



UNIwersYTET OPOLSKI

Instytut Psychologii

PRACA DOKTORSKA

Rafał Gerymski

**Relacje zasobów sensu i percepcji choroby z jakością życia osób
z niewydolnością serca: mediacyjna rola radzenia sobie**

**Relationships of meaning resources and illness perception with quality of
life in people with heart failure: the mediating role of coping**

Praca napisana pod kierunkiem
dr. hab. Dariusza Kroka, prof. UO
oraz promotora pomocniczego
dr Anny Machnik-Czerwik

Opole 2024

Spis treści

WSTĘP	5
ROZDZIAŁ 1. CHARAKTERYSTYKA CHORÓB KARDIOLOGICZNYCH	11
1.1. KLASYFIKACJA I EPIDEMIOLOGIA CHORÓB UKŁADU SERCOWO-NACZYNIOWEGO	11
1.1.1. Choroby układu krążenia w świetle klasyfikacji ICD-10.....	14
1.1.2. Podsumowanie danych epidemiologicznych.....	20
1.1.3. Diagnostyka objawów ze spektrum niewydolności serca.....	21
1.2. ETIOLOGIA CHORÓB SERCA.....	24
1.2.1. Biomedyczne czynniki ryzyka chorób serca	24
1.2.2. Psychospołeczne czynniki ryzyka chorób serca	29
1.2.3. Interakcje pomiędzy głównymi czynnikami ryzyka chorób układu krążenia	31
ROZDZIAŁ 2. ZWIĄZKI ZASOBÓW SENSU I OCENY CHOROBY Z JAKOŚCIĄ ŻYCIA	34
2.1. JAKOŚĆ ŻYCIA I DOBROSTAN OSÓB Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA	34
2.1.1. Definicja konstruktów jakości życia	35
2.1.2. Dobrostan hedonistyczny i eudajmonistyczny	38
2.1.3. Koncepcje dobrostanu a zdrowie	39
2.1.4. Jakość życia, dobrostan i zdrowie osób z niewydolnością serca	41
2.2. ZASOBY SENSU ŻYCIA W ŻYCIU OSÓB Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA	47
2.2.1. Główne definicje poczucia sensu życia.....	48
2.2.2. Poczucie sensu życia w chorobach przewlekłych	52
2.2.3. Rola zasobów sensu życia w jakości życia pacjentów z niewydolnością serca	56
2.3. RELACJE PERCEPCJI CHOROBY Z JAKOŚCIĄ ŻYCIA OSÓB Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA	60
2.3.1. Percepcja choroby w świetle modelu Leventhala i współpracowników	61
2.3.2. Percepcja choroby w ujęciu Lipowskiego.....	64
2.3.3. Związek percepcji choroby z jakością życia w chorobach przewlekłych	69
2.3.4. Percepcja choroby a jakość życia pacjentów z niewydolnością serca	73
ROZDZIAŁ 3. STRES I RADZENIE SOBIE U OSÓB Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA	77
3.1. NIEWYDOLNOŚĆ SERCA JAKO ŹRÓDŁO STRESU	77
3.1.1. Transakcyjna teoria stresu Lazarusa i Folkman	78
3.1.2. Teoria zachowania zasobów Hobfolla	82
3.1.3. Rola stresu w życiu pacjentów z niewydolnością serca	87
3.2. RADZENIE SOBIE ZE STRESEM SPOWODOWANYM NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA	91
3.2.1. Radzenie sobie w świetle transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkman.....	93
3.2.2. Radzenie sobie w ujęciu modelu tworzenia znaczeń Folkman i Park.....	95
3.2.3. Mediacyjna rola radzenia sobie.....	99
3.2.4. Cechy radzenia sobie ze stresem wśród pacjentów z niewydolnością serca.....	101
ROZDZIAŁ 4. METODA BADAŃ WŁASNYCH	105
4.1. PRZEDMIOT I CEL BADANIA	106

4.2. PYTANIA I HIPOTEZY BADAWCZE.....	107
4.3. CHARAKTERYSTYKA OSÓB BADANYCH I PRZEBIEG BADAŃ.....	119
4.4. NARZĘDZIA BADAWCZE.....	124
4.5. PROCEDURA ANALIZY STATYSTYCZNEJ.....	129
ROZDZIAŁ 5. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH.....	134
5.1. MOC TESTÓW ORAZ STATYSTYKI OPISOWE BADANYCH ZMIENNYCH.....	135
5.1.1. Analiza wrażliwości mocy statystycznej prezentowanych wyników.....	135
5.1.2. Statystyki opisowe zmiennych ilościowych.....	137
5.2. BADANIE HOMOGENICZNOŚCI GRUPY.....	140
5.2.1. Rola pandemii COVID-19 w poziomie badanych zmiennych.....	140
5.2.2. Związek zmiennych socjodemograficznych z wynikami osób badanych.....	144
5.2.3. Przebieg choroby a poziom funkcjonowania psychicznego pacjentów.....	154
5.3. ZWIĄZKI PSYCHOLOGICZNYCH UWARUNKOWAŃ CHOROBY Z JAKOŚCIĄ ŻYCIA.....	159
5.3.1. Relacje dwustronne w transakcji stresowej osób z niewydolnością serca.....	160
5.3.2. Weryfikacja predykcyjnej roli uwarunkowań choroby kardiologicznej.....	169
5.4. MEDIACYJNA ROLA RADZENIA SOBIE ZE STRESEM.....	178
5.4.1. Testowanie mediacyjnej roli radzenia przy użyciu makra PROCESS.....	180
5.4.2. Analiza równań strukturalnych z użyciem estymatora ML (<i>maximum likelihood</i>).....	185
5.4.3. Analiza równoważności pomiarowej i interpretacja hipotez mediacyjnych.....	200
ROZDZIAŁ 6. DYSKUSJA WYNIKÓW.....	203
6.1. ROLA ZASOBÓW SENSU ŻYCIA W DOBROSTANIE OSÓB Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA.....	204
6.1.1. Zasoby sensu a jakość życia.....	204
6.1.2. Mediacyjna rola radzenia sobie między zasobami sensu a jakością życia.....	208
6.2. PERCEPCJA CHOROBY I ODCZUWANY STRES A JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB Z DIAGNOZĄ I50.....	213
6.2.1. Ocena własnej choroby i odczuwany stres a dobrostan.....	213
6.2.2. Mediacyjna rola stresu i radzenia sobie w relacji percepcji choroby i jakości życia.....	217
6.3. OGRANICZENIA I PROPOZYCJE PRZYSZŁYCH KIERUNKÓW BADAŃ.....	222
6.3.1. Limitacje projektu badawczego.....	222
6.3.2. Propozycja kolejnych badań w świetle dostępnych teorii.....	224
6.4. PRAKTYCZNE IMPLIKACJE PREZENTOWANYCH WYNIKÓW.....	227
6.4.1. Krótkoterminowa pomoc psychologiczna skoncentrowana na celu.....	228
6.4.2. Rola terapii poznawczo-behawioralnej w pomocy psychokardiologicznej.....	231
ZAKOŃCZENIE.....	236
LITERATURA CYTOWANA.....	243
SPIS TABEL.....	278
SPIS RYSUNKÓW.....	279
ANEKS.....	280

Wstęp

Choroby przewlekłe stanowią istotne obciążenie w życiu dotkniętych nimi ludzi. Wraz z postępowaniem czasu, nawet leczone, nasilają się i coraz silniej oddziałują na funkcjonowanie człowieka w sferze somatycznej i psychicznej (Ziarko, 2014). Nie dziwi więc fakt szerokiego zainteresowania psychologią funkcjonowaniem osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi. Psychologia zdrowia skupia się na tematyce wielu chorób somatycznych, mających swoje odzwierciedlenie również w funkcjonowaniu psychicznym pacjentów i ich bliskich. Na szczególną uwagę zasługują choroby kardiologiczne. Są to choroby o dużym rozpowszechnieniu i złożonej etiologii, również natury psychicznej. Według raportów Narodowego Funduszu Zdrowia (2019), nadciśnienie tętnicze dotyka między 29% a 45% dorosłej populacji. Jest ono zarówno przyczyną (nadciśnienie pierwotne), jak i skutkiem (nadciśnienie wtórne) wielu innych chorób somatycznych. Badacze z zakresu psychokardiologii, czyli nauki skupiającej się na radzeniu sobie z chorobą kardiologiczną z perspektywy psychologicznej, poświęcają szczególną uwagę innemu schorzeniu – chorobie niedokrwiennej serca. Jest to choroba o znacznie mniejszym rozpowszechnieniu (4,2% populacji naszego kraju; NFZ, 2020), jednakże będąca główną przyczyną zgonów na całym świecie (Hiczkiewicz, 2018; Krok, 2017; Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, 2023).

Szczególnie interesującą kategorię pacjentów kardiologicznych stanowią jednakże ci, zmagający się z niewydolnością serca. Choroba ta pojawia się najczęściej w wyniku przewlekłego nadciśnienia tętniczego oraz przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, a jej diagnostyka jest niezmiernie trudna, gdyż jej objawy mogą występować w przebiegu wielu innych chorób przewlekłych (Mosterd i Hoes, 2007). Zachorowalność na niewydolność serca w Polsce jest znacznie mniejsza niż na nadciśnienie tętnicze i chorobę niedokrwinną serca. Według badania Stowarzyszenia Niewydolności Serca przy Europejskim Towarzystwie Kardiologicznym, wynosi ona tylko 0,3% populacji naszego kraju (Seferović i in., 2021). Grupa pacjentów z diagnozą niewydolności serca zasługuje na szczególną uwagę przez zaawansowanie tej choroby i jej konsekwencje. Jest to schorzenie, które bardzo często prowadzi do śmierci pacjenta, nawet mimo prób jej leczenia. Chociaż zachorowalność na choroby układu sercowo-naczyniowego ciągle spada, to niewydolność serca jest nieliczną z tych, których epidemiologia wciąż wzrasta (Cook i in., 2014; Karasek i in., 2008a) i stanowi drugą najczęstszą przyczynę hospitalizacji pacjentów w Polsce (Ministerstwo Zdrowia, 2017, 2020),

a także główną przyczynę przyjęcia do szpitala wśród osób po 65. roku życia (Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, 2023).

Niewydolność serca jest chorobą, która bardzo utrudnia funkcjonowanie pacjentów zmagających się z tą diagnozą. Jak każda choroba przewlekła, stanowi istotne źródło stresu i negatywnie wpływa na zdrowie psychiczne dotkniętych nią osób. Jest chorobą silnie związaną ze strefą egzystencjalną człowieka. Zdaniem Vosa (2021), głównym problemem pacjentów kardiologicznych jest fakt, że postrzegają oni swoje życie jako bezsensowne i bezcelowe. Rozważania natury egzystencjalnej u pacjentów z niewydolnością serca mogą być szczególnie obecne z uwagi na to, że jest to choroba o wysokim zagrożeniu śmiercią, zapowiadająca wystąpienie zawału mięśnia sercowego. Tym samym rozważania na temat sensu własnego istnienia i jego negatywna percepcja mogą stanowić istotną zmienną kształtującą funkcjonowanie wspomnianej grupy pacjentów kardiologicznych. Poza rozważaniami natury egzystencjalnej, choroby przewlekłe (w tym też kardiologiczne) są związane z wieloma następstwami natury somatycznej, psychologicznej, społecznej, behawioralnej i środowiskowej (Ziarko, 2014).

Odczuwane przez pacjentów ograniczenia i wymagania choroby mogą prowadzić do postrzegania jej w negatywnym świetle. Taka percepcja może prowadzić do negatywnych stanów emocjonalnych, takich jak wysokie nasilenie stresu, lęku i objawów depresji, które destruktywnie wpływają na funkcjonowanie osób chorych somatycznie (zob. Lipowski, 1970, 1985). Zjawisko to jest również obecne wśród pacjentów zmagających się z niewydolnością serca. Jak pokazują badania, osoby te postrzegają swoją chorobę najczęściej bardzo negatywnie, co ma przełożenie na ich codzienne funkcjonowanie i zdrowie psychiczne (zob. Chen, 2020; Giardini i in., 2017). Stan badań i rozważań teoretycznych pokazuje, że zarówno poczucie sensu życia jak i percepcja własnej choroby mogą kształtować jakość życia osób z niewydolnością serca. Założenia te mogą stanowić ważny przyczynek do podjęcia badań własnych w tym zakresie. Rozważania natury egzystencjalnej, a także negatywna percepcja choroby u pacjentów kardiologicznych mogą zachęcać do podjęcia się tematyki radzenia sobie ze stresem u osób z niewydolnością serca. Obecne w psychologii zdrowia modele radzenia sobie ze stresem i percepcji choroby pokazują, że style radzenia sobie ze stresem mogą pośredniczyć (mediować) w relacji psychologicznych uwarunkowań choroby i jakości życia osób chorych przewlekłe.

Celem niniejszej dysertacji będzie określenie relacji pomiędzy wybranymi psychologicznymi uwarunkowaniami choroby oraz jej skutkami w grupie osób z niewydolnością serca. Analizie zostaną poddane związki zasobów poczucia sensu życia,

percepcji choroby oraz stresu i radzenia sobie z jakością życia i subiektywnym dobrostanem osób z diagnozą I50. Dysertacja ta będzie miała również za zadanie dokonać weryfikacji mediacyjnej funkcji radzenia sobie w relacjach pomiędzy psychologicznymi uwarunkowaniami choroby a jej skutkami w grupie pacjentów z niewydolnością serca. Inspirowana jest dotychczasowym stanem badań polskich i światowych, a także aktualną sytuacją pacjentów z diagnozą I50 w Polsce. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (2023) zwraca uwagę, że niewydolność serca stanowi ważny problem z perspektywy zdrowia publicznego. Z tego też powodu jej tematyka może stanowić ważny temat badań w psychologii zdrowia.

Badacze polscy poświęcali w przeszłości swoją uwagę tematyce psychologicznych uwarunkowań choroby, radzenia sobie i jakości życia pacjentów kardiologicznych (zob. Kurowska i Kudas, 2013; Radwańska, 2021; Szot, 2012; Wysocka-Pleczyk i Słowik, 2012; Ziarko i in., 2018). Poczucie sensu życia i radzenie sobie u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca było przedmiotem badań m.in. Wysockiej-Pleczyk i Słowika (2012). Sensem życia i jego jakością osób po przeszczepie serca zajmowała się chociażby Cepuch z zespołem (2011). Z kolei Kołtuniuk i współpracownicy (2017) weryfikowali rolę poczucia koherencji w jakości życia osób z niewydolnością serca. Prezentowane przez wspomnianych badaczy dane, choć niezwykle inspirujące, czasami nie obejmowały zbyt dużej liczby osób badanych. Zachęca to do ponownej weryfikacji roli psychologicznych uwarunkowań choroby w jakości życia osób z niewydolnością serca w Polsce.

Weryfikacja roli zasobów sensu życia w funkcjonowaniu osób z diagnozą niewydolności serca nie została jeszcze dokonana przy użyciu nowych narzędzi, takich jak Wielowymiarowa Skala Sensu Egzystencjalnego MEMS (*Multidimensional Existential Meaning Scale*; George i Park, 2017). Bada ona 3 wymiary poczucia sensu życia, zgodnie z koncepcją Georga i Park: zrozumienie, cel i znaczenie. Jest ona nowym narzędziem, które nie zostało jeszcze spopularyzowane na gruncie polskim. Do tej pory nie opublikowano badań polskich i zagranicznych, które wykorzystywałyby MEMS jako formę operacjonalizacji poczucia sensu życia wśród pacjentów z niewydolnością serca. Ważny przyczynek do podjęcia tej tematyki stanowić będą badania własne, dotyczące związku poczucia sensu życia i satysfakcji z życia osób ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem ICD (Gerymski i Król, 2020), które są prawdopodobnie pierwszą i jedyną próbą wykorzystania MEMS na próbie pacjentów kardiologicznych. Co więcej, badacze polscy i zagraniczni nie podjęli się dotychczas weryfikacji roli percepcji choroby w jakości życia pacjentów z niewydolnością serca w oparciu o model teoretyczny Lipowskiego (1970). Model ten jest dobrze ugruntowany w badaniach polskich, realizowanych z wykorzystaniem Skali Oceny Własnej Choroby

(SOWC; Janowski, 2006; Janowski i in., 2007, 2009), mierzącej ocenę choroby w świetle 7 kategorii: zagrożenia, korzyści, przeszkody/starty, wyzwania, krzywdy, wartości oraz znaczenia. Percepcja choroby oceniana z perspektywy wspomnianych kategorii jest dobrze ugruntowana teoretycznie i empirycznie w badaniach polskich, jednakże nie była szeroko wykorzystywana w badaniach kardiologicznych.

Również stan badań na temat radzenia sobie ze stresem opisywanej próby osób będzie ważną inspiracją do podjęcia badań własnych. Psychologia zdrowia skupia się głównie na weryfikacji radzenia sobie opartego na problemie i emocjach. Coraz większą popularność zyskuje weryfikacja roli radzenia sobie zorientowanego na znaczeniu. Jest to widoczne w szczególności w badaniach z zakresu psychoonkologii (zob. Krok, 2017), jednakże ten styl radzenia nie był jeszcze badany w Polsce na próbie pacjentów z niewydolnością serca. Wspomniane wcześniej badania własne dotyczące funkcjonowania osób ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem ICD (Gerymski i Król, 2020) stanowią prawdopodobnie pierwszą próbę weryfikacji roli radzenia sobie zorientowanego na znaczeniu wśród polskich pacjentów kardiologicznych.

Dwa modele teoretyczne będą stanowiły podstawy teoretyczne niniejszej: transakcyjny model stresu w swojej klasycznej i zrewidowanej formie (Folkman, 2001; Lazarus i Folkman, 1984), a także model tworzenia znaczeń (Park, 2008, 2010, 2013). Stanowią one przenikające się i wzajemnie uzupełniające założenia, doskonale wyjaśniające mechanizm radzenia sobie ze stresem w zdrowiu i chorobie. Założenia te będą w niniejszej pracy uzasadnione przez szereg danych empirycznych, a także uzupełniające je modele teoretyczne. W pracy przywołanych zostanie wiele koncepcji poświęconych zasobom sensu życia, a także modele dotyczące percepcji choroby według Leventhala i współpracowników (1980, 1984, 1992) oraz Lipowskiego (1970), jak i założenia traktujące o jakości życia, czy też subiektywnym dobrostanie. Pozwolą one na sformułowanie pytań badawczych, które to będą skłaniały do rozważań m.in. na temat tego, czy: (1) zasoby sensu osób z niewydolnością serca są związane z ich jakością życia i dobrostanem? (2) percepcja choroby pacjentów z diagnozą I50 łączy się z ich jakością życia? (3) odczuwany stres tej próby osób jest skorelowany z ich jakością życia? (4) radzenie sobie ze stresem pełni funkcję mediatora w relacji pomiędzy zasobami sensu, percepcją choroby i odczuwanym stresem a jakością życia osób z niewydolnością serca?

Próba wyjaśnienia przedstawionej w niniejszej pracy problematyki zostanie przedstawiona na przestrzeni sześciu rozdziałów. Pierwszy rozdział będzie poświęcony charakterystyce chorób kardiologicznych. Będzie zawierał klasyfikację i epidemiologię

najważniejszych chorób układu sercowo-naczyniowego, jak i również ważne informacje na temat etiologii chorób serca z perspektywy biomedycznej i psychospołecznej.

W rozdziale drugim opisane zostaną związki pomiędzy zasobami sensu życia i percepcją choroby a jakością życia w chorobie somatycznej. W pierwszej kolejności będą zdefiniowane pojęcia jakości życia ogólnej i tej związanej ze zdrowiem, a także subiektywnego i psychologicznego dobrostanu. Następnie zaprezentowany zostanie materiał teoretyczny i empiryczny poświęcony zasobom sensu życia i ich związkom z jakością życia osób z niewydolnością serca. Rozdział ten zawierać będzie również informacje na temat podstaw teoretycznych, traktujących o percepcji choroby oraz jej związków z jakością życia pacjentów kardiologicznych.

W rozdziale trzecim ukazane będą najważniejsze podstawy teoretyczne niniejszego projektu badawczego, traktujące o zjawisku odczuwanego stresu i radzenia sobie z nim w zdrowiu i chorobie, z perspektywy dwóch ważnych teorii psychologicznych: transakcyjnego modelu stresu oraz modelu tworzenia znaczeń. Rozdział ten będzie również poświęcony mediacyjnej roli radzenia sobie w relacji pomiędzy zasobami sensu, percepcją choroby i odczuwanym stresem a jakością życia i dobrostanem osób z niewydolnością serca.

Rozdział czwarty zaprezentuje metodę badań własnych: przedmiot i cel badania, a także sformułowane pytania i hipotezy badawcze. W tymże rozdziale znajdą się również informacje na temat charakterystyki badanej próby osób z niewydolnością serca i przebiegu realizowanych badań. Zwieńczony zostanie charakterystyką zastosowanych narzędzi badawczych, a także streszczeniem przeprowadzonej procedury analizy statystycznej.

W rozdziale piątym przedstawione będą wyniki zrealizowanego badania własnego. W pierwszej części opisu wyników dokona się prezentacji obliczenia statystycznej mocy testów na podstawie liczebności zbadanej próby oraz statystyk opisowych. Drugi fragment poświęcony będzie badaniu homogeniczności grupy pacjentów z niewydolnością serca – zweryfikowane zostanie w nim występowanie różnic międzygrupowych oraz związków pomiędzy ważnymi zmiennymi socjodemograficznymi i psychologicznymi w celu uzyskania informacji, czy przy weryfikacji hipotez można traktować zbadaną próbę całościowo. Fragment trzeci zaprezentuje związki pomiędzy psychologicznymi uwarunkowaniami choroby a jakością życia osób z niewydolnością serca. W ostatniej części rozdziału piątego dokona się weryfikacji zależności mediacyjnych. Za pomocą dwóch metod analitycznych, makra PROCESS oraz analiz równań strukturalnych, sprawdzona zostanie mediacyjna rola radzenia sobie w związku pomiędzy zasobami sensu życia, percepcją choroby i stresem a jakością życia i subiektywnym dobrostanem pacjentów z niewydolnością serca.

Szósty rozdział będzie stanowił zwińczenie niniejszej pracy i zostanie poświęcony dyskusji uzyskanych wyników. W odniesieniu do modeli teoretycznych i dostępnych badań empirycznych, będzie stanowił próbę uzasadnienia roli zasobów sensu w życiu osób z diagnozą I50 i ich związku z procesem radzenia sobie. Podejmie się w nim również rozważania na temat roli percepcji choroby, stresu i zmagania się z nim na podstawie uzyskanych danych i dostępnej literatury. W tym rozdziale opisane będą także ograniczenia prezentowanego projektu badawczego i sugestie kolejnych badań, które mogą być uwzględnione w kolejnych projektach badawczych poświęconych pacjentom z niewydolnością serca. Rozdział szósty zakończony będzie dyskusją na temat praktycznych implikacji uzyskanych wyników i prezentowanego przeglądu literatury. Strukturę pracy wieńczyć będzie zakończenie, będące próbą podsumowania całego materiału, a także literatura cytowana wraz ze spisem tabel i rysunków oraz aneksem.

Rozdział 1.

Charakterystyka chorób kardiologicznych

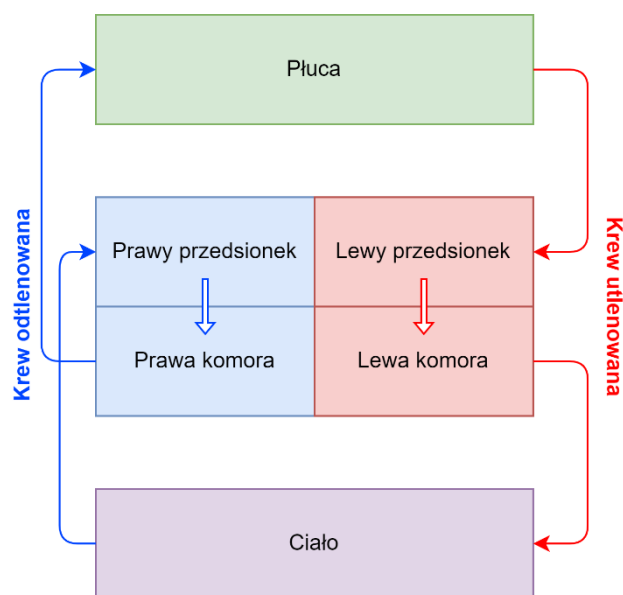
Zaburzeniami rytmu serca i jego funkcjonowania najczęściej zajmują się kardiologia – dziedzina medycyny poświęcona chorobom serca i układu krążenia. Niestety pod terminem „choroba serca” może kryć się wiele schorzeń, które wyraźnie różnią się od siebie zarówno etiologią, przebiegiem jak i formą leczenia (Katzenstein, 2011). Nie zmienia to faktu, że wszystkie choroby kardiologiczne mają dwa aspekty: medyczny oraz psychologiczny. Zaburzenia funkcji serca mogą świadczyć o chorobie somatycznej, ale i również o problemach uczuciowych, stresie, a nawet chorobach psychicznych. Zjawiskiem stresu w chorobie kardiologicznej zajmuje się najczęściej nauka zwana psychokardiologią. Przedstawiciele tej dziedziny badają rolę czynników psychologiczno-społecznych w procesie powstawania, przebiegu oraz leczeniu chorób kardiologicznych, a także procesów radzenia sobie z chorobami serca (Sobczak i in., 2011).

Zajmowanie się niemedycznymi aspektami chorób kardiologicznych jest niezmiernie istotne, dlatego że choroby układu krążenia, a w tym choroby serca, znajdują się na szczycie listy przyczyn zgonów (Heszen i Sęk, 2012; Krok, 2017). Jak podaje American Heart Association, epidemiologia chorób układów krążenia wciąż wzrasta. Badacze prognozują, że do 2035 roku około 45% mieszkańców Stanów Zjednoczonych będzie prawdopodobnie cierpieć na którąś formę chorób układu krążenia (Michalak, 2019; Virani i in., 2021a). Również w Polsce zachorowalność na choroby serca i układu krążenia wciąż wzrasta, mimo postępu opieki kardiologicznej i rozwoju metod rehabilitacyjnych (Hiczkiewicz, 2018; Michalak, 2019). Wskazuje to na istotę poznania biologicznych i psychologicznych uwarunkowań chorób serca, a w szczególności niewydolności serca, będącej często ostatnim stadium chorób kardiologicznych. Na tej podstawie w niniejszym rozdziale postanowiono przedstawić główną problematykę chorób serca: klasyfikację, rozpowszechnienie oraz przyczyny ich powstawania z perspektywy medycznej oraz psychologicznej.

1.1. Klasyfikacja i epidemiologia chorób układu sercowo-naczyniowego

Serce jest narządem znajdującym się w klatce piersiowej. Jest ono mięśniem nieustannie pracującym i nigdy się nie męczącym, którego praca polega na ciągłym skurczaniu się

i rozkurczaniu, co pozwala utrzymać organizm przy życiu. Funkcjonowanie serca w dużym uproszczeniu można opisać jako pracę dwóch oddzielnych pomp: lewej oraz prawej. Obie pompy składają się z przedsionków i komór oddzielonych od siebie zastawkami, które to pełnią funkcję zaworów. Pompa lewa otrzymuje krew z płuc, która jest natlenowana. Krew trafia pierw do lewego przedsionka, skąd dochodzi do lewej komory serca. Zadaniem pompy lewej jest przekazanie natlenowanej krwi do organizmu za pomocą aorty i tętnic. Pompa prawa z kolei otrzymuje odtlenowaną krew z organizmu za pośrednictwem żył i ma za zadanie przetoczenie jej do płuc w celu ponownego natlenowania. Krew odtlenowana trafia z ciała do prawego przedsionka, a następnie prawej komory serca (Costanzo, 2013; Drake i in., 2016). Cały wspomniany cykl trwa około 800ms i polega na przepompowaniu 4-5 litrów krwi na minutę u dorosłego człowieka, gdzie wartości te dochodzą nawet do 20-25 litrów w przypadku intensywnego wysiłku (Beręsewicz i in., 2019). Uproszczony schemat krążenia krwi w sercu przedstawiono na Rysunku 1.1.



Rysunek 1.1 Krążenie krwi w sercu – schemat uproszczony.

Źródło: opracowanie własne na podstawie przytoczonej literatury

Schemat ten doskonale pokazuje istotną rolę pracy serca w życiu człowieka. Jest ono odpowiedzialne za pożywienie wszystkich komórek ciała tlenem oraz przetoczenie krwi do płuc w celu jej ponownego natlenowania. Praca serca stanowiła zainteresowanie nie tylko medycyny. Przedstawiciele nauk pozornie niezwiązanych z medycyną, takich jak filozofia, również interesowali się jego działaniem – zarówno w sferze biologicznej, jak i psychicznej. Jest to w pełni uzasadnione, gdyż procesy somatyczne i funkcjonowanie psychiczne człowieka

są ze sobą nierozzerwalnie związane (Wrześniewski, 1986). Bicie serca będące symbolem życia jest interesujące zarówno od strony biologicznej, jak i humanistycznej. Doskonałym tego przykładem jest twórczość Andrzeja Szczeklika – nieżyjącego już lekarza-kardiologa, który publikował prace z pogranicza medycyny i humanistyki. Jego prace takie *Kore: o chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny* (2007) inspirowały badaczy i praktyków zarówno medycyny jak i nauk humanistycznych. Świadczyć może o tym fakt, że po śmierci Szczeklika jeden z największych w Polsce podręczników dotyczących chorób wewnętrznych został przemianowany na *Interne Szczeklika*, ku pamięci wybitnego lekarza-humanisty (Gajewski, 2020).

Tabela 1.1.

Choroby układu krążenia na podstawie klasyfikacji ICD-10

Kod	Nazwa jednostki chorobowej
I00-I02	Ostra choroba reumatyczna
I05-I09	Przewlekła choroba reumatyczna serca
I10-I15	Nadciśnienie tętnicze
I20-I25	Choroba niedokrwienna serca
I26-I28	Zespół sercowo-płucny i choroby krążenia płucnego
I30-I52	Inne choroby serca
I60-I69	Choroby naczyń mózgowych
I70-I79	Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych
I80-I89	Choroby żył, naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych, niesklasyfikowane gdzie indziej
I95-I99	Inne i nieokreślone zaburzenia układu krążenia

Zródło: opracowanie własne na podstawie ICD-10 (World Health Organization, 2008)

Przed dokonaniem charakterystyki niewydolności serca należałoby pokrótce przedstawić ogólny opis chorób kardiologicznych. Choroby serca należą do chorób układu krążenia, zwanego również sercowo-naczyniowym. W Polsce choruje na nie około 9 tysięcy mężczyzn oraz 7 tysięcy kobiet w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców (Michalak, 2019). W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 zostały zakwalifikowane pod kodem „I”, jako choroby układu krążenia (World Health Organization, 2008). Powstająca klasyfikacja ICD-11 pierwotnie miała obowiązywać od 1 stycznia 2022 roku, jednakże prace wdrożeniowe polskiej wersji ciągle trwają (World Health Organization, 2020a). Na tej podstawie na potrzeby niniejszego rozdziału opis problematyki chorób serca zostanie oparty o wciąż obowiązującą

klasyfikację ICD-10. W Tabeli 1.1 przedstawiono klasyfikację chorób układu krążenia zgodnie z klasyfikacją ICD-10.

Zgrupowanie w ICD-10 chorób serca wraz z chorobami układu krążenia wydaje się być pewną limitacją tejże klasyfikacji. Niektóre jednostki chorobowe mogą dotyczyć wyłącznie serca, bez ingerencji w pracę pozostałych części układu krążenia. Również schorzenia związane z dysfunkcjami układu krążenia nie zawsze muszą wpływać na funkcjonowanie serca. Z tego też powodu w niniejszym rozdziale zostanie pominięty opis 4 kategorii diagnostycznych: (1) chorób naczyń mózgowych, (2) chorób tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych, (3) chorób żył, naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych, niesklasyfikowanych gdzie indziej oraz (4) innych i nieokreślonych zaburzeń układu krążenia. W niniejszym rozdziale zostaną opisane najważniejsze i najpowszechniejsze główne kategorie chorób kardiologicznych, które to najczęściej prowadzą do występowania niewydolności serca.

1.1.1. Choroby układu krążenia w świetle klasyfikacji ICD-10

Pierwszą jednostką zakwalifikowaną do chorób układu krążenia jest ostra choroba reumatyczna, nazywana również gorączką reumatyczną. Jest to choroba zapalna o podłożu autoimmunologicznym spowodowana zakażeniem paciorkowcem z grupy A. Paciorkowce z grupy A to bakterie występujące na ludzkiej skórze oraz gardle i najczęściej nie wykazujące żadnych objawów zakażenia (Steer i in., 2012). Gorączka reumatyczna dotyka najczęściej osoby młode, do 15 roku życia. W Polsce chorują na nią średnio 1 osoba na 200 tysięcy mieszkańców (współczynnik 0,5 / 100 tys.), w 99% przypadków między 4. a 30. rokiem życia. Natomiast w krajach rozwijających się epidemiologia tego zjawiska jest znacząco wyższa (Nitsch-Osuch, 2013; Szczeklik, 2010; Szczygielska i in., 2008). Rozpoznanie gorączki reumatycznej dokonuje się najczęściej na podstawie dwóch rodzajów kryteriów: większych i mniejszych. Do kryteriów większych należą: zapalenie mięśnia sercowego lub wsierdzia, zapalenie stawów, płasawica, rumień brzeżny oraz guzki podskórne. Do kryteriów mniejszych należy zaliczyć między innymi: gorączkę, bóle stawów, czy też podwyższone wskaźniki odczynu Biernackiego wskazującego na występowanie stanu zapalnego. W celu postawienia diagnozy u pacjenta muszą się pojawić dwa objawy określone w kryteriach większych lub jeden w kryteriach większym i dwa w kryteriach mniejszych z potwierdzeniem zakażenia bakterią paciorkowca typu A. Około 80% pacjentów chorych na gorączkę reumatyczną wykazuje objawy zapalenia stawów. Drugim w kolejności najpopularniejszym objawem jest

zapalenie mięśnia sercowego lub wsierdzia (czyli wewnętrznej warstwy tkanek składających się na komory serca; Brutsaert, 1989), które występuje u 30-50% chorych osób z diagnozą gorączki reumatycznej. Płąsawica, czyli zaburzenie neurologiczne polegające na mimowolnych skurczach mięśni, jest trzecim najpopularniejszym objawem występującym u 10-20% osób dotkniętych gorączką reumatyczną. Schorzenie to leczy się za pomocą terapii farmakologicznej opartej o penicylinę (Nitsch-Osuch, 2013). Gorączka reumatyczna jest chorobą, która może dotyczyć serca, jednakże nie wszystkie jej przypadki będą wpływały na dysfunkcje tego narządu.

Przewlekła choroba reumatyczna serca bywa często mylona z gorączką reumatyczną. Są to jednak dwie osobne jednostki chorobowe. Przewlekła choroba reumatyczna serca bywa następstwem gorączki reumatycznej. Według dostępnych danych, aż u 60% osób dotkniętych gorączką reumatyczną rozwija się przewlekła choroba reumatyczna serca (Carapetis i in., 2005). Niestety brakuje danych dotyczących rozpowszechnienia tej choroby w Polsce oraz innych krajach. Być może jest to spowodowane bardzo niską epidemiologią gorączki reumatycznej, należącej do głównych przyczyn występowania przewlekłej choroby reumatycznej serca. Hajar (2016) zwrócił uwagę na to, że jest to choroba często niewidoczna, gdyż prawie wcale nie pojawia się w krajach rozwiniętych. W ogólnoświatowej analizie epidemiologicznej przeprowadzonej przez Seckelera i Hoke'a (2011) wykazano, że gorączką reumatyczną oraz przewlekłą chorobą reumatyczną serca występują u mniej niż 1 osoby na 100 tysięcy mieszkańców w krajach rozwiniętych. Niestety w badaniach nie uwzględniono danych dotyczących Polski.

Przewlekła choroba reumatyczna serca jest najczęściej wynikiem nieleczonej gorączki reumatycznej. W celu diagnozy stosuje się badanie echokardiografem. Jako kryterium diagnostyczne stosuje się niedomykalność zastawki mitralnej zwanej również przedsionkowo-komorową lewą, wskazującą na zapalenie mięśnia sercowego (czyli drugi w kolejności z objawów gorączki reumatycznej). Prawdopodobnie zapalenie mięśnia sercowego lub wsierdzia powoduje przewlekłą chorobę reumatyczną serca wtedy, kiedy jest nieleczone i ma charakter przewlekły. Jest ona leczona poprzez farmakoterapię oraz zabiegi inwazyjne (Carapetis i in., 2005; Essop i Peters, 2014).

W klasyfikacji ICD-10 pod kodem I10-I15 zakwalifikowano choroby związane z nadciśnieniem tętniczym. Możemy je podzielić na dwa rodzaje: pierwotne oraz wtórne. Nadciśnieniem tętniczym pierwotnym nazywamy stan chorobowy, w którym to nadciśnienie stanowi główną przyczynę dysfunkcji organizmu, natomiast nadciśnienie wtórne bywa również nazywane objawowym, dlatego że stanowi ono drugorzędny objaw innej choroby, w przeciagu

której dochodzi do występowania nadciśnienia tętniczego. Do takich chorób należą między innymi bezdech senny, problemy nefrologiczne czy też choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego. Również nadmierne spożywanie alkoholu może przyczynić się do występowania nadciśnienia tętniczego wtórnego (Holecki i in., 2015; Ram, 2019).

Wyróżnia się pięć głównych czynników predysponujących do wystąpienia nadciśnienia tętniczego pierwotnego: nadmierny stres, podłoże genetyczne, otyłość, brak aktywności fizycznej oraz nadmierne spożycie sodu (choćby w postaci soli kuchennej). Według raportów Narodowego Funduszu Zdrowia (2019), nadciśnienie tętnicze dotyka między 29% a 45% dorosłej populacji. Epidemiologia tego zjawiska wzrasta aż do 75% u osób które ukończyły 65 rok życia. Ze wspomnianego raportu NFZ wynika, że około 29 200 osób na 100 tysięcy mieszkańców Polski zmagają się z problemem nadciśnienia tętniczego, co stawia Polskę w czołówce krajów Europy. Największej metaanalizy danych na temat nadciśnienia tętniczego dokonali Mills i współpracownicy (2016). Z danych pochodzących z lat 1995-2014 pozyskanych w 90 krajów wynika, że około 31% światowej populacji zmagają się z nadciśnieniem tętniczym. Szacunki te są bardzo bliskie zaprezentowanym najnowszym danym pochodzącym z Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącym Polski.

Diagnozy nadciśnienia tętniczego dokonuje się na podstawie badania sfigmomanometrem (potocznie zwanego ciśnieniomierzem) lub też wyłącznie wywiadu z pacjentem. Według wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, rozpoznania nadciśnienia można dokonać wtedy, kiedy średnie wartości ciśnienia tętniczego są wyższe lub równe 140 mm Hg (milimetrów słupa rtęci) w przypadku ciśnienia skurczowego i/albo wyższe lub równe 90mm Hg dla ciśnienia rozkurczowego. Sformułowanie takiej diagnozy wymaga co najmniej dwóch pomiarów dokonanych podczas dwóch osobnych wizyt (Tykarski i in., 2019). Dodatkowo należy zlecić pacjentowi wykonanie podstawowych badań morfologii krwi, stężenia glukozy w osoczu, stężenia cholesterolu, badanie moczu oraz EKG w celu identyfikacji obecności powikłań wynikających z występowania u pacjenta nadciśnienia tętniczego. Pacjenci z taką diagnozą są najczęściej leczeni za pomocą farmakoterapii. W przypadku, gdy podłożem etiologicznym nadciśnienia tętniczego jest przewlekły stres lub otyłość, pacjentom zaleca się zmianę stylu życia i codziennych nawyków (Holecki i in., 2015; Ram, 2019).

Kolejną jednostką nozologiczną chorób układu krążenia jest choroba niedokrwienna serca, często błędnie nazywana chorobą wieńcową. Chorobą niedokrwienną serca nazywamy wszystkie sytuacje, w których dochodzi do niedokrwienia mięśnia sercowego. Choroba wieńcowa polega zaś na niedokrwieniu serca z powodu zmian miażdżycowych w tętnicach

wieńcowych i odpowiada za znaczną większość, bo aż powyżej 98%, przyczyn niedokrwienia serca wśród pacjentów z diagnozą I20-I25. Do innych przyczyn należą m.in. kardiomiopatie (choroby mięśnia sercowego powodujące zaburzenie jego funkcjonowania), wady zastawek serca, obniżenie ciśnienia tętniczego czy też zaburzenia tarczycy (Budaj i in., 2019; Skowerski i in., 2015).

Choroba niedokrwienna serca sprawia problemy w sferze epidemiologicznej. Wiele źródeł przecenia częstotliwość jej występowania, z uwagi na powoływanie się na nieodpowiedni materiał źródłowy. Poszukując danych epidemiologicznych dotyczących tej choroby bardzo często natrafiamy na statystyki zgonów, a nie te mówiące o rozpowszechnieniu tego zjawiska. Zgodnie ze statystykami, choroba niedokrwienna serca jest główną przyczyną zgonów na świecie (Hiczkiewicz, 2018; Krok, 2017). Prawdopodobnie z tego powodu w procesie analizy epidemiologicznej liczni autorzy opisując epidemiologię tej choroby powołują się na statystyki zgonów, a nie jej zachorowalności. Fakt, że choroba niedokrwienna serca powoduje najwięcej zgonów na świecie nie oznacza, że jest również najpowszechniejszą chorobą układu krążenia. Według dużej międzynarodowej metaanalizy Khana i współpracowników (2020), na chorobę niedokrwienną serce zapada średnio 2% populacji. Wspomniana metaanaliza nie uwzględniała danych pochodzących z Polski. Według najnowszych danych Narodowego Funduszu Zdrowia (2020), w Polsce na chorobę niedokrwiennych serca chorowało około 4,2% populacji naszego kraju. Dane te wskazują na większe rozpowszechnienie tej choroby w Polsce niżeli na świecie. Narodowy Fundusz Zdrowia zwraca uwagę, że odsetek ludzi z diagnozą I20-I25 jest powyżej średniej europejskiej. Warto również nadmienić, że ryzyko zachorowalności wzrasta wraz z wiekiem, więc statystyka ta może wynikać z tego, że Polskie społeczeństwo jest starsze od średniej europejskiej.

Rozpoznanie choroby niedokrwiennej serca dokonuje się na podstawie badań laboratoryjnych, wyników EKG, angiografii naczyń wieńcowych (koronografii, czyli obrazowania naczyń wieńcowych), prób wysiłkowych i obciążeniowych. Dodatkowo stosuje się również RTG klatki piersiowej, tomografię komputerową czy też rezonans magnetyczny. Jako profilaktykę zaleca się pacjentom zmianę stylu życia, gdyż czynniki takie jak cukrzyca, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, przewlekły stres, spożywanie alkoholu, brak snu, otyłość i nadciśnienie tętnicze przyczyniają się do występowania choroby niedokrwiennej serca (Budaj i in., 2019; Skowerski i in., 2015; Światowiec i Krzyżak, 2003). Leczenie farmakologiczne stosowane jest w celu zredukowania rozwoju zmian miażdżycowych, jako profilaktyka wystąpienia ostrych zespołów wieńcowych (między innymi zawału serca) oraz rozwoju niewydolności serca (Michalak, 2019).

Kolejnym zespołem chorób układu krążenia według ICD-10 jest zespół sercowo-płucny i choroby krążenia płucnego. Są to choroby z pogranicza kardiologii i pulmonologii, jednakże warto wspomnieć o nich po krótko z uwagi na ich bezpośredni wpływ na funkcjonowanie serca. W opisie tej kategorii na szczególną uwagę z perspektywy psychokardiologii zasługują dwie jednostki chorobowe: nadciśnienie płucne oraz zatorowość płucna. Nadciśnienie płucne to zjawisko podwyższonego ciśnienia w tętnicy płucnej, co może przyczynić się do uszkodzeń prawej komory serca, a w skrajnych przypadkach nawet i zgonu pacjenta. Osobom z nadciśnieniem płucnym towarzyszą najczęściej duszności oraz problemy z podejmowaniem wysiłku fizycznego, typowe również dla innych chorób takich jak astma oskrzelowa lub niewydolność serca (Konopka i Braksator, 2013; Torbicki i Kurzyna, 2019). Według wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Europejskiego Towarzystwa Oddechowego (Galiè i in., 2015) na nadciśnienie płucne choruje około 100 osób na milion, co daje nam współczynnik zachorowalności 0,01%. Wskazuje to na fakt, że nadciśnienie płucne nie jest zjawiskiem powszechnym. Nie mniej jednak warto o nim wspomnieć z uwagi na to, że może być przyczyną niewydolności serca oraz przerostu jego komory (tzw. serca płucnego). Diagnozy nadciśnienia płucnego dokonuje się na podstawie badań laboratoryjnych, elektrokardiografii, rentgenogramu klatki piersiowej czy też badań czynnościowych płuc takich jak między innymi spirometria, tj. badania sprawdzającego pojemność oraz objętość płuc pacjenta. Leczenie polega najczęściej na wprowadzenia farmakoterapii, a w skrajnych przypadkach różnych form leczenia inwazyjnego, między innymi przeszczepienia płuc, poszerzania zwężonych tętniczek płucnych czy też mechanicznym usuwaniu zakrzepów tętnicy płucnej.

Z kolei zatorowość płucna jest sytuacją, w której dochodzi do zwężenia lub całkowitego zamknięcia tętnicy płucnej i jest trzecim najpopularniejszym ostrym stanem chorobowym diagnozowanym przez kardiologów – tuż obok zawału serca i udaru mózgu. Z badań polskich wynika, że występuje u ok. 0,6% pacjentów (Stryjewski i in., 2011). Podobnie jak nadciśnienie płucne, nie jest zjawiskiem bardzo powszechnym, jednakże często pojawia się w wyniku zawału mięśnia sercowego. Objawia się najczęściej poprzez duszności, bóle płuc czy też częstoskurcz mięśnia sercowego, czyli tachykardię. Bywa bardzo często mylona z astmą oskrzelową, zapaleniem płuc a nawet chorobami wieńcowymi. Odpowiednia jej diagnostyka jest bardzo istotna, gdyż zatorowość płucna jest chorobą o wysokiej śmiertelności: nieleczona odpowiada za 30% zgonów pacjentów hospitalizowanych, a leczona tylko 8% (Carson i in., 1992). Jej diagnozy dokonuje się za pomocą tych samych metod, które były stosowane w przypadku nadciśnienia płucnego. Zatorowość płucna jest leczona farmakologicznie oraz

przy użyciu metod inwazyjnych – usuwania zakrzepów oraz wprowadzenia specjalnych filtrów do żyły głównej dolnej. Podobnie jak i nadciśnienie płucne, zatorowość płucna również może przyczynić się do występowania niewydolności serca (Niżankowski i in., 2019).

Ostatnią wspomnianą w tym rozdziale grupą chorób będą jednostki zakwalifikowane jako inne choroby serca. W tej kategorii możemy znaleźć takie jednostki chorobowe jak, zapalenie osierdzia, zapalenie wsierdzia, niereumatyczne choroby zastawek, zapalenie mięśnia sercowego, zatrzymanie akcji serca, częstoskurcz napadowy czy też migotanie przedsionków. Wszystkie z wymienionych odgrywają istotną rolę w ogólnej ocenie funkcjonowania mięśnia sercowego. To właśnie w skład tej kategorii diagnostycznej wchodzi kategoria I50, czyli wspomniana wielokrotnie na przestrzeni niniejszego rozdziału niewydolność serca.

Niewydolność serca zasługuje na szczególną uwagę w perspektywie psychokardiologii. Niewydolność serca jest najczęściej spowodowana przez choroby układu sercowo-naczyniowego wpływające na wyrzut krwi z i do komór serca. Polega ona na tym, że serce nie radzi sobie z przepompowywaniem odpowiedniej ilości krwi zgodnie z zapotrzebowaniem organizmu (Surdacki i in., 2019). Niewydolność serca pojawia się najczęściej w wyniku przewlekłego nadciśnienia tętniczego oraz przewlekłej choroby niedokrwiennej serca. Objawy obejmują najczęściej szereg dolegliwości pulmonologiczno-kardiologicznych: problemy z oddychaniem, przyspieszenie oddechu czy też obrzęki dolnych części ciała. Osoby z diagnozą I50 szybciej się męczą podczas wysiłku fizycznego, czemu towarzyszy często kołatanie serca. Wśród psychologicznych objawów choroby objawia się najczęściej depresja, będąca zarówno przyczyną, jak i skutkiem występowania niewydolności mięśnia sercowego. Jej diagnostyka jest niezmiernie trudna, gdyż jej objawy mogą występować w przebiegu wielu innych chorób przewlekłych (Mosterd i Hoes, 2007).

Według nieaktualnych już danych Karaska i współpracowników (2008a) w Polsce co roku diagnozuje się ok. miliona osób z diagnozą I50. Przy uwzględnieniu liczby ludności w Polsce z tamtych lat, daje nam to współczynnik zachorowalności na poziomie 2,62%. Zdaniem Kowalczyk i współpracowników (2017), epidemiologia niewydolności serca wynosi 1-2% dorosłej populacji krajów rozwiniętych, a wartości te przekraczają 10% w przypadku osób powyżej 70. roku życia. Narodowy Fundusz Zdrowia (2020) w swoim najnowszym raporcie na temat choroby niedokrwiennej serca podaje, że w 2019 roku aż 1,39 miliona pacjentów leczono z powodu niewydolności serca. Dane te jednak nie świadczą o rozpowszechnieniu tej choroby w polskiej populacji, gdyż: (1) nie wszyscy pacjenci zmagający się z diagnozą I50 mogą poddawać się leczeniu w placówkach NFZ, a także (2) współczynnik ten bierze pod uwagę wyłącznie liczbę pacjentów którzy podjęli leczenie.

Brakuje obszernych Polskich badań pokazujących epidemiologię tego zjawiska w naszym kraju. Najlepszym źródłem informacji na temat epidemiologii niewydolności serca wydaje się być obszerne badanie Stowarzyszenia Niewydolności Serca przy Europejskim Towarzystwie Kardiologicznym. Duża analiza przeprowadzona w 42 krajach europejskich w latach 2018-2019 pokazuje, że zachorowalność na niewydolność serca wynosi w Polsce 3,1 na 1000 mieszkańców, co jest bliskie mediany danych z 42 badanych krajów, która wyniosła 3,2 na 1000 mieszkańców (Seferović i in., 2021).

Diagnostyki niewydolności serca dokonuje się na podstawie badań laboratoryjnych, EKG, RTG, echokardiografia czy też prób wysiłkowych. Leczy się ją poprzez terapię choroby która ją wywołała, zmianę trybu życia pacjenta, a także farmakoterapię. W przypadku bardzo zaawansowanych form niewydolności serca, stosuje się inwazyjne metody jej leczenia, takie jak terapia resynchronizacyjna (CRT) czy też wszczepienie kardiowertera-defibrylatora (ICD). CRT polega na wprowadzeniu elektrod do stymulacji komór serca, co przyczynia się pozytywnie do tolerancji wysiłku fizycznego przez pacjentów. ICD z kolei zatrzymuje częstoskurcze i migotania komór serca poprzez zastosowanie impulsów elektrycznych. Stosuje się również urządzenia będące połączeniem CRT oraz ICD zwane jako CRT-D (Boehmer, 2004).

1.1.2. Podsumowanie danych epidemiologicznych

Przedstawiony syntetyczny opis wybranych jednostek chorobowych z zakresu I00-I99 pokazuje, jak istotnym problem są choroby układu sercowo-naczyniowego. Są one jednostkami skomplikowanymi w leczeniu oraz rozpoznaniu, a także dotyczącymi jednego z najważniejszych organów ludzkiego ciała – mięśnia sercowego, uważanego od lat za symbol życia. W tym miejscu należałoby dokonać podsumowania danych zbiorczych dotyczących tychże chorób. Ze wstępnego raportu Głównego Urzędu Statystycznego (2021) wynika, że choroby układu krążenia przyczyniły się do 84 571 z 208 598 zgonów w Polsce w pierwszym półroczu 2020 roku. Drugimi w kolejności był choroby nowotworowe (50 076 zgonów). Niestety raport ten nie pokazuje konkretnych danych, mówiących o tym która z chorób układu krążenia przyczyniła się do największej ilości zgonów. Sam GUS zaznacza również, że dane te mają charakter wstępny i mogą ulec zmianie. W celu uzyskania dokładniejszej informacji należy odnieść się do Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego, które pełni funkcję repozytorium danych, w którym znajdziemy informację z jeszcze nieprzygotowanych

oficjalnych raportów. Najnowsze szczegółowe dane pochodzą z roku 2019. Wynika z nich, że w 2019 doszło do 409 709 zgonów, z czego choroby układu krążenia odpowiadały za 161 589 śmierci (~39,44 %), a choroby nowotworowe za 108 702 (~26,53 %). Wśród chorób układu krążenia zostały wymienione 4 główne grupy: choroba niedokrwienna serca (aż 45 434 zgonów), choroby naczyń mózgowych (28 875 zgonów), miażdżycy (28 358 zgonów) oraz choroba nadciśnieniowa (8577 zgonów). W statystykach tych nie uwzględniono niestety innych chorób układu sercowo-naczyniowego, więc nie możemy ich traktować jako kompletnych (Bank Danych Lokalnych, 2019).

Na podstawie przytoczonego przeglądu literatury oraz dostępnych danych widać, że na szczególną uwagę zasługują trzy jednostki chorobowe: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca oraz niewydolność serca. Należą one do najpowszechniejszych zespołów kardiologicznych w praktyce lekarzy rodzinnych (Ścibiorski i Pasiński, 2006). Nadciśnienie tętnicze jest chorobą układu krążenia o największym rozpowszechnieniu w Polsce i innych krajach. Stanowi również przyczynę wielu chorób serca, m.in. choroby niedokrwiennej serca. Ta z kolei jest jednostką będącą najczęstszą przyczyną zgonów na świecie. Zarówno nadciśnienie tętnicze, jak i choroba niedokrwienna serca mogą stanowić przyczynę niewydolności serca, która stanowi ostatni etap wielu chorób serca (Karasek i in., 2008a). Podsumowanie danych epidemiologicznych tych chorób zaprezentowano w Tabeli 1.2.

Tabela 1.2.

Epidemiologia najważniejszych chorób układu krążenia

Nazwa jednostki chorobowej	Epidemiologia (w zaokrągleniu)	
	Polska	Świat
Nadciśnienie tętnicze	29 tys. / 100 tys.	31 tys. / 100 tys.
Choroba niedokrwienna serca	4 tys. / 100 tys.	2 tys. / 100 tys.
Niewydolność serca	0,3 tys. / 100 tys.	

Źródło: opracowanie własne na podstawie przytoczonej literatury (Khan i in., 2020; Mills i in., 2016; NFZ, 2019, 2020; Seferović i in., 2021)

1.1.3. Diagnostyka objawów ze spektrum niewydolności serca

W porównaniu do innych przedstawionych jednostek chorobowych, epidemiologia niewydolności serca nie jest duża, niemniej jednak zasługuje na szczególną uwagę. Chociaż

zachorowalność na choroby układu sercowo-naczyniowego ciągle spada, to niewydolność serca jest nieliczną z tych, których epidemiologia wciąż wzrasta. Symulacje wykazują, że do 2030 roku liczba pacjentów z tą diagnozą może się nawet podwoić (Cook i in., 2014; Karasek i in., 2008a). Niewydolność serca jest drugą najczęstszą przyczyną hospitalizacji pacjentów w Polsce (Ministerstwo Zdrowia, 2017, 2020), a także główną przyczyną przyjęcia do szpitala wśród osób po 65. roku życia (Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, 2023)., dlatego też jej diagnostyka i przeciwdziałanie jej występowaniu są niezmiernie istotne. Z tego też powodu w praktyce kardiologicznej i psychokardiologicznej stosuje się specjalną skalę mierzącą nasilenie symptomów niewydolności serca – skalę NYHA Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (*New York Heart Association*). Pozwala ona zakwalifikować pacjentów to jednej z czterech klas wydolności wysiłkowej. Pierwszą klasę pacjentów stanowią osoby, u których nie obserwuje się ograniczeń aktywności fizycznej w postaci zwiększonego zmęczenia, kołatania serca czy też występowania duszności. Jest to grupa pacjentów bezobjawowych, mogących normalnie funkcjonować. Klasy druga oraz trzecia mówią kolejno o niewielkim lub znacznym ograniczeniu aktywności fizycznej. Najtrudniejszą w leczeniu jest czwarta klasa pacjentów, którzy nie mogą wykonywać jakichkolwiek aktywności bez wystąpienia wskazanych objawów niewydolności serca – dyskomfort fizyczny i psychiczny objawia się u nich nawet w stanie spoczynku. Są to najczęściej pacjenci hospitalizowani, zakwalifikowani do leczenia inwazyjnego, jednakże może się ono pojawiać również w przypadku drugiej i trzeciej klasy pacjentów (Surdacki i in., 2019). W tabeli 1.3 przedstawiono podsumowanie kategorii zawartych w klasyfikacji NYHA.

Tabela 1.3.

Nasilenie symptomów niewydolności serca - skala NYHA

Klasa oraz wydolność wysiłkowa	Uwagi
I - Bez ograniczeń aktywności	Wysiłek fizyczny nie powoduje większego zmęczenia, kołatania serca ani duszności
II - Niewielkie ograniczenie aktywności	Brak dolegliwości podczas spoczynku; zwykła aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, kołatania serca lub duszności
III - Znaczne ograniczenie aktywności	Brak dolegliwości podczas spoczynku; mniejsza niż zwykła aktywność powoduje zmęczenie, kołatania serca lub duszności
IV - Brak możliwości wykonywania aktywności	Objawy niewydolności serca występują w spoczynku, a aktywność fizyczna je nasila i zwiększa dyskomfort

Zródło: opracowanie własne na podstawie przytoczonej literatury (Surdacki i in., 2019)

Skala NYHA nie jest wystarczającym narzędziem do diagnozy niewydolności serca. Badania empiryczne pokazują, że metoda ta nie jest obiektywna. Określenie występowania objawów niewydolności serca dokonywane jest na podstawie indywidualnych preferencji diagnosty. Jedni kardiologów pytają swoich pacjentów o dystans w metrach, jaki są w stanie przebyć bez zmęczenia, a inni zaś o czas, jaki badany może poświęcić na wysiłek fizyczny dopóki nie wystąpi zmęczenie, duszności czy też kołatanie serca. Skala ta nie ma jednej zwalidowanej metody weryfikacji występowania wskazanych objawów. Empiryczna analiza poczynań 30 kardiologów nie wykazała wspólnej metody przypisywania pacjentów do którejkolwiek z klas klasyfikacji NYHA (Raphael i in., 2007). Według danych ze wspomnianego badania, ta sama grupa pacjentów była często przypadkowo przypisywana raz do klasy II a raz do klasy III. Pokazuje to, że umiarkowane i znaczne nasilenie objawów niewydolności serca (klasa II oraz klasa III) może być trudne do rozróżnienia nawet przez lekarza specjalistę. Tym samym nie należy traktować skali NYHA jako jedyne i wystarczające narzędzie diagnozy niewydolności serca. Niemniej jednak stanowi ono bardzo pomocne narzędzie w procesie diagnostycznym i badaniach na pacjentach kardiologicznych. Skala ta wykorzystana jest również w przypadku pacjentów z innymi diagnozami z zakresu I00-I99. Jak wspomniano wcześniej, niewydolność serca stanowi często ostatnie stadium wielu chorób układu krążenia, więc jego diagnostyka jest niezmiernie istotna.

W niniejszym podrozdziale przedstawiono podstawowe informacje na temat wybranych chorób układu sercowo-naczyniowego. Szczególną rolę zwrócono na trzy kategorie diagnostyczne: nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca oraz niewydolność serca, które są ze sobą silnie powiązane. Nadciśnienie tętnicze (najpowszechniejsza choroba układu krążenia) jest jedną z głównych przyczyn choroby niedokrwiennej serca (główniej przyczyny zgonów), a obie w formie przewlekłej lub nieleczonej mogą sprawić, że u pacjenta dojdzie do wystąpienia niewydolności serca. Pokazuje to, dlaczego wymienione trzy kategorie jednostek chorobowych zasługują na szczególną uwagę w procesie badań z zakresu psychokardiologii. Chociaż epidemiologia chorób układu krążenia zmniejsza się, to niewydolność serca dalej pozostaje dużym problemem społeczeństwa i jej rozpowszechnienie dalej rośnie (Cook i in., 2014; Karasek i in., 2008). Z tego też powodu poznanie mechanizmu powstawania chorób układu krążenia jest niezmiernie istotne, gdyż pozwoli ono lepiej zrozumieć z jakimi chorobami mamy do czynienia oraz w jaki sposób można im przeciwdziałać. Z tego względu w dalszej części niniejszego rozdziału zostanie przedstawiona etiologia chorób serca.

1.2. Etiologia chorób serca

W poprzednim podrozdziale dokonano charakterystyki wybranych schorzeń układu sercowo-naczyniowego. W syntetyczny sposób wspomniano również o przyczynach ich powstawania, gdyż charakterystyka danej choroby wymaga informacji na temat jej etiologii, objawów, epidemiologii oraz formy leczenia. Czynniki ryzyka powstawania chorób układu sercowo-naczyniowego należałoby scharakteryzować dogłębniej. Wiele zaburzeń układu krążenia oraz przyczyn zewnętrznych może przyczyniać się do rozwoju dysfunkcji pracy mięśnia sercowego, dlatego też w niniejszym podrozdziale zostanie dokonana klasyfikacja oraz charakterystyka najpowszechniejszych przyczyn powstawania chorób serca, w tym niewydolności serca.

Zdrowie nie jest tylko i wyłącznie brakiem choroby. Jest to stan dobrostanu w trzech sferach: fizycznej, psychicznej i społecznej. Zaburzenie równowagi w którejkolwiek z tej sfer, nawet bez występowania choroby, wymaga odpowiednich interwencji (World Health Organization, 2020b). Choroby serca mogą oddziaływać na dobrostan w tych trzech sferach, dlatego naturalnym jest, że doszukiwalibyśmy się czynników natury fizycznej, psychicznej i społecznej wywołujących problemy z sercem. Literatura kardiologiczna przyjmuje jednakże inny podział czynników ryzyka chorób serca, wyróżniając czynniki modyfikowalne i niemodyfikowalne (zob. Mohammadnezhad i in., 2016; Virani i in., 2021a; Yusuf i in., 2020). Czynniki modyfikowalnymi nazywamy te cechy lub zachowania, które są zależne od pacjenta i ulegają zmianom. Czynniki niemodyfikowalnymi nazywamy te cechy lub zachowania, które nie podlegają zmianą. W psychologii bardziej naturalnym podziałem jest klasyfikacja czynników ryzyka na biomedyczne oraz psychospołeczne. Należy jednak pamiętać, że wszystkie czynniki ryzyka chorób serca możemy przydzielić do obu tych klasyfikacji.

1.2.1. Biomedyczne czynniki ryzyka chorób serca

Najpopularniejszym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka chorób serca jest nadciśnienie tętnicze. Najlepszych informacji na temat roli nadciśnienia tętniczego w chorobach serca może nam dostarczyć Framingham Heart Study – największe badanie podłużne dotyczące chorób serca, prowadzone od 1948 roku i obejmujące ponad 14 000 osób z trzech różnych pokoleń. Według zawartych w nim danych, każdy wzrost ciśnienia

skurczowego o 20mm słupa rtęci oraz rozkurczowego o 11mm słupa rtęci podwaja ryzyko występowania chorób układu sercowo-naczyniowego w grupie osób między 40. a 70. rokiem życia (O'Donnell i Elosua, 2008). W tym samym badaniu wykazano również, że dzięki leczeniu nadciśnienia tętniczego spada ryzyko wystąpienia udaru mózgu o 35-40%, zawału mięśnia sercowego o 20-25% a niewydolności serca o ponad 50%. Dodatkowo, Ford (2011) analizując dane 23 272 osób pochodzących z National Health and Nutrition Examination Survey wykazał, że osoby z nieleczonym nadciśnieniem wykazują się znacząco wyższą śmiertelnością w stosunku do osób z leczonym nadciśnieniem tętniczym. Ze wskazanych danych wynika również, że ilość umieralność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego była prawie czterokrotnie wyższa u osób z nadciśnieniem tętniczym niżeli u osób z normalnym ciśnieniem tętniczym. Ciśnienie krwi jest pozytywnie związane z funkcjonowaniem układu sercowo-naczyniowego. Oznacza to, że częstotliwość występowania dysfunkcji serca wzrasta wraz ze wzrostem ciśnienia tętniczego krwi. Nawet stan przednaciśnieniowy, czyli lekko podwyższone ciśnienie skurczowe i rozkurczowe, może negatywnie przyczyniać się do funkcjonowania serca. Zwiększone ciśnienie tętnicze zmusza serce do większej pracy, co negatywnie wpływa na jego funkcjonowanie.

Drugim modyfikowalnym czynnikiem ryzyka jest poziom cholesterolu. W tym miejscu należy zaznaczyć, że potocznie przyjęło się, iż wysoki poziom cholesterolu jest dla nas niekorzystny. Stwierdzenie to nie jest prawdziwe. W naszym organizmie możemy wyróżnić dwie główne grupy cholesterolu: o wysokiej gęstości (HDL – *high-density lipoprotein*) oraz o niskiej gęstości (LDL - *low-density lipoprotein*). Cholesterol HDL nazywany jest potocznie „dobrym” cholesterolem, a LDL „złym”. To niski poziom cholesterolu HDL i wysoki poziom cholesterolu LDL należą do czynników ryzyka chorób serca. Według Amerykańskiego Stowarzyszenia Kardiologicznego, śmiertelność spowodowana chorobami układu sercowo-naczyniowego występuje częściej nie tylko u osób z wysokimi wynikami cholesterolu LDL, ale i również u osób z niskimi wynikami cholesterolu HDL (Virani i in., 2021a). Stężenie cholesterolu jest bardzo ważnym czynnikiem ryzyka chorób serca, który należy kontrolować od wczesnych lat dzieciństwa. W wielu badaniach epidemiologicznych wykazano, że podwyższenie stężenia cholesterolu w dzieciństwie utrzymuje się również u osób dorosłych i wiąże się ze zwiększonym ryzykiem występowania chorób układu sercowo-naczyniowego (Ignaszewska-Wyrzykowska i in., 2005). We wspomnianym już Framingham Heart Study wykazano, że wysokie stężenie cholesterolu LDL jest głównym czynnikiem występowania choroby niedokrwiennej serca, w szczególności u osób powyżej 65. roku życia (Castelli i in., 1989). W badaniu tym wykazano również istotny wpływ nadciśnienia tętniczego

i podwyższonego poziomu cukru we krwi na występowanie chorób serca, jednakże w grupie wiekowej 65+ to stężenie cholesterolu odgrywało największą rolę. Stężenie cholesterolu pozostaje w interakcji z poprzednim wspomnianym czynnikiem ryzyka, czyli nadciśnieniem tętniczym. Rolą „dobrego” cholesterolu HDL jest zapobieganie odkładania się „złego” cholesterolu LDL w ścianach naszych tętnic. Tak więc dążenie do uzyskania niskiego poziomu cholesterolu LDL oraz wysokiego poziomu HDL stanowi jeden z podstawowych aspektów profilaktyki chorób serca. Zaburzenie stężenia tychże lipoprotein prowadzi do nadciśnienia tętniczego oraz choroby wieńcowej serca, które to mogą przekształcić się w niewydolność serca.

Wspomniany wcześniej poziom cukru we krwi, a konkretnie cukrzyca, jest trzecim modyfikowalnym czynnikiem występowania chorób serca. Wyróżniamy dwa główne typy cukrzycy: typu I oraz typu II. Łączy je jeden wspólny objaw – podwyższony poziom cukru we krwi. Cukrzyca typu I jest schorzeniem autoimmunologicznym, występującym najczęściej w dzieciństwie. Charakteryzuje się ona tym, że komórki trzustki odpowiedzialne za produkcję insuliny są niszczone, przez co dochodzi do jej deficytów. Sprawia to, że nasz organizm ma problemy z metabolizmem cukrów. Cukrzyca typu II występuje najczęściej u osób dorosłych i jest uwarunkowana genetycznie oraz środowiskowo. Wykazuje się silnym związkiem z występowaniem nadwagi, otyłości oraz nadciśnienia tętniczego. W tym rodzaju cukrzycy przyczyną zwiększonego poziomu cukru we krwi jest jej nieprawidłowe wydzielanie oraz/lub odporność naszych komórek na działanie insuliny (Araszkiewicz i in., 2019). W pierwszych 20-stu latach Framingham Heart Study cukrzycę zdiagnozowano u 7% badanej populacji. Występowanie chorób układu sercowo-naczyniowego było dwukrotnie większe u mężczyzn cukrzyków niż u mężczyzn bez tego schorzenia. Wśród kobiet cukrzyków zachorowalność na choroby układu krążenia była trzykrotnie większa niż u tych, które nie miały cukrzycy (Kannel i McGee, 1979). Ciekawych danych dostarcza również analiza wyników pochodzących z Swedish National Diabetes Register z przełomu lat 1998-2012. W badaniu tym wzięto pod uwagę 36 869 osób z cukrzycą typu 1 oraz 457 473 z cukrzycą typu 2. Osoby ze zdiagnozowaną cukrzycą (niezależnie od jej typu) wykazywały się wyższą śmiertelnością w stosunku do grupy kontrolnej (bez diagnozy cukrzycy). Rozpowszechnienie choroby niedokrwiennej serca, zawału mięśnia sercowego czy też niewydolności serca było istotnie większe u osób z cukrzycą, w stosunku do osób zdrowych. Wykazano również, że poziom cukru we krwi jest związany z innymi czynnikami ryzyka chorób serca – głównie ciśnieniem tętniczym oraz stężeniem cholesterolu. Po 15-stu latach badań podłużnych zaobserwowano również, że dzięki leczeniu cukrzycy stężenie cholesterolu LDL istotnie spadło

w obu badanych grupach cukrzyków, co przyczyniło się pozytywnie do spadku wskaźnika śmiertelność. Dodatkowo, zaobserwowano również pozytywny związek leczenia cukrzycy ze spadkiem ciśnienia skurczowego badanej próby (Rawshani i in., 2017). Kontrola cukrzycy jest trzecim zabiegiem profilaktyki chorób serca. Choroba ta negatywnie oddziałuje na komórki oraz tkanki układu krwionośnego i jest silnie powiązana z poprzednio wspomnianymi czynnikami ryzyka – nadciśnieniem tętniczym oraz stężeniem cholesterolu. Uszkodzenie tkanek spowodowane cukrzycą może prowadzić do nadciśnienia tętniczego, powstawania zakrzepów i miażdżycy, będących przyczynami choroby wieńcowej i niewydolności serca.

Nadciśnienie tętnicze, stężenie cholesterolu oraz cukrzyca należą do trzech głównych modyfikowalnych oraz biomedycznych czynników występowania chorób serca. Istotną rolę w kształtowaniu chorób układu sercowo-naczyniowego odgrywają również nasze nawyki i styl życia. Źle zbilansowana dieta, nadmierne spożywanie alkoholu, nadwaga, otyłość, brak aktywności fizycznej oraz palenie tytoniu były odpowiedzialne w Polsce za ok. 55% zgonów i są istotnie związane z występowaniem chorób serca. Według Ministerstwa Zdrowia (2017) ~80% przypadków chorób serca, udarów mózgu oraz cukrzycy typu II można uniknąć dzięki eliminacji wspomnianych wyżej czynników ryzyka związanych z naszym stylem życia.

W przeglądzie dostępnych badań Pastusiak i współpracownicy (2017) wykazali, że zwiększenie spożywania nasyconych kwasów tłuszczowych wyłącznie o 2% zwiększa ryzyko występowania choroby niedokrwiennej serca aż o 23%. Spożywanie kwasów wielonienasyconych w postaci ryb przynajmniej raz w tygodniu obniżało to ryzyko o 16%, a regularne spożywanie orzechów aż o 30%. Również spożywanie mniejszej ilości soli kuchennej może obniżać ryzyko zachorowalności na choroby serca. Ze wspomnianego przeglądu wynika, że zmniejszenie spożycia soli o 1g dziennie obniża ciśnienie tętnicze krwi – u osób z nadciśnieniem tętniczym dwukrotnie bardziej niż u osób zdrowych. Część badaczy uznaje również, że zmniejszenie spożywania alkoholu przyczynia się pozytywnie do spadku ciśnienia tętniczego oraz masy ciała, gdyż każda ilość spożywanego alkoholu znacząco je podwyższa (Pastusiak i in., 2017).

Źle zbilansowana dieta wraz z brakiem aktywności fizycznej mogą przyczynić się do występowania nadwagi czy też otyłości, które także dodatkowo przyczyniają się do rozwoju nadciśnienia tętniczego, wysokiego poziomu cholesterolu LDL czy też zwiększonego stężenia cukru we krwi. Brak aktywności fizycznej jest również niezależnym czynnikiem chorób serca, który zwiększa szansę wystąpienia niewydolności serca nawet o 91% (Virani i in., 2021a). Wykazano, że aktywność fizyczna u pacjentów kardiologicznych zmniejsza ich śmiertelność nawet o 20-30% i zmniejsza ryzyko śmierci spowodowanej chorobami układu sercowo-

naczyniowego (Pastusiak i in., 2017). Podczas trwającego ponad 28 lat i obejmującego 7 tysięcy osób Alameda County Study wykazano, że nawet bardzo sporadyczna aktywność fizyczna zmniejsza zachorowalność na choroby serca i przyczynia się pozytywnie do spadku śmiertelności z ich powodu u osób w wieku od 16 do 94 lat (Kaplan i in., 1996).

Kolejnym czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego spowodowanym stylem życia jest palenie. Tradycyjnie literatura wspomina w tym miejscu o paleniu tytoniu, jednakże Amerykańskie Stowarzyszenie Kardiologiczne zwraca słusznie uwagę, że palenie innych substancji, w tym także korzystanie z e-papierosów, również może przyczyniać się do występowania chorób serca (Virani i in., 2021a). Palenie jest niezależnym czynnikiem chorób serca, ale może również przyczyniać się do występowania nadciśnienia tętniczego, podwyższonego stężenia cholesterolu LDL czy też cukrzycy. Wspomniane Amerykańskie Stowarzyszenie Kardiologiczne stwierdza, że palacze chorują dwukrotnie częściej na niewydolność serca, w stosunku do osób niepalących. Według ich wytycznych, również palenie bierne zwiększa ryzyko występowania chorób układu krążenia aż o 20-30%. Szacuje się dodatkowo, że śmiertelność spowodowana chorobami układu krążenia jest dwukrotnie większa u osób palących niż niepalących. Potwierdzono również, że zaprzestanie palenia może zbliżyć występowanie czynników ryzyka chorób serca do poziomu osób niepalących po upływie ~10-15 lat (Pastusiak i in., 2017; Piepoli i in., 2016).

Wśród czynników ryzyka chorób serca wyróżniamy również niemodyfikowalne biomedyczne czynniki ryzyka takie jak wiek, płeć czy rasa. Najczęściej nie mają one bezpośredniego wpływu na występowanie chorób układu sercowo-naczyniowego, jednakże mogą one kształtować występowanie innych czynników ryzyka. Po 42 latach obserwacji Framingham Heart Study wykazano, że wraz ze wzrostem wieku pacjentów dochodzi do wzrostu częstotliwości występowania nadciśnienia i cukrzycy, co jest prawdopodobnie związane z pogarszającym się stanem zdrowia uwarunkowanym starzeniem się organizmu. Wykazano również dodatni związek między wiekiem a paleniem papierosów – częstotliwość palenia malała wraz ze wzrostem wieku osób badanych. Zaobserwowano również związek pomiędzy stężeniem cholesterolu LDL, wiekiem i płcią – wraz z postępem wieku u mężczyzn stężenie „złego” cholesterolu malało, a u kobiet wzrastało. Mimo pozytywnej i negatywnej zmiany niektórych czynników ryzyka, wykazano wzrost występowania choroby niedokrwiennej serca, tłumacząc to dużą rolą wzrostu nadciśnienia tętniczego i występowania cukrzycy wraz ze wzrostem wieku badanych (Kannel, 2002).

Według Amerykańskiego Stowarzyszenia Kardiologicznego również płeć i rasa odgrywają istotną rolę w epidemiologii innych czynników ryzyka chorób serca. Ze statystyk

z roku 2021 wynika, że palenie rozpowszechnione było częściej u mężczyzn (75%) niż kobiet (58,2%). Osoby rasy białej były znacząco częściej zadeklarowanymi palaczami (75% w stosunku do innych grup rasowych: Latynosów (51,6%) Czarnych (55,1%) oraz Azjatów (40,1%). Istotne różnice wykazano również w przypadku otyłości, która w formie skrajnej występowała częściej u kobiet (10,5%) niżeli mężczyzn (6,2%). Tłumaczy się to tym, że we wspomnianym badaniu mężczyźni wykazywali się większą aktywnością fizyczną. Zaobserwowano również, że wśród osób o pochodzeniu azjatyckim wskaźnik otyłości był najmniejszy, największy zaś wśród Latynosów. Wskaźniki takie jak wysokie stężenie cholesterolu LDL oraz występowanie nadciśnienia tętniczego i cukrzyca były wyższe u mężczyzn niżeli kobiet, jednakże w grupie powyżej 65 roku życia proporcje te były odwrotne – to kobiety wykazywały się wyższymi wskaźnikami „złego” cholesterolu oraz większą częstotliwością występowania nadciśnienia tętniczego. Wskaźniki te były również wyższe u osób Czarnych i Latynosów w porównaniu do osób Białych i Azjatów (Virani i in., 2021a).

Również w badaniach Polskich zaobserwowano istotnie różnice w epidemiologii modyfikowalnych biomedycznych czynników ryzyka chorób serca spowodowane czynnikami niemodyfikowalnymi. W latach 2004-2005 przebadano 61 641 pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. W badaniu wzięły osoby w wieku między 14 a 120 lat. Nadciśnienie tętnicze występowało u 74% badanej próby – częściej u mężczyzn (76,5%) niżeli u kobiet (71,8%). Występowało ono aż wśród 82,2% osób w grupie wiekowej 61-79 lat. Nadwaga, otyłość i cukrzyca występowały kolejno u 46,7%, 24,6% oraz 19% badanej próby i nasilały się wraz z wiekiem (Sulicka-Grodzicka i in., 2006).

1.2.2. Psychospołeczne czynniki ryzyka chorób serca

Głównym modyfikowalnym środowiskowym czynnikiem chorób serca jest status ekonomiczny. Informacji na temat jego wpływu może dostarczyć bardzo duża analiza danych podłużnych pochodzących z 21 krajów. Na przełomie lat 2005-2016 dokonano analiz danych 155 722 osób bez zdiagnozowanych chorób układu sercowo-naczyniowego w wieku między 35 a 70 lat. Wykazano, że status ekonomiczny nie jest głównym czynnikiem ryzyka chorób serca, ale tak jak niemodyfikowalne czynniki biomedyczne, może przyczyniać się do rozwoju innych czynników ryzyka. W badaniu wykazano, że ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego związane z niskim wykształceniem badanych było największe w krajach o niskim dochodzie. Z kolei w krajach o wysokim dochodzie zaobserwowano największe

ryzyko spowodowane paleniem tytoniu. W krajach o niskim dochodzie i wysokim dochodzie zaobserwowano również istotnie wyższe ryzyko zachorowalności na choroby układu sercowo-naczyniowego z powodu cukrzycy, w stosunku do krajów o umiarkowanym dochodzie (Yusuf i in., 2020).

Choroby układu krążenia były pierwszymi, wśród których udokumentowano znaczenie czynników psychologicznych (Heszen i Sęk, 2012). Jednym z nich jest wzór zachowania typu A, zwany również potocznie jako osobowość wieńcowa. U osób charakteryzujących się wzorem zachowania typu A (WZA) mamy do czynienia z przewlekłym stresem. Jest on spowodowany tym, że osoby z WZA wykazują się sporą tendencją do rywalizacji i walki o osiągnięcia, poczuciem presji czasu, agresją (jawną lub silnie tłumioną), nadpobudliwością oraz dużym życiowym pośpiechem. Osoby z WZA są również nadmiernie czułe w stosunku do otoczenia i starają się przejąć całkowitą kontrolę nad wydarzeniami które ich dotyczą, co często prowadzi do aktów agresji i konfliktów interpersonalnych ze strony tych osób. Zachowania te objawiają się we wszystkich sferach życia osób o osobowości wieńcowej (Heszen i Sęk, 2012; Monastyrska i Beck, 2014). Wzór zachowania typu A nazywany jest osobowością wieńcową, gdyż osoby o tego typu cechach osobowościowych nawet pięciokrotnie częściej zapadają na chorobę niedokrwienną serca, niż osoby o przeciwnym wzorze zachowania pozbawionym wspomnianych wyżej cech (Sheridan i Radmacher, 1998; Wrześniewski, 1993). Wynika to prawdopodobnie z wpływu wskazanych cech osobowości typu A na gospodarkę hormonalną i krwionośną organizmu, przyczyniając się do rozwoju innych czynników ryzyka, takich jak nadciśnienie tętnicze.

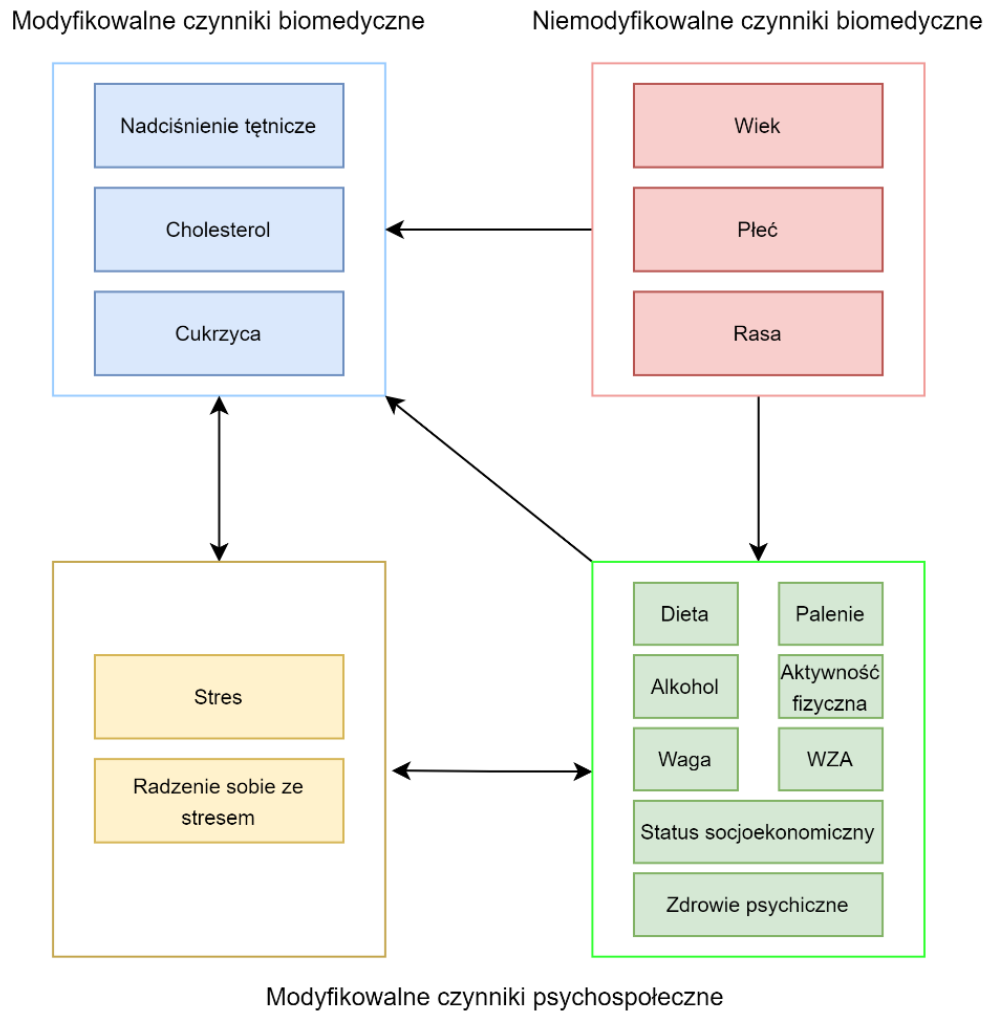
Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne zwraca uwagę na to, że również inne czynniki psychologiczne odgrywają dużą rolę w kształtowaniu chorób serca. Według ich raportu osoby, których dotyczą napady paniki czterokrotnie częściej zapadają na chorobę niedokrwienną serca, niż osoby bez tego zaburzenia. Również osoby ze zdiagnozowaną depresją dwukrotnie częściej zapadały na chorobę niedokrwienną serca w stosunku do osób zdrowych. Wykazano również istotną rolę stresu jako czynnika ryzyka chorób serca. Osoby o dużym nasileniu stresu rodzinnego były nawet czterokrotnie bardziej narażone na wystąpienie choroby niedokrwiennej serca w stosunku u osób o niskim nasileniu stresu (Piepoli i in., 2016).

Nadciśnienie tętnicze, stężenie cholesterolu i cukru we krwi, nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna, palenie, płeć, rasa, wiek, status socjoekonomiczny, zdrowie psychiczne, a także obecność stresu w naszym życiu stanowią istotne czynniki ryzyka chorób serca. Możemy je przypisać do dwóch kwalifikacji wspomnianych na początku tego podrozdziału: czynników modyfikowalnych oraz niemodyfikowalnych, a także biomedycznych oraz

psychospołecznych. Na Rysunku 1.2 dokonano przypisania wskazanych czynników ryzyka na bazie obu zaproponowanych klasyfikacji. Do modyfikowalnych czynników biomedycznych należy przypisać nadciśnienie tętnicze, cholesterol i cukrzyce. Wiek, płeć oraz rasę zaliczono do niemodyfikowalnych czynników biomedycznych, gdyż są one niezależne od nas i niepodatne na zmianę. Pozostało czynniki przypisano do grupy modyfikowalnych czynników psychospołecznych. Na podstawie zaprezentowanego przeglądu literatury nie udało się wyróżnić niemodyfikowalnych czynników psychospołecznych.

1.2.3. Interakcje pomiędzy głównymi czynnikami ryzyka chorób układu krążenia

Na Rysunku 1.2 zobrazowano również interakcje, jakie zachodzą pomiędzy wskazanymi czynnikami ryzyka chorób serca. Nadciśnienie tętnicze, stężenie cholesterolu LDL i HDL a także cukrzyca należą do głównych przyczyn chorób serca. Jak wykazano wcześniej, wiek, płeć oraz rasa nie mają bezpośredniego wpływu na występowanie chorób serca, a jedynie różnicują istotnie wyniki innych czynników ryzyka – zarówno tych biomedycznych, jak i tych związanych ze stylem życia. Czynniki psychospołeczne również nie mają bezpośredniego wpływu na występowanie problemów kardiologicznego. Są to czynniki, które stanowią często bariery w przestrzeganiu zaleceń lekarskich i zmiany stylu życia, co przyczynia się pośrednio do epidemiologii nadciśnienia, stężenia cholesterolu i cukrzycy (Piepoli i in., 2016). Na Rysunku 1.2 wydzielono osobno 2 kategorię czynników psychospołecznych: stres oraz formy radzenia sobie ze stresem. Monastyrska i Beck (2014) słusznie zauważyły, że nie tylko stres może istotnie wpływać na występowanie chorób serca, ale i również stosowanie nieodpowiednich form radzenia sobie ze stresem. Stres jest czynnikiem zasługującym na szczególną uwagę, gdyż jego relacja z innymi czynnikami ryzyka może być dwustronna. Duża ilość stresu może przyczyniać się do występowania nadciśnienia i innych zaburzeń metabolicznych. W sytuacji gdy pacjent nie radzi sobie ze swoim stanem zdrowia i terapia stosowana w celu zmniejszenia ciśnienia, poziomu cukru we krwi lub stabilizacji gospodarki cholesterolu jest nieskuteczna, to może wywoływać to stres i poczucie dużego niepokoju w życiu pacjenta. Pokazuje to, że relacja ta niewątpliwie ma znamiona interakcji dwustronnej.



Rysunek 1.2 Najpopularniejsze czynniki ryzyka chorób serca

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przytoczonej literatury

Stres i radzenia sobie z nim pozostają również w obustronnej interakcji z innymi czynnikami psychospołecznymi chorób serca. W sytuacji dużego życiowego stresu, pacjenci mogą sięgać po niezdrową dietę, alkohol, palenie czy też leseferystyczny styl życia w celu redukcji skutków tego stresu i polepszenie swojego samopoczucia. Stosowanie tego typu zachowań może także wywoływać wśród pacjentów kardiologicznych duże natężenie stresu, zwłaszcza w sytuacji gdy zdają sobie oni sprawę ze swojego nieprawidłowego i niezdrowego postępowania. Stan zdrowia psychicznego również pozostaje w obustronnej interakcji ze stresem – może on być zarówno przyczyną, jak i skutkiem zaburzeń psychicznych. Interakcja pomiędzy statusem socjoekonomicznym a stresem może wydawać się pozornie jednostronna – z powodu nieodpowiednich warunków życia, człowiek może odczuwać spory dyskomfort, lęk oraz stres. Nie mniej jednak należy pamiętać, że relacja ta może zachodzić również w drugą stronę w sposób bezpośredni. Status socjoekonomiczny jest czynnikiem modyfikowalnym,

który możemy zmienić. Duża ilość życiowego stresu może stanowić barierę przed podjęciem się takowej zmiany.

W niniejszym rozdziale dokonano charakterystyki wybranych chorób układu sercowo-naczyniowego. Zwrócono również szczególną uwagę na etiologię ich powstawania, głównie z perspektywy niewydolności serca. Do najpopularniejszych czynników ryzyka chorób kardiologicznych należy zaliczyć występowanie nadciśnienia tętniczego, wysokie stężenie cholesterolu LDL oraz niskie stężenie cholesterolu HDL, a także cukrzycę typu I oraz typu II. Według Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, palenie stanowi najistotniejszy czynnik związany z nieodpowiednim stylem życia, który może przyczynić się do występowania chorób układu sercowo-naczyniowego (Piepoli i in., 2016). Zwrócono również uwagę na istotną rolę stresu i radzenia sobie z nim, pozostającego w interakcji z innymi czynnikami ryzyka: biomedycznymi i psychospołecznymi. Stres odgrywa istotną rolę w życiu człowieka, szczególnie u pacjentów z niewydolnością serca. Z tego powodu zjawisku stresu zostanie poświęcony osobny rozdział w dalszej części niniejszej pracy. Choroby serca są chorobami przewlekłymi, z którymi pacjenci często zmagają się aż do końca swojego życia, dlatego też należałoby się zastanowić nad zjawiskiem jakości życia u pacjentów z niewydolnością serca. Kolejne fragmenty tej pracy postarają się odpowiedzieć na pytania: (1) czy pacjenci chorujący na niewydolność serca wykazują się gorszym dobrostanem i jakością życia niżeli osoby zdrowie, oraz (2) jakie czynniki psychologiczne mogą pomóc pacjentom chorującym na niewydolność serca w zmaganiu się z ich chorobą i redukcji destrukcyjnego wpływu stresu na ich stan zdrowia fizycznego i psychicznego.

Rozdział 2.

Związki zasobów sensu i oceny choroby z jakością życia

Jakość życia jest trudnym pojęciem do zdefiniowania. Nie można powiedzieć jednoznacznie, czym ona jest. Pojęcie jakości życia będzie rozumiane inaczej w zależności od tego, jaką dyscyplinę reprezentuje osoba definiująca to pojęcie (Cieślik i Słopecka, 2010). Zdaniem Seligmana (2011) oraz Trzebiatowskiego (2011), pojęcie jakości życia nadal nie doczekało się wspólnej interdyscyplinarnej definicji i ciągle nie zostało dobrze zoperacjonalizowane. Według Jankowskiej (2011), psychologia utożsamia jakość życia również z pojęciem sensu życia. W rzeczywistości sens życia jest bardzo istotną składową jakości życia i nie oznacza tego samego co sama jego jakość, która jest pojęciem ogólnym. Jakość życia bywa również często mylona z pojęciem dobrostanu. Nie stanowią one tożsamyh pojęć, chociaż niektóre psychologiczne koncepcje, jak chociażby koncepcja szczęścia Czapińskiego (1992, 2017), zestawiają te dwa terminy bardzo blisko siebie. Trzebińska (2008) uważa jednak, że pojęcia jakości życia i dobrostanu są ze sobą tożsame. Podejście to jednak nie jest w pełni trafne z perspektywy psychologicznej. Celem niniejszego rozdziału jest zaprezentowanie różnicy między pojęciami jakości życia i dobrostanu, a także omówienie ich dwóch istotnych korelatów z perspektywy psychokardiologicznej: poczucia sensu życia oraz percepcji choroby.

2.1. Jakość życia i dobrostan osób z niewydolnością serca

Samo pojęcie jakości życia może być różnie definiowane. Możemy mówić o ogólnej jakości życia lub też jakości życia związanej ze zdrowiem (Wnuk i in., 2013). Pod pojęciem dobrostanu także kryje się wiele pojęć, nie zawsze oznaczających to samo. W psychologii bardzo popularnymi teoriami są koncepcja subiektywnego dobrostanu (Diener, 1984) oraz psychologicznego dobrostanu (Ryff, 1989). Mają one inne podłoże teoretyczne i stanowią niezależne, lecz związane ze sobą, konstrukty. Odpowiednie im zdefiniowane jest niezmiernie istotne chociażby z tego powodu, że różne operacjonalizacje jakości życia i dobrostanu nie zawsze są związane z tymi samymi zmiennymi biomedycznymi i psychologicznymi. Problematyka definicji jakości życia i dobrostanu sprawia, że przed przystąpieniem do analizy

jakości życia pacjentów z niewydolnością serca, należałoby dokonać krótkiego omówienia podstawowych definicji.

2.1.1. Definicja konstruktów jakości życia

Jakość życia rozumiana jest często jako poziom zaspokojenia podstawowych i uniwersalnych wymagań jednostki. W socjologii wymagania te definiuje się jako poczucie bezpieczeństwa, stabilności psychicznej, samorealizacji czy też uznania społecznego (Jankowska, 2011). Nordenfelt (1993) zwraca uwagę na istotną rolę wpływu środowiska na ocenę jakości życia człowieka, którą definiuje jako konstrukt, na który składają się trzy wymiary: psychospołeczny, fizyczny oraz kulturowy. Również Czapiński (1985) twierdzi, że o jakości życia decydują zarówno czynniki psychologiczne, takie jak zasoby psychiczne oraz dobrostan psychiczny, jak i czynniki społeczne, np. status socjoekonomiczny czy też warunki życia. Koncepcję jakości życia rozwija również Derbis (2000), wskazując, że nie tylko sfera psychiczna, ale i również środowisko zawodowe, rodzinne oraz zdrowie człowieka oddziałują na jego poczucie jakości życia. Zwraca on również uwagę na to, że zarówno doświadczenia, jak i przemyślenia z nimi związane mogą decydować o tym, jak człowiek ocenia jakość swojego życia. Definiując jakość życia od strony ekonomicznej, badacze biorą pod uwagę również takie zmienne jak warunki mieszkaniowe jednostki, dochody czy też dostępność usług (Derbis, 2000; Jankowska, 2011). Niemniej jednak należy pamiętać, że zasoby ekonomiczne samodzielnie nie determinują jakości życia, czy też dobrostanu jednostki, jednakże pozwalają je łatwiej osiągnąć (Csikszentmihalyi, 1999).

Próbując dokonać interdyscyplinarnej definicji jakości życia, należałoby wymienić dwa pojęcia: subiektywnej i obiektywnej jakości życia. Obiektywna jakość życia jest konstruktem uwarunkowanym w kategoriach ekonomicznych i warunkach życia społecznego, podlegającym obiektywnej społecznej ocenie, mierzonych m.in. za pomocą podstawowych mierników życia społeczeństwa jak wskaźnik PKB. Subiektywna jakość życia dotyczy indywidualnej oceny swojego życia dokonywanej przez jednostkę na bazie jej własnych kryteriów oceny, najczęściej uczuć i stanów emocjonalnych (zob. Borys, 2015; Czapiński i Panek, 2013; Derbis, 2000). Najpopularniejsza definicja jakości życia wydaje się być bardziej tożsama z definicją subiektywnej jakości życia. Została ona stworzona przez Światową Organizację Zdrowia (1998) i tłumaczy jakość życia jako indywidualne spostrzeganą pozycję

w życiu w perspektywie warunków kulturowych i systemów wartości dotyczących jednostki, w perspektywie obranych przez nią celów, standardów oczekiwań i życiowych obaw.

W naukach medycznych obecne jest również pojęcie jakości życia związanej ze zdrowiem. Uważa się, że twórcą tego pojęcia jest Harvey Schipper (Schipper, 1990; Wnuk i in., 2013). Definiuje on jakość życia związaną ze zdrowiem nie tylko jako efekt oddziaływania choroby, ale i również skutki jej leczenia oraz subiektywne przeżycia pacjenta związane z jego chorobą. Za bazę zaproponowanego przez siebie konstruktury przyjął on definicję Światowej Organizacji Zdrowia, mówiącą o tym, że zdrowie nie oznacza jedynie braku choroby, ale również i stan psychicznego, społecznego i fizycznego dobrostanu (Schipper, 1990; World Health Organization, 2020b).

Stan zdrowia jest warunkiem koniecznym, bez którego nie byłibyśmy w stanie osiągnąć pełni szczęścia i dobrej jakości życia (Sęk, 1993; Tatarkiewicz, 1979; Trzebiatowski, 2011). Z tego też powodu w badaniach nad funkcjonowaniem pacjentów z niewydolnością serca zawsze powinniśmy uwzględniać pomiar jakości życia, którego wskaźniki dostarczają nam informacji, jak rozumiana jest jakość życia związana ze zdrowiem. Najpopularniejszym kwestionariuszem do pomiaru jakości życia stosowanym w badaniach kardiologicznych jest kwestionariusz *The Medical Outcomes Study 36-Items Short – Form Health Survey*, zwany jako SF-36 (Cieślik i Słopecka, 2010). Składają się na niego skale mierzące m.in. funkcjonowanie fizyczne i psychiczne, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu zdrowia czy też ogólne poczucie zdrowia. Kwestionariusz ten nie jest niestety dobrze zwalidowany na gruncie polskim. Żołnierczyk-Zreda (2010) zwraca uwagę na to, że w Polsce wykorzystuje się wiele wersji kwestionariusza SF-36, które znacznie różnią się od siebie i nie zostały dobrze zwalidowane. W 2009 roku na łamach *Kardiologii Polskiej* ukazała się polska wersja SF-36 służąca do pomiaru jakości życia związanej ze zdrowiem wśród pacjentów kardiologicznych. Publikacja ta zawiera jedynie przetłumaczony kwestionariusz, bez podanych właściwości psychometrycznych tego tłumaczenia (zob. Tylka i Piotrowicz, 2009). Sprawia to, że nie byłoby zasadnym stosowanie tej wersji skali w badaniach nad jakością życia pacjentów z niewydolnością serca. Walidacje SF-36 na innych grupach osób chorób przewlekłe również nie pozwalają na stosowanie tej skali w badaniach polskich. Kłosiński i współpracownicy (2014) dokonali walidacji SF-36 na próbie osób ze stenozą kanału kręgowego w odcinku lędźwiowym. Mimo osiągnięcia przez nich zadowalających współczynników rzetelności skali, nie można uznać ich walidacji za kompletną. Przebadali oni tylko 192 pacjentów, czego nie można uznać za wystarczającą próbę osób. Co więcej, ich walidacja pomija wiele podstawowych kroków walidacji psychometrycznej, jak chociażby confirmacyjna analiza

czynnikowa (zob. Gerymski i Krok, 2019). W walidacji Kłosińskiego i współpracowników (2014) zastosowano jedynie analizy korelacji i analizę rzetelności przy użyciu współczynnika *alfa*-Cronbacha.

Najlepszej polskiej walidacji SF-36 dokonała Żołnierczyk-Zreda (2010). Przebadła ona 1076 osób, a w skład tej grupy wchodziły również osoby przewlekle chore ($n=676$, w tym 20% stanowiło osoby z chorobami sercowo-naczyniowymi). Wykazała ona, że struktura czynnikowa Polskiej wersji SF-36 odbiega od wersji oryginalnej. Dodatkowo autorka określa wartości współczynników rzetelności jako satysfakcjonujące, chociaż rzetelność skali zdrowia ogólnego mierzona współczynnikiem *alfa*-Cronbacha wyniosła tylko 0,38 dla grupy osób chorych. Przedstawione informacje w pełni dyskredytują zastosowanie kwestionariusza SF-36 na gruncie polskim i wskazują na wymóg ponownej walidacji tego narzędzia.

Ciekawą i rzetelną alternatywą dla SF-36 wydaje się być kwestionariusz WHOQOL (The WHOQOL Group, 1998). Jego skrócona wersja, WHOQOL-BREF, jest również stosowana w badaniach nad osobami chorymi kardiologicznie i bazuje na najpopularniejszej definicji jakości życia opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia. Kwestionariusz WHOQOL-BREF bada jakość życia w czterech sferach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej (Wołowicka i Jaracz, 2001). Osoby stosujące ten kwestionariusz często mylnie używają go do operacjonalizacji jakości życia związanej ze zdrowiem. Tak naprawdę kwestionariusz WHOQOL-BREF mierzy ogólną jakość życia w wymienionych wyżej czterech sferach. Analizując pytania kwestionariusza należy stwierdzić, że tylko część pytań kwestionariusza dotyczy stanu zdrowia jednostki, a niektóre pytania dotyczą ogólnych aspektów życia człowieka, niezwiązanych z jego chorobą. Dla przykładu pytanie 12 („Czy masz wystarczająco dużo pieniędzy by zaspokoić swoje potrzeby?”) oraz pytanie 19 („Jak zadowolony jesteś z siebie?”) nie muszą być ocenione przez badanego w perspektywie jego zdrowia. Z kolei pytanie 2 („Jak zadowolony jesteś ze swojego zdrowia?”) czy też pytanie 15 („W jakim stopniu możesz się poruszać?”) w bardziej bezpośredni sposób dotyczą jakości życia związanej ze zdrowiem. Z tego też powodu przy interpretacji wyników WHOQOL-BREF powinniśmy używać pojęcia jakości życia, a nie wyłącznie jakości życia związanej ze zdrowiem, gdyż tylko część pytań tej skali dotyczy sfery związanej bezpośrednio z chorobą.

2.1.2. Dobrostan hedonistyczny i eudajmonistyczny

Omawiając pojęcie jakości życia zwrócono uwagę, że często bywa ono utożsamiane z pojęciem dobrostanu. Tak naprawdę dobrostan stanowi bardzo istotną składową subiektywnej oceny jakości życia i jest bardziej szczegółowym pojęciem (Czapiński, 1985). Zdaniem Campbella (1981) dobrostan jest sumą naszych doświadczeń. Trzebińska (2008) uważa z kolei, że na dobrostan składa się ogólna ocena życia człowieka, której dokonujemy na podstawie opisu naszego stanu psychicznego. Te podejścia zwracają dużą uwagę na subiektywny aspekt dobrostanu, który nie zawsze był obecny w przypadku definicji jakości życia. Zdaniem Seligmana (2011) dobrostan nie jest stałym konstruktem i składają się na niego takie aspekty jak pozytywne emocje, poczucie sensu, poczucie osiągnięć, pozytywne relacje z innymi oraz *engagement*, tłumaczone jako pochłonięcie. Tak jak i w przypadku definicji jakości życia, dobrostan jest definiowany różnie w zależności od dyscypliny jaką reprezentuje dany badacz. Większość tych definicji łączy jeden aspekt – duże nastawienie na subiektywną ocenę dokonywaną przez człowieka.

Jedną z najpopularniejszych koncepcji dobrostanu w psychologii stanowi teoria subiektywnego dobrostanu (*subjective well-being*; SWB), zwanego również dobrostanem hedonistycznym. SWB jest bardzo szerokim pojęciem, które nie jest definiowane jako jeden stały konstrukt (Diener i in., 1999). Jednym z najpopularniejszych badaczy subiektywnego dobrostanu był nieżyjący już Ed Diener. Według Dienera i współpracowników (2002) SWB jest poznawczo-emocjonalnym podsumowaniem doświadczeń i życia człowieka. Poznawczy aspekt subiektywnego dobrostanu dotyczy sądów i przekonań na temat życia jednostki, natomiast emocjonalny zaś reakcji za zachodzące w jej życiu zdarzenia (Krok, 2015). Andrews i Withey (1974) uważali, że subiektywny dobrostan składa się z trzech komponentów: satysfakcji z życia, afektu pozytywnego oraz afektu negatywnego. Koncepcję tę rozwinęli Diener i współpracownicy (1999, 2002) dodając czwarty komponent SWB: satysfakcję z poszczególnych sfer życia (*domain satisfaction*), takich jak zdrowie, rodzina, samoocena, praca czy finanse. Autorzy zwracają uwagę, że aby cechować się wysokim subiektywnym dobrostanem, należy cieszyć się wysoką satysfakcją z życia oraz dużą ilością pozytywnych, a małą ilością negatywnych emocji (Diener i in., 2002).

Drugą szeroko znaną koncepcją dobrostanu w psychologii jest teoria psychologicznego dobrostanu (*psychological well-being*; PWB), zwanego również eudajmonistycznym. Jednym z najpopularniejszych badaczy PWB jest Carol Ryff. Psychologiczny dobrostan jest definiowany przez Ryff (1989) w kategorii realizacji indywidualnych i społecznych wartości.

Swoją koncepcję opiera na teoriach Rogersa, Allporta, Neugartena, Bühlera, Eriksona, Frankla, Jahody, Junga oraz Masłowa (zob. Ryff, 2014a). Jako składowe psychologicznego dobrostanu, Ryff wyróżnia 6 czynników: (1) samoakceptację, czyli pozytywne nastawienie do samego siebie; (2) pozytywne relacje z innymi, rozumiane jako pełne zaufania i pozytywne relacje interpersonalne; (3) autonomię, definiowaną jako poczucie wewnątrzsterowności i bycia niezależnym; (4) panowanie nad środowiskiem, czyli umiejętność tworzenia i wyboru takiego środowiska, które byłoby odpowiednie dla naszych potrzeb psychicznych; (5) cel w życiu, tłumaczony jako zrozumienie i poczucie sensu swojego życia; (6) rozwój osobisty, objawiający się w samorealizacji, rozwijaniu własnego potencjału oraz otwartości na nowe doświadczenia (Ryff i Singer, 1996).

Statystyczne porównanie SWB i PWB pozwala stwierdzić, że chociaż obydwa konstrukty są ze sobą silnie powiązane, to jednakże są niezależne od siebie (Chen i in., 2013). Z tego powodu, dokonując przeglądu związku dobrostanu ze stanem zdrowia pacjentów z niewydolnością serca, należałoby analizować te związki osobno dla każdego z tych dobrostanów. Dyskusja na temat związku SWB i PWB z poziomem zdrowia prowadzona była nawet przez samych głównych reprezentantów tych teorii, czyli Eda Dienera (1984) i Carol Ryff (2014a).

2.1.3. Koncepcje dobrostanu a zdrowie

Diener (1984) uważa, że subiektywny dobrostan odgrywa ważniejszą rolę w zdrowiu niż dobrostan psychologiczny. Powołuje się on na podstawy teoretyczne obu teorii. Zdaniem Dienera i współpracowników (1998), człowiek zastanawiając się nad swoim dobrostanem i poczuciem szczęścia, będzie brał pod uwagę komponenty składowe SWB, a nie PWB. Zwracają oni uwagę na to, że teoria PWB bazuje na komponentach istotnych dla psychologów i filozofów, a nie „zwykłego” człowieka. Zdaniem Dienera i jego zespołu badawczego (1998), SWB pozwala ludziom na ocenę ich życia i szczęścia na bazie ich indywidualnych kryteriów oceny, a nie tych narzuconych, jak ma to miejsce w przypadku PWB. Uważają oni, że subiektywny dobrostan jest związany z indywidualnymi ludzkimi wartościami. Tym samym, wpływ choroby na ocenę dobrostanu jednostki będzie zależny od tego, czy choroba jest w jej ocenie wartościowa. W przypadku PWB, komponenty składowe dobrostanu są z góry narzucone i zmuszają do oceny dobrostanu w perspektywie 6 określonych sfer (Ryff, 1989),

które nie zawsze są uniwersalne i według badań empirycznych, mogą mieć różne znaczenie w różnych kulturach (Diener i in., 1998).

Ryff próbowała opisać związek psychologicznego dobrostanu i zdrowia w swojej pracy z 2014 roku. Z dokonanego przez nią przeglądu można wywnioskować, że PWB jest silnie związany ze zdrowiem człowieka (Ryff, 2014a). Wskazany przegląd literatury dostarcza wielu informacji i wnosi istotny wkład w sferę badań PWB w perspektywie zdrowia, jednakże jest obarczony dużą limitacją. Powołując się na szereg badań empirycznych, Ryff używa pojęcia dobrostanu (*well-being*), bez konkretnego wskazania jego komponentów. Używana ona przytoczonego przeglądu literatury na temat związku zdrowia i (nieokreślonego) dobrostanu w celu potwierdzenia związku między zdrowiem a PWB. Powołuje się ona m.in. na badania Valiente i współpracowników (2011) zwracających uwagę na to, że dobrostan odgrywa ważną rolę w życiu pacjentów ze schizofrenią i zaburzeniami paranoidalnymi. Valiente i jego zespół badawczy badali predyktory subiektywnego dobrostanu, a nie psychologicznego, o czym Ryff (2014a) nie wspomina w swoim przeglądzie i co stanowi dużą limitację jej pracy.

Przedstawione dotychczas informacje skłaniają bardziej do zastosowania pomiaru SWB w przypadku badań nad osobami z niewydolnością serca. Metaanaliza 140 prac bazujących na teorii SWB z lat 1965-2018 pokazuje istotny i dodatni związek między poziomem zdrowia a subiektywnym dobrostanem (Das i in., 2020). Również Diener i współpracownicy (2017) w dokonanym przez siebie przeglądzie badań empirycznych stwierdzają, że subiektywny dobrostan jest dodatnio związany ze zdrowiem, a w szczególności z problemami natury immunologicznej, sercowo-naczyniowej oraz endokrynologicznej. Związek zdrowia kardiologicznego oraz subiektywnego dobrostanu potwierdza bardzo duże badanie zespołu Boehma i współpracowników (2016), w skład którego wchodziła również Ryff. Zespół ten przeprowadził badanie podłużne trwające od 8 do 11 lat wśród zdrowych osób dorosłych. Sprawdzali oni czy subiektywny dobrostan był związany z ryzykiem zachorowania na chorobę niedokrwienną serca. Wykazali, że satysfakcja z życia jest ujemnie skorelowana z ryzykiem zaburzeń kardiometabolicznych. Co więcej, zaprezentowane przez nich dane potwierdziły, że osoby o wysokiej satysfakcji z życia oraz doświadczające pozytywnych emocji wykazywały niższe ryzyko zachorowania na chorobę niedokrwienną serca.

Mimo to, w psychokardiologii teoria subiektywnego dobrostanu nie jest tak popularna jak teoria psychologicznego dobrostanu. Wpisując w wyszukiwarce Google Scholar jednocześnie hasła *psychological well-being and cardiovascular disease* otrzymujemy ponad 4 więcej wyników wyszukiwania niż w przypadku wyszukiwania haseł *subjective well-being and cardiovascular disease* (Google LLC, 2023). W wyszukiwarce BASE (*Belefield Academic*

Search Engine) trend ten pokazuje półtorakrotnie większą popularność PWB nad SWB w badaniach z zakresu psychokardiologii (Bielefeld University, 2023). Z kolei w bazie Scopus możemy znaleźć ponad 8 razy więcej artykułów mówiących o związku zdrowia kardiologicznego i PWB, niż związku chorób serca i SWB (Elsevier, 2023). W przypadku bazy Web of Science, tendencja ta wynosi 4:1 na korzyść ilości artykułów zajmujących się psychologicznym dobrostanem w psychokardiologii (Clarivate Analytics, 2023). Trend ten wskazuje na istotną rolę dogłębnierzego zbadania roli subiektywnego dobrostanu w niewydolności serca. Jest to zgodne z postulatem Firscha (2000), według którego subiektywne miary dobrostanu i jakości życia wśród pacjentów chorych somatycznie nie zostały jeszcze wystarczająco dobrze zbadane.

Operacjonalizacja subiektywnego dobrostanu ogranicza się z reguły do jego pomiaru w 3 aspektach: satysfakcji z życia oraz pozytywnego i negatywnego afektu. Najczęściej stosowaną skalą mierzącą pierwszy z aspektów SWB jest *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) Dienera i współpracowników (1985). Jest to kwestionariusz składający się z 5 pytań dotyczących subiektywnej oceny życia człowieka. Badania poprzeczne potwierdziły rzetelność kwestionariusza SWLS w wielu warunkach kulturowych oraz na różnych próbach osób badanych, również osób z chorobą niedokrwienną serca, niewydolnością serca, wadami serca oraz arytmią (Krok i Gerymski, 2019) czy także wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem (Gerymski i Król, 2020).

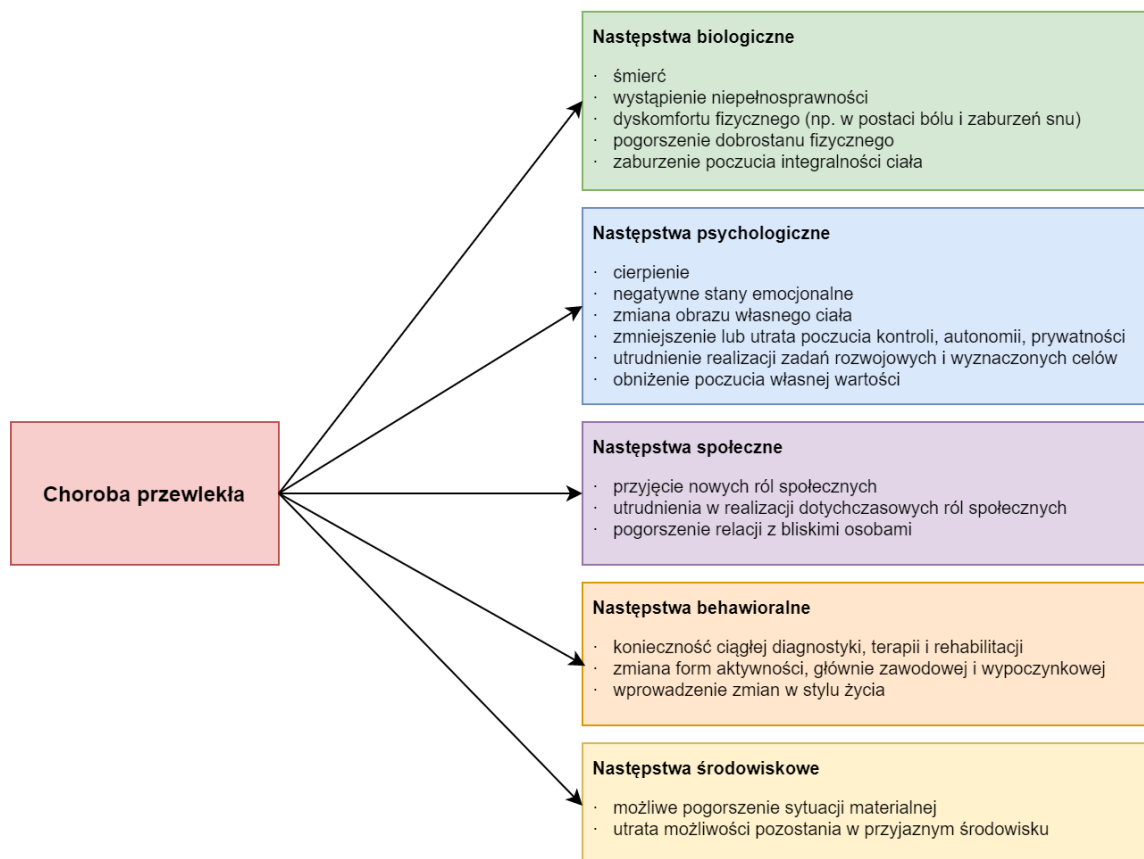
Afekt pozytywny i negatywny jest zazwyczaj mierzony przy użyciu skali PANAS-X (Watson i Clark, 1999). Mierzy ona nasilenie dwóch rodzajów afektu oraz 11 emocji specyficznych: strach, smutek, poczucie winy, wrogość, nieśmiałość, zmęczenie, zaskoczenie, pewność siebie, uważność, spokój oraz radość. PANAS-X jest rzetelnym narzędziem wykorzystywanym również w badaniach nad osobami z chorobą niedokrwienną serca (Juknelytea i in., 2014; Krok, 2020) czy też niewydolnością serca (Schwarz i in., 2011)

2.1.4. Jakość życia, dobrostan i zdrowie osób z niewydolnością serca

Subiektywna jakość życia i dobrostan pacjentów z niewydolnością serca nie wydają się być w centrum zainteresowania specjalistów z dziedziny kardiologii. W raporcie *Heart Disease and Stroke Statistics—2021 Update*, stworzonym przez Amerykańskie Stowarzyszenie Kardiologiczne (Virani i in., 2021b), słowo dobrostan (*well-being*) pojawia się tylko raz we wspomnianym 500-ciuset stronicowym dokumencie. Dodatkowo, zawarte w nim informacje

dotyczące jakości życia pacjentów z chorobami kardiologicznymi zdają się w większości odnosić do wskaźników obiektywnych z perspektywy ekonomicznej oraz statystyk śmiertelności. Jednakże, jakość życia rozumiana subiektywnie staje się coraz częściej ocenianym wskaźnikiem funkcjonowania pacjentów z chorobami serca (Kochańska i in., 2006). Jest to niezmiernie istotne, gdyż relacja pomiędzy niewydolnością serca a jakością życia i dobrostanem wydaje się być bardzo złożona. Jak wskazują Kochańska i Zarzycka (2006, 2010), dobrostan i jakość życia pacjentów kardiologicznych mogą ulegać pogorszeniu nawet po wprowadzeniu form leczenia i terapii mających na celu ich polepszenie. Uzasadnienia tego stanu rzeczy dostarczają nam zarówno modele teoretyczne, jak i badania empiryczne.

Jednym z nich jest model zaproponowany przez Michała Ziarko (2014). Zwraca on uwagę, że choroba przewlekła, jaką bezapelacyjnie jest niewydolność serca, nigdy nie przemija oraz utrzymuje się i nasila wraz z upływem lat. Konsekwencją tego jest gromadzenie się jej wielu negatywnych następstw, obejmujących większość aspektów życia osoby chorej. Ziarko w swoim modelu wyróżnia szereg następstw choroby przewlekłej, objawiających się w 5 sferach: biologicznej, psychologicznej, społecznej, behawioralnej i środowiskowej (zob. Rysunek 2.1).

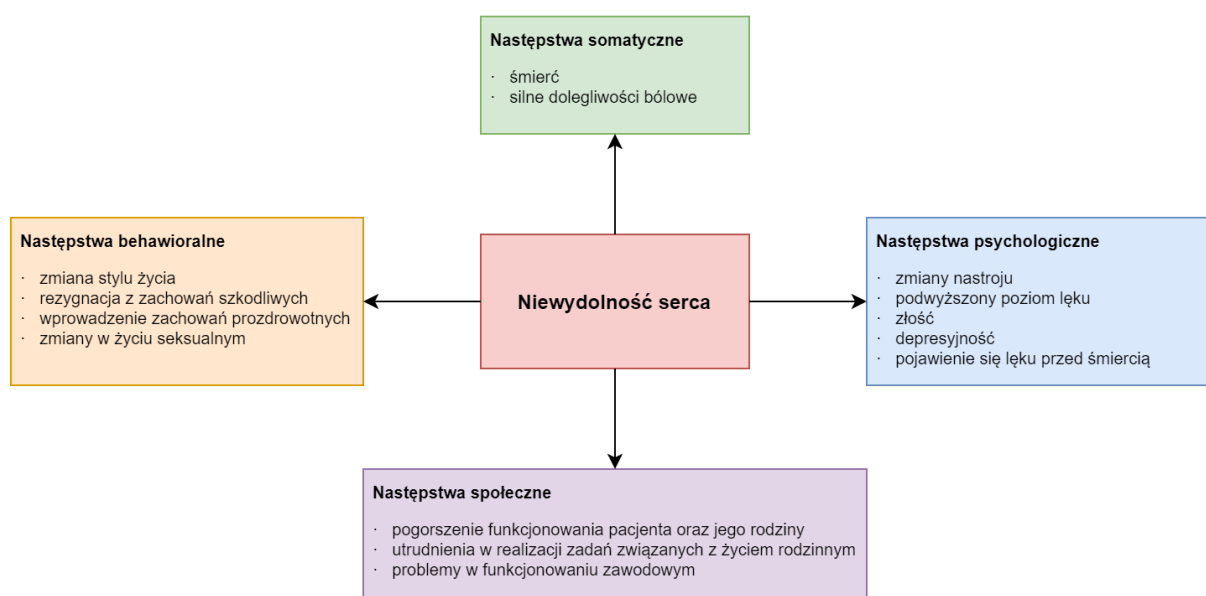


Rysunek 2.1 Następstwa choroby przewlekłej

Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu Ziarko (2014).

Zdaniem Ziarko, choroba przewlekła zaburza funkcjonowanie człowieka we wszystkich tych sferach. Do biologicznych następstw choroby przewlekłej zalicza on takie wydarzenia jak śmierć pacjenta, możliwość wystąpienia niepełnosprawności, pojawienie się dyskomfortu fizycznego, pogorszenie dobrostanu w sferze fizycznej oraz zaburzenie poczucia integralności własnego ciała. W sytuacji choroby przewlekłej może dochodzić również do pogorszenia się stanu psychicznego pacjenta, spowodowanego wystąpieniem psychicznego cierpienia, nagromadzenia negatywnego afektu, problemów z obrazem własnego ciała, utratą poczucia kontroli, problemami z realizacją zadań i celów oraz obniżeniem własnej wartości. Również sfera społeczna nie pozostaje nienaruszona. Diagnoza i leczenie choroby przewlekłej może utrudniać realizację dotychczasowych ról społecznych lub też zmuszać do przyjęcia nowych. Także relacje z bliskimi osobami mogą ulec pogorszeniu w procesie zmagania się z chorobą przewlekłą. Zaproponowany przez Ziarko model, nowatorsko wskazuje również występowanie problemów w sferze behawioralnej oraz środowiskowej, takich jak konieczność ciągłej terapii i rehabilitacji, możliwe zmiany w sferze zawodowej, wprowadzenie zmian w stylu życia czy też pogorszenie się sytuacji materialnej pacjenta (Ziarko, 2014).

Wspomniane następstwa należą do tzw. niespecyficznych następstw choroby, czyli takich, które są wspólne dla każdej choroby o charakterze przewlekłym. Wydają się być one opisane zgodnie z paradygmatem jakości życia WHO, wyrażonej w 4 sferach: fizycznej, psychicznej, społecznej i środowiskowej. Diagnoza i proces leczenia choroby przewlekłej stawia przed pacjentem wiele wyzwań i zmusza go do podejmowania wielu trudnych decyzji, a także wprowadzania znaczących zmian w jego życiu. Z tego powodu naturalnym wydaje się fakt, że choroba przewlekła będzie oddziaływała na dobrostan i jakość życia w zaproponowanych przez Ziarko sferach życia. Przedstawiony model oddziaływania choroby przewlekłej na jakość życia osób chorych można również z powodzeniem odnieść do pacjentów z niewydolnością serca (Gerymski i Król, 2020). Sam Ziarko (2014) opisuje zaproponowany przez siebie model również na przykładzie choroby niedokrwiennej serca i jej specyficznych następstw. Jako że niewydolność serca pojawia się najczęściej w wyniku przewlekłego nadciśnienia tętniczego oraz choroby niedokrwiennej serca (Mosterd i Hoes, 2007), możemy zastosować ten model również dla tej grupy pacjentów, gdyż są ich następstwa są bardzo podobne (Surdacki i in., 2019; Virani i in., 2021b). Występowanie silnych dolegliwości bólowych, zmiany nastroju, podwyższony poziom lęku, nasilenie objawów depresji, myślenie o śmierci, pogorszenie się relacji interpersonalnych, problemy w funkcjonowaniu zawodowym oraz zmiany w stylu życia, mogą być obecne wśród pacjentów z diagnozą niewydolności serca (zob. Rysunek 2.2).



Rysunek 2.2 Następstwa niewydolności serca

Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu konsekwencji choroby niedokrwiennej serca (Ziarko, 2014).

Zaproponowany model teoretyczny wyraźnie wskazuje na negatywny wpływ choroby na jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. Potwierdzają to również badania empiryczne. Z metaanalizy 70 badań obejmujących 25 180 osób badanych wynika, że osoby z niewydolnością serca wykazują się umiarkowaną lub złą jakością życia (Moradi i in., 2020). Wnioski te formułowane były na podstawie granicy odcięcia wyników zgodnej z wytycznymi kwestionariusza, a nie porównawczej grupy kontrolnej. Badań obejmujących również zdrową grupę kontrolną jest naprawdę niewiele. W badaniach Mårtenssona i współpracowników (2003) przebadano 48 mężczyzn z niewydolnością serca wraz z ich zdrowymi partnerkami. Wykazano, że pacjenci dotknięci chorobą kardiologiczną mieli gorszy nastrój oraz niższą jakość życia w porównaniu do ich zdrowych małżonków. Niestety limitacją tych badań jest bardzo niska liczność badanej próby. Heo wraz z zespołem badawczym (2007) porównali funkcjonowanie 90 osób starszych z diagnozą niewydolności serca, w stosunku do 116 zdrowych osób w tym samym wieku. W przytoczonym badaniu, osoby z niewydolnością serca wykazywały większą ilość symptomów fizycznych i emocjonalnych, a także gorzej oceniały swój stan zdrowia i jakość życia w stosunku do osób zdrowych. Znacznie większą licznosc osób badanych zaprezentowano w badaniach Juenger i współpracowników (2002). Przebadali oni 205 pacjentów z niewydolnością serca i porównali ich wyniki do 906 osób z populacji ogólnej. Osoby chore kardiologicznie istotnie różniły się w wynikach skal funkcjonowania

fizycznego, ograniczeń fizycznych, dolegliwości bólowych, ogólnego zdrowia, witalności, funkcjonowania społecznego, ograniczeń emocjonalnych i zdrowia psychicznego w stosunku do populacji ogólnej. Identyczne wyniki uzyskano również na szwedzkiej próbie 92 pacjentów z diagnozą I50 (Ekman i in., 2002). W badaniach Lesman-Leegte i zespołu (2009) uwzględniono wyniki 781 osób z grupy kontrolnej oraz 781 osób z diagnozą niewydolności serca. Potwierdziły one wyniki zaprezentowanych wcześniej badań. Wykazano dodatkowo, że obniżenie jakości życia pacjentów kardiologicznych było obecne w przypadku obu płci.

Na szczególną uwagę zasługują badania jakościowe przeprowadzone na grupie 20 pacjentów z niewydolnością serca. Heo wraz z zespołem (2009) sprawdzili, jak powyżsi pacjenci subiektywnie definiują i postrzegają własną jakość życia. Rozumieli oni jakość życia jako zdolność do wykonywania aktywności fizycznych i społecznych w celu zaspokojenia potrzeb własnych i ich rodziny, utrzymania szczęścia, a także utrzymywania relacji z innymi. Definicja ta wydaje się być zgodna z przyjętymi powszechnie definicjami jakości życia, ale i też dobrostanu. Badani pacjenci wykazali, że sfera fizyczna, emocjonalna, ekonomiczna, społeczna, duchowa i behawioralna odgrywały ważną rolę w postrzeganej przez nich jakości życia. Mimo, że badane osoby z niewydolnością serca uważały, że choroba ta ma poważny wpływ na ich jakość życia, to w większości oceniali jakość swojego życia jako dobrą. Może to wynikać ze specyfiki i małej liczności badanej przez Heo i współpracowników (2009) grupy, a także skuteczności przeprowadzanego leczenia i rehabilitacji. Wyniki te stoją w sprzeczności z dotychczasowymi wynikami badań jakościowych, np. analizy jakościowe przeprowadzone w Iranie wykazały, że 76% z 250 pacjentów z niewydolnością serca definiowała swoją jakość życia jako złą (Shojaei, 2008).

Warto również wspomnieć o trwającym dwa lata badaniu Almeidy i współpracowników (2013). Porównano w nim wyniki 9 osób z niewydolnością serca, 43 osób z chorobą niedokrwienną serca oraz 45 osób zdrowej grupy kontrolnej. Mimo niskiej liczby osób badanych, badania te należą do jednych z najbardziej przełomowych. Zastosowano w nich metodę obrazowania metodą rezonansu magnetycznego, w celu obserwacji zmian w istocie szarej osób badanych, związanej m.in. z funkcjonowaniem emocjonalnym człowieka. Nie zaobserwowano istotnych różnic w zmianach pomiędzy badanymi grupami, jednakże uczestnicy badania z niewydolnością serca wykazywali istotnie większe nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w stosunku do grupy kontrolnej.

Niestety brakuje wciąż badań porównawczych dotyczących różnych aspektów dobrostanu wśród pacjentów z diagnozą I50 w stosunku do zdrowej populacji ogólnej. Większość badaczy zajmujących się dobrostanem w sferze kardiologicznej, skupia się jedynie

na jego korelatkach, zakładając z góry, że będzie on istotnie niższy niż u osób zdrowych. Niemniej jednak oczywistym jest, że niższa jakość życia pacjentów z niewydolnością serca będzie się przekładała na niższe wskaźniki dobrostanu w stosunku do zdrowej populacji ogólnej. Za przyczynę tego stanu rzeczy podaje się najczęściej nasilenie lęku, depresji oraz stresu spowodowanego chorobą serca. W ilościowo-jakościowej analizie danych 35 pacjentów z niewydolnością serca wykazano, że zdrowie było jednym z 5 powodów występowania subiektywnie ocenianego przez badanych stresu (Dickens i in., 2019). Przeprowadzona przez Rutledge'a (2006) i współpracowników metaanaliza sugeruje, że wraz z postępem niewydolności serca dochodzi do większego nasilenia objawów depresyjnych. Co więcej, wykazano, że częstotliwość występowania depresji wśród pacjentów z niewydolnością serca, w zależności od badania, jest umiarkowanie-wysoka. Również przeglądy literatury przeprowadzone przez Celano i zespół (2018) oraz Konstama i współpracowników (2005) potwierdzają te wnioski. Z przeprowadzonego przez nich analizy danych wynika, że objawy depresji i występowanie lęku są bardzo rozpowszechnione wśród pacjentów z niewydolnością serca, co negatywnie wpływa na ich jakość życia i dobrostan. Wynika to z pewnego określonego mechanizmu. Lęk i depresja wpływają na jakość życia i dobrostan przez pośredniczące mechanizmy biologiczne (nazywany również patofizjologicznym) oraz behawioralne. Mogą powodować zmiany w organizmie, takie jak występowanie stanów zapalnych oraz dysfunkcji autonomicznych, a także zachęcać pacjenta do sięgania po destruktywne formy radzenia sobie ze stresem, jak zła dieta, palenie, mniejsza aktywność fizyczna czy też brak przestrzegania wytycznych lekarza (Celano i in., 2018; Konstam i in., 2005).

Wpływ negatywnych stanów emocjonalnych na jakość życia i dobrostan pacjentów z niewydolnością serca został potwierdzony przez liczne badania empiryczne. Na próbie 150 pacjentów kardiologicznych z Azerbejdżanu wykazano, że nasilenie depresji, lęku oraz stresu było istotnie i negatywnie związane z ich subiektywną oceną duchowego dobrostanu (Safavi i in., 2016). Z kolei w brytyjskim badaniu próby 146 pacjentów z niewydolnością serca wykazano, że osoby o większej ilości negatywnych przekonań na temat konsekwencji niewydolności serca częściej stosowały destruktywne style radzenia sobie ze stresem, takie jak zaprzeczanie i wycofanie, a nasilenie depresji i lęku było u nich wyższe w stosunku do osób o bardziej pozytywnym obrazie własnej choroby (Hallas i in., 2011). W badaniach Flint i współpracowników (2019) przeprowadzonych na 314 pacjentach z niewydolnością serca również wykazano, że lęk i depresją są ujemnie związane z wymiarami jakości życia i dobrostanu. Lee (1999) w badaniu na 133 tajwańskich pacjentach z diagnozą I50 wykazał, że

stres stanowił istotny predyktor ich subiektywnego dobrostanu. W polskich badaniach Kroka i Gerymskiego (2019) wykazano, że nasilenie negatywnego afektu było istotnie związane z pozostałymi wymiarami subiektywnego dobrostanu pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, niewydolnością serca, wadami serca oraz arytmia. Dodatkowo w badaniach Pérez-García i współpracowników (2014) potwierdzono związek subiektywnego dobrostanu z nasileniem depresji osób z niewydolnością serca. Co więcej, ukazano w nich, że również nieadaptacyjne formy radzenia sobie ze stresem były słabo i ujemnie związane z oceną SWB, co potwierdza behawioralny mechanizm oddziaływania negatywnych stanów emocjonalnych na dobrostan i jakość życia pacjentów z niewydolnością serca.

Przedstawiony przegląd badań oraz rozważania teoretyczne pokazują potrzebę eksploracji sfer jakości życia i dobrostanu pacjentów z niewydolnością serca. We wcześniejszym fragmencie tej pracy wspomniano, że Jankowska (2011) utożsamia pojęcie jakości życia z pojęciem sensu życia. Zwrócono jednocześnie uwagę, że pojęcia te nie są ze sobą tożsame. Pojęcia jakości życia i dobrostanu są bardzo obszernymi konstruktami, zależnymi od wielu czynników. Poczucie sensu życia stanowi jednakże istotny korelat jakości życia i dobrostanu, zarówno osób zdrowych, jak i chorych. Zwróciła na to uwagę chociażby Ryff (1989) w swojej teorii psychologicznego dobrostanu, zaznaczając, że poczucie sensu życia jest jednym z wielu istotnych komponentów PWB. Z tego też powodu, sfera sensu życia zasługuje również na szczególną uwagę w perspektywie rozważań jak jakością życia pacjentów z niewydolnością serca. Jednakże, w pierwszej kolejności należy dokonać próby definicji pojęcia sensu życia.

2.2. Zasoby sensu życia w życiu osób z niewydolnością serca

Analogicznie jak w przypadku jakości życia i dobrostanu, definicja sensu życia nie jest ustrukturalizowana. Jej brzmienie będzie zależne od dyscypliny i perspektywy, jaką reprezentuje dany badacz lub teoretyk. Albert Camus, jeden z czołowych filozofów egzystencjalnych, w swojej powieści *Dżuma* zadaje czytelnikowi pytanie o sens ludzkiego istnienia, jednocześnie samemu go nie definiując. Zwraca również uwagę na to, że brak sensu życia można rozwiązać na dwa sposoby: poprzez samobójstwo lub wiarę w transcendencję (Camus, 1947). To fatalistyczne podejście do pojęcia sensu życia przedstawia je w perspektywie ogółu gatunku ludzkiego, a nie indywidualnych potrzeb jednostki, dlatego też

nie będzie stanowiło przedmiotu tego rozdziału. Indywidualne i subiektywnym podejściem do istotny naszego istnienia nazywamy najczęściej poczuciem sensu życia.

Pojęcie poczucia sensu życia, wykorzystywano obszernie w psychologii, nie ma jednej definicji (Battista i Almond, 1973). Definiowane jest najczęściej jako świadomość znaczenia i celu własnego życia (George i Park, 2017; King i in., 2006). Nie można powiedzieć, że stanowi jeden konkretny konstrukt, gdyż wielu badaczy wyróżnia wiele istotnych sfer i składowych poczucia sensu życia. Z powodu problemów operacjonalizacyjnych tego pojęcia, bardziej poprawnym byłoby mówienie o zasobach sensu życia, gdyż teorie wyróżniają ich wiele. Na potrzeby tego rozdziału pojęcia te będą często używane zamiennie, w oparciu o to, jakich definicji używali przywoływani autorzy.

2.2.1. Główne definicje poczucia sensu życia

W prawie każdej pracy traktującej o sensie życia pojawia się postać Viktora Frankla. Był on wiedeńskim psychiatrą i psychoterapeutą, odpowiedzialnym za stworzenie logoterapii. Podłożem tej formy terapeutycznej było założenie Frankla (1967), że podstawową i główną siłą motywacyjną człowieka jest znalezienie i wypełnienie swojego sensu życia. Uważał on, że w każdym z nas jest „wola sensu” (*will to meaning*), będąca naszą siłą napędową do działania, która towarzyszy nam przez całe życie. Zdaniem Frankla (1963), brak przeświadczenia o sensowności naszego życia prowadzi do egzystencjalnej frustracji, która może ostatecznie przeobrazić się w nerwicę noogenną, czyli poczucie bezsensowności i bezwartościowości własnego życia będące podłożem wielu zaburzeń psychicznych, takich jak nerwica, depresja czy lęki. W perspektywie logoterapii, poznanie sensu życia jest możliwe dzięki zrozumieniu natury własnego życia oraz traktowaniu go, jako istotne, wartościowe oraz mające cel. Można je osiągnąć dzięki innym ludziom, naszemu doświadczeniu, działaniu opartym na zaangażowaniu, a także cierpieniu (Frankl, 1963, 1967). Wymienienie przez Frankla cierpienia jako jednego ze źródeł pozwalających na osiągnięcie sensu życia nie wydaje się być przypadkowe. Frankl był jeńcem nazistowskich obozów koncentracyjnych i to podczas pobytu w tychże obozach opracował podstawy swojej teorii. Stanowi to ogromną zaletę tego podejścia teoretycznego, znacząco wyróżniającą go na tle innych modeli. W dzisiejszych czasach, człowiek mieszkający w kraju rozwiniętym nie ma do czynienia z sytuacją wszechobecnego cierpienia i śmierci. Frankl, będąc jeńcem obozu koncentracyjnego, zwraca uwagę na to, co jest naprawdę ważne dla człowieka w poczuciu kompletnej beznadziejności i bezradności,

będącego na skraju wyczerpania i napotykanego wokół siebie śmierć: znalezienie sensu swojego istnienia.

Również Irvin Yalom (1980), reprezentant terapii egzystencjalnej, reprezentował podejście bliskie teorii Frankla. Uważał on, że sens życia jest główną troską w życiu człowieka i każdy człowiek dąży do osiągnięcia jego znaczenia i znalezienia jego sensu. Człowiek poszukuje sensu u różnych źródeł, gdyż według Yaloma, są one zmienne w ciągu życia. Według jego podejścia, sens życia jest możliwy do osiągnięcia dzięki posiadaniu jasnym życiowych celów, przynależności do grupy, oddaniu swojej pracy, a także wartością autotranscendecyjnym czy też religii. Yalom zwracał również uwagę na to, że obawy i lęki egzystencjalne związane z poczuciem sensu naszego istnienia są zjawiskiem powszechnym. W swoich pracach nakreślał wielokrotnie istotną rolę poczucia sensu życia w procesie psychoterapeutycznym. Zaznaczał, że brak poczucia sensu życia prowadzi do psychopatologii, a jego obecność może być bardzo pomocna w procesie terapeutycznym (Yalom, 1982). Podejście Frankla (1963, 1967) i Yaloma (1980, 1982) łączy wiele elementów. Oba zwracają uwagę na to, że znalezienie sensu i zrozumienie ludzkiego istnienia jest głównym zadaniem w życiu człowieka, a ich brak może prowadzić do patologii. Wymienione podejścia pokazują również, że człowiek poszukuje sensu przez całe swoje życie, a jego osiągnięcie jest możliwe dzięki działaniu i pracy opartych na zaangażowaniu, a także innym ludziom.

Koncepcję sensu życia nieco obszerniej rozwinął Paul Wong (1998). Pierwotnie definiował on sens życia w perspektywie 5 komponentów: poznawczego, motywacyjnego, emocjonalnego, relacyjnego oraz osobistego (Krok, 2017; Wong, 1998). W jego najnowszych pracach pojawia się jednak inny model, oparty na czterech komponentach nawiązujących do modelu pierwotnego. Według najnowszych prac Wonga, sens życia powinien być definiowany w perspektywie teorii MMT (*meaning-management theory*). Według autora niniejszej pracy, możemy ją przetłumaczyć jako teoria zarządzania znaczeniem, bądź też idąc za przykładem tłumaczenia teorii opanowania trwogi (*terror management theory*), teorią opanowania sensu.

Według teorii MMT, definicja i poszukiwanie sensu życia powinny być rozpatrywane w perspektywie czterech kategorii akronimu *PURE*: celu (*Purpose*), zrozumienia (*Understanding*), odpowiedzialnego działania (*Responsible action*) i oceny (*Evaluation*) własnego życia (Wong, 2010, 2014). Cel jest dla Wonga komponentem motywacyjnym. Związany jest z naszymi życiowymi celami, aspiracjami i wartościami. Aby odnaleźć sens swojego życia, człowiek powinien poznać i zrozumieć swoje mocne strony, marzenia, zainteresowania, cenione wartości oraz odnaleźć powody, dla których warto żyć. Wong definiuje zrozumienie jako komponent poznawczy. Opiera się ono na zrozumieniu własnej

tożsamości oraz innych osób, poprawnej komunikacji, rozumieniu dotyczących go zdarzeń i obejmującego poczucie koherencji (czyli poczucie zaradności, sensowności i zrozumiałości swojego życia; zob. Antonovsky, 1996). Odpowiedzialne działanie jest komponentem behawioralnym i moralno-duchowym, rozumianym jako działania i reakcje zgodne z najwyższymi wartościami, robienie tego co słuszne (*doing what is right*) oraz znajdowanie własnych rozwiązań. Dzięki tym elementom człowiek powinien odpowiedzieć sobie na pytania dotyczące swojej odpowiedzialności w danej sytuacji, dostępnych opcji działania oraz zgodności zachowania ze swoimi przekonaniami i ważnymi wartościami, takimi jak chociażby rodzina czy wiara. Ostatni z elementów *PURE*, czyli ocena, jest komponentem emocjonalnym. Poleca ona na całościowej ocenie zadowolenia z życia: jego rozwoju, poziomu osiągnięcia zamierzonych celów czy też poszczególnych sfer jego życia, jak praca lub sfera miłosna. Wong zwraca uwagę, że jest ona kluczowym elementem oceny własnego życia, gdyż negatywna ocena daje nam informację na temat tego, że wymagane są w naszym życiu jakieś zmiany (Wong, 2010, 2011). Zasoby sensu życia wchodzą między sobą w interakcje – wszystkie cztery są konieczne w celu osiągnięcia pełni sensu życia, która to pozwala na osiągnięcie dobrostanu oraz pomaga w zmaganiu się z sytuacjami trudnymi (Wong, 2014).

Nieco inną operacjonalizację sensu życia proponuje Michael Steger. Jego zdaniem, sens życia oparty jest na dwóch elementach zawartych na płaszczyźnie poznawczej i motywacyjnej: celu (*purpose*) oraz zrozumieniu (*comprehension*) (Steger, 2012; Steger i in., 2009). Według Stegera, poczucie sensu życia zależne jest od stopnia realizacji celów jakie sobie wyznaczymy. Samo wyznaczenie i realizacja tych celów nie jest wystarczająca bez ich odpowiedniego zrozumienia. Poznanie znaczenia własnego życia pozwala na lepsze zrozumienie siebie i otaczającego świata. Wyznaczanie i osiąganie postawionych celów, a także zrozumienie znaczenia swojego życia, są podstawowymi wyznacznikami poczucia sensu życia (Steger, 2012; Steger i in., 2009). Podejście Stegera należy do najczęściej cytowanych koncepcji sensu życia. Liczne badania empiryczne pozwoliły na potwierdzenie i rozszerzenie konstruktów teoretycznych. W swoich badaniach empirycznych Steger oraz współpracownicy (2006) wykazali, że sens życia może obejmować dwa wymiary: obecności oraz poszukiwanie. Obecność sensu życia definiowana jest jako subiektywne poczucie tego, czy nasze życie ma sens. Jest to stopień w jakim człowiek rozumie oraz dostrzega znaczenie swojego życia, nadaje mu sens oraz postrzega siebie jako osoby mającej jakiś życiowy cel. Wymiar ten bezpośrednio nawiązuje do przedstawionej wcześniej w tym rozdziale koncepcji poczucia sensu życia. Z kolei poszukiwanie sensu życia wyraża się w dążeniu do jego osiągnięcia, próbie jego zrozumienia, nadania mu znaczenia i celu (Steger, 2012; Steger i in., 2009). Należy jednak

zwrócić uwagę, że te dwa wymiary są niezależne od siebie. Również Steger (2006) zaznacza, że brakuje wystarczającej ilości dowodów na to, by poszukiwanie sensu życia manifestowało się jedynie tylko w sytuacji, gdy człowiek ocenia swoje życie jako mało sensowne. Z tego też powodu oba te konstrukty należałoby analizować osobno.

Bardzo podobny sposób postrzegania sensu życia reprezentują również Login George i Crystal Park. Ich zdaniem, poczucie sensu życia jest stopniem, w jakim człowiek ocenia swoje życie jako sensowne, ważne dla świata i motywowane przez wartościowe cele (George i Park, 2016). Wyróżniają oni trzy istotne komponenty sensu życia: zrozumienie (*comprehension*), cel (*purpose*) i znaczenie (*mattering*). Pierwsze dwa komponenty są bardzo bliskie zaprezentowanemu podejściu Stegera (2012). Zrozumienie sensu życia według Georga i Park (2016) dotyczy poczucia koherencji życia człowieka. Wyraża się ono w pojmowaniu życia jako sensownego, klarownego i spójnego. Zrozumienie sensu swojego życia pozwala człowiekowi interpretować i klasyfikować doświadczenia i informacje dotyczące siebie i jego otoczenia. Konstrukty celu dotyczy poziomu, w jakim człowiek ocenia swoje istnienie jako motywowane i ukierunkowane na wartościowe pomysły, marzenia i przedsięwzięcia. Pełni on funkcję motywacyjną, regulującą nasze zachowanie, gdyż jasne określenie i zrozumienie założonych celów jest głównym bodźcem do dalszego działania. Konstrukty znaczenia wyróżnia koncepcję Georga i Park na tle pozostałych teorii i silnie nawiązują do koncepcji Yaloma (1980), który to również kładł spory nacisk na zrozumienie znaczenia swojego istnienia. Konstrukty znaczenia dotyczy stopnia, w jakim człowiek czuje, że jego istnienie jest znaczące i wartościowe dla świata. Wyraża się w poczuciu konsekwencji swojego życia i postrzeganiu go jako wartościowe (George i Park, 2016, 2017; Gerymski i Krok, 2020).

Jedną z pierwszych prób operacjonalizacji poczucia sensu życia był PIL, czyli Testu Sensu Życia (*Purpose in Life Test*; Crumbaugh i Maholick, 1964). Jest to kwestionariusz silnie osadzony w logoterapii autorstwa Frankla (1963, 1967). Służy on do oceny poziomu poczucia sensu życia. Jest on często wykorzystywanym narzędziem w psychologii, jednakże korzystanie z niego wiąże się z pewnymi limitacjami. PIL w swojej Polskiej adaptacji nie wykazuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. W badaniach Życińskiej i Januszek (2011) próbowano dokonać klasyfikacji 20 pytań PIL na podskale. Zaproponowano 7 podskal: celu życia, sensu życia, afirmacji życia, oceny siebie, oceny własnego życia, wolności i odpowiedzialności oraz stosunku do śmierci i samobójstwa. Udowodniono, że większość podskal tego kwestionariusza nie osiąga akceptowalnego poziomu rzetelności. Z tego też powodu, zaleca się stosowanie wyłącznie wyniku ogólnego testu PIL. Powoduje to pewne ograniczenia w operacjonalizacji sensu życia, niepozwalające na dokładne zbadanie różnych

jego wymiarów. Mimo swoich ograniczeń, bywa wykorzystywany w zagranicznych badaniach związku poczucia sensu życia z niewydolnością serca, gdzie wykazuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi (Hodges, 2009; Musich i in., 2018)

Prawdopodobnie najpopularniejszym testem do pomiaru sensu życia jest Kwestionariusz Sensu Życia MLQ (*Meaning in Life Questionnaire*) autorstwa Stegera i współpracowników (2006). Składa się on z 10 pytań mierzących dwa wymiary sensu życia: obecność oraz poszukiwanie. Jest on kwestionariuszem osiągającym bardzo dobre współczynniki rzetelności (Steger i in., 2006). Kwestionariusz MLQ jest również wykorzystywany w badaniach nad osobami z niewydolnością serca, gdzie osiąga zadowalające właściwości psychometryczne (Hooker i in., 2017; Liu i in., 2021).

Coraz większą popularność zyskuje również Wielowymiarowa Skala Sensu Egzystencjalnego MEMS (*Multidimensional Existential Meaning Scale*; George i Park, 2017). Bada ona 3 wymiaru poczucia sensu życia, zgodne z koncepcją Georga i Park: zrozumienie, cel i znaczenie. Składa się z 15 pytań i została zwalidowana w serii 3 badań przeprowadzonych na studentach psychologii. Obszerniejszej walidacji kwestionariusza MEMS dokonali Gerymski i Krok (2020), walidując ten test na gruncie polskim. Przebadali oni 401 osób między 18. a 80. rokiem życia, pochodzących z populacji ogólnej, niebędących studentami psychologii. W polskiej walidacji struktura czynnikowa MEMS była taka sama jak w wersji oryginalnej, jednakże na każdy z 3 wymiarów składały się tylko 3 pytania. Z pierwotnych 15 pytań, zaproponowano konstrukt trójczynnikiowy, na który składało się 9 pytań. Pokazuje to dalszą potrzebę badań nad skalą MEMS. Jest ona stosunkowo nowym narzędziem, które nie zostało jeszcze spopularyzowane na gruncie polskim. Do tej pory zastosowano je wyłącznie w walidacji Gerymskiego i Kroka (2020) oraz badaniach Gerymskiego i Króla (2020) dotyczącymi związku poczucia sensu życia i satysfakcji z życia osób ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem ICD. Do tej pory nie opublikowano innych badań polskich i zagranicznych, które wykorzystywałyby MEMS jako formę operacjonalizacji poczucia sensu życia wśród pacjentów z niewydolnością serca.

2.2.2. Poczucie sensu życia w chorobach przewlekłych

Przedstawione teorie poczucia sensu życia wyraźnie pokazują, że jest ono istotnie związane z dobrostanem i jakością życia człowieka. Według Frankla (1963), sens życia jest najważniejszym predyktorem dobrostanu. Podobnie uważają współcześni badacze,

jednocześnie zaznaczając, że relacja pomiędzy poczuciem sensu życia a jakością życia i dobrostanem jest relacją pozytywną (Park i in., 2008). Oznacza to, że sens życia ma pozytywny wpływ na ocenianą przez nas jakość życia. Te rozważania teoretyczne zostały wielokrotnie potwierdzone również na przestrzeni badań empirycznych.

Zika i Chamberlain (1992) przeprowadzili badania na dwóch grupach osób: matek z co najmniej jednym dzieckiem ($N=194$) oraz osób starszych powyżej 60-tego roku życia ($N=150$). Wykazali oni, że poczucie sensu życia było związane zarówno z pozytywnymi jak i negatywnymi aspektami dobrostanu. W grupie matek zaobserwowano silny związek pomiędzy poczuciem sensu życia a satysfakcją z życia, psychologicznym dystresem, psychologicznym dobrostanem oraz afektem pozytywnym i negatywnym. Poczucie sensu życia było w tej grupie związane dodatnio z miarami satysfakcji z życia, psychologicznego dobrostanu oraz pozytywnego afektu, a ujemnie z miarami psychologicznego dystresu oraz negatywnego afektu. Oznacza to, że wraz ze wzrostem poczucia sensu życia badanych przez nich matek, można było zaobserwować wzrost pozytywnych miar dobrostanu, a także spadek tych negatywnych. Podobną relację zaobserwowano w badanych przez Zikę i Chamberlaina grupie osób starszych. W tej grupie nie wykorzystano jednak pomiaru afektu pozytywnego i negatywnego. Dla grupy osób powyżej 60-tego roku życia również zaobserwowano pozytywną relację sensu życia z satysfakcją z życia oraz psychologicznym dobrostanem, a negatywną z psychologicznym dystresem (Zika i Chamberlain, 1992).

W badaniach Kinga i współpracowników (2006) można było zaobserwować podobne relacje. Przeprowadzili oni serię 6 badań. Pierwsze z nich dotyczyło grupy 568 studentów psychologii. Wykazano w nim, że poczucie sensu życia było związane ujemnie z negatywnym afektem, a dodatnio z pozytywnym afektem i miarami osobowości jak ekstrawersja, towarzyskość, asertywność, aktywność czy też pozytywna emocjonalność. Limitacją tego badania był jego poprzeczny charakter. Kolejne badania były serią analiz poprzecznych, mających na celu udowodnienie wniosków wysuniętych z badania pierwszego. W badaniach 2-6 potwierdzono, że poczucie sensu życia jest związane ujemnie z negatywnym afektem, a dodatnio z pozytywnym afektem. Ogólnym wnioskiem wynikającym z tych badań jest wykazanie, że poczucie sensu życia i dobrostan są ze sobą związane w sposób silny (King i in., 2006).

Steger i współpracownicy (2006), dokonując walidacji psychometrycznej narzędzia MLQ, zweryfikowali również związek obecności i poszukiwania sensu życia z miarami dobrostanu i jakości życia. W ich badaniu obecność sensu życia była umiarkowanie i dodatnio związana z satysfakcją z życia oraz wybranymi miarami pozytywnego afektu, takimi jak miłość

czy radość. Zaobserwowano również umiarkowany i ujemny związek poczucia sensu życia z natężeniem depresji oraz słaby i ujemny z miarami negatywnego afektu: lękiem, gniewem, wstydem i smutkiem. Z kolei poszukiwanie sensu życia było powiązane w sposób umiarkowany i dodatni z natężeniem depresji oraz słabo i dodatnio z negatywnym afektem. Nie wykazano, by poszukiwanie sensu życia było związane z poziomem satysfakcji z życia oraz pozytywnego afektu (Steger i in., 2006). Limitacją tego badania jest to, że miary afektu były mierzone selektywnie, a nie kompleksowo, oraz że próbę osób badanych stanowiło 151 studentów psychologii. Dopiero w późniejszych badaniach Stegera i współpracowników na próbie użytkowników Internetu ($N=8756$) zastosowano lepszy pomiar afektu przy użyciu narzędzia PANAS. Wykazano w nich, że obecność sensu życia była umiarkowanie i dodatnio związana z satysfakcją z życia, poczuciem szczęścia oraz pozytywnym afektem, a umiarkowanie i ujemnie z negatywnym afektem. Poszukiwanie sensu życia było z kolei związane słabo i ujemnie z satysfakcją życia, poczuciem szczęścia i pozytywnym afektem, a słabo i dodatnio z negatywnym afektem (Steger i in., 2009).

George i Park (2017) dokonując walidacji kwestionariusza MEMS sprawdzili, w jaki sposób zrozumienie, cel i znaczenie sensu życia są związane z miarami dobrostanu. Na próbie 188 studentów wykazano, że wspomniane trzy komponenty sensu życia było dodatnio i umiarkowanie związane z satysfakcją z życia oraz pozytywnym afektem. Zrozumienie, cel i znaczenie sensu życia były ponadto negatywnie i umiarkowanie związane z miarami negatywnego afektu, natężenia depresji, lęku oraz stresu.

Zaprezentowane badania należą do najczęściej cytowanych dowodów na związek poczucia sensu życia, dobrostanu i jakości życia. Dużą ich limitacją jest to, że zostały one przeprowadzone na próbach studentów lub osób dorosłych, przez co niezasadnym byłoby ekstrapolowanie tych wyników na próby kliniczne. Dodatkowo, dotyczą one tak naprawdę miar dobrostanu, a nie jakości życia rozumianej w czterech sferach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej.

Związek poczucia sensu życia z dobrostanem i jakością życia został również potwierdzony w badaniach na osobach chorych przewlekle, również z chorobami serca. Peterman i współpracownicy (2014) dokonali analizy archiwalnych danych 4 prób pacjentów klinicznych ($N=2810$). Pierwszą próbę stanowiły osoby chore nowotworowo oraz z diagnozą HIV/AIDS. Druga próba osób badanych obejmowała osoby poddawane chemioterapii. W trzeciej próbie analizowano wyniki wyłącznie pacjentów z diagnozą HIV/AIDS. Czwartą grupę osób stanowili pacjenci zakwalifikowani do przeszczepu szpiku. Na podstawie 4 analizowanych prób osób badanych wykazano, że poczucie sensu życia było dodatnio i słabo-

umiarkowanie związane z dobrostanem w sferze fizycznej (*physical well-being*), społecznej (*social/family well-being*), emocjonalnej (*emotional well-being*) i funkcjonalnej (*functional well-being*). Te sfery dobrostanu były badane pytaniami takimi jak: (1) „Czuję się chory”, (2) „Czuję, że moi przyjaciele są blisko mnie”, (3) „Czuję się smutny” oraz (4) „Jestem w stanie pracować”. Wskazuje to, że miary te są bliższe miarom jakości życia (ogólnej jak i związanej ze zdrowiem) niż dobrostanu, nie mniej jednak w niniejszym rozdziale zdecydowano się na stosowanie nazewnictwa zgodnego z materiałem źródłowym. Peterman z zespołem (2014) wykazali również, że poczucie sensu życia było związane dodatnio i umiarkowanie ogólną jakością życia, oraz tą w sferze ekonomicznej i zdrowia. Potwierdzono również związek poczucia sensu życia z miarami dobrostanu. Wykazano, że sens życia był związany dodatnio i umiarkowanie z satysfakcją z życia i pozytywnym afektem, a ujemnie i umiarkowanie z negatywnym afektem.

Dobříková wraz z zespołem (2015) przebadali próbę 164 pacjentów hospicjum oraz oddziału opieki paliatywnej. W swojej pracy informują o dodatnim i silnym związku pomiędzy poczuciem sensu życia a jakością życia. Mimo zastosowania przez nich kwestionariusza WHOQOL-BREF, nie podają oni szczegółowych wyników związku poczucia sensu życia i jakości życia. Zastosowany przez nich wynik ogólny nie dostarcza szczegółowych informacji. Co więcej, pominięcie 4 szczegółowych miar jakości życia w sferach fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej, niewątpliwie stanowi ogromną limitację tychże badań. Dobříková i współpracownicy (2015) prezentują wyniki, które nie pozwalają na wyciąganie z nich jakichkolwiek wniosków, gdyż nie wiemy w przypadku których sfer jakości życia związek poczucia sensu życia i jakości życia był statystycznie istotny. Bardzo podobne relacje były analizowane również w innych badaniach. Reis wraz z zespołem (2020) sprawdzali związek poczucia sensu życia z jakością życia wśród 94 pacjentów z diagnozą HIV/AIDS. Mierzone przez nich ogólne poczucie sensu życia wykazywało istotnie i dodatnie związku z miarami jakości życia w sferach fizycznej (związek słaby), psychologicznej (związek umiarkowany), społecznej (związek słaby) oraz środowiskowej (związek umiarkowany). Wyniki te zdają się uzupełniać niepełne dane pochodzące z badania Dobříkovej i jej zespołu (2015). Nie mniej jednak, zbadana przez Reisa (2020) i współpracowników próba wykazuje się bardzo małą licznością. Z tego też powodu należałoby poszukać potwierdzenia tych wyników w próbie nieklinicznej. Badania Damásio i współpracowników (2013) przeprowadzone na grupie 517 nauczycieli potwierdzają dodatni i umiarkowany związek ogólnego poczucia sensu życia z jakością życia w 4 sferach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej.

2.2.3. Rola zasobów sensu życia w jakości życia pacjentów z niewydolnością serca

Badania na osobach chorych kardiologicznie również potwierdzają związek poczucia sensu życia z miarami jakości życia i dobrostanu. Park i współpracownicy (2008) przeprowadzili badania podłużne na próbie 155 pacjentów z niewydolnością serca. Badali oni związek poczucia sensu życia z miarami jakości życia związanej ze zdrowiem. Wykazano, że poczucie sensu życia było związane w sposób dodatni i umiarkowany z miarami fizycznej i psychologicznej jakości życia związanej ze zdrowiem. W badaniach Kroka i Gerymskiego (2019) udowodniono, że obecność sensu życia była związana dodatnio i umiarkowanie z satysfakcją z życia oraz pozytywnym afektem, a ujemnie i umiarkowanie z negatywnym afektem. Wspomniane badania zostały przeprowadzone na próbie 176 pacjentów z diagnozami choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca, wad serca oraz arytymii. W kolejnych analizach Gerymskiego i Króla (2020) weryfikowano związek zrozumienia, celu i znaczenia sensu życia z satysfakcją z życia 222 pacjentów ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem ICD. Wykazali oni, że wszystkie trzy miary poczucia sensu życia były dodatnio i umiarkowanie związane z subiektywną oceną satysfakcji z życia.

W dostępnej literaturze brakuje badań dotyczących bezpośredniego związku poczucia sensu życia z miarami jakości życia w sferach społecznej i środowiskowej wśród pacjentów z niewydolnością serca lub też cierpiących na inne choroby kardiologiczne. Dotychczas związek ten był weryfikowany jedynie pośrednio w nielicznych badaniach przy operacjonalizacji takich zmiennych jak wsparcie społeczne. W badaniach podłużnych Liu i zespołu (2021) analizowano wyniki 103 pacjentów z niewydolnością serca. Wykazali oni, że poszukiwanie sensu życia było ujemnie związane z poziomem postrzeganego wsparcia społecznego wśród pacjentów z niewydolnością serca podczas ich hospitalizacji oraz w pomiarach wykonanych miesiąc i trzy miesiące po opuszczeniu przez nich szpitala. Dodatkowo zaobserwowano dodatni związek poszukiwania sensu życia z poziomem postrzeganego wsparcia społecznego w okresie hospitalizacji oraz miesiąc po jej ustaniu. Wynik ten stoi w sprzeczności z literaturą, według której związek poszukiwania sensu życia oraz postrzeganego wsparcia społecznego powinien mieć znamiona związku ujemnego. Niestety nie został on poddany dyskusji w przytoczonej pracy Liu i współpracowników (2021). Stanowi to dużą limitację tych danych, gdyż inne dostępne badania pokazują, że związek poczucia sensu życia i wsparcia społecznego wśród pacjentów z niewydolnością serca nie jest statystycznie istotny (Sacco i in., 2014). Mała ilość badań dotyczących związku poczucia sensu życia i jakości życia w sferach społecznej i środowiskowej na próbie pacjentów

kardiologicznych, a także sprzeczność dostępnych wyników wyraźnie wskazują na dalszą potrzebę eksploracji tej tematyki w funkcjonowaniu pacjentów z niewydolnością serca.

Przedstawione dotychczas koncepcje teoretyczne oraz wyniki badań pokazują, że zasoby sensu życia stanowią istotne korelaty dobrostanu i jakości życia osób zdrowych i chorych. Znalezienie sensu własnego życia jest ważne w życiu każdego człowieka, a kwestia ta staje się niezmiernie istotna w sytuacji, gdy życie człowieka jest zagrożone (Kállay i Miclea, 2007). Taką sytuacją jest diagnoza choroby przewlekłej. Według metaanalizy kumulującej wyniki 73 546 osób badanych, relacja pomiędzy poczuciem sensu życia a zdrowiem fizycznym ma znamiona słabo-umiarkowanej (Czekierda i in., 2017). Zdaniem jej autorów, sens życia może wpływać na reakcje stresowe naszego organizmu oraz na fizjologiczną regulację układu odpornościowego. Sens życia może również przyczyniać się do polepszenia subiektywnej oceny poczucia kontroli, związanej z poczuciem własnej skuteczności, afektem czy też optymizmem, tym samym dodatnio wpływając na nasze zdrowie, dobrostan i jakość życia (Czekierda i in., 2017).

Również przegląd 113 prac (łącznie N osób badanych=21 509) dotyczących związku zasobów sensu życia z chorobami układu sercowo-naczyniowego wskazuje na istotną rolę sensu w życiu pacjentów z chorobami serca (Vos, 2021). Wykazano w nim, że jednym z podstawowych problemów pacjentów z diagnozą kardiologiczną jest próba odpowiedzi na pytanie, jak wieść sensowne życie, mimo diagnozy choroby kardiologicznej. Według autora, sens życia jest umiarkowanie-silnym predyktorem wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego, a także odkrywa ważną rolę w krótko- i długoterminowym wpływie choroby kardiologicznej na nasze funkcjonowanie psychofizyczne. Zasoby sensu życia odgrywają centralną rolę w życiu pacjentów z chorobami serca, zarówno przed jak i po jej diagnozie. Z analizy 113 artykułów wynika, że obawy dotyczące sensu naszego życia mogą prowadzić do większego stresu, mniejszej motywacji do zmiany stylu życia oraz gorszej jakości życia i dobrostanu wśród pacjentów z diagnozą chorób układu krążenia. Jej autor zaznacza jednocześnie, że zdolność do prowadzenia sensownego życia po zdarzeniach kardiologicznych wiąże się z mniejszym stresem oraz lepszym zdrowiem psychicznym (Vos, 2021).

Relacje te są również bardzo dobrze ugruntowane w teorii. Wcześniej zaprezentowano wybrane podejścia teoretyczne reprezentowane przez Frankla (1963, 1967), Yaloma (1980, 1982), Wonga (1998, 2010, 2011, 2014), Stegera i współpracowników (2006, 2009) oraz Georga i Park (2016, 2017), dotyczące wpływu zasobów sensu życia na funkcjonowanie człowieka. Podczas dyskusji o znaczeniu poczucia sensu życia w chorobie przewlekłej, należy wspomnieć również o modelu salutogenezy Aarona Antonovskyego (1979, 1987, 1996). Sam

Antonovsky nazywał swoją koncepcję orientacją salutogenetyczną (Antonovsky, 1996), dlatego też pojęcia te będą używane zamiennie. Dotyczy ona konstruktów bardzo bliskiego poczuciu sensu życia, a mianowicie poczuciu koherencji.

Orientacja salutogenetyczna została zaproponowana przez Antonovskyego jako krytyka panującego ówczasie dychotomicznego podejścia do modelu zdrowie-choroba. Jego zdaniem, zdrowie i choroba stanowią kontinuum, na którym to do osiągnięcia pełni zdrowia nie wystarczy unikać czynników ryzyka danej choroby. Ważną rolę w osiągnięciu zdrowia odgrywają czynniki prewencyjne (*salutary factors*), które są odpowiedzialne za promocję zdrowia, zamiast redukcję czynników ryzyka. Według Antonovskyego (1979, 1987, 1996) poziom zdrowia jest zależny od czterech czynników: uogólnionych zasobów odpornościowych (*generalized resistance resources; GRR*), stresorów, stylu życia oraz poczucia koherencji. Uogólnione zasoby odpornościowe ułatwiają skuteczne radzenie sobie ze stresorami naszego codziennego życia i postrzeganie świata jako sensownego. Heszen i Sęk (2012) dokonały analizy prac Antonovskyego i na jej podstawie wyróżniły 2 główne kategorie GRR: (1) biologiczne (genetyczne, biochemiczne, immunologiczne i konstytucjonalne) i psychologiczne właściwości jednostki (np. cechy poznawcze, poczucie tożsamości, formy radzenia sobie) oraz (2) cechy społeczno-kulturowe (jak wsparcie społeczne, religia czy sztuka). Pomagają one w zwalczaniu skutków stresu, mogą stanowić formy radzenia sobie lub też uruchamiać inne formy, pośredniczące między GRR a zdrowiem lub chorobą. Sam autor orientacji salutogenetycznej nie ogranicza się jedynie do wyżej wymienionych zasobów. Jego zdaniem, uogólnionym zasobem odpornościowym może być wszystko to, co pozwala w zwalczaniu skutków stresu (Antonovsky, 1987; Heszen i Sęk, 2012).

W modelu salutogenetycznym bardzo istotną rolę odgrywa poczucie koherencji. Sam Antonovsky zwraca uwagę, że jest ono konceptem podobnym do takich konstruktów jak optymizm, wola życia (zob. Frankl, 1963, 1967), zaradność czy też twardość psychiczna (Antonovsky, 1987, 1996). Poczucie koherencji jest globalną orientacją na postrzeganie świata jako znaczącego, zrozumiałego i łatwego do opanowania, mimo wielu stresujących sytuacji z jakimi się spotykamy. Zawiera w sobie trzy istotne komponenty: zaradność, sensowność oraz zrozumiałość. Zaradność wyraża się poprzez wiarę w to, że dostępne dla nas zasoby są wystarczające do poradzenia sobie ze stresem. Sensowność polega na motywacji do radzenia sobie ze stresem i ocenianiu go, jako wartego wysiłku. Zrozumiałość z kolei wyraża się w postrzeganiu stresora jako wytłumaczalnego, przewidywalnego i zrozumiałego. Osoby o wysokim poczuciu koherencji wykazują tendencję do postrzegania świata i swojego życia jako zrozumiałe, uporządkowane, dające się zmieniać i pomocne w radzeniu sobie

z codziennymi stresorami. Poczucie koherencji pomaga oceniać trudne życiowe sytuacje jako wyzwania, a nie przeszkody. Będąc na wysokim poziomie, wiąże się również z odpowiednią reakcją na bodźce emocjonalne, z niską na nie wrażliwością i wysoką odpornością emocjonalną (Antonovsky, 1987).

Model salutogenetyczny pozwala wyjaśnić przedstawione wcześniej wyniki badań dotyczące związku zasobów sensu życia ze zdrowiem osób z niewydolnością serca. Jednym z komponentów poczucia koherencji jest poczucie sensowności. Wcześniej zdefiniowano je jako motywację do radzenia sobie ze stresem i ocenianiu go, jako wartego wysiłku. Sam Antonovsky zaznacza, że poczucie koherencji jest globalną orientacją na postrzeganie świata. Tym samym, należałoby przyjąć inną definicję poczucia sensowności, którą możemy odnaleźć w pracy Heszen i Sęk (2012). Definiują one ten komponent poczucia koherencji jako odczucie, że życie ma sens. Poczucie sensu życia może pełnić w życiu pacjentów z niewydolnością serca rolę zasobu odpornościowego, niwelującego skutki stresu i choroby na ich codzienne funkcjonowanie.

Uzasadnienia tej tezy można dokonać na podstawie powiązania konstrukt sensu życia z poczuciem koherencji (zob. Antonovsky, 1987, 1996). Te dwa konstrukty są ze sobą bardzo silnie związane. Potwierdzają to badania na populacjach ogólnych, jak i wśród osób z chorobami serca (Krok, 2020). Z tego też powodu, należałoby traktować zasoby sensu życia jako istotne względem zdrowia w perspektywie orientacji salutogenetycznej. Autor niniejszej pracy nie jest pierwszą osobą, która próbuje zestawić konstrukt poczucia sensu życia z orientacją salutogenetyczną. Takiej operacjonalizacji dokonały również Haugan i Dezutter (2021) w jednej z najnowszych książek z zakresu psychologii zdrowia. Uważają one, że wspieranie rozwoju zasobów sensu życia jest równoznaczne z promowaniem zdrowia. Twierdzą, że sens życia wydaje się niezbędny w radzeniu sobie z poważnymi zdrowotnymi stresorami. Jest on motywującym wymiarem w trójwymiarowej koncepcji poczucia koherencji, dlatego też należy uznać go za konstrukt salutogenetyczny (Haugan i Dezutter, 2021).

Niestety dotychczasowe badania wykazały, że podczas epizodów chorób kardiologicznych, poczucie sensu życia maleje. Prowadzi to do obniżenia własnej wartości oraz negatywnego stosunku do siebie, negatywnie kształtując jakość życia i dobrostan pacjentów nimi dotkniętych (Ziarko, 2014). Z tego powodu, analiza zasobów sensu życia wydaje się być niezmiernie istotna w perspektywie badań psychokardiologicznych. Poczucie sensu życia jest istotnie związane z diagnozą choroby przewlekłej, ale i również jej subiektywną oceną (Krok i Telka, 2018). Liczne badania empiryczne i modele teoretyczne zwracają uwagę, że nie tylko skutki samej choroby, ale też jej subiektywna ocena, mogą kształtować jakość życia i dobrostan

osób przewlekle chorych. Z tego powodu, w dalszej części tej pracy zostaną przedstawione najważniejsze koncepcje teoretyczne traktujące o percepcji choroby oraz wyniki badań empirycznych, ukazujących jej związek z jakością życia osób z niewydolnością serca.

2.3. Relacje percepcji choroby z jakością życia osób z niewydolnością serca

Niewydolność serca jest przykładem choroby przewlekłej. Pojawienie się w życiu człowieka długotrwałych i obszernych problemów natury zdrowotnej może być dla niego bardzo obciążające. Niemniej jednak, osoby dotknięte chorobami układu sercowo-naczyniowego mogą również dostrzegać pozytywne zmiany w swoim życiu związane z ich chorobą (Ziarko, 2014). Ocena niewydolności serca, nawet jako pozytywnego wydarzenia w swoim życiu, niekoniecznie musi się wiązać z jej akceptacją. Dlatego też w tym miejscu należałoby dokonać rozróżnienia dwóch podstawowych pojęć: percepcji choroby oraz akceptacji choroby.

Od oceny choroby zależy to, jak pacjent zareaguje na informację o diagnozie choroby przewlekłej, a także czy dojdzie u niego do jej akceptacji. Percepcja choroby stanowi indywidualny obraz własnej choroby. Powstaje na bazie wzbudzanego u pacjenta po nadaniu diagnozy szeregu myśli i uczuć, oraz wydarzeń obecnych przez cały czas trwania choroby. Jest ona rozbudowanym schematem poznawczym, mogącym obejmować wiedzę i przekonania na temat istoty, przyczyn, przebiegu i konsekwencji choroby, a także leczenia oraz aktualnego stanu zdrowia (Krok, 2017). Osoby chore przewlekle tworzą własne reprezentacje chorób, w celu lepszego ich zrozumienia i łatwiejszego zmagania się z ich skutkami. Z tego też powodu, w niniejszym fragmencie zaprezentowane zostaną dwie różniące się między sobą koncepcje percepcji choroby: jedna, zaproponowana przez Howarda Leventhala i współpracowników (1980, 1984, 1992) oraz druga, autorstwa Lipowskiego (1970).

Proces akceptacji polega na stopniowym przechodzeniu od postrzegania choroby jako negatywnego wydarzenia, do traktowania schorzenia na równi z innymi swoimi cechami. Zaakceptowanie swojego stanu zdrowia pozwala pacjentom na lepsze zmaganie się z negatywnymi emocjami i zmianami, jakie zachodzą w ich życiu, w związku z występowaniem choroby. Jednocześnie akceptacja choroby może stanowić wyznacznik przystosowania do choroby i ograniczeń jakie narzuca ona osobie nią dotkniętej (Dymecka i Gerymski, 2020; Rządkiwicz, 2007). Akceptacja swojego stanu zdrowia może pomóc w zmaganiu się ze stresem choroby przewlekłej. Jednakże sama akceptacja choroby nie

oznacza, że osoba nią dotknięta nie będzie oceniała jej negatywnie. Afirmacja stanu zdrowia może wynikać nie tylko z pogodzenia się ze swoim stanem zdrowia, ale i również ze świadomości, że jest się wobec niej bezsilnym.

2.3.1. Percepcja choroby w świetle modelu Leventhala i współpracowników

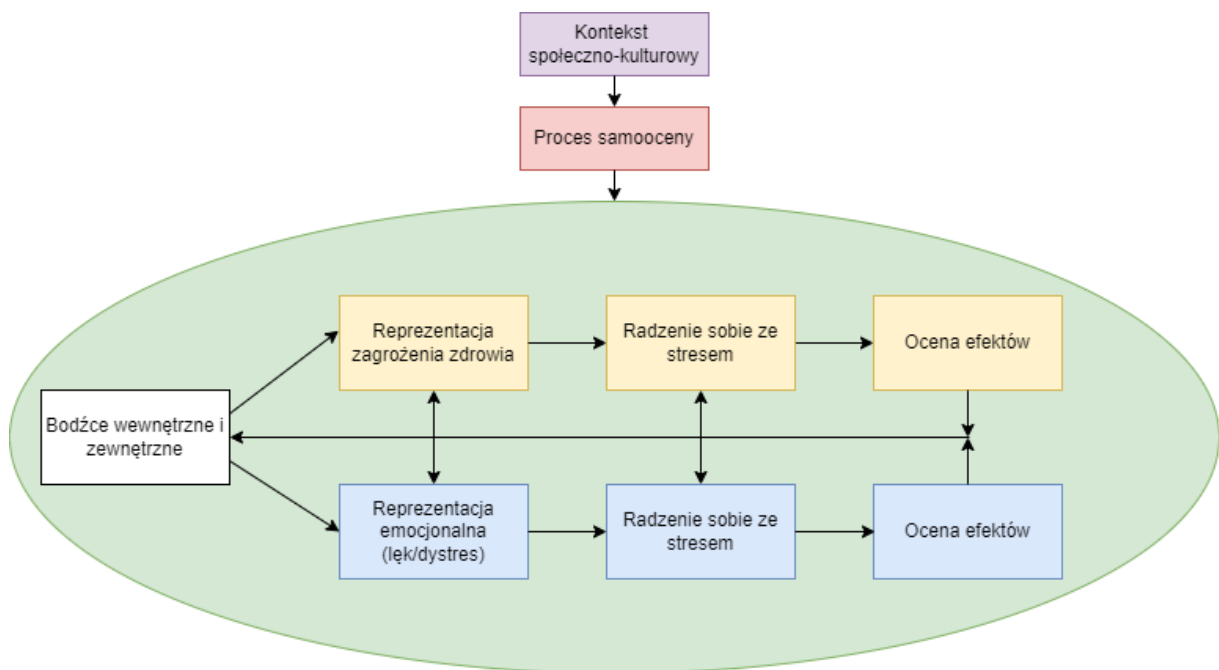
Jednym z najpowszechniejszych i najlepiej przebadanych modeli teoretycznych wyjaśniających percepcję choroby przewlekłej jest zdroworozsądkowy samoregulacyjny model zdrowia i choroby (*the common-sense model of self-regulation of health and illness*), zaproponowany przez Howarda Leventhala i współpracowników (1980, 1984, 1992). Zakłada on, że na bazie obserwowanych objawów, pacjent generuje poznawcze oraz emocjonalne reprezentacje choroby, które pozwalają mu ją lepiej zrozumieć. Interpretacja objawów pozwala pacjentowi na stworzenie pełniejszego obrazu choroby i wynikającego z niej zagrożenia, co stanowi dla niego wskazówkę do dalszego działania. Następnie uruchamia on formy radzenia sobie ze stresem i dokonuje oceny ich skuteczności.

Według zdroworozsądkowego samoregulacyjnego modelu zdrowia i choroby, w percepcji choroby przez pacjenta odgrywają rolę dwa systemy przetwarzania: obiektywny (związany z reprezentacją zagrożenia zdrowia) i subiektywny (emocjonalny). Oba niezależnie uruchamiają procedury radzenia sobie i oceny ich skuteczności oraz są związane z dwoma typami struktur pamięciowych: schematycznymi i konceptualnymi. Schematyczne struktury pamięci są to zakodowane niewerbalne informacje dotyczące wcześniejszych chorób i stanów emocjonalnych, odgrywające ważną rolę w automatycznym wywoływaniu reakcji emocjonalnych i wspomnień somatycznych, takich jak np. ból fantomowy (ból odczuwany w miejscu nieistniejącej, amputowanej kończyny). Konceptualne struktury pamięci składają się zaś z semantycznych pojęć abstrakcyjnych, wniosków przyczynowo-skutkowych oraz oczekiwań opartych na refleksjach i osądach danej osoby na temat jego choroby. Są one ważne w procesie określania stanów emocjonalnych i chorobowych, a także ocenie ich znaczenia (Leventhal i in., 1992)

Leventhal i współpracownicy (1980, 1984, 1992) zwracają uwagę, że w procesie tworzenia poznawczej reprezentacji choroby, dużą rolę odgrywa pięć komponentów: tożsamość (*identity*), przyczyna (*cause*), oś czasu (*timeline*), konsekwencje (*consequences*) oraz wyleczalność (*curability*). Tożsamość dotyczy wyobrażeń pacjentów na temat nadanej im etykiety (diagnozy; nazwy choroby) oraz powiązanych z nią objawów. Składnik przyczynowy

traktuje o wyobrażeniach pacjenta na temat biologicznych lub psychospołecznych przyczyn jego stanu zdrowia. Oś czasu jest komponentem mówiącym o postrzeganiu przez pacjentów prawdopodobnego czasu trwania ich choroby, który według modelu możemy sklasyfikować jako ostry, krótkotrwały, przewlekły lub epizodyczny. Konsekwencje dotyczą zaś przekonań pacjenta na temat natężenia wpływu choroby na jego życie w sferach fizycznej, psychicznej i społecznej. Komponent wyleczalności dotyczy stopnia, w jakim pacjent uważa, że jego stan jest podatny na wyleczenie lub kontrolę.

Leventhal i współpracownicy (1980, 1984, 1992) zaznaczają, że wskazane komponenty nie są od siebie niezależne. Mogą one wchodzić między sobą w interakcję i uaktywniają się, gdy tylko pacjenci doświadczają pierwszych objawów choroby. Są one modyfikowalne i zmieniają się z postępem choroby, występowaniem nowych objawów i wdrożonego leczenia. Kształtują one formy radzenia sobie ze stresem oraz odgrywają kluczową rolę w ocenie ich wyników (Leventhal i in., 1984).



Rysunek 2.3 Zdroworozsądkowy samoregulacyjny model zdrowia i choroby

Źródło: opracowanie własne na podstawie przytoczonej literatury (Leventhal i in., 1980, 1984, 1992)

Zaprezentowany model zakłada, że bodźce zewnętrzne i wewnętrzne generują reprezentację stanu emocjonalnego oraz zdrowia, prowadząc do procedur radzenia sobie ze stresem i oceny wyników (zob. Rysunek 2.3). Jednakże relacje te mogą zachodzić inaczej, w zależności od kontekstu społeczno-kulturowego oraz procesy samooceny (tzw. kontekstu

własnego; *self context*), rozumianego jako introspekcyjny proces ewaluacji swojego stanu. Choroba jest zjawiskiem nieustannie podlegającym zmianie. Nasilenie lub osłabienie objawów może nastąpić u pacjenta na bazie zdobywanej wiedzy pochodzącej od lekarzy specjalistów, przyjaciół, czy też mediów. Sprawia to, że stosowane formy radzenia sobie ze stresem i ich ewaluacja są nieustannie aktualizowane na bazie informacji pochodzących z otoczenia.

Proces samooceny (wewnętrznej autoewaluacji) uruchamiany jest najczęściej z powodu nowych zmian somatycznych. Zmiany te powodują, że pacjent zaczyna gromadzić informację na temat swojego stanu zdrowia (np. stara się powiązać ze sobą odczuwane objawy oraz dokonuje ich obserwacji). Na ich podstawie pacjent dokonuje ewaluacji swojego stanu zdrowia i ocenia siebie jako osobę zdrową lub chorą. W przypadku negatywnej oceny stanu zdrowia, pacjent może podejmować próby samoleczenia. Gdy okazują się one nieskuteczne w stosunku do odczuwanych objawów, a także gdy pacjent jest pod wpływem dużego stresu, sięga on najczęściej po pomoc specjalisty (Leventhal i in., 1992).

Zaprezentowany zdroworozsądkowy samoregulacyjny model zdrowia i choroby (Leventhal i in., 1980, 1984, 1992) doczekał się wielu form operacjonalizacji. Pierwszą wartością wspomnienia jest Kwestionariusz Percepcji Choroby IPQ (*Illness Perception Questionnaire*; Weinman i in., 1996). Zawiera on pytania służące do pomiaru pięciu wymiarów: (1) tożsamości, czyli objawów jakie pacjent utożsamia ze swoją chorobą; (2) przyczyny, rozumianej jako osobiste wyobrażenia na temat źródła choroby; (3) postrzeganego czasu choroby; (4) oczekiwanych konsekwencji choroby oraz (5) kontroli leczenia. Nawiązują one bezpośrednio do 5 komponentów poznawczej reprezentacji choroby Leventhala i współpracowników.

W późniejszych latach, Moss-Morris i współpracownicy (2002) dokonali modyfikacji tego narzędzia, proponując jego zrewidowaną wersję: IPQ-R (*Revised Illness Perception Questionnaire*). Słusznie zauważyli, że IPQ w wersji podstawowej pomija jeden z ważnych aspektów zawartych w modelu Leventhala i współpracowników (1992), a mianowicie reprezentacje emocjonalne. Dlatego też w IPQ-R zawarto pytania służące do pomiaru komponentów: (1) osi czasu; (2) konsekwencji; (3) kontroli osobistej oraz leczenia; (4) koherencji choroby oraz (5) reprezentacji emocjonalnych. Pomiar koherencji choroby dotyczy w IPQ-R nasilenia, w jakim pacjenci oceniają swoją chorobę jako coś spójnego i zrozumiałego. Pozycje traktujące o reprezentacji emocjonalnych zostały opracowane na bazie reakcji afektywnych, które we wcześniejszych badaniach okazały się wrażliwe na różnice w postrzeganiu chorób, takich jak depresja, złość, zmartwienie, niepokój czy lęk (Moss-Morris

i in., 2002). W 2006 roku opracowano również 8-itemową wersją skali (Brief IPQ), bazującą na zrewidowanej wersji Kwestionariusza Percepcji Choroby IPQ (Broadbent i in., 2006).

Zaprezentowane skale wydają się mierzyć percepcję choroby w niepełny sposób. Janowski (2006) twierdzi, że nurty badawcze i teoretyczne traktujące o percepcji choroby operacjonalizują ją poprzez ocenę wiedzy chorego na temat jego choroby lub subiektywną ocenę znaczenia choroby dla życia człowieka. Słusznie stwierdza on, że choroba reguluje funkcjonowanie pacjenta w wielu sferach jego życia: wywołuje różne stany emocjonalne, wpływa na przestrzeganie wytycznych lekarzy specjalistów czy też przybieranie prozdrowotnego lub destruktywnego stylu życia. W swojej pracy podkreśla dodatkowo, że choroba stanowi utratę wielu cenionych wartości, ale także może być również oceniana przez pacjenta jako wyzwanie czy też korzyść (Janowski, 2006).

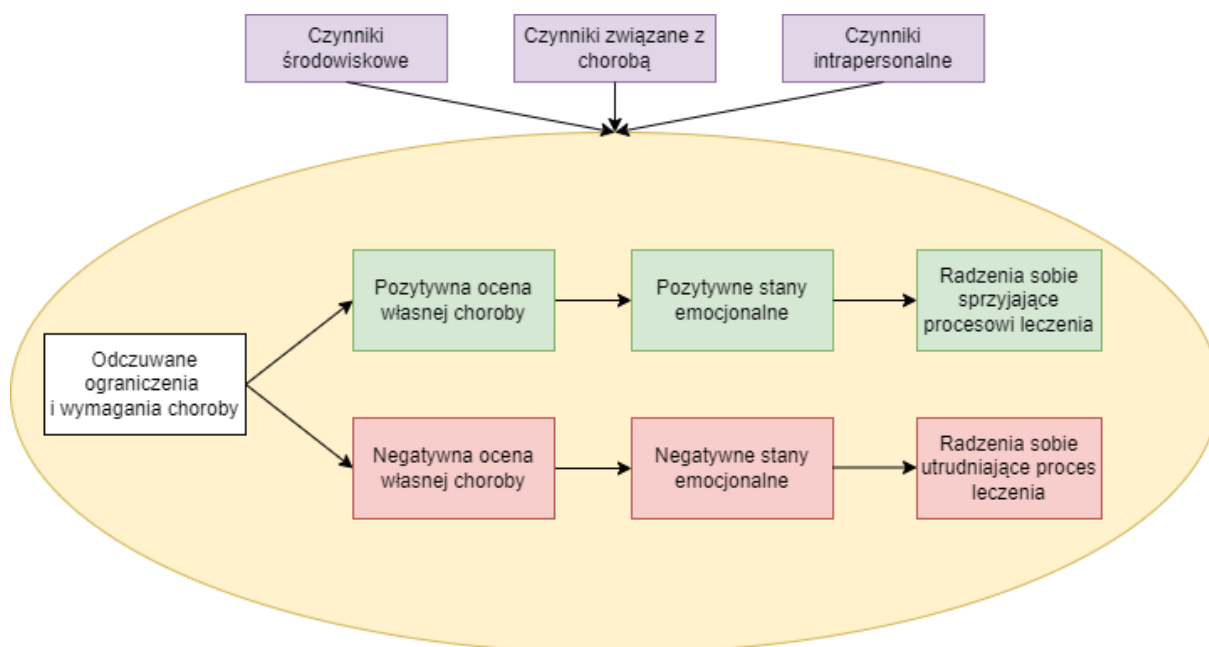
Przywoływana praca Janowskiego doskonale podkreśla limitację modelu zoperacjonalizowanego przez skale IPQ. Po pierwsze: nie mierzą one pozytywnych aspektów percepcji choroby; po drugie: nie opierają się one w pełni na subiektywnej ocenie stanu zdrowia. Korzystając z Brief IPQ, IPQ-R czy też oryginalnej wersji IPQ, możemy dowiedzieć się m.in. czy choroba wywołuje u pacjenta negatywne stany emocjonalne oraz jak ocenia on skuteczność podejmowanego leczenia. Ocena długości trwania choroby, skuteczności podejmowanego leczenia czy też poczucia kontroli nad chorobą wydają się być bardziej uzależnione od informacji, jakie pacjent pozyskuje z zewnątrz (np. od lekarzy specjalistów), niż subiektywnej oceny choroby. Model Leventhala i współpracowników (1992) potwierdza, że na wskazane komponenty percepcji choroby może wpływać sfera psychospołeczna człowieka. Nie mniej jednak, większym ograniczeniem wskazanego podejścia wydaje się być brak uwzględniania różnych pozytywnych reprezentacji choroby, o których mówił Janowski (2006). Możemy je natomiast odnaleźć w innym modelu percepcji choroby, zaproponowanym przez Lipowskiego (1970), na którym bazuje też jedno z zastosowanych w niniejszej pracy narzędzi badawczych (tj. Skala Oceny Własnej Choroby).

2.3.2. Percepcja choroby w ujęciu Lipowskiego

Zdaniem Lipowskiego (1970), choroba somatyczna jest źródłem stresu, który może wywoływać u pacjenta m.in. poczucie straty oraz cierpienia. Osoby chore muszą podporządkować się wielu wymaganiom stawianym im przez chorobę, zarówno w sferze fizycznej, jak i psychospołecznej. Pacjenci chorujący przewlekłe napotykają również trudności

z realizacją wyznaczonych celów, z uwagi na ograniczenia wynikające z ich choroby somatycznej. Mogą one jednak przynieść pacjentom wiele korzyści. Uporanie się z wymaganiami i ograniczeniami towarzyszącymi chorobie może przyczynić się do osobistego i psychologicznego rozwoju, zwłaszcza w sytuacji, gdy organ dotknięty chorobą jest silnie związany z wartościami i funkcjonowaniem w ważnych dla pacjentach sferach, np. sensu i celu (Krok, 2017). Osoby chore uruchamiają w tym celu szereg form radzenia sobie z ograniczeniami i odczuciami, jakie wywołała w ich życiu choroba, które są uzależnione od wielu czynników: intrapersonalnych (np. wiek, inteligencja, osobowość, przekonania, wartości, stany emocjonalne i funkcjonowanie poznawcze), związanych z chorobą (np. stopień wyleczalności choroby czy też jej zaawansowanie), a także środowiskowych (np. otoczenie oraz relacje społeczne). Czynniki te wpływają na poziom odczuwanych ograniczeń wywołanych chorobą, stany emocjonalne, a także rodzaje radzenia sobie z nimi. Mogą one również oddziaływać na to, jakie znaczenie przypisuje swojej chorobie osoba cierpiąca somatycznie.

Według Lipowskiego (1970), to właśnie percepcja choroby oddziałuje bezpośrednio na stosowane formy radzenia sobie z nią. Tym samym subiektywna ocena własnej choroby dokonywana przez pacjenta, uzależniona od odczuwanych ograniczeń choroby oraz szeregu czynników środowiskowych, chorobowych i intrapersonalnych, może wpływać na jego reakcje emocjonalne i motywacyjne związane z chorobą, takie jak chociażby formy radzenia sobie (zob. Rysunek 2.4). Pozytywna ocena choroby wywołuje u pacjenta pozytywne stany emocjonalne, uruchamiające formy radzenia sobie sprzyjające procesowi leczenia. W przypadku negatywnej percepcji choroby, pacjenci odczuwają szereg niekorzystnych emocji, prowadzących do sięgania po formy utrudniające leczenie (Lipowski, 1970, 1985).



Rysunek 2.4 Model percepcji choroby Lipowskiego

Źródło: opracowanie własne na podstawie przytoczonej literatury (Lipowski, 1970).

Lipowski (1970) wyodrębnił 8 kategorii znaczeń, jakie osoba chora może przypisać swojej chorobie: wyzwanie, wróg, kara, słabość, ulga, strategia, nieodwracalna strata lub niebezpieczeństwo oraz wartość. Postrzeganie choroby jako wyzwania (*challenge*) jest powszechną formą percepcji choroby. W takiej sytuacji stan zdrowia pacjenta jest przez niego postrzegany w perspektywie wymagań, którym należy sprostać wszystkimi dostępnymi środkami. Jednakże, w sytuacji gdy pacjent postrzega swoją chorobę jako wyzwanie, najczęściej sięga po racjonalne i adaptacyjne formy radzenia sobie z nią, takie jak korzystanie z pomocy opieki specjalistów, poszukiwanie informacji, aktywność dopasowana do stanu zdrowia czy też poszukiwanie innych form zaspokojenia swoich potrzeb, niż te ograniczone przez chorobę.

Osoba chora może również postrzegać swoją chorobę jako wroga (*enemy*), co Lipowski (1970) nazwał „inwazją wrogich zewnętrznych i wewnętrznych sił”. W takiej sytuacji pacjenci często używają określeń „walki z chorobą” lub „pokonania choroby”. Wpływa to na odczuwanie przez nich emocje dotyczące ich stanu zdrowia. Może motywować pacjenta do bezpośredniej walki, ucieczki lub poddania się chorobie, w zależności od tego, jak ocenia on swoje możliwości sprostania chorobie. Takiej percepcji choroby towarzyszą najczęściej negatywne stany emocjonalne: gniew, strach, niepokój czy też lęk. Ocena choroby jako wroga prowadzi do sięgania po takie strategie jak zaprzeczenie, bierność lub też projekcja (a konkretnie obwinianie innych za wywołanie lub nasilenie choroby).

Równie popularną formą postrzegania choroby jest jej percepcja jako kary (*punishment*). Pacjent może postrzegać swój stan zdrowia jako zarówno zasłużoną, jak i niesprawiedliwą karę. Percepcji choroby jako niesprawiedliwej kary towarzyszy najczęściej poczucie złości oraz nasilenie lękowych i depresyjnych stanów emocjonalnych. Ocena choroby jako kary może powodować bierność pacjenta w procesie adaptacji do niej (Janowski i in., 2007; Lipowski, 1970). Czasem jednak możemy zaobserwować reakcje odwrotne. Gdy pacjent utożsamia swoją chorobę jako formę pokuty i szansy naprawy czegoś, to polepszenie się jego stanu zdrowia może prowadzić to do występowania zwiększonego optymizmu i wigoru (Lipowski, 1970).

W przypadku oceny choroby jako słabości (*weakness*), utożsamiania jest ona z utratą kontroli lub niepowodzeniem, związanymi z pewnymi negatywnymi moralnymi konsekwencjami, których Lipowski (1970) nie konkretyzuje. Pacjenci reagują na nią najczęściej poczuciem wstydu. Ta forma percepcji choroby wywołują najczęściej unikowe formy radzenia sobie z chorobą, takie jak wyparcie, czy też kamuflowanie się poprzez prezentowanie się jako osoba zdrowa. Niestety Lipowski (1970) nie opisał szerzej zaproponowanej przez siebie formy percepcji choroby. Została ona również pominięta przez badaczy, którzy dokonali operacjonalizacji jego koncepcji (zob. Janowski, 2006; Janowski i in., 2007, 2009).

Kolejną kategorią znaczenia percepcji choroby według Lipowskiego (1970) jest traktowanie jej jako ulga (*relief*). Pacjenci postrzegający swoją chorobę jako ulgę, mogą wykorzystywać sytuację choroby jako formę ucieczki od wymagań i obowiązków życia codziennego. Istnieje szansa, że przy takiej formie percepcji stanu zdrowia, pacjenci będą starali się utrzymać status osoby chorej, nawet po całkowitym wyzdrowieniu. Innymi słowy, będzie im zależało na tym, by dalej byli traktowani jako osoba chora. Mogą w tym celu wykorzystywać szereg świadomych i nieświadomych strategii, takich jak symulowanie objawów, uskarżanie się na swój stan zdrowia, przejawy zachowań hipochondrycznych czy też nadmierne korzystanie z usług lekarzy specjalistów.

Pogorszenie się stanu zdrowia może być dla pacjenta zbawienne w sferze jego relacji interpersonalnych. Traktując chorobę jako strategią (*strategy*) (Lipowski, 1970), pacjent może zaspokoić swoje potrzeby wsparcia, zainteresowania i troski ze strony innych. Również charakterystyka danego schorzenia może tutaj odgrywać istotną rolę. W przypadku, gdy pacjent cierpi na jakąś niespotykaną lub skomplikowaną chorobę, może on wzbudzać większe zainteresowanie wśród personelu medycznego. Takim pacjentom zależy często na utrzymaniu i dużym eksponowaniu swojego stanu zdrowia. Zyskują oni dzięki temu sporą ilość uwagi, co

może pozytywnie wpływać na ich samoocenę oraz ogólny dobrostan (Janowski i in., 2007, 2009; Lipowski, 1970).

Bywa również, że osoby chore postrzegają swoją chorobę jako pewną nieodwracalną stratę lub niebezpieczeństwo (*irreparable loss or danger*). W sytuacji, gdy dochodzi do nawet niewielkiego pogorszenia funkcjonowania w istotnych dla pacjenta sferach, może on mieć poczucie nieodwracalnej szkody lub straty, a także postrzegać swoją chorobę jako ograniczającą i zakłócającą jego poczucie bezpieczeństwa. Lipowski (1970) zaznacza, że wczesna interwencja w przypadku rozpoznania takiej formy radzenia sobie z chorobą jest niezmiernie istotna, gdyż często towarzyszą jej takie stany afektywne jak wrogość, lęk, niepokój, depresja oraz bunt wobec rehabilitacji i działań lekarzy specjalistów. W skrajnym przypadku, gdy pacjent postrzega swoją chorobę jako nieodwracalną stratę, może sięgać po tak destrukcyjne strategie zaradcze jak próby samobójcze (Janowski i in., 2007, 2009; Lipowski, 1970).

Ostatnią kategorią percepcji choroby w ujęciu Lipowskiego (1970) jest traktowanie jej jako wartość (*value*). Ta forma percepcji, jest przez niego określana jako najbardziej wartościowa (*superior*) w stosunku do pozostałych. Pacjenci mogą oceniać swoją chorobę jako posiadającą głębszy sens. Może być przyczynkiem do osobistego rozwoju i okazją odkrycia świata w perspektywie elementów, na które wcześniej nie zwracało się uwagi (Janowski i in., 2007, 2009). Taka ocena choroby pozwala na znalezienie sensu życia na nowo. Przyczynia się do korzystania z wielu pozytywnych form radzenia sobie z chorobą. Przypisywanie jej wartościowego znaczenia może prowadzić do większego zaangażowania pacjenta w życie duchowe oraz zaangażowania i produktywności, które mogą przekraczać poziom sprzed wystąpienia choroby (Lipowski, 1970).

Mimo dużej wartości zaprezentowanej koncepcji Lipowskiego (1970), nie doczekała się ona wielu operacjonalizacji. Częściowo nawiązuje do niej Betsy Fife (1995) w swojej skali znaczenia choroby, skonstruowanej na bazie wywiadów z osobami zmagającymi się z chorobą nowotworową. Przytoczona koncepcja Lipowskiego (1970) zdaje się być zdominowana przez zaprezentowany wcześniej model Leventhala i współpracowników (1980, 1984, 1992). Nie pomógł w tym zapewne fakt, że jedna z najpopularniejszych prac dotyczących operacjonalizacji form radzenia sobie ze stresem, nie zdaje się traktować koncepcji Lipowskiego (1970) jako wartościowej. Artykuł walidacyjny kwestionariusza COPE Carvera i współpracowników (1989) kładzie duży nacisk na silne teoretyczne ugruntowanie ich skali. W dyskusji wyników tejże pracy, przytaczają oni koncepcję Lipowskiego (1970) jako kontrastującą do ich własnej (zob. Carver i in., 1989). Nie mniej jednak nie oznacza to, że

propozycja Lipowskiego nie zasługuje na uwzględnienie w badaniach nad percepcją choroby przewlekłej.

Została ona wykorzystywana na gruncie polskim, za sprawą Skali Oceny Własnej Choroby (SOWC) skonstruowanej przez Janowskiego i współpracowników, dostępnej w publikacjach w języku ukraińskim (2007) oraz angielskim (2009), chociaż zwalidowanej w języku polskim. Jest ona syntezą dwóch podejść teoretycznych: percepcji choroby Lipowskiego (1970) oraz oceny sytuacji choroby Lazarusa i Folkman (1984), która zostanie szerzej opisana w trzecim rozdziale niniejszej pracy taktującym o stresie i formach radzenia sobie z nim (zob. Rozdział 3). Kwestionariusz SOWC mierzy ocenę choroby w świetle 7 kategorii: zagrożenia, korzyści, przeszkody/starty, wyzwania, krzywdy, wartości oraz znaczenia. Nie jest on bezpośrednią operacjonalizacją koncepcji Lipowskiego (1970), jednakże jedyną odzwierciedlającą ją w tak dużym stopniu. Skala SOWC osiąga akceptowalne współczynniki rzetelności, różniące się w zależności od badanej próby osób (Janowski, 2006; Janowski i in., 2007, 2009).

2.3.3. Związek percepcji choroby z jakością życia w chorobach przewlekłych

Z przeprowadzonego przez Sawyera i współpracowników (2019) przeglądu badań jednoznacznie wynika, że percepcja choroby jest związana z miarami jakości życia i dobrostanu. Sugerują oni, że korzystna i pozytywna percepcja choroby jest związana z lepszymi wynikami miar zdrowia, a negatywna percepcja choroby z niskimi wynikami jakości życia i dobrostanu. Dokonując przeglądu literatury dotyczącej związku percepcji choroby z jakością życia i dobrostanem, należałoby podzielić go na dwie części: pierwszą, dotyczącą paradygmatu badań w świetle zdroworozsądkowego samoregulacyjnego modelu zdrowia i choroby Leventhala i współpracowników (1980, 1984, 1992) oraz drugą, nawiązującą do koncepcji percepcji choroby Lipowskiego (1970).

Broadbent wraz z zespołem (2015) dokonali metaanalizy 188 prac wykorzystujących skalę Brief IPQ. Z opublikowanej przez nich pracy wynika, że jakość życia w sferze społecznej nie była istotnie związana z percepcją choroby w świetle paradygmatu Leventhala i współpracowników (1980, 1984, 1992). Zaobserwowano natomiast istotnie związki oceny własnej choroby z innymi sferami jakości życia i miarami dobrostanu. Jakość życia w sferze psychicznej oraz fizycznej, a także miary nasilenia objawów depresji i lęku były istotnie

związane z percepcją konsekwencji, osobistej kontroli, tożsamości oraz reprezentacji emocjonalnych (Broadbent i in., 2015).

Zespół Dempstera i współpracowników (2015) poszedł o krok dalej i poddał analizie aż 1050 artykułów traktujących o związku percepcji choroby (zoperacjonalizowanych przy użyciu IPQ oraz IPQ-R) i radzenia sobie z funkcjonowaniem w sferze psychologicznej, mierzonej poprzez miary jakości życia, dobrostanu, stresu, depresji czy też lęku. Autorzy wykazali, że ocena konsekwencji choroby oraz jej reprezentacje emocjonalne stanowiły najlepsze predyktory funkcjonowania psychologicznego wśród analizowanych prac traktujących o zdrowiu fizycznym. Co więcej, dowiedli oni, że formy radzenia sobie były silniejszymi predyktorami miar jakości życia i dobrostanu niż percepcja choroby. Wskazali, że w niektórych przypadkach formy radzenia sobie mogą pośredniczyć pomiędzy miarami percepcji choroby a funkcjonowania psychologicznego, chociaż dowody dotyczące mediacyjnej roli formy radzenia sobie nie są według nich spójne. Nie mniej jednak zauważają, że zarówno percepcja choroby jak i formy radzenia sobie z jej stresem odgrywają ważną rolę w przewidywaniu skutków stresu związanego ze zdrowiem fizycznym (Dempster i in., 2015).

W poprzedniej części pracy wskazano, że koncepcja Lipowskiego (1970) nie doczekała się wielu operacjonalizacji, a najpopularniejszą z nich jest polski kwestionariusz SOWC Janowskiego i współpracowników (Janowski i in., 2007, 2009). Z tego powodu, mówiąc o związku percepcji choroby w świetle koncepcji Lipowskiego (1970) z jakością życia i dobrostanem, naturalnym jest, że dominująca ilość przytaczanych badań traktuje o populacji polskiej. Niestety nie opracowano jeszcze kompleksowego przeglądu badań lub metaanalizy w oparciu o skalę SOWC, dlatego też w niniejszym fragmencie zostaną przywołane poszczególne badania na wielu próbach osób chorych przewlekle.

Janowski (2006) w swojej pracy przebadął 174 osoby z łuszczycą. Wykazał on, że percepcja choroby jako przeszkoda/strata, zagrożenie oraz wyzwanie stanowiły istotne predyktory subiektywnej oceny jakości życia (poczucia jakości życia) osób dotkniętych tą chorobą. Co więcej, dowiódł on, że percepcja choroby może być zależna od wybranych zmiennych biomedycznych i socjodemograficznych. Tę samą grupę osób chorych przewlekle przebadala również Adamska wraz z różnymi grupami współpracowników (Adamska i in., 2015; Adamska i Miniszewska, 2016; Miniszewska i Adamska, 2014). W 3 osobnych artykułach zaprezentowała analogiczne wyniki traktujące o jakości życia 61 osób z łuszczycą. Wykazała, że w badanej przez nią próbie percepcja choroby jako zagrożenie, krzywda, znaczenie oraz przeszkoda/strata była negatywnie związana z akceptacją choroby hospitalizowanych osób z łuszczycą. W przypadku osób leczonych ambulatoryjnie, jedynie

ocena choroby jako zagrożenia i krzywdy była związana z wynikami akceptacji choroby. Bardzo ciekawą grupę osób zmagających się z chorobą skóry przebadali również Steuden i współpracownicy (2011). Poddali oni analizie wyniki 20 osób z bielactwem nabytym. Percepcja choroby jako zagrożenia, przeszkody/straty oraz znaczenia była u nich związana z wysokimi wynikami samotności oraz niskimi wynikami poczucia bezpieczeństwa i prężności. Również ocena choroby w perspektywie przeszkody/straty i zagrożenia była związana z wysokimi wynikami neurotyzmu tychże osób.

Kwestionariusz SOWC był również wykorzystywany w badaniach na próbach osób chorych neurologicznie. Furmańska i współpracownicy (2018, 2019, 2021) opublikowali wyniki 118 osób z rzutowo-remisyjną postacią stwardnienia rozsianego (SMRR). W niektórych ze swoich prac zestawili oni wyniki z danymi osób chorych na cukrzycę typu 2. Wykazali, że percepcja choroby w kategoriach zagrożenia, krzywdy, korzyści, wyzwania i wartości jest podobna wśród chorych na SMRR i cukrzycę typu drugiego. Jednakże osoby cierpiące na SMRR istotnie częściej oceniły swoją chorobę jako przeszkodę/stratę w porównaniu do osób z cukrzycą. Również Ogińska-Bulik i Michalska (2016, 2017) opublikowały dwa artykuły na bazie wyników 105 pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (SM). Wspomniane badaczki wykazały, że percepcja choroby jako korzyść, wyzwanie i wartość była dodatnio związana z wynikami wzrostu posttraumatycznego u osób z SM. Co więcej, ocena choroby jako przeszkoda/strata i krzywda była ujemnie związana z wynikami wzrostu po traumie. Z kolei w badaniach Rybienika (2008) na 40 osobach z chorobą Parkinsona uwidocznił dodatni związek wyników depresji z percepcją choroby jako zagrożenie, przeszkoda/strata i krzywda, a negatywny z percepcją choroby jako wyzwanie. Badania Furmańskiej i zespołu (2018, 2019, 2021) oraz Ogińskiej-Bulik i Michalskiej (2016, 2017) dostarczają ciekawych dowodów na temat związku percepcji choroby z miarami jakości życia osób chorych neurologicznie.

Percepcja choroby w świetle koncepcji Lipowskiego (1970) jest również w centrum zainteresowań badań nad chorobami nowotworowymi. Krok i Telka (2018) przebadali 231 osób chorych na raka przewodu pokarmowego. Weryfikowali oni, czy percepcja choroby jest związana z poczuciem sensu życia, czyli jak wykazano wcześniej, miarą silnie związaną z jakością życia osób chorych przewlekłe. W badaniach Kroka i Telki obecność sensu życia była istotnie związana z oceną choroby jako korzyść, przeszkoda/strata, wyzwanie, krzywda, wartość oraz znaczenie. Z kolei poszukiwanie sensu życia w badanej przez nich próbie nie było istotnie związane z jakąkolwiek miarą percepcji choroby. W późniejszych badaniach Krok wraz z zespołem (2019) analizowali wyniki 215 pacjentów dotkniętych rakiem przewodu

pokarmowego powyżej 60-tego roku życia. Wykazali, że ich wyniki psychologicznego dobrostanu były istotnie związane z percepcją choroby jako korzyść, przeszkoda/strata, wyzwanie, krzywda oraz znaczenie. W innych badaniach skoncentrowanych na wynikach 97 osób z rakiem płuc ukazano również, że percepcja choroby jako zagrożenie, przeszkoda/strata, wyzwanie, krzywda, wartość oraz znaczenie była ujemnie związana z wynikami stresu (Poręba-Chabros i in., 2020).

Także w badaniach nad sferą intymną weryfikowano rolę percepcji choroby w świetle koncepcji Lipowskiego (1970). Szymona-Pałkowska i współpracownicy (2016) przebadali 158 kobiet z niemożnością utrzymania moczu. Z ich danych wynika, że percepcja choroby jako korzyść, wyzwanie i wartość była dodatnio związana z wynikami poziomu wsparcia społecznego. Janowski wraz z zespołem (2020) przebadali 70 kobiet po mastektomii. Badane przez nich kobiety o wyższym poziomie postrzeganego wsparcia społecznego charakteryzowały się istotnie niższymi wynikami objawów depresji i oceny choroby jako przeszkoda/strata oraz wyższymi wynikami percepcji choroby jako wyzwanie i wartość.

Warto również wspomnieć o bardzo nietypowym studium przypadku z wykorzystaniem kwestionariusza SOWC. Sołowiej-Chmiel i Sierakowska (2018) przebadaly jedną osobę z przewlekłą chorobą tkanki łącznej – twardziną układową. Wykorzystały one SOWC do stworzenia profilu percepcji choroby badanej pacjentki. Uzyskała ona najwyższy wynik w skali oceny choroby jako zagrożenia, a najniżej oceniała ona swoją chorobę jako korzyść. Przytoczony artykuł stanowi bardzo ciekawą próbę interpretacji wyników kwestionariusza SOWC w oparciu o badanie jakościowe i informacje pozyskane z wywiadu (zob. Sołowiej-Chmiel i Sierakowska, 2018).

Największych na gruncie polski badań z wykorzystaniem kwestionariusza SOWC dokonali Pankowski i współpracownicy (2021). Niestety nie zostały jeszcze opublikowane na łamach jakiegokolwiek czasopisma i w momencie pisania niniejszego rozdziału są dostępne jedynie w formie preprintu (czyli wstępnej wersji publikacji naukowej, dostępnej we wczesnym dostępie). Przeanalizowali oni wyniki 505 osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów ($n=64$), astmą ($n=87$), niedoczynnością tarczycy ($n=130$), cukrzycą typu 1 i 2 ($n=101$) oraz nadciśnieniem ($n=123$). Wykazali, że poznawcza ocena choroby odgrywała istotną rolę w wyjaśnianiu wariacji wyników badanych przez nich wskaźników adaptacyjnych: akceptacji choroby oraz nasilenia objawów depresji.

Wspomniane badanie Pankowskiego i zespołu (2021) jest również najliczniejszą próbą weryfikacji związku oceny własnej choroby mierzonej kwestionariuszem SOWC z miarami funkcjonowania psychologicznego w paradygmacie badań kardiologicznych. W znacznie

mniej liczonym badaniu obejmującym 31 pacjentów z niedokrwionymi udarami mózgu wykazano, że percepcja choroby jako przeszkoda/strata, krzywda, znaczenie i zagrożenie były istotnie związane z poczuciem lęku jako stan. Z kolei z lękiem jako cechą, związane były jedynie oceny choroby jako przeszkoda/strata oraz zagrożenie. Percepcja choroby jako korzyść i przeszkoda/strata były w tych badaniach związane również z wynikami depresji (Domańska i Zawadzka, 2014). Nie uzyskano niestety podobnych wyników w przypadku badań na 99 osobach starszych z cukrzycą typu 2. Zawadzka i Domańska (2020) wykazały, że związek percepcji choroby w tej grupie osób z ich poczuciem lęku był różny w zależności od płci oraz etapu choroby osób badanych.

Niestety, percepcja choroby w świetle koncepcji Lipowskiego (1970) nie została jeszcze zweryfikowana w badaniach nad osobami cierpiącymi na jakiegokolwiek inne choroby układu sercowo-naczyniowego oraz choroby serca. Dotychczas nie przebadano jeszcze osób z niewydolnością serca przy użyciu kwestionariusza SOWC. Stanowi to bardzo dużą lukę w aktualnym stanie wiedzy na temat zjawiska oceny własnej choroby, która to z pewnością zasługuje na wypełnienie. Przed przystąpieniem do takich badań empirycznych, chcąc dokonać analizy oceny własnej choroby osób z niewydolnością serca, należy odwołać się do prac empirycznych operatach na innych koncepcjach teoretycznych.

2.3.4. Percepcja choroby a jakość życia pacjentów z niewydolnością serca

Tematyka oceny własnej choroby w niewydolności serca nie wydaje się być popularnym tematem wśród badaczy z zakresu psychokardiologii. Badań na ten temat jest niewiele, a większość z nich prowadzona jest głównie w paradygmacie modelu Leventhala i współpracowników (1992). Giardini i zespół (2017) przeprowadzili badania poprzeczne na próbie 120 pacjentów z niewydolnością serca. Wykazali oni, że postrzegane konsekwencje choroby, doświadczenie objawów, reakcje emocjonalne oraz niepokój związany z chorobą były istotnie powiązane z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych badanych przez nich osób. Proponują oni również bardzo interesujące wyjaśnienie uzyskanych wyników. Sugerują, że duża ilość objawów depresyjnych w badanej przez nich próbie była związana z większą skłonnością badanych do skupienia się na swojej chorobie, co prowadziło do zwiększenia niepokoju i stresu emocjonalnego. Wyniki te zdają się uzupełniać badania Chena i jego zespołu (2020). Na próbie 302 osób z diagnozą niewydolności serca wykazali, że objawy depresyjne w badanej próbie były dodatnio skorelowane z wynikami dotyczącymi oceny uciążliwości

postrzeganych objawów fizycznych oraz postrzegania choroby. Percepcja choroby została przez nich zoperacjonalizowana za pomocą kwestionariusza Brief IPQ. Wykorzystali oni w swoich badaniach wynik sumaryczny tej skali. Zgodnie z postulatem Broadbenta i współpracowników (2006), korzystając ze skali Brief IPQ nie powinniśmy generować wyniku sumarycznego, więc sformułowane przez Chena i współpracowników (2020) wnioski należy interpretować z dużą ostrożnością.

Warto również przytoczyć badania Nahlén Bose i jej zespołu (2016), które dostarczają nieco innych wyników. Badacze wykazali, że nasilenie lęku w badanej próbie 103 pacjentów z niewydolnością serca było istotnie powiązane z wynikami postrzeganych konsekwencji, kontroli leczenia i tożsamości choroby. Z kolei nasilenie objawów depresji było dodatkowo związane ze skalą kontroli osobistej kwestionariusza Brief IPQ. W kontraście do nich, badania Morgan i współpracowników (2014) pokazały, że lęk i depresja (operacjonalizowane przez nich jako psychologiczny dobrostan) były związane z wynikami kontroli osobistej. Nasilenie objawów lęku było dodatkowo związane z wynikami dotyczącymi reprezentacji emocjonalnych badanych przez nich 95 osób z niewydolnością serca. Nie potwierdzono w tych badaniach, by nasilenie lęku i depresji było związane z wynikami dotyczącymi percepcji konsekwencji, kontroli leczenia, tożsamości oraz spójności choroby. Pokazuje to, że uzyskane dotychczas wyniki percepcji choroby stoją do siebie w sprzeczności i nie pozwalają na wyciągnięcie homogenicznych wniosków. Może wynikać to z faktu niewystarczającej analizy pozyskanych przez badaczy wyników. Jak wskazują badania Lerdala i zespołu (2019), percepcja konsekwencji, kontroli osobistej i tożsamości choroby była związana z ogólną oceną zdrowia badanych 220 pacjentów z niewydolnością serca, jednakże dopiero po uwzględnieniu w weryfikowanym przez nich modelu oceny nastroju osób badanych, a także przypisanej im kategorii skali NYHA. Można zatem sądzić, że nieścisłości w badaniach poprzecznych dotyczących percepcji choroby osób z niewydolnością serca mogą wynikać z braku statystycznej kontroli istotnych zmiennych biomedycznych i psychospołecznych.

Ocena własnej choroby osób z niewydolnością serca została poddana również badaniom longitudinalnym. Goodman i współpracownicy (2013) przeprowadzili badanie podłużne na 88 osobach z diagnozą niewydolności serca. Badane przez nich osoby wypełniały zestaw kwestionariuszy podczas hospitalizacji oraz 2 i 6 miesięcy po wypisaniu ich ze szpitala. W skład baterii testowej wchodziły ankiety mierzące m.in. percepcję choroby, lęk, depresję oraz jakość życia w sferach fizycznej i psychicznej. Zaobserwowano m.in. statystycznie istotne zmiany w czasie w przypadku oceny kontroli osobistej, kontroli leczenia oraz jakości życia w sferze fizycznej. Wraz z upływem czasu, badani przez nich pacjenci z niewydolności serca

deklarowali wyższą ocenę kontroli swojej choroby a także lepsze funkcjonowanie w sferze fizycznej. Nie zaobserwowano istotnych zmian w sferach jakości życia psychicznego, lęku, depresji czy też percepcji spójności i konsekwencji choroby.

Również międzykulturowe badania Timmermansa i współpracowników (2017) nie dostarczają pozytywnych informacji. Przebadali oni 585 holenderskich, niemieckich i francuskich pacjentów z niewydolnością serca, którzy wypełniali kwestionariusze 1-2 tygodnie po wszczęciu im kardiowertera-defibrylatora ICD. Wykazali, że sumaryczny wynik percepcji choroby był istotnie związany z oceną zdrowia, osobowością stresową typu D, nasileniem depresji, lęku, niepokoju związanego z wszczęciem ICD (*ICD-related concerns*) oraz oceny akceptacji wszczepiania kardiowertera-defibrylatora. Analizy wyników percepcji choroby dokonali przy użyciu wyniku ogólnego Brief IPQ, co tak jak w przypadku przytoczonych wcześniej badań Chena i współpracowników (2020), stawia te wyniki pod dużym znakiem zapytania i nie pozwala na formułowanie koherentnych wniosków.

Niestety brakuje stosownych danych pokazujących dokładnie relacje pomiędzy percepcją choroby a jakością życia i dobrostanem osób z niewydolnością serca. Również dane pochodzące z badań na innych grupach pacjentów kardiologicznych nie zdają się pokazywać jednolitego obrazu relacji oceny choroby i wymiarów jakości życia. Z badania przeprowadzonego na 254 pacjentach z chorobą niedokrwienną serca wynika, że osoby te określały swoją chorobę jako wysoce dla nich zrozumiałą oraz odczuwały wysoki poziom kontroli leczenia i kontroli osobistej. Nie jest to w pełni tożsame z wynikami badań przedstawionymi wcześniej. Z tychże samych badań wynika również, że percepcja choroby pacjentów z chorobą niedokrwienną serca była zależna od ich płci, a także wieku (Mosleh i Almalik, 2016). Z kolei w innym badaniu obejmującym 190 pacjentów z diagnozami zawału serca mięśniowego, przewlekłej niewydolności serca oraz dławicy piersiowej należy również wywnioskować, że percepcja choroby nie jest była w tej grupie zmienną homogeniczną. Z analizy klas skupień pacjentów wynikało, że pozytywne i negatywne aspekty oceny własnej choroby wzajemnie się przeplatały i występowały w różnym natężeniu, w odmienny sposób kształtując nasilenie symptomów depresji oraz jakość życia związanej ze zdrowiem w sferach fizycznej, psychicznej i społecznej (Le Grande i in., 2012). Niestety badania te nie pozwalają na sformułowanie jednoznacznego związku dotyczącego relacji oceny własnej choroby z jakością życia i dobrostanem pacjentów kardiologicznych, jednakże wykazały, że związek ten zachodzi, ale może być zależny od wielu różnych zmiennych.

Wszystkie przedstawione dotychczas badania dotyczące związku percepcji choroby i jakości życia osób z niewydolnością serca dotyczyły oceny własnej choroby w paradygmacie

modelu Leventhala i współpracowników (1992). Dotychczas nie zbadano jeszcze jak poznawcza reprezentacja choroby na podstawie koncepcji Lipowskiego (1970) kształtuje jakość życia pacjentów z diagnozą I50. Najbliższą wskazówką do sformułowania pytań badawczych wydają się być badania Lee (1999) obejmujące 133 pacjentów z niewydolnością serca zamieszkujących Tajwan. Wykazał on, że ocena choroby jako źródła stresu była istotnym predyktorem subiektywnego dobrostanu, jednakże tylko wtedy, kiedy uwzględniono w analizie szereg zmiennych demograficznych, stopień nasilenia choroby (*severity of illness*) i szereg chorób współistniejących. Co więcej, zauważył również, że osoby które postrzegały chorobę jako wyzwanie, częściej korzystały ze stylów radzenia sobie zorientowanych na problemie, a mniej na emocjach. W przypadku gdy pacjenci postrzegali swoją chorobę jako zagrożenie lub krzywdę, to najczęściej sięgali po style radzenia sobie skoncentrowane na emocjach (Lee, 1999).

Dotychczasowy stan badań nie wskazuje jednoznacznego kierunku relacji między oceną własnej choroby a jakością życia i dobrostanem pacjentów kardiologicznych. Pokazuje to potrzebę dalszej eksploracji tej tematyki badań. Ponadto brakuje danych weryfikujących rolę percepcji choroby w kształtowaniu jakości życia osób z niewydolnością serca na podstawie koncepcji Lipowskiego (1970). Dotychczasowe badania w tym paradygmacie (zob. Lee, 1999) oraz model teoretyczny Leventhala i współpracowników (1980, 1984, 1992) wskazują również na istotną rolę form radzenia sobie ze stresem. Z tego też powodu, kolejna część pracy zostanie poświęcona zjawisku stresu i form radzenia sobie w nim w świetle dostępnych teorii i badań empirycznych traktujących o osobach chorych przewlekle, a także tych z niewydolnością serca.

Rozdział 3.

Stres i radzenie sobie u osób z niewydolnością serca

Stres jest pojęciem wszechobecnym w życiu każdego człowieka. Pojawia się w doniesieniach medialnych, codziennych konwersacjach czy też rozmowach ze specjalistami z różnych dziedzin. Jest terminem powszechnie znanym i rozumianym, jednakże tylko z subiektywnego punktu widzenia. Nie można dokonać jego obiektywnej definicji, gdyż obejmuje szereg zjawisk zarówno organicznych jak i psychologicznych. Z punktu widzenia biologicznego, stres może być definiowany jako niespecyficzna reakcja organizmu, wynikająca z oddziaływania szkodliwych bodźców na nasz organizm. Może się ona manifestować na wiele sposobów: od dolegliwości bólowych, po dysfunkcje wielu organów (Heszen i Sęk, 2012; Terelak, 2008). Wspomniane dolegliwości mogą być przyczyną szeregu negatywnych stanów afektywnych, a także poczucia, że wymagania otoczenia nas przerastają. Jednakże relacja między stanem organizmu a funkcjonowaniem psychicznym nie jest relacją jednostronną. Jak słusznie zauważają Heszen i Sęk (2012), dysfunkcje i choroby mogą być źródłem stresu psychologicznego, a z drugiej strony, wydarzenia stresogenne mogą stanowić istotny czynnik etiologiczny wielu chorób. Potwierdza to szereg informacji przedstawionych dotychczas w poprzednich rozdziałach tej pracy. Wielokrotnie nawiązywano w nich do pojęcia stresu psychologicznego, jednakże wcześniej go nie definiując. Z tego też powodu, w niniejszym rozdziale zdecydowano zaprezentować definicję stresu w perspektywie funkcjonowania psychicznego. Zostaną w nim przedstawione najpowszechniejsze teorie traktujące o stresie psychologicznym i radzeniu sobie z nim, a także ich rola w życiu pacjentów kardiologicznych, cierpiących z powodu niewydolności serca.

3.1. Niewydolność serca jako źródło stresu

Każda choroba przewlekła stanowi istotne obciążenie w życiu pacjenta, niezależnie od jego stanu zdrowia czy wieku. Mimo, że choroby przewlekłe najczęściej dotyczą osoby w wieku średnim i starszym, to również wśród osób młodych mogą odznaczać się znacząco na ich funkcjonowaniu w sferze psychicznej (Felton i in., 1984). Są one sytuacją trudną, oddziałującą na wiele sfer naszego życia. Mogą narzucać jednostce wiele ograniczeń społecznych i zawodowych, obciążać ją emocjonalnie, wywoływać cierpienie (zarówno fizyczne jak i psychiczne), a także stanowić istotne obciążenie materialne (Janowski, 2006).

Oznacza to, że nawet osoby o dobrych rokowaniach mogą odczuwać negatywne konsekwencje długotrwałego zmagania się z chorobą. Jak zauważa Heszen (2013), bilans zysków i strat wynikających z choroby jest na ogół ujemny – mogą być z nią powiązane pewne pozytywne wartości i zmiany, jednakże dominują w niej najczęściej jej negatywne konsekwencje. Może to dotyczyć również chorób kardiologicznych. Dysfunkcje układu sercowo-naczyniowego mogą prowadzić do problemów natury społecznej, emocjonalnej, poznawczej, a nawet egzystencjalnej (Ziarko, 2014). Jej długotrwałe leczenie, ograniczenia życiowe, związany z nią stres i często także myślenie o śmierci i sensie życia, będą negatywnie wpływać na zdrowie psychiczne osób cierpiących na choroby serca.

Z tego też powodu, należałoby poznać mechanizm odpowiadający za powstawanie stresu psychologicznego wśród osób zmagających się z niewydolnością serca. W niniejszym rozdziale zostanie zaprezentowana najczęściej cytowana teoria stresu autorstwa Lazarusa i Folkman (1984), a także stojąca (według jej autora) w opozycji do niej teoria zasobów Hobfolla (2004). Co więcej, po zaprezentowaniu rysu teoretycznego, przytoczone zostaną dane na temat roli stresu w jakości życia i dobrostanie osób zmagających się z niewydolnością serca.

3.1.1. Transakcyjna teoria stresu Lazarusa i Folkman

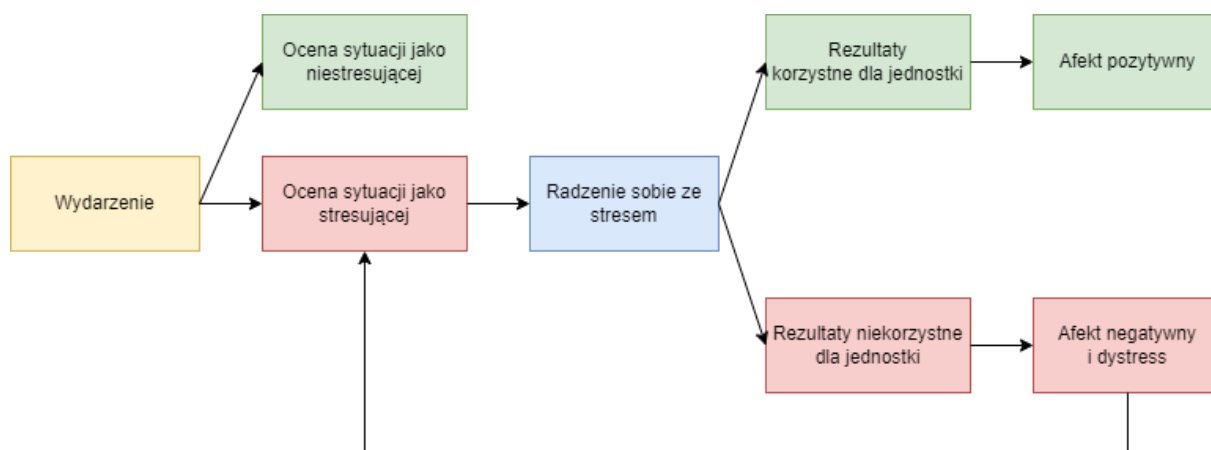
Podjęcie zaproponowane przez Lazarusa i Folkman jest najpowszechniej stosowaną teorią stresu psychologicznego. Jej autorzy definiują stres z perspektywy 2 istotnych elementów: kontekstu sytuacyjnego oraz relacji człowieka z jego otoczeniem. Kładą duży nacisk na pojęcie transakcji, odnoszące się do relacji człowieka z otoczeniem. Oznacza ona wzajemne oddziaływanie człowieka i jego środowiska. Według Lazarusa i Folkman (1984), relacja między jednostką a jej otoczeniem odbywa się w dwojaki sposób: (1) środowisko oddziałuje na jednostkę; oraz (2) jednostka oddziałuje na otoczenie. Pojęcie transakcji kładzie dodatkowo nacisk na fakt, że jednostka i kontekst sytuacyjny stanowią całość inną niż suma ich składowych – czyli zupełnie nową właściwość.

W świetle teorii transakcyjnej, stres definiowany jest jako relacja osoby z jej środowiskiem, którą człowiek ocenia jako obciążającą lub przekraczającą jej możliwości, a także zagrażającą jej dobrostanowi (Heszen, 2013; Heszen i Sęk, 2012; Lazarus i Folkman, 1984; Terelak, 2008). Definicja ta kładzie duży nacisk na subiektywną ocenę poznawczą dokonywaną przez jednostkę, a nie obiektywne wskaźniki. Pojęcie oceny poznawczej stanowi drugi istotny element teorii Lazarusa i Folkman (1984). Wyróżniają oni dwa procesy oceny

poznawczej: pierwotną oraz wtórną. Podczas oceny pierwotnej, transakcja człowieka z jego środowiskiem podlega ocenie mającej charakter ciągłego procesu. Dokonywane jest ona z perspektywy elementów istotnych dla dobrostanu człowieka i może zostać określona jako: (1) nie mająca znaczenia, (2) sprzyjająco-pozytywna lub (3) stresująca (Heszen, 2013; Heszen i Sęk, 2012; Lazarus i Folkman, 1984; Terelak, 2008).

W charakterystyce oceny pierwotnej, Lazarus i Folkman (1984) zdają się nawiązywać do modelu percepcji choroby Lipowskiego (1970). Wyróżniają oni kategorie oceny pierwotnej, miejscami tożsame lub bardzo bliskie tym, jakie zostały zaproponowane w nieco starszym modelu percepcji choroby. Zdaniem Lazarusa i Folkman (1984), transakcja stresowana może być oceniona przez człowieka jako: (1) krzywda/strata (*harm/loss*), (2) zagrożenie (*threat*) lub (3) wyzwanie (*challenge*). Człowiek może oceniać transakcję jako krzywda/strata w sytuacji deprivacji lub szkody cenionych dla niego wartości, takich jak bliskie mu osoby, samoocena, status lub też zdrowie. Ocenie tej towarzyszą najczęściej takie emocje jak żal, smutek lub złość. Percepcja transakcji jako zagrożenie również dotyczy ważnych i cenionych dla człowieka wartości, jednakże traktuje o oczekiwanym zagrożeniu, które jeszcze nie nastąpiło. Z tą oceną wiążą się najczęściej takie stany emocjonalne jak zamartwianie się, strach oraz lęk. Ocena transakcji jako wyzwanie jest wyjątkowym przypadkiem. Tak jak w ewaluacji transakcji jako zagrożenie, ocena jako wyzwanie również dotyczy oczekiwanej uraty cenionych wartości. W tej sytuacji człowiek ocenia daną sytuacją zarówno jako szkodliwą, ale i mogącą przynieść jakieś korzyści. Z tego powodu, tej formie oceny transakcji towarzyszą zarówno emocje pozytywne jak i negatywne, czyli: zamartwianie się, strach, lęk oraz nadzieja, zapał, podniecenie czy też zadowolenie (Heszen i Sęk, 2012; Lazarus i Folkman, 1984).

Według mechanizmu oceny poznawczej zaproponowanego w transakcyjnym modelu stresu, ocena wtórna uruchamiana jest w wyniku uznania (w procesie oceny pierwotnej) transakcji za stresogenną (Lazarus i Folkman, 1984). Ocena wtórna dotyczy subiektywnej oceny możliwości jednostki do podjęcia działań. Odnosi się zarówno do źródła stresu, jak i zasobów osobistych jednostki. W jej wyniku uruchamiane są zachowania mające na celu wyeliminowanie źródła stresu, złagodzenie jego skutków. Gdy jednostka ocenia transakcję jako wyzwanie, to podejmowane są również działania mające na celu osiągnięcie jakichkolwiek korzyści. Obie formy oceny poznawczej odbywają się tak naprawdę jednocześnie i są ze sobą sprzężone, a ocena wtórna odpowiedzialna jest za uruchomienie aktywności ukierunkowanej na modyfikację ocenianej transakcji (Heszen, 2013).



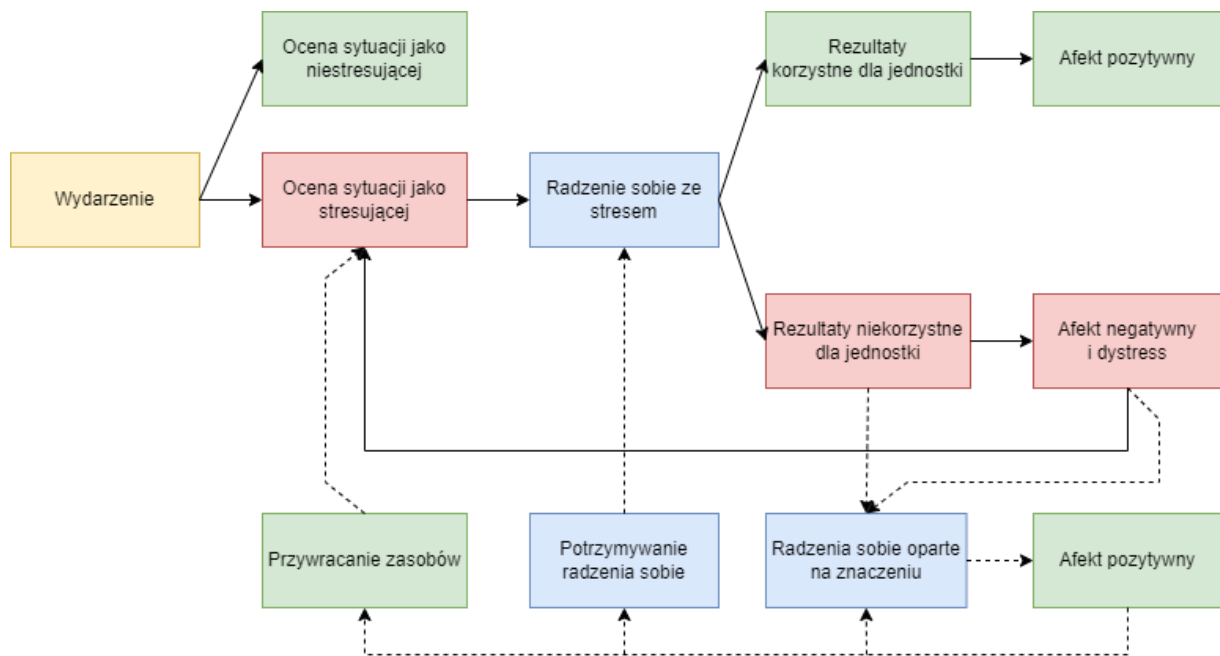
Rysunek 3.1 Transakcyjny model stresu

Źródło: opracowanie własne na podstawie przytoczonej literatury (Lazarus i Folkman, 1984).

Przedstawiony na *Rysunku 3.1* transakcyjny model stresu należy do najczęściej stosowanych klasycznych koncepcji teoretycznych traktujących o stresie psychologicznym. Mimo to, nie stanowi on kompleksowego i wyczerpującego uzasadnienia mechanizmu oddziaływania stresu na funkcjonowanie człowieka. Na przestrzeni lat, był on rozwijany i modyfikowany. Najbardziej znanej modyfikacji transakcyjnego modelu stresu Lazarusa i Folkman (1984) dokonała jego współautorka. Folkman (2001, 2008) zaproponowała nowy model teoretyczny, który Terelak (2008) określił jako traktujący o umiejętności przekształcania dystres w eustres. Klasyczny transakcyjny model stresu skupiał się głównie na dystresie, czyli stresie negatywnym. Świadczyć może o tym głównie fakt, że zaproponowane w nim kategorie oceny pierwotnej w 2/3 dotyczyły percepcji transakcji jako obciążającej. Jednakże klasyczny model proponował również kategorię oceny pierwotnej jako wyzwania, mogącą być związaną z eustresem, czyli stresem pozytywnym. Mimo że klasyczny transakcyjny model stresu może traktować również o eustresie, to w niewystarczający sposób uzasadnia on obecność emocji pozytywnych w procesie poznawczej oceny transakcji i radzenia sobie ze stresem (Gruszczyńska, 2007).

Zdaniem Folkman (2001, 2008), w sytuacji stresowej obecne są zarówno emocje negatywne jak i pozytywne. Pozytywny afekt odpowiedzialny jest za wspieranie procesu adaptacji. Dzięki niemu możliwym jest podtrzymanie wysiłku mającego na celu redukcję skutków stresu oraz odbudowanie utraconych w procesie transakcji zasobów. Emocje pozytywne zapewniają również poczucie wytchnienia w procesie zmagania się ze stresem (Folkman, 1997, 2001, 2008; Gruszczyńska, 2007). Zdaniem Folkman (2008), pozytywne emocje uzupełniają zasoby społeczne, intelektualne i fizyczne człowieka. Jej zrewidowany

model zakłada, że w sytuacji osiągnięcia negatywnych rezultatów zmagania się ze stresem, wyzwalane są nowe formy radzenia sobie ze stresem – skoncentrowane na znaczeniu, które to zostaną dokładnie opisane w dalszej części tej pracy. Odpowiedzialne są za generowanie pozytywnych emocji, które podtrzymują działania zaradcze, pełnią funkcję motywacyjną, pozwalają na odmawianie dostępnych dla jednostki zasobów, a także przynoszą ulgę w cierpieniu. Mechanizm ten zwizualizowano na Rysunku 3.2.



Rysunek 3.2 Zrewidowany transakcyjny model stresu

Źródło: opracowanie własne na podstawie przytoczonej literatury (Folkman, 2001, 2008; Gruszczyńska, 2007).

Żaden z autorów transakcyjnego modelu stresu nie podjął się tak naprawdę próby jego operacjonalizacji. Kwestionariusz Sposobów Radzenia Sobie WCQ (*The Ways of Coping Questionnaire*; Folkman i Lazarus, 1988b) stworzony przez autorów transakcyjnego modelu stresu koncentruje się na pomiarze form radzenia sobie ze stresem. Niestety, nie mierzy on poziomu odczuwanego stresu u danej osoby badanej. Najpowszechniejszym kwestionariuszem mierzącym poziom odczuwanego stresu jest Skala Odczuwanego Stresu PSS (*Perceived Stress Scale*; Cohen i in., 1983; Cohen i Williamson, 1988). Oparta jest ona na autorskim modelu teoretycznym Cohena i współpracowników, jednakże jak wskazuje Heszen (2013), model ten silnie nawiązuje to transakcyjnego modelu stresu Lazarus i Folkman (1984). Oryginalna wersja PSS składała się z 14 pytań dotyczących subiektywnej oceny różnych objawów stresu (Cohen

i in., 1983; Cohen i Williamson, 1988). Nawiązują one do somatycznych i psychicznych objawów stresu psychologicznego i dotyczą sytuacji, których wymagania są postrzegane przez jednostkę jako przekraczające jej możliwości radzenia sobie z nimi. Polskiej adaptacji skali dokonali Juczyński i Ogińska-Bulik (2012). Ta wersja kwestionariusza zawiera tylko 10 pytań. Zarówno oryginalna wersja skali PSS jak i jej polska adaptacja wykazują się bardzo dobrymi właściwościami psychometrycznymi i są najczęściej stosowanym narzędziem służącym do pomiaru odczuwanego stresu w psychologii (Cohen i in., 1983; Cohen i Williamson, 1988; Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012).

Zarówno klasyczny (Lazarus i Folkman, 1984) jak i zrewidowany (Folkman, 2001, 2008) transakcyjne modele stresu stanowią bardzo ważne podłoże teoretyczne badań z zakresu paradygmatu stresu w chorobie przewlekłej. Mimo że najpowszechniejsze, nie są jedynymi modelami teoretycznymi stosowanymi przez badaczy paradygmatu stresu. W opozycji do modelu Lazarusa i Folkman (1984) stawia się często model teoretyczny zaproponowany przez Hobfolla (2001, 2004). Mimo, że jest on żywo poddawany krytyce (zob. Łukaszewski, 2015; Terelak, 2008), dalej bywa wykorzystywany w badaniach naukowych. Z tego też powodu, w dalszej części pracy zostaną przedstawione podstawowe informacje na temat stresu w perspektywie teorii Hobfolla (2001, 2004) i jego potencjalnego wykorzystania w badaniach z zakresu funkcjonowania pacjentów z niewydolnością serca.

3.1.2. Teoria zachowania zasobów Hobfolla

Teoria zachowania zasobów Hobfolla (*conservation of resources theory*; COR; 2001, 2004) stawiana jest często w opozycji do klasycznej transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkman (1984). Według teorii COR, aktywność człowieka ukierunkowana jest na uzyskanie, utrzymanie i ochronę jego zasobów. Zasobami nazywamy właściwości, przedmioty i formy potrzebne do przeżycia lub pozwalające osiągnąć inne zasoby na to pozwalające (Heszen i Sęk, 2012; Hobfoll, 2004). Wyróżniamy ich cztery główne rodzaje:

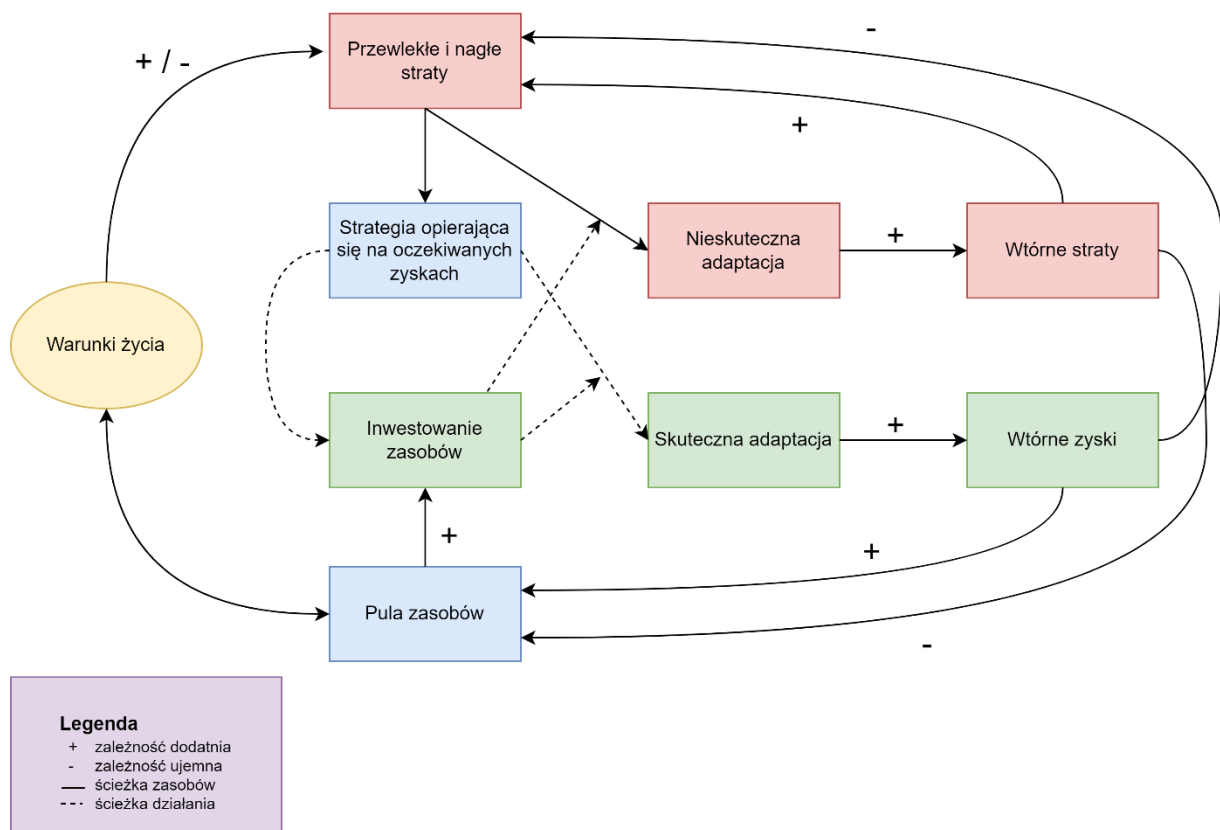
- (1) Zasoby materialne – przedmioty, które określają nasz status socjoekonomiczny;
- (2) Zasoby osobiste – definiowane jako nasza osobowość i zakres posiadanych umiejętności;

- (3) Zasoby stanu – zwane okolicznościami odpowiadającymi dostępowi lub pozyskaniu innych zasobów, które są przez nas bardzo cenione (np. zdrowie, stała praca, satysfakcjonujące małżeństwo itp.)
- (4) Zasoby energii – dotyczące własnej energii oraz tej, pochodzącej z innych rodzajów zasobów, które można wykorzystać w pomnażaniu i zyskiwaniu innych zasobów, czyli np.: pieniądze, czas lub wiedza (Terelak, 2008).

Zdaniem Hobfolla, stres jest wewnętrznym stanem zależnym od oceny jego okoliczności. Uważa on, że o stresie mówimy w sytuacji, kiedy obecne są obiektywne okoliczności odnoszące się do zasobów. Są to: (1) zagrożenie utratą zasobów; (2) faktyczna utrata zasobów; (3) brak zysków w następstwie zainwestowania zasobów (Hobfoll, 2001, 2004). Heszen-Niejodek (2000), dokonując dogłębnej analizy teorii zachowania zasobów na gruncie polskim, wskazuje jednak, że w świetle teorii COR zarówno spostrzegana jako i faktyczna utrata zasobów lub brak ich wzrostu są wystarczające do powstania stresu. Hobfoll (2001, 2002, 2004) uważa, że gospodarka dostępnymi dla człowieka zasobami zachodzi w postaci dwóch pasm: cyklu zysków i cyklu strat. Określa on ten mechanizm spiralą utraty zasobów i zysków (*resource loss and gain spirals*), zwracając uwagę na to, że w kolejnych następujących po sobie cyklach, spirala ta się powiększa. Jest ona oparta na dwóch założeniach, mówiących o tym, że: (1) utrata zasobów jest nieproporcjonalnie bardziej istotna niż ich pozyskanie; (2) ludzie muszą inwestować zasoby, aby chronić przed ich utratą zasobów, odzyskanie je lub zdobyć nowe (Hobfoll i Ford, 2007).

Według teorii COR, spirala strat jest znacznie bardziej dynamiczna od spirali zysków (Heszen-Niejodek, 2000). Dostępne dla nas zasoby są inwestowane w celu zwiększenia ilości dostępnych zasobów, a także ochrony i kompensacji ich straty. Z tego też powodu, utrata zasobów jest nieproporcjonalnie bardziej odczuwalna dla człowieka niż ich zysk (Heszen-Niejodek, 2000; Hobfoll, 2001, 2004). Teoria zachowania zasobów zakłada również, że ludzie z deficytami zasobów są bardziej podatni na ich utratę, a w sytuacji ich straty trudniej jest im jej zapobiec. Spowodowane jest to tym, że osoby o niskiej ilości zasobów nie dysponują potencjałem i możliwościami, które mogłyby zainwestować w początkowej fazie utraty zasobów, co utrudnia lub uniemożliwia uruchomienie spirali zysków. Z kolei osoby posiadające dużą pulę zasobów są mniej podatne na ich stratę, a także mają większą umiejętność uruchamiania spirali ich zysku (Heszen i Sęk, 2012; Heszen-Niejodek, 2000; Hobfoll, 2001, 2004).

Mechanizm spirali zysków i strat w świetle teorii zachowania zasobów został przedstawiony na *Rysunku 3.3*. Jest on rekonstrukcją modelu zaproponowanego przez Hobfolla (2001) oraz jego wizualizacji dostępnych w polskich publikacjach naukowych (zob. Heszen-Niejodek, 2000). Pokazuje on skomplikowanie, a także limitacje zaproponowanej przez Hobfolla spirali zysków i strat. Według teorii COR, w sytuacji braku zasobów dochodzi do napędzania spirali ich utraty, co przyczynia się do sięgania przez człowieka po strategie mające na celu ich ochronę. W przypadku udanej adaptacji do sytuacji stresowej, generowane są nowe zasoby zwiększające ich pulę, co ma na celu zrównoważenie efektów utraty zasobów. Gdy proces adaptacji się nie powiedzie, dochodzi do negatywnych emocjonalnych i funkcjonalnych skutków. Nieudana adaptacja napędza dalej spiralę strat, co powoduje dalsze straty zasobów i osłabienie ich puli (Heszen, 2013; Heszen-Niejodek, 2000; Hobfoll, 2001, 2004).



Rysunek 3.3 Spirala zysków i strat w świetle teorii zachowania zasobów

Źródło: opracowanie własne na podstawie przytoczonej literatury (Hobfoll, 2001).

Powyższe wyjaśnienie spirali zysków i strat zaproponowane przez Hobfolla (2001) nie tłumaczy wszystkich zaprezentowanych w niej mechanizmów, a wskazuje jedynie na najważniejsze jej elementy. Nie wyjaśnia, dlaczego tylko w wybranych ścieżkach relacji

określony jest ich kierunek (dodatni lub ujemny). Kierunek tych relacji wydaje się być oczywisty, jednakże nie został wprost określony przez autora teorii COR. Co więcej, zaproponowane w spirali ścieżka zasobów (*resource path*; zaprezentowana jako linia ciągła) i ścieżka działania (*action path*; linia przerywana) nie są przez Hobfolla konkretnie definiowane. Wcześniejsze publikacje autora teorii COR (zob. Hobfoll, 1988; Hobfoll i Wells, 1998) oraz ich polskie analizy (zob. Heszen, 2013; Heszen-Niejodek, 2000) również nie dostarczają wyjaśnienia wyżej wymienionych nieścisłości. Na podstawie zaprezentowanego modelu można się jednak domyśleć, co wskazane ścieżki mogą reprezentować. Wydaje się, że ścieżka działania reprezentuje mechanizm aktywnego podejmowania przez jednostkę zachowania zaradczego oraz mającego w celu gromadzenia zasobów, które to mogą zakończyć się pozytywną lub negatywną adaptacją, i jest uruchamiana zarówno w sytuacji zagrożenia zasobów, jak i podczas próby zwiększenia ich puli. Ścieżka zasobów dotyczy zaś prawdopodobnie poznawczej subiektywnej oceny dokonywanej przez jednostkę.

Na bazie spirali zysków i strat w świetle teorii zachowania zasobów, powstała skala COR-Evaluation (COR-E; Hobfoll i in., 1992). W oryginalnej wersji COR-E, osoba badana dokonuje oceny 74 zasobów. Polska adaptacja tej metody znacząco różni się od swojego pierwowzoru. Kwestionariusz Samooceny Zysków i Strat (Dudek i in., 2006), powstały na bazie kwestionariusza COR-E, dotyczy aż 91 różnych zasobów. Różnica w poziomie oceny zasobów wynika z faktu, iż autorzy adaptacji zdecydowali się na budowę zupełnie nowego kwestionariusza z uwagi na różnice międzykulturowe (Gruszczyńska, 2012). Część pierwsza Kwestionariusza Samooceny Zysków i Strat dotyczy subiektywnej oceny ważności badanych zasobów dla danej osoby, a druga część stanowi skalę oceny zysków i strat w jakimś określonym czasie (Dudek i in., 2006). Istnieje również skrócona wersja skali, posiadająca jedynie 40 pozycji testowych. Opisany kwestionariusz nie mierzy poziomu subiektywnie odczuwanego stresu, a jedynie ocenę wielkości zmiany zasobów w określonym czasie. Właściwości psychometryczne oryginalnej i polskiej wersji COR-E nie zachęcają do jej wykorzystywania w badaniach ilościowych. Podskala oceny wielkości straty COR-E jest nisko-umiarkowanie skorelowane z wynikami subiektywnie odczuwanego stresu mierzonego skalą PSS-10. Nie zaobserwowano zaś istotnego związku podskali oceny zysków z wynikami PSS-10 (Gruszczyńska, 2012). Nie opublikowano dotychczas żadnego narzędzia służącego do pomiaru subiektywnie odczuwanego stresu bazującego na teorii zachowania zasobów Hobfolla (2001, 2004).

Teoria COR stawiania jest często w opozycji do transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkmana (1984). Hobfoll początkowo podtrzymywał to zdanie, jednakże w kolejnych

publikacjach naukowych, sam zaczął zwracać uwagę na podobieństwo swojego modelu do transakcyjnej teorii stresu (zob. Hobfoll, 2004). Zauważyli to również badacze i teoretycy stresu na gruncie polskim. Heszen i Sęk (2012) zwróciły uwagę, że teoria zachowania zasobów (analogicznie do transakcyjnego modelu stresu) traktują zjawisko stresu w kategoriach reakcji, mającej źródło w procesie wymiany zasobów pomiędzy człowiekiem a jego otoczeniem. Tym samym możemy zaliczyć teorię Lazarusa i Folkman (1984) oraz model Hobfolla (2004) do nurtu relacyjnego. Heszen (2013) słusznie zauważyła, że oba te modele tak naprawdę wzajemnie się uzupełniają i nie są sobie przeciwstawne. Uważa, że oba należą do grupy modeli zintegrowanych, opartych na szerokim podejściu do zjawiska gospodarowania zasobami. W obu wspomnianych modelach, zasoby pełnią centralną funkcję w procesie powstawania stresu, na co zwraca uwagę również sam Hobfoll (2001, 2002, 2004). Zarówno Lazarus i Folkman (1984) oraz Hobfoll (2001, 2004) traktują o stresie jako czymś subiektywnym, zmuszającym człowieka do sięgania po formy radzenia sobie z nim (lub też zasoby). Oba modele zakładają, że w przypadku nieudanej adaptacji człowieka spotykają negatywne skutki (dystres, negatywne emocje czy też utrata zasobów), a pozytywnej - skutki dodania (eystres, pozytywne emocje czy też pozyskanie nowych zasobów). Dlatego analiza wykonana przez Heszen (2013) wydaje się być bardzo trafna.

Teoria COR bywa wykorzystywana w paradygmacie badań z zakresu psychologii zdrowia, jednakże niektórzy badacze i teoretycy podchodzą do niej krytycznie. Widać to szczególnie na gruncie polskim. Terelak (2008) oraz Łukaszewski (2015) twierdzą, że lista zasobów zaproponowana przez Hobfolla ma wyłącznie arbitralny i ateoretyczny charakter. Nie mniej jednak, stanowi ona istotnie uzupełnienie modelu zaproponowanego przez Lazarusa i Folkman (1984). Obie teorie pokazują ważną rolę, jaką może pełnić stres w życiu człowieka, również chorego przewlekle. Według teorii COR, pogorszenie się czyjegoś stanu zdrowia może być wynikiem wyczerpania się jego zasobów. W świetle transakcyjnego modelu stresu, choroba może być zarówno źródłem jak i skutkiem przewlekłego stresu (Heszen i Sęk, 2012). Oba zaprezentowane modele skłaniają do refleksji nad rolą stresu w życiu pacjentów chorych przewlekle. Z tego też powodu, należałoby podjąć dyskusję na temat stresu w życiu pacjentów cierpiących z powodu niewydolności serca.

3.1.3. Rola stresu w życiu pacjentów z niewydolnością serca

Stres jest nieodłącznie związany z występowaniem chorób kardiologicznych. W Rozdziale 1 niniejszej pracy przytoczono m.in. etiologię wybranych chorób układu sercowo-naczyniowego. Wykazano z nim, że przewlekły stres pełnił rolę bezpośredniej przyczyny nadciśnienia tętniczego pierwotnego czy też choroby niedokrwiennej serca, a także wchodził w interakcję z innymi czynnikami ryzyka (Monastyrska i Beck, 2014; Narodowy Fundusz Zdrowia, 2019; Piepoli i in., 2016). Z kolei Rozdział 2 był poświęcony jakości życia osób chorych kardiologicznie. Przedstawiono w nim wiele dowodów pokazujących, jaką rolę może odgrywać stres w życiu pacjentów z niewydolnością serca. Koncepcja Antonovskyego (1979, 1987, 1996) zakładała, że jednym z czterech głównych czynników od których zależy poziom zdrowia jest właśnie stres. Również model Lipowskiego (1970) pokazywała, że choroba przewlekła jest źródłem stresu, wywołującego wiele negatywnych emocji. Zaprezentowano również autorską koncepcję następstw niewydolności serca, opracowaną na bazie koncepcji następstw choroby niedokrwiennej serca Ziarko (2014). Wskazywała ona, że występowanie silnych dolegliwości bólowych, zmiany nastroju, podwyższony poziom lęku, nasilenie objawów depresji, myślenie o śmierci, pogorszenie się relacji interpersonalnych, problemy w funkcjonowaniu zawodowym oraz zmiany w stylu życia, mogą być obecne wśród pacjentów z diagnozą niewydolności serca i tym samym pogarszać ich funkcjonowanie.

Zaprezentowane w Rozdziale 2 dane empiryczne również potwierdzały przytoczone założenia teoretyczne. Badania jakościowe na próbie pacjentów z niewydolnością serca wykazały, że zdrowie było jednym z 5 powodów występowania subiektywnie ocenianego przez badanych stresu (Dickens i in., 2019). Badania azerbejdzańskie potwierdziły, że stres był istotnie i negatywnie związany z dobrostanem osób z diagnozą I50 (Safavi i in., 2016). Obszerne badania Lee (1999) uwiaryściły, że stres stanowił istotny predyktor subiektywnego dobrostanu osób z niewydolnością serca. Dodatkowo, polskie badania Kroka i Gerymskiego (2019) wykazały, że nasilenie negatywnego afektu było istotnie związane z pozostałymi wymiarami subiektywnego dobrostanu pacjentów z chorobą niedokrwinną serca, niewydolnością serca, wadami serca oraz arytmia. Niestety, większość badań z zakresu psychokardiologii skupia się głównie na zmiennych skorelowanych z subiektywną oceną stresu oraz formach radzenia sobie ze stresem, a nie samym postrzeganym stresem. Badacze zakładają odgórnie, że stres jest obecny w życiu pacjentów z niewydolnością serca, nie weryfikując jego nasilenia lub funkcji (jako przyczyny tudzież skutku). Jako że obecność stresu w życiu osoby

chorej kardiologicznie uznawana jest często za coś oczywistego, istnieje niewiele badań, które próbowałyby weryfikować jego rolę lub też wyjaśniać mechanizm jego powstawania.

W celu uzupełnienia powyższych informacji na temat związku stresu z miarami jakości życia i dobrostanu osób z niewydolnością serca, należy przytoczyć kolejne badania starające się wykazać rolę stresu w funkcjonowaniu osób z diagnozą I50. Van Elderen i współpracownicy (1999) przebadali 278 pacjentów z chorobą niedokrwienną serca w miesiąc, 3 miesiące oraz 12 miesięcy po wystąpieniu epizodu sercowego (*cardiac event*). Pojęcie epizodu sercowego nie jest ustrukturalizowane i często bywa definiowane na różne sposoby. We wspomnianych badaniach, określono nim zawał mięśnia sercowego (154 pacjentów), pomostowanie tętnic wieńcowych (czyli tzw. bajpasy/by-passy; 29 pacjentów), przezskórną angioplastykę wieńcową (2 pacjentów), niestabilną dławicę piersiową (11 pacjentów) oraz połączenie tych wszystkich zdarzeń (82 pacjentów). W drugim i trzecim pomiarze badania podłużnego, liczba pacjentów uległa zmniejszeniu (kolejno do 252 i 232 osób), m.in. z powodu śmierci pacjenta, pogorszenia się jego stanu zdrowia lub braku motywacji do dalszego udziału w badaniu. Van Elderen i współpracownicy (1999) wykazali, że nasilenie depresji i lęku wśród badanych pacjentów z niewydolnością serca było największe miesiąc po epizodzie sercowym, a najmniejsze rok po jego wystąpieniu. Udowodnili również, że dobrostan (zoperacjonalizowany za pomocą miar pozytywnego i negatywnego afektu) był najniższy miesiąc po epizodzie sercowym, a najwyższy 12 miesięcy później. Mimo, że wspomniane badanie nie mierzy postrzeganego stresu w sposób bezpośredni, to można na jego bazie stwierdzić, że epizody sercowe mogą być przyczyną postrzeganego stresu wśród pacjentów kardiologicznych (Van Elderen i in., 1999).

Ciekawych danych dostarczyły również badania Endrighi i zespołu (2016). Badania te są szczególnie wartościowe, gdyż zastosowano w nich miarę postrzeganego stresu, kwestionariusz PSS-10. Badali oni przez okres 3 miesięcy, co 2 tygodnie, 144 pacjentów z niewydolnością serca poddanych hospitalizacji. Dokonali również dodatkowego pomiaru 9 miesięcy po przyjęciu pacjentów do szpitala. Wykazali, że po hospitalizacji pacjentów z diagnozą I50, dochodzi u nich do istotnego wzrostu odczuwanego stresu. Co więcej, udowodnili również, że stres stanowił istotny predyktor częstotliwości zdarzeń niepożądanych (*adverse events*), definiowanych jako liczba hospitalizacji z powodów kardiologicznych oraz śmierć pacjenta, spowodowane dolegliwościami charakterystycznymi dla niewydolności serca, dusznicą bolesną, zawałem mięśnia sercowego, niedokrwieniem lub nowo rozpoznaną arytmia (Endrighi i in., 2016). Destruktywną rolę stresu w życiu pacjentów z niewydolnością serca potwierdzają również kolejne badania Endrighi i zespołu (2019). Przebadano w nich 114

pacjentów z diagnozą I50 przez okres 3 miesięcy, co 2 tygodnie – analogicznie do badań z 2016 roku (Endrighi i in., 2016). Wykazali, że umiarkowane oraz wysokie natężenie stresu (wysoki wynik w skali PSS) były związane z niskimi wynikami jakości życia badanej próby (Endrighi i in., 2019).

Istotnych wyników dostarczają również badania kohorty pacjentów po ostrym zawale mięśnia sercowego. Przebadano w nich 4204 pacjentów. Wykazano, że pacjenci o umiarkowanych i wysokich wynikach stresu charakteryzowali się zwiększoną śmiertelnością (badaną przez okres 2 lat) w stosunku do osób o niskich wynikach stresu. Co więcej, we wspomnianym badaniu udowodniono również, że umiarkowany i wysoki poziom stresu pacjentów po ostrym zawale mięśnia sercowego był przyczyną pogorszenia się ich stanu zdrowia – w obiektywnej ocenie z perspektywy miar biomedycznych oraz subiektywnej ocenie pacjenta (Arnold i in., 2012). Zespół Brummett (2004) przeprowadził trzyletnie badania na próbie 322 pacjentów z chorobą wieńcową. Dokonali oni 9 pomiarów na przestrzeni czasu badania. Wykazali, że wśród badanej próby, większe wyniki stresu uzyskiwały kobiety (w stosunku do mężczyzn) oraz osoby młodsze (w stosunku do osób starszych). Duże nasilenie stresu zaobserwowali również u pacjentów o umiarkowanej sytuacji socjoekonomicznej, niskim poziomie odczuwanego wsparcia społecznego oraz negatywnych stylach radzenia sobie ze stresem. Co więcej, wyższe wyniki stresu uzyskiwały również osoby z dodatkową diagnozą niewydolności serca, w stosunku do osób wyłącznie z diagnozą choroby wieńcowej (Brummett i in., 2004). Wartym wspomnienia badaniem podłużnym jest również nietypowy projekt Schwarz i Elman (2003). Przebadaly one 156 diad – pacjentów z niewydolnością serca i ich partnerów. Badaczki przeprowadziły szereg wywiadów z osobami badanymi w ciągu 7-10 dni po wypisie pacjentów ze szpitala. Do ponownego pomiaru 3 miesiące później przystąpiło wyłącznie 128 badanych par. Wykazały one, że 44% pacjentów ponownie zostało poddanych hospitalizacji w 3 miesiące po pierwotnym wypisie ze szpitala. Co więcej, potwierdziły one, że interakcja stresu oraz objawów depresji partnera osoby z niewydolnością serca była istotnym predyktorem ponownej hospitalizacji i śmiertelności badanych pacjentów (Schwarz i Elman, 2003).

Istotnych danych dostarczają również badania podłużne na osobach zdrowych. Redmond i współpracownicy (2013) przebadali 24 443 zdrowe osoby, bez diagnozy kardiologicznej. Drugi pomiar był dokonywany średnio 4 lata, a maksymalnie 7 lat po pomiarze pierwotnym. Zaobserwowano w nich wystąpienie 659 przypadków zachorowań na chorobę niedokrwienną serca oraz 1320 zgonów. Udowodniono, że osoby o wysokim poziomie stresu i niskim statusie socjoekonomicznym wykazywały się większym ryzykiem zachorowania na

chorobę niedokrwienną serca i śmierci, w stosunku do osób o niskim poziomie postrzeganego stresu lub też wysokich dochodach (Redmond i in., 2013). Na koniec, warto wspomnieć o nieopublikowanych jeszcze danych dostępnych publicznie w formie preprintu (czyli wstępnej wersji publikacji naukowej, dostępnej we wczesnym dostępie). Dimond i jego zespół (2021) przebadali 147 pacjentów z niewydolnością serca przez okres 39 miesięcy, dokonując pomiarów co pół roku. Wykazali oni, że postrzegany stres oraz poczucie lęku stanowiły istotne predyktory częstotliwości hospitalizacji badanej próby pacjentów. Udowodnili również, że wzrost wyników postrzeganego stresu jedynie o jedno odchylenie standardowe (jest to miara mówiąca o rozrzucie wyników wokół średniej; zob. Francuz i Mackiewicz, 2007) wiązał się ze zwiększeniem częstotliwości hospitalizacji lub śmierci pacjenta aż o 61% (Dimond i in., 2021).

Wartościowe dane zostały wykazane również w badaniach poprzecznych. White i współpracownicy (2014) przebadali 578 osób powyżej 70. roku życia. W skład wspomnianej próby wchodziły również osoby z diagnozą kardiologiczną: nadciśnienia tętniczego ($n=374$), zawału mięśnia sercowego ($n=39$) czy też niewydolności serca ($n=22$). Wykazali oni, że poziom odczuwanego stresu, wyniki testów neurologicznych oraz dane pacjenta pochodzące z historii medycznej były związane z intensywnością odczuwanych przez pacjentów dolegliwości bólowych. Odczuwany stres pełnił w tym badaniu również rolę istotnego predyktora dolegliwości bólowych (White i in., 2014). Z kolei na próbie 3572 pacjentów po epizodzie ostrego zawału mięśnia sercowego wykazano, że postrzegany stres był związany ze znacznie gorszym powrotem do zdrowia, jakością życia i zdrowiem psychicznym. W badaniu tym zaobserwowano również istotne różnice w poziomie stresu wewnątrz badanej próby. Kobiety wykazywały się wyższymi wynikami skali PSS w stosunku do mężczyzn (Xu i in., 2015). Dracup i współpracownicy (2003) w badaniu na 222 pacjentach z niewydolnością serca wykazali, że pacjenci o wysokim poczuciu kontroli nad chorobą, wykazywali się niższymi wynikami dystresu w stosunku do pacjentów o niskim poczuciu kontroli (Dracup i in., 2003).

Należy również wspomnieć o najnowszych badaniach poprzecznych z zakresu psychokardiologii. Abshire wraz z zespołem (2018) przebadali 62 osoby ze wszczepionym urządzeniem LVAD (*left ventricular assist device*). Jest to urządzenie wspomagające prace lewej komory serca, stosowane u osób z niewydolnością serca, u których przeszczep serca jest niemożliwy lub oczekujących przeszczepu. Wykazali, że postrzegany stres był istotnie związany z symptomami depresji, zmęczeniem oraz negatywnymi formami radzenia sobie wśród osób z urządzeniem LVAD. Dodatkowo udowodnili, że postrzegany stres oraz poczucie zmęczenia były istotnymi predyktorami jakości życia badanych pacjentów z niewydolnością serca (Abshire i in., 2018). Z badania Kashani i współpracowników (2020) na 298 pacjentach

z diagnozą I50 wynika, że ich jakość życia była zależna od poziomu odczuwanego stresu oraz poczucia własnej skuteczności – przekonania o zdolności do podejmowania wysiłku w celu osiągnięcia określonego celu i radzenia sobie z życiowymi trudnościami (zob. Bandura, 1977). Co więcej, w najnowszym badaniu Gaffey i zespołu (2021) przebadano 153 pacjentów z niewydolnością serca. Zaobserwowano w nim umiarkowanie-silne związki pomiędzy odczuwanym stresem a zaburzeniami poznawczymi, zaburzeniami snu i dobrostanem psychicznym. Warto również wspomnieć o publikacji chińskich badaczy. Z przeprowadzonego przez nich badania poprzecznego na 302 pacjentach z niewydolnością serca wynika, że poziom odczuwanego stresu jest istotnym predyktorem jakości życia psychicznego (An i in., 2022).

Postrzegany stres jest zjawiskiem powszechnym wśród pacjentów z niewydolnością serca. Nakładające się po sobie hospitalizacje, zaostrzenie się objawów, ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu oraz duża złożoność tej choroby sprawiają, że jakość życia psychicznego i fizycznego pacjentów z diagnozą I50 jest zagrożona (Harris i in., 2021). Przedstawione wcześniej modele teoretyczne potwierdzają tę zależność. Transakcyjne modele stresu w swojej pierwotnej i zmodyfikowanej wersji zakładały, że choroba może być istotnym źródłem stresu (Folkman, 2001, 2008; Lazarus i Folkman, 1984). Również teoria zachowania Hobfolla (2001) pokazywała, że zdrowie jest istotnym zasobem stanu, a jego zagrożenie może być źródłem stresu. Z tego też powodu, należałoby się zastanowić nad formami radzenia sobie ze stresem stosowanymi przez pacjentów z niewydolnością serca. Wspomniane koncepcje stresu psychologicznego zakładały, że w przypadku subiektywnej oceny dotyczących nas wydarzeń jako stresujących, uruchamiane są adekwatne formy radzenia sobie ze stresem. Również przytoczone modele percepcji choroby Leventhala i współpracowników (1980) oraz Lipowskiego (1970) pokazywały, że ocena choroby jako czegoś zagrażającego może uaktywniać stosowanie takich form. Na tej podstawie, w kolejnym fragmencie niniejszej pracy zostaną przedstawione podstawowe koncepcje radzenia sobie ze stresem a także dane dotyczące radzenia sobie wśród pacjentów z niewydolnością serca.

3.2. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym niewydolnością serca

Heszen i Sęk (2012) definiują radzenie sobie ze stresem jako zachowanie mające na celu zmianę sytuacji stresowej oraz poprawę stanu emocjonalnego. Operacjonalizując radzenie sobie ze stresem, należy je rozpatrywać z trzech różnych perspektyw: jako proces, strategia oraz styl. Radzenie sobie ze stresem jako proces oznacza złożone i dynamiczne formy działania

podejmowane przez jednostkę w sytuacji stresowej w dłuższej perspektywie czasu. Strategie to mniejsze formy zachowania, ukazujące różnice w obrębie procesu redukcji skutków stresu. Są to behawioralne, emocjonalne i poznawcze reakcje na stres, mające określoną funkcję, jak np. uspokojenie się, zmianę sytuacji stresowej lub pozyskanie jakiś korzyści. Stylem radzenia sobie określamy zaś indywidualne i stabilne w czasie dyspozycje, determinujące zachowania w sytuacji stresu – inaczej, zbiór strategii i sposobów radzenia, uruchamianych w procesie zmagania się z sytuacją stresową (Heszen-Niejodek, 2000; Wrześniewski, 2000).

Pojęcia strategii i stylu są często używane naprzemiennie. Również autor niniejszej pracy używał w przeszłości tych pojęć błędnie lub w sposób niekonsekwentny (zob. Gerymski, 2018; Gerymski i Król, 2020). Na przestrzeni tej pracy, często wspomniano o radzeniu sobie ze stresem, bez wcześniejszego jego definiowania jako strategia lub styl. Czasem używano terminu „forma radzenia sobie ze stresem”, jako próba neutralnej unifikacji mylących się ze sobą pojęć. Według *Wielkiego Słownika Języka Polskiego PAN* (2007), strategia oznacza „starannie zaplanowany sposób działania zmierzający do osiągnięcia istotnych i sięgających daleko w przyszłość celów”. Stylem zaś nazywamy „charakterystyczny sposób podejmowania określonego rodzaju działań”. Oznacza to, że styl może być zbiorem różnych stosowanych strategii, co jest zgodne z psychologiczną definicją powyższych pojęć. Z semantycznego punktu widzenia, definicje te wskazują na istotne różnice pomiędzy definiowanymi pojęciami, jednakże nie koniecznie mogą być one oczywiste dla ich użytkownika, dlatego też warto zobrazować różnice między nimi na konkretnym przykładzie.

W literaturze anglojęzycznej, radzenie sobie ze stresem definiowane jest jako *coping*. Lazarus i Folkman (1984) opisując style radzenia sobie ze stresem, używają wyłącznie nadrzędnego pojęcia radzenia sobie (tj. samego słowa *coping*). Wspomniano wcześniej, że Folkman (2001, 2008) w swoim zrewidowanym transakcyjnym modelu stresu wyróżniła radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu, którego kategoriami (*categories* to pojęcie używane przez Folkman) są: pozytywne przewartościowanie, rewizja celów, wiara i duchowość oraz nadawanie zwykłym wydarzeniom pozytywnego znaczenia. W jej koncepcji, radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu jest stylem, zaś strategiami będą zaproponowane przez nią działania zaradcze, tj. wspomniane kategorie. Jako przykład rozróżnienia pojęcia strategii i stylu posłużył transakcyjny model stresu w swojej oryginalnej oraz zrewidowanej formie, dlatego też od niego zostanie rozpoczęta próba teoretycznego uzasadnienia znaczenia strategii radzenia sobie ze stresem w funkcjonowaniu pacjentów z niewydolnością serca.

3.2.1. Radzenie sobie w świetle transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkman

W klasycznym transakcyjnym modelu stresu, Lazarus i Folkman (1984) definiowali strategię radzenia sobie jako poznawcze i behawioralne wysiłki człowieka, mające na celu sprostanie obciążającym lub przekraczającym jego zasoby wymaganiom pomiędzy jednostką a jej środowiskiem. Uruchamiane są w odpowiedzi na ocenę sytuacji jako stresującą. Mechanizm ten został bardzo dokładnie opisany wcześniej, dlatego też niniejszy fragment zostanie poświęcony wyłącznie próbie definicji stylów radzenia sobie zaproponowanych przez autorów wskazanej teorii.

Lazarus i Folkman (1984) wyróżniają dwa style radzenia sobie: zorientowany na problemie oraz zorientowany na emocjach. Radzenie sobie zorientowane na problemie ma na celu zmianę relacji pomiędzy jednostką a jej otoczeniem. Jest to podejście instrumentalne, skoncentrowane na próbie opanowania źródła stresu w celu eliminacji lub zmniejszenia jego negatywnego oddziaływania. Może przejawiać się w postaci próby zmiany sytuacji i rozwiązywania problemów, np. poprzez opracowanie strategii działania (Folkman i Lazarus, 1980; Lazarus i Folkman, 1987). Styl zorientowany na emocjach stosowany jest zaś w celu redukcji negatywnych emocji oraz emocjonalnego napięcia, związanych z działaniem stresora. Dotyczy form działania obejmujących poszukiwanie wsparcia społecznego, dystansowanie się, unikanie, ucieczkę lub pozytywne przewartościowanie (Folkman i in., 1986; Folkman i Lazarus, 1988b; Lazarus i Folkman, 1984). Bardzo istotnym jest fakt, że człowiek stosuje oba te style radzenia sobie w każdym typie sytuacji stresowej (Folkman i in., 1986).

Zrewidowany transakcyjny model stresu idzie o krok dalej, uzupełniając grupę stylów radzenia sobie ze stresem o kolejną kategorię: radzenie sobie zorientowane na znaczeniu. Wspomniano wcześniej, że zdaniem Folkman (2001, 2008) pozytywne emocje odpowiedzialne są za podtrzymywanie wysiłków radzenia sobie ze stresem, pomagają w odbudowywaniu utraconych zasobów, a także dostarczają momentu wytchnienia podczas transakcji stresowej. Model ten zakłada, że w sytuacji negatywnej adaptacji, człowiek odczuwa potrzebę ponownej próby sprostania stawianym mu wymaganiom (Gruszczyńska, 2007). Uruchamia to proces radzenia sobie zorientowanego na znaczenie, które to jest odpowiedzialne za generowanie pozytywnego afektu, pełniącego funkcję motywacyjną w procesie radzenia sobie oraz przywracającego utracone zasoby. Styl radzenia sobie zorientowany na znaczenie oparty jest o wartości, przekonania i egzystencjalne cele ważne dla danej jednostki. Mogą do nich należeć np. religia, duchowość czy też cel i sens życia. Przekładają się one na stosowanie strategii opartych na pozytywnym przewartościowaniu, rewizji celów, wierze i duchowości, oraz

nadawaniu zwykłym wydarzeniom pozytywnego znaczenia (Folkman, 2001, 2008; Folkman i Moskowitz, 2007).

Zaprezentowane transakcyjne modele stresu i radzenia sobie są żywo wykorzystywane w badaniach z zakresu psychologii zdrowia. Folkman i Moskowitz wykorzystują go w paradygmacie badań nad osobami zakażonymi wirusem HIV i chorującymi na AIDS. Twierdzą, że radzenie sobie (szczególnie to skoncentrowane na znaczeniu) może pomóc tego typu osobą w zmaganiu się z chronicznym stresem choroby przewlekłej oraz polepszeniu ich dobrostanu (Folkman i in., 1997; Moskowitz i in., 1996). Krok (2017) w swoich badaniach nad jakością życia pacjentów z nowotworami przełyku wykazał, że radzenie sobie skoncentrowane na problemie, emocjach i znaczeniu odgrywa istotną rolę w funkcjonowaniu pacjentów onkologicznych. Ważną funkcję radzenia sobie opartego na problemie, emocjach i znaczeniu wykazano również w badaniach na osobach z reumatoidalnym zapaleniem stawów (Gruszczyńska i Knoll, 2015). Badania z zakresu psychokardiologii również odwołują się do transakcyjnego modelu stresu. Buetow i jego zespół (2001) wykazali, że radzenie sobie skoncentrowane na emocjach odgrywa ważną rolę w radzeniu sobie z chorobą pacjentów z niewydolnością serca. Uwzględniający lata 1984-2016 przegląd literatury potwierdził ważną i istotną rolę strategii skoncentrowanych na problemie i emocjach w zmaganiu się z niewydolnością serca (Li i Shun, 2016). Identycznych wyników dostarczył przegląd Graven i Granta (2013), obejmujący publikacje z lat 2000-2011. Z kolei Gerymski i Król (2020) wykazali, że radzenie sobie skoncentrowane na problemie, emocjach i znaczeniu było istotnie związane z poczuciem sensu i satysfakcją z życia osób ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem.

We wcześniejszym fragmencie pracy wspomniano o narzędziu badawczym stworzonym przez Lazarusa i Folkman – Kwestionariuszu Sposobów Radzenia Sobie WCQ (*The Ways of Coping Questionnaire*; Folkman i Lazarus, 1988b). Składa się na niego lista strategii radzenia sobie ze stresem, które to możemy zaliczyć do dwóch stylów zgodnych z klasycznym transakcyjnym modelem stresu – skoncentrowanym na problemie oraz skoncentrowanym na emocjach. Kwestionariusz ten osiąga dobre właściwości psychometryczne, ale nie jest zbyt popularnym narzędziem na gruncie polskim. Pierwszej adaptacji skali WCQ dokonała Gwozdecka (1989) w swojej nieopublikowanej pracy magisterskiej. W literaturze polskiej funkcjonuje wiele adaptacji różnych autorów, a twórcy projektów badawczych nie są zgodni wobec tego, która z adaptacji powinna być stosowana. Kwestionariusz WCQ nie obejmuje stylu radzenia sobie zorientowanego na znaczeniu, wyróżnionego w zrewidowanym modelu Folkman (2001, 2008), który jest coraz częściej

uwzględniany w badaniach dotyczących stresu w świetle modelu transakcyjnego. Narzędziem badającym radzenie sobie zorientowane na problem, emocje i znaczenie jest Kwestionariusz Radzenia Sobie (*Coping Questionnaire*) autorstwa Gruszczyńskiej i Knoll (2015). Poza tym, że nawiązuje on do zrewidowanego transakcyjnego modelu stresu Folkman (2001, 2008), to operaty jest również na drugim modelu teoretycznym – modelu tworzenia znaczeń Folkman i Park (1997). Dlatego też przed przystąpieniem do opisu narzędzia Gruszczyńskiej i Knoll (2015), należy dokonać dokładnego opisu nieprzytaczanego dotychczas w tej pracy modelu teoretycznego.

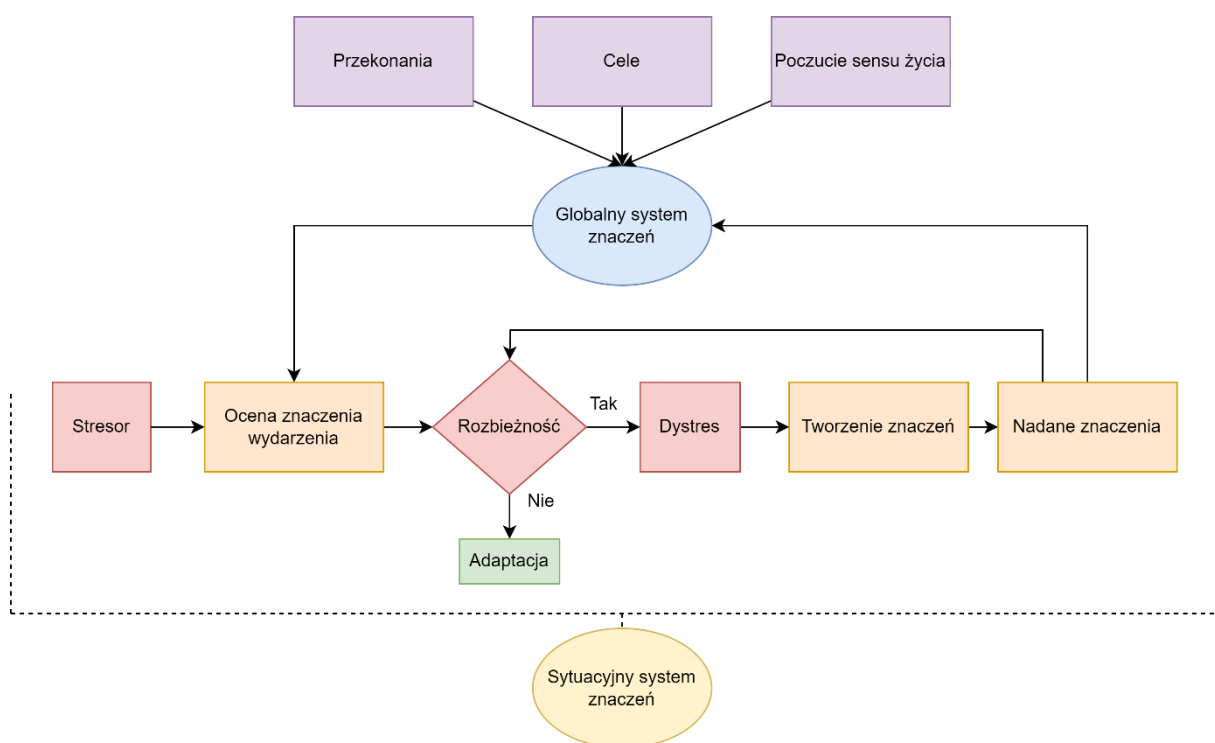
3.2.2. Radzenie sobie w ujęciu modelu tworzenia znaczeń Folkman i Park

Model tworzenia znaczeń (*meaning-making model*) został zaproponowany przez Folkman i Park (1997). W późniejszych lat był niezależnie rozwijany wyłącznie przez Park (Park, 2010, 2013, 2016). Jest on modelem czerpiącym z transakcyjnej teorii stresu (Lazarus i Folkman, 1984) oraz bardzo bliski jego zrewidowanej formie (Folkman, 2001, 2008). Znacząco rozwija on dotychczasową wiedzę na temat tego, w jaki sposób ludzie reagują na stres. Model tworzenia znaczeń zakłada, że jednostka radzi sobie ze stresem odwołując się do dwóch systemów znaczeń: globalnego oraz sytuacyjnego.

Globalny system znaczeń determinuje, w jaki sposób człowiek postrzega przeszłość i terażniejszość, a także jakie będzie miał oczekiwania wobec przyszłości. Składają się na niego trzy składniki: przekonania, cele oraz poczucie sensu życia (Park, 2010; Park i Folkman, 1997). Przekonania dotyczą zbioru poglądów na temat otaczającego świata i jednostki. Odpowiedzialne są za tworzenie schematów wykorzystywanych w procesie interpretacji i oceny własnych doświadczeń. Globalne przekonania mogą odnosić się do takich sfer jak sprawiedliwość, szczęście, kontrola czy też spójność (Park, 2008). Cele definiowane są jako stany, obiekty lub ideały, nad którymi człowiek pracuje i które stara się zachować, tj. praca, wiedza, czy też zdrowie (Park, 2008). Krok (2017) definiuje cele w modelu tworzenia znaczeń jako wewnętrzne reprezentacje pożądaných procesów lub ich rezultatów. Z kolei poczucie sensu życia wyrażane jest jako uczucie i przekonanie o sensowności i kierunku własnego życia (Park, 2010; Park i Folkman, 1997). Te trzy składniki globalnego systemu znaczeń odpowiedzialne są za dwa procesy: orientacyjny i motywacyjny. Po pierwsze, są źródłem informacji pomocnych w interpretacji zdarzeń otaczającego nas świata. Po drugie, odpowiedzialne są za nadanie życiu celowości oraz wspomagają wyznaczenie życiowych

celów i kierunku działania. Globalny system znaczeń obecny jest już we wczesnych okresach rozwoju i podlega modyfikacjom na podstawie osobistych doświadczeń jednostki. Doświadczenia te modyfikują postrzeganie siebie i otoczenia, oraz kształtują ważne dla nas wartości i cele (Krok, 2017; Park, 2010).

Sytuacyjny system znaczeń obejmuje wstępną ocenę sytuacji, rewizję globalnych i ocenianych znaczeń oraz skutków tych procesów. Odnosi się do konkretnej sytuacji zachodzącej w życiu człowieka. Oddziałują na nie ogólne przekonania i cele jednostki zawarte w globalnym systemie znaczeń, oraz warunki, w których to odbywa się transakcja pomiędzy jednostką a otoczeniem (Park, 2010, 2013, 2016). Zdaniem Park i Folkman (1997), sytuacyjny system znaczeń jest częścią oceny poznawczej transakcji stresowej i obejmuje następujące elementy: ocenę pierwotną, poszukiwanie znaczenia oraz wynik tych procesów, manifestowany jako zmiany w globalnym systemie znaczeń. Sytuacyjny system znaczeń aktywowany jest w momencie pojawienia się stresora, który to prowadzi do uaktywnienia się kolejnych procesów: oceny znaczenia wydarzenia, oceny rozbieżności pomiędzy znaczeniem sytuacyjnym a znaczeniem ogólnym, tworzenia znaczeń, nadania znaczenia oraz adaptacji do zaistniałej sytuacji (Krok, 2017; Park, 2010; Park i Folkman, 1997). Wizualizacja modelu tworzenia znaczeń została zaprezentowana na *Rysunku 3.4*.



Rysunek 3.4 Model tworzenia znaczeń

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Park, 2010, 2013; Park i Folkman, 1997)

Park (2008) twierdzi, że wystąpienie sytuacji stresującej lub jakiegoś traumatycznego wydarzenia (jak np. choroba przewlekła) prowadzi do przypisywania im przez jednostkę jakiegoś znaczenia. Przypisane znaczenie sytuacyjne jest porównywane z globalnym systemem znaczeń jednostki. W modelu Park (2008, 2010, 2013), stres jest wynikiem rozbieżności pomiędzy dwoma porównywanymi systemami znaczeń, mającym swoje źródło w rozbieżności pomiędzy globalnymi przekonaniem i celami, a ewaluowaną sytuacją. Rozbieżność ta prowadzi do poczucia cierpienia, które nie występuje lub jest znacząco niższe u osób, które nie doświadczają takiej rozbieżności (Park, 2008). Proces tworzenia znaczeń stanowi próbę przywrócenia znaczenia globalnego. Ma na celu próbę ujrzenia sytuacji w inny sposób i przeformułowania przekonań i celów, aby odzyskać spójności między globalnym a sytuacyjnym systemem znaczeń (George i Park, 2020). Tworzenie znaczeń obejmuje 4 główne rodzaje procesów psychicznych: (1) automatyczne i kontrolowane – wyparcie, pozytywne przewartościowanie, planowanie, odwołanie się do przekonań i doświadczeń duchowych; (2) asymilacji i akomodacji – włączanie, tworzenie lub zmiana struktur poznawczych; (3) poszukiwania zrozumienia i znaczenia – poznawczych i emocjonalnych prób dostrzeżenia istoty i znaczenia wydarzenia; oraz (4) poznawczego i emocjonalnego przetwarzania – modyfikacji znaczenia na bazie refleksji, dystansowania się i poszukiwania sensu (Krok, 2017; Park, 2010, 2013). Nadane znaczenie jest wynikiem powyższych procesów i manifestuje się najczęściej poprzez odkrycie poczucia sensu życia, akceptację wydarzenia, zrozumienie jego przyczyn, subiektywne przekonanie o wystąpieniu pozytywnych zmian, zmianę indywidualnej tożsamości, ponowną ocenę i zmniejszenie subiektywnego obciążenia daną sytuacją, zmianę ogólnych przekonań i celów, oraz modyfikację poczucia sensu życia (Krok, 2017; Park, 2010, 2013).

Koncepcja ta wskazuje na istotną rolę systemu znaczeń w procesie adaptacji do działania stresora i jednocześnie rozwija zaproponowaną w koncepcji Folkman (2001, 2008) istotną rolę radzenia sobie zorientowanego na znaczeniu. Zyskuje on coraz większą popularność wśród badaczy z zakresu psychologii zdrowia. W badaniach Kroka (2017) wykazano, że system znaczeń pacjentów z nowotworami przełyku odgrywał istotną rolę w ich funkcjonowaniu i poziomie dobrostanu. Praca teoretyczna dotycząca pacjentów z guzem mózgu zwraca uwagę na to, że proces tworzenia znaczeń może być ważny z perspektywy jakości życia osób chorych przewlekle (Ownsworth i Nash, 2015). Park i Gutierrez (2013) w swoich badaniach na studentach potwierdzili, że proces tworzenia znaczeń w oparciu przywoływany model teoretyczny odgrywa ważną rolę w zmaganiu się ze stresem spowodowanym traumą. Również Ryff (2014b) stwierdza, że tworzenie znaczeń jest

niezmiernie istotne z perspektywy psychologicznego dobrostanu. W modelu Park (2008, 2010, 2013), tworzenie znaczeń może pełnić funkcję radzenia sobie ze stresem. Przywołane badania polskie i zagraniczne wskazują na ochronną funkcję procesu tworzenia znaczeń prowadząco do lepszego przystosowania. Z badań Kroka i Zarzyckiej (2020) wynika, że proces tworzenia znaczeń był istotnym predyktorem psychologicznego dobrostanu pacjentów z chorobą wieńcową i pełnił funkcję mediatora pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a PWB. Przypisują oni temu procesowi funkcję radzenia sobie ze stresem. Twierdzą, że choroba kardiologiczna prowadzi do rozbieżności między globalnym a sytuacyjnym systemem znaczeń tej grupy pacjentów, co w konsekwencji wywołuje niepokój i skutkuje sięganiem po strategie radzenia sobie w celu ułatwienia przystosowania się do choroby. Zwracają oni uwagę na to, że tworzenie znaczeń może funkcjonować jako strategia radzenia sobie ze względu na jego związek z zachowaniem ukierunkowanym na cel (Krok i Zarzycka, 2020). Potwierdzają to również przywołane wyżej wybrane badania z zakresu psychologii zdrowia, wykorzystujące model tworzenia znaczeń jako swoją podstawę teoretyczną.

Jedynym narzędziem nawiązującym do strategii radzenia sobie ze stresem w świetle transakcyjnego modelu stresu (Folkman, 2001, 2001, 2008; Lazarus i Folkman, 1984) oraz modelu tworzenia znaczeń (Park, 2008, 2010, 2013) jest Kwestionariusz Radzenia Sobie (*Coping Questionnaire*) autorstwa Gruszczyńskiej i Knoll (2015). Wspomniana skala mierzy trzy style radzenia sobie: zorientowane na problem, emocje i znaczenie. Oparta jest na pozycjach Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS (Endler i Parker, 1994), Kwestionariusza Sposobów Radzenia Sobie WCQ (Folkman i Lazarus, 1988b) oraz Wielowymiarowego Inwentarza do Pomiaru Radzenia sobie ze Stresem COPE (Carver i in., 1989). Stanowi więc integrację trzech najpopularniejszych narzędzi stosowanych do pomiaru radzenia sobie ze stresem. Została zwalidowana na potrzeby badań na osobach z reumatoidalnym zapaleniem stawów (Gruszczyńska i Knoll, 2015). Była również wykorzystywana w badaniach nad osobami z nowotworami przelyku (Krok, 2017) oraz pacjentach z niewydolnością serca ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem ICD (Gerymski i Król, 2020). We wszystkich badanych próbach, Kwestionariusz Radzenia Sobie wykazuje się bardzo dobrymi właściwościami psychometrycznymi.

Zaproponowane radzenie sobie ze stresem zorientowane na problemie, emocjach i znaczeniu nie należą do jedynych konceptualizacji teoretycznych procesu zmagania się z działaniem stresowa. Istnieje wiele modelu operacjonalizujących radzenie sobie w świetle innych stylów (zob. Heszen, 2013; Heszen i Sęk, 2012). Nie mniej jednak, wspomniane trzy kategorie mają swoje podłoże w najpowszechniejszym modelu stresu – transakcyjnej teorii

stresu (Folkman, 2001, 2008; Lazarus i Folkman, 1984), oraz modelu tworzenia znaczeń (Park, 2008, 2010, 2013) – zyskującym na znaczeniu i bardzo mocno ugruntowanym w badaniach z zakresu w psychologii zdrowia (Krok, 2017). Z tego też powodu, wspomniane trzy style powinny być uwzględnione w badaniach nad funkcjonowanie pacjentów z niewydolnością serca.

3.2.3. Mediacyjna rola radzenia sobie

Teorie psychologiczne zaznaczają, że radzenie sobie ze stresem pełni funkcję mediatora pomiędzy stresem a jego skutkiem. Oznacza to, że radzenie sobie ze stresem pośredniczy w relacji pomiędzy postrzeganym stresem a wyznacznikami jakości życia (Heszen, 2013). Potwierdzają to przytoczone wcześniej koncepcje psychologiczne. Folkman i Lazarus (1988a) zaznaczają, że radzenie sobie pełni funkcję mediatora reakcji emocjonalnej. Pojawia się w odpowiedzi na stresor oraz przekształca ocenę pierwotną i towarzyszące jej emocje. Transakcyjna teoria stresu w swojej klasycznej (Lazarus i Folkman, 1984) i zrewidowanej formie (Folkman, 2001, 2008) potwierdza ten mechanizm. Radzenie sobie pojawia się w odpowiedzi na ocenę sytuacji jako stresującej, pośrednicząc między tą oceną a jej rezultatami – pozytywnym lub negatywnym przystosowaniem. Również model tworzenia znaczeń zwraca uwagę na mediacyjną rolę radzenia sobie ukierunkowanego na znaczenie. Tworzenie i nadanie znaczenia, czyli radzenie sobie ukierunkowane na znaczenie, pełni w nim funkcję mediatora pomiędzy dystresem a adaptacją (Park, 2008, 2010, 2013). Wspomniana wcześniej spirala zysków i strat pokazuje również, że strategia opierająca się na oczekiwanych zyskach pośredniczyła pomiędzy stratą a skuteczną i nieskuteczną adaptacją (Hobfoll, 2001). Także przedstawione wcześniej dwa modele percepcji choroby również potwierdzają tę zależność. Pokazują, że radzenie sobie jest uruchamiane na skutek emocji i stresu związanego z oceną własnej choroby (Leventhal i in., 1980; Lipowski, 1970). Każdy ze wspomnianych mechanizmów jest o wiele bardziej rozbudowany niż w powyższej analizie, jednakże wszystkie te modele teoretyczne potwierdzają mediacyjną rolę strategii radzenia sobie ze stresem pomiędzy źródłem stresu oraz negatywnym afektem, a wskaźnikami przystosowania, adaptacji i dobrostanu.

Zasadnym więc byłoby sformułowanie, że podobne zależności można zaobserwować również w przypadku zmiennych związanych ze stresem. Co za tym idzie, związek percepcji choroby i sensu życia z jakością życia również może być mediowany przez strategię radzenia

sobie ze stresem. Dane empiryczne i metaanalizy potwierdzają występowanie takich zależności. Zespół Dempstera i współpracowników (2015) przeanalizował 1050 artykułów na temat związku percepcji choroby, radzenia sobie ze stresem i jakością życia. Wykazali oni bardzo ważną zależność – strategie radzenia sobie ze stresem były w wielu przypadkach ważniejszymi predyktorami jakości życia niż sama percepcja choroby. Co więcej, udowodnili że w niektórych przypadkach strategie radzenia sobie ze stresem mogą pełnić funkcję mediatora pomiędzy miarami percepcji choroby a jakością życia, jednakże nie uzyskali spójnych dowodów (Dempster i in., 2015). Brak homogeniczności wyników może wskazywać, że tylko wybrane formy radzenia sobie ze stresem odgrywają istotną rolę w kształtowaniu jakości życia i dobrostanu osób chorych przewlekle. Może również wynikać z faktu zastosowanych narzędzi badawczych.

Spójnych wniosków dostarczają natomiast badania polskie. Z badań nad osobami ze stwardnieniem rozsianym wynika, że wybrane strategie związane ze stylem ukierunkowanym na emocje pełniły funkcję mediatora pomiędzy percepcją choroby jako przeszkoda/strata, krzywda i wartość a wzrostem potraumatycznym (Ogińska-Bulik i Michalska, 2017). Analizy danych pacjentów z rakiem przewodu pokarmowego pokazują, że radzenie sobie ukierunkowane na emocje, problem i znaczenie pośredniczyły pomiędzy percepcją choroby jako wyzwanie, wartość, zagrożenie, zysk, krzywda, przeszkoda i znaczenie, a dobrostanem psychicznym (Krok i in., 2019). Jak widać, w zależności od badanej próby pacjentów chorych przewlekle, różne style radzenia sobie ze stresem pośredniczą między innymi formami percepcji choroby. Nie zweryfikowano jeszcze takiej zależności wśród pacjentów z niewydolnością serca, ani żadnej innej grupie osób chorych kardiologicznych. Można założyć, że radzenie sobie osób z dolegliwościami sercowo-naczyniowymi również będzie pełniło funkcję pośredniczącą między percepcją choroby a miarami dobrostanu, jednakże określenie konkretnych zależności jest w tym momencie niemożliwe i wymaga dokładnych badań empirycznych.

Mediacyjna rola strategii radzenia sobie ze stresem u pacjentów z niewydolnością serca została również potwierdzona w przypadku innych badanych zmiennych. W badaniach nad pacjentami z niewydolnością serca ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem ICD wykazano, że radzenie sobie ukierunkowane na emocje, znaczenie i problem pośredniczyło pomiędzy poczuciem sensu życia a satysfakcją z życia (Gerymski i Król, 2020). Podobne zależności potwierdzono również u osób chorujących na nowotwory – radzenie sobie ukierunkowane na problem, znaczenie i emocje mediowało w relacji między poczuciem sensu życia a dobrostanem psychicznym (Krok, 2017). Dane te pokazują, że mediacyjna rola strategii

radzenia sobie ze stresem u osób chorych przewlekle jest również obecna w przypadku zmiennych będących źródłem stresu i negatywnego afektu, a nie wyłącznie postrzeganym stresem. Przedstawione zależności empiryczne potwierdzają przedstawione wcześniej założenia teoretyczne wynikające z przytoczonych sześciu modeli teoretycznych (Folkman, 2001, 2008; Hobfoll, 2001; Lazarus i Folkman, 1984; Leventhal i in., 1980; Lipowski, 1970; Park, 2008, 2010, 2013).

Niestety, nie opublikowano jeszcze badań dotyczących percepcji choroby, poczucia sensu życia i radzenia sobie ze stresem u osób z niewydolnością serca, które weryfikowałyby powyższe założenia. Powinny one zostać uwzględnione w kolejnych badaniach nad osobami chorobami na schorzenia układu sercowo-naczyniowego. We wcześniejszym fragmencie pracy uwidocznił aktualny stan badań na temat stresu w życiu osób z niewydolnością serca. Nie przywołano jeszcze zbyt wielu wyników mówiących o pomocnej roli strategii radzenia sobie ze stresem w funkcjonowaniu osób z diagnozą I50. Z tego powodu, w kolejnym fragmencie pracy zostaną przedstawione wyniki badań empirycznych dotyczących ważnej roli radzenia sobie ze stresem u osób z niewydolnością serca.

3.2.4. Cechy radzenia sobie ze stresem wśród pacjentów z niewydolnością serca

Na podstawie przytoczonych teorii dotyczących roli radzenia sobie ze stresem należy stwierdzić, że będzie ono pełniło istotną funkcję również w życiu osób z niewydolnością serca. Potwierdza to szereg badań empirycznych na temat związku radzenia sobie z jakością życia pacjentów kardiologicznych. Badanie na 80 osobach z niewydolnością serca wykazało, że negatywne i nieprzystosowawcze radzenie sobie (czyli strategię takie jak wyparcie czy samoobwinianie), było negatywnie związane z ich jakością życia, a także nasilało subiektywnie oceniane objawy depresji (Klein i in., 2007). Projekt obejmujący 222 osoby z diagnozą I50 pokazał, że strategię radzenia sobie ze stresem takie jak akceptacja, poczucie humoru, planowanie czy wsparcie społeczne, były ujemnie skorelowane z wynikami objawów depresji. Co więcej, subiektywna ocena objawów depresji była dodatnio związana ze stylami takimi jak zaprzeczanie czy też wycofanie się (Trivedi i in., 2009). Inne badania potwierdziły, że unikowe radzenie sobie ze stresem było związane z większym poziomem postrzeganego lęku i depresji w podobnej samej próbie pacjentów (Doering i in., 2004). Zaprezentowane wyniki potwierdza również przegląd literatury przeprowadzony przez MacMahona i Lipa (2002), w którym

zwracają uwagę, że style radzenia sobie stanowią istotne prognostyczne czynniki depresji i lęku wśród pacjentów z zastoinową niewydolnością serca.

Graven i Grant (2013) dokonali przeglądu literatury dotyczącego związku radzenia sobie ze stresem i jakością życia związaną ze zdrowiem u osób z niewydolnością serca. Wynika z niego, że styl radzenia skoncentrowany na problemie jest dodatkowo związany z fizycznym i psychologicznym aspektem jakości życia związanej ze zdrowiem tej próby osób. Z kolei styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach był negatywnie związany ze wskazanymi sferami jakości życia osób z niewydolnością serca. Autorzy przeglądu zwracają jednak uwagę, że ze względu na brak badań eksperymentalnych w tej dziedzinie, nie można tutaj mówić o związkach przyczynowo-skutkowych (Graven i Grant, 2013). Istnieją jednak dane empiryczne z badań poprzecznych, które potwierdzają te relacje. Na próbie 94 osób z niewydolnością serca wykazano, że unikowe radzenie sobie było związane z negatywnym afektem, a to skoncentrowane na problemie – z pozytywnym afektem (Nahlén i Saboonchi, 2010). Warto również wspomnieć o najnowszym badaniu An i zespołu (2022), z którego wynika, że radzenie sobie pełniło funkcję mediatora pomiędzy poziomem odczuwanego stresu a jakością życia u 302 osób z diagnozą I50.

Również badania polskie dostarczają wielu przydatnych informacji. Wyniki pracy Szot (2012) na 99 osobach z niewydolnością serca wskazują, że w badanej przez nią próbie najczęściej stosowaną strategią radzenia sobie ze stresem było poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Inny projekt, dotyczący osób z łagodną skurczową niewydolnością serca, weryfikował rolę trzech stylów radzenia sobie ze stresem: ukierunkowanego na unikanie, emocje i zadanie. Wykazano w nim, że połowa z badanych 46 pacjentów stosowała wszystkie 3 rodzaje stylów radzenia sobie ze stresem, jednakże dominującym był styl zadaniowy, a najmniej stosowanym styl ukierunkowany na emocje, który to był istotnie związany z nasileniem objawów depresji badanej próby (Rydlewska i in., 2013). Polskie badania potwierdzają również mediacyjną rolę strategii radzenia sobie ze stresem. Milaniak z zespołem (2021) przebadali 123 osoby po przeszczepie serca. Udowodnili, że radzenie sobie ze stresem mediowało w relacji pomiędzy otrzymywanym wsparciem społecznym i dostępnym wsparciem emocjonalnym a nasileniem objawów depresji.

Interesujących wniosków dostarczają także badania jakościowe. Warto w tym miejscu wspomnieć projekt zrealizowany przez Buetowa i jego zespół (2001). Przeprowadzili oni wywiady z 62 pacjentami z niewydolnością serca z 30 różnych ośrodków na terenie Nowej Zelandii. Z przeprowadzonych przez nich rozmów wynikało, że badani pacjenci stosowali

najczęściej cztery strategie radzenia sobie ze stresem: unikanie, wyparcie, zaprzeczenie i akceptację (Buetow i in., 2001).

Radzenie sobie ze stresem u osób z niewydolnością serca odgrywa również istotną rolę w związku z poczuciem sensu życia tej próby osób. Wysocka-Pleczyk i Słowik (2012) wykazali, że w badanej próbie 54 osób z chorobą niedokrwienną serca istnieje istotny i ujemny związek pomiędzy poczuciem sensu życia a stylem radzenia sobie zorientowanym na emocje. Park i jej zespół (2008) dokonali dwóch pomiarów w okresie 6 miesięcy na próbie 155 pacjentów z niewydolnością serca. Wykazali oni, że religijne radzenie sobie, akceptacja oraz pozytywne przewartościowanie były odpowiedzialne za wzrost poczucia sensu życia w przeciągu 6 miesięcy. Uwidocznili również istotny związek poczucia sensu życia z fizyczną i psychiczną sferą jakości życia związanej ze zdrowiem w badanej próbie. Testowali oni również zależności mediacyjne, jednakże polegające na mediacyjnej roli poczucia sensu życia pomiędzy radzeniem sobie a jakością życia – zależność ta nie okazała się być statystycznie istotna (Park i in., 2008). Niestety, nie zweryfikowali oni czy radzenie sobie będzie mediowało w relacji sensu życia i jakości życia. Odpowiedzi na to pytanie możemy poszukać w badaniach polskich. Z badań Gerymskiego i Króla (2020) na próbie osób ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem wynika, że radzenie sobie ze stresem zorientowane na problem, emocje oraz znaczenie pełniło funkcję mediatora w relacji pomiędzy poczuciem sensu życia a satysfakcją z życia tej próby pacjentów.

Percepcja choroby jest również związana z radzeniem sobie ze stresem u osób z niewydolnością serca. Nahlén Bose i jej zespół (2016) przebadali 103 pacjentów z diagnozą I50. Z zebranych przez nich danych wynika, że subiektywna ocena lęku i depresji, a także wybrane wymiary percepcji choroby skali B-IPQ były związane z unikowym stylem radzenia sobie ze stresem. Chen i współpracownicy (2020) przebadali 302 pacjentów z niewydolnością serca. Wykazali oni istotne związki pomiędzy objawami depresji, a objawami fizycznymi choroby, percepcją choroby oraz radzeniem sobie ze stresem. Zweryfikowali oni również mediacyjną rolę strategii radzenia sobie ze stresem. Wybrane przez nich strategie stanowiły istotne mediatory w relacji pomiędzy percepcją choroby a nasileniem objawów depresji (Chen i in., 2020). Niestety, są to jedyne badania na dużych próbach pacjentów z niewydolnością serca weryfikujące wskazane zależności. Nie zbadano jeszcze wspomnianych relacji w perspektywie paradygmatu koncepcji Lipowskiego (1970) czy też przy użyciu skali SOWC (Janowski i in., 2009). Wskazuje to na ogromne braki w aktualnym stanie badań na próbie pacjentów z niewydolnością serca.

Przytoczone dane i teorie psychologiczne dosadnie wskazują na istotną rolę stresu i radzenia sobie z nim w jakości życia osób z niewydolnością serca. W poprzednich rozdziałach przytoczono również ważne informacje na temat roli poczucia sensu życia i percepcji choroby u osób z diagnozą I50. Niestety nie można nie zauważyć, że stan badań psychologicznych na tej próbie osób jest bardzo skromny. Projekt badawczy, który zostanie zaprezentowany na przestrzeni kolejnych rozdziałów niniejszej pracy, jest odpowiedzią na to zapotrzebowanie. Osoby z chorobami serca zmagają się ze stresem wynikającym z ich choroby i jej konsekwencji (Ziarko, 2014). Doświadczają problemów natury egzystencjalnej i próbują stale poszukiwać sensu swojego życia (Vos, 2021). Bardzo często postrzegają swoją chorobę jako wyzwanie, co przyczynia się do tego, jak starają się radzić sobie ze stresem spowodowanym ich chorobą (Lee, 1999). Poznanie wszystkich analizowanych mechanizmów na gruncie polskim jest niezmiernie istotne z punktu akademickiego oraz praktycznego. Od strony naukowej, weryfikacja tych zależności jest potrzebna w celu umocnienia i poszerzenia aktualnego stanu wiedzy. Od strony praktycznej, badania te są niezmiernie istotne w celu opracowania nowych form wsparcia dla osób z niewydolnością serca, gdyż ich jakość życia jest istotnie niższa niż osób zdrowych (Juenger i in., 2002). Nie opublikowano dotychczas żadnego projektu badawczego, który prezentowałby wskazane zależności na gruncie polskim. Również badania zagraniczne objęte są swoimi limitacjami, jak chociażby bardzo skromna próba osób badanych, czasem nieprzekraczająca nawet 100 osób. Dlatego też w dalszej części pracy, przedstawiony zostanie autorski projekt badawczy opisujący rolę poczucia sensu życia, percepcji choroby, stresu i radzenia sobie z nim w kształtowaniu jakości życia i dobrostanu osób z niewydolnością serca w Polsce, w oparciu o badania na obszernej próbie osób.

Rozdział 4.

Metoda badań własnych

Na przestrzeni poprzednich rozdziałów zaprezentowano wybrane zagadnienia dotyczące transakcji stresowej osób z niewydolnością serca, stanowiące podstawę teoretyczną niniejszej pracy. Prezentowane wyniki dotyczą obszaru psychologii, nauk o zdrowiu, a nawet nauk medycznych. Głównym trzonem teoretycznym przedstawionych badań jest zrewidowany transakcyjny model stresu i radzenia sobie. Zgromadzony przegląd koncepcji teoretycznych i badań empirycznych pokazuje, że niewydolność serca stanowi istotne źródło stresu w życiu pacjentów kardiologicznych i może negatywnie odbijać się na ich poczuciu jakości życia i dobrostanie. Wstęp teoretyczny niniejszej pracy pokazuje, że subiektywne poczucie sensu życia, percepcja choroby oraz postrzegany poziom stresu mogą znacząco wpływać na ocenę jakości życia osób z diagnozą I50. Co więcej, badania empiryczne oraz teorie wyraźnie podkreślają, że relacja ta może być pośredniczona przez trzy rodzaje stylów radzenia sobie ze stresem: skoncentrowanych na problemie, emocjach i znaczeniu. Ostatnia kategoria radzenia sobie nie została nigdy zweryfikowana na próbie osób z niewydolnością serca. Stanowi to istotną lukę w aktualnym stanie wiedzy, co stara się uzupełnić niniejszy projekt badawczy. Istotnym *novum* niniejszej pracy jest również zbadanie zasobów sensu życia uwzględnianych w koncepcji George'a i Park (2016) oraz kategorii percepcji choroby Lipowskiego (1970), praktycznie niebadanych na gruncie polskim i jeszcze niezweryfikowanych w grupie pacjentów kardiologicznych.

Niewydolność serca jest często ostatnim stadium wielu chorób kardiologicznych (Karasek i in., 2008b). Może stanowić konsekwencję takich chorób jak nadciśnienie tętnicze (choroby kardiologicznej o największej epidemiologii; Mills i in., 2016; NFZ, 2019) oraz choroby niedokrwiennej serca (główniej przyczyny zgonów na świecie; Khan i in., 2020; NFZ, 2020; Seferović i in., 2021). Pacjenci zmagający się z tą chorobą nie stanowią również często centrum zainteresowania badaczy z zakresu psychologii zdrowia. Dlatego też dokładne zbadanie transakcji stresowej osób z diagnozą I50 jest niezmiernie istotne, w celu opracowania adekwatnych strategii pomocy i pracy z tą grupą pacjentów kardiologicznych. Z tego też powodu, przedstawiony projekt ma na celu określenie mediacyjnej roli radzenia sobie w relacjach pomiędzy psychologicznymi uwarunkowaniami choroby a jej skutkami u osób z diagnozą I50.

4.1. Przedmiot i cel badania

Przedmiotem pracy jest mediacyjna rola radzenia sobie w relacji pomiędzy psychologicznymi uwarunkowaniami choroby (zasobami sensu życia, percepcją choroby i odczuwanym stresem) a jej psychologicznymi konsekwencjami (jakością życia i subiektywnym dobrostanem) wśród osób z niewydolnością serca. Operacjonalizacji poczucia sensu życia dokonano na podstawie syntezy podejścia Stegera (2012) oraz George'a i Park (2016), obejmując jego 5 wymiarów: obecność, poszukiwanie, zrozumienie, cel i znaczenie sensu życia. Badanie percepcji choroby obejmowało rodzaje oceny bazujące na koncepcji Lipowskiego (1970) oraz Lazarusa i Folkman (1984): zagrożenie, korzyść, przeszkoda/strata, wyzwanie, krzywda i wartość. Pomiar odczuwanego stresu również nawiązywał do transakcyjnego modelu stresu (Heszen, 2013; Lazarus i Folkman, 1984). Badane radzenie sobie ze stresem obejmowało trzy style, zorientowane na (1) problem, (2) emocje i (3) znaczenie. Pierwsze dwa nawiązują do klasycznego już transakcyjnego modelu stresu Lazarusa i Folkman (1984). Styl skoncentrowany na znaczeniu jest głównym trzonem zrewidowanego transakcyjnego modelu stresu Folkman (2001) i ma swoje odniesienie w modelu tworzenia znaczeń Park (2013). Jakość życia została zoperacjonalizowana zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia i obejmowała 4 wymiary: sferę fizyczną, psychologiczną, społeczną i środowiskową (The WHOQOL Group, 1998). Miarą subiektywnego dobrostanu w świetle koncepcji Dienera (1984) były w tym badaniu wyniki satysfakcji z życia, afektu pozytywnego i afektu negatywnego badanej próby osób z niewydolnością serca.

Zasadniczym celem niniejszej pracy jest weryfikacja transakcji stresowej badanej próby osób z niewydolnością serca. Na podstawie przytoczonej we wstępie literatury przedmiotu, sformułowano jeden główny i trzy szczegółowe cele prezentowanego projektu badawczego.

Cel główny: określenie mediacyjnej funkcji radzenia sobie w relacjach pomiędzy psychologicznymi uwarunkowaniami choroby a jej skutkami w grupie pacjentów z diagnozą I50.

Cele szczegółowe:

1. Weryfikacja mediacyjnej funkcji radzenia sobie w związku pomiędzy zasobami sensu a jakością życia osób z niewydolnością serca.
2. Sprawdzenie, czy radzenie sobie będzie pełniło funkcję mediatora w relacji percepcji choroby i jej psychologicznych skutków.
3. Określenie mediacyjnej funkcji radzenia sobie w związku odczuwanego stresu i jakości życia osób z niewydolnością serca.

4.2. Pytania i hipotezy badawcze

Przytoczony we wstępie teoretycznej przegląd literatury i badań empirycznych wskazuje na istotną rolę zmiennych psychologicznych w kształtowaniu jakości życia i dobrostanu osób z niewydolnością serca. Vos (2021) zwraca uwagę, że dylematy dotyczące poczucia sensu życia są wszechobecne w życiu osób cierpiących z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego i kształtują jakość życia tych osób. Ma to swoje uzasadnienie w elementarnych teoriach traktujących o sensie życia. Według Frankla (1963), sens życia jest najważniejszym predyktorem dobrostanu. Na tej podstawie zasadnym byłaby weryfikacja związku zasobów sensu życia z jakością życia osób z diagnozą I50. W kontekście tych koncepcji, sformułowano następujące pytanie badawcze:

P1: Czy zasoby sensu osób z niewydolnością serca są związane z ich jakością życia?

Przedstawione we wstępie koncepcje Frankla (1963, 1967), Yaloma (1980, 1982), Wonga (1998, 2010, 2011, 2014), Stegera i współpracowników (2006, 2009) oraz George'a i Park (2016, 2017) wyraźnie wskazują na związek pomiędzy poczuciem sensu życia i jakością życia każdego człowieka – zarówno zdrowego jak i chorego przewlekle. Również model salutogenezy Antonovskyego (1979, 1987, 1996), a szczególnie zawarty w nim komponent poczucia sensowności (Heszen i Sęk, 2012) zwraca uwagę na centralną rolę poczucia sensu w życiu jednostki. Teorie te stanowią bazę wielu badań empirycznych, które zweryfikowały zależności pomiędzy zasobami sensu życia a miarami jakości życia osób zdrowych i chorych. Relacja pomiędzy poczuciem sensu życia a jakością życia i dobrostanem jest na ogół relacją pozytywną (Park i in., 2008). Udowodniły to klasyczne już badania Zika'i i Chamberlaina (1992) czy też Kinga i współpracowników (2006). Natomiast istnieją również badania pokazujące, że niektóre z komponentów poczucia sensu życia mogą negatywnie kształtować jakość życia człowieka. Steger i współpracownicy (2006) wykazali, że obecność sensu życia była umiarkowanie i dodatnio związana z satysfakcją z życia oraz wybranymi miarami pozytywnego afektu, co potwierdza przytoczone wcześniej dane. Z kolei poszukiwanie sensu życia było powiązane w sposób umiarkowany i dodatni z natężeniem depresji oraz słabo i dodatnio z negatywnym afektem, jednakże nie z satysfakcją z życia (Steger i in., 2006). Późniejsze ich badania potwierdziły różnorodność zależności pomiędzy zasobami sensu życia a jakością życia. Wykazano w nich, że obecność sensu życia była umiarkowanie i dodatnio

związana z satysfakcją z życia, poczuciem szczęścia oraz pozytywnym afektem, a umiarkowanie i ujemnie z negatywnym afektem. Poszukiwanie sensu życia było z kolei związane słabo i ujemnie z satysfakcją życia, poczuciem szczęścia i pozytywnym afektem, a słabo i dodatnio z negatywnym afektem (Steger i in., 2009) Zaobserwowany związek poszukiwania sensu życia z satysfakcją z życia stoi w sprzeczności z poprzednimi wynikami tych badaczy, pokazując że relacja poszukiwania sensu życia i subiektywnego dobrostanu może być bardziej złożona. Wyniki te uzupełniają również badania George'a i Park (2017). Wykazali, że zrozumienie, cel i znaczenie sensu życia są dodatnio i umiarkowanie związane z satysfakcją z życia oraz pozytywnym afektem. Wspomniane trzy komponenty były ponadto negatywnie i umiarkowanie związane z miarami negatywnego afektu, natężenia depresji, lęku oraz stresu.

Zaprezentowane dotychczas dane dotyczyły osób badanych niezmagających się z problemami kardiologicznymi. Istnieje również szereg badań traktujących o osobach z diagnozą I50. Park i współpracownicy (2008) przeprowadzili badania podłużne na próbie 155 pacjentów z niewydolnością serca. Badali oni związek poczucia sensu życia z miarami jakości życia związanej ze zdrowiem. Wykazano, że poczucie sensu życia było związane w sposób dodatni i umiarkowany z miarami fizycznej i psychologicznej jakości życia związanej ze zdrowiem. Z kolei w badaniach Kroka i Gerymskiego (2019) udowodniono, że obecność sensu życia była związana dodatnio i umiarkowanie z satysfakcją z życia oraz pozytywnym afektem, a ujemnie i umiarkowanie z negatywnym afektem badanych pacjentów kardiologicznych. Niestety nie weryfikowano w nich roli poszukiwania sensu życia. W kolejnych analizach Gerymskiego i Króla (2020) weryfikowano związek zrozumienia, celu i znaczenia sensu życia z satysfakcją z życia pacjentów ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem ICD. Wykazali oni, że wszystkie trzy miary poczucia sensu życia były dodatnio i umiarkowanie związane z subiektywną oceną satysfakcji z życia badanej próby pacjentów. Na podstawie przywołanych ponownie koncepcji i badań empirycznych należy zauważyć, że relacja pomiędzy zasobami sensu życia a jakością życia nie jest zawsze relacją dodatnią. W odniesieniu do pierwszego pytania badawczego i przedstawionego przeglądu literatury, sformułowano następujące hipotezy:

H1: Obecność, zrozumienie, cel i znaczenie sensu życia są dodatnio związane z jakością życia, satysfakcją z życia i pozytywnym afektem osób z niewydolnością serca.

H2: Im wyższe poszukiwanie sensu życia, tym niższa jakość życia, satysfakcja z życia i afekt pozytywny osób z diagnozą I50.

H3: Im wyższy poziom obecności, zrozumienia, celu i znaczenia sensu życia osób z diagnozą I50, tym mniejsze nasilenie ich negatywnego afektu.

H4: Wyższy poziom poszukiwania sensu życia jest związany z większym nasileniem negatywnego afektu osób z diagnozą I50.

Wystąpienie i trwanie choroby kardiologicznej jest istotnym wydarzeniem uruchamiającym procesy radzenia sobie ze stresem. W świetle transakcyjnego modelu stresu (Lazarus i Folkman, 1984), w przypadku oceny choroby jako stresującej, uruchamiane są procesy radzenia sobie ze stresem, których rezultatem może być polepszenie się dobrostanu i jakości życia (w przypadku korzystnych rezultatów radzenia sobie ze stresem) lub jego pogorszenie (w sytuacji gdy radzenie sobie okaże się nieskuteczne). Klasyczny transakcyjny model stresu zwraca uwagę na znaczącą rolę stylów radzenia sobie skoncentrowanych na problemie i emocjach. Zrewidowany transakcyjny model stresu Folkman (2001) uzupełnia tę koncepcję, wskazując na istotną i adaptacyjną rolę radzenia sobie zorientowanego na znaczenie, które to przyczynia się do odzyskania utraconych zasobów i wzmożenia pozytywnego afektu. Koncept ten uzupełniany jest również przez model tworzenia znaczeń rozwijany przez Park (2013). Park (2008) twierdzi, że wystąpienie sytuacji stresującej lub jakiegoś traumatycznego wydarzenia (jak np. choroba przewlekła) prowadzi do przypisywania im przez jednostkę jakiegoś znaczenia. Mimo że model ten nie traktuje bezpośrednio o stylach radzenia sobie ze stresem, to stanowi znaczące uzupełnienie koncepcji Folkman (2001). Jako że zarówno zasoby sensu życia jak i radzenie sobie ze stresem stanowią istotne korelaty jakości życia osób chorych kardiologicznie, to należałoby poszukać zależności pomiędzy wskazanymi zmiennymi niezależnymi. W odniesieniu do transakcyjnych modeli stresu (Folkman, 2001; Lazarus i Folkman, 1984), należałoby zweryfikować mediacyjną rolę radzenia sobie w relacji między zasobami sensu a jakością życia osób z niewydolnością serca.

P2: Czy radzenie sobie ze stresem pełni funkcję mediatora w relacji pomiędzy zasobami sensu a jakością życia osób z niewydolnością serca?

Park (2008) twierdzi, że wystąpienie sytuacji stresującej lub jakiegoś traumatycznego wydarzenia (jak np. choroba przewlekła) prowadzi do przypisywania im przez jednostkę jakiegoś znaczenia. Jak już wspomniano wcześniej, w modelu Park (2008, 2010, 2013), stres jest wynikiem rozbieżności pomiędzy dwoma porównywanymi systemami znaczeń, mającym swoje źródło w rozbieżności pomiędzy globalnymi przekonaniem i celami, a ewaluowaną

sytuacją. Proces tworzenia znaczeń stanowi próbę przywrócenia znaczenia globalnego, aby odzyskać spójności między globalnym a sytuacyjnym systemem znaczeń (George i Park, 2020). Globalny system znaczeń determinuje, w jaki sposób człowiek postrzega przeszłość i teraźniejszość, a także jakie będzie miał oczekiwania wobec przyszłości. Składają się na niego trzy składniki: przekonania, cele oraz poczucie sensu życia (Park, 2010; Park i Folkman, 1997). W świetle teorii Park (2008, 2010, 2013) należałoby zatem uznać, że niski poziom zasobów sensu życia może być znaczącym źródłem stresu, uruchamiającym strategię radzenia sobie, zgodne z transakcyjnymi modelami stresu, pośredniczące w relacji między nimi a wymiarami jakości życia i dobrostanu.

W odniesieniu do klasycznego i zrewidowanego transakcyjnego modelu stresu (Folkman, 2001; Lazarus i Folkman, 1984), w przypadku niskiego poziomu zasobów sensu życia osób z niewydolnością serca, mogą zostać uruchomione trzy rodzaje strategii radzenia sobie ze stresem: skoncentrowane na problemie, emocjach i znaczeniu. Pełnią one mediującą funkcję pomiędzy stresorem a rezultatami transakcji stresowej. W przypadku korzystnych rezultatów radzenia sobie ze stresem, osoby z niewydolnością serca powinny wykazywać się wysokim poziomem jakości życia. Transakcja stresowa pacjentów kardiologicznych była w przeszłości tematem badań empirycznych. Jeden z większych przeglądów badań dotyczący pacjentów kardiologicznych wykazał, że stosują oni często strategię radzenia sobie ze stresem zorientowane na problem oraz emocje, ale także te związane ze sferą duchową (Lee i in., 2022). Badania jakościowe również zwracają uwagę, że radzenie sobie zorientowane na problem, emocje ale i także znaczenie mogą być istotnie pomocne w procesie zmagania się z niewydolnością serca i jej psychologicznymi skutkami (Li i in., 2019). Dane te niestety nie zostały potwierdzone empirycznie, a bazują wyłącznie na wywiadach jakościowych z pacjentami. Największy przegląd literatury dotyczący sensu życia pacjentów kardiologicznych wykonany przez Vosa (2021) pokazuje, że radzenie sobie zorientowane na znaczenie może pozytywnie kształtować jakość życia pacjentów kardiologicznych. Przywołuje on 4 badania mówiące o tym stylu radzenia sobie u pacjentów z wrodzonymi wadami serca oraz 18 badań na temat roli sensu życia i radzenia sobie zorientowanego na znaczenie jako predyktora fizycznego i psychologicznego dobrostanu u pacjentów kardiologicznych. Niestety, dogłębna analiza literatury przytaczanej przez Vosa (2021) pokazuje, że z 21 z 22 przytaczanych badań nie dotyczy bezpośrednio radzenia sobie zorientowanego na znaczenie, a zmiennych silnie z nim związanych: poczuciem sensu życia, religijnym radzeniem sobie czy też duchowością. Co więcej, ostatnie z badań na które powołuje się Vos (2021) jest nieweryfikowalne. Dotyczy ono 41 pacjentów (36 mężczyzn i 4 kobiet) oczekujących transplantacji serca (Muirhead i in.,

1992). Artykuł ten nie jest już dostępny, gdyż czasopismo które go wydało nie archiwizuje numerów sprzed 1999 roku. Niemniej jednak z abstraktu wspomnianej pracy wynika, że wykazano w nim tak *de facto* istotną rolę strategii zorientowanych na problem i emocje, a nie znaczenie (Muirhead i in., 1992).

Rola strategii skoncentrowanych na znaczeniu była również przedmiotem polskich badań na osobach chorych przewlekle. W badaniach nad pacjentami z niewydolnością serca ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem ICD wykazano, że radzenie sobie ukierunkowane na problem, emocje i znaczenie pośredniczyło pomiędzy zrozumieniem, celem i znaczeniem sensu życia a satysfakcją z życia tychże osób (Gerymski i Król, 2020). Podobne zależności potwierdzono również u osób chorujących na nowotwory – radzenie sobie ukierunkowane na problem, emocje i znaczenie mediowało w relacji między poczuciem sensu życia a dobrostanem psychicznym (Krok, 2017). Mimo bardzo dobrego podłoża teoretycznego, nie zweryfikowano jeszcze dokładnie roli radzenia sobie zorientowanego na znaczenie w życiu pacjentów kardiologicznych. Dotychczasowe badania zajmowały się głównie konstruktami pokrewnymi. Wskazuje to na istotną limitację aktualnego stanu wiedzy na temat radzenia sobie ze stresem osób z diagnozą I50. Istnieją jednak dobre podstawy teoretyczne i empiryczne mówiące o mediującej roli radzenia sobie zorientowanego na problem i emocje. Przytoczone koncepcje teoretyczne pokazują, że radzenie sobie (jeśli skuteczne) może przyczyniać się do zwiększenia poczucia jakości życia i dobrostanu osób z niewydolnością serca i będzie pełniło mediacyjną funkcję w relacji pomiędzy zasobami sensu a jakością życia tychże osób. Na tej podstawie sformułowano następujące hipotezy:

H5: Radzenie sobie będzie pełniło rolę mediatora w relacji pomiędzy zasobami sensu a poczuciem jakości życia osób z niewydolnością serca

H6: Style radzenia sobie ze stresem będą mediowały w związku pomiędzy zasobami sensu a miarami subiektywnego dobrostanu osób z diagnozą I50.

Pacjenci zmagający się z chorobami układu sercowo-naczyniowego mogą postrzegać swoją chorobę zarówno negatywnie jak i pozytywnie. Diagnoza choroby przewlekłej bywa czasem sporym obciążeniem dla życia osoby nią dotkniętej. Nie mniej jednak, w niektórych przypadkach diagnoza może przynieść również wiele pozytywnych korzyści (Ziarko, 2014). Dlatego też należałoby się zastanowić, czy percepcja choroby kardiologicznej jest związana z jakością życia osób z niewydolnością serca.

P3: Czy percepcja choroby osób z niewydolnością serca jest związana z ich jakością życia i subiektywnym dobrostanem?

Zdroworozsądkowy samoregulacyjny model zdrowia i choroby zaproponowany przez Leventhala i współpracowników (1980, 1984, 1992) zakłada, że każda osoba przewlekle chora generuje poznawcze oraz emocjonalne reprezentacje swojego stanu zdrowia, które pozwalają im na lepsze jego zrozumienie i opracowanie strategii dalszego działania. Według wspomnianego modelu, uruchamiane są dwa systemy przetwarzania: obiektywnym, związany z reprezentacją zagrożenia zdrowia; oraz subiektywny, dotyczący sfery emocjonalnej. Oba systemy uruchamiają procesy zaradcze zwięźzione oceną ich efektów, która może być pozytywna (polepszenie się jakości życia i dobrostanu) lub negatywna (pogorszenie się tych wskaźników). Nieco inaczej przedstawia ten mechanizm Lipowski (1970) w swojej koncepcji percepcji choroby. Uważa on, że choroba somatyczna jest źródłem stresu, który może wywoływać u pacjenta poczucie straty lub cierpienia, zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej. W sytuacji gdy pacjent postrzega swoją chorobę pozytywnie, jej oddziaływanie może pozytywnie kształtować jego jakość życia. Według tej koncepcji, subiektywna ocena własnej choroby dokonywana przez pacjenta uzależniona jest od odczuwanych ograniczeń choroby oraz szeregu czynników środowiskowych, chorobowych i intrapersonalnych. Choroba może wpływać na reakcje emocjonalne i motywacyjne pacjenta związane z jego stanem zdrowia, tym samym kształtować jego jakość życia i poczucie subiektywnego dobrostanu. Modele Leventhala i współpracowników (1980, 1984, 1992) oraz Lipowskiego (1970), mimo że niezależne od siebie i różniące się, wskazują na związek między percepcją choroby a jakością życia osób przewlekle chorych. Na ich podstawie można założyć, że pozytywna percepcja choroby może dodatkowo oddziaływać na poczucie jakości życia osób przewlekle chorych. Negatywna percepcja choroby, analogicznie kształtowałaby jakość życia w sposób ujemny. Tę zależność potwierdzają również dane empiryczne.

W metaanalizie Broadbenta i współpracowników (2015) zaobserwowano istotny związek percepcji choroby z jakością życia w sferze fizycznej i psychicznej, a także miarami nasilenia objawów depresji i lęku. Nie mniej jednak, metaanaliza ta odnosi się do innych komponentów percepcji choroby niż te prezentowanej w niniejszej pracy. Janowski (2006) wykazał, że percepcja choroby jako przeszkoda/strata oraz zagrożenie stanowiły istotne i ujemne predyktory poczucia jakości osób zmagających się z łuszczycą. Co więcej, wykazał on, że percepcja choroby jako wyzwanie przyczyniała się do wzrostu wyników jakości życia tej próby osób. Z kolei w badaniach Steuden i współpracowników (2011) na osobach

z bielactwem nabytym wykazano, że percepcja choroby jako zagrożenie, przeszkoda/strata oraz znaczenie była u nich związana z wysokimi wynikami samotności oraz niskimi wynikami poczucia bezpieczeństwa i prężności. Również ocena choroby w perspektywie przeszkody/straty i zagrożenia była związana z wysokimi wynikami neurotyzmu tychże osób. W przypadku osób ze stwardnieniem rozsianym zaobserwowano, że percepcja choroby jako korzyść, wyzwanie i wartość była dodatnio związana z wynikami wzrostu posttraumatycznego tych osób, a ocena choroby jako przeszkoda/strata i krzywda była ujemnie związana z wynikami wzrostu po traumie (Ogińska-Bulik i Michalska, 2016, 2017). W badaniach traktujących o osobach zmagających się z chorobą Parkinsona wykazano negatywny związek wyników depresji z percepcją choroby jako zagrożenie, przeszkoda/strata i krzywda, a pozytywny z percepcją choroby jako wyzwanie (Rybieńnik, 2008). W badaniu obejmującym pacjentów z niedokrwiennymi udarami mózgu wykazano, że percepcja choroby jako przeszkoda/strata, krzywda, znaczenie i zagrożenie były istotnie związane z poczuciem lęku jako stan. Percepcja choroby jako korzyść i przeszkoda/strata były w tych badaniach związane również z wynikami depresji (Domańska i Zawadzka, 2014).

Niestety, nie opublikowano jeszcze badań w paradygmacie Lipowskiego (1970, 1985) dotyczących osób z niewydolnością serca, dlatego też nie wiadomo, które z kategorii percepcji choroby mogą odgrywać istotną rolę w kształtowaniu ich jakości życia i dobrostanu. Na podstawie badań w innych paradygmatach można jednak przypuszczać, że percepcja choroby osób z diagnozą I50 będzie związana z jakością życia tych osób. Giardini i zespół (2017) uwidocznili, że konsekwencje choroby, doświadczenie objawów, reakcje emocjonalne oraz niepokój związany z chorobą były istotnie powiązane z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych osób z niewydolnością serca. Z kolei Chen i zespołu (2020) wykazali, że objawy depresyjne w badanej próbie osób z diagnozą I50 były dodatnio skorelowane z wynikami dotyczącymi oceny uciążliwości postrzeganych objawów fizycznych oraz postrzegania choroby. W międzykulturowych badaniach Timmermansa i współpracowników (2017) wykazano, że sumaryczny wynik percepcji choroby kwestionariusza IPQ był istotnie związany z oceną zdrowia, osobowością stresową typu D, nasileniem depresji oraz lęku, a także niepokojem związanym z wszczepieniem ICD oraz oceną akceptacji wszczepiania kardiowertera-defibrylatora u osób z niewydolnością serca. Na podstawie przytoczonej literatury, sformułowano następujące hipotezy:

H7: Pozytywna percepcja choroby jest dodatnio związana z jakością życia, satysfakcją z życia i pozytywnym afektem osób z niewydolnością serca.

H8: Im wyższa pozytywna percepcja choroby, tym niższe nasilenie negatywnego afektu osób z diagnozą I50.

H9: Negatywna percepcja choroby jest ujemnie związana z jakością życia, satysfakcją z życia i pozytywnym afektem osób z niewydolnością serca.

H10: Im wyższa negatywna percepcja choroby, tym wyższe nasilenie negatywnego afektu osób z diagnozą I50.

We wstępie teoretycznym wykazano, że percepcja choroby jest odpowiedzialna za uruchamianie procesów radzenia sobie z chorobą. Potwierdzają to modele teoretyczne dotyczące percepcji choroby (Leventhal i in., 1980, 1984, 1992; Lipowski, 1970) jak i transakcji stresowej (Folkman, 2001; Lazarus i Folkman, 1984). Na tej podstawie należałoby się zastanowić, czy radzenie sobie ze stresem pełni funkcję mediatora w relacji pomiędzy percepcją choroby a jakością życia i subiektywnym dobrostanem osób z niewydolnością serca.

P4: Czy radzenie sobie ze stresem pełni funkcję mediatora w relacji pomiędzy percepcją choroby a jakością życia i subiektywnym dobrostanem osób z niewydolnością serca?

W świetle teorii Leventhala i współpracowników (1980, 1984, 1992), bodźce zewnętrzne i wewnętrzne związane z chorobą angażują dwa systemy przetwarzania: obiektywny i subiektywny. Uruchamiają one niezależnie formy radzenia sobie i oceny ich skuteczności (zob. Rozdział 2). W modelu Lipowskiego (1970) odczuwane ograniczenia i wymagania choroby mogą uruchomić dwie ścieżki percepcyjne. W przypadku pozytywnej oceny choroby, mamy do czynienia z pozytywnymi stanami emocjonalnymi sprzyjającymi stosowaniu radzenia sobie wspomagającego proces leczenia. Gdy percepcja choroby jest negatywna, powoduje to szereg negatywnych stanów emocjonalnych u pacjentów chorych przewlekle i może przyczynić się do stosowania kontrproduktywnych form radzenia sobie ze stresem. Oba te modele teoretyczne wskazują na mediacyjną funkcję radzenia sobie w relacji pomiędzy percepcją choroby a jakością życia, co zostało również potwierdzone w badaniach.

Dempster z zespołem (2015) przeanalizowali 1050 artykułów na temat związku percepcji choroby, radzenia sobie ze stresem i jakości życia. Wykazali oni bardzo ważną zależność – strategie radzenia sobie ze stresem były w wielu przypadkach ważniejszymi predyktorami jakości życia niż sama percepcja choroby. Co więcej, udowodnili że w niektórych przypadkach strategie radzenia sobie ze stresem mogą pełnić funkcję mediatora pomiędzy miarami percepcji choroby a jakością życia, jednakże nie uzyskali spójnych dowodów

(Dempster i in., 2015). Koherentnych wniosków dostarczają natomiast badania polskie, opierające się na kwestionariusz SOWC. Wykazano, że wybrane strategie radzenia sobie związane ze stylem ukierunkowanym na emocje pełniły funkcję mediatora pomiędzy percepcją choroby jako przeszkoda/strata, krzywda i wartość a wzrostem posttraumatycznym u osób ze stwardnieniem rozsianym (Ogińska-Bulik i Michalska, 2017). Analizy danych pacjentów z nowotworami przewodu pokarmowego pokazują, że radzenie sobie ukierunkowane na emocje, problem i znaczenie pośredniczyło pomiędzy percepcją choroby jako wyzwanie, wartość, zagrożenie, zysk, krzywda, przeszkoda i znaczenie, a dobrostanem psychicznym (Krok i in., 2019). Jako że paradygmatem badań percepcji choroby w świetle koncepcji Lipowskiego (1970) zajmują się praktycznie wyłącznie polscy badacze, nie zaobserwowano większej ilości zależności które wskazywałyby na pośredniczącą funkcję radzenia sobie między wymiarami tej koncepcji a jakością życia. Co więcej, nie zweryfikowano jeszcze takiej zależności wśród pacjentów z niewydolnością serca, ani żadnej innej grupie osób chorych kardiologicznych. Jedyną przesłankę mogą stanowić badania Lee (1999). Zauważył on, że osoby z niewydolnością serca, które postrzegały chorobę jako wyzwanie, częściej korzystały ze stylów radzenia sobie zorientowanych na problemie, a mniej na emocjach. W przypadku gdy pacjenci postrzegali swoją chorobę jako zagrożenie lub krzywdę, to najczęściej sięgali po style radzenia sobie skoncentrowane na emocjach. Pokazuje to, że różne style radzenia sobie mogą być pomocne w zmaganiu się ze stresem choroby kardiologicznej. Na tej podstawie można założyć, że radzenie sobie osób z dolegliwościami sercowo-naczyniowymi również będzie pełniło funkcję pośredniczącą między percepcją choroby a miarami dobrostanu, jednakże określenie konkretnych kierunków zależności jest w tym momencie niemożliwe i wymaga dokładnych badań empirycznych.

H11: Radzenie sobie będzie pełniło rolę mediatora w relacji pomiędzy percepcją choroby a poczuciem jakości życia osób z niewydolnością serca

H12: Style radzenia sobie ze stresem będą mediowały w związku pomiędzy percepcją choroby a miarami subiektywnego dobrostanu osób z diagnozą I50.

Każda choroba kardiologiczna stanowi istotne źródło stresu. Wykazano wcześniej, że może ona prowadzić do problemów natury egzystencjalnej, związanej z zasobami sensu życia. Uwidoczniono również, że sposób w jaki pacjent postrzega swój stan zdrowia, może przynosić pozytywne lub negatywne skutki dla jego jakości życia i dobrostanu. Nie mniej jednak, sama sytuacja diagnozy choroby przewlekłej może być znaczącym źródłem stresu. Taką sytuacją jest

zapewne diagnoza niewydolności serca (Ziarko, 2014). Na tej podstawie sformułowano następujące pytanie badawcze:

P5: Czy odczuwany stres osób z niewydolnością serca jest związany z ich jakością życia i subiektywnym dobrostanem?

Zarówno w świetle teorii zachowania zasobów (Hobfoll, 2001, 2004) jak i transakcyjnych modeli stresu (Folkman, 2001; Lazarus i Folkman, 1984), choroba jest postrzegana jako istotne źródło stresu w życiu każdego człowieka i jest odpowiedzialna za kształtowanie jego jakości życia. Może stanowić istotne obciążenie we wszystkich sferach życia jednostki (Janowski, 2006). Heszen (2013) zauważa, że bilans zysków i strat wynikających z choroby jest na ogół ujemny, co negatywnie przyczynia się do oceny jakości życia i dobrostanu osób chorych przewlekle. Również model Lipowskiego (1970) pokazywała, że choroba przewlekła jest źródłem stresu, mogącym wywoływać wiele negatywnych emocji. Jako że dysfunkcje układu sercowo-naczyniowego mogą prowadzić do problemów natury społecznej, emocjonalnej, poznawczej, a nawet egzystencjalnej (Ziarko, 2014), to należy uznać, że osoby z diagnozą I50 będą wykazywały się poziomem stresu, który będzie negatywnie kształtował jakość życia osób zmagających się z tą chorobą. Zależność ta została udowodniona w badaniach empirycznych na tej próbie osób.

Badania azerbejdzańskie potwierdziły, że odczuwany stres był istotnie i negatywnie związany z dobrostanem osób z diagnozą I50 (Safavi i in., 2016). Podobny i negatywny związek zaobserwowano również w relacji postrzeganego stresu i jakości życia osób z niewydolnością serca (Abshire i in., 2018). Co więcej, w najnowszym badaniu Gaffey i zespołu (2021) zauważono umiarkowanie-silne związki pomiędzy odczuwanym stresem a zaburzeniami poznawczymi, zaburzeniami snu i dobrostanem psychicznym. Najświeższe badania również potwierdzają, że poziom odczuwanego stresu jest istotnym predyktorem jakości życia psychicznego osób z niewydolnością serca (An i in., 2022). Podobnych wyników dostarczają również badania skupiające się na pomiarze dobrostanu. Obszerne badania Lee (1999) uwiaryściły, że stres stanowił istotny predyktor subiektywnego dobrostanu osób z niewydolnością serca. Dodatkowo, polskie badania Kroka i Gerymskiego (2019) wykazały, że nasilenie negatywnego afektu było negatywnie związane z pozytywnym afektem i satysfakcją z życia pacjentów z chorobą niedokrwinną serca, niewydolnością serca, wadami serca oraz arytmia. Przedstawione dane potwierdzają również badania podłużne. Wykazano w nich, że epizody sercowe mogą być przyczyną postrzeganego stresu wśród pacjentów

kardiologicznych i przyczyniać się negatywnie do ich oceny jakości życia (Van Elderen i in., 1999). W innym projekcie wykazano z kolei, że po hospitalizacji pacjentów z diagnozą I50, dochodzi u nich do istotnego wzrostu odczuwanego stresu, który stanowi istotny i negatywny predyktor częstotliwości dodatkowych hospitalizacji z powodów kardiologicznych oraz śmierć (Endrighi i in., 2016). Destruktywną rolę stresu w życiu pacjentów z niewydolnością serca potwierdzają również kolejne badania podłużne Endrighi i zespołu (2019), gdzie uwidoczniło się, że umiarkowane oraz wysokie natężenie stresu było związane z niskimi wynikami jakości życia osób z niewydolnością serca (Endrighi i in., 2019). Na tej podstawie sformułowano następującą hipotezę:

H13: Odczuwany stres jest ujemnie związany z jakością życia, satysfakcją z życia i pozytywnym afektem osób z niewydolnością serca.

H14: Im wyższy poziom odczuwanego stresu osób z diagnozą I50, tym wyższe nasilenie ich negatywnego afektu.

Większość z przytoczonych powyżej badań było realizowanych przez specjalistów medycyny lub zdrowia publicznego. Teorie psychologiczne pokazują jednak, że relacja pomiędzy stresem a jakością życia jest pośredniczona przez formy radzenia sobie. To właśnie od skuteczności form radzenia sobie zależy, czy stres będzie negatywnie kształtował nasze poczucie jakości życia i dobrostanu. Na tej podstawie należałoby zweryfikować, czy radzenie sobie ze stresem pełni funkcję mediatora w relacji pomiędzy odczuwanym stresem a jakością życia i subiektywnym dobrostanem osób z niewydolnością serca.

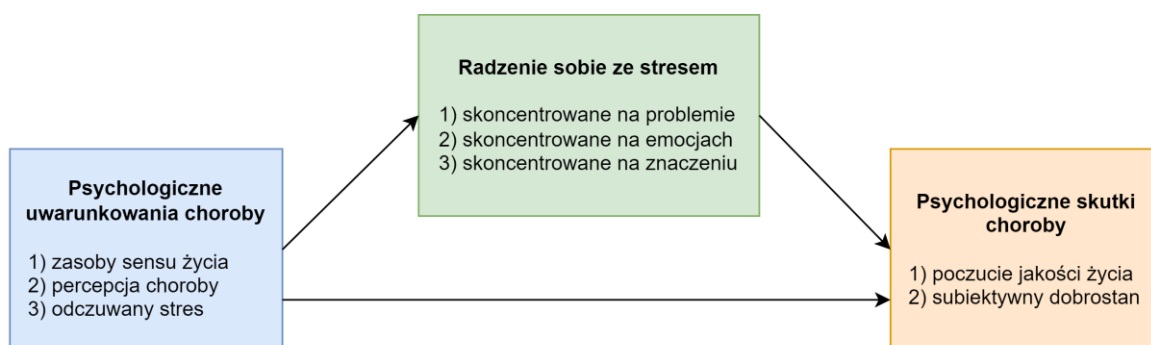
P6: Czy radzenie sobie ze stresem pełni funkcję mediatora w relacji pomiędzy odczuwanym stresem a jakością życia i subiektywnym dobrostanem osób z niewydolnością serca?

Radzenie sobie ze stresem pośredniczy w relacji pomiędzy postrzeganym stresem a wyznacznikami jakości życia (Heszen, 2013). Pojawia się w odpowiedzi na stresor oraz przekształca ocenę pierwotną i towarzyszące jej emocje (Folkman i Lazarus, 1988a). Transakcyjna teoria stresu w swojej klasycznej (Lazarus i Folkman, 1984) i zrewidowanej formie (Folkman, 2001, 2008) potwierdza ten mechanizm. Radzenie sobie ukierunkowanie na problem, emocje lub znaczenie pojawia się w odpowiedzi na ocenę sytuacji jako stresującej, pośrednicząc między tą oceną a jej rezultatami – pozytywnym lub negatywnym przystosowaniem. Również model tworzenia znaczeń zwraca uwagę na mediacyjną rolę

radzenia sobie ukierunkowanego na znaczenie. Tworzenie i nadanie znaczenia, czyli radzenie sobie ukierunkowane na znaczenie, pełni w nim funkcję mediatora pomiędzy dystresem a adaptacją (Park, 2008, 2010, 2013). Potwierdzają to również modele percepcji choroby przytoczone w tej pracy. Pokazują, że radzenie sobie jest uruchamiane na skutek emocji i stresu związanego z oceną własnej choroby (Leventhal i in., 1980; Lipowski, 1970). Badania empiryczne na próbie pacjentów kardiologicznych potwierdziły tę zależność. Udowodniono m.in., że radzenie sobie pełniło mediującą funkcję w relacji osobowości typu D (tzw. „osobowości stresowej”) a subiektywną oceną nasilenia choroby i morale wśród osób zmagających się z chorobą niedokrwienną serca (Yu i in., 2011). Niestety jak wykazano w Rozdziale 3, badania z zakresu psychokardiologii nie podejmują się pomiaru postrzeganego stresu z uwagi na odgórne założenie, że niewydolność serca jest źródłem stresu. Mimo skromnej ilości dowodów empirycznych na tej próbie osób chorych przewlekle, prezentowane dane potwierdzają założenia teoretyczne transakcyjnego modelu stresu w swojej klasycznej i zrewidowanej formie, stanowiące podstawę niniejszej pracy. Na tej podstawie sformułowano następujące hipotezy:

H15: Radzenie sobie będzie pełniło rolę mediatora w relacji pomiędzy odczuwany stresem a poczuciem jakości życia osób z niewydolnością serca

H16: Style radzenia sobie ze stresem będą mediowały w związku pomiędzy odczuwanym stresem a miarami subiektywnego dobrostanu osób z diagnozą I50.

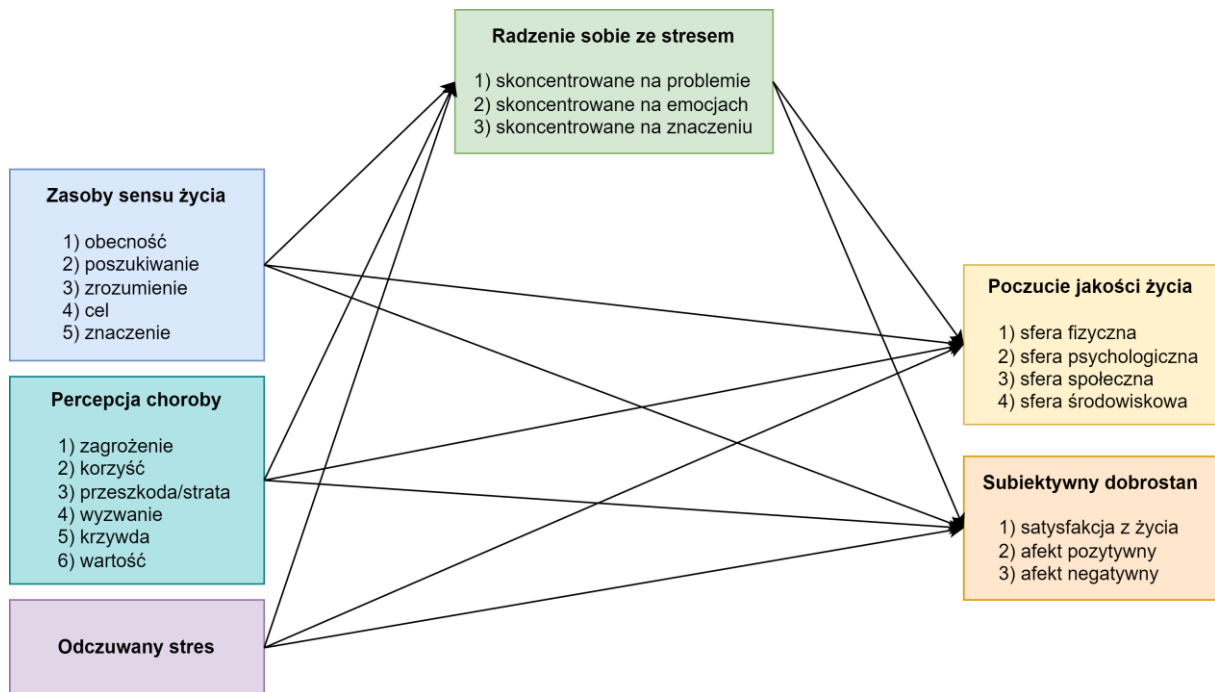


Rysunek 4.1 Ogólny model zależności pomiędzy badanymi zmiennymi

Źródło: opracowanie własne na podstawie przytoczonej literatury

Na Rysunku 4.1 przedstawiono ogólny model zależności, opracowany na podstawie sformułowanych hipotez. Pokazuje on, że radzenie sobie ze stresem pełni mediującą funkcję pomiędzy psychologicznymi uwarunkowaniami choroby (zasobami sensu życia, percepcją

choroby i odczuwanym stresem) a psychologicznymi skutkami choroby i radzenia sobie (poczuciem jakości życia i subiektywnym dobrostanem). Przedstawiony model będzie stanowił podstawę przeprowadzanych analiz statystycznych. Bardziej szczegółowy schemat testowanych relacji przedstawiono na Rysunku 4.2.



Rysunek 4.2 Szczegółowy model zależności pomiędzy badanymi zmiennymi

Źródło: opracowanie własne na podstawie przytoczonej literatury

4.3. Charakterystyka osób badanych i przebieg badań

Zaprezentowane w niniejszej pracy badanie przedstawia wyniki pacjentów zmagających się z niewydolnością serca. Zdecydowano się przeprowadzić badania na tej próbie osób z uwagi na to, że niewydolność serca jest często ostatnim stadium wielu chorób kardiologicznych (Karasek i in., 2008b). Może stanowić konsekwencję takich chorób jak nadciśnienie tętnicze (choroby kardiologicznej o największej epidemiologii; Mills i in., 2016; NFZ, 2019) oraz choroba niedokrwienna serca (główna przyczyny zgonów na świecie; Khan i in., 2020; NFZ, 2020; Seferović i in., 2021). Z tego też powodu zasługuje na szczególną uwagę z perspektywy psychologii zdrowia. Co więcej, stan badań psychokardiologicznych w zakresie radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu dobitnie podkreśla potrzebę weryfikacji transakcji stresowej osób cierpiących z powodu przewlekłej choroby serca.

Do wzięcia udziału w badaniu zaproszono 792 osoby, z czego wyłącznie 355 pacjentów (55,18%) zgodziło się na wzięcie udziału w badaniu. Z uwagi na znaczące braki danych w niektórych wypełnionych kwestionariuszach ($n=19$), w niniejszej pracy zaprezentowane zostaną wyniki 336 pacjentów z niewydolnością serca. Próba osób badanych obejmowała 194 kobiety (57,74%) oraz 142 mężczyzn (42,26%). Wiek osób badanych mieścił się w granicach między 18. a 92. rokiem życia ($M=54,99$; $SD=17,27$). Średni czas trwania choroby badanej próby pacjentów wyniósł ~11 lat, jednakże wykazywał się on stosunkowo dużym odchyleniem standardowym ($M=11,05$; $SD=10,36$), co wskazuje na uwzględnienie w badaniu pacjentów o różnym doświadczeniu zmagania się z badaną chorobą kardiologiczną. Wyłącznie 38 pacjentów (11,31%) zadeklarowało, że było hospitalizowanych na przestrzeni 30 dni poprzedzających badanie. 308 osób potwierdziło, że jest pod stałą opieką poradni kardiologicznej (91,67%). Wszystkie osoby badane charakteryzowały się niewydolnością serca zgodną z wynikiem skali NYHA II lub III, potwierdzoną w specjalistycznym badaniu medycznym. Dodatkowo badani pacjenci zadeklarowali szereg chorób współistniejących. Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 4.1.

Rekrutacji osób badanych dokonywano w placówkach zajmujących się leczeniem chorób kardiologicznych. Poszukiwań osób z niewydolnością serca dokonano na terenie przychodni, poradni, oddziałów kardiologicznych i oddziałów chorób wewnętrznych. Zdecydowano się na uwzględnienie oddziałów kardiologicznych w procesie rekrutacji, gdyż częstą praktyką lekarską jest przyjmowanie pacjentów niehospitalizowanych również na terenie takich miejsc. Badaniami nie objęto oddziałów kardiochirurgicznych, z uwagi na dużą inwazyjność leczenia na tego typu oddziałach. Dane pozyskano na terenie 10 ośrodków: (1) Polsko-Amerykańskiej Kliniki Serca, Centrum Sercowo-Naczyniowego w Nysie; (2) Wojewódzkiego Ośrodka Rehabilitacji i Prewencji Kardiologicznej przy SP ZOZ w Głuchołazach; (3) 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy; (4) SP ZOZ MSWiA w Opolu; (5) Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu; (6) Szpitala Wojewódzkiego w Opolu; (7) Kluczborskiego Centrum Chorób Serca i Naczyń; (8) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie; (9) Prywatnej Specjalistycznej Praktyki Lekarskiej w Częstochowie, ul. Waszyngtona 42; (10) Stowarzyszenia Osób z Wszczepionymi Urządzeniami Kardiologicznymi ICD/Defibrylatory we Wrocławiu.

Tabela 4.1.

Charakterystyka badanej próby osób badanych

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Wiek całej próby	54,99	17,27	18,00	92,00
Wiek kobiet	52,81	18,05	18,00	92,00
Wiek mężczyzn	57,95	15,74	18,00	91,00
Czas trwania choroby (rok = 1)	11,05	10,36	0,10	60,00
Liczba zadeklarowanych diagnoz i historii zabiegowych	3,96	1,73	1,00	10,00
	<i>n</i>		%	
Płeć				
Kobieta	194		57,74 %	
Mężczyzna	142		42,26 %	
Wykształcenie				
Podstawowe	20		5,95 %	
Zawodowe	71		21,13 %	
Średnie	138		41,07 %	
Wyższe	107		31,85 %	
Miejsce zamieszkania				
Wieś	123		36,61 %	
Miasto	213		63,39 %	
Stan cywilny				
Wolny	24		7,14 %	
Wolny – rozwiedziony	28		8,33 %	
Wolny – owdowiały	32		9,52 %	
W związku nieformalnym	34		10,12 %	
W związku małżeńskim	218		64,88 %	
Status zawodowy				
Pracujący	172		51,19 %	
Bezrobotny	12		3,57 %	
Bezrobotny – rencista	28		8,33 %	
Bezrobotny – emeryt	124		36,90 %	
Pobyt na oddziale szpitalnym na 30 dni przed badaniem				
Tak	38		11,31 %	
Nie	298		88,69 %	

Tabela 4.1.

Cd.

	<i>n</i>	%
Bycie pod stałą opieką poradni kardiologicznej		
Tak	308	91,67 %
Nie	28	8,33 %
Rekrutacja podczas pandemii COVID-19		
Tak	152	45,24 %
Nie	184	54,76 %
Skala NYHA		
NYHA II/III	336	100,00 %
Diagnozy *		
Niewydolność serca	336	100,00 %
Choroba niedokrwienna serca	113	33,63 %
Nadciśnienie tętnicze	305	90,77 %
Zawał mięśnia sercowego	154	45,83 %
Udar mózgu	20	5,95 %
Migotanie przedsionków	99	29,46 %
Miażdżyca	119	35,42 %
Cukrzyca typu 2	47	13,99 %
Otyłość lub nadwaga	44	13,10 %
Historia zabiegów kardiologicznych		
Pomostowanie aortalno-wieńcowe lub angioplastyka wieńcowa	47	13,99 %
Wszczepienie CRT lub ICD	45	13,39 %

Uwaga: * suma procentów może przekraczać próg 100 %, gdyż osoby badane mogły zadeklarować więcej niż jedną chorobę przewlekłą z którą się zmagają

Podstawą do wzięcia udziału w badaniu było posiadanie przez pacjentów diagnozy niewydolności serca, opartej na podstawie dokumentacji medycznej oraz wynikach skali NYHA (kategoria II lub III). W badaniu nie uwzględniano osób o charakterystyce NYHA I (brak niewydolności serca) oraz NYHA 4 (wskazującej na ostrą niewydolność serca). Pacjentów o charakterystyce NYHA II oraz III zaliczono do jednej grupy, z uwagi na problemy metodologiczne tej skali, opisane w Rozdziale 1 niniejszej pracy. Rozróżnienia pacjentów dokonywano na bazie dostępnej dokumentacji medycznej, opinii lekarza prowadzącego lub ordynatora, opinii pielęgniarek oraz deklaracji samych badanych. W badaniu uwzględniono wyłącznie osoby pełnoletnie, mogące wyrazić świadomą zgodę na udział w badaniu, niemające deficytów poznawczych oraz niezmagające się z zaburzeniami psychiatrycznymi. Weryfikacji

powyższych wskaźników dokonywano na podstawie krótkiej (~15-stominutowej) rozmowy z badanymi pacjentami.

Badania rozpoczęto w 2019 roku, jednakże zostały one przerwane z powodu wybuchu pandemii COVID-19 (zob. Dymecka i in., 2022). Do tego czasu przebadano 184 pacjentów z niewydolnością serca (54,76%). Dalsza rekrutacja osób badanych była niemożliwa, gdyż praca placówek medycznych była w tym czasie skupiona na walce z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. W tym czasie, wiele ośrodków medycznych było zamkniętych dla osób odwiedzających, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417; Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 2008), który głosi:

Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta (w tym do odwiedzin; przypis autora pracy) w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

Realizację badań wznowiono dopiero w roku 2020. Potraktowane to było zniesieniem części obostrzeń. W trakcie trwania pandemii zrekrutowano 152 osoby badane (45,24%). Czynniki te uwzględniono później w przeprowadzonych analizach statystycznych. W uwagi na ograniczenia w dostępie do osób badanych w trakcie pandemii, poproszono pracowników placówek medycznych (pielęgniarki, psychologów i lekarzy) o pomoc w zbieraniu danych. Wszyscy pomocnicy badania zostali poinformowani o istocie i wymaganej procedurze prowadzonego projektu, wynikających z jego psychologicznego charakteru. W ramach uzyskanej pomocy, pomocnikom badania udzielono gratyfikacji finansowej, która została sfinansowana z budżetu Instytutu Psychologii Uniwersytetu Opolskiego. Autor niniejszej pracy powrócił do samodzielnej rekrutacji osób badanych w roku 2021, dzięki ukazaniu się rekomendacji Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego (2021) na temat organizacji odwiedzin pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych w okresie pandemii COVID-19.

Osoby badane zostały poproszone o wypełnienie zestawu kwestionariuszy. Poinformowano je o pełnej anonimowości zbieranych danych i tym, że służą one wyłącznie celom naukowym i nie zostaną przedstawione pracownikom placówki, w której przebywają. Przedstawiono badanym również, że mogą zaprzestać wypełniania kwestionariuszy w dowolnym momencie, bez podania przyczyny. Nie narzucano pacjentom ograniczeń czasowych. Każdemu z pacjentów poświęcono tyle czasu, ile potrzebował – zarówno na

wypełnienie kwestionariuszy, uzyskanie odpowiedzi na pytania dotyczące badania czy też uzyskanie wsparcia psychologicznego i swobodnej rozmowy. Osoby badane miały możliwość wypełnienia kwestionariuszy w wygodnym dla siebie miejscu. Poproszono badanych o wyrażenie słownej zgody na udział w badaniu. 335 osób wypełniło kwestionariusze na terenie placówki, w której się znajdowały. Wyłącznie jedna osoba poprosiła o możliwość wypełnienia ankiet w domu, po czym odesłała je za pośrednictwem poczty tradycyjnej.

Cała procedura badania i użyte narzędzia otrzymały pozytywną ocenę Komisji Bioetycznej przy Instytucie Nauk Medycznych Uniwersytetu Opolskiego (numer decyzji: 2/KB/12/2019). Wszystkie wymienione wyżej placówki, w których dokonywano rekrutacji osób badanych, wyraziły zgodę (słowną lub pisemną) na przeprowadzenie badań oraz pomoc ich pracowników w procesie rekrutacji pacjentów z niewydolnością serca w trakcie pandemii COVID-19. Żadna z placówek nie rościła prawa do wglądu w dane pozyskane podczas badania, co pozwoliło na zachowanie pełnej anonimowości badanych osób.

4.4. Narzędzia badawcze

Ankieta osobowa. Na potrzeby niniejszego badania skonstruowano ankietę, dotyczącą podstawowych informacji na temat badanej próby. Zawierała w sobie pytania na temat płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego oraz statusu zawodowego badanych pacjentów. Mierzyła również jak długo osoby badane zmagają się z chorobą układu sercowo-naczyniowego, czy były hospitalizowane na przestrzeni 30 dni poprzedzających badanie oraz czy są pod stałą opieką poradni kardiologicznej. Uzupełniono ją również o pytanie dotyczące różnych chorób układu krążenia, zaczerpnięte z *Wieloośrodkowego Badania Stanu Zdrowia Ludności* realizowanego przez Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego, będącego częścią projektu *European Health Examination Survey* (Broda i in., 2005). Weryfikowało ono, czy osoby badane zmagają się z: (1) chorobą wieńcową lub niedokrwienią serca, (2) niewydolnością serca, (3) zawałem mięśnia sercowego, (4) udarem mózgu, (5) migotaniem przedsionków, (6) miażdżycą. Weryfikowało ono również, czy badani przeszli następujące zabiegi kardiochirurgiczne: (7) wszczepienie by-passu lub angioplastykę wieńcową, a także (8) wszczepienie stymulatora lub kardiowertera-defibrylatora. Ankietę uzupełniono jeszcze o dwa pytania dotyczące innych chorób serca i układu krążenia, które nie zostały wymienione powyżej, jak i chorób niebędących chorobami serca (np. cukrzyca lub

otyłość). Dwa ostatnie pytania miały formę otwartego pola, gdzie badani mogli wpisać nielimitowaną liczbę opcji.

Kwestionariusz Poczucia Sensu Życia. Pierwszym zastosowanym narzędziem psychologicznym był kwestionariusz MLQ autorstwa Stegera i współpracowników (2006), bazujący na koncepcji Stegera (2012). W niniejszej pracy zastosowano polską wersję kwestionariusza MLQ zaadaptowaną przez Kroka (2011). Na kwestionariusz składa się 10 pytań, do których badani ustosunkowują się przy użyciu 7-stopniowej skali, gdzie: 1 — *zdecydowanie nie zgadzam się*; 7 — *zdecydowanie zgadzam się*. MLQ jest szeroko stosowanym narzędziem, używanym do pomiaru dwóch wymiarów poczucia sensu życia: obecności (5 pytań) oraz poszukiwania (5 pytań). Wyższy wynik skali oznacza większe nasilenie danego wymiaru. Obecność sensu życia dotyczy poczucia jednostki, czy jej życie ma sens. Jest to stopień, w jakim człowiek rozumie oraz dostrzega znaczenie swojego życia, nadaje mu sens oraz postrzega siebie jako osoby mającej jakiś życiowy cel. Poszukiwanie sensu życia wyraża się w dążeniu do jego osiągnięcia, próbie jego zrozumienia, nadania mu znaczenia i celu (Steger, 2012; Steger i in., 2009). W niniejszym badaniu skala osiągnęła dobre wskaźniki rzetelności ($\alpha=0,79 - 0,87$; $\omega_t=0,79 - 0,89$).

Wielowymiarowa Skala Sensu Egzystencjalnego. Drugim narzędziem zastosowanym do pomiaru zasobów sensu życia był kwestionariusz MEMS autorstwa George'a i Park (2017), bazujący na ich własnej koncepcji. Skala w swojej oryginalnej wersji obejmuje 15 itemów, mierzących trzy wymiary poczucia sensu życia: zrozumienie, cel i znaczenie. Polska wersja kwestionariusza składa się wyłącznie z 9 pytań (Gerymski i Krok, 2020), co do których osoby badane ustosunkowują się za pomocą 7-stopniowej skali, gdzie: 1 — *zdecydowanie nie zgadzam się*; 7 — *zdecydowanie zgadzam się*. Zrozumienie (3 pytania w wersji Polskiej) dotyczy pojmowaniu życia jako sensownego, klarownego i spójnego. Cel (3 pytania) mierzy poziom, w jakim człowiek ocenia swoje istnienie jako motywowane i ukierunkowane na wartościowe pomysły, marzenia i przedsięwzięcia. Konstrukcja znaczenia (3 pytania) odnosi się do stopnia, w jakim człowiek czuje, że jego istnienie jest znaczące i wartościowe dla świata. Wyższy wynik skali oznacza większe nasilenie danego wymiaru (George i Park, 2017; Gerymski i Król, 2020). W zaprezentowanym badaniu, skala MEMS wykazała się dobrą rzetelnością ($\alpha=0,73 - 0,90$; $\omega_t=0,80 - 0,91$). Skala ta nie była wcześniej stosowana na gruncie polskim. Gerymski i Krok (2020) dokonali jej adaptacji specjalnie na potrzeby prezentowanego projektu, dotyczącego pacjentów z niewydolnością serca. Polska wersja kwestionariusza MEMS została zbadana na nieklinicznej populacji 401 osób. Wykazała się dobrą rzetelnością i trafnością (Gerymski i Krok, 2020). Z uwagi na to, że MEMS nie był walidowany na próbie pacjentów

kardiologicznych, postanowiono przeprowadzić kolejne badanie. Gerymski wraz z Królem (2020) potwierdzili rzetelność polskiej adaptacji MEMS w badaniu na próbie pacjentów ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem (Gerymski i Król, 2020). Poza artykułem walidacyjnym i wspomnianym badaniu na próbie pacjentów kardiologicznych, niniejszy projekt jest dopiero trzecim badaniem wykorzystującym polską wersję kwestionariusza na bazie koncepcji George'a i Park (2017), co wskazuje wyraźnie na znaczącą lukę w aktualnym stanie wiedzy.

Skala Oceny Własnej Choroby. Kwestionariusz SOWC został opracowany przez polskich badaczy: Janowskiego i jego zespół (2007, 2009). Jest on próbą syntezy koncepcji percepcji choroby Lipowskiego (1970) oraz oceny sytuacji choroby w świetle transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkman (1984). Skala obejmuje 47 pytań, na które badani odpowiadają przy użyciu skali nominalnej: *tak; raczej tak; nie wiem; raczej nie; nie*. Punktacja odpowiedzi jest zależna od danego pytania i różni się dla pytań nieodwróconych i odwróconych. Po przeprowadzeniu rekodowania, wyższy wynik w danej podskali oznacza większe nasilenie danego rodzaju oceny. Kwestionariusz SOWC mierzy ocenę choroby w świetle 6 kategorii: zagrożenia (8 pytań), korzyści (7 pytań), przeszkody/straty (8 pytań), wyzwania (6 pytań), krzywdy (7 pytań), wartości (6 pytań). Narzędzie mierzy dodatkowo jedną skalę kontrolną: znaczenie (5 pytań). W niniejszym badaniu, kwestionariusz SOWC wykazała się dobrą rzetelnością ($\alpha=0,66 - 0,87$; $\omega_t=0,68 - 0,87$). Najniższe współczynniki rzetelności (poniżej 0,70) osiągnęły wyłącznie dwie podskale: wyzwanie ($\alpha=0,66$; $\omega_t=0,67$) oraz znaczenie ($\alpha=0,69$; $\omega_t=0,69$).

Skala Odczuwanego Stresu. Skala PSS-10 oparta jest na autorskim modelu teoretycznym Cohena i współpracowników (1983; 1988), silnie nawiązującego do transakcyjnego modelu stresu (Heszen, 2013; Lazarus i Folkman, 1984). Istnieją trzy wersje skali, składające się kolejno z 14-stu, 10-ciu i czterech pytań. Wersja 10-cioitemowa PSS wykazuje się największą popularnością. Polskiej adaptacji skali PSS-10 dokonali Juczyński oraz Ogińska-Bulik (2012). Badani ustosunkowują się do jej pytań przy użyciu 5-stopniowej skali, gdzie: 0 — *nigdy*; 4 — *bardzo często*. Wyższy wynik skali PSS-10 oznacza wyższy poziom postrzeganego stresu. Kwestionariusz nie posiada żadnych podskal. Oblicza się jedynie wynik ogólny, nawiązujący do somatycznych i psychicznych objawów stresu psychologicznego. Dotyczy sytuacji, których wymagania są postrzegane przez jednostkę jako przekraczające jej możliwości radzenia sobie z nimi (Cohen i in., 1983; Cohen i Williamson, 1988; Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012). W prezentowanym badaniu dotyczącym pacjentów

z niewydolnością serca, skala PSS-10 wykazała się bardzo dobrą rzetelnością ($\alpha=0,86$; $\omega_t=0,87$).

Kwestionariusz Radzenia Sobie. Skala autorstwa Gruszczyńskiej i Knoll (2015) powstała na bazie zrewidowanego transakcyjnego modelu stresu i radzenia sobie (Folkman, 2001, 2008; Lazarus i Folkman, 1984). Oparta jest na pozycjach Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS (Endler i Parker, 1994), Kwestionariusza Sposobów Radzenia Sobie WCQ (Folkman i Lazarus, 1988b) oraz Wielowymiarowego Inwentarza do Pomiaru Radzenia sobie ze Stresem COPE (Carver i in., 1989). Kwestionariusz Radzenia Sobie obejmuje 37 pytań na 5-stopniowej skali, gdzie: 1 — *zdecydowanie się tak nie zachowuję*; 5 — *zdecydowanie tak się zachowuję*. Wspomniana skala mierzy trzy style radzenia sobie: skoncentrowany na problemie (13 pytań), dotyczący próby poprawy relacji między wymaganiami otoczenia a możliwościami jednostki poprzez działania mające na celu rozwiązanie trudnej sytuacji; skoncentrowany na emocjach (11 pytań), zorientowany na obniżenie negatywnego napięcia; oraz skoncentrowany na znaczeniu (13 pytań), reprezentowany przez działania zorientowane na przekształcenie celów, nadanie wydarzeniom pozytywnego znaczenia oraz odnalezieniu korzyści w doświadczanej sytuacji stresowej. Wyższy wynik w danej podskali oznacza większą częstotliwość stosowania danego stylu radzenia sobie ze stresem (Gruszczyńska i Knoll, 2015; Krok, 2017). W niniejszym badaniu skala osiągnęła bardzo dobre wskaźniki rzetelności ($\alpha=0,82 - 0,90$; $\omega_t=0,83 - 0,90$).

Kwestionariusz Oceny Jakości Życia Światowej Organizacji Zdrowia. Pomiaru jakości życia badanych osób z niewydolnością serca dokonano przy użyciu kwestionariusza WHOQOL-BREF. Został on opracowany przez grupę ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (The WHOQOL Group, 1998). Bazuje na najpopularniejszej definicji jakości życia opracowanej przez WHO. Polskiej adaptacji skali dokonały Wołowicka i Jaracz (2001). Skala WHOQOL-BREF składa się z 26 pytań na 5-stopniowej skali, różniące się w zależności od sformułowanego pytania. Po zastosowaniu odpowiedniego rekodowania, wyższy wynik w danych skalach oznacza wyższą jakość życia w mierzonych sferach. Kwestionariusz WHOQOL-BREF bada jakość życia w czterech sferach: fizycznej (7 pytań), psychologicznej (6 pytań), społecznej (3 pytania) i środowiskowej (8 pytań). Zawiera również 2 pytania dodatkowe: (1) *Jaka jest Pana jakość życia?*; (2) *Czy jest Pan zadowolony ze swojego zdrowia?*. Nie są one wykorzystywane przy obliczeniu wyników sumarycznych (Wołowicka i Jaracz, 2001). W niniejszym badaniu skala osiągnęła bardzo dobre wskaźniki rzetelności ($\alpha=0,70 - 0,80$; $\omega_t=0,75 - 0,81$).

Skala Satysfakcji z Życia. Kwestionariusz SWLS został opracowany przez Dienera i współpracowników (1985), a w Polsce zaadaptowany przez Juczyńskiego (2012). Mierzy subiektywną oceną satysfakcji z życia jednostki w oparciu o koncepcję subiektywnego dobrostanu Dienera (1984). Składa się z 5 pytań na 7-stopniowej skali, gdzie: 1 — *zdecydowanie nie zgadzam się*; 7 — *zdecydowanie zgadzam się*. Ma jedynie wynik sumaryczny. Im wyższy wynik skali SWLS, tym wyższa satysfakcja z życia badanych osób (Diener i in., 1985; Juczyński, 2012). W prezentowanym badaniu dotyczącym pacjentów z niewydolnością serca, skala SWLS wykazała się bardzo dobrą rzetelnością ($\alpha=0,87$; $\omega_t=0,88$).

Skala Pozytywnego i Negatywnego Afektu. Skala PANAS-X mierzy nasilenie dwóch rodzajów afektu oraz 11 emocji specyficznych (Watson i Clark, 1999). Polskiej adaptacji PANAS-X dokonał Krok (2009). Składa się na nią 60 przymiotników w wersji długiej i 20 przymiotników w wersji skróconej, ocenianych na 5-stopniowej skali, gdzie: 1 — *nieznacznie lub wcale*; 5 — *bardzo silnie*. Wyższy wynik danej podskali oznacza większe nasilenie danego afektu (Krok, 2009; Watson i Clark, 1999). W niniejszej pracy zdecydowano o zastosowaniu wersji skróconej, a przy obliczeniu wyników wykorzystano wyłącznie podskale pozytywnego i negatywnego afektu. W prezentowanym badaniu skala osiągnęła bardzo dobre wskaźniki rzetelności ($\alpha=0,91 - 0,93$; $\omega_t=0,91 - 0,93$).

Skala Lęku przed COVID-19. Ostatnim zastosowanym narzędziem była skala FOC-6. Jest narzędziem przesiewowym dotyczącym lęku przed chorobą COVID-19 i koronawirusem SARS-CoV-2. Skala została opracowana przez zespół badawczy Katedry Psychologii Zdrowia i Jakości Życia przy Instytucie Psychologii Uniwersytetu Opolskiego, w skład którego wchodzi autor niniejszej pracy (Dymecka, Gerymski, i Machnik-Czerwik, 2021). Z uwagi na to, że część osób badanych była rekrutowana w trakcie pandemii COVID-19, zdecydowano się na uwzględnienie FOC-6 w drugiej serii zbierania danych w celu sprawdzenia, czy lęk przed COVID-19 będzie związany z mierzonymi zmiennymi — co w przypadku silnych związków zaburzyłoby homogeniczność badanej próby i nie pozwoliłoby na złączenie jej z próbą rekrutowaną przed wybuchem pandemii. Na FOC-6 składa się 6 pytań na 5-stopniowej skali, gdzie: 1 — *zdecydowanie nie zgadzam się*; 7 — *zdecydowanie zgadzam się*. Wyższy wynik skali oznacza większy lęk przed COVID-19. Skala ma charakter wyłącznie przesiewowy i eksploracyjny. Była pierwszym opublikowanym polskim narzędziem mierzącym lęk przed COVID-19. Została opracowana zanim ukazało się rozpowszechnione na całym świecie narzędzie FCV-19S (Ahorsu i in., 2020). FOC-6 wykazuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi: $CFI = 0,984$; $TLI = 0,969$; $RMSEA = 0,072$ (Dymecka i in., 2021). Wykorzystywano ją skutecznie w badaniach w paradygmacie stresu i jakości życia (zob. m.in.

Dymecka i in., 2022; Krok i in., 2021). W niniejszym badaniu skala FOC-6 wykazała się bardzo dobrą rzetelnością ($\alpha=0,87$; $\omega_t=0,88$).

4.5. Procedura analizy statystycznej

Przed przystąpieniem do wykonywania obliczeń, postanowiono dokonać weryfikacji uzyskanych danych. Na podstawie analizy statystyk opisowych minimum oraz maksimum, a także metod wizualizacji danych (histogram oraz wykres punktowy), usunięto z bazy wyniki osób, które wykazywały się znacznymi brakami, niepozwalającymi na ich uzupełnienie dzięki wykorzystaniu imputacji wielokrotnej (*multiple imputation*; zob. Enders, 2017; Rubin, 2004). Dzięki tej metodzie wykryto również błędy wynikające z niepoprawnego przeniesienia danych papierowych do baz elektronicznych. Wszelkie nieścisłości zostały skorygowane dzięki odpowiedniemu oznaczeniu wszystkich kwestionariuszy. Uzyskane finalnie próba osób badanych została poddana weryfikacji z zastosowaniem pakietów weryfikujących moc statystyczną testów. Dokonano analizy mocy statystycznej dla testowanego modelu badawczego przy użyciu pakietów *semTools* (Jorgensen i in., 2021), *semPower* (Moshagen, 2021), *pwrSEM* (Wang i Rhemtulla, 2021) dostępnych w środowisku *R*. Wykonano również analizę wrażliwości mocy statystycznej (*sensibility power analysis*) z zastosowaniem oprogramowania *G*Power* (Faul i in., 2007).

Na początku właściwej analizy statystycznej, dokonano obliczenia statystyk opisowych i rozkładów badanych zmiennych, w celu doboru odpowiednich metod analiz pozyskanych danych. W tym celu posłużono się statystykami skośności i kurtozy oraz wynikami testu Shapiro-Wilka. Zdecydowano się na zastosowanie testu Shapiro-Wilka z uwagi na jego dużą moc statystyczną (Razali i Wah, 2011). Dzięki zastosowaniu powyższych metod zdecydowano się na zastosowanie analiz parametrycznych w niniejszej pracy, z uwagi na ich wysoką moc statystyczną i dużą odporność na łamanie ich założeń (Francuz i Mackiewicz, 2007).

W dalszym kroku postanowiono zweryfikować czy badane podgrupy osób różnią się ze sobą w poziomie badanych zmiennych. Homogeniczność badanej próby osób była weryfikowana za pomocą testów porównań średnich. Dla porównań dwóch grup zastosowano test *t* dla prób niezależnych, wraz z miarą wielkości efektu *d* Cohena. W sytuacji porównań większej ilości grup, zastosowano analizę *MANOVA* wraz z jej czterema współczynnikami: śladem Pilai, *lambda* Wilksa, śladem Hotellinga oraz największym pierwiastkiem Roya. Zdecydowano się na zastosowanie wszystkich 4 współczynników analizy *MANOVA*, gdyż

symulacje nie są zgodne co do tego, który z nich wykazuje się największą mocą oraz który jest najbardziej odporny na łamanie założeń tej analizy (zob. Ateş i in., 2019; Hintze, 2007; O'Brien i in., 1982). Porównania proste dla porównań obejmujących więcej niż 2 grupy były weryfikowane za pomocą analizy ANOVA, wraz z 3 miarami wielkości efektu: *eta*-kwadrat, *eta*-kwadrat cząstkową oraz *omega*-kwadrat. Jako analizę *post-hoc* zastosowano test *HSD* Tukeya (zob. H.-Y. Kim, 2015). Dla wszystkich porównań parami obliczono dodatkowo miary wielkości efektu *d* Cohena. Następnie postanowiono zweryfikować, czy wybrane zmienne biomedyczne i psychologiczne związane z chorobą badanych pacjentów (wiek, czas trwania choroby, liczba diagnoz i zabiegów kardiochirurgicznych oraz lęk przed COVID-19) są związane z badanymi zmiennymi dotyczącymi weryfikowanego modelu. W tym celu zastosowano analizę korelacji *r* Pearsona. Wszelkie zastosowane miary wielkości efektu były interpretowane na podstawie rekomendacji Cohena (1988).

Weryfikacji hipotez dokonano na podstawie trzech rodzajów analiz. W pierwszej kolejności zastosowano analizę korelacji *r* Pearsona w celu weryfikacji założonych związków. Wybrane nieistotne związki zostały dodatkowo zweryfikowane przy użyciu bayesowskiej korelacji *r* Pearsona, z użyciem czynnika Bayesa (*Bayes factor*; BF). Czynniki Bayesa pozwalają na wykazanie dowodu dotyczącego hipotezy zerowej (Schmalz i in., 2021). Służą do określenia, ile razy dana hipoteza (zerowa lub alternatywna) jest bardziej prawdopodobna od drugiej (Kurt, 2019). Stosowanie analiz bayesowskich wymaga specyfikacji parametrów, które nie są konieczne do obliczenia wartości *p*, jak np. prawdopodobieństwo *a priori* (tzw. *prior*; zob. Schmalz i in., 2021). Jest to rozkład prawdopodobieństwa parametru w ramach hipotezy alternatywnej przed faktyczną weryfikacją danych (Goss-Sampson, 2020). Prawdopodobieństwo to określa się na bazie dostępnej teorii i danych empirycznych. Z uwagi na nowatorski charakter weryfikowanego modelu, takie dane nie były dostępne. Wiele pakietów statystycznych oferujących analizy bayesowskie operuje na tzw. „domyślnych” wartościach *prior*. Są one stosowane w przypadkach, gdy określenie prawdopodobieństwa *a priori* jest niemożliwe (van Doorn i in., 2021). Zdecydowano się na zastosowanie domyślnych wartości *prior* na potrzeby tej pracy, gdyż jak pokazują symulacje statystyczne, w większości sytuacji zmiana domyślnych wartości *prior* na te konkretne, oparte na danych empirycznych i teorii, ma tylko niewielki wpływ na wartości czynnika Bayesa i nie modyfikuje wniosków z nich płynących (van Ravenzwaaij i Wagenmakers, 2021).

Relacje jednostronne były testowane przy użyciu regresji wielorakiej. Zdecydowano się na zastosowanie regresji krokowej wstecznej, w celu wyłonienia najważniejszych predyktorów badanych zmiennych zależnych. Mediacyjną funkcję radzenia sobie weryfikowano przy użyciu

makra PROCESS (Hayes, 2017). Jest to narzędzie uzupełniające różne pakiety statystyczne, w tym SPSS czy też język R, o szereg analiz mediacyjnych i moderacyjnych. Finalne testowanie modelu teoretycznego odbyło się przy użyciu modelowania równań strukturalnych (*structural equation modeling*; SEM). Jest to zaawansowana metoda statystyczna, pozwalająca na tworzenie konstruktów latentnych i weryfikację zależności dla wielu zmiennych zależnych jednocześnie.

Weryfikacji mediacyjnej roli danej zmiennej dokonuje się najczęściej przy użyciu dwóch metod: regresji opartej na metodzie najmniejszych kwadratów (*ordinary least squares*; OLS) oraz analizy równań strukturalnych (*structural equation modeling*; SEM). Oba podejścia mają swoje wady i zalety. Bardzo popularną formą weryfikacji efektów mediacyjnych jest analiza przy użyciu makra PROCESS (Hayes, 2017). Jego popularność wynika zapewne zarówno z dobrych podstaw teoretycznych jak i prostoty jego użytkowania. Makro PROCESS opiera się na estymatorze OLS, szeroko stosowanym przy weryfikacji efektów bezpośrednich i pośrednich (Hayes i Rockwood, 2020). Analiza ta pozwala na weryfikację roli wielu mediatorów w relacji pomiędzy zmienną niezależną i zależną. Opiera się na analizie zmiennych obserwowalnych i nie weryfikuje roli konstruktów latentnych. Co więcej, pozwala na uwzględnienie w modelu wyłącznie jednej zmiennej niezależnej i zależnej. Z kolei mediacyjna przy użyciu SEM weryfikowana jest najczęściej za pomocą estymatora ML (*maximum likelihood*). Estymator ML nie jest czuły na zaburzenia rozkładu badanych zmiennych, co jest niewątpliwie jego zaletą (Fuller Jr i Hemmerle, 1966; Hair i in., 2019). Metoda SEM pozwala na konstruowanie zmiennych latentnych (realnych konstruktów składających się ze zmiennych obserwowalnych, które nie mogą być zbadane bezpośrednio), nieobecnych w tradycyjnych modelach regresji wielorakiej. Analiza równań strukturalnych jest dodatkowo wsparta o wiele wskaźników dopasowania, pozwalających lepiej oszacować trafność testowanego modelu. Hayes i współpracownicy (2017) uważają, że zasadnym jest weryfikacja efektów mediacyjnych zarówno przy użyciu tradycyjnej regresji z estymatorem OLS oraz podejścia SEM, gdyż oba podejścia weryfikują inne rodzaje modeli. Z uwagi na powyższe różnice w obu podejściach, w niniejszej pracy mediacyjna rola radzenia sobie będzie weryfikowana zarówno przy użyciu metody regresji OLS jak i analizy SEM.

Bazą do interpretacji dopasowania testowanego modelu analizy strukturalnej jest statystyka χ^2 . Mówi ona o różnicy między modelem obserwowanym a hipotetycznym. Jest wskaźnikiem mocno zależny od wielkości badanej próby – im więcej osób badanych, tym większe uwypuklenie drobnych różnic między testowanymi modelami. Z kolei małe próby osób zwiększają błąd standardowy pomiaru. Dobre dopasowanie modelu dałoby wskaźnik

χ^2 nieistotny statystycznie. Jako że uzyskanie nieistotnego χ^2 na dużych próbach jest praktycznie niemożliwe (Arbuckle, 2021; Bentler i Bonett, 1980), zdecydowano się na uwzględnienie dodatkowych współczynników dopasowania modelu. Współczynnik χ^2 został zraportowany, gdyż jest używany do obliczenia innych zastosowanych miar. Drugim zastosowanym wskaźnikiem był tzw. względny/unormowany wskaźnik χ^2 , czyli współczynnik *CMIN/df*. Jest on odporny na wielkość badanej próby, jednakże nie ma jednoznacznych rekomendacji co do jego wartości krytycznej (Arbuckle, 2021). Jednym z najbardziej liberalnych kryteriów jest *CMIN/df* < 5,00 (Wheaton i in., 1977), a najbardziej konserwatywnych *CMIN/df* < 2,00 (Byrne, 2012). Zdecydowano się na jego raportowanie z uwagi na jego popularność w badaniach stosujących metodę SEM.

Z uwagi na wskazane limitacje współczynników χ^2 oraz *CMIN/df*, zastosowano również cztery dodatkowe miary dopasowania modelu. Dwie miary bezwzględnego dopasowania (*measures of absolute fit*), określające stopień, w jakim ogólny model przewiduje obserwowaną zcję lub macierz korelacji: *SRMR* oraz *RMSEA*; oraz dwie miary przyrostowego/względego dopasowania (*measures of incremental/relative fit*), traktujące o tym, jak dobrze obserwowany model pasuje do danych próby w stosunku do modelu alternatywnego: *CFI* oraz *TLI*. Zrezygnowano z obliczania innych popularnych współczynników jak *GFI* czy *NFI* z uwagi na to, że są one zależne od wielkości badanej próby i wielu badaczy nie rekomenduje ich raportowania (Bentler, 1990; Fan i in., 2016; Hoyle, 2011; MacCallum i Hong, 1997; Sharma i in., 2005). Wszelkie miary dopasowania modelu były interpretowane na podstawie wartości krytycznych zaproponowanych przez Hu i Bentlera (1999). Za dobre dopasowanie modelu uznano wartości przekraczające następujące progi: *SRMR*<0,08; *RMSEA*<0,06; *CFI*>0,95; *TLI*>0,95. Przy interpretacji testowanego modelu badawczego odnoszono się również do wartości standaryzowanych współczynników *Beta* oraz współczynników determinacji R^2 , zgodnie z rekomendacjami Fana i współpracowników (2016).

Wszelkie testowane konstrukty latentne były weryfikowane przy użyciu confirmacyjnej analizy czynnikowej (*confirmatory factor analysis*; CFA). Kryterium dobroci miar dopasowania modelu przyjęto takie samo, jak w przypadku analizy SEM. Za akceptowalne wielkości ładunków czynnikowych przyjęto wartości większe niż 0,50 (Hair i in., 2019). Rzetelność i trafność konstruktów latentnych była weryfikowana na podstawie współczynników *CR* (*construct composite reliability*) oraz *AVE* (*average variance extracted*). Za wartości świadczące o dobrych właściwościach psychometrycznych konstruktów przyjęto następujące wartości: *CR*>0,70; *AVE*>0,50; \sqrt{AVE} większy niż wielkość korelacji między konstruktami (Hair i in., 2019). Testowane zależności mediacyjne weryfikowano

z zastosowaniem metody bootstrappingu BC (*bias-corrected*; Preacher i Hayes, 2008). Dokonano również bardziej dogłębnego testowania modeli SEM przy użyciu analizy równoważności pomiarowej (*invariance analysis*), z testowaniem ekwiwalencji konstruktów i ekwiwalencji metrycznej, z pominięciem ekwiwalencji skalarnej (Collier, 2020; Hair i in., 2019).

Wszystkie opisane analizy statystyczne wykonano za pośrednictwem programu IBM SPSS Statistics 23 (IBM Corp, 2015) oraz pakietów środowiska R (R Core Team, 2022): *jmv* (Selker i in., 2022), *jsq* (The JASP Team i in., 2021) oraz *lavaan* (Rosseel i in., 2022).

Rozdział 5.

Wyniki badań własnych

W tej sekcji pracy zostaną zaprezentowane wyniki badania własnego na temat związku psychologicznych uwarunkowań choroby z jakością życia osób z niewydolnością serca. Głównej analizie poddano relacje pomiędzy szeregiem zmiennych psychologicznych: poczuciem sensu życia, percepcją choroby, odczuwanym stresem i radzeniem sobie, a także jakością życia i subiektywnym dobrostanem. Poczucie sensu życia było mierzone z wykorzystaniem jego 5 wymiarów: obecności, poszukiwania, zrozumienia, celu i znaczenia. Pozytywna ocena własnej choroby mierzona była za pomocą 3 podskal, dotyczących percepcji jako korzyść, wyzwanie i wartość. Zagrożenie, przeszkoda/strata oraz krzywda należały do testowanych wymiarów negatywnej percepcji własnej choroby. Weryfikowano również poziom skali kontrolnej kwestionariusza SOWC, percepcji znaczenia choroby. Odczuwany stres był mierzony na podstawie wyniku ogólnego kwestionariusza PSS-10. Do weryfikowanych stylów radzenia sobie ze stresem zaliczono te zorientowane na problem, emocje oraz znaczenie. Wykorzystano również wiele miar jakości życia i dobrostanu. Jakość życia mierzono w czterech sferach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Analizie poddano także wyniki satysfakcji z życia, afektu pozytywnego i afektu negatywnego.

W pierwszej kolejności analizy statystycznej przeprowadzono analizę mocy testów oraz zaprezentowano statystyki opisowe badanych zmiennych. Następnie przystąpiono do weryfikacji homogeniczności badanej grupy, w celu wykluczenia potencjalnych zmiennych zakłócających. W tym celu analizie poddano szereg zmiennych socjodemograficznych, z wykorzystaniem korelacji r Pearsona, testu t dla prób niezależnych oraz analizy MANOVA, wraz z testem *post-hoc* HSD Tukeya. Weryfikacji hipotez dokonano przy użyciu analizy korelacji r Pearsona oraz regresji krokowej wstecznej. Mediacyjna rola radzenia sobie była weryfikowana na podstawie analizy mediacji przeprowadzonej przy użyciu makra PROCESS oraz analizy równań strukturalnych. Na przestrzeni rozdziału wykorzystano również szereg analiz uzupełniających wyniki powyższych testów statystycznych, a także odpowiednie miary wielkości efektu.

5.1. Moc testów oraz statystyki opisowe badanych zmiennych

5.1.1. Analiza wrażliwości mocy statystycznej prezentowanych wyników

Analiza mocy testu należy do jednego z najważniejszych kroków wstępnej weryfikacji danych. Moc testu ($1-\beta$) dotyczy szansy na uniknięcie błędu II rodzaju, czyli nieodrzuconiu fałszywej hipotezy zerowej. Zdaniem Cohena (1988, 1992), zależy od wielu parametrów, m.in. wielkości badanej próby, przyjętego poziomu istotności (α) oraz wielkości efektu w danej populacji. Weryfikacja mocy statystycznej jest podstawą do określenia wiarygodności prezentowanych wyników. Z tego powodu, przed przystąpieniem do raportowania i interpretacji uzyskanych danych postanowiono sprawdzić, czy badana próba osób pozwala na wykonanie i interpretację analiz statystycznych. Nie dokonano obliczenia wymaganej próby osób na bazie oczekiwanej mocy statystycznej przed rozpoczęciem rekrutacji osób badanych. Było to spowodowane tym, że analiza *a priori* wymaga określenia oczekiwanych wielkości miar efektów (Lakens, 2022). Z uwagi na rozbudowany i nowatorski charakter prezentowanego badania, było to niemożliwe. Prezentowany model teoretyczny nie był jeszcze weryfikowany w całości na żadnej próbie osób badanych i nie istnieją dane pozwalające określić oczekiwaną wielkość miar efektów dla testowanego modelu teoretycznego.

W sytuacji gdy analiza *a priori* jest niemożliwa, badacze sięgają często po analizę mocy *post-hoc*. Testowanie mocy statystycznej *post-hoc* jest bezpośrednio związane z wartościami statystyki p (Lakens, 2022) – oznacza to, że w przypadku statystycznie istotnych relacji i porównań międzygrupowych, analiza *post-hoc* zawsze wykaże moc na oczekiwanym poziomie. Nie daje to wiarygodnego pomiaru rzeczywistej mocy testu, przez co podejście to bywa niepoprawnie wykorzystywane, jako próba uzasadnienia adekwatnej mocy statystycznej prezentowanych analiz. Analiza mocy *post-hoc* spotyka się z szeregiem krytyki (Hoenig i Heisey, 2001; Lakens, 2022). Jak słusznie zauważył Lakens (2022), jest ona niczym innym jak raportowaniem p -wartości, a nie realnie osiągniętej mocy. Na tej podstawie podjęto decyzję o weryfikacji mocy statystycznej przy użyciu analizy wrażliwości mocy testu (*sensitivity power analysis*). Analiza wrażliwości mocy statystycznej nie jest zależna od wartości statystyki p . Na podstawie wielkości zbadanej próby (N), poziomu istotności statystycznej (α ; najczęściej 0,05) oraz oczekiwanej mocy ($1-\beta$; najczęściej 0,80 na podstawie rekomendacji Cohena, 1988), pozwala na określenie wartości granicznych miar siły efektów jakie zbadana próba jest w stanie rzetelnie wykryć (Lakens, 2022). Wraz z wielkością badanej próby dochodzi do zmniejszenia

się progu granicznego miar siły efektów – innymi słowy, im większa próba osób badanych, tym mniejsze miary efektu jesteśmy w stanie wykryć w sposób rzetelny. Przeprowadzenie analizy wrażliwości mocy pozwala na wiarygodniejszą weryfikację uzyskanych wyników.

Na potrzeby pracy przeprowadzono szereg analiz eksploracyjnych, mających na celu zweryfikowanie homogeniczności badanej próby, oraz testów mających na celu weryfikację sformułowanych hipotez. W celu przeprowadzenia analizy wrażliwości mocy statystycznej posłużono się oprogramowaniem *G*Power*, będącym aktualnym standardem w badaniach poprzecznych i podłużnych (Faul i in., 2007). Dla poziomu istotności $\alpha=0,05$, zgodnie z rekomendacjami Cohena (1988), jako kryterium graniczne mocy statystycznej przyjęto w poniższych analizach moc na poziomie 0,80. W przypadku reprezentowanej próby, analiza testu *t* dla prób niezależnych dla grupy 336 osób była wrażliwa na wykrycie wielkości efektu *d* Cohena na poziomie niskim (0,31 dla dwustronnych porównań międzypłciowych oraz 0,30 dla dwustronnych porównań osób rekrutowanych przed i w trakcie pandemii COVID-19). W przypadku analiz korelacji, badana próba osób pozwalała na wykrycie wielkości efektu *r* Pearsona na poziomie niskim ($r=0,15$). Jeśli chodzi o miarę siły efektów dla analiz regresyjnych, analiza wrażliwości mocy testu wskazała próg graniczny statystyki f^2 Cohena na poziomie 0,05 (efekt niski). Wykazane niskie wartości krytyczne wielkości miar efektu wskazują na zasadność interpretacji wyników analiz prostych zaprezentowanych w niniejszym rozdziale.

Zaproponowany model teoretyczny wymaga weryfikacji przy użyciu modelowania równań strukturalnych. Większość pakietów używanych do obliczenia mocy testów, jak chociażby *G*Power* (Faul i in., 2007), nie pozwala na obliczenie mocy testów dla modeli SEM. W takich przypadkach badacze odwołują się najczęściej do trzech następujących rekomendacji:

- (1) aby badana w SEM próba osób przekraczała między 100 a 200 osób;
- (2) by liczba osób badanych była większa niż pięcio- lub dziesięciokrotność badanych wskaźników;
- (3) aby badana liczba uczestników badania była większa niż dziesięciokrotność mierzonych zmiennych (Westland, 2010; Wolf i in., 2013).

Zaprezentowana w niniejszym badaniu próba spełnia wszystkie te założenia, jednakże wymienione wyżej rekomendacje spotykają się z krytyką, gdyż nie biorą one pod uwagę wielu czynników wpływających na dokładność oszacowania parametrów i statystyk dopasowania modelu (zob. MacCallum i in., 1999; Wolf i in., 2013). Na podstawie powyższych trzech rekomendacji nie jest możliwym określenie, czy prezentowany model będzie w stanie rzetelnie

wykryć oczekiwane wartości miar dopasowania modelu, które stanowią podstawę do oceny modeli równań strukturalnych. Na tej podstawie postanowiono dokonać analizy mocy dla uzyskanej próby osób badanych na bazie 3 metod dostępnych w środowisku *R* (R Core Team, 2022):

- (1) skorzystano z funkcji *findRMSEAsamplesize* dostępnej w pakiecie *semTools* (Jorgensen i in., 2021).
- (2) obliczono uzyskaną moc zgodnie z procedurą Moshagena i Erdfeldera (2016), w pakiecie *semPower* (Moshagen, 2021).
- (3) przeprowadzono analizę mocy testu pakietu *pwrSEM* (Wang i Rhemtulla, 2021), w aplikacji *Shiny* (Chang i in., 2022).

Zdecydowano się na zastosowanie paru najpopularniejszych metod weryfikacji mocy dla analiz SEM, gdyż literatura poświęcona analizie zmiennych latentnych nie rekomenduje jednej metody analizy wrażliwości mocy statystycznej. We wszystkich powyższych obliczeniach zadeklarowano parametry zgodne z procedurą zaproponowaną przez MacCalluma i współpracowników (1996), czyli: $1-\beta=0,80$; $\alpha=0,05$; $RMSEA_{null}=0,05$; $RMSEA_{alt}=0,08$. Powyższe analizy wymagają również podania wielkości badanej próby (N) oraz stopni swobody testowanego modelu (df). Stopnie swobody testowanego modelu teoretycznego wykorzystane w powyższych analizach mocy testu ($df=208$) zostały obliczone na bazie rekomendacji Cortina i współpracowników (2017), w stworzonym przez nich kalkulatorze dostępnym dzięki aplikacji *Shiny* (Chang i in., 2022). Pozwala on na deklaracje wielu parametrów, m.in. rodzaju testowanego modelu (CFA/SEM lub analizy ścieżek), ilości zmiennych obserwowalnych, ilości egzogennych i endogennych zmiennych latentnych, liczby zależności pomiędzy zmiennymi, czy też ilości połączeń kowariancyjnych pomiędzy błędami. Wszystkie zastosowane analizy mocy testu wykazały, że badana próba pacjentów z niewydolnością serca ($N=336$) jest wystarczająca, by testowany za pomocą modelowania równań strukturalnych model osiągnął moc na poziomie większym niż 0,80, dla poziomu istotności $\alpha=0,05$ i oczekiwanej wielkości miary dopasowania modelu *RMSEA*. Taki wynik pozwala na raportowanie przeprowadzonych analiz SEM i ich dalszą interpretację.

5.1.2. Statystyki opisowe zmiennych ilościowych

Zgodnie ze standardami przyjętymi w metodologii badań psychologicznych, w pierwszym kroku analiz statystycznej zdecydowano się zaprezentować wartości statystyk

opisowych badanych zmiennych ilościowych: poczucia sensu życia, percepcji choroby, odczuwanego stresu, radzenia sobie, jakości życia, subiektywnego dobrostanu i lęku przed COVID-19. Szczególną uwagę poświęcono statystykom skośności i kurtozy, gdyż są one istotne przy wyborze kolejnych analiz statystycznych. Obliczono również wartości statystyki W testu Shapiro-Wilka w celu weryfikacji rozkładu badanych zmiennych. Zdecydowano się na zastosowanie testu Shapiro-Wilka z uwagi na jego dużą moc statystyczną, w stosunku do innych podobnych testów (Razali i Wah, 2011). Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 5.1.

Analiza testem Shapiro-Wilka wykazała, że rozkłady 22 z 24 testowanych zmiennych były różne od prototypowego rozkładu normalnego. Wynik ten nie jest zaskakujący, gdyż testy mierzące rozkład badanych zmiennych są bardzo czułe nawet na minimalne asymetrie. Dychotomiczna analiza rozkładu (ocena go jako normalny tudzież różny od normalnego) nie jest wystarczająca bez dogłębnej analizy wielkości próby oraz jego asymetrii, gdyż asymetria rozkładu badanych zmiennych może mieć istotny wpływ na wyniki analiz statystycznych, w szczególności na małych próbach osób badanych (Hair i in., 2019). Jak przedstawiono w zaprezentowanej wcześniej analizie wrażliwości mocy testu, prezentowana próba pacjentów z niewydolnością serca charakteryzuje się odpowiednią licznością z perspektyw mocy statystycznej. Dlatego też dalszej analizie podjęto wartości statystyk skośności i kurtozy.

Dla testowanych zmiennych, kurtoza miała wartości między -0,74 a 1,59. Skośność mieściła się w przedziale od -1,17 do 0,73. Analitycy nie są zgodni co do rekomendowanych wartości powyższych zmiennych. Kim (2013) sugeruje, że o małej asymetrii rozkładu świadczą wartości kurtozy między -7 a 7 i skośności między -2 a 2. Takie same rekomendacje podają Hair i współpracownicy (2019). Z kolei Field (2013) oraz DeCarlo (1997) sugerują inne przedziały dla kurtozy, od -3 do 3. Mimo rozbieżności w powyższych rekomendacjach, wszystkie pokazują, że zaprezentowane w Tabeli 5.1 rozkłady badanych zmiennych nie wykazują się dużą asymetrią.

Tabela 5.1.

Statystyki opisowe badanych zmiennych oraz wyniki testu Shapiro-Wilka

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SKE</i>	<i>K</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Poczucie sensu życia									
Obecność	26,38	6,43	27,00	6,00	35,00	-0,79	0,29	0,94	<0,001
Poszukiwanie	22,43	6,50	23,00	5,00	35,00	-0,22	-0,24	0,99	0,005
Zrozumienie	15,87	3,78	16,00	3,00	21,00	-0,69	0,32	0,95	<0,001
Cel	16,80	3,72	18,00	3,00	21,00	-1,17	1,59	0,89	<0,001
Znaczenie	14,81	4,15	15,00	3,00	21,00	-0,46	-0,06	0,96	<0,001
Percepcja choroby									
Zagrożenie	29,52	7,37	31,00	8,00	40,00	-0,69	0,11	0,95	<0,001
Korzyść	14,59	5,19	14,00	7,00	32,00	0,71	0,31	0,96	<0,001
Przeszkoda/Strata	24,32	8,22	25,00	8,00	40,00	0,02	-0,74	0,98	<0,001
Wyzwanie	20,44	4,71	21,00	6,00	30,00	-0,49	0,26	0,98	<0,001
Krzywdza	16,49	7,05	15,00	7,00	35,00	0,61	-0,36	0,94	<0,001
Wartość	16,51	5,74	17,00	6,00	30,00	0,01	-0,48	0,98	<0,001
Znaczenie	18,02	4,27	18,00	5,00	25,00	-0,27	-0,20	0,97	<0,001
Odczuwany stres									
Wynik ogólny	20,54	7,15	20,00	2,00	40,00	-0,01	0,03	0,99	0,157
Radzenie sobie ze stresem									
Skonc. na problemie	43,57	9,59	44,00	13,00	65,00	-0,28	0,25	0,99	0,011
Skonc. na emocjach	36,32	7,73	36,00	11,00	55,00	-0,27	0,07	0,99	0,071
Skonc. na znaczeniu	43,29	10,36	44,00	13,00	65,00	-0,38	0,11	0,99	0,002
Jakość życia									
Sfera somatyczna	23,56	4,17	24,00	9,00	32,00	-0,65	0,77	0,97	<0,001
Sfera psychiczna	19,89	3,87	20,00	7,00	29,00	-0,30	0,06	0,99	0,002
Sfera społeczna	10,74	2,58	11,00	3,00	15,00	-0,69	0,48	0,94	<0,001
Sfera środowiskowa	27,82	4,89	28,00	12,00	40,00	-0,27	0,25	0,99	0,013
Subiektywny dobrostan									
Satysfakcja z życia	21,00	6,50	22,00	5,00	35,00	-0,42	-0,05	0,98	<0,001
Afekt pozytywny	32,98	8,11	33,00	13,00	50,00	-0,21	-0,28	0,99	0,002
Afekt negatywny	22,71	9,54	21,00	10,00	50,00	0,73	-0,29	0,93	<0,001
Lęk przed COVID-19									
Wynik ogólny	23,45	6,41	25,00	6,00	30,00	-1,06	0,45	0,87	<0,001

Dla pozyskanych danych dokonano także obliczenia współczynników *VIF* (*Variance Inflation Factors*), mających na celu wykluczenie występowania zjawiska kolinearności badanych zmiennych (Hair i in., 2019; Kock i Lynn, 2012). Obliczone wartości

współczynników *VIF* uzyskały wartości między 1,11 a 4,03. Wartości współczynników *VIF* mniejsze od 10 oznaczają brak kolinearności badanych zmiennych obserwowalnych (Hair i in., 2019). Informacje te pozwoliły na dobór wykorzystywanych dalej analiz statystycznych. Zgodnie z rekomendacjami Fielda (2013) oraz Francuza i Mackiewicza (2007), podjęto decyzję o wykorzystaniu w pracy głównie analiz parametrycznych. Są one odporne na niespełnienie założenia o rozkładzie normalnym badanych zmiennych (w szczególności na dużych próbach) oraz wykazują się większą mocą w stosunku do testów nieparametrycznych, co pozytywnie przekłada się na rzetelność i wiarygodność analizowanych wyników. Na podstawie przedstawionej powyżej serii analizy wrażliwości mocy statystycznej i analizy statystyk opisowych, postanowiono przejść do obliczeń sprawdzania zależności wynikających z zestawu mierzonych zmiennych i założeń teoretycznych.

5.2. Badanie homogeniczności grupy

5.2.1. Rola pandemii COVID-19 w poziomie badanych zmiennych

Przed rozpoczęciem weryfikacji sformułowanych hipotez postanowiono sprawdzić, czy badana próba pacjentów z niewydolnością serca jest grupą homogeniczną. Jest to istotny krok we wstępnej analizie statystycznej, gdyż pozwala uzyskać informację na temat tego, jakie zmienne niezawarte w modelu teoretycznym powinny zostać wzięte pod uwagę jako kowarianty lub zmienne grupujące przy dalszej weryfikacji hipotez. Jak wspomniano w Rozdziale 4, część osób badanych była rekrutowana przed wybuchem pandemii COVID-19, po czym przerwano badania z uwagi na panujące w Polsce obostrzenia. Badanie uzupełniająco zostało przeprowadzone w trakcie pandemii, a wyniki osób badanych zostały zebrane do jednej bazy danych. Z tego powodu należało sprawdzić, czy okres zbierania danych różnicował wyniki badanej próby osób. Na tej podstawie porównano wyniki osób badanych przy użyciu testu *t* dla prób niezależnych – pozwala on na weryfikację różnic w średnich pomiędzy dwoma testowanymi grupami. W tej, jak i następnych analizach porównań międzygrupowych uwzględniono wyniki uśrednione skal zamiast wyniku całkowitego, gdyż w przypadku skal likertowskich są one bardziej informujące. Podejście to nie wpływa na wynik testowy stosowanych analiz, gdyż wartość statystyki *t* oraz *p* nie ulegają zmianie. W analizie wykorzystano również miarę siły efektu *d* Cohena, mówiącą o wielkości badanej różnicy i przyjmującą wartości od 0 do 2 i więcej (Cohen, 1988).

Tabela 5.2.

Różnice w badanych zmiennych z uwagi na okres rekrutacji osób badanych

	Przed pandemią		W trakcie pandemii		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Poczucie sensu życia							
Obecność	5,04	1,43	5,56	1,01	-3,77	<0,001	0,43
Poszukiwanie	4,46	1,39	4,51	1,19	-0,36	0,720	0,04
Zrozumienie	5,22	1,36	5,38	1,13	-1,14	0,253	0,13
Cel	5,53	1,39	5,68	1,02	-1,12	0,265	0,13
Znaczenie	4,93	1,56	4,95	1,13	-0,13	0,896	0,01
Percepcja choroby							
Zagrożenie	3,72	1,03	3,66	0,77	0,56	0,576	0,06
Korzyść	1,98	0,75	2,21	0,71	-2,78	0,006	0,31
Przeszkoda/Strata	3,15	1,15	2,90	0,83	2,23	0,027	0,25
Wyzwanie	3,35	0,84	3,48	0,71	-1,48	0,139	0,16
Krzywda	2,59	1,09	2,07	0,81	4,82	<0,001	0,54
Wartość	2,58	1,01	2,96	0,84	-3,64	<0,001	0,40
Znaczenie	3,72	0,94	3,47	0,73	2,67	0,008	0,30
Odczuwany stres							
Wynik ogólny	2,17	0,80	1,91	0,56	3,34	0,001	0,38
Radzenie sobie ze stresem							
Skoncentrowane na problemie	3,36	0,78	3,35	0,68	0,14	0,892	0,02
Skoncentrowane na emocjach	3,28	0,75	3,32	0,64	-0,51	0,609	0,06
Skoncentrowane na znaczeniu	3,29	0,87	3,38	0,71	-1,02	0,310	0,11
Jakość życia							
Sfera somatyczna	3,23	0,62	3,53	0,52	-4,83	<0,001	0,53
Sfera psychiczna	3,24	0,72	3,40	0,54	-2,24	0,026	0,25
Sfera społeczna	3,45	1,02	3,74	0,58	-3,14	0,002	0,37
Sfera środowiskowa	3,40	0,69	3,57	0,49	-2,53	0,012	0,29
Subiektywny dobrostan							
Satysfakcja z życia	4,01	1,49	4,43	0,97	-2,99	0,003	0,34
Afekt pozytywny	3,19	0,87	3,43	0,71	-2,80	0,005	0,31
Afekt negatywny	2,59	1,00	1,88	0,73	7,38	<0,001	0,83

Uwaga: *df*=334

Zgodnie z danymi przedstawionymi w opisie zbadanej próby, w badaniu wzięło udział 152 osób rekrutowanych przed wybuchem pandemii COVID-19 oraz 184 w jej trakcie. Test *t* dla prób niezależnych wykazał występowanie statystycznie istotnych różnic w przypadku 14 z 23 porównań. Osoby rekrutowane przed wybuchem pandemii wykazywały się wyższymi

wynikami percepcji choroby jako przeszkoda/strata, krzywda oraz skali kontrolnej jej znaczenia, odczuwanego stresu, a także afektu negatywnego. W przypadku próby badanej podczas pandemii COVID-19 zauważono istotnie wyższe wyniki obecności sensu życia, percepcji choroby jako korzyść i wartość, a także jakości życia w 4 sferach (somatycznej, psychicznej, społecznej i środowiskowej), satysfakcji z życia oraz afektu pozytywnego. Przy interpretacji prezentowanych wyników należy jednak pamiętać, że wartość statystyki p jest silnie skorelowana z wielkością osób badanych (Lakens, 2022). Dlatego też analizie poddano statystyki traktujące o wielkości efektu. Wskaźnik d Cohena jest najczęściej wykorzystaną statystyką siły efektu testu t dla prób niezależnych. Rekomenduje się dla niej następujące progi interpretacyjnej: efekt słaby dla $d > 0,20$; efekt umiarkowany dla $d > 0,50$; efekt silny dla $d > 0,80$ (Cohen, 1988). W przypadku prezentowanych danych, miara siły efektu d Cohena wykazywała, że aż 11 z prezentowanych statystycznie istotnych wyników wskazywało na występowanie różnic wyłącznie o niskiej mierze efektu. Oznacza to, że okres rekrutacji osób badanych miał znikomy wpływ na poziom badanych zmiennych psychologicznych. Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 5.2.

Następnie postanowiono sprawdzić jak wyniki skali FOC-6, mierzącej lęk przed COVID-19, będą związane z wynikami poczucia sensu życia, percepcji choroby, stresu i radzenia sobie, jakości życia i dobrostanu osób z niewydolnością serca. W tym celu poddano analizie wyniki grupy pacjentów rekrutowanych w czasie trwania pandemii. Aby zweryfikować wspomniane związki, wykorzystano analizę korelacji r Pearsona. Pozwala ona na wykazanie relacji dwustronnej pomiędzy parami zmiennych ilościowych. Miara efektu r Pearsona przyjmuje wartości od -1 do 1. W przypadku niniejszych wyników, interpretowana będzie na podstawie następujących wytycznych: efekt słaby dla $r > 0,10$; efekt umiarkowany dla $r > 0,30$; efekt silny dla $r > 0,50$ (Cohen, 1988). Analiza korelacji wykazała występowanie czterech statystycznie istotnych związków. Lęk przed COVID-19 był istotnie i dodatnio związany z wynikami percepcji choroby jako zagrożenie i wartość, a także stylem radzenia sobie skoncentrowanym na znaczeniu. Oznacza to, że im wyższy lęk przed COVID-19, tym wyższe wyniki percepcji choroby jako zagrożenie i wartość oraz stylu skoncentrowanego na znaczeniu. Zaobserwowano również ujemny związek wyników skali FOC-6 i afektu negatywnego – im wyższy lęk przed COVID-19, tym niższe nasilenie negatywnych emocji. Cztery prezentowane istotne związki wykazywały się wyłącznie niskimi miarami efektu. Oznacza to, że lęk przed COVID-19 nie stanowił ważnego korelatu wyników poczucia sensu życia, percepcji choroby, stresu i radzenia sobie, jakości życia i subiektywnego dobrostanu badanej próby osób z niewydolnością serca (zob. Tabela 5.3).

Tabela 5.3.

Związek lęku przed COVID-19 z badanymi zmiennymi psychologicznymi

	Lęk przed COVID-19	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Poczucie sensu życia		
Obecność	0,10	0,215
Poszukiwanie	0,07	0,363
Zrozumienie	0,01	0,956
Cel	-0,11	0,192
Znaczenie	0,07	0,397
Percepcja choroby		
Zagrożenie	0,23	0,004
Korzyść	0,04	0,629
Przeszkoda/Strata	0,08	0,308
Wyzwanie	0,05	0,562
Krzywda	0,03	0,713
Wartość	0,17	0,035
Znaczenie	0,01	0,872
Odczuwany stres		
Wynik ogólny	-0,04	0,609
Radzenie sobie ze stresem		
Skoncentrowane na problemie	0,11	0,181
Skoncentrowane na emocjach	0,14	0,079
Skoncentrowane na znaczeniu	0,25	0,002
Jakość życia		
Sfera somatyczna	-0,13	0,116
Sfera psychiczna	-0,01	0,857
Sfera społeczna	0,02	0,844
Sfera środowiskowa	-0,10	0,215
Subiektywny dobrostan		
Satysfakcja z życia	-0,04	0,629
Afekt pozytywny	-0,03	0,757
Afekt negatywny	-0,20	0,012

Uwaga: dla wszystkich związków: $df = 150$

5.2.2. Związek zmiennych socjodemograficznych z wynikami osób badanych

Po weryfikacji roli pandemii COVID-19 w prezentowanym badaniu, postanowiono zweryfikować związek pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi a zasobami sensu, oceną własnej choroby, odczuwanym stresem i stylami radzenia sobie z nim, jakością życia i subiektywnym dobrostanem u osób z diagnozą I50. Analizie poddano szereg zmiennych ilościowych i jakościowych: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, status zawodowy oraz stan cywilny osób badanych. Na samym początku zweryfikowano, jak wiek jest związany z badanymi zmiennymi ilościowymi. W badaniu wzięły udział osoby między 18. a 92. rokiem życia. Średnia wieku osób badanych wyniosła $M=54,99$ lat a jej odchylenie standardowe aż $SD=17,27$. Dane te pokazują, że w badaniu uwzględniono bardzo różnorodną próbę osób badanych pod względem ich wieku. W celu weryfikacji roli tej zmiennej w prezentowanym projekcie, ponownie zastosowano korelację r Pearsona. Z 24 testowanych związków, wyłącznie 8 okazało się być statystycznie istotne. Wiek badanych osób z niewydolnością serca był dodatnio związany z wynikami obecności sensu życia, percepcji choroby jako korzyść, wyzwanie oraz wartość, a także satysfakcją z życia. Odnotowano również istotną i negatywną korelację wieku ze znaczeniem percepcji choroby, odczuwanym stresem i afektem negatywnym. Oznacza to, że wraz ze wzrostem wieku osób badanych, dochodziło do wzrostu wyników obecności sensu życia, korzystnej oceny choroby i zadowolenia z życia, a także spadku wyników znaczenia percepcji choroby, stresu i negatywnych emocji. Na bazie przytoczonych wcześniej rekomendacji Cohena (1988) na temat interpretacji miar siły efektu należy uznać, że z 8 opisywanych związków, aż 6 wykazywało się niską miarą efektu, a dwa umiarkowaną. Na podstawie siły prezentowanych zależności można stwierdzić, że wiek osób badanych nie był silnie związany z wynikami testowanych zmiennych psychologicznych. Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 5.4.

Tabela 5.4.

Związek wieku z badanymi zmiennymi psychologicznymi

	Wiek osób badanych	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Poczucie sensu życia		
Obecność	0,13	0,018
Poszukiwanie	0,03	0,564
Zrozumienie	0,06	0,288
Cel	-0,02	0,694
Znaczenie	-0,03	0,554
Percepcja choroby		
Zagrożenie	0,06	0,303
Korzyść	0,33	<0,001
Przeszkoda/Strata	0,03	0,611
Wyzwanie	0,12	0,032
Krzywda	-0,10	0,057
Wartość	0,26	<0,001
Znaczenie	-0,22	<0,001
Odczuwany stres		
Wynik ogólny	-0,22	<0,001
Radzenie sobie ze stresem		
Skoncentrowane na problemie	<0,01	0,998
Skoncentrowane na emocjach	0,02	0,729
Skoncentrowane na znaczeniu	0,09	0,116
Jakość życia		
Sfera somatyczna	-0,09	0,083
Sfera psychiczna	-0,04	0,502
Sfera społeczna	<0,01	0,948
Sfera środowiskowa	-0,01	0,919
Subiektywny dobrostan		
Satysfakcja z życia	0,22	<0,001
Afekt pozytywny	<0,01	0,990
Afekt negatywny	-0,31	<0,001
Lęk przed COVID-19		
Wynik ogólny	0,36	<0,001

Uwaga: dla większości związków (*df* = 334); dla lęku przed COVID-19 (*df* = 150)

Tabela 5.5.

Różnice międzypłciowe w poziomie badanych zmiennych

	Mężczyźni		Kobiety		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Poczucie sensu życia							
Obecność	5,40	1,28	5,18	1,29	1,54	0,123	0,17
Poszukiwanie	4,34	1,29	4,59	1,30	-1,75	0,082	0,19
Zrozumienie	5,28	1,27	5,30	1,26	-0,14	0,888	0,02
Cel	5,60	1,25	5,60	1,23	<0,01	0,997	0,01
Znaczenie	4,85	1,29	5,00	1,45	-0,93	0,353	0,10
Percepcja choroby							
Zagrożenie	3,62	0,91	3,74	0,93	-1,13	0,258	0,13
Korzyść	2,17	0,74	2,02	0,74	1,80	0,073	0,20
Przeszkoda/Strata	3,00	0,95	3,07	1,08	-0,66	0,513	0,07
Wyzwanie	3,50	0,83	3,34	0,74	1,86	0,064	0,20
Krzywda	2,32	0,97	2,39	1,04	-0,63	0,530	0,07
Wartość	2,84	0,89	2,69	1,00	1,39	0,165	0,16
Znaczenie	3,48	0,82	3,69	0,87	-2,23	0,026	0,25
Odczuwany stres							
Wynik ogólny	1,90	0,65	2,17	0,74	-3,54	<0,001	0,40
Radzenie sobie ze stresem							
Skoncentrowane na problemie	3,41	0,71	3,31	0,76	1,30	0,195	0,14
Skoncentrowane na emocjach	3,24	0,69	3,35	0,71	-1,44	0,151	0,16
Skoncentrowane na znaczeniu	3,33	0,77	3,33	0,82	-0,10	0,917	0,01
Jakość życia							
Sfera somatyczna	3,42	0,55	3,33	0,63	1,45	0,149	0,16
Sfera psychiczna	3,34	0,62	3,30	0,67	0,50	0,615	0,06
Sfera społeczna	3,67	0,83	3,51	0,88	1,68	0,093	0,19
Sfera środowiskowa	3,52	0,61	3,44	0,62	1,21	0,229	0,13
Subiektywny dobrostan							
Satysfakcja z życia	4,34	1,29	4,10	1,30	1,64	0,102	0,18
Afekt pozytywny	3,43	0,81	3,20	0,80	2,55	0,011	0,28
Afekt negatywny	2,14	0,88	2,37	0,99	-2,24	0,026	0,25
Lęk przed COVID-19							
Wynik ogólny	3,85	1,08	3,96	1,07	-0,61	0,541	0,10

Uwaga: dla większości związków (*df* = 334); dla lęku przed COVID-19 (*df* = 150)

Drugą zmienną socjodemograficzną braną pod uwagę była płeć badanych osób. W badaniu wzięło udział 142 mężczyzn (42,26%) i 194 kobiety (57,74%). W celu przeprowadzenia analiz międzyplciowych posłużono się testem t dla prób niezależnych wspartym miarą siły efektu d Cohena. Statystycznie istotne różnice zaobserwowano wyłącznie w przypadku 4 porównań. Kobiety wykazywały się istotnie wyższymi wynikami znaczenia percepcji choroby, odczuwanego stresu oraz afekty negatywnego. Mężczyźni z kolei wykazywali się wyższymi wynikami afektu pozytywnego. Pozostałe różnice nie były statystycznie istotne. Miara siły efektu dla wszystkich statystycznie istotnych porównań wykazała, że różnice te były niskie. Z tego też powodu należy uznać, że płeć osób badanych również nie różnicowała silnie wyników testowanej próby osób z niewydolnością serca. Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 5.5.

W kolejnym kroku weryfikacji roli zmiennych socjodemograficznych w prezentowanym badaniu wykorzystano dane dotyczące miejsca zamieszkania osób badanych. Z 336 osób badanych, 123 osoby zamieszkiwały wieś, a 213 było rezydentami miast. W celu porównania wspomnianych dwóch grup osób, posłużono się ponownie testem t dla prób niezależnych, przy wykorzystaniu statystyki d Cohena. Z 24 testowanych różnic, odnotowano wyłącznie jeden wynik statystycznie istotny. Osoby zamieszkujące miasta wykazywały się istotnie wyższymi wynikami afektu negatywnego w stosunku do osób mieszkających na wsi. Różnica ta miała znamiona różnicy niskiej. Dzięki temu można uznać, że miejsce zamieszkania nie pełniło istotnej roli w funkcjonowaniu badanych osób z niewydolnością serca (zob. Tabela 5.6).

Tabela 5.6.

Różnice w poziomie badanych zmiennych z uwagi na miejsce zamieszkania

	Miasto		Wieś		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Poczucie sensu życia							
Obecność	5,22	1,32	5,37	1,23	-1,02	0,309	0,12
Poszukiwanie	4,56	1,31	4,35	1,28	1,42	0,157	0,16
Zrozumienie	5,28	1,30	5,30	1,20	-0,11	0,911	0,01
Cel	5,52	1,34	5,74	1,05	-1,53	0,127	0,18
Znaczenie	4,87	1,41	5,06	1,33	-1,24	0,215	0,14
Percepcja choroby							
Zagrożenie	3,75	0,87	3,59	1,00	1,50	0,134	0,17
Korzyść	2,07	0,77	2,12	0,68	-0,62	0,534	0,07
Przeszkoda/Strata	3,07	1,03	2,98	1,03	0,82	0,411	0,09
Wyzwanie	3,43	0,76	3,37	0,83	0,71	0,478	0,08
Krzywda	2,38	1,04	2,31	0,95	0,65	0,513	0,08
Wartość	2,71	0,94	2,83	0,98	-1,11	0,270	0,12
Znaczenie	3,63	0,86	3,55	0,85	0,84	0,404	0,09
Odczuwany stres							
Wynik ogólny	2,11	0,70	1,96	0,73	1,90	0,059	0,21
Radzenie sobie ze stresem							
Skoncentrowane na problemie	3,36	0,74	3,33	0,73	0,37	0,710	0,04
Skoncentrowane na emocjach	3,33	0,72	3,26	0,68	0,87	0,384	0,10
Skoncentrowane na znaczeniu	3,32	0,84	3,34	0,73	-0,18	0,855	0,02
Jakość życia							
Sfera somatyczna	3,38	0,59	3,34	0,61	0,54	0,591	0,06
Sfera psychiczna	3,34	0,67	3,27	0,60	1,07	0,287	0,12
Sfera społeczna	3,57	0,86	3,59	0,86	-0,23	0,819	0,03
Sfera środowiskowa	3,50	0,61	3,44	0,62	0,93	0,355	0,10
Subiektywny dobrostan							
Satysfakcja z życia	4,16	1,32	4,26	1,27	-0,69	0,494	0,08
Afekt pozytywny	3,27	0,81	3,34	0,82	-0,70	0,484	0,08
Afekt negatywny	2,35	0,97	2,13	0,91	2,07	0,039	0,24
Lęk przed COVID-19							
Wynik ogólny	3,85	1,16	4,01	0,89	-0,92	0,361	0,16

Uwaga: dla większości związków ($df = 334$); dla lęku przed COVID-19 ($df = 150$)

W następnym etapie analizy postanowiono zweryfikować rolę zmiennych socjodemograficznych mierzonych na więcej niż 2 poziomach. Sprawilo to, że ponowne wykorzystanie testu t dla prób niezależnych było niemożliwe. Z tego też powodu sięgnięto do bardziej zaawansowanych analiz. W dalszym kroku zdecydowano się na zastosowanie wielowymiarowej analizy wariancji *MANOVA* wraz z jej czterema współczynnikami: śladem Pilai, λ Wilksa, śladem Hotellinga oraz największym pierwiastkiem Roya. Postanowiono zastosować wszystkie 4 najpopularniejsze współczynniki analizy *MANOVA*, gdyż symulacje nie są zgodne co do tego, który z nich wykazuje się największą mocą, a także który jest najbardziej odporny na łamanie założeń tej analizy (zob. Ateş i in., 2019; Hintze, 2007; O'Brien i in., 1982). Analizy jednowymiarowe obejmowały wyniki analizy wariancji *ANOVA*, wraz z 3 miarami wielkości efektu: η^2 , η^2 cząstkową oraz ω^2 . Wszystkie trzy miary interpretuje się tak samo, zgodnie z rekomendacją Cohena (1988): efekt słaby dla $\eta^2/\eta^2_p/\omega^2 > 0,01$; efekt umiarkowany dla $\eta^2/\eta^2_p/\omega^2 > 0,06$; efekt silny dla $\eta^2/\eta^2_p/\omega^2 > 0,14$. Zdecydowano się o raportowaniu wszystkich najpopularniejszych miar wielkości efektu dla statystyki F . Mimo, że dają one zbliżone wyniki, różnią się one nieco od strony teoretycznej:

- (1) η^2 przyjmuje wartości od 0 do 1. Jest miarą wielkości efektu, która podobnie jak R^2 , mówi o ilości wyjaśnionej wariancji zmiennej zależnej przez zmienną niezależną.
- (2) η^2 cząstkowa jest pochodną η^2 . W przypadku jednej zmiennej niezależnej (np. przy jednoczynnikowej analizie *ANOVA*), wyniki współczynnika cząstkowego są takie same jak współczynnika η^2 . W bardziej rozbudowanym modelu (np. *MANOVA*) jest ona lepszym współczynnikiem, gdyż wyklucza wariancję wyjaśnioną przez inne predyktory modelu (Albers i Lakens, 2018; Lakens, 2013). Oba współczynniki są obarczone błędem, gdyż przeszacowują realną miarę efektu.
- (3) ω^2 jest z kolei współczynnikiem obciążonym znacznie mniejszym błędem estymacyjnym niż η^2 oraz η^2 cząstkowa (Tomczak i Tomczak, 2014).

Jako analizę *post-hoc* zastosowano test *HSD* Tukeya, z uwagi na jego popularność w naukach społecznych oraz dużą moc statystyczną (zob. H.-Y. Kim, 2015). Niestety, analizy *post-hoc* nie raportują najczęściej miar wielkości efektu, które stanowią podstawę interpretacji danych. Z tego powodu, dla wszystkich porównań parami obliczono dodatkowo miary wielkości efektu d Cohena. W analizie *MANOVA* wykorzystano trzy zmienne grupujące: wykształcenie, status zawodowy oraz stan cywilny osób badanych. Wyniki analizy *MANOVA* wykazały potencjalne występowanie statystycznie istotnych różnic w poziomie testowanych zmiennych psychologicznych w przypadku wszystkich 3 zmiennych grupujących. Dla

wspomnianej analizy było możliwe obliczenie cząstkowej η^2 . Wartości cząstkowej η^2 wykazały potencjalne występowanie dużych różnic. Wynik ten nie jest zaskakujący, z uwagi na małą liczbę osób badanych w wielu z testowanych podgrup, a także ich nierównoliczność. Niemniej jednak, na podstawie zaprezentowanych w Tabeli 5.7 wyników, podjęto decyzję o zapoznaniu się z wynikami analiz jednowymiarowych.

Tabela 5.7.

Wykształcenie, stan cywilny i status zawodowy jako zmienne niezależne analizy MANOVA

Zmienna grupująca	Ślad Pilai		Lambda Wilksa		Ślad Hotellinga		Największy pierwiastek Roya		η^2_p
	$V^{(s)}$	p	Λ	p	T^2	p	Φ_{max}	p	
Wykształcenie	0,66	0,011	0,45	0,005	0,94	0,002	0,63	<0,001	0,21
Status zawodowy	0,49	0,005	0,56	0,003	0,69	0,002	0,52	<0,001	0,20
Stan cywilny	1,08	<0,001	0,27	<0,001	1,16	<0,001	0,76	<0,001	0,27

W pierwszej kolejności przeanalizowano wyniki osób badanych z uwzględnieniem wykształcenia jako zmienna grupująca. W badaniu wzięło udział 20 osób z wykształceniem podstawowym, 71 z wykształceniem zawodowym, 138 z wykształceniem średnim oraz 107 z wykształceniem wyższym. Prezentowana liczba grup ze względu na wykształcenie ($k=4$) w przypadku porównań wszystkich grup między sobą (6 porównań na każdą zmienną) w poziomie 24 zmiennych ilościowych, dałaby aż 144 porównań parami. Dlatego też w Tabeli 5.8. przedstawiono wyłącznie uzyskane istotne różnice, gdyż spora liczba porównań mogłaby utrudnić analizę prezentowanych wyników. Porównania jednowymiarowe zawarte w analizie MANOVA wykazały występowanie istotnych różnic w poziomie dwóch zmiennych: znaczenia percepcji choroby oraz radzenia sobie skoncentrowanego na problemie. Osoby o wykształceniu wyższym wykazywały się istotnie wyższymi wynikami znaczenia percepcji choroby w stosunku do osób o wykształceniu podstawowym i zawodowym. Co więcej, osoby o wykształceniu średnim również miały wyższe wyniki podskali znaczenia kwestionariusza SOWC w stosunku do osób o wykształceniu zawodowym. Zaobserwowano również istotnie wyższe wyniki radzenia sobie zorientowanego na problem u osób z wykształceniem wyższym w stosunku do osób o wykształceniu podstawowym. Uzyskane wyniki poddano analizie ze względu na obliczone miary wielkości efektu. Miary d Cohena dla porównań prostych wykazały występowanie dwóch różnic na poziomie umiarkowanym i dwóch na poziomie

silnym. Należy jednak pamiętać, że prezentowane grupy osób o wykształceniu podstawowym ($n=20$) i zawodowym ($n=71$) nie wykazywały się wysoką liczebnością. Jest to problematyczne, gdyż statystyka d Cohena obliczana jest na podstawie wartości średnich i odchylenia standardowego (Cohen, 1988; Tomczak i Tomczak, 2014). W przypadku małych prób, odchylenie standardowe jest z reguły bardzo wysokie z uwagi na heterogeniczność wariacji spowodowane niską liczbą osób badanych, co stanowi limitację zastosowania miary d Cohena w przypadku porównania tak małolicznych podgrup, jak zaprezentowana liczba osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Na tej podstawie przy finalnej interpretacji tych i kolejnych wyników analizy *MANOVA*, posłużono się miarami efektu statystyki F . Miary η^2 , η^2 cząstkowa oraz ω^2 wskazywały na występowanie umiarkowanych różnic w poziomie percepcji choroby jako znaczenia, a niskich w poziomie radzenia sobie skoncentrowanego na problemie (zob. Tabela 5.8). Mała ilość statystycznie istotnych wyników (w *post-hoc*: 4 z testowanych 144 porównań parami; 2,78%) i brak silnych miar efektów pozwalają stwierdzić, że wykształcenie badanych osób nie było silnie związane z wynikami mierzonych zmiennych psychologicznych: poczucia sensu życia, percepcją choroby, stresu i radzenia sobie, jakości życia i subiektywnego dobrostanu.

Tabela 5.8.

Rola wykształcenia w poziomie badanych zmiennych

<i>ANOVA</i>		<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	η^2_p	ω^2
Percepcja choroby - znaczenie		12,43	<0,001	0,10	0,10	0,09
Radzenie sobie skoncentrowane na problemie		3,75	0,011	0,03	0,03	0,02
<i>HSD Tukeya</i>	Wykształcenie	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>		
Percepcja choroby - znaczenie	Wyższe > Podstawowe	3,64	0,002	0,89		
Percepcja choroby - znaczenie	Wyższe > Zawodowe	5,57	<0,001	0,85		
Percepcja choroby - znaczenie	Średnie > Zawodowe	3,84	<0,001	0,56		
Radzenie sobie skoncentrowane na problemie	Wyższe > Podstawowe	3,07	0,012	0,75		

Uwaga: $df_1=3$; $df_2=332$

Tabela 5.9.

Rola statusu zawodowego w poziomie badanych zmiennych

ANOVA		<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	η^2_p	ω^2
Poszukiwanie sensu życia		6,96	<0,001	0,06	0,06	0,05
Percepcja choroby - zagrożenie		3,35	0,019	0,03	0,03	0,02
Odczuwany stres		3,63	0,013	0,03	0,03	0,02
Jakość życia - sfera somatyczna		6,65	<0,001	0,06	0,06	0,05
HSD Tukeya		Status zawodowy		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Poszukiwanie sensu życia	Bezrobotny	>	Pracujący	3,59	0,002	1,07
Poszukiwanie sensu życia	Emeryt	>	Pracujący	2,88	0,022	0,34
Percepcja choroby - zagrożenie	Rencista	>	Pracujący	2,87	0,023	0,58
Odczuwany stres	Bezrobotny	>	Emeryt	3,04	0,014	0,92
Jakość życia - sfera somatyczna	Pracujący	>	Rencista	3,81	<0,001	0,78

Uwaga: $df_1=3$; $df_2=332$

Wyniki osób badanych poddano również analizie z perspektywy ich statusu zawodowego. Wśród 336 badanych osób, 172 było zatrudnionych, 12 nie pracowało, 28 było rencistami, a 124 przyjmowało emeryturę. Porównania jednowymiarowe wykazały występowanie statystycznie istotnych różnic w poziomie 4 zmiennych: poszukiwania sensu życia, percepcji choroby jako zagrożenie, odczuwanego stresu oraz jakości życia w sferze somatycznej. Osoby bezrobotne jak i będące na emeryturze wykazywały się istotnie wyższym natężeniem poszukiwania sensu życia w stosunku do osób pracujących. Co więcej, badana grupa rencistów wykazywała się istotnie wyższymi wynikami percepcji choroby jako zagrożenie, w stosunku do osób pracujących. Zaobserwowano również, że osoby bezrobotne miały wyższą średnią wyników kwestionariusza PSS-10, niż osoby na emeryturze. Finalnie wykazano także, że osoby pracujące miały istotnie wyższe wyniki jakości życia w sferze somatycznej, w stosunku do osób korzystających z renty. Jak opisano wcześniej, w niniejszym badaniu wzięło udział wyłącznie 12 osób bezrobotnych oraz 28 osób korzystających z renty. Liczności te stanowią limitację przy ekstrapolacji i interpretacji opisywanych wyników. Z tego też powodu odwołano się do miar wielkości efektu analizy wariancji. Wszystkie trzy testowane współczynniki wykazały, że zaobserwowano różnice w poziomie poszukiwania sensu życia, percepcji choroby jako zagrożenie, odczuwanego stresu oraz jakości życia w sferze somatycznej miały znamiona różnic niskich. Prezentowane miary wielkości efektów i prezentowana liczba statystycznie istotnych zależności (w *post-hoc*: 5 z testowanych 144 porównań parami; 3,47%) pokazują, że status zawodowy osób badanych nie różnicował silnie

wyników badanej próby pacjentów z niewydolnością serca. Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 5.9.

W analizie *MANOVA* porównano również wyniki osób badanych z uwzględnieniem stanu cywilnego jako zmiennej grupującej. Największy odsetek osób badanych stanowili pacjenci w związku małżeńskim ($n=218$), a potem kolejno w związku nieformalnym ($n=34$) oraz stanu wolnego ($n=84$): 32 osoby owdowiałe, 28 osób rozwiedzionych i 24 osoby bez doświadczenia straty partnera. Porównania jednowymiarowe wykazały występowanie statystycznie istotnych różnic w poziomie poczucia sensu życia, percepcji choroby jako wartość, radzenia sobie skoncentrowanego na problemie, jakości życia w sferze społecznej oraz satysfakcji z życia. Analiza *post-hoc* HSD Tukeya pozwala stwierdzić, że osoby rozwiedzione i owdowiałe wykazywały się wyższymi wynikami poszukiwania sensu życia, w stosunku do osób w związku małżeńskim i nieformalnym. Zaobserwowano również, że osoby owdowiałe wykazywały się istotnie wyższymi wynikami percepcji choroby jako wartość, w porównaniu z osobami w związkach nieformalnych i rozwiedzionymi. Osoby w związku małżeńskim i nieformalnym uzyskiwały wyższe wyniki radzenia sobie zorientowanego na problem, w porównaniu z osobami stanu wolnego. Co więcej, osoby stanu wolnego, w związku małżeńskim oraz nieformalnym miały wyższe wyniki jakości życia w sferze społecznej, niż osoby rozwiedzione. Osoby w związku małżeńskim miały istotnie wyższe wyniki w tej sferze również od osób stanu wolnego. W przypadku porównań dotyczących satysfakcji z życia, zaobserwowano następujące zależności: (1) osoby w związku małżeńskim miały wyższe wyniki od osób w związkach nieformalnych, stanu wolnego oraz rozwiedzionych, a także że (2) osoby stanu wolnego uzyskiwały wyższe wyniki, niż osoby w związkach nieformalnych i rozwiedzione. Z uwagi na małe licznosci niektórych z prezentowanych podgrup ze względu na stan cywilny, przy interpretacji wyników posłużono się miarami efektów η^2 , η^2 cząstkową oraz ω^2 . Zaobserwowano niską miarę siły efektu w przypadku porównań pod względem percepcji choroby jako wartość oraz radzenia sobie zorientowanego na problem, oraz umiarkowaną miarę efektu w przypadku porównania z uwzględnieniem poczucia sensu życia, jakości życia w sferze społecznej oraz satysfakcji z życia. Mając na uwadze brak silnych miar efektów i małą ilość statystycznie istotnych różnic (w *post-hoc*: 17 z testowanych 240 porównań parami; 7,08%) należy uznać, że również stan cywilny osób badanych nie różnicował znacząco badanych zmiennych (zob. Tabela 5.10).

Tabela 5.10.

Rola stanu cywilnego w poziomie badanych zmiennych

ANOVA		<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	η^2_p	ω^2
Poszukiwanie sensu życia		7,89	<0,001	0,09	0,09	0,08
Percepcja choroby - wartość		3,57	0,007	0,04	0,04	0,03
Radzenie skoncentrowane na problemie		3,12	0,015	0,04	0,04	0,03
Jakość życia - sfera społeczna		12,40	<0,001	0,13	0,13	0,12
Satysfakcja z życia		10,70	<0,001	0,11	0,11	0,10
HSD Tukeya		Stan cywilny / rodzaj związku		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Poszukiwanie sensu życia	Rozwiedziony	> Z. małżeński		3,05	0,021	0,61
Poszukiwanie sensu życia	Owdowiały	> Z. małżeński		4,20	<0,001	0,79
Poszukiwanie sensu życia	Rozwiedziony	> Z. nieformalny		3,18	0,014	0,81
Poszukiwanie sensu życia	Owdowiały	> Z. nieformalny		4,03	<0,001	0,99
Percepcja choroby - wartość	Owdowiały	> Z. nieformalny		3,18	0,014	0,78
Percepcja choroby - wartość	Owdowiały	> Rozwiedziony		3,18	0,014	0,82
Radzenie skoncentrowane na problemie	Z. małżeński	> Wolny		2,87	0,035	0,62
Radzenie skoncentrowane na problemie	Z. nieformalny	> Wolny		2,93	0,029	0,78
Jakość życia - sfera społeczna	Z. małżeński	> Wolny		3,15	0,015	0,68
Jakość życia - sfera społeczna	Z. małżeński	> Rozwiedziony		6,43	<0,001	1,29
Jakość życia - sfera społeczna	Z. nieformalny	> Rozwiedziony		3,52	0,004	0,90
Jakość życia - sfera społeczna	Wolny	> Rozwiedziony		3,46	0,006	0,89
Satysfakcja z życia	Z. małżeński	> Zw. nieformalny		3,94	<0,001	0,73
Satysfakcja z życia	Z. małżeński	> Wolny		2,83	0,039	0,61
Satysfakcja z życia	Z. małżeński	> Rozwiedziony		5,05	<0,001	1,01
Satysfakcja z życia	Wolny	> Z. nieformalny		3,16	0,015	0,78
Satysfakcja z życia	Wolny	> Rozwiedziony		4,12	<0,001	1,07

Uwaga: $df_1=4$; $df_2=331$;

5.2.3. Przebieg choroby a poziom funkcjonowania psychicznego pacjentów

W ostatnim kroku weryfikacji homogeniczności grupy sprawdzono, jak zmienne związane z przebiegiem choroby i funkcjonowaniem pacjentów w sferze medycznej będą kształtowały ich wyniki funkcjonowania psychologicznego. Analizie poddano czas trwania niewydolności serca osób badanych, liczbę posiadanych diagnoz chorób somatycznych, bycie hospitalizowanym w okresie 30 dni poprzedzających badanie oraz posiadanie lub brak opieki ze strony poradni kardiologicznej. W pierwszej kolejności uwzględniono czas trwania choroby i liczbę posiadanych diagnoz w analizie korelacji *r* Pearsona. Średni czas trwania choroby

w badanej próbie wyniósł $M=11,05$ lat, z odchyleniem standardowym $SD=10,36$. Podkreśla to uwzględnienie w niniejszym projekcie pacjentów o różnym doświadczeniu choroby. Deklarowali oni średnio 3,96 ($SD=1,73$) dodatkowe choroby somatyczne, związane z posiadaną przez nich niewydolnością serca. Analiza korelacji wykazała występowanie wyłącznie 4 statystycznie istotnych związków. Zaobserwowano dodatnią korelację liczby posiadanych diagnoz z percepcją choroby jako korzyść (efekt słaby), wyzwanie (efekt słaby), wartość (efekt słaby), oraz ujemny związek zadeklarowanych chorób somatycznych z nasileniem negatywnych emocji (efekt słaby). Czas trwania niewydolności serca nie był związany z żadną badaną zmienną. Zawarte w Tabeli 5.11 wyniki wyraźnie pokazują, że czas trwania niewydolności serca oraz liczba posiadanych diagnoz chorób somatycznych nie kształtowały w sposób znaczący poczucia sensu życia, percepcji choroby, odczuwanego stresu, radzenia sobie, jakości życia i subiektywnego dobrostanu badanej próby osób z niewydolnością serca.

W prezentowanym projekcie uwzględniono wyniki 38 osób poddanych hospitalizacji na przestrzeni 30 dni poprzedzających badanie oraz 298 niehospitalizowanych w tym okresie. Mimo rozbieżności w liczności badanych podgrup i niskie licznosci pacjentów hospitalizowanych, zdecydowano się porównać testowane grupy z wykorzystaniem analiz parametrycznych, z uwagi na ich wysoką moc statystyczną i dużą odporność na łamanie ich założeń (Francuz i Mackiewicz, 2007). W tym celu wykorzystano test t dla prób niezależnych. Analiza wykazała, że osoby hospitalizowane na przestrzeni 30 dni poprzedzających badanie wykazywały się istotnie wyższymi wynikami percepcji choroby jako korzyść i wyzwanie. Miary obu wspomnianych różnic wskazywały na występowanie wyłącznie niskich efektów. Pozostałe różnice nie były statystycznie istotne (zob. Tabela 5.12).

Tabela 5.11.

Związek zmiennych biomedycznych ze zmiennymi psychologicznymi

	Czas trwania choroby		Liczba diagnoz i zabiegów	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Poczucie sensu życia				
Obecność	<0,01	0,944	0,07	0,201
Poszukiwanie	<0,01	0,938	0,09	0,086
Zrozumienie	0,01	0,863	-0,01	0,842
Cel	-0,03	0,574	-0,05	0,407
Znaczenie	-0,02	0,722	-0,08	0,147
Percepcja choroby				
Zagrożenie	0,03	0,645	0,09	0,101
Korzyść	0,06	0,292	0,17	0,002
Przeszkoda/Strata	0,06	0,280	0,02	0,666
Wyzwanie	-0,09	0,112	0,14	0,010
Krzywda	-0,02	0,674	-0,05	0,358
Wartość	0,04	0,458	0,24	<0,001
Znaczenie	-0,06	0,264	-0,07	0,190
Odczuwany stres				
Wynik ogólny	0,04	0,429	-0,10	0,060
Radzenie sobie ze stresem				
Skoncentrowane na problemie	0,03	0,429	-0,01	0,897
Skoncentrowane na emocjach	<0,01	0,573	0,02	0,770
Skoncentrowane na znaczeniu	-0,01	0,935	0,07	0,218
Jakość życia				
Sfera somatyczna	-0,06	0,265	-0,04	0,509
Sfera psychiczna	0,05	0,408	-0,09	0,089
Sfera społeczna	0,02	0,652	0,07	0,186
Sfera środowiskowa	-0,06	0,253	<0,01	0,952
Subiektywny dobrostan				
Satysfakcja z życia	<0,01	0,971	0,03	0,635
Afekt pozytywny	-0,04	0,489	0,01	0,835
Afekt negatywny	0,04	0,413	-0,23	<0,001
Lęk przed COVID-19				
Wynik ogólny	-0,03	0,746	0,12	0,151

Uwaga: dla większości związków (*df* = 334); dla lęku przed COVID-19 (*df* = 150)

Tabela 5.12.

Różnice w poziomie badanych zmiennych z uwagi na hospitalizację

	Hospitalizacja		Brak hospitalizacji		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Poczucie sensu życia							
Obecność	5,38	1,29	5,26	1,29	0,53	0,598	0,09
Poszukiwanie	4,47	1,37	4,49	1,29	-0,06	0,954	0,01
Zrozumienie	5,39	1,18	5,28	1,27	0,54	0,590	0,10
Cel	5,87	1,17	5,57	1,25	1,41	0,159	0,25
Znaczenie	4,86	1,36	4,95	1,39	-0,36	0,717	0,06
Percepcja choroby							
Zagrożenie	3,54	0,95	3,71	0,92	-1,04	0,297	0,18
Korzyść	2,41	0,77	2,04	0,73	2,87	0,004	0,48
Przeszkoda/Strata	3,07	0,93	3,04	1,04	0,17	0,867	0,03
Wyzwanie	3,71	0,77	3,37	0,78	2,55	0,011	0,44
Krzywda	2,49	1,01	2,34	1,01	0,88	0,377	0,15
Wartość	3,03	0,91	2,72	0,96	1,91	0,057	0,34
Znaczenie	3,46	0,75	3,62	0,87	-1,08	0,281	0,20
Odczuwany stres							
Wynik ogólny	1,92	0,60	2,07	0,73	-1,24	0,216	0,23
Radzenie sobie ze stresem							
Skoncentrowane na problemie	3,42	0,80	3,34	0,73	0,58	0,560	0,10
Skoncentrowane na emocjach	3,32	0,87	3,30	0,68	0,13	0,898	0,02
Skoncentrowane na znaczeniu	3,39	0,79	3,32	0,80	0,46	0,645	0,08
Jakość życia							
Sfera somatyczna	3,24	0,54	3,38	0,60	-1,33	0,183	0,24
Sfera psychiczna	3,20	0,49	3,33	0,66	-1,15	0,251	0,22
Sfera społeczna	3,63	0,81	3,57	0,87	0,40	0,691	0,07
Sfera środowiskowa	3,39	0,57	3,49	0,62	-0,92	0,357	0,16
Subiektywny dobrostan							
Satysfakcja z życia	4,24	1,02	4,19	1,33	0,19	0,851	0,04
Afekt pozytywny	3,29	0,70	3,30	0,82	-0,09	0,927	0,02
Afekt negatywny	2,17	0,79	2,28	0,97	-0,70	0,484	0,13

Uwaga: df=334; nie dokonano porównania pod względem lęku przed COVID-19 z uwagi na zbyt małą liczbę próby; wyłącznie 6 pacjentów zrekrutowanych w czasie pandemii COVID-19 doświadczyło hospitalizacji na przestrzeni miesiąca przed przystąpieniem do badania

Tabela 5.13.

Różnice w poziomie badanych zmiennych z uwagi na stałą opiekę poradni kardiologicznej

	Opieka poradni		Brak opieki		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Poczucie sensu życia							
Obecność	5,29	1,26	5,09	1,59	0,81	0,417	0,14
Poszukiwanie	4,53	1,26	4,04	1,68	1,89	0,060	0,33
Zrozumienie	5,29	1,24	5,25	1,46	0,18	0,859	0,03
Cel	5,62	1,21	5,38	1,50	0,98	0,327	0,18
Znaczenie	4,95	1,35	4,76	1,70	0,70	0,486	0,12
Percepcja choroby							
Zagrożenie	3,73	0,88	3,29	1,23	2,39	0,018	0,41
Korzyść	2,11	0,73	1,85	0,80	1,74	0,083	0,33
Przeszkoda/Strata	3,05	1,02	2,90	1,13	0,74	0,460	0,14
Wyzwanie	3,45	0,74	2,96	1,06	3,16	0,002	0,53
Krzywda	2,37	1,00	2,20	1,10	0,83	0,405	0,16
Wartość	2,79	0,94	2,33	1,09	2,47	0,014	0,46
Znaczenie	3,63	0,83	3,35	1,12	1,65	0,100	0,29
Odczuwany stres							
Wynik ogólny	2,05	0,70	2,14	0,89	-0,69	0,493	0,12
Radzenie sobie ze stresem							
Skoncentrowane na problemie	3,36	0,74	3,26	0,77	0,68	0,500	0,13
Skoncentrowane na emocjach	3,33	0,70	3,02	0,67	2,21	0,028	0,44
Skoncentrowane na znaczeniu	3,35	0,78	3,08	0,92	1,76	0,079	0,32
Jakość życia							
Sfera somatyczna	3,37	0,60	3,35	0,54	0,13	0,900	0,03
Sfera psychiczna	3,33	0,64	3,17	0,68	1,22	0,223	0,23
Sfera społeczna	3,59	0,85	3,43	0,99	0,97	0,333	0,18
Sfera środowiskowa	3,49	0,61	3,36	0,64	1,05	0,295	0,20
Subiektywny dobrostan							
Satysfakcja z życia	4,22	1,27	3,97	1,62	0,97	0,333	0,17
Afekt pozytywny	3,31	0,79	3,13	0,99	1,13	0,258	0,20
Afekt negatywny	2,25	0,95	2,54	1,01	-1,58	0,115	0,30

Uwaga: *df*=334;

Finalnie sprawdzono czy bycie pod opieką poradni kardiologicznej będzie różnicowało w sposób istotny wyniki osób badanych. Z 336 przebadanych pacjentów z niewydolnością serca, wyłącznie 28 osoby nie były pod stałą opieką poradni kardiologicznej. Porównując je z grupą objętą opieką lekarza kardiologa wykazano, że osoby korzystające z usług poradni wykazywały się wyższymi wynikami percepcji choroby jako zagrożenie, wyzwanie oraz wartość, a także radzenia sobie skoncentrowanego na emocje. Z 4 opisanych istotnych wyników, 3 wykazywały się niską miarą efektu a 1 umiarkowaną. Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 5.13.

Wyniki dotyczące hospitalizacji i opieki kardiologicznej należy interpretować z bardzo dużą ostrożnością, z uwagi na niską liczbę osób hospitalizowanych na przestrzeni 30 dni poprzedzających badanie, a także nieobjętych opieką lekarza kardiologa. Na bazie zaobserwowanych wyników nie można stwierdzić, by zmienne związane z funkcjonowaniem pacjentów w sferze medycznej różnicowały wyniki poczucia sensu życia, percepcji choroby, stresu i radzenia sobie, jakości życia i dobrostanu badanych osób z niewydolnością serca. Również żadna z testowanych zmiennych socjodemograficznych nie okazała się znacząco kształtować poziomu badanych zmiennych psychologicznych. Z tego też powodu, w celu weryfikacji hipotez postanowiono traktować badaną próbę pacjentów z diagnozą I50 jako grupę homogeniczną, analizując jej wyniki całościowo.

5.3. Związki psychologicznych uwarunkowań choroby z jakością życia

Sformułowane hipotezy dotyczyły związków korelacyjnych i mediacyjnych pomiędzy zasobami sensu życia, percepcją choroby, stresem i radzeniem sobie, jakością życia oraz subiektywnym dobrostanem osób z niewydolnością serca. W poprzednich analizach statystycznych weryfikowano homogeniczność badanej próby i sprawdzano, czy zbadane zmienne socjodemograficzne, a także te związane z przebiegiem choroby, były związane z poziomem testowanych zmiennych psychologicznych. Nie zaobserwowano silnych związków i różnic w przypadku weryfikowanych zmiennych, dlatego też postanowiono dokonać weryfikacji hipotez traktując badaną próbę całościowo. Pełna macierz związków wszystkich testowanych zmiennych psychologicznych prezentowałaby aż 253 korelacji parami. Dlatego też w celu zwiększenia czytelności wyników, postanowiono zaprezentować je w paru etapach. W pierwszej kolejności zostaną zaprezentowane relacje zmiennych niezależnych

z potencjalnymi mediatorami – zaraportowana zostanie korelacja zasobów sensu życia, percepcji choroby i stresu, ze strategiami radzenia sobie zorientowanymi na problem, emocje i znaczenie. Następnie przedstawione zostaną związki testowanych zmiennych niezależnych i mediatorów z jakością życia w 4 sferach: somatycznej, psychicznej, społecznej i środowiskowej. Kolejno ukazać się związki poczucia sensu życia, percepcji choroby, stresu i radzenia sobie z miarami subiektywnego dobrostanu: satysfakcją z życia, afektem pozytywnym i afektem negatywnym. Interpretacja wyników i podsumowanie weryfikacji hipotez zostanie dokonana po zaprezentowaniu wszystkich macierzy korelacji. Weryfikowane zależności dwustronne zostaną poddane także analizie regresji, w celu weryfikacji, które z testowanych zmiennych stanowią najlepsze predyktory miar jakości życia i dobrostanu.

5.3.1. Relacje dwustronne w transakcji stresowej osób z niewydolnością serca

Aby zweryfikować występowanie związków dwustronnych pomiędzy zasobami sensu życia, percepcją choroby i odczuwanym stresem a stylami radzenia sobie, skorzystano z korelacji r Pearsona. Wykazano, że obecność sensu życia była dodatnio i umiarkowanie związana z wynikami trzech stylów radzenia sobie ze stresem: zorientowanych na problem, emocje oraz znaczenie. Poszukiwanie sensu życia było istotnie i dodatnio, lecz słabo związane wyłącznie ze stylem zorientowanym na emocje. W przypadku zrozumienia, celu i znaczenia sensu życia mierzonych kwestionariuszem MEMS, zaobserwowano istotne i umiarkowane relacje między testowanymi wymiarami sensu życia a radzeniem sobie zorientowanym na problem, emocje oraz znaczenie. Związki dotyczące relacji zasobów sensu życia i radzenia sobie są koherentne. Korelacja r Pearsona pokazała, że wraz ze wzrostem obecności, zrozumienia, celu i znaczenia sensu życia dochodziło do wzrostu wyników dotyczących radzenia sobie zorientowanego na problem, emocje oraz znaczenie, a miary efektów tych relacji wskazywały na występowanie związków umiarkowanych. Wyjątek stanowiła skala poszukiwania sensu życia, której to wyniki były związane wyłącznie ze stylem zorientowanym na emocje – im wyższe poszukiwanie sensu życia, tym wyższe wyniki stylu skoncentrowanego na emocjach (zob. Tabela 5.14).

Tabela 5.14.

Związek poczucia sensu życia, percepcji choroby i odczuwanego stresu z radzeniem sobie

	Radzenie sobie ze stresem skoncentrowane na					
	Problemie		Emocjach		Znaczeniu	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Poczucie sensu życia						
Obecność	0,44	<0,001	0,38	<0,001	0,49	<0,001
Poszukiwanie	0,02	0,705	0,12	0,024	0,05	0,321
Zrozumienie	0,43	<0,001	0,35	<0,001	0,47	<0,001
Cel	0,45	<0,001	0,34	<0,001	0,45	<0,001
Znaczenie	0,37	<0,001	0,37	<0,001	0,49	<0,001
Percepcja choroby						
Zagrożenie	-0,08	0,149	0,01	0,845	-0,07	0,188
Korzyść	-0,03	0,638	0,08	0,125	0,12	0,032
Przeszkoda/Strata	-0,11	0,036	-0,04	0,465	-0,13	0,015
Wyzwanie	0,23	<0,001	0,19	<0,001	0,33	<0,001
Krzywdą	-0,09	0,097	-0,02	0,684	-0,14	0,013
Wartość	0,09	0,083	0,12	0,023	0,38	<0,001
Znaczenie	-0,04	0,485	-0,02	0,734	-0,09	0,083
Odczuwany stres						
Wynik ogólny	-0,28	<0,001	-0,14	0,008	-0,31	<0,001

Następnie przeanalizowano relacje pomiędzy miarami percepcji choroby mierzonymi kwestionariuszem SOWC a radzeniem sobie. W tej części macierzy korelacji zaobserwowano znacznie mniej statystycznie istotnych związków. Wykazano, że percepcja choroby jako korzyść była dodatnio i słabo związana ze stylem zorientowanym na znaczenie. Postrzeganie własnej choroby jako przeszkoda/strata było ujemnie oraz słabo związane z wynikami dwóch stylów: skoncentrowanego na problemie oraz znaczeniu. Wyniki osób badanych dotyczące percepcji niewydolności serca jako wyzwanie były dodatnio związane ze wszystkimi testowanymi miarami radzenia sobie: zorientowanego na problem (efekt słaby), emocje (efekt słaby) oraz znaczenie (efekt umiarkowany). Odnotowano również istotną, ujemną i słabą korelację pomiędzy postrzeganiem choroby jako krzywda a radzeniem sobie zorientowanym na znaczenie. Percepcja choroby jako wartość była dodatnio i słabo związana z wynikami radzenia sobie skoncentrowanego na emocje, oraz dodatnio i umiarkowane z radzeniem sobie skoncentrowanym na znaczeniu. Postrzeganie choroby jako zagrożenie oraz jej znaczenie nie były związane w sposób istotny z jakimkolwiek wymiarem radzenia sobie. Dokładne dane

przedstawiono w Tabeli 5.14. Prezentowane wyniki oznaczają, że związek percepcji choroby i radzenia sobie nie jest jednoznaczny, lecz można zauważyć pewien trend – im wyższe wyniki wybranych miar pozytywnej percepcji choroby (jako wyzwanie, wartość i korzyść), tym wyższe wybrane wyniki radzenia sobie ze stresem. Z kolei wraz ze wzrostem negatywnego postrzegania własnej choroby (jako przeszkoda/strata, czy też krzywda) dochodziło do spadku wybranych wyników radzenia sobie. Miary wielkości efektów były zróżnicowane, a testowane związki wahały się między relacjami słabymi i umiarkowanymi. Pokazuje to potrzebę dokładniejszego zbadania relacji percepcji choroby i radzenia sobie.

Korelacja r Pearsona wykazała również istotne związki pomiędzy odczuwanym stresem a radzenie sobie zorientowanym na problem, emocje i znaczenie. Są one niezmiernie interesujące zarówno od strony teoretycznej jak i praktycznej. Wyniki skali PSS-10 były ujemnie związane z 3 wymiarami radzenia sobie ze stresem, skoncentrowanym na problemie (związek słaby), emocjach (związek słaby) i znaczenie (związek słaby). Pokazuje to, że im wyższy poziom stresu, tym niższe wyniki radzenia sobie ze stresem. Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 5.14. Wynik ten jest bardzo interesujący i ważny od strony praktyki i teorii. Oznacza on, że wraz ze wzrostem nasilenia odczuwanego stresu, osoby z niewydolnością serca rzadziej sięgają po psychologiczne style radzenia sobie ze stresem. Intuicyjnie wynik ten wydaje się być sprzeczny z przyjętymi teoriami radzenia sobie ze stresem, jednakże jest w nich głęboko osadzony i silnie związane z charakterystyką choroby jaką jest niewydolność serca. Kwestia ta zostanie omówiona szerzej w kolejnym rozdziale dotyczącym dyskusji prezentowanych wyników.

Zaprezentowana relacja wymiarów percepcji choroby i radzenia sobie wymaga dogłębniejszej analizy. Z tego też powodu, postanowiono obliczyć związki między tymi zmiennymi przy użyciu metody bayesowskiej. Tradycyjne podejście fisherowskie opiera się na raportowaniu wartości statystyki p . Jest ona ważną wskazówką przy decyzji na temat przyjęcia lub odrzucenia hipotezy alternatywnej, jednakże należy pamiętać, że jest silnie związana z wielkością badanej próby (Lakens, 2022). Bez miar siły efektów nie daje nam wystarczającej ilości informacji na temat weryfikacji sformułowanych hipotez. Mimo zastosowania miar wielkości efektów, podejście fisherowskie ma ważną limitację – nie pokazuje o ile razy hipotezy alternatywna jest bardziej prawdopodobna od hipotezy zerowej. Limitację tę uzupełnia właśnie podejście bayesowskie. Czynniki Bayesa (*Bayes factor*; BF) pozwala na wykazanie dowodu dotyczącego hipotezy zerowej (Schmalz i in., 2021). Służy do określenia, ile razy dana hipoteza (zerowa lub alternatywna) jest bardziej prawdopodobna od drugiej (Kurt,

2019), dlatego też postanowiono zweryfikować związek percepcji choroby i radzenia sobie przy użyciu przy użyciu bayesowskiej korelacji r Pearsona.

Jak wspomniano w poprzednim rozdziale, stosowanie analiz bayesowskich wymaga specyfikacji parametrów, które nie są konieczne do obliczenia wartości p , jak np. prawdopodobieństwo *a priori* (tzw. *prior*; zob. Schmalz i in., 2021). Z uwagi na nowatorski charakter weryfikowanego modelu, obliczenie tego wskaźnika było niemożliwe. Z tego też powodu zdecydowano się skorzystać z domyślnej wartości *prior* zawartej w analizach pakietu *jsq* (The JASP Team i in., 2021). Zgodnie z informacjami zawartymi w opisie metody prezentowanego projektu, podejście to jest teoretycznie uzasadnione (zob. van Doorn i in., 2021; van Ravenzwaaij i Wagenmakers, 2021). W Tabeli 5.15 zaprezentowano wyniki bayesowskiej korelacji r Pearsona. Przedstawia ona wartości współczynnika BF_{10} . Mówi on o tym, na ile dane lepiej potwierdzają hipotezę alternatywną od hipotezy zerowej. Tak jak w przypadku miar wielkości efektu stosowanych w analizach fisherowskich, istnieje wiele propozycji interpretacyjnych czynnika Bayesa. Najprostsze wytyczne prezentuje Kurt (2019), sugerując że: $BF_{10} > 1$ świadczy o występowaniu dowodu anegdotycznego na rzecz hipotezy alternatywnej; $BF_{10} > 3$ jest umiarkowanym dowodem na korzyść hipotezy alternatywnej; $BF_{10} > 20$ wskazuje na występowanie dowodu silnego. Zapis „e+x” oznacza, że przecinek powinien zostać przesunięty o „x” miejsc w prawo, czyli np. wartość 61,53 e+1 oznacza liczbę 615,30. Jest to zapis matematyczny ułatwiający raportowanie wyników w zwięzły sposób. Na podstawie zaprezentowanych wyników należy stwierdzić, że w przypadku radzenia sobie zorientowanego na problem i emocje, ważną rolę odgrywa wyłącznie percepcja choroby jako wyzwanie. Jeśli chodzi styl skoncentrowany na znaczenie, wystarczających dowodów dostarczają dane dotyczące percepcji choroby jako wartość i wyzwanie, a ocena choroby jako przeszkoda/strata i krzywda świadczą o występowaniu dowodu anegdotycznego. Wyniki te są zgodne z miarami sił efektu zaprezentowanymi w klasycznej fisherowskiej korelacji r Pearsona.

Tabela 5.15.

Wyniki bayesowskiej korelacji r Pearsona dla związku percepcji choroby z radzeniem sobie

	Radzenie sobie ze stresem skoncentrowane na		
	Problemie	Emocjach	Znaczeniu
	BF_{10}		
Percepcja choroby			
Zagrożenie	0,19	0,07	0,16
Korzyść	0,08	0,22	0,67
Przeszkoda/Strata	0,61	0,09	1,33
Wyzwanie	61,53 e+1	41,58	2,16 e+7
Krzywda	0,28	0,07	1,48
Wartość	0,30	0,88	9,05e+9
Znaczenie	0,09	0,07	0,30

Uwaga: zapis „e+x” oznacza, że przecinek powinien zostać przesunięty o „x” miejsc w prawo; $BF_{10} = 1 / BF_{01}$

Kontynuując analizę macierzy korelacji, przedstawiono związki pomiędzy zasobami sensu życia, percepcją choroby, odczuwanym stresem i radzeniem sobie a jakością życia w czterech sferach: somatycznej, psychicznej, społecznej i środowiskowej. W przypadku tej części macierzy, prezentowane wyniki są bardziej spójne. Wykazano, że obecność sensu życia była dodatnio i umiarkowanie związana ze jakością życia w sferze somatycznej i środowiskowej oraz silnie w sferze psychicznej i społecznej. W przypadku poszukiwania sensu, odnotowano istotną, ujemną i słaba relację wyłącznie z wynikami jakości życia w sferze środowiskowej. Podskala zrozumienia kwestionariusza MEMS była dodatnio i umiarkowanie związana ze sferami somatyczną, społeczną i środowiskową jakości życia oraz silnie ze sferą psychiczną. Identyczne zależności zaobserwowano w przypadku zasobu celu sensu życia. Znaczenie sensu mierzone kwestionariuszem MEMS było dodatnio i umiarkowanie skorelowane z wynikami somatycznej i społecznej jakości życia, a także silnie z wynikami tej w sferze psychicznej i środowiskowej. Reasumując zaprezentowane relacje zasobów sensu i jakości życia należy stwierdzić, że w większości przypadków relacja ta ma znamiona związku dodatniego i umiarkowanie-silnego. Wyjątek stanowi skala poszukiwania sensu życia, co jest zgodne z treściami teoretycznymi zaprezentowanymi w poprzednich rozdziałach niniejszej pracy. Wyniki pokazują, że im wyższe wyniki zasobów sensu, tym wyższa jakość życia pacjentów z niewydolnością serca (zob. Tabela 5.16). Relacje te są w pełni zgodne z przytoczonymi teoriami i wynikami badań empirycznych.

Tabela 5.16.

Korelacja poczucia sensu życia, percepcji choroby, stresu i radzenia sobie z jakością życia

	Jakość życia w sferze							
	Somatycznej		Psychicznej		Społecznej		Środowiskowej	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Poczucie sensu życia								
Obecność	0,43	<0,001	0,58	<0,001	0,50	<0,001	0,47	<0,001
Poszukiwanie	-0,05	0,360	-0,05	0,334	-0,06	0,272	-0,11	0,047
Zrozumienie	0,41	<0,001	0,57	<0,001	0,42	<0,001	0,45	<0,001
Cel	0,45	<0,001	0,58	<0,001	0,43	<0,001	0,46	<0,001
Znaczenie	0,34	<0,001	0,57	<0,001	0,44	<0,001	0,50	<0,001
Percepcja choroby								
Zagrożenie	-0,39	<0,001	-0,28	<0,001	-0,21	<0,001	-0,34	<0,001
Korzyść	-0,17	0,001	-0,05	0,389	<0,01	0,935	-0,10	0,061
Przeszkoda/Strata	-0,50	<0,001	-0,37	<0,001	-0,32	<0,001	-0,43	<0,001
Wyzwanie	0,05	0,353	0,14	0,013	0,09	0,120	0,07	0,191
Krzywda	-0,39	<0,001	-0,32	<0,001	-0,25	<0,001	-0,33	<0,001
Wartość	-0,03	0,574	0,14	0,013	0,18	0,001	0,09	0,114
Znaczenie	-0,26	<0,001	-0,20	<0,001	-0,16	0,004	-0,22	<0,001
Odczuwany stres								
Wynik ogólny	-0,42	<0,001	-0,51	<0,001	-0,40	<0,001	-0,43	<0,001
Radzenie sobie ze stresem								
Skoncentrowane na problemie	0,25	<0,001	0,38	<0,001	0,24	<0,001	0,25	<0,001
Skoncentrowane na emocjach	0,18	0,001	0,28	<0,001	0,16	0,003	0,18	0,001
Skoncentrowane na znaczeniu	0,20	<0,001	0,39	<0,001	0,26	<0,001	0,30	<0,001

Obliczone związki miar percepcji choroby i jakości życia również są teoretycznie spójne. Wykazano, że ocena choroby jako zagrożenie była ujemnie i umiarkowanie związana z wynikami jakości życia w sferze somatycznej i środowiskowej oraz słabo w sferze psychicznej i społecznej. Postrzeganie przez pacjentów niewydolność serca jako korzyść było ujemnie i słabo związane wyłącznie ze sferą somatyczną kwestionariusz WHOQOL-BREF. Wyniki percepcji choroby jako przeszkoda/strata były ujemnie i silnie związane z jakością życia w sferze somatycznej oraz ujemnie i umiarkowanie z pozostałymi jej sferami. Co więcej, wraz ze wzrostem wyników podskali oceny własnej choroby jako wyzwania, dochodziło do wzrostu wyniku jakości życia w sferze psychicznej (efekt słaby). Bardziej spójnych wniosków dostarcza analiza percepcji choroby jako krzywda – wyniki tej podskali były ujemnie i umiarkowanie związane ze trzema mierzonymi wymiarami jakości życia, a słabo z wymiarem

tej w sferze społecznej. Postrzeganie niewydolności jako wartość było dodatnio i słabo związane wyłącznie z jakością życia w sferze psychicznej i społecznej. Jeśli chodzi o skalę kontrolną SOWC, to znaczenie oceny własnej choroby było ujemnie i słabo związane z jakością życia w sferze somatycznej, psychicznej, społecznej oraz środowiskowej. Relacje percepcji choroby z jakością życia pokazują wprost, że im wyższa pozytywna percepcja choroby i niższa negatywna ocena swojego stanu zdrowia, tym lepsza jakość życia. Większa ilość statystycznie istotnych relacji występowała między negatywną percepcją choroby a jakością życia. Również miary siły efektu pokazują, że percepcja choroby jako zagrożenie, przeszkoda/strata, krzywda oraz znaczenie były silniej związane z miarami jakości życia niż ocena własnej choroby jako korzyść, wyzwanie czy też wartość. Wynik ten nie jest zaskakujący z uwagi na charakter niewydolności serca, która stanowi ostatnie stadium chorób serca, często poprzedzającym śmierć pacjenta. Informacji tej zostanie poświęcona szczególna uwaga w sekcji dyskusji niniejszej pracy.

Bardzo ważnych wyników dostarczają również wyniki korelacji poświęcone związkom stresu i radzenia sobie z jakością życia osób z diagnozą I50. Korelacja r Pearsona pokazała, że odczuwany stres był ujemnie i silnie związany z jakością życia psychicznego, a także umiarkowanie z tą w sferach somatycznej, społecznej i środowiskowej. Oznacza to, że im większe nasilenie stresu, tym mniejsze wyniki jakości życia w badanych czterech sferach. Jeśli chodzi radzenie sobie ze stresem, to styl zorientowane na problem był dodatnio i umiarkowanie związany z jakością życia w sferze psychicznej, a słabo z pozostałymi miarami WHOQOL-BREF. Radzenie sobie ze stresem skoncentrowane na emocjach było dodatnio i słabo związane z jakością życia we wszystkich mierzonych wymiarach. Ponadto, styl zorientowany na znaczenie był dodatnio i umiarkowanie związany z jakością życia w sferze psychicznej i środowiskowej, a słabo z tą w wymiarach somatycznym i społecznym. Tak jak wskazywała na to teoria, prezentowane wyniki oznaczają, że im wyższe wyniki radzenia sobie ze stresem, tym lepsza jakość życia we wszystkich mierzonych sferach. Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 5.16.

Tabela 5.17.

Zależność poczucia sensu życia, percepcji choroby, odczuwanego stresu radzenia sobie z wynikami dotyczącymi subiektywnego dobrostanu

	Subiektywny dobrostan					
	Satysfakcja z życia		Afekt pozytywny		Afekt negatywny	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Poczucie sensu życia						
Obecność	0,54	<0,001	0,53	<0,001	-0,45	<0,001
Poszukiwanie	-0,11	0,048	0,02	0,772	0,11	0,036
Zrozumienie	0,55	<0,001	0,49	<0,001	-0,36	<0,001
Cel	0,54	<0,001	0,56	<0,001	-0,37	<0,001
Znaczenie	0,56	<0,001	0,48	<0,001	-0,34	<0,001
Percepcja choroby						
Zagrożenie	-0,26	<0,001	-0,26	<0,001	0,39	<0,001
Korzyść	0,10	0,060	-0,02	0,741	-0,01	0,906
Przeszkoda/Strata	-0,36	<0,001	-0,36	<0,001	0,43	<0,001
Wyzwanie	0,15	0,006	0,19	<0,001	-0,10	0,082
Krzywda	-0,30	<0,001	-0,31	<0,001	0,42	<0,001
Wartość	0,19	<0,001	0,17	0,002	-0,19	<0,001
Znaczenie	-0,22	<0,001	-0,22	<0,001	0,42	<0,001
Odczuwany stres						
Wynik ogólny	-0,53	<0,001	-0,50	<0,001	0,65	<0,001
Radzenie sobie ze stresem						
Skoncentrowane na problemie	0,28	<0,001	0,51	<0,001	-0,20	<0,001
Skoncentrowane na emocjach	0,22	<0,001	0,38	<0,001	-0,10	0,064
Skoncentrowane na znaczeniu	0,35	<0,001	0,52	<0,001	-0,26	<0,001

W ostatnim kroku weryfikacji hipotez korelacyjnych posłużono się analizą *r* Pearsona, w celu zobrazowania związku zasobów sensu życia, percepcji choroby, stresu i radzenia sobie z subiektywnym dobrostanem mierzonym jako satysfakcja z życia oraz nasilenie afektu pozytywnego i negatywnego. Analiza wykazała, że obecność sensu życia była dodatnio i silnie związana z wynikami satysfakcji z życia i afektu pozytywnego oraz ujemnie i umiarkowanie z natężeniem negatywnego afektu. Z kolei poszukiwanie sensu życia było słabo i ujemnie związane z wynikami skali SWLS oraz słabo i dodatnio z wynikami dotyczącymi natężenia odczuwanych negatywnych emocji. Ciekawych i spójnych wniosków dostarcza również analiza dotycząca podskal kwestionariusza MEMS. Zrozumienie było związane dodatnio z wynikami satysfakcji z życia (efekt silny) i afektu pozytywnego (efekt umiarkowany) oraz

ujemnie z nasileniem negatywnego afektu (efekt umiarkowany). Podobne relacje zaobserwowano w przypadku zasobu celu sensu życia, był on dodatnio i silnie związany z wynikami skali SWLS oraz afektem pozytywnym a ujemnie i umiarkowanie z nasileniem negatywnych emocji. Również znaczenie sensu życia było ważnym korelatem subiektywnego dobrostanu. Ta podskala MEMS była silnie i dodatnio związana z wynikami traktującymi o satysfakcji z życia i pacjentów z niewydolnością serca. Co więcej, podskala znaczenia sensu była dodatnio i umiarkowanie związana również z nasileniem pozytywnych emocji, a negatywnie i umiarkowanie z natężeniem tych negatywnych. Reasumując zaprezentowane relacje zasobów sensu i subiektywnego dobrostanu należy stwierdzić, że zaprezentowane podstawy teoretyczne były trafne. Wyniki wyraźnie pokazują, że wraz ze wzrostem wyników zasobów sensu dochodziło do wzrostu satysfakcji z życia i afektu pozytywnego, a także spadku negatywnego afektu. Wyjątek stanowi podskala MLQ dotycząca poszukiwania sensu życia, która zgodnie z teorią, powinna być ujemnie związana z nasileniem subiektywnego dobrostanu. Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 5.17.

Związki percepcji choroby z natężeniem subiektywnego dobrostanu były bardzo podobne do tych zaobserwowanych w przypadku tabelki poświęconej czterem wymiarom jakości życia. Percepcja choroby jako zagrożenie była ujemnie i słabo związana z wynikami satysfakcji z życia i pozytywnego afektu. Co więcej, ocena niewydolności serca jako zagrożenie była również dodatnio i umiarkowanie związana z natężeniem negatywnych emocji. Podskal korzyści kwestionariusza SOWC nie była statystycznie związana z jakąkolwiek badaną zmienną mierzącą subiektywny dobrostan. Korelacja r Pearsona pokazała również, że percepcja choroby jako przeszkoda/strata była ujemnie i umiarkowanie związana z pozytywnymi wymiarami subiektywnego dobrostanu, a dodatnio z nasileniem negatywnych emocji. Zaobserwowano także, że percepcja choroby jako wyzwanie wiązała się słabo i dodatnio z wynikami skali SWLS i natężeniem pozytywnych emocji. Relacje o umiarkowanej sile zaobserwowano także w przypadku oceny własnej choroby jako krzywda: podskala ta była ujemnie wiązana z wynikami poświęconymi satysfakcji z życia i afektu pozytywnego, a dodatnio z nasileniem negatywnego afektu. Co więcej, percepcja choroby jako wartość wiązała się dodatnio i słabo z wynikami pozytywnych sfer subiektywnego afektu, a także dodatnio i ujemnie z nasileniem negatywnych emocji. Podskala kontrolna SOWC dotycząca znaczenia percepcji choroby była związana w sposób ujemny i słaby z satysfakcją z życia i afektem pozytywnym, a także dodatnio i umiarkowanie z nasileniem negatywnego afektu (zob. Tabela 5.17). Próbując podsumować zaprezentowane wyniki korelacji należy stwierdzić, że w większości przypadków pozytywna percepcja choroby była dodatnio związana

z subiektywnym dobrostanem, zaś relacja negatywnej percepcji choroby z miarami SWB miała znamiona relacji ujemnej. Oznacza to, że im większe nasilenie pozytywnej oceny własnej choroby, tym wyższe wyniki satysfakcji z życia i afektu pozytywnego oraz niższe negatywnych emocji. Analogicznie, wraz ze wzrostem negatywnej percepcji choroby dochodziło do pogorszenia subiektywnego dobrostanu. Analizując zaprezentowane w Tabeli 5.17 miary wielkości efektu należy zaznaczyć, że relacja percepcji choroby i subiektywnego dobrostanu przypominała tą opisującą zależności z miarami WHOQOL-BREF, gdyż negatywna percepcja choroby była silniej związana z subiektywnym dobrostanem badanych osób z niewydolnością serca niż ta pozytywna.

W finalnym kroku analizy macierzy korelacji sprawdzono, w jaki sposób odczuwany stres i style radzenia sobie ze stresem są związane z wybranymi miarami subiektywnego dobrostanu. Wyniki dotyczące skali PSS-10 pokazują, że odczuwany stres był silnie i ujemnie związany z satysfakcją z życia i pozytywnym afektem. Co więcej, nasilenie odczuwanego stresu było ponadto dodatnio i silnie związane z natężeniem negatywnych emocji. Ciekawych wyników dostarcza również analiza wyników poświęcona radzeniu sobie ze stresem. Wykazano, że styl skoncentrowany na problemie był dodatnio i słabo związany z wynikami satysfakcji z życia, jednakże silnie z natężeniem afektu pozytywnego. Wyniki poświęcone stylowi zorientowanemu na problem były także słabo i ujemnie związane z natężeniem negatywnego afektu badanej próby osób z niewydolnością serca. Jeśli chodzi o styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach, to jego wyniki były dodatnio związane z tymi poświęconymi satysfakcji z życia (efekt słaby) oraz afektu pozytywnego (efekt umiarkowany). Z kolei styl zorientowane na znaczenie był dodatnio i umiarkowanie związany z wynikami satysfakcji z życia, dodatnio i silnie z afektem pozytywnym oraz ujemnie i słabo z natężeniem negatywnych emocji. Oznacza to, że im wyższe wyniki radzenia sobie, tym wyższy subiektywny dobrostan. Zaprezentowane relacje pokazują, że radzenie sobie skoncentrowane na problemie, emocjach oraz znaczeniu było najsilniej związane z natężeniem pozytywnego afektu (zob. Tabela 5.17).

5.3.2. Weryfikacja predykcyjnej roli uwarunkowań choroby kardiologicznej

Sformułowane hipotezy korelacyjnej dotyczyły związków dwustronnych pomiędzy zasobami sensu życia, percepcją choroby i odczuwanym stresem a jakością życia i subiektywnym dobrostanem pacjentów z niewydolnością serca. Zgodnie z przedstawionym

wstępem teoretycznym postanowiono również zweryfikować, czy zasoby sensu życia, percepcja choroby i odczuwany stres będą stanowiły predyktory badanych zmiennych zależnych. W tym celu postanowiono zastosować analizę regresji wielorakiej. W przypadku regresji wielorakich opartych na zmiennych ilościowych, możemy zastosować wiele ich wariantów, m.in.: zwykłą regresję wieloraką z wieloma predyktorami, regresję hierarchiczną, czy też regresję krokową (postępującą albo wsteczną). Regresja hierarchiczna jest modelem wymagającym silnego uzasadnienia teoretycznego. Pozwala na wprowadzenie predyktorów w osobnych krokach, w celu weryfikacji, jak będą zmieniały się właściwości testowanego modelu po uwzględnieniu dodatkowych czynników. W przypadku regresji hierarchicznej, kolejność wprowadzanych predyktorów musi być uzasadniona teoretycznie (Field, 2013; Francuz i Mackiewicz, 2007; Hair i in., 2019). Zastosowanie wielu miar o różnym podłożu teoretycznym uniemożliwia określenie kolejności wprowadzania predyktorów do modelu. Dlatego w niniejszym projekcie badawczym postanowiono zastosować analizę regresji krokowej. Posiada ona dwa warianty: postępujący i wsteczny. Regresja krokowa postępująca buduje model w sposób rosnący, dodając do niego kolejne predyktory. Metoda ta pozwala wyłonić jak najwięcej statystycznie istotnych predyktorów zmiennej zależnej. Regresja krokowa wsteczna w pierwszym kroku weryfikuje rolę wszystkich predyktorów, eliminując te najłabsze w kolejnych krokach. Pozwala to na wyłonienie wyłącznie najlepszych predyktorów zmiennej zależnej (Field, 2013; Francuz i Mackiewicz, 2007; Hair i in., 2019).

Z perspektywy implikacji praktycznych, najlepszym byłoby wyłonienie wyłącznie najważniejszych predyktorów, odpowiadających za największy procent wariacji badanych zmiennych wyjaśnianych. Z tego też powodu zdecydowano o wykorzystaniu regresji krokowej wstecznej. Jej wyniki wsparło dodatkowo miarą wielkości efektu f^2 Cohena (Cohen, 1988; Tomczak i Tomczak, 2014). Do obliczenia statystyki f^2 Cohena wykorzystuje się współczynnik determinacji R^2 . Mówi on o tym, jaki procent wariacji zmiennej zależnej wyjaśniany jest przez testowane predyktory. Statystyka f^2 Cohena jest lepszym źródłem informacji na temat miar efektu w testowanych modelach regresji, gdyż posiada ona wytyczne interpretacyjne. Cohen (1988) proponuje następujące przedziały: efekt słaby dla $f^2 > 0,02$; efekt umiarkowany dla $f^2 > 0,15$; efekt silny dla $f^2 > 0,35$. Testowania modeli predykcyjnych dokonano w 3 etapach. Sprawdzone, które zmienne niezależne będą stanowiły najlepsze predyktory (1) stylów radzenia sobie ze stresem, (2) jakości życia oraz (3) subiektywnego dobrostanu pacjentów z niewydolnością serca. Do modelu wprowadzono wyłącznie zmienne, który były związane w sposób statystycznie istotny ze zmienną zależną, na podstawie zaprezentowanych wcześniej

macierzy korelacji. W zaprezentowanych poniżej tabelach zdecydowano się wykazać wyłącznie ostatni krok każdej analizy, z pominięciem predyktorów statystycznie nieistotnych.

Tabela 5.18.

Regresja krokowa wsteczna predyktorów radzenia sobie

Radzenie skoncentrowane na problemie					
$F(2; 333) = 50,04; p < 0,001; R^2 = 0,23; f^2 = 0,30$					
	β	SE	b	t	p
Poczucie sensu życia					
Obecność	0,23	0,07	0,35	3,40	0,001
Cel	0,29	0,07	0,74	4,22	< 0,001
Radzenie skoncentrowane na emocjach					
$F(3; 332) = 27,12; p < 0,001; R^2 = 0,20; f^2 = 0,25$					
	β	SE	b	t	p
Poczucie sensu życia					
Obecność	0,25	0,07	0,30	3,80	0,001
Cel	0,18	0,05	0,20	3,43	< 0,001
Znaczenie	0,22	0,07	0,41	3,35	< 0,001
Radzenie skoncentrowane na znaczeniu					
$F(3; 332) = 64,84; p < 0,001; R^2 = 0,37; f^2 = 0,59$					
	β	SE	b	t	p
Poczucie sensu życia					
Obecność	0,25	0,06	0,41	4,32	< 0,001
Znaczenie	0,28	0,06	0,69	4,77	< 0,001
Percepcja choroby					
Wartość	0,29	0,04	0,52	6,46	< 0,001

W Tabeli 5.18 zaprezentowano wyniki analizy regresji krokowej wstecznej, gdzie zmiennymi zależnymi były badane style radzenia sobie ze stresem. Wykazano, że obecność sensu życia i podskala celu MEMS stanowiły dodatnie predyktory radzenia sobie skoncentrowanego na problemie. Prezentowane wartości współczynników standaryzowanych pozwalają stwierdzić, że cel sensu życia był najważniejszym predyktorem stylu zorientowanego na problemie. Współczynnik determinacji wykazał, że obecność i cel sensu życia odpowiadały za 23% wariacji radzenia sobie zorientowanego na problem, a miara siły efektu sugeruje, procent ten świadczy o umiarkowanym efekcie. Analiza regresji krokowej wstecznej wykazała również, że obecność cel i znaczenie sensu życia stanowiły najlepsze i dodatnie predyktory radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach. Za największy procent wariacji zmiennej zależnej odpowiadała obecność sensu życia. Cały model wyjaśniał 20%

wariancji wyników stylu skoncentrowanego na emocjach, co świadczy o występowaniu umiarkowanego efektu. Jeśli chodzi zaś o radzenie sobie zorientowane na znaczenie, to uzyskane wyniki pokazały, że obecność i znaczenie sensu życia, a także percepcja choroby jako wartość były najlepszymi jej predyktorami. Wspomniane trzy predyktory miały kierunek dodatni. Model ten wyjaśniał 37% wariancji wyników radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach (efekt silny). Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 5.18. Próbuąc podsumować ogólnie prezentowane wyniki należy stwierdzić, że miary poczucia sensu życia stanowiły najważniejszy predyktory radzenia sobie wśród badanej próby osób pacjentów z niewydolnością serca.

W kolejnym kroku przetestowano, które zmienne będą stanowiły najważniejsze predyktory testowanych sfer jakości życia osób z niewydolnością serca. W tym celu ponownie zastosowano analizę regresji krokowej wstecznej. Zaobserwowano, że cel sensu życia i percepcja choroby jako przeszkoda/strata stanowiły najlepsze istotne predyktory jakości życia w sferze somatycznej. Ocena własnej choroby jako przeszkoda/strata była jej ujemnym predyktorem, wyjaśniając większy procent wariancji niż cel sensu życia (dodatni predyktor). Cały model wyjaśniał 35% wariancji wyników zmiennej zależnej, co wskazuje na występowanie silnego efektu. Bardziej rozbudowany model uzyskano dla jakości życia w sferze psychicznej. Potwierdzono, że cel i znaczenie sensu życia stanowiły jej najlepsze dodatnie predyktory, a percepcja choroby jako krzywda i odczuwany stres były ujemnie z nią związane. Współczynnik determinacji pokazał, że testowane predyktory były odpowiedzialne za 48% zmienności wyników jakości życia w sferze psychicznej, a miara efektu f^2 Cohena podkreśla występowanie silnej zależności.

Obecność sensu życia i percepcja choroby jako przeszkoda/strata stanowiły kolejne dodatni i ujemny predyktor jakości życia w sferze społecznej. Na podstawie wielkości współczynników standaryzowanych należy uznać, że podskala MEMS była odpowiedzialna za większy procent wariancji niż podskala SOWC. Cały model wyjaśniał 28% wariancji wyników jakości życia w sferze społecznej. Wskazuje to na występowanie silnego efektu. Co więcej, wykazano również, że znaczenie sensu życia (relacja dodatnia), percepcja choroby jako przeszkoda/strata (relacja ujemna) oraz odczuwany stres stanowiły najważniejszy predyktory jakości życia w sferze środowiskowej. Na podstawie wielkości miary R^2 należy stwierdzić, że model ten był odpowiedzialny za 36% zmienności wyników zmiennej zależnej, co według miary f^2 Cohena wskazuje na występowanie silnego efektu. Za największy procent wariancji jakości życia w sferze środowiskowej była odpowiedzialna skala znaczenia sensu życia. Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 5.19. Podsumowując należy stwierdzić, że w 3 z 4

testowanych modeli to wymiary poczucia sensu życia okazały się być najlepszymi predyktorami podskal WHOQOL-BREF. Wyjątek stanowiła jakość życia w sferze somatycznej, gdzie to podskala przeszkoda/strata kwestionariusza SOWC odgrywała największą rolę predykcyjną.

Tabela 5.19.

Regresja krokowa wsteczna predyktorów miar jakości życia

Jakość życia w sferze somatycznej					
$F(2; 333) = 89,15; p < 0,001; R^2 = 0,35; f^2 = 0,54$	β	SE	b	t	p
Poczucie sensu życia					
Cel	0,33	0,05	0,37	7,17	< 0,001
Percepcja choroby					
Przeszkoda/Strata	-0,40	0,05	-0,20	-8,68	< 0,001
Jakość życia w sferze psychicznej					
$F(4; 331) = 75,85; p < 0,001; R^2 = 0,48; f^2 = 0,92$	β	SE	b	t	p
Poczucie sensu życia					
Cel	0,27	0,05	0,28	5,13	< 0,001
Znaczenie	0,28	0,05	0,26	5,24	< 0,001
Percepcja choroby					
Krzywda	-0,14	0,04	-0,08	-3,33	0,001
Odczuwany stres					
Wynik ogólny	-0,23	0,05	-0,13	-4,97	< 0,001
Jakość życia w sferze społecznej					
$F(2; 333) = 65,86; p < 0,001; R^2 = 0,28; f^2 = 0,39$	β	SE	b	t	p
Poczucie sensu życia					
Obecność	0,44	0,05	0,18	9,20	< 0,001
Percepcja choroby					
Przeszkoda/Strata	-0,20	0,05	-0,06	-4,06	< 0,001
Jakość życia w sferze środowiskowej					
$F(3; 332) = 63,54; p < 0,001; R^2 = 0,36; f^2 = 0,56$	β	SE	b	t	p
Poczucie sensu życia					
Znaczenie	0,36	0,05	0,42	7,35	< 0,001
Percepcja choroby					
Przeszkoda/Strata	-0,26	0,05	-0,15	-5,29	< 0,001
Odczuwany stres					
Wynik ogólny	-0,17	0,05	-0,12	-3,39	0,001

Tabela 5.20.

Regresja krokowa wsteczna predyktorów subiektywnego dobrostanu

Satysfakcja z życia					
$F(3; 332) = 88,34; p < 0,001; R^2 = 0,44; f^2 = 0,79$					
	β	SE	b	t	p
Poczucie sensu życia					
Cel	0,21	0,06	0,37	3,86	< 0,001
Znaczenie	0,30	0,05	0,47	5,58	< 0,001
Odczuwany stres					
Wynik ogólny	-0,31	0,05	-0,28	-6,60	< 0,001
Afekt pozytywny					
$F(4; 331) = 75,86; p < 0,001; R^2 = 0,48; f^2 = 0,92$					
	β	SE	b	t	p
Poczucie sensu życia					
Cel	0,28	0,05	0,60	5,75	< 0,001
Percepcja choroby					
Przeszkoda/Strata	-0,14	0,04	-0,14	-3,27	0,001
Odczuwany stres					
Wynik ogólny	-0,23	0,05	-0,26	-4,92	< 0,001
Radzenie sobie					
Skoncentrowane na problemie	0,30	0,05	0,26	6,79	< 0,001
Afekt negatywny					
$F(3; 332) = 102,87; p < 0,001; R^2 = 0,48; f^2 = 0,92$					
	β	SE	b	t	p
Percepcja choroby					
Krzywda	0,26	0,04	0,35	6,03	< 0,001
Wartość	-0,13	0,04	-0,22	-3,22	0,001
Odczuwany stres					
Wynik ogólny	0,54	0,04	0,72	12,50	< 0,001

Ciekawych wyników dostarcza również analiza dotycząca miar subiektywnego dobrostanu. Wykazano, że cel i znaczenie sensu życia oraz odczuwany stres były najważniejszymi predyktorami satysfakcji z życia. Miary MEMS stanowiły dodatnie predyktory skali SWLS, a wynik PSS-10 był jej negatywnym predyktorem. Cały model wyjaśniał aż 44% wariacji zmiennej zależnej, co wskazuje na występowanie silnego efektu. Za najwyższy procent zmienności satysfakcji z życia była odpowiedzialna miara odczuwanego stresu. Analiza regresji krokowej wstecznej dla afektu pozytywnego jako zmiennej zależnej wykazała największą ilość statystycznie istotnych predyktorów. Okazało się, że cel sensu życia i radzenie sobie skoncentrowane na problemie stanowiły dodatnie predyktory afektu

pozytywnego. Z kolei percepcja choroby jako przeszkoda/strata i poziom odczuwanego stresu stanowiły najważniejsze ujemne predyktory natężenia pozytywnych emocji. Cały model wyjaśniał 48% wariancji wyników zmiennej zależnej, a za jej największy procent było odpowiedzialne radzenie sobie zorientowane na problem. Uzyskana miara f^2 Cohena wskazuje na występowanie silnego efektu.

Z kolei w przypadku nasilenia negatywnych emocji zaobserwowano, że percepcja choroby jako krzywda (predyktor dodatni), wartość (ujemny) oraz odczuwany stres dodatni) stanowiły najważniejsze predyktory afektu negatywnego. Za największy procent wyjaśnianej wariancji były odpowiedzialne wyniki skali PSS-10. Cały model wyjaśniał aż 48% zmienności nasilenia negatywnych emocji, co wskazuje na występowanie silnego efektu. Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 5.20. Podsumowując zaprezentowane wyniki należy stwierdzić, że w do najważniejszych predyktorów subiektywnego dobrostanu należał poziom odczuwanego stresu (dla satysfakcji z życia i afektu negatywnego) i radzenia sobie z nim w stylu skoncentrowany na problemie (dla afektu pozytywnego).

Zaprezentowane wyniki serii regresji krokowych wstecznych dostarczają wartościowych wyników uzupełniających przedstawione wcześniej analizy korelacyjne. Korelacje wykazuje relacje dwustronne, testowane wyłącznie parami. Jednostronne analizy regresyjne pozwalają na obliczenie wartości współczynników przy uwzględnieniu roli innych zmiennych zawartych w modeli. Pozwala to na lepsze oszacowanie roli testowanych zmiennych. Co więcej, regresja krokowa w formie wstecznej pozwala na wyłonienie wyłącznie najważniejszych predyktorów zmiennych zależnych, co jest niezmiernie wartościowe od strony praktycznej, gdyż nie powinno nam zależeć na wykazaniu jak największej ilości statystycznie istotnych relacji, a tych które zasługują na szczególną uwagę. Zaprezentowane wyniki pokazały, że w zależności od testowanej zmiennej zależnej, hierarchia predykcyjna badanych uwarunkowań choroby jest inna. Dla testowanych stylów radzenia sobie ze stresem, to wybrany zasoby sensu życia stanowiły najlepsze ich predyktory. W przypadku badanych czterech sfer jakości życia, zauważono podobną relację. Wyjątek stanowiła sfera somatyczna jakości życia, gdzie to percepcja choroby jako przeszkoda/strata odgrywała najważniejszą rolę. Zaś przy analizie miar subiektywnego dobrostanu wykazano, że odczuwany stres jest najważniejszym predyktorem satysfakcji z życia i afektu negatywnego, a radzenie sobie skoncentrowane problemie było odpowiedzialne za największy procent wariancji nasilenia negatywnych emocji.

Tabela 5.21.

Podsumowanie weryfikacji hipotez na podstawie analiz korelacyjnych i regresyjnych

Hipoteza	Potwierdzenie
H1 Obecność, zrozumienie, cel i znaczenie sensu życia są dodatnio związane z jakością życia, satysfakcją z życia i pozytywnym afektem osób z niewydolnością serca	Pełne
H2 Im wyższe poszukiwanie sensu życia, tym niższa jakość życia, satysfakcja z życia i afekt pozytywny osób z diagnozą I50	Częściowe
H3 Im wyższy poziom obecności, zrozumienia, celu i znaczenia sensu życia osób z diagnozą I50, tym mniejsze nasilenie ich negatywnego afektu	Pełne
H4 Wyższy poziom poszukiwania sensu życia jest związany z większym nasileniem negatywnego afektu osób z diagnozą I50	Pełne
H7 Pozytywna percepcja choroby jest dodatnio związana z jakością życia, satysfakcją z życia i pozytywnym afektem osób z niewydolnością serca	Częściowe
H8 Im wyższa pozytywna percepcja choroby, tym niższe nasilenie negatywnego afektu osób z diagnozą I50	Częściowe
H9 Negatywna percepcja choroby jest ujemnie związana z jakością życia, satysfakcją z życia i pozytywnym afektem osób z niewydolnością serca	Pełne
H10 Im wyższa negatywna percepcja choroby, tym wyższe nasilenie negatywnego afektu osób z diagnozą I50	Pełne
H13 Odczuwany stres jest ujemnie związany z jakością życia, satysfakcją z życia i pozytywnym afektem osób z niewydolnością serca	Pełne
H14 Im wyższy poziom odczuwanego stresu osób z diagnozą I50, tym wyższe nasilenie ich negatywnego afektu	Pełne

Przedstawione powyżej analizy pozwalają dokonać weryfikacji sformułowanych hipotez na temat związków korelacyjnych. Sformułowano 10 hipotez dotyczących związków zasobów sensu życia, percepcji choroby i stresu z jakością życia i subiektywnym dobrostanem pacjentów z niewydolnością serca. W pełni potwierdzono 7 z 10 sformułowanych hipotez korelacyjnych, a 3 zostały potwierdzone częściowo. Obserwowane wyniki nie sugerowały odrzucenia jakiegokolwiek hipotezy alternatywnej (zob. Tabela 5.21). Wykazano, że zasoby sensu życia w 4 wymiarach (obecność, zrozumienie, cel i znaczenie) były dodatnio związane z wynikami jakości życia, satysfakcji z życia i afektu pozytywnego osób z niewydolnością serca, a także negatywnie z wynikami nasilenia negatywnych emocji. Co więcej, wykazano że cel sensu życia stanowił istotny predyktor jakości życia w sferze somatycznej i psychicznej, a także satysfakcji z życia i afektu pozytywnego. Również znaczenie sensu życia pełniło rolę istotnego predyktora jakości życia w sferze psychicznej i środowiskowej, a także satysfakcji

z życia. Z kolei obecność sensu życia stanowiła istotny predyktor jakości życia w sferze społecznej. Pozwala to uznać Hipotezy H1 oraz H3 za potwierdzone w pełni. Co więcej, zaobserwowano negatywną relację poszukiwania sensu życia z miarami jakością życia w sferze środowiskowej i satysfakcją z życia. Dzięki temu wykazano, że Hipoteza H2 została potwierdzona wyłącznie częściowo. Wyniki podskali poszukiwania kwestionariusza MLQ były również dodatnio związane z wynikami dotyczącymi negatywnego afektu. Na tej podstawie należy uznać Hipotezę H4 za w pełni potwierdzoną. Hipotezy H7 oraz H8 dotyczyły relacji pomiędzy pozytywną percepcją choroby a jakością życia i dobrostanem osób z diagnozą I50.

Założono, że pozytywna percepcja choroby będzie dodatnio związana z miarami jakości życia i dobrostanu, a negatywnie z nasileniem negatywnego afektu. Zaobserwowano, że wyniki dotyczące jakości życia w sferze somatycznej były dodatnio związane z percepcją choroby jako korzyść. Wyniki WHOQOL-BREF w skali psychicznej były dodatnio skorelowane z percepcją choroby jako wyzwanie i korzyść. Co więcej, jakość życia w sferze społecznej była dodatnio związana z oceną własnej choroby jako wartość. Nie odnotowano natomiast statystycznie istotnej korelacji między jakością życia w sferze środowiskowej a pozytywnymi wymiarami percepcji choroby. Nasilenie pozytywnego afektu i satysfakcji z życia było ponadto dodatnio skorelowane z wynikami podskal wyzwania i wartości kwestionariusza SOWC. Ocena własnej choroby jako wartość była także ujemnie związana z nasileniem emocji negatywnych. Zaobserwowano także, że percepcja choroby jako wartość stanowiła istotny predyktor nasilenia negatywnego afektu. Tym samym należy uznać hipotezy H7 i H8 za potwierdzone częściowo. Weryfikowano również relację pomiędzy negatywną oceną własnej choroby a jakością życia i dobrostanem osób z diagnozą I50. Wykazano, że percepcja choroby jako zagrożenie, przeszkoda/strata, krzywda i znaczenie były ujemnie związane z jakością życia w czterech sferach (somatycznej, psychicznej, społecznej i środowiskowej), wynikami satysfakcji z życia oraz nasileniem pozytywnego afektu. Zaobserwowano także, że wspomniane 4 wymiary kwestionariusza SOWC były dodatnio skorelowane z nasileniem emocji negatywnych. Analizy regresji krokowej wstecznej wykazały również, że percepcja choroby jako przeszkoda/strata stanowiła istotny predyktor jakości życia w sferze somatycznej, społecznej i środowiskowej, oraz afektu pozytywnego. Z kolei percepcja choroby jako krzywda pełniła rolę predyktora jakości życia psychicznego i nasilenia negatywnych emocji. Wyniki te pozwalają uznać hipotezy H9 i H10 za w pełni potwierdzone.

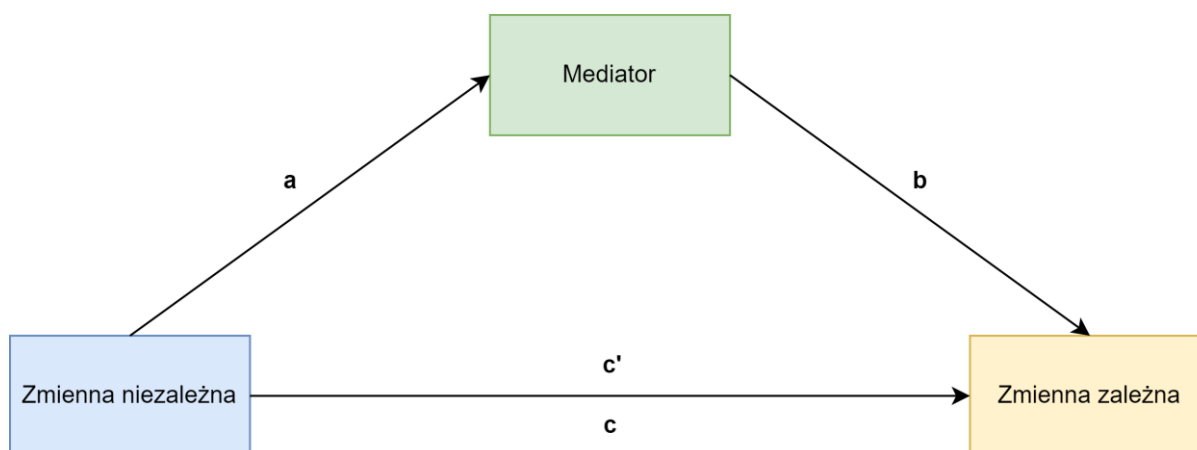
W ostatnim kroku weryfikacji hipotezy sprawdzono, czy nasilenie odczuwanego stresu osób z niewydolnością serca będzie skorelowane z testowanymi miarami jakości życia i subiektywnego dobrostanu. Wykazano, że nasilenie odczuwanego stresu było ujemnie

związane z jakością życia w sferze somatycznej, psychicznej, społecznej oraz środowiskowej. Co więcej, udowodniono również że wyniki skali PSS-10 były ujemnie skorelowane z wynikami dotyczącymi satysfakcji z życia i afektu pozytywnego. Zaobserwowano także dodatni związek odczuwanego stresu i nasilenia negatywnego afektu. Analiza regresji krokowej wstecznej wykazała również, że odczuwany stres stanowił istotny predyktor jakości życia w sferze psychicznej i środowiskowej, a także satysfakcji z życia, oraz nasilenia pozytywnego i negatywnego afektu. Wyniki te pozwalają uznać hipotezy H13 i H14 za potwierdzone. Syntetyczne podsumowanie weryfikacji hipotez korelacyjnych zobrazowano w Tabeli 5.21.

5.4. Mediacyjna rola radzenia sobie ze stresem

Zaprezentowane wcześniej wyniki analiz korelacyjnych i regresyjnych wykazały, że wybrane miary zasobów sensu życia i percepcji choroby, odczuwany stres oraz radzenie sobie są związane z jakością życia i subiektywnym dobrostanem osób z niewydolnością serca. Przywoływane we wstępie niniejszej pracy modele teoretyczne i wyniki badań empirycznych sugerowały, że relacja pomiędzy psychologicznymi uwarunkowaniami choroby a miarami jakości życia i dobrostanu nie jest związkiem bezpośrednim. Na przestrzeni niniejszej pracy wielokrotnie zwracano uwagę na potencjalną mediacyjną rolę radzenia sobie ze stresem. Sformułowano 6 hipotez mediacyjnych, które zostaną zweryfikowane w prezentowanym fragmencie sekcji wyników.

Analiza mediacji pozwala sprawdzić, czy związek pomiędzy minimum dwoma zmiennymi (niezależną i zależną) występuje dzięki pośredniczeniu trzeciej zmiennej (tzw. mediatora). Innymi słowy, analiza ta weryfikuje czy mediator transmituje efekt predyktora na poziom zmiennej zależnej. Weryfikuje ona istotność 3 rodzajów efektów: bezpośredniego (*direct effect*), pośredniego (*indirect effect*) oraz całkowitego (*total effect*) (Field, 2013; Hair i in., 2019; Hayes, 2017). Schemat relacji mediacyjnej zaprezentowano na Rysunku 5.1.



Rysunek 5.1 Schemat analizy mediacji

Źródło: opracowanie własne na podstawie przytoczonej literatury (Field, 2013; Hair i in., 2019; Hayes, 2017)

Efekt bezpośredni (ścieżka c') mówi o kierunkowej relacji pomiędzy zmienną niezależną i zależną, bez uwzględnienia roli mediatora i jest tożsamy z efektami uzyskanymi na bazie tradycyjnej analizy regresji. Efekt pośredni (ścieżka $a*b$) świadczy o pośredniczącej roli testowanego mediatora, czyli relacji dwóch zmiennych poprzez zmienną pośredniczącą. Efekt całkowity (ścieżka c) jest zaś wypadkową efektu bezpośredniego oraz pośredniego (Hair i in., 2019; Hayes, 2017). Klasyczne rekomendacje Barona i Kenny'ego (1986) dotyczące weryfikacji efektów pośrednich zakładały, że wszystkie testowane w modelu mediacyjnym zmienne (niezależne, mediatorzy i zależne) muszą być ze sobą związane w sposób statystycznie istotny. Preacher i Hayes (2008) udowodnili jednak, że wyłącznie relacje ścieżek a i b muszą występować w celu wykazania zależności mediacyjnych – innymi słowy, relacja pomiędzy zmienną niezależną i zależną może być nieistotna statystycznie. Z uwagi na aktualną popularność i ugruntowanie w literaturze podejścia Preachera i Hayesa, to właśnie to podejście będzie podstawą do weryfikacji mediacyjnej roli radzenia sobie u osób z niewydolnością serca. Co więcej, w przeszłości istotność efektów mediacyjnych była testowana przy użyciu testu Sobela. Podejście to jest krytykowane z uwagi na bardzo niską moc statystyczną tego testu (Hair i in., 2019). Dlatego też w niniejszej pracy zastosowana zostanie metoda bootstrappingu BC (*bias-corrected*; Preacher i Hayes, 2008), która to jest aktualnym standardem weryfikowania efektów pośrednich. Bootstrapping jest nieparametryczną formą resamplingu, niewymagającą rozkładu normalnego wśród badanych zmiennych, polegającą na wielokrotnym próbkowaniu zbioru danych w celu dokładnego oszacowania efektu pośredniego (Hair i in., 2019; Preacher i Hayes, 2008).

5.4.1. Testowanie mediacyjnej roli radzenia przy użyciu makra PROCESS

Hayes (2017) podkreśla, że testowanie mediacji za pośrednictwem tradycyjnego podejścia regresyjnego z użyciem metody OLS z pojedynczą zmienną niezależną (X) i zależną (Y) nie różni się od analiz uwzględniających wiele zmiennych X i Y . Po pierwsze, efekt bezpośredni zmiennej niezależnej na zmienną zależną będzie taki sam, niezależnie od ilości zmiennych niezależnych, gdyż miara zmiennej zależnej jest determinowana wyłącznie przez poziom zmiennej niezależnej i mediatora – tak też uwzględnianie wielu zmiennych Y w modelu regresji OLS nie ma uzasadnienia. Po drugie, silnie skorelowane zmienne X mogą wzajemnie zniekształcać swoje efekty z uwagi na zjawisko multikolinearności (Hair i in., 2019). Dlatego też najbardziej zasadnym i najbezpieczniejszym jest testowanie zależności mediacyjnych przy zastosowaniu pojedynczej zmiennej niezależnej, wielu mediatorów oraz pojedynczej zmiennej zależnej (zob. Hayes, 2017). Z uwagi na powyższe uzasadnienie, takie podejście zastosowano również w tej pracy. Na podstawie zaprezentowanego modelu teoretycznego (składającego się ze 12 zmiennych niezależnych, 3 mediatorów oraz 7 zmiennych zależnych), w niniejszej pracy testując rolę 3 mediatorów jednocześnie, powinno się dokonać weryfikacji 588 efektów bezpośrednich. Tak duża ilość weryfikowanych współczynników narażona jest na większe popełnienie błędu I rodzaju, czyli błędnym odrzuceniu hipotezy zerowej (Francuz i Mackiewicz, 2007). W celu zniwelowania szansy na popełnienie tego błędu, zastosowano dwie metody analityczne. Po pierwsze, mediacje były weryfikowane przy zastosowaniu metody bootstrappingu, która to zmniejsza szanse na popełnienie błędu I rodzaju (zob. Hair i in., 2019). Po drugie, dokonano redukcji ilości testowanych zależności na podstawie wyników analizy głównych składowych (*principal component analysis*; PCA).

Analiza PCA jest szczególnym przypadkiem eksploracyjnej analizy czynnikowej (*exploratory factor analysis*; EFA). Pozwala ona dokonać redukcji ilości testowanych wymiarów danej zmiennej. W przedstawionym badaniu poddano analizie dwa konstrukty wykazujące się silnymi interkorelacjami: zasoby sensu życia mierzone kwestionariuszem MEMS ($r=0,63-0,80$) oraz sfery jakości życia skali WHOQOL-BREF ($r=0,48-0,66$). Konstrukty te poddano analizie głównych składowych, w celu potencjalnej redukcji mierzonych wymiarów. Z uwagi na interkorelacje mierzonych zmiennych, zastosowano metodę PCA z rotacją *Oblimin*, używaną w sytuacjach, gdy mierzone wymiary są ze sobą powiązane (zob. Hair i in., 2019). Nie deklarowano odgórnie oczekiwanej liczby czynników. Wyniki testu Bartletta wykazały, że komponenty wewnątrz mierzonych konstruktyw są ze sobą

istotnie skorelowane i mierzone wymiary zasobów sensu życia kwestionariusza MEMS oraz jakości życia powinny być zredukowane do dwóch pojedynczych czynników. Również wielkość uzyskanych ładunków czynnikowych wskazuje na zasadność tego podejścia (zob. Tabela 5.22). Na tej podstawie, w analizie mediacji przy użyciu makra PROCESS wykorzystano dwa zredukowane czynniki.

Tabela 5.22.

Wyniki analizy głównych składowych przy użyciu rotacji Oblimin

Zmienna (kwestionariusz)	Czynniki		Test Bartletta		
	Ładunki	Sugerowana ilość	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Zasoby sensu życia (MEMS)	0,86 - 0,93	1	582,15	3	<0,001
Jakość życia (WHOQOL-BREF)	0,77 - 0,85	1	521,48	6	<0,001

W celu weryfikacji mediacyjnej roli radzenia sobie u osób z niewydolnością serca zastosowano makro PROCESS przy użyciu modelu 4, weryfikującego rolę dowolnej ilości mediatorów pomiędzy zmienną niezależną i zależną (Hayes, 2017). Przy testowaniu efektów pośrednich wykorzystano metodę bootstrappingu BC, opartą na ilości 5000 próbek, zgodnie z rekomendacjami Preachera i Hayesa (2008), a także Haira i współpracowników (2019). Z uwagi na bardzo dużą liczbę weryfikowalnych ścieżek relacji testowanych zmiennych, zdecydowano się na zaraportowanie w niniejszej pracy wyłącznie efektów pośrednich. Pełen, 264 stronicowy raport analizy makra PROCESS został udostępniony w otwartym dostępie (zob. Aneks, poz. 6-17):

<https://osf.io/5k93v/>

Tabela 5.23.

Statystycznie istotne efekty pośrednie radzenia sobie w relacji pomiędzy psychologicznymi uwarunkowaniami choroby i jej skutkami – wyniki makra PROCESS

Efekty pośrednie (<i>a*b</i>)				<i>b</i>	<i>SE</i>	β	<i>LLCI</i>	<i>ULCI</i>	
PCH-Wyzwanie	→	RSP	→	JŻ	0,13	0,07	0,05	0,021	0,281
PCH-Wyzwanie	→	RSZ	→	JŻ	0,24	0,10	0,09	0,059	0,443
PCH-Wartość	→	RSZ	→	JŻ	0,22	0,10	0,10	0,032	0,418
PCH-Przeszkoda/strata	→	RSZ	→	SŻ	-0,03	0,02	-0,04	-0,071	-0,003
PCH-Wyzwanie	→	RSZ	→	SŻ	0,15	0,06	0,11	0,052	0,272
PCH-Krzywda	→	RSZ	→	SŻ	-0,04	0,02	-0,04	-0,087	-0,003
PCH-Wartość	→	RSZ	→	SŻ	0,13	0,05	0,11	0,022	0,238
ZSŻ-Zrozumienie, cel, znaczenie	→	RSP	→	AP	0,09	0,02	0,11	0,039	0,138
ZSŻ-Zrozumienie, cel, znaczenie	→	RSZ	→	AP	0,07	0,03	0,10	0,016	0,136
ZSŻ-Obecność	→	RSP	→	AP	0,14	0,04	0,11	0,065	0,220
ZSŻ-Obecność	→	RSZ	→	AP	0,13	0,05	0,10	0,040	0,223
PCH-Przeszkoda/strata	→	RSP	→	AP	-0,03	0,02	-0,03	-0,073	-0,003
PCH-Przeszkoda/strata	→	RSZ	→	AP	-0,04	0,02	-0,04	-0,080	-0,005
PCH-Wyzwanie	→	RSP	→	AP	0,12	0,04	0,07	0,051	0,216
PCH-Wyzwanie	→	RSZ	→	AP	0,19	0,06	0,11	0,086	0,312
PCH-Krzywda	→	RSZ	→	AP	-0,04	0,02	-0,04	-0,095	-0,004
PCH-Wartość	→	RSZ	→	AP	0,17	0,06	0,12	0,066	0,287
STRES	→	RSP	→	AP	-0,07	-0,03	-0,07	-0,137	-0,030
STRES	→	RSZ	→	AP	-0,08	0,03	-0,07	-0,138	-0,021
ZSŻ-Zrozumienie, cel, znaczenie	→	RSE	→	AN	0,07	0,03	0,08	0,020	0,130
ZSŻ-Zrozumienie, cel, znaczenie	→	RSZ	→	AN	-0,11	0,04	-0,12	-0,193	-0,027
ZSŻ-Obecność	→	RSE	→	AN	0,12	0,04	0,08	0,035	0,204
ZSŻ-Obecność	→	RSZ	→	AN	-0,15	0,06	-0,10	-0,278	-0,032
PCH-Przeszkoda/strata	→	RSZ	→	AN	0,05	0,02	0,04	0,006	0,098
PCH-Wyzwanie	→	RSE	→	AN	0,08	0,04	0,04	0,013	0,182
PCH-Wyzwanie	→	RSZ	→	AN	-0,25	0,08	-0,13	-0,203	-0,055
PCH-Krzywda	→	RSZ	→	AN	0,05	0,03	0,04	0,004	0,108
PCH-Wartość	→	RSZ	→	AN	-0,19	0,07	-0,11	-0,336	-0,053
STRES	→	RSZ	→	AN	0,06	0,03	0,05	0,004	0,135

Uwaga: ZSŻ – zasoby sensu życia; PCH – percepcja choroby; STRES – odczuwany stres; RSP – radzenie skoncentrowane na problemie; RSE – radzenie skoncentrowane na emocjach; RSZ – radzenie skoncentrowane na znaczeniu; JŻ – jakość życia; SŻ – satysfakcja z życia; AP – afekt pozytywny; AN – afekt negatywny

Dokładne dane na temat efektów pośrednich z analizy przeprowadzonej makrem PROCESS przedstawiono w Tabeli 5.23. Wykazano, że radzenie sobie skoncentrowane na problemie i znaczeniu pośredniczyło w relacji percepcji choroby jako wyzwanie i jakości życia. Oznacza to, że im wyższe wyniki oceny własnej choroby jako wyzwanie, tym wyższa częstotliwość stosowania strategii skoncentrowanych na problemie i znaczeniu, a tym samym wyższa jakość życia. Co więcej, zauważono że radzenie sobie oparte na znaczeniu pełniło również mediacyjną funkcję w związku oceny własnej choroby jako wartość z jakością życia osób z niewydolnością serca. Należy zatem uznać, że pozytywna ocena własnej choroby jako wartość prowadziła prawdopodobnie do częstszego stosowania strategii zorientowanych na znaczenie, co z kolei przekładało się pozytywnie na jakość życia badanej próby osób. Ponadto, radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu pełniło również pośredniczącą funkcję pomiędzy percepcją choroby jako przeszkoda/strata, wyzwanie, krzywda i wartość, a satysfakcją z życia osób z diagnozą I50. Tym samym, im wyższa negatywna percepcja choroby, tym słabsze korzystanie z radzenia sobie opartego na znaczeniu, co negatywnie przekładało się na wyniki skali SWLS badanych osób. Z kolei im wyższa pozytywna ocena własnej choroby, tym silniejsze sięganie po radzenie sobie zorientowane na znaczenie i lepsza satysfakcja z życia.

Znacznie większa ilość efektów mediacyjnych została zaobserwowana w przypadku analizy wymiarów afektu pozytywnego i negatywnego. Wykazano, że radzenie sobie zorientowane na problem pośredniczyło w związku zasobów sensu życia kwestionariusza MEMS, obecności sensu życia, percepcji choroby jako przeszkoda/strata i wyzwanie, a także odczuwanego stresu z nasileniem pozytywnego afektu. Oznacza to, że im wyższe poczucie sensu życia, tym częstsze stosowania radzenia sobie zorientowanego na problem, i tym samym większe nasilenie pozytywnych emocji. Co więcej, pozytywna percepcja choroby jako wyzwanie prowadziła prawdopodobnie do większej częstotliwości sięgania po radzenie sobie skoncentrowane na problemie, którego to z kolei pozytywnie przekładało się na nasilenie pozytywnego afektu. Z kolei percepcja choroby jako przeszkoda/strata mogła prowadzić do rzadszego korzystania z radzenia zorientowanego na problem, co obniżało wyniki afektu pozytywnego. Również styl radzenia sobie zorientowany na znaczenie mediował w relacji zasobów sensu życia kwestionariusza MEMS, obecności sensu życia, percepcji choroby jako przeszkoda/strata, wyzwanie, krzywda i wartość oraz odczuwanego stresu z nasileniem pozytywnych emocji. Wykazano, że im wyższe poczucie sensu życia, tym częstsze stosowanie radzenia skoncentrowanego na znaczeniu i większe nasilenie pozytywnych emocji. Również ocena własnej choroby jako wyzwanie i wartość prowadziły prawdopodobnie do częstszego stosowania radzenia zorientowanego na znaczenie, pozytywnie przekładającego się na poziom

afektu pozytywnego badanej próby osób. Z kolei im wyższa percepcja choroby jako przeszkoda/strata, krzywda i nasilenie odczuwanego stresu, tym mniejsza częstotliwość sięgania po radzenie zorientowane na znaczenie, i tym samym niższe nasilenie pozytywnych emocji.

Ciekawych wyników dostarcza również analiza dotyczące afektu negatywnego. W tym przypadku radzenie sobie zorientowane na emocje pośredniczyło w relacji zasobów sensu życia skali MEMS, obecności sensu życia i percepcji choroby jako wyzwanie z natężeniem negatywnego afektu. Analiza efektów pośrednich i bezpośrednich pozwala stwierdzić, że im wyższe poczucie sensu życia, tym częstsze stosowanie radzenia skoncentrowanego na emocjach, co z kolei może przekładać się na wyższe nasilenie negatywnych emocji. Również prawdopodobnym jest, że ocena własnej choroby jako wyzwanie prowadziła do silniejszego korzystania z radzenia sobie zorientowanego na emocje, które to z kolei było pozytywnie związane z nasileniem negatywnego afektu. Z kolei radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu mediowało w relacji zasobów sensu życia, obecności sensu życia, percepcji choroby jako przeszkoda/strata, wyzwanie, krzywda i wartość oraz odczuwanego stresu z natężeniem negatywnego afektu. Dzięki tym wynikom można uznać, że większe poczucie sensu życia i percepcja choroby jako wyzwanie i wartość, mogą prowadzić do częstszego stosowania radzenia sobie zorientowanego na znaczeniu, które to może obniżać poziom negatywnych emocji. Z drugiej strony, ocena własnej choroby jako przeszkoda/strata i krzywda, a także wysoki poziom odczuwanego stresu mogą prowadzić do mniejszej częstotliwości korzystania z radzenia zorientowanego na znaczenie, co może nasilać poziom negatywnego afektu. Dokładne dane na temat efektów pośrednich przedstawiono w Tabeli 5.23, a szczegółowe dane na temat efektów bezpośrednich, z uwagi na ich dużą ilość, zostały udostępnione w otwartym dostępie (zob. Aneks, poz. 6-17):

<https://osf.io/5k93v/>

Zaprezentowane wyniki analizy mediacji makra PROCESS dostarczają ważnych i wartościowych wyników z perspektywy weryfikacji hipotez i praktycznych implikacji niniejszego badania. Podsumowując wyniki makra PROCESS należy uznać, że radzenie sobie zorientowane na problem pośredniczyło w relacji między poczuciem sensu życia, percepcją choroby jako wyzwanie i przeszkoda/strata oraz odczuwanym stresem, a wybranymi miarami jakości życia i subiektywnego dobrostanu. Z kolei styl radzenia skoncentrowany na emocjach

pośredniczył wyłącznie pomiędzy poczuciem sensu życia i percepcją choroby jako wyzwanie a nasileniem negatywnego afektu. Radzenie sobie zorientowane na znaczenie mediowało zaś w relacji poczucia sensu życia, percepcji choroby jako wyzwanie i wartość, a także przeszkoda/strata i krzywda oraz odczuwanego stresu, z wybranymi miarami jakości życia i subiektywnego dobrostanu osób z niewydolnością serca. Zaobserwowano, że radzenie sobie skoncentrowane na problemie i znaczeniu są związane z wyższymi wynikami jakości życia i dobrostanu badanych osób. Z kolei radzenie sobie zorientowane na emocjach, prowadziło prawdopodobnie do zwiększenia nasilenia negatywnego afektu. Niestety, przeprowadzona redukcja wymiarów kwestionariuszy MEMS oraz WHOQOL-BREF pozwoliła zniwelować szansę popełnienia błędu I rodzaju, lecz znacząco ograniczyła również liczbę obserwowalnych efektów pośrednich. Dlatego też w kolejnym kroku analizy statystycznej postanowiono dokonać weryfikacji mediacyjnej roli radzenia sobie u osób z niewydolnością serca na podstawie analizy równań strukturalnych z wykorzystaniem estymatora ML.

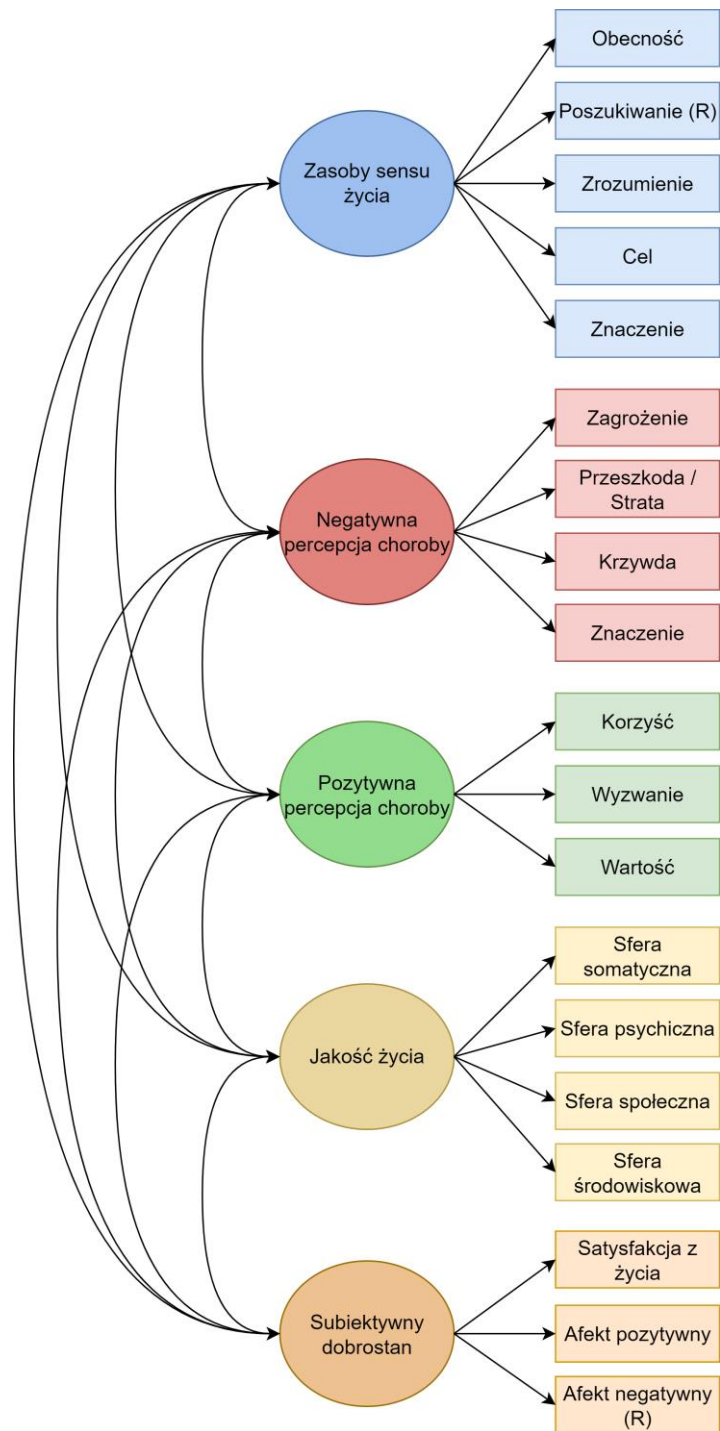
5.4.2. Analiza równań strukturalnych z użyciem estymatora ML (*maximum likelihood*)

Analiza równań strukturalnych pozwala na weryfikację zależności korelacyjno-regresyjnych z wykorzystaniem konstruktów latentnych, czyli nieobserwowalnych zmiennych, utworzonych na podstawie mierzonych obserwowalnych wskaźników. Pozwala ona tym samym na analizę zależności pomiędzy badanymi zmiennymi z zupełnie innej perspektywy, a jej główną zaletą jest możliwość weryfikacji testowanego modelu na bazie wskaźników dopasowania. W niniejszej pracy przeprowadzono analizę mediacji przy użyciu SEM, z zastosowaniem estymatora ML (*maximum likelihood*), z uwagi na jego dużą moc statystyczną, a także odporność na niespełnienie założenia o normalności rozkładów badanych zmiennych (Fuller Jr i Hemmerle, 1966; Hair i in., 2019). Wszelkie miary dopasowania modelu były interpretowane na podstawie wartości krytycznych zaproponowanych przez Hu i Bentlera (1999). Za dobre dopasowanie modelu uznano wartości przekraczające następujące progi: $SRMR < 0,08$; $RMSEA < 0,06$; $CFI > 0,95$; $TLI > 0,95$. Rzetelność i trafność konstruktów latentnych była weryfikowana na podstawie współczynników *CR* (*construct composite reliability*) oraz *AVE* (*average variance extracted*). Współczynnik *CR* jest miarą rzetelności i spójności wewnętrznej mierzonych zmiennych reprezentujących konstrukt utajony. Z kolei miary *AVE* i \sqrt{AVE} mówią o zakresie, w jakim zestaw mierzonych zmiennych faktycznie reprezentuje teoretyczny konstrukt latentny, do którego pomiaru te zmienne są przeznaczone. Weryfikują trafność zbieżną (zakres, w jakim wskaźniki określonego konstrukt mają wspólny odsetek

wariancji) oraz dyskryminacyjną (mówiącą o tym, czy badania zmienna latentna różni się od innych konstruktów). Za wartości świadczące o dobrych właściwościach psychometrycznych konstruktów przyjęto następujące wartości: $CR > 0,70$; $AVE > 0,50$; \sqrt{AVE} większy niż wielkość korelacji między konstruktami (Collier, 2020).

Przed przystąpieniem do weryfikacji mediacyjnej roli radzenia sobie w analizę SEM przeanalizowano wszystkie teoretyczne konstrukty latentne przy użyciu confirmacyjnej analizy czynnikowej. Dopasowanie modelu dla wszystkich zmiennych latentnych było weryfikowane przy użyciu jednej confirmacyjnej analizy czynnikowej, zgodnie z rekomendacjami Haira i współpracowników (2019). Podejście to jest podstawą do określenia trafności dyskryminacyjnej badanych konstruktów. Jako że testowane konstrukty są ze sobą skorelowane, to z uwagi na współdzieloną wariancję, powinny być weryfikowane razem w jednym modelu confirmacyjnej analizy czynnikowej. Przed utworzeniem zmiennych latentnych obejmujących komponenty zasobów sensu życia i subiektywnego dobrostanu, dokonano odwrotnego kodowania skali poszukiwania sensu życia i negatywnego afektu w celu uzyskania większej zbieżności badanych konstruktów. Weryfikowany model confirmacyjnej analizy czynnikowej zobrazowano na Rysunku 5.2.

W pierwszej kolejności analizie oddano statystyki opisowe testowanego modelu. Statystycznie istotne współczynniki D^2 odległości Mahalanobisa (MD: *Mahalanobis distance*) mówiące o występowaniu potencjalnych obserwacji odstających miały wartości między 22,18 a 46,08. Na ich podstawie dokonano analizy poprawności odpowiedzi oznaczonych osób badanych ($n=29$; 8,63% całej próby). Nie wykazano by odpowiedzi którejkolwiek z osób badanych były nierzetelne lub zostały niepoprawnie zraportowane w bazie danych. Jako że liczba potencjalnie odstających obserwacji nie przekraczała 10% dla badanej próby i nie był, to zdecydowano się pozostawić wyniki osób wskazanych przez statystykę D^2 w weryfikowanym modelu zgodnie z rekomendacjami Haira i współpracowników (2019), z uwagi na brak jakichkolwiek przesłanek i podstaw do usunięcia wyników wskazanych osób. Następnie analizie poddano statystyki skośności i kurtozy. Wartości skośności modelu jednowymiarowego mieściły się w przedziale od -0,75 do 1,54, a kurtozy od -1,17 do 0,70. Wskazuje to na testowanie modelu o małej asymetrii (H.-Y. Kim, 2013). Jednakże wartość wielowymiarowej kurtozy wyniosła 49,89, co wskazuje na występowanie asymetrii w testowanym rozkładzie wielowymiarowym (Park i Schutz, 2005). Na tej podstawie zdecydowano się zastosować analizę przy użyciu estymatora ML, odpornego na łamanie założenia o normalności testowanego rozkładu (Fuller Jr i Hemmerle, 1966; Hair i in., 2019).



Rysunek 5.2 Testowany model wyjściowy konfirmacyjnej analizy czynnikowej

Tabela 5.24.

Właściwości psychometryczne testowanych konstruktów latentnych

Dopasowanie modelu	χ^2	<i>p</i>	<i>CMIN/df</i>	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>SRMR</i>	<i>RMSEA</i>
Model wyjściowy	462,118	<0,001	3,254	0,909	0,890	0,074	0,082
Model końcowy	162,421	<0,001	2,056	0,971	0,962	0,044	0,056
Δ – wyjściowy vs końcowy	299,697	<0,001					
Analiza rzetelności i trafności	<i>CR</i>	<i>AVE</i>	1	2	3	4	5
1. Zasoby sensu życia	0,91	0,72	0,85				
2. Negatywna percepcja choroby	0,85	0,65	-0,35	0,81			
3. Pozytywna percepcja choroby	0,68	0,52	0,30	0,27	0,72		
4. Jakość życia	0,84	0,57	0,74	-0,55	0,16	0,75	
5. Subiektywny dobrostan	0,73	0,58	0,82	-0,50	0,29	1,02	0,75

Uwaga: Δ (delta) oznacza różnicę pomiędzy testowanymi modelami

W Tabeli 5.24 zaprezentowano właściwości psychometryczne testowanego modelu. Niestety, wyjściowy model confirmacyjnej analizy czynnikowej nie wykazywał się dobrym dopasowaniem. Wskaźniki *CFI*, *TLI*, *SRMR* oraz *RMSEA* nie osiągnęły wartości krytycznych proponowanych przez Hu i Bentlera (1999). Na tej podstawie postanowiono dokonać modyfikacji testowanego modelu, mających na celu polepszenie jego dopasowania. Wyłączono z modelu skalę dotyczącą poszukiwania sensu życia, z uwagi na bardzo niską wartość ładunku czynnikowego tej zmiennej (0,12). Modyfikacja ta nie poprawiła dopasowania modelu w sposób istotny. Zgodnie ze wskaźnikami modyfikacji (*modification indices*) podjęto decyzję o wyłączeniu z modelu dwóch dodatkowych miar: percepcji choroby jako korzyść oraz afektu negatywnego. Pozwoliło to na uzyskanie modelu o bardzo dobrym dopasowaniu (zob. Tabela 5.24). Dalej podjęto testowany model analizie rzetelności i trafności. Niestety, współczynnik *CR* mówiący o rzetelności konstruktu pozytywnej percepcji choroby osiągnął wartość mniejszą niż wykorzystywana w niniejszej pracy wartość graniczna 0,70. Oznacza to, że konstrukt latentny dotyczący pozytywnej percepcji choroby nie powinien być brany pod uwagę w analizie SEM. Zaobserwowano również ważny wynik w przypadku analizy trafności konstruktów latentnych. Wielkość związku między zmienną latentną jakości życia i subiektywnego dobrostanu była większa niż \sqrt{AVE} (0,75) tych konstruktów, co wskazuje na brak trafności badanego modelu. Co więcej, przekraczała ona wartość 1 ($r=1,02$), co oznacza potencjalne występowanie kolinearności badanych zmiennych. Informacje na temat rzetelności i trafności testowanego modelu pokazują, że mimo jego dobrego dopasowania, powinien on zostać odrzucony. Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 5.24.

Na bazie analizy trafności pierwotnie testowanego modelu (zob. Rysunek 5.2 i Tabela 5.24) zaobserwowano, że w niniejszym badaniu może występować zjawisko multikolinearności. Polega ono na tym, że dwie lub większa ilość zmiennych jest kolinearna, to znaczy bada bardzo podobne konstrukty, które to są ze sobą silnie skorelowane. Wyróżniamy dwa rodzaje kolinearności: wertykalną (między predyktorami) oraz lateralną (dotyczącą silnych związków predyktorów z mierzonymi konstruktami). Zjawisko to powoduje, że testowane wartości współczynników r oraz $Beta$ mogą być zawyżone i przekraczać nawet swoje maksymalne zakresy (Kock i Lynn, 2012). Multikolinearność może wynikać z tego, że dla osób badanych, testowane konstrukty są tożsame. Analizując pytania dotyczące jakości życia i subiektywnego dobrostanu można stwierdzić, że okiem laika mogą być one odebrane jako należące do tego samego konstruktów, co jest prawdopodobnie przyczyną kolinearności testowanych konstruktów latentnych jakości życia i subiektywnego dobrostanu. Zgodnie z rekomendacjami Kocka i Lynna (2012), zdecydowano się zastosować dwie metody eliminowania zjawiska kolinearności w testowanym modelu: zastosowanie czynnika hierarchicznego oraz agregację testowanych konstruktów. Zastosowanie czynnika hierarchicznego dla jakości życia i subiektywnego dobrostanu nie przyniosło oczekiwanych efektów, jednakże skutecznym okazało się podejście polegające na połączeniu jakości życia i subiektywnego dobrostanu w jeden czynnik latentny.

W kolejnej confirmacyjnej analizie czynnikowej testowano dopasowanie następujących konstruktów latentnych: (1) zasobów sensu życia, (2) negatywnej percepcji choroby oraz (3) połączony konstrukt jakości życia i subiektywnego dobrostanu. W analizie nie uwzględniono pozytywnej percepcji choroby z uwagi na wykazany wcześniej brak rzetelności tego konstruktów utajonego. Testowany model wyjściowy nie osiągnął akceptowalnego dopasowania (zob. Tabela 5.25). Na tej podstawie sięgnięto do danych dotyczących wskaźników modyfikacji. Analiza sugerowała ponownie wyłączenie z modelu poszukiwania sensu życia kwestionariusza MLQ oraz zastosowanie kowariancji błędów podskal celu i znaczenia kwestionariusza MEMS. Zastosowanie relacji kowariancyjnej pomiędzy czynnikami w testowanym modelu jest dozwolone wyłącznie wewnątrz danego czynnika latentnego, a nie między nimi (zob. Hair i in., 2019). Biorąc pod uwagę silną interkorelację podskal MEMS i podobieństwo semantyczne pytań wspomnianych podskal zasobów sensu życia, zdecydowano się na zastosowanie wyżej wymienionych modyfikacji modelu. Pozwoliło to uzyskać model o bardzo dobrym dopasowaniu. Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 5.25.

Tabela 5.25.

Współczynniki dopasowania, rzetelności i trafności finalnych konstruktów latentnych

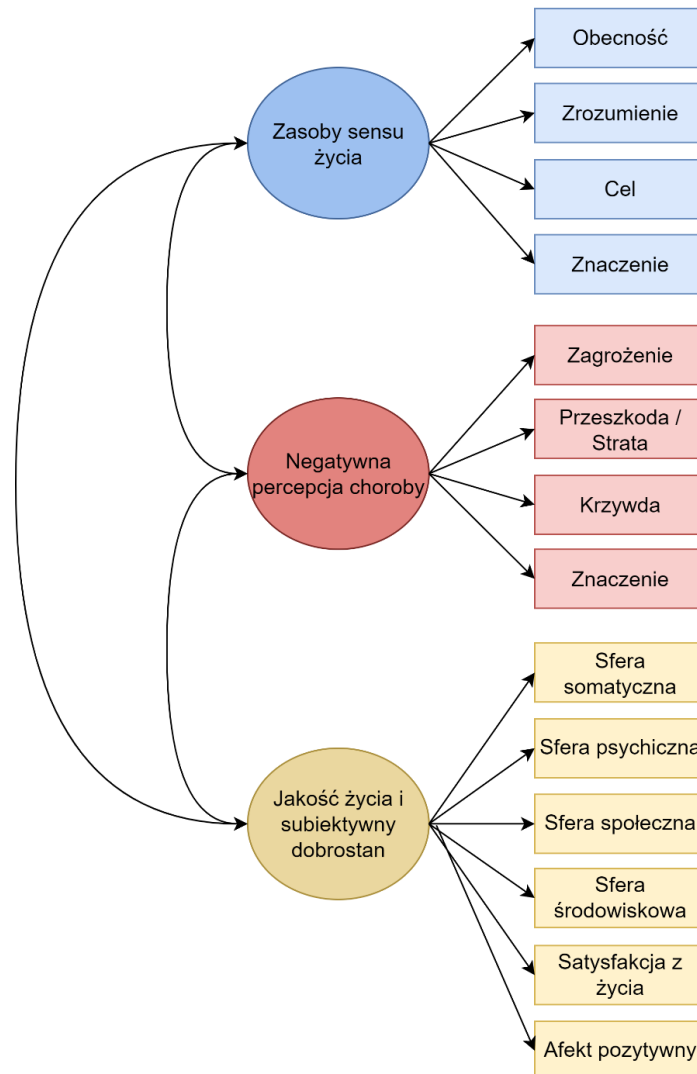
Dopasowanie modelu	χ^2	<i>p</i>	<i>CMIN/df</i>	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>SRMR</i>	<i>RMSEA</i>
Model wyjściowy	482,082	<0,001	3,302	0,904	0,888	0,072	0,083
Model końcowy	149,990	<0,001	2,083	0,973	0,966	0,045	0,057
Δ – wyjściowy vs końcowy	332,092	<0,001					
Analiza rzetelności i trafności			<i>CR</i>	<i>AVE</i>	1	2	3
1. Zasoby sensu życia			0,91	0,72	0,85		
2. Negatywna percepcja choroby			0,84	0,58	-0,34	0,76	
3. Jakość życia i subiektywny dobrostan			0,89	0,58	0,76	-0,52	0,76
Wartości współczynników HTMT					1	2	3
1. Zasoby sensu życia					-		
2. Negatywna percepcja choroby					0,33	-	
3. Jakość życia i subiektywny dobrostan					0,78	0,52	-

Uwaga: Δ (delta) oznacza różnicę pomiędzy testowanymi modelami

W kolejnym kroku poddano analizie rzetelność i trafność uzyskanego modelu. Obliczone współczynniki *CR* wykazały, że w tym testowanym modelu wszystkie konstrukty latentne były rzetelne. Miary trafności *AVE* uwiaryściły również, że trafność testowanych konstruktów była akceptowalna. Zaobserwowano jednak, że \sqrt{AVE} jakości życia i subiektywnego dobrostanu był równy korelacji tego konstruktu ze zmienną latentną dotyczącą zasobów sensu życia. Wysoka korelacja tych konstruktów może wynikać z tego, że dla osoby badanej, niebędącej specjalistą z zakresu psychologii, pytania dotyczące sensu i jakości życia mogą się wydawać bliskie sobie, gdyż wykazują się semantycznym podobieństwem (choćby z uwagi na słowo „życie” występujące w pytaniach obu konstruktów). Wysoka wartość tej korelacji może wynikać również z faktu, że współczynnik *AVE* jest bardzo restrykcyjny (Malhotra, 2019). Dlatego też zdecydowano się na zastosowanie dodatkowej miary trafności konstruktów latentnych. W dalszej części analizy wykorzystano wartości współczynników *HTMT* (*Heterotrait-Monotrait Ratio of Correlations*).

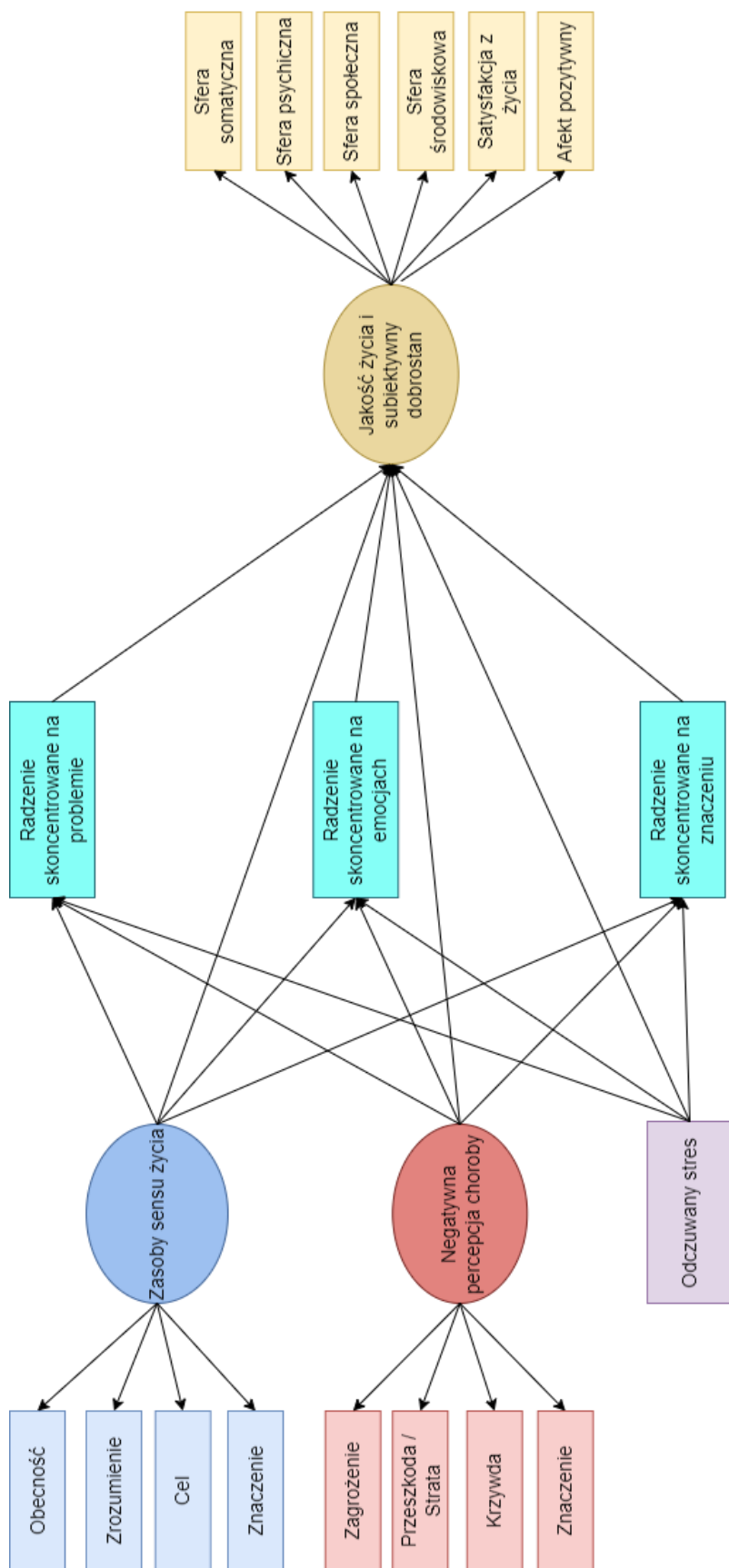
Metoda *HTMT* bada korelacje wskaźników między konstruktami z korelacjami wskaźników wewnątrz konstruktów. Wartości współczynników *HTMT* nie powinny być większe od 0,85 lub 0,90 dla bardzo podobnych do siebie konstruktów (Collier, 2020; Hair i in., 2019). W przypadku testowanego modelu, wszystkie wartości miar *HTMT* (0,33-0,78) nie przekraczały proponowanych wartości krytycznych, co pozwala na uznanie testowanego

modelu finalnego za rzetelny, trafny, oraz o bardzo dobrych wskaźnikach dopasowania. Uzyskany model konstruktów latentnych został zobrazowany na Rysunku 5.3.



Rysunek 5.3 Model zmiennych latentnych na podstawie CFA

W oparciu o wyniki confirmacyjnej analizy czynnikowej oraz modelu teoretycznego przedstawionego na przestrzeni niniejszej pracy, podjęto weryfikacji mediacyjną rolę radzenia sobie przy użyciu analizy równań strukturalnych. Na rysunku 5.4 zobrazowano weryfikowany teoretyczny model wyjściowy zależności mediacyjnych w testowanej próbie pacjentów z niewydolnością serca.



Rysunek 5.4 Testowany model wyjściowy, będący przedmiotem analizy SEM

Analizowany model równań strukturalnych był testowany przy użyciu estymatora ML, z wykorzystaniem metody bootstrappingu BC, opartej na ilości 5000 próbek, zgodnie z rekomendacjami Preachera i Hayesa (2008), a także Haira i współpracowników (2019). W analizach wykorzystano poprawkę Lindella i Whitneya (2001), rekomendowaną także przez Podsakoffa i współpracowników (2003). Polega ona na zastosowaniu procedury korelacji cząstkowej i wydzieleniu markera z macierzy korelacji konstruktów, zwaną również modelem CMV (*common method variance model*) lub ULMC (*unmeasured latent method construct*). Zastosowano poprawkę CMV w celu redukcji potencjalnego błędu wynikającego ze wspólnej metody pomiarowej i semantycznego podobieństwa niektórych badanych konstruktów. Podjęto decyzję o zastosowaniu tej metody z uwagi na wyniki przeprowadzonych poprzednio confirmacyjnych analiz czynnikowych. Zaletą procedury CMV/ULMC jest fakt, że nie wymaga ona wykrycia potencjalnego źródła kolinearności, by móc jemu przeciwdziałać i zmniejszyć prawdopodobieństwo popełniania błędów I oraz II rodzaju (zob. Kock i Lynn, 2012; Lindell i Whitney, 2001; Podsakoff i in., 2003; Tehseen i in., 2017).

Prezentowany model wyjściowy (zob. Rysunek 5.4) nie uzyskał satysfakcjonującego dopasowania (zob. Tabela 5.26). Na tej podstawie dokonano modyfikacji testowanego modelu SEM, w celu polepszenia jego dopasowania. W pierwszej kolejności podjęto decyzję o usunięciu wszystkich statystycznie nieistotnych relacji. Tym samym z modelu wyłączono radzenie sobie skoncentrowane na emocjach i niektóre ścieżki regresyjne – pomiędzy negatywną percepcją choroby a radzeniem sobie, a także odczuwanym stresem i radzeniem sobie. Niestety, nie było to wystarczające do uzyskania satysfakcjonujących miar *CFI* (0,893), *TLI* (0,867), *SRMR* (0,090) oraz *RMSEA* (0,102). Informacje dotyczące wskaźników modyfikacji (*modification indices*) sugerowały włączenie do modelu ścieżki regresyjnej, nieuwzględnionej w modelu wyjściowym. Postanowiono nie zastosowywać tej modyfikacji na tym etapie weryfikacji modelu, jednakże zostanie ona uwzględniona w dalszej części pracy, w ramach weryfikacji modelu alternatywnego.

Na tym etapie analizy równań strukturalnych, sięgnięto do innych wskaźników modyfikacji. Mimo, że wszystkie pozostawione w modelu ścieżki były statystycznie istotne, to nie uzyskano modelu o dobrym dopasowaniu. Z tego powodu, zdecydowano się o stopniowej eliminacji zmiennych z modelu, w celu uzyskania takiego, który będzie mniej nasycony lecz dobrze dopasowany. Zgodnie ze wskaźnikami modyfikacji, usunięto bezpośrednią ścieżkę relacji pomiędzy zasobami sensu życia a jakością życia, lecz nie pozwoliło to na uzyskanie wystarczającego dopasowania modelu. Dopiero całkowite wyłączenie z testowanego modelu

zmiennej obserwowalnej w postaci odczuwanego stresu oraz zmiennej latentnej negatywnej percepcji choroby pozwoliło uzyskać model o akceptowalnym dopasowaniu (zob. Tabela 5.26).

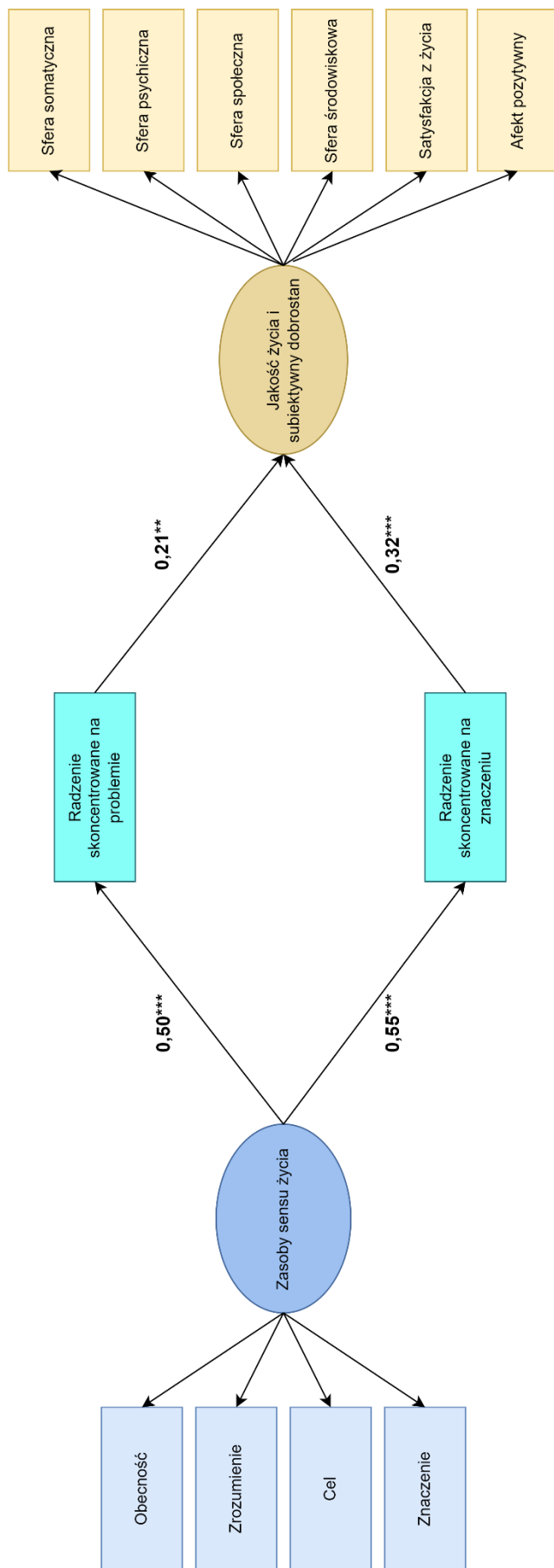
Graficzną reprezentację modelu końcowego przedstawiono na Rysunku 5.5. Uzyskany model końcowy pokazuje pośredniczącą rolę radzenia sobie skoncentrowanego na problemie oraz znaczeniu w relacji pomiędzy dwiema zmiennymi latentnymi: zasobami sensu życia oraz jakością życia i subiektywnym dobrostanem osób z niewydolnością serca. Wykazano, że zasoby sensu życia były dodatnim predyktorem radzenia sobie zorientowanego na problem i znaczenie, a badane style radzenia sobie były połączone dodatnią ścieżką regresyjną z jakością życia i subiektywnym dobrostanem badanych osób z diagnozą I50. Oznacza to, że im większe poczucie sensu życia, tym wyższe wyniki dotyczące radzenia sobie skoncentrowanego na problemie i znaczeniu, co z kolei przekłada się pozytywnie na jakość życia badanej próby osób. Model ten wyjaśniał 25% wariacji zmiennej zależnej ($R^2 = 0,25$).

Tabela 5.26.

Porównanie modelu wyjściowego i końcowego, uzyskanego za pomocą analizy SEM

Dopasowanie modelu		χ^2	<i>p</i>	<i>CMIN/df</i>	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>SRMR</i>	<i>RMSEA</i>	
Model wyjściowy		800,058	<0,001	6,558	0,822	0,777	0,177	0,129	
Model końcowy		135,782	<0,001	2,889	0,966	0,952	0,043	0,075	
Δ – wyjściowy vs końcowy		664,276	<0,001						
Efekty bezpośrednie (a, b, c')				<i>b</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>	<i>LLCI</i>	<i>ULCI</i>
<i>ZSŻ</i>	→	<i>RSP</i>		0,92	0,10	0,50	<0,001	0,405	0,584
<i>ZSŻ</i>	→	<i>RSZ</i>		1,09	0,11	0,55	<0,001	0,451	0,637
<i>RSP</i>	→	<i>JŻ + DS</i>		0,06	0,02	0,21	0,004	0,053	0,370
<i>RSZ</i>	→	<i>JŻ + DS</i>		0,09	0,02	0,32	<0,001	0,149	0,471
Efekty pośrednie (a*b)				<i>b</i>	<i>SE</i>	β	<i>LLCI</i>	<i>ULCI</i>	
<i>ZSŻ</i>	→	<i>RSP / RSZ</i>	→	<i>JŻ + DS</i>	0,15	0,03	0,28	0,187	0,374
Efekty całkowite (c)				<i>b</i>	<i>SE</i>	β	<i>LLCI</i>	<i>ULCI</i>	
<i>ZSŻ</i>	→			<i>JŻ + DS</i>	-0,15	0,03	0,28	0,101	0,205

Uwaga: *ZSŻ* – zasoby sensu życia; *RSP* – radzenie skoncentrowane na problemie; *RSZ* – radzenie skoncentrowane na znaczeniu; *JŻ + DS* – jakość życia i subiektywny dobrostan; Δ (delta) oznacza różnicę pomiędzy testowanymi modelami



Rysunek 5.5 Model końcowy, uzyskany na podstawie przeprowadzonej analizy SEM

Jak wspomniano wcześniej, wskaźniki modyfikacji modelu sugerowały dodanie do modelu ścieżki regresyjnej, nieuwzględnionej w modelu wyjściowym. Z tego też powodu, postanowiono zweryfikować model alternatywny, z uwzględnieniem tejże relacji. Analizę rozpoczęto ponownie od sformułowanego modelu wyjściowego (zob. Rysunek 5.4). W pierwszej kolejności zastosowano poprzednio użyte modyfikacje: z modelu wyłączono radzenie sobie skoncentrowane na emocjach i niektóre ścieżki regresyjne – pomiędzy negatywną percepcją choroby i stresem a radzeniem sobie.

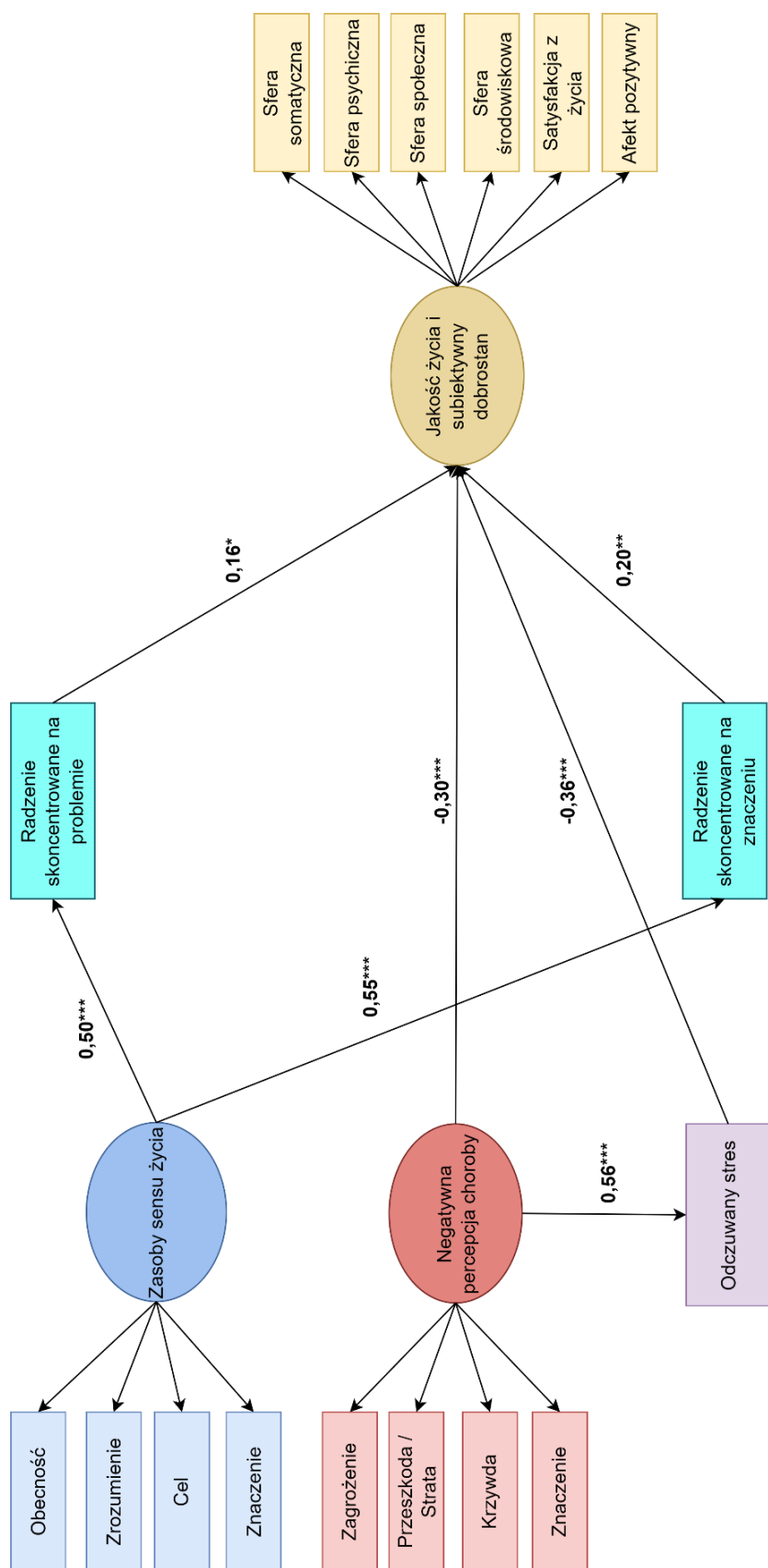
Współczynniki modyfikacji sugerowały zastosowanie relacji jednostronnej pomiędzy negatywną percepcją choroby a odczuwanym stresem. Związek ten jest uzasadniony teoretycznie, z perspektywy cytowanych w niniejszej pracy modeli percepcji choroby Leventhala i współpracowników (1980, 1984, 1992) oraz Lipowskiego (1970). Dlatego też zdecydowano się o zastosowaniu tej poprawki i połączeniu relacją regresyjną negatywną ocenę własnej choroby z wynikami PSS-10. Podejście to nie było wystarczające do uzyskania satysfakcjonującego dopasowania. Wskaźniki modyfikacji modelu wskazywały na najlepszą jego poprawę na podstawie połączenia kowariancyjną błędów dwóch zmiennych obserwowalnych: radzenia sobie skoncentrowanego na problemie oraz znaczeniu. Z uwagi na to, że konstrukty te wchodzą w skład jednej zmiennej (radzenia sobie ze stresem) i są testowane za pomocą tej samej skali, to zgodnie z rekomendacjami Haira i współpracowników (2019), podjęto decyzję o zastosowaniu tej poprawki. Pozwoliło to uzyskać model o satysfakcjonującym dopasowaniu. Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 5.27.

Tabela 5.27.

Wartości współczynników dopasowania i ścieżek testowanego modelu alternatywnego

Dopasowanie modelu		χ^2	<i>p</i>	<i>CMIN/df</i>	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>SRMR</i>	<i>RMSEA</i>	
Model wyjściowy		800,058	<0,001	6,558	0,822	0,777	0,177	0,129	
Model alternatywny		241,350	<0,001	2,256	0,962	0,952	0,046	0,061	
Δ – wyjściowy vs alternatywny		558,708	<0,001						
Efekty bezpośrednie (a, b, c')				<i>b</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>	<i>LLCI</i>	<i>ULCI</i>
ZSŻ	→	RSP		0,91	0,10	0,50	<0,001	0,740	1,119
ZSŻ	→	RSZ		1,09	0,10	0,55	<0,001	0,892	1,298
PCH (-)	→	STRES		0,56	0,07	0,47	<0,001	0,433	0,693
PCH (-)	→	JŻ + DS		-0,15	0,03	-0,30	<0,001	-0,211	-0,090
STRES	→	JŻ + DS		-0,14	0,02	-0,36	<0,001	-0,189	-0,096
RSP	→	JŻ + DS		0,05	0,02	0,16	0,021	0,008	0,087
RSZ	→	JŻ + DS		0,06	0,02	0,20	0,007	0,016	0,094
Efekty pośrednie (a*b)				<i>b</i>	<i>SE</i>	β	<i>LLCI</i>	<i>ULCI</i>	
ZSŻ	→	RSP / RSZ	→	JŻ + DS	0,10	0,02	0,19	0,064	0,147
PCh (-)	→	STRES	→	JŻ + DS	-0,08	0,01	-0,17	-0,117	-0,051
Efekty całkowite (c)				<i>b</i>	<i>SE</i>	β	<i>LLCI</i>	<i>ULCI</i>	
ZSŻ	→			JŻ + DS	0,10	0,02	0,19	0,064	0,147
PCH (-)	→			JŻ + DS	-0,22	0,03	-0,47	-0,298	-0,162
STRES	→			JŻ + DS	-0,14	0,02	-0,36	-0,189	-0,096

Uwaga: ZSŻ – zasoby sensu życia; RSP – radzenie skoncentrowane na problemie; RSZ – radzenie skoncentrowane na znaczeniu; PCH (-) – negatywna percepcja choroby; STRES – odczuwany stres; JŻ + DS – jakość życia i subiektywny dobrostan; Δ (delta) oznacza różnicę pomiędzy testowanymi modelami



Rysunek 5.6 Model alternatywny, uzyskany na podstawie przeprowadzonej analizy SEM

Uzyskany alternatywny model relacji testowanych zmiennych istotnie różnił się od teoretycznego modelu wyjściowego. Jako że uzyskany w pierwszej kolejności model końcowy jest w pełni zawarty w modelu alternatywnym, to podjęto decyzję o tym, że przedmiotem dalszych analiz będzie model alternatywny, wyjaśniający większy procent wariacji wyników jakości życia ($R^2 = 0,54$) niż model końcowy ($R^2 = 0,25$).

Wizualizacja modelu alternatywnego została zaprezentowana na Rysunku 5.6, a dokładne dane dotyczące współczynników zaprezentowano w Tabeli 5.27. Wykazano, że zasoby sensu życia stanowiły istotny i dodatni predyktor radzenia sobie skoncentrowanego na problemie oraz znaczeniu. Oznacza to, że im wyższe poczucie sensu życia, tym większa częstotliwość sięgania po radzenie zorientowane na problem i znaczenie. Co więcej, negatywna percepcja choroby oraz odczuwany stres były ujemnie związane z konstruktem jakości życia i subiektywnego dobrostanu. Tym samym, wyższe nasilenie negatywnej percepcji choroby i odczuwanego stresu mogą prowadzić do gorszej jakości życia. Odkryto także, że negatywna percepcja choroby stanowiła istotny predyktor poziomu odczuwanego stresu – oznacza to, że im gorsza ocena własnej choroby, tym większe nasilenie odczuwanego stresu. Również radzenie sobie zorientowane na problem i znaczenie były istotnie i dodatnio związane z konstruktem latentnym jakości życia i subiektywnego dobrostanu.

Dzięki tym wynikom należy uznać, że wysoka częstotliwość korzystania z tych dwóch stylów radzenia sobie mogła prowadzić do lepszej jakości życia i subiektywnego dobrostanu. Wykazano ponadto interesujące relacje mediacyjne. Potwierdzono, że radzenie sobie skoncentrowane na problemie i znaczeniu pełniło funkcję mediatora w relacji pomiędzy zasobami sensu życia a jakością życia i subiektywnym dobrostanem. Oznacza to, że wysoki poziom sensu życia mógł prowadzić do silniejszego korzystania z radzenia zorientowanego na problem i znaczenie, co mogło pozytywnie przekładać się na jakość życia i dobrostan osób z niewydolnością serca. Co więcej, wykryto również, że poziom odczuwanego stresu pośredniczył w relacji negatywnej oceny własnej choroby i jakości życia. Tym samym można uznać, że im silniejsza negatywna percepcja choroby, tym większe natężenie odczuwanego stresu, które to z kolei mogło negatywnie kształtować jakość życia badanej próby osób. Cały model wyjaśniał 54% wariacji jakości życia i subiektywnego dobrostanu ($R^2 = 0,54$), co w przypadku modelu SEM wskazuje na występowanie umiarkowanego efektu (Chin, 1998; Cohen, 1988).

W celu ostatecznej weryfikacji modelu alternatywnego sprawdzono, czy zjawisko multikolinearności dalej w nim występuje. Z tego powodu dokonano obliczenia współczynnika *VIF* (*Variance Inflation Factors*; Hair i in., 2019; Kock i Lynn, 2012). Współczynnik *VIF*

osiągający wartości większe od 10 dla zmiennych obserwowalnych (Hair i in., 2019) i większe niż 3,30 dla zmiennych latentnych (Kock i Lynn, 2012) jest przesłanką do tego, że w testowanym modelu może występować zjawisko multikolinearności. W uzyskanym modelu alternatywnym wartość współczynnika determinacji R^2 dla zależnej zmiennej latentnej wyniosła 0,54. Daje to wartość współczynnika VIF równą 2,17. Pozwala to stwierdzić, że uzyskany model SEM jest wolny od problemów związanych z wykrytą wcześniej kolinearnością. Pozwala to traktować uzyskane wyniki jako rzetelne i warte poddania dalszej dyskusji.

5.4.3. Analiza równoważności pomiarowej i interpretacja hipotez mediacyjnych

Przed przystąpieniem do weryfikacji hipotez mediacyjnych i dyskusji wyników postanowiono przeanalizować testowany alternatywny model SEM w dodatkowej analizie. Mimo występowania wielu statystycznie nieistotnych różnic i niskich miar siły efektu na etapie sprawdzania homogeniczności badanej próby (zob. Rozdział 5.2), nie można zakładać, że uzyskany model równań strukturalnych jest uniwersalny. Z tego też powodu podjęto decyzję o przeprowadzeniu analizy równoważności/ekwiwalencji pomiarowej (*measurement invariance analysis*). Analiza ta wykorzystuje wielogrupową analizę równań strukturalnych (*multigroup structural equation modeling*), w celu weryfikacji występowania podobieństw w testowanych modelach na trzech płaszczyznach. Sprawdza ona występowanie równoważności konstruktów, metryczną oraz skalarną. Ekwiwalencja konstruktów pozwala oszacować, czy układ modelu jest taki sam we wszystkich testowanych grupach. Równoważność metryczna porównuje ładunki czynnikowe pomiędzy modelami, a jej zachowanie pozwala na przeprowadzanie analiz korelacyjnych. Z kolei ekwiwalencja skalarna sprawdza dodatkowo, czy stałe regresji w porównywanych modelach są takie same i pozwala na przeprowadzenie analiz różnicujących badane grupy. W przypadku modelu SEM, w celu weryfikacji związków pomiędzy zmiennymi, należałoby wykazać występowanie równoważności konstruktów oraz metrycznej (Collier, 2020; Hair i in., 2019).

W Tabeli 4.1 znajdującej się w Rozdziale 4.3 zaprezentowano charakterystykę osób badanych. Na podstawie liczebności badanych grup należy stwierdzić, że analizie równoważności pomiarowej można poddać jedynie dwie zmienne: płeć osób badanych oraz czas zbierania danych (przed pandemią oraz w jej trakcie). W Tabeli 5.28 znajdują się wyniki przeprowadzonej wielogrupowej analizy SEM. Wykazano występowanie równoważności

konstruktu i ekwiwalencji metrycznej zarówno w przypadku porównania modeli kobiet i mężczyzn, jak i ze względu na czas zbierania danych. Dzięki zaprezentowanemu wynikowi postanowiono, że na podstawie badania homogeniczności grupy w analizach prostych jak i wielogrupowej analizie równań strukturalnych, w dyskusji wyników niniejszej pracy alternatywny model relacji mediacyjnych zaprezentowany na Rysunku 5.6 będzie traktowany jako uniwersalny dla badanych pacjentów z niewydolnością serca. Należy również zwrócić uwagę, że testowano wyłącznie dwie zmienne grupujące, czemu zostanie poświęcona szczególna uwaga również w sekcji limitacji zaprezentowanej później dyskusji wyników.

Tabela 5.28.

Wyniki analizy równoważności pomiarowej dla testowanego modelu SEM

Analiza dla płci	χ^2	<i>p</i>	<i>CMIN/df</i>	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>SRMR</i>	<i>RMSEA</i>
Równoważność konstruktów	398,589	<0,001	1,863	0,949	0,935	0,058	0,051
Równoważność metryczna	407,596	<0,001	1,788	0,950	0,940	0,061	0,049
Δ – konstruktów vs metryczna	9,007	0,831					
Analiza dla czasu pomiaru	χ^2	<i>p</i>	<i>CMIN/df</i>	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>SRMR</i>	<i>RMSEA</i>
Równoważność konstruktów	392,669	<0,001	1,835	0,949	0,935	0,054	0,050
Równoważność metryczna	400,586	<0,001	1,855	0,947	0,933	0,049	0,051
Δ – metryczna vs konstruktów	7,917	0,894					

Uwaga: płć – kobiety vs mężczyźni; czas pomiaru – przed pandemią vs w trakcie pandemii COVID-19; Δ (delta) oznacza różnicę pomiędzy testowanymi modelami

Na podstawie zaprezentowanych wyników analizy makrem PROCESS oraz modelu SEM podjęto się weryfikacji sformułowanych hipotez. 5 z 6 sformułowanych hipotez mediacyjnych zostało potwierdzone częściowo. Jedna hipoteza nie została potwierdzona (zob. Tabela 5.29). Hipotezy H5 i H6 zakładające mediacyjną funkcję radzenia sobie w relacji zasobów sensu życia z jakością życia i subiektywnym dobrostanem zostały potwierdzone wyłącznie częściowo. Przeprowadzona analiza SEM wykazała, że radzenie sobie zorientowane na problem i znaczenie mediowało w relacji zasobów sensu życia i jakości życia.

Analizy proste z wykorzystaniem makra PROCESS wykazały ponadto, że strategie skoncentrowane na problemie, emocjach i znaczeniu pośredniczą w relacji wybranych miar zasobów sensu życia i subiektywnego dobrostanu (afektu pozytywnego i negatywnego). Hipotezy H11 i H12 mówiące o mediacyjnej roli radzenia sobie między oceną własnej choroby a jakością życia i dobrostanem również zostały potwierdzone wyłącznie częściowo. Analiza konstruktywów latentnych nie potwierdziła wspomnianych hipotez, natomiast istotne wyniki

zaobserwowano w tradycyjnej analizie mediacji. Potwierdzono, że radzenie sobie zorientowane na problem i znaczenie mediowało w relacji niektórych podskal pozytywniej percepcji choroby i jakości życia osób z diagnozą I50. Co więcej, styl skoncentrowany na znaczeniu pełnił pośredniczącą rolę pomiędzy wybranymi miarami pozytywnej i negatywnej percepcji choroby a satysfakcją z życia. Strategie oparte na problemie i znaczeniu mediowały ponadto w relacji kilku miar pozytywnej i negatywnej oceny własnej choroby a afektem pozytywnym.

Również w przypadku negatywnych emocji zaobserwowano, że radzenie skupione na emocjach i znaczeniu pośredniczyło w relacji między wybranymi miarami percepcji choroby a afektem negatywnym. Nie potwierdzono natomiast hipotezy H15 mówiącej o mediacyjnej roli radzenia sobie w relacji stresu i jakości życia. W analizie SEM wykazano natomiast, że to odczuwany stres mediował w relacji pomiędzy negatywną percepcją choroby a jakością życia osób z niewydolnością serca – temu wynikowi zostanie poświęcona szczególna uwaga w dyskusji niniejszej pracy. Potwierdzono natomiast częściowo mediacyjną rolę radzenia sobie w związku odczuwanego stresu i subiektywnego dobrostanu. Analiza makra PROCESS potwierdziła, że styl radzenia sobie skoncentrowany na problemie i znaczeniu pośredniczył w relacji odczuwanego stresu i afektu pozytywnego. Ponadto wykazano, że radzenie sobie zorientowane na znaczenie mediowało także w relacji stresu i afektu negatywnego.

Tabela 5.29.

Podsumowanie weryfikacji hipotez mediacyjnych

Hipoteza	Potwierdzenie
H5 Radzenie sobie będzie pełniło rolę mediatora w relacji pomiędzy zasobami sensu a poczuciem jakości życia osób z niewydolnością serca	Częściowe
H6 Style radzenia sobie ze stresem będą mediowały w związku pomiędzy zasobami sensu a miarami subiektywnego dobrostanu osób z diagnozą I50	Częściowe
H11 Radzenie sobie będzie pełniło rolę mediatora w relacji pomiędzy percepcją choroby a poczuciem jakości życia osób z niewydolnością serca	Częściowe
H12 Style radzenia sobie ze stresem będą mediowały w związku pomiędzy percepcją choroby a miarami subiektywnego dobrostanu osób z diagnozą I50	Częściowe
H15 Radzenie sobie będzie pełniło rolę mediatora w relacji pomiędzy odczuwanym stresem a poczuciem jakości życia osób z niewydolnością serca	Brak
H16 Style radzenia sobie ze stresem będą mediowały w związku pomiędzy odczuwanym stresem a miarami subiektywnego dobrostanu osób z diagnozą I50	Częściowe

Rozdział 6.

Dyskusja wyników

Przedmiotem niniejszej pracy była rola radzenia sobie w relacji pomiędzy psychologicznymi uwarunkowaniami niewydolności serca a jej psychologicznymi konsekwencjami. W poprzednim rozdziale zaprezentowano wyniki 336 pacjentów z diagnozą I50. Traktowały one o relacjach zasobów sensu życia, percepcji choroby, stresu i radzenia sobie z jakością życia i subiektywnym dobrostanem tej grupy osób. Weryfikowały one także mediacyjną rolę radzenia sobie. Na podstawie wstępu teoretycznego, sformułowano 16 hipotez. Przedstawione w Rozdziale 5 analizy potwierdziły w pełni 7 hipotez, a częściowo 8. Nie potwierdzono natomiast wyłącznie jednej hipotezy.

Potwierdzono w pełni hipotezę H1 mówiącą o dodatnim związku obecności, zrozumienia, celu i znaczenia sensu życia z jakością życia, satysfakcją z życia i pozytywnym afektem osób z niewydolnością serca. H2 traktująca o ujemnej korelacji poszukiwania sensu życia z miarami jakości życia i dobrostanu została potwierdzona częściowo. W pełni potwierdzono hipotezy H3 i H4, dotyczące związku zasobów sensu życia z nasileniem negatywnych afektów pacjentów z diagnozą I50. Relacje pozytywnej percepcji choroby z jakością życia i dobrostanem badanej próby osób, wspomniane w hipotezach H7 i H8, zostały potwierdzone wyłącznie częściowo. W pełni natomiast potwierdzono związek negatywnej percepcji choroby z miarami jakości życia i dobrostanu osób z niewydolnością serca, o których mówiły hipotezy H9 i H10. Założono również w hipotezie H13, że odczuwany stres będzie ujemnie związany z jakością życia, satysfakcją z życia i pozytywnym afektem osób z diagnozą I50. Uzyskane wyniki potwierdzają tę hipotezę w pełni. Również hipoteza H14 dotycząca dodatniej korelacji odczuwanego stresu i negatywnego afektu została potwierdzona w pełni. Uzyskane wyniki pozwalają uznać wszystkie hipotezy korelacyjne za potwierdzone.

W przedstawionej pracy weryfikowano także mediacyjną rolę radzenia sobie w relacji zasobów sensu życia, percepcji choroby i stresu z jakością życia i subiektywnym dobrostanem osób z niewydolnością serca. Pięć hipotez zostało potwierdzonych częściowo, a jedna nie została potwierdzona. Częściowo potwierdzono hipotezy traktujące o mediacyjnej roli radzenia sobie pomiędzy zasobami sensu życia a jakością życia (H5) i miarami subiektywnego dobrostanu (H6) badanej próby osób. Analogicznie, również w przypadku relacji percepcji choroby i miar psychologicznych konsekwencji choroby, mediacyjna rola radzenia sobie

została potwierdzona wyłącznie częściowo (H11 oraz H12). Nie potwierdzono natomiast hipotezy H15 traktującej o mediacyjnej roli radzenia sobie pomiędzy stresem a jakością życia osób z diagnozą I50, lecz zaprezentowane wyniki dostarczyły ważnych wniosków, które zostaną poddane późniejszej dyskusji. Potwierdzono natomiast częściowo hipotezę H16, mówiącą o mediacyjnej roli radzenia sobie pomiędzy odczuwanym stresem a subiektywnym dobrostanem osób z niewydolnością serca.

Dyskusja zaprezentowanych wyników zostanie podzielona na cztery sekcje, poświęcone kolejno (1) roli zasobów sensu życia i radzenia sobie w dobrostanie osób z niewydolnością serca, (2) relacjom percepcji choroby, odczuwanego stresu i radzenia sobie z jakością życia pacjentów z diagnozą I50, (3) limitacjom badań własnych, a także (4) praktycznych implikacją zaprezentowanego projektu badawczego.

6.1. Rola zasobów sensu życia w dobrostanie osób z niewydolnością serca

6.1.1. Zasoby sensu a jakość życia

W niniejszej pracy zaobserwowano statystycznie istotny, dodatni i umiarkowany związek obecności sensu życia z jakością życia osób z niewydolnością serca w sferach fizycznej, psychicznej, społecznej i środowiskowej. Również zasoby sensu kwestionariusza MEMS (rozumienie, cel i znaczenie) były dodatnio i umiarkowanie związane z wynikami kwestionariusza WHOQOL-BREF. Weryfikując związek zasobów sensu i subiektywnego dobrostanu osób z diagnozą I50, wykazano umiarkowanie-silne zależności. Obecność, zrozumienie, cel i znaczenie sensu życia były dodatnio i silnie związane z wynikami satysfakcji z życia i nasilenia pozytywnego afektu badanej próby osób, a ujemnie i umiarkowanie z nasileniem ich negatywnego afektu. Wyniki te oznaczają, że im większe nasilenie sensu życia, tym lepsza jakość życia i dobrostan u badanych pacjentów kardiologicznych. Jeśli chodzi zaś o podskale poszukiwania sensu życia, to jej wyniki były związane wyłącznie w sposób istotny i ujemny z jakością życia w sferze środowiskowej, satysfakcją z życia oraz nasileniem negatywnego afektu, a miara siły efektu tych zależności wskazywała na występowanie wyłącznie słabej korelacji.

Dodatkowo sprawdzono również, które z badanych zmiennych będą stanowiły najważniejsze predyktory badanych zmiennych zależnych. Wykazano, że cel sensu życia stanowił istotny predyktor jakości życia w sferach somatycznej i psychicznej, a także

satysfakcji z życia i afektu pozytywnego badanej próby osób. Potwierdzono także, że znaczenie sensu było istotnym i dodatnim predyktorem jakości życia w sferach psychicznej i środowiskowej, a także satysfakcji z życia osób z diagnozą I50. Ponadto udowodniono, że obecność sensu życia stanowiła ważny predyktor jakości życia w sferze społecznej. Uzyskane w niniejszej pracy wyniki dotyczące związków zasobów sensu życia z jakością życia i subiektywnym dobrostanem osób z niewydolnością serca dostarczają ciekawych wyników, zarówno od strony teoretycznej jak i praktycznej. Weryfikują one dotychczasowe badania empiryczne i konstrukty teoretyczne, oraz poszerzają dotychczasową wiedzę na temat roli sensu życia u pacjentów z diagnozą I50.

Niewydolność serca jest często ostatnim stadium wielu chorób kardiologicznych (Karasek i in., 2008). Może być przyczyną oraz powikłaniem zawału mięśnia sercowego. Nieleczona, leczona nieodpowiednio lub związana z przyczynami losowymi, może kończyć się śmiercią pacjenta, gdyż zmiana trybu życia oraz stosowana farmakoterapia u pacjentów z niewydolnością serca może być nieskuteczna (Boehmer, 2004). W niniejszej pracy, wśród 336 badanych pacjentów, aż 46% doświadczyło epizodu zawału mięśnia sercowego. Pokazuje to, że połowa z badanych pacjentów doświadczyła traumatycznego, silnie egzystencjalnego wydarzenia, jakim jest zawał serca. Również sama świadomość tego, że niewydolność serca może przyczynić się do wystąpienia takiego epizodu kardiologicznego, może stanowić istotny stresor wywołujący rozważania natury egzystencjalnej.

Co więcej, średnia zadeklarowana liczba doskwierających im chorób somatycznych wynosiła $M=3,96$. Podkreśla to złożoność choroby somatycznej, z jaką zmagają się badani pacjenci z niewydolnością serca – że starania samych pacjentów jak i lekarzy specjalistów muszą być często skupione na wielu jednostkach chorobowych jednocześnie, co prawdopodobnie nie sprzyja wizji osiągnięcia pełni zdrowia. Frankl (1963, 1967) zaznacza w swojej koncepcji, że w styczności ze śmiercią, dla człowieka najważniejszym jest odnalezienie sensu swojego życia. Takim wydarzeniem jest niezaprzeczalnie epizod zawału mięśnia sercowego. Sama świadomość tego, jaką chorobą jest niewydolność serca (ostatnim stadium chorób kardiologicznych, często poprzedzającym śmierć pacjenta), może być przyczyną lęków i obaw egzystencjalnych, a także myślenia o śmierci. Jak podkreślał Yalom (1980, 1982), lęki te są zjawiskiem powszechnym, jednakże oczywistym jest, że w obliczu potencjalnej śmierci, będą się nasilały. Może to stanowić prawdopodobne uzasadnienie tego, dlaczego związek sensu życia i jakości życia w badanej grupie osób był aż umiarkowanie-silny.

W świetle prezentowanych wyników, należy podjąć dyskusję na temat funkcjonalnej roli zasobów sensu w życiu osób zmagających się z chorobami kardiologicznymi. W tym celu,

ponownie warto odwołać się do zaprezentowanego w niniejszej pracy modelu tworzenia znaczeń (Park, 2013). Według tej koncepcji, globalny system znaczeń, odpowiedzialny za procesy orientacyjne i motywacyjne, kształtuje ważne dla jednostki wartości i cele (Krok, 2017; Park, 2010). Odgrywa on istotną rolę w ocenie znaczenia wydarzenia zawartego w sytuacyjnym systemie znaczeń. Od strony funkcjonalnej, poczucie sensu życia może odgrywać istotną rolę w procesie leczenia. Otrzymanie diagnozy niewydolności serca oraz wszystkie związane z nią elementy (takie jak proces diagnostyczny, hospitalizacja, pozytywne i negatywne skutki leczenia itp.), będące częścią sytuacyjnego systemu znaczeń, mogą kształtować jakość życia osób z diagnozą I50 w dwojaki sposób.

W świetle przytoczonych koncepcji percepcji choroby (Leventhal i in., 1980, 1984, 1992; Lipowski, 1970), a także modelu tworzenia znaczeń (Park, 2013) należy podkreślić, że pacjenci postrzegający swoją chorobę jako obciążającą, będą wykazywali się gorszym dobrostanem niż Ci, którzy postrzegają go jako wartościową i znaczącą. W sytuacji choroby, to od globalnego systemu znaczeń zależy, jak jednostka postrzega siebie i swoje otoczenie. Zawarte w nim sens życia, wartości i cele, mogą pozytywnie przyczyniać się do jakości życia i dobrostanu pacjentów kardiologicznych. Vos (2021) zauważył, że głównym problemem pacjentów chorych kardiologicznie jest prowadzenie sensownego życia, mimo swojej choroby (*to live a meaningful life despite cardiovascular disease*). Sporządzony przez niego obszerny przegląd literatury wykazał, że pacjenci kardiologiczni postrzegający swoje życie jako sensowne, mieli większą motywację do wprowadzania zmian stylu życia, wykazywali się lepszym dobrostanem i mniejszymi poziomami stresu, w stosunku do pacjentów z dylematami natury egzystencjalnej. Pokazuje to, jak ważną rolę odgrywa globalny system znaczeń w życiu osób zmagających się z chorobą kardiologiczną.

Motywacyjny system znaczeń jest napędem motywacyjnym do zmiany, która to stanowi istotny aspekt zmagania się z chorobami serca, gdzie to często zmiany po stronie pacjenta (takie jak modyfikacja stylu życia oraz stosowanie się do zaleceń lekarskich) przyczyniają się najbardziej do eliminacji choroby (Piepoli i in., 2016). Bez zaangażowania pacjenta i chęci zmiany z jego strony, proces zdrowienia staje się utrudniony, o ile niemożliwy. Z pewnością można stwierdzić, że pacjenci u których na globalny system znaczeń składają się wartości i cele dotyczące prowadzenia sensownego i zdrowego życia, będą funkcjonować lepiej od tych, którzy nie podzielają takich wartości. Potwierdzają to badania, skupiające się na roli interwencji opartych na tworzeniu znaczeń. Przegląd literatury przeprowadzony przez Sacco i współpracowników (2019) pokazał, że interwencje mające na celu polepszenie jakości życia osób z niewydolnością serca są skuteczniejsze, kiedy to mocniej skupiają się one na procesie

tworzenia znaczeń i zasobach związanych z sensem życia. Tym samym naturalnym jest stwierdzenie, że opieka nad osobami zmagającymi się z diagnozą I50 powinna opierać się na ewaluacji i ewentualnej zmianie globalnego systemu znaczeń pacjentów tak, by Ci oceniali swoje życie jako sensowne, a także postrzegali siebie jako centralny punkt w procesie zmiany, równie ważny jak pomoc ze strony lekarzy i specjalistów. Dzięki zwiększonej sprawczości i motywacji do modyfikacji stylu życia i przestrzegania zaleceń lekarskich, należałoby oczekiwać lepszych rezultatów w osiąganiu przez nich pełni zdrowia. Niestety, elementy procesu tworzenia znaczeń, a także skupienie się specjalistów na zasobach sensu, nie jest jeszcze standardem opieki nad pacjentami kardiologicznymi.

Wiele badań podkreśla, że sytuacja ta powinna ulec zmianie. Z przeprowadzonych przez Park i Sacco (2017) badań jakościowych wynika, że prawie połowa badanych przez nich pacjentów wykazywała silną potrzebę większego zainteresowania ich sferą duchową (wyrażającą się m.in. w poszukiwaniu sensu życia) ze strony specjalistów. Już wcześniej Murray i współpracownicy (2004) podkreślali, że wielu pacjentów z niewydolnością serca skarży się na poczucie odizolowania, bezsensowności i bezwartościowości swojego życia. Skupienie się na sferze duchowej, samoakceptacji, próbie rewaluacji sytuacji choroby, a także podkreślenie sensowności życia pacjentów z diagnozą I50, powinno stanowić centralny element oddziaływań psychologicznych – w szczególności z uwagi na to, że poczucie sensu życia maleje wraz z wiekiem i postępem choroby pacjentów (Park i in., 2008). Przedłożone informacje, a także prezentowane w niniejszej pracy umiarkowanie-silne związki zasobów sensu i jakości życia osób z diagnozą I50 pokazują, jak ważną rolę w życiu tych osób odgrywają cele, przekonania i poczucie sensu wchodzące w skład globalnego systemu znaczeń (zob. Park, 2013; Park i in., 2008; Sacco i in., 2019; Vos, 2021).

Przedstawione we wstępie teoretycznym koncepcje Frankla (1963, 1967), Yalom (1980, 1982), Wong (1998, 2010, 2011, 2014), Stegera i współpracowników (2006, 2009) oraz George'a i Park (2016, 2017) wyraźnie wskazywały na związek pomiędzy poczuciem sensu życia i jakością życia każdego człowieka – zarówno zdrowego jak i chorego przewlekle. Przytoczone wyniki klasycznych już badań Zicka'i i Chamberlaina (1992) czy też Kinga i współpracowników (2006) potwierdzały założenia teoretycznie i wykazywały empirycznie, że sens życia jest istotnie skorelowany z miarami jakości życia. Taką samą zależność potwierdzona również w prezentowanym badaniu własnym. Zaprezentowane w niniejszym projekcie wyniki są jednymi z pierwszych w Polsce weryfikującymi relację zasobów sensu życia i jakości życia pacjentów chorych na niewydolność serca, a także uzupełniają stan aktualnej wiedzy poprzez weryfikację roli zasobów kwestionariusza MEMS w tej próbie osób.

Wyniki niniejszego projektu badawczego są zgodne z badaniami Park i współpracowników (2008), którzy to w badaniu podłużnym na próbie 155 pacjentów z niewydolnością serca wykazali, że poczucie sensu życia było związane w sposób dodatni i umiarkowany z miarami fizycznej i psychologicznej jakości życia związanej ze zdrowiem. Są także istotnym poszerzeniem badań własnych, mówiących o związku miar sensu życia z dobrostanem pacjentów kardiologicznych (Gerymski i Król, 2020; Krok i Gerymski, 2019). Zaprezentowane teorie i badania zakładały jednak, że relacja zasobów sensu i jakości zarówno osób zdrowych jak i pacjentów somatycznych jest relacją bezpośrednią. Niewątpliwą zaletą prezentowanego projektu badawczego jest również to, że w oparciu o transakcyjny model stresu (Folkman, 2001; Lazarus i Folkman, 1984) oraz model tworzenia znaczeń Park (2008, 2010, 2013), poszerza on dotychczasową wiedzę teoretyczną pokazując, że relacja pomiędzy zasobami sensu a jakością życia i subiektywnym dobrostanem osób z diagnozą I50 jest prawdopodobnie pośredniczona przez style radzenia sobie ze stresem.

6.1.2. Mediacyjna rola radzenia sobie między zasobami sensu a jakością życia

W zaprezentowanym badaniu udowodniono, że obecność, zrozumienie, cel i znaczenie sensu życia były istotnie, dodatnio i umiarkowanie związane z trzema stylami radzenia sobie ze stresem, skoncentrowanymi na problemie, emocjach i znaczeniu. Analiza przy użyciu makra PROCESS wykazała, że radzenie sobie zorientowane na problem i znaczenie pełniło funkcję mediatora pomiędzy obecnością sensu życia oraz zasobami sensu kwestionariusza MEMS, a wynikami afektu pozytywnego. Co więcej, uwidoczniono także, że radzenie sobie skoncentrowane na problemie i emocjach pełniło pośredniczącą funkcję między obecnością, zrozumieniem, celem i znaczeniem sensu życia a afektem negatywnym (zob. Aneks, poz. 6, 9, 12 oraz 15). Z kolei w analizie równań strukturalnych zaobserwowano, że zmienna latentna dotycząca zasobów sensu nie była bezpośrednim predyktorem jakości życia i subiektywnego dobrostanu osób z niewydolnością serca, a relacja między tymi dwoma zmiennymi była pośredniczona przez radzenie sobie zorientowane na problem i znaczenie.

Prezentowane wyniki pokazują, że poziom zasobów sensu może nie stanowić bezpośredniego predyktora psychologicznych skutków choroby przewlekłej, a jest raczej związany z radzeniem sobie, które to może pośredniczyć w relacji zasobów sensu i jakości życia pacjentów kardiologicznych. Zgodnie z koncepcją choroby przewlekłej Ziarko (2014) należy założyć, że niewydolność serca związana jest z szeregiem ograniczeń i jest istotnym

wydarzeniem w życiu osób nią dotkniętych. Wymaga ona przystosowania do zmian płynących z choroby, jednakże czasem bywa tak, że są one przerastające jednostkę. Jak wspomniano wcześniej, niewydolność serca może być traumatycznym wydarzeniem, chociażby z uwagi na świadomość śmierci wśród pacjentów nią dotkniętych, czy też epizody kardiologiczne takie jak zawał mięśnia sercowego, które to bezpośrednio mogą wywoływać lęk egzystencjalny u pacjentów z diagnozą I50.

W przypadku pacjentów ze wszczepionym ICD, również występujące u nich tzw. „burze elektryczne” (Gerymski i Król, 2020) mogą stanowić istotne źródło myślenia o śmierci i kryzysów egzystencjalnych w tej grupie osób. Pośrednicząca funkcja radzenia sobie w relacji zasobów sensu i jakości życia osób z niewydolnością serca jest w pełni uzasadniona teoretycznie. Park (2008, 2010, 2013) w swojej koncepcji tworzenia znaczeń podkreśla, że choroba przewlekła może być silnie stresującym wydarzeniem, prowadzącym do przypisywania mu przez jednostkę jakiegoś znaczenia. W swojej koncepcji, wyróżnia dwa systemy znaczeń kierujące naszym zachowaniem. Globalny system znaczeń, składający się z naszych przekonań, celów i poczucia sensu życia, określa w jaki sposób postrzegamy przeszłość i terażniejszość, a także determinuje nasze oczekiwania wobec przyszłości. Z kolei sytuacyjny system znaczeń dotyczy wstępnej oceny sytuacji, rewizję znaczeń oraz skutków tych procesów. Odnosi się do konkretnej sytuacji zachodzącej w życiu człowieka, takiej jak choroba przewlekła. Oddziałują na nie ogólne przekonania i cele jednostki zawarte w globalnym systemie znaczeń, oraz warunki, w których to odbywa się transakcja pomiędzy jednostką a otoczeniem (Park, 2010, 2013, 2016). Rozbieżność pomiędzy globalnym a sytuacyjnym systemem znaczeń może stanowić istotne źródło stresu.

Zgodnie z modelem tworzenia znaczeń Park (2008, 2010, 2013) oraz klasycznym i zrewidowanym transakcyjnym modelem stresu (Folkman, 2001; Lazarus i Folkman, 1984), w sytuacji niskiego poziomu zasobów sensu życia, mogą być uruchamiane strategie radzenia sobie, pośredniczące w relacji sensu i jakości życia. W swojej klasycznej formie, transakcyjny model stresu skupia się na radzeniu zorientowanych na problemie i emocjach, jednakże modele Park (2008, 2010, 2013) i zrewidowany transakcyjny model stresu Folkman (2001) podkreślają istotną rolę radzenia sobie opartego na znaczeniu. W niniejszym badaniu wykazano, że to właśnie radzenie sobie zorientowane na problemie i znaczeniu pełniło mediującą rolę między zasobami sensu a wybranymi miarami jakości życia i dobrostanem osób z niewydolnością serca. Uzyskane wyniki pozwalają przypuszczać, że im wyższe poczucie sensu życia, tym większa częstotliwość sięgania po radzenie sobie skoncentrowane na problemie i znaczeniu,

a tym samym wyższa jakość życia. Prezentowane w niniejszej pracy wyniki badań i założenia są zgodne z dotychczasowym stanem wiedzy.

Badania Park i współpracowników (2008) pokazały, że poczucie sensu życia, radzenie sobie oparte na znaczeniu oraz jakość życia związana ze zdrowiem osób z niewydolnością serca, są ze sobą związane i ulegają zmianie w czasie. Z kolei Graven i Grant (2013) w swoim przeglądzie literatury wykazali, że radzenie sobie zorientowane na problem było dodatnio związane z jakością życia związaną ze zdrowiem w sferze fizycznej i psychologicznej u osób z niewydolnością serca. Co więcej, podkreślają także, że radzenie sobie oparte na emocjach było negatywnie skorelowane z miarami jakości życia tychże osób. Inny przegląd wykonany przez Graven i jej zespół (2014) dostarcza bardziej konkretnych informacji. Wykazali oni, że na podejmowane style radzenia sobie ze stresem może wpływać wiele istotnych czynników, między innymi poczucie sensowności, zrozumiałości i celowości, własne przekonania i cele, czy też osobowość osób z diagnozą I50. Również oni podkreślają, że radzenie sobie zorientowane na problem przynosiło pozytywne skutki dla dobrostanu pacjentów kardiologicznych, a to zorientowane na emocje, negatywne.

Prezentowane wyniki badania własnego potwierdzają wspomnianą istotną rolę radzenia sobie w związku z jakością życia osób z diagnozą I50, a także znacząco je uzupełniają. Zaobserwowany w modelu SEM niniejszej pracy brak istotnej roli radzenia sobie zorientowanego na emocje pomiędzy zasobami sensu życia a miarami jakości życia i dobrostanu jest tak *de facto* wynikiem pozytywnym. Niestety, nie odnaleziono badań weryfikujących mediacyjną rolę radzenia sobie między zasobami sensu i jakości życia u osób z niewydolnością serca, jednakże prezentowane wyniki są zgodne z tymi, dotyczącymi innych grup pacjentów.

Kim z zespołem (2021) opublikowali dane mówiące o mediacyjnej roli pozytywnego przewartościowania (strategii zawartej w stylu radzenia sobie opartym na znaczeniu) pomiędzy poczuciem koherencji (zrozumiałości, zaradności i sensowności) a jakością życia osób w nowotworami ginekologicznymi. Z kolei Krok z zespołem (2019) wykazali, że radzenie sobie oparte m.in. na problemie i znaczeniu pośredniczyło w relacji religijnego systemu znaczeń i psychologicznego dobrostanu osób starszych, zmagających się z nowotworami przewodu pokarmowego. W innym badaniu, Krok, Telka i Zarzycka (2022) potwierdzili między innymi, że radzenie sobie zorientowane na znaczenie pośredniczyło w relacji zasobów sensu życia i psychologicznego dobrostanu u osób z nowotworami prostaty, szyjki macicy, endometrium, jajników, pęcherza, żołądka, nerek oraz jelita. Wyniki zawarte w niniejszej dysertacji potwierdzają i poszerzają wnioski z przytoczonych danych w dwojaki sposób:

weryfikują ono podobne zależności na innej próbie osób (pacjentów z niewydolnością serca), a także uzupełniają aktualny stan wiedzy o nowe dane uzyskane dzięki wykorzystaniu kwestionariusza MEMS. Badanie własne i prezentowane publikacje pozwalają stwierdzić, że duże nasilenie zasobów sensu życia prowadzi do korzystania z konstruktywnych form radzenia sobie, pozytywnie przyczyniających się do jakości życia osób chorych przewlekle. Mimo braku bezpośrednich publikacji o roli radzenia sobie w relacji zasobów sensu i jakości życia osób z niewydolnością serca, na podstawie przedłożonych danych można uznać prezentowane w niniejszej pracy zależności mediacyjne za prawdopodobne.

Radzenie sobie skoncentrowane na problemie dotyczy instrumentalnego podejścia do próby zmiany relacji między jednostką a jej otoczeniem. Opiera się na próbie opanowania źródła stresu w celu eliminacji lub zmniejszenia jego negatywnego oddziaływania. Może przejawiać się w postaci próby zmiany sytuacji i rozwiązywania problemów, np. poprzez opracowanie strategii działania (Folkman i Lazarus, 1980; Lazarus i Folkman, 1987). Z kolei radzenie sobie zorientowane na znaczeniu polega na generowaniu pozytywnego afektu, pełniącego funkcję motywacyjną w procesie radzenia sobie oraz przywracającego utracone zasoby (Folkman, 2001, 2008; Gruszczyńska, 2007). Te dwa style radzenia sobie ze stresem mogą się wzajemnie uzupełniać.

Jak zauważa Folkman (2001, 2008) pozytywne emocje odpowiedzialne są za podtrzymywanie wysiłków radzenia sobie ze stresem, pomagają w odbudowywaniu utraconych zasobów, a także dostarczają momentu wytchnienia podczas transakcji stresowej. W przypadku niewydolności serca, przejawami radzenia sobie skoncentrowanego na problemie mogą być próby uzyskania pomocy lekarza specjalisty, stosowanie się do zaleceń lekarskich, a także zmiana stylu życia pacjenta, czy nawet uzyskanie wsparcia psychologicznego. Jako przejawy stylu zorientowanego na znaczeniu można by wymienić zwrot ku religii lub duchowości, próbę przewartościowania swoich celów, czy też próbę nadania chorobie znaczenia. Zastanawiającym jest w sumie fakt, że radzenie sobie skoncentrowane na emocjach nie okazało się być istotnym mediatorem w relacji zasobów sensu i jakości życia badanych osób z niewydolnością serca. Odnotowano zaś jego istotną pośredniczącą funkcję między zasobami sensu a afektem pozytywnym.

Wyniki sugerowały, że wysokie poczucie sensu życia prowadzi do częstszego korzystania z radzenia sobie zorientowanego na emocje, które to może podwyższać poziom negatywnego afektu. Styl skoncentrowany na emocjach może być zarówno konstruktywny, jak i destruktywny. Stosowany jest w celu redukcji negatywnych emocji oraz emocjonalnego napięcia, związanych z działaniem stresora i dotyczy form działania obejmujących

poszukiwanie wsparcia społecznego, ale także dystansowanie się, unikanie, czy też ucieczkę (Folkman i in., 1986; Folkman i Lazarus, 1988b; Lazarus i Folkman, 1984). Prezentowane wyniki pokazują więc, że w badanej próbie osób z diagnozą I50, skutecznymi okazują się prawdopodobnie strategie konstruktywne, opierające się na rozwiązaniu problemu i pozytywnym przewartościowaniu. Wynik ten jest niezmiernie istotny ze strony praktycznej. Pokazuje, że podstawą dobrego funkcjonowania psychicznego pacjentów z niewydolnością serca mogą być strategie, które pomogą im również w procesie leczenia. Radzenie sobie zorientowane na problem, wsparte stylem skoncentrowanym na znaczeniu może dotyczyć strategii, które są bezpośrednio związane z chorobą, a tym samym z procesem leczenia. Pokazuje to, że dbanie o dobrostan pacjentów z diagnozą I50 i korzystanie przez nich z konstruktywnych stylów radzenia sobie może przynieść korzyści nie tylko w sferze psychologicznej, ale i również biomedycznej.

Jak wspomniano wcześniej, niewydolność serca może być związana z lękiem natury egzystencjalnej i rozważaniami na temat sensu życia. Zgodnie z modelem Park (2008, 2010, 2013), sytuacja ta może przyczyniać się do próby przywrócenia równowagi między znaczeniem globalnym i sytuacyjnym w życiu jednostki, za pośrednictwem wspomnianych strategii radzenia sobie. Prawdopodobnym jest, że badani pacjenci stosowali radzenie sobie zorientowane na znaczeniu w celu pozytywnego przewartościowania zaistniałej sytuacji, które to mogło być wspierające i podtrzymujące radzenie sobie zorientowane na problemie. Jak wynika z charakterystyki prezentowanej próby osób badanych, aż 92% z nich było pod stałą opieką poradni kardiologicznej. Można zatem przypuszczać, że większość badanych osób, przynajmniej w jakimś stopniu, stara się stosować do zaleceń lekarskich, w postaci stałych kontroli kardiologicznych, a radzenie sobie zorientowane na znaczeniu może być przy tym pomocne i wspierające. Nie mniej jednak w celu weryfikacji tego przypuszczenia należałoby przeprowadzić badania podłużne, weryfikujące nie tylko style ale i również szczegółowe strategie radzenia sobie ze stresem. Badanie to pozwoliłoby w pełni uzasadnić to oparte na teorii przypuszczenie.

Zaprezentowane w niniejszym projekcie wyniki poszerzają poprzednie badania własne, weryfikujące rolę radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu w subiektywnym dobrostanie pacjentów ze wszczepionym ICD (Gerymski i Król, 2020). Jak wykazano we wstępie tej pracy, poprzednie badania dotyczące pacjentów kardiologicznych skupiały się na stylach zorientowanych na problem i emocje, a także konstrukcjach wyłącznie powierzchownie związanych z radzeniem sobie skoncentrowanym na znaczeniu (zob. Lee i in., 2022; Li i in., 2019; Vos, 2021). Nie mniej jednak wyniki uzyskane w dwóch różnych analizach mediacji

pokazują, że relacja sensu życia, radzenia sobie, jakości życia i dobrostanu nie jest koherentna i wymaga dalszych badań. Niewątpliwą zaletą prezentowanego projektu jest jednak to, że nie ogranicza się on wyłącznie do weryfikacji roli zasobów sensu w funkcjonowaniu pacjentów z diagnozą I50, ale weryfikuje także rolę oceny własnej choroby i odczuwanego stresu.

6.2. Percepcja choroby i odczuwany stres a jakość życia osób z diagnozą I50

6.2.1. Ocena własnej choroby i odczuwany stres a dobrostan

Przeprowadzone analizy korelacji dostarczają ważnych i wartościowych wniosków. Relacja percepcji własnej choroby i odczuwanego stresu z jakością życia i subiektywnym dobrostanem osób z niewydolnością serca częściowo potwierdziła sformułowane hipotezy, a także dostarczyła ważnych i nowych wniosków. Wykazano, że negatywna percepcja choroby osób z diagnozą I50 była silniej związana z ich miarami jakości życia i dobrostanu niż pozytywna ocena własnej choroby. Ocena własnej choroby jako zagrożenie, przeszkoda/strata oraz krzywda były ujemnie związane z jakością życia w sferach fizycznej, psychicznej, społecznej i środowiskowej. Co więcej, negatywna percepcja choroby była również ujemnie związana z nasileniem satysfakcji z życia i afektu pozytywnego osób z diagnozą I50. Również ocena własnej choroby jako zagrożenie, przeszkoda/strata oraz krzywda była dodatnio związana z nasileniem negatywnych emocji. Z opisywanych relacji, 19 związków miało znamiona relacji umiarkowanych, a 2 znamiona słabych.

Przeprowadzone analizy wykazały także, że pozytywna ocena własnej choroby była związana z miarami jakości życia i dobrostanu osób z diagnozą I50. Ocena własnej choroby jako korzyść była dodatnio i słabo związana z jakością życia w sferze somatycznej. Wyniki podskali wyzwania SOWC były dodatnio i słabo skorelowane z wynikami jakości życia psychicznego, satysfakcji z życia i afektu pozytywnego. Percepcja choroby jako wartość była ponadto dodatnio i słabo związana z wynikami jakości życia w sferze psychicznej, satysfakcji z życia oraz afektu pozytywnego, a ujemnie z nasileniem negatywnych emocji. Na podstawie prezentowanych relacji można uznać, że negatywna percepcja choroby jest silniej związana z miarami jakości życia i dobrostanu badanej próby osób od tej pozytywnej. Potwierdzają to wyniki regresji krokowej wstecznej, mającej na celu wyłonienie najlepszych predyktorów testowanych zmiennych zależnych. Wykazała ona, że percepcja choroby jako przeszkoda/strata była istotnym i ujemnym predyktorem jakości życia w sferze somatycznej, społecznej

i środowiskowej, a także afektu pozytywnego. Ocena własnej choroby jako krzywda była istotnym i dodatnim predyktorem nasilenia afektu negatywnego. Wyłącznie jedna miara pozytywnej oceny własnej choroby, percepcja jako korzyść, była istotnym i negatywnym predyktorem nasilenia negatywnych emocji, jednakże wartość współczynnika *Beta* była stosunkowo skromna (-0,13).

Prezentowane badanie jest jednym z pierwszych weryfikujących percepcję choroby mierzoną kwestionariuszem SOWC wśród pacjentów kardiologicznych. Żadne poprzednie badanie nie stosowało tego narzędzia w przypadku osób z diagnozą I50. Użycie skali SOWC i oparcie podstaw teoretycznych na modelu Lipowskiego (1970) stanowi istotne uzupełnienie aktualnego stanu wiedzy. Niestety, prezentowane wyniki dostarczają niejednoznacznych wniosków. Na podstawie prezentowanych wyników należy uznać, że negatywna percepcja choroby może być silniej związana z jakością życia i dobrostanem badanej próby osób, niż pozytywna ocena własnej choroby. Co więcej, ta negatywna ocena niewydolności serca może prowadzić do obniżenia jakości życia osób z niewydolnością serca.

Jak zauważa Heszen (2013), bilans zysków i strat wynikających z choroby jest na ogół ujemny. Długotrwałe leczenie, ograniczenia życiowe, stres i często także myślenie o śmierci i sensie życia, mogą negatywnie kształtować ocenę własnej choroby w badanej próbie pacjentów. Zgodnie z teorią Lipowskiego (1970), negatywna ocena własnej choroby prowadzi do negatywnych stanów emocjonalnych, które to z kolei mogą utrudniać proces leczenia i radzenia sobie z chorobą przewlekłą. Prezentowane wyniki, pokazujące silniejszy związek negatywnej oceny choroby niż tej pozytywnej z miarami jakości życia i dobrostanu pokazują, że badana próba pacjentów z diagnozą I50 być może nie wykazuje się dobrym przystosowaniem do swojej choroby z powodu jej ograniczeń. Akceptacja swojego stanu zdrowia może pomóc w zmaganiu się ze stresem choroby przewlekłej (Dymecka i Gerymski, 2020; Rzakiewicz, 2007).

Nawiązując ponownie do kryzysu egzystencjalnego, prawdopodobnym jest, że myślenie o śmierci, świadomość zaawansowania choroby jak i narzucane przez nią ograniczenia sprawiają, że osobom z niewydolnością serca trudno jest znaleźć w niej coś pozytywnego. Jak pokazano we wstępie teoretycznym niniejszej pracy, brakuje stosownych danych pokazujących dokładnie relacje pomiędzy percepcją choroby a jakością życia i dobrostanem osób z niewydolnością serca. Dostępne wyniki nie są spójne, a żadne z badań psychokardiologicznych nie dotyczy badań w paradygmacie koncepcji Lipowskiego (1970), dlatego trudnym jest znalezienie definitywnego uzasadnienia dla prezentowanych wyników.

Janowski (2006) w swoich badaniach na osobach z łuszczycą pokazał, że percepcja choroby może być zależna od różnych zmiennych biomedycznych i socjodemograficznych. Z tego też powodu znalezienie konkretnego czynnika odpowiedzialnego za silniejszy związek negatywnej percepcji choroby z jakością życia osób z diagnozą I50 jest bardzo trudne. Furmańska i współpracownicy (2018, 2019, 2021) wykazali, że osoby cierpiące na stwardnienie rozsiane istotnie częściej oceniły swoją chorobę jako przeszkodę/stratę w porównaniu do osób z cukrzycą. Oznacza to, że zaawansowanie choroby może mieć istotny wpływ na percepcję choroby przewlekłej. Może to stanowić uzasadnienie aktualnych wyników, gdyż niewydolność serca, jako ostatnie stadium chorób serca, jest chorobą bardzo zaawansowaną i trudną w leczeniu. Negatywna ocena własnej choroby, trudności z przystosowaniem się do niej, a także ograniczenia jakie narzuca niewydolność serca na badaną grupę osób mogą stanowić istotne źródło stresu w ich życiu, co znajduje swoje odzwierciedlenie również w prezentowanych wynikach.

W niniejszym projekcie potwierdzono, że odczuwany stres osób z diagnozą I50 był istotnie i umiarkowanie związany ze wszystkimi testowanymi miarami jakości życia (w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej i środowiskowej), a także subiektywnego dobrostanu (satysfakcją z życia, afektem pozytywnym i negatywnym). Co więcej, analiza regresji krokowej wstecznej potwierdziła również, że odczuwany stres stanowił znaczący i negatywny predyktor jakości życia w sferze psychicznej i środowiskowej, a także satysfakcji z życia i afektu pozytywnego, oraz dodatni predyktor negatywnego afektu. Oznacza to, że im wyższe natężenie odczuwanego stresu, tym gorsza jakość życia i subiektywny dobrostan.

Na przestrzeni niniejszej pracy zaprezentowano, że stres jest nieodzowną częścią wszystkich chorób kardiologicznych – może być zarówno ich przyczyną, jak i skutkiem (Monastyrska i Beck, 2014; Narodowy Fundusz Zdrowia, 2019; Piepoli i in., 2016). W świetle transakcyjnej teorii stresu, jest on definiowany jako relacja osoby z jej środowiskiem, którą człowiek ocenia jako obciążającą lub przekraczającą jej możliwości, a także zagrażającą jej dobrostanowi (Heszen, 2013; Heszen i Sęk, 2012; Lazarus i Folkman, 1984; Terelak, 2008). Istotny związek stresu i zdrowia jest podkreślany przez wiele modeli teoretycznych. Koncepcja Antonovskyego (1979, 1987, 1996) zakładała, że jednym z czterech głównych czynników od których zależy poziom zdrowia jest właśnie stres. Również model Lipowskiego (1970) pokazywała, że choroba przewlekła jest źródłem stresu, wywołującego wiele negatywnych emocji. Autorska koncepcja następstw niewydolności serca, opracowana na bazie modelu choroby niedokrwiennej serca Ziarko (2014) również podkreślała istotną rolę stresu w życiu pacjentów z diagnozą I50.

Dostępne badania jakościowe na próbie pacjentów z niewydolnością serca wykazują, że zdrowie jest z 5 powodów występowania subiektywnie ocenianego przez badanych stresu (Dickens i in., 2019). Nie mniej jednak, w prezentowanym projekcie relacja ta była weryfikowana wyłącznie w drugą stronę, tj. sprawdzano, czy stres kształtuje jakość życia badanych osób. Badania azerbejdżańskie potwierdziły, że stres był istotnie i negatywnie związany z dobrostanem osób z diagnozą I50 (Safavi i in., 2016). Również Lee (1999) potwierdził, że stres stanowił istotny predyktor subiektywnego dobrostanu osób z niewydolnością serca. Także badania podłużne potwierdzają tę zależność. Dimond z zespołem (2021) przebadali 147 pacjentów z niewydolnością serca przez okres 39 miesięcy, dokonując pomiarów co pół roku. Wykazali oni, że postrzegany stres oraz poczucie lęku stanowiły istotne predyktory częstotliwości hospitalizacji badanej próby pacjentów i był związany również z częstotliwością śmierci pacjentów.

Prezentowane badanie własne, mimo swojego poprzecznego charakteru, potwierdza przywołane dane dotyczące relacji stresu i dobrostanu osób z niewydolnością serca, a także uzupełnia i aktualizuje dotychczasowy stan wiedzy o dane polskie. Prezentowane wyniki dostarczają również wskazówek co do tego, dlaczego odczuwany stres był tak ważnym predyktorem jakości życia i dobrostanu badanych osób z niewydolnością serca. Postrzegany stres jest zjawiskiem powszechnym wśród pacjentów z niewydolnością serca. Nakładające się po sobie hospitalizacje, zaostrzenie się objawów, ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu oraz duża złożoność tej choroby sprawiają, że jakość życia psychicznego i fizycznego pacjentów z diagnozą I50 jest zagrożona (Harris i in., 2021). Istotna rola negatywnej percepcji choroby i odczuwanego stresu mogą wskazywać na niską akceptację choroby wśród badanej próby osób, negatywnie przystosowanie do niej lub też po prostu spore nasilenie negatywnych stanów emocjonalnych związanych z obciążeniem chorobą przewlekłą.

Jak pokazano w niniejszej pracy, średni czas trwania choroby w badanej próbie wyniósł $M=11,05$ lat. Badani deklarowali średnio $M=3,96$ aktualnie leczonych chorób przewlekłych. Co więcej, prawie połowa osób była osobami bezrobotnymi, lub też żyjącymi z renty albo emerytury. Dane te wskazują na prawdopodobnie duże obciążenie chorobą przewlekłą w życiu badanych osób. Podkreślają, długotrwały i rozbudowany obraz zmagania się z niewydolnością serca, który również może być znacząco utrudniony z uwagi na sytuację życiową badanych osób. Dlatego też bardzo ważnym jest weryfikacja potencjalnych czynników chroniących, mogących zredukować negatywne działanie choroby na jakość życia osób nią dotkniętą. Z tego też powodu niniejszy projekt próbował zweryfikować transakcję stresową badanej próby osób z niewydolnością serca. Wykazano, że negatywna percepcja choroby jak i odczuwany stres

mogą stanowić predyktory jakości życia i dobrostanu badanych osób. Próbowano również zweryfikować, czy radzenie sobie zorientowane na problem emocje i znaczenie będzie pośredniczyło w tej relacji.

6.2.2. Mediacyjna rola stresu i radzenia sobie w relacji percepcji choroby i jakości życia

W prezentowanej pracy, relacja pomiędzy percepcją własnej choroby i radzeniem sobie nie dostarcza pozytywnych wniosków. Wykazano, że miara efektu korelacji oceny własnej choroby z radzeniem sobie miara znamiona głównie relacji słabych. Zaobserwowano, że percepcja choroby jako korzyść była związana dodatnio z radzeniem sobie zorientowanym na znaczenie. Z kolei ocena własnej choroby jako wyzwanie była dodatnio związana ze wszystkimi mierzonymi stylami radzenia sobie ze stresem. Percepcja choroby jako wartość była dodatnio i istotnie związana z wynikami radzenia skoncentrowanego na emocjach i znaczeniu. Oznacza to, że im wyższa pozytywna percepcja choroby, tym częstsze stosowania radzenia sobie.

Z drugiej strony, odnotowano także ujemną korelację negatywnej percepcji choroby i radzenia sobie. Percepcja choroby jako przeszkoda/strata była ujemnie związana z radzeniem sobie zorientowanym na problem i znaczenie. Z kolei ocena własnej choroby jako krzywda była ujemnie skorelowana z wynikami radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu. Oznacza to, że im wyższa negatywna percepcja choroby, tym niższa częstotliwość radzenia sobie. Również stres był umiarkowanie i ujemnie związane z radzeniem sobie zorientowanym na problem, emocje i znaczenie. Oznacza to, że im wyższy stres, tym rzadsze stosowanie radzenia sobie.

Mediacyjna funkcja radzenia sobie w relacji percepcji choroby i odczuwanego stresu z jakością życia i subiektywnym dobrostanem została udowodniona wyłącznie częściowo. W analizach przy użyciu makra PROCESS zaobserwowano, że radzenie sobie skoncentrowane na problemie pośredniczyło w relacji oceny własnej choroby jako wyzwanie i wartość z jakością życia osób z diagnozą I50. Co więcej, radzenie sobie oparte na znaczeniu również pełniło mediującą funkcję w relacji oceny własnej choroby jako wyzwanie i jakości życia. Oznacza to, że im korzystniejsza ocena własnej choroby, tym większa częstotliwość konstruktywnego radzenia sobie i tym samym lepsza jakość życia. Więcej zależności mediacyjnych zaobserwowano w przypadku analizy danych dotyczących subiektywnego dobrostanu. Radzenie sobie zorientowane na znaczeniu pośredniczyło między percepcją

choroby jako wyzwanie i wartość, ale także przeszkoda/strata i krzywda z wynikami satysfakcji z życia. Radzenie sobie zorientowane na problem pośredniczyło także w relacji oceny choroby jako przeszkoda/strata i wyzwanie, z danymi dotyczącymi afektu pozytywnego (zob. Aneks, poz. 7, 10, 13 oraz 16).

Wykazano również, że radzenie zorientowane na znaczenie pośredniczyło w relacji percepcji własnej choroby jako przeszkoda/strata, krzywda, wyzwanie i wartość a wynikami afektu pozytywnego i afektu negatywnego. Z kolei radzenie sobie skoncentrowane na emocjach mediowało wyłącznie pomiędzy oceną własną choroby jako wyzwanie a afektem negatywnym. Wyniki te pozwalają stwierdzić, że im wyższa pozytywna percepcja choroby, tym większa częstotliwość korzystania z radzenia sobie skoncentrowanego na problemie i znaczeniu, a tym samym lepszy subiektywny dobrostan. Wyjątek stanowi radzenie sobie skoncentrowane na emocjach, które prawdopodobnie negatywnie kształtowało wyniki subiektywnego dobrostanu osób z niewydolnością serca. Z kolei im wyższa negatywna percepcja choroby, tym mniejsza częstotliwość radzenia sobie zorientowanego na problem i znaczenie, a tym samym gorszy subiektywny dobrostan.

Zależność tę mogą potwierdzać dostępne badania, mówiące o korzystaniu z konstruktywnych i destruktywnych form radzenia sobie. Z przeprowadzonych w Kanadzie badaniach na osobach z wrodzonymi wadami serca wynika, że radzenie sobie zorientowane na problem, emocje i unikanie pośredniczyło w relacji pomiędzy percepcją choroby mierzoną kwestionariuszem B-IPQ a nasileniem lęku (Marcil i in., 2023). Wyższy wynik sumaryczny B-IPQ (czyli bardziej negatywna percepcja choroby) była dodatnio związana z radzeniem sobie opartym na unikaniu, a ujemnie z tym zorientowanym na problem. Radzenie sobie oparte na unikaniu i emocjach zwiększało natężenie objawów lęku, a z kolei to skoncentrowane na problemie było ujemnie związane z lękiem mierzonym skalą HADS. Z kolei z badań przeprowadzonych na pacjentach z niewydolnością serca w Chinach wynika, że bardziej negatywna percepcja choroby, prowadziła do częstszej rezygnacji z radzenia sobie (*acceptance-resignation coping*), co z kolei przekładało się na większe nasilenie objawów depresji (Chen i in., 2020). Podobne dane zaobserwowano w badaniu własnym, wykazując, że różne formy radzenia mogą pośredniczyć w relacji percepcji choroby i jakości życia osób z diagnozą I50.

Warto przywołać również dane dotyczące innych grup pacjentów. W badaniach Vaske i zespołu (2017) odnotowano, że wyłącznie wybrane strategie stylów radzenia sobie zorientowanych na problem i emocje pośredniczyły w relacji percepcji choroby kwestionariusza B-IPQ oraz fizycznej i psychicznej jakości życia osób z przewlekłą

obstrukcyjną chorobą płuc. Może to stanowić uzasadnienie wyniku zaobserwowanego w niniejszym badaniu, mówiącego o tym, że radzenie sobie zorientowane na emocjach pośredniczyło wyłącznie pomiędzy percepcją choroby jako wyzwanie a afektem negatywnym. We wspomnianym badaniu Vaske i zespołu (2017), gorsza percepcja choroby wiązała się z częstszym stosowaniem destruktywnych form radzenia sobie. Co więcej, radzenie sobie zorientowane na problem było dodatnio związane z wynikami jakości życia tej grupy osób. Podobną zależność odnotowano również w niniejszym projekcie, pokazującą mediującą i pozytywną rolę radzenia sobie zorientowanego na problem w jakości życia osób z niewydolnością serca.

Niestety, żadne z prezentowanych badań nie weryfikowało roli percepcji choroby przy użyciu kwestionariusza SOWC. Jak wspomniano we wstępie teoretycznym tej pracy, jest on wykorzystywany wyłącznie w badaniach na gruncie polskim. Kwestionariusz SOWC był wykorzystywany w analizach mediacyjnych głównie w badaniach Kroka i współpracowników (2017, 2018, 2019) oraz Ogińskiej-Bulik i Michalskiej (2016, 2017). Dostępne badania na populacji polskich pacjentów pokazały, że pozytywna percepcja własnej choroby prowadziła do częstszego korzystania z radzenia sobie zorientowanego na problem i znaczenie, a także że negatywna percepcja własnej choroby wiązała się z częstszym stosowaniem stylu radzenia sobie zorientowanego na emocje i rzadszym korzystaniem ze stylu opartego na znaczeniu.

We wspomnianym badaniu Kroka i zespołu (2019), radzenie zorientowane na problem i znaczenie były dodatnio, a to zorientowane na emocje ujemnie, związane z miarami psychologicznego dobrostanu osób cierpiących z powodu nowotworów. Ponadto, z badań nad osobami ze stwardnieniem rozsianym wynika, że wybrane strategie związane ze stylem ukierunkowanym na emocje pełniły funkcję mediatora pomiędzy percepcją choroby jako przeszkoda/strata, krzywda i wartość a wzrostem potraumatycznym (Ogińska-Bulik i Michalska, 2017). Prezentowany w niniejszej pracy projekt jest pierwszym, który weryfikuje mediacyjną rolę radzenia sobie u osób z niewydolnością serca, przy jednoczesnym zastosowaniu kwestionariusza SOWC, dlatego też nie ma możliwości powołania się na inne dane w celu uzasadnienia sformułowanych założeń. Stanowi on istotne uzupełnienie wspomnianych badań polskich i częściowo potwierdza wyniki w nich zawarte.

Makro PROCESS wykazało również statystycznie istotną mediacyjną rolę radzenia sobie w relacji stresu i subiektywnego dobrostanu (zob. Aneks, poz. 8, 11, 14 oraz 17). Zaobserwowano, że radzenie sobie zorientowane na problem i znaczenie pośredniczyło w relacji odczuwanego stresu i afektu pozytywnego. Zauważono, że im niższe natężenie odczuwanego stresu, tym silniejsze stosowania radzenia skoncentrowanego na problemie

i znaczeniu, a tym samym większe natężenie pozytywnego afektu. Wykazano również, że radzenie sobie zorientowane na znaczenie pośredniczyło w relacji skali PSS-10 i nasilenia negatywnego afektu. Tym samym, im mniejszy odczuwany stres, tym częstsze stosowania radzenia opartego na znaczeniu, co przekłada się na obniżenie negatywnego afektu. Wyniki te są zgodne z informacjami dostępnymi w innych publikacjach. W poprzednich badaniach udowodniono natomiast, że radzenie sobie pełniło mediującą funkcję w relacji osobowości typu D (tzw. „osobowości stresowej”) a subiektywną oceną nasilenia choroby i morale wśród osób zmagających się z chorobą niedokrwienną serca (Yu i in., 2011). Przywoływany wcześniej przegląd literatury Graven i współpracowników (2013) wykazał, że różnego rodzaju stresory mogą prowadzić do sięgania po radzenie sobie zorientowane na problem i emocje, które to mogą pośredniczyć w relacji między wspomnianymi stresorami a dobrostanem osób z niewydolnością serca. Wspomniany również przegląd literatury Vosa (2021) pokazał, że pacjenci kardiologiczni zmagający się ze stresem choroby przewlekłej mogą sięgać po style radzenia sobie oparte na znaczeniu.

Ciekawych wyników dostarczyła również analiza równań strukturalnych. Niemożliwym było zweryfikowanie roli pozytywnej percepcji choroby. Wykazano jednak bardzo ciekawą zależność. Testowany model alternatywny pokazał, że negatywna percepcja choroby była związana dodatnio z natężeniem odczuwanego stresu, który to był związany ujemnie z wynikami jakości życia i dobrostanu osób z diagnozą I50. Tym samym uwidoczniła pośredniczącą funkcję odczuwanego stresu w relacji negatywnej oceny własnej choroby i jakości życia osób z niewydolnością serca.

Podobne zależności zaobserwowano również w projektach innych badaczy. An i współpracownicy (2022) wykazali, że odczuwany stres mediował w relacji niepewności w chorobie (*uncertainty in illness*; czyli ocenie własnej choroby m.in. w świetle poczucia utraty kontroli) a jakości życia w sferze psychicznej pacjentów z niewydolnością serca. Co więcej, badania Dong i zespołu (2023) uwidoczniły, że odczuwany stres pośredniczył w relacji pomiędzy percepcją symptomów choroby jako obciążających a nasileniem objawów depresji u osób z niewydolnością serca. Z tych samych badań wynika również, że odczuwany stres pacjentów z diagnozą I50 mediował w związku pomiędzy poczuciem obciążenia opieką nad osobą chorą ze strony bliskich im osób (*caregivers' caregiving burden*) a nasileniem depresji pacjentów z niewydolnością serca. Na tej podstawie można uznać, że uzyskany w niniejszej pracy alternatywny model zależności może przedstawiać prawdopodobny przebieg transakcji stresowej u osób z niewydolnością serca. Jest to uzasadnione teoretycznie.

Leventhal i współpracownicy (1980, 1984, 1992) w swoim zdroworozsądkowym modelu zdrowia i choroby wykazują, że ocena własnej choroby jest związana z radzeniem sobie ze stresem. Zaprezentowany we wstępie model zakłada, że bodźce zewnętrzne i wewnętrzne generują reprezentację stanu emocjonalnego oraz zdrowia, prowadząc do procedur radzenia sobie ze stresem i oceny wyników. Również koncepcja Lipowskiego (1970) potwierdza, że ocena własnej choroby wiąże się ze stylami radzenia sobie, a także istotnie uzupełnia lukę w koncepcji Leventhala i jego zespołu. Zakłada on, że pozytywna ocena własnej choroby prowadzi do pozytywnych stanów emocjonalnych, które to odpowiedzialne są za stosowanie radzenia sobie sprzyjającemu procesowi leczenia. Z kolei negatywna percepcja choroby jest związana z negatywnymi stanami emocjonalnymi, które to są podstawą stosowania radzenia sobie utrudniającego proces leczenia (Lipowski, 1970, 1985). Badania na osobach z niewydolnością serca pokazują, że unikowe radzenie sobie było związane z negatywnym afektem, a to skoncentrowane na problemie z pozytywnym afektem (Nahlén i Saboonchi, 2010). Można zatem przypuszczać, że relacja ta będzie podobna w przypadku pozytywnej i negatywnej percepcji choroby oraz radzenia sobie.

Prezentowane w niniejszej pracy wyniki badań własnych są bardzo ważne od strony praktycznej. Pokazują, że percepcja choroby może stanowić podstawę odpowiedzialną za wybór między konstruktywnymi i destruktywnymi stylami radzenia sobie, co zapewne będzie miało swoje odzwierciedlenie w jakości życia osób z niewydolnością serca, ale także fakt, że może stanowić istotne źródło odczuwanego stresu osób z diagnozą I50. W prezentowanym badaniu mierzono wyłącznie style radzenia sobie, mające na celu polepszenie funkcjonowania osób badanych i nie weryfikowano roli *stricte* destruktywnych stylów radzenia sobie (jak np. styl zorientowany na unikanie). Wykazano, że pozytywna percepcja choroby wiąże się z częstszym stosowaniem radzenia sobie opartego na problemie, emocjach i znaczeniu, co jest zgodne z przywoływaną koncepcją Lipowskiego (1970).

W analizie równań strukturalnych odnotowano bardzo ciekawy i istotny wynik. Analizując model alternatywny wykazano, że odczuwany stres pełnił pośredniczącą rolę pomiędzy negatywną percepcją choroby a jakością życia osób z diagnozą I50. Zdroworozsądkowy samoregulacyjny model zdrowia i choroby (Leventhal i in., 1980, 1984, 1992) zakłada, że ocena choroby jest związana z jej reprezentacją emocjonalną, mogący objawiać się w postaci lęku lub dystresu, kształtującego proces radzenia sobie i ocenę jego efektów. Z kolei model percepcji choroby Lipowskiego (1970) pokazuje, że odczuwane ograniczenia i wymagania jakie stawia choroba, mogą być związane z negatywną oceną własnej choroby. Ocena ta, prowadzi do negatywnych stanów emocjonalnych prowadzących

do radzenia sobie utrudniającego proces leczenia, tym samym negatywnie kształtujących jakość życia. Obie te teorie stanowią uzasadnienie dla uzyskanej w SEM relacji negatywnej percepcji choroby, odczuwanego stresu i jakości życia. Jak wykazano wcześniej, negatywna percepcja choroby i odczuwany stres ujemnie kształtują jakość życia i dobrostan osób z niewydolnością serca. Giardini i zespół (2017) wykazali, że postrzegane konsekwencje niewydolności serca, doświadczenie objawów, reakcje emocjonalne oraz niepokój związany z chorobą były istotnie powiązane z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych badanych przez nich osób. Badania pokazują również, że poziom stresu pacjentów po ostrym zawale mięśnia sercowego był przyczyną pogorszenia się ich stanu zdrowia – w obiektywnej ocenie z perspektywy miar biomedycznych oraz subiektywnej ocenie pacjenta (Arnold i in., 2012).

Przywołane koncepcje teoretyczne i wyniki badań mogą stanowić uzasadnienie uzyskanego wyniku pokazującego, że negatywna percepcja choroby (i tym samym negatywne stany emocjonalne), mogą prowadzić do podwyższonego poziomu stresu, który to z kolei może pośredniczyć w relacji oceny własnej choroby i jakości życia osób z diagnozą I50. Uzasadnienie to jest zgodne również z transakcyjnymi modelami stresu (Folkman, 2001; Lazarus i Folkman, 1984). Pokazują one, że radzenie sobie dające niekorzystne rezultaty dla jednostki prowadzi do zwiększenia się negatywnego afektu i dystresu, który to może przyczyniać się do oceny sytuacji jako jeszcze bardziej stresującej. Być może negatywna percepcja niewydolności serca w badanej próbie osób nie jest wynikiem samej choroby, a właśnie negatywnych skutków radzenia sobie z nią. Oznaczałoby to, że nasilenie odczuwanego stresu może stanowić wtórny efekt złych stanów emocjonalnych i negatywnej percepcji choroby, która to wynika z nieprzystosowania do choroby lub niekorzystnego radzenia sobie z nią. Przypuszczenie to należałoby zbadać na przestrzeni badań longitudinalnych.

6.3. Ograniczenia i propozycje przyszłych kierunków badań

6.3.1. Limitacje projektu badawczego

Zaprezentowany projekt badawczy posiada zarówno mocne, jak i słabsze strony. Weryfikuje istotną lukę w aktualnym stanie wiedzy na temat radzenia sobie zorientowanego na znaczeniu i percepcji choroby na bazie koncepcji Lipowskiego (1970) wśród pacjentów z niewydolnością serca. Co więcej, jest prawdopodobnie jednym z nielicznych badań

weryfikującym rolę zasobów sensu kwestionariusza MEMS w tej grupie osób. Jednakże jak każdy projekt, nie jest wolny od wad. Po pierwsze, istotną limitacją prezentowanego badania jest jego charakter poprzeczny. Weryfikuje ono relacje między zasobami sensu, percepcją choroby, stresem i radzeniem sobie a jakością życia i subiektywnym dobrostanem osób z niewydolnością serca, wyłącznie za pomocą jednego pomiaru badaniem kwestionariuszowym. Prezentowane wyniki pozwalają na wnioskowanie wyłącznie o relacjach dwustronnych, gdyż niemożliwym jest określenie prawdziwego kierunku zależności bez badań eksperymentalnych i podłużnych. Aby możliwym było formułowanie wniosków przyczynowo-skutkowych, należałoby powtórzyć prezentowane badania w paradygmacie badań longitudinalnych. Z tego też powodu dyskusja niniejszej pracy może opierać się wyłącznie na przypuszczeniach, wymagających kolejnych weryfikacji.

Po drugie, rekrutacja osób badanych odbywała się w dwóch turach: przed wybuchem pandemii COVID-19 oraz w jej trakcie, co było niezależne od autora niniejszej pracy. Na przestrzeni Rozdziału 5 dokonano wszelkich starań mających na celu weryfikację różnic pomiędzy obiema rekrutowanymi grupami osób badanych. Większość zaobserwowanych statystycznie istotnych wniosków miała znamiona relacji słabych, co pozwoliło na traktowanie pozyskanej próby osób badanych jako grupy jednorodnej. Nie mniej jednak, niemożliwym jest zweryfikowanie oddziaływania wszystkich potencjalnych czynników zakłócających. Oczywistym jest, że prezentowany projekt nie mierzył wszystkich zmiennych, jakie mogłyby istotnie różnicować badane osoby z niewydolnością serca przed i w trakcie trwania pandemii. Z tego też powodu w kolejnych badaniach należałoby dokonać replikacji prezentowanych wyników, na bardziej jednorodnej próbie osób.

Trzecia limitacja dotyczy także ważnej zalety niniejszego projektu. Weryfikował on ocenę własnej choroby na bazie koncepcji Lipowskiego (1970). Jak wykazano we wstępie teoretycznym, koncepcja ta jest popularna wyłącznie na gruncie polskim. Powoduje to, że możliwość wykorzystania prezentowanych wyników w meta-analizach danych jest praktycznie niemożliwa. Z tego też powodu, kolejne badania traktujące o ocenie własnej choroby osób z niewydolnością serca powinno korzystać z bardziej popularnych miar, takich jak np. Kwestionariusz Percepcji Choroby IPQ (*Illness Perception Questionnaire*; Weinman i in., 1996). Zawiera on pytania służące do pomiaru pięciu wymiarów: (1) tożsamości, czyli objawów jakie pacjent utożsamia ze swoją chorobą; (2) przyczyny, rozumianej jako osobiste wyobrażenia na temat źródła choroby; (3) postrzeganego czasu choroby; (4) oczekiwanych konsekwencji choroby oraz (5) kontroli leczenia. Nawiązują one bezpośrednio do 5 komponentów poznawczej reprezentacji choroby zdroworozsądkowe samoregulacyjnego

modelu zdrowia i choroby (Leventhal i in., 1980, 1984, 1992), który to jest żywo wykorzystywany w badaniach na całym świecie. Kolejne badania na gruncie polskich z zastosowaniem narzędzi bazujących na obu wspomnianych paradygmatach pozwoliłyby ustalić, które z aspektów percepcji choroby są ważniejsze w świetle jakości życia pacjentów z niewydolnością serca.

Po czwarte, w prezentowanym badaniu weryfikowano rolę odczuwanego stresu. Badano w nim stres ogólny, dotyczący całego życia jednostki. Wartościowym byłoby zbadanie również, co tak *de facto* jest źródłem stresu w badanej próbie osób z niewydolnością serca. Założono, że sama choroba była istotnym jego źródłem, jednakże oczywistym jest, że różne inne sfery życia jednostki także będą przyczyniały się do odczuwanego poziomu stresu. Z tego też powodu w kolejnych badaniach należałoby zweryfikować dogłębniej transakcję stresową osób z diagnozą I50 a także stres specyficzny, dotyczący konkretnej choroby z jaką zmagają się badani pacjenci.

Finalnie, warto również wspomnieć o reprezentatywności prezentowanej grupy pacjentów z niewydolnością serca. Osoby badane były rekrutowane na terenie 10 ośrodków, z czego aż 9 znajdowało się w południowej części Polski, a 6 na terenie województwa opolskiego. Znacząca ogranicza to możliwość ekstrapolacji prezentowanych wyników, na inne grupy pacjentów z diagnozą I50. Być może zaprezentowane wyniki pokazują funkcjonowanie pacjentów w tych specyficznych ośrodkach, a charakterystyka pacjentów w innych placówkach mogłaby być zupełnie inna. Co więcej, reprezentatywność badanej próby powinna być stawiana pod znakiem zapytania również z uwagi na licznosc pewnych podgrup. Mimo że prezentowane badanie jest różnorodne pod względem płci, wieku i miejsca zamieszkania respondentów, to w przypadku wykształcenia, stanu cywilnego czy też statusu zawodowego, pewne podgrupy osób badanych nie wykazywały się dostateczną licznością.

6.3.2. Propozycja kolejnych badań w świetle dostępnych teorii

Teorie psychologiczne skłaniają do refleksji nad przyszłymi kierunkami badań. W oparciu o cztery modele teoretyczne, w kolejnych badaniach należałoby dokonać weryfikacji czterech konstruktów, które mogą istotnie różnicować wyniki pacjentów z niewydolnością serca. Są to: (1) proces tworzenia znaczeń, (2) zasoby relacyjne, (3) zasoby osobiste, a także (4) lęk przed śmiercią.

Proces tworzenia znaczeń. Podstawę prezentowanego projektu badawczego stanowił model tworzenia znaczeń Park (Przypis). Posłużył on do uzasadnienia roli zasobów sensu

i radzenia sobie w jakości życia osób z niewydolnością serca. Niezmiernie istotnym byłoby poznanie dokładnej charakterystyki procesu nadawania znaczenia u pacjentów kardiologicznych. Niestety, jak do tej pory nie opublikowano w pełni zwalidowanej próby operacjonalizacji procesu tworzenia znaczeń.

Van den Heuvel i zespół (2009) stworzyli własną skalę do pomiaru tworzenia znaczenia, the *Meaning-Making Scale* (MMS). Autorzy wykorzystują w niej pytania takie jak „Aktywnie poświęcam czas na refleksję nad wydarzeniami, które dzieją się w moim życiu.” czy też „Autorefleksja pomaga mi nadać mojemu życiu sens.”. Innej próby operacjonalizacji tworzenia znaczeń podjęli się Krok i Zarzycka, przy użyciu Kwestionariusza Tworzenia Znaczeń (MMQ; Krok i Zarzycka, 2020). Skala MMQ wykorzystywana jest przez Kroka i Zarzycką w wielu badaniach z zakresu psychologii zdrowia i religii (zob. Krok i in., 2021a, 2021b, 2023; Krok i Zarzycka, 2020; Zarzycka i in., 2020). Służy ona do pomiaru poznawczej zdolności do integrowania i rozumienia sytuacji trudnych w ramy systemu znaczeń. Zawiera pytania takie jak „Próbuję odkrywać i znajdować cele w wydarzeniach życiowych” oraz „Widzę nowe zadowalające ścieżki działania”.

Autorzy kwestionariusza MMQ twierdzą, wykazuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. Jak do tej pory nie ukazała się żadna publikacja uwidaczniająca w pełni właściwości psychometrycznej wspomnianego kwestionariusza, a autorzy publikacji z wykorzystaniem MMQ powołują się wyłącznie na rzetelność mierzoną współczynnikiem *alfa-Cronbacha* (zob. Krok i Zarzycka, 2020). Jednakże, dogłębna analiza pytań kwestionariuszy MMS i MMQ pozwala stwierdzić, że nie mierzą one kompleksowo procesu tworzenia znaczeń, a tak *de facto* fakt, czy i w jakim stopniu badana osoba się w niego angażuje.

W przyszłych badaniach nad pacjentami z niewydolnością serca, przy próbie pomiaru procesu tworzenia znaczeń należałoby zastosować również metody jakościowe, w celu dokładnego poznania procesu tworzenia znaczeń w tej grupie osób. Wykorzystanie metod jakościowych w pomiarze procesu tworzenia znaczeń wydaje się kluczowe, gdyż dostępne narzędzia skupiają się głównie na pomiarze doświadczanego znaczenia, a nie weryfikacji, czy nadane znaczenie jest wynikiem procesów automatycznych czy też celowych (zob. Van den Heuvel i in., 2009), a także nie są w stanie zmierzyć jaka jest charakterystyka całego procesu. Badania dotyczące tworzenia znaczeń mają wiele limitacji metodologicznych, z uwagi na brak porozumienia badaczy co do tego, czym tak naprawdę jest proces tworzenia znaczeń, jak i również brak bezpośredniego pomiaru tego procesu. Wiele badań opierających się na modelu Park (2013) dokonuje jego operacjonalizacji najczęściej przy pomocy pomiaru zasobów sensu

życia lub też radzenia sobie ze stresem (Park, 2010; Park i George, 2013). Z uwagi na fakt, że tworzenie znaczeń opiera się również częściowo podświadomie, weryfikacja takich założeń wymaga wsparcia podłużnych pomiarów ilościowych przez metody jakościowe (takie jak wywiad pogłębiony), a także potencjalnie oddziaływania z zakresu *neuroscience* (choćby EEG czy fMRI). Badania takie nie są niemożliwe do zrealizowania, lecz wymagałyby bardzo dużych zasobów finansowych oraz czasowych. Brak takich badań stanowi istotną lukę w aktualnym stanie wiedzy, wartą uzupełnienia w kolejnych próbach rozwinięcia aktualnego stanu wiedzy na temat procesu tworzenia znaczeń, nie tylko wśród pacjentów kardiologicznych, ale i osób zmagających się z problemami innego rodzaju.

Zasoby relacyjne. Hipoteza buforowania Cohena i Willsa (1985) należy do jednych z najbardziej popularnych modeli teoretycznych traktujących o roli wsparcia społecznego w relacji stresujących wydarzeń życiowych (takich jak choroba) i dobrostanu. Zakłada ona, że wsparcie społeczne pełni funkcję bufora w relacji odczuwanego stresu i dobrostanu. Może ono osłabiać działanie przykrych i obciążających doświadczeń oraz negatywnych emocji na funkcjonowanie jednostki. Model Cohena i Willsa (1985) zakłada, że korelacja pomiędzy stresem a zdrowiem jest słabsza w sytuacji, gdy jednostka posiada wysoki poziom wsparcia społecznego.

Z tego też powodu w przyszłych projektach na gruncie polskim należałoby dokonać weryfikacji roli wsparcia również w funkcjonowaniu pacjentów z diagnozą I50. Jak wykazał przegląd badań zrealizowany przez Luttk i współpracowników (2005), wsparcie społeczne ma bardzo duży wpływ na zdrowie i przystosowanie do choroby wśród pacjentów z niewydolnością serca. Co więcej, zmienna ta jest związana również z poziomem sensu życia tej grupy osób. W badaniach podłużnych Liu i zespołu (2021) wykazano, że poszukiwanie sensu życia było ujemnie związane z poziomem postrzeganego wsparcia społecznego wśród pacjentów z niewydolnością serca podczas ich hospitalizacji oraz w pomiarach wykonanych miesiąc i trzy miesiące po opuszczeniu przez nich szpitala.

Zasoby osobiste. Przywołany w niniejszej pracy model salutogenetyczny również może stanowić przyczynek do dalszych badań. Według Antonovskyego (1979, 1987, 1996) poziom zdrowia jest zależny od uogólnionych zasobów odpornościowych, stresorów, stylu życia czy też zasobów osobistych, takich jak poczucie koherencji. Uogólnione zasoby odpornościowe ułatwiają skuteczne radzenie sobie ze stresorami codziennego życia i postrzeganie świata jako sensownego. Zdaniem autora koncepcji, uogólnionym zasobem odpornościowym może być wszystko to, co pozwala w zwalczanie skutków stresu. Na tej podstawie wielu badaczy, odnosząc się również do innych koncepcji psychologicznych, zwraca uwagę na rolę wielu

zasobów osobistych w redukcji skutków stresu ale i ich znaczeniu w zdrowiu oraz przystosowaniu do choroby. Są to m.in. poczucie koherencji (Antonovsky, 1987, 1996), poczucie własnej skuteczności (Bandura, 1977, 1982), prężność (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2012), twardość psychiczna związana ze zdrowiem (Pollock, 1989), a także samoocena (Rosenberg, 1979). Żadne z dostępnych dotychczasowo badań nie zweryfikowało kompleksowo roli wszystkich wspomnianych zasobów, co stanowi istotną lukę w aktualnym stanie wiedzy. Z perspektywy praktycznej, wartościowym byłoby zweryfikowanie, który z zasobów odgrywa najważniejszą rolę w jakości życia osób z niewydolnością serca.

Lęk przed śmiercią. Jak zaprezentowano w niniejszej pracy, niewydolność serca może być związana z lękiem egzystencjalnym, związanym z myśleniem o śmierci. Dlatego też omawiając kierunki przyszłych badań, należy również przywołać koncepcje teoretyczną dotyczącą lęku przed śmiercią. Teoria opanowania trwogi (*terror management theory*; TMT; Solomon i in., 1991), a także *terror management health model* (TMHM; Goldenberg i Arndt, 2008) mogą stanowić bardzo dobre podstawy teoretyczne do realizacji kolejnych projektów badawczych. Lęk przed śmiercią może mieć bardzo duży wpływ na życie człowieka i być przyczyną nie przystosowawczych zachowań (Solomon i in., 1991; Walczak i in., 2018). Model THMT dotyczący bezpośrednio zdrowia zakłada, że lęk przed śmiercią może pojawić się u jednostki w wyniku przestrzegania zaleceń medycznych, które to przywołują myślenie u śmierci jednostki, co może stanowić barierę w ich przestrzeganiu. Prawdopodobnym jest, że również w przypadku niewydolności serca, czyli ostatniego stadium chorób serca (często poprzedzającego śmierć jednostki), myślenie o śmierci będzie znacząco kształtować funkcjonowanie pacjentów zmagających się z nią, co może mieć przełożenie zarówno na przebieg transakcji stresowej, jak i poziom jakości życia osób z diagnozą I50.

6.4. Praktyczne implikacje prezentowanych wyników

Prezentowane dane niewątpliwie mają istotne zastosowanie praktyczne. Pokazują, że zmienne psychologiczne, takie jak zasoby sensu życia, percepcja choroby oraz stres i radzenie sobie z nim odgrywają ważną rolę w jakości życia i dobrostanie osób z niewydolnością serca. Stanowią ważny element badań z zakresu psychokardiologii, podkreślając znaczenie funkcjonowania psychologicznego w chorobie serca i dając wskazówki do usprawnienia form pomocy psychologicznej świadczonej osobom z niewydolnością serca.

Prezentowane wyniki mogą służyć jako drogowskaz do podjęcia kierunków oddziaływań interwencji psychologicznych w grupie osób z niewydolnością serca. Jak pisano we wcześniejszych fragmentach tej pracy, osoby z chorobami serca zmagają się ze stresem wynikającym z ich choroby i jej konsekwencji (Ziarko, 2014). Doświadczają problemów natury egzystencjalnej i próbują stale poszukiwać sensu swojego życia (Vos, 2021). Bardzo często postrzegają swoją chorobę jako wyzwanie, co przyczynia się do tego, jak starają się radzić sobie ze stresem spowodowanym ich chorobą (Lee, 1999). Prezentowane wyniki badania własnego pokazują, że zasoby sensu życia, percepcja choroby oraz stres i radzenie sobie z nim mogą być związane z jakością życia pacjentów z niewydolnością serca (również w sferze somatycznej, co można stwierdzić na podstawie pomiarów kwestionariuszem WHOQOL-BREF).

Na tej podstawie, w dalszej części ostatniego rozdziału tej pracy zostaną zaprezentowane propozycje dwóch form oddziaływań pracy z pacjentami z diagnozą I50. Wydają się być one na tyle uniwersalne, że mogą mieć również zastosowanie do innych prób pacjentów kardiologicznych jak i somatycznych, zmagających się z problemami natury egzystencjalnej, negatywną percepcją choroby czy też poziomem odczuwanego stresu. Pierwsza z proponowanych form oddziaływania dotyczy pomocy krótkoterminowej, bazującej na terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. Druga dotyczy długoterminowych oddziaływań z zakresu terapii poznawczo-behawioralnej. Obie te formy oddziaływań terapeutycznych używane są w praktyce klinicznej przez autora niniejszej pracy i będą podparte stosownymi dowodami naukowymi pokazującymi ich skuteczność, co podkreśla zarówno praktyczny jak i naukowy aspekt niniejszej pracy.

6.4.1. Krótkoterminowa pomoc psychologiczna skoncentrowana na celu

Analizując dane pochodzące z meta-analiz należy stwierdzić, że pomoc psychologiczna może pozytywnie kształtować funkcjonowanie i wprowadzenie pozytywnych zmian w życiu pacjentów z niewydolnością serca, jednakże wymaga to ich dobrego funkcjonowania psychicznego (zob. Jiang i in., 2018). W przypadku zaawansowanej i zagrożonej śmiercią choroby jaką jest niewydolność serca, wymagana jest wczesna interwencja kardiologiczna i zaangażowanie pacjentów w proces leczenia od samego początku jej diagnozy. Wiele tradycyjnych form pomocy psychologicznej i terapeutycznej jest oddziaływaniami długoterminowymi – skutecznymi, lecz wymagającymi czasu. Dlatego też potencjalnej formy pomocy pacjentom kardiologicznym powinno upatrywać się również w formach

krótkoterminowych, które mogą stanowić istotny czynnik motywacyjny do podjęcia pracy długoterminowej. Taką formą pomocy może być terapia skoncentrowana na rozwiązaniach (TSR; *solution-focused brief therapy*; Alarcon Arias i Rotberg, 2021; De Jong i Kim Berg, 2007)

TSR jest krótkoterminową formą terapii skoncentrowanej na celu, opierającą się na metodzie „małych kroków”. Specjaliści wykorzystujący w swojej pracy metody TSR nie są zainteresowani źródłem problemu pacjenta i nie „rozdrapują strupów” (definicja autora niniejszej pracy). W odróżnieniu od wielu popularnych metod terapeutycznych, terapia skoncentrowana na rozwiązaniu nie ma w spektrum zainteresowania przyczyny problemów pacjenta/klienta, a skupia się na jego potrzebach. Ma również na celu uwidocznienie jego mocnych stron i zasobów w nim zawartych. W swojej pracy specjaliści TSR wykorzystują takie techniki, jak:

- skalowanie – ocena aktualnej sytuacji pacjenta/klienta;
- komplementowanie – podkreślanie i wzmacnianie jego zasobów, pomocnych w procesie leczenia;
- przeformułowanie – zmiana negatywnych myśli o sobie w pozytywne;
- „pytanie o cud” – wyobrażenie życia bez problemu;

Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach oparta jest na 3 zasadach (zob. Alarcon Arias i Rotberg, 2021; De Jong i Kim Berg, 2007):

1. „nie rób tego, co nie działa”;
2. „rób więcej rzeczy, które działają”;
3. „nie naprawiaj tego, co się nie zepsuło” .

Niewydolność serca może powodować u pacjentów rozważania natury egzystencjalnej. Jak wspomniano wcześniej, głównym problemem pacjentów kardiologicznych jest prowadzenie sensownego życia mimo dolegliwości spowodowanych chorobą serca (Vos, 2021). Co więcej, modele teoretyczne, badania empiryczne i badanie własne podkreślają także, że osoby z diagnozą I50 mogą postrzegać swoją sytuację negatywnie (zob. Leventhal i in., 1980, 1992; Lipowski, 1970; Piepoli i in., 2016; Ziarko, 2014). Z tego też powodu można oczekiwać, że pacjenci z niewydolnością serca będą zmagali się z myślami pokroju beznadziejności i bezsensowności swojego życia, a także oceniali swoją chorobę jako formę kary za ich dotychczasowe życie, przeszkodę w dążeniu do realizacji celów, czy też powód utraty ważnych zasobów (jak np. zdrowie). Wszystkie te myśli mogą być obecne w życiu

pacjentów tak często, jak często ich choroba będzie im „o sobie przypominać”. W świetle teorii psychologicznych (zob. Leventhal i in., 1980, 1992; Lipowski, 1970; Piepoli i in., 2016; Ziarko, 2014) myśli te mogą stanowić istotne źródło stresu w życiu tych osób. Przeformułowanie myśli pacjentów, będące jednym z repertuarów technik TSR, może być pomocne zarówno w przypadku niskiego poczucia sensu życia, jak i negatywnej percepcji choroby. Myśli te mają często charakter ruminacyjny i irracjonalny. Skupienie się na nich w pracy z pacjentem może pokazać mu pozytywne aspekty jego aktualnego stanu zdrowia, np. w postaci okazji do zmiany nawyków na lepsze, wzmocnienia więzi z osobami wspierającymi ich w chorobie, czy też choroby jako formie wyzwania, dzięki któremu staną się psychicznie silniejsi.

W pracy z pacjentami o dylematach natury egzystencjalnej szczególnie skuteczną techniką może okazać się „pytanie o cud” w formie wyobrażenia sobie życia spójnego i sensownego, o ważnym i określonym celu – technika ta jest w stanie pokazać, jakie zasoby obecne w życiu pacjenta są pomocne w prowadzeniu sensownego życia, a także na zdobyciu jakich zasobów powinien się skupić. Technika skalowania może służyć pokazywaniu pacjentowi drobnych postępów w zmianach jakie wprowadził, co może stanowić ważny aspekt motywacyjny, przekładający się całościowo na funkcjonowanie pacjentów z niewydolnością serca – ich poziom odczuwanego stresu, wprowadzanie zmian w stylu życia, czy też samopoczucie. Podkreślanie, wzmocnianie i skupienie się na skutecznych i dobrych zasobach, będące podstawą TSR, mogą być szczególnie ważne w sytuacji, gdy pacjent postrzega swoje życie jako bezsensowne, stosuje destruktywne formy radzenia sobie lub też uważa, że postępy w procesie leczenia nie są zależne od niego.

Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach wydaje się więc być dobrą podstawą pomocy psychologicznej osobom z diagnozą I50. W swoich założeniach skupia się na tym, co dobre i pomocne, a nie tym, co złe, nieskuteczne i przeszłe, co stanowi jej wyjątkową zaletę w perspektywie pracy z osobami, których choroba (jak chociażby niewydolność serca) bardzo często wynika z ich wcześniejszego zaniedbania i złego stylu życia (zob. Rozdział 1 niniejszej pracy). Tym samym praca w nurcie TSR, skupiająca się na zasobach sensu życia, pozytywnych i działających formach radzenia sobie ze stresem, a także pozytywnych aspektach percepcji choroby może stanowić dobrą podstawę do łatwiejszego wprowadzenia zmian w stylu życia pacjentów, ich większym zaangażowaniu w proces leczenia, obniżenia poziomu stresu i tym samym najlepszym zdrowiu psychicznym oraz fizycznym.

Koncepcja wykorzystania TSR w pomocy pacjentom z niewydolnością serca wydaje się być zasadna od strony teoretycznej oraz praktycznej. Istnieje szereg dowodów na skuteczność krótkoterminowej pomocy skoncentrowanej na rozwiązaniach i celu w polepszeniu

funkcjonowania pacjentów kardiologicznych. Mierzyńska, Jurczak i Piotrowicz (2017) podkreślają w sporządzonym przez siebie przeglądzie literatury, że zastosowanie terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach związane jest pozytywnie z procesem radzenia sobie pacjentów ze skutkami choroby kardiologicznej i procesami motywacyjnymi, co ma pozytywne przełożenie na ich funkcjonowanie i zdrowie. Zdają się to potwierdzać liczne dane jakościowe. Z badań chińskich wiemy, że zastosowanie TSR obniżało poziom stresu u rodziców dzieci cierpiących z powodu choroby niedokrwiennej serca i był on niższy niż w grupie kontrolnej niepoddanej takiemu oddziaływaniom (Li i in., 2018). Z kolei Naseriniya i Smkhani Akbarinejhad (2022) wykazali, że zastosowanie terapii opartej na uważności (*mindfulness*) oraz terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach istotnie podnosiło poziom psychologicznego dobrostanu i poczucia koherencji u młodych dziewcząt cierpiących z powodu chorób serca w porównaniu do grupy nie poddanej żadnym oddziaływaniom terapeutycznym. Również Abdollah i współpracownicy (2020) udowodnili w badaniu podłużnym, że zastosowanie TSR przyczynia się pozytywnie do wielu aspektów życia pacjentów kardiologicznych, takich jak orientacja życiowa, zdrowie psychiczne i poczucie sensu życia.

Prezentowane dane optują za skutecznością terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach w przypadku pacjentów chorych kardiologicznie. Zastosowanie TSR oparte na wspieraniu zasobów sensu życia, pozytywnej percepcji choroby oraz konstruktywnych formach radzenia sobie ze stresem może przynieść dobre rezultaty w pracy z pacjentami z niewydolnością serca, lub też stanowić wsparcie i podstawę do zastosowania długoterminowych form pomocy – zarówno tej polegającej na rehabilitacji kardiologicznej w postaci przestrzegania zaleceń lekarskich i poprawie stylu życia, jak i długoterminowej pomocy psychologicznej, np. w postaci terapii poznawczo-behawioralnej, której zostanie poświęcony następny fragment niniejszej pracy.

6.4.2. Rola terapii poznawczo-behawioralnej w pomocy psychokardiologicznej

Terapia poznawczo-behawioralna (nazywana skrótowo TPB lub też CBT; *cognitive-behavioral therapy*) jest formą pomocy terapeutycznej, silnie skoncentrowaną na celu i problemie. Jej celem jest modyfikacja procesów poznawczych i zachowania, zmniejszenie poziomu odczuwanego stresu jednostki oraz budowanie zasobów adaptacyjnych pacjentów zmagających się z różnymi problemami natury psychicznej. Co wyróżnia ją od tradycyjnego

podejścia terapeutycznego to fakt, że angażuje ona pacjenta we współpracę w dążeniu do uzyskania pełni zdrowia – oznacza to, że pacjent stanowi ważny i centralny punkt każdej zachodzącej w jego życiu zmiany. Jednym z głównych założeń CBT jest jej podejście empiryczne, polegające na ocenie jej skuteczności na podstawie „danych” (doświadczeń) zbieranych przez pacjenta (Beck, 2012; Kokoszka, 2009; Wenzel, 2017). W tym celu, specjaliści CBT wykorzystują szereg technik poznawczo-behawioralnych, takich jak m. in. (Leichsenring i in., 2006; Padesky i Greenberger, 2004; Wenzel, 2017):

- restrukturyzacja poznawcza – pozwala na rozpoznanie i modyfikację negatywnych myśli i zachowań wywołujących cierpienie jednostki poprzez pracę z myślami automatycznymi, pojawiającymi się w sytuacji stresowej;
- aktywacja behawioralna – odpowiedzialna jest za zwiększenie zaangażowania pacjentów w ich własne życie i skupieniu się przez nich na rzeczach, które będą dla nich przyjemne i pożyteczne poprzez monitorowanie i planowanie ich działań;
- ekspozycja – czyli stopniowe zwiększanie kontaktu pacjenta ze źródłem negatywnych bodźców w celu zmniejszenia poczucia lęku, jaki może tenże bodziec wywoływać;
- relaksacja – szereg technik mających na celu zmniejszenie pobudzenia fizjologicznego;
- rozwiązywanie problemów – polega na nauce pacjenta radzenia sobie i rozwiązywania problemów w sposób konstruktywny.

Praca specjalistów z obszaru CBT polega najczęściej na pracy z pacjentem w oparciu o modyfikację obecnych u niego błędów poznawczych (*cognitive distortions*). Są to nawyki myślenia, najczęściej o charakterze irracjonalnym. Do najpowszechniejszych z nich należą m. in. (Beck, 2012; Kokoszka, 2009; Popiel i Habrat-Pragłowska, 2008; Yurica i DiTomasso, 2005):

- wnioskowanie arbitralne – polega ono na tworzeniu przez pacjenta negatywnych sądów mimo braku dowodu na ich podparcie;
- katastrofizacja – wiara w to, że wydarzy się potencjalna najgorsza możliwość;
- porównywanie – ogólna tendencja do porównywania się z innymi ludźmi, prowadząca najczęściej do wniosków pokazujących, że jest się gorszym od innych;
- myślenie dychotomiczne (tzw. czarno-białe, „wszystko albo nic”) – czyli postrzeganie swoich doświadczeń jako pasujących do wyłącznie jednej z dwóch kategorii, bez umiejętności ustanowienia jej na jakimś kontinuum;

- eksternalizacja poczucia własnej wartości – czyli opieranie samooceny wyłącznie na bazie informacji ze świata zewnętrznego;
- wróżbiarstwo / przepowiadanie przyszłości – przewidywanie negatywnych wyników przyszłości;
- etykietowanie – nadawanie sobie negatywnych określeń;
- wyolbrzymianie – hiperbolizacja cech i wydarzeń;
- czytanie w myślach – wnioskowanie o czyjejs negatywnej reakcji i myślach bez jakichkolwiek dowodów;
- minimalizacja – negowanie znaczenia jakiegoś wydarzenia;
- perfekcjonizm – spełnianie wewnętrznych lub zewnętrznych „doskonałych” standardów bez sprawdzenia racjonalności takiego podejścia, wynikające z chęci uniknięcia doświadczenia porażki;
- selektywna abstrakcja – proces filtrujący, wykazujący się skupieniem na jednym negatywnym aspekcie danej sytuacji, przeceniającym jego znaczenie, co finalnie prowadzi do przedstawienia całej sytuacji w negatywnym świetle;
- nadużywanie imperatywów (tzw. „*should*” statements) – niczym nieuzasadnione wymaganie od siebie stosowania się do bezwzględnych, subiektywnych zasad zachowania (Beck, 2012; Kokoszka, 2009; Popiel i Habrat-Pragłowska, 2008; Yurica i DiTomasso, 2005).

Wspomniane błędy poznawcze mogą być również obecne w życiu pacjentów zmagających się z niewydolnością serca. Pacjentom mogą towarzyszyć takie myśli, jak: „nieważne, co zrobię, i tak nie wyzdrowieję” (wnioskowanie arbitralne); „nie ma sensu się starać, bo i tak umrę z powodu choroby serca” (katastrofizacja); „nie stosuję się do zaleceń lekarskich” (myśl, mogąca wystąpić wyłącznie po jednorazowym zapomnieniu przez pacjenta farmakoterapii; myślenie dychotomiczne); „lekarz mówi, że się zaniedbałem” (eksternalizacja poczucia własnej wartości); „ten lek nie zadziała” (wróżbiarstwo); „rodzina mnie nie wspiera, bo pewno uważa, że przez mój styl życia prosiłem się o jakąś chorobę” (czytanie w myślach); „drobne zmiany w życiu nie sprawią, że wyzdrowieję” (minimalizowanie).

Również dylematy poruszane w niniejszym projekcie mogą stanowić istotne źródło stresu i negatywnie kształtować dobrostan pacjentów chorych kardiologicznie. Postrzeganie swojego życia jako bezsensownego oraz bezcelowego, a także percepcja choroby jako kara za grzechy, nieprzekraczalna przeszkoda w realizacji celów, czy też jej ocena jako stan niemożliwy do zmiany (tj. odzyskania zdrowia) są przykładem irracjonalnych myśli, mogących

mieć charakter ruminacyjny. Z tego też powodu techniki CBT wydają się mieć szczególną wartość w pracy z pacjentami zmagającymi się ze stresem niewydolności serca.

Terapia poznawczo-behawioralna może okazać się bardzo skuteczna w korygowaniu wspomnianych zniekształceń poznawczych i tym samym pomoc pacjentom z diagnozą I50 w wypracowaniu konstruktywnych form radzenia sobie ze stresem. Zastosowanie CBT w pracy z pacjentami kardiologicznymi ma swoje uzasadnienie również w danych empirycznych. Metaanalizy Helal i zespołu (2022) oraz Chernoffa ze współpracownikami (2022) wykazały skuteczność CBT w obniżeniu ryzyka hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca i polepszeniu ich funkcjonowania psychicznego. Nie są to jedyne dowody na racjonalność zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z pacjentami z diagnozą I50.

W projekcie Gullikssona i współpracowników (2011) badano 362 pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Podzielono ich na 3 grupy: otrzymujących tradycyjną pomoc kardiologiczną oraz rehabilitowaną tradycyjnie wraz ze wsparciem terapii poznawczo-behawioralnej, skupiającej się na radzeniu sobie ze stresem przez 20 sesji w ciągu roku, po 2h każda. Prezentowane przez nich badanie podłużne wykazało, że zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej przyczyniło się do zmniejszenia nawrotów choroby kardiologicznej oraz zawału mięśnia sercowego.

Z kolei, próba kliniczna Freedlanda i zespołu (2015) skupiała się na grupie 158 pacjentów z niewydolnością serca i diagnozą depresji, podzielonych na 2 grupy: z tradycyjną opieką kardiologiczną oraz objęte dodatkowo terapią poznawczo-behawioralną. Zaobserwowano, że po zakończeniu oddziaływań grupa objęta CBT wykazywała się niższymi wynikami natężenia objawów depresji, lęku oraz zmęczenia, a także mniejszą liczbą ponownych hospitalizacji. Co więcej, po upływie 6 miesięcy od rozpoczęcia stosowania oddziaływań, grupa korzystająca z CBT wykazywała się wyższymi wynikami jakości życia w sferze psychicznej i społecznej.

Obiecujących danych dostarczają także meta-analizy. Przegląd literatury i meta-analiza Jeyanthama i współpracowników (2017) obejmowała wyłącznie 6 badań, lecz również dostarcza spójnych wniosków. Wykazano w niej, że zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej pozytywnie przyczynia się do zmniejszenia objawów depresji pacjentów z niewydolnością serca, zarówno bezpośrednio po sesji CBT, jak i w 3 miesiącu po ich zakończeniu. Analizowane w niej wyniki pokazują również, że jakość życia osób z niewydolnością serca objętych oddziaływaniem CBT była wyższa niż tych, korzystających z wyłącznie tradycyjnej rehabilitacji kardiologicznej, jednakże efekt ten nie utrzymywał się po zakończeniu terapii. Z drugiej strony wyniki te aktualizują Peng i zespół (2019), w swojej

meta-analizie poświęconej 8 badaniom na pacjentach z niewydolnością serca, że zastosowanie CBT może skutecznie obniżyć nasilenie objawów depresji, jednakże może być bezskuteczna w przypadku zmian dotyczących jakości życia czy też stosowania zmian w stylu życia. Dane te obejmują bardzo małą liczbę badań, co pokazuje ważną lukę w aktualnym stanie wiedzy i wymóg przeprowadzania kolejnych badań podłużnych z zastosowaniem CBT w pracy z pacjentami kardiologicznymi.

Oddziaływania krótkoterminowe jak TSR, czy też długoterminowe jak CBT, przynoszą pozytywne skutki dla zdrowia psychicznego pacjentów z niewydolnością serca. W niniejszej pracy ukazano, że związek zasobów sensu życia i percepcji choroby z jakością życia tej próby osób jest mediowany przez konstruktywne formy radzenia sobie ze stresem, gdyż w większości były to te zorientowane na problem oraz znaczenie. Oddziaływania takie jak TSR czy CBT mogą mieć istotny wpływ na motywację pacjentów do radzenia sobie ze stresem choroby kardiologicznej. Zadaniem specjalistów z tych dziedzin, zgodnie z zasadami tych nurtów, byłoby dbanie o zdrowie psychiczne pacjentów w oparciu o pozytywny obraz własnej choroby jak i wzmaganie poziomu zasobów sensu, a także wspieranie procesu radzenia sobie za pomocą konstruktywnych zasobów i strategii. Jak wykazano w tej pracy, konstruktywne formy radzenia sobie są dodatnio związane z jakością życia i subiektywnym dobrostanem osób chorych na niewydolność serca. Na tej podstawie, w pracy z pacjentami z diagnozą I50 należałoby stosować podejście integraktywne, oparte na tradycyjnej rehabilitacji kardiologicznej oraz oddziaływaniach z zakresu pomocy psychologicznej i terapeutycznej.

Zakończenie

Niewydolność serca stanowi ważny problem z perspektywy zdrowia publicznego. Jest często ostatnim stadium wielu chorób kardiologicznych (Karasek i in., 2008b). Choroby układu sercowo-naczyniowego są główną przyczyną zgonów na całym świecie (Hiczkiewicz, 2018; Krok, 2017), a epidemiologia niewydolności serca ciągle wzrasta. Dane będące przedmiotem raportu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (2023) pokazują, że na przestrzeni ostatnich lat epidemiologia niewydolności serca wzrastała i będzie się nasilać, a także iż nie stanowi już wyłącznie problemu osób starszych. Tematyka jakości życia osób z diagnozą I50 była w przeszłości żywo podejmowana przez specjalistów z zakresu psychologii i medycyny. Podejmowano próby weryfikacji roli psychologicznych uwarunkowań choroby, radzenia sobie i jakości życia u pacjentów kardiologicznych (zob. Kurowska i Kudas, 2013; Radwańska, 2021; Szot, 2012; Wysocka-Pleczyk i Słowik, 2012; Ziarko i in., 2018). Badania te, chociaż niezmiernie ważne i inspirujące, niestety czasami obejmowały niskie próby osób badanych. Dlatego też zdecydowano się dokonać ponownej weryfikacji wybranych korelatów jakości życia osób z niewydolnością serca w ramach badania własnego.

Przedmiotem niniejszej pracy była mediacyjna rola radzenia sobie w relacji pomiędzy zasobami sensu życia, percepcją choroby i odczuwanym stresem a jakością życia i subiektywnym dobrostanem wśród osób z niewydolnością serca. W celu odpowiedzi na sformułowane pytania badawcze, dokonano pomiaru wielu aspektów funkcjonowania pacjentów z niewydolnością serca. Poza podstawowymi danymi socjodemograficznymi, weryfikowano rolę historii choroby i jej charakterystyk, takich jak czas trwania choroby, historia hospitalizacji pacjentów, a także ilość i rodzaj posiadanych diagnoz. Zasoby sensu życia mierzono wieloczynnikowo, przy weryfikacji pięciu ich aspektów: obecności, poszukiwania, zrozumienia, celu i znaczenia sensu życia. Sposób oceny własnej choroby przez badanych pacjentów z niewydolnością serca był testowany od strony pozytywnej (jako korzyść, wyzwanie i wartość) oraz negatywnej (zagrożenie, przeszkoda/strata, krzywda i znaczenie). W projekcie wykorzystano również pomiar poziomu odczuwanego stresu i trzech stylów radzenia sobie z nim: zorientowanych na problem, emocje oraz znaczenie. Pomiar zmiennych zależnych obejmował weryfikację poziomu jakości życia oraz subiektywnego dobrostanu. W badaniu wykorzystano dane na temat jakości życia w sferach somatycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej, a także subiektywnego dobrostanu mierzonego na podstawie poziomu satysfakcji z życia i dwóch rodzajów afektu: pozytywnego i negatywnego. Część

z uzyskanych wyników została umieszczona w repozytorium do którego odniesienie znalazło się w aneksie niniejszej pracy.

W niniejszej dysertacji wykazano, że poczucie sensu życia, ocena niewydolności serca, a także związany z nią stres, mogą przyczyniać się do podejmowania prób radzenia sobie ze stresem choroby przewlekłej w badanej próbie polskich pacjentów z diagnozą I50, co w konsekwencji może przekładać się na różne sfery jakości życia tej próby osób. W niniejszym projekcie, radzenie sobie zorientowane na problemie i znaczeniu odgrywały ważniejszą rolę niż radzenie zorientowane na emocje. Pokazuje to, że badani pacjenci podejmowali najczęściej konstruktywne formy radzenia sobie ze stresem. Na podstawie prezentowanego materiału, można dojść do następujących wniosków:

1. Uzyskane wyniki pokazują, że radzenie zorientowane na znaczenie stresującego wydarzenia może być równie istotne dla funkcjonowania pacjentów kardiologicznych, jak inne klasyczne badane dotąd style radzenia sobie ze stresem. Potwierdza to założenia modelu tworzenia znaczeń (Park 2010, 2013, 2016), a także przeszłe doniesienia empiryczne (zob. Vos, 2021) pokazujące, że zasoby dotyczące sfery znaczenia odkrywają ważną rolę w życiu pacjentów kardiologicznych. Stanowi to ważne uzupełnienie aktualnego stanu wiedzy. Może być inspiracją do zajmowania się tą formą radzenia w kolejnych projektach badawczych poświęconych pacjentom kardiologicznym. Co więcej, stanowi ważną wskazówkę praktyczną pokazującą potencjalny kierunek oddziaływań mających na celu zapewnienie wsparcia psychologicznego pacjentom z diagnozą niewydolności serca.
2. Niniejszy projekt podkreślił znaczenie zmiennych psychologicznych w jakości życia pacjentów kardiologicznych. Uwidoczniono, że tradycyjnie badane aspekty sensu życia (obecność i poszukiwanie) również są obecne wśród osób z diagnozą I50. Co więcej, niebadane dotychczas wśród pacjentów z niewydolnością serca zasoby sensu, takie jak zrozumienie, cel i znaczenie, mogą brać ważny udział w transakcji stresowej tych osób. Wykazane w pracy związki pokazały, że zmienne psychologiczne są związane również z jakością życia w sferze somatycznej. Jak uwidoczniono we fragmencie poświęconym praktycznym implikacjom badania, pomoc terapeutyczna może przyczyniać się do polepszenia funkcjonowania psychicznego i zwiększenia motywacji do radzenia sobie ze stresem i wymaganiami choroby oraz przestrzegania zaleceń lekarskich. Prezentowane wyniki w połączeniu z zaprezentowaną dyskusją potwierdzają, że pacjenci kardiologiczni zmagający się

ze stresem choroby przewlekłej powinni być objęci opieką psychologiczną, której część powinno stanowić wzmacnianie i budowanie zasobów sensu życia.

3. W przeprowadzonych analizach zaobserwowano ważniejszą rolę negatywnej percepcji choroby, niż pozytywnej. Weryfikowany model alternatywny wykazał także, że stres może pośredniczyć w relacji negatywnej percepcji choroby i jakości życia pacjentów z niewydolnością serca. Uzyskane dane pozwalają wywnioskować, że percepcja choroby jako przeszkoda, kara lub strata ważnych zasobów może być silniej związana z miarami jakości życia pacjentów z diagnozą I50, niż pozytywna ocena własnej choroby. Wyniki te dodatkowo podkreślają znaczenie zapewnienia wsparcia psychologicznego badanej próbie osób. Pokazują ważną rolę pracy nad pozytywnym przewartościowaniem podejścia pacjentów kardiologicznych do ich choroby, a także istotną rolę percepcji choroby w transakcji stresowej pacjentów kardiologicznych.
4. Finalnie, prezentowany projekt pokazuje złożoność transakcji stresowej wśród badanej próby osób. Uzyskane dane pozwalają na sformułowanie koherentnych wniosków, jednakże nie są jednoznaczne. Analizy proste wykazały, że w zależności od testowanych uwarunkowań choroby (zasobów sensu, rodzajów percepcji choroby, czy odczuwanego stresu) oraz wymiarów jakości życia i dobrostanu, różne style radzenia sobie ze stresem były tymi o statystycznie istotnym efekcie pośrednim. Pokazuje to, że wszystkie testowane aspekty funkcjonowania psychologicznego nie mogą być traktowane całościowo i należy je badać szczegółowo. Wyniki pozwalają wywnioskować, że sfera egzystencjalna, jak i percepcja choroby mogą mieć istotne znaczenie w radzeniu sobie i jakości życia pacjentów z niewydolnością serca. Obrazują, że nie istnieje jedna istotna i najważniejsza zmienna, która może kształtować funkcjonowanie i proces radzenia sobie ze stresem w badanej grupie pacjentów. Tym samym podkreślają znaczenie prowadzenia dalszych badań z zakresu psychokardiologii wśród osób zmagających się ze stresem niewydolności serca.

Niniejsza praca stanowi bardzo ważny przyczynek do podjęcia kolejnych badań. W dalszych krokach należałoby dokonać ponownej weryfikacji testowanych zmiennych, jednakże w formie projektu longitudinalnego. Badanie podłużne, wsparte metodami jakościowymi, pozwoli na mocniejsze ugruntowanie wniosków wynikających z niniejszej pracy. Niestety, bez wsparcia personelu medycznego, takie badania mogą być niemożliwe do

zrealizowania. Oznacza to potrzebę współpracy środowiska specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego i medycyny w opiece nad pacjentami z niewydolnością serca. Zaprezentowane w pracy wyniki, jak i propozycje przyszłych badań pozwolą na uzupełnienie aktualnego stanu wiedzy na temat funkcjonowania pacjentów z niewydolnością serca w Polsce.

Dysertacja ta wydaje się być istotna od strony teoretycznej, empirycznej i praktycznej. Weryfikuje ona rolę niektórych niezbadanych dotąd wśród pacjentów z niewydolnością serca konstruktów, takich jak zrozumienie, cel i znaczenie sensu życia. Uzupełnia również stan badań z zakresu radzenia sobie, pokazując istotną rolę radzenia zorientowanego na znaczenie również wśród pacjentów kardiologicznych. Jej dużą zaletę stanowi stosunkowo liczna próba osób badanych, obejmująca tak rzadką chorobę jak niewydolność serca. Dostarcza również inspiracji i konkretnych wskazówek do podjęcia oddziaływań praktycznych, w oparciu o zasoby sensu, pozytywną percepcję choroby i podtrzymywanie konstruktywnych form radzenia sobie ze stresem. Co najważniejsze, praca ta jest kolejnym dowodem podkreślającym jak ważną rolę w życiu pacjentów somatycznych odgrywa ich funkcjonowanie psychologiczne.

Istota pomocy psychologicznej w chorobach układu sercowo-naczyniowego była podkreślana przez specjalistów od wielu lat, jednakże sytuacja pacjentów kardiologicznych w Polsce pokazuje, że rola pomocy psychologicznej w rehabilitacji kardiologicznej musi ulec zmianie. Niniejszy fragment pracy ma na celu przedstawienie aktualnego stanu wiedzy, a także wskazanie potencjalnych kierunków oddziaływań terapeutycznych. Meta-analiza przeprowadzona przez Lindena i współpracowników (2007) dotycząca roli pomocy psychologicznej w życiu pacjentów kardiologicznych pokazuje, że interwencje psychologiczne (przy jednoczesnym oddziaływaniu tradycyjnej pomocy kardiologicznej) są w stanie obniżyć śmiertelność pacjentów kardiologicznych średnio o 27% w okresie pierwszych dwóch lat od rozpoczęcia oddziaływań, oraz zredukować nawroty epizodów kardiologicznych aż o 43%. Co więcej, autorzy podkreślają, że zmniejszenie poziomu odczuwanego stresu na przestrzeni dwóch lat u pacjentów kardiologicznych może zmniejszyć ich śmiertelność nawet o połowę. Z analizowanych przez nich artykułów wynika, że pomoc psychologiczna może obniżyć śmiertelność pacjentów kardiologicznych od 3% aż do 71%. Kolejne publikacje meta-analiz dotyczących pacjentów kardiologicznych, w tym też grupy osób z niewydolnością serca, również podkreślają istotne znaczenie pomocy psychologicznej w rehabilitacji kardiologicznej.

Welton z zespołem (2009) w swojej meta-analizie poświęconej pacjentom z chorobą niedokrwinną serca pokazali, że interwencje psychologiczne mogą przyczyniać się do zmiany wskaźników biomedycznych (takich jak poziom cholesterolu), poprawienia funkcjonowania psychologicznego w postaci obniżenia nasilenia lęku i depresji, a także zmniejszenia ryzyka

zgonu, jak i zawału mięśnia sercowego zakończonych śmiercią pacjenta. Z kolei Rutledge i współpracownicy (2013) zaprezentowali wyniki meta-analizy pokazującej, że interwencje dotyczące zdrowia psychicznego, przy jednoczesnym zastosowaniu rehabilitacji kardiologicznej, mogą obniżyć nasilenie depresji i epizodów kardiologicznych. Podkreślają oni jednak, że rehabilitacja kardiologiczna miała większe znaczenia dla śmiertelności pacjentów z analizowanych przez nich danych, niżeli interwencje psychologiczne.

Whalley, Thompson i Taylor (2014) przedstawiają z kolei inne wyniki. Wykazali, że pomoc psychologiczna może mieć umiarkowany wpływ na poziom odczuwanego lęku i depresji pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, a także w małym stopniu może przyczyniać się pozytywnie do obniżenia śmiertelności z powodów dolegliwości sercowo-naczyniowych. Z drugiej strony, dostępne są dane meta-analizy Younge i zespołu (2015) skupiające się na roli medytacji, relaksacji, treningu autogennego oraz treningu uważności (*mindfulness*) w chorobach serca. Wskazują, że wspomniane praktyki dotyczące umysłu i ciała (*mind-body practices*) mogą polepszać jakość życia pacjentów kardiologicznych, a także redukować nasilenie lęku i depresji, czy też poziom ciśnienia krwi. Autorzy zwracają jednak uwagę na to, że prezentowane dowody naukowe nie są dobre jakościowo i wymagają ponownej weryfikacji.

Ważnych informacji dostarczają również publikacje bezpośrednio dotyczące pacjentów z niewydolnością serca. Meta-analiza sporządzona przez Jiang i współpracowników (2018) pokazuje, że pomoc psychologiczna może pozytywnie kształtować przestrzeganie zaleceń lekarskich, stosowanie diety oraz zaangażowanie w proces leczenia u pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca, ale wyłącznie w grupie pacjentów nieobarczonych depresją i zaburzeniami poznawczymi. Dane te są niezmiernie istotne gdyż pokazują, że próba modyfikacji trybu życia pacjentów chorych na serce może być nieskuteczna bez wcześniejszego zaopiekowania się ich sferą psychiczną. Najnowszy przegląd literatury Helal i zespołu (2022) pokazuje, że terapia poznawczo-behawioralna może obniżać ryzyko hospitalizacji i polepszać jakość życia pacjentów z diagnozą I50, a pomoc skupiająca się na radzeniu sobie może przynosić również korzyści dotyczące dłuższej przeżywalności tej grupy osób.

Ponadto, Chernoff wraz ze współpracownikami (2022) przeprowadzili bardzo dokładny przegląd literatury, obejmujący publikację z lat 1970 do 2021. W meta-analizie uwzględnili oni 15 badań opartych na próbach randomizowanych ($N=1370$). Wykazali, że terapia poznawczo-behawioralna oraz oparta na radzeniu sobie ze stresem przyczyniała się korzystnie do redukcji objawów depresji i lęku u pacjentów z niewydolnością serca. Podkreślają również, że

w analizowanych przez nich wynikach brakowało dowodów wykazujących związek interwencji psychologicznych i zmniejszonej liczby hospitalizacji. Zapewne ich zdanie wynika z małej liczby uwzględnionych publikacji, gdyż 5 z 5 analizowanych przez nich badań wykazało korzystny wpływ interwencji psychologicznych na ryzyko hospitalizacji.

Wszystkie prezentowane meta-analizy pozwalają na stworzenie koherentnego wniosku, mówiącego o istotnym znaczeniu pomocy psychologicznej w życiu pacjentów z niewydolnością serca. Na ich podstawie można przypuszczać, że korzystny wpływ oddziaływań psychologicznych na śmiertelność pacjentów kardiologicznych nie jest raczej bezpośredni. Logicznym przypuszczeniem opartym na powyższych wynikach jest to, że interwencje psychologiczne poprawiają funkcjonowanie psychologiczne pacjentów kardiologicznych, które to pozytywnie może przyczyniać się do ich ogólnego funkcjonowania, przestrzegania zaleceń lekarskich i aktywny udział w procesie leczenia, które to z kolei przekładają się bezpośrednio na przeżywalność pacjentów chorych na serce. Oznacza to powinność objęcia pacjentów kardiologicznych opieką psychologiczną. Niestety, sytuacja tej grupy pacjentów w Polsce pokazuje, że należy podjąć wiele zmian w celu polepszenia funkcjonowania osób z niewydolnością serca w naszym kraju.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (zob. Dz. U. 1994 Nr 111 poz. 535; Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 1994) nie reguluje warunków udzielania pomocy psychologicznej pacjentom kardiologicznym. Również akty prawne poświęcone bezpośrednio rehabilitacji kardiologicznej dostarczają wielu niewiadomych. Zarządzenie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (nr 39/2023/DSOZ; NFZ, 2023) wskazuje, że rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki po zawale mięśnia sercowego w ośrodku lub oddziale dziennym powinna obejmować minimum 3 z następujących interwencji psychologicznych: ocenę stanu psychicznego, terapię psychologiczną, terapię behawioralno-relaksacyjną, trening autogenny, psychoterapię integrującą, czy też psychoterapię w formie zabaw. Niestety, wytyczne te nie obejmują wszystkich pacjentów z niewydolnością serca, ani innych grup osób chorych kardiologicznie, którzy to nie doświadczyli zawału mięśnia sercowego. Co więcej, nie wskazuje które ze wspomnianych form oddziaływań są obowiązkowe, więc placówki dokonujące rehabilitacji kardiologicznej mają dowolność co do jej realizacji od strony zdrowia psychicznego. Oczywiście jest, że fakt ten powinien być bardziej uregulowany.

Według rozporządzenia Ministra Zdrowia (Dz.U. 2016 poz. 2162; Ministerstwo Zdrowia, 2016), stanowisko psychologa określane jest w ramach „pozostałego personelu” wymaganego do prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej i wymaga zatrudnienia go na minimum ½ etatu. Niestety, specjaliści alarmują, że stan opieki psychologicznej u pacjentów

kardiologicznych w Polsce dalej wymaga zmiany. Na łamach *Magazynu Polskiej Akademii Nauk*, profesor Ryszard Piotrowicz (aktualny członek prezydium Komitetu Nauk Klinicznych PAN oraz pracownik Narodowego Instytutu Kardiologii) zwraca uwagę na to, że psycholog jest rzadkością w klinikach kardiologicznych (Michalski, 2016). Z kolei na łamach *Medycyny Praktycznej*, profesor Barbara Bętkowska-Korpała (kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej przy Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie) podkreśla, z jakimi wymaganiami muszą zmagać się psycholodzy pracujący w służbie zdrowia. Zwraca uwagę, że pojedynczy psycholog jest często odpowiedzialny za pacjentów wielu oddziałów, gdyż nie ma standardów konkretyzujących to, ile łóżek przypada na jednego specjalistę z zakresu zdrowia psychicznego. Podkreśla także, że to najczęściej lekarze są pierwszymi osobami, które zwracają uwagę na stan zdrowia psychicznego pacjenta, a nie psycholodzy (Kołton, 2023).

Nie powinien dziwić więc fakt niezbyt częstych wizytacji psychologów na oddziałach i w poradniach kardiologicznych, gdyż Ci skupieni są często na pacjentach innych oddziałów, np. psychiatrycznych i neurologicznych, jeśli te wchodzą w skład tej samej placówki. Psycholog dokonuje interwencji na oddziałach kardiologicznych najczęściej dopiero na zlecenie lekarzy opiekujących się pacjentami chorymi na serce. Także doświadczenia własne z prezentowanego projektu badawczego pokazują, że pacjenci będący respondentami tego badania bardzo potrzebowali wsparcia psychologicznego. W rozmowach z osobami badanymi, Ci zwracali uwagę, że nie mieli kontaktu z psychologiem, a także nikt nie proponował im takiej formy pomocy. Wielu pacjentów biorących udział w niniejszym badaniu prosiło o rozmowę, a dla niektórych nawet była ona warunkiem koniecznym do tego, by Ci wzięli udział w prezentowanym badaniu. Od wielu lat podnoszone są głosy na temat niewystarczającej opieki psychologicznej wśród pacjentów kardiologicznych. Już w 2014 roku Najwyższa Izba Kontroli podkreślała fakt, że okres hospitalizacji pacjentów kardiologicznych jest na tyle krótki, iż uniemożliwia ona udzielenie pełnej interwencji psychologicznej i edukacji pacjentów polskich placówek. Ten sam raport nagłaśnia również fakt, że w Polsce brakuje zintegrowanego systemu rehabilitacji kardiologicznej i prewencji chorób serca (NIK, 2014).

Reasumując powyższe dane i rozważania należy uznać, że prezentowany projekt badawczy jest potrzebny zarówno do strony teoretycznej, naukowej jak i praktycznej. Jest on jednym z niewielu badań polskich skupiających się na funkcjonowaniu psychologicznym pacjentów kardiologicznych. Co więcej, jako pierwszy weryfikuje rolę zasobów sensu życia kwestionariusza MEMS (cel, zrozumienie i znaczenie sensu życia) wśród pacjentów kardiologicznych, a także uzupełnia dotychczasową literaturę o dane dotyczące radzenia sobie zorientowane na znaczenie.

Literatura cytowana

- Abdollah, S. M., Sadeghi, M., Roohafza, H., Tavakoli, M., Dadras, H., Kouchakzadeh, P. (2020). The effectiveness of solution-focused therapy on life orientation, mental health, and meaningfulness of life in patients with cardiovascular diseases. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 7(4), 238–247.
- Abshire, M., Russell, S. D., Davidson, P. M., Budhathoki, C., Han, H.-R., Grady, K. L., Desai, S., Himmelfarb, C. D. (2018). Social support moderates the relationship between perceived stress and quality of life in patients with a left ventricular assist device. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(5), e1–e9.
- Adamska, M., Juczyńska, K., Miniszewska, J. (2015). Sposób postrzegania własnej choroby jako czynnik wyznaczający jej akceptację u osób chorych na łuszczycę. *Current Problems of Psychiatry*, 16(1), 26–37.
- Adamska, M., Miniszewska, J. (2016). Determinants of acceptance of an illness in the case of patients suffering from psoriasis treated in the hospital and outpatient clinic settings. *Health Psychology Report*, 4(1), 54–64.
- Ahorsu, D. K., Lin, C.-Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale: Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–9.
- Alarcon Arias, L., Rotberg, I. (2021). *Po jasnej stronie mocy. O terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR)*. Wydawnictwo Teofrast.
- Albers, C., Lakens, D. (2018). When power analyses based on pilot data are biased: Inaccurate effect size estimators and follow-up bias. *Journal of Experimental Social Psychology*, 74, 187–195.
- Almeida, O. P., Garrido, G. J., Etherton-Beer, C., Lautenschlager, N. T., Arnolda, L., Alfonso, H., Flicker, L. (2013). Brain and mood changes over 2 years in healthy controls and adults with heart failure and ischaemic heart disease. *European Journal of Heart Failure*, 15(8), 850–858.
- An, Y., Zhang, Y., Wang, L., Chen, C., Fan, X. (2022). The relationship between uncertainty in illness and quality of life in patients with heart failure: Multiple mediating effects of perceived stress and coping strategies. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(3), 257–265.

- Andrews, M., Withey, S. (1974). *Social indicators of well-being: America's perception of life quality*. Plenum.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.
- Araszkiewicz, A., Bandurska-Stankiewicz, E., Budzyński, A., Cypryk, K., Czech, A., Czupryniak, L., Drzewoski, J., Dzida, G., Dziedzic, T., Franek, E. (2019). Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2019. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetologia Praktyczna*, 5(1), 1–100.
- Arbuckle, J. L. (2021). *IBM SPSS Amos 28 user's guide*. Amos Development Corporation, SPSS Inc.
- Arnold, S. V., Smolderen, K. G., Buchanan, D. M., Li, Y., Spertus, J. A. (2012). Perceived stress in myocardial infarction: Long-term mortality and health status outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 60(18), 1756–1763.
- Ateş, C., Kaymaz, Ö., Kale, H. E., Tekindal, M. A. (2019). Comparison of test statistics of nonnormal and unbalanced samples for multivariate analysis of variance in terms of type-I error rates. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2019(1), 2173638.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147.
- Bank Danych Lokalnych. (2019). *Zgony według przyczyn*. <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/>
- Baron, R. M., Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182.
- Battista, J., Almond, R. (1973). The development of meaning in life. *Psychiatry*, 36(4), 409–427.
- Beck, J. S. (2012). *Terapia poznawczo-behawioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238–246.

- Bentler, P. M., Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588–606.
- Beręsewicz, A., Mączewski, M., Mackiewicz, U. (2019). Choroby układu krążenia: Fizjologia serca i układu naczyniowego. W P. Gajewski (Red.), *Interna Szczeklika 2019* (s. 3–9). Medycyna Praktyczna.
- Bielefeld University. (2023, czerwiec 16). Dane wyszukiwania „psychological well-being and cardiovascular disease” oraz „subjective well-being and cardiovascular disease”. <https://www.base-search.net/>
- Boehm, J. K., Chen, Y., Williams, D. R., Ryff, C. D., Kubzansky, L. D. (2016). Subjective well-being and cardiometabolic health: An 8–11 year study of midlife adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 85, 1–8.
- Boehmer, J. P. (2004). CRT only or CRT plus ICD? *European Heart Journal Supplements*, 6, 83–87.
- Borys, T. (2015). Typologia jakości życia i pomiar statystyczny. *Wiadomości Statystyczne*, 60(7), 1–18.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631–637.
- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S., Petrie, K. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & Health*, 30(11), 1361–1385.
- Broda, G., Kurjata, P., Piwońska, A., Polakowska, M., Waśkiewicz, A., Sygnowska, E., Piotrowski, W., Istynowicz, K. (2005). *Wieloośrodkowe badanie stanu zdrowia ludności*. Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy.
- Brummett, B. H., Babyak, M. A., Mark, D. B., Clapp-Channing, N. E., Siegler, I. C., Barefoot, J. C. (2004). Prospective study of perceived stress in cardiac patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(1), 22–30.
- Brutsaert, D. L. (1989). The Endocardium. *Annual Review of Physiology*, 51(1), 263–273.
- Budaj, A., Beręsewicz, A., Undas, A., Pasierski, T., Banasiak, W., Wysocki, H., Bednarz, B., Połoński, L., Bochenek, M., Sadowski, J., Wierzbicki, K. (2019). Choroba niedokrwienna serca: Klasyfikacja. W P. Gajewski (Red.), *Interna Szczeklika 2019* (s. 168–226). Medycyna Praktyczna.
- Buetow, S., Goodyear-Smith, F., Coster, G. (2001). Coping strategies in the self-management of chronic heart failure. *Family Practice*, 18(2), 117–122.

- Byrne, B. M. (2012). *A primer of LISREL: Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. Springer Science & Business Media.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*. McGraw-Hill.
- Camus, A. (1947). *Dżuma*. Gallimard.
- Carapetis, J. R., McDonald, M., Wilson, N. J. (2005). Acute rheumatic fever. *The Lancet*, 366(9480), 155–168.
- Carson, J. L., Kelley, M. A., Duff, A., Weg, J. G., Fulkerson, W. J., Palevsky, H. I., Schwartz, J. S., Thompson, B. T., Popovich, J., Hobbins, T. E., Spera, M. A., Alavi, A., Terrin, M. L. (1992). The clinical course of pulmonary embolism. *New England Journal of Medicine*, 326(19), 1240–1245.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.
- Castelli, W. P., Wilson, P. W., Levy, D., Anderson, K. (1989). Cardiovascular risk factors in the elderly. *American Journal of Cardiology*, 63(16), 12–19.
- Celano, C. M., Villegas, A. C., Albanese, A. M., Gaggin, H. K., Huffman, J. C. (2018). Depression and anxiety in heart failure: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(4), 175–184.
- Cepuch, G., Kordek-Górka, P., Krzeczowska, B. (2011). Poczucie sensu życia i jego jakość u młodocianych po przeszczepie serca. *Family Medicine & Primary Care Review*, 13(3), 405–407.
- Chang, W., Cheng, J., Allaire, J. J., Sievert, C., Schloerke, B., Xie, Y., Allen, J., McPherson, J., Dipert, A., Borges, B. (2022). *shiny: Web Application Framework for R*. <https://cran.r-project.org/web/packages/shiny/index.html>
- Chen, C., Fang, W., An, Y., Wang, L., Fan, X. (2020). The multiple mediating effects of illness perceptions and coping strategies on the relationship between physical symptoms and depressive symptoms in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(2), 125–133.
- Chen, F. F., Jing, Y., Hayes, A., Lee, J. M. (2013). Two concepts or two approaches? A bifactor analysis of psychological and subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 14(3), 1033–1068.
- Chernoff, R. A., Messineo, G., Kim, S., Pizano, D., Korouri, S., Danovitch, I., IsHak, W. W. (2022). Psychosocial interventions for patients with heart failure and their impact on

- depression, anxiety, quality of life, morbidity, and mortality: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 84(5), 560–580.
- Chin, W. W. (1998). The partial least squares approach to structural equation modeling. W G. A. Marcoulides (Red.), *Modern methods for business research* (s. 295–336). Psychology Press.
- Cieślak, A., Słopecka, A. (2010). Jakość życia w naukach społecznych. *Studia Medyczne*, 18, 69–73.
- Clarivate Analytics. (2023, czerwiec 16). Dane wyszukiwania „psychological well-being and cardiovascular disease” oraz „subjective well-being and cardiovascular disease”. <https://www.webofscience.com/>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98–101.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386–396.
- Cohen, S., Williamson, G. M. (1988). Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. W S. Spacapan & S. Oskamp (Red.), *The social psychology of health* (s. 31–67). SAGE Publications.
- Cohen, S., Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Collier, J. E. (2020). *Applied structural equation modeling using AMOS: Basic to advanced techniques*. Routledge.
- Cook, C., Cole, G., Asaria, P., Jabbour, R., Francis, D. P. (2014). The annual global economic burden of heart failure. *International Journal of Cardiology*, 171(3), 368–376.
- Cortina, J. M., Green, J. P., Keeler, K. R., Vandenberg, R. J. (2017). Degrees of freedom in SEM: Are we testing the models that we claim to test? *Organizational Research Methods*, 20(3), 350–378.
- Costanzo, L. (2013). *Physiology*. Saunders.
- Crumbaugh, J. C., Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl’s concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20(2), 200–207.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren’t we happy? *American Psychologist*, 54(10), 821–827.

- Czapiński, J. (1985). *Wartościowanie—Zjawisko inklinacji pozytywnej*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Czapiński, J. (1992). *Psychologia szczęścia: Przegląd badań i zarys cebulowej teorii szczęścia*. Akademos.
- Czapiński, J. (2017). *Psychologia szczęścia. Kto, kiedy, dlaczego kocha życie i co z tego wynika, czyli nowa odsłona teorii cebulowej*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Czapiński, J., Panek, T. (Red.). (2013). *Diagnoza społeczna 2013: Warunki życia Polaków*. Rada Monitoringu Społecznego.
- Czekierda, K., Banik, A., Park, C. L., Luszczynska, A. (2017). Meaning in life and physical health: Systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review, 11*(4), 387–418.
- Damásio, B. F., Melo, R. L. P. de, Silva, J. P. da. (2013). Meaning in life, psychological well-being and quality of life in teachers. *Paidéia, 23*, 73–82.
- Das, K. V., Jones-Harrell, C., Fan, Y., Ramaswami, A., Orlove, B., Botchwey, N. (2020). Understanding subjective well-being: Perspectives from psychology and public health. *Public Health Reviews, 41*(1), 1–32.
- De Jong, P., Kim Berg, I. (2007). *Rozmowy o rozwiązaniach. Podręcznik dla trenerów*. Księgarnia Akademicka Gandalf.com.pl.
- DeCarlo, L. T. (1997). On the meaning and use of kurtosis. *Psychological Methods, 2*(3), 292–307.
- Dempster, M., Howell, D., McCorry, N. K. (2015). Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 79*(6), 506–513.
- Derbis, R. (2000). *Doświadczenie codzienności: Poczucie jakości życia, swoboda działania, odpowiedzialność, wartości osób bezrobotnych*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Dickens, C., Dickson, V. V., Piano, M. R. (2019). Perceived stress among patients with heart failure who have low socioeconomic status: A mixed-methods study. *Journal of Cardiovascular Nursing, 34*(3), e1–e8.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542–575.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71–75.

- Diener, E., Lucas, R. E., Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. W C. R. Snyder & S. J. Lopez (Red.), *Handbook of positive psychology* (T. 2, s. 63–73). Oxford University Press.
- Diener, E., Pressman, S. D., Hunter, J., Delgado-Chase, D. (2017). If, why, and when subjective well-being influences health, and future needed research. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 9(2), 133–167.
- Diener, E., Sapyta, J. J., Suh, E. (1998). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychological Inquiry*, 9(1), 33–37.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.
- Dimond, A. J., Krantz, D. S., Waters, A. J., Liew, K. S., Gottlieb, S. S. (2021). Long-term Effects of Perceived Stress, Anxiety, and Anger on Hospitalizations or Death and Health Status in Heart Failure Patients. *medRxiv*, Preprint.
- Dobříková, P., Pčolková, D., AlTurabi, L. K., West Jr, D. J. (2015). The effect of social support and meaning of life on the quality-of-life care for terminally ill patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 32(7), 767–771.
- Doering, L. V., Dracup, K., Caldwell, M. A., Moser, D. K., Erickson, V. S., Fonarow, G., Hamilton, M. (2004). Is coping style linked to emotional states in heart failure patients? *Journal of Cardiac Failure*, 10(4), 344–349.
- Domańska, Ł., Zawadzka, E. (2014). Obraz własnej choroby a lęk i objawy depresyjne u osób z dysfunkcjami mózgu o etiologii naczyniowej. W L. Buliński (Red.), *Zdrowie i choroba: W poszukiwaniu wiedzy i pomocy* (s. 112–123). Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Dong, X., He, D., Zhang, Y., Zhao, Q., Zhang, X., Fan, X. (2023). Dyadic Associations Between Burden and Depressive Symptoms Among Patients With Heart Failure and Their Caregivers: The Mediating Role of Perceived Stress. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 38(6), 517–527.
- Dracup, K., Westlake, C., Erickson, V. S., Moser, D. K., Caldwell, M. L., Hamilton, M. A. (2003). Perceived control reduces emotional stress in patients with heart failure. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 22(1), 90–93.
- Drake, R., Vogl, W., Mitchell, A. (2016). *Anatomia Gray. Podręcznik dla studentów*. Edra Urban & Partner.
- Dudek, B., Gruszczyńska, E., Koniarek, J. (2006). Teoria zachowania zasobów S. Hobfolla—Zagadnienia teoretyczne i metodologiczne oraz adaptacja kwestionariusza COR-

- Evaluation. W H. Sęk & T. Pasikowski (Red.), *Psychologia zdrowia: Teoria, metodologia i empiria* (s. 51–60). Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Dymecka, J., Gerymski, R. (2020). Akceptacja choroby jako mediator zależności pomiędzy niepełnosprawnością neurologiczną a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia osób ze stwardnieniem rozsianym. *Neuropsychiatry & Neuropsychology/Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 15(1–2), 13–20.
- Dymecka, J., Gerymski, R., Machnik-Czerwik, A. (2021). Fear of COVID-19 as a buffer in the relationship between perceived stress and life satisfaction in the Polish population at the beginning of the global pandemic. *Health Psychology Report*, 9(2), 149–159.
- Dymecka, J., Gerymski, R., Machnik-Czerwik, A. (2022). How does stress affect life satisfaction during the COVID-19 pandemic? Moderated mediation analysis of sense of coherence and fear of coronavirus. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), 280–288.
- Dymecka, J., Gerymski, R., Machnik-Czerwik, A., Derbis, R., Bidzan, M. (2021). Fear of COVID-19 and life satisfaction: The role of the health-related hardiness and sense of coherence. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 712103.
- Ekman, I., Fagerberg, B., Lundman, B. (2002). Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls. *Heart & Lung*, 31(2), 94–101.
- Elsevier. (2023, czerwiec 16). *Dane wyszukiwania „psychological well-being and cardiovascular disease” oraz „subjective well-being and cardiovascular disease”*. <https://www.scopus.com/>
- Enders, C. K. (2017). Multiple imputation as a flexible tool for missing data handling in clinical research. *Behaviour Research and Therapy*, 98, 4–18.
- Endler, N. S., Parker, J. D. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6(1), 50–60.
- Endrighi, R., Dimond, A. J., Waters, A. J., Dimond, C. C., Harris, K. M., Gottlieb, S. S., Krantz, D. S. (2019). Associations of perceived stress and state anger with symptom burden and functional status in patients with heart failure. *Psychology & Health*, 34(10), 1250–1266.
- Endrighi, R., Waters, A. J., Gottlieb, S. S., Harris, K. M., Wawrzyniak, A. J., Bekkouche, N. S., Li, Y., Kop, W. J., Krantz, D. S. (2016). Psychological stress and short-term hospitalisations or death in patients with heart failure. *Heart*, 102(22), 1820–1825.
- Essop, M. R., Peters, F. (2014). Contemporary issues in rheumatic fever and chronic rheumatic heart disease. *Circulation*, 130(24), 2181–2188.

- Fan, Y., Chen, J., Shirkey, G., John, R., Wu, S. R., Park, H., Shao, C. (2016). Applications of structural equation modeling (SEM) in ecological studies: An updated review. *Ecological Processes*, 5(1), 1–12.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191.
- Felton, B. J., Revenson, T. A., Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine*, 18(10), 889–898.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage Publications Ltd.
- Fife, B. L. (1995). The measurement of meaning in illness. *Social Science & Medicine*, 40(8), 1021–1028.
- Flint, K. M., Fairclough, D. L., Spertus, J. A., Bekelman, D. B. (2019). Does heart failure-specific health status identify patients with bothersome symptoms, depression, anxiety, and/or poorer spiritual well-being? *European Heart Journal-Quality of Care and Clinical Outcomes*, 5(3), 233–241.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45(8), 1207–1221.
- Folkman, S. (2001). Revised coping theory and process of bereavement. W M. S. Stroebe (Red.), *Handbook of bereavement: Consequences, coping, and care* (s. 563–584). American Psychological Association Press.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, and Coping*, 21(1), 3–14.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988a). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466–475.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988b). *Ways of Coping questionnaire. Sampler Set Manual, test booklet, scoring key*. Mind Garden. Consulting Psychologists Press Inc.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571–579.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2007). Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress. W M. Hewstone, H. Schut, J. de Wit, K. Van Den Bos,

- & M. Stroebe (Red.), *The scope of social psychology: Theory and applications* (T. 10, s. 193–208). Psychology Press.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T., Ozer, E. M., Park, C. L. (1997). Positive meaningful events and coping in the context of HIV/AIDS. W B. Gottlieb, *Coping with chronic stress* (s. 293–314). Springer.
- Ford, E. S. (2011). Trends in mortality from all causes and cardiovascular disease among hypertensive and nonhypertensive adults in the United States. *Circulation*, 123(16), 1737–1744.
- Francuz, P., Mackiewicz, R. (2007). *Liczby nie wiedzą, skąd pochodzą: Przewodnik po metodologii i statystyce: nie tylko dla psychologów*. Wydawnictwo KUL.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. Washington Square Press.
- Frankl, V. E. (1967). Logotherapy and existentialism. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 4(3), 138–142.
- Freedland, K. E., Carney, R. M., Rich, M. W., Steinmeyer, B. C., Rubin, E. H. (2015). Cognitive behavior therapy for depression and self-care in heart failure patients: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 175(11), 1773–1782.
- Frisch, M. B. (2000). Improving mental and physical health care through quality of life therapy and assessment. W E. Diener & D. R. Rahtz (Red.), *Advances in Quality of Life Theory and Research* (s. 207–241). Springer.
- Fuller Jr, E. L., Hemmerle, W. J. (1966). Robustness of the maximum-likelihood estimation procedure in factor analysis. *Psychometrika*, 31(2), 255–266.
- Furmańska, J., Rzepa, T., Domańska, Ł., Pietrzak-Nowacka, M., Koziarska, D. (2021). Czynniki socjodemograficzne, kliniczne i poczucie własnej skuteczności a zindywidualizowana ocena znaczenia choroby przewlekłej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 26(1), 40–57.
- Furmańska, J., Rzepa, T., Koziarska, D., Domańska, Ł. (2019). Okres życia a znaczenie nadawane chorobie (na przykładzie badań chorych na stwardnienie rozsiane). *Psychologia Rozwojowa*, 2, 87–99.
- Furmańska, J., Rzepa, T., Pietrzak-Nowacka, M., Koziarska, D. (2018). Psychospołeczne uwarunkowania oceny znaczenia własnej choroby przez osoby przewlekle chore. *Człowiek i Społeczeństwo*, 45, 245–262.
- Gaffey, A. E., Jeon, S., Conley, S., Jacoby, D., Ash, G. I., Yaggi, H. K., O'Connell, M., Linsky, S. J., Redeker, N. S. (2021). Perceived stress, subjective, and objective symptoms of

- disturbed sleep in men and women with stable heart failure. *Behavioral Sleep Medicine*, 19(3), 363–377.
- Gajewski, P. (Red.). (2020). *Interna Szczeklika 2020*. Medycyna Praktyczna.
- Galiè, N., Humbert, M., Vachiery, J.-L., Gibbs, S., Lang, I., Torbicki, A., Simonneau, G., Peacock, A., Noordegraaf, A. V., Beghetti, M. (2015). Wytyczne ESC/ERS dotyczące rozpoznawania i leczenia nadciśnienia płucnego w 2015 roku. *Kardiologia Polska*, 73(12), 1127–1206.
- George, L. S., Park, C. L. (2016). Meaning in life as comprehension, purpose, and mattering: Toward integration and new research questions. *Review of General Psychology*, 20(3), 205–220.
- George, L. S., Park, C. L. (2017). The multidimensional existential meaning scale: A tripartite approach to measuring meaning in life. *The Journal of Positive Psychology*, 12(6), 613–627.
- George, L. S., Park, C. L. (2020). Do Violations of Global Beliefs and Goals Drive Distress and Meaning Making Following Life Stressors? *Illness, Crisis & Loss*, 1–18.
- Gerymski, R. (2018). Wsparcie i radzenie sobie ze stresem jako moderatory związku stresu i jakości życia osób transpłciowych. *Czasopismo Psychologiczne*, 24(3), 607–616.
- Gerymski, R., Krok, D. (2019). Psychometric properties and validation of the Polish adaptation of the Light Triad Scale. *Current Issues in Personality Psychology*, 7(4), 341–354.
- Gerymski, R., Krok, D. (2020). A Polish adaptation of the Multidimensional Existential Meaning Scale: Internal structure, reliability, and validity. *Roczniki Psychologiczne*, 23(2), 173–190.
- Gerymski, R., Król, P. (2020). Strategie radzenia sobie ze stresem jako mediator relacji między poczuciem sensu życia a satysfakcją z życia pacjentów ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem. W D. Krok & J. Dymecka (Red.), *Jakość życia a zdrowie: Uwarunkowania i konsekwencje* (s. 161–187). Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Giardini, A., Pierobon, A., Callegari, S., Caporotondi, A., Stabile, M., Avvenuti, G., Majani, G. (2017). Optimism may protect Chronic Heart Failure patients from depressive symptoms: Relationships between depression, anxiety, optimism, pessimism and illness perception. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 23(1), 27–39.
- Główny Urząd Statystyczny. (2021). *Zgony według przyczyn za I półrocze 2020 roku—Dane wstępne*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/>

- Goldenberg, J. L., Arndt, J. (2008). The implications of death for health: A terror management health model for behavioral health promotion. *Psychological Review*, 115(4), 1032–1053.
- Goodman, H., Firouzi, A., Banya, W., Lau-Walker, M., Cowie, M. R. (2013). Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: A longitudinal questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), 945–953.
- Google LLC. (2023, czerwiec 16). Dane wyszukiwania „psychological well-being and cardiovascular disease” oraz „subjective well-being and cardiovascular disease”. <https://scholar.google.com/>
- Goss-Sampson, M. A. (2020). *Bayesian inference in JASP: A guide for students*. University of Amsterdam: The JASP Team.
- Graven, L. J., Grant, J. S. (2013). Coping and health-related quality of life in individuals with heart failure: An integrative review. *Heart & Lung*, 42(3), 183–194.
- Graven, L. J., Grant, J. S., Vance, D. E., Pryor, E. R., Grubbs, L., Karioth, S. (2014). Coping styles associated with heart failure outcomes: A systematic review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(2), 227–242.
- Gruszczyńska, E. (2007). Susan Folkman rozszerzenie klasycznego modelu stresu i radzenia sobie. O roli i znaczeniu emocji pozytywnych. *Studia Psychologica*, 7, 285–297.
- Gruszczyńska, E. (2012). Kwestionariusz Samooceny Zysków i Strat–polska adaptacja COR-Evaluation S.E. Hobfolla i jej podstawowe właściwości psychometryczne. W E. Bielawska-Batorowicz & B. Dudek (Red.), *Teoria zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla. Polskie doświadczenia*. (s. 99–110). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Gruszczyńska, E., Knoll, N. (2015). Meaning-focused coping, pain, and affect: A diary study of hospitalized women with rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*, 24(12), 2873–2883.
- Gulliksson, M., Burell, G., Vessby, B., Lundin, L., Toss, H., Svärdsudd, K. (2011). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Archives of Internal Medicine*, 171(2), 134–140.
- Gwozdecka, E. (1989). *Adaptacja do warunków polskich narzędzia do badania sposobów radzenia sobie ze stresem WCQ - niepublikowana praca magisterska*. Uniwersytet Śląski.

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis*. Cengage Learning EMEA.
- Hajar, R. (2016). Rheumatic fever and rheumatic heart disease a historical perspective. *Heart Views*, 17(3), 120–126.
- Hallas, C. N., Wray, J., Andreou, P., Banner, N. R. (2011). Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart & Lung*, 40(2), 111–121.
- Harris, K. M., Jacoby, D. L., Lampert, R., Soucier, R. J., Burg, M. M. (2021). Psychological stress in heart failure: A potentially actionable disease modifier. *Heart Failure Reviews*, 26(3), 561–575.
- Haugan, G., Dezutter, J. (2021). Meaning-in-Life: A Vital Salutogenic Resource for Health. W G. Haugan & M. Eriksson (Red.), *Health Promotion in Health Care—Vital Theories and Research* (s. 85–101). Springer.
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.
- Hayes, A. F., Montoya, A. K., Rockwood, N. J. (2017). The analysis of mechanisms and their contingencies: PROCESS versus structural equation modeling. *Australasian Marketing Journal*, 25(1), 76–81.
- Hayes, A. F., Rockwood, N. J. (2020). Conditional process analysis: Concepts, computation, and advances in the modeling of the contingencies of mechanisms. *American Behavioral Scientist*, 64(1), 19–54.
- Helal, S. I., Lee, G., Evans, C., Grealish, A. (2022). The efficacy of psychological interventions on health-related quality of life for patients with heart failure and depression: A systematic review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(2), 134–145.
- Heo, S., Lennie, T. A., Okoli, C., Moser, D. K. (2009). Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. *Heart & Lung*, 38(2), 100–108.
- Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Zambroski, C. H., Chung, M. L. (2007). A comparison of health-related quality of life between older adults with heart failure and healthy older adults. *Heart & Lung*, 36(1), 16–24.
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2012). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). Stres i radzenie sobie—Główne kontrowersje. W I. Heszen-Niejodek & Z. Ratajczak (Red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 12–43). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Hiczkiewicz, J. (2018). *Analiza wybranych czynników wpływających na kolejne interwencje wieńcowe u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca: Doświadczenia Oddziału Kardiologicznego Wielospecjalistycznego Szpitala SP ZOZ w Nowej Soli: Rozprawa habilitacyjna*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
- Hintze, J. (2007). *NCSS User's Guide V*. NCSS Statistical System.
- Hobfoll, S. E. (1988). *The ecology of stress*. Taylor & Francis.
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 50(3), 337–421.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4), 307–324.
- Hobfoll, S. E. (2004). *Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress*. Springer Science & Business Media.
- Hobfoll, S. E., Ford, J. S. (2007). Conservation of Resources Theory. W G. Fink (Red.), *Encyclopedia of Stress (Second Edition)* (s. 562–567). Academic Press.
- Hobfoll, S. E., Lilly, R. S., Jackson, A. P. (1992). Conservation of social resources and the self. W H. O. F. Veiel & U. Baumann (Red.), *The meaning and measurement of social support* (s. 125–141). Hemisphere Publishing Corp.
- Hobfoll, S. E., Wells, J. D. (1998). Conservation of resources, stress, and aging. W J. Lomranz (Red.), *Handbook of aging and mental health* (s. 121–134). Springer.
- Hodges, P. (2009). Factors impacting readmissions of older patients with heart failure. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(1), 33–43.
- Hoening, J. M., Heisey, D. M. (2001). The abuse of power: The pervasive fallacy of power calculations for data analysis. *The American Statistician*, 55(1), 19–24.
- Holecki, M., Strzałkowska, D., Duława, J. (2015). Nadciśnienie tętnicze. W J. Duława (Red.), *Vademecum medycyny wewnętrznej* (s. 290–313). PZWL.
- Hooker, S. A., Ross, K., Masters, K. S., Park, C., Hale, A. E., Allen, L. A., Bekelman, D. B. (2017). Denver spirited heart: Mixed methods pilot study of a psychospiritual intervention for heart failure patients. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(3), 226–235.
- Hoyle, R. H. (2011). *Structural equation modeling for social and personality psychology*. SAGE Publications Ltd.

- Hu, L., Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55.
- IBM Corp. (2015). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Wersja 23). IBM Corp.
- Ignaszewska-Wyrzykowska, A., Zdrojewski, T., Gil, K., Pakalska-Korcala, A., Kozera, G., Madej-Dmochowska, A., Wojciechowicz, M., Neuman-Łaniec, M., Rutkowski, M., Bandosz, P. (2005). Modelowy projekt prewencji chorób układu krążenia na przykładzie doświadczeń programu SOPKARD. Część druga-podprogramy diagnostyczne i interwencyjne. *Choroby Serca i Naczyní*, 2(1), 1–13.
- Jankowska, E. (2011). Pojęcie i narzędzia pomiaru jakości życia. *Toruńskie Studia Międzynarodowe*, 1(4), 33–40.
- Janowski, K. (2006). *Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem łuszczycy*. Polihymnia.
- Janowski, K., Steuden, S., Kuryłowicz, J., Nieśpiałowska-Steuden, M. (2007). Шкала оцінки своєї хвороби як засіб вимірювання сприймання ситуації хворіння [Skala oceny własnej choroby jako sposób pomiaru percepcji sytuacji chorobowej]. *Психологічні перспективи / Psychological Prospects Journal*, 10, 104–118.
- Janowski, K., Steuden, S., Kuryłowicz, J., Nieśpiałowska-Steuden, M. (2009). The Disease-Related Appraisals Scale: A tool to measure subjective perception of the disease situation. W K. Janowski & S. Steuden (Red.), *Biopsychosocial aspects of health and disease. Vol. 1* (s. 108–125). CPPP Scientific Press.
- Janowski, K., Tatala, M., Jedynek, T., Wałachowska, K. (2020). Social support and psychosocial functioning in women after mastectomy. *Palliative & Supportive Care*, 18(3), 314–321.
- Jeyantham, K., Kotecha, D., Thanki, D., Dekker, R., Lane, D. A. (2017). Effects of cognitive behavioural therapy for depression in heart failure patients: A systematic review and meta-analysis. *Heart Failure Reviews*, 22(6), 731–741.
- Jiang, Y., Shorey, S., Seah, B., Chan, W. X., San Tam, W. W., Wang, W. (2018). The effectiveness of psychological interventions on self-care, psychological and health outcomes in patients with chronic heart failure—A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 16–25.
- Jorgensen, T. D., Pornprasertmanit, S., Schoemann, A. M., Rosseel, Y., Miller, P., Quick, C., Garnier-Villarreal, M., Selig, J., Boulton, A., Preacher, K., Coffman, D., Rhemtulla, M., Robitzsch, A., Enders, C., Arslan, R., Clinton, B., Panko, P., Merkle, E., Chesnut, S.,

- ... Johnson, A. R. (2021). *semTools: Useful Tools for Structural Equation Modeling* (0.5-5). <https://CRAN.R-project.org/package=semTools>
- Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2012). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Juenger, J., Schellberg, D., Kraemer, S., Haunstetter, A., Zugck, C., Herzog, W., Haass, M. (2002). Health related quality of life in patients with congestive heart failure: Comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*, 87(3), 235–241.
- Juknelytea, A., Cerniauskaitea, R., Sinkariovaa, L., Milinavicieneb, E., Bagdoneb, I. (2014). The changes of illness perception, negative emotions and arterial blood pressure applying the method of expressive writing in the patients of ischemic heart disease. *Cardiovascular Diseases*, 57, e292–e299.
- Kállay, É., Miclea, M. (2007). The role of meaning in life in adaptation to life-threatening illness. *Cognition, Brain, Behavior*, 11(1), 159–174.
- Kannel, W. (2002). Coronary heart disease risk factors in the elderly. *American Journal of Geriatric Cardiology*, 11(2), 101–107.
- Kannel, W., McGee, D. (1979). Diabetes and cardiovascular risk factors: The Framingham study. *Circulation*, 59(1), 8–13.
- Kaplan, G. A., Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Hungerford, L. R. (1996). Natural history of leisure-time physical activity and its correlates: Associations with mortality from all causes and cardiovascular disease over 28 years. *American Journal of Epidemiology*, 144(8), 793–797.
- Karasek, D., Kubica, A., Sinkiewicz, W. (2008a). Epidemia niewydolności serca-problem zdrowotny i społeczny starzejących się społeczeństw Polski i Europy. *Folia Cardiologica*, 3(5), 242–248.
- Karasek, D., Kubica, A., Sinkiewicz, W. (2008b). Epidemia niewydolności serca-problem zdrowotny i społeczny starzejących się społeczeństw Polski i Europy. *Folia Cardiologica*, 3(5), 242–248.
- Kashani, A. K., Kooshki, S., Kazemi, A. S., Khoshli, A. K. (2020). Perceived Stress, Self Efficacy and Quality of Life in Patients with Heart Failure: A Structural Equation Model. *International Journal of Health Studies*, 6(4), 23–28.
- Katzenstein, L. (2011). *Choroby serca*. Weltbild.

- Khan, M. A., Hashim, M. J., Mustafa, H., Baniyas, M. Y., Al Suwaidi, S. K. B. M., AlKatheeri, R., Alblooshi, F. M. K., Almatrooshi, M. E. A. H., Alzaabi, M. E. H., Al Darmaki, R. S. (2020). Global epidemiology of ischemic heart disease: Results from the Global Burden of Disease Study. *Cureus*, *12*(7), e9349.
- Kim, H. S., Nho, J.-H., Nam, J.-H. (2021). A serial multiple mediator model of sense of coherence, coping strategies, depression, and quality of life among gynecologic cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, *54*, 102014.
- Kim, H.-Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: Assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, *38*(1), 52–54.
- Kim, H.-Y. (2015). Statistical notes for clinical researchers: Post-hoc multiple comparisons. *Restorative Dentistry & Endodontics*, *40*(2), 172–176.
- King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. L., Del Gaiso, A. K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, *90*(1), 179–196.
- Klein, D. M., Turvey, C. L., Pies, C. J. (2007). Relationship of coping styles with quality of life and depressive symptoms in older heart failure patients. *Journal of Aging and Health*, *19*(1), 22–38.
- Kłosiński, M., Tomaszewski, K. A., Tomaszewska, I. M., Kłosiński, P., Skrzat, J., Walocha, J. A. (2014). Validation of the Polish language version of the SF-36 Health Survey in patients suffering from lumbar spinal stenosis. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, *21*(4), 866–870.
- Kochańska, A., Lewicka-Nowak, E., Zarzycka, B. (2006). Czynniki wpływające na jakość życia u pacjentów z kardiowerterem-defibrylatorem serca. *Cardiology Journal*, *13*(3), 171–177.
- Kochańska, A., Zarzycka, B. (2006). Jakość życia, problemy psychologiczne i adaptacyjne po implantacji automatycznego kardiowertera-defibrylatora serca. *Terapia*, *14*(9), 21–23.
- Kochańska, A., Zarzycka, B. (2010). Pacjent z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem serca (ICD). Czy można się przyzwyczaić do wyłączeń kardiowertera-defibrylatora? *Forum Medycyny Rodzinnej*, *4*(1), 10–16.
- Kock, N., Lynn, G. (2012). Lateral collinearity and misleading results in variance-based SEM: An illustration and recommendations. *Journal of the Association for Information Systems*, *13*(7), 1–40.
- Kokoszka, A. (2009). *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Kołton, R. (2023). *Psycholog potrzebny na każdym oddziale*. Medycyna Praktyczna. <http://www.mp.pl/social/article/323418>
- Kołtuniuk, A., Podsiadły, A., Jankowska-Polańska, B. (2017). Poczucie koherencji a jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia, 1*, 15–18.
- Konopka, M., Braksator, W. (2013). Nadciśnienie płucne–postępy w diagnostyce i leczeniu. *Family Medicine & Primary Care Review, 4*, 561–566.
- Konstam, V., Moser, D. K., De Jong, M. J. (2005). Depression and anxiety in heart failure. *Journal of Cardiac Failure, 11*(6), 455–463.
- Kowalczyk, B., Czyż, R., Kaźmierska, B. (2017). Heart failure-definition, classification, epidemiology, symptoms and treatment. *Journal of Education, Health and Sport, 6*(11), 352–367.
- Krok, D. (2009). *Religijność a jakość życia w perspektywie mediatorów psychospołecznych*. Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego.
- Krok, D. (2011). Poczucie sensu życia a dobrostan psychiczny. *Psychologia Jakości Życia, 10*(2), 95–115.
- Krok, D. (2015). Satysfakcja ze związku małżeńskiego a poziom hedonistycznego i eudajmonistycznego dobrostanu psychicznego małżonków. *Family Forum, 5*, 141–160.
- Krok, D. (2017). *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Krok, D. (2020). Sense of coherence and psychological well-being among coronary heart disease patients: A moderated mediation model of affect and meaning in life. *Current Psychology*, Online Early View.
- Krok, D., Brudek, P., Steuden, S. (2019). When meaning matters: Coping mediates the relationship of religiosity and illness appraisal with well-being in older cancer patients. *The International Journal for the Psychology of Religion, 29*(1), 46–60.
- Krok, D., Gerymski, R. (2019). Self-efficacy as a mediator of the relationship between meaning in life and subjective well-being in cardiac patients. *Current Issues in Personality Psychology, 7*(3), 242–251.
- Krok, D., Telka, E. (2018). Meaning in life in cancer patients: Relationships with illness perception and global meaning changes. *Health Psychology Report, 6*(2), 171–182.
- Krok, D., Telka, E., Zarzycka, B. (2022). Modeling psychological well-being among abdominal and pelvic cancer patients: The roles of total pain, meaning in life, and coping. *Psycho-Oncology, 31*(11), 1852–1859.

- Krok, D., Zarzycka, B. (2020). Self-Efficacy and Psychological Well-Being in Cardiac Patients: Moderated Mediation by Affect and Meaning-Making. *The Journal of Psychology*, 154(6), 411–425.
- Krok, D., Zarzycka, B., Telka, E. (2021a). Religiosity, Meaning-Making and the Fear of COVID-19 Affecting Well-Being Among Late Adolescents in Poland: A Moderated Mediation Model. *Journal of Religion and Health*, 60(5), 3265–3281.
- Krok, D., Zarzycka, B., Telka, E. (2021b). The Interplay of Religious and Nonreligious Meaning-Making on Psychological Well-Being in Gastrointestinal Cancer Patients. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 31(4), 276–287.
- Krok, D., Zarzycka, B., Telka, E. (2023). Risk Perception of COVID-19, Religiosity, and Subjective Well-Being in Emerging Adults: The Mediating Role of Meaning-Making and Perceived Stress. *Journal of Psychology and Theology*, 51(1), 3–18.
- Kurowska, K., Kudas, A. (2013). Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z niewydolnością serca. *Folia Cardiologica*, 8(1), 1–8.
- Kurt, W. (2019). *Bayesian statistics the fun way: Understanding statistics and probability with Star Wars, LEGO, and Rubber Ducks*. No Starch Press.
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 863.
- Lakens, D. (2022). Sample size justification. *Collabra: Psychology*, 8(1), 33267.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141–169.
- Le Grande, M. R., Elliott, P. C., Worcester, M. U., Murphy, B. M., Goble, A. J., Kugathasan, V., Sinha, K. (2012). Identifying illness perception schemata and their association with depression and quality of life in cardiac patients. *Psychology, Health & Medicine*, 17(6), 709–722.
- Lee, S. Y., Park, C. L., Laflash, S. (2022). Perceived posttraumatic growth in cardiac patients: A systematic scoping review. *Journal of Traumatic Stress*, Online First.
- Lee, W.-L. (1999). *The relationship between stress appraisal, coping behavior, and subjective well-being in Chinese elderly with a diagnosis of congestive heart failure*. University of Maryland.
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., Leibing, E. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Psychotherapy: Techniques, Efficacy, and Indications. *American Journal of Psychotherapy*, 60(3), 233–259.

- Lerdal, A., Hofoss, D., Gay, C. L., Fagermoen, M. S. (2019). Perception of illness among patients with heart failure is related to their general health independently of their mood and functional capacity. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 3(1), 1–7.
- Lesman-Leegte, I., Jaarsma, T., Coyne, J. C., Hillege, H. L., Van Veldhuisen, D. J., Sanderman, R. (2009). Quality of life and depressive symptoms in the elderly: A comparison between patients with heart failure and age-and gender-matched community controls. *Journal of Cardiac Failure*, 15(1), 17–23.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143–163.
- Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D. (1980). The Common-Sense Representation of Illness Danger. W S. Racham (Red.), *Medical psychology* (T. 2, s. 7–30). Pegamon Press.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. W A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Red.), *Handbook of Psychology and Health, Volume IV: Social Psychological Aspects of Health* (s. 219-252.). Erlbaum.
- Li, C.-C., Chang, S.-R., Shun, S.-C. (2019). The self-care coping process in patients with chronic heart failure: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3–4), 509–519.
- Li, C.-C., Shun, S.-C. (2016). Understanding self care coping styles in patients with chronic heart failure: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(1), 12–19.
- Li, Y., Solomon, P., Zhang, A., Franklin, C., Ji, Q., Chen, Y. (2018). Efficacy of solution-focused brief therapy for distress among parents of children with congenital heart disease in China. *Health & Social Work*, 43(1), 30–40.
- Lindell, M. K., Whitney, D. J. (2001). Accounting for common method variance in cross-sectional research designs. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), 114–121.
- Linden, W., Phillips, M. J., Leclerc, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients: A meta-analysis. *European Heart Journal*, 28(24), 2972–2984.
- Lipowski, Z. J. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, 1(2), 91–102.
- Lipowski, Z. J. (1985). Psychosocial reactions to physical illness. *Psychosomatic Medicine and Liaison Psychiatry*, 141–175.

- Liu, M.-H., Wang, C.-H., Tung, T.-H., Lee, C.-M., Chiou, A.-F. (2021). Care needs, social support and meaning in life in patients after acute heart failure hospitalisation: A longitudinal study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(2), 106–114.
- Luttik, M. L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R., van Veldhuisen, D. J. (2005). The Importance and Impact of Social Support on Outcomes in Patients With Heart Failure: An Overview of the Literature. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3), 162–169.
- Łukaszewski, W. (2015). Koncepcje sytuacji trudnych: Krok naprzód czy krok wstecz? *Czasopismo Psychologiczne*, 21(1), 33–38.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1(2), 130–149.
- MacCallum, R. C., Hong, S. (1997). Power analysis in covariance structure modeling using GFI and AGFI. *Multivariate Behavioral Research*, 32(2), 193–210.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84–99.
- MacMahon, K. M., Lip, G. Y. (2002). Psychological factors in heart failure: A review of the literature. *Archives of Internal Medicine*, 162(5), 509–516.
- Malhotra, N. (2019). *Marketing research: An applied orientation*. Pearson Education.
- Marcil, M.-J., Houchi, C., Nadarajah, K., Khairy, P., Mageau, G. A., Marin, M.-F., Cossette, M., Dubé, M.-P., Chaix, M.-A., Mongeon, F.-P., Dore, A., Mondésert, B., Ibrahim, R., Brouillette, J. (2023). The Influence of Illness Perception and Coping on Anxiety in Adults With Congenital Heart Disease. *JACC: Advances*, 2(6), 100425.
- Mårtensson, J., Dracup, K., Canary, C., Fridlund, B. (2003). Living with heart failure: Depression and quality of life in patients and spouses. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 22(4), 460–467.
- Michalak, M. (2019). *Zastosowanie modeli zdarzeń wielokrotnych do oceny ryzyka wystąpienia kolejnych zabiegów angioplastyki wieńcowej lub zgonu u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca*. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Michalski, O. (2016). Z sercem dla umysłu. *Magazyn Polskiej Akademii Nauk*, 4(48), 10–14.
- Mierzyńska, A., Jurczak, K., Piotrowicz, R. (2017). Psychological interventions in cardiology—Short-term motivational strategies. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 19(2), 15–24.

- Milaniak, I., Wilczek-Rużyczka, E., Przybyłowski, P. (2021). Mediacyjny wpływ strategii radzenia sobie ze stresem na relację między wsparciem społecznym a symptomami depresji u pacjentów po przeszczepieniu serca. *Psychiatria Polska*, 55(2), 331–344.
- Mills, K. T., Bundy, J. D., Kelly, T. N., Reed, J. E., Kearney, P. M., Reynolds, K., Chen, J., He, J. (2016). Global disparities of hypertension prevalence and control. *Circulation*, 134(6), 441–450.
- Ministerstwo Zdrowia. (2016). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. Zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej*. Ministerstwo Zdrowia.
- Ministerstwo Zdrowia. (2017). *Program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020*. Ministerstwo Zdrowia.
- Ministerstwo Zdrowia. (2020). *Program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020: aktualizacja IV - 2020*. Ministerstwo Zdrowia.
- Ministerstwo Zdrowia, Główny Inspektorat Sanitarny. (2021). *Rekomendacje Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego dotyczące organizacji odwiedzin pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych w okresie epidemii COVID-19 w związku z postępem realizacji Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19*. Ministerstwo Zdrowia.
- Miniszewska, J., Adamska, M. (2014). Przekonania na temat zdrowia i choroby a akceptacja ograniczeń wynikających z przewlekłej choroby somatycznej na przykładzie osób z łuszczycą. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 14(3), 202–212.
- Mohammadnezhad, M., Mangum, T., May, W., Lucas, J. J., Ailson, S. (2016). Common modifiable and non-modifiable risk factors of cardiovascular disease (CVD) among Pacific countries. *World Journal of Cardiovascular Surgery*, 6(11), 153.
- Monastyrska, E., Beck, O. (2014). Psychologiczne aspekty chorób kardiologicznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(2), 141–144.
- Moradi, M., Daneshi, F., Behzadmehr, R., Rafiemanesh, H., Bouya, S., Raeisi, M. (2020). Quality of life of chronic heart failure patients: A systematic review and meta-analysis. *Heart Failure Reviews*, 25(6), 993–1006.
- Morgan, K., Villiers-Tuthill, A., Barker, M., McGee, H. (2014). The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC Psychology*, 2(1), 1–9.

- Moshagen, M. (2021). *semPower: Power Analyses for SEM* (1.2.0). <https://CRAN.R-project.org/package=semPower>
- Moshagen, M., Erdfelder, E. (2016). A new strategy for testing structural equation models. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 23(1), 54–60.
- Moskowitz, J. T., Folkman, S., Collette, L., Vittinghoff, E. (1996). Coping and mood during AIDS-related caregiving and bereavement. *Annals of Behavioral Medicine*, 18(1), 49–57.
- Mosleh, S. M., Almalik, M. M. (2016). Illness perception and adherence to healthy behaviour in Jordanian coronary heart disease patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(4), 223–230.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1–16.
- Mosterd, A., Hoes, A. W. (2007). Clinical epidemiology of heart failure. *Heart*, 93(9), 1137–1146.
- Muirhead, J., Meyerowitz, B. E., Leedham, B., Eastburn, T. E., Merrill, W. H., Frist, W. H. (1992). Quality of life and coping in patients awaiting heart transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 11(2), 265–271.
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., Benton, T. F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: A prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18(1), 39–45.
- Musich, S., Wang, S. S., Kraemer, S., Hawkins, K., Wicker, E. (2018). Purpose in life and positive health outcomes among older adults. *Population Health Management*, 21(2), 139–147.
- Nahlén Bose, C., Elfström, M. L., Björling, G., Persson, H., Saboonchi, F. (2016). Patterns and the mediating role of avoidant coping style and illness perception on anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 704–713.
- Nahlén, C., Saboonchi, F. (2010). Coping, sense of coherence and the dimensions of affect in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(2), 118–125.
- Najwyższa Izba Kontroli. (2014). *Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze*. Najwyższa Izba Kontroli.
- Narodowy Fundusz Zdrowia. (2019). *NFZ o zdrowiu: Nadciśnienie tętnicze*. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia.

- Narodowy Fundusz Zdrowia. (2020). *NFZ o zdrowiu: Choroba niedokrwienne serca*. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia.
- Narodowy Fundusz Zdrowia. (2023). *Zarządzenie Nr 39/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 lutego 2023 r. Zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne—Świadczenia kompleksowe*. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia.
- Naseriniya, H., Smkhani Akbarinejad, H. (2022). Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and short-term solution-focused therapy on the psychological well-being and sense of mental coherence of teenage girls with heart disease. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*, 32(4), 398–408.
- Nitsch-Osuch, A. (2013). Gorączka reumatyczna—Patogeneza, rozpoznanie, leczenie, powikłania. *Choroby Serca i Naczyń*, 10(3), 170–172.
- Niżankowski, R., Pruszczyk, P., Torbicki, A., Zawilska, K., Undas, A. (2019). Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa. W P. Gajewski (Red.), *Interna Szczeklika 2019* (s. 539–585). Medycyna Praktyczna.
- Nordenfelt, L. (1993). *Quality of Life, health and happiness*. Avebury.
- O'Brien, P. N., Parenté, F. J., Schmitt, C. J. (1982). A Monte Carlo study on the robustness of four MANOVA criterion tests. *Journal of Statistical Computation and Simulation*, 15(2–3), 183–192.
- O'Donnell, C. J., Elosua, R. (2008). Cardiovascular risk factors. Insights from Framingham Heart Study. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 61(3), 299–310.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2012). Prężność jako wyznacznik pozytywnych i negatywnych konsekwencji doświadczonej sytuacji traumatycznej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 17(2), 395–410.
- Ogińska-Bulik, N., Michalska, P. (2016). Poznawcza ocena choroby a wzrost po traumie u osób zmagających się ze stwardnieniem rozsianym. *Czasopismo Psychologiczne*, 22, 229–236.
- Ogińska-Bulik, N., Michalska, P. (2017). Mediacyjna rola strategii radzenia sobie ze stwardnieniem rozsianym w relacji między poznawczą oceną choroby a potraumatycznym wzrostem. *Polskie Forum Psychologiczne*, 22(3), 400–419.
- Owensworth, T., Nash, K. (2015). Existential well-being and meaning making in the context of primary brain tumor: Conceptualization and implications for intervention. *Frontiers in oncology*, 5, 96.

- Padesky, C. A., Greenberger, D. (2004). *Umysł ponad nastrojem: Podręcznik terapeuty*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pankowski, D., Wytrychiewicz-Pankowska, K., Janowski, K., Pisula, E., Fal, A. M. (2021). General and Illness-specific Predictors of Adaptation to Chronic Illnesses: Cognitive Appraisals and Illness-related Beliefs. *Research Square*, Preprint.
- Park, C. L. (2008). Testing the meaning making model of coping with loss. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(9), 970–994.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301.
- Park, C. L. (2013). The meaning making model: A framework for understanding meaning, spirituality, and stress-related growth in health psychology. *European Health Psychologist*, 15(2), 40–47.
- Park, C. L. (2016). Meaning making in the context of disasters. *Journal of Clinical Psychology*, 72(12), 1234–1246.
- Park, C. L., Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115–144.
- Park, C. L., George, L. S. (2013). Assessing meaning and meaning making in the context of stressful life events: Measurement tools and approaches. *The Journal of Positive Psychology*, 8(6), 483–504.
- Park, C. L., Gutierrez, I. A. (2013). Global and situational meanings in the context of trauma: Relations with psychological well-being. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(1), 8–25.
- Park, C. L., Malone, M. R., Suresh, D. P., Bliss, D., Rosen, R. I. (2008). Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research*, 17(1), 21–26.
- Park, C. L., Sacco, S. J. (2017). Heart failure patients' desires for spiritual care, perceived constraints, and unmet spiritual needs: Relations with well-being and health-related quality of life. *Psychology, Health & Medicine*, 22(9), 1011–1020.
- Park, I., Schutz, R. W. (2005). An Introduction to latent growth model: Analysis of repeated measures physical performance data. *Research quarterly for exercise and Sport*, 76(2), 176–192.
- Pastusiak, K., Walczak-Gałęzewska, M., Pupek-Musialik, D., Bogdański, P. (2017). Leczenie niefarmakologiczne w profilaktyce chorób układu sercowo-naczyniowego w świetle

- nowych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 8(1), 7–11.
- Peng, Y., Fang, J., Huang, W., Qin, S. (2019). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Heart Failure A Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *International Heart Journal*, 60(3), 665–670.
- Pérez-García, A. M., Oliván, S., Bover, R. (2014). Subjective well-being in heart failure patients: Influence of coping and depressive symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(2), 258–265.
- Peterman, A. H., Reeve, C. L., Winford, E. C., Cotton, S., Salsman, J. M., McQuellon, R., Tsevat, J., Campbell, C. (2014). Measuring meaning and peace with the FACIT–Spiritual Well-Being Scale: Distinction without a difference? *Psychological Assessment*, 26(1), 127–137.
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M.-T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C. (2016). Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej w 2016 roku. *Kardiologia Polska*, 74(9), 821–936.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903.
- Pollock, S. E. (1989). The hardiness characteristic: A motivating factor in adaptation. *Advances in Nursing Science*, 11(2), 53–62.
- Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. (2023). *Niewydolność serca w Polsce 2014–2021*. Asocjacja Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
- Popiel, A., Habrat-Pragłowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna: Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Poręba-Chabros, A., Mamcarz, P., Jurek, K. (2020). Social support as a moderator between the perception of the disease and stress level in lung cancer patients. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 27(4), 630–635.
- Preacher, K. J., Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879–891.
- R Core Team. (2022). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. (4.2.0). <https://www.R-project.org/>

- Radwańska, E. (2021). *Związek poziomu duchowości z jakością życia pacjentów z niewydolnością serca: praca doktorska*. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.
- Ram, C. V. S. (2019). *Hypertension: A Clinical Guide*. CRC Press.
- Raphael, C., Briscoe, C., Davies, J., Whinnett, Z. I., Manisty, C., Sutton, R., Mayet, J., Francis, D. P. (2007). Limitations of the New York Heart Association functional classification system and self-reported walking distances in chronic heart failure. *Heart*, 93(4), 476–482.
- Rawshani, A., Rawshani, A., Franzén, S., Eliasson, B., Svensson, A.-M., Miftaraj, M., McGuire, D. K., Sattar, N., Rosengren, A., Gudbjörnsdóttir, S. (2017). Mortality and cardiovascular disease in type 1 and type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine*, 376(15), 1407–1418.
- Razali, N. M., Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of shapiro-wilk, kolmogorov-smirnov, lilliefors and anderson-darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2(1), 21–33.
- Redmond, N., Richman, J., Gamboa, C. M., Albert, M. A., Sims, M., Durant, R. W., Glasser, S. P., Safford, M. M. (2013). Perceived stress is associated with incident coronary heart disease and all-cause mortality in low-but not high-income participants in the Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke Study. *Journal of the American Heart Association*, 2(6), e000447.
- Reis, A., Lencastre, L., Jonsson, C., Guerra, M. P. (2020). Treatment Adherence, Meaning in Life and Affects in Quality of Life of HIV/AIDS Patients. *Journal of Happiness Studies*, 21(7), 2405–2417.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. Basic Books.
- Rosseel, Y., Jorgensen, T. D., Rockwood, N., Oberski, D., Byrnes, J., Vanbrabant, L., Savalei, V., Merkle, E., Hallquist, M., Rhemtulla, M., Katsikatsou, M., Barendse, M., Scharf, F., Du, H. (2022). *lavaan: Latent Variable Analysis* (0.6-11). <https://CRAN.R-project.org/package=lavaan>
- Rubin, D. B. (2004). *Multiple imputation for nonresponse in surveys*. John Wiley & Sons.
- Rutledge, T., Redwine, L. S., Linke, S. E., Mills, P. J. (2013). A meta-analysis of mental health treatments and cardiac rehabilitation for improving clinical outcomes and depression among patients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 75(4), 335–349.
- Rutledge, T., Reis, V. A., Linke, S. E., Greenberg, B. H., Mills, P. J. (2006). Depression in heart failure: A meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations

- with clinical outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(8), 1527–1537.
- Rybienik, B. (2008). *Doświadczenie własnej choroby przez osoby z chorobą parkinsona*. Katolicki Uniwersytet Lubelski.
- Rydlewska, A., Krzysztofik, J., Libergal, J., Rybak, A., Rydlewski, J., Banasiak, W., Ponikowski, P., Jankowska, E. A. (2013). Style radzenia sobie ze stresem u mężczyzn z łagodną skurczową niewydolnością serca. *Przegląd Lekarski*, 70(1), 15–18.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Ryff, C. D. (2014a). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28.
- Ryff, C. D. (2014b). Self-realisation and meaning making in the face of adversity: A eudaimonic approach to human resilience. *Journal of Psychology in Africa*, 24(1), 1–12.
- Ryff, C. D., Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), 14–23.
- Rzadkiewicz, M. (2007). Od procesu do stanu – adaptacja do przewlekłej choroby somatycznej. *Psychologia Jakości Życia*, 6, 145–166.
- Sacco, S. J., Leahey, T. M., Park, C. L. (2019). Meaning-making and quality of life in heart failure interventions: A systematic review. *Quality of Life Research*, 28, 557–565.
- Sacco, S. J., Park, C. L., Suresh, D. P., Bliss, D. (2014). Living with heart failure: Psychosocial resources, meaning, gratitude and well-being. *Heart & Lung*, 43(3), 213–218.
- Safavi, M., Oladrostam, N., Fesharaki, M., Fatahi, Y. (2016). An investigation of the relationship between spiritual health and depression, anxiety, and stress in patients with heart failure. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 3(2), 2–7.
- Sawyer, A. T., Harris, S. L., Koenig, H. G. (2019). Illness perception and high readmission health outcomes. *Health Psychology Open*, 6(1), e1–e11.
- Schipper, H. (1990). Quality of life: Principles of the clinical paradigm. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8(2–3), 171–185.
- Schmalz, X., Biurun Manresa, J., Zhang, L. (2021). What is a Bayes factor? *Psychological Methods*, Online First.

- Schwarz, E. R. V., Baraghoush, A., Phan, A., Hamilton, M. M., Kobashigawa, J. A., Bharadwaj, P. (2011). Palliative care involvement in advanced heart failure pre and post cardiac transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 30(4), S59.
- Schwarz, K. A., Elman, C. S. (2003). Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart & Lung*, 32(2), 88–99.
- Seckeler, M. D., Hoke, T. R. (2011). The worldwide epidemiology of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. *Clinical Epidemiology*, 3, 67–84.
- Seferović, P. M., Vardas, P., Jankowska, E. A., Maggioni, A. P., Timmis, A., Milinković, I., Polovina, M., Gale, C. P., Lund, L. H., Lopatin, Y. (2021). The heart failure association atlas: Heart failure epidemiology and management statistics 2019. *European Journal of Heart Failure*, Online First.
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (1994). *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. O ochronie zdrowia psychicznego*. Kancelaria Sejmu.
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2008). *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417*. Kancelaria Sejmu.
- Seligman, M. E. (2011). *Pełnia życia: Nowe spojrzenie na kwestię szczęścia i dobrego życia*. Harbor Point Media Rodzina.
- Selker, R., Love, J., Dropmann, D., Moreno, V. (2022). *jmv: The „jamovi” Analyses (2.3.4)*. <https://CRAN.R-project.org/package=jmv>
- Sęk, H. (1993). Jakość życia a zdrowie. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 55, 110–117.
- Sharma, S., Mukherjee, S., Kumar, A., Dillon, W. R. (2005). A simulation study to investigate the use of cutoff values for assessing model fit in covariance structure models. *Journal of Business Research*, 58(7), 935–943.
- Shojaei, F. (2008). Quality of life in patients with heart failure. *Hayat: Journal of Faculty of Nursing and Midwifery*, 14(2), 72–81.
- Skowerski, M., Haberka, M., Gąsior, Z., Kułach, A., Twardowski, R., Jastrzębska-Maj, E. (2015). Kardiologia. W J. Duława (Red.), *Vademecum medycyny wewnętrznej* (s. 197–289). PZWL.
- Sobczak, M., Kasprzak, J. D., Drygas, W. (2011). Psychokardiologia – wprowadzenie do nowej dziedziny naukowej. *Kardiologia Polska*, 69(8), 838–843.
- Solomon, S., Greenberg, J., Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. W *Advances in Experimental Social Psychology* (T. 24, s. 93–159). Elsevier.

- Sołowiej-Chmiel, J., Sierakowska, M. (2018). Functioning in the emotional sphere and ways of coping with chronic connective tissue disease. *Reumatologia*, 56(5), 321–327.
- Steer, J. A., Lamagni, T., Healy, B., Morgan, M., Dryden, M., Rao, B., Sriskandan, S., George, R., Efstratiou, A., Baker, F., Baker, A., Marsden, D., Murphy, E., Fry, C., Irvine, N., Hughes, R., Wade, P., Cordery, R., Cummins, A., ... Kearney, J. (2012). Guidelines for prevention and control of group A streptococcal infection in acute healthcare and maternity settings in the UK. *The Journal of Infection*, 64(1), 1–18.
- Steger, M. F. (2012). Making meaning in life. *Psychological Inquiry*, 23(4), 381–385.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93.
- Steger, M. F., Oishi, S., Kashdan, T. B. (2009). Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *The Journal of Positive Psychology*, 4(1), 43–52.
- Steuden, S., Sadowska, M., Janowski, K., Cecot, A. (2011). Psychological correlates of the disease-related appraisals in patients with vitiligo. W K. Janowski & S. Steuden (Red.), *The multidisciplinary approach to health and disease: Selected papers* (s. 128–138). CPPP Scientific Press.
- Stryjewski, P. J., Januś, B., Cubera, T., Nessler, B., Badacz, L., Nessler, J. (2011). Epidemiologia zatorowości płucnej u pacjentów oddziału kardiologicznego. *Przegląd Lekarski*, 68(9), 588–591.
- Sulicka-Grodzicka, J., Fornal, M., Gryglewska, B., Wizner, B., Grodzicki, T. (2006). Wybrane czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. *Nadciśnienie Tętnicze*, 10(5), 370–376.
- Surdacki, A., Kruszelnicka, O., Dubiel, J., Bednarek, J., Bednarz, B., Budaj, A., Sadowski, J., Wierzbicki, K., Przybyłowski, P., Milaniak, I., Bochenek, M. (2019). Niewydolność serca. W P. Gajewski (Red.), *Interna Szczeklika 2019* (s. 406–438). Medycyna Praktyczna.
- Szczeklik, A. (2007). *Kore: O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*. Wydawnictwo Znak.
- Szczeklik, A. (2010). *Choroby wewnętrzne*. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.
- Szczygielska, I., Hernik, E., Rutkowska-Sak, L., Wierzbowska, M., Marusak-Banacka, M. (2008). Gorączka reumatyczna – choroba, która nadal istnieje. *Reumatologia*, 46(5), 295–299.

- Szot, D. (2012). *Depresja i sposoby radzenia sobie ze stresem a wsparcie w niewydolności serca NYHA II/III - niepublikowana praca magisterska*. Uniwersytet Jagielloński.
- Szymona-Pałkowska, K., Janowski, K., Pedrycz, A., Mucha, D., Ambroży, T., Siermontowski, P., Adamczuk, J., Sapalska, M., Mucha, D., Kraczkowski, J. (2016). Knowledge of the disease, perceived social support, and cognitive appraisals in women with urinary incontinence. *BioMed Research International*, 2016, e1–e7.
- Ścibiorski, C., Pasiński, T. (2006). *Kardiologia dla lekarzy rodzinnych*. PZWL.
- Światowiec, A., Krzyżak, P. (2003). Epidemiologia choroby niedokrwiennej serca. W M. Dłużniewski, A. Mamcarz, & P. Krzyżak (Red.), *Kardiologia praktyczna dla lekarzy rodzinnych i studentów medycyny* (T. 3, s. 38–50). Warszawska Akademia Medyczna.
- Tatarkiewicz, W. (1979). *O szczęściu*. PWN.
- Tehseen, S., Ramayah, T., Sajilan, S. (2017). Testing and controlling for common method variance: A review of available methods. *Journal of Management Sciences*, 4(2), 142–168.
- Terelak, J. (2008). *Człowiek i stres*. Oficyna Wydawnicza Branta.
- The JASP Team, D., Dropmann, D., Selker, R., Love, J. (2021). *jsq: Bayesian methods* (1.1.0). <https://github.com/jonathon-love/jsq>
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558.
- Timmermans, I., Versteeg, H., Meine, M., Pedersen, S. S., Denollet, J. (2017). Illness perceptions in patients with heart failure and an implantable cardioverter defibrillator: Dimensional structure, validity, and correlates of the brief illness perception questionnaire in Dutch, French and German patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 97, 1–8.
- Tomczak, M., Tomczak, E. (2014). The need to report effect size estimates revisited. An overview of some recommended measures of effect size. *Trends in Sport Sciences*, 21(1), 19–25.
- Torbicki, A., Kurzyna, M. (2019). Nadciśnienie płucne. W P. Gajewski (Red.), *Interna Szczeklika 2019* (s. 462–473). Medycyna Praktyczna.
- Trivedi, R. B., Blumenthal, J. A., O'Connor, C., Adams, K., Hinderliter, A., Dupree, C., Johnson, K., Sherwood, A. (2009). Coping styles in heart failure patients with depressive symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 67(4), 339–346.
- Trzebiatowski, J. (2011). Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 46(1), 25–31.

- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Tykowski, A., Filipiak, K. J., Januszewicz, A., Litwin, M., Narkiewicz, K., Prejbisz, A., Ostalska-Nowicka, D., Widecka, K., Kostka-Jeziorny, K. (2019). Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym—2019 rok. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce*, 5(1), 1–86.
- Tylka, J., Piotrowicz, R. (2009). Cardiac rehabilitation Quality of life SF-36 questionnaire—the Polish version. *Kardiologia Polska*, 67(10), 1166–1169.
- Valiente, C., Provencio, M., Espinosa, R., Chaves, C., Fuentenebro, F. (2011). Predictors of subjective well-being in patients with paranoid symptoms: Is insight necessarily advantageous? *Psychiatry Research*, 189(2), 190–194.
- Van den Heuvel, M., Demerouti, E., Schreurs, B. H., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B. (2009). Does meaning-making help during organizational change? Development and validation of a new scale. *Career Development International*, 14(6), 508–533.
- van Doorn, J., van den Bergh, D., Böhm, U., Dablander, F., Derks, K., Draws, T., Etz, A., Evans, N. J., Gronau, Q. F., Haaf, J. M. (2021). The JASP guidelines for conducting and reporting a Bayesian analysis. *Psychonomic Bulletin & Review*, 28(3), 813–826.
- Van Elderen, T., Maes, S., Dusseldorp, E. (1999). Coping with coronary heart disease: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(2), 175–183.
- van Ravenzwaaij, D., Wagenmakers, E.-J. (2021). Advantages masquerading as “issues” in Bayesian hypothesis testing: A commentary on Tendeiro and Kiers (2019). *Psychological Methods*, Online First.
- Vaske, I., Kenn, K., Keil, D. C., Rief, W., Stenzel, N. M. (2017). Illness perceptions and coping with disease in chronic obstructive pulmonary disease: Effects on health-related quality of life. *Journal of Health Psychology*, 22(12), 1570–1581.
- Virani, S. S., Alonso, A., Aparicio, H. J., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Cheng, S., Delling, F. N. (2021a). Heart disease and stroke statistics—2021 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 143(8), e254–e743.
- Virani, S. S., Alonso, A., Aparicio, H. J., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Cheng, S., Delling, F. N. (2021b). Heart disease and stroke statistics—2021 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 143(8), e254–e743.
- Vos, J. (2021). Cardiovascular disease and meaning in life: A systematic literature review and conceptual model. *Palliative & Supportive Care*, 19(3), 367–376.

- Walczak, R. B., Gerymski, R., Filipkowski, J. (2018). Would you fancy a premium five o'clock after the funeral? Application of Terror Management Theory in daily shopping decisions. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica*, 5–15.
- Wang, Y. A., Rhemtulla, M. (2021). Power analysis for parameter estimation in structural equation modeling: A discussion and tutorial. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 4(1), 1–17.
- Watson, D., Clark, L. A. (1999). *The PANAS-X: Manual for the positive and negative affect schedule-expanded form*. University of Iowa.
- Welton, N. J., Caldwell, D. M., Adamopoulos, E., Vedhara, K. (2009). Mixed treatment comparison meta-analysis of complex interventions: Psychological interventions in coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 169(9), 1158–1165.
- Wenzel, A. (2017). Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 597–609.
- Westland, J. C. (2010). Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electronic Commerce Research and Applications*, 9(6), 476–487.
- Whalley, B., Thompson, D. R., Taylor, R. S. (2014). Psychological interventions for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21, 109–121.
- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D. F., Summers, G. F. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. *Sociological Methodology*, 8, 84–136.
- White, R. S., Jiang, J., Hall, C. B., Katz, M. J., Zimmerman, M. E., Sliwinski, M., Lipton, R. B. (2014). Higher perceived stress scale scores are associated with higher pain intensity and pain interference levels in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(12), 2350–2356.
- Wnuk, M., Zielonka, D., Purandare, B., Kaniewski, A., Klimberg, A., Ulatowska-Szostak, E., Palicka, E., Zarzycki, A., Kaminiarz, E. (2013). Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych. *Hygeia Public Health*, 48(1), 10–16.
- Wolf, E. J., Harrington, K. M., Clark, S. L., Miller, M. W. (2013). Sample size requirements for structural equation models: An evaluation of power, bias, and solution propriety. *Educational and Psychological Measurement*, 73(6), 913–934.
- Wołowicka, L., Jaracz, K. (2001). Polska wersja WHOQOL-WHOQOL 100 i WHOQOL BREF. W L. Wołowicka (Red.), *Jakość życia w naukach medycznych* (s. 233–301). Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej.

- Wong, P. T. P. (1998). Implicit theories of meaningful life and the development of the personal meaning profile. W P. T. P. Wong & P. S. Fry (Red.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (s. 111–140). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wong, P. T. P. (2010). Meaning therapy: An integrative and positive existential psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 85–93.
- Wong, P. T. P. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology*, 52(2), 69–81.
- Wong, P. T. P. (2014). Meaning in Life. W A. C. Michalos (Red.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (s. 3894–3898). Springer Netherlands.
- World Health Organization. (1998). *Programme on mental health: WHOQOL user manual*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i [problemów zdrowotnych]*. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- World Health Organization. (2020a). *Classification of diseases (ICD)*. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- World Health Organization. (2020b). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization.
- Wrześniewski, K. (1986). *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca*. PZWL.
- Wrześniewski, K. (1993). *Styl życia a zdrowie: Wzór zachowania A*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii Polskiej Akademii Nauk.
- Wrześniewski, K. (2000). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W I. Heszen-Niejodek & Z. Ratajczak (Red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 44–46). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wysocka-Pleczyk, M., Słowik, P. (2012). Poczucie sensu życia i style radzenia sobie u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(4), 771–778.
- Xu, X., Bao, H., Strait, K., Spertus, J. A., Lichtman, J. H., D'Onofrio, G., Spatz, E., Bucholz, E. M., Geda, M., Lorenze, N. P. (2015). Sex differences in perceived stress and early recovery in young and middle-aged patients with acute myocardial infarction. *Circulation*, 131(7), 614–623.
- Yalom, I. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
- Yalom, I. (1982). The "terrestrial" meanings of life. *International Forum for Logotherapy*, 5, 92–102.

- Younge, J. O., Gotink, R. A., Baena, C. P., Roos-Hesselink, J. W., Hunink, M. M. (2015). Mind–body practices for patients with cardiac disease: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22(11), 1385–1398.
- Yu, X., Chen, Z., Zhang, J., Liu, X. (2011). Coping mediates the association between Type D personality and perceived health in Chinese patients with coronary heart disease. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(3), 277–284.
- Yurica, C. L., DiTomasso, R. A. (2005). Cognitive Distortions. W A. Freeman, S. H. Felgoise, C. M. Nezu, A. M. Nezu, & M. A. Reinecke (Red.), *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (s. 117–122). Springer-Verlag.
- Yusuf, S., Joseph, P., Rangarajan, S., Islam, S., Mente, A., Hystad, P., Brauer, M., Kutty, V. R., Gupta, R., Wielgosz, A. (2020). Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): A prospective cohort study. *The Lancet*, 395(10226), 795–808.
- Zarzycka, B., Tychmanowicz, A., Krok, D. (2020). Religious struggle and psychological well-being: The mediating role of religious support and meaning making. *Religions*, 11(3), 149.
- Zawadzka, E., Domańska, Ł. (2020). Cognitive illness representation and anxiety in older men and women with type 2 diabetes. *Psychogeriatrics*, 20(3), 288–295.
- Ziarko, M. (2014). *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Ziarko, M., Parobkiewicz, A., Jasielski, R. (2018). Poznawcza reprezentacja schorzenia a funkcjonowanie pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna*, 24(2), 99--110.
- Zika, S., Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 83(1), 133–145.
- Żmigrodzki, P., Bańko, M., Batko-Tokarz, B., Bobrowski, J., Czelakowska, A., Grochowski, M., Przybylska, R., Waniakowa, J., Węgrzynek, K. (2007). *Wielki słownik języka polskiego PAN*. Instytut Języka Polskiego PAN.
- Żołnierczyk-Zreda, D. (2010). The Polish version of the SF-36v2 questionnaire for the quality of life assessment. *Przegląd Lekarski*, 67(12), 1302–1307.
- Życińska, J., Januszek, M. (2011). Test Sensu Życia (Purpose in Life Test, PIL) JC Crumbaugh i LT Maholicka: Analiza psychometryczna. *Czasopismo Psychologiczne*, 17(1), 133–142.

Spis tabel

Tabela 1.1. <i>Choroby układu krążenia na podstawie klasyfikacji ICD-10</i>	13
Tabela 1.2. <i>Epidemiologia najważniejszych chorób układu krążenia</i>	21
Tabela 1.3. <i>Nasilenie symptomów niewydolności serca - skala NYHA</i>	22
Tabela 4.1. <i>Charakterystyka badanej próby osób badanych</i>	121
Tabela 5.1. <i>Statystyki opisowe badanych zmiennych oraz wyniki testu Shapiro-Wilka</i>	139
Tabela 5.2. <i>Różnice w badanych zmiennych z uwagi na okres rekrutacji osób badanych</i>	141
Tabela 5.3. <i>Związek lęku przed COVID-19 z badanymi zmiennymi psychologicznymi</i>	143
Tabela 5.4. <i>Związek wieku z badanymi zmiennymi psychologicznymi</i>	145
Tabela 5.5. <i>Różnice międzyplciowe w poziomie badanych zmiennych</i>	146
Tabela 5.6. <i>Różnice w poziomie badanych zmiennych z uwagi na miejsce zamieszkania</i>	148
Tabela 5.7. <i>Wykształcenie, stan cywilny i status zawodowy jako zmienne niezależne analizy MANOVA</i>	150
Tabela 5.8. <i>Rola wykształcenia w poziomie badanych zmiennych</i>	151
Tabela 5.9. <i>Rola statusu zawodowego w poziomie badanych zmiennych</i>	152
Tabela 5.10. <i>Rola stanu cywilnego w poziomie badanych zmiennych</i>	154
Tabela 5.11. <i>Związek zmiennych biomedycznych ze zmiennymi psychologicznymi</i>	156
Tabela 5.12. <i>Różnice w poziomie badanych zmiennych z uwagi na hospitalizację</i>	157
Tabela 5.13. <i>Różnice w poziomie badanych zmiennych z uwagi na stałą opiekę poradni kardiologicznej</i>	158
Tabela 5.14. <i>Związek poczucia sensu życia, percepcji choroby i odczuwanego stresu z radzeniem sobie</i>	161
Tabela 5.15. <i>Wyniki bayesowskiej korelacji r Pearsona dla związku percepcji choroby z radzeniem sobie</i>	164
Tabela 5.16. <i>Korelacja poczucia sensu życia, percepcji choroby, stresu i radzenia sobie z jakością życia</i>	165
Tabela 5.17. <i>Zależność poczucia sensu życia, percepcji choroby, odczuwanego stresu radzenia sobie z wynikami dotyczącymi subiektywnego dobrostanu</i>	167
Tabela 5.18. <i>Regresja krokowa wsteczna predyktorów radzenia sobie</i>	171
Tabela 5.19. <i>Regresja krokowa wsteczna predyktorów miar jakości życia</i>	173
Tabela 5.20. <i>Regresja krokowa wsteczna predyktorów subiektywnego dobrostanu</i>	174
Tabela 5.21. <i>Podsumowanie weryfikacji hipotez na podstawie analiz korelacyjnych i regresyjnych</i>	176
Tabela 5.22. <i>Wyniki analizy głównych składowych przy użyciu rotacji Oblimin</i>	181
Tabela 5.23. <i>Statystycznie istotne efekty pośrednie radzenia sobie w relacji pomiędzy psychologicznymi uwarunkowaniami choroby i jej skutkami – wyniki makra PROCESS</i>	182
Tabela 5.24. <i>Właściwości psychometryczne testowanych konstruktów latentnych</i>	188
Tabela 5.25. <i>Współczynniki dopasowania, rzetelności i trafności finalnych konstruktów latentnych</i>	190
Tabela 5.26. <i>Porównanie modelu wyjściowego i końcowego, uzyskanego za pomocą analizy SEM</i>	194
Tabela 5.27. <i>Wartości współczynników dopasowania i ścieżek testowanego modelu alternatywnego</i>	197
Tabela 5.28. <i>Wyniki analizy równoważności pomiarowej dla testowanego modelu SEM</i>	201
Tabela 5.29. <i>Podsumowanie weryfikacji hipotez mediacyjnych</i>	202

Spis rysunków

<i>Rysunek 1.1</i> Krążenie krwi w sercu – schemat uproszczony.	12
<i>Rysunek 1.2</i> Najpopularniejsze czynniki ryzyka chorób serca.....	32
<i>Rysunek 2.1</i> Następstwa choroby przewlekłej	42
<i>Rysunek 2.2</i> Następstwa niewydolności serca.....	44
<i>Rysunek 2.3</i> Zdroworozsądkowy samoregulacyjny model zdrowia i choroby.....	62
<i>Rysunek 2.4</i> Model percepcji choroby Lipowskiego.....	66
<i>Rysunek 3.1</i> Transakcyjny model stresu	80
<i>Rysunek 3.2</i> Zrewidowany transakcyjny model stresu.....	81
<i>Rysunek 3.3</i> Spirala zysków i strat w świetle teorii zachowania zasobów	84
<i>Rysunek 3.4</i> Model tworzenia znaczeń	96
<i>Rysunek 4.1</i> Ogólny model zależności pomiędzy badanymi zmiennymi.....	118
<i>Rysunek 4.2</i> Szczegółowy model zależności pomiędzy badanymi zmiennymi.....	119
<i>Rysunek 5.1</i> Schemat analizy mediacji	179
<i>Rysunek 5.2</i> Testowany model wyjściowy confirmacyjnej analizy czynnikowej	187
<i>Rysunek 5.3</i> Model zmiennych latentnych na podstawie CFA	191
<i>Rysunek 5.4</i> Testowany model wyjściowy, będący przedmiotem analizy SEM	192
<i>Rysunek 5.5</i> Model końcowy, uzyskany na podstawie przeprowadzonej analizy SEM.....	195
<i>Rysunek 5.6</i> Model alternatywny, uzyskany na podstawie przeprowadzonej analizy SEM	198

Aneks

Nazwa repozytorium	Rafał Gerymski - PhD appendix - Opole University
1. Link do repozytorium	https://osf.io/5k93v/
2. Informacja dla uczestników badania	Plik: Informacja_dla_uczestników_badania.docx
3. Zgoda komisji Bioetycznej UO	Plik: Zgoda_komisji_bioetycznej.jpg
4. Szczegółowe wyniki analizy makra PROCESS	Plik: PROCESS_PhD_full_output.pdf
5. Dane na temat utworzenia raportu makra PROCESS	Strony 1-2 pliku PROCESS_PhD_full_output.pdf
6. Mediacyjna rola radzenia sobie w relacji zasobów sensu życia i jakości życia badanej próby osób	Strony 3-18 pliku PROCESS_PhD_full_output.pdf
7. Radzenie sobie jako mediator związku percepcji choroby i jakości życia	Strony 21-60 pliku PROCESS_PhD_full_output.pdf
8. Coping jako zmienna pośrednicząca w relacji odczuwanego stresu i jakości życia	Strony 63-66 pliku PROCESS_PhD_full_output.pdf
9. Mediacyjna rola radzenia sobie w relacji zasobów sensu życia i satysfakcji z życia	Strony 69-84 pliku PROCESS_PhD_full_output.pdf
10. Radzenie sobie jako mediator związku percepcji choroby i satysfakcji z życia	Strony 87-126 pliku PROCESS_PhD_full_output.pdf
11. Coping jako zmienna pośrednicząca w relacji odczuwanego stresu i satysfakcji z życia	Strony 129-132 pliku PROCESS_PhD_full_output.pdf
12. Mediacyjna rola radzenia sobie w relacji zasobów sensu życia i afektu pozytywnego	Strony 135-150 pliku PROCESS_PhD_full_output.pdf
13. Radzenie sobie jako mediator związku percepcji choroby i afektu pozytywnego	Strony 153-192 pliku PROCESS_PhD_full_output.pdf
14. Coping jako zmienna pośrednicząca w relacji odczuwanego stresu i afektu pozytywnego	Strony 195-198 pliku PROCESS_PhD_full_output.pdf
15. Mediacyjna rola radzenia sobie w relacji zasobów sensu życia i afektu negatywnego	Strony 201-216 pliku PROCESS_PhD_full_output.pdf
16. Radzenie sobie jako mediator związku percepcji choroby i afektu negatywnego	Strony 219-258 pliku PROCESS_PhD_full_output.pdf
17. Coping jako zmienna pośrednicząca w relacji odczuwanego stresu i afektu negatywnego	Strony 261-264 pliku PROCESS_PhD_full_output.pdf
