

Bożena Krupa^{1,2}, Paweł Trzebiński^{3,4}

¹Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych w Łodzi

²I Liceum Ogólnokształcące im. J. Zamoyskiego w Zamościu

³Katedra Fizjoterapii Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Zamościu

⁴Zamojska Klinika Rehabilitacji WSZiA w Zamościu

PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY ZDROWIA I REHABILITACJI

Streszczenie

Wstęp. Rehabilitacja jest procesem złożonym i bogatym w liczne uwarunkowania o charakterze biologicznym, psychicznym i społecznym. Wymiary składające się na osobowość typu D, w szczególności negatywna emocjonalność determinują poziom satysfakcji z życia, co oznacza, że im większa skłonność do przeżywania negatywnych emocji tym niższy poziom zadowolenia z życia, a co za tym idzie słabsze (odczuwalne) efekty rehabilitacji.

Cel. ustalenie jaką rolę pacjenci przypisują rehabilitacji i rehabilitantom oraz czy ocena efektów rehabilitacji ma związek z osobowością typu D. W sensie globalnym analiza procesu rehabilitacji w kontekście modelu biopsychospołecznego.

Materiał i metoda. badania metodą sondażu diagnostycznego z techniką ankietowania przeprowadzono w 2011r. w Zamojskiej Klinice Rehabilitacji WSZiA na grupie dorosłych pacjentów aktywnych i nieaktywnych zawodowo. Zastosowano 2 narzędzia pomiaru: Skalę DS-14 w polskiej wersji (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński i J. Denollet) do oceny osobowości. Skala DS-14 zawiera 14 stwierdzeń, z których 7 dotyczy negatywnej emocjonalności, pozostałe 7 hamowania społecznego. Kwestionariusz ankiety autorstwa własnego.

Wyniki. 1/3 badanych pacjentów to osoby o osobowości stresowej (typ D). Osoby o osobowości typu D znacznie niżej oceniają swój stan zdrowia niż osoby typu nie-D. Zmienne socjodemograficzne i typ osobowości nie wpływają znacząco na definiowanie rehabilitacji i nie różnicują badanych grup w kontekście umiejscowienia fizjoterapii na linii leczenia — odnowa biologiczna. Typ osobowości wpływa na ocenę efektów rehabilitacji. W grupie badanych typu D widoczna jest tendencja do przypisywania pozytywnych skutków rehabilitacji raczej w sferze fizycznej a w grupie nie-D zarówno fizycznej jak i psychicznej

Wnioski. Czynniki psychologiczne i społeczne powinny być uwzględniane i włączane razem ze zmiennymi biologicznymi w rozpoznaniu choroby danego pacjenta i muszą być rozpatrywane jednocześnie.

Słowa kluczowe: jakość życia, osobowość, wsparcie społeczne, rehabilitacja

Wstęp

Wobec wszechobecnego w życiu każdego człowieka stresu i jego oddziaływania na somatyczne i psychiczne funkcjonowanie, zainteresowanie osobowością w każdej dziedzinie zmierzającej do poprawy jakości życia ma pełne uzasadnienie. Związek między chorobami somatycznymi a cechami osobowości pozostaje w kręgu zainteresowania od wielu lat i w dalszym ciągu jest terenem eksploracji.

Osobowość stresowa (*Type D*) jest kombinacją negatywnej emocjonalności (*Negative Affectivity* — *NA*) i hamowania społecznego (*Social Inhibition* — *SI*). *NA* jest definiowana jako tendencja do wyrażania negatywnych emocji, pesymizmu, irytacji czy dysforii. *SI* dotyczy tendencji do zahamowania ekspresji emocji, myśli i zachowań w interakcjach społecznych [1]. Typ *D* osobowości jest traktowany jako czynnik ryzyka chorób somatycznych, zwłaszcza sercowo-naczyniowych [2], który ma istotne znaczenie zarówno w spostrzeganiu stresogenności środowiska, jak i dla podejmowanych sposobów radzenia sobie ze stresem [3].

Badania wskazują na związek osobowości typu *D* z chorobami układu krążenia [4], ale także chorobami metabolicznymi, skóry, chorobą wrzodowa i nowotworami [5]. Co więcej wskazują na związki z innymi niż zdrowie somatyczne sferami życia człowieka: m.in. na zwiększoną podatność wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego, zaburzenia zdrowia psychicznego (głównie depresji) [6], podejmowanie zachowań niekorzystnych dla zdrowia: brak badań kontrolnych, niską aktywność fizyczną [7], objadanie się, restrykcje dietetyczne [8], niktynizm, alkoholizm, stosowanie środków farmakologicznych lub substancji psychoaktywnych czy zakupoholizm i netoholizm. Wymiary składające się na osobowość typu *D*, w szczególności negatywna emocjonalność determinują także poziom satysfakcji z życia w prostej zależności: większa skłonność do przeżywania negatywnych emocji → niższy poziom zadowolenia z życia.

Wnioski z polskich badań klinicznych (Ogińska-Bulik, Juczyński) wskazują jednoznacznie na związek osobowości typu *D* z efektami rehabilitacji pacjentów kardiologicznych. Warto zatem zastanowić się czy osobowość typu *D* w jakikolwiek sposób wpływa na efekty rehabilitacji niezależnie od rodzaju choroby.

A zatem czy rehabilitacja, niezależnie od metody i formy, ale dostarczająca wsparcia, podnosząca nastrój i zwiększająca odporność na codzienne stresujące obciążenia życiowe jest bardziej efektywna i czy jest w stanie, pomimo znacznej stabilności konstruktu, jakim jest typ *D*, przynajmniej w pewnym zakresie go zmienić?

Cel pracy

Celem niniejszych badań, w sensie globalnym, jest rozumienie procesu rehabilitacji w kontekście modelu biopsychospołecznego, a w szczegółowym ustalenie jaką rolę pacjenci przypisują rehabilitacji i rehabilitantom oraz czy ocena efektów rehabilitacji ma związek z osobowością typu *D*.

Materiał i metodyka badań

Badania prowadzono w Zamojskiej Klinice Rehabilitacji WSZiA (wrzesień 2011 r.). Kryteria włączenia pacjentów do badania to wiek (wykluczono dzieci i młodzież) i pisemna zgoda na udział w badaniach. Pacjentów poddawano systematycznej

Tab. 1. Grupa badana — charakterystyka

Zmienne		Kobiety (ogółem)	Kobiety (typ D)	Mężczyźni (ogółem)	Mężczyźni (typ D)
Σ/%		96/100%			
Wykształcenie	podstawowe	6 (10,5%)	4 (23,5%)	4 (10,2%)	1 (7,7%)
	średnie	29 (50,9%)	11 (64,7%)	23 (59%)	10 (76,9%)
	wyższe	22 (38,6%)	2 (11,8%)	12 (30,8%)	2 (15,4%)
Miejsce zamieszkania	miasto	40 (70,2%)	13 (76,5%)	28 (71,8%)	7 (53,8%)
	wieś	17 (29,8%)	4 (23,5%)	11 (28,2%)	6 (46,2%)
Wiek	do 60/65	27 (47,4%)	4 (23,5%)	26 (66,7%)	7 (53,8%)
	powyżej 60/65	30 (52,6%)	13 (76,5%)	13 (33,3%)	6 (46,2%)
Aktywność zawodowa	aktywny(a)	28 (49,1%)	4 (23,5%)	26 (66,7%)	7 (53,8%)
	nieaktywny(a)	29 (50,9%)	13 (76,5%)	13 (33,3%)	6 (46,2%)
Aktywność fizyczna	aktywny(a)	38 (66,7%)	6 (35,3%)	23 (59%)	5 (38,5%)
	nieaktywny(a)	19 (33,3%)	11 (64,7%)	16 (41%)	8 (61,5%)
Σ		57 (59,4%)			39 (40,6%)
Σ (typ D)		17 (17,7%)			13 (13,5%)
		30 (31,25%)			

fizjoterapii przez okres trzech tygodni, codziennie od poniedziałku do piątku. Program ustalano indywidualnie po konsultacji medycznej. Przyjęto, że każdy z pacjentów otrzymywał taką samą „liczbę zabiegów”, natomiast ich rodzaj, intensywność i dobór konkretnych ćwiczeń był dostosowany do stanu zdrowia, wydolności organizmu i wieku.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z techniką ankietowania. Zastosowano 2 narzędzia pomiaru:

- skalę DS-14 w polskiej wersji (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński i J. Denollet) do oceny osobowości. Skala DS-14 zawiera 14 stwierdzeń, z których 7 dotyczy negatywnej emocjonalności, pozostałe 7 hamowania społecznego [9]. Każde stwierdzenie jest oceniane w skali od 0–4. Zakres punktowy mieści się w przedziale od 0 do 28. Wynik powyżej 10 dla każdej ze skal klasyfikuje do Typu D [10, 11],
- kwestionariusz ankiety autorstwa własnego.

Wyniki

Zmienne demograficzne wskazują iż w zdecydowanej większości (70,8% badanych) osoby korzystające z zabiegów rehabilitacyjnych zamieszkują w mieście (na wsi mieszka 29,2% badanych) i legitymują się wykształceniem średnim (54,2% badanych). Wykształcenie wyższe posiada 35,4% respondentów, a podstawowe 10,4%. Zbyt małe grupy nie pozwalają jednakże w prezentowanych badaniach na ustalenie czy zmienne: wykształcenie i miejsce zamieszkania w połączeniu ze zmienną: typ osobowości wpływają znacząco na percypowane przez samych pacjentów efekty rehabilitacji. Małe liczebności w niektórych podklasach powodują, że nie można poprawnie metodologicznie oceniać różnic międzygrupowych testem χ^2 . Byłoby to

możliwe po istotnym zwiększeniu grup. Badani to osoby korzystające z zabiegów rehabilitacyjnych regularnie — 1 raz w roku (47,9%), 2 razy w roku (42,7%) i więcej (8,3%). Ponadto 7,3% korzysta z zabiegów sanatoryjnych.

Stan zdrowia w ocenie pacjentów kształtuje się w przedziałach: dobry (65% respondentów) i bardzo dobry (15,63%). Ok. 19% wszystkich pacjentów dokonało zdecydowanie niższej oceny (raczej zły — 14,6%, zły — 4,2%). Osoby o osobowości typu D znacznie niżej oceniły swój stan zdrowia niż osoby typu nie-D, co związane jest z charakterystycznymi cechami osobowości stresowej (dobry i raczej dobry — typ D 73,3%; nie-D 84,8%; raczej zły i zły — typ D 26,7%, nie-D 15,2%). Około 1/3 badanych pacjentów kliniki stanowią osoby o osobowości typu D. Z danych wynika iż osoby o osobowości stresowej później (średnio o 7 lat) decydują się na korzystanie z rehabilitacji: śr. wieku typ D — 60,05, nie-D — 52,83.

Tab. 2. Grupa badana — typ osobowości

	Typ D		Typ nie-D	
	M	SD	M	SD
Negatywna emocjonalność	16,19	3,31	8,17	4,83
Hamowanie społeczne	14,38	4,01	6,70	3,46

M — średnia, SD — odchylenie standardowe

Niezależnie od zmiennych socjodemograficznych i typu osobowości fizjoterapia utożsamiana jest przez pacjentów jako forma leczenia (83%), usprawnianie (77%), a także zabiegi poprawiające kondycję fizyczną (58%). Dość nisko oceniane jest wsparcie psychiczne — ok. 12% w badanych grupach, przy czym inaczej jest ono postrzegane w zależności od aktywności zawodowej. Grupa młodszych pacjentów, aktywnych zawodowo (typ D) nie odczuwa przyjemności w korzystaniu z rehabilitacji i w ogóle nie odczuwa wsparcia psychicznego, gdzie raczej odwrotna tendencja dominuje w tożsamej grupie (typ nie-D). W badaniach zarysowuje się także pewna tendencja utożsamiania rehabilitacji z odnową biologiczną co może wyznaczać zupełnie inne, nowe kierunki rozwoju tej dyscypliny. To wnosi jednak konieczność szerszego spojrzenia na cały system rehabilitacji. Poniższa tabela obrazuje definiowanie rehabilitacji przez pacjentów Kliniki według kryterium typu osobowości, płci i aktywności zawodowej (przy czym aktywność zawodowa jest ściśle w badaniach powiązana z wiekiem).

W badaniach postanowiono sprawdzić jakie motywy, oprócz wskazania lekarza, skłaniają pacjentów do korzystania z zabiegów fizjoterapii (tab. 4). Z przedstawionych danych wynika iż niezależnie od zmiennych bardziej niż w deklarowanych definicjach fizjoterapia kojarzona jest z relaksem i czasem wyłącznie dla siebie (deklaracja 54,2% respondentów) co sprawia że można założyć tezę o przemieszczaniu się fizjoterapii w kierunku odnowy biologicznej. Dodatkowym argumentem jest chęć poprawy wyglądu, co nie wchodzi w zakres rehabilitacji z punktu widzenia medycznego. Niemniej istotnym motywem jest mobilizacja do aktywności fizycznej (54,2%). Wydaje się zatem że w pewnym stopniu rehabilitacja wypełnia lukę w słabo rozwiniętej w społeczeństwie kulturze fizycznej i spełnia rolę edukacyjną poprzez kształtowanie nawyków dbałości o własną sprawność fizyczną.

Tab. 3. Definicja rehabilitacji według kryterium płci i wieku i typu osobowości

Przyjęte określenie	Typ D i nie-D		Typ D						Typ nie-D					
			razem		Aktywni zawodowo		Nieaktywni zawodowo		razem		Aktywni zawodowo		Nieaktywni zawodowo	
	N	%	N	%	K	M	K	M	N	%	K	M	K	M
Usprawnianie	74	77,1	21	70	5	5	8	3	53	80,30	22	16	12	3
Relaks, przyjemność	9	9,4	3	10	0	0	2	1	6	9,10	2	2	2	0
Leczenie	80	83,3	22	73,3	6	6	6	4	58	87,88	18	22	14	4
Ddnowa biologiczna	17	17,7	6	20	1	3	1	1	11	16,70	5	2	3	1
Poprawa kondycji fizycznej	56	58,3	19	63,3	5	7	6	1	37	56,10	11	14	11	1
Wsparcie psychiczne	11	11,5	3	10	0	0	2	1	8	12,10	3	4	0	1

K — kobieta, M — mężczyzna

procenty nie sumują się do 100 z uwagi na możliwość wielokrotnego wyboru

Tab. 4. Motywy korzystania z zabiegów fizjoterapii

Przyjęte określenie	Typ D i nie-D		Typ D						Typ nie-D					
			razem		Aktywni zawodowo		Nieaktywni zawodowo		razem		Aktywni zawodowo		Nieaktywni zawodowo	
	N	%	N	%	K	M	K	M	N	%	K	M	K	M
Jedyna chwila w ciągu dnia „wyłącznie dla siebie”	52	54,2	17	56,7	3	1	10	3	35	53,0	16	9	9	1
Możliwość spotkania innych i/lub życzliwych terapeutów	42	43,8	14	46,7	2	1	7	4	28	42,4	5	5	16	2
Potrzeba zaświadczenia	31	32,3	9	30	4	5	0	0	23	34,8	7	13	1	2
Kolejka	19	19,8	6	20	1	2	2	1	13	19,7	5	7	1	0
Poprawa wyglądu	17	17,7	6	20	2	0	2	2	11	16,7	5	3	2	1
Zmobilizowanie do ćwiczeń	52	54,2	13	43,3	2	6	4	1	39	59,1	14	16	7	2

procenty nie sumują się do 100 z uwagi na możliwość wielokrotnego wyboru

Spotkanie z innymi osobami, w tym nawiązanie nowych kontaktów wydaje się także dość znaczącym motywem korzystania z zabiegów (43,8%) szczególnie dla osób starszych i to niezależnie od typu osobowości. Jest to zbieżne z licznymi badaniami prowadzonymi wśród osób starszych, w których podkreśla się jako

dominującą obawę przed samotnością i nasilenie obaw związanych z procesami dezintegracyjnymi zachodzącymi w organizmie. Wyniki potwierdzają potrzebę korzystania ze wsparcia społecznego i to zarówno medycznego jak i niemedycego. Widoczna jest chęć kontaktu nawet „pseudoterapeutycznego.”

Dwa kolejne motywy nie wiążą się bezpośrednio z poprawą jakości życia, gdyż dotyczą kwestii organizacyjno-administracyjnych. Jednakże o ile potrzeba zaświadczenia do zasiłku, renty czy innych świadczeń jest uzasadniona i jest wymaganym administracyjnie potwierdzeniem procesu leczenia o tyle korzystanie z zabiegów jedynie jako efekt zapisania się „w kolejkę” budzi poważne wątpliwości. Z jednej strony pojawia się pytanie dotyczące skuteczności odroczonej w czasie rehabilitacji, z drugiej pytanie o rzeczywiste potrzeby pacjenta, co implikuje powrót do kwestii diagnozy biopsychospołecznej i rehabilitacji wielopłaszczyznowej.

2/3 ogółu badanych deklaruje aktywność fizyczną: jazda na rowerze, spacer, gimnastyka, pływanie. Zarówno kobiety jak i mężczyźni typu D są mniej aktywni fizycznie: nieaktywni stanowią ponad 60% grupy (typ D). W poszczególnych grupach niezależnie od wieku stosunek aktywnych fizycznie do nieaktywnych (w %) kształtuje się na poziomie:

- kobiety — typ nie-D — 80 vs 20 (typ D — 35 vs 65),
- mężczyźni — typ nie-D — 70 vs 30 (typ D — 39 vs 61).

Najczęściej podawanymi powodami rezygnacji z ćwiczeń fizycznych są ból i ograniczenia ruchowe.

Tab. 5. Motywacja do aktywności fizycznej

Przyjęte określenie	Typ D i nie-D		Typ D						Typ nie-D					
			razem		Aktywni zawodowo		Nieaktywni zawodowo		razem		Aktywni zawodowo		Nieaktywni zawodowo	
	N	%	N	%	K	M	K	M	N	%	K	M	K	M
Dbalność o zdrowie	65	67,7	12	48	1	4	3	4	53	80,3	20	16	13	4
Dobry wygląd	29	30,2	7	28	1	2	3	1	22	33,3	16	4	2	0
Moda na aktywny styl życia	4	4,2	2	8	1	0	1	0	2	3,1	1	1	0	0
Zajmowanie się dziećmi/wnukami	12	12,5	4	16	2	0	1	1	8	12,1	1	3	4	0

procenty nie sumują się do 100 z uwagi na możliwość wielokrotnego wyboru

Główne motywy podejmowania jakiegokolwiek aktywności fizycznej zostały zaprezentowane powyżej. Niezależnie od przyjętego kryterium dbalność o zdrowie jest dominującym mobilizatorem. Dane wskazują jednakże na nieco inny rozkład preferencji w grupach D i nie-D oraz mężczyźni i kobiety, (szczególnie w aspekcie dotyczącym modnego stylu życia) niemniej jednak nie pretenduje on do wyciągania daleko idących wniosków.

W celu sprawdzenia na ile badani są świadomi roli aktywności fizycznej dla zdrowia, codziennego funkcjonowania, a tym samym jakości życia zadano badanym

pytanie „Z jakimi dolegliwościami kojarzy Pani/Pan brak ruchu?” Tabela 6 prezentuje uzyskane odpowiedzi.

Niezależnie od przyjętej zmiennej brak aktywności ruchowej najczęściej kojarzony jest z otyłością, chorobami narządu ruchu, następnie z chorobą niedokrwienną serca i szybszym procesem starzenia się. W zdecydowanie mniejszym stopniu jest wiązany z pozostałymi wymienionymi chorobami typu cukrzyca, choroby nowotworowe itp. To oznacza iż konieczna jest szersza edukacja społeczna w tym zakresie i profilaktyka zdrowego trybu życia, a w tym systematycznej aktywności.

Tab. 6. Konsekwencje braku aktywności fizycznej w opinii badanych

Wskazania	N = 96	%
Otyłość, nadwaga	82	85,42
Przyspieszony proces starzenia się	25	26,04
Trudności w oddychaniu	7	7,29
Choroby narządu ruchu	66	68,75
Choroby serca	37	38,54
Nowotwory	1	1,04
Cukrzyca	12	12,5
Depresja	13	13,54
Osteoporoza	9	9,38

procenty nie sumują się do 100 z uwagi na możliwość wielokrotnego wyboru

Doświadczenia pacjenta podlegają poznawczemu, racjonalnemu osądowi. Subiektywne porównanie stopnia zaspokojenia oczekiwań i potrzeb w istotnych dla niego obszarach opieki z doświadczeniami dotyczącymi tej opieki wyzwała pewną reakcję emocjonalną, czyli pewien stopień satysfakcji. Efekty rehabilitacji uwarunkowane są zatem zarówno efektami w sensie biologicznym jak i procesem poznawczym oraz reakcją emocjonalną.

Ocena efektów rehabilitacji w percepcji pacjentów jest stosunkowo wysoka. 86,5% dostrzega pozytywne skutki przy czym połowa z nich deklaruje widoczne efekty tylko w zakresie funkcjonowania fizycznego pozostali w zakresie funkcjonowania psychofizycznego. Znaczna część ankietowanych nie wykonywała żadnych ćwiczeń w domu, co powodowało brak poprawy ich stanu zdrowia, a to także mogło mieć wpływ na odczuwaną poprawę samopoczucia po ćwiczeniach i zabiegach fizjoterapeutycznych. 13,5% badanych nie stwierdziła u siebie oczekiwanych efektów porehabilitacyjnych, przy czym w tej grupie aż 11,5% stwierdza iż nie wierzy w skuteczność rehabilitacji, ale chce „być w porządku wobec siebie” zatem korzysta z zabiegów. Takie założenie już na starcie z pewnością nie działa motywująco i utrudnia prawidłowy proces rehabilitacji.

Na uwagę zasługuje jednak odwrotny rozkład wyników w grupach typ D i nie-D. W grupie badanych typu D widoczna jest tendencja do przypisywania pozytywnych skutków rehabilitacji raczej w sferze soma. Uwidaczniają się zarówno niedobory po stronie rehabilitantów wynikające min. z braku pełnej diagnozy jak

Tab. 7. Efekty rehabilitacji w ocenie badanych

Przyjęte określenie	Typ D i nie-D			Typ D						Typ nie-D					
				razem		Aktywni zawodowo		Nieaktywni zawodowo		razem		Aktywni zawodowo		Nieaktywni zawodowo	
	N	%	SD	N	%	K	M	K	M	N	%	K	M	K	M
Brak efektów	13	13,5	1	5	16,7	0	4	0	1	7	10,6	1	4	1	1
Lepsze samopoczucie fizyczne	40	41,7	6	14	46,7	4	2	5	3	26	39,4	9	8	8	1
Lepsze samopoczucie fizycznie i psychicznie	43	44,8	10,5	11	36,7	2	2	6	1	32	48,5	14	10	6	2

i specyficzne cechy osobowościowe po stronie rehabilitowanego blokujące nawiązanie pozytywnych relacji.

Zmienna *pleć* różnicuje badane grupy. Kobiety niezależnie od typu osobowości, aktywności zawodowej wyżej oceniają efekty rehabilitacji. Tylko 3,1% kobiet wobec 10,4% mężczyzn nie dostrzega zmian po rehabilitacji. Ocena efektów rehabilitacji składa się jak już wcześniej podkreślono także z warstwy emocjonalnej na którą to wpływa jakość relacji między rehabilitantem i rehabilitowanym. Specyfika tej współpracy jest szczególna zważywszy chociażby na wkraczanie w sferę intymną. Dostęp do ciała jest uwarunkowany zależnościami przestrzennymi, co oznacza, że każdy wytycza strefę, którą traktuje jako swoje terytorium i której przekroczenie wywołuje określone reakcje emocjonalne. Doświadczenie dotyku, lub odkrywanie części ciała nie jest dla większości osób sytuacją komfortową. Toteż wszystkie składniki relacji są tym bardziej istotne.

W powyższej tabeli zawarto tylko wyniki statystycznie istotne. Nie określono także rodzaju terapii, a wskazano jedynie na cechy osobowe terapeuty. Badani w pierwszej kolejności (83,3% w obydwu grupach) oczekują od rehabilitanta sprawności manualnych i organizacyjnych (co może wynikać pośrednio z rodzaju rehabilitacji). W większości wybory cech nie różnicują badanych grup. Najwięcej wskazań dotyczy cech pożądaných w zawodach związanych z kontaktem z drugim człowiekiem: miły, punktualny, wrażliwy. Dość zaskakująco przedstawia się wynik dotyczący wykształcenia — tylko ok. 15% badanych oczekuje od terapeuty wyższego wykształcenia, ale ponad 35% specjalistycznych kursów. Można to interpretować dwójako: albo jako niedostateczne przygotowanie praktyczne realizowane w toku studiów, albo jako oczekiwania związane z ciągłym doskonaleniem na kursach specjalizujących.

Jednym z elementów wpływającym pośrednio na efekty rehabilitacji jest zaplecze bazowe, standard oferowanych usług, warunki w jakich prowadzona jest rehabilitacja. Poniższe zestawienie obrazuje kryteria wyboru placówki rehabilitacyjnej przez badanych. Zwiększająca się świadomość pacjentów, dostęp do nowych technologii, a tym samym wiedzy dotyczącej procesu rehabilitacji powoduje że pacjenci znacznie częściej niż w latach ubiegłych zasięgają opinii i zwracają uwagę, szczególnie

Tab. 8. Cechy dobrego terapeuty w percepcji badanych

Cechy	Typ D i nie-D		Typ D		Typ nie-D	
	N	%	N	%	N	%
Ppunktualny	30	31,25	13	43,33	17	25,76
Miły	49	51,04	19	63,33	30	45,45
Posiadający specjalistyczne kursy	34	35,42	10	33,33	24	36,36
Sprawnie wykonujący zabiegi	80	83,33	25	83,33	55	83,33
Rozmowny	7	7,29	2	6,67	5	7,58
Skrupulatny	8	8,33	4	13,33	4	6,06
Kreatywny	9	9,38	2	6,67	7	10,61
Legitymujący się wyższym wykształceniem	15	15,63	4	13,33	11	16,67
Posłuszny	1	1,04	0	0,00	1	1,52
Wrażliwy	19	19,79	3	10,00	16	24,24
Wymagający	20	20,83	3	10,00	17	25,76

procenty nie sumują się do 100 z uwagi na możliwość wielokrotnego wyboru

Tab. 9. Kryteria wyboru placówki rehabilitacyjnej

Kryteria	N	%
Wysoki poziom obsługi	65	67,71
Odległość od miejsca zamieszkania	26	27,08
Poziom wykształcenia personelu medycznego	21	21,88
Wyposażenie w sprzęt	49	51,04
Opinia znajomych	12	12,5
Przestronność lokalu	9	9,38
Innowacyjność	3	3,13
Renoma	5	5,21
Dostępność zabiegów	35	36,46
przyzwyczajenie do lekarzy i fizjoterapeutów	13	13,54

w obszarze zdrowia, na poziom jakości oferty danej placówki jak i samej placówki. Zebrane dane potwierdzają ogólną tendencję, a dla placówek świadczących usługi rehabilitacyjne stanowią czynnik mobilizujący do stałego podnoszenia jakości wykonywanej pracy.

Dyskusja

Każda jednostka, w tym człowiek chory jest zanurzony w konkretnym kontekście sytuacyjnym (obiektywne warunki życia i funkcjonowanie społeczne) wywierającym określone wpływy [12], a więc niezależnie od rodzaju schorzenia, pacjent posiada bagaż indywidualnych problemów, których rozwiązanie może dokonywać się jedynie z uwzględnieniem jego właściwości psychicznych i struktury osobowości. Istotnym jest zatem aby planowanie i realizowanie zamierzeń rehabilitacji, (zorientowanej nie

tylko pod kątem medycznym ale szeroko rozumianym polepszaniem jakości życia), szczególnie w przypadku niepełnosprawności lub poważnego uszczerbku na zdrowiu, poprzedzało rozeznanie podstawowych mechanizmów życia psychicznego i społecznego osoby rehabilitowanej. Zależność między efektami terapii a jakością życia jest wystarczająco udokumentowana w literaturze: leczenie przynoszące rezultaty w postaci polepszenia zdrowia i samopoczucia pacjenta wpływa na polepszenie jakości życia (uzasadnione zadowolenie), analogicznie — podjęte leczenie nie przynosi rezultatów — negatywna ocena jakości życia (uzasadnione niezadowolenia) [13].

Wymiary składające się na osobowość typu D, w szczególności negatywna emocjonalność determinują poziom satysfakcji z życia, co oznacza, że im większa skłonność do przeżywania negatywnych emocji tym niższy poziom zadowolenia z życia, a co za tym idzie słabsze (odczuwalne) efekty rehabilitacji. Jednostki o osobowości typu D (w przeprowadzonych badaniach 1/3 badanych) później decydują się na rozpoczęcie rehabilitacji, a także rzadziej poszukują pomocy medycznej [14, 15]. W ogólnej populacji typ D jest często powiązany z niskim statusem zdrowotnym [16]. Dla przykładu osoby z typem D zgłaszają więcej somatycznych dolegliwości i znacznie niżej oceniają swój stan zdrowia jak osoby typu nie-D [17], co bezpośrednio wynika także z przeprowadzonych badań.

Badania nad tzw. osobowością odporną, pierwotnie prowadzone w celu wyszczególnienia cech osobowości zwiększających podatność na choroby doprowadziły do wniosków iż typ osobowości sprzyja rozwojowi określonej choroby psychosomatycznej, a każda choroba psychosomatyczna jest rezultatem zależności: sytuacja trudna — stres psychologiczny — ujawnienie choroby [6, 10]. Z badań przeprowadzonych przez Hanebuth D i wsp. wynika, iż pracownicy z typem D osobowości częściej ulegają absencji w pracy [18], a także wykazują symptomy wyczerpania [19].

Długofalowa, kompleksowa koncepcja pracy rehabilitacyjnej winna opierać się na ustawicznym, dynamicznie zmieniającym się co do zakresu i formy wsparciu pacjenta w zależności od etapu jego funkcjonowania życiowego oraz pełnionych aktualnie ról jak i przy uwzględnieniu jego właściwości osobowościowych [3, 12].

Wnioski

Badane zmienne socjodemograficzne i typ osobowości nie wpływają znacząco na definiowanie rehabilitacji. Jest ona postrzegana jako przede wszystkim forma leczenia, usprawnianie i poprawianie kondycji fizycznej. Typ osobowości i aktywność zawodowa wpływa na ocenę znaczenia wsparcia psychicznego, przy czym pacjenci młodszy i aktywni zawodowo nie odczuwają przyjemności z rehabilitacji ani wsparcia psychicznego. Ocena efektów rehabilitacji jest wysoka w obydwu grupach, przy czym w grupie (typ D) widoczna jest tendencja do przypisywania pozytywnych skutków rehabilitacji bardziej w sferze fizycznej a w grupie (nie-D) zarówno fizycznej jak i psychicznej.

LITERATURA

1. Kupper N, Denollet J, *Type D personality as a prognostic factor in heart disease: assessment and mediating mechanisms*, Journal of personality assessment, 2007, 89(3), s. 265–276.

2. Aquarius A.E., Smolderen K.G., Hamming J.F., De Vries J., Vriens P.W., Denollet J., *Type D personality and mortality in peripheral arterial disease: a pilot study*. Archives of surgery, 2009, 144(8), s. 728–733.
3. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*, PTP 2009, s. 71.
4. Schiffer A.A., Smith O.R., Pedersen S.S., Widdershoven J.W., Denollet J. *Type D personality and cardiac mortality in patients with chronic heart failure*, International journal of cardiology, 2009, 142(3), s. 230–235.
5. Mommersteeg P.M.C., Kupper N., Denollet J., *Type D personality is associated with increased metabolic syndrome prevalence and an unhealthy lifestyle in a cross-sectional Dutch community sample*, BMC Public Health, 2010, 10(714) doi: 10.1186/1471-2458-10-714.
6. Ogińska-Bulik N., *Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality*, Int J Occup Med Environ Health, 2006, 19(2), s. 113–122.
7. Williams L, O'Connor R.C., Howard S., Hughes B.M., Johnston D.W., Hay J.L., O'Connor D.B., Lewis C.A., Ferguson E., Sheehy N., Grealy M.A., O'Carroll R.E., *Type-D personality mechanisms of effect: The role of health-related behavior and social support*, J Psychosom Res, 2008, 64(1), s. 63–69.
8. Pedersen S.S., Lemos P.A., van Vooren P.R., Liu T.K., Daemen J., Erdman R.A., Smits P.C., Serruys P.W., van Domburg R.T., *Type D personality predicts death or myocardial infarction after bare metal stent or sirolimus-eluting stent implantation: a Rapamycin-Eluting Stent Evaluated at Rotterdam Cardiology Hospital (RESEARCH) registry substudy*. J Am Coll Cardiol, 2004, 44(5), s. 997–1001.
9. Martens E.J., Kupper N., Pedersen S.S., Aquarius A.E., Denollet J., *Type-D personality is a stable taxonomy in post-MI patients over an 18-month period*. Journal of psychosomatic research, 2007, 63(5), s. 545–550.
10. Denollet J., *DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality*, Psychosom Med, 2005, 67, s. 89–97.
11. Emons W.H., Meijer R.R., Denollet J., *Negative affectivity and social inhibition in cardiovascular disease: evaluating type D personality and its assessment using item response theory*, J Psychosom Res, 2007, 63, s. 27–39.
12. Sęk H., *Jakość życia a zdrowie*, Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny, 1993, 2, s. 110–117.
13. Kowalik, S., *Jakość życia pacjentów w procesie leczenia*, [w:] B. Waligóra (red.), *Elementy psychologii klinicznej, t. 4*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1995, s. 33.
14. Thomas G., de Jong F.I., Kooijman P.G., Cremers C.W., *Utility of the Type D Scale 16 and Voice Handicap Index to assist voice care in student teachers and teachers*. Folia Phoniatri Logop, 2006, 58(4), s. 250–263.
15. Williams L., O'Connor R.C., Howard S., Hughes B.M., Johnston D.W., Hay J.L., O'Connor D.B., Lewis C.A., Ferguson E., Sheehy N., Grealy M.A., O'Carroll R.E., *Type-D personality mechanisms of effect: The role of health-related behavior and social support*, J Psychosom Res, 2008, 64(1), s. 63–69.
16. Jellesma F.C., *Health in Young People: Social Inhibition and Negative Affect and Their Relationship with Self-Reported Somatic Complaints*. J Dev Beha Pediatr, 2008, 29(2), s. 94–100.
17. De Fruyt F., Denollet J., *Type D personality: A Five Factor Model perspective*. Psychol Health, 2002, 17(5), s. 671–683.

18. Hanebuth D., Meinel M., Fischer J.E., *Health-related quality of life, psychosocial work conditions, and absenteeism in an industrial sample of blue- and white-collar employees: a comparison of potential predictors.* J Occup Environ Med, 2006, 48(1), s. 28–37.
19. Preckel D., von Kanel R., Kudielka B.M., Fischer J.E., *Overcommitment to work is associated with vital exhaustion.* Int Arch Occup Environ Health, 2005, 78(2), s. 117–122.

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF HEALTH AND REHABILITATION

Summary

Introduction. *Rehabilitation is a complex process rich in a number of biological, psychological and social conditions. Dimensions that make up the personality type D, in particular, a negative emotional determine the level of satisfaction with life, means that the greater tendency to experience negative emotions — the lower level of satisfaction with life and hence less effects of rehabilitation.*

Purpose. *the purpose of this study is answering the question: what role the patients assign rehabilitation and therapists and that the evaluation of the effects of rehabilitation is associated with type D personality. In terms of a global analysis of the process of rehabilitation in the context of the biopsychosocial model.*

Material and method. *Studies using diagnostic survey with questionnaire technique were undertaken on a group of professionally active and inactive adult patients in Zamość Rehabilitation Clinic WSZiA 2011. Two tools were used for measuring: Scale DS-14 in Polish version (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński and Denollet) to assess personality (scale DS-14 contains fourteen statements, seven of them concern negative emotionality, the other seven social inhibition); Survey's questionnaire — own authorship.*

Results. *1/3 patients have stressed personality (type D). Individuals with type D personality much lower rate their health than those who do not type-D. Sociodemographic variables and personality type does not significantly affect the definition of rehabilitation and do not differentiate between the treatment groups in the context of the location of the line physiotherapy treatment – wellness. Personality type affects the assessment of the effects of rehabilitation. In the group of type D shows the tendency to attribute the positive effects of rehabilitation rather in the physical and non-group D, both physical and mental.*

Conclusion. *Psychological and social factors should be taken into account and incorporated together with biological variables in the diagnosis of disease and the patient must be considered simultaneously.*

Keywords: quality of life, personality, social support, rehabilitation