

# POZNAWCZA REPREZENTACJA SCHORZENIA A FUNKCJONOWANIE PACJENTÓW Z CHOROBA NIEDOKRWIENNĄ SERCA

## COGNITIVE REPRESENTATION OF AN ILLNESS AND FUNCTIONING OF PATIENTS WITH CORONARY DISEASE

Michał Ziarko<sup>1\*</sup>, Aleksandra Parobkiewicz<sup>2</sup>, Roch Jasielski<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytet im. A. Mickiewicza, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej, 60-568 Poznań, ul. Szamarzewskiego 89

<sup>2</sup> Uniwersytet im. A. Mickiewicza, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Ogólnej i Psychodiagnostyki, 60-568 Poznań, ul. Szamarzewskiego 89

<sup>3</sup> Politechnika Wrocławska, Wydział Podstawowych Problemów Techniki, 50-370 Wrocław, Wybrzeże Wyspiańskiego 27

\*e-mail: ziarko@amu.edu.pl

### STRESZCZENIE

Choroba niedokrwienna serca jest chorobą przewlekłą upośledzającą funkcjonowanie somatyczne, emocjonalne i psychiczne. Adaptowanie się do niej można rozumieć w oparciu o transakcyjne ujęcie stresu, w którym końcowy efekt wyznaczany jest także przez ocenę, inaczej reprezentację poznawczą choroby. Zapytano, które z elementów poznawczej reprezentacji choroby sprzyjają dobremu funkcjonowaniu pacjentów cierpiących na chorobę niedokrwienną serca. W badaniu wzięło udział 208 osób, w tym 148 mężczyzn (71,2%), cierpiących na chorobę niedokrwienną serca, w wieku 32–84 lata ( $M = 57,32$ ;  $SD = 9,46$ ). Pacjenci wypełniali Kwestionariusz Spostrzeżenia Własnej Choroby, Skalę Akceptacji Choroby, Skalę Satysfakcji z Życia, Kwestionariusza Wypełniania Ról Społecznych w Chorobie. Wyniki wskazują, że najlepsze parametry funkcjonowania (m.in. wysoki poziom akceptacji choroby, zadowolenie z życia) uzyskują pacjenci niekoncentrujący się na negatywnych konsekwencjach choroby, niereagujący silnymi emocjami na nią oraz ignorujący znaczenie czynników psychologicznych w genezie choroby. Wyniki potwierdzają podstawowe założenie transakcyjnej teorii stresu, że od subiektywnej percepcji krytycznego wydarzenia życiowego zależy przebieg reakcji stresowej.

**Słowa kluczowe:** choroba niedokrwienna serca, transakcyjna teoria stresu, poznawcza reprezentacja choroby

### ABSTRACT

Coronary heart disease (CHD) disables chronically somatic, emotional and mental functioning of individuals. The process of adaptation to the disease may be examined basing on the transactional approach to stress, with one of the factors determining the outcome being assessed (i.e. an individual's cognitive representation of the disease). To examine, which components of the cognitive representation of the disease facilitate the functioning of patients suffering from CHD, a study was conducted on 208 patients, among then 148 (71,2%) were men aged

32–84 ( $M = 57.32$ ;  $SD = 9.46$ ). The patients completed The Revised Illness Perception Questionnaire, the Acceptance of Illness Scale, the Satisfaction with Life Scale, and the Social Role Participation in Disease Questionnaire. The results indicate that patients who report lack of focus on negative consequences of CHD, no strong emotional reactions to it, and ignore the importance of psychological factors in the pathogenesis thereof, obtain the highest scores in functioning (e.g. high levels of acceptance of the disease and satisfaction with life). These findings support the fundamental premise of the transactional theory of stress, i.e. the course of stress transaction depends on the subjective perception of a critical life event.

**Keywords:** coronary heart disease, the Transaction Model of Stress, cognitive representation of the disease

## 1. Wstęp

### 1.1. Symptomatologia choroby niedokrwiennej serca

Choroba niedokrwiennej serca jest jedną z najczęstszych chorób przewlekłych układu sercowo-naczyniowego i stanowi jedną z głównych przyczyn zgonów w krajach wysokorozwiniętych. Dane WHO [1] mówią o tym, że rocznie z powodu choroby niedokrwiennej serca umiera prawie 3,8 miliona mężczyzn i 3,4 miliona kobiet. Najwięcej zgonów notuje się u osób powyżej 45 roku życia, częściej chorują mężczyźni.

W Polsce co trzeci zgon powodowany jest chorobami układu krążenia. Rocznie zawał serca przechodzi około 100 tys. osób. U osób w wieku 35–64 lat zgony wywołane chorobami układu krążenia w grupie mężczyzn wynoszą 37%, a w grupie kobiet 33% [2].

Choroba niedokrwiennej serca polega na niedostatecznym zaopatrzeniu mięśnia sercowego w tlen i substancje odżywcze, z powodu zmniejszonego przepływu wieńcowego. Przyczynami choroby są zmiany miażdżycowe, które powodują zwężenie tętnic wieńcowych (85% przypadków). Odnotowuje się także przypadki, w których choroba przebiega bez ich zwężenia [3, 4].

Kanadyjskie Towarzystwo Kardiologiczne na podstawie możliwości wykonywania przez pacjenta poszczególnych czynności w przebiegu choroby niedokrwiennej serca wyodrębniło następujące jej klasy [5]:

- klasa I: ból dławicowy pojawia się przy silnym i długotrwałym wysiłku fizycznym. Normalna, codzienna aktywność fizyczna (np. spacer, wolna jazda na rowerze, wchodzenie po schodach) nie wywołuje dławicy;
- klasa II: ból dławicowy jest odczuwany w sytuacjach związanych z wysiłkiem fizycznym (np. wchodzenie pod górę powyżej 200 metrów, szybki spacer), po jedzeniu, podczas silnego pobudzenia emocjonalnego, często w sytuacji stresu, przy niekorzystnych warunkach atmosferycznych (np. wietrznej pogodzie, niskiej temperaturze); choroba w nieznacznym stopniu ogranicza codzienną aktywność fizyczną;
- klasa III: dławica występuje podczas wykonywania zwykłych czynności (np. przy przechodzeniu krótkich odcinków, wchodzeniu na pierwsze piętro) i znacznie ogranicza codzienną aktywność fizyczną;
- klasa IV: ból dławicowy pojawia się przy wykonywaniu nawet niewielkiego wysiłku fizycznego, występuje niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek aktywności fizycznej, a ból dławicowy jest odczuwany w stanie spoczynku. Jakikolwiek wysiłek fizyczny powoduje uczucie duszności.

W leczeniu choroby niedokrwiennej serca chodzi przede wszystkim o zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań takich, jak: zawał serca, niewydolność serca, nagły zgon sercowy oraz poprawę jakości życia wynikającą ze zmniejszenia liczby napadów niedokrwienia. W tym celu stosuje się farmakoterapię oraz interwencje związane ze zmianą stylu życia, w zakresie diety i aktywności fizycznej. W sytuacji zagrożenia życia stosuje się metody inwazyjne leczenia choroby – koronografię, plastykę balonową, implantację stentów kardiowaskularnych [6].

## 1.2. Obiektywne, zobiiektywizowane i subiektywne cechy choroby niedokrwiennej serca

Ze względu na przebieg, choroba niedokrwiennej serca może zostać uznana za krytyczne wydarzenie życiowe i zostać poddana analizie na podstawie obiektywnych, zobiiektywizowanych i subiektywnych cech [7].

Cechy obiektywne krytycznego wydarzenia życiowego, to cechy, które można określić na podstawie obiektywnie dostępnych wskaźników. W przypadku choroby niedokrwiennej serca są to wskaźniki diagnozowane przy pomocy różnorodnych parametrów fizjologicznych, mierzonych specjalistycznymi urządzeniami medycznymi (np. EKG, test wysiłkowy EKG, echokardiografia, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, scyntyografię perfuzyjną, badanie stress-echo). Do grupy obiektywnych wskaźników zalicza się: (1) wskaźniki związane z pracą mięśnia sercowego (obniżenie odcinka ST przekraczające 1 mm, odwrócenie załamka T, uniesienie ST-T w ostrym niedokrwieniu, symptomatyczny spadek ciśnienia tętniczego w sytuacji wysiłku fizycznego o 20 mm Hg w stosunku do wartości wyjściowych,) nieadekwatność chronotropowa, czyli nieosiągnięcie – wraz ze wzrostem obciążenia – limitu tętna, zmiany i zakłócenia frakcji wyrzutowej, wskaźnik zaburzeń kurczliwości; (2) wskaźniki związane z funkcjonowaniem układu krążenia, takie jak podwyższone ciśnienie tętnicze; (3) wskaźniki biochemiczne, takie jak: podwyższone stężenie cholesterolu LDL, podwyższone stężenie trójglicerydów, niskie stężenie cholesterolu HDL, hiperglikemia, czynniki trombotyczne, zwiększone stężenie homocysteiny.

Zobiiektywizowane cechy krytycznego wydarzenia życiowego odnoszą się do wszystkich osób, których zdarzenie dotyczy przy jednoczesnym jego zróżnicowanym odbiorze zależnym od indywidualnych cech osoby. W chorobie niedokrwiennej serca osoba chora cierpi na dolegliwości bólowe pod postacią dusznicy bolesnej oraz trudności i związane z nimi ograniczenia aktywności fizycznej [8]. Ponadto zobiiektywizowane cechy choroby obejmują stosunek chorego do konieczności pozostawania pod opieką lekarską oraz przestrzegania reżimu leczenia. Jedną z cech zobiiektywizowanych jest m.in. percepcja bólu ( jest on różna u kobiet i mężczyzn [9, 10, 11]) lub intensywność emocjonalnej reakcji na chorobę. Wyrażają się one siłą doświadczanego lęku, złości, bezradności lub stopniem obniżenia nastroju [12, 13, 14, 15].

Konsekwencją bólu towarzyszącego chorobie niedokrwiennej serca jest ograniczenie aktywności fizycznej. Brak prac poświęconych bezpośrednio percepcji aktywności fizycznej przez osoby chore. Dowiedziono natomiast, że blisko połowa chorych (48%) nie podejmuje aktywności fizycznej [16], co pośrednio może świadczyć o postrzeganiu wysiłku fizycznego, jako zwiększającego prawdopodobieństwo nawrotu choroby, czy możliwość śmierci w jej wyniku. Przekonanie takie byłoby w sprzeczności z danymi, które traktują aktywność fizyczną jako kluczowy czynnik chroniący przed nawrotem choroby [17, 18, 19].

Z kolei subiektywne cechy choroby przewlekłej dotyczą indywidualnego jej przeżywania i rozumienia przez chorego. Cechy te obejmują to, co, jednostka czuje i myśli o chorobie i kwestiach z nią związanych. Choroba, podobnie jak inne zjawiska rzeczywistości pozajęzykowej, zgodnie z zasadami konstrukcjonizmu kognitywnego [20] jest reprezentowana w umyśle człowieka. Zatem, chory konstruuje jej poznawcze odzwierciedlenie.

W zakres indywidualnej reakcji na chorobę przewlekłą, poza poznawczą reprezentacją, wchodzi także emocje. Dominują emocje o walencji negatywnej: smutek, niepokój, lęk, złość, wstyd, poczucie winy, poczucie bezradności i bezsilności [21]. Niekiedy osoby chore doświadczają także emocji o walencji pozytywnej, np. nadziei, ułatwiającej przystosowanie się do choroby [22, 23, 24].

## 1.3. Poznawcza reprezentacja choroby w chorobie niedokrwiennej serca

Do opisu zjawiska, w ramach którego choroba staje się przedmiotem myśli stosuje się różnorodne terminy, takie jak: schematy poznawcze [25], przekonania na temat choroby [26], Zdroworozsądkowe Modele Choroby [27, 28], percepcja choroby [29]. Powszechnie przyjmuje się, że obraz własnej choroby to dynamiczna poznawcza reprezentacja własnej choroby konstruowana przez chorego przez cały czas jej trwania [30]. Obraz ten przyjmuje postać tradycyjnie rozumianego schematu poznawczego [31], który reprezentuje wiedzę i przekonania na temat: (1) istoty choroby, (2) przyczyn choroby, (3) przebiegu choroby, (4) przebiegu leczenia, (5) aktualnego stanu zdrowia, (6) długotrwałych konsekwencji choroby dla funkcjonowania biopsychospołecznej jednostki [32].

Zbliżony pojęciowo charakter ma termin postawa wobec choroby, rozumiana jako stosunek pacjenta do faktu zachorowania i sytuacji związanych z leczeniem i rehabilitacją [33]. W postawie tej wyróżnia się trzy komponenty: (1) poznawczy, obejmujący – informacje o przyczynach choroby, jej istocie oraz zasadach rehabilitacji i profilaktyki, wyobrażenia chorego dotyczące różnych aspektów przyszłości związanych ze sferą zawodową, rodzinną, osobistą, oczekiwania chorego względem innych osób, z którymi się on kontaktuje (personel medyczny, rodzina, przyjaciele); (2) emocjonalny, obejmujący – przeżycia chorego związane z zachorowaniem; (3) motywacyjny, obejmujący – dążenia, zamiary, dyspozycje do określonych zachowań w sytuacji choroby [33].

Badania przeprowadzone wśród pacjentów z chorobą niedokrwienną serca wyłoniły trzy typy postaw wobec choroby odnoszące się do procesu leczenia i rehabilitacji [33]. Pacjent manifestujący postawę sprzyjającą, posiada rzetelne informacje na temat choroby i jej konsekwencji, choć towarzyszy temu wysoki poziom niepokoju związany z faktem zachorowania, jednak nie dezorganizuje on jego działań, a raczej motywuje go do podejmowania sprzyjających zdrowieniu form aktywności, posiada także niewielkie oczekiwania i roszczenia w stosunku do personelu medycznego, związane z opieką i rehabilitacją. Druga z postaw – niekorzystna – dzieli się na dwa podtypy. To co dla nich wspólne, to niewystarczające i nieadekwatne informacje na temat tej choroby i jej konsekwencji oraz brak akceptacji dla rozpoznania lekarskiego i proponowanego przebiegu leczenia. To co dla nich różne, to poziom lęku. Pacjent manifestujący postawę niekorzystną I-go podtypu odczuwa wysoki poziom lęku, jest pesymistycznie nastawiony względem własnej przyszłości oraz zdradza nadmierne oczekiwania co do opieki. Pacjentowi manifestującemu postawę II-go podtypu towarzyszy brak niepokoju związanego z przebytym zawałem serca i odrzucanie propozycji opieki ze strony innych osób. Trzecia z postaw – ambiwalentna składa się z zasadniczych elementów dwóch wcześniejszych postaw.

Z badań dotyczących związku między poznawczą reprezentacją choroby a funkcjonowaniem pacjentów cierpiących na chorobę niedokrwienną serca oraz pacjentów po zawale serca wynika, że rozumienie własnej choroby jest istotnym predyktorem późniejszych zachowań zdrowotnych [34], np. zaangażowania się w rehabilitację kardiologiczną, a także szybszego powrotu do pracy. Przekonania na temat możliwości kontrolowania przebiegu choroby i niewielka koncentracja na doznawanych symptomach są kluczowe dla podjęcia i kontynuowania rehabilitacji kardiologicznej [35]. Z kolei koncentrowanie się na negatywnych konsekwencjach choroby wiąże się z późniejszym powrotem do pracy [36]. Reprezentacja choroby po przeżytym zawale serca pozwala przewidywać zachowania zdrowotne pacjentów. Przy czym kluczowe znaczenie mają: spostrzeganie choroby jako długotrwałej, traktowanie symptomów jako zjawiska tymczasowego, a nie stałego oraz przekonanie o możliwości wpływania na stan swojego zdrowia [37].

#### 1.4. Psychospołeczne następstwa choroby niedokrwiennej serca

Chorobę niedokrwienną serca oraz będący jej konsekwencją zawał serca można uznać za sytuacje silnie stresujące, które pozostawiają po sobie poważne następstwa somatopsychiczne i społeczne [3, 38]. Jedną z najważniejszych konsekwencji psychicznych są zmiany emocjonalne pod postacią podwyższonego poziomu lęku, depresyjności oraz złości. Na depresyjne zaburzenia nastroju cierpi od 14% do 27% pacjentów kardiologicznych [39], a badania pacjentów hospitalizowanych pokazują, że 30,9% z nich doświadcza wzrostu natężenia depresji, a 26,1% odczuwa silniejszy lęk [40]. Ponieważ choroba niedokrwienna serca niesie ze sobą zwiększone ryzyko nagłej śmierci na skutek zawału serca, co intensyfikuje lęk przed śmiercią [21]. Wiadomo ponadto, z badań prowadzonych w nurcie egzystencjalnym, że w trakcie choroby maleje poczucie sensu życia [41].

Pacjenci, którzy doświadczają silnego lęku i depresji charakteryzuje wyższe prawdopodobieństwo nawrotu choroby lub zgonu [42]. Z kolei pacjenci depresyjni, którzy nie posiadają pozytywnych relacji społecznych i poczucia związania z innymi ludźmi są bardziej podatni na zgon w ciągu roku od momentu wystąpienia zawału serca w porównaniu z osobami otrzymującymi wsparcie [43, 44].

Choroba niedokrwienna serca powoduje także zmiany jakości życia pacjentów [38,45]. Pacjenci z chorobą niedokrwienną serca wskazują na większe obniżenie ogólnego poczucia zdrowia oraz ograniczenia w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego niż chorzy cierpiący na: alergie, artretyzm, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, nadciśnienie, cukrzycę czy utratę słuchu [46]. Ponadto u pacjentów, którzy przeżyli ostry epizod wieńcowy, taki jak zawał serca obserwuje się objawy stresu post-

traumatycznego [47]. W zależności od badań u 0% do 32% chorych (średnio 15% [48] po przebytych zawale serca zdiagnozowano symptomy stresu pourazowego [49, 50]. Ten stan rzeczy wiąże się z wieloma negatywnymi konsekwencjami, takimi jak: zwiększone prawdopodobieństwo kolejnego epizodu wieńcowego w najbliższym półtora roku [51], silniejsze symptomy kardiologiczne [52] (intensywniejsze dolegliwości bólowe w obrębie klatki piersiowej [53].

Choroba niedokrwienna serca wpływa także negatywnie na funkcjonowanie społeczne chorych i ich rodzin. Przykładowo osoby przewlekle chore, które pozostają w związkach małżeńskich muszą sobie radzić zarówno z trudnościami spowodowanymi chorobą, jak i z pełnieniem zadań związanych z życiem rodzinnym [54]. Żony, których mężowie przeżyli zawał serca odczuwały wyższy wzrost poziomu stresu w porównaniu z mężczyznami, których żony zachorowały [55]. Z kolei kobiety po przebytych zawale serca pomimo pomocy mężów w obowiązkach domowych obciążały się dodatkowo, nadal angażując się w prowadzenie domu [56].

Badania nad funkcjonowaniem zawodowym chorych pokazują, że ponownie pracę podejmują 62–92% pacjentów. Jednak nowsze badania pokazują, że 22% chorych pół roku po przebytych zawale nie podjęło pracy [57], a 30% chorych nie pracowało przez rok po przebytych zawale serca [58]. Powrót do pracy najbardziej utrudniają depresja, wymagania pracy, którym nie można sprostać ze względu na chorobę. Mężczyźni i osoby starsze rzadziej wracają do pracy.

Podejmowanie aktywności w przestrzeni społecznej, takich jak praca, zabawa, hobby, utrzymywanie kontaktów z innymi, pomaga radzić sobie z chorobą i budować sieć wsparcia społecznego [59, 60], której brak zwiększa ryzyko zachorowania m.in. na inne choroby układu krążenia [61].

## 1.5. Problematyka badań własnych

Większość następstw choroby niedokrwiennej serca w zakresie funkcjonowania psychospołecznego pacjenta ma charakter straty pod postacią m.in. dominującej emocjonalności negatywnej, obniżonej jakości życia czy zmiany dynamiki relacji społecznych. Jednocześnie wiadomo, że o jednostkowej zmienności reakcji na sytuację zachorowania współdecyduje reprezentacja własnej choroby. Wyniki badań wskazują, że bardziej adaptacyjna reprezentacja choroby, obejmująca między innymi silne przekonanie o możliwości kontrolowania swojej sytuacji zdrowotnej, niską koncentrację na symptomach, niekoncentrowanie się na konsekwencjach i ograniczeniach spowodowanych przez chorobę oraz niespostrzeganie choroby jako stanu chronicznego, sprzyja stosowaniu odpowiednich strategii radzenia sobie [62]. W związku z tym powstaje interesujący problem dotyczący tego, czy subiektywny obraz niedokrwiennej choroby serca pod postacią poznawczej reprezentacji choroby posiadanej przez pacjenta, będący wysoce zindywidualizowanym sposobem spostrzegania i rozumienia dolegliwości, bierze udział w kształtowaniu sfery psychospołecznego funkcjonowania pacjenta. W przeprowadzonym w badaniu podjęto próbę określenia, w jakim zakresie poznawcza reprezentacja choroby może być czynnikiem moderującym negatywne konsekwencje choroby i zbadanie wpływu na kondycję psychospołeczną specyficznych sposobów interpretacji i ich pojmowania przez chorego.

## 2. Materiał i metoda

### 2.1. Osoby badane

Uczestnikami badań byli chorzy na chorobę niedokrwinną serca po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego lub po przebytych zawale serca. Uczestniczyli oni w turnusie rehabilitacji kardiologicznej. Badaniem zostało objętych 208 chorych (28,8% kobiet). Niższy odsetek kobiet w próbie odzwierciedla dane epidemiologiczne. Na chorobę niedokrwinną serca częściej zapadają mężczyźni.

Przeciętny wiek pacjentów wynosił  $M = 57,32$  lat ( $SD = 9,46$ ). Średni czas, jaki upłynął od rozpoznania to  $M = 6,28$  lat ( $SD = 8,45$ ). Nie odnotowano różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami w zakresie wieku ( $M_k = 58,93$ ;  $SD_k = 9,06$ ;  $M_m = 56,67$ ;  $SD_m = 9,57$ ;  $t = 1,570$ ;  $p = 0,118$ ) oraz czasu trwania choroby ( $M_k = 6,42$ ;  $SD_k = 7,81$ ;  $M_m = 6,22$ ;  $SD_m = 8,72$ ;  $t = 0,143$ ;  $p = 0,887$ ). Wśród badanych przeważały osoby: będące w związku małżeńskim – 160 osób (77,7%), pracujące – 104 (50,0%), będące mieszkańcami miast powyżej 500 tys. mieszkańców – 92 osoby (44,2%), z wykształceniem zawodowym – 59 (28,5%) bądź średnim – 54 (26,1%).

## 2.2. Narzędzia badawcze

Badania odbywały się za zgodą chorego, były anonimowe oraz dobrowolne i wykonywane na potrzeby projektu badawczego. Uczestnicy zostali poproszeni o wypełnienie zestawu kwestionariuszy: Kwestionariusza Spostrzegania Własnej Choroby (ang. *The Revised Illness Perception Questionnaire*) [63, 64]; Skali Akceptacji Choroby (ang. *Acceptance of Illness Scale*) [65, 66]; Skali Satysfakcji z Życia (ang. *The Satisfaction with Life Scale*) [66, 67]; Kwestionariusza Wypełniania Ról Społecznych w Chorobie [68].

Kwestionariusz Spostrzegania Własnej Choroby służy do pomiaru przekonań na temat własnej choroby. Składa się z trzech części. Część pierwsza (14 pytań) pozwala oszacować odczuwane objawy choroby. Część druga (38 twierdzeń) służy do określenia przekonań na temat choroby dotyczących: (1) czasu trwania choroby, (2) konsekwencji choroby, (3) przebiegu choroby, (4) możliwości wpływania na stan zdrowia poprzez indywidualne działania, (5) możliwości oddziaływania na stan swojego zdrowia poprzez leczenie, (6) poczucia zrozumienia choroby (7) emocjonalnej reakcji na chorobę (np. „Fakt, że jestem chory napawa mnie niepokojem.”). Trzecia część kwestionariusza (18 pozycji) umożliwia pomiaru spostrzeganych przez pacjenta przyczyn własnej choroby, które mogą odnosić się do: (1) wyjaśnień psychologicznych, (2) działania czynników ryzyka, (3) funkcjonowanie układu odpornościowego oraz (4) wypadku lub przypadku. Badani ustosunkowują się do twierdzeń kwestionariusza według pięciostopniowej skali, gdzie 1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 5 – zdecydowanie się zgadzam.

Skala Akceptacji Choroby zawiera 8 twierdzeń, opisujących skutki choroby (np. „Myślę, że ludzie przebywający ze mną często są zakłopotani z powodu mojej choroby.”). Badani mają za zadanie ustosunkować się do poszczególnych pozycji kwestionariuszowych na pięciostopniowej skali, której krańce oznaczają: 1 – zdecydowanie zgadzam się, 5 – zdecydowanie nie zgadzam się. Wynik ogólny stanowi sumę udzielonych odpowiedzi.

Skala Satysfakcji z Życia umożliwia pomiar ogólnego zadowolenia z życia. Zawiera 5 twierdzeń (np. „Jestem zadowolony z mojego życia.”), na które badani odpowiadają na siedmiopunktowej skali, gdzie 1 – całkowicie się nie zgadzam, 7 – całkowicie się zgadzam. Wynik ogólny stanowi sumę udzielonych odpowiedzi.

Kwestionariusz Wypełniania Ról Społecznych w Chorobie jest metodą badającą wypełnianie przez chorych ról społecznych, rodzinnych, zawodowych, przyjacielskich i obywatelskich (np. „Ograniczyła Pani/Pan spotkania z członkami rodziny.”). Składa się on z 12 twierdzeń, na które chorzy odpowiadają według pięciopunktowej skali, której krańce opisane są 1 – zupełnie nie wystąpiły, 5 – dość często występowały.

## 3. Wyniki

Zebrane dane przeanalizowano w dwóch krokach. Najpierw obliczono proste współczynniki korelacji pomiędzy elementami składowymi poznawczej reprezentacji choroby a stopniem akceptacji choroby, satysfakcją z życia oraz wypełnianiem ról społecznych. W drugim kroku, zaprojektowano i rozwiązano trzy równania regresji, w których po stronie zmiennych zależnych umieszczono kolejno akceptację choroby, satysfakcję z życia oraz wypełnianie ról społecznych. Jako zmienne niezależne potraktowano składowe reprezentacji choroby.

### 3.1. Związki pomiędzy poznawczą reprezentacją choroby a akceptacją choroby, satysfakcją z życia i wypełnianiem ról społecznych

Uzyskane wielkości współczynników korelacji wskazują, że odczuwane nasilenie objawów utrudnia pełnienie ról społecznych ( $r = -0,27^{**}$ ). Spośród wyodrębnionych aspektów przekonań na temat choroby kluczowe znaczenie wydaje się mieć reprezentacja emocjonalna. Jej wysoki poziom pozostaje w ujemnym związku z akceptacją choroby ( $r = -0,20^{**}$ ), poczuciem zadowolenia z życia ( $r = -0,19^{**}$ ) oraz wypełnianiem ról społecznych ( $r = -0,25^{**}$ ). Podobną rolę pełni rozważanie różnych, negatywnych następstw choroby. Koncentracja na nich wiązała się odwrotnie proporcjonalnie z akceptacją choroby ( $r = -0,18^{**}$ ) oraz wypełnianiem ról społecznych ( $r = -0,22^{**}$ ). Spostrzeganie własnych możliwości w zakresie kontroli leczenia choroby zwiększało jej akceptację ( $r = 0,19^{**}$ ) (p. tab.1).

Tabela. 1. Związki pomiędzy obrazem własnej choroby a akceptacją choroby, zadowoleniem z życia w wypełnianiu ról społecznych

	Akceptacja choroby	Poczucie zadowolenia z życia	Wypełnianie ról społecznych
Nasilenie objawów	-0,07	-0,04	-0,27**
<b>Przekonania na temat choroby</b>			
Postrzegana ostrość-chroniczność	-0,02	-0,13	-0,10
Postrzegane konsekwencje	-0,18**	-0,09	-0,22**
Postrzegana samokontrola	0,08	0,03	0,09
Postrzegana kontrola leczenia	0,19**	0,08	0,09
Poczucie spójności	0,09	-0,03	0,12
Postrzegana częstość występowania objawów	-0,09	0,14*	-0,05
Reprezentacja emocjonalna	-0,20**	-0,19**	-0,25**
<b>Spostrzeganie przyczyny choroby</b>			
Przyczyny choroby – psychologiczne	-0,25**	-0,20**	-0,14*
Przyczyny choroby – czynniki ryzyka	-0,17*	-0,19**	-0,09
Przyczyny choroby – odporność	-0,24**	-0,05	-0,04
Przyczyny choroby – przypadek	-0,07	0,07	-0,08

Koncentracja na przyczynach choroby wywierała negatywny wpływ na akceptację choroby, satysfakcję z życia oraz wypełnianie ról społecznych. Wydaje się, że ten aspekt poznawczej reprezentacji najsilniej oddziałuje negatywnie na akceptację choroby, ponieważ spostrzeganie swojej choroby jako konsekwencji zadziałania czynników psychologicznych ( $r = -0,25^{**}$ ), zachowań ryzykownych ( $r = -0,17^*$ ) i przypadku ( $r = -0,24^{**}$ ), obniżało jej akceptację. Koncentracja na psychologicznych przyczynach choroby i zachowaniach ryzykownych obniża poczucie zadowolenia z życia. Dla pełnienia ról społecznych istotne znacznie miało rozumienie przyczyn choroby jako następstwa zadziałania czynników psychologicznych. Widzenie uwarunkowań choroby w tych kategoriach utrudniało pełnienie ról społecznych ( $r = -0,14^*$ ).

### 3.2. Predyktory akceptacji choroby wśród chorych na chorobę niedokrwienną serca

Testowany zestaw zmiennych w niewielkim stopniu pozwalał przewidywać poziom akceptacji choroby ( $R^2 = 0,09$ ). Spostrzeganie własnej choroby jako wyniku działania czynników psychologicznych zmniejszało jej akceptację ( $\beta = -0,24^{**}$ ), podczas gdy spostrzeganie możliwości wpływu na przebieg leczenia zwiększało poziom akceptacji ( $\beta = 0,18^{**}$ ) (p. tab. 2).

Tabela 2. Predyktory akceptacji choroby wśród pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca – analiza regresji metodą krokową

Zmienna	B	t	p
Przyczyny choroby – psychologiczne	-0,24	-3,614	>0,001
Postrzegana kontrola leczenia	0,18	2,697	0,008
$R^2 = 0,09; F = 0,528^{***}$			

### 3.3. Predyktory satysfakcji z życia wśród chorych na chorobę niedokrwienną serca

Dla poziomu satysfakcji z życia istotne okazały się trzy elementy poznawczej reprezentacji choroby. Wysokiej satysfakcji sprzyjało spostrzeganie choroby jako stanu chronicznego ( $\beta = 0,20^{**}$ ), a obniżało

ją przeżywanie silnych stanów emocjonalnych ( $\beta = -0,23^{**}$ ) oraz myślenie o jej przyczynach w kategorii czynników ryzyka ( $\beta = -0,20^{**}$ ). Zestaw tych trzech zmiennych pozwolił wyjaśnić 10% wariancję zadowolenia z życia (p. tab. 3).

Tabela 3. Predyktory zadowolenia z życia wśród pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca– analiza regresji metodą krokową

Zmienna	B	t	p
Postrzegana częstość występowania objawów	0,20	2,968	0,003
Reprezentacja emocjonalna	-0,23	-3,428	0,001
Przyczyny choroby – czynniki ryzyka	-0,19	-2,929	0,004
$R^2 = 0,10; F = 8,423^{***}$			

### 3.4. Predyktory wypełniania ról społecznych wśród chorych na chorobę niedokrwienną serca

Dla poziomu wypełniania ról społecznych istotne okazało się nasilenie objawów ( $\beta = -0,20^{**}$ ) (silne objawy zmniejszyły wypełnianie ról społecznych) oraz przeżywanie silnych stanów emocjonalnych ( $\beta = -0,20^{**}$ ). Te dwie zmienne tłumaczyły 11% wariancję wypełniania ról społecznych (p. tab.4).

Tabela 4. Predyktory wypełniania ról społecznych wśród pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca– analiza regresji metodą krokową

Zmienna	B	T	p
Nasilenie objawów	-0,24	3,652	0,000
Reprezentacja emocjonalna	-0,20	2,940	0,004
$R^2 = 0,11; F = 12,379^{***}$			

## 4. Dyskusja i wnioski

Uzyskane wyniki potwierdzają jedno z podstawowych założeń transakcyjnej teorii stresu. A mianowicie, założenie, że od subiektywnej percepcji krytycznego wydarzenia życiowego zależy przebieg transakcji stresowej, radzenie sobie z wydarzeniem i efekty tego procesu. W przypadku referowanych badań potwierdzono zależności pomiędzy niektórymi przekonaniem na temat własnej choroby a funkcjonowaniem wyrażanymi, jako stopień akceptacji choroby, zadowolenie z życia oraz wypełnianie ról społecznych.

Rozwijając tę myśl; zwrot kognitywny w naukach społecznych zaowocował podejściem, które mówi, żeby zrozumieć i przewidywać zachowanie człowieka trzeba w pierwszej kolejności pojąć, w jaki sposób odbiera on i rozumie otaczający świat [69]. Aplikując to podejście na grunt nauk o zdrowiu i nauk medycznych, należy uwzględnić jako determinantę zachowań osoby chorej, obok obiektywnych właściwości sytuacji, także te, które są związane z jej subiektywną percepcją [70]. Dotyczy to w szczególności tego, w jaki sposób osoba chora organizuje i przetwarza informacje na temat swojego zdrowia. To poznawcze odzwierciedlenie choroby może mieć specyficzny charakter przypadku poszczególnych chorób [68]. W badan własnych wynika, że sposób rozumienia choroby przez osoby cierpiące na chorobę niedokrwienną serca jest istotnym (choć w stopniu niewielkim) predyktorem takich cech indywidualnych jak akceptacja choroby, poczucie zadowolenia z życia oraz wypełnianie ról społecznych.

Ponieważ reprezentacja choroby jest konstruktem niezwykle złożonym, to jej poszczególne elementy w odmienny sposób pozwalają przewidywać poziom zmienności analizowanych cech. Szczególną uwagę zwraca jednak predyktor, jakim jest reprezentacja emocjonalna choroby. Ustosunkowanie



emocjonalne do choroby obejmuje zestaw negatywnych stanów afektywnych, jakie wzbudza fakt bycia chorym. Zatem emocje te można traktować jako efekt wystąpienia opisywanej w badaniu choroby niedokrwiennej serca [71]. Ta prawidłowość wskazuje na potencjalny obszar interwencji, ponieważ istnieje podejście, które mówi, że pacjenci w trakcie trwania choroby doświadczają także pozytywnych stanów emocjonalnych [72]. Wiadomo, że występowanie emocji pozytywnych może ułatwiać zdrowienie [23, 24, 73]. Zatem praca nad obniżeniem negatywnego wymiaru reprezentacji emocjonalnej w kierunku pozytywnego może sprzyjać adaptacyjnym zmianom w zakresie funkcjonowania psychospołecznego pacjenta. Jest to tym łatwiejsze, że praca dotyczy przekonań pacjenta na ten temat, a nie rzeczywistości doświadczanych stanów afektywnych.

W kolejnych badaniach można by prowadzić studia nad obecnością i jakością poznawczą reprezentacji choroby w innych schorzeniach, czy też prowadzić eksperymenty, w jakim zakresie adaptacyjna modyfikacja poznawczej reprezentacji choroby działa jako mechanizm zaradczy lub kompensujący.

Drugim z wymiarów poznawczej reprezentacji choroby pozostającym w związku z funkcjonowaniem chorych są konsekwencje choroby. W badaniach uwidoczniła się prawidłowość, że im kto bardziej rozważa potencjalne konsekwencje choroby (najczęściej negatywne), tym mniej akceptuje własną chorobę oraz gorzej wypełnia role społeczne. Prawdopodobny mechanizm tego zjawiska jest związany ze wzbudzaniem negatywnych stanów afektywnych (prawdopodobnie lęku bądź złości), które pośredniczą pomiędzy myśleniem o konsekwencjach choroby a funkcjonowaniem w niej. Prawdopodobnie osoby rozważające różne konsekwencje choroby, zaczynają odczuwać lęk o przyszłość, lub złościć się na ograniczenia, jakie spowodowała choroba, co prowadzi do zmniejszonej akceptacji choroby. Sprawdzenie tej zależności wymaga przeprowadzenia osobnych badań. Wynik ten ma też określone znaczenie praktyczne. Pracując z osobami cierpiącymi na chorobę niedokrwinną serca, trzeba proponować im takie oddziaływania, które będą zatrzymywały chorych w rozważaniu różnych poznawczych, często negatywnych, scenariuszy dotyczących zmian, jakie powoduje w ich życiu choroba.

O podobnej prawidłowości można domniemywać w przypadku myślenia o przyczynach własnej choroby przyczyny. Jeśli chorzy uważają, że zachorowali ponieważ ich własne postępowanie (np. palenie, brak ruchu, nieracjonalna dieta) bądź właściwości psychologiczne (np. sposoby radzenia sobie ze stresem) doprowadziły do zachorowania, to gorzej funkcjonują w chorobie. Związane jest to z faktem przeżywania poczucia winy lub złości na siebie. Te dwa stany afektywne mogą pośredniczyć w relacji pomiędzy myśleniem o przyczynach własnej choroby a akceptacją choroby i zadowoleniem z życia.

## Podziękowania

Badania zostały sfinansowane z grantu NCN 2011/01/B/HS6/00423 pt. „Radzenie sobie z chorobą przewlekłą – psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje” realizowanego w latach 2011–2014 (kierownik: dr hab. Michał Ziarko).

## LITERATURA

- [1] World Health Organization, [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/)
- [2] M. Dłużniewski, A. Mamcarz, P. Krzyżak, (red.): *Kardiologia praktyczna dla lekarzy rodzinnych i studentów medycyny*, tom III, Część 1. Choroba niedokrwienne serca, Akademia Medyczna, Warszawa 2003.
- [3] D. Włodarczyk: *Ocena stresu a wybrane obszary psychologicznego funkcjonowania chorych po zawale serca*, [w:] K. Wrześniewski, D. Włodarczyk, (red.): *Choroba niedokrwienne serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*, s. 107–127, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
- [4] M. Dłużniewski: *Choroba niedokrwienne serca – podstawowe mechanizmy i definicje. Implikacje dla lekarza praktyka*, [w:] M. Dłużniewski, A. Mamcarz, P. Krzyżak, (red.): *Kardiologia praktyczna dla lekarzy rodzinnych i studentów medycyny*, tom III, Część 1. Choroba niedokrwienne serca, s. 51–60, Akademia Medyczna, Warszawa 2003.
- [5] J. Syska-Sumińska, I. Grzywanowska-Łaniewska, M. Dłużniewski: *Stabilna dusznica bolesna*, [w:] M. Dłużniewski, A. Mamcarz, P. Krzyżak, (red.): *Kardiologia praktyczna dla lekarzy rodzinnych i studentów medycyny*, tom III, Część 1. Choroba niedokrwienne serca, s. 174–186, Akademia Medyczna, Warszawa 2003.
- [6] K. Tymińska-Sędek: *Nowoczesne metody leczenia choroby niedokrwiennej serca*, [w:] K. Wrześniewski, D. Włodarczyk, (red.): *Choroba niedokrwienne serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania* (s. 21–42), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.

- [7] M. Ziarko: *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM, Poznań 2014.
- [8] R. Allan, S. Scheidt, (red.): *Heart and Mind: The Practice of Cardiac Psychology*, American Psychological Association, Washington 1996.
- [9] H.A. DeVon, C.J. Ryan: *Chest pain and associated symptoms of acute coronary syndromes*, Journal of Cardiovascular Nursing, vol. 20, 2005, s. 232–238.
- [10] J. Dempsey, K. Dracup, D. Moser: *Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction*, Heart & Lung, vol. 24, 1995, s. 444–456.
- [11] J.W. Albarran, B.A. Clarke, J. Crawford: *'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction*, Journal of Clinical Nursing, vol. 16, 2007, s. 1292–1301.
- [12] K.E. Freedland, R.M. Carney, R.J. Krone, L.J. Smith, M.W. Rich, G. Eiscnkramer, K.C. Fisher: *Psychological factors in silent myocardial ischemia*, Psychosomatic Medicine, vol. 53, 1991, s. 13–24.
- [13] R.D. Davios, W. Linden, H. Habibi, P. Klinke, C. Nadcau, D.C. Phaneuf, S. Lepage, P. Dessain, J. BuUars: *Relative importance of psychologic traits and severity of ischemia in causing angina during treadmill exercise*, Journal of the American College of Cardiology, vol. 21, 1993, s.331–336.
- [14] K.H. Ladwig, G. Roll, G. Breithardt, M. Borggreffe: *Extracardiac contributions to chest pain perception in patients 6 months after acute myocardial infarction*, American Heart Journal, vol. 137, 1999, s. 528–534.
- [15] J.A. Spertus, M. McDonell, C.L. Woodman, S.D. Fihn: *Association between depression and worse disease-specific functional status in patients with coronary artery disease*, American Heart Journal, vol. 140, 2000, s. 105–110.
- [16] M.W. Nortvedt, T. Riise, J.G. Mæland: *Multiple sclerosis and lifestyle factors: the Hordaland Health Study*, Neurological Sciences, vol. 26, 2005, s. 334–339.
- [17] J.A. Berlin, G.A. Colditz: *A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease*, American Journal of Epidemiology, vol. 132, 1990, s. 612–628.
- [18] I.M. Lee, C.C. Hsieh, R.S. Paffenbarger: *Exercise intensity and longevity in men*, The Harvard Alumni Health Study, vol. 273, 1995, s. 1179–1184.
- [19] Y. Oguma, H.D. Sesso, R.S. Paffenbarger, I.M. Lee: *Physical activity and all cause mortality in women: a review of the evidence*, British Journal of Sports Medicine, vol. 36, 2002, s. 162–172.
- [20] M. Materska, T. Tyszka, (red.): *Psychologia i poznanie*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1992.
- [21] D.R. Falvo: *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Third Edition, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts, Boston, Toronto, London, Singapore, 2005.
- [22] I. Heszen: *Psychologia stresu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
- [23] B.L. Fredrickson: *What good are positive emotions?*, Review of General Psychology, vol. 2, 1998, s. 300–319.
- [24] B.L. Fredrickson: *The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions*, American Psychologist, vol. 56, 2001, s. 218–226.
- [25] M.J. Colligan, J.W. Pennebaker, L.R. Murphy (red.): *Mass Psychogenic Illness: A Social Psychological Analysis*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, New York 1982.
- [26] R.T. Croyle, P.M. Ditto: *Illness cognition and behavior: an experimental approach*, Journal of Behavioral Medicine, vol. 13, 1990, s. 31–52.
- [27] S. Rachman (red.): *Medical psychology*, tom. 2, Pergamon, New York 1980.
- [28] A. Baum, S.E. Taylor, J.E. Singer, (red.): *Handbook of Psychology and Health: Social Psychological Aspects of Health*, tom 4, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, New York 1984.
- [29] J. Weinman, K.J. Petrie, R. Moss-Morris, R. Horne: *The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness*, Psychology and Health, vol. 11, 1996, s. 431–445.
- [30] I. Heszen-Klemens: *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*, Ossolineum, Wrocław, 1979.
- [31] D. Górka, A. Jasielska: *Kierunki behawioralne i podejście poznawcze w psychologii*, [w:] L. Cierpiakowska, H. Sęk, (red.): *Psychologia Kliniczna*, s. 127–156, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2016.
- [32] I. Heszen-Klemens: *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*, Uniwersytet Śląski, Katowice, 1983.
- [33] K. Wrześniewski: *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, 1986.
- [34] M. Scharloo, A.A. Kaptein, J.A. Weinman, J.M.W. Hazes, F.C. Breedveld, H.G.M. Rooijmans: *Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis*, Journal of Rheumatology, vol. 26, 1999, s. 1686–1693.
- [35] A. Whitmarsh, M. Koutantji, K. Sidell: *Illness perceptions, mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation*, British Journal of Health Psychology, vol. 8, 2003, s. 209–221.
- [36] K.J. Petrie, J. Weinman, N. Sharpe, J. Buckley: *Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction, A longitudinal study*, British Medical Journal, vol. 312, 1996, s. 1191–1194.
- [37] M. Lau-Walker: *Importance of illness beliefs and self-efficacy for patients with coronary heart disease*, Journal of Advanced Nursing, vol. 60, 2007, s. 187–198.
- [38] B. Cieślak: *Wpływ chorób serca na jakość życia – opracowanie na podstawie przeglądu piśmiennictwa*, Acta Bio-Optica et Informatica Inżynieria Biomedyczna, vol. 20(2), 2014, s. 101–118.
- [39] Z.M. Shnek, J. Irvine, D. Stewart, S. Abbey: *Psychological Factors and Depressive Symptoms in Ischemic Heart Disease*, Health Psychology, vol. 20, 2001, s. 141–145.
- [40] D. Lane, D. Carroll, C. Ring, D.G. Beeveres, G.Y.H. Lip: *The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction*, British Journal of Health Psychology, vol. 7, 2002, s. 11–21.
- [41] T. Ostrowski: *Choroba niedokrwienna serca w perspektywie egzystencjalnej*, [w:] K. Wrześniewski, D. Włodarczyk, (red.): *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*, s. 151–172, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Gdańsk 2004.

- [42] V.K. Yeragania, S. Rooseb, M. Mallavarapuc, R.K.A. Radhakrishnaa, V. Pesceb: *Major Depression with Ischemic Heart Disease: Effects of Paroxetine and Nortriptyline on Measures of Nonlinearity and Chaos of Heart Rate*, *Neuropsychobiology*, vol. 46, 2002, s. 125–135.
- [43] W. Jiang, J. Alexander, E. Christopher, M. Kuchibhatla, L.H. Gaulden, M.S. Cuffe, M.A. Blazing, C. Davenport, R.M. Califf, R.R. Krishnan, C.M. O'Connor: *Relationship of depression to increased risk for mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure*, *Archives of Internal Medicine*, vol. 161, 2001, s. 1849–1856.
- [44] T.A. Murberg, E. Bru: *Coping and mortality among patients with congestive heart failure*, *International Journal of Behavioral Medicine*, vol. 8, 2001, s. 66–79.
- [45] M.A. Stone, K. Khunti, I. Squire, S. Paul: *Impact of comorbid diabetes on quality of life and perception of angina pain in people with angina registered with general practitioners in the UK*, *Quality of Life Research*, vol. 17, 2008, s. 887–894.
- [46] J. Alonso, M. Ferrer, B. Gandek, J. E. Ware, N.K. Aaronson, P. Mosconi, N.L. Rasmussen, M. Bullinger, S. Fukuhara, S. Kaasa, A. Leplege: *The IQOLA Project Group: Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) project*, *Quality of Life Research*, vol. 13, 2004, s. 283–298.
- [47] M.L. Gander, R. von Kanel: *Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: Frequency, outcome, and atherosclerotic mechanisms*, *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, vol. 13, 2006, s. 165–172.
- [48] H. Spindler, S.S. Pedersen: *Posttraumatic stress disorder in the wake of heart disease: Prevalence, risk factors, and future research directions*, *Psychosomatic Medicine*, vol. 67, 2005, s. 715–723.
- [49] R.C. Jones, M.C. Chung, Z. Berger, J.L. Campbell: *Prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with previous myocardial infarction consulting in general practice*, *British Journal of General Practice*, vol. 57, 2007, s. 808–810.
- [50] R.C. van Driel, W. Op den Velde: *Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder*, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 8, 1995, s. 151–159.
- [51] E. Shemesh, R. Yehuda, O. Milo, I. Dinur, A. Rudnick, Z. Vered: *Posttraumatic stress, nonadherence, and adverse outcome in survivors of a myocardial infarction*, *Psychosomatic Medicine*, vol. 66, 2004, s. 521–526.
- [52] K.H. Ladwig, J. Baumert, B. Marten-Mittag, C. Kolb, B. Zrenner, C. Schmitt: *Posttraumatic stress symptoms and predicted mortality in patients with implantable cardioverter-defibrillators: Results from the prospective living with an implanted cardioverter-defibrillator study*, *Archives of General Psychiatry*, vol. 65, 2008, s. 1324–1330.
- [53] H. Cohen, J. Benjamin, A.B. Geva, M.A. Matar, Z. Kaplan, M. Kotler: *Autonomic dys-regulation in panic disorder and in post-traumatic stress disorder: Application of power spectrum analysis of heart rate variability at rest and in response to recollection of trauma or panic attacks*, *Psychiatry Research*, vol. 96, 2000, s. 1–13.
- [54] S. Coyne, D.A.F. Syme: *Couples coping with myocardial infarction: A contextual perspective on wives distress*, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 61, 1991, s. 404–412.
- [55] M.J. Rohrbaugh, J. Cranford, V. Shobam, J. Nicklas, J. Sonnega, J.C. Coyne: *Couples coping with congestive heart failure: role and gender differences in psychological distress*, *Journal of Family Psychology*, vol. 16, 2002, s. 3–13.
- [56] G.L. Rose, J. Suls, P.J. Green, P. Lounsbury, E. Gordon: *Comparison of adjustment, activity, and tangible social support in men and women patients and their spouses during the six months of post-myocardial infarction*, *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 18, 1996, s. 264–272.
- [57] A.E. Abbas, B. Brodie, G. Stone, D. Cox, A. Berman, S. Brewington, S. Dixon, W.W. O'Neill, C.L. Grines: *Frequency of returning to work one and six months following percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction*, *The American Journal of Cardiology*, vol. 94, 2004, s. 1403–1405.
- [58] J. Farkas, K. Cerne, M. Lainscak, I. Keber: *Return to work after acute myocardial infarction – listen to your doctor!*, *International Journal of Cardiology*, vol. 130, 2008, s. 1014–1016.
- [59] M. Kearney: *Understanding women's recovery from illness and trauma*, tom. 4, Sage, Thousand Oaks, CA, 1999.
- [60] N. Lin, X. Ye, W.M. Ensel: *Social support and depressed mood: A structural analysis*, *Journal of Health & Social Behavior*, vol. 40, 1999, s. 344–359.
- [61] Z.M. Weil, G.J. Norman, J.M. Barker, A.J. Su, R.J. Nelson, A.C. DeVries: *Social isolation potentiates cell death and inflammatory responses after global ischemia*, *Molecular Psychiatry*, vol. 13, 2008, s. 913–915.
- [62] M.S. Hagger, S. Orbell: *A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations*, *Psychology and Health*, vol. 18, 2003, s. 141–184.
- [63] R. Moss-Morrisa, J. Weinman, K.J. Petriea, E. Horne, L.D. Cameron, D. Buick: *The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)*, *Psychology and Health*, vol. 17, 2002, s. 1–16.
- [64] E. Wojtyna: *Poznawcze, afektywne i społeczne uwarunkowania stosowania się do zaleceń lekarskich przez chorych na cukrzycę typu 2*, Niepublikowana praca doktorska, Uniwersytet Śląski, Katowice, 2012.
- [65] B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen: *Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults*, *Social Science & Medicine*, vol. 18, 1984, s. 889–898.
- [66] Z. Juczyński: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2001.
- [67] E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larsen, S. Griffin: *The Satisfaction With Life Scale*, *Journal of Personality & Social Assessment*, vol. 49, 1985, s. 71–75.
- [68] M. Ziarko: *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM, Poznań, 2014.
- [69] E. Nęcka, J. Orzechowski, B. Szymura: *Psychologia Poznawcza*, Academica, Warszawa, 2006.
- [70] A. Migasiewicz, E. Dereń, H. Podbielska, J. Bauer: *Jakość życia kobiet w zależności od stadium cellulitu*, *Acta Bio-Optica et Informatica Inżynieria Biomedyczna*, vol. 20(4), 2014, s. 217–226.
- [71] M. Lewis, J.M. Haviland-Jones, (red.): *Psychologia emocji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.

- [72] B.L. Fredrickson, R.W. Levenson: *Positive Emotions Speed Recovery from the Cardiovascular Sequelae of Negative Emotions*, *Cognition and Emotion*, vol. 12, 1998, s. 191–220.
- [73] L. Fredman, W.G. Hawkes, S. Black, R.M. Bertrand, J. Magaziner: *Elderly patients with hip fracture with positive affect have better functional recovery over 2 years*, *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 54, 2006, s. 1074–1081.

otrzymano / submitted: 04.01.2017  
zaakceptowano / accepted: 02.04.2018