

Medyczna Szkoła Pomaturalna Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach\*  
Medical College under the auspices of Świętokrzyska Academy in Kielce  
Katedra i Klinika Psychiatrii AM im. F. Skubiszewskiego w Lublinie\*\*  
Kierownik: Prof. dr hab. Marek Masiak.  
Chair and Psychiatry Clinic of F. Skubiszewski's Medical Academy in Lublin  
The manager: Prof. Marek Masiak

ALEKSANDRA CIEŚLIK\*, HALINA MARMUROWSKA-MICHAŁOWSKA\*\*

---

*The level of the emotions control of leukaemia sufferers*

---

**Poziom kontroli emocji u chorych na białaczkę**

Współczesna teoria, opisująca mechanizm rozwoju chorób psychosomatycznych mówi, że ich powstawanie jest formą niewłaściwej ekspresji negatywnych emocji. Badania kliniczne dowodzą istnienia związków zachodzących pomiędzy konfliktami psychicznymi a pojawianiem się schorzeń neoplastycznych. Choroba białaczkowa potwierdza owe przypuszczenia. Czynnikiem psychologicznym jest jednym z bardzo ważnych czynników leżących u podstaw etiologii białaczki. Jednostka charakteryzująca się dążnością do tłumienia konfliktów, niezdolna do wyładowywania napięć emocjonalnych, hamowania agresywności i nieświadomym lękiem, zdaniem wielu autorów podatna jest na schorzenia białaczkowe, (Fife et al. 1987; Rosenthal et al. 1988; Watson 1991)[3]. Skłania to do wnikliwej analizy emocjonalnego funkcjonowania chorych na tego typu schorzenia. Pobudzenie emocjonalne, znak, jakość i natężenie emocji nie są jedynymi cechami pozwalającymi je charakteryzować[2]. Ważnym czynnikiem jest też umiejętność kontrolowania reakcji uzewnętrzniania uczuć. W takim kontekście pomiar zdolności do ekspresji emocji nabiera szczególnego znaczenia. Stanowi jeden z wielu niezbędnych elementów procesu diagnostycznego. Aby właściwie ocenić stan pacjenta należy w procesie diagnostycznym stosować analityczne podejście do każdego obszaru, tworząc dopiero w końcowym etapie ocenę wielowymiarową, jako wyraz właściwej syntezy wszystkich wyników badań. Wynika stąd konieczność badania dokładniejszego takich stanów jak depresja czy lęk. Wpływają one w sposób niezwykle istotny na obniżenie jakości życia chorych, utrudniając zarazem współpracę z lekarzem i rodziną[1]. Celem pracy był pomiar tłumienia negatywnych emocji u chorych na białaczkę, oraz ocena wpływu wybranych czynników na jego poziom.

**MATERIAŁ**

Badaniu poddano 60 pacjentów hospitalizowanych z powodu białaczek w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach. Grupę badaną stanowiło: 36 kobiet i 24 mężczyzn. Szczegółowe dane zawiera tabela 2. Badania prowadzono od marca do września 2003 roku. Chorzy zostali poinformowani o celu badań i wyrazili na nie pisemną zgodę.

## METODA

W badaniu wykorzystano polską adaptację Skali Kontroli Emocji CECS (Courtauld Emotional Control Scale – CECS) skonstruowaną przez M. Watson i S. Greera (1983) z Faith Courtauld Unit, College Hospital Medical School w Londynie. Adaptacji skali CECS dokonał Zygfryd Juczyński. Ankieta CECS zawiera 21 pytań w trzech podskalach, z których każda zawiera siedem stwierdzeń dotyczących sposobu ujawniania: gniewu, depresji i lęku. Sumując wyniki podskal ustala się ogólny wskaźnik kontroli emocji. Oznacza on subiektywne przekonanie jednostki, co do umiejętności kontrolowania reakcji w sytuacji doświadczania gniewu, depresji i lęku. Skala służy do pomiaru subiektywnej kontroli gniewu, depresji i lęku w sytuacjach trudnych i jest przeznaczona do badania osób dorosłych, zarówno zdrowych jak i chorych. Skala CECS jest narzędziem samoopisu[4]. Badania prowadzone były indywidualnie. Chorzy określali częstotliwość występowania sposobu wyrażania swoich emocji na skali czteropunktowej, od „prawie nigdy” – 1, do „prawie zawsze” – 4 punkty. W badaniu wykorzystano również ankietę wywiadu standaryzowanego dotyczącą czynników socjodemograficznych, oraz innych takich jak: czas od rozpoznania choroby, wsparcie – kontakty z rodziną i osobami bliskimi oraz ich stosunek do chorego i leczenia, współpraca z pacjentem w trakcie leczenia.

## WYNIKI BADAŃ

W prezentacji wyników użyto następujących oznaczeń: M – średnia, SD – odchylenie standardowe, N – liczebność próby, Z – wynik testu serii Walda-Wolfowitza, t – wynik testu t-Studenta, R – współczynnik korelacji rang Spearmana  $\alpha$  – poziom istotności, p – poziom prawdopodobieństwa (istotność – ex post)[5]. Zastosowano testy nieparametryczne. Przyjęto poziom istotności  $\alpha = 0,05$ . Tabela 1 zawiera średnie wyniki wskaźników kontroli emocji. Im wyższy wskaźnik, tym większe tłumienie negatywnych emocji.

Tabela 1. Średnie wyniki wskaźników kontroli emocji w podskalach: gniewu, depresji, lęku i skali ogólnej CECS.

SKALA	N	Zakres punktów	Min.	Max.	M	SD	% wartości max. dla skali
GNIEW	60	7-28	7,00	28,00	19,42	6,55	69,35%
DEPRESJA	60	7-28	8,00	28,00	18,57	5,71	66,32%
LĘK	60	7-28	7,00	28,00	18,73	7,17	66,89%
OGÓLNA	60	21-84	27,00	81,00	56,72	16,70	67,52%

Wskaźniki kontroli emocji z podziałem na płeć i grupy wiekowe chorych zawiera tabela 2.

Tabela 2. Testy różnic kontroli emocji względem płci i grup wiekowych.

PŁEĆ	N	WIEK		WSKAŹNIK KONTROLI EMOCJI							
				OGÓLNY		GNIEW		DEPRESJA		LĘK	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Kobiety	36	53,89	12,87	56,94	16,45	20,14	6,10	18,53	5,58	18,28	7,42
Mężczyźni	24	49,96	17,62	56,42	17,35	18,33	7,17	18,66	5,95	19,42	6,86
Test różnic wzg. zmiennej - płeć				Z = 0,35 - N.I.		Z = 1,44 - N.I.		Z = 0,35 - N.I.		Z = 0,62 - N.I.	
WIEK											

Poniżej 50 lat	21	34,95	9,58	57,57	17,43	19,57	6,19	18,33	5,78	19,67	7,25
50 lat i więcej	39	61,67	6,44	56,28	16,46	19,33	6,82	18,72	5,70	18,23	7,17
Test różnic wzg. zmiennej - wiek	Z = 0,06 - N.I.			Z = 0,63 - N.I.			Z = 0,34 - N.I.			Z = 1,09 - N.I.	
Ogółem	60	51,96	15,25	56,72	16,70	19,42	6,55	18,57	5,71	18,73	7,17

Z – wynik testu serii Walda-Wolfowitza, N.I. – Brak istotności statystycznej.

### OMÓWIENIE WYNIKÓW

Z przedstawionych w tabeli 1 danych wynika, że chorzy wykazali wysoki wskaźnik kontroli emocji, średnio 67,52% maksymalnej wartości skali ogólnej CECS. Uzyskane w badaniach wartości dla chorych na białaczkę są wyższe od opublikowanych przez Juczyńskiego[4], występujących u pacjentów: dializowanych, chorych na cukrzycę, mężczyzn po zawale serca i kobiet w okresie menopauzy. Analiza wyników przedstawionych w tabeli 2, wykazała w testach serii Walda-Wolfowitza brak istotności statystycznej ( $p > 0,05$ ) różnic populacji ze względu na płeć oraz wiek chorych dla całych podskal poszczególnych emocji. Szczegółowa analiza statystyczna wykonana oddzielnie dla wszystkich 21 stwierdzeń skali CECS, wykazała istotne zróżnicowania populacji ze względu na wybrane cechy z ankiety wywiadu standaryzowanego, co przedstawiono w tabelach 3 i 4.

Tabela 3 Stwierdzenia skali CECS, które wykazały istotne statystycznie zróżnicowania populacji badanych ze względu na poniżej wypunktowane w tabeli cechy:

1). ZE WZGLĘDU NA PŁEĆ CHORYCH.						
Treść stwierdzenia:	KOBIEТЫ N=36		MĘŻCZYŹNI N=24		Wynik testu serii Walda-Wolfowitza. Zmienna grupująca: „płeć”	Istotność
	M	SD	M	SD		
II.5 Kiedy czuję się nieszczęśliwy (przyciębiony), to pokazuję innym co czuję.	2,306	1,348	1,875	1,393	Z = 2,117	p < 0,05
III.1 Kiedy jestem przestraszony (zatrużony) pokazuję innym co czuję.	2,278	1,365	1,958	1,302	Z = 2,497	p < 0,015
2). ZE WZGLĘDU NA FUNKCJONOWANIE CHORYCH.						
Treść stwierdzenia:	Funkcjonowanie: Samodzielne N=35		Funkcjonowanie: Zależne od innych N=25		Wynik testu serii Walda-Wolfowitza. Zmienna grupująca: „funkcjonowanie”	Istotność
	M	SD	M	SD		
I.4 Kiedy jestem rozgniewany (bardzo poirytowany), to mówię co czuję.	2,829	1,339	2,560	1,446	Z = 2,635	p < 0,01
3). W ZALEŻNOŚCI OD BRAKU, LUB OBECNOŚCI OSOBY BLISKIEJ.						
Podskala:	BRAK osoby bliskiej N=7		OBECNOŚĆ osoby bliskiej N=53		Wynik testu serii Walda-Wolfowitza. Zmienna grupująca: „obecność bliskiej osoby”	Istotność
	M	SD	M	SD		
LEK	22,71	5,736	18,21	7,217	Z = 2,181	p < 0,03

4). W ZALEŻNOŚCI OD KONTAKTÓW Z RODZINĄ W CZASIE HOSPITALIZACJI.						
Treść stwierdzenia:	KONTAKTY SA N=56		KONTAKTÓW NIE MA N=4		Wynik testu serii Walda-Wolfowitza. Zmienna grupująca: „kontakt z rodziną	Istotność
	M	SD	M	SD		
III.2 Kiedy jestem przestraszony (zatrwożony), to jestem cicho.	2,803	1,347	4,000	0,000	Z = 3,279	p < 0,001

Na podstawie danych zawartych w tabeli 3 można powiedzieć, że:

1. Mężczyźni częściej od kobiet tłumią przygnębienie i strach.
2. Chorzy nie funkcjonujący samodzielnie, częściej tłumią gniew i poirytowanie.
3. Brak osób bliskich potęguje tłumienie lęku.
4. Brak kontaktów z rodziną w czasie leczenia szpitalnego powoduje znaczne tłumienie strachu i zatrwożenia.
5. Tłumienie lęku istotnie wiąże się z samotnością.

Tabela 4. Istotne statystycznie korelacje między stwierdzeniami skali CECS i podskalą LĘK a informacjami z ankiety wywiadu standaryzowanego.

Zmienne grupujące: Wywiad standar.		Aktualne miejsce zamieszkania: wieś, małe miasto, duże miasto.	Stosunek rodziny do chorego: wspierający, obojętny	Kontakt z rodziną w czasie hospitalizacji: jest, nie ma.	Wgląd pacjenta w chorobę: akceptuje / nie akceptuje leczenia.	Aktualne leczenie: leki przeciwbólowe, chemioterapia.	Współpraca z pacjentem w czasie leczenia: dobra, zła, zmienna.
Stwierdzenia w skali CECS Zmienne zależne:							
Kiedy jestem rozgniewany, to...	I.2 okazuję to.	R = 0,28* t = 2,21 p < 0,04					
	I.5 unikam robienia scen	R = 0,34*** t = 2,71 p < 0,01				R = -0,26* t = -2,05 p < 0,05	R = -0,32** t = -2,53 p < 0,015
Kiedy jestem przestraszony (zatrwożony), to...	III.1 pokazuję innym co czuję.		R = -0,28* t = -2,19 p < 0,05		R = -0,32** t = -2,53 p < 0,015		
	III.2 jestem cicho.		R = 0,26* t = 2,07 p < 0,05				
	III.6 tłumię swój strach.			R = 0,26* t = 2,02 p < 0,05			
	III.7 tłumię swoje uczucia.			R = 0,26* t = 2,03 p < 0,05			
PODSKALA - LĘK				R = 0,27* t = 2,13 p < 0,05			

Korelacje są istotne dla: \* p<0,05 \*\* p<0,015 \*\*\* p<0,01

W tabelach 3 i 4 przedstawiono tylko wyniki testów, gdzie  $p < \alpha = 0,05$ , dla których możemy przyjąć, że populacje się istotnie statystycznie różnią ze względu na badaną cechę.

Przedstawione wyniki świadczą o istnieniu zależności pomiędzy stwierdzeniami, będącymi elementami poszczególnych podskal gniewu, depresji i lęku a wybranymi cechami. W pracy celowo posłużono się sformułowaniami użytymi w ankiecie CECS, takimi jak: rozgniewanie, poirytowanie a nie gniew, przygnębienie a nie depresja, zatrwożenie, strach a nie lęk, dla podkreślenia, że analizowane są odpowiedzi na poszczególne stwierdzenia – pytania, a nie wyniki całych podskal gniewu, depresji czy lęku.

Przedstawione wyniki w tabeli 4 wskazują na to, że:

1. Obojętny stosunek rodziny do chorego i jego stanu, wywołuje tłumienie strachu – zatrwożenia i zamykanie się w sobie.
2. Brak kontaktów z rodziną potęguje u chorych tłumienie lęku.
3. Pacjenci, którzy nie akceptują leczenia częściej tłumią strach i trwogę w porównaniu z pacjentami, którzy czują się chorzy i akceptują leczenie.
4. Dobra współpraca z pacjentem w trakcie leczenia łagodzi jego gniew i poirytowanie.
5. Chorzy aktualnie leczeni lekami przeciwbólowymi, częściej od leczonych chemioterapią tłumią gniew i poirytowanie.
6. Im większa miejscowość w której mieszkają chorzy, tym bardziej okazują gniew i poirytowanie.

Analiza danych wykazała, że pozostałe czynniki socjodemograficzne nie miały istotnie statystycznego wpływu na ogólny wskaźnik kontroli emocji, mierzony skalą CECS u chorych na białaczkę. Rzetelność odpowiedzi na zadawane w ankiecie pytania potwierdzają przeciwnie znaki współczynników korelacji dla wykluczających się stwierdzeń.

## WNIOSKI

1. Chorzy na białaczkę wykazują wysoki poziom tłumienia negatywnych emocji.
2. Kobiety częściej niż mężczyźni okazują przygnębienie i strach.
3. Ułatwianie częstych i swobodnych kontaktów pacjenta z rodziną i osobami bliskimi, oraz uświadamianie i informowanie ich o pozytywnym wpływie tych kontaktów na proces zdrowienia chorego jest istotnym elementem procesu leczenia.
4. Wzbudzanie silnej motywacji do walki z chorobą, oraz przekonania o konieczności leczenia może poprawiać współpracę w leczeniu i pośrednio wpływać na lepsze rokowanie.

## PIŚMIENNICTWO

1. De Walden – Gałuszko K., Majkovicz M.: Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Gdańsk 2001.
2. Formański J.: Psychologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 1998.
3. Janiszewska E.: Psychosomatyczne aspekty białaczki u dzieci. Charakterystyka psychologiczna. Redakcja Wydawnictw KUL Lublin 1994.
4. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2001.
5. Stanisław A.: Przystępny kurs statystyki w oparciu o program STATISTICA PL na przykładach z medycyny. Kraków 1998.

## STRESZCZENIE

Liczne badania kliniczne dowodzą istnienia związków zachodzących pomiędzy konfliktami psychicznymi a pojawianiem się schorzeń neoplastycznych. Choroba białaczkowa

potwierdza owe przypuszczenia. Czynniki psychologiczne leżące u podstaw etiologii białaczki jest jednym z bardzo ważnych czynników przyczynowych. Skłania to do wnikliwej analizy emocjonalnego funkcjonowania chorych na tego typu schorzenia. Ważnym czynnikiem jest umiejętność kontrolowania reakcji uzewnętrzniania uczuć, która ma niezwykle istotny wpływ na obniżenie jakości życia chorych, utrudniając zarazem współpracę z lekarzem i rodziną. W takim kontekście pomiar zdolności do ekspresji emocji nabiera szczególnego znaczenia. Stanowi jeden z wielu niezbędnych elementów procesu diagnostycznego. Celem pracy był pomiar tłumienia negatywnych emocji u chorych na białaczki, oraz ocena wpływu wybranych czynników na jego poziom.

#### Wnioski

1. Chorzy na białaczki wykazują wysoki poziom tłumienia negatywnych emocji.
2. Kobiety częściej niż mężczyźni okazują przygnębienie i strach.
3. Ułatwianie częstych i swobodnych kontaktów pacjenta z rodziną i osobami bliskimi, oraz uświadamianie i informowanie ich o pozytywnym wpływie tych kontaktów na proces zdrowienia chorego jest istotnym elementem procesu leczenia.
4. Wzbudzanie silnej motywacji do walki z chorobą, oraz przekonania o konieczności leczenia może poprawiać współpracę w leczeniu i pośrednio wpływać na lepsze rokowanie.

#### SUMMARY

Plenty of clinical research proves that there are connections between mental conflicts and neoblastical illnesses. Leukaemia confirms these presumptions. The psychological factor lying at the root of the aetiology of leukaemia is one of the important casual ones. It leads to the careful analysis of emotional functioning of leukaemia sufferers. The other important factor is the ability of controlling reactions of showing the feelings, which have an unusually significant impact on degrading the quality of lives of sufferers, making co-operation between the doctor and the sufferer's family difficult. In this context, the measurement of the ability in expressing emotions gets the special meaning. It presents one of many dispensable elements of the diagnostic process. The aim of this work was the measurements of suppressing negative emotions of leukaemia sufferers, and the assessment of the influence of selected factors on its level.

#### Conclusions

1. Leukaemia sufferers show the high level suppressing negative emotions.
2. Women more often than men demonstrate depression and fear.
3. The convenience of frequent and casual contacts of the patients with their family and close friend, realizing and informing them of the positive influence of these contacts on the process of sufferer's recovery is an essential element of treatment.
4. Inducing strong motivation for fighting with an illness and conviction about the necessity of treatment may improve the co-operation in treatment and indirectly impact on better prognoses.