

Katarzyna Guzińska<sup>1</sup>, Agata Kupc<sup>2</sup>, Bogusław Borys<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego, Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej w SP ZOZ Sanatorium MSWiA w Sopocie

<sup>2</sup>Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Psychologii Klinicznej Akademii Medycznej w Gdańsku, Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca Akademii Medycznej w Gdańsku

<sup>3</sup>Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Psychologii Klinicznej Akademii Medycznej w Gdańsku

## Zasoby odporności na stres w procesie zdrowienia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca

### *Stress resistance resources in the recovery process of patients with ischemic heart disease*

#### **Abstract**

**Introduction.** According to the holistic health model — stress resistance resources (SRR) are being recognized as an essential factor that modify the negative stress consequences, which are caused by an illness and have the impact not only on the quality of experience of disease but also for the recovery process. This study examines the value of two SRRs (general self-efficacy and social support) in the recovery process of patients with ischemic heart disease (IHD) who had participated in complex cardiac rehabilitation.

**Material and methods.** 15 patients after PTCA and 15 patients after CABG took part in 4 weeks cardiac rehabilitation. Participants were administered individually. General Self-Efficacy Scale; Berlin Social Support Scales; Multidimensional Health Locus of Control Scale Polish version by and Acceptance of Illness Scale.

**Results.** In our study we found that patients with ischemic heart disease (after PTCA/ CABG) who participated in cardiac rehabilitation in sanatorium were characterized by high level of general self-efficacy and high level of social support in terms of: perceived available support, need for support and support seeking. We observed greater external locus of control and lower level of illness acceptance at the beginning of cardiac rehabilitation than at the end, in patients after CABG. These patients who had undergone CABG imputed lower income of chance on their health and higher level of illness acceptance at the end of cardiac rehabilitation than at the beginning.

**Conclusions.** Results let us to define the accessibility and utility of SRR in the recovery process of patients with IHD participating in cardiac rehabilitation. In the recovery process of patients beside predictors of health behavior in sort of self-efficacy and social support vital meaning have health beliefs ranged health locus of control and acceptance of illness which are being modify by kind of cardiac treatment and the stage of rehabilitation.

**key words:** health, stress resistance resources, self-efficacy, social support, health locus of control, acceptance of illness, ischemic heart disease/coronary artery disease

#### **Wstęp**

Współczesne podejście do rozumienia choroby niedokrwiennej serca zakłada integrację stanowiska medycznego i psychospołecznego w celu całościowego

ujęcia nie tylko istoty tego schorzenia, uwarunkowań polietiologicznych, ale również samego procesu zdrowienia [1]. Zdrowie analizuje się w kategoriach procesów zachodzących w organizmie i jest rozumiane jako dynamiczny proces ukierunkowany na przywracanie stale zakłócanej równowagi organizmu w związku z nieustannie dokonującymi się zmianami zachodzącymi wewnątrz niego i w otaczającym środowisku [2]. W modelu holistycznym człowiek jest traktowany pod-

Adres do korespondencji:  
dr n. hum. Katarzyna Guzińska  
Instytut Psychologii UG  
Zakład Psychologii Klinicznej i Neurolingwistyki  
ul. Pomorska 68, 80–343 Gdańsk  
tel. (0 58) 523 43 36 — sekretariat  
e-mail: kasia@topkey.pl

miotowo. Dokonuje określonych wyborów i kieruje swoim zachowaniem oraz ponosi współodpowiedzialność za stan swojego zdrowia, jak również za proces leczenia. Zachowania zdrowotne w sytuacji choroby to świadomie podjęte przez pacjenta działania w celu ochrony i zachowania zdrowia [3].

### **Choroba niedokrwienna serca i wybrane metody leczenia**

Choroba niedokrwienna serca, nazywana także chorobą wieńcową, jest schorzeniem przewlekłym, rozwijającym się powoli, często bezobjawowo nawet przez kilkanaście lat. Z tego powodu większość chorych nie jest świadoma swojej choroby ani tego, że przyczynia się do jej rozwoju. Nierzadko pacjent dowiaduje się o niej dopiero w momencie wystąpienia silnych powikłań, na przykład zawału serca [4]. Choroba niedokrwienna serca to zespół objawów klinicznych, które powstają na skutek zaburzenia równowagi między zapotrzebowaniem mięśnia sercowego na tlen i związki energetyczne, a ich aktualną dostawą. Najczęstszą przyczyną niedokrwienia mięśnia sercowego jest miażdżycza tętnic wieńcowych. Wśród innych przyczyn wymienia się: kurcz tętnicy, jej zwłóknienie oraz zator [5–7].

Aby przywrócić prawidłowe ukrwienie mięśnia sercowego, najczęściej wykonuje się zabieg angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA, *percutaneous transluminal coronary angioplasty*) oraz wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych (CABG, *coronary artery bypass grafting*). Angioplastyka naczyń wieńcowych polega na odblokowaniu zwężonej lub zamkniętej tętnicy wieńcowej i często odbywa się zaraz po zdiagnozowaniu choroby niedokrwiennej serca, podczas zabiegu koronarografii. Natomiast do CABG kwalifikuje się pacjentów, u których nie można poszerzyć tętnic wieńcowych za pomocą PTCA. U pacjentów tych często występuje mocno zaawansowany proces zmian miażdżycowych i ze względu na liczne zmiany miażdżycowe konieczne jest również wykonanie pomostów tętnic udowo-podkolanowych bądź przeprowadzenie operacji tętnic szyjnych [5–9].

### **Zasoby odpornościowe**

Zarówno procesy zdrowia, jak i choroby z jednej strony są zdeterminowane zasobami, a z drugiej deficytami odpornościowymi człowieka. Działają one jako moderatory w procesie adaptacji, wpływając na motywację do rozwoju i ochrony zdrowia, sprzyjając lub utrudniając zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym, natomiast w sytuacji choroby — warunkując procesy zdrowienia. W psychologii zdrowia zasoby odporno-

ściowe określa się jako potencjały zdrowia, które pozwalają unikać stresorów, usprawnić proces radzenia sobie z wymaganiami oraz bezpośrednio wpływać na zdrowie. Wśród tak rozumianych zasobów wymienia się: właściwości biologiczne, psychologiczne i interpersonalne człowieka, właściwości sieci społecznych, w tym grupy wsparcia, szeroko pojmowane cechy środowiska oraz kontekst kulturowy [1, 10].

Powszechnie uznanymi predyktorami zachowań zdrowotnych, pozytywnie związanymi z powrotem do zdrowia, są zasoby odpornościowe w postaci poczucia własnej skuteczności oraz wsparcia społecznego [1, 3, 11, 12].

Poczucie własnej skuteczności definiuje się jako ogólne przekonanie człowieka dotyczące własnych możliwości podjęcia i przeprowadzenia działań prowadzących do osiągnięcia zaplanowanego rezultatu [13–17]. W związku z tym spostrzeganie własnej skuteczności pozwala przewidywać intencje i działania również w zakresie zachowań zdrowotnych. Oznacza to, że z uogólnionym poczuciem skuteczności, stanowiącym względnie trwałą właściwość o charakterze dyspozycyjnym, wiąże się oczekiwanie skuteczności specyficznej w zakresie lokalizacji kontroli działań w obszarze zdrowia. Przyjmowanie odpowiedzialności za własne zdrowie i podejmowanie zachowań prozdrowotnych wyraża stopień przekonania, że kontrola nad własnym zdrowiem bardziej zależy od jednostki (wewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowotnej) oraz wpływu innych, zwłaszcza personelu medycznego (zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowotnej — własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych), niż przypadku (zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowotnej — o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne) [3, 17]. Jednocześnie przekonania dotyczące skuteczności wpływają na ocenę zasobów jednostki w sytuacji stresowej, między innymi określają poziom gotowości do korzystania ze wsparcia społecznego [10].

Wsparcie społeczne jest pojęciem wielowymiarowym i znajduje się na pograniczu między zasobami społecznymi a osobistymi człowieka [1, 11]. Wraz z czynnikami poznawczymi wpływa na zachowania dotyczące realizacji celów zdrowotnych [13, 18].

Najogólniej, wsparcie społeczne jest definiowane jako zasoby dostarczane przez interakcję z innymi ludźmi [10]. Poznawcze i behawioralne wymiary wsparcia społecznego obejmują między innymi:

- spostrzegane dostępne wsparcie dotyczące oceny dostępności pomocy ze strony innych osób, bezpośrednio wpływające na zdrowie i dobrostan, niezależnie od czynników sytuacyjnych;
- zapotrzebowanie na wsparcie określające potrzebę wykorzystywania wsparcia w sytuacji stresowej;

- poszukiwanie wsparcia, czyli częstotliwość lub zakres poszukiwania pomocy innych osób [1, 11, 18].

Trafne jakościowo i ilościowo wsparcie społeczne w sytuacji kryzysu spowodowanego chorobą działa podtrzymująco i uodparniająco [19].

### Rehabilitacja kardiologiczna

W praktyce klinicznej można zaobserwować względną dynamikę procesu zmagania się z chorobą niedokrwinną serca w zależności od etapu leczenia i rehabilitacji. Dobrym predyktorem jakości życia jest akceptacja choroby. Jest ona poznawczą próbą poradzenia sobie z problemem przez pogodzenie się z sytuacją choroby i wynikających z niej ograniczeń. W praktyce oznacza to, że wyższy poziom akceptacji choroby wiąże się z lepszą adaptacją do sytuacji leczenia i rehabilitacji [17]. Zasoby odporności na stres wspomagają procesy zdrowienia w przebiegu rehabilitacji kardiologicznej, która ma charakter kompleksowy i wieloetapowy [11]. Oddziaływania leczniczo-rehabilitacyjne obejmują: farmakoterapię, kinezyterapię, psychoterapię i socjoterapię. Integralną część sanatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej stanowi oddziaływanie psychologiczne. Na etapie poszpitalnym, wczesnym i późnym podstawowe zadania psychologiczne są ukierunkowane na:

- formowanie pozytywnego obrazu siebie (w tym obrazu własnego ciała);
  - mobilizowanie do różnych form aktywności;
  - budowanie wzorców skutecznego działania;
  - kształtowanie właściwej „filozofii życia” opartej na racjonalno-emocyjnej terapii Ellisa;
  - zmniejszenie napięcia psychicznego;
  - przestrajanie nadmiernej reaktywności z sympatycznej na parasympatyczną poprzez treningi relaksacyjne oraz różne formy ćwiczeń fizycznych.
- Na poziomie interwencji behawioralnej praca psychologa dotyczy modyfikacji zachowań i redukcji ryzyka choroby. Przedmiotem tak rozumianego oddziaływania jest:
- modyfikowanie dysfunkcyjnych przekonań związanych z nadmierną ekspansywnością i pośpiechem;
  - uczenie reakcji alternatywnych na sytuacje wywołujące gniew, złość;
  - kształtowanie uczuć pozytywnych;
  - budowanie strategii radzenia sobie ze stresem (w tym zastępowanie szkodliwych dla zdrowia sposobów radzenia sobie ze stresem, takich jak: tytoń, alkohol, ćwiczeniami oddechowymi, medytacją, treningami psychologicznymi; organizowanie czasu wolnego, modyfikowanie nawyków dotyczących odżywiania się, stylu życia, braku lub ograniczenia aktywności ruchowej) [20, 21].

### Hipotezy badawcze

Opierając się na dotychczasowych rozważaniach, sformułowano pytania i hipotezy badawcze.

Ogólne pytanie badawcze brzmi: Jaki jest udział wybranych zasobów odporności na stres (SRR, *stress resistance resources*) — poczucia własnej skuteczności i wsparcia społecznego w procesie zdrowienia u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca? W odpowiedzi na to pytanie należy uwzględnić ewentualną różnicę w zależności od rodzaju zastosowanego leczenia interwencyjnego (PTCA/CABG), jak również etapu sanatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej (etap początkowy/końcowy) — co wynikało z założeń badawczych. Szczegółowe pytania badawcze są następujące:

1. Jak kształtuje się poziom uogólnionej samoskuteczności i wsparcia społecznego u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca uczestniczących w sanatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej, zależnie od zastosowanego leczenia interwencyjnego?
2. Czy pacjenci po CABG różnią się od pacjentów po PTCA w zakresie wewnętrznej/zewnętrznej lokalizacji kontroli zdrowia, zależnie od etapu sanatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej?
3. Czy pacjenci po CABG różnią się od pacjentów po PTCA w zakresie stopnia akceptacji choroby, zależnie od etapu sanatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej?

Należy się spodziewać, że odpowiedzi na tak postawione pytania będą miały przede wszystkim wartość poznawczą, związaną z weryfikacją modelu holistyczno-funkcjonalnego stosowanego w psychologii zdrowia [1, 3]. W tym podejściu zdrowie i chorobę ujmuje się jako jeden wymiar. Podkreśla się znaczenie udziału świadomej aktywności człowieka w utrzymaniu i rozwoju własnego zdrowia poprzez jego promocję i ochronę, czy wreszcie uczestnictwo w procesie leczenia oraz rehabilitacji, jeżeli stan zdrowia tego wymaga. Mechanizmy zmienności zdrowia, które są wyrazem między innymi zasobów odpornościowych, są jednocześnie odzwierciedleniem wysiłków adaptacyjnych pacjenta wobec nowych wyzwań. W tym kontekście otrzymane wyniki mogą mieć również wartość aplikacyjną dla praktyki klinicznej, realizowanej w ramach kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.

Na podstawie tak sformułowanych pytań postawiono następujące hipotezy teoretyczne:

1. Pacjenci z chorobą niedokrwinną serca, uczestniczący w sanatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej, odznaczają się wysokim poziomem uogólnionej samoskuteczności oraz poziomem wsparcia społecznego niezależnie od zastosowanego leczenia interwencyjnego (PTCA/CABG). W zakresie wsparcia społecznego dotyczy to jego trzech

**Tabela 1.** Charakterystyka grupy badanej  
**Table 1.** The features of the studied group of patients

	Średnia (SD) w grupie I n = 15	Średnia (SD) w grupie II n = 15	t	p
Wiek	62,11 (8,37)	67,22 (7,24)	-1,79	0,09
Wykształcenie (w latach nauki)	12,54 (3,33)	10,08 (2,78)	1,99	0,06
Czas pobytu w sanatorium (liczba dni)	19,87 (4,53)	24,13 (2,75)	-3,12	0,01*

Grupa I — pacjenci po PTCA uczestniczący w rehabilitacji kardiologicznej (n=15, w tym 10 mężczyzn i 5 kobiet); Grupa II — pacjenci po CABG, uczestniczący w rehabilitacji kardiologicznej (n=15, w tym 10 mężczyzn i 5 kobiet); SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

wskaźników: spostrzeganego dostępnego wsparcia, zapotrzebowania na wsparcie oraz poszukiwania wsparcia społecznego.

2. Pacjenci po CABG odznaczają się wyższą, zewnętrzną lokalizacją kontroli zdrowotnej (przekonanie, że zdrowie zależy przede wszystkim od oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego) w porównaniu z pacjentami po PTCA w początkowym etapie rehabilitacji kardiologicznej.
3. Pacjenci po CABG odznaczają się niższym poziomem akceptacji choroby w porównaniu z pacjentami po PTCA w początkowym etapie rehabilitacji kardiologicznej.

### Materiał i metody

Badaniami objęto 30 pacjentów uczestniczących w sanatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej: 15 pacjentów leczonych metodą PTCA, w tym 14 po zawale serca, oraz 15 pacjentów poddanych CABG, z których u 9 wystąpił zawał serca. Czas rehabilitacji wahał się 14–27 dni po PTCA i 19–28 dni po CABG. W badaniu uczestniczyli pacjenci z chorobą niedokrwienną serca o średniej frakcji wyrzutowej: 63,29% odchylenie standardowe [SD, *standard deviation*] = 12,28] na początku rehabilitacji kardiologicznej oraz 72,81% (SD = 13, 14) w końcowej fazie rehabilitacji kardiologicznej, w tym: pacjenci po PTCA z frakcją: 63,15% (SD = 11,86) na początku rehabilitacji i 75,71% (SD = 9,34) w końcowym etapie rehabilitacji oraz pacjenci po CABG z frakcją: 63,40% (SD = 13,05) na początku rehabilitacji i 71,36% (SD = 14,79) pod koniec procesu rehabilitacyjnego. Z badań wykluczono pacjentów z rozpoznanymi chorobami psychicznymi oraz z zaburzeniami funkcji poznawczych. Pacjentów badano indywidualnie, dwuetapowo: w pierwszym dniu pobytu (etap początkowy) oraz na zakończenie rehabilitacji kardiologicznej, czyli w 2 ostatnich dniach pobytu (etap końcowy).

W tabeli 1 przedstawiono podstawowe dane dotyczące pacjentów.

Zastosowano następujące narzędzia badawcze:

- Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES, *General Self-Efficacy Scale*) R. Schwarzera i wsp. [15];
- Berlińską Skalę Wsparcia Społecznego (BSSS, *Berlin Social Support Scales*) do pomiaru trzech wskaźników wsparcia społecznego (BSSS I — spostrzeganego dostępnego wsparcia; BSSS II — zapotrzebowanie na wsparcie; BSSS III — poszukiwanie wsparcia) w adaptacji A. Łuszczynskiej [18];
- Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC, *Multidimensional Healthiego*) [17];
- Skalę Akceptacji Choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scale*) w adaptacji Z. Juczyńskiego [17].

Dla potrzeb badań skonstruowano ankietę danych demograficznych i parametrów medycznych pacjenta. Przy pierwszym pomiarze podano pacjentom wszystkie z wymienionych narzędzi, przy kolejnym pomiarze, w celu sprawdzenia dynamiki procesu zdrowienia, zastosowano MHLC i AIS.

### Procedury statystyczne

Do analizy uzyskanych wyników posłużono się licencjonowanym przez Uniwersytet Gdański pakietem komputerowym SPSS — 12.0.

### Wyniki

Na podstawie przeprowadzonych badań otrzymano następujące wyniki:

1. Pacjenci z chorobą niedokrwienną serca (PTCA/CABG), biorący udział w sanatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej, odznaczają się wysokim uogólnionym poczuciem skuteczności oraz wsparcia społecznego zarówno w zakresie: spostrzeganego, dostępnego wsparcia, zapotrzebowania na wsparcie oraz poszukiwania wsparcia społecznego (tab. 2).
2. U pacjentów po CABG wykazano zewnętrzną lokalizację kontroli zdrowotnej, wyrażającą się przekonaniem, że zdrowie zależy od oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego, w po-

**Tabela 2.** Poziom samoskuteczności i wsparcia społecznego u pacjentów z ChNS**Table 2.** The self-efficacy and social support level of IHD patients

Test	Średnia (SD) w grupie I	Średnia (SD) w grupie II	t	p
GSES	29,67 (4,32)	30,67 (4,99)	-0,59	0,56
BSSS I	27,00 (4,04)	27,73 (5,84)	-0,40	0,69
BSSS II	12,00 (2,17)	12,87 (2,64)	-0,98	0,34
BSSS III	14,47 (3,10)	15,07 (3,77)	-0,48	0,64

GSES — skala uogólnionej własnej skuteczności; BSSS I — spostrzegane dostępne wsparcie; BSSS II — zapotrzebowanie na wsparcie; BSSS III — poszukiwanie wsparcia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

**Tabela 3.** Umieszczenie kontroli zdrowia z uwzględnieniem zastosowanej interwencji kardiologicznej**Table 3.** Health locus of control including type of cardiac intervention

Test	Średnia(SD) w grupie I	Średnia (SD) w grupie II	t	p
Wskaźniki MHLC <sup>1</sup> :				
W <sup>1</sup>	25,13 (6,22)	27,40 (4,70)	-1,13	0,27
I <sup>1</sup>	27,33 (4,85)	31,73 (3,46)	-2,86	0,01*
P <sup>1</sup>	23,27 (5,35)	24,00 (7,74)	-0,30	0,77
Wskaźniki MHLC <sup>2</sup> :				
W <sup>2</sup>	26,27 (4,79)	24,00 (8,08)	0,94	0,36
I <sup>2</sup>	26,60 (6,14)	27,80 (8,01)	-0,46	0,65
P <sup>2</sup>	22,87 (7,54)	20,27 (6,82)	0,99	0,33

Wskaźniki MHLC<sup>1</sup> — wskaźniki wielowymiarowej skali umiejscowienia kontroli zdrowia mierzone na początku rehabilitacji kardiologicznej;

Wskaźniki MHLC<sup>2</sup> — wskaźniki wielowymiarowej skali umiejscowienia kontroli zdrowia mierzone na końcu rehabilitacji kardiologicznej;

W — wewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowotnej; kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie;

I — zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowotnej; własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego;

P — zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowotnej; o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

równaniu z pacjentami po PTCA w początkowym etapie rehabilitacji kardiologicznej (tab. 3).

Jednocześnie u pacjentów po CABG zaobserwowano tendencję w zakresie dynamiki umiejscowienia kontroli zdrowia wyrażającej się przekonaniem, że o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne. Oznacza to, że pacjenci po CABG przypisują mniejszy udział wpływu przypadku na stan zdrowia w końcowym etapie rehabilitacji kardiologicznej w porównaniu z etapem początkowym. Nie wykazano natomiast istotnych różnic w zakresie wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia u pacjentów po CABG w porównaniu z pacjentami po PTCA (tab. 4).

3. Pacjenci po CABG prezentują niższy poziom akceptacji choroby w porównaniu z pacjentami po PTCA w początkowym etapie rehabilitacji kardiologicznej (tab. 5).

U pacjentów po CABG stwierdzono dynamikę pozio-

mu akceptacji choroby w kierunku wzrostu akceptacji choroby w końcowym etapie rehabilitacji kardiologicznej w porównaniu z etapem początkowym (tab. 6).

### Dyskusja

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że aktywny udział w procesie zdrowienia łączy się z umiejętnością aktualizacji i wykorzystywania zasobów odporności na stres [1]. Oznacza to, że pacjenci z chorobą niedokrwinną serca, wybierając aktywny udział w kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, niezależnie od rodzaju zastosowanego leczenia interwencyjnego, dysponują określonym potencjałem zdrowotnym w postaci uogólnionego poczucia skuteczności i wsparcia społecznego. Poczucie skuteczności stanowi istotny czynnik motywacyjny w zapoczątkowaniu i przebiegu procesu zdrowienia wyrażającego się aktywnym udziałem w kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej [22, 23]. Ponadto poczucie skuteczności odgrywa mediacyjną rolę w relacji mię-

**Tabela 4.** Umiejscowienie kontroli zdrowia z uwzględnieniem etapu rehabilitacji kardiologicznej  
**Table 4.** Health locus of control including the stage of cardiac rehabilitation

Grupa	Test		t	p
	I pomiar średnia (SD)	II pomiar średnia (SD)		
Wskaźniki MHLC <sup>1</sup> :	W <sup>1</sup>	W <sup>2</sup>		
Grupa I	25,13 (6,22)	26,27 (4,79)	-0,90	0,38
Grupa II	27,40 (4,70)	24,00 (8,08)	1,68	0,12
	I <sup>1</sup>	I <sup>2</sup>		
Grupa I	27,33 (4,85)	26,60 (6,14)	0,65	0,53
Grupa II	31,73 (3,46)	27,80 (8,01)	1,78	0,10
	P <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>		
Grupa I	23,27 (5,35)	22,87 (7,54)	0,22	0,83
Grupa II	24,00 (7,74)	20,27 (6,82)	2,07	0,06

Wskaźniki MHLC<sup>1</sup> — wskaźniki wielowymiarowej skali umiejscowienia kontroli zdrowia mierzone na początku rehabilitacji kardiologicznej;

Wskaźniki MHLC<sup>2</sup> — wskaźniki wielowymiarowej skali umiejscowienia kontroli zdrowia mierzone na końcu rehabilitacji kardiologicznej;

W — wewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowotnej: kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie;

I — zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowotnej: własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego;

P — zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowotnej: o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

**Tabela 5.** Poziom akceptacji choroby z uwzględnieniem zastosowanej interwencji kardiologicznej  
**Table 5.** The acceptance of illness level including a type of cardiac intervention

Test	Średnia (SD) w grupie I	Średnia (SD) w grupie II	t	p
AIS <sup>1</sup>	27,07 (5,95)	22,80 (5,51)	2,04	0,05*
AIS <sup>2</sup>	28,47 (6,38)	27,13 (6,96)	0,55	0,59

AIS<sup>1</sup> — skala akceptacji choroby mierzona na początku rehabilitacji kardiologicznej; AIS<sup>2</sup> — skala akceptacji choroby mierzona na końcu rehabilitacji kardiologicznej;  
 SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

**Tabela 6.** Poziom akceptacji choroby z uwzględnieniem etapu rehabilitacji kardiologicznej  
**Table 6.** The acceptance of illness level including the stage of cardiac rehabilitation

Grupa	Test		t	p
	I pomiar średnia (SD)	II pomiar średnia (SD)		
	AIS <sup>1</sup>	AIS <sup>2</sup>		
Grupa I	27,07 (5,95)	28,47 (6,38)	-0,93	0,37
Grupa II	22,80 (5,51)	27,13 (6,96)	-2,64	0,02*

AIS<sup>1</sup> — skala akceptacji choroby mierzona na początku rehabilitacji kardiologicznej; AIS<sup>2</sup> — skala akceptacji choroby mierzona na końcu rehabilitacji kardiologicznej;  
 SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

dzy wsparciem społecznym a zachowaniami zdrowotnymi [3]. Innymi słowy, wsparcie społeczne oddziałuje na zachowania zdrowotne, pośrednio przez własną skuteczność. Spostrzegane dostępne wsparcie wzmacnia motywację do wykonywania ćwiczeń fizycznych zalecanych przez rehabilitanta, stosowania zalecanej diety wśród pacjentów z chorobą niedokrwienną ser-

ca czy formułowania planów dotyczących zdrowego stylu życia. Zapotrzebowanie na wsparcie ma istotne znaczenie, szczególnie w sytuacji pooperacyjnej, natomiast poszukiwanie wsparcia stanowi predyktor dolegliwości bólowych [11, 16, 18]. Wydaje się słuszne zakładanie, że pacjenci, którzy intensywnie poszukują wsparcia społecznego, dostrzegają więcej dostęp-

nych źródeł wsparcia oraz częściej znajdują się w sytuacji, w której uzyskują szeroko pojęte wsparcie, wyrażające się między innymi zarejestrowanym w badaniach wzrostem poziomu wydolności (mierzonej frakcją wyrzutową), rozumianym jako obiektywny parametr poprawy stanu zdrowia pacjenta. Jednocześnie, analizując proces zdrowienia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, nie można abstrahować od uwarunkowań związanych z rodzajem zastosowanej interwencji kardiologicznej lub etapu sanatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej. Powszechnie akceptuje się pogląd, że PTCA w małym stopniu obciąża pacjenta, umożliwiając już po tygodniu powrót do czynności życia codziennego. Natomiast CABG zazwyczaj jest wydarzeniem o charakterze kryzysu psychologicznego, w którym poczucie zagrożenia życia jest bardzo realne i silne [9]. Ponadto, okres rekonwalescencji po CABG wynosi przynajmniej 3 miesiące, co wiąże się ze zranieniem się mostka i na ogół dopiero po półrocznej rekonwalescencji jest możliwy powrót do aktywnego trybu życia. W kontekście otrzymanych wyników należy stwierdzić, że rodzaj zastosowanej interwencji kardiologicznej (PTCA/CABG) ma istotny wpływ na proces zdrowienia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia i poziomu akceptacji choroby. Pacjenci poddani przez personel medyczny operacji CABG prezentują zewnętrzną lokalizację kontroli zdrowotnej, wyrażającą się przekonaniem, że zdrowie zależy od oddziaływania innych osób, oraz charakteryzują się niższym poziomem akceptacji choroby. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia u pacjentów po CABG, wyrażające się przekonaniem, że zdrowie zależy od oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego, można traktować jako trafnie dopasowany do sytuacji zdrowotnej zasób znajdujący się pod kontrolą jednostki w dyspozycji znaczących innych osób, czyli personelu medycznego [24]. Uwzględniając etap rehabilitacji kardiologicznej, należy jednak zwrócić uwagę na dynamikę umiejscowienia kontroli zdrowia w kierunku przypisywania mniejszego udziału wpływu przypadku na stan zdrowia oraz wzrostu poziomu akceptacji choroby u pacjentów po CABG w etapie końcowym rehabilitacji. Wynik ten może wskazywać na potrzebę i użyteczność różnych form kompleksowej, sanatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w przebiegu, której kluczowe oddziaływania powinny się koncentrować na pobudzaniu, umacnianiu i wspieraniu przekonań zdro-

wotnych pacjentów w zakresie kontroli zdrowia i akceptacji choroby z uwzględnieniem rodzaju zastosowanej interwencji kardiologicznej i etapu rehabilitacji. Powyższe cele można zrealizować, pracując z pacjentem, między innymi na podstawie poznawczo-behawioralnego modelu terapii, szczególnie na etapie rehabilitacji poszpitalnej. Ponadto aktywizacja gotowości do korzystania z poczucia własnej skuteczności i wsparcia społecznego może wzmacniać profilaktykę pierwotną i wtórną zaburzeń depresyjnych, które stanowią częste powikłania choroby niedokrwiennej serca [25–28].

### Wnioski

1. U pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, którzy uczestniczyli w sanatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej, zaobserwowano wysoki poziom uogólnionej samoskuteczności oraz wsparcia społecznego zarówno w zakresie spostrzeganego dostępnego wsparcia, zapotrzebowania na wsparcie oraz poszukiwania wsparcia społecznego, niezależnie od rodzaju zastosowanej interwencji kardiologicznej (PTCA/CABG).
2. Pacjenci po CABG przypisują istotnie większy udział wpływu innych osób, zwłaszcza personelu medycznego, na stan własnego zdrowia w porównaniu z pacjentami po PTCA w początkowym etapie rehabilitacji kardiologicznej. U pacjentów po CABG zaobserwowano dynamikę umiejscowienia kontroli zdrowia w kierunku przypisywania mniejszego udziału wpływu przypadku na stan własnego zdrowia w końcowym etapie rehabilitacji w porównaniu z etapem początkowym.
3. Pacjenci po CABG odznaczają się istotnie niższym poziomem akceptacji choroby niż pacjenci po PTCA w początkowym etapie rehabilitacji kardiologicznej. Jednocześnie u pacjentów po CABG wykazano dynamikę poziomu akceptacji choroby. Grupa ta charakteryzowała się istotnie wyższym poziomem akceptacji choroby w końcowym etapie rehabilitacji w porównaniu z etapem początkowym.

### Podziękowania

Autorzy pragną podziękować Pani Irenie Sarach — Dyrektora SP ZOZ Sanatorium MSWiA w Sopotcie — za umożliwienie przeprowadzenia badań na Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej oraz mgr. Michałowi Kuchczyńskiemu za współpracę w przeprowadzeniu badań.

**Streszczenie**

**Wstęp.** Zgodnie ze współczesnym paradygmatem zdrowia, zasoby odporności na stres (SRR, stress resistance resources) są uznane za istotny czynnik modyfikujący negatywne skutki stresu spowodowanego chorobą oraz mogą mieć wpływ nie tylko na jakość przeżywania choroby, ale także na sam proces zdrowienia. Celem prezentowanych badań jest określenie udziału SRR w procesie zdrowienia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.

**Materiał i metody.** Badaniami objęto 15 pacjentów leczonych metodą angioplastyki oraz 15 pacjentów po operacji przeszłowania tętnic wieńcowych przebywających na 4-tygodniowej sanatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej. Badania odbywały się indywidualnie. Zastosowano: Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES), Berlińską Skalę Wsparcia Społecznego (BSSS), Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) oraz Skalę Akceptacji Choroby (AIS).

**Wyniki.** Pacjenci z chorobą niedokrwienną serca (PTCA/CABG), którzy uczestniczą w sanatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej, charakteryzują się wysokim uogólnionym poczuciem skuteczności oraz wsparcia społecznego w zakresie spostrzeganego dostępnego wsparcia, zapotrzebowania na wsparcie oraz poszukiwania wsparcia społecznego. U pacjentów po CABG wykazano zewnętrzną lokalizację kontroli zdrowotnej, wyrażającą się przekonaniem, że zdrowie zależy od oddziaływania innych osób, zwłaszcza personelu medycznego oraz niższy poziom akceptacji choroby w początkowym etapie rehabilitacji kardiologicznej w porównaniu z etapem końcowym. Jednocześnie u pacjentów po CABG zaobserwowano dynamikę w zakresie: umiejscowienia kontroli zdrowia w kierunku przypisywania mniejszego udziału wpływu przypadku na stan własnego zdrowia oraz poziomu akceptacji choroby w kierunku jej wzrostu w końcowym etapie rehabilitacji w porównaniu z etapem początkowym.

**Wnioski.** Na podstawie wyników uzyskanych w badaniach określono dostępność i użyteczność SRR w procesie zdrowienia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. W procesie zdrowienia pacjentów istotne znaczenie mają nie tylko predyktory zachowań zdrowotnych w postaci poczucia własnej skuteczności i wsparcia społecznego, ale również przekonania zdrowotne w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia i akceptacji choroby, modyfikowane rodzajem zastosowanego leczenia interwencyjnego i etapem rehabilitacji.

**słowa kluczowe:** zdrowie, zasoby odporności na stres, samoskuteczność, wsparcie społeczne, umiejscowienie kontroli zdrowia, akceptacja choroby, choroba niedokrwienna serca/choroba wieńcowa

**PIŚMIENNICTWO**

- Heszen I., Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Heszen-Niejodek I. Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.). Psychologia zdrowia: praca zbiorowa. PWN, Warszawa 1997; 21–39.
- Dolińska-Zygmunt G. Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2000.
- Stońska Z. Systemowe uwarunkowania skutecznego zapobiegania chorobie niedokrwiennej serca — wyzwania dla promocji zdrowia. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. (red.). Choroba niedokrwienna serca. GWP, Gdańsk 2004; 10: 218.
- Giec L., Trusz-Gluza M. Choroba niedokrwienna serca. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
- Cieśliński A. Choroba niedokrwienna serca. W: Madecki T. Kardiologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000; 5: 227.
- Chung E.K. Zawał serca i problemy kardiologiczne. Wydawnictwo Interwest, Warszawa 2004.
- Tymińska-Sędek K. Nowoczesne metody leczenia choroby niedokrwiennej serca. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. (red.). Choroba niedokrwienna serca. GWP, Gdańsk 2004; 1: 21–42.
- Gulla B., Siwińska J. Psychologiczne konsekwencje inwazyjnych technik leczenia choroby niedokrwiennej serca. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. (red.). Choroba niedokrwienna serca. GWP, Gdańsk 2004; 2: 43–65.
- Sheridan C.L., Radmacher S.A. Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Warszawa 1998; 7: 207, 210–214.
- Sęk H., Cieślak R. Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Sęk H. Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2003; 11: 213–227.
- Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. Freeman, New York 1997.
- Bandura A. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. Annual Review of Psychology 2001; 52: 1–26.
- Schwarzer R. Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.). Psychologia zdrowia: praca zbiorowa. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997; 175–205.
- Łuszczńska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają? GWP, Gdańsk 2004; 3: 29–34; 20–22: 150–167.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.



18. Łuszczynska A., Kowalska M., Mazurkiewicz M., Scharzer R. Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS): Wyniki wstępnych badań nad adaptacją i ich własnościami psychometrycznymi. *Studia Psychologiczne* 2006; 3: 17–27.
19. Sęk H. Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu. W: Kubacka-Jasiecka D., Ostrowski T.M. (red). *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005; 87–99.
20. Tylka J. Czynniki psychiczne w etiologii i rehabilitacji choroby niedokrwiennej serca. *Rozprawa habilitacyjna*. Wydawnictwo Instytutu Kardiologii, Warszawa 1994.
21. Tylka J. *Psychosomatyka. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2000; 6: 152–162.
22. Włodarczyk D. Ocena stresu a wybrane obszary psychologicznego funkcjonowania chorych po zawale serca. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. (red.). *Choroba niedokrwienna serca*. GWP, Gdańsk 2004; 5: 107–128.
23. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. W: *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 1998; 14: 54–63.
24. Pasikowski T. *Stres i zdrowie*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000; 2: 34–57.
25. Zięba A., Dudek D. Symptomatologia depresji w chorobie niedokrwiennej serca. W: Dudek D., Zięba A. (red.). *Depresja w chorobie niedokrwiennej serca*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2001; 37–44.
26. Dudek D., Zięba A., Dudek D. Zaburzenia depresyjne a choroba niedokrwienna serca — dane epidemiologiczne. W: Dudek D., Zięba A. (red.). *Depresja w chorobie niedokrwiennej serca*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2001; 45–50.
27. Dudek D. Zaburzenia depresyjne i jakość życia u pacjentów z chorobą niedokrwieną serca poddanych zabiegom przezskórnej angioplastyki wieńcowej. *Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005*.
28. Suls J., Bunde J. Anger, Anxiety, and Depression as Risk Factors for Cardiovascular Disease: The Problems and Implications of Overlapping Affective Dispositions. *Psychological Bulletin* 2005; 131: 260–300.