

Czas trwania choroby niedokrwiennej serca jako moderator związku pomiędzy przekonaniem na temat choroby a funkcjonowaniem w niej¹

Michał Ziarko*

Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza

DURATION OF ISCHEMIC HEART DISEASE AS A MODERATOR OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ILLNESS REPRESENTATION AND THE LEVEL OF FUNCTIONING

Coronary heart disease (CHD) is one of the leading causes of death worldwide. CHD is a chronic illness that significantly alters activity patterns of ill people. This study involved 112 patients with CHD hospitalized in Department of Cardiac Rehabilitation after myocardial infarction and coronary angioplasty. They completed a set of questionnaires measuring illness representation (IPQ-R), satisfaction with life (SWLS), intensity of depressive symptoms (CES-D) and acceptance of illness (AIS). The results showed significant associations between illness-related beliefs and indicators of functioning in chronic illness. The analyses indicated that the duration of illness moderated the relationship between perceived control over treatment and satisfaction with life and acceptance of illness. Moreover the duration of illness moderated the relationship between perceived consequences of the illness and depressive symptoms.

Key words: ischemic heart disease, illness representation, satisfaction with life, depression, acceptance of illness

WPROWADZENIE

Choroby przewlekłe są jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych dotyczących społeczeństwa krajów rozwiniętych. Z definicji są one schorzeniami o długim czasie trwania, często nieuleczalnymi, z którymi człowiek musi zmagać się do końca życia. Wskazuje się na pięć cech charakterystycznych choroby przewlekłej umożliwiających odróżnienie jej od choroby ostrej. Są nimi: przyczyny, przebieg, sposób leczenia, konsekwencje oraz istota choroby. Choroba przewlekła wywołana jest w dużej mierze przez czynniki związane ze stylem życia, a mniejsze znaczenie odgrywiają patogeny, z którymi styka się człowiek. Istota choroby dotyczy intensywności symptomów. W chorobach przewlekłych, w ich początkowej fazie, symptomy są na tyle słabe i niezróżnicowane, że utrudniają choremu rozpoznanie choroby. Uważa się, że w przypadku chorób przewlekłych w początkowym okresie ich trwania trudno uchwycić zmiany (symptomy) następujące w stanie zdrowia i powiązać je z konkretną jednostką chorobową. W przebiegu chorób przewlekłych można odróżnić od siebie okresy zaostrzenia symptomów i remisji, w których stan pacjenta ulega poprawie. Skutkuje to koniecznością podejmowania odmiennych metod

leczenia w okresie rzutu choroby i jej remisji. W sytuacji zaostrzenia objawów potrzebna jest specjalistyczna pomoc lekarska, często ratująca życie chorym. Natomiast w okresie remisji pożądane są oddziaływania ze strony innych specjalistów np. dietetyków, rehabilitantów, psychologów, które będą minimalizować prawdopodobieństwo nawrotu choroby i przyczyniać się do wykształcenia kompetencji sprzyjających życiu z chorobą. Wreszcie choroba przewlekła pozostawia po sobie zawsze szereg konsekwencji obejmujących większość aspektów życia (Burish i Bradley, 1983).

Jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób przewlekłych o długim czasie trwania jest choroba niedokrwienne serca. Zgodnie z danymi epidemiologicznymi choroba ta jest odpowiedzialna za około 12% zgonów, co czyni z niej główną przyczynę śmierci na świecie. WHO (2011) szacuje, że na chorobę niedokrwinną serca każdego roku umiera 3,8 miliona mężczyzn i 3,4 miliona kobiet. W wielu przypadkach schorzenie to prowadzi do wystąpienia niepełnosprawności utrudniającej codzienne funkcjonowanie. Przypuszcza się, że około 4% diagnozowanej niepełnosprawności jest konsekwencją tej choroby (WHO, 2008; Westin i in., 1997).

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Michał Ziarko, Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
e-mail: ziarko@amu.edu.pl

¹ Badania zostały przeprowadzone w ramach grantu NCN nr 2001/01/B/HS6/00423, pt. „Radzenie sobie z chorobą przewlekłą psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje”. Kierownik grantu: dr Michał Ziarko.

Chorobę niedokrwienną serca rozpoznaje się, gdy mięsień sercowy jest niedostatecznie zaopatrzony w tlen i substancje odżywcze. Ten stan rzeczy spowodowany jest zmniejszonym przepływem wieńcowym pojawiającym się jako konsekwencja zmian miażdżycowych zwężających światło tętnic wieńcowych. (Tymińska-Sędek, 2004). Proces rozwoju choroby niedokrwiennej serca jest niemy klinicznie, co oznacza, że w początkowych fazach choroby jest ona nierozpoznawalna. Można ją dopiero zdiagnozować w postaci zaawansowanej, w której przyjmuje formę ostrej bądź przewlekłą. W formie przewlekłej przejawia się pod postacią objawów określanych jako dławica piersiowa (inaczej dusznica bolesna). Są to silne dolegliwości bólowe odczuwane w klatce piersiowej zaostrzające się w wyniku stresu, obfitego posiłku, ekspozycji na niską temperaturę. Ustupują one samoistnie po okresie odpoczynku. W formie ostrej choroba niedokrwienna serca bezpośrednio zagraża życiu i przejawia się zawałem mięśnia sercowego, niestabilną dusznicą bolesną oraz nagłym zgonem sercowym (Kymberley, Boothby i Boothby, 2007; Dłużniewski, 2003).

Zachorowanie na chorobę niedokrwienną serca nie pozostaje obojętne dla funkcjonowania osób nią dotkniętych. Choroba ta odciska swoje piętno na większości obszarów życia osób chorych: somatycznym, psychicznym, społecznym i behawioralnym, często zmniejszając poczucie komfortu i poziom dobrostanu osób chorujących.

W obszarze somatycznym skutkuje ona przede wszystkim odczuwaniem silnych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej utrudniających codzienne funkcjonowanie (Scheidt, 1996) oraz zmniejszeniem bądź zaprzestaniem aktywności fizycznej. Obserwuje się, że prawie połowa chorych skarżących się na objawy dusznicy bolesnej nie wykonuje żadnej aktywności fizycznej w czasie wolnym (Nortvedt, Riise i Mæland, 2005).

W obszarze psychologicznym choroba niedokrwienna serca wiąże się ze zmianami nastroju przejawiającymi się podwyższeniem poziomu lęku, depresyjności oraz złości. Badania przeprowadzone przez Lane, Carroll, Ring, Beeveres, Lip (2002) wskazują, że podczas hospitalizacji 30,9% pacjentów odczuwa wzrost natężenia depresji, a 26,1% doświadcza silniejszego lęku. Ponieważ choroba niedokrwienna serca jest sytuacją trudną egzystencjalnie, często stawia chorego przed koniecznością przebudowania własnej tożsamości, głównie wzbogaceniem jej o treści dotyczące choroby i bycia chorym (Radley, 1984, 1989, za: Ogden, 2007). Choroba niedokrwienna serca skłania do ponownego poszukiwania sensu życia (Ostrowski, 2004).

W obszarze społecznym bycie chorym na chorobę niedokrwienną serca, wymusza zredefiniowanie pełnionych ról społecznych, zwłaszcza rodzinnych i zawodowych. Według Coyne i Syme (1991) bycie chorym małżonkiem wiąże się z dodatkowymi obciążeniami. Osoby chore będące w związkach małżeńskich oprócz tego, że zmagają się z trudnościami spowodowanymi przez chorobę dodatkowo mierzą się z wypełnianiem zadań związanych

z funkcjonowaniem rodziny, co ma miejsce w sytuacji ograniczonych zdolności radzenia sobie.

W obszarze behawioralnym choroba niedokrwienna serca stawia chorego przed koniecznością zmiany wielu aspektów stylu życia. Obejmują one przede wszystkim konieczność: rezygnacji z zachowań antyzdrowotnych takich, jak palenie papierosów, nadmierne spożycie alkoholu czy też nieadaptacyjne formy radzenia sobie ze stresem oraz wprowadzenia zachowań prozdrowotnych związanych z aktywnością fizyczną i zbilansowaną dietą. Ponadto chorzy stają przed koniecznością zachowywania się zgodnie z rolą chorego, co oznacza dla nich głównie konieczność poddawania się systematycznym badaniom kontrolnym oraz przestrzeganie reżimu związanego z przyjmowaniem leków (Falvo, 2005; Ogden, 2007).

Twierdzi się, że od chwili postawienia diagnozy chorzy tworzą poznawczą reprezentację własnej choroby. Zjawisko to określa się takimi terminami jak: obraz własnej choroby (Heszen-Klemens, 1979), postawa wobec własnej choroby (Wrześniewski, 1986) lub przekonania na temat własnej choroby (Leventhal, Benyamini i Brownlee, 1997). Według Leventhala, Nerenz i Steele (1984) przekonania na temat własnej choroby obejmują sześć aspektów choroby. Są nimi:

- istota choroby, odnosi się do subiektywnego doświadczenia przez pacjenta symptomów choroby. Obejmuje więc spostrzeganie, rozumienie i nadawanie znaczenia sygnałom płynącym z ciała,
- przekonania na temat przyczyn choroby, czyli subiektywne rozumienie przez pacjenta powodów zachorowania, związane z odpowiedzią na pytanie, co spowodowało, że zachorowałem, jakie czynniki odegrały decydującą rolę w rozwoju mojej choroby?,
- przewidywania dotyczące przebiegu i czasu trwania choroby, związane z poszukiwaniem odpowiedzi na pytanie, jak długo będzie trwała moja choroba i jaka będzie jej dynamika,
- przewidywania odnoszące się do konsekwencji choroby obejmują rozważanie kwestii, jakie zmiany w życiu wywoła choroba,
- przekonania na temat możliwości kontroli symptomów choroby oraz przebiegu leczenia,
- poczucie spójności odnoszące się do stopnia, w jakim pacjent spostrzega, że rozumie i chorobę i jej skutki.

Wymienione aspekty poznawczej reprezentacji choroby zostały poszerzone o siódmy wymiar; emocjonalną odpowiedź na chorobę, który dotyczy tego, w jaki sposób osoba przeżywa swoje zachorowanie (Moss-Morrisa i in., 2002).

Przekonania dotyczące istoty choroby, jej przebiegu i konsekwencji odnoszą się do oceny potencjalnej powagi choroby oraz zagrożeń z nią związanych. Przekonania na temat kontroli choroby bywają utożsamiane z oceną poznawczą sytuacji choroby, a poczucie spójności jest metapoznawczą oceną swojej sytuacji zdrowotnej obejmującej przede wszystkim stopień zrozumienia choroby i jej wpływu na bieg życia (Wagner i Brown, 2012).

Leventhal i współpracownicy (1997) uważają, że po-
znawcza reprezentacja choroby posiada funkcję regulu-
jącą zachowanie. Oznacza to, że w zależności od posiada-
nych przez chorego przekonań na temat własnej choroby
będzie się on zachowywał odmiennie, co przełoży się na
stan jego zdrowia. Według tego założenia percepcja wła-
snej choroby współdecyduje o różnorodności i zmienności
reakcji w sytuacji choroby.

Przypuszczenie to zostało potwierdzone w badaniach
prowadzonych z udziałem pacjentów cierpiących na róż-
norodne schorzenia przewlekłe. Dla przykładu zaobser-
wowano związku pomiędzy obrazem własnej choroby:
a poczuciem jakości życia u pacjentów cierpiących na
cukrzycę (Watkins i in., 2000), a powagą symptomów
reumatoidalnego zapalenia stawów w rok po postawie-
niu diagnozy (Scharloo i in., 1999; Schiaffino, Shawaryn
i Blum, 1998). W grupie pacjentów cierpiących na choro-
bę niedokrwinną serca przekonania na temat choroby
pozwalają przewidzieć późniejsze zachowania zdrowotne
(Scharloo i in., 1998), zaangażowanie w rehabilitację
kardiologiczną (Whitmarsh, Koutantji i Sidell, 2003),
powrót do wypełniania ról społecznych, zwłaszcza zawo-
dowych (Petrie, Weinman, Sharpe i Buckley, 1996).

Hagger i Orbell (2003) w metaanalizie modelu Leven-
tala wskazują, że brak koncentracji na konsekwencjach
choroby i jej symptomach prowadzi do lepszego przysto-
sowania do życia z chorobą przewlekłą rozumianego jako:
wypełnianie ról społecznych, niewielkie fizjologiczne
konsekwencje choroby, poziom dobrostanu psychicznego
oraz witalność. Z kolei percepcja przyczyn była wymia-
rem niemającym znaczenia dla poziomu przystosowania
się chorych do własnej sytuacji zdrowotnej.

Ponieważ cechą definicyjną choroby przewlekłej jest
długi czas jej trwania to pojawia się interesujący pro-
blem. W jaki sposób długość choroby zmienia wzorce my-
ślenia (rozumiane jako przekonania na temat choroby)
i funkcjonowanie w chorobie przewlekłej (rozumiane jako
emocjonalną i poznawczą odpowiedź na fakt zachorowa-
nia i życia z chorobą)? Aby rozwiązać ten problem za-
proponowano model badawczy, w którym jako zmienną
niezależną potraktowano przekonania na temat choroby,

jako zmienne zależne poczucie zadowolenia z życia, na-
tężenie depresji oraz poziom akceptacji choroby. Zmien-
ne zależne potraktowano jako wskaźniki emocjonalnego
(poczucie zadowolenia z życia i natężenie depresji) i po-
znawczego (akceptacja choroby) funkcjonowania w sytu-
acji choroby przewlekłej. Czas trwania choroby uznano
jako potencjalny czynnik moderujący związek łączący
przekonania na temat choroby ze wskaźnikami poziomu
funkcjonowania osób chorych (patrz. Rycina 1).

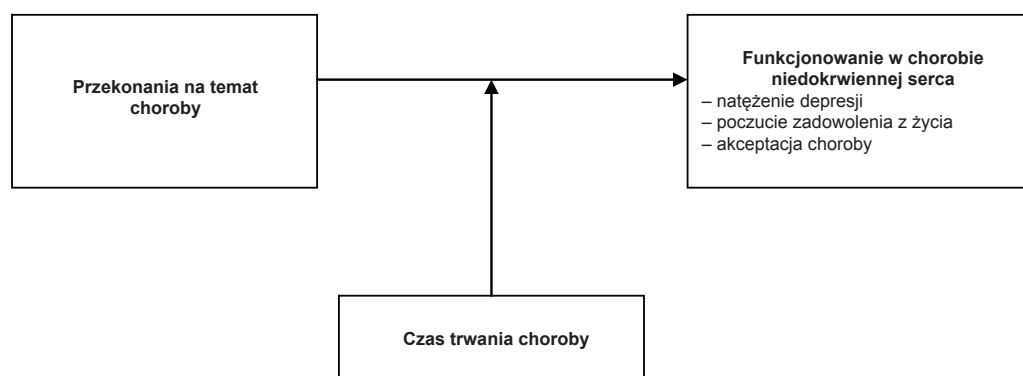
METODA

OSOBY BADANE

W badaniach wzięło udział 112 osób cierpiących na cho-
róbę niedokrwinną serca. Badani znajdowali się w wie-
ku pomiędzy 32 a 84 lata ($M=58.28$; $SD=9.44$). Od roz-
poznania choroby minęło przeciętnie 7.1 lat ($SD=8.98$;
 $MIN=.1$; $MAX=52$). W badanej grupie przeważali męż-
czyźni co jest zgodne z danymi epidemiologicznymi.
Było ich 84 (70%). Przebadani mężczyźni byli młodszy od
badanych kobiet ($MM=57.24$; $SDM=10.05$; $MK=60.74$;
 $SDK=7.37$; $t=2.105$; $p=.038$). Nie odnotowano różnic
w zakresie czasu trwania choroby pomiędzy mężczyznami
i kobietami ($MM=7.04$; $SDM=9.26$; $MK=7.25$; $SDK=8.35$;
 $t=.116$; $p=.908$). Uczestnicy badań byli pacjentami Od-
działu Rehabilitacji Kardiologicznej Szpitala Wojewódz-
kiego w Poznaniu. Badanie przeprowadzono w okresie
pogorszenia stanu zdrowia chorych i wynikającej z niego
konieczności ich hospitalizacji. Był to stan po przebytych
zawale serca lub przeprowadzonej angioplastyce wieńco-
wej, bądź pomostowaniu aortalno-wieńcowym.

NARZĘDZIA

Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Uczest-
nicy indywidualnie wypełniali kwestionariusze mierzą-
ce: poczucie zadowolenia z życia (Diener, Emmons, Lar-
son i Griffin, 1985; Juczyński, 2001); natężenie depresji
(Radloff, 1977), poziom akceptacji choroby (Felton, Re-
venson i Hinrichsen, 1984; Juczyński, 2001), przekona-
nia na temat choroby (Moss-Morrisa i in., 2002).



Ryc. 1. Hipotetyczna moderacja związku pomiędzy przekonaniami na temat choroby a funkcjonowaniem w chorobie niedokrwiennej serca

Skala Satysfakcji z Życia (*The Satisfaction with Life Scale SWLS*) (Diener, Emmons, Larson i Griffin, 1985; Juczyński, 2001) służy do pomiaru stopnia satysfakcji z życia. Składa się ona z pięciu twierdzeń odnoszących się do poziomu zadowolenia z życia (np. „Pod bardzo wieloma względami moje życie jest bliskie ideału.”). Odpowiedzi udzielane są na siedmiostopniowej skali gdzie 1 oznacza zupełnie się nie zgadzam a 7 całkowicie zgadzam się (α -Cronbaha=.84).

Skala CES-D (*Center for Epidemiologic Studies on Depression*) (Radloff, 1977) służy do szacowania poziomu depresji w tygodniu poprzedzającym badanie. Składa się ona z 20 twierdzeń odnoszących się do obniżonego nastroju, poczucia winy, bezwartościowości oraz symptomów somatycznych (np. „Wydawało mi się, że jestem gorszym człowiekiem niż inni ludzie.”). Zadaniem osób badanych jest określenie, jak często odczuwały one wymienione symptomy. Odpowiedzi udzielane są na czteropunktowej skali, której krańce opisane są: 0 – rzadko lub w ogóle nie (krócej niż 1 dzień); 3 – przez większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) (α -Cronbaha=.90).

Skala Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale – AIS*) (Felton, Revenson i Hinrichsen, 1984; Juczyński, 2001) służy do oceny stopnia przystosowania się pacjenta do choroby. Składa się ona z ośmiu twierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia (np. „Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu jak chciałbym być.”). Badani mają za zadanie ustosunkowanie się do poszczególnych twierdzeń na pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza zdecydowanie zgadzam się a 5 zdecydowanie nie zgadzam się (α -Cronbaha=.79).

Kwestionariusz Percepcji Choroby (*Revised Illness Perception Questionnaire IPQ-R*) (Moss-Morrisa i in., 2002; Wojtyła, 2012) służy do badania poznawczej reprezentacji choroby. Składa się on z trzech części. Pierwsza z nich służy do pomiaru odczuwanych symptomów, druga mierzy posiadane przez chorego przekonania na temat różnych aspektów choroby, trzecia sekcja odnosi się do przyczyn choroby spostrzeganych przez pacjenta. W prezentowanych badaniach posłużono się danymi uzyskanymi w sekcji drugiej, które w szczególności odnoszą się do spostrzegania choroby jako: (1) ostrej bądź chronicznej (np. „Moja choroba będzie trwać krótki czas.”), (2) charakteryzującej się powtarzającymi w czasie nawrotami (np. „Przechodzę okresy, podczas których moja choroba nasila się i ustępuje.”), (3) posiadającej różnorodne konsekwencje (np. „Moja choroba odbija się w znaczący sposób na moim życiu.”), (4) pozostającej pod osobistą kontrolą (np. „Moje działania mogą zdecydować o tym, czy moja choroba nasili się lub zacznie ustępować.”), (5) wywołującej różnorodne stany emocjonalne (np. „Fakt, że jestem chory napawa mnie niepokojem.”). Ponadto sekcja ta umożliwia pomiar przekonań odnoszących się do (6) możliwości kontrolowania stanu swojego zdrowia dzięki procesowi leczenia (np. „Moje leczenie pozwoli zapobiec lub uniknąć negatywnych skutków mojej choroby.”) oraz (7) stopnia zrozumienia choroby (np. „Moja choroba jest dla mnie tajemnicą.”). Odpowiedzi udziela-

ne są na pięciostopniowej skali, której krańce oznaczają 1 – zdecydowanie się nie zgadzam, 5 zdecydowanie się zgadzam (α -Cronbaha od .61 do .84).

ZASTOSOWANE PROCEDURY STATYSTYCZNE

Przygotowując dane do analizy uzupełniono braki w danych posługując się procedurą EM. W sytuacji, gdy brakowało więcej niż 2% odpowiedzi wykluczono takie dane z analiz. W pierwszej kolejności obliczono statystyki opisowe mierzonych zmiennych oraz współczynniki rzetelności α -Cronbach poszczególnych kwestionariuszy. W celu sprawdzenia związków pomiędzy poszczególnymi elementami reprezentacji choroby a poczuciem zadowolenia z życia, natężeniem depresji oraz stopniem akceptacji choroby obliczono współczynniki korelacji r -Pearsona. Aby sprawdzić hipotezę o moderującej roli długości trwania choroby dla przebiegu związku pomiędzy reprezentacją choroby a poczuciem zadowolenia z życia, natężeniem depresji i akceptacją choroby wykonano analizę moderacji w sposób rekomendowany przez Preachera, Ruckera i Hayes (2007).

WYNIKI

STATYSTYKI OPISOWE I WSPÓŁCZYNNIKI KORELACJI POMIĘDZY REPREZENTACJĄ CHOROBY A POZIOMEM FUNKCJONOWANIA

W Tabeli 1 przedstawiono statystyki opisowe mierzonych zmiennych oraz współczynniki korelacji pomiędzy nimi. Najwięcej zależności odnotowano pomiędzy poznawczą reprezentacją choroby a natężeniem depresji. Poziom depresji ujemnie koreluje z przekonaniami na temat możliwości samokontroli choroby ($r=-.26$; $p=.004$) i poczuciem spójności ($r=-.21$; $p=.02$) oraz dodatnio z reprezentacją emocjonalną choroby ($r=.47$; $p<.01$). Poziom akceptacji choroby wiąże się pozytywnie z przekonaniem o możliwości wpływu na przebieg leczenia ($r=.23$; $p=.013$). Wraz z czasem trwania choroby osłabieniu ulegają przekonania na temat możliwości samokontroli ($r=-.33$; $p<.01$) oraz kontroli przebiegu procesu leczenia ($r=-.30$; $p<.01$). Zwiększa się też natężenie emocjonalnej reakcji na chorobę ($r=.19$; $p=.048$).

MODERUJĄCA ROLA CZASU TRWANIA CHOROBY W RELACJĘ POMIĘDZY REPREZENTACJĄ CHOROBY A POCZUCIEM ZADOWOLENIA Z ŻYCIA

Moderującą rolę czasu trwania choroby zaobserwowano w przypadku relacji łączącej przekonania na temat konsekwencji choroby oraz przekonania dotyczące możliwości kontrolowania przebiegu procesu leczenia z wyróżnionymi wskaźnikami funkcjonowania osób chorych.

Długość trwania choroby moderowała relację łączącą spostrzegane konsekwencje choroby z poziomem depresji (patrz Tabela 2). Do czwartego roku trwania choroby koncentracja na konsekwencjach choroby skutkowała istotnym wzrostem poziomu depresji. U osób chorują-

Tabela 1
 Statystyki opisowe, współczynniki rzetelności α -Cronbacha oraz wartości współczynników korelacji pomiędzy mierzonymi zmiennymi

	M	SD	alfa	1a	1b	1c	1d	1e	1f	1g	2	3	4
1. Przekonania na temat choroby													
a) ostrość – chroniczność	20.39	4.54	.82										
b) konsekwencje choroby	20.94	3.63	.69	.52**									
c) samokontrola	21.59	3.67	.72	-.15	-.19								
d) kontrola leczenia	19.33	2.51	.61	-.27**	-.16	.52**							
e) poczucie koherencji	16.81	3.78	.71	.09	-.04	.39**	.39**						
f) cykliczność występowania objawów	11.92	2.98	.71	-.01	.07	-.14	-.24**	-.18					
g) reprezentacja emocjonalna	18.60	5.03	.84	.14	.29**	-.26**	-.21*	-.29**	.23*				
2. Poczucie zadowolenia z życia	22.81	5.76	.83	-.16	-.13	.07	.17	-.07	.12	-.16			
3. Natężenie depresji	16.05	10.95	.90	.04	.10	-.26**	-.17	-.21*	.15	.47**	-.11		
4. Akceptacja choroby	25.48	6.11	.79	-.03	-.12	.08	.23*	.02	-.09	-.15	.15	-.18*	
5. Długość trwania choroby	7.10	7.10	–	.14	.04	-.33**	-.30**	-.17	.10	.19*	-.07	.17	-.04

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tabela 2

Długość choroby jako moderator związku pomiędzy spostrzeganymi konsekwencjami choroby a poziomem depresji

Zmienna	beta	SE B	t	p
Stała	-4.05	7.42		
Spostrzegane konsekwencje choroby	.89	.35	2.54	.013
Czas trwania choroby	2.03	.89	2.28	.024
Spostrzegane konsekwencje choroby × Czas trwania choroby	-.09	.04	-2.07	.041

$R^2=.09$, $F_{(3, 108)}=3.43$, $p=.019$

Tabela 3

Długość choroby jako moderator związku pomiędzy spostrzeganą możliwością kontroli przebiegu leczenia choroby a poziomem zadowolenia z życia

Zmienna	beta	SE B	t	p
Stała	7.42	5.67		
Spostrzegana możliwość kontroli przebiegu choroby	.80	.29	2.81	.006
Czas trwania choroby	1.06	.49	2.17	.032
Spostrzegana możliwość kontroli przebiegu choroby × Czas trwania choroby	-.06	.03	-2.22	.029

$R^2=.08$, $F_{(3, 108)}=2.96$, $p=.035$

Tabela 4

Długość choroby jako moderator związku pomiędzy spostrzeganą możliwością kontroli przebiegu leczenia choroby a poziomem akceptacji choroby

Zmienna	beta	SE B	t	p
Stała	4.35	6.47		
Spostrzegana możliwość kontroli przebiegu leczenia	1.09	.33	3.33	.001
Czas trwania choroby	1.14	.56	2.04	.043
Spostrzegana możliwość kontroli przebiegu leczenia × Czas trwania choroby	-.06	.03	-2.01	.040

$R^2=.10$, $F_{(3, 108)}=3.76$, $p=.013$

cych więcej niż cztery lata związek ten stał się nieistotny statystycznie.

Podobny obraz zależności między zmiennymi odnotowano w przypadku relacji łączącej spostrzeganą możliwość kontrolowania przebiegu leczenia choroby z poczuciem zadowolenia z życia (patrz. Tabela 3). Do siódmego roku trwania choroby wraz ze wzrostem przekonań o możliwości wpływu na przebieg procesu leczenia rosło poczucie zadowolenia z życia. Później związek ten przestał być istotny statystycznie.

Związek pomiędzy spostrzeganą możliwością kontrolowania przebiegu leczenia choroby a poziomem akceptacji choroby zależy również od czasu trwania choroby (patrz. Tabela 4). U osób chorujących powyżej dziesięciu lat związek ten przestaje być istotny.

DYSKUSJA

Przeprowadzone badania potwierdziły znaczenie czasu trwania choroby, jako czynnika moderującego związek

pomiędzy niektórymi przekonaniami na temat choroby a wskaźnikami funkcjonowania w chorobie niedokrwiennej serca. Taki obraz zależności odnotowano w przypadku relacji łączącej: spostrzegane konsekwencje choroby z poziomem depresji, spostrzeganą możliwością kontrolowania przebiegu leczenia choroby z poczuciem zadowolenia z życia oraz spostrzeganą możliwością kontrolowania przebiegu leczenia choroby a poziomem akceptacji choroby. Zaobserwowane zależności pozwalają lepiej zrozumieć zmiany, jakie zachodzą w funkcjonowaniu chorych wraz z wydłużaniem się czasu trwania choroby. Z odnotowanych zależności wyłania się prawidłowość, że w początkowym okresie choroby przekonania na jej temat pełnią funkcję regulacyjną, później wraz z czasem trwania choroby przestają odgrywać taką rolę. Prawidłowość tę można wyjaśnić w następujący sposób. Choroba przewlekła w momencie jej rozpoznania jest nową i nieznaną sytuacją. W jej początkowym okresie pacjent nie posiada jeszcze stabilnych przekonań na jej temat. Często są też one niepełne. Chory potrzebuje czasu na

zbudowanie, w miarę stałej, kompletnej i stabilnej poznawczej reprezentacji własnej choroby. Okres jej budowania i poszukiwania sposobów radzenia sobie z chorobą przekłada się na poziom funkcjonowania pacjenta, jego stan emocjonalny i funkcjonowanie poznawcze. Później z czasem, gdy choroba staje się czymś znanym i stale obecnym w życiu człowieka przekonania na temat choroby, a także wzorce aktywności w chorobie utrwalają się. W związku z czym w mniejszym stopniu wiążą się one z poziomem funkcjonowania chorych.

W odniesieniu do pierwszej relacji, czyli związku pomiędzy spostrzeganymi konsekwencjami choroby a poziomem depresji, koncentracja na konsekwencjach choroby sprzyja wzrostowi poziomu depresji. Relacja ta jest istotna do czwartego roku choroby. Wskazuje to, że nadmierne rozważanie pojawiających się następstw i ograniczeń spowodowanych przez chorobę pełni funkcję dezadaptacyjną ponieważ sprzyja obniżeniu nastroju. Później związek ten przestaje być istotny. Być może osoba uczy się żyć z ograniczeniami wywołanymi przez chorobę bądź przyzwyczajają się do nich. Zaobserwowana zależność zgodna jest z wnioskami postawionymi przez Hagger i Orbell (2003), którzy zaobserwowali, że zbytne skoncentrowanie na konsekwencjach choroby utrudnia efektywne funkcjonowanie.

Wartą podkreślenia jest zależność łącząca spostrzeganą możliwość kontrolowania przebiegu leczenia z poziomem zadowolenia z życia i akceptacją choroby. Potwierdza ona sformułowane przypuszczenie, że jednym z kluczowych czynników sprzyjających efektywnemu funkcjonowaniu z chorobą przewlekłą jest podzielenie przekonania o możliwości osobistego wpływu na stan własnego zdrowia. Przekonanie o współodpowiedzialności za przebieg efektów leczenia ułatwia prowadzenie satysfakcjonującego życia w pierwszych latach choroby. Osłabienie i zanik tej zależności wraz z czasem trwania choroby niedokrwiennej serca może być związany z jej rozwojem i nasileniem objawów (Dłużniewski, 2003) bądź wyczerpywaniem się dostępnych zasobów i wejściem w spiralę strat (Hobfoll, 2006).

Wykazanie, że przekonania na temat choroby pełnią funkcję regulacyjną w początkowym jej okresie, skłania do sformułowania zalecenia, że powinien to być czas szczególnie intensywnych oddziaływań psychoedukacyjnych. W okresie po postawieniu diagnozy powinny być realizowane programy zachęcające pacjentów do aktywnego włączenia się w proces leczenia oraz uczące, w jaki sposób na skutek własnych działań można zachowywać bądź polepszać stan swojego zdrowia. Jest to o tyle istotne, że wraz z czasem trwania choroby maleje przekonanie pacjentów o możliwości poprawy stanu swojego zdrowia na skutek własnej aktywności.

Ograniczenia przeprowadzonych badań wynikają głównie z zastosowanej procedury badawczej. Po pierwsze, badania nie miały charakteru podłużnego. Uzyskany obraz zależności byłby silniej uprawomocniony, gdyby funkcjonowanie chorych było obserwowane w różnych momentach trwania choroby w tej samej grupie chorych.

Dodatkowo badanie zostało przeprowadzone w sytuacji wystąpienia kryzysu zdrowotnego, związanego z zawalem serca bądź przeprowadzeniem planowanej operacji. W związku z tym pojawia się pytanie o obraz zależności pomiędzy badanymi zmiennymi u chorych, którzy znajdują się w fazie remisji choroby i mogą efektywnie funkcjonować. Być może faza choroby, remisja bądź jej rzut okazałyby się czynnikiem zmieniającym postać zaobserwowanych zależności. Z tych względów wydaje się konieczne przeprowadzenie badań poświęconych temu zagadnieniu o charakterze longitudinalnym z uwzględnieniem chorych znajdujących się w odmiennych fazach choroby.

LITERATURA

- Burish, T.G., Bradley, L.A. (1983). Coping with chronic disease: Definitions and issues. W: T.G. Burish, L.A. Bradley (red.), *Coping with chronic disease: Research and applications* (s. 3–12). New York: Academic Press.
- Coyne, S., Syme, D.A.F. (1991). Couples coping with myocardial infarction: A contextual perspective on wives distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 404-412.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larson, R.J., Griffin, S. (1985). The satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-5.
- Dłużniewski, M. (2003). Choroba niedokrwienności serca – podstawowe mechanizmy i definicje. Implikacje dla lekarza praktyka. W: M. Dłużniewski, A. Mamcarz, P. Krzyżak (red.), *Kardiologia praktyczna dla lekarzy rodzinnych i studentów medycyny. T. III, Część 1: Choroba niedokrwienności serca* (s. 51-60). Warszawa: Akademia Medyczna.
- Falvo, D.R. (2005). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability* (wyd. 3). Sudbury, Massachusetts, Boston, Toronto, London, Singapore: Jones and Bartlett Publishers.
- 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 and Medicine*, 18, 889-898. doi: 10.1016/0277-9536(84)90158-8
- Hagger, M.S., Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, 141–184. doi:10.1080/088704403100081321
- Heszen-Klemens, I. (1979). *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław: Ossolineum.
- Hobfoll, S.E. (2006). *Stres, kultura i społeczeństwo. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: GWP.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kymberley, K., Boothby, B., Boothby, J.L. (2007). Coping and Heart Disease: Implications for Prevention and Treatment. W: E. Martz, H. Livneh (red.), *Coping with chronic illness and disability theoretical, empirical, and clinical aspects* (s. 267-287). New York: Springer.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beeveres, D.G., Lip, G.Y.H. (2002). The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 7, 11-21.

- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S. (1997). Illness representations: theoretical foundations, W: K.J. Petrie, J.A. Weinman (red.), *Perceptions of health and illness* (s. 1-18). Amsterdam: Harwood.
- Leventhal, H., Nerenz, D.R., Steele, D.S. (1984). Illness representations and coping with health threats. W: Baum, A. Taylor, S.E., Singer, J.E. (red.), *Handbook of psychology and health* (t. IV, s. 219-252). Hillsdale, New York: Erlbaum.
- Moss-Morrisa, R., Weinman, J., Petriea, K.J., Hornec, R., Camerona, L.D., Buickc, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*, 1-16. doi: 10.1080/08870440290001494
- Nortvedt, M.W., Riise, T., Mæland, J.G. (2005). Multiple sclerosis and lifestyle factors: the Hordaland Health Study. *Neurological Sciences, 26*, 334-339. doi: 10.1007/s10072-005-0498-2
- Ogden, J. (2007). *Health psychology a textbook* (wyd. 4). Berkshire: Open University Press McGraw-Hill House.
- Ostrowski, T. (2004). Choroba niedokrwienna serca w perspektywie egzystencjalnej. W: K. Wrześniewski, D. Włodarczyk, (red.), *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania* (s. 151-172). Gdańsk: GWP.
- Petrie, K.J., Weinman, J., Sharpe, N. and Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: A longitudinal study. *British Medical Journal, 312*, 1191-1194.
- Preacher, K.J., Rucker, D.D., Hayes, A.F. (2007). Addressing moderated mediation hypotheses: Theory, methods, and prescriptions. *Multivariate Behavioral Research, 42*, 185-227.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement June, 1*, 385-401. doi: 10.1177/014662167700100306.
- Scharloo, M., Kaptein A.A., Weinman J., Hazes J.M., Williams L.N.A., Bergman, W., Rooijmans H.G.M. (1998). Illness perceptions coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 44, 5*, 573-585. doi: 10.1016/S0022-3999(97)00254-7.
- Scheidt, S. (1996). A whirlwind tour of cardiology for the mental health professional. W: R. Allan., S. Scheidt, (red.), *Heart and mind: The practice of cardiac psychology* (s. 15-62). Washington: American Psychological Association.
- Schiaffino, K.M., Shawaryn, M.A., Blum, D. (1998). Examining the impact of illness representations on psychological adjustment to chronic illnesses. *Health Psychology, 17, 3*, 262-268.
- Tymińska-Sędek, K. (2004). Nowoczesne metody leczenia choroby niedokrwiennej serca. W: K. Wrześniewski, D. Włodarczyk, (red.), *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania* (s. 21-42). Gdańsk: GWP.
- Wagner, S.A., Brown, S.L. (2012). Associations between hypochondriacal symptoms and illness appraisals, and their moderation by self-focused attention. *Journal of Applied Social Psychology, 42*, 195-212. doi: 10.1111/j.1559-1816.2011.00872.x
- Watkins, K.W., Connell, C.M., Fitzgerald, J.T., Klem, L., Hickey, T., Ingersoll-Dayton, B. (2000). Effects of adults' self regulation on quality of life outcomes. *Diabetes Care, 23*, 1511-1515.
- Westin, L., Carlsson, R., Israelsson, B., Willenheimer, R., Cline, C., McNeil, T.F. (1997). Quality of life in patients with ischaemic heart disease: a prospective controlled study. *Journal of Internal Medicine, 242*, 239-247.
- Whitmarsh, A., Koutantji, M., Sidell, K. (2003). Illness perceptions, mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation. *British Journal of Health Psychology, 8, 2*, 209-221. doi: 10.1348/135910703321649178.
- Wojtyna, E. (2012). *Poznawcze, afektywne i społeczne uwarunkowania stosowania się do zaleceń lekarskich przez chorych na cukrzycę typu 2*. Nie opublikowana praca doktorska. Katowice: Uniwersytet Śląski.
- World Health Organization (2011). *The atlas of heart disease and Stroke*. Tekst dostępny pod adresem: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/. Stan z dnia 10.11.2011.
- World Health Organization (2008). *The global burden of disease*. Geneva: WHO.
- Wrześniewski, K. (1986). *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.