

Poziom zapotrzebowania na stymulację u osób po pierwszym zawale serca

Level of demand for stimulation in post-myocardial infarction patients

Agata Koprianiuk¹, Marcin Olajosy²

¹SPZOZ w Parczewie Oddział Internistyczno - Kardiologiczny

²Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Celem pracy było porównanie poziomu zapotrzebowania na stymulację u osób po przebytym zawale serca i u osób zdrowych.

Grupa badana i metody: Badaniami objęto grupę 60 osób. Grupę kliniczną stanowiło 30 pacjentów po przebytym pierwszym zawale serca oraz 30 osób zdrowych (grupa kontrolna). W grupie klinicznej było 60% mężczyzn i 40% kobiet. W pracy zastosowano Kwestionariusz socjodemograficzny własnej konstrukcji oraz Skalę Poszukiwania Doznań M. Zuckermana (*Sensation Seeking Scale*) w polskiej adaptacji E. Oleszkiewicz – Zsurzs.

Wyniki i wnioski: Na podstawie uzyskanych wyników sformułowano następujące wnioski: 1. Pacjenci po przebytym zawale serca nie różnią się od osób zdrowych w zakresie poziomu zapotrzebowania na stymulację.

Słowa kluczowe: zawał serca, osobowość, zapotrzebowanie na stymulację

Abstract

The aim of the study was to assess level of demand for stimulation in patients after myocardial infarction in comparison to healthy people.

Study group and methods: Research was conducted in a group of 60 people. Clinical group comprised 30 patients after first myocardial infarction and 30 healthy people 30 (control group). Clinical group included 60% of males and 40% of females. All the patients were assessed using sociodemographic questionnaire worked out by the authors and Zukerman's Sensation Seeking Scale adapted by E. Oleszkiewicz – Zsurzs.

Results and conclusions: Based on obtained results the following conclusions were made: 1. Stimulation demand level did not differ between the group of patients after myocardial infarction and the control group of healthy people.

Keywords: myocardial infarction, personality, demand for stimulation

Wstęp

Do sprawnego funkcjonowania człowiek potrzebuje pewnej ilości bodźców, które pobudzają korę mózgu. Od poziomu tego pobudzenia (a więc od ilości i jakości bodźców) zależy sprawność funkcjonowania. Gdy pobudzenie jest zbyt niskie, niewystarczające, pojawia się senność i mała wydajność w działaniu. Natomiast gdy jest ono zbyt wysokie człowiek odczuwa zmęczenie, znużenie, nerwowość. Istnieje więc optymalny poziom tego pobudzenia, przy którym występuje najlepsze samopoczucie i sprawność. Jeżeli jest ono zbyt niskie – wówczas jednostka szuka odpowiednich bodźców, zaś gdy jest zbyt wysokie – stara się je ograniczyć. To właśnie tym tłumaczy się fakt, że czasami spokój i cisza stanowi czynnik, który nudzi człowieka, a w rezultacie - odczuwa on silną potrzebę wrażeń, rozrywki, czyli stymulacji. Innym razem z kolei odpowiada mu cisza, męczy natomiast hałas pośpiech i nadmiar wrażeń. Te właśnie tendencje organizmu ludzkiego nazywa się w psychologii potrzebą stymulacji [1].

Optymalny poziom pobudzenia nie jest jednakowy dla wszystkich ludzi. Różnice te są uwarunkowane biologicznie i wiążą się z temperamentem, ale w trakcie rozwoju podlegają modyfikacjom pod wpływem środowiska i wychowania. Istnieją osoby, które do osiągnięcia normalnego stanu pobudzenia potrzebują niewiele bodźców, a więc są to osoby o małej potrzebie stymulacji. Charakteryzuje je duża wrażliwość, mała odporność, spokojne zachowanie. Inne jednostki do osiągnięcia normalnego stanu pobudzenia potrzebują dużej ilości bodźców, co oznacza, że mają duże zapotrzebowanie na stymulację. Cechuje je wysoka energia działania, duża odporność oraz mniejsza wrażliwość psychiczna [1].

Zależności między cechami osobowości, do których należy między innymi poziom zapotrzebowania na stymulację a chorobami serca poszukiwali, jako pierwsi - dwaj kardiologowie Friedman i Rosenman [2,3,4]. Badacze ci zauważyli, iż osoby cierpiące na chorobę wieńcową wykazują pewien określony, specyficzny styl zachowania oraz podobne wzorce motoryczne. Okazało się także, że

osoby z chorobą niedokrwienną serca mają bardzo silne tendencje rywalizacyjne, prezentują wysoką potrzebę osiągnięć, podlegają ciągłej presji czasu, a wreszcie mają niskie poczucie własnej wartości, które stymuluje je do nieustannej walki o własny prestiż i coraz większe osiągnięcia osobiste i zawodowe. Osoby z chorobą niedokrwienną serca charakteryzuje wyższy poziom noradrenaliny, czyli hormonu walki. Friedman i Rosenman [2,3,4] nazwali przedstawiony styl zachowania mianem wzoru zachowania A oraz stwierdzili, że predysponuje on do rozwoju choroby wieńcowej.

Wielu autorów [5,6,7,8,9,10] analizowało w swoich badaniach cechy osobowości, takie, jak: obraz siebie, temperament, agresję, poziom samooceny oraz objawy psychopatologiczne, głównie lęk, depresję u osób z chorobą niedokrwienną serca.

Autorzy niniejszej pracy poszukiwali odpowiedzi na pytanie badawcze: czy i jakie różnice występują w zakresie poziomu zapotrzebowania na stymulację między osobami po przebytych zawale serca a osobami zdrowymi?

Charakterystyka badanej grupy i zastosowanych metod

Badania przeprowadzono w miesiącach kwiecień – maj 2006 roku na terenie województwa lubelskiego i objęto nimi grupę 60 osób. Grupę kliniczną stanowiło 30 pacjentów po przebytych pierwszym zawale serca oraz 30 osób zdrowych (grupa kontrolna). W grupie klinicznej było 60% mężczyzn i 40% kobiet.

W badanej populacji przeważają osoby z wykształceniem średnim (63,3% w grupie klinicznej oraz 50% w grupie kontrolnej). Na drugim miejscu uplasowali się absolwenci uczelni wyższych (odpowiednio 30% i 46,7%). Edukację na poziomie szkoły podstawowej zakończyło 6,7% pacjentów po pierwszym zawale serca oraz 3,3% osób zdrowych.

W badaniach wzięło udział zdecydowanie więcej mieszkańców miast niż wsi. W grupie klinicznej aglomeracje miejskie zamieszkiwało 73,3% osób, natomiast w grupie kontrolnej – 80%.

W grupie pacjentów przeważają osoby z przedziału wiekowego 41 – 50 lat (50% badanej populacji). Wiek od 31 do 40 lat miało 27% osób z grupy klinicznej, a 41-50 lat – 23% pacjentów.

Wyżej opisaną grupę osób przebadano Kwestionariuszem socjodemograficznym własnej konstrukcji oraz Skalą Poszukiwania Doznań M. Zuckermana (*Sensation Seeking Scale*) w polskiej adaptacji E. Oleszkiewicz – Zsurzs. Metoda ta składa się z czterech skal: poszukiwanie grozy i przygód (TAS), poszukiwanie przeżyć (ES), rozhamowanie (Dis) i podatność na nudę (BS) [11]. Zgodnie z interpretacją Zuckermana „poszukiwanie doznań to cecha zdefiniowana przez poszukiwanie zróżnicowanych, nowych, złożonych i intensywnych wrażeń

i doświadczeń oraz gotowość do podejmowania ryzyka fizycznego, społecznego, prawnego i finansowego w celu dostarczenia sobie tego typu doświadczeń” [11].

Wyniki

Celem udzielenia odpowiedzi na pytanie badawcze porównano testem t-Studenta wyniki uzyskane przez pacjentów i grupę kontrolną w skalach Kwestionariusza Poszukiwania Doznań Zuckermana: Poszukiwanie grozy i przygód (TAS), Poszukiwanie przeżyć (ES), Rozhamowanie (Dis) oraz Podatność na nudę (BS). Wyniki analiz statystycznych przedstawiono w tabeli 1.

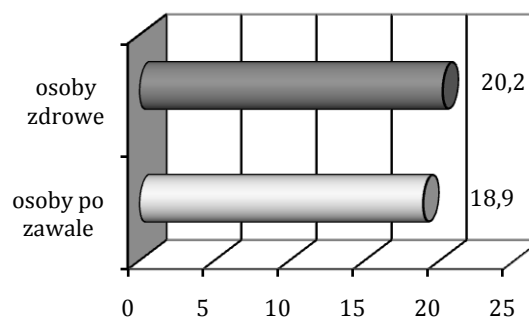
Tab. 1. Porównanie średnich wyników uzyskanych w skalach Kwestionariusza Poszukiwania Doznań Zuckermana przez pacjentów i grupę kontrolną

Skale Kwestionariusza Poszukiwania Doznań	Osoby po zawale		Osoby zdrowe		t	p
	M	sd	M	sd		
Poszukiwanie grozy i przygód	18,90	4,02	20,20	3,80	-1,27	0,323
Poszukiwanie przeżyć	17,56	2,42	17,10	3,77	0,18	0,636
Rozhamowanie	8,06	7,64	11,70	0,99	-2,56	0,143
Podatność na nudę	19,20	5,62	17,50	4,34	1,10	0,209

Dane zamieszczone w tabeli 1 informują o braku istotnych statystycznie różnic między grupą pacjentów po przebytych zawale a grupą kontrolną w zakresie skal Kwestionariusza Poszukiwania Doznań M. Zuckermana.

Poniżej przedstawiono graficznie wartości średnie otrzymane w skalach Kwestionariusza Poszukiwania Doznań M. Zuckermana przez grupę kliniczną i kontrolną.

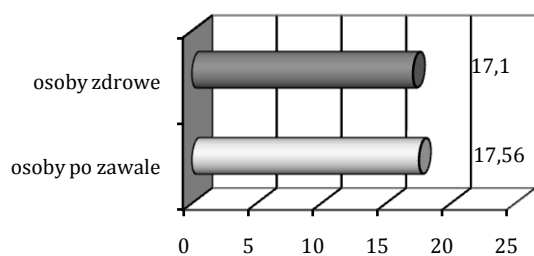
Wykr. 1. Wyniki średnie uzyskane przez grupę kliniczną i kontrolną w skali Poszukiwanie grozy i przygód



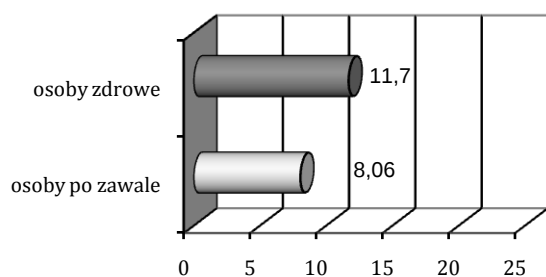
Wyniki zamieszczone na wykresie 1 sugerują, że osoby po przebytych zawale serca rzadziej podejmują różnego typu aktywność fizyczną oraz pragną uprawiać ryzykowne i niebezpieczne dyscypliny sportowe.

Wyniki zamieszczone na wykresie 2 sugerują, że osoby po zawale i osoby zdrowe w jednakowym stopniu dążą do przyjmowania nonkonformistycznego stylu życia.

Wykr. 2. Wyniki średnie uzyskane przez grupę kliniczną i kontrolną w skali Poszukiwanie przeżyć

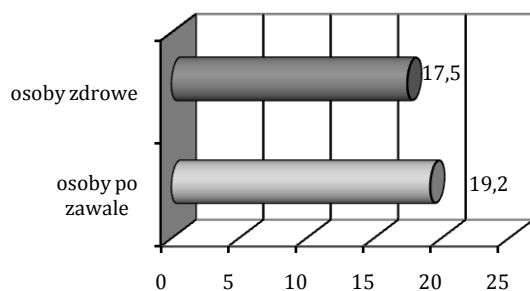


Wykr. 3. Wyniki średnie uzyskane przez grupę kliniczną i kontrolną w skali Rozhamowanie



Pacjenci po zawale serca rzadziej niż osoby zdrowe radzą sobie ze stresem i napięciem poprzez podejmowanie zachowań ryzykownych, takich, jak spożywanie alkoholu czy prowadzenie gier hazardowych.

Wykr. 4. Wyniki średnie uzyskane przez grupę kliniczną i kontrolną w skali Podatność na nudę



Osoby, które przeżyły zawał serca charakteryzuje większa skłonność do reagowania niepokojem na monotonię w życiu, są one bardziej podatne na nudę w sytuacji konieczności podejmowania rutynowych prac.

Dyskusja

Otrzymane w pracy wyniki badań wykazały, że osoby po przeżytym zawale serca nie różnią się w zakresie poziomu zapotrzebowania na stymulację, poszukiwania nowych i intensywnych wrażeń i doświadczeń oraz go-

towości do podejmowania ryzyka fizycznego, społecznego, prawnego i finansowego od osób zdrowych.

Analiza średnich wyników uzyskanych przez pacjentów i grupę kontrolną ujawniła pewne tendencje. Pacjenci po zawale serca rzadziej niż osoby zdrowe radzą sobie ze stresem i napięciem spożywając alkohol, rzadziej trenują niebezpieczne dyscypliny sportowe, ale charakteryzuje ich większa podatność na nudę w sytuacji wykonywania rutynowych prac. Wymienione cechy można traktować jako formę adaptacji do sytuacji choroby.

Otrzymane na podstawie analiz statystycznych wyniki stały się podstawą do sformułowania następującego wniosku:

Wnioski

1. Pacjenci po przeżytym zawale serca nie różnią się od osób zdrowych w zakresie poziomu zapotrzebowania na stymulację.

Piśmiennictwo

1. Strelau J. Temperament. W: Strelau J. red., Psychologia. Podręcznik akademicki, t.2, Psychologia ogólna. Gdańsk: GWP; 2000.
2. Pilecka B. Badania psychologiczne w nadciśnieniu tętniczym i niedokrwiennej chorobie serca. W: Łazowski J. red., Problemy psychosomatyczne w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym i chorobie wieńcowej. Warszawa: PZWL; 1982, s. 51-79.
3. Tylka J. Psychosomatyka. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego; 2000.
4. Wrześniewski K. Medycyna psychosomatyczna, medycyna behawioralna, psychologia medyczna, psychologia zdrowia czy psychologia chorego somatycznie? Nowiny Psychologiczne, 1998; 4.
5. Ziegelstein R.C. Depresja po zawale mięśnia sercowego. Medycyna po Dyplomie, 2002; 11: 121.
6. Wysocki H., Rybakowski J. Depresja i lęk a choroby układu krążenia. Kutno: Polfa; 2000.
7. Tylka J. Stres a choroby serca: jego źródła i sposoby zwalczania. Kard. Pol. 1992; 36: 309-312.
8. Watkins L, Grossman P, Krishan R, Sherwood A. Anxiety and vagal control of heart risk. Psychosom. Med. 198; 60: 498-502.
9. Pawłowska B, Papuć E, Opolska A, Witczak W. Poziom lęku a obraz siebie u osób z chorobą niedokrwienną serca. Psych. Pol. 2006; 6:1069-1079.
10. Pawłowska B, Opolska A, Papuć E, Witczak W. Aktualny i przedchorobowy obraz siebie pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Psych. Pol. 2006; 2:311-322.
11. Oleszkiewicz – Zsurzs Z., Adaptacja Skali Poszukiwania Wrażeń (SSS) M. Zuckermana do warunków polskich, „Przegląd Psychologiczny” 1985 nr 4.

Correspondence address

Marcin Olajossy
Katedra i Klinika Psychiatrii UM w Lublinie,
Lublin, ul. Głuska 1, 20-439 Lublin