, że osoby z nadciśnieniem mają szerszy wachlarz sposobów radzenia sobie ze stresem.

Wśród pominiętych reakcji na uwagę zasługuje pozycja (zbiorcza) „modlitwa", która praktycznie nie pojawia się wśród osób bez nadciśnienia tętniczego. Liczba odpowiedzi nie pozwala bezpośrednio ocenić ich istotności statystycznej można natomiast

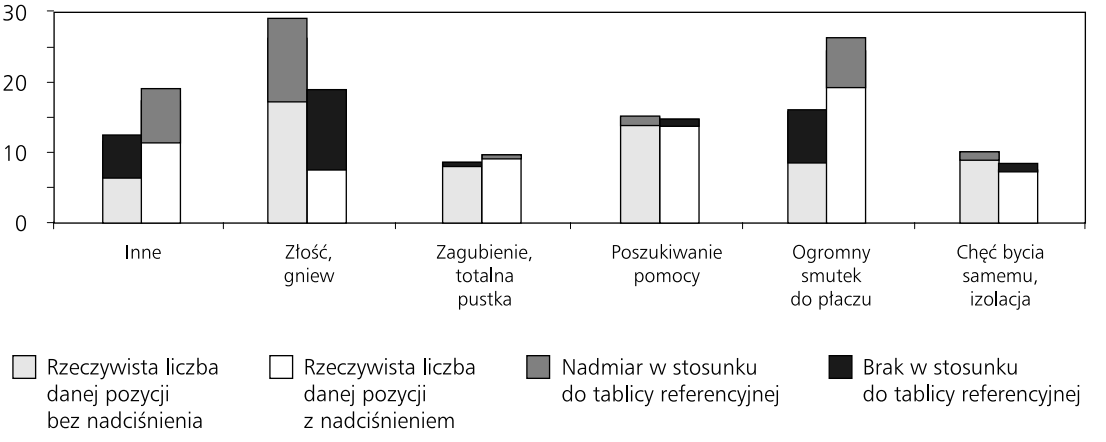


Rycina 1. Graficzne przedstawienie tablic kontyngencji dla kwestionariusza CISS
Figure 1. *Graphic illustration analise of CISS questionnaire in examined population*

Tabela 2. Zestawienie wyników ankiety: dominująca reakcja na stres
Table 2. *Results of specially prepared questionnaire: dominated reaction to stress*

	Z nadciśnieniem	Bez nadciśnienia
Chęć bycia samemu, izolacja	6	8
Kontakt z rodziną	0	0
Motywacja do rozwiązania problemu	1	0
Ogromny smutek, do płaczu	26	9
Poszukiwanie pomocy	15	16
Poszukiwanie pomocy/złość	1	0
Poszukiwanie pomocy/modlitwa	2	0
Poszukiwanie rozwiązań	0	1
Potrzeba modlitwy	3	1
Potrzeba modlitwy/ogromny smutek	5	0
Potrzeba modlitwy/poszukiwanie pomocy	1	0
Sięgnięcie po alkohol	1	0
Sięgnięcie po leki uspokajające	1	3
Zagubienie, totalna pustka	7	6
Złość, gniew	7	29
Złość, gniew/izolacja	2	0
Złość, gniew/poszukiwanie pomocy	1	0
Inny (działanie)	1	1

sformułować problem nieco inaczej — czy osoby z nadciśnieniem są bardziej skłonne do próby radzenia sobie ze stresem przez modlitwę? Przy tak postawionym pytaniu można skonstruować tablicę kontyngencji widoczną w tabeli 3. Test dokładny Fishera daje dla tej tablicy p = 0,01849, co pozwala przyjąć hipotezę o zależności obu rozkładów. Potwierdzono zatem, że osoby z nadciśnieniem są bardziej skłonne do próby opanowywania stresu przez modlitwę.



Rycina 2. Graficzne zobrazowanie wyników ankiet z zaznaczeniem odstępstw od rozkładu referencyjnego
Figure 2. *Graphic illustration results of specially prepared questionnaire in examined population*

Tabela 3. Skłonność do rozwiązywania sytuacji stresowej przez modlitwę
Table 3. *Tendention to coping with stress by praying in examined pacjents*

		Nadciśnienie	
		Tak	**Nie**
Potrzeba modlitwy	Tak	9	1
	Nie	71	73

Dyskusja

Bazując na wynikach badań, można stwierdzić, że generalnie w obu grupach badanych pacjentów przeważa styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu (SSZ). Jest to w pewnym sensie dobry prognostyk dla pacjentów, gdyż styl skoncentrowany na zadaniu generalnie uważany jest jako efektywny w radzeniu sobie z sytuacjami stresowymi. Na drugim miejscu, w obu badanych grupach plasują się różne style radzenia sobie ze stresem. W grupie chorych z nadciśnieniem tętniczym przeważa styl skoncentrowany na emocjach (SSE), podczas gdy pacjenci bez nadciśnienia tętniczego chętniej stosują styl skoncentrowany na unikaniu (SSU). Styl skoncentrowany na emocjach z kolei uważany jest generalnie za kosztowny emocjonalnie i mniej efektywny. Stąd prawdopodobnie w grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym najczęstszą reakcją na stres jest obniżenie nastroju, czego wyrazem jest smutek, do płaczu włącznie. Z kolei pacjenci bez wyraźnych cech nadciśnienia tętniczego, w sytuacjach stresowych częściej reagują złością i gniewem. Uzyskane w tych badaniach wyniki zasadniczo pokrywają się z wnioskami, do których dochodzili autorzy wcześniej cytowanych w tym opracowaniu publikacji.

Wnioski

1. Główną reakcją na stres pacjentów z nadciśnieniem tętniczym jest obniżenie nastroju, czego wyrazem jest smutek, do płaczu włącznie.
2. U chorych bez nadciśnienia tętniczego dominują złość i gniew.
3. W obydwóch badanych grupach pacjentów dominuje styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu.
4. Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym mają większe tendencje do radzenie sobie ze stresem przez skoncentrowanie się na emocjach.
5. Pacjenci bez cech nadciśnienia tętniczego częściej stosują style skoncentrowane na unikaniu problemu.

Streszczenie

Wstęp. *Stres jest nieodłącznym elementem życia codziennego. Wywołują go każda nowa sytuacja i zadanie. Nie możemy żyć bez stresu, natomiast możemy sobie z nim radzić lepiej lub gorzej. Różne są strategie i style radzenia sobie ze stresem. Przedmiotem badań tego opracowania była analiza sposobu, w jaki ludzie — w tym przypadku pacjenci lecznictwa otwartego — radzą sobie ze stresem i jakie bywają psychosomatyczne następstwa zmagania się ze stresem.*

Materiał i metody. *W badaniu korzystano z kwestionariusza CISS (Endlera i Parkera) oraz ze specjalnie przygotowanej ankiety. Populację badanych stanowiły dwie grupy: 80 osób — pacjenci z nadciśnieniem tętniczym oraz 74 osoby — pacjenci bez nadciśnienia tętniczego. Wszyscy badani mieścili się w przedziale wieku 20–70 lat.*

Wyniki. *Na podstawie wyników badań stwierdzono, że podstawową reakcją na stres u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym są różne formy obniżonego nastroju, podczas gdy u badanych bez nadciśnienia tętniczego występuje przewaga reakcji agresywnych.*

Wnioski. *Stwierdzono, że osoby z nadciśnieniem tętniczym w radzeniu sobie ze stresem częściej stosują styl skoncentrowany na emocjach, natomiast badani bez nadciśnienia tętniczego zdecydowanie częściej stosują styl unikowy.* ***Psychiatria 2008; 5: 83–90***

słowa kluczowe: *stres, nadciśnienie tętnicze, radzenie sobie ze stresem, CISS*

PIŚMIENNICTWO:

1. Selye H. Stres życia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1963; II: 70.
2. Reykowski J. Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996: 189.
3. Lazarus i Folkman. Stress. Appraisal, and coping. New York Springer 1984: 19.
4. Dudek B. Psychologiczne obciążenie pracą. Pomiar — czynniki warunkujące — skutki. IMP, Łódź 1992: 38.
5. Kokoszka A. Schematy psychosomatycznej diagnozy i interwencji psychoterapeutycznych w praktyce ogólnolekarskiej. Przewodnik lekarza 2004; 5.
6. Farne M. Stres, kiedy pomaga, kiedy szkodzi, jak zamienić go w sojusznika. Księgarnia i Drukarnia Świętego Wojciecha, Poznań 2006: 18–19.
7. Ganong W.F. Fizjologia. Podstawy fizjologii lekarskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994: 453.
8. Moryś J., Jeżewska M. Psychologia w medycynie. Borys B., Majkowicz M. (red.). AMG 2006: 90.
9. Moryś J., Jeżewska M. Psychologia w medycynie. Borys B., Majkowicz M. (red.). AMG 2006: 89.
10. Januszewicz A, Nadciśnienie tętnicze zarys patogenezy, diagnostyki i leczenia. Medycyna Praktyczna, Kraków 2007: 45–47.
11. Kaplan N.M. Nadciśnienie tętnicze — aspekty kliniczne. Przekład wydana 9. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006: 89–90.
12. Kaufman J.S., Owoaje E.E., James S.A. i wsp. Determinants of hypertension in West Africa. Am. J. Epidemiol.1996; 143: 1203––1218.
13. Poulter N., Khaw K.T., Hopwood B.E. i wsp. The Kenyan Luo migration study: observations on the initiation of a rise in blood pressure. BMJ 1990; 300: 967–972.
14. Carrol D., Smith G.D., Shipley M.J. i wsp. Blood pressure reactions to acute psychological stress and future blood pressure status: A 10-year follow-up of men in Whitehall II study. Psychosomatic Med. 2001; 63: 737.
15. Pickering T.G. The effects of enviromental and lifestyle factors on blood pressure and intermediary role of the sympateetic nervous system. J. Hum. Hypertens. 1997; 11 (supl. 1): S9–S18.
16. Cesana G., Sega R., Ferrairo M. i wsp. Job strain and blood pressure in employed men and women: a pooled analysis of four northern Italian population samples. Psychosom. Med. 2003; 65: 558–563.
17. Steptoe A., Willemsen G. The influence of low job control on ambulatory blood pressure and perceived stress over the working day I men and women from the Whitehall II cohort. J. Hypertens. 2004; 22: 915–920.
18. Cobb S., Rosse R.M. Hypertension, peptic ulcer, and diabetes in air traffic controllers. JAMA 1973; 224: 489–492.
19. Timio M., Savonio P., Venanzi S. i wsp. Blond pressure in nuns in secluded order. Miner. Electrolyte Metab. 1999; 25: 73–79.
20. Gerin W., Chaplin W., Schwarz J.E. i wsp. Sustained blond pressure increase after an acute stressor: the effects of the 11 September 2001 attack on the New York City World Trade Center. J. Hypettents 2005; 23: 279–284.
21. http://www.mediweb.pl/psyche/wyswietl.php?id=353; 4.05.2008
22. Tylka J. Psychosomatyka, wybrane zagadnienia z teorii praktyki. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2000: 127.
23. Tylka J. Psychosomatyka, wybrane zagadnienia z teorii praktyki. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2000: 128–129.
24. Diez Roux A.V., Chambless L,. Merkin S.S. i wsp. Socioeconomic disadvantage and change in blood pressure associated with aging. Circulation 2002; 106: 703–710.
25. Juliusz S., Nesbitt S. Sympathetic overactivity in hypertension. Am. J. Hypertens. 1996; 9: 113S–120S.
26. Knox S.S., Hausdorff J., Markowitz J.H. Reactivity as a predictor of subsequent blood pressure: racial differences in Coronary Artery Risk Develepment in Young Adults (CARDIA) Study. Hypertension 2002; 40: 914–919.
27. Shapiro D., Goldstein I.B., Jamner L.D. Effects of cynical hostility angerout, anxiety, and defensiveness on ambulatory blood pressure in black and white college students. Psychosom. Med. 1996; 58: 354–364. Knox i wsp., 2002.
28. Szczepaniak P., Strelau J., Wrześniewski K. Pracownia testów psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. www.practest.com.pl.; 4.05.2008