

Jan Tylka, Elżbieta Anita Bajcar

Socjo-psychologiczne wyznaczniki jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca

Sociopsychological determinants of quality of life of patients suffering from coronary heart disease

Zrozumienie kondycji człowieka chorego wymaga powiązania wiedzy wywodzącej się z nauk biomedycznych z wiedzą, którą dysponuje psychologia. Na potrzebę zintegrowania tych dwóch obszarów wiedzy WHO wskazała już w latach 40-tych wprowadzając nową definicję zdrowia, w myśl której zdrowie to *dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby* (31). Definicja ta rozszerza pojęcie zdrowia i postuluje, by przy ocenie stanu zdrowia zwracać uwagę nie tylko na brak lub obecność choroby i ograniczenia wywołane chorobą, lecz także na czynniki, które decydują o dobrym przystosowaniu i funkcjonowaniu.

Zaproponowane przez WHO nowe spojrzenie na zagadnienie zdrowia zaowocowało licznymi badaniami dotyczącymi jakości ludzkiego życia. Sam termin *jakość życia* nie został jednoznacznie zdefiniowany, toteż w pomiarach jakości życia wykorzystywano różne wskaźniki (3, 9, 10, 13, 24). Pojęcie jakości życia jest specyficznie ujmowane w medycynie, gdzie przedmiotem zainteresowania specjalistów jest jakość życia ludzi chorych, zwłaszcza przewlekle chorych, i starszych, cierpiących z powodu dysfunkcji i zaburzeń wynikających z procesu starzenia.

W tym przypadku to choroba wyznacza perspektywę badań nad jakością życia. Tak rozumianą jakość życia określa się terminem *jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia*. Schipper i wsp. definiują ją jako *funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia przeżywany przez pacjenta* (28). W ich ujęciu jakość życia jest wynikiem subiektywnej oceny stanu fizycznego, psychicznego i stanu relacji z otoczeniem dokonywanej przez chorego.

W badaniach nad jakością życia osób chorych, obok ocen subiektywnych, uwzględnia się również rzeczywisty stan zdrowia. Badania wymiaru obiektywnego obejmują najczęściej ocenę sprawności podstawowych funkcji fizjologicznych, obecności i nasilenia określonych objawów chorobowych, zdolności do samoobsługi, możliwości funkcjonowania zawodowego, podejmowania i utrzymywania kontaktów społecznych oraz obecności zaburzeń natury psychicznej.

W badaniach własnych nad jakością życia przyjęliśmy takie właśnie rozszerzone rozumienie jakości życia. Obok subiektywnej oceny zdrowia fizycznego i stanu emocjonalnego uwzględniono w nich także stan zdrowia pacjentów ustalony na podstawie wyników specjalistycznych badań medycznych.

Cel badań

Celem badań była ocena niektórych wyznaczników tak zdefiniowanej jakości życia. Skoncentrowano się na dwóch zmiennych – poczuciu koherencji badanych i dostępnym im wsparciu społecznym.

Poczucie koherencji (SOC), zdefiniowano zgodnie z koncepcją Antonovsky'ego, jako *globalną orientację człowieka, wyrażającą stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że napływające doń bodźce mają charakter ustrukturywany, wytłumaczalny i przewidywalny, że są dostępne zasoby umożliwiające sprośnięcie wymaganiom stawianym przez te bodźce, i że wymagania te są wyzwaniem warty wysiłku i zaangażowania* (1). Istotne jest to, że silne poczucie koherencji nie odnosi się do wszelkich sytuacji, z którymi człowiek może się zetknąć, lecz tylko do tych, które są z punktu widzenia danej osoby niezwykle istotne. Jednym z takich obszarów istotnych dla większości ludzi jest własne życie i zdrowie. Osoby o silnym poczuciu koherencji wyrażają przekonanie, że warto angażować się w działania mające na celu utrzymanie lub poprawę stanu zdrowia, a także dysponują większymi zasobami pozwalającymi na radzenie sobie w sytuacji zagrożenia zdrowia. To powoduje, że oceniają sytuację choroby jako wyzwanie i szybko podejmują działania zaradcze. Pozytywne związki między SOC oraz subiektywnie ocenianą jakością życia i zdrowiem wykazano w licznych badaniach (5, 7, 11, 12, 19, 22, 25, 26).

Liczne badania wskazują, że znaczącą zmienną warunkującą jakość życia jest również obecność i jakość wsparcia społecznego. Wsparcie społeczne zdefiniowano jako rodzaj interakcji społecznej, podjętej przez uczestników sytuacji problemowej, trudnej, krytycznej; w toku której dochodzi do wymiany emocji, informacji, instrumentów działania i dóbr materialnych. Wymiana ta może być

jedno- lub dwustronna, zaś jej celem jest przewyciężenie sytuacji trudnej (21). Podstawą tak rozumianej interakcji są najczęściej istniejące kontakty społeczne.

Doniesienia z wielu badań wskazują na wsparcie społeczne jako na zmienną odgrywającą istotną rolę w procesie radzenia sobie z chorobą (2, 6, 14, 15, 16, 25, 27, 29).

Problemy badawcze

Zgodnie z nakreślonym celem badań, w pracy podjęto próbę zweryfikowania trzech hipotez.

H1: istnieje pozytywna zależność między poczuciem koherencji a jakością życia pacjentów z niedokrwienną chorobą serca.

Oczekiwano, że osoby z silnym poczuciem koherencji, dysponujące większą liczbą zasobów, skłonne spostrzegać specyficzne ograniczenia związane z chorobą jako wyzwanie, łatwiej poradzą sobie z sytuacją choroby. Efektem tego będą wyższe oceny jakości życia dokonywane przez te osoby w porównaniu z ocenami osób o słabym poczuciu koherencji.

H2: istnieje zależność między siłą poczucia koherencji a zachowaniami prozdrowotnymi. Założono, że osoby o silnym poczuciu koherencji będą chętniej angażowały się w działania mające na celu poprawę i utrzymanie dobrego stanu zdrowia, ponieważ sytuację trudną spostrzegać będą jako wyzwanie warte działania. Odzwierciedleniem takiej postawy będą lepsze wyniki uzyskiwane przez osoby o silnym poczuciu koherencji w badaniach lekarskich (obiektywnych) w porównaniu z osobami o słabym poczuciu koherencji.

H3: występuje pozytywna zależność między poziomem wsparcia a jakością życia.

Spodziewano się, że osoby posiadające liczne i satysfakcjonujące kontakty z otoczeniem lepiej poradzą sobie z sytuacją choroby i wyżej ocenią jakość życia

Opis badanej grupy

Przebadano ogółem 81 osób, w tym 18 kobiet (22,2 %) i 63 mężczyzn (77,8 %). Osoby badane rok wcześniej przeżyły zawał mięśnia sercowego, atak duszniczy bolesnej, zabieg cewnikowania

naczyń krwionośnych (PTCA) lub zabieg wszczepiania pomostu naczyniowego (tzw. *bypassu*). Wiek badanych mieścił się w przedziale 40-70 lat, przy czym średnia wieku wynosiła 57 lat. Średnie wieku w grupie kobiet i mężczyzn były podobne i wynosiły odpowiednio 58,9 i 56,9.

Strukturę przebadanej grupy przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1.
Charakterystyka badanej grupy

Płeć	Wiek			Powód hospitalizacji				Wysztalcenie		
	<50	50-60	>60	dusznicza	zawał	PTCA	bypass	zawo- dowe	średnie	wyższe
K	1	9	8	6	5	5	2	10	3	5
M	11	28	24	4	25	23	11	22	25	16

Metody badawcze

Do pomiaru jakości życia zastosowano *Kwestionariusz Jakości Życia i Objawów Podmiotowych (Subjective Symptoms Assessment Profile)* oraz *Psychologiczny Wskaźnik Dobrego Samopoczucia (Psychological General Well Being)*.

Kwestionariusz Jakości Życia i Objawów Podmiotowych (SSAP) składa się z 42 pytań dotyczących występowania i nasilenia różnych objawów somatycznych. Zadaniem osoby badanej było ocenienie nasilenia danego objawu w ciągu minionego tygodnia. Na użytek badań analizowano występowanie takich objawów jak: napięcie emocjonalne, objawy sercowe (zaburzenia pracy serca), dysfunkcje seksualne, zaburzenia układu krążenia.

Psychologiczny Wskaźnik Dobrego Samopoczucia (PGWB) zawiera 22 pytania dotyczące ogólnego samopoczucia badanych w tygodniu poprzedzającym badanie. Uzyskane wyniki pozwalają na ocenę stanu psychicznego w następujących wymiarach: lęk, depresja, samopoczucie, kontrola emocjonalna, zdrowie, witalność. Możliwa jest także ocena ogólnego poziomu funkcjonowania psychicznego, czyli tzw. „ogólnego

dobrostanu” poprzez obliczenie średniej z 22 pytań.

Zastosowanie tych dwóch metod dostarcza wiadomości na temat subiektywnej oceny funkcjonowania psychicznego i fizycznego dokonywanej przez osobę badaną. Dodatkowo wykorzystano w pracy także obiektywne wskaźniki stanu zdrowia osób badanych, takie jak: obecność dwutlenku węgla w powietrzu wydychanym, obecność cukrzycy, nadciśnienia i nadwagi.

Poziom poczucia koherencji zmierzono *Kwestionariuszem Orientacji Życiowej*. Do pomiaru dwóch aspektów wsparcia społecznego – wielkości sieci wsparcia (aspekt ilościowy) i satysfakcji z otrzymywanego wsparcia (aspekt jakościowy) wykorzystano *Kwestionariusz Social Support Questionnaire Short Form-Revised (SSQSR)*.

Wyniki badań

W badaniach zastosowano współczynnik korelacji liniowej *r-Pearsona*, który pozwala badać liniowość i siłę związku między zmiennymi, przy założeniu, że ich rozkłady są normalne lub zbliżone do normalnych.

Poczucie koherencji a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia

W celu weryfikacji hipotezy mówiącej o istnieniu pozytywnej zależności między siłą poczucia koherencji a jakością

życia, przeanalizowano związki poczucia koherencji z wynikami uzyskanymi w poszczególnych skalach testów badających jakość życia. Otrzymane wyniki przedstawiono w Tabeli 2. i Tabeli 3.

Tabela 2.
Związki poczucia koherencji z jakością życia mierzona testem PGWB

Wymiary PGWB	Poczucie koherencji	
	Poziom istotności	Wartość współczynnika r
Ogólny dobrostan	p<0,05	0,318
Lęk	p<0,05	0,343
Depresja	p<0,05	0,350
Samopoczucie	p<0,05	0,255
Kontrola emocjonalna	p<0,05	0,342
Zdrowie	p<0,05	0,261
Witalność	p<0,05	0,229

Osoby, które charakteryzowało silne poczucie koherencji uzyskały wysokie wyniki w następujących wymiarach: ogólny dobrostan, samopoczucie, zdrowie, kontrola emocjonalna i witalność. Oznacza to, że silne poczucie koherencji wpływa dodatnio na ogólne samopoczucie badanych, sprawia, że wyżej oceniają własne zdrowie i swoją zdolność kontrolowania emocji.

Powyższe wyniki świadczą o tym, że osoby o silnym poczuciu koherencji lepiej niż badani o słabym poczuciu koherencji radzą sobie z chorobą i stwarzanymi przez chorobę ograniczeniami.

W badaniach uzyskano również istotną statystycznie dodatnią korelację poczucia koherencji z lękiem i depresją.

Tabela 3.
Związki poczucia koherencji z jakością życia mierzona testem SSA-P

Wymiary SSA-P	Poczucie koherencji	
	Poziom istotności	Wartość współczynnika r
Napięcie emocjonalne	p<0,05	- 0,223
Objawy sercowe	p<0,05	- 0,170
Dysfunkcje seksualne	p<0,05	- 0,155
Zaburzenia układu krążenia	p<0,05	- 0,423

Pacjenci o silnym poczuciu koherencji odczuwają również niższe napięcie emocjo-

nalne, mniej nasilone zaburzenia układu krążenia i pracy serca oraz mniej nasilone

dysfunkcje seksualne w porównaniu z pacjentami o słabszym poczuciu koherencji. Dane te wskazują na istnienie związków między poczuciem koherencji a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia. Pozwalają one na przyjęcie postawionej w pracy hipotezy dotyczącej istnienia pozytywnej zależności między poczuciem koherencji a jakością życia.

Poczucie koherencji a obiektywne wskaźniki zdrowia

Celem niniejszej pracy było ustalenie, czy silne poczucie koherencji sprzyja podejmowaniu zachowań prozdrowotnych. Aby dać odpowiedź na to pytanie, analizowano zależności między siłą poczucia koherencji a stanem zdrowia ustalonym na podstawie wyników specjalistycznych badań medycznych. Analizowano takie dane jak: obecność dwutlenku węgla w powietrzu wydychanym, obecność nadciśnienia, nadwagi i cukrzycy u pacjentów z silnym i słabym SOC. Uzyskane wyniki przedstawiono poniżej (Tabela 4).

Tabela 4.
Siła poczucia koherencji a stan zdrowia

	SOC		t-test	p
	niskie wyniki	wysokie wyniki		
NADCIŚNIENIE				
Występuje	43,6 %	21,78 %	2,181	0,029
nie występuje	56,4 %	78,9 %		
CUKRZYCA				
Występuje	30,8 %	7,9 %	2,663	0,008
nie występuje	69,2 %	92,1 %		
NADWAGA				
Występuje	87,2 %	60,5 %	- 2,786	0,005
nie występuje	12,8 %	39,5 %		
PALENIE TYTONIU				
Występuje	33,3 %	10,5 %	2,522	0,012
nie występuje	66,7 %	89,5 %		

W badaniach wykazano, iż istnieje zależność między siłą poczucia koherencji a częstością występowania nadciśnienia, cukrzycy, nadwagi i palenia tytoniu w badanej grupie chorych. Uzyskane wyniki pozwalają na przyjęcie postawionej w pracy hipotezy dotyczącej istnienia pozytywnej zależności między silnym poczuciem koherencji a zachowaniami prozdrowotnymi.

Wsparcie społeczne a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia

W celu weryfikacji hipotezy mówiącej o tym, że poziom wsparcia

społecznego wpływa na jakość życia, przeanalizowano związki dwóch niezależnych wymiarów wsparcia: ilościowego (ilość osób udzielających wsparcia) i jakościowego (zadowolenie z otrzymywanego wsparcia) z wynikami, jakie badani uzyskali w testach badających jakość życia. Porównanie uzyskanych wyników, jakie w poszczególnych wymiarach kwestionariuszy badających jakość życia uzyskali badani o mniej i bardziej rozbudowanej sieci wsparcia, nakazuje odrzucić hipotezę mówiącą o związku pomiędzy tą zmienną a jakością życia. Wyniki przedstawiono w Tabeli 5.

Tabela 5.

Zależność między liczebnością sieci wsparcia a jakością życia mierzoną PGWB

Wymiary PGWB	Liczebność sieci wsparcia	
	Poziom istotności	Wartość współczynnika r
Ogólny dobrostan	p>0,05	0,089
Lęk	p>0,05	0,041
Depresja	p>0,05	0,048
Samopoczucie	p>0,05	0,130
Kontrola emocjonalna	p>0,05	0,114
Zdrowie	p>0,05	0,072
Witalność	p>0,05	0,139

Ilość kontaktów o charakterze wspierającym nie ma wpływu na to, w jaki sposób badani oceniają swoje samopoczucie, psychiczny dobrostan, witalność i zdrowie. Nie wpływa także na poziom doświadczanego

lęku i nie zwiększa poczucia kontroli nad emocjami.

Liczebność sieci wsparcia nie miała wpływu na wyniki uzyskiwane w badaniu SSA-P, co obrazuje Tabela 6.

Tabela 6.

Zależność między liczebnością sieci wsparcia a jakością życia mierzoną SSA-P

Wymiary SSA-P	Liczebność sieci wsparcia	
	Poziom istotności	wartość współczynnika r
Napięcie emocjonalne	p>0,05	- 0,097
Objawy sercowe	p>0,05	- 0,068
Dysfunkcje seksualne	p>0,05	- 0,072
Zaburzenia układu pokarmowego	p>0,05	- 0,106
Zaburzenia układu krążenia	p>0,05	- 0,140

Obok aspektu ilościowego wsparcia badano także wpływ satysfakcji z otrzymywanego wsparcia na jakość życia. Porównanie wyników uzyskanych przez badanych o niskiej i wysokiej

satysfakcji ze wsparcia pozwala jedynie na częściowe potwierdzenie hipotezy mówiącej o wpływie wsparcia na jakość życia (dane w Tabeli 7).

Tabela 7.
Zależność między satysfakcją z otrzymywanego wsparcia a jakością życia mierzoną PGWB

Wymiary PGWB	Zadowolenie ze wsparcia	
	Poziom istotności	Wartość współczynnika r
Ogólny dobrostan	p>0,05	0,118
Lęk	p>0,05	0,089
Depresja	p>0,05	0,082
Samopoczucie	p<0,05	0,176
Kontrola emocjonalna	p>0,05	0,134
Zdrowie	p>0,05	0,083
Witalność	p<0,05	0,168

Satysfakcja z otrzymywanego wsparcia koreluje dodatnio z lepszym samopoczuciem i większą witalnością.

Osoby wysoko usatysfakcjonowane otrzymywanym wsparciem zgłaszały lepsze samopoczucie i większą witalność niż te, które nisko oceniały jakość relacji z najbliższymi. Kierunek tych zależności jest zgodny z oczekiwanym.

Poziom satysfakcji ze wsparcia korelował jedynie z wynikami uzyskanymi w jednej ze skal kwestionariusza SSA-P. Uzyskano, zgodnie z pierwotnym założeniem, ujemną korelację między poziomem satysfakcji ze wsparcia a napięciem emocjonalnym. Wyniki w Tabeli 8.

Tabela 8.
Zależność między satysfakcją z otrzymywanego wsparcia a jakością życia mierzoną SSA-P

Wymiary SSA-P	Zadowolenie ze wsparcia	
	Poziom istotności	Wartość współczynnika r
Napięcie emocjonalne	p<0,05	- 0,119
Objawy sercowe	p>0,05	- 0,038
Zaburzenia seksualne	p>0,05	- 0,044
Zaburzenia układu pokarmowego	p>0,05	- 0,128
Zaburzenia układu krążenia	p>0,05	- 0,131

Powyższe dane wskazują na istnienie pewnych związków między wsparciem a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia. Pozwalają one na przyjęcie hipotezy dotyczącej istnienia pozytywnej

zależności między wsparciem a jakością życia, z zaznaczeniem, że zależność taką zaobserwowano jedynie w odniesieniu do miary „jakościowej” wsparcia społecznego – satysfakcji ze wsparcia.

Dyskusja wyników

Przeprowadzone badania dostarczają informacji na temat istnienia związków między poczuciem koherencji, wsparciem społecznym i jakością życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Związki te są szczególnie wyraźne w przypadku poczucia koherencji. Osoby o silnym poczuciu koherencji wyżej oceniły swoje samopoczucie, zdrowie i ogólny dobrostan psychologiczny, zgłaszały także mniej skarg na dolegliwości somatyczne niż te, które charakteryzowało słabe poczucie koherencji. Takie wyniki zgodne są z założeniami koncepcji Antonovskiego, a także z doniesieniami z wielu badań (cytowanych we wstępie), w których poczucie koherencji okazywało się dobrym predyktorem jakości życia.

Uzyskano również dodatnią korelację między nasileniem poczucia koherencji a lękiem i depresją. W wielu badaniach wskazywano na istnienie związku między tymi zmiennymi, jednak wskazywano inny kierunek tej zależności. Być może wyjaśnieniem rozbieżności między tymi wynikami może być stosowanie przez pacjentów z chorobą wieńcową mechanizmu zaprzeczania. Zaprzeczanie chorobie zmniejsza lęk i przynosi pacjentowi doraźną ulgę. Jest to mechanizm skuteczny, zwłaszcza w pierwszej, ostrej fazie choroby, w sytuacji bezpośredniego zagrożenia, kiedy pacjent trafia na oddział szpitalny, ponieważ pozwala na uporanie się z negatywnymi, mocno nasilonymi emocjami. Jednak długotrwałe stosowanie takiego mechanizmu jest niekorzystne, gdyż odwraca uwagę pacjenta od jego rzeczywistego stanu i uniemożliwia przeciwdziałanie ewentualnym zagrożeniom, np. nawrotowi choroby. Korzystną rolę zaprzeczania w pierwszej, ostrej fazie choroby potwierdzają badania Levine (17), Soloff (23), Warrenburg (30). Z ich badań wynika m. in., że pacjenci stosujący zaprzeczanie spędzają mniej czasu na oddziale szpitalnym, zgłaszają mniej skarg

somatycznych, mają niższe ciśnienie skurczowe krwi. Jednak przytoczone powyżej badania wskazują również, że te same osoby po upływie roku od hospitalizacji wykazują niższy stopień adaptacji do choroby. Można przypuszczać, że osoby o silnym poczuciu koherencji, traktujące chorobę raczej jako wyzwanie niż zagrożenie, będą się jej aktywnie przeciwstawiały a w mniejszym stopniu koncentrowały się na redukowaniu lęku związanego z chorobą poprzez stosowanie mechanizmu zaprzeczania. Tym samym uzyskane przez nie wyniki na skali „lęk” będą wyższe niż wyniki osób o słabym poczuciu koherencji.

W badaniach wykazano również związek poczucia koherencji z zachowaniami prozdrowotnymi. Kierunek tego związku jest zgodny z założeniami koncepcji A. Antonovskiego – silne poczucie koherencji wiąże się z większą dbałością o zdrowie. Wyniki, jakie osoby z silnym SOC uzyskały w obiektywnych badaniach medycznych wskazują, że prowadzą one zdrowszy tryb życia, częściej niż osoby o niskim SOC stosują się do zaleceń lekarzy i łatwiej przystosowują się do ograniczeń wywołanych chorobą takich jak konieczność utrzymania specyficznej diety, systematycznego przyjmowania leków i rezygnacji z pewnych nawyków (np. palenia papierosów).

Wpływ wsparcia społecznego na jakość życia okazał się mniej znaczący niż poczucia koherencji, przy czym istotną statystycznie korelacją dotyczyła jakościowego wymiaru wsparcia.

Rozbudowana sieć relacji społecznych nie wpływała bezpośrednio na zdrowie fizyczne oraz jego ocenę dokonywaną przez badanych. Pacjenci, którzy posiadali w swoim otoczeniu wiele osób wspierających, w takim samym stopniu jak ci, którzy nie mieli tak licznej sieci wsparcia, odczuwali napięcie emocjonalne, przeżywali stany depresyjne, doświadczali lęku i poczucia braku kontroli nad emocjami. Obie grupy nie różniły się pod względem ilości skarg somatycznych.

Brak zależności między liczebnością sieci wsparcia a przystosowaniem pacjentów wykazano także w innych badaniach (6).

Uzyskano natomiast pewne dodatnie zależności między oceną jakości życia a poziomem satysfakcji ze wsparcia. Pacjenci deklarujący zadowolenie z otrzymywanego wsparcia wyżej oceniali własne samopoczucie, przejawiali większą witalność i mniejsze napięcie emocjonalne. Jako „źródło” satysfakcjonującego wsparcia wskazywali najczęściej najbliższych – małżonków i dzieci. Uzyskany w badaniach dodatni związek między poziomem satysfakcji ze wsparcia oraz zdrowiem i jakością życia jest zgodny m. in. z wynikami badań Orth-Gomer i wsp. (20), Coyne i wsp. (4), Matthews i Gump (18), w których wykazano, że chorzy zadowoleni z relacji z partnerem, rzadziej niż pacjenci przeżywający konflikty małżeńskie doświadczali nawrotów choroby. Jak pokazały badania Kulik i Mahler (15, 16) pacjenci kardiologiczni otrzymujący adekwatne i satysfakcjonujące wsparcie ze strony żon lepiej kontrolowali własne emocje, doświadczali mniejszego napięcia emocjonalnego i szybko powracali do zdrowia. Z badań tych wynika również, że czas powrotu do zdrowia pacjentów samotnych był krótszy niż pozostających w związkach, lecz niezadowolonych ze wsparcia.

Na podstawie danych uzyskanych w badaniach można sformułować wniosek, że satysfakcjonujące relacje z najbliższym otoczeniem pomagały badanym w uporaniu się z najbardziej ogólnymi, „powierzchnowymi” kłopotami związanymi z chorobą. Dzięki nim chorzy mogli łatwiej zwalczyć towarzyszące zabiegom i pobytom w szpitalu napięcie emocjonalne i mogli szybciej podjąć aktywność. Jednak relacje z otoczeniem, nawet satysfakcjonujące nie wpływały na bardziej szczegółowe, związane z chorobą problemy. Nie likwidowały lęku towarzyszącego chorobie, nie przeciwdziałały pojawianiu się stanów depresyjnych, nie wpływały na zmniejszenie się liczby niekorzystnych, uciążliwych

objawów. Chorzy, badani po upływie roku od hospitalizacji, pomimo bliskich, zadowalających ich relacji z innymi ludźmi, nadal źle oceniali swoje zdrowie, koncentrowali się na pojawiających się objawach, co przyczyniało się do przeżywania stresów i lęku.

Podsumowując, w oparciu o wyniki uzyskane w części empirycznej pracy, można przyjąć wszystkie trzy przyjęte we wstępie hipotezy i potwierdzić rolę wsparcia i poczucia koherencji jako wyznaczników jakości życia, z zaznaczeniem, że poczucie koherencji jest istotniejszym niż wsparcie społeczne wyznacznikiem dobrostanu pacjentów zmagających się z chorobą niedokrwienną serca.

Streszczenie

Celem badań było ustalenie, czy poczucie koherencji i wsparcie społeczne warunkują jakość życia osób z chorobą niedokrwienną serca, oraz zbadanie wpływu poczucia koherencji na podejmowanie zachowań prozdrowotnych.

Badaniem objęto grupę 81 pacjentów kardiologicznych w wieku od 40 do 70 lat. W badaniu stwierdzono istnienie zależności między poczuciem koherencji, wsparciem społecznym i jakością życia.

Poczucie koherencji okazało się najistotniejszym wyznacznikiem dobrostanu pacjentów zmagających się z chorobą niedokrwienną serca. Wpływ wsparcia społecznego na jakość życia był słabszy, przy czym istotna statystycznie korelacja dotyczyła jedynie jakościowego wymiaru wsparcia (satysfakcja ze wsparcia). Liczebność sieci wsparcia nie wpływała na ocenę jakości życia.

W badaniach wykazano również dodatnią korelację między siłą poczucia koherencji a rzeczywistym stanem zdrowia pacjentów.

Słowa kluczowe: **jakość życia, dobrostan, poczucie koherencji, wsparcie społeczne, zachowania**

prozdrowotne, choroba niedokrwienna serca

Summary

The aim of this study was to investigate whether the sense of coherence and social support condition the quality of life of coronary heart disease patients as well as to examine how the sense of coherence affects health-related behaviors.

A sample of 81 individuals of both genders between 40 and 70 years of age was examined.

A correlation between the sense of coherence, social support and quality of life was established in the examination. The sense of coherence has proved to be the most essential determinant of well-being of patients suffering from coronary heart disease.

The influence of social support on quality of life was weaker, but the statistically important correlation was only related to the satisfaction with the support. The availability of the support had no influence on the evaluation of the quality of life.

A positive correlation between the strength of the sense of coherence and the real health condition of patients was also established.

Key words: quality of life, well-being, sense of coherence, social support, health-related behaviors, coronary heart disease

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPN, Warszawa 1995.
2. Berkman L. F.: The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine* 1995, 57, 245-254.
3. Campbel, A., Converse P.E., Rodgers W. L.: The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions. Russel Sage Foundation, New York 1976.
4. Coyne J. C, Rohrbaugh M. J., Shoham V., Sonnega J. S., Nicklas J. M., Cranford J. A.: Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. *American Journal of Cardiology*, 2001, 88, 526-529.
5. Dangoor N., Florian V.: Women with chronic physical disabilities: correlates of their long-term psychosocial adaptation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 1994, 17, 159-168.
6. DiMatteo M. R.: Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychology*, 2004, 23, 207-218.
7. Drory Y., Florian V.: Sense of coherence and mental health profile in first myocardial infarction patients. *Megamot: Behavioral Science Quaterly*, 1998, 39, 116-127.
8. Drory Y., Kravetz S., Florian V.: Psychosocial adjustment in patients after a first myocardial infarction: the contribution of salutogenic and patogenic variables. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1999, 80, 811-818.
9. Farquhar M.: Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 1995, 22, 502-503.
10. Flanagan, J. C.: a research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 1978, 33, 138-147.
11. Fok S. K., Chair S. Y., Lopez V.: Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of Advanced Nursing*, 2005, 49, 173-181.
12. Gustavsson A., Branholm I.: Experienced health, life satisfaction, sense of coherence, and coping resources in individuals living with heart failure. *Scandinavian Journal of*

- Occupational Therapy, 2003, 10, 138-143.
13. Holmes C. A.: Health care and the quality of life: a review. *Journal of Advanced Nursing*, 1989, 14, 833-839.
 14. King K. B., Reis H. T., Porter L. A., Norsen L. H.: Social support and long-term recovery from coronary artery surgery: effects of patients and spouses. *Health Psychology*, 1993, 12, 56-63.
 15. Kulik J. A., Mahler H. I.: Social support and recovery from surgery. *Health Psychology*, 1989, 8, 221-238.
 16. Kulik J. A., Mahler H. I.: Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after coronary artery bypass surgery: a longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*, 1993, 16, 45-63.
 17. Levine J., Warrenburg S., Kerns R., Schwartz G., Delaney R., Fontana A.: The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 1987, 49, 109-117.
 18. Matthews K. A., Gump B. B.: Chronic work stress and marital dissolution increase risk of posttrial mortality in men from The Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Archives of Internal Medicine*, 2002, 162, 309-315.
 19. Motzer S. A., Steward B. J.: Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. *Research in Nursing Health*, 1996, 19, 287-298.
 20. Ort-Gomer K., Wamala S. P., Horsten M., Schenck-Gustafsson K., Schneiderman N., Mittelman M. A.: Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: The Stockholm Female Coronary Risk Study. *JAMA*, 2000 284, 3008-3014.
 21. Sęk H.: Wsparcie społeczne – co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym. *Przegląd Psychologiczny*, 1986, 29, 791-799.
 22. Sęk H., Pasikowski T.: The quality of life, health and sense of coherence in social context. *Polish Psychological Bulletin*, 1998, 29, 69-77.
 23. Soloff P. H., Bartel A. G.: Effects of denial on mood and performance in cardiovascular rehabilitation. *Journal of Chronic Disease*, 1979, 32 151-163.
 24. Staquet M. J., Hays R. D., Fayers P. M.: Quality of life assessment in clinical trials. Oxford University Press, 1998.
 25. Steward M. J., Hirth A. M., Klassen G., Makrides L., Woft H.: Stress, coping, and social support as psychological factors in readmissions for ischemic heart disease. *International Journal of Nursing Studies*, 1997, 34, 151-163.
 26. Suominen S., Blomberg H., Helenius H., Koskenvuo M.: Sense of coherence and health – does the association depend on resistance resources? a study of 3115 adults in Finland. *Psychology and Health*, 1999, 14, 937-948.
 27. Waltz M., Badura B., Pfaff H., Schott T.: Marriage and the psychological consequences of a heart attack: a longitudinal study of adaptation to chronic illness after 3 years. *Social Science and Medicine*, 1988, 27, 149-158.
 28. Walden-Gałuszko, K., Majkovicz, M.: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 1994
 29. Wallston B. S., Alagna S. W., DeVellis B. M., DeVellis R. F.: Social support and physical health. *Health Psychology*, 1983, 2, 367-391.
 30. Warrenburg S., Levine J., Schwartz G. F., Fontana A. F., Kerns R. D., Delaney R., Mattson R.: Defensive coping and blood pressure reactivity in medical patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 1989, 12, 407-424.
 31. World Health Organization. Constitution of World Health Organization: Chronicle of the World Health Organization 1. World Health Organization. Geneva, 1947.

Adres do korespondencji

Mgr Elżbieta Anita Bajcar
Uniwersytet Rzeszowski
Zakład Psychologii

ul. ks. J. Jałowego 24
35-959 Rzeszów
e-mail: anita.bajcar@wp.pl