

CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH ZMIENNYCH PSYCHOLOGICZNYCH WPŁYWAJĄCYCH NA JAKOŚĆ ŻYCIA W ASTMIE OSKRZELOWEJ

Characteristics of selected psychological variables that influence quality of life in bronchial asthma

Bartosz Uchmanowicz¹, Joanna Rosińczuk², Izabella Uchmanowicz¹

¹ Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Zakład Chorób Układu Nerwowego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: bartosz.uchmanowicz@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) koncepcja holistycznej opieki nad pacjentem bazuje na definicji zdrowia i zakłada zapewnienie chorym nie tylko wszechstronnej pomocy medycznej, ale również wsparcia psychologicznego i społecznego. W założeniu twórców idei medycyny holistycznej takie postępowanie ma się głównie przekładać na poprawę wyników terapeutycznych. W przypadku schorzeń przewlekłych, w tym astmy, cele opieki holistycznej powinny jednak również obejmować zaangażowanie chorego w proces leczenia. Celem pracy jest omówienie wybranych zmiennych psychologicznych wpływających na jakość życia chorych na astmę oskrzelową.

Słowa kluczowe: jakość życia, astma oskrzelowa, lęk, depresja.

SUMMARY

The concept of holistic patient care based on the definition of health by the World Health Organization (WHO) involves not only comprehensive medical care, but also psychological and social support. In principle architects of the idea of holistic medicine such approach is mainly translate into improving therapeutic results; in the case of chronic diseases, including asthma, holistic care purposes; however, should also include the involvement of patients in their treatment. The aim of this study was to discuss some psychological variables affecting the quality of life of patients with bronchial asthma.

Key words: quality of life, bronchial asthma, anxiety, depression.

WSTĘP

Obecnie mówi się o „pierwotnych” zaburzeniach depresyjnych i lękowych uwarunkowanych w istotnym stopniu predyspozycją genetyczną. Depresja i lęk mogą stanowić następstwo patofizjologicznych mechanizmów choroby somatycznej lub jej leczenia [1]. Pojęcie lęku jest stosowane w teorii i praktyce do wyjaśniania stanów emocjonalnych i zachowań człowieka, szczególnie w stanach zagrożenia. W odpowiedzi na poczucie zagrożenia pacjenci z przewlekłymi chorobami somatycznymi przeżywają silny lęk jako reakcję na poczucie zagrożenia zdrowia i życia. Zaburzenia lękowe związane są ze stanem somatycznym u około 1/3 chorych. Mogą mieć charakter lęku napadowego. Lęk uogólniony może towarzyszyć każdej chorobie, ale przede wszystkim chorobom serca, układu oddechowego, chorobom nowotworowym czy innym chorobom przewlekłym [2]. Istotne zatem jest poznanie poziomu lęku dla poprawy przystosowania pacjenta do sytuacji leczenia i poprawy jego jakości życia. Z kolei depresja jest zazwyczaj utożsamiana ze znaczącymi trudnościami, a co jest z tym związane – gorszą jakością życia [3]. Związek ten wydaje się być zasadny i większość badań wskazuje, że osoby cierpiące z powodu depresji charakteryzują się niższą jakością życia. Należy również zaznaczyć, że rozpowszechnienie depresji w chorobach somatycznych jest duże i wynosi 15–25% [4].

POJĘCIE LĘKU JAKO STANU I LĘKU JAKO CECHY

Koncepcja lęku jako stanu i lęku jako cechy została przedstawiona przez amerykańskiego psychologa Spielbergera [5–7]. Znajduje zastosowanie w licznych badaniach klinicznych dotyczących zagadnień lęku. Koncepcja Spielbergera opiera się na rozróżnieniu między lękiem rozumianym jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki (lęk – stan), a lękiem rozumianym jako względnie stała cecha osobowości (lęk – cecha). Według Spielbergera, stan lęku charakteryzuje się „subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy

i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego” [5–9]. Stan ten podlega dynamice zmian zależnych od danej sytuacji i odnosi się do reakcji na konkretną sytuację. Właściwością lęku – stanu jest jego zmienność pod wpływem oddziaływania różnych czynników zagrażających i stresowych. Natomiast lęk jako cecha definiowany jest przez Spielbergera jako pewien model teoretyczny, który oznacza „motyw lub dyspozycję behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowania na nie” [8]. Właściwością lęku – cechy jest jej duża stabilność w czasie. Podkreśla się na wyuczony charakter lęku oraz rolę dotychczasowych doświadczeń jednostki w ukształtowaniu się osobowości lękowej [7, 8]. Lęk – cecha jest zatem rozumiany jako dyspozycja osobowościowa jednostki, jest wymiarem służącym do opisu względnie stałych różnic indywidualnych, co oznacza właściwą danej jednostce podatność na reagowanie stanem lęku w sytuacjach zagrożenia [4–6].

Znajomość stopnia nasilenia cechy lęku powinna pozwalać na przewidywanie nasilenia stanu lęku, jakim jednostka zareaguje w sytuacjach zagrożenia. Uważa się jednak, że bez względu na rodzaj sytuacji z wyższym poziomem lęku – cechy wiąże się wyższy poziom lęku – stanu. Przyjmując dany model teoretyczny, Spielberger i jego współpracownicy skonstruowali kwestionariusz do pomiaru lęku: *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), który jest powszechnie wykorzystywany w badaniach dotyczących problematyki lęku [7]. Według autora zachowanie się jednostki jest związane z określonym sposobem postrzegania i oceny rzeczywistości. W przypadku lęku jest ono związane ze spostrzeganiem jej jako bardziej zagrażającej niż to jest w rzeczywistości. W koncepcji Spielbergera, stres rozumiany jest jako obiektywne właściwości sytuacji, które najczęściej spostrzegane są jako zagrażające [5–9]. Zostało to ujęte przez Spielbergera jako następująca zależność:

Stres → Percepcja zagrożenia → Lęk – stan

Postrzeganie sytuacji jako zagrażającej ma charakter subiektywny. Jakkolwiek, to czy dana sytuacja zostanie oceniona jako zagrożenie, zależy od percepcji sygnałów zagrożenia, zależnej od indywidualnych doświadczeń jednostki. Wzajemna korelacja między czynnikami subiektywnymi i obiektywnymi jest decydująca dla zaistnienia stanu lęku.

Lęk jest zespołem złożonych reakcji, obejmujących subiektywne poczucie zagrożenia, napięcia i niepokoju oraz zmiany fizjologiczne i jest on wynikiem subiektywnej oceny aktualnej sytuacji jako zagrożenia ważnych dla jednostki wartości; jest uwarunkowany indywidualnym doświadczeniem jednostki i jej predyspozycją do oceny sytuacji w sytuacji zagrożenia, jaką jest choroba czy zabieg medyczny [5–9].

NASILENIE OBJAWÓW DEPRESYJNYCH A JAKOŚĆ ŻYCIA W ASTMIE OSKRZELOWEJ

Dotychczas prowadzone badania u chorych na depresję wykazały wpływ chorób somatycznych, a w szczególności takich, które powodują utrzymywanie się przewlekłego bólu, zaburzeń snu, poczucia zależności od innych, ograniczenia w samodzielnym funkcjonowaniu na ujawnienie bądź nasilenie się stanów obniżonego nastroju, niepewności czy też lęku lub objawów depresyjnych [10–14]. Dostępne są prace, które wskazują na pewną zależność między współwystępowaniem astmy i depresji [15–19]. W badaniach dotyczących objawów psychopatologicznych u pacjentów chorych na astmę oskrzelową stwierdza się u prawie 50% występowanie objawów depresji [15].

Uważa się, że objawy depresyjne mogą wpływać na stopień ciężkości i kontroli astmy oskrzelowej [15, 17, 19] w związku z powtarzającą się dusznością, poczuciem braku kontroli nad objawami choroby, nagłościami tych objawów i poczuciem stanu zagrożenia [20, 21].

W literaturze wskazuje się na zahamowanie przez stres psychologiczny osi podwzgórze–przysadka–nadnercza, co może przyczyniać się do nasilenia alergicznego procesu zapalnego [22, 23]. Dodatkowo w badaniach wykazano, że nasilenie objawów depresyjnych koreluje z poziomem deklarowanej duszności, co może świadczyć o nasileniu objawów astmy przy obniżonym nastroju [24]. Miller i wsp. stwierdzili, że może następować zwiększone napięcie części przywspółczulnej układu autonomicznego przez zaburzenia depresyjne i stres, a to z kolei może wpływać na funkcje oskrzeli u pacjentów z astmą oskrzelową [25]. Dodatkowo, uważa się, że mediatory alergicznej reakcji zapalnej oddziałują na układ nerwowy i mogą wpływać na wystąpienie obniżonego nastroju i depresji [26]. Osoby, które cierpią z powodu zaburzeń depresyjnych, doświadczają znacznego obniżenia jakości życia. Wiele badań potwierdza fakt poprawy jakości życia pod wpływem właściwego i skutecznego leczenia objawów depresji w powiązaniu z psychoterapią [25, 27, 28]. Wiedza na temat jakości życia pozwala na zgromadzenie dużej liczby danych, korelacji między nimi oraz wskazuje na możliwość identyfikacji tych elementów, które w procesie terapeutycznym można poprawić czy zmienić.

STOPIEŃ AKCEPTACJI CHOROBY W CHOROBYCH PRZEWLEKŁYCH

Problemem w chorobach przewlekłych jest stopień przystosowania się do zmieniających się warunków, jak również akceptacja choroby. Choroba jest dla pacjenta stresem, a zatem jego reakcje na postawione rozpoznanie choroby i związanego z tym procesu leczenia zależą od obiektywnej i subiektywnej oceny zagrożenia sfer, w których funkcjonuje człowiek jako jednostka biopsychospołeczna, a także od znaczenia, jakie chory przypisuje chorobie. Obecnie w psychologii zdrowia mówi się o problematyce dotyczącej przewlekłych chorób oraz przystosowaniu się do nich. To przystosowanie się do choroby jest opisywane jest jako złożony i skomplikowany proces, na który mogą wpływać uwarunkowania zewnętrzne, takie jak: nastawienie otoczenia czy sytuacja życiowa pacjenta, jak i właściwości jednostki: cechy osobowościowe i temperament, preferowane sposoby radzenia sobie ze stresem, przekonania i oczekiwania.

W wyniku przystosowania się do choroby dochodzi do ukształtowania się u pacjenta złożonego systemu przekonań zwanych obrazem choroby. Obraz ten stanowią przekonania odnoszące się do istoty choroby, a także do jej przyczyn i rokowania [29–31].

Każdy człowiek inaczej reaguje na informację o chorobie, jedni bardziej akceptują ten stan, inni nie mogą pogodzić się z tą sytuacją. Pacjenci, którzy potrafią zaakceptować swoją chorobę, chętniej podejmują walkę o powrót do zdrowia i doświadczają mniej negatywnych emocji [9]. W chorobach o ciężkim przebiegu lub niepomyślnym rokowaniu można wyróżnić pewną fazowość przeżywania emocjonalnego w oswojaniu choroby: od stanu dezorientacji i szoku, przez etap zaprzeczenia, a następnie lęku połączonego z gniewem, depresją i akceptacją, co nie znaczy, że wszyscy dochodzą do etapu akceptacji [32]. Akceptacja choroby należy do jednej z faz przeżywania choroby, jest fazą pożądaną, do której chory powinien dojść. Akceptacja choroby wynika z siły osoby, która przyjmuje i godzi się z tym, na co nie ma wpływu, co pomaga jej funkcjonować w chorobie i stosować się do zaleceń terapeutycznych [33].

Zaakceptowanie choroby może oznaczać rozpoznanie zasobów i słabości osoby chorej. Tym samą świadomości własnych możliwości i ograniczeń pozwala na dostosowanie działania do indywidualnych możliwości. Akceptacja powinna być zatem rozumiana jako dynamiczne przystosowanie się do zmian psychofizycznych.

Podsumowując, można przypuszczać, że być może najważniejszą grupę czynników o udokumentowanym wpływie na jakość życia związaną ze stanem zdrowia stanowią charakterystyki psychologiczne chorych na astmę oskrzelową.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

- Rybakowski J. Depresja i lęk w podstawowej opiece zdrowotnej. *Psychiatr Prakt Ogólnolek* 2001; 1(1): 13–14.
- Rybakowski J. Rola depresji i lęku w chorobach somatycznych. *Pol Arch Med Wewn* 2001; 105 (Supl): 439–442.
- Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, et al. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26(1): 13–17.
- Robertson MM, Katona CLE. *Depression and physical illness*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.; 1997.
- Sosnowski T, Wrześniewski K. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL). Polska adaptacja STAI*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego; 1987.
- Sosnowski T. Lęk jako stan i jako cecha w ujęciu C.D. Spielbergera. *Przegl Psychol* 1977; 2: 349–360.
- Spielberger CD. *Conceptual and methodological issues in anxiety research*. In: Spielberger CD, ed. *Anxiety: current trends in theory and research*. Vol. 2. New York: Academic Press; 1972.
- Spielberger CD. *Anxiety: state-trait-process*. In: Spielberger CD, Sarason IG, eds. *Stress and anxiety*. Vol. 1. Washington: Hemisphere/Wiley; 1975.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. California, Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1970.
- Thompson WL, Thompson TL. 2nd Psychiatric aspects of asthma in adults. *Adv Psychosom Med* 1985; 14: 33–47.
- van der Schoot TA, Kaptein AA. Pulmonary rehabilitation in an asthma clinic. *Lung* 1990; 168: 495–501.
- Centanni S, Di Marco F, Castagna F, et al. Psychological issues in the treatment of asthmatic patients. *Respir Med* 2000; 94: 742–749.
- Wright RJ, Rodriguez M, Cohen S. Review of psychosocial stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach. *Thorax* 1998; 53: 1066–1074.
- Nowobilski R, de Barbaro B, Furgał M. Analiza depresji u chorych na astmę oskrzelową. *Alerg Astma Immunol* 2002; 7: 211–215.
- Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Asthma and depressive and anxiety disorders among young persons in the community. *Psychol Med* 2004; 34: 1465–1474.

16. Katon W, Lazano P, Russo J, i wsp. The prevalence of DSM-IV anxiety and depressive disorders in youth with asthma compared with controls. *J Adolesc Health* 2007; 41: 444–463.
17. Potoczek A, Niżankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, i wsp. Związki pomiędzy zespołem lęku napadowego, depresją, mechanizmami obrony, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym u pacjentów z rozpoznaniem astmy oskrzelowej. *Psych Pol* 2006; 6: 1097–1116.
18. Katon W, Richardson L, Lazano P, et al. The relationship of asthma and anxiety disorders. *Psychosom Med* 2004; 66: 349–355.
19. Kulowatz A, Kanniss F, Dahme B, et al. Association of depressive symptoms and anxiety with health care use and quality of life in asthma patients. *Respir Med* 2007; 101: 638–644.
20. Badura K, Brzoza Z, Gorczyca P, i wsp. Lęk i depresja u chorych na astmę oskrzelową. *Psych Pol* 2001; 35: 755–762.
21. Talarowska M, Florkowski A, Gałęcki P, i wsp. Rola zmiennych psychologicznych w powstawaniu i przebiegu astmy oskrzelowej oraz funkcjonowanie poznawcze pacjentów. *Alergol Pol* 2009; 77: 554–559.
22. Chida Y, Sudo N, Sonda J, et al. Childhood psychological stress exacerbates adult mouse asthma by hypothalamus – pituitary and adrenal axis. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175: 316–322.
23. Buske-Kirschbaum A, von Auer K, Krieger S, et al. Blunted cortisol responses to psychosocial stress in asthmatic children: a general feature of atopic disease? *Psychosom Med* 2003; 65: 806–810.
24. Pietras T, Witusik A, Panek M, i wsp. Lęk i depresja u chorych na choroby obturacyjne płuc. *Pol Merk Lek* 2009; 36: 631–635.
25. Miller D, Wood BL, Lim JH, et al. Depressed children with asthma evidence increased airway resistance: ‘Vagal bias’ as a mechanism? *J Allergy Clin Immunol* 2009; 124: 66–73.
26. van Liesthout RJ, Bienestock J, MacQueen GM. A review of candidate pathways underlying the association between asthma and major depressive disorder. *Psychosom Med* 2009; 71: 187–195.
27. Stewart KE, Hart RP, Gibson DP, et al. Illness Apprehension, depression, anxiety, and Quality of Life in liver transplant candidates: implications for psychosocial interventions. *Psychosomatics* 2013; 55(6): 650–658.
28. Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R, et al. Quality of Life in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(11): 984–992.
29. Dolińska-Zygmunt G. *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN; 2000; 69: 74.
30. Heszen-Niejodek I. *Wymiar duchowy człowieka a zdrowie*. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N, red. *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2003: 33–47.
31. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984: 19.
32. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Person Social Psychol* 1989; 56(2): 267–283.
33. Leksowska A, Jaworska I, Gorczyca P. Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka. *Folia Cardiol Exc* 2011; 6(4): 244–248.
34. Marzec A, Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M. Poczucie koherencji, akceptacja choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej osób chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycę, hemodializowanych – doniesienia wstępne. *Pielęgn XXI Wieku* 2011; 2(35): 51–56.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Bartosz Uchmanowicz
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 7841800
E-mail: bartosz.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 12.08.2015 r.

Po recenzji: 28.08.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 19.09.2015 r.