

TRANSPLANTACJA SERCA I PRZEWLEKŁA CHOROBA KARDIOLOGICZNA A POZIOM UJAWNIAJĄCEJ SAMOTROSKI

Anna Ratajska¹, Władysław Sinkiewicz², Magdalena Zająć¹

¹Instytut Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego
Institute of Psychology, Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz

²II Katedra Kardiologii CM UMK w Toruniu
II Chair of Cardiology, Nicolaus Copernicus University in Toruń

LEVEL OF SELF-CARE IN HEART TRANSPLANT AND CHRONIC HEART DISEASE PATIENTS

Summary. The aim of the research paper was to identify the relationship between a chronic cardiac disease and heart transplantation, and the level of patients' self-care. The notion of self-care and its levels has been defined, and the circumstances in which it becomes activate specified. Research findings showed that there is no difference in the level of self-care between the group of patients with a chronic heart condition and the group of patients with a heart transplant, and between cardiac patients and healthy individuals. The difference showed in the higher global level of self-care in patients after heart transplantation compared to healthy individuals. The research revealed that a heart transplantation treatment has a direct effect on the scope of self-care in patients. It can therefore be concluded that in the context of changes following a cardiac transplantation, self-care is activated as a buffering mechanism, facilitating a better adaptation of a patient. Yet, it cannot be stated that self-care is a rational mechanism consciously used in order to cope with the situation.

Key words: self-care, heart transplant, heart diseases

Wprowadzenie

W procesie leczenia i rehabilitacji osób dotkniętych różnymi schorzeniami wyjątkowo istotne są zachowania i działania, które podejmują one, aby ograniczyć, zatrzymać lub cofnąć zmiany związane z pogarszaniem się stanu zdrowia. W publikacjach odnoszących się do pacjentów chorych somatycznie stosowanych jest wiele pojęć, które określają działania tego typu. Stosuje się więc termin zachowania prozdrowotne, radzenie sobie z chorobą, samoskuteczność, zachowania zaradcze itd. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano pojęcie samotroski, które ma

Adres do korespondencji: Anna Ratajska, e-mail, aniarat@wp.pl

znacznie szerszy zakres w porównaniu z pojęciami wymienionymi wcześniej (Kowalik, Ratajska, Szmaus, 2001; Kowalik, 2007, 2008). Dzięki temu w sposób pełniejszy ujmuje zbiór działań, które człowiek może podjąć na rzecz poprawy swego położenia życiowego. Pojęcie samotroski wywodzi się ze zróżnicowanych pojęć troski, nie będziemy jednak w tym miejscu przeprowadzać ich analiz. Samotroska może być rozumiana jako wyraz szczególnej troski o samego siebie, obowiązek czynienia czegoś dla własnego dobra. Nawiązując do poglądów Maya (1997) można powiedzieć, że samotroska powinna polegać na ujawnianiu pozytywnych emocji wobec siebie w sytuacji znalezienia się w trudnej sytuacji życiowej. Z kolei samotroska polega na nieprzejmowaniu się sobą, obojętności wobec negatywnych zmian zachodzących we własnym życiu.

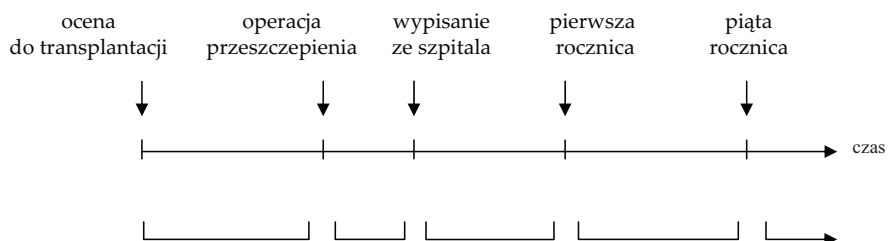
Opierając się na stanowisku Kowalika (2007), przyjęliśmy że samotroska jest szczególnym rodzajem postawy wobec samego siebie, polegającym na przyjęciu odpowiedzialności za bieg własnego życia, ujawniającej się ze szczególną intensywnością gdy w życiu dzieje się coś niedobrego lub pojawiają się oznaki, że coś takiego może nastąpić. Podejmowane są wówczas działania, które mogą przyczynić się do osiągnięcia bardziej pożądanego położenia życiowego osoby, która je podjęła.

Znaczenie ustosunkowania się chorego do procesu leczenia i rehabilitacji jest tematem wielu prac (Billings i in., 1998; Bishop, 2000; Gałuszka, 2000; Dolińska-Zygmunt, 2001; Horowitz, Rein, Leventhal, 2004; Scholz i in., 2006; Grabowska, Muszalik, Kędzióra-Kornatowska, 2010). Wśród osób chorych somatycznie samotroska pojawia się, gdy pacjent czuje się odpowiedzialny za przebieg własnej choroby i leczenie, zdaje sobie sprawę z tego, że jego działania mogą wpłynąć na proces terapii. W związku z tym jest gotowy do podejmowania działań zaradczych, które mają na celu poprawę jego życia. Tak więc pojawienie się samotroski traktowane jest jako przejaw świadomości pacjenta, że od jego aktywności zależy jego sytuacja zdrowotna i życiowa, a brak samotroski prowadzić może do coraz większej utraty sprawności funkcjonalnej jednostki (Kowalik, Ratajska, Szmaus, 2001). Samotroska może chronić pacjentów przed powtórzną utratą zdrowia i przyczyniać się do unormowania ich życia. Przejawia się w trzech wymiarach: 1) troszczenia się o własne zdrowie, 2) relacje interpersonalne oraz 3) poczucie bezpieczeństwa. Samotroska w wymiarze zdrowia odnosi się do dążenia przez człowieka do zachowania lub poprawienia sprawności fizycznej i stanu psychicznego. Z kolei samotroska w wymiarze relacji interpersonalnych dotyczy dbania o związki pomiędzy ludźmi: utrzymywanie z nimi dobrych kontaktów, tworzenie bliskich i trwałych więzi. Samotroska w wymiarze poczucia bezpieczeństwa odnosi się natomiast do czynności podejmowanych w celu zaspokojenia potrzeb socjalnych człowieka, czyli odpowiedniego poziomu życia oraz poczucia bezpieczeństwa. Przedstawione wymiary samotroski umożliwiają całościowy opis sposobu, w jaki człowiek dba o siebie. Uzasadnione stało się wykazanie, czy przeszczepienie serca i przewlekła choroba kardiologiczna wiążą się z poziomem samotroski przejawianej przez chorych. Sformułowano więc następujące pytanie badawcze: Czy przewlekła choroba kardiologiczna i przeszczepienie serca pozostają w relacji z poziomem samotroski? Na czym polega specyfika samotroski osób po transplantacji serca?

Aby odpowiedzieć na powyższe pytania należy określić podstawowe różnice pomiędzy osobą przewlekle kardiologicznie chorą a osobą po transplantacji serca. Pacjenci przewlekle kardiologicznie chorzy, u których choroba postępuje, doświadczają szeregu stresujących sytuacji (wielokrotne hospitalizacje, inwazyjne procedury diagnostyczne i terapeutyczne, częste rehospitalizacje, wszczepienia podskórnych urządzeń stymulujących bądź synchronizujących pracę serca). Rozpoznanie u chorego syndromu niewydolności serca często powoduje wystąpienie kryzysu psychologicznego (por. Nasiłowska-Barud, 2006). Wiąże się to z uzyskaniem przez chorego informacji na temat istoty choroby, jej przebiegu, rokowania i sposobu leczenia. Niewydolność serca jest chorobą przewlekłą o bardzo złym rokowaniu. Wskaźniki 5-letniego przeżycia w tej chorobie są gorsze od przeżycia osób z chorobą nowotworową, z wyjątkiem raka płuc. Dane te potwierdzają badania europejskie i amerykańskie. Pacjent dowiaduje się, że cierpi na przewlekłą i zagrażającą życiu chorobę, jego funkcjonowanie będzie się pogarszało, a podczas chorowania mogą zdarzać się niekorzystne epizody kardiologiczne oraz powtarzające się hospitalizacje. W niewydolności serca dąży się do opanowania objawów, zwolnienia postępu choroby oraz wydłużenia życia pacjenta. Niestety, mimo postępów w leczeniu oraz wydłużenia przewidywanego okresu przeżycia, zasadnicza część pacjentów w zaawansowanych stadiach niewydolności serca umiera z powodu postępującej dysfunkcji układu krążenia. W takich przypadkach praktycznie jedyną dostępną metodą leczenia jest transplantacja serca. Konieczność podjęcia tzw. decyzji transplantacyjnej jest punktem zwrotnym w życiu chorego z niewydolnością serca, kolejnym kryzysem psychologicznym. Chory przestaje być tzw. „pacjentem z niewydolnością serca”, staje się kandydatem do przeszczepienia tego narządu. Wiąże się to z wieloma dylematami, chory musi przygotować się na przeciwstawne wymagania – na życie i na śmierć. Poza znanymi już mu trudnościami związanymi z chorobą oraz ograniczeniami funkcjonowania, pojawiają się nowe, związane z oczekiwaniem na transplantację. Istotne dla osoby kwalifikowanej do przeszczepu wydarzenia, okresy pomiędzy nimi oraz stan zdrowia i zmiany zachodzące w każdym okresie z perspektywy transplantacji narządów opisano w literaturze tematu jako tzw. linię czasu transplantacji narządów (rycina 1).

Pacjent i jego rodzina podlegają standardowemu procesowi związanemu z transplantacją, który składa się ze zdarzeń i faz. Pierwszym z nich jest ocena kandydata do przeszczepu jako potencjalnego biorcy narządu. Jeśli zakończy się ona pozytywnie, dotychczasowy „pacjent kardiologiczny” od tego momentu określany jest mianem „pacjenta transplantacyjnego”. Kolejne zdarzenia to oczekiwanie na narząd, operacja i okres okołoperacyjny, a następnie długoterminowe przystosowanie do transplantacji. Czas trwania zdarzeń i faz może znacznie się różnić, ponieważ zależy od ostrości choroby pacjenta, dostępności narządu oraz potrzeb pacjenta, które pojawiały się w czasie, gdy znajdował się na liście oczekujących na transplantację. Sekwencja zdarzeń i faz przebiega podobnie wśród kandydatów i biorców wszystkich narządów mięszzowych (Ratajska, 2011).

Zdarzenia:



Stan zdrowia i zmiany w każdym okresie:	ocena do transplantacji	operacja przeszczepienia	wypisanie ze szpitala	pierwsza rocznica	piąta rocznica
	postępujące pogorszenie funkcji narządu, ostre kryzysy zdrowotne, leczenie i następstwa leczenia choroby w stadium końcowym, zmiany rodziny, zmiany ekonomiczne, zmiany jakości życia	właściwe funkcjonowanie narządu, następstwa poważnej operacji, status funkcjonalny	ostre odrzuty przeszczepu, powtórne hospitalizacje, rehabilitacja fizyczna, zmiany rodziny, zmiany ekonomiczne, zmiany jakości życia	ostre odrzuty przeszczepu, powtórne hospitalizacje, rehabilitacja fizyczna, zmiany rodziny, zmiany ekonomiczne, zmiany jakości życia	przewlekłe odrzuty, obciążenie dodatkowymi problemami zdrowotnymi, niewydolność przeszczepu, leczenie niewydolności i przeszczepu, zmiany rodziny, zmiany ekonomiczne, zmiany jakości życia

Rycina 1. Linia czasu transplantacji narządów (źródło: Dew i in., 2000)

W przypadku pacjentów transplantacyjnych wysoki poziom samotroski w wymiarze zdrowia ma istotne znaczenie już na etapie kwalifikacji do przeszczepienia serca. Jednym z kryteriów włączenia pacjenta do programu transplantacyjnego jest stosowanie się do zaleceń lekarskich – brak chęci lub możliwości przestrzegania ich jest przeciwwskazaniem do przeszczepu. Podkreśla się także znaczenie oceny strategii, które pacjent stosuje, radząc sobie z problemami zdrowotnymi i innymi poważnymi stresorami życiowymi (Dew i in., 2000). Chorzy stosujący strategie związane z troszczeniem się o siebie (w tym związane z poszukiwaniem informacji i koncentracją na problemie) lepiej adaptują się do transplantacji (Kaba, Thompson, Burnard, 2000; Kaba, 2001). Wysoki poziom samotroski jest istotny również z tego względu, że może odgrywać rolę bufora w sytuacji, gdy transplantacja wiąże się z dużymi zmianami w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym pacjenta. Może ponadto ułatwiać radzenie sobie ze zmianą cielesną, będącą skutkiem transplantacji (por. Triffaux i in., 2001a). Z kolei wysoki poziom samotroski w wy-

miarze relacji interpersonalnych wiąże się z dbałością o związki z rodziną i przyjaciółmi, które są źródłem szeroko rozumianego wsparcia. Dla osób przewlekle chorych i po przeszczepie serca wsparcie społeczne jest szczególnie ważne, ponieważ może zabezpieczać przed niekorzystnymi skutkami stresu i zapewniać konkretną pomoc lub poradę. Jest to szczególnie istotne w świetle wyników badań pacjentów chorujących przewlekle, które wskazują, że rozpoznanie choroby może być barierą w prawidłowej komunikacji i interakcjach właśnie wtedy, kiedy wsparcie najbliższych jest szczególnie potrzebne (Heszen-Niejodek, 2000). Można zatem stwierdzić, że dbanie o relacje interpersonalne w sposób pośredni zapewnia utrzymanie dobrego stanu zdrowia.

Dostępność sieci wsparcia nie jest gwarantem otrzymywania adekwatnego, efektywnego wsparcia ze strony otoczenia – wtedy też rola samotroski zdecydowanie wzrasta. Bliscy mogą nie być w stanie lub nie chcieć akceptować roli wspierającego, szczególnie gdy wcześniej napięte relacje pogarszają się pod wpływem kryzysu związanego ze stanem zdrowia. Chorzy natomiast mogą nie być w stanie zabiegać o to wsparcie, które jest im dostępne (Delon, 1998). Istnieją także inne powody, dla których potencjalnie wspierające związki często w praktyce wsparcia nie dają. Dzieje się tak wtedy, gdy choroba nadweręża związek w takim stopniu, że przestaje on być wspierający. Rodzina i przyjaciele mogą tak przeżywać chorobę pacjenta, że to on musi ich wspierać (Salmon, 2002). Samotroska pozwala więc choremu zadbać o własne potrzeby socjalne, dzięki czemu niezależnie od pomocy najbliższych będzie mógł zapewnić sobie stosowny poziom życia i poczucie dobrobytu, składające się na szeroko rozumiane poczucie bezpieczeństwa – niezwykle istotne w utrzymywaniu zdrowia i w procesie rehabilitacji.

Prowadzone od lat badania nad psychologicznym funkcjonowaniem pacjentów chorujących kardiologicznie pokazują, że skuteczność leczenia jest wyższa, gdy pacjenci aktywnie włączają się w ten proces (por. Billings i in., 1998; Tylka, 2000; Wrześniewski, 2000; Sęk, Woronkiewicz, 2004). W wyniku choroby oraz doświadczeń związanych z uczestnictwem w procesie leczenia, pacjenci kardiologiczni powinni mieć wyższy poziom samotroski w wymiarze zdrowia niż osoby zdrowe, natomiast niższy niż osoby po transplantacji serca. Z kolei wysoki poziom samotroski w wymiarze relacji interpersonalnych może zapewnić pacjentom konieczną pomoc i wsparcie ze strony najbliższych. Wziąwszy pod uwagę fakt, że w przypadku pacjentów kardiologicznych wsparcie społeczne znacznie redukuje zagrożenie zachorowania i śmierci z powodu chorób układu krążenia, jest ono szczególnie ważne (Słońska, 2004). Istnienie znaczącego związku pomiędzy wsparciem społecznym a zdrowiem fizycznym potwierdza ponadto wiele badań. Przykładowo, dane uzyskane w programie badawczym *Framingham Heart Study* wskazały, że urzędniczki niewspierane przez przełożonych są bardziej narażone na chorobę wieńcową niż te, których przełożeni są wspierający. Późniejsze badanie wykazało, że większe wsparcie ze strony przełożonych wiąże się z niższym ciśnieniem krwi (Sheridan, Radmacher, 1998). W przypadku ciężkich chorób somatycznych, np. choroby wieńcowej, pacjenci z większym wsparciem szybciej zdrowieją i dłużej żyją. W większym stopniu stosują się oni także do zaleceń lekarza, a mężczyźni odwiedzani czę-

sto przez żony po zabiegu kardiochirurgicznym najszybciej dochodzą do zdrowia (Salmon, 2002). Z kolei w badaniu Berkman i współpracowników (Jacobs, Sherwood, 1998) stwierdzono, że utrata wsparcia emocjonalnego może poprzedzać śmierć z powodu choroby wieńcowej serca. Z kolei wysoka samotroska w wymiarze poczucia bezpieczeństwa wiąże się prawdopodobnie z działaniami podejmowanymi przez tych chorych w celu zapewnienia im i ich najbliższemu dobrobytu materialnego – a więc prawdopodobnie będą chcieli kontynuować pracę zawodową, będą gromadzili oszczędności i z rozważą zarządzali swymi dochodami.

Uznano, że istotne jest również sprawdzenie, czy doświadczenie poważnej choroby kardiologicznej oraz leczenia za pomocą przeszczepienia serca spowodowały wyraźniejsze troszczenie się o siebie w aspekcie zdrowia osób po transplantacji. Przyjęto, że doświadczenia związane z przejściem procedury transplantacyjnej, towarzyszący temu bardzo silny stres odnoszący się do zagrożenia życia oraz trudne doświadczenia chorobowe prowadzą do koncentracji na utrzymaniu jak najlepszego stanu zdrowia. Przyczynia się do tego również docenianie przez tych pacjentów wyjątkowego daru, jaki otrzymali – drugiego serca, które umożliwiło im uzyskanie stanu zdrowia pozwalającego na dalsze życie.

Metoda

W weryfikacji empirycznej hipotez uwzględniono dane pochodzące od 180 badanych: 60 osób po transplantacji serca, 60 osób przewlekle kardiologicznie chorych oraz 60 osób zdrowych.

Podstawową grupą badanych były osoby po transplantacji serca. Pozostałe dwie grupy (przewlekle kardiologicznie chorzy i osoby zdrowe) ze względu na cechy socjodemograficzne były dobierane w sposób homogeniczny do grupy podstawowej. Kryteriami doboru do wyróżnionych grup były:

- dla osób po transplantacji serca: okres co najmniej trzech miesięcy od przeszczepienia, brak rozpoznanych zaburzeń psychiatrycznych,
- dla osób chorych kardiologicznie: występowanie jednej z przewlekłych chorób kardiologicznych, potencjalnie prowadzących do niewydolności serca (choroby wieńcowej, chorób zastawek serca lub jednego z typów kardiomiopatii), brak dodatkowych poważnych schorzeń, brak rozpoznanych zaburzeń psychiatrycznych,
- dla osób zdrowych: brak rozpoznanych chorób przewlekłych, w tym chorób kardiologicznych oraz brak zaburzeń psychiatrycznych.

Dane socjodemograficzne charakteryzujące wyróżnione grupy badanych przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna osób należących do trzech badanych grup

Zmienne socjodemograficzne	Stan zdrowia badanych	Po transplatacji serca	Kardiologicznie chorzy	Zdrowi
Wiek	min.	18	18	18
	średnia	46,66	47,46	46,68
	max.	70	72	70
Płeć	K	23	23	23
	M	37	37	37
Wykształcenie	podstawowe	4	4	3
	zawodowe	9	12	8
	średnie	30	30	30
	licencjat	2	1	1
	wyższe	15	13	18
Stan cywilny	wolny	7	10	9
	w małżeństwie	46	43	43
	po rozwodzie	5	5	7
	wdowieństwo	2	2	1

Żeby upewnić się, że w zakresie danych socjodemograficznych nie ma różnic istotnych statystycznie, zastosowano analizę wariancji ANOVA rang Kruskala-Wallis. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że w zakresie cech socjodemograficznych pomiędzy badanymi grupami nie ma różnic istotnych statystycznie, jednakże różnią się oni doświadczeniami związanymi z własną sytuacją zdrowotną. Pacjenci przewlekle kardiologicznie chorzy, u których choroba postępuje, doświadczają szeregu stresujących sytuacji (wielokrotne hospitalizacje, częste rehospitalizacje, inwazyjne procedury diagnostyczne i terapeutyczne, wszczepienia podskórnych urządzeń stymulujących bądź synchronizujących pracę serca) oraz co najmniej dwóch sytuacji kryzysu psychologicznego. Pierwszy z nich często występuje w sytuacji rozpoznania u chorego syndromu niewydolności serca i wiąże się z uzyskaniem przez chorego informacji na temat choroby, jej przebiegu, rokowania i sposobu leczenia. Doświadczenia pacjentów po transplatacji serca różnią się znacznie od doświadczeń pacjentów przewlekle kardiologicznie chorych. Różnią ich doświadczenia chorobowe (różnica ma charakter jakościowy, pojawia się wraz z nasilaniem się symptomów niewydolności serca), a także funkcjonowanie w zakresie psychologicznym, społecznym i cielesnym oraz sytuacja zagrożenia życia, w zasadzie stale towarzysząca pacjentom transplatacyjnym.

Charakterystyka Kwestionariusza Samotroski i Troski (KST)

Do pomiaru troski i samotroski zastosowano Kwestionariusz Samotroski i Troski (KST). Składa się on z dwóch podskal: pierwsza służy do mierzenia poziomu samotroski, a druga – poziomu otrzymywanej troski. Zarówno samotroska, jak i troska mierzone były w trzech wymiarach: zdrowia, relacji interpersonalnych i poczucia bezpieczeństwa. Skala KST składa się z 18 twierdzeń. W skali tej po 6 twierdzeń służy badaniu: samotroski i troski w wymiarze zdrowia, w wymiarze relacji interpersonalnych oraz w wymiarze poczucia bezpieczeństwa. Każda podskala składa się zatem z 9 twierdzeń badających zmienne w trzech wymiarach. Ustosunkowując się do każdego z twierdzeń, badany miał możliwość wyboru jednej spośród 4 odpowiedzi: „1” – zdecydowanie się nie zgadzam, „2” – raczej się nie zgadzam, „3” – raczej się zgadzam, „4” – zdecydowanie się zgadzam. W wyniku zsumowania odpowiedzi, w każdej podskali można było uzyskać od 9 do 36 punktów.

Uzyskanie wysokich wyników w podskalach KST oznaczało maksymalne nasilenie badanej cechy, natomiast otrzymanie wyników niskich wskazywało na największy brak występowania tej cechy.

W określeniu wartości psychometrycznej KST wykorzystano badania, które służyły określeniu mocy dyskryminacyjnej poszczególnych pozycji oraz rzetelności całej skali. Przeprowadzone analizy rzetelności Kwestionariusza Samotroski i Troski (KST) oraz rzetelności poszczególnych pozycji pozwalają sądzić, że wykorzystana w badaniach skala jest rzetelna w zadowalającym stopniu (α -Cronbacha 0,82), zaś poszczególne pozycje skali korelują na dosyć wysokim poziomie z całością KST.

Szczegółową charakterystykę metody badań, sposobu jej konstruowania oraz określania wartości psychometrycznej narzędzia, a także wyniki badań przeprowadzonych z udziałem trzystu osób dorosłych w różnym wieku przedstawiono w artykule Ratajskiej i Szmaus-Jackowskiej (2011).

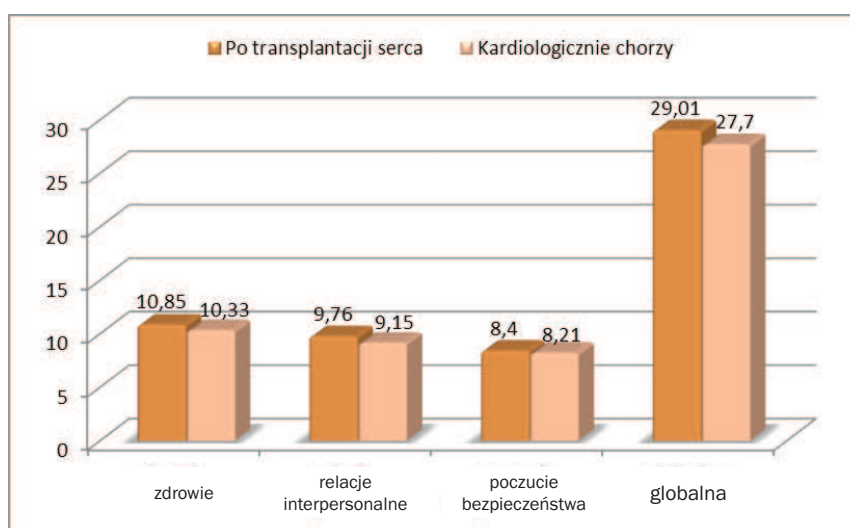
Wyniki badań

Weryfikacja empiryczna przyjętych hipotez wymagała obliczenia średniego poziomu samotroski w grupie osób po przeszczepie, osób przewlekle kardiologicznie chorych i osób zdrowych oraz obliczenia średniego poziomu samotroski w wymiarze zdrowia, relacji interpersonalnych i poczucia bezpieczeństwa w wyróżnionych grupach osób badanych, a następnie oceny istotności statystycznej różnic między średnimi. W celu określenia poziomu istotności statystycznej różnic między średnimi rangami zastosowano test *U* Manna-Whitneya (ze względu na brak rozkładu normalnego analizowanej zmiennej). Badania wielkości efektu dokonano za pomocą *r*-equivalent. Różnicowania w obrębie wyników tego samego pacjenta dokonano za pomocą ANOVA Friedmana – za wskaźnik wielkości efektu przyjęto *W*-Kendalla. Interpretacja wartości obu wskaźników wielkości efektu jest analogiczna do procedury korelacyjnej.

Porównanie poziomu samotroski u pacjentów po transplantacji serca i pacjentów przewlekle kardiologicznie chorych

Przyjęto, że poziom samotroski pacjentów po transplantacji serca globalnie jest wyższy niż pacjentów przewlekle kardiologicznie chorych. Dodatkowo oczekiwano, że jest on także wyższy w wymiarze zdrowia, wyższy w wymiarze poczucia bezpieczeństwa oraz wyższy w wymiarze relacji interpersonalnych.

Na rycinie 2 przedstawiono zestawienie średnich globalnego poziomu samotroski oraz poziomu samotroski w wymiarach, ujawnianego przez pacjentów po transplantacji serca i pacjentów chorych kardiologicznie.



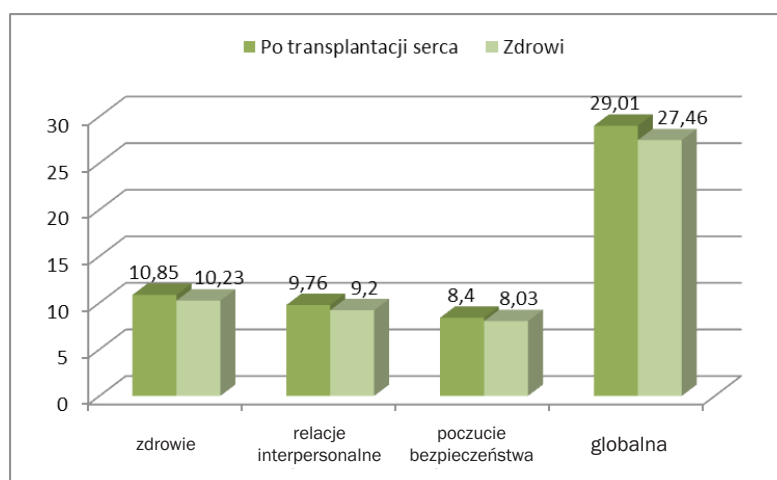
Rycina 2. Zestawienie średnich globalnego poziomu samotroski oraz poziomu samotroski w wymiarach, ujawnianego przez pacjentów po transplantacji serca i pacjentów chorych kardiologicznie

Przeprowadzona analiza wykazała, iż żadna z różnic między średnimi nie jest istotna statystycznie. W związku z tym należy stwierdzić, że osoby po transplantacji serca nie przejawiają wyższego poziomu samotroski w porównaniu do osób przewlekle kardiologicznie chorych. Odnosi się to zarówno do globalnego poziomu samotroski ($z = 1,41$; $p = 0,15$), jak i jej poziomu w wymiarze zdrowia ($z = 1,20$; $p = 0,22$), relacji interpersonalnych ($z = 1,75$; $p = 0,07$) i poczucia bezpieczeństwa ($z = 0,37$; $p = 0,70$). Na wymiarze relacji interpersonalnych można zaobserwować wystąpienie trendu statystycznego. Pojawienie się trendu statystycznego wskazuje, że po zwiększeniu grupy badanych możliwe byłoby uzyskanie wyniku potwierdzającego, że w tym wymiarze osoby po transplantacji serca mają wyższy poziom samotroski. Wartość wskaźnika r -equivalent wahała się dla wszystkich aspektów samotroski w granicach wartości niskich i niskich (od 0,05 do 0,18).

Porównanie poziomu samotroski u pacjentów po transplantacji serca i osób zdrowych

Założono, że poziom samotroski pacjentów po transplantacji serca globalnie jest wyższy niż osób zdrowych, a także jest wyższy w wymiarze zdrowia, jest wyższy w wymiarze poczucia bezpieczeństwa oraz jest wyższy w wymiarze relacji interpersonalnych.

Rycina 3 przedstawia zestawienie średnich globalnego poziomu samotroski oraz poziomu samotroski w wymiarach, ujawnianego przez pacjentów po transplantacji serca i osoby zdrowe.



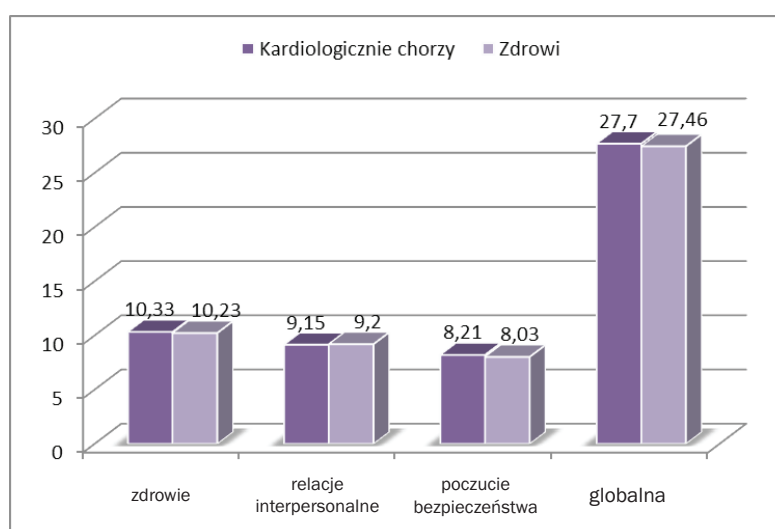
Rycina 3. Zestawienie średnich globalnego poziomu samotroski oraz poziomu samotroski w wymiarach, ujawnianego przez pacjentów po transplantacji serca i osoby zdrowe

Zgodnie z uzyskanymi wynikami, osoby po przycięciu serca ujawniają istotnie wyższy poziom globalnej samotroski w porównaniu do osób zdrowych ($z = 2,12$; $p = 0,03$). Wielkość efektu w tym przypadku jest jednak niska (r -equivalent = 0,2241), natomiast różnice w zakresie wymiarów samotroski okazały się nieistotne statystycznie. Można zauważyć wystąpienie trendu statystycznego w wymiarze zdrowia ($z = 1,90$; $p < 0,06$) i relacji interpersonalnych ($z = 1,89$; $p < 0,06$). Pojawienie się trendu statystycznego również i w tym przypadku wskazuje, że po zwiększeniu grupy badanych możliwe byłoby uzyskanie wyniku potwierdzającego, że w tych wymiarach osoby po transplantacji serca mają wyższy poziom samotroski. Samotroska w wymiarze poczucia bezpieczeństwa przyjmuje ten sam kierunek ($M_{\text{transpl.}} = 8,4 > M_{\text{zdrowi}} = 8,03$; ($z = 0,99$; $p = 0,31$). Efekt różnicujący grupy, co zrozumiałe przy przytoczonym wyżej poziomie istotności różnic, jest efektem niskim. Procedura obliczeniowa r -equivalent zależna jest także od liczebności grup – im wyższa liczba badanych, tym wielkość efektu osiąga niższe wartości.

Porównanie poziomu samotroski u pacjentów przewlekle kardiologicznie chorych i osób zdrowych

Przyjęto, że poziom samotroski pacjentów przewlekle kardiologicznie chorych globalnie jest wyższy niż osób zdrowych, a także jest wyższy w wymiarze zdrowia, jest wyższy w wymiarze poczucia bezpieczeństwa oraz jest wyższy w wymiarze relacji interpersonalnych.

Na rycinie 4 przedstawiono zestawienie średnich globalnego poziomu samotroski oraz poziomu samotroski w wymiarach, ujawnianego przez chorych kardiologicznie i osoby zdrowe.



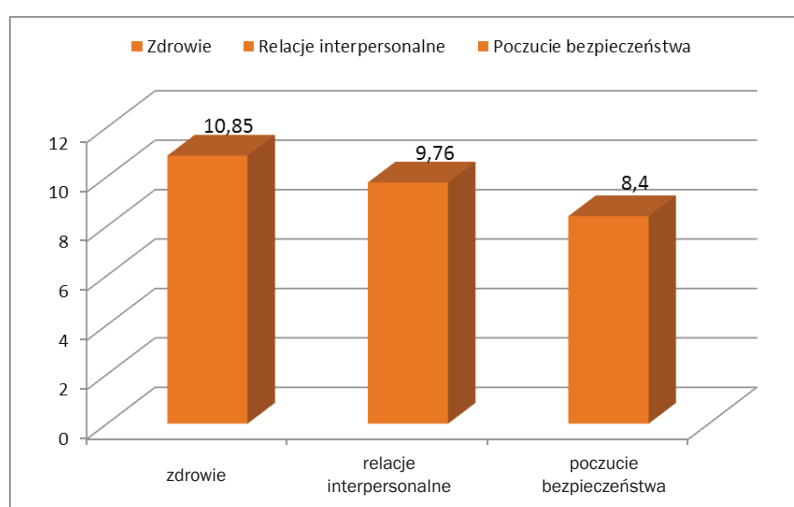
Rycina 4. Zestawienie średnich globalnego poziomu samotroski oraz poziomu samotroski w wymiarach, ujawnianego przez chorych kardiologicznie i osoby zdrowe

Zgodnie z przeprowadzoną analizą, żadna z różnic między średnimi nie jest istotna statystycznie. W związku z tym należy stwierdzić, że osoby przewlekle kardiologicznie chore nie przejawiają wyższego poziomu samotroski w porównaniu do osób zdrowych. Odnosi się to zarówno do globalnego poziomu samotroski ($z = 0,51$; $p = 0,60$), jak i jej poziomu w wymiarze zdrowia ($z = 0,53$; $p = 0,59$), relacji interpersonalnych ($z = 20$; $p = 0,83$) i poczucia bezpieczeństwa ($z = 60$; $p = 0,54$). Brak różnic powoduje także niskie wartości wskaźnika *r*-equivalent, zachowuje on wartości określane jako nikłe.

Porównanie poziomu samotroski w wymiarze zdrowia, poczucia bezpieczeństwa i relacji interpersonalnych u pacjentów po transplantacji serca

W odniesieniu do poziomu samotroski u pacjentów po przeszczepieniu serca przyjęto, że mają oni wyższy poziom samotroski w wymiarze zdrowia niż w wymiarze poczucia bezpieczeństwa i relacji interpersonalnych. Weryfikacja tej hipotezy opierała się na porównaniu średniego poziomu samotroski w wymiarze zdrowia ze średnim poziomem samotroski w wymiarach relacji interpersonalnych i poczucia bezpieczeństwa badanych.

Rycina 5 przedstawia zestawienie średniego poziomu samotroski w wymiarach, ujawnianego przez osoby po transplantacji serca.



Rycina 5. Zestawienie średniego poziomu samotroski w wymiarach zdrowia, relacji interpersonalnych i poczucia bezpieczeństwa, ujawnianego przez osoby po transplantacji serca

Przyjęcie tej hipotezy wymaga jednak empirycznej weryfikacji istotności różnic pomiędzy wskazanymi średnimi. Przeprowadzono ją, wykorzystując analizę wariancji ANOVA rang Friedmana. Zastosowanie tej statystyki wynikało z braku rozkładu normalnego analizowanych zmiennych oraz porównywania ze sobą wyników tej samej zmiennej.

Otrzymana wartość testu Chi^2 ANOVA = 54,24 wskazuje, że istnieją statystycznie istotne różnice w zakresie rozkładów poziomu samotroski pacjentów w jej wyróżnionych wymiarach. Są one istotne statystycznie na poziomie $p = 0,001$ (ANOVA rang Friedmana). W związku z uzyskaniem takiego wyniku interesujące było, między którymi wymiarami samotroski różnica jest statystycznie istotna. Wykorzystując ponownie analizę wariancji ANOVA rang Friedmana, sprawdzono istotności różnic w zakresie rozkładów wyników poziomu samotroski w wymiarze zdrowia,

relacji interpersonalnych i poczucia bezpieczeństwa. W przeprowadzonym badaniu porównywano ze sobą każdy wymiar samotroski. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Zestawienie wartości testu χ^2 i poziomu istotności dla poziomu samotroski w wymiarach zdrowia, relacji interpersonalnych i poczucia bezpieczeństwa

Porównywane wymiary samotroski	χ^2 ANOVA	<i>p</i>
Zdrowie – relacje interpersonalne	12,00	0,005
Zdrowie – poczucie bezpieczeństwa	35,52	0,001
Relacje interpersonalne – poczucie bezpieczeństwa	27,22	0,001

Zgodnie z przedstawionymi wynikami, istotną statystycznie różnicę stwierdzono między wszystkimi wymiarami samotroski ujawnianej przez osoby po transplantacji serca. Wysoki wskaźnik różnicujący (w tym przypadku *W*-Kendalla) uzyskano dla zdrowia *vs.* poczucie bezpieczeństwa ($W = 0,59$), przeciętny dla relacji interpersonalnych – poczucia bezpieczeństwa ($W = 0,45$) oraz niski dla zdrowia – relacji interpersonalnych ($W = 0,22$).

Otrzymane wyniki pozwalają wnioskować o częściowym wpływie choroby i przeszczepienia serca na poziom ujawnianej samotroski. Nie potwierdziły się założenia, że poziom samotroski pacjentów po transplantacji serca globalnie i w jej wymiarach będzie wyższy niż pacjentów przewlekle kardiologicznie chorych oraz że poziom samotroski pacjentów przewlekle kardiologicznie chorych globalnie i w wymiarach będzie wyższy niż osób zdrowych. Interesujący jest wynik wskazujący, że poziom samotroski pacjentów po transplantacji serca globalnie jest wyższy niż poziom samotroski osób zdrowych, natomiast różnice w wymiarach nie były istotne statystycznie. Z kolei potwierdziło się założenie, że różnica między poziomem samotroski w wymiarze zdrowia a poziomem samotroski w wymiarze relacji interpersonalnych i poczucia bezpieczeństwa jest istotna statystycznie. Różnica ta jest szczególnie widoczna w odniesieniu do zdrowia i poczucia bezpieczeństwa.

Wnioski z badań

Literatura tematu wskazuje na wiele aspektów radzenia sobie z chorobą (por. Jankowski, 1975; Jarosz, 1983; Heszen-Niejodek, 1990; Kowalik, 2007). Najczęściej uznaje się, że w sytuacji kryzysu spowodowanego poważną chorobą somatyczną ludzie zachowują się w sposób bierny, co uniemożliwia znalezienie odpowiednich sposobów radzenia sobie z tą sytuacją lub stosują skuteczne sposoby radzenia sobie. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że podział na aktywne i bierne strategie radzenia sobie z problemem nie jest wystarczającą klasyfikacją. Okazało się bowiem, że nie ma różnic w poziomie samotroski w obrębie obu grup osób chorujących, a pacjenci kardiologicznie chorzy nie troszczą się o siebie bardziej niż osoby

zdrowe. Jedyna różnica dotyczyła wyższego globalnego poziomu samotroski osób po transplantacji serca niż osób zdrowych. Okazało się zatem, że czynnikiem różnicującym poziom samotroski jest zastosowanie leczenia za pomocą przeszczepienia serca. Zgodnie z przewidywaniami okazało się, że samotroska pacjentów transplantacyjnych przejawia się przede wszystkim w troszczeniu się o swoje zdrowie. W następnej kolejności dbają oni o relacje z rodziną i przyjaciółmi, natomiast najmniej troszczą się o poczucie bezpieczeństwa.

Można więc uznać, że w sytuacji globalnych zmian, które zachodzą po transplantacji serca w funkcjonowaniu człowieka uruchamiana jest samotroska. Prawdopodobne jest, że spełnia ona rolę bufora sprzyjającego lepszej adaptacji (por. Triffaux i in., 2001a; Ratajska, 2011). Nie można natomiast stwierdzić, że samotroska jest pełnym, świadomie stosowanym i racjonalnym mechanizmem radzenia sobie z zaistniałą sytuacją. Brak potwierdzenia naszych oczekiwań można wyjaśniać, odnosząc się do badań wskazujących, że większość przewlekle chorujących radzi sobie na tyle efektywnie, że poza początkowym i ostatnim stadium choroby nie doświadcza wyższego poziomu stresu, ani niższego poczucia dobrostanu, niż osoby zdrowe (Maes, Leventhal, Ridder, 1996; Verhaak, 1996).

Brak potwierdzenia hipotez dotyczących wyższej samotroski bądź jej wymiarów u pacjentów po transplantacji, w porównaniu do osób przewlekle kardiologicznie chorych oraz zdrowych, może być warunkowany liczebnością badanych grup. Znamienne bowiem jest, że poziom samotroski we wszystkich wymiarach był wyższy u osób po transplantacji (mimo że nieistotnie) niż u pacjentów kardiologicznie chorych i zdrowych, a więc pośrednio potwierdzałyby założenia przyjęte w niniejszych badaniach. Taka obserwacja wskazuje na potrzebę kontynuacji badań i rozszerzanie grupy badanych. Niestety, biorąc pod uwagę liczbę przeprowadzanych w Polsce przeszczepów serca oraz okres przeżywalności pacjentów po transplantacji, jest to problematyczne.

Literatura cytowana

- Allan, R., Scheidt, S. (1998). The empirical basis for cardiac psychology. W: R. Allan, S. Scheidt (red.), *Heart & Mind. The practice of cardiac psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Billings, J.H., Scherwitz, L.W., Sullivan, R. i in. (1998). The lifestyle heart trial: comprehensive treatment and group support therapy. W: R. Allan, S. Scheidt (red.), *Heart & Mind. The practice of cardiac psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Bishop, G.D. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Delon, M. (1998). The patient In the CCU waiting room: in – hospital treatment of the cardiac spouse. W: R. Allan, S. Scheidt (red.), *Heart & Mind. The practice of cardiac psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Dew, M., Switzer, G., DiMartini, A. i in. (2000). Psychosocial assessments and outcomes in organ transplantation. *Progress in Transplantation*, 10 (4), 239-261.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2001). Podmiotowe uwarunkowania zachowania się pacjen-

- ta wobec własnej choroby. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo UW.
- Gałuszka, A. (2000). Dynamika poznawczego i emocjonalnego funkcjonowania osób chorych przewlekle. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. Katowice: Wydawnictwo UŚ.
- Grabowska, M., Muszaliak, M., Kędziora-Kornatowska, K. (2010). Uprzedzenia rasowe i religijne oraz ich rola w procesie leczenia i pielęgnowania. W: E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie* (s. 214-221) Warszawa: PZWL.
- Heszen-Niejodek, I. (red.) (1990). *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*. Warszawa: PZWL.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia* (t. 3.). Gdańsk: GWP.
- Horowitz, C., Rein, S., Leventhal, H. (2004). A story of maladies, misconceptions and mishaps: effective management of heart failure. *Social Science & Medicine*, 58, 631-643.
- Jacobs, S.C., Sherwood, J.B. (1998). The cardiac psychology of women and coronary heart disease. W: R. Allan, S. Scheidt (red.), *Heart & Mind. The practice of cardiac psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Jankowski, K. (1975). *Człowiek i choroba. Psychofizjologiczne problemy przewlekłej choroby, inwalidztwa i rehabilitacji*. Warszawa: PWN.
- Jarosz, M. (1983). *Psychologia lekarska*. Warszawa: PZWL.
- Kaba, E. (2001). The life after heart transplantation for American recipients. *ICUs and Nursing Web Journal*.
- Kaba, E., Thompson, D., Burnard, P. (2000). Coping after heart transplantation: a descriptive study of heart transplant recipients' methods of coping. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 4, 930-936.
- Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Kowalik, S., Ratajska, A., Szmaus, A. (2001). W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia. W: L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Wydawnictwo Uczelniane AM.
- Maes, S., Leventhal, H., de Ridder, D. (1996). Coping with chronic illness. W: M. Zeidner, N. Endler (red.), *Handbook of coping: theory, research, applications*. New York: Wiley.
- May, R. (1997). *Błaganie o mit*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Nasiłowska-Barud, A. (2006). Specyfika pomocy psychologicznej u chorych z niewydolnością serca. *Sztuka Leczenia*, XIII, 3-4, 61-66.
- Ratajska, A. (2011). *Tożsamość osób po transplantacji serca*. Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
- Ratajska, A., Szmaus-Jackowska, A. (2011). Zastosowanie Kwestionariusza Samotroski i Troski w rehabilitacji osób niepełnosprawnych. *Przegląd Psychologiczny*, 54, 4, 383-400.
- Salmon, P. (2002). *Psychologia w medycynie*. Gdańsk: GWP.

- Scholz, U., Knoll, N., Sniehotta, F. i in. (2006). Physical activity and depressive symptoms in cardiac rehabilitation: Long-term effects of a self-management intervention. *Social Science & Medicine*, 62, 3109-3120.
- Sęk, H., Woronkiewicz, K. (2004). Znaczenie edukacji zdrowotnej w przebiegu psychoprophylaktyki chorób układu krążenia. W: K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.), *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*. Gdańsk: GWP.
- Sheridan, Ch., Radmacher, S. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Słońska, Z. (2004). Systemowe uwarunkowania skutecznego zapobiegania chorobie niedokrwiennej serca – wzywanie dla promocji zdrowia. W: K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.), *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*. Gdańsk: GWP.
- Triffaux, J.M., Wauthy, J., Bertrand, J. i in. (2001a). Psychological evolution and assessment in patients undergoing orthotopic heart transplantation. *European Psychiatry*, 16, 180-185.
- Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Verhaak, P. (1996). Somatic disease and psychological disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 3, 261-273.
- Wrześniewski, K. (2000). Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia* (t. 3.). Gdańsk: GWP.