

**UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI**

**Collegium Medicum**

**Wydział Lekarski**

**Jolanta Siwińska**

**Zachowania prozdrowotne populacji pacjentów  
po transplantacji serca**

**Rozprawa doktorska**

**Promotor: Dr hab. med. Piotr Przybyłowski**

**Pracę wykonano w Oddziale Klinicznym Chirurgii Serca. Naczyń i Transplantologii CM  
UJ, KSS im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80, 31-202, Kraków**

**Kierownik Kliniki: Prof. zw. dr hab. med. Jerzy Sadowski**

**Spis treści:**

	WPROWADZENIE	4
	CZĘŚĆ TEORETYCZNA	6
Rozdział I	Medyczne aspekty transplantacji serca	6
I.1.	Historia przeszczepiania serca	6
I.2	Leczenie immunosupresyjne	7
Rozdział II	Zachowania zdrowotne i profilaktyka zdrowotna jako elementy zaleceń lekarskich wpływające na przebieg i wynik leczenia po transplantacji serca	11
II.1.	Zachowania zdrowotne – definicje i klasyfikacja	13
II.2.	Modele Zachowań zdrowotnych	15
II.3.	Kształtowanie zachowań zdrowotnych u pacjentów po transplantacji serca.	18
II.4.	Przestrzeganie zaleceń lekarskich.	22
II.5..	Profilaktyka zdrowotna	24
Rozdział III.	Czynniki psychologiczne wpływające na podejmowanie zachowań zdrowotnych.	25
III.1	Dyspozycyjny optymizm.	26
III.2	Uogólnione poczucie własnej skuteczności.	27
III.3.	Akceptacja choroby i związanych z nią ograniczeń.	28
Rozdział IV.	Metodologia badań własnych	31
IV.1.	Teoretyczny model badania	31
IV.1.1.	Cele pracy	32
IV.1.2.	Hipotezy badawcze	33
IV.2.	Metodyka	33
IV.2.1.	Procedura badawcza	33
IV.2.2.	Analizowane zależności	34
IV.2.3.	Narzędzia badawcze	34
IV.2.4	Metody statystyczne	40
Rozdział V.	Wyniki	42
V.1.	Charakterystyka badanej grupy	42
V.3.	Schorzenia współistniejące	44

V.4.	Zachowania zdrowotne	49
V.5.	Dyspozycyjny optymizm ogólny	56
V.6.	Uogólnione poczucie własnej skuteczności	57
V.7.	Akceptacja choroby i związanych z nią ograniczeń	58
V.8.	Ocena przestrzegania zaleceń lekarskich metodą sędziów kompetentnych	67
V.9.	Weryfikacja hipotez badawczych.	69
Rozdział VI.	Dyskusja i wnioski	79
VI.1.	Dyskusja	79
VI.2.	Wnioski	91
	Bibliografia	93
	Streszczenia	100
Aneks	Formularze testów	105
	Spis tabel	110
	Spis rycin	112
	Spis wykresów	113

## **Wprowadzenie**

Gwałtowny rozwój medycyny daje nowe możliwości leczenia i ratowania życia ludzkiego. Rozwój transplantologii, doskonalenie stosowanych leków immunosupresyjnych wielu osobom ratuje życie. Te nowoczesne metody terapeutyczne, wydłużając życie, konfrontują pacjenta z maksymalnie nasilonym stresem. Pacjent podejmując decyzję o poddaniu się operacji przeszczepienia serca przyjmuje na siebie część odpowiedzialności za powodzenie leczenia. Konieczny jest wybór między nowym stylem życia a komplikacjami mogącymi doprowadzić do utraty dobrego stanu zdrowia a nawet życia. Sytuacja stawia człowieka w obliczu konieczności dokonania zmian w sposobie pełnienia ról rodzinnych, zawodowych, społecznych i podjęcia roli pacjenta.

Z medycznego punktu widzenia uznaje się, że transplantacja serca nie tylko ratuje życie, ale także poprawia jego, jakość. Jednak mimo postępu w wydłużeniu życia po przeszczepieniu nadal wymaga się od pacjentów niezwykle zdyscyplinowania w przestrzeganiu zaleceń lekarskich, systematycznego wykonywania badań kontrolnych i okresowych hospitalizacji.

Podstawowe leki stosowane u biorców narządów, działając na układ odpornościowy, zwiększają ryzyko zakażeń bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych oraz rozwoju nowotworów. Mogą pojawić się uciążliwe dla chorego objawy uboczne. W wielu przypadkach dochodzi do polekowego uszkodzenia nerek, wątroby czy trzustki. Występuje większa skłonność do miażdżycy, nadciśnienia tętniczego i cukrzycy.

Warunkiem długotrwałego przeżycia po przeszczepieniu serca jest nie tylko stosowanie się do zaleceń lekarskich przez dyscyplinę w zażywaniu leków immunosupresyjnych, ale także przez podjęcie działań pro zdrowotnych. Niezbędna jest zmiana diety, trybu życia i utrzymywanie wysokich standardów higienicznych.

Opisana sytuacja wymusza radykalne zmiany zachowań zdrowotnych. Część chorych, już wcześniej z powodu poprzedzających lub towarzyszących niewydolności serca schorzeń, takich jak, choroba wieńcowa czy nadciśnienie tętnicze lub cukrzyca, dokonuje niezbędnej modyfikacji stylu życia. Osoby, które nagle zachorowały powinny dokonać tych zmian najpóźniej po operacji.

Celem pracy było zdiagnozowanie i opisanie zachowań prozdrowotnych populacji pacjentów po transplantacji serca i określenie, w jakim stopniu

przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących trybu życia, diety, zażywania leków i odbywania badań kontrolnych wpływa na wystąpienie powikłań w okresie wczesnym i późnym pooperacyjnym. Dodatkowo oceniono zależność wartości wskaźnika zachowań zdrowotnych od czynników osobowościowych ( dyspozycyjnego optymizmu i uogólnionego poczucia własnej skuteczności) oraz akceptacji choroby. Zbadano także wpływ wartości wskaźnika zachowań zdrowotnych na ilość i rodzaj powikłań immunosupresji.

## CZĘŚĆ TEORETYCZNA

### Rozdział I. Medyczne aspekty transplantacji serca

#### I. 1. Historia przeszczepiania serca.

Transplantacja serca to metoda leczenia skrajnej niewydolności krążenia stosowana w przypadku wyczerpania wszystkich innych możliwości terapii farmakologicznej i leczenia operacyjnego. Najczęstsze przyczyny ciężkiej niewydolności krążenia to rozległe pozawałowe uszkodzenie serca /44%/, pozapalna kardiomiopatia /40%/, schyłkowa postać nabytych wad serca/3 %/, wrodzone wady serca/2%/, retransplantacje /2,%/ ( Przybyłowski P. (2009) )<sup>83</sup>

Pierwsza transplantacja serca od człowieka do człowieka została wykonana w 1967 roku w Kapsztadzie w Republice Południowej Afryki przez Christiana Barnarda. W Polsce pierwszy, nieudany przeszczep serca miał miejsce w 1969 roku w Łodzi / Jan Moll i Antoni Działkowiak/.

Niepowodzenia w prowadzeniu pooperacyjnym chorych i złe wyniki z powodu niedoskonałej immunosupresji, spowodowały, że początkowy entuzjazm środowisk medycznych szybko zmienił się w rezygnację. Tylko trzy ośrodki kardiochirurgiczne kontynuowały program przeszczepowy – Stanford /USA/, Kapsztad i Paryż. Prowadzono badania laboratoryjne i eksperymentalne poszukując nowych leków przeciwdziałających odrzucaniu przeszczepionego narządu. W 1978 roku pojawiła się na rynku farmaceutycznym Cyklosporyna A, lek, który spowodował powrót ośrodków kardiochirurgicznych do przeszczepiania serca. W 1985 roku wykonano pierwszą transplantację w Klinice Kardiochirurgii w Zabrze, a w 1988 roku w Krakowie. Od tego czasu systematycznie wzrastała ilość przeszczepów. Do tej pory w Krakowskiej Klinice Chirurgii Serca i Naczyń wykonano 544 transplantacji serca.

Transplantacja serca jest nadal najskuteczniejszą metodą leczenia skrajnej niewydolności serca, jednak liczba wykonanych operacji systematycznie od 1995 roku maleje. Według danych POLTRANSPLANTU<sup>82</sup> w 2013 roku wykonano w Polsce 87 przeszczepów serca, a osób zarejestrowanych na Krajowej Liście Oczekujących było 330.

## I.2. Leczenie immunosupresyjne

Podstawą powodzenia po udanej operacji jest prowadzenie efektywnego leczenia immunosupresyjnego, zapobiegającego odrzuceniu przeszczepionego serca. Pacjent musi zażywać leki w ściśle określonych dawkach i o wyznaczonych godzinach. Podstawowe leki immunosupresyjne to:

**A. Cyklosporyna (CsA)** - chemicznie cykliczny polipeptyd wyizolowany z grzyba tundry norweskiej *Tolypocladium inflatum* Gams. Działanie CsA polega na selektywnym hamowaniu odpowiedzi immunologicznej (aktywacji limfocytów T). Oryginalny preparat Sandimmun Neoral. Ma działania niepożądane takie jak: nefrotoksyczność ostra i przewlekła, zaburzenia metabolizmu lipidów i hipercholesterolemia, zaburzenia metabolizmu bilirubiny i występowanie kamicy żółciowej, hipomagnezemia i zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze, bolesne skurcze mięśni, polineuropatia – głównie w postaci drżenia rąk i przeczulicy skórnej

**B. Takrolimus (TAC)** – Prograf®. Chemicznie jest to antybiotyk makrolidowy, który przez wpływ na wytwarzanie interleukin, (IL-4, IL-10) hamuje stymulację limfocytów B, dojrzewanie komórek plazmatycznych i tworzenie przeciwciał. Do działań niepożądanych, podobnie jak w przypadku CsA należy: nefrotoksyczność, większa ilość nietolerancji glukozy i cukrzycy, wypadanie włosów i łysienie.

**C. Sirolimus (rapamycyna – RAPA)**, Chemicznie antybiotyk makrolidowy działający immunosupresyjnie i antyproliferacyjnie. Przez wiązanie się z białkiem FKBP-12 i fosforylację kolejnych białek regulatorowych hamuje cykl komórkowy na poziomie fazy G1 i wstrzymuje progresję cyklu komórkowego. Lek jest dobrze tolerowany, jednak we wczesnym okresie pooperacyjnym przez działanie antyproliferacyjnie i retencję płynów utrudnia gojenie ran, może doprowadzić do tamponady serca. RAPA nie jest neurotoksyczna, ale jej stosowanie może prowadzić do hiperlipidemii i małopłytkowości.

**D. Ewerolimus (Certican®)**. Jest inhibitorem sygnału proliferacji, hamuje klonalną ekspansję limfocytów T przez interleukiny IL-2 i IL15 zatrzymując przemiany wewnątrzkomórkowe – komórki zatrzymują się w G1 fazie cyklu życiowego. Działa także na szereg komórek, także mięśni gładkich, które nie odpowiadając na miogeny uwalniane z uszkodzonego śródbłonka hamują rozwój waskulopatii w przeszczepionym sercu. Działania niepożądane to: małopłytkowość, niedokrwistość, zaburzenia

gospodarki lipidowej, hipercholesterolemia i trójglicerydemia, bóle brzucha i nudności, obrzęki kończyn dolnych, gromadzenie płynów w jamach ciała( osierdzie, jama opłucnej i otrzewnej)

**E. Glikokortykosteroidy (GS)** Leki o niespecyficznym działaniu przeciwzapalnym. Hamują ekspresję molekuł adhezyjnych, syntezę cytokin, migrację leukocytów przez ścianę naczyń i indukują apoptozę komórek immunokompetentnych. Wiążą się z receptorami cytoplazmatycznymi i regulują ekspresję genów i wytwarzanie cytokin. Mają również wpływ na ekspresję genów dla wielu enzymów biorących udział w procesach immunologicznych.

Działania niepożądane przy przewlekłym stosowaniu GS to; dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, nietolerancja glukozy, objawy ze strony OUN, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zaburzenia endokrynologiczne, otyłość, utrudnienie gojenia się ran.

**F. Azatiopryna (AZA)** Imidazolowy analog puryn hamujący syntezę kwasów nukleinowych. Obecnie stosowany w kontynuacji leczenia pacjentów, u których wykonano HTX w latach 80-tych. Działania niepożądane to: złe samopoczucie, wymioty, zaburzenia czynności wątroby, żółtaczka zastoinowa, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia hemopoezy

**G. Mykofenolan Mofetilu – MMF i CellCept®.** Lek zatrzymuje cykl komórkowy w fazie życia, G1, hamuje proliferację limfocytów, dojrzewanie komórek dendrytycznych, produkcję przeciwciał stymulowanych mitogenami i antygenami, indukuje apoptozę aktywowanych limfocytów. Działania niepożądane to głównie zaburzenia żołądkowo-jelitowe i biegunki. Obserwuje się także więcej przypadków infekcji wirusem CMV.

**H. Przeciwciała poliklonalne (ATG, RATG)** – obcogatunkowe białka stosowane są w procesie odrzucania odpornym na działanie steroidów. Objawy uboczne mogą przybierać postać reakcji uczuleniowej, ale również wstrząsu anafilaktycznego. Istnieje także ryzyko zwiększonej zapadalności na infekcje CMV, EBV oraz na choroby limfoproliferacyjne.

**I. Przeciwciała monoklonalne** są to przeciwciała produkowane przez nieróżnicujące się, stanowiące jeden klon limfocyty B, rozpoznają tylko jedną, ściśle określoną determinantę antygenową. Stosowane w transplantologii to Muromonab –



CD3(OKT3), Bazyliksimab (Simulect) oraz Daklizumab (Zenopax). W przypadku dwóch ostatnich nie stwierdzono większej ilości infekcji CMV i zespołów limfoproliferacyjnych.

Przeгляд działania podstawowych leków immunosupresyjnych (Przybyłowski P. 2009)<sup>83</sup> pokazuje jak wiele niepożądanych działań wiąże się z ich przewlekłym stosowaniem. W praktyce jednak wiadomo, że nie ma możliwości całkowitego zrezygnowania z immunosupresji. Można jedynie modyfikować zestaw zalecanych pacjentowi leków.

<b>Choroba</b>	<b>Leki</b>	<b>W ciągu 5 lat</b>	<b>W ciągu 10 lat</b>
Nadciśnienie tętnicze	Cyklosporyna, steroidy	93,8%	98,5%
Hiperlipidemia	Steroidy, inhibitory kalcineuryny	87,1%	93,3%
Cukrzyca	Steroidy, inhibitory kalcineuryny- głównie takrolimus	34,8%	36,7%
Zaburzenia czynności nerek	Inhibitory kalcineuryny	32,6%	38,7%
Choroba naczyniowa graftu		31,5%	52,7%

Tabela nr 1 Schorzenia występujące u pacjentów po HTX. Dane z obserwacji w latach 1994-2006<sup>(Sobczyk 2002)<sup>100</sup></sup>.

Przedstawione w tabeli nr 1 zbiorcze dane wskazują, że pojawiające się po transplantacji serca powikłania są związane ze skutkami ubocznymi stosowanych leków. Badania Grady K. (2005, 2007)<sup>34,35,36</sup> dotyczące funkcjonalnej niepełnosprawności pacjentów żyjących od 5 do 10 lat po przeszczepie pokazują, w grupie chorych ze współistniejącymi innym schorzeniami ( np. cukrzyca) występuje znacząco niższy poziom codziennej życiowej aktywności. Badania Barr. M. (2003)<sup>2</sup> wykazały, że skutki uboczne immunosupresji oraz współistniejące choroby, jeżeli są związane z gruntownymi zmianami stylu codziennego funkcjonowania, znacząco obniżają satysfakcję z życia.

Zalecenia dotyczące opieki nad chorymi po przeszczepieniu serca (Przybyłowski P. 2009)<sup>83</sup> podkreślają rolę stałej kontroli w wysokospecjalistycznym ośrodku transplantacyjnym oraz systematyczną opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

monitorującego współtowarzyszące schorzenia. Wskazane jest regularne monitorowanie stężenia leków immunosupresyjnych, wykonywanie badań biochemicznych szczególnie parametrów nerkowych. Okresowo wskazane jest przeprowadzenie nieinwazyjnych badań układu krążenia takie jak echokardiografia, EKG, 24- godzinne monitorowanie ciśnienia tętniczego i RTG klatki piersiowej.

W Poradniku dla Pacjenta „Życie toczy się dalej”(Meiser B. M.,B. Reichart)<sup>73</sup> zawarte są podstawowe zalecenia dotyczące codziennej kontroli ciśnienia tętniczego krwi, temperatury, wagi ciała. Omówione są wskazówki dotyczące higieny ciała i jamy ustnej, skóry i włosów. Podane są również wskazówki dotyczące diety i trybu życia. Ze względu na skutki uboczne stosowanych steroidów wielu pacjentów narzeka na nadmierny apetyt, mogący w krótkim czasie doprowadzić do nadwagi i otyłości. Zalecane jest unikanie tłustych potraw i cukru, spożywanie dużej ilości owoców i warzyw, chudego mięsa i ryb. Wskazane jest jedzenie pełnoziarnistego pieczywa, mleka i nabiału z niską zawartością tłuszczu, ale dużą ilością pełnowartościowego wapnia. Należy ograniczyć do minimum ilość soli i unikać produktów konserwowanych. Zakazane jest palenie tytoniu i picie alkoholu

Wskazana jest regularna aktywność fizyczna, należy jednak unikać nadmiernych wysiłków mogących doprowadzić do ekstremalnego zmęczenia.

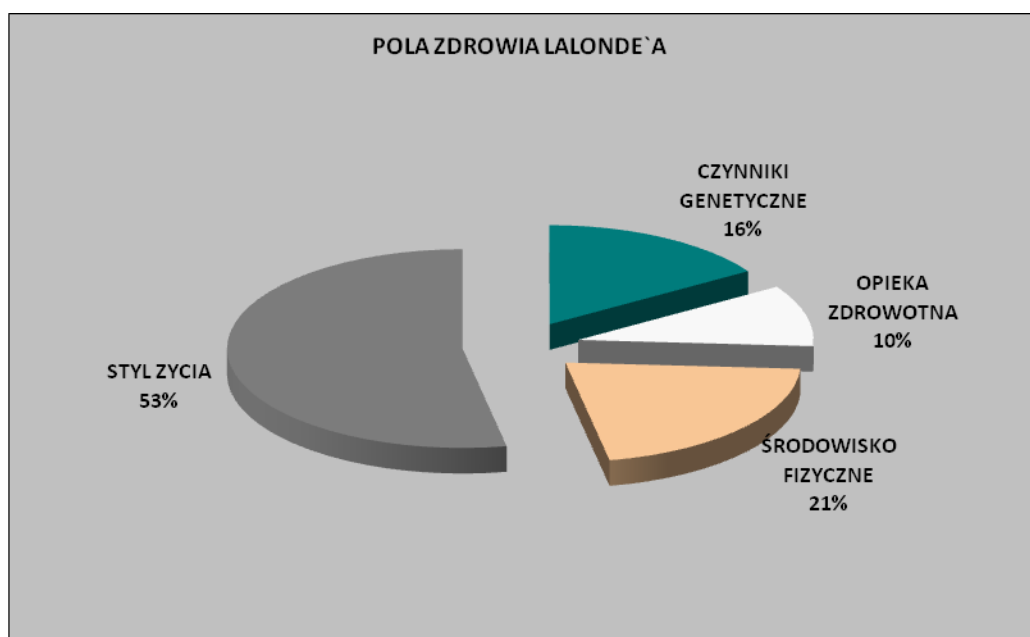
Opisana sytuacja wymusza radykalne zmiany również zachowań zdrowotnych. Część chorych, już wcześniej z powodu poprzedzających niewydolność serca schorzeń, takich jak, choroba wieńcowa czy nadciśnienie lub cukrzyca, podejmuje zachowania prozdrowotne. Osoby, które nagle zachorowały powinny dokonać tych zmian najpóźniej po operacji.

Przez przestrzeganie zaleceń pacjent ma możliwość kontrolowania swojej sytuacji zdrowotnej. Wyrażając zgodę na przeszczep serca przejmuje częściową odpowiedzialność za przebieg leczenia, a konieczna modyfikacja stylu życia jest jednym z jej przejawów.

## ROZDZIAŁ II

### Zachowania zdrowotne i profilaktyka zdrowotna jako elementy zaleceń lekarskich wpływające na przebieg i wynik leczenia po transplantacji serca.

W 1974 roku został opublikowany raport kanadyjskiego ministra zdrowia Marca Lalonde'a omawiający czynniki wpływające na stan zdrowia. Zdrowie było rozumiane jako efekt współdziałania faktorów środowiskowych, genetycznych oraz stylu życia i systemu opieki medycznej (Wysocki M.J. 2003)<sup>114</sup>.



Wykres nr 1. Pola Zdrowia Lalonde'a

W raporcie wyodrębnione zostały 4 główne obszary zdrowia:

Biologii i genetyki – 16%

Zachowań i stylu życia – 52%

Środowiska – czynniki ekonomiczne, społeczne, kulturowe i fizyczne – 21%

System opieki medycznej- 10%

B. Badura<sup>5</sup> w 1995 roku, opierając się na koncepcji Lalonde'a, szacował wpływ tych czynników na umieralność w różnych jednostkach chorobowych. W przypadku chorób układu krążenia było to 25% w zakresie biologii i genetyki, 9% środowiska, 12% ochrona zdrowia, 54% styl życia. Wieloletnie programy badawcze – Alameda Study, Framingham Heart Study czy międzynarodowe Badanie Siedmiu Krajów- Finlandii, Grecji, Włoch, Japonii, Holandii, USA i Jugosławii jednoznacznie wskazały istotne

czynniki ryzyka powstania chorób układu krążenia i chorób nowotworowych, wśród których wymieniono palenie tytoniu, ryzykowne picie alkoholu, brak aktywności fizycznej czy nadmierne przebywanie na słońcu. Badanie Siedmiu Krajów Keysa jest niekiedy określane mianem „kamienia milowego” rozwoju profilaktyki kardiologicznej. Wyniki obserwacji 12 770 mężczyzn w wieku od 40 – 59 lat wykazały wpływ stylu życia na umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca ( Szostak W., Cichocka A. 2009)<sup>102</sup>. Na całym świecie, od wielu lat, rozwija się promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, zmierzające do zmiany stylu życia na taki, który sprzyja zachowaniu lub poprawie stanu zdrowia.

Przytoczone dane pokazują jak istotny jest styl życia i wdrożenie profilaktyki zdrowotnej, nie tylko w populacji osób zdrowych, ale również w grupie pacjentów żyjących z przeszczepionym sercem.

## **II.1. Zachowania zdrowotne – definicje i klasyfikacja.**

W literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele definicji zachowań związanych ze zdrowiem. Formułowane przez przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych, są zróżnicowane w medycynie, socjologii medycyny czy psychologii. Każda z tych nauk medycznych i społecznych posiada i stosuje swój własny warsztat pojęciowy.

W socjologii medycyny ( B. Tobiasz-Adamczyk 1995)<sup>107</sup> zachowania zdrowotne są definiowane jako wszelki rodzaj czynności zmierzających do utrzymania lub przywrócenia zdrowia jednostki z uwzględnieniem reakcji osoby na pogorszenie samopoczucia, pojawienie się dolegliwości lub choroby. Mają one ścisły związek z potrzebami zdrowotnymi, które stają się przyczyną i motywem określonego zachowania zdrowotnego.

Puchalski K. (1990)<sup>84</sup> uznaje za zachowania zdrowotne „wybrane przez obserwatora lub (i) podmiot działania zachowania (czy typy zachowań), które na gruncie pewnego systemu wiedzy pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem, ujmowanym w znaczeniu ustalonym w tym systemie wiedzy”. Sęk H. (2001)<sup>97</sup> proponuje bardziej psychologiczne ujęcie zachowań zdrowotnych, traktując je jako „reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka,

które pozostają – na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania – w istotnym, wzajemnym związku ze zdrowiem”.

Gochman D. (1988)<sup>29</sup> redaktor podręcznika poświęconego zachowaniom zdrowotnym, prezentuje znacznie szersze rozumienie uwzględniające wpływ na nasze zdrowie przekonań i oczekiwań, schematów myślowych i emocji. Do obszaru zachowań zdrowotnych zalicza „takie osobiste atrybuty, jak przekonania, oczekiwania, motywy, spostrzeżenia i inne elementy poznawcze, właściwości osobowościowe, włączając stany i cechy uczuciowe emocjonalne, wzorce jawnego zachowania działania i nawyki, które wiążą się z utrzymywaniem, odzyskiwaniem i polepszaniem zdrowia”.

Aktywność jednostki może mieć negatywny lub pozytywny wpływ na zdrowie.

Według tego kryterium zachowania zdrowotne dzieli się na dwie grupy

(Kasperek E.1999.)<sup>55</sup>:

- zachowania sprzyjające zdrowiu, prozdrowotne, pozytywne to zachowania, takie jak prawidłowa dieta, aktywność fizyczna, utrzymywanie standardów higieny czy też profilaktyka zdrowotna.
- zachowania ryzykowne dla zdrowia, antyzdrowotne, negatywne określane jako autodestrukcyjne to na przykład palenie tytoniu czy picie alkoholu. L. Kolbe (Kasperek E.( 1999)<sup>57</sup>, Sęk. H.1997)<sup>95</sup> zaproponował szeroką typologię zachowań zdrowotnych opartą na kryterium celu zachowania:
- **wellness behavior** – każdy rodzaj aktywności osoby uznającej się za zdrową mającej na celu osiągnięcia lepszego stanu zdrowia
- **preventive health behavior** – każdy rodzaj aktywności osoby uznającej się za zdrową mającej na celu zapobiegania chorobie lub zmierzającej do jej wczesnego wykrycia,
- **at-risk behavior** – każdy rodzaj aktywności osoby uznającej się za zdrową, będącej jednak w grupie ryzyka zachorowania podejmowanej w celu uniknięcia choroby lub jej konsekwencjom przez badania pomagające w jej wczesnym wykryciu,
- **illness behavior** – każdy rodzaj aktywności osoby uznającej się za chorą podejmowanej w celu zdiagnozowania stanu zdrowia i uzyskania pomocy medycznej. Zachowania w chorobie są rozumiane jako reakcja na traumatyczne wydarzenie życiowe, jakim jest choroba. Obejmują reakcje emocjonalne takie jak

lęk przed bólem, niepełnosprawnością czy śmiercią, obawy o przyszłość. W wymiarze poznawczym stanowią wyraz postawy wobec choroby i leczenia i wartościowania zdrowia w odniesieniu do innych wartości.

- **self-care behavior** – każdy rodzaj aktywności osoby uznającej się za chorą podejmowanej w celu poprawy stanu zdrowia, ale w nieznacznym stopniu uzależniony od pomocy lekarza czy terapeuty i otoczenia,
- **sick- role behavior** - każdy rodzaj aktywności osoby uznającej się za chorą podejmowanej w celu odzyskania zdrowia, ale w znacznym stopniu zależny do pomocy specjalistów medycznych,
- **reproductive behavior** – zachowania mające na celu zajście w ciążę zadbanie o jej prawidłowy przebieg,
- **parenting health behavior** – każdy rodzaj wymienionych wcześniej zachowań rodzicielskich podejmowanych w celu utrzymania lub poprawy stanu zdrowia płodu i dziecka,
- **health related social action** - samodzielne lub podejmowane z pomocą instytucji, regulacji prawnych i zasobów ekonomicznych zachowania jednostki wpływające na czynniki mające znaczenie dla zdrowia.

Na potrzeby niniejszej pracy przyjmuje się definicję zachowań zdrowotnych zaproponowaną przez H. Sęk<sup>95</sup>, uznawaną za najbardziej precyzyjną i przydatną dla potrzeb psychologii zdrowia.

Zachowania zdrowotne „są to reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają – na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania – w istotnym wzajemnym związku ze zdrowiem”<sup>6</sup>.

Zachowania zdrowotne można podzielić stosując rozmaite kryteria. Tabela nr 2 zawiera ich podstawowy podział uwzględniający poziom świadomości i organizacji, stosunek do zdrowia, sytuacją zdrowotną, role społeczne oraz treść zachowań zdrowotnych.

Kryteria podziału	Rodzaje zachowań Zdrowotnych	
Poziom świadomości i organizacji	<b>Nawyki</b> (higiena)	Intencjonalne czynności (celowe praktyki zdrowotne)
Stosunek do zdrowia, konsekwencje zdrowotne	<b>Zachowania prozdrowotne</b> (gimnastyka, relaks, sen)	<b>Zachowania antydzrowotne</b> (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu)
Sytuacja zdrowotna	Zachowania w sytuacji zdrowia (badania kontrolne)	<b>Zachowania w sytuacji choroby</b> (realizacja zaleceń medycznych)
Zachowania zdrowotne wynikające z roli społecznej	Rodzicielskie zachowania pro i antydzrowotne (karmienie piersią, palenie tytoniu)	Medyczne zachowania pro i antydzrowotne ( sposób komunikowania diagnozy – jatrogenna)
Treść zachowań zdrowotnych	Zachowania promocyjne (strategiczne planowanie zdrowia)	Zachowania prewencyjne (bezpieczne zachowania seksualne)

Tabela nr 2 Podział zachowań zdrowotnych za I. Heszen, H. Sęk (2007)<sup>41</sup>.

W kontekście zaleceń medycznych, zachowania zdrowotne pacjentów po transplantacji można analizować w oparciu o kryterium:

- Sytuacji zdrowotnej, czyli ich zachowania w sytuacji choroby przewlekłej,
- Stosunku do zdrowia, czyli zachowań pro i anty zdrowotnych,
- Poziomu świadomości i organizacji – nawyków dotyczących codziennej higieny.

## II.2. Modele zachowań zdrowotnych.

Badania zachowań zdrowotnych doprowadziły do powstania trzech grup modeli teoretycznych wyjaśniających podejmowanie i utrzymywanie aktywności związanej ze zdrowiem. Pierwsze z nich to modele motywacyjne ( w tym modele postintencjonalne), drugie skupiające się na wyjaśnianiu sposobu realizacji intencji i ostatnie tłumaczące fazy zmiany zachowań( Łuszczynska A. 2004. 2008)<sup>67,68</sup>.

Wśród modeli motywacyjnych można wymienić model przekonań zdrowotnych, teorię motywacji do ochrony i teorie uzasadnionego działania i planowania.

W drugiej grupie znajduje swoje miejsce teoria społeczno-poznawcza ( Social-Cognitive Theory), w której podstawowe znaczenie ma własna skuteczność rozumiana jako optymistyczne przekonanie o własnych możliwościach podjęcia działania zmierzającego do osiągnięcia określonego celu bez względu na przeszkody, jakie mogą pojawić się podczas realizacji zadania. Własna skuteczność jest czynnikiem modyfikującym zachowanie ( Schwarzer R 2007)<sup>93</sup>.

Koncepcje teoretyczne tłumaczące fazy zmiany zachowania to między innymi model procesu dostrzegania ryzyka (PAPM – Precaution Adoption Process Model), model transteoretyczny (TTM – Transtheoretical Model) i podejście procesualne (HAPA – Health Action Process Approach). Według pierwszego z nich, aby zmienić zachowanie jednostka przechodzi przez fazy zmiany w określonej sekwencji. Niezbędnym warunkiem zmiany jest dostrzeżenie ryzyka wynikającego z braku dbałości o stan zdrowia. Model transteoretyczny wymienia 5 faz zmian zachowania, wyjaśnia ich kolejność, jednak nie zawiera omówienia czynników powodujących zmianę.

W psychologii funkcjonuje wiele modeli teoretycznych wyjaśniających zachowanie człowieka ukierunkowanego na osiągnięcie określonego celu. W psychologii zdrowia powstały teorie stosowane do wyjaśniania zachowania zdrowotnego. Ze względu na zakres zachowania, które objaśniają zostały wyróżnione modele motywacyjne, postintencjonalne oraz procesualne i fazowe.

W latach pięćdziesiątych XX wieku w Stanach Zjednoczonych powstał model przekonań zdrowotnych (HBM Health Belief Model), który miał wyjaśnić sposób, w jaki dochodzi do udziału społeczeństwa w działaniach profilaktycznych. Ustalono, że muszą zaistnieć trzy fakty:

- Człowiek musi być zmotywowany do działania, a motywacja to iloczyn subiektywnie spostrzeganej podatności na daną chorobę i jej subiektywnie ocenianej powagi.
- Człowiek musi ocenić użyteczność podejmowanej aktywności – zyski muszą być wyższe niż koszty.
- Po spełnieniu tych dwóch warunków musi dojść do stanu gotowości do podjęcia działania.

W 1991 roku, Ajzen rozwinął teorię uzasadnionego działania, stworzoną dwadzieścia lat wcześniej z Fishbeinem tworząc teorię planowanego zachowania, w której główną rolę odgrywa intencja (zamiar wykonania). Zakłada ona, że zachowania podlegają kontroli wolicjonalnej, czyli zainicjowanie lub nie danego działania zależy od wyboru człowieka. Tworzenie intencji jest zależne od dwóch czynników bazujących na przekonaniach:

- Postawy jednostki wobec danego zachowania – przekonania behawioralne dotyczące wyniku oraz ocena tego wyniku.

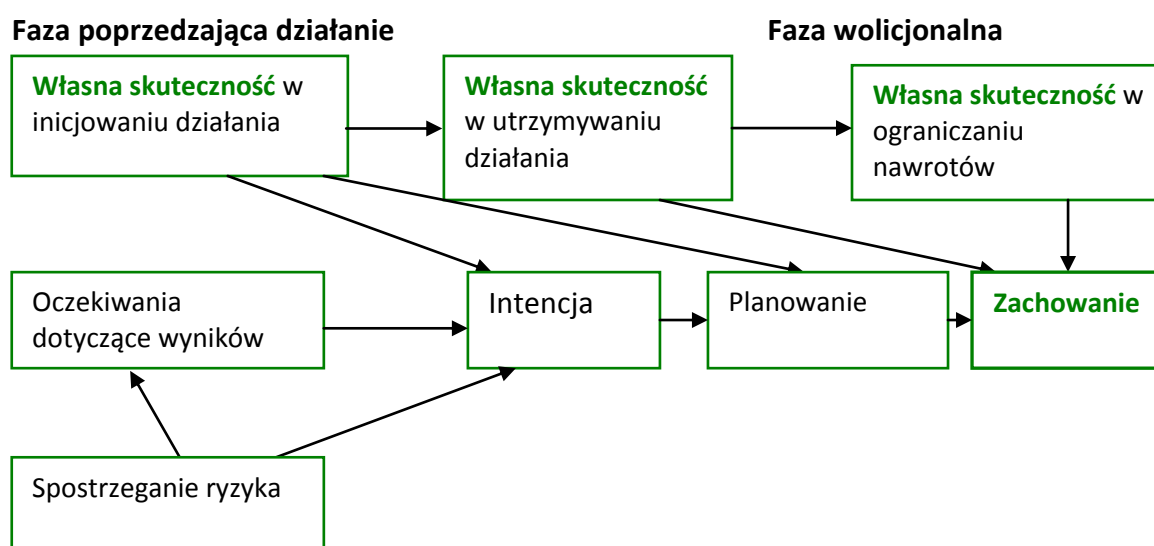


- Subiektywnej normy dotyczącej danego zachowania – przekonania na temat oczekiwań ważnej dla jednostki grupy społecznej, kreujące motywację do spełnienia tych oczekiwań.

W późniejszym okresie teoria została uzupełniona o następny czynnik:

- Spostrzeganą kontrolę behawioralną, – jeżeli rodzaj aktywności lub sytuacja pozwala na całkowitą kontrolę nad realizacją zachowania, jego wystarczającym predyktorem jest intencja. Im mniejsza kontrola wolicjonalna tym większe znaczenie ma spostrzegana kontrola behawioralna.

W trzeciej grupie modeli zachowań zdrowotnych na uwagę zasługuje procesualny model działań zdrowotnych HAPA / Health Action, Process Approach/ Ralfa Schwarzera.



Rysunek nr 1. Procesualny model zachowań zdrowotnych ( za Heszen I. Sęk. H.2007)<sup>41</sup>

Model ten składa się z dwóch faz kształtowania zachowań – fazy motywacyjnej i fazy wolicjonalnej. W obydwu fazach poczucie własnej skuteczności uznaje się za istotny czynnik wpływający na zachowanie. W fazie motywacyjnej czynnikami wpływającymi na dokonanie pozytywnych zmian są oczekiwanie wyniku, czyli poprawy stanu zdrowia oraz oczekiwanie własnej skuteczności, czyli własnych możliwości i kompetencji wprowadzenia takich zmian w swoim stylu życia, które będą pomagały w

utrzymaniu dobrego stanu zdrowia.

Efektom fazy motywacyjnej jest powstanie intencji, która w fazie wolicjonalnej jest realizowana w postaci planów działań i samych działań. Intencje mogą być modyfikowane przez ocenę własnej sytuacji zdrowotnej jako poważnego problemu życiowego.

Obecnie, na podstawie wielu badań stwierdzono, że zmiana zachowań zdrowotnych ma charakter fazowy i w praktyce występują trzy etapy:

- Decyzja o zmianie
- Wprowadzanie zmian
- Utrwalanie zachowań prozdrowotnych lub prewencyjnych ( Sęk H. 2001)<sup>97</sup>

Określono także pięć, podstawowych zasad kształtowania zachowań zdrowotnych:

- Kształtowanie i zmiana powinny być efektem swobodnego wyboru jednostki,
- Zachowania zdrowotne powinny być oceniane pozytywnie i mieć ścisły związek z hierarchią wartości jednostki
- Stawiane cele powinny być realne do osiągnięcia i skutkować wzmocnieniem lub powstaniem poczucia własnej skuteczności.
- Wiedza i stawiane cele powinny być dostosowane do odbiorców i nie mogą odbiegać od ich sytuacji naturalnej, materialnej i społecznej.
- W procesie kształtowania zachowań zdrowotnych należy opierać się na pomocy społecznych grup odniesienia i wsparciu profesjonalistów.

### **II.3 Kształtowanie zachowań zdrowotnych u pacjentów po transplantacji serca.**

Zespół Przeszczepowy Oddziału Klinicznego Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im Jana Pawła II w Krakowie od 1988 roku, w pracy z pacjentami po transplantacji serca realizuje program III fazy profilaktyki zdrowotnej. W pracy z chorymi uczestniczy psycholog, rehabilitant, zespół pielęgniarski i dietetyczka.

Program zostanie przedstawiony w oparciu o procesualny model działań zdrowotnych HAPA / Health Action Process, Approach/ Ralfa Schwarzera( Siwińska J.2012)<sup>98</sup>.

### **Faza I – motywacyjna**

W przypadku pacjentów poddawanych transplantacji serca obejmuje ona okres przedoperacyjny i wczesny pooperacyjny.

Jednym z niezbędnych punktów procedury kwalifikacji do HTX jest badanie i wydanie opinii psychologicznej. Rozmowa psychologa z pacjentem i jego rodziną, obejmuje nie tylko, diagnozę możliwości adaptacyjnych pacjenta, ewentualnych zaburzeń psychiatrycznych czy neurologicznych, które mogą zaburzyć współpracę w okresie pooperacyjnym, ale także jest okazją do przedstawienia wstępnych informacji dotyczących życia z przeszczepionym sercem. Obejmują one zagadnienia dotyczące trybu życia, zaleceń dietetycznych oraz leczenia immunosupresyjnego i jego skutków ubocznych. Celem takiego działania jest, z jednej strony, doprowadzenie do podjęcia przez pacjenta całkowicie świadomej decyzji o poddaniu się operacji i akceptacji nowego trybu życia. Z drugiej strony jest to początek mozolnego procesu edukacji zdrowotnej.

W obliczu zagrożenia życia każdy deklaruje gotowość dokonania nawet najbardziej radykalnych zmian. Silna motywacja do odzyskania zdrowia powoduje, że zarówno pacjent, jak i jego rodzina wypytyują o szczegóły, proszą o ulotki informacyjne, wybierają się natychmiast do najbliższej księgarni, aby zakupić odpowiednie materiały, oddają ostatnia paczkę papierosów. Można jednak określić to jako swego rodzaju „słomiany zapal”, bo w praktyce okazuje się, że nie jest to talie łatwe. Wieloletnie nawyki żywieniowe, nałogi trudno jest porzucić z dnia na dzień.

Czynnikiem utrudniającym realizację zamierzeń może być depresja. W miarę pogarszania się stanu zdrowia, długiego okresu oczekiwania na przeszczep u wielu pacjentów pojawiają się zaburzenia depresyjne. Towarzysząca im apatia, poczucie beznadziejności sytuacji odbijają się także na ich motywacji do zmian stylu życia. Po przeszczepie pojawiające się powikłania, trudności codziennego życia, także powodują wystąpienie depresji.

W 2002 roku przeprowadzono badanie Skalą Depresji Becka. Wynik powyżej 12 punktów / sugerujący zaburzenia depresyjne/ stwierdzono:

- U 14 pacjentów kwalifikowanych do przeszczepu - po konsultacji psychiatrycznej u 10 stwierdzono zaburzenia depresyjne, u 6 osób zastosowano leczenie przeciwdepresyjne

- U 19 pacjentów po transplantacji - konsultacja psychiatryczna potwierdziła zaburzenia depresyjne u 15 pacjentów - 14 z nich wymagało włączenia leczenia farmakologicznego.

Najważniejsze działania edukacyjne są prowadzone we wczesnym okresie pooperacyjnym. Pacjent jest hospitalizowany przez około 4-6 tygodni. W tym czasie otrzymuje wielodyscyplinarne informacje na temat konieczności podjęcia działań prozdrowotnych.

Pielęgniarki uczą chorego samodzielnego zażywania leków. Powinien znać ich dokładne nazwy, umieć przygotować odpowiednie dawki na ściśle określoną godzinę. Pokazują jak prawidłowo mierzyć ciśnienie i tętno. Uczą lub przypominają podstawowe zasady utrzymania higieny ciała i otoczenia. Każdy ma własny zeszyt pacjenta, w którym zapisuje dawki leków, wartości ciśnienia, temperatury i tętna. Zeszyt ten zawiera podstawowy pakiet informacji o życiu z przeszczepionym sercem. Jest to swoista historia choroby, zawierająca także wyniki podstawowych badań. Jest jednocześnie metodą zdyscyplinowania pacjenta, przez przypominanie o godzinie zażywania leków i konieczności monitorowania podstawowych wskaźników funkcjonowania organizmu.

Dietetyczka pracuje z pacjentem nad planowaniem diety, która będzie dostosowana do aktualnych potrzeb organizmu. Jest to niezbędne zwłaszcza, kiedy pojawiają się zaburzenia metaboliczne np. podwyższone poziomy cukru. Edukacja obejmuje także zasady diety przeciwmiażdżycowej. Pacjent otrzymuje materiały w postaci różnych informatorów, zestawów diet, tabel zawartości cholesterolu w składnikach pożywienia oraz ich wartości kalorycznych.

Rehabilitant w trakcie codziennej rehabilitacji oddechowej i ruchowej, niezbędnej po operacji serca, uczy pacjenta ćwiczeń, które może wykonywać w domu. Podkreśla znaczenie codziennej aktywności fizycznej dla utrzymania wydolności oddechowej i krążeniowej oraz chronienia układu krążenia przed procesami miażdżycowymi.

Praca psychologa skupia się na wyjaśnieniu i uświadomieniu pacjentowi wpływu i wzajemnej zależności działań prozdrowotnych i utrzymania dobrego stanu zdrowia. Podkreślane jest także znaczenie godnego wykorzystania „daru życia”. Aspekt okazania wdzięczności za uratowanie życia jest istotnym czynnikiem motywującym. Wielu

pacjentów ma silną potrzebę podziękowania rodzinie dawcy za zgodę na oddanie narządów, nie chcą jednak by miało to wymiar osobistego kontaktu. Sposób życia po transplantacji, modyfikacja zachowań, ale również spostrzeganie wartości zdrowia i życia są dla nich znakomitym sposobem na odwdzięczenie się za otrzymany dar życia.

W procesie wypracowania motywacji do podjęcia działań pro zdrowotnych ważnym czynnikiem jest wskazanie głównej roli pacjenta w kontroli własnej sytuacji zdrowotnej i jego odpowiedzialności w procesie leczenia. Wielu pacjentów po pierwszym wypisie „próbny” ze szpitala reaguje lękiem na brak zabezpieczenia medycznego. Przejawia się to w częstych telefonach do lekarza, nadmiernym zwracaniem uwagi na najmniejsze dolegliwości, które mogą pojawić się we wczesnym okresie pooperacyjnym. Z ulgą wracają do kliniki podkreślają, że tu czują się bezpiecznie. Praca terapeutyczna i edukacyjna ma na celu również wypracowanie poczucia kontroli sytuacji i własnej skuteczności. Wpływa to na wzrost poczucia bezpieczeństwa chorego w warunkach domowych.

W procesie edukacji chorego ważne jest wypracowanie świadomości konsekwencji nieprzestrzegania zaleceń, lekceważenia diety, unikania badań kontrolnych. Jedną ze stosowanych metod jest nawiązywanie kontaktów z pacjentami po transplantacji, którzy przekazują własne doświadczenia. Opowiadają o swoich przeżyciach, ale także o zaniedbaniach, które doprowadziły do pogorszenia stanu zdrowia. Odrzucanie przeszczepionego serca, gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia, w wyniku zmiany dawek lub zaprzestania zażywania leków, jest głębokim doświadczeniem emocjonalnym, związanym z silnym lękiem i poczuciem ponownego zagrożenia życia. Pozytywnym przykładem są ci, którzy żyją wiele lat, funkcjonują z powodzeniem w rolach rodzinnych, społecznych i zawodowych, realizując cele życiowe, a jednocześnie przez modyfikację stylu życia i ścisłe przestrzeganie zaleceń utrzymują dobry stan zdrowia.

### **Faza II – wolicjonalna**

Przekazanie pacjentowi pełnego pakietu informacji ma na celu wypracowanie poczucia kontroli sytuacji i własnej skuteczności w procesie utrzymania dobrego stanu zdrowia oraz zmotywowanie go do podjęcia działań pro zdrowotnych. W drugiej fazie skupiamy się na pomocy pacjentowi w zaplanowaniu działań przez wskazanie metod modyfikacji zachowania.

Przez pierwszy rok po transplantacji pacjent jest często hospitalizowany, konieczne też są wizyty w Poradni Transplantacyjnej. Jest to rok wzmożonego nadzoru medycznego i stabilizacji stanu zdrowia. W tym okresie mamy możliwość sprawdzenia czy pacjent dokonał niezbędnych zmian trybu życia. Wzmacniamy pozytywne zachowania, omawiamy korzystne wyniki badań, pokazując ich zależność od prawidłowego zażywania leków i przestrzegania zaleceń lekarskich.

#### **II.4. Przestrzeganie zaleceń lekarskich.**

„Zakres, do jakiego zachowanie pacjenta w odniesieniu do przyjmowanych leków, przestrzegania diety i modyfikacji stylu życia pozostaje zgodny z zaakceptowanymi przez chorego zaleceniami medycznymi” – to definicja współpracy chorego z lekarzem zaproponowana przez Briana Haynes`a ( Gaciong Z. 2008)<sup>28</sup>.

W literaturze dotyczącej problematyki przestrzegania zaleceń lekarskich można spotkać trzy podstawowe terminy używane do określenia stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych

- Compliance (zgodność postępowania zgodnie z zaleceniami), czyli stopień, w jakim pacjent przestrzega czasu i dawki zażywania leku (według schematu zaleconego przez lekarza).
- Persistence, (czyli czas od rozpoczęcia zaleconego leczenia do zaprzestania terapii).
- Adherence (współpraca), czyli szeroki zakres przestrzegania zaleceń. Pojęcie obejmuje zarówno compliance jak i persistence.

Obecnie zainteresowani tematem skłaniają się do tej ostatniej definicji ze względu na uwzględnienie terminu „współpraca a nie tylko podporządkowanie się zaleceniom lekarza. Pacjent występuje w tej relacji jako partner.

Teoretyczne wnioski z badań nad problemem przestrzegania zaleceń wskazały trzy grupy czynników wpływających na współpracę pacjenta i lekarza w przebiegu leczenia ( Bishop G. 2002<sup>5</sup>, Jakubowska –Winecka A. 2007<sup>43</sup>, Rosenstock I.M.1959<sup>87</sup>).

- Rodzaj stosowanej terapii – leczenie krótkotrwałe, nieskomplikowane, niewymagające gruntownych zmian w stylu życia bardziej sprzyja przestrzeganiu zaleceń, zwłaszcza, jeżeli pomaga, usuwa przykre dolegliwości, a niezbyt kosztowne leki nie mają dokuczliwych skutków ubocznych.

- Cechy pacjenta - poziom intelektualny nie zawsze umożliwia zrozumienie zaleceń medycznych, dlatego sposób podania informacji musi być dostosowany do jego możliwości poznawczych.
  - obraz choroby i leczenia, czyli system przekonań i wiedzy pacjenta na temat rodzaju schorzenia i skuteczności stosowanej terapii.
  - warunki socjalne i zawodowe, rodzaj wykonywanej pracy czy obowiązków wynikających z pełnionej roli rodzinnej.
  - struktura wsparcia rodzinnego i społecznego, szczególnie, kiedy konieczna jest radykalna modyfikacja stylu życia.
  - świadomość współodpowiedzialności pacjenta za przebieg leczenia.
- Relacja lekarz- pacjent
  - lepsza jest współpraca, kiedy komunikacja jest obustronna i zrozumiała dla pacjenta,
  - umiejętności lekarza w zakresie okazania pacjentowi zainteresowania i zaangażowania w problemy jego dolegliwości
  - zadowolenie pacjenta z jakości usług medycznych.

Z dostępnych badań problemu przestrzegania zaleceń wynika, że, około połowa pacjentów odstępuje w takim stopniu od zaleceń, że uniemożliwia to osiągnięcie pozytywnych efektów leczenia ( Baroletti S. 2010<sup>1</sup>,Belig A.J.2003<sup>4</sup>,Classen L. 2010<sup>14</sup>). Polskie badania przytaczane przez Heszen-Niejodek (1992)<sup>40</sup> wskazują, że:

1. Zmian w trybie życia – dokonuje około 50% pacjentów
2. Udział w leczeniu, wykonywanie zaleceń – realizuje 60-90% pacjentów.

Autorka przytacza dane z badań amerykańskich M. S. Davisa w konkluzji, których stwierdzono, że poziom przestrzegania zaleceń lekarskich spada w sytuacji, kiedy dochodzi od zamiany ról w relacji lekarz –pacjent. Przyzwalające i bierne zachowanie lekarza powoduje, że to pacjent jest bardziej aktywny, dokonuje ocen i dominuje w relacji interpersonalnej. Podobnie, kiedy lekarz tylko zbiera informacje, a nie ma skłonności do ich udzielania, jego zalecenia są realizowane w mniejszym stopniu.

## II.5. Profilaktyka zdrowotna

Hipokrates (460 - 377 p.n.e.) jako jeden z pierwszych sformułował zasady profilaktyki zdrowotnej. Sądził, że polega ona na zapobieganiu chorobom przez utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego życia. Dietę i higienę uznał za środki profilaktyczne a środowisko i klimat za czynniki wpływające na stan zdrowia i kondycję człowieka. Swoje poglądy zawarł w pracy „Peri aeron, hydaton, topon”, która została przetłumaczona przez Henryka Łuczkiwicza na język polski pt. O powietrzu, wodach i okolicach i wydana w Warszawie w 1890.

Aktualnie uznaje się, że profilaktyka zdrowotna to wspieranie człowieka w jego prawidłowym rozwoju i zdrowym życiu, w funkcjonowaniu somatycznym, psychologicznym i społecznym ( Wysoki M.J. 2003)<sup>114</sup>. Wyróżniane są następujące rodzaje prewencji:

- **profilaktyka wczesna**, utrwalająca prawidłowe wzorce zdrowego stylu życia,
- **profilaktyka pierwotna** (I fazy), zapobiegająca chorobie przez kontrolowanie czynników ryzyka.
- **profilaktyka wtórna** (II fazy), przeciwdziałająca chorobie przez jej wczesne wykrycie i leczenie.
- **profilaktyka III fazy**, spowalnia postęp choroby, zapobiega jej skutkom, ograniczając powikłania i przeciwdziałając nawrotom choroby.

### ROZDZIAŁ III



## **Czynniki psychologiczne wpływające na podejmowanie zachowań zdrowotnych.**

Wśród czynników osobowościowych sprzyjających zachowaniom zdrowotnym wymienia się dyspozycyjny optymizm i uogólnione poczucie własnej skuteczności. W badaniach Juczyńskiego wysoki poziom dyspozycyjnego optymizmu pozytywnie korelował z zachowaniami zdrowotnymi osób dorosłych<sup>46</sup>. Dane Ogińskiej-Bulik (2004)<sup>78</sup> wskazały, że osoby z wysokim poziomem dyspozycyjnego optymizmu odżywiają się racjonalnie, nie mają skłonności do przejadania się lub głodowania<sup>22</sup>. Poczucie własnej skuteczności jest określane jako czynnik ściśle związany z zachowaniami zdrowotnym. Im wyższy poziom tej cechy tym większe zaangażowanie i wyższe cele zdrowotne stawiane przez jednostkę (Pervin L.A. 2002<sup>81</sup>, Jowseys G. 2012<sup>44</sup>, Łatka J. 2013<sup>66</sup>). Większość modeli zachowań zdrowotnych uwzględnia poczucie własnej skuteczności jak czynnik determinujący rozpoczęcie i kontynuowanie danego zachowania (Gomulska L. Piotrowicz M. Cianciara D. 2009)<sup>31</sup>.

Maćkowska P.<sup>69</sup> w badaniach chorych z cukrzycą i chorobą Gravesa-Basedowa stwierdza, że cechy osobowości wpływają na przebieg wielu schorzeń i stanowią rodzaj mediatora między stresem choroby a funkcjonowaniem w roli pacjenta przejawiającym się między innymi w zachowaniach zdrowotnych.

Na podstawie własnych doświadczeń klinicznych i pracy z pacjentami po HTX określono jeszcze jeden czynnik mogący wpływać na zachowania zdrowotne tej grupy pacjentów- akceptację choroby i związanych z nią ograniczeń, czyli przyjęcie roli pacjenta, adaptacja do zaleceń lekarskich, zmian w strukturze rodziny i sposobu pełnienia ról społecznych i zawodowych.

### **III.1. Dyspozycyjny optymizm.**

Optymizm to „względnie trwała tendencja do spostrzegania, wyjaśniania i

oceniań świata i zjawisk w nim zachodzących w kategoriach raczej pozytywnych niż negatywnych oraz względnie trwała skłonność do przewidywania i oczekiwania przyszłych, mniej lub bardziej konkretnych wydarzeń jako pomyślnych niż niepomyślnych” Stach R. (2006)<sup>101</sup>. Pojęcie dyspozycyjnego optymizmu wywodzi się z teorii M. Scheiera i Ch. Carvera oraz M. Seligmana. Optymizm jako cecha osobowości powoduje ogólne oczekiwanie pozytywnych zdarzeń, staje się motorem do podjęcia decyzji o działaniu z wiarą w jego powodzenie w osiąganiu zamierzonego celu. Osoby optymistyczne w przypadku trudności potrafią się mobilizować i kontynuować podjęte działania. Seligmana M.(1995)<sup>96</sup> uznał, że optymizm wpływa na zachowanie dobrego subiektywnego samopoczucia i zdrowia fizycznego. Sprzyja wyjaśnianiu ewentualnych niepowodzeń jako przejściowych, specyficznych dla danej sytuacji i zależnych od innych osób.

Stach R. (2006)<sup>101</sup> podaje, że wieloletnie badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazały, że osoby optymistyczne miały znacznie lepsze wskaźniki w obszarach istotnych dla zdrowia takich, jak aktywność i sprawność fizyczna, ogólna ocena zdrowia, witalność, mniejsze dolegliwości bólowe, pozytywne nastawienie emocjonalne, lepsze funkcjonowanie społeczne i ogólnie lepsza ocena stanu zdrowia psychicznego. Badanie holenderskie ( Borys B. 2010)<sup>7</sup> osób w przedziale wieku od 65-85 lat uwidocznili wpływ optymizmu na długość życia – im wyższy poziom optymizmu tym dłuższe życie i mniejsze ryzyko zgonu z powodów kardiologicznych. Badania Scheiera pacjentów, po CABG wykazały, że optymiści znacznie lepiej radzili sobie we wczesnym okresie pooperacyjnym, po wypisie do domu szybciej wracali do normalnego funkcjonowania. Wyniki innych badań pokazały, że kobiety chorujące na raka piersi z wysokim poziomem optymizmu doznawały mniejszych cierpień i miały mniejsze dolegliwości bólowe. Seligman M. (1995)<sup>96</sup> w swoich badaniach uzyskał wyniki świadczące o tym, że postawa optymistyczna wywołuje wzrost aktywności układu immunologicznego w postaci zwiększania się ilości komórek cytotoksycznych. Inne przytaczane przez autora doniesienia mówią o niższym poziomie hormonu stresu, kortyzonu u osób z wysokim poziomem optymizmu. Ylostalo L. (2008)<sup>115</sup> wykazał, że poziom optymizmu jest związany z nawykami zdrowotnymi.

W literaturze uznaje się dyspozycyjny optymizm za jeden z ważniejszych zasobów osobistych korzystnych dla utrzymania zdrowia. Stanowi także czynnik

wpływający na sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Pozytywnie koreluje z aktywnym rozwiązywaniem problemu, negatywnie z koncentracją na przeżywanych emocjach.

### **III.2. Uogólnione poczucie własnej skuteczności.**

Pojęcie poczucia własnej skuteczności wywodzi się z teorii społecznego uczenia się Alberta Bandury. Definiowane jest jako subiektywne przekonanie danej osoby, że w określonych okolicznościach, uda jej się zachować w określony sposób. Jest przez autora uważane za cechę statyczną charakteryzowaną przy pomocy trzech właściwości:

- Poziom – trudność podejmowanego działania
- Ogólność – działanie dotyczące konkretnego zadania, lub ogólniejszego zakresu działań.
- Siła – wpływa na konsekwencję i wytrwałość mimo napotykanym trudności w działaniu.

Tak rozumiane poczucie własnej skuteczności jest uważane przez Bandurę za wewnętrzpsychiczny czynnik determinujący ludzką aktywność, ponieważ jednostka jest przekonana, że jest zdolna do osiągnięcia oczekiwanego celu, czyli jest w stanie działać efektywnie.

Teoria Bandury zakłada, że zdrowie człowiek w wymiarze biopsychospołecznym zależy od przekonań, które wpływają na inicjowanie działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia i utrzymania dobrego samopoczucia. Mocne przekonanie o własnej skuteczności powoduje, że uważamy, iż od naszych działań zależy zmiana rzeczywistości zewnętrznej i wewnętrznej. Zainicjowanie działania oznacza w praktyce na przykład rzucenie palenia, zmianę diety czy też regularne przyjmowanie zapisanych leków. Tym samym można uznać uogólnione poczucie własnej skuteczności za istotny predyktor podejmowania zachowań prozdrowotnych. Badania Łuszczynskiej (2004)<sup>67</sup> potwierdziły znaczenie silnego poczucia własnej skuteczności w regularnym przyjmowaniu leków z terapii antyretrowiralnej i jakości życia wśród nosicieli HIV. Autorzy uważają, że poczucie własnej skuteczności pełni ważną rolę w przypadku podejmowania skomplikowanej procedury leczniczej, o której pacjent niewiele wie i nie zna swoich potencjalnych reakcji na środki terapeutyczne. Conner M. (2002)<sup>15</sup> określa uogólnione poczucie własnej skuteczności jako jeden z najsilniejszych predyktorów zachowań zdrowotnych.

Wiedienfeld <sup>112</sup> przeprowadził eksperyment sprawdzający wpływ uogólnionego poczucia własnej skuteczności na system immunologiczny. Wyniki pokazały, że osoby z wysokim poczuciem własnej skuteczności w kontakcie ze stresorem miały podwyższony w pobranych próbkach krwi poziom komórek typu T, aktywnych w zwalczaniu komórek nowotworowych i wirusów.

Duża część doniesień poświęconych związkom własnej skuteczności ze zdrowiem omawia przekonania specyficzne dla danego zachowania, czyli te, które w podejmowanych interwencjach należy wzmacniać. Powinny one być ściśle związane z daną jednostką chorobową i planowanym leczeniem. W przypadku chorób przewlekłych podkreślana jest konieczność prowadzenia złożonych oddziaływań, dotyczących różnych przekonań, ze względu na wiele współistniejących problemów zdrowotnych.

### **III.3. Akceptacja choroby i związanych z nią ograniczeń.**

Pacjent po transplantacji serca przez wdrażane procedury medyczne zmuszony jest do radykalnej zmiany trybu życia i codziennego funkcjonowania. W aspekcie psychologicznym oznacza to konieczność zaakceptowania sytuacji przewlekłej choroby i związanych z nią ograniczeń. Akceptacja choroby to przyjęcie roli pacjenta, czyli stosowanie do zaleceń lekarskich i dokonanie zmian w stylu życia. Niejednokrotnie jest to związane z rezygnacją z preferowanych form aktywności, sposobu odżywiania i spędzania wolnego czasu. Stanowi to także przyczynę zmian w strukturze rodziny i modyfikacji form pełnienia ról społecznych i zawodowych. Akceptacja choroby jest, więc determinantem stylu funkcjonowania w procesie choroby i leczenia. Istotnym czynnikiem wpływającym na poziom akceptacji swojej sytuacji zdrowotnej jest obraz choroby i procesu terapeutycznego. Jego realna, ale optymistyczna forma, obejmująca zaufanie do personelu medycznego i metody leczenia przyczynia się do aktywnej współpracy pacjenta.

Wyróżnia się dwa rodzaje czynników warunkujących akceptację stanu zdrowia - cechy choroby i cechy osobowości pacjenta. Stopień zaawansowania choroby, towarzyszące jej fizyczne dolegliwości, perspektywa leczenia i możliwość wystąpienia późniejszych powikłań decydują o poziomie jej akceptacji. Optymizm, determinacja w działaniu, wytrwałość i nadzieja na odniesienie sukcesu sprzyjają adaptacji do choroby i

warunkują poziom jej akceptacji (Filanowicz M.2013)<sup>25</sup>.

O jakości adaptacji do choroby decyduje wiele czynników. Wymienia się wśród nich cechy osobowości, sytuację rodzinną i społeczną, poziom udzielanego wsparcia i status socjalny. Badania Niedzielskiego i wsp. (2007)<sup>76</sup> wykazały, że akceptacja choroby nie ma związku z konkretną jednostką chorobową i bardziej zależy od towarzyszących jej objawów. Stwierdzono, że wyższy poziom akceptacji choroby cechuje mężczyzn i osoby poniżej 55 roku życia. Wynik badań Marzec A. i wsp.(2011)<sup>72</sup> chorych hemodializowanych wskazały, że największy związek z akceptacją choroby ma stopień zaawansowania i wielość ograniczeń wynikających z choroby i skomplikowanej terapii. Pokazano również, że akceptacja choroby wpływa na aktywizację pacjenta w różnych dziedzinach życia, a zachowana sprawność podwyższa poziom akceptacji stanu zdrowia. Podobnie dane Karny-Matyjaszek U.(2010)<sup>54</sup> wskazują na związek akceptacji choroby z poziomem aktywności. Leczenie zachowawcze sprzyja akceptacji, perspektywa leczenia operacyjnego jaskry znacznie obniża jej poziom. Osoby starsze i mające podstawowe wykształcenie cechuje najniższy stopień akceptacji stanu zdrowia. W badaniach Kurowskiej K. ( 2011)<sup>59</sup> pacjentów po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego grupa uzyskała przeciętny poziom akceptacji choroby – 23,65. Dane z badań Krajewskiej- Kułak E. (2010)<sup>58</sup> pacjentek w ciąży pokazały, że poziom akceptacji stanu zdrowia jest zależny od sytuacji. Najniższy poziom uzyskały kobiety z oddziału patologii ciąży, zagrożone poronieniem ( 15,0), po poronieniu i z zagrożeniem przedwczesnym porodem (22,5 – 24,5). Najwyższy poziom miały osoby z ciążą mnogą - 32,3. W danych podanych przez Nowickiego A. ( 2002)<sup>77</sup> 44 % chorych po operacji raka piersi dobrze akceptowało swoją sytuację zdrowotną, brak akceptacji stwierdzono u 20 % kobiet. Osoby starsze, mieszkające w DPS gorzej akceptowały chore i związane z nią ograniczenia niż przebywające pod opieką rodziny ( Kaczmarczyk M. 2008)<sup>51</sup>. Chorzy z białaczką akceptują chorobę na poziomie średnim, ale osoby niezależne, samodzielne mają wyższe wskaźniki ( Wiraszka G. 2008)<sup>113</sup>. W grupie chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego Walewska E.( 2006)<sup>110</sup> stwierdziła u 62% badanych wysoki poziom akceptacji choroby, u 20 % niski poziom – 14-22 pkt. Kurowska, Białasik (2009)<sup>61</sup> w badaniach osób korzystających z pomocy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego stwierdzili, że osoby z chorobami przewlekłymi cechuje niższy poziom akceptacji choroby, wynikający z ograniczenia sprawności fizycznej.

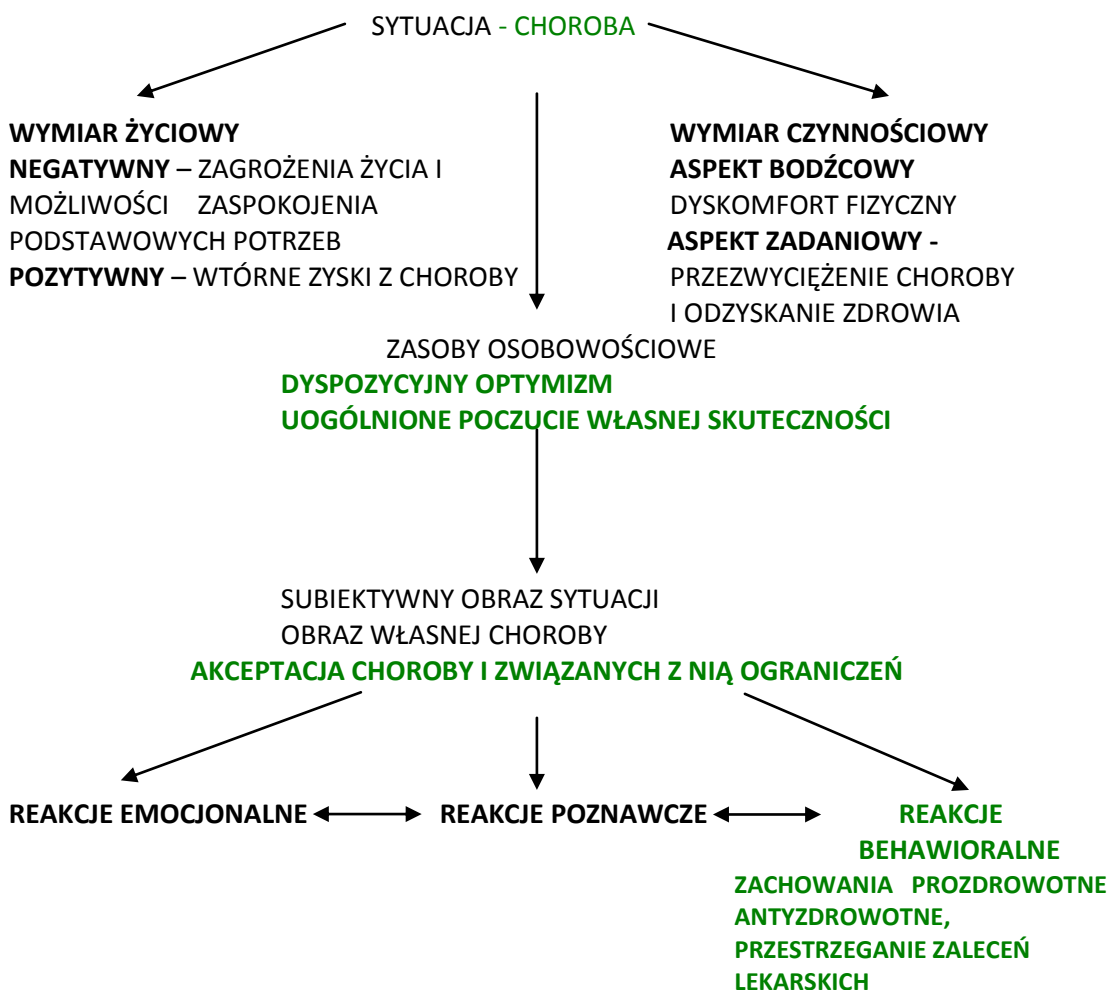
Badania Guzińskiej K. (2007)<sup>39</sup> pacjentów z chorobą niedokrwienną serca w okresie rehabilitacji kardiologicznej wykazują niższy poziom akceptacji choroby, w pierwszej fazie rehabilitacji, u pacjentów po CABG w porównaniu do chorych leczonych PTCA. Stopień akceptacji choroby rośnie w miarę upływu czasu od operacji kardiologicznej.

#### **ROZDZIAŁ IV**

##### **Metodologia badań własnych**

#### IV.1. Teoretyczny model badania

Na potrzeby projektu stworzony został teoretyczny model badania oparty na teorii „Człowiek w sytuacji” Tadeusza Tomaszewskiego (1978)<sup>108</sup>. W psychologii klinicznej jest ona wykorzystywana do analizy zachowania i jego roli w etiologii, leczeniu i rehabilitacji chorób somatycznych.



Rysunek nr 2. Teoretyczny model badania

Dwa podstawowe wymiary sytuacji choroby to wymiar życiowy i czynnościowy. W przypadku pacjentów poddawanych transplantacji serca, w wymiarze życiowym jest to realne zagrożenie śmiercią w przypadku braku odpowiedniego dawcy serca, a po przeszczepie świadomość możliwości wystąpienia opisanych wyżej powikłań

zagrożających zdrowiu i życiu. W wymiarze czynnościowym, przed operacją jest to ogromny dyskomfort fizyczny wynikający ze skrajnej niewydolności krążenia, po zabiegu z odczuwania skutków ubocznych immunosupresji. W obu okresach aspektem zadaniowym jest walka o życie i zdrowie. W sytuacji choroby zasoby osobowościowe odgrywają istotną rolę w realizacji tej walki. Dyspozycyjny optymizm i uogólnione poczucie własnej skuteczności są cechami ułatwiającymi podjęcie działań zmierzających do odzyskania, a następnie utrzymania dobrego stanu zdrowia. Subiektywny obraz sytuacji to obraz własnej choroby. Akceptacja choroby stanowi istotny czynnik wpływający na reakcje emocjonalne (stabilność stanu emocjonalnego), reakcje poznawcze (obraz siebie) oraz reakcje behawioralne przejawiające się w przestrzeganiu zaleceń i podejmowania działań chroniących zdrowie.

#### **IV.2. Cele pracy:**

**Cel podstawowy to** opisanie zachowań prozdrowotnych populacji pacjentów po transplantacji serca i określenie, w jakim stopniu przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących trybu życia, diety, zażywania leków i odbywania badań kontrolnych wpływa na wystąpienie powikłań w okresie wczesnym i późnym pooperacyjnym. Część powikłań jest związanych ze skutkami ubocznymi leczenia immunosupresyjnego, część wynika z nieprawidłowego trybu życia po transplantacji. Wyniki badań pozwolą na zmodyfikowanie systemu edukacji zdrowotnej pacjenta po transplantacji serca prowadzonej w Oddziale Klinicznym Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii KSS im Jana Pawła II w Krakowie.

#### **Cele szczegółowe:**

1. Zbadanie wartości wskaźnika zachowań prozdrowotnych pacjentów po transplantacji serca w kontekście przestrzegania zaleceń lekarskich.
2. Ocena wpływu czynników osobowościowych (dyspozycyjnego optymizmu i uogólnionego poczucia własnej skuteczności) na wartość wskaźnika zachowań zdrowotnych.
3. Ocena wpływu akceptacji choroby na wartość wskaźnika zachowań zdrowotnych



4. Ocena wpływu wartości wskaźnika zachowań zdrowotnych na ilość i rodzaj powikłań immunosupresji.

### **IV.3. Hipotezy badawcze**

1. Im wyższy poziom dyspozycyjnego optymizmu tym wyższa wartość wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych.
2. Im wyższy poziom uogólnionej własnej skuteczności tym wyższa wartość wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych.
3. Im wyższy poziom akceptacji choroby tym wyższa wartość wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych.
4. Pacjenci z wysoką wartością wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych są oceniani jako stosujący się z większą częstotliwością do zaleceń lekarskich.
5. U pacjentów z wysoką wartością ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych występuje mniej powikłań immunosupresji.

### **IV.2. Metodyka**

#### **IV.2.1. Procedura badawcza**

Badania były przeprowadzane indywidualnie podczas rutynowych badań kontrolnych i hospitalizacji. Miały charakter anonimowy, a szczegółowe wyniki pozostają do wyłącznej dyspozycji psychologa klinicznego przeprowadzającego badanie w ramach codziennej pracy klinicznej. Każdy pacjent otrzymywał informację o badaniu, a po wyrażeniu pisemnej zgody na udział w projekcie, zwrotną relację o wynikach testów i wynikających z nich zaleceniach terapeutycznych. Formularze badań zaakceptowane przez Komisję Bioetyczną Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego (Zgoda z dnia 28 czerwca 2012 roku nr KBET/244/B/2012. Badaniami objęto grupę 130 pacjentów po transplantacji serca w Oddziale Klinicznym Chirurgii, Serca, Naczyń i Transplantologii Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im Jana Pawła II.

Zestaw testów to 9 stron formatu A4. Wypełnienie arkuszy nie zajmowało przeciętnie więcej niż 30 minut. Do badania kwalifikowano osoby, których poziom

intelektualny i poziom sprawności poznawczej pozwalały na samodzielne wypełnienie testów ze zrozumieniem.

#### **IV. 2. 2. Analizowane zależności**

Projekt badania zakładał analizę zależności:

**Wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych** ( mierzonego testem IZZ) z:

1. Zasobami osobowościowymi:
  - Dyspozycyjnym optymizmem ( mierzonym przy pomocy Skali LOT-R)
  - Uogólnionym poczuciem własnej skuteczności ( mierzonym przy pomocy Skali GSES)
2. Akceptacją choroby i związanych z nią ograniczeń ( mierzonej Skalą AIS)
3. Przestrzeganiem zaleceń lekarskich ( wskaźnik oparty na metodzie sędziów kompetentnych)
4. Powikłaniami immunosupresji (obecność polekowych powikłań jest określone na podstawie ostatniej Karty Informacyjnej pacjenta)

#### **IV.2.3. Narzędzia badawcze**

**Inwentarz Zachowań Zdrowotnych IZZ - Juczyński Z. (2001)** <sup>47</sup>. Do badania różnego typu zachowań zdrowotnych. Podczas konstrukcji testu wybrano trzy typy zachowań zdrowotnych:

- Zachowania obniżające lub podwyższające ryzyko zachorowania,
- Zachowania przyczyniające się do utrzymania zdrowia lub zmniejszenia zagrożenia chorobą,
- Zachowania związane z przestrzeganiem zaleceń lekarskich.

Inwentarz zawiera 24 twierdzenia. Wskaźnik ogólny będący sumą uzyskanych punktów przeliczany jest według podanych norm na skalę stenową od 1 do 10, gdzie: 1- 4 to wynik niski, 5-6 wynik średni, a 7-10 to wynik wysoki.

Test zawiera cztery podskale:

- PN - prawidłowe nawyki żywieniowe,
- ZP - zachowania profilaktyczne,
- PNP - pozytywne nastawienie psychiczne,
- PZ- praktyki zdrowotne.

Zakres wyników podskali –od 1-do 5 punktów

Zgodność wewnętrzna wynosi 0,85 alfa Cronbacha( SD -0,63) dla całego testu, dla 4 podskal od 0,60 do 0,65. Badania trafności testu przeprowadzono na grupie 496 osób. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych pozytywnie korelował z dyspozycyjnym optymizmem ( LOT-R,0,16;p<0,01) poczuciem własnej skuteczności ( GSES 0,30;p<0,01). Dodatkowo korelacje praktyk zdrowotnych i zachowań profilaktycznych uzyskano z poczuciem własnej skuteczności (GSES – 0,31; 026 przy p<0,001), natomiast pozytywne nastawienie psychiczne z dyspozycyjnym optymizmem ( 0,33; p<0,001).

Tabela nr 3 zawiera dane Juczyńskiego dotyczące wybranych grup klinicznych.

Grupa	N	Wskaźnik ogólny		Prawidłowe nawyki żywieniowe		Zachowania profilaktyczne		Pozytywne nastawienie psychiczne		Praktyki zdrowotne	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Diabetycy	70	92,44	11,59	3,87	0,70	4,00	0,63	3,84	0,62	3,70	0,75
Pacjenci dializowani	31	83,45	14,76	3,65	0,99	3,67	0,80	3,11	0,55	3,47	0,82
Mężczyźni po zawale serca	42	84,00	16,54	3,42	0,84	3,63	0,85	3,65	0,74	3,31	0,94

Tabela nr 3. IZZ – wyniki wybranych grup klinicznych

**Test Orientacji Życiowej – LOT-R** - M.F. Scheier, Ch. Carver, M.W. Bridges w adaptacji Z. Juczyńskiego (2001)<sup>48</sup> do badania poziomu dyspozycyjnego optymizmu. Skala składa się z 10 stwierdzeń, z których sześć ma znaczenie diagnostyczne. Polska adaptację testu wykonano przez badania na grupie 174 osób w wieku 22 – 55 lat. Zgodność wewnętrzna testu wynosi 0,76 ( alfa Cronbacha) przy standardowym błędzie pomiaru 0,17. Trafność teoretyczną określono przez analizę relacji optymizmu z takimi zmiennymi jak wysoka samoocena, tendencja do przeżywania pozytywnych emocji, stosowanie strategii radzenia sobie skierowanych na rozwiązanie problemu. Uzyskano dodatnią korelację optymizmu z poczuciem własnej wartości mierzonej w skali Rosenberga RSES( 0,63), a ujemną z kontrolą depresji(-0,54) i gniewu (-0,51)w Skali Kontroli Emocjonalnej CECS. Korelację optymizmu ze strategiami radzenia sobie

badano przy pomocy Inwentarza COPE Carvera, Scheiera, Weintrauba. Optymizm dodatnio korelował z planowaniem (0,51), natomiast ujemnie z zaprzestaniem działań (-0,45). Normalizacji testu dokonano na grupie 786 osób w wieku 20-55 lat. Poniżej przedstawiono wyniki badań wybranych grup klinicznych podane przez Juczyńskiego.

Grupa	N	M	SD	% wyników	
				Niskich 1-4 sten	Wysokich 7-10 sten
Dorośli (22-55 lat)	786	14,55	4,05	32,4	32,5
Mężczyźni	384	14,60	4,13	32,0	32,5
Kobiety	402	14,51	4,04	33,0	32,6
Diabetycy	70	14,49	3,49	25,7	22,9
Pacjenci dializowani	31	15,32	3,10	16,1	38,7
Mężczyźni po zawale serca	42	14,76	3,91	28,6	42,2

Tabela nr 4. LOT-R Średnie wyniki grup klinicznych.

Wyniki surowe przelicza się na wyniki w skali stenowej gdzie: 1- 4 to wynik niski, 5-6 wynik średni, a 7-10 to wynik wysoki.

#### **GSES- Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności** —R. Schwarzer, M. Jerusalem, ZA.

Juczyński Z.( 2001)<sup>49</sup> do badania ogólnego przekonania, co do własnej skuteczności w zmaganiu się z trudnościami żywymi.

Test składa się z 10 pytań. Adaptacji testu dokonano na grupie 174 osób w wieku od 22 do 55 lat. Współczynnik alfa Cronbacha wynosił 0,85, przy odchyleniu standardowym 0,24. Oceniona metodą retest rzetelność wynosiła 0,78. Statystycznie istotne korelacje występują między poczuciem własnej skuteczności i wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia ( badanej skalą MHLC – Umiejscowienia Kontroli Zdrowi  $r=0,25$  i nasileniem zachowań zdrowotnych ( mierzonych testem IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego)  $r=0,30$ . Wyniki analizy czynnikowej potwierdzają jednolitą budowę testu, jedyny czynnik wyjaśnia 44% wariancji całkowitej. Normalizacja testu przeprowadzona została na grupie 496 osób w wieku 22-55 lat. Średni wynik grupy wynosił 27,32, a odchylenie standardowe 5,31. Tabela nr

4 przedstawia wyniki podane przez Juczyńskiego dla wybranych grup klinicznych

Grupa	N	M	SD	% wyników	
				Niskich 1-4 sten	Wysokich 7-10 sten
Diabetycy	70	28,34	5,35	26	43
Pacjenci dializowani	31	27,16	4,91	22	32
Mężczyźni po zawale serca	42	26,57	6,38	36	35

Tabela nr 5. GSES średnie wyniki wybranych grup klinicznych.

Wyniki surowe przelicza się na wyniki w skali stenowej gdzie: 1- 4 to wynik niski, 5-6 wynik średni, a 7-10 to wynik wysoki.

**AIS – Skala Akceptacji Choroby** B.J. Felton, T.A Revenson, G.A.Hinirchsen w adaptacji Z. Juczyńskiego (2001)<sup>50</sup>.

Badania 138 pacjentów leczonych z powodu przewlekłego bólu służyły do określenia zgodności wewnętrznej i stałości testu. Wskaźnik alfa Cronbacha wynosi 0,85, odchylenie standardowe 0,72. Trafność diagnostyczną sprawdzono porównując wyniki testu 60 pacjentek po mastektomi z oceną efektów leczenia dokonaną przez lekarzy na specjalnej skali( 0,42,  $p < 0,01$ ). Wskaźnik AIS ujemnie korelował z natężeniem stresu (badanego Skala Odczuwanego Stresu PSS i umiejscowieniem kontroli zdrowia ( mierzonej testem MHLC- Wielowymiarową Skalą Umiejscowienia Kontroli Zdrowia. Dodatkowo korelacje uzyskano z poczuciem własnej wartości ( Skala RSES Skala Poczucia Własnej Wartości Rosenberga) oraz z poczuciem własnej skuteczności (Skala GSES Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności). W badaniach trafności teoretycznej otrzymano jeden czynnik, według algorytmu varimax wyjaśnia 49,% wariancji całkowitej.

Tabela nr 5 przedstawia wyniki podane przez Juczyńskiego dla wybranych grup klinicznych.

Grupa	N	M	SD
Diabetycy	70	24,81	7,09
Pacjenci dializowani	31	25,32	6,03
Mężczyźni po zawale serca	42	22,14	6,05
Pacjenci z przewlekłym bólem – neuropatia	32	18,46	7,05
Kobiety z rakiem sutka i macicy	60	28,13	7,60

Tabela nr 6. AIS – wyniki wybranych grup klinicznych

Zakres wyników od 8 do 40 punktów. Wynik poniżej 19 uznaje się za niski, 20-30-średni, powyżej 30 za wysoki. Dodatkowo analizuje się następujące czynniki składające się na wynik ogólny:

- Przystosowanie do ograniczeń związanych z chorobą
- Stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie ulubionych czynności
- Poczucie nieprzydatności.
- Zależność od innych.
- Bycie ciężarem dla rodziny i przyjaciół
- Poczucie niepełnowartościowości
- Poczucie braku samowystarczalności
- Choroba jako czynnik prowadzący otoczenie do zakłopotania

Zakres punktów 1-5, im niższy wynik tym mniejsza akceptacja ograniczeń związanych z chorobą.

Tabela nr 6 zawiera dane psychometryczne z podręcznika Juczyńskiego dla poszczególnych pozycji testu.

Czynnik	M	SD
Przystosowanie do ograniczeń związanych z chorobą	2,63	1,32
Stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie ulubionych czynności	2,45	1,37
Poczucie nieprzydatności.	3,29	1,44
Zależność od innych.	2,59	1,32
Bycie ciężarem dla rodziny i przyjaciół	3,36	1,37
Poczucie niepełnowartościowości	3,31	1,38
Poczucie braku samowystarczalności	3,81	1,51
Choroba jako czynnik prowadzący otoczenie do zakłopotania	3,01	1,45

Tabela nr 7. AIS – dane psychometryczne stwierdzeń testu.

**Ocena przestrzegania zaleceń lekarskich** dokonana została metodą sędziów kompetentnych na skali 5-stopniowej gdzie poszczególne stopnie oznaczają:

5 – bardzo dobrze przestrzega zalecenia medyczne, 4 – dobrze, 3- dostatecznie, 2 – w sposób niezadowolający, 1- wcale nie przestrzega zaleceń medycznych.

W skład zespołu sędziów kompetentnych wchodzi członkowie zespołu przeszczepowego: lekarze transplantolodzy, pielęgniarka, koordynatorzy, psycholog. Wszyscy, na co dzień pracują z pacjentami po transplantacji serca.

**Ocena powikłań immunosupresji** – zostanie dokonana dla każdego pacjenta na podstawie analizy dokumentacji medycznej w postaci ostatniej Karty Informacyjnej Z Oddziału Klinicznego Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii zawierającej szczegółowe rozpoznania.

### IV.2.3. Metody statystyczne

W opracowaniu statystycznym dla danych ilościowych wyliczono średnią ( $\bar{x}$ ), odchylenie standardowe ( $s_d$ ), medianę ( $me$ ) oraz podano wartości minimalne i maksymalne.

Normalność rozkładów danych ilościowych oceniono na podstawie wyników testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka.

Do porównania różnic w średnich wartościach badanych cech ilościowych (o rozkładzie normalnym oraz jednorodnych wariancjach) pomiędzy niezależnymi grupami zastosowano test t-Studenta. Dla zmiennych o rozkładach istotnie różnych od rozkładu normalnego zastosowano nieparametryczny odpowiednik testu t-Studenta – test U Manna-Whitneya.

Do porównania różnic w średnich wartościach badanych cech ilościowych (o rozkładzie normalnym) pomiędzy więcej niż dwoma niezależnymi grupami zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA). Dla zmiennych o rozkładach istotnie różnych od rozkładu normalnego zastosowano test Kruskala Wallisa.

W celu oceny siły oraz kierunku związku pomiędzy dwoma cechami ilościowymi wyliczono współczynniki korelacji Pearsona lub Spearmana. W analizie statystycznej przyjęto skalę współczynnika korelacji zaproponowaną przez Stanisza A. 1998<sup>103</sup>:

$r = 0$  zmienne nie są skorelowane,

$0 < r < 0,1$  korelacja nikła,

$0,1 \leq r < 0,3$  korelacja słaba,

$0,3 \leq r < 0,5$  korelacja przeciętna,

$0,5 \leq r < 0,7$  korelacja wysoka,

$0,7 \leq r < 0,9$  korelacja bardzo wysoka,

$0,9 \leq r < 1$  korelacja prawie pewna,



$r = 1$  korelacja pewna

Hipotezy badawcze zakładające jednorodność wariancji pomiędzy porównywanymi grupami zweryfikowano testem Levene'a.

We wszystkich poniższych analizach przyjęto poziom istotności  $\alpha=0,05$ .

Charakterystykę opisową uzupełniają histogramy przedstawiające częstość występowania badanej cechy (ilościowej) w poszczególnych przedziałach klasowych. Nanoszą krzywą normalną na histogramie, przez co także wizualnie pokazują na ile rozkład tych zmiennych będzie zbliżony do rozkładu normalnego.

W celu obliczenia zgodności sędziów kompetentnych wykorzystano analizę testem W Kendalla. Test W Kendalla jest nieparametrycznym testem statystycznym dla porównywania kilku prób zależnych. Jest nieparametrycznym odpowiednikiem analizy wariancji w schemacie wewnątrzgrupowym. Test ten inaczej zwany jest współczynnikiem zgodności Kendalla. Obliczany jest współczynnik od 0 do 1, gdzie 0 oznacza brak jakiegokolwiek zgodności (podobieństwa) pomiędzy mierzonymi zmiennymi a 1 oznacza całkowitą zgodność.

Obliczenia wykonano z wykorzystaniem arkusza kalkulacyjnego, Microsoft Office Excel oraz pakietu statystycznego SPSS Statistics 17.0

## ROZDZIAŁ V

### Wyniki

#### V.1. Charakterystyka badanej grupy.

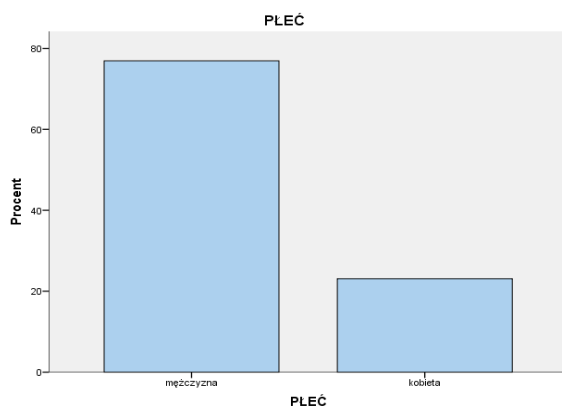
Na podstawie zgody Komisji Bioetycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego z dnia 28 czerwca 2012 roku nr KBET/244/B/2012 badaniami objęto grupę 130 pacjentów po transplantacji serca w Oddziale Klinicznym Chirurgii, Serca, Naczyń i Transplantologii Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im Jana Pawła II.

#### Dane demograficzne.

Wśród badanych było 30 kobiet i 100 mężczyzn. Opis statystyczny przedstawiono poniżej w tabeli nr 8.

	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Mężczyzna	100	76,9	76,9	76,9
Kobieta	30	23,1	23,1	100,0
Ogółem	130	100,0	100,0	

Tabela nr 8. Płeć badanej populacji



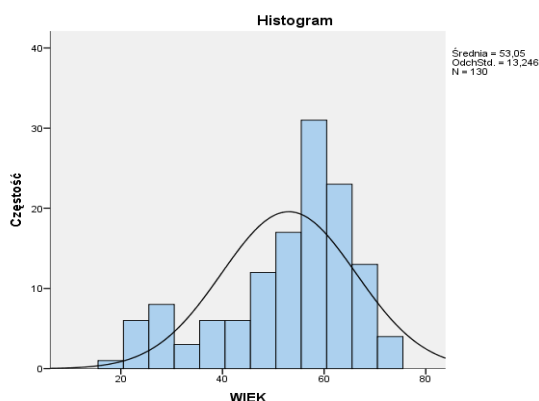
Struktura płci jest zgodna z ogólną tendencją w tej populacji pacjentów.

Wykres nr 2. Płeć

Charakterystykę wieku badanej grupy przedstawia tabela nr 9 oraz wykres nr 2..

N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		53,05
Mediana		56,00
Odchylenie standardowe		13,246
Skośność		-,885
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		18
Maksimum		75

Tabela nr 9. Charakterystyka wieku badanej grupy.

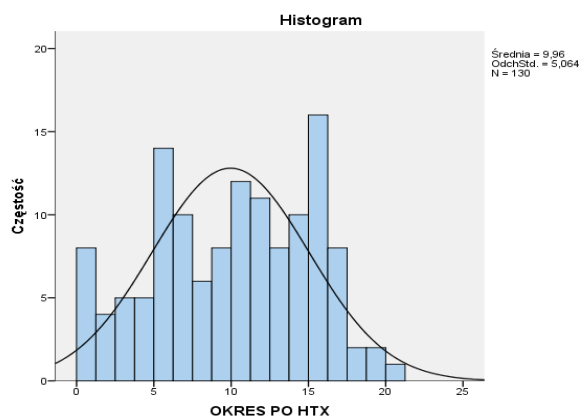


Wykres nr 3. Wiek badanej grupy

Pacjenci byli w różnych okresach po transplantacji serca. Minimalny okres to pół roku, maksymalny to 19 lat życia z przeszczepionym sercem.

N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		9,96
Mediana		10,00
Odchylenie standardowe		5,064
Skośność		-,149
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		0
Maksimum		20

Tabela nr 10. Okres po transplantacji serca

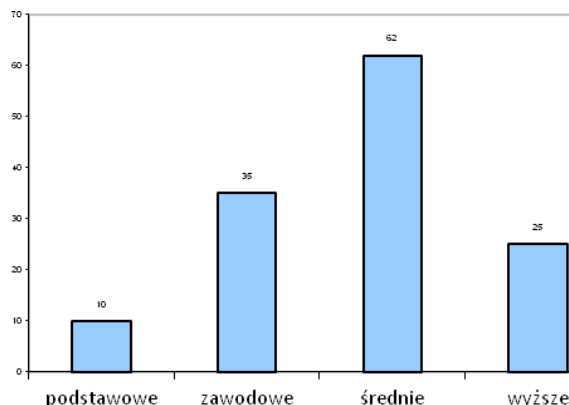


Wykres nr 4. Okres po transplantacji serca

Wśród badanych przeważają osoby pozostające w związku małżeńskim. Osoby stanu wolnego to w większości młodzi pacjenci, u których przeprowadzono transplantację w okresie dzieciństwa i którzy z

różnych powodów do tej pory nie założyli własnych rodzin.

W grupie kobiet jest 17 osób żyjących w związku małżeńskim, 7 wdów, 5 panien i 1 osoba rozwiedziona. Większość mężczyzn (85) jest żonatych, ale jest wśród nich 6 wdowców, 7 kawalerów i 2 osoby po rozwodzie.



Wykres nr 5. Struktura wykształcenia badanej grupy.

W populacji pacjentów przeważają osoby z wykształceniem średnim i zawodowym.

### V.3. Schorzenia współistniejące.

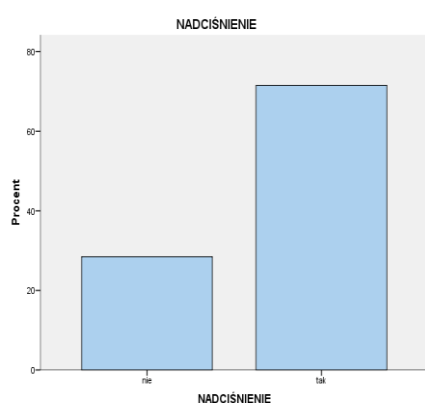
Na podstawie danych z ostatniej Karty Informacyjnej wydanej pacjentowi przez Oddział Transplantacyjny określone zostały schorzenia towarzyszące dodatkowo chorobie podstawowej.

#### Nadciśnienie tętnicze

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	Nie	37	28,5	28,5	28,5
	Tak	93	71,5	71,5	100,0
Ogółem		130	100,0	100,0	

Tabela nr 11. Nadciśnienie tętnicze

U 93 osób ( 71,5 %) stwierdzono nadciśnienie tętnicze, które jest najczęstszym schorzeniem dodatkowym w badanej grupie.



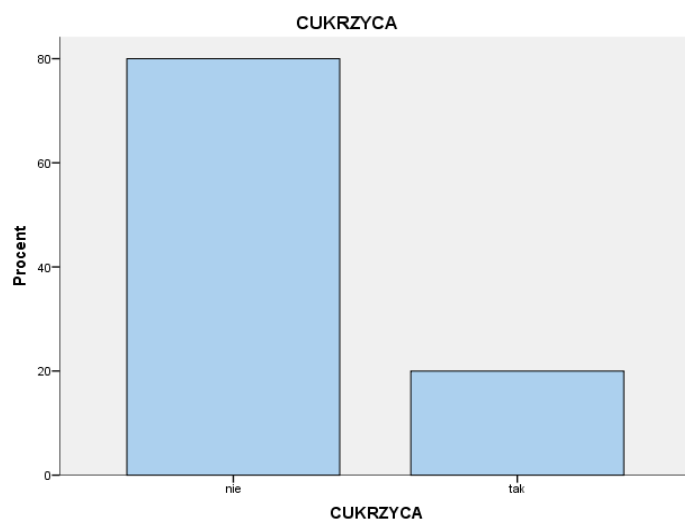
Wykres nr 6. Nadciśnienie tętnicze

## Cukrzyca

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	Nie	104	80,0	80,0	80,0
	Tak	26	20,0	20,0	100,0
	Ogółem	130	100,0	100,0	

Tabela nr 12. Cukrzyca

Przedstawione dane wskazują, że 20 % badanych pacjentów choruje na cukrzycę.

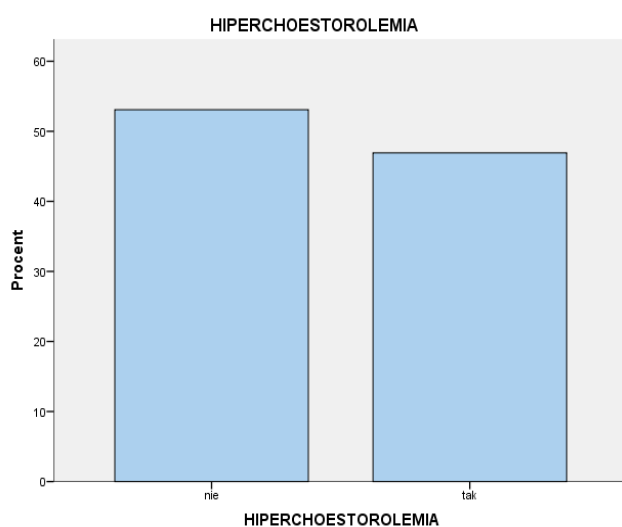


Wykres nr 7. Cukrzyca

## Hipercholesterolemia

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	Nie	69	53,1	53,1	53,1
	Tak	61	46,9	46,9	100,0
	Ogółem	130	100,0	100,0	

Tabela nr 13. Hipercholesterolemia



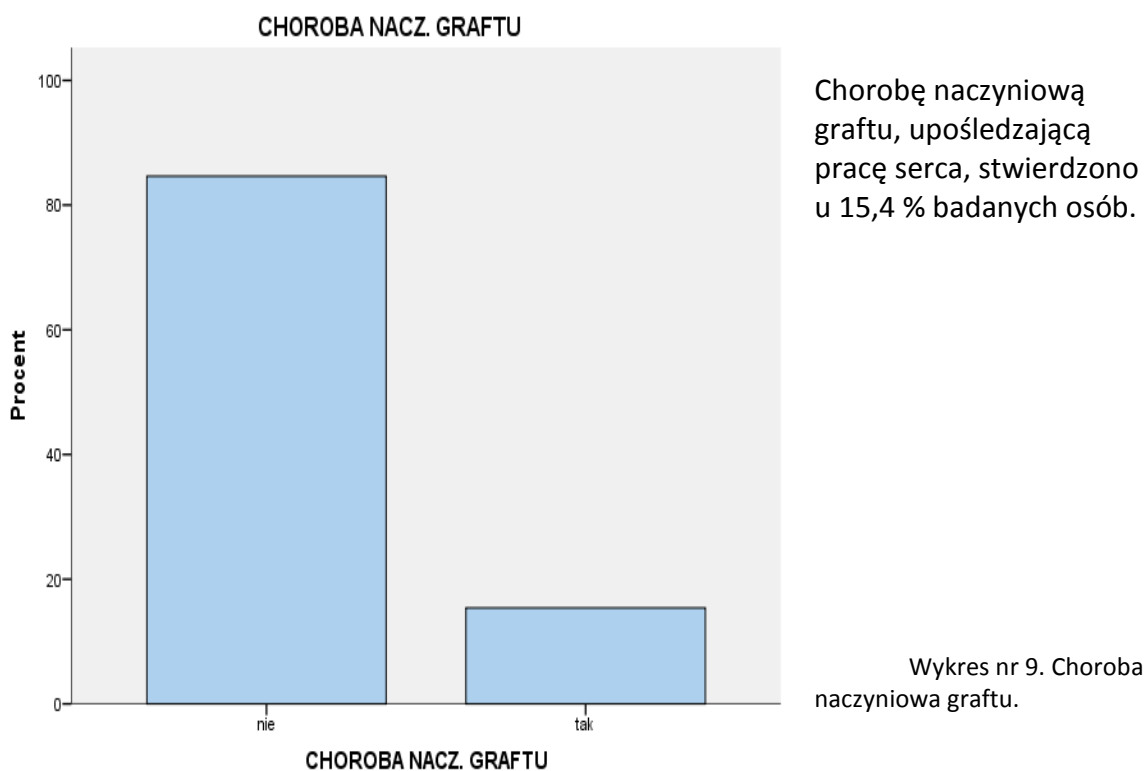
Blisko połowa badanej grupy (46,9%) jest leczona z powodu hipercholesterolemii. Jest to drugie, po nadciśnieniu tętniczym, najczęstsze schorzenie dodatkowe.

Wykres nr 8. Hipercholesterolemia

### Choroba naczyniowa graftu

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	Nie	110	84,6	84,6	84,6
	Tak	20	15,4	15,4	100,0
	Ogółem	130	100,0	100,0	

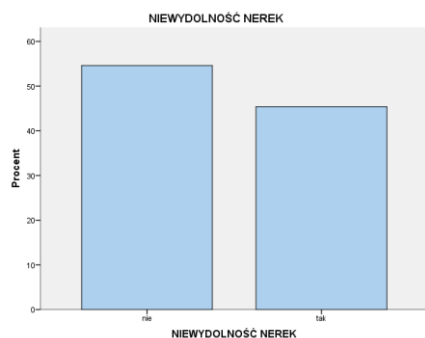
Tabela nr 14. Choroba naczyniowa graftu



### Niewydolność nerek

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	Nie	71	54,6	54,6	54,6
	Tak	59	45,4	45,4	100,0
	Ogółem	130	100,0	100,0	

Tabela nr 15. Niewydolność nerek



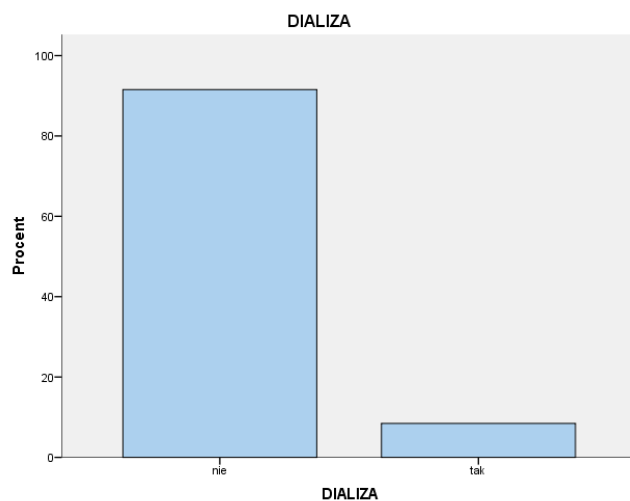
Niewydolność nerek to trzecie z kolei, schorzenie dodatkowe. Występuje u 45,4% pacjentów po transplantacji serca. Najczęściej jej etiologię wiąże się z działaniami ubocznymi immunosupresji.

Wykres nr 10. Niewydolność nerek

## Dializa

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	Nie	119	91,5	91,5	91,5
	Tak	11	8,5	8,5	100,0
	Ogółem	130	100,0	100,0	

Tabela nr 16. Dializa



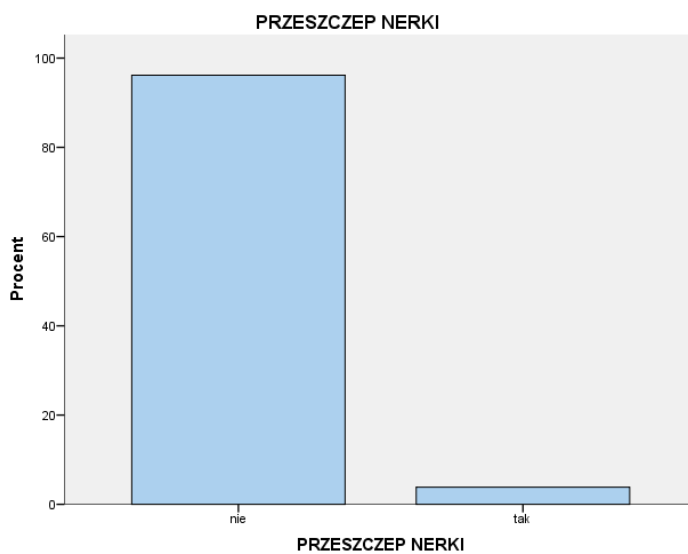
Wykres nr 11. Dializa

W badanej grupie 8,5% chorych jest poddawanych dializoterapii.

**Przeszczepienie nerki**

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	Nie	125	96,2	96,2	96,2
	Tak	5	3,8	3,8	100,0
Ogółem		130	100,0	100,0	

Tabela nr 17. Przeszczep nerki



Wykres nr 12. Przeszczep nerki

Pięcioro pacjentów po transplantacji serca, dodatkowo zostało poddanych operacji przeszczepienia nerki.

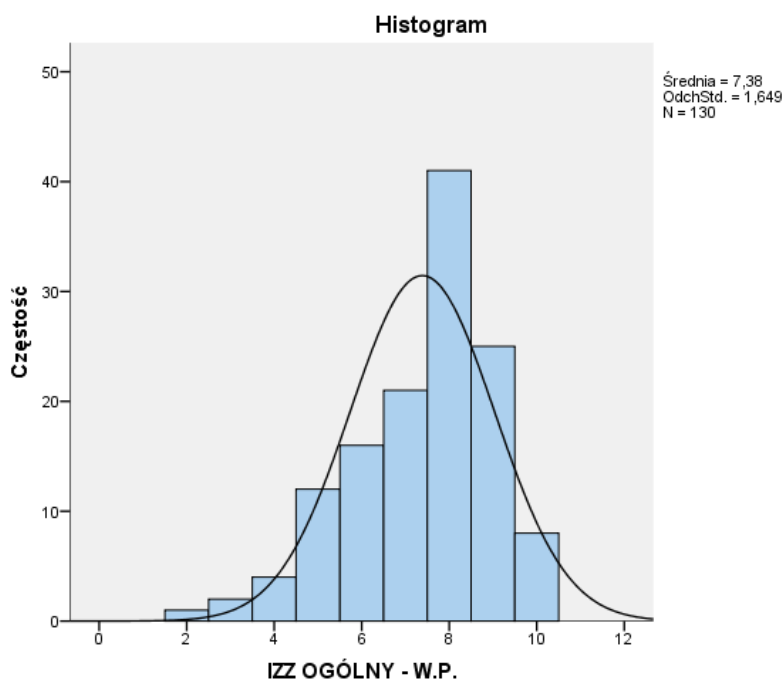


## V.4. Zachowania zdrowotne

### Wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych

N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		7,38
Mediana		8,00
Odchylenie standardowe		1,649
Skośność		-,752
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		2
Maksimum		10

Tabela nr 18 Wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych – wyniki przeliczone



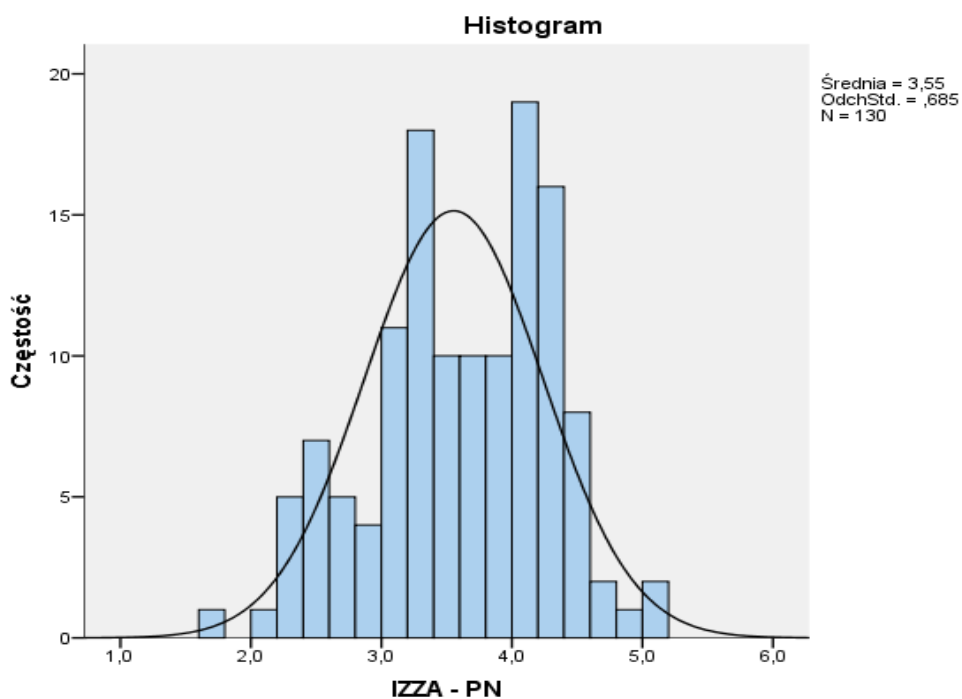
Wykres nr 13. IZZ wskaźnik ogólny

Średni wskaźnik ogólny mieści się w granicach wyników wysokich ( 7 -10 sten), co wskazuje na wysoki poziom zachowań zdrowotnych badanej grupy.

### Prawidłowe nawyki żywieniowe - PN

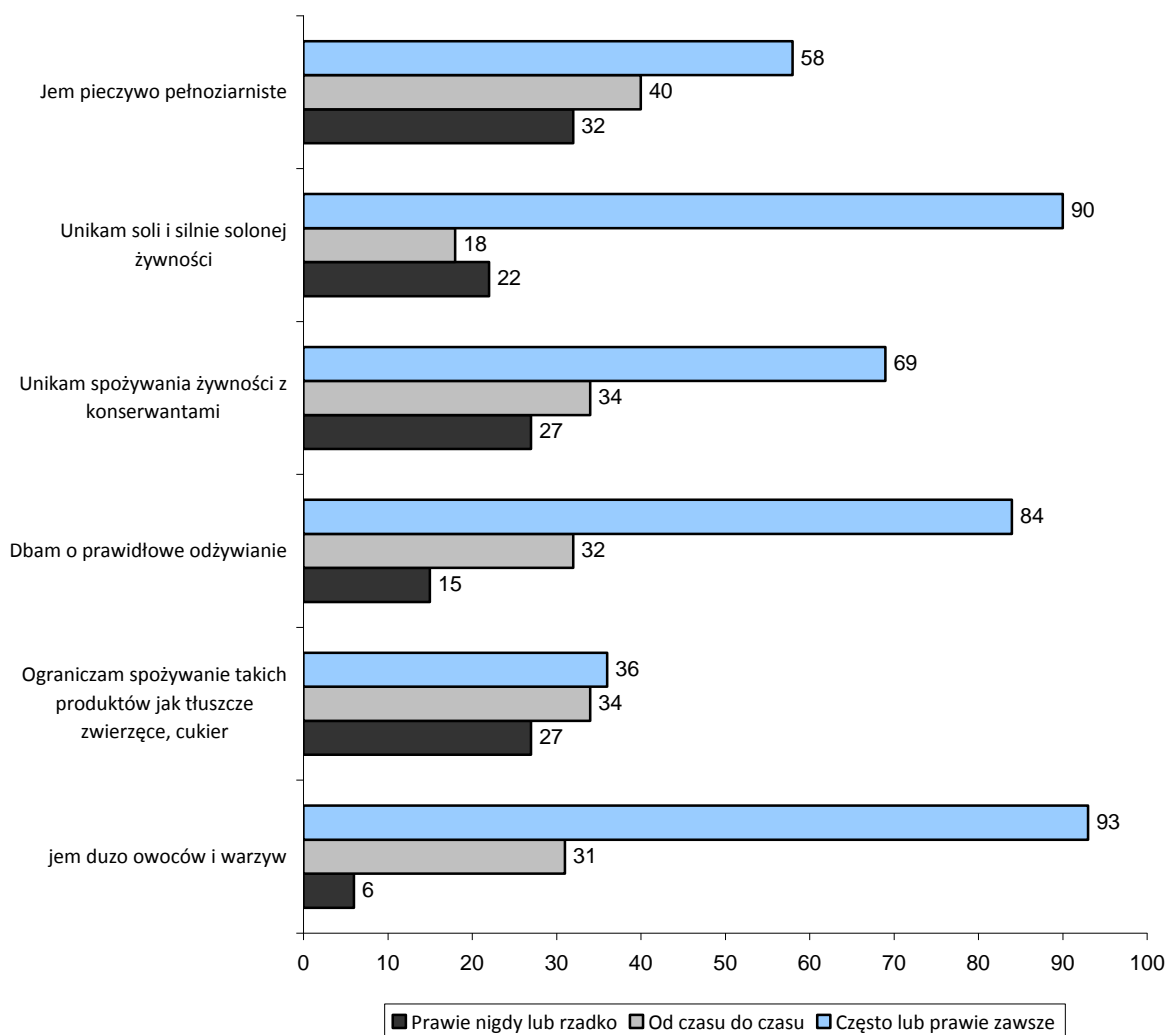
N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		3,554
Mediana		3,600
Odchylenie standardowe		,6848
Skośność		-,280
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		1,7
Maksimum		5,0

Tabela nr 19. Prawidłowe nawyki żywieniowe



Wykres nr 14. IZZ- Prawidłowe nawyki żywieniowe

Uzyskana średnia – 3,55, przy zakresie wyników od 1 do 5 punktów wskazuje na to, że większość badanej grupy stosuje się do zaleceń dietetycznych. Należy jednak zwrócić uwagę, że jest to najniższy wynik w skalach testu.



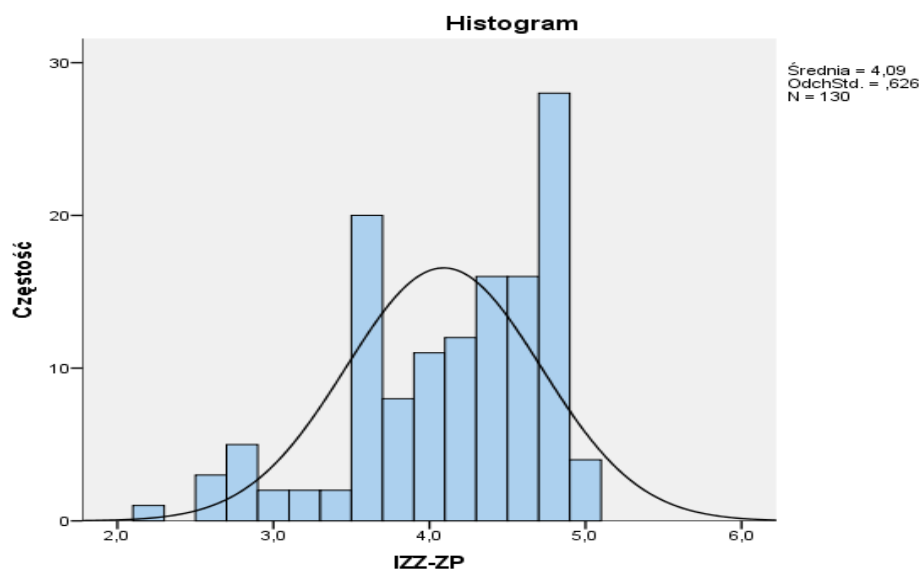
Wykres nr 15. Prawidłowe nawyki żywieniowe – analiza jakościowa

Jakościowa analiza skali pokazuje, że większość badanych realizując zalecenia dietetyczne unika soli i silnie solonej żywności i dba o prawidłowe odżywianie. Najmniej osób ogranicza spożywanie tłuszczów zwierzęcych i cukru.

### Zachowania Profilaktyczne – ZP

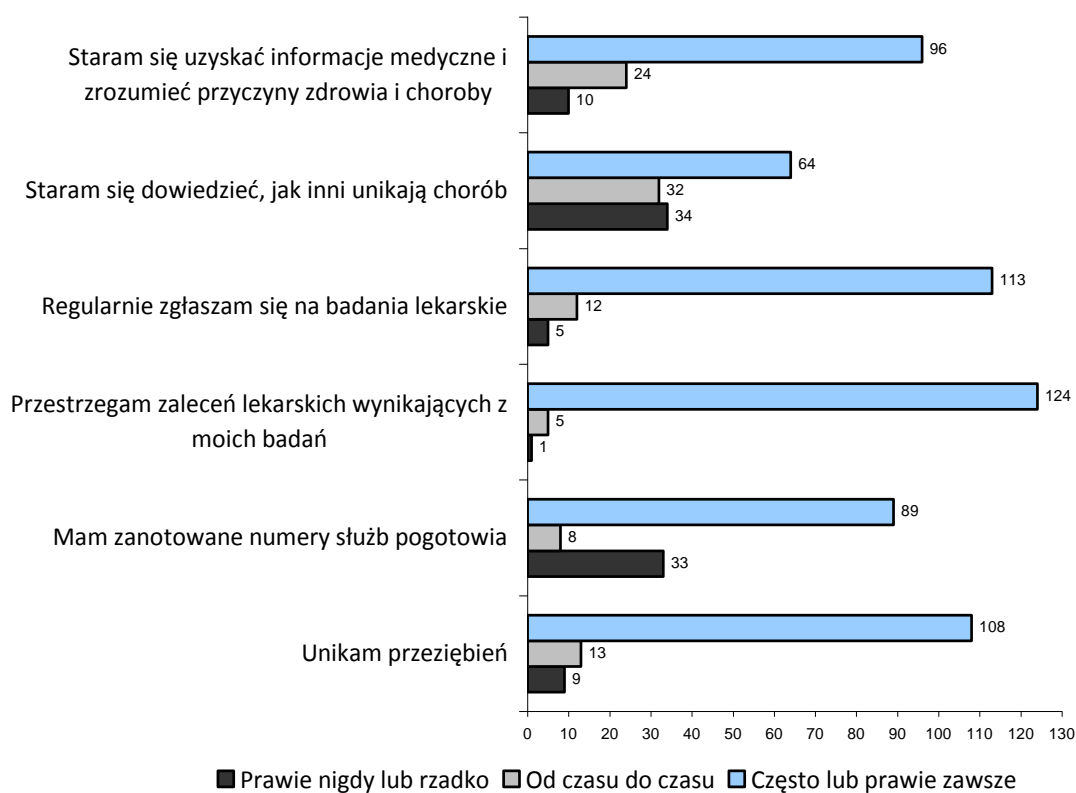
N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		4,091
Mediana		4,200
Odchylenie standardowe		,6262
Skośność		-,868
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		2,2
Maksimum		5,0

Tabela nr 20. Zachowania profilaktyczne



Wykres nr 16. IZZ – zachowania profilaktyczne.

W skali badające stosowanie profilaktyki zdrowotnej badani uzyskali najwyższą średnią – 4,09. Skala, ta jak pokazuje poniższy wykres zawiera stwierdzenia dotyczące ważnych aspektów życia po transplantacji, takich jak badania kontrolne czy przestrzeganie zaleceń medycznych.



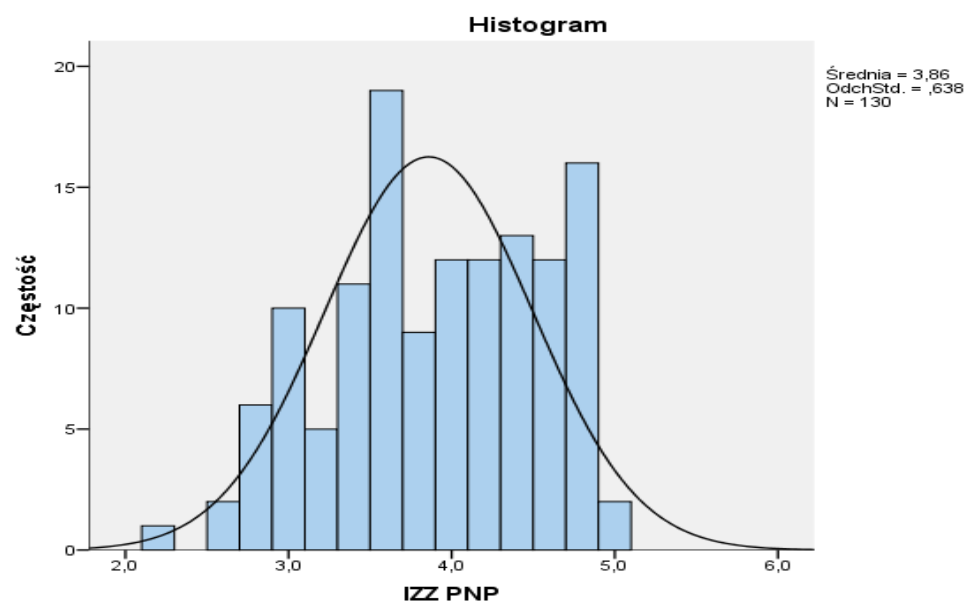
Wykres nr 17. Zachowania profilaktyczne – analiza jakościowa.

W jakościowej analizie skali widać, że 124 osoby często lub prawie zawsze przestrzegają zalecenia lekarskie, tylko jedna osoba przyznaje, że robi to rzadko, a cztery od czasu do czasu.

### Pozytywne nastawienie psychiczne – PNP

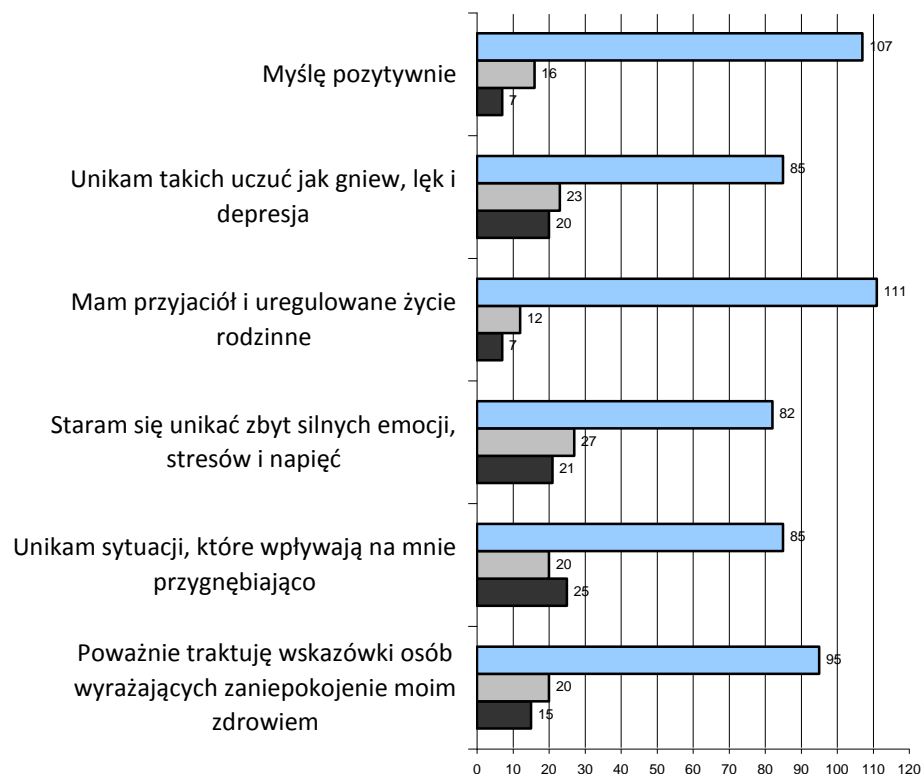
N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		3,859
Mediana		4,000
Odchylenie standardowe		,6380
Skośność		-,310
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		2,2
Maksimum		5,0

Tabela nr 21. Pozytywne nastawienie psychiczne



Wykres nr 18. IZZ –Pozytywne nastawienia psychiczne

Wynik skali – 3,85 wskazuje na pozytywne nastawienie i obecność sprzyjających warunków rodzinnych i społecznych.



■ Prawie nigdy lub rzadko □ Od czasu do czasu ■ Często lub prawie zawsze

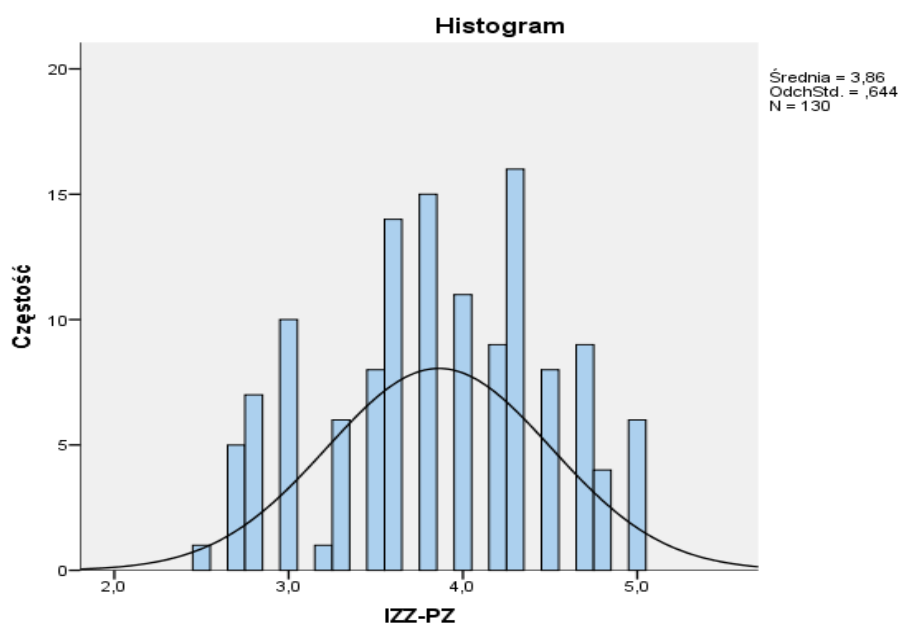
Wykres nr 19. Pozytywne nastawienie psychiczne – analiza jakościowa

111 osób ma uregulowane życie rodzinne, 107 myśli pozytywnie. Nieco mniej badanych unika sytuacji stresowych, przygnębiających związanych z silnymi negatywnymi emocjami.

### Praktyki zdrowotne

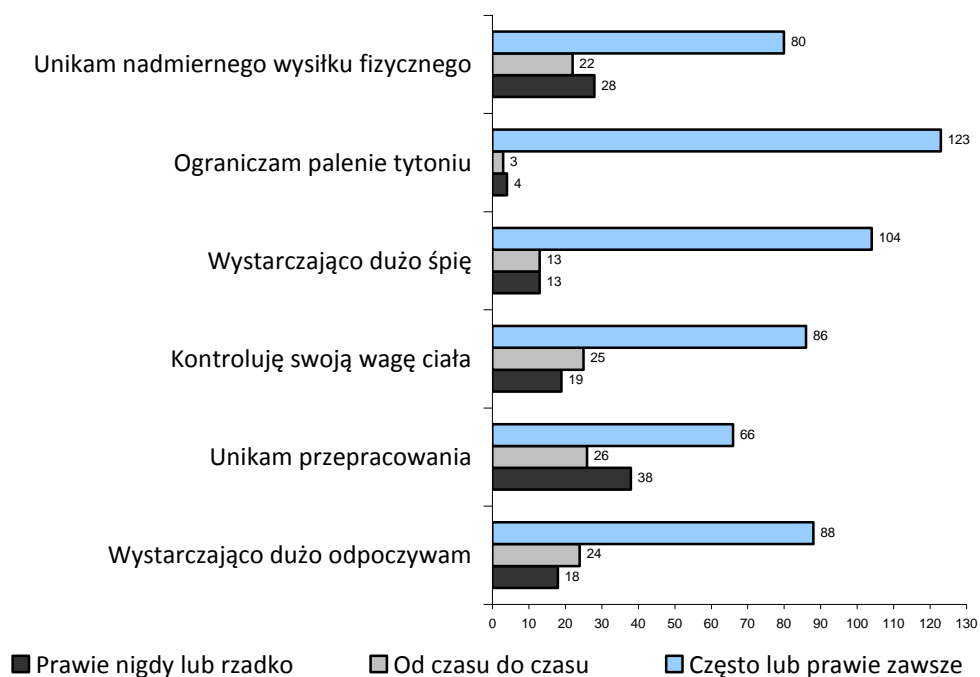
N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		3,862
Mediana		3,800
Odchylenie standardowe		,6440
Skośność		-,176
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		2,5
Maksimum		5,0

Tabela nr 22 Praktyki zdrowotne



Wykres nr 20. IZZ – Praktyki zdrowotne

Średni wynik skali – 3,86 wskazuje na duże nasilenie codziennych zachowań sprzyjających zdrowiu.



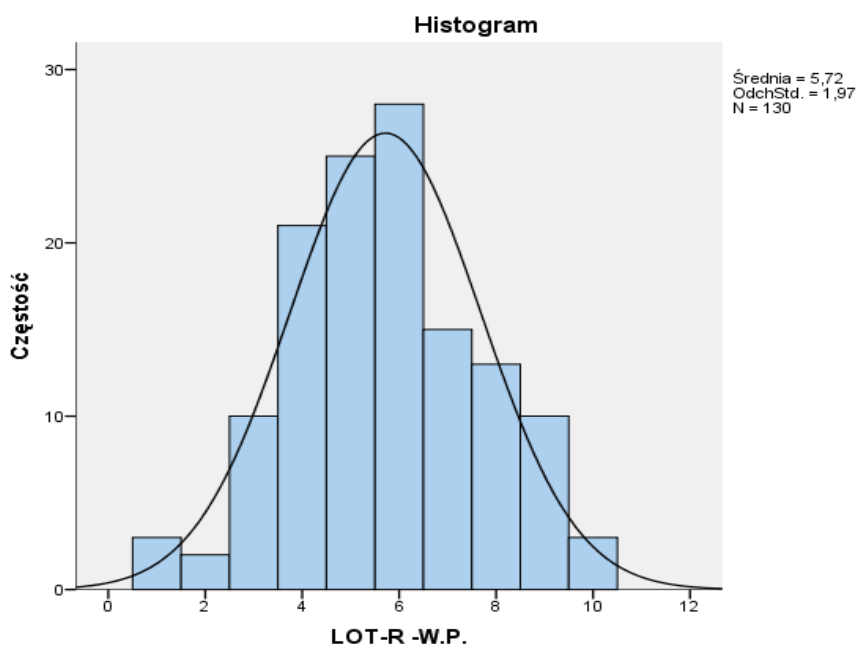
Wykres nr 21. Praktyki zdrowotne - analiza jakościowa.

Zdecydowana większość badanych nie pali tytoniu, dba o odpowiednią ilość snu i odpoczynku. Zalecenie dotyczące stałej kontroli wagi ciała realizuje 86 pacjentów. Znacznie mniej osób unika nadmiernego wysiłku i przepracowania.

### V.5. Dyspozycyjny optymizm – LOT- R

N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		5,72
Mediana		6,00
Odchylenie standardowe		1,970
Skośność		,047
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		1
Maksimum		10

Tabela nr 23. Dyspozycyjny optymizm



Wykres nr 22. Dyspozycyjny optymizm LOT-R

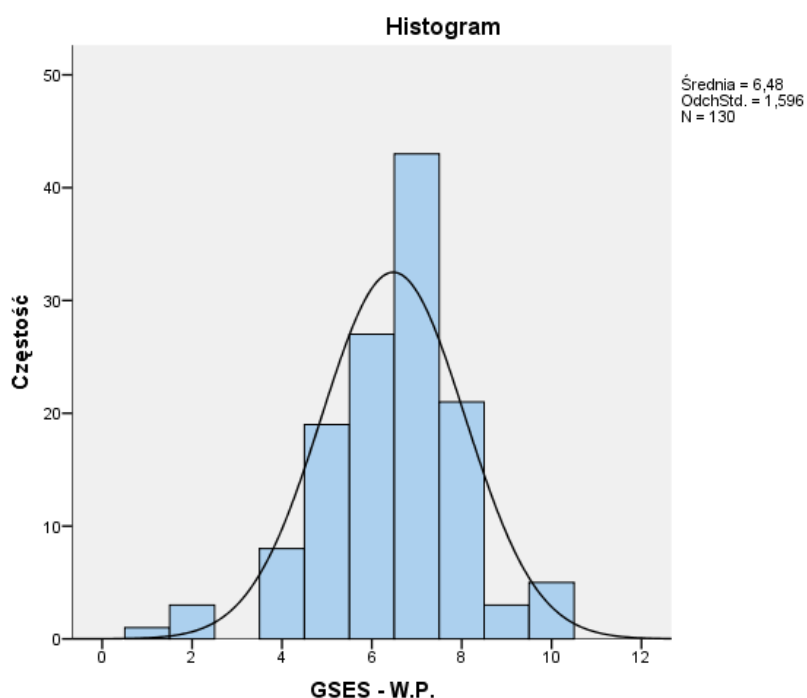
Średnia wskazuje na przeciętny poziom dyspozycyjnego optymizmu w badanej grupie, co wpływa na zachowanie dobrego subiektywnego samopoczucia i zdrowia fizycznego.



## V.6. Uogólnione poczucie własnej skuteczności

N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		6,48
Mediana		7,00
Odchylenie standardowe		1,596
Skośność		-,527
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		1
Maksimum		10

Tabela nr 24. Uogólnione poczucie własnej skuteczności



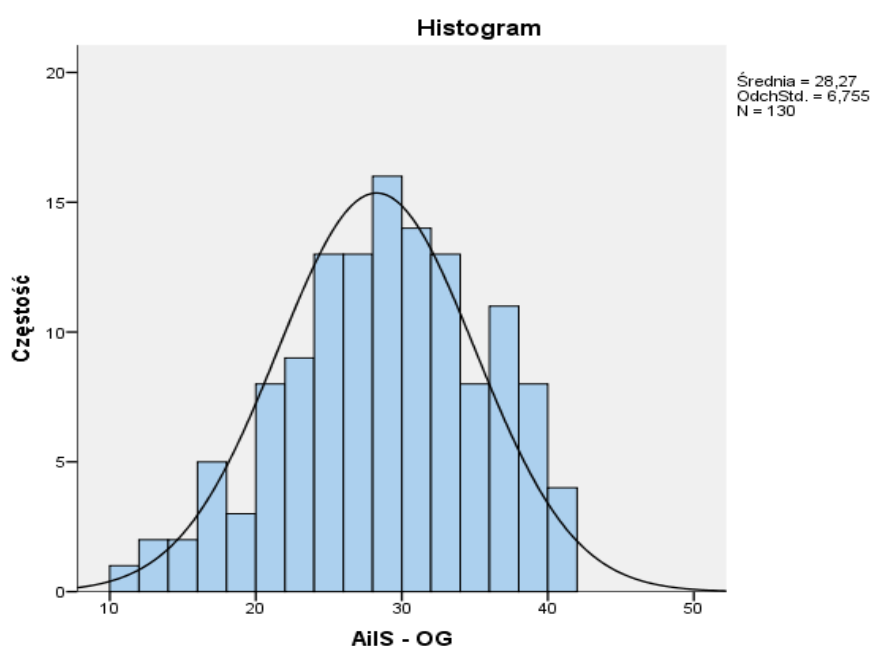
Wykres nr 23. GSES

Średnia badanej grupy wskazuje na przeciętny poziom uogólnionej własnej skuteczności sprzyjający podejmowaniu działań mających na celu utrzymanie czy poprawę stanu zdrowia.

### V.7. Akceptacja choroby.

N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		28,27
Mediana		28,50
Odchylenie standardowe		6,755
Skośność		-,305
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		11
Maksimum		40

Tabela nr 25. Wskaźnik ogólny akceptacji choroby



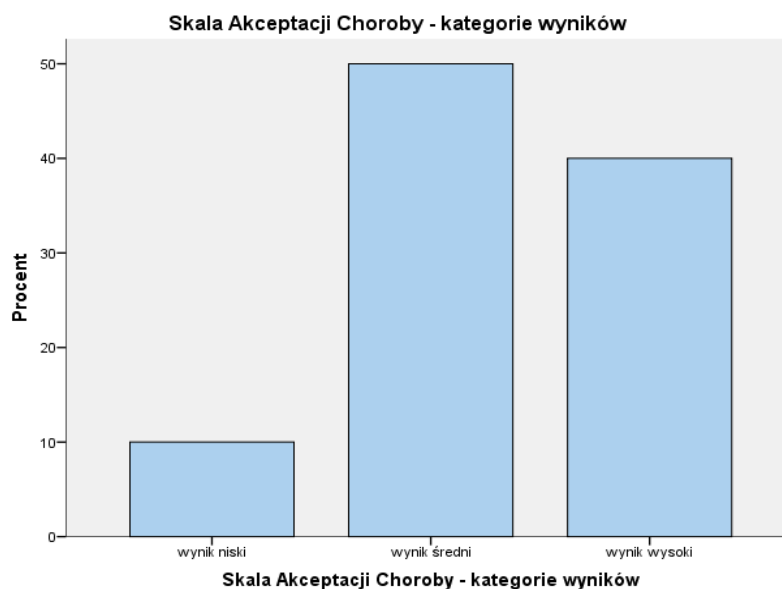
Wykres nr 24. AIS –wskaźnik ogólny

Uzyskany wynik wskazuje na przeciętny poziom akceptacji choroby w badanej grupie. Może to wpływać na aktywizację pacjenta w różnych dziedzinach życia, także na podejmowanie działań prozdrowotnych.

	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowan y
Ważne Wynik niski	13	10,0	10,0	10,0
Ważne Wynik średni	65	50,0	50,0	60,0
Ważne Wynik wysoki	52	40,0	40,0	100,0
Ogółem	130	100,0	100,0	

Tabela nr 22. Kategorie wyników

Najwięcej osób mieści się w średniej kategorii wyników, ale co jest istotne 40 % badanych w wysokiej. Zaledwie 13 osób ma niski poziom akceptacji choroby.



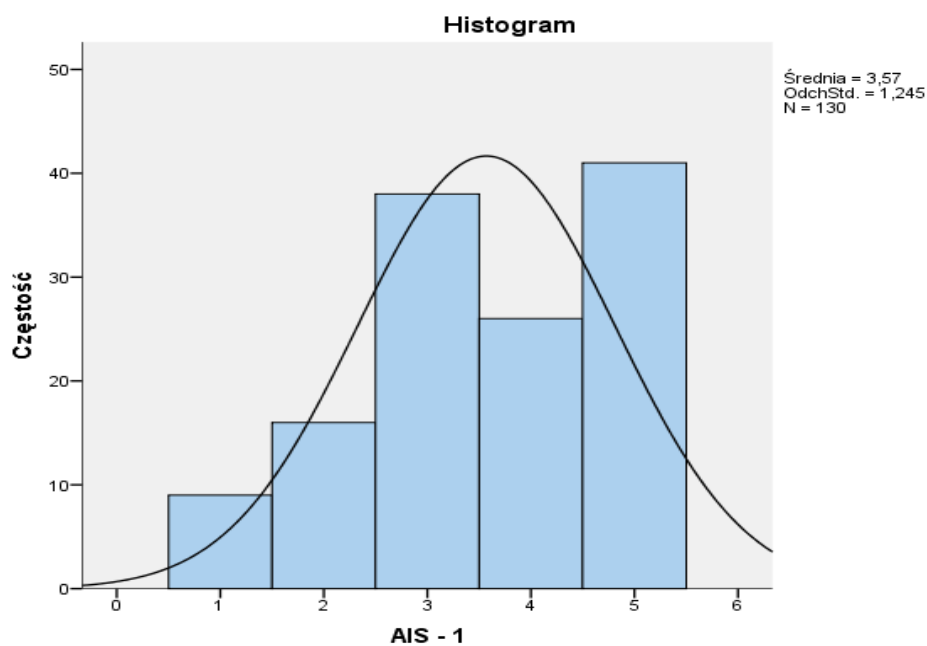
Wykres nr 25. Skala Akceptacji choroby – kategorie wyników

### Przystosowanie do ograniczeń związanych z chorobą

N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		3,57
Mediana		4,00
Odchylenie standardowe		1,245
Skośność		-,405
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		1
Maksimum		5

Tabela nr 27 Przystosowanie od ograniczeń związanych z chorobą.

Wynik wskazuje na dość wysoki poziom akceptacji ograniczeń wynikających z zaleceń medycznych po transplantacji serca, związanych immunosupresją i trybem życia.



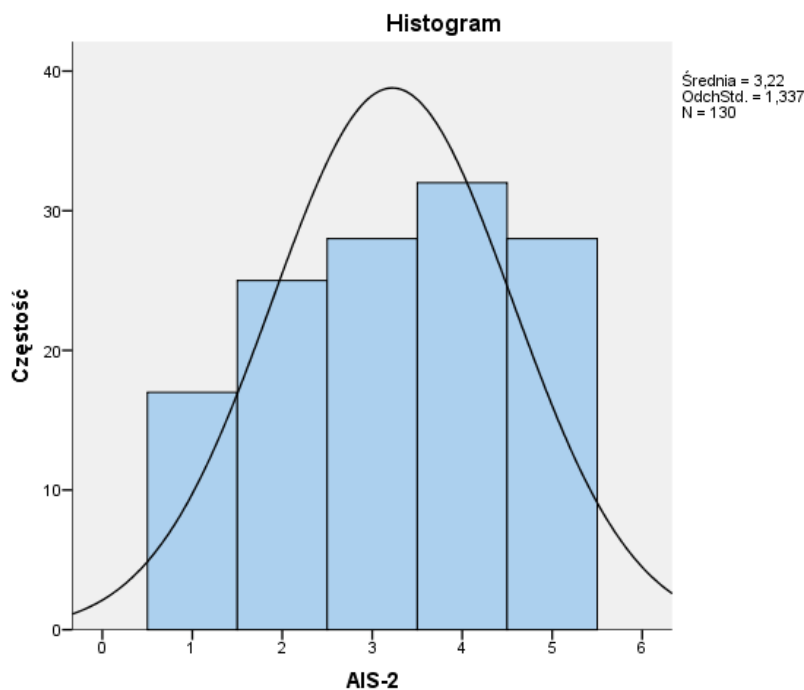
Wykres nr 26. Przystosowanie od ograniczeń związanych z chorobą.

### Stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie ulubionych czynności

N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		3,22
Mediana		3,00
Odchylenie standardowe		1,337
Skośność		-,200
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		1
Maksimum		5

Tabela nr 28. Stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie ulubionych czynności

Jest to najniższy wynik w omawianej skali pokazujący, że nie jest łatwo zaakceptować wszystkie ograniczenia wynikające ze złego stanu zdrowia.



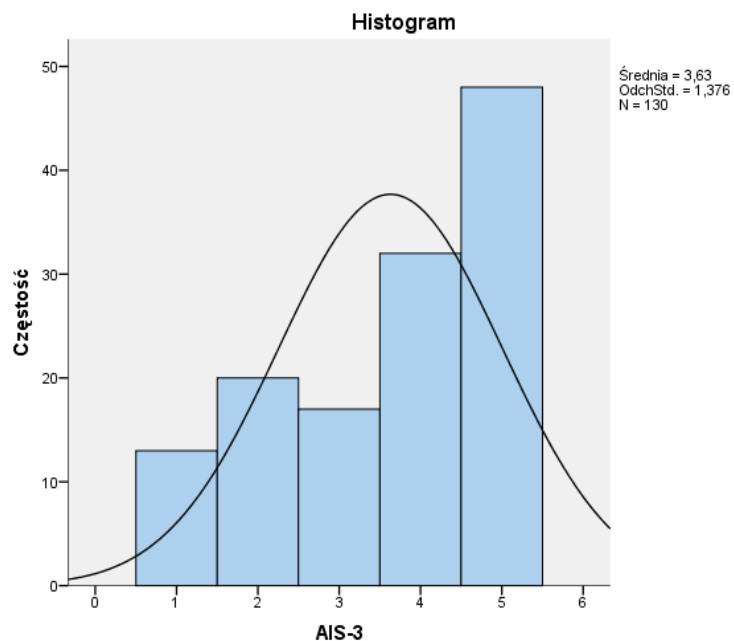
Wykres nr 27. Stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie ulubionych czynności

### Poczucie nieprzydatności.

N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		3,63
Mediana		4,00
Odchylenie standardowe		1,376
Skośność		-,613
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		1
Maksimum		5

Tabela nr 29. Poczucie nieprzydatności

Badana grupa ma dość wysoki poziom poczucia bycia niepotrzebnym z powodu choroby, która uniemożliwia adekwatne do wieku funkcjonowanie w rolach społecznych.



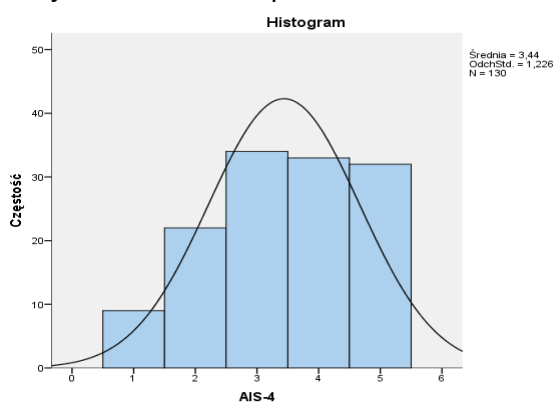
Wykres nr 28. Poczucie nieprzydatności

**Zależność od innych.**

N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		3,44
Mediana		3,50
Odchylenie standardowe		1,226
Skośność		-,304
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		1
Maksimum		5

Tabela nr 30. Zależność od innych.

Uzyskany wynik wskazuje na wzmożone poczucie zależności od innych osób.



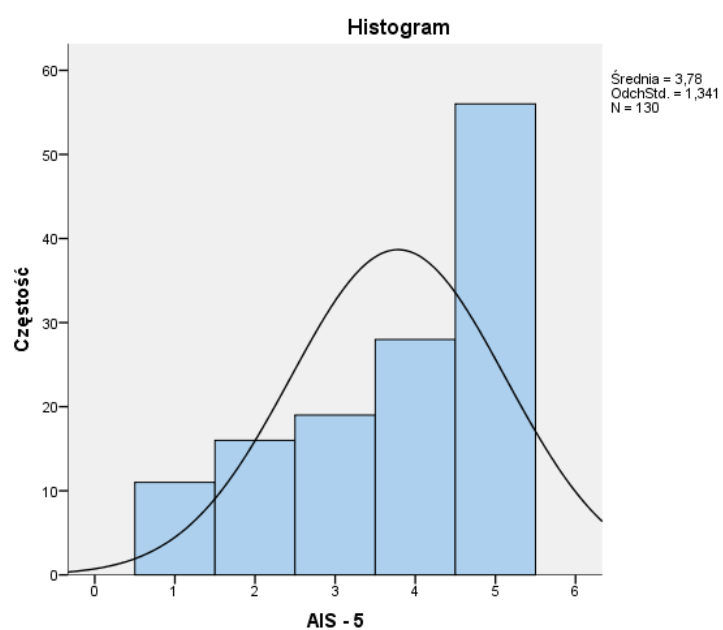
Wykres nr 29. Zależność od innych.

## Bycie ciężarem dla rodziny i przyjaciół

N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		3,78
Mediana		4,00
Odchylenie standardowe		1,341
Skośność		-,773
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		1
Maksimum		5

Tabela nr 31 Bycie ciężarem dla rodziny i przyjaciół

Badani mają poczucie znacznego obciążenia rodziny problemami wynikającymi z przewlekłej choroby.



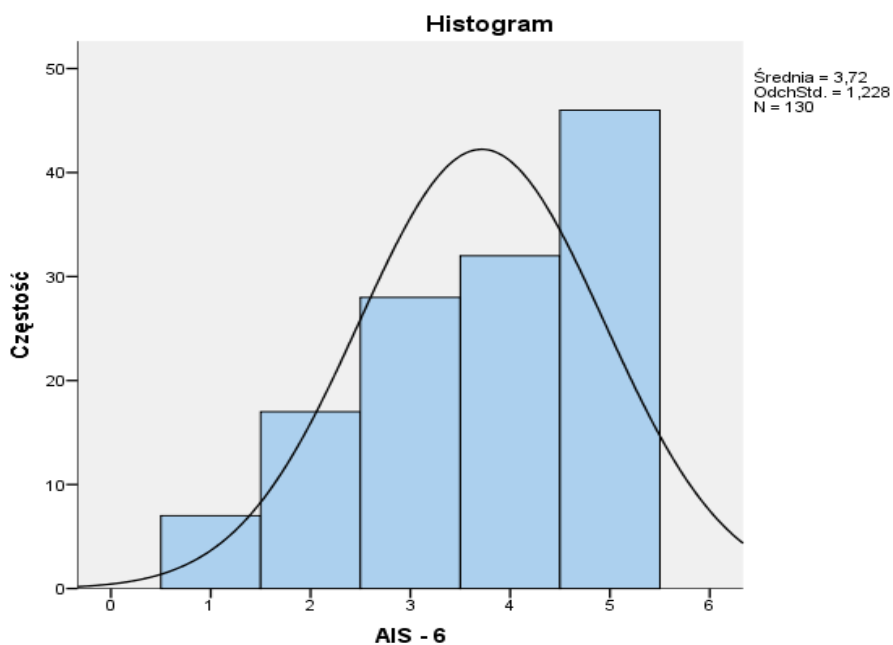
Wykres nr 30. Bycie ciężarem dla rodziny i przyjaciół

## Poczucie niepełnej wartości

N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		3,72
Mediana		4,00
Odchylenie standardowe		1,228
Skośność		-,587
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		1
Maksimum		5

Tabela nr 32 Poczucie niepełnowartościowości

Określenie siebie jako niepotrzebnego, obciążającego rodzinę problemami związanymi z chorobą wpływa na przekonanie o tym, że nie jest się pełnowartościowym człowiekiem.



Wykres nr 31. Poczucie niepełnowartościowości

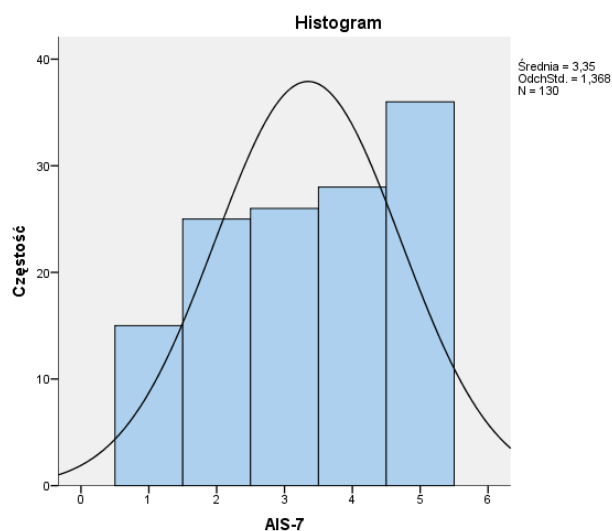


### Poczucie braku samowystarczalności

N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		3,35
Mediana		3,00
Odchylenie standardowe		1,368
Skośność		-,262
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		1
Maksimum		5

Tabela nr 33 Poczucie braku samowystarczalności

Z przedstawionymi wyżej wynikami wiąże się również poczucie braku samowystarczalności i bycia zależnym od pomocy innych człowiekiem

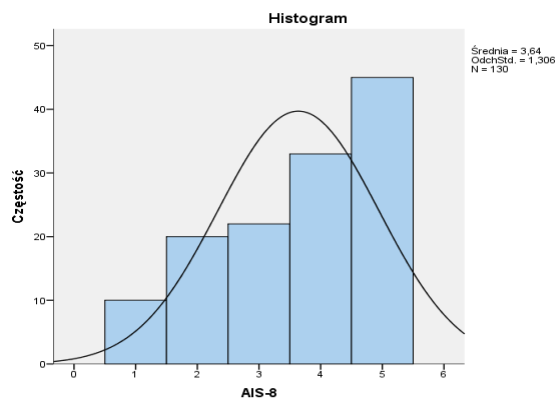


Wykres nr 32 Poczucie braku samowystarczalności

### Choroba jako czynnik prowadzący otoczenie do zakłopotania

N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		3,64
Mediana		4,00
Odchylenie standardowe		1,306
Skośność		-,573
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		1
Maksimum		5

Tabela nr 33 Choroba jako czynnik prowadzący otoczenie do zakłopotania



Wykres nr 33 Choroba jako czynnik prowadzący otoczenie do zakłopotania

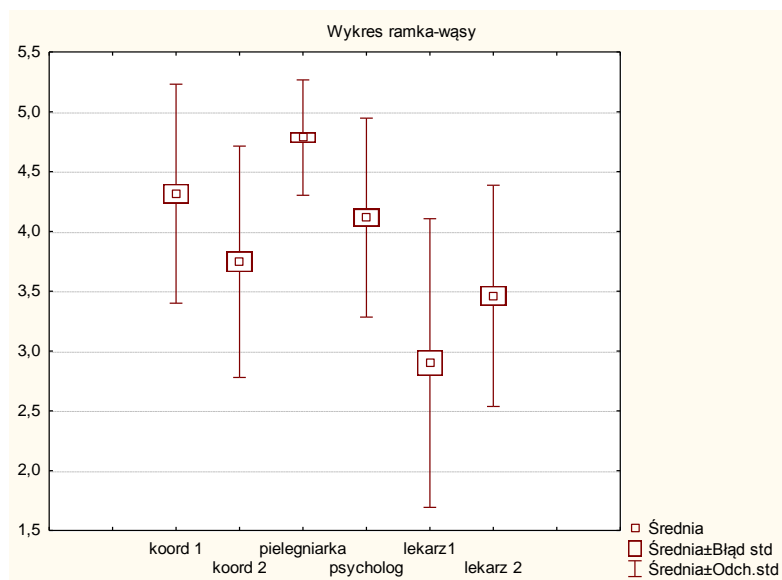
## VI.8. Ocena przestrzegania zaleceń lekarskich metodą sędziów kompetentnych

### Współczynnik zgodności W Kendalla

Zmienna ANOVA Friedmana i  
współczynnik zgodności  
Kendalla (Arkusz1)  
Chi kwadrat. ANOVA (N  
= 130 , df 5 ) =287,6106  
p 0,00000  
Współczynnik  
zgodności= ,44248 r  
śred. rang = ,43816

	Średnia Ranga	Suma Rang	Średnia	Odchylenie standardowe
Koordinator 1	4,242308	551,5000	4,315385	0,915285
Koordinator 2	3,200000	416,0000	3,746154	0,966986
Pielęgniarka	5,053846	657,0000	4,784615	0,481995
Psycholog	3,842308	499,5000	4,115385	0,831871
Lekarz1	1,976923	257,0000	2,900000	1,206250
Lekarz 2	2,684615	349,0000	3,461538	0,924715

Tabela nr 35 Współczynnik W Kendalla

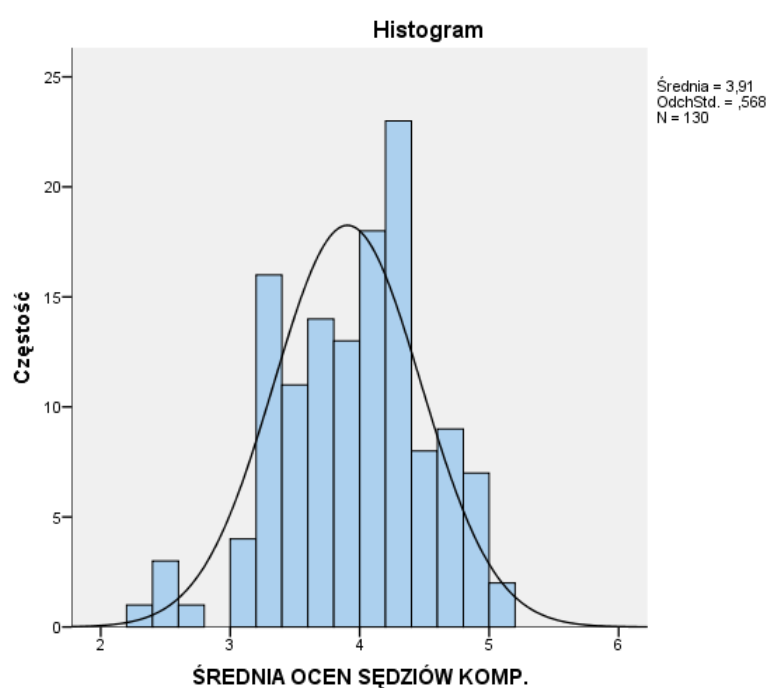


Wykres nr 34. Współczynnik W Kendalla

## Średnia ocen sędziów kompetentnych

N	Ważne	130
	Braki danych	0
Średnia		3,91
Mediana		4,00
Odchylenie standardowe		,568
Skośność		-,329
Błąd standardowy skośności		,212
Minimum		2
Maksimum		5

Tabela nr 36. Średnia ocen sędziów kompetentnych



Wykres nr 35 Średnia ocen sędziów kompetentnych

## V.9. Weryfikacja hipotez badawczych.

### 1. Im wyższy poziom dyspozycyjnego optymizmu tym wyższa wartość wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych.

	Kolmogorow-Smirnow <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
IZZ OG.-W.S.	,110	130	,001	,968	130	,004
IZZ OG - W.P.	,215	130	,000	,925	130	,000
IZZA – PN	,112	130	,000	,981	130	,069
IZZ-ZP	,154	130	,000	,925	130	,000
IZZ PNP	,126	130	,000	,965	130	,002
IZZ-PZ	,100	130	,003	,965	130	,002
LOT-R - W.S.	,106	130	,001	,984	130	,127
LOT-R -W.P.	,127	130	,000	,969	130	,004

a. Z poprawką istotności Lillieforsa

Tabela nr 37. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i dyspozycyjny optymizm

Analiza zależności pomiędzy wartościami skali LOT-R (wartości stenowe) w badanej populacji wykazała istotność statystyczną w odniesieniu do skal: IZZ OG.-W.S. / IZZ OGÓLNY - W.P. / IZZ PNP ( $p < 0,05$ ).

	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Minimum	Maksimum	Współczynnik korelacji (r)	Wartość p
IZZ OG.-W.S.	130	92,47	12,051	94,50	55	116	0,231	0,008
LOT-R - W.P.	130	5,72	1,970	6,00	1	10		

Tabela nr 38. Zależność ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych i poziomu dyspozycyjnego optymizmu wyniki surowe

Odnotowano słabą dodatnią korelację ( $r=0,231$ ) pomiędzy analizowanymi cechami. Wzrostowi wartości skali IZZ OG.-W.S. towarzyszy wzrost wartości LOT-R - W.P.

	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Minimum	Maksimum	Współczynnik korelacji (r)	Wartość p
IZZ OG.-W.S.	130	7,38	1,649	8,00	2	10	0,231	0,008
LOT-R - W.P.	130	5,72	1,970	6,00	1	10		

Tabela nr 39. Zależność ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych i poziomu dyspozycyjnego optymizmu- wyniki przeliczone

Odnotowano słabą dodatnią korelację ( $r=0,231$ ) pomiędzy analizowanymi cechami. Wzrostowi wartości skali IZZ OGÓLNY - W.P. towarzyszy wzrost wartości LOT-R - W.P.

## 2. Im wyższy poziom uogólnionej własnej skuteczności tym wyższa wartość wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych.

	Kolmogorow-Smirnow <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
IZZ OG.-W.S.	,110	130	,001	,968	130	,004
IZZ OG - W.P.	,215	130	,000	,925	130	,000
IZZA – PN	,112	130	,000	,981	130	,069
IZZ-ZP	,154	130	,000	,925	130	,000
IZZ PNP	,126	130	,000	,965	130	,002
IZZ-PZ	,100	130	,003	,965	130	,002
GSES-W.S.	,121	130	,000	,915	130	,000
GSES - W.P.	,182	130	,000	,933	130	,000

a. Z poprawką istotności Lillieforsa

Tabela nr 40. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i poziom uogólnionej własnej skuteczności.

Analiza zależności pomiędzy wartościami skali GSES (wartości stenowe) w badanej populacji wykazała istotność statystyczną w odniesieniu do skal: IZZ OG.-W.S. ( $p<0,05$ ).

	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Minimum	Maksimum	Współczynnik korelacji (r)	Wartość p
IZZ OG.-W.S.	130	92,47	12,051	94,50	55	116	0,183	0,038
GSES W.P.	130	6,48	1,596	7,00	1	10		

Tabela nr 41. Zależność ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych i poziomu uogólnionej własnej skuteczności- wyniki surowe

Odnotowano słabą dodatnią korelację ( $r=0,183$ ) pomiędzy analizowanymi cechami. Wzrostowi wartości skali IZZ OG.-W.S. towarzyszy wzrost wartości GSES - W.P.

	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Minimum	Maksimum	Współczynnik korelacji (r)	Wartość p
IZZ OG.-W.S.	130	7,38	1,649	8,00	2	10	0,160	0,069
GSES-W.P.	130	6,48	1,596	7,00	1	10		

Tabela nr 42. Zależność ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych i poziomu uogólnionej własnej skuteczności- wyniki przeliczone

### 3. Im wyższy poziom akceptacji choroby tym wyższa wartość wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych.

	Kolmogorow-Smirnow <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
IZZ OG.-W.S.	,110	130	,001	,968	130	,004
IZZ OGÓLNY - W.P.	,215	130	,000	,925	130	,000
IZZA – PN	,112	130	,000	,981	130	,069
IZZ-ZP	,154	130	,000	,925	130	,000
IZZ PNP	,126	130	,000	,965	130	,002
IZZ-PZ	,100	130	,003	,965	130	,002
AIS – OG	,057	130	,200*	,980	130	,052

\*. Dolna granica rzeczywistej istotności.  
a. Z poprawką istotności Lillieforsa

Tabela nr 43. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i poziom akceptacji choroby

Analiza zależności pomiędzy wartościami skali AIS wskaźnik ogólny) nie wykazała istotności statystycznej w odniesieniu do żadnej ze skal zachowań zdrowotnych ( $p \geq 0,05$ )

	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Minimum	Maksimum	Współczynnik korelacji (r)	Wartość p
IZZ OG.-W.S.	130	92,47	12,051	94,50	55	116	0,092	0,298
AIS – OG	130	28,27	6,755	28,50	11	40		

Tabela nr 44. Zależność ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych i poziomu akceptacji choroby

### 4. Pacjenci z wysoką wartością wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych są oceniani jako stosujący się z większą częstotliwością do zaleceń lekarskich.

	Kolmogorow-Smirnow <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
IZZ OG.-W.S.	,110	130	,001	,968	130	,004
IZZ OGÓLNY - W.P.	,215	130	,000	,925	130	,000
IZZA – PN	,112	130	,000	,981	130	,069
IZZ-ZP	,154	130	,000	,925	130	,000
IZZ PNP	,126	130	,000	,965	130	,002
IZZ-PZ	,100	130	,003	,965	130	,002
ŚREDNIA OCEN SĘDZIÓW KOMP.	,082	130	,032	,975	130	,016

a. Z poprawką istotności Lillieforsa

Tabela nr 45. Testy normalności rozkładu - wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i ocena stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich

Analiza zależności pomiędzy wartościami średniej oceny sędziów kompetentnych nie wykazała istotności statystycznej w odniesieniu do żadnej ze skal zachowań zdrowotnych ( $p \geq 0,05$ ).

	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Minimum	Maksimum	Współczynnik korelacji (r)	Wartość p
IZZ OG.- W.S.	130	7,38	1,649	8,00	2	10	0,029	0,745
LOT-R - W.P.	130	3,91	,568	4,00	2	5		

Tabela nr 46. Zależność ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych i średniej oceny stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich.

### 5. U pacjentów z wysoką wartością ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych występuje mniej powikłań immunosupresji.

#### Nadciśnienie tętnicze

	Nadciśnienie	Kolmogorow-Smirnow <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
IZZ OG.- W.S.	Nie	,092	37	,200*	,982	37	,797
	Tak	,135	93	,000	,952	93	,002
IZZ OG, - W.P.	Nie	,155	37	,024	,931	37	,024
	Tak	,237	93	,000	,915	93	,000
IZZ – PN	Nie	,094	37	,200*	,982	37	,793
	Tak	,121	93	,002	,972	93	,046
IZZ-ZP	Nie	,141	37	,062	,949	37	,093
	Tak	,160	93	,000	,902	93	,000
IZZ PNP	Nie	,181	37	,004	,943	37	,056
	Tak	,107	93	,010	,964	93	,011
IZZ-PZ	Nie	,112	37	,200*	,965	37	,282
	Tak	,118	93	,003	,959	93	,005

\*. Dolna granica rzeczywistej istotności.

a. Z poprawką istotności Lillieforsa

Tabela nr 47. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i nadciśnienie tętnicze.

Rozkłady wartości Wskaźnika Ogólnego Zachowań Zdrowotnych (także w przypadku podskal testu) nie różniły się istotnie statystycznie pomiędzy grupami osób z oraz bez nadciśnienia tętniczego ( $p \geq 0,05$ )



Tabela nr 48. Ocena zależności pomiędzy wskaźnikiem ogólnym zachowań zdrowotnych a nadciśnieniem tętniczym.

Nadciśnienie	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Minimum	Maksimum	Wartość p	
IZZ G.-	nie	37	94,46	11,687	94,00	68	116	0,366
W.S.	tak	93	91,68	12,164	95,00	55	112	
IZZ OG.	nie	37	7,65	1,585	8,00	4	10	0,316
- W.P.	tak	93	7,28	1,670	8,00	2	10	
IZZA –	nie	37	3,570	,6839	3,600	1,7	5,0	0,928
PN	tak	93	3,547	,6888	3,600	2,0	5,0	
IZZ-ZP	nie	37	4,095	,6064	4,200	2,5	5,0	0,804
	tak	93	4,089	,6372	4,300	2,2	5,0	
IZZ	nie	37	3,916	,6555	4,200	2,2	4,8	0,480
PNP	tak	93	3,837	,6331	4,000	2,5	5,0	
IZZ-PZ	nie	37	3,827	,6122	3,800	2,7	5,0	0,619
	Tak	93	3,876	,6590	4,000	2,5	5,0	

### Cukrzyca

Cukrzyca		Kolmogorow-Smirnow <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
IZZ OG.-	Nie	,113	104	,002	,969	104	,016
W.S.	Tak	,129	26	,200*	,946	26	,190
IZZ OG, -	Nie	,210	104	,000	,930	104	,000
W.P.	Tak	,229	26	,001	,910	26	,027
IZZ – PN	Nie	,085	104	,061	,984	104	,235
	Tak	,227	26	,001	,933	26	,091
IZZ-ZP	Nie	,156	104	,000	,922	104	,000
	Tak	,144	26	,178	,925	26	,059
IZZ PNP	Nie	,139	104	,000	,961	104	,004
	Tak	,133	26	,200*	,962	26	,437
IZZ-PZ	Nie	,105	104	,006	,963	104	,005
	Tak	,119	26	,200*	,961	26	,418

\*. Dolna granica rzeczywistej istotności.

a. Z poprawką istotności Lillieforsa

Tabela nr 49. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i cukrzyca.

Rozkłady wartości Wskaźnika Ogólnego Zachowań Zdrowotnych (także w przypadku podskal) nie różniły się istotnie statystycznie pomiędzy grupami osób z oraz bez cukrzycy ( $p \geq 0,05$ ).

Cukrzyca	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Minimum	Maksimum	Wartość p	
IZZ G.-	nie	104	92,17	12,486	94,00	55	116	0,639
W.S.	tak	26	93,65	10,256	95,50	68	109	
IZZ OG.	nie	104	7,33	1,720	8,00	2	10	0,577
- W.P.	tak	26	7,62	1,329	8,00	4	10	
IZZA –	nie	104	3,515	,7232	3,500	1,7	5,0	0,110
PN	tak	26	3,708	,4841	3,900	2,7	4,5	
IZZ-ZP	nie	104	4,087	,6464	4,200	2,2	5,0	0,979
	tak	26	4,108	,5491	4,250	2,8	4,8	
IZZ	nie	104	3,852	,6428	4,000	2,2	5,0	0,854
PNP	tak	26	3,888	,6301	3,900	2,7	5,0	
IZZ-PZ	nie	104	3,878	,6428	3,900	2,5	5,0	0,505
	Tak	25	3,800	,6579	3,700	2,7	5,0	

Tabela nr 50. Ocena zależności pomiędzy wskaźnikiem ogólnym zachowań zdrowotnych a cukrzycą.

### Choroba naczyniowa graftu

Rozkłady wartości Wskaźnika Ogólnego Zachowań Zdrowotnych (także w przypadku podskal) nie różniły się istotnie statystycznie pomiędzy grupami osób z oraz bez choroby naczyniowej graftu ( $p \geq 0,05$ ).

Choroba naczyniowa graftu	Kolmogorow-Smirnow <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność	
IZZ OG.-	Nie	,097	110	,013	,962	110	,003
W.S.	Tak	,192	20	,051	,938	20	,218
IZZ OG, -	Nie	,199	110	,000	,929	110	,000
W.P.	Tak	,291	20	,000	,849	20	,005
IZZ – PN	Nie	,120	110	,000	,980	110	,095
	Tak	,151	20	,200*	,944	20	,289
IZZ-ZP	Nie	,142	110	,000	,924	110	,000
	Tak	,215	20	,016	,902	20	,046
IZZ PNP	Nie	,146	110	,000	,958	110	,002
	Tak	,085	20	,200*	,976	20	,876
IZZ-PZ	Nie	,097	110	,012	,962	110	,003
	Tak	,127	20	,200*	,944	20	,290

\*. Dolna granica rzeczywistej istotności.

a. Z poprawką istotności Lillieforsa

Tabela nr 51. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i choroby naczyniowej graftu

Choroba naczyniowa graftu		N	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Minimum	Maksimum	Wartość p
IZZ G.-	nie	110	92,82	11,776	95,00	64	113	0,490
W.S.	tak	20	90,55	13,632	94,00	55	116	
IZZ OG.	nie	110	7,44	1,623	8,00	3	10	0,448
- W.P.	tak	20	7,10	1,804	8,00	2	10	
IZZA – PN	nie	110	3,525	,6548	3,500	1,7	5,0	0,269
	tak	20	3,710	,8334	3,800	2,0	5,0	
IZZ-ZP	nie	110	4,107	,6165	4,250	2,5	5,0	0,577
	tak	20	4,000	,6867	4,200	2,2	4,8	
IZZ PNP	nie	110	3,888	,6248	4,000	2,2	5,0	0,201
	tak	20	3,700	,7019	3,700	2,5	5,0	
IZZ-PZ	nie	110	3,895	,6572	3,900	2,5	5,0	0,173
	tak	20	3,685	,5470	3,700	2,7	4,5	

Tabela nr 52. Ocena zależności pomiędzy wskaźnikiem ogólnym zachowań zdrowotnych a chorobą naczyniową graftu.

## Hipercholesterolemia

Rozkłady wartości Wskaźnika Ogólnego Zachowań Zdrowotnych (także w przypadku podskal testu) nie różniły się istotnie statystycznie pomiędzy grupami osób z oraz bez hipercholesterolemii ( $p \geq 0,05$ ).

Hipercholesterolemia		Kolmogorow-Smirnow <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
IZZ OG.-	Nie	,132	69	,005	,973	69	,132
W.S.	Tak	,091	61	,200*	,957	61	,030
IZZ OG, - W.P.	Nie	,245	69	,000	,917	69	,000
	Tak	,173	61	,000	,932	61	,002
IZZ – PN	Nie	,115	69	,025	,978	69	,254
	Tak	,106	61	,083	,978	61	,326
IZZ-ZP	Nie	,155	69	,000	,933	69	,001
	Tak	,138	61	,006	,924	61	,001
IZZ PNP	Nie	,109	69	,042	,963	69	,037
	Tak	,146	61	,002	,947	61	,010
IZZ-PZ	Nie	,119	69	,016	,955	69	,015
	Tak	,095	61	,200*	,962	61	,056

\*. Dolna granica rzeczywistej istotności.

a. Z poprawką istotności Lillieforsa

Tabela nr 53 Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i hipercholesterolemia.

Hipercholesterolemia	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Minimum	Maksimum	Wartość p	
IZZ G.-W.S.	nie	69	90,86	13,021	94,00	55	116	0,150
	tak	61	94,30	10,664	96,00	68	112	
IZZ OG. - W.P.	nie	69	7,16	1,796	8,00	2	10	0,180
	tak	61	7,64	1,438	8,00	4	10	
IZZA - PN	nie	69	3,491	,6983	3,500	2,0	5,0	0,270
	tak	61	3,625	,6680	3,600	1,7	5,0	
IZZ-ZP	nie	69	3,993	,6833	4,200	2,2	5,0	0,136
	tak	61	4,202	,5390	4,300	2,5	5,0	
IZZ PNP	nie	69	3,758	,6237	3,600	2,2	4,8	0,040
	tak	61	3,974	,6398	4,200	2,5	5,0	
IZZ-PZ	nie	69	3,796	,6206	3,800	2,7	5,0	0,225
	Tak	61	3,938	,6666	4,000	2,5	5,0	

Tabela nr 54. Ocena zależności pomiędzy wskaźnikiem ogólnym zachowań zdrowotnych hipercholesterolemią

## Niewydolność nerek

Rozkłady wartości Wskaźnika Ogólnego Zachowań Zdrowotnych (także w przypadku podskal) nie różniły się istotnie statystycznie pomiędzy grupami osób z oraz bez niewydolności nerek ( $p > 0,05$ ).

Niewydolność nerek		Kolmogorow-Smirnow <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
IZZ OG.- W.S.	Nie	,089	71	,200*	,967	71	,056
	Tak	,134	59	,011	,955	59	,028
IZZ OG. - W.P.	Nie	,208	71	,000	,928	71	,001
	Tak	,220	59	,000	,915	59	,001
IZZ - PN	Nie	,107	71	,041	,973	71	,131
	Tak	,128	59	,018	,978	59	,357
IZZ-ZP	Nie	,150	71	,000	,938	71	,002
	Tak	,155	59	,001	,911	59	,000
IZZ PNP	Nie	,124	71	,009	,963	71	,035
	Tak	,130	59	,014	,960	59	,050
IZZ-PZ	Nie	,086	71	,200*	,972	71	,114
	Tak	,146	59	,003	,946	59	,011

\*. Dolna granica rzeczywistej istotności.

a. Z poprawką istotności Lillieforsa

Tabela nr 55. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i niewydolności nerek

Niewydolność nerek		N	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Minimum	Maksimum	Wartość p
IZZ G.-W.S.	nie	71	92,66	11,271	94,00	64	113	0,968
	tak	59	92,24	13,023	95,00	55	116	
IZZ OG. - W.P.	nie	71	7,49	1,520	8,00	3	10	0,641
	tak	59	7,25	1,796	8,00	2	10	
IZZA - PN	nie	71	3,537	,6530	3,600	2,2	5,0	0,754
	tak	59	3,575	,7265	3,600	1,7	5,0	
IZZ-ZP	nie	71	4,135	,5868	4,300	2,5	5,0	0,497
	tak	59	4,037	,6718	4,200	2,2	5,0	
IZZ PNP	nie	71	3,856	,6035	4,000	2,5	5,0	0,825
	tak	59	3,863	,6825	4,000	2,2	5,0	
IZZ-PZ	nie	71	3,851	,6336	3,800	2,5	5,0	0,657
	tak	59	3,876	,6616	3,800	2,7	5,0	

Tabela nr 56. Ocena zależności pomiędzy wskaźnikiem ogólnym zachowań zdrowotnych i niewydolnością nerek

### Dializa

Rozkłady wartości Wskaźnika Ogólnego Zachowań Zdrowotnych różniły się istotnie statystycznie pomiędzy grupami osób z oraz bez dializoterapii w przypadku podskali ZP (zachowań profilaktycznych) ( $p < 0,05$ ).

Dializa		Kolmogorow-Smirnow <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
IZZ OG.- W.S.	Nie	,103	119	,003	,969	119	,008
	Tak	,247	11	,059	,750	11	,002
IZZ OG. - W.P.	Nie	,206	119	,000	,932	119	,000
	Tak	,304	11	,005	,688	11	,000
IZZ – PN	Nie	,108	119	,002	,981	119	,085
	Tak	,152	11	,200*	,962	11	,794
IZZ-ZP	Nie	,149	119	,000	,932	119	,000
	Tak	,244	11	,067	,707	11	,001
IZZ PNP	Nie	,127	119	,000	,967	119	,005
	Tak	,161	11	,200*	,921	11	,331
IZZ-PZ	Nie	,097	119	,008	,963	119	,002
	Tak	,182	11	,200*	,967	11	,852

\*. Dolna granica rzeczywistej istotności.

a. Z poprawką istotności Lillieforsa

Tabela nr 57. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i dializoterapią

Dializa		N	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Minimum	Maksimum	Wartość p
IZZ G.-W.S.	nie	71	92,55	11,968	94,00	64	116	0,963
	tak	59	91,64	13,508	96,00	55	104	
IZZ OG. - W.P.	nie	71	7,40	1,633	8,00	3	10	0,811
	tak	59	7,18	1,888	8,00	2	9	
IZZA - PN	nie	71	3,565	,6835	3,600	1,7	5,0	0,554
	tak	59	3,436	,7215	3,300	2,0	4,5	
IZZ-ZP	nie	71	4,067	,6095	4,200	2,5	5,0	0,040
	tak	59	4,345	,7725	4,500	2,2	5,0	
IZZ PNP	nie	71	3,855	,6317	4,000	2,2	5,0	0,690
	tak	59	3,900	,7348	4,000	2,5	4,7	
IZZ-PZ	nie	71	3,855	,6499	3,800	2,5	5,0	0,715
	Tak	5	4,060	,7162	4,300	3,2	5,0	

Tabela nr 58. Ocena zależności pomiędzy wskaźnikiem ogólnym zachowań zdrowotnych i dializoterapią

## Przeszczepienie nerki

Rozkłady wartości Wskaźnika Ogólnego Zachowań Zdrowotnych (także w przypadku podskal) nie różniły się istotnie statystycznie pomiędzy grupami osób z oraz bez przeszczepu nerki ( $p \geq 0,05$ ).

Przeszczep nerki		Kolmogorow-Smirnow <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
IZZ OG.- W.S.	Nie	,106	125	,002	,971	125	,008
	Tak	,302	5	,153	,791	5	,069
IZZ OG, - W.P.	Nie	,211	125	,000	,930	125	,000
	Tak	,292	5	,190	,845	5	,180
IZZ – PN	Nie	,107	125	,001	,983	125	,112
	Tak	,256	5	,200*	,887	5	,342
IZZ-ZP	Nie	,151	125	,000	,929	125	,000
	Tak	,335	5	,069	,747	5	,028
IZZ PNP	Nie	,125	125	,000	,968	125	,005
	Tak	,313	5	,122	,820	5	,117
IZZ-PZ	Nie	,097	125	,006	,964	125	,002
	Tak	,231	5	,200*	,941	5	,672

\*. Dolna granica rzeczywistej istotności.

a. Z poprawką istotności Lillieforsa

Tabela nr 59. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i przeszczep nerki

Przeszczep nerki		N	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Minimum	Maksimum	Wartość p
IZZ G.-W.S.	Nie	125	92,60	11,717	94,00	64	116	0,913
	Tak	5	89,20	20,340	100,00	55	104	
IZZ OG. - W.P.	Nie	125	7,42	1,597	8,00	3	10	0,664
	Tak	5	6,60	2,793	8,00	2	9	
IZZA - PN	Nie	125	3,552	,6751	3,600	1,7	5,0	0,879
	Tak	5	3,600	,9975	4,000	2,0	4,5	
IZZ-ZP	Nie	125	4,086	,6042	4,200	2,5	5,0	0,204
	Tak	5	4,200	1,1467	4,700	2,2	5,0	
IZZ PNP	Nie	125	3,856	,6256	4,000	2,2	5,0	0,556
	Tak	5	3,940	,9940	4,500	2,5	4,7	
IZZ-PZ	Nie	125	3,854	,6429	3,800	2,5	5,0	0,548
	Tak	5	4,060	,7162	4,300	3,2	5,0	

Tabela nr 60. Ocena zależności pomiędzy wskaźnikiem ogólnym zachowań zdrowotnych i przeszczepem nerki

## ROZDZIAŁ VI

### Dyskusja i wnioski

#### Dyskusja.

Od pacjentów się po transplantacji serca wymaga się zdyscyplinowania w przestrzeganiu zaleceń lekarskich, systematycznego wykonywania badań kontrolnych i okresowych hospitalizacji. Warunkiem życia po przeszczepie serca jest nie tylko stosowanie się do zaleceń lekarskich przez dyscyplinę w zażywaniu leków immunosupresyjnych, ale także przez podjęcie działań pro zdrowotnych. Niezbędna jest zmiana diety, trybu życia i utrzymywanie wysokich standardów higienicznych.

Podstawowym celem pracy było opisanie zachowań zdrowotnych pacjentów żyjących z przeszczepionym sercem.

Opracowanie statystyczne nie wykazało zależności zachowań zdrowotnych od wieku czy okresu po HTX. Wartość wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych jest wysoka. Porównanie z danymi podanymi przez autora testu pokazuje, że badana grupa uzyskuje wynik taki jak diabetycy, ale wyższy niż pacjenci po zawale serca i chorzy dializowani. Wyniki skal praktyki zdrowotne i zachowania profilaktyczne są najwyższe w grupie diabetyków i chorych po HTX. Ważnym czynnikiem modyfikującym wynik badania jest szczegółowa edukacja dotycząca reżimu zażywania leków i wykonywania badań kontrolnych, której poddawane są obie grupy kliniczne. Obie grupy mają świadomość zagrożenia, jakie niesie za sobą nieprzestrzeganie zaleceń medycznych. Jest to zgodne z wynikami badań Milaniak I. (2011)<sup>75</sup>, które wykazały wysoki poziom wiedzy chorych na temat leczenia. Zachowania prozdrowotne, w tym zażywanie leków immunosupresyjnych, aktywność fizyczna, prawidłowa dieta, niepalenie papierosów są określane jako jeden z czynników wpływających na odległy wynik transplantacji (Kop. W.J. 2010)<sup>56</sup>. Pomagają także pacjentowi w przejściu z poczucia bycia terminalnie chorym do aktywniejszego funkcjonowania w codziennym życiu bez nadmiernie dokuczliwych objawów. Analiza danych z National Health and Nutrition Examination Survey II Mortality Study from 1988-2006, dokonana przez Forda i wsp.( 2011)<sup>27</sup> wykazała, że wraz ze wzrostem ilości zachowań prozdrowotnych maleje ryzyko zachorowania i śmierci z powodu chorób układu krążenia. Badania tego autora z 2012<sup>26</sup> roku pokazały relacje między siedzącym trybem życia a zachorowalnością na

tego typu choroby. Wśród czynników ryzyka zastoinowej niewydolności serca wskazuje się czynniki behawioralne takie, jak niewłaściwa dieta, brak aktywności i związana z nimi otyłość (Bogg T.<sup>6</sup>, Olivari M.T. 2000<sup>80</sup>, Clark A.L. 2010<sup>13</sup>, Culver D.A. 2005<sup>16</sup>, Robinson J.G. 2009 86, Tanger D. 2008<sup>104</sup>, Spaderna H.J. <sup>99</sup>). Kurowska, Korecińska (2012)<sup>62</sup> w badaniu pacjentów kardiochirurgicznych stwierdziły, że podejmowania zachowań prozdrowotnych po operacjach kardiochirurgicznych wpływa nie tylko na jakość życia, ale również na odległe wyniki operacji.

Zastosowane narzędzie badawcze - Inwentarz Zachowań Zdrowotnych zawiera stwierdzenia doskonale pasujące do treści zaleceń medycznych dla grupy chorych żyjących z przeszczepionym sercem. Pozwoliło to na jakościową analizę poszczególnych pytań testu. W skali Zachowania Profilaktyczne najwięcej osób deklaruje stałe przestrzeganie zaleceń lekarskich wynikających z wyników badań, regularne zgłaszanie się na badania kontrolne oraz unikanie przeziębień. Można uznać, że realizują w ten sposób podstawowe zasady życia po transplantacji serca. W skali Praktyki Zdrowotne dominują deklaracje ograniczenie palenia tytoniu, wystarczająca ilość snu i odpoczynku oraz regularna kontrola wagi ciała. Jedynie 7 osób przyznaje się do palenia papierosów. Najmniej osób unika przepracowania i nadmiernego wysiłku fizycznego. Niestety zdarzają się wśród pacjentów przypadki powrotu do nałogów – głównie palenia papierosów, ale także nadużywania alkoholu.

Podczas omawiania z pacjentami wyników testów okazało się, że wielu z nich jest zmuszonych przez obowiązek utrzymania rodziny do ciężkiej pracy. Współmałżonek nie zawsze ma możliwości przejęcia na siebie tej roli. Brak jest też miejsc pracy, którą mogliby wykonywać z posiadanym przez siebie wykształceniem i zawodem, za godziwe wynagrodzenie. Jako przyczyny powrotu do palenia czy picia podają najczęściej stres, problemy rodzinne. Dla wielu pacjentów, głównie mężczyzn, brak zajęcia, aktywności zawodowej, przejęcie od żony obowiązków domowych są źródłem nieustającej frustracji. Swoista izolacja od kontaktów społecznych wynikających z pełnienia ról zawodowych, przebywanie w domu skłania do sięgania po alkohol czy papierosy. W niektórych społecznościach picie alkoholu jest nieodłącznym elementem spotkań towarzyskich.

Najniższą wartość w grupie badanej ma wskaźnik skali Prawidłowe Nawyki



Żywieniowe. W jakościowej analizie skali widać, że głównie dotyczy to ograniczania spożycia tłuszczów zwierzęcych i cukru. Niewiele osób unika spożywania żywności z konserwantami i je pieczywo pełnoziarniste. Z praktyki klinicznej wynika, że wielu pacjentów z powodów finansowych nie ma dostępu do drogich, wysokiej, jakości produktów spożywczych. Osoby ze środowiska wiejskiego opierają codzienną dietę na zdrowych produktach własnego wyrobu, niespełniających jednak kryteriów prawidłowego żywienia. Brak jest także pełnej świadomości znaczenia diety w profilaktyce zdrowotnej. Wielu, zwłaszcza młodych mężczyzn, w rozmowach, przyznaje się do częstego jedzenia pizzy, hamburgerów czy innych potraw typu „fast food”.

W badaniach Kaplana (1990<sup>53</sup>), Grady K.L.(1991)<sup>33</sup>, Gonzalez-Castro E.( 2006)<sup>32</sup>, Lederer D.J. (2009<sup>64</sup>), Kanasky W.F (2002)<sup>52</sup>, Russo M.J. 2010<sup>88</sup>, Madill J. 2001<sup>70</sup>) stwierdzono, że po transplantacji bardzo często występuje nieprawidłowa dieta mogąca prowadzić do nadwagi, hiperlipidemi, co przy predyspozycjach genetycznych prowadzi do choroby naczyniowej graftu. Najczęściej ujawnia się to 6 miesięcy po operacji. W zbadanej przez Kaplana grupie 64 chorych, pół roku po operacji, tylko 23, 4% chorych stale przestrzega diety. Wśród przyczyn medycznych takiego stanu rzeczy wymieniono czynniki wynikające z immunosupresji i zażywania steroidów, wzrost apetytu i stałe uczucie głodu. Zaburzenia gastryczne, problemy dermatologiczne utrudniają przestrzeganie diety. Motywy psychologiczne to trudności w przyzwyczajeniu się do nowej diety i poczucie dokuczliwego braku dawniej spożywanych produktów. Powody środowiskowe to życie daleko od domu, jedzenie w przypadkowych miejscach i problemy w selekcji zdrowej żywności. W artykule Cherubini (2003)<sup>12</sup> opisano badania, z których wynika, że najczęstsze odstępstwa od zachowań zdrowotnych to palenie tytoniu oraz picie alkoholu, kawy i herbaty. De la Torre i wsp. (2010)<sup>20</sup> opisują relację między nadwagą nieprawidłowym BMI a częstszym występowaniem schorzeń takich jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze i dyslipidemia u chorych po przeszczepie płuc. Tigges-Limer.K i wsp. (2012<sup>106</sup>, 2013<sup>105</sup>) na podstawie ankiet przeprowadzonych w grupie 520 pacjentów uznali, że jednym z istotnych czynników przestrzegania zaleceń jest prawidłowa dieta ( np. niejedzenie surowego mięsa czy jajek) i unikanie kontaktu z potencjalnymi źródłami bakterii ( np. zwierzętami), a edukację prozdrowotną określili jako równie ważną jak inne interwencje psychologiczne . Gulda B. i wsp. (2009)<sup>38</sup> na podstawie obserwacji dwóch

grup chorych przestrzegających i nieprzestrzegających prawidłowej diety, stwierdzili, że odpowiednia dieta wpływa na spadek poziomu cholesterolu, trójglicerydów i cukru i sprzyja chudnięciu i obniżeniu wskaźnika tkanki tłuszczowej. Skuteczność edukacji dietetycznej uznali za ważny czynnik kontroli metabolicznej po transplatacji serca. Salyer J.J. i wsp. (2001<sup>89</sup>, 2002<sup>90</sup>, 2003<sup>91</sup>) w kolejnych doniesieniach podkreślają rolę skutecznego zarządzania własnym zdrowiem, kompetencji w samoocenie stanu zdrowia i prozdrowotnych zachowań dla odległego wyniku transplatacji serca. Gordon J.L. i wsp. (2012)<sup>30</sup> po badaniu 328 pacjentów stwierdzili zależność między otyłością, ilością spożywanego alkoholu i paleniem tytoniu wyższym ryzykiem zachorowania. Podobne wyniki w badaniu wpływu palenia tytoni uzyskał Sanchez-Lazaro I.J. (2007)<sup>92</sup>. Badani pacjenci często mówią, że w okresie zażywania steroidów nie potrafią zapanować nad silnym głodem. Podają również, że po przedoperacyjnej utracie wagi, nie kontrolują ilości rosnącej masy ciała, uznając ją za oznakę powrotu do zdrowia. W badaniach dotyczących stylu życia osób po transplatacji serca (Marcinkowska U. 2012)<sup>71</sup> stwierdzono:

- Przed operacją 56 % pacjentów często piło alkohol, po transplatacji 18% nadal przyznaje się do picia alkoholu,
- Papierosy paliło przed zabiegiem 57% badanych, po 12 %.
- 64% badanych nieznacznie zmieniło sposób odżywiania, zaledwie 21% dokonało modyfikacji codziennej diety.

Wskaźnik skali Pozytywne Nastawienie Psychiczne przyjmuje podobną wartość jak w grupie diabetyków. Najwięcej badanych myśli pozytywnie i ma przyjaciół oraz uregulowane życie rodzinne, ale jednocześnie nie wszystkim udaje się unikać negatywnych emocji i sytuacji stresowych. W rozmowach przyznają, że wynika to z codziennych trudności życiowych, ale także z sytuacji choroby i świadomości ryzyka wystąpienia różnych komplikacji.

Przytoczone w teoretycznej części pracy badania wyraźnie wykazują związek między zachowaniami zdrowotnymi a odległymi wynikami transplatacji (Baumann L.I. 1992<sup>3</sup>, Bunyamin V. 2012<sup>10</sup>, Cardi M. 2009<sup>11</sup>, Bossenbroek L.N. (2009<sup>9</sup>, Gries C.J. 2010<sup>37</sup>). Uzyskane wyniki badań pokazują optymistyczny obraz pacjentów. Wysoki wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych sugeruje zdyscyplinowanie w przestrzeganiu

zaleceń, zwłaszcza dotyczących zażywania leków i wizyt kontrolnych. Analiza statystyczna nie wykazała zależności tego wskaźnika i oceny przestrzegania zaleceń dokonanej przez zespół transplantacyjny. Średnia ocena 3,9 na 5 możliwych punktów wydaje się dość wysoka, jednak tylko dwie osoby otrzymały ocenę bardzo dobrą. Można sądzić, że badanie zachowań zdrowotnych bardziej odzwierciedla poziom wiedzy teoretycznej niż codzienną praktykę. Mimo informacji, że wyniki badań zostaną do wyłącznej wiadomości psychologa, chorzy starali się przedstawić w lepszym świetle i spełnić oczekiwania zespołu leczącego zwłaszcza w zakresie zachowań zdrowotnych związanych z zaleceniami medycznymi. Istotnym czynnikiem wpływającym na taką postawę mogą być silne mechanizmy obronne osobowości, które w tej grupie chorych pełnią niezwykle ważną rolę w ochronie przed stałym lękiem wynikającym z sytuacji zdrowotnej. Porównywanie siebie z innymi, u których wystąpiły groźne powikłania zakończone zgonem prowadzi od przeżywania silnego lęku i niepokoju o zdrowie i życie. Obserwuje się także rodzaj, potransplantacyjnego ADHD, korzystania z każdego przeżytego dnia, jak to określają „darowanego życia”. Być może drobne przyjemności, odstępstwa od zaleceń medycznych stanowią wykładnię chęci i złudzenia prowadzenia normalnego życia, zdrowej osoby.

Elementem komplikującym sytuację zdrowotną badanych są współistniejące z chorobą podstawową schorzenia, częściowo będące powikłaniami immunosupresji. W badaniach schorzeń współistniejących stwierdzono, że najczęściej, bo 71,5% badanych ma nadciśnienie tętnicze. Drugim schorzeniem pod względem częstości występowania jest hipercholesterolemia, którą zdiagnozowano u 46,9% pacjentów. Na niewydolność nerek cierpi 45,4% badanych. Spośród nich 11 osób jest poddawanych regularnej dializie, a 5 osób przeszło operację przeszczepienia nerki. Cukrzycę zdiagnozowano u 20%, a chorobę naczyniową przeszczepionego serca w 15,4% chorych. Przytoczone wyniki pokazują na dużą ilość schorzeń współistniejących, które zdecydowanie zmieniają sytuację zdrowotną po transplantacji serca. Powoduje to konieczność ciągłego wdrażania nowych procedur leczniczych, kolejnych zmian zachowań zdrowotnych, co znacznie upośledza codzienne funkcjonowanie chorych.

W rozmowach pacjenci przyznają, że najbardziej obawiają się niewydolności nerek, a kiedy już do niej dojdzie najtrudniejsze jest dla nich przystosowanie się do regularnych, wyczerpujących dializ, często związanych z dalekim dojazdem do stacji i

wielogodzinnym przebywaniem poza domem. Poważnym problemem jest również niezbędne ograniczenie ilości przyjmowanych płynów. Osoby, u których wykonano transplantację nerki, mimo uciążliwej procedury prowadzącej do transplantacji, z ulgą wracają do życia bez dializoterapii.

W analizie statystycznej nie stwierdzono zależności występowania schorzeń współistniejących od okresu po transplantacji. Wynika to z metodologii projektu, mającego charakter bardziej psychologiczny niż medyczny. Dane o diagnozie schorzenia pochodzą z ostatniej Karty Informacyjnej pacjenta. Nie brano pod uwagę okresu, w jakim zostały one zdiagnozowane i czasu, jaki upłynął od ich rozpoznania.

Zgodnie z teoretycznym modelem pracy zbadane zostały zasoby osobowościowe mające wpływ na zachowania zdrowotne.

Pierwszym z nich jest dyspozycyjny optymizm. Wyniki testu LOT-R, określającego poziom dyspozycyjnego optymizmu wskazują na przeciętny poziom tej cechy. 28% Badanych ma wyniki niskie, 40% średnie a 32 % wysokie. Porównanie wyniku z danymi podanymi w podręczniku testu pokazuje, że podobny procent wyników niskich uzyskują osoby po zawale serca ( 28,6%), natomiast procent wyników wysokich jest w tej grupie wyższy (42,2%) niż u pacjentów po HTX.

Analiza wykazała istotność statystyczną poziomu optymizmu i wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych oraz wskaźnika pozytywnego nastawienia psychicznego. Opierając się na badaniach przytoczonych w części teoretycznej można przyjąć, że występowanie tej cechy na poziomie średnim sprzyja podejmowaniu i modyfikacji zachowań zdrowotnych.

Kolejną badaną cechą było uogólnione poczucie własnej skuteczności. Wynik badanej grupy mieści się w granicach wyników średnich. Porównanie z danymi Juczyńskiego dla innych grup klinicznych wskazuje, że pacjenci po transplantacji serca mają znacznie niższy procent wyników niskich ( 9%) niż pacjenci po zawale serca i dializowani ( odpowiednio 36% i 22%). W badanej grupie wyniki wysokie uzyskuje 56 % osób, a znacznie mniej chorych po zawale serca 35% i dializowanych 32%. Analiza zależności tej cechy i wskaźnika zachowań zdrowotnych wykazała istotność statystyczną oraz dodatnią korelację badanych zmiennych. Liczne badania wskazują na istotne znaczenie poczucia własnej skuteczności w podejmowaniu zachowań zdrowotnych. Uogólnione przekonanie o własnej kompetencji, które wchodzi w obszar

osobistej kontroli działania ma szczególne znaczenie w przypadku nowych okoliczności życiowych. Może ono wpływać na przebieg terapii pooperacyjnej, ze względu na poczucie wpływu na jej przebieg i współodpowiedzialności za wynik leczenia. W badaniach Schwarzera i Fucha z 1996<sup>94</sup> roku pacjentów z chorobą wieńcową okazało się, że funkcje układu krążenia ulegały szybszej stabilizacji u osób przekonanych o własnej skuteczności w radzeniu sobie z chorobą. Wykazano także, że u pacjentów z taką cechą szybciej dochodzi do podejmowania takich zachowań prozdrowotnych jak kontrola wagi, zmiana nawyków żywieniowych, regularna aktywność fizyczna, ale również zachowań profilaktycznych związanych z uzależnieniami. W badaniach Józefowskiej (2010)<sup>45</sup> stwierdzono, że wyższy poziom własnej skuteczności sprzyja rzadszemu zaostrzaniu się objawów POCHP. Podkreśla się rolę omawiania przekonań specyficznych dla danego zachowania zdrowotnego oraz wzmacnianie poczucia własnego wpływu na stan zdrowia w terapii chorych, zwłaszcza wymagających przewlekłego leczenia. W kontekście ilości współistniejących schorzeń w badanej grupie konieczna jest ciągła edukacja zdrowotna związana ze specyfiką danej choroby, oparta na poczuciu własnej skuteczności.

Kolejnym, badanym czynnikiem wpływającym na zachowania zdrowotne była akceptacja choroby i związanych z nią ograniczeń. 50% Badanych ma średni poziom akceptacji choroby, 40% wysoki, a jedynie 10 % niski. Średni wskaźnik mieści się w granicach wyników przeciętnych, a w porównaniu z podanymi przez Juczyńskiego wynikami innych grup klinicznych jest on najwyższy. Statystyczna analiza nie wykazała istotnej zależności między akceptacją choroby a wskaźnikiem zachowań zdrowotnych. Należy jednak zwrócić uwagę, że osoby ze średnim i wysokim poziomem akceptacji choroby uzyskują wysoki wskaźnik zachowań zdrowotnych, a osoby niskim poziomem akceptacji choroby średni wskaźnik zachowań zdrowotnych. Analiza akceptacji ograniczeń wynikających z choroby pokazuje dobre przystosowanie. Badani nie czują się nieprzydatni, nie mają poczucia bycia ciężarem dla rodziny. Najmniej akceptowana jest zależność od innych, poczucie braku samowystarczalności, brak możliwości wykonywania ulubionych czynności oraz fakt powodowania zakłopotania innych ludzi rodzajem choroby. Podobne wyniki uzyskała Kurowska (2011)<sup>60</sup> i Lewko J. (2007)<sup>65</sup> w badaniach pacjentów z cukrzycą typu 2. Stwierdzono jednak znaczny stopień zróżnicowania poziomu akceptacji choroby. Wiązano to z różnym poziomem

zaawansowania choroby, innymi problemami i wynikającymi z tego odmiennymi objawami i dolegliwościami. Podkreśliła niezwykle istotną rolę edukacji, która prowadzi przez zrozumienie do większej akceptacji choroby. Józefowska (2010)<sup>45</sup> u pacjentów z POCH stwierdziła, że chorzy z wyższym poziomem akceptacji choroby rzadziej mają zaostrzenia choroby.

Podczas omawiania wyników testu badani podkreślali jak ważna jest dla nich potransplantacyjna poprawa stanu zdrowia. W okresie przedoperacyjnym nie byli w stanie wykonywać najprostszych czynności, musieli korzystać z pomocy najbliższych, zazwyczaj przewlekłe przebywali w szpitalu. Wtedy odczuwali jak bardzo ich niesprawność, choroba obciążają najbliższych. Przeszczepienie serca umożliwiło im powrót do prawie normalnego funkcjonowania w rolach społecznych i odciążenia rodziny od wielu uciążliwych obowiązków związanych z opieką i wsparciem chorej osoby. Nowe serce, zapewniające wydolność krążenia znacznie poprawiło wydolność fizyczną i sprawność chorych. Potwierdza to dane Kurowskiej (2009)<sup>61</sup> o niższym poziomie akceptacji choroby osób z ograniczeniem sprawności fizycznej.

Zespół opiekujący się pacjentami po transplantacji serca dokonał oceny stopnia przestrzegania zaleceń metodą sędziów kompetentnych. Współczynnik W Kendalla wskazuje na przeciętny poziom zgodności sędziów. Średnia ocena przestrzegania zaleceń przez pacjentów 3,91 oznacza prawie dobre stosowanie się do zaleceń. Połowa pacjentów została oceniona jako dobrze przestrzegająca zalecenia medyczne, ale tylko dwie osoby uzyskały ocenę bardzo dobrą. W jakościowej analizie badań stwierdzono, że lekarze wystawili pacjentom najniższe oceny, argumentując to skupieniem się na ilości wizyt kontrolnych i wynikach badań wskazujących na nieprzestrzeganie zaleceń dotyczących immunosupresji. Osoby mające częstszy kontakt z pacjentami w okresie hospitalizacji dokonywały szerszej oceny, opartej na większej znajomości problemów pacjenta oraz obserwacji trybu codziennego funkcjonowania podczas pobytu w szpitalu. Miały więcej informacji na temat codziennej diety, higieny czy nałogów.

Przeprowadzone badanie wskazało osoby, które powinny być objęte ponowną szerszą edukacją zdrowotną. Metoda badania powinna zostać uzupełniona o bardziej sprecyzowane kryteria oceny stopnia przestrzegania zaleceń. Może mieć to formę osobnej oceny zażywania leków, częstości wizyt kontrolnych i codziennych zachowań prozdrowotnych.

Analiza 10 przypadków ostrego odrzucania przeszczepionego serca obejmująca okres trzech lat pokazała jak ważne jest przestrzeganie zaleceń lekarskich Średnio 7,6 przypadków wystąpiło powodu nie zażywania leków immunosupresyjnych lub własnej modyfikacji leczenia przez pacjenta - mniejsze dawki, opuszczanie dziennej dawki itp. Zmarły trzy osoby ( Milaniak I. 2008)<sup>74</sup>.

Przegląd literatury dotyczącej przestrzegania zaleceń pacjentów transplantacyjnych Laederach-Hoffman K. i Bunzel . (2000)<sup>63</sup>, Bosma O.H. (2011)<sup>8</sup>, Denhaerynck K. ( 2005)<sup>21</sup>, Dobbels F.(2004)<sup>22</sup>, Ho M.(2009)<sup>42</sup>, Uzark K.(2010)<sup>109</sup> . pokazuje, że grupie pacjentów po przeszczepie serca:

- Im wyższy stopień nieprzestrzegania zaleceń związanych z zażywaniem leków tym większe ryzyko stopniowego wystąpienia późnych epizodów ostrego odrzucania.
- U pacjentów z czynnikami ryzyka nieprzestrzegania zaleceń takimi jak uzależnienia, zaburzenia osobowości, czy też ocenianych przez psychiatrów jako pacjenci ryzykowni, występuje więcej epizodów odrzucania, ale ich związek ze śmiertelnością nie jest istotny statystycznie.
- W badaniach Schweizera grupy 50 pacjentów po HTX, trzy osoby nie prowadziły immunosupresji zgodnie z zaleceniami, jedna z nich zmarła po tygodniu bez leczenia immunosupresyjnego. U dwóch pozostałych stwierdzono przewlekłe odrzucanie, prawdopodobnie później immunosupresja przebiegała prawidłowo, bo nie stwierdzono progresji zmian, jednak nie stosowali się do zalecanej częstotliwości kontroli.

Badanie Farmera S.A. i wsp. (2013)<sup>24</sup> czynników związanych z przeżyciem po transplantacji wykazały, że istnieje istotny związek między nieprzestrzeganiem zaleceń a utratą przeszczepu czy zgonem pacjenta. Okazuje się jednak, że pacjenci po ponownym przeszczepie narządu spowodowanym odrzuceniem organu w wyniku nieprzestrzegania zaleceń zazwyczaj nie zmieniają autodestruktywnego zachowania. Edukacja nie jest wystarczającym czynnikiem wpływającym znacząco na poprawę tej sytuacji.

Porównanie oceny zespołu sędziów kompetentnych z jakościową analizą Inwentarza Zachowań Zdrowotnych pokazuje rozbieżność między ocenami zespołu

leczącego a ocenami pacjentów, którzy w większości uważają się za osoby realizujące zalecenia medyczne. Ciekawe rezultaty przytaczanego wcześniej badania Cherubini (2003)<sup>12</sup> pokazały, że istotną rolę w przestrzeganiu zaleceń ma subiektywnie spostrzegana skuteczność leczenia, a im dłuższy okres po zabiegu tym niższa ocena skuteczności terapii a co za tym idzie gorsze przestrzeganie zaleceń lekarskich. Można tu przytoczyć przypadek 55 - letniego pacjenta, który przez 8 lat po transplantacji serca nie budził zastrzeżeń, przestrzegał zalecenia medyczne. Nagle trafił do Kliniki z objawami odrzucania graftu. Po przeprowadzeniu rozmowy przyznał, iż wśród chorych pojawiła się opinia, że opuszczenie jednego dnia immunosupresji w tygodniu chroni przed niewydolnością nerek. To powikłanie leczenia immunosupresyjnego, jest jednym z najgorzej ocenianych przez pacjentów schorzeń współistniejących. Przekazują sobie rozmaite mniej lub bardziej naukowe metody ochrony nerek. Niestety stosują je bez konsultacji z zespołem leczącym. De Gest (1997<sup>18</sup>, 1998<sup>17</sup> 2000<sup>19</sup>,) zaproponowała listę czynników utrudniających przestrzeganie zaleceń przez biorców serca. Wymieniła między innymi małą wiedzę o chorobie, nieracjonalne poglądy na zdrowie, niezadowolenie z opieki, dokuczliwe efekty immunosupresji, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zespół stresu pourazowego i depresję. Wśród czynników psychospołecznych zwróciła uwagę na izolację społeczną, brak wsparcia, stałe poczucie samodzielności. Podobne wyniki uzyskano w badaniu związku wsparcia społecznego i jakości życia po HTX (White-Williams C. (2012)<sup>111</sup> oraz znaczenia depresji w ocenie satysfakcji z życia (Evangelista L.S. 2003)<sup>23</sup> . Pudło R. (2011)<sup>85</sup>, Kopeć G. (2004)<sup>57</sup> zwracają uwagę na konieczność identyfikacji przyczyn braku współpracy pacjent, ponieważ na wiele z nich można oddziaływać i je modyfikować odpowiednią terapią. W badaniach Milaniak I. (2011)<sup>75</sup> grupy 66 pacjentów po transplantacji serca 35% badanych przyznało się do zapominania o zażywaniu kolejnych dawek immunosupresji ( w tym 26% nie przestrzega określonych godzin) a 41% również innych zalecanych leków ( 29 % zmienia godzinę zażywania leków). Leczenie immunosupresyjne, bez konsultacji z lekarzem przerwało 6% badanych. Spowodowało to reakcję odrzucania, konieczność korekty schematu immunosupresji oraz zwiększenie częstotliwości kontroli medycznych. Wiedza pacjentów na temat stosowanego leczenia i konsekwencji jego przerywania osiąga blisko 100% ( 98,4% -wysoki poziom wiedzy.) Analiza pozostałych wskaźników przestrzegania zaleceń, takich jak zgłaszanie się na



wizyty kontrolne czy brak efektów terapii np. w postaci hiperlipidemii wykazała, że 44% badanych zamiast zalecanych czterech wizyt kontrolnych odbyła tylko dwie, a zaledwie połowa badanych miała prawidłowe stężenie cholesterolu.

Statystyczna weryfikacja hipotez badawczych potwierdziła dwie hipotezy. *Hipoteza pierwsza* „ Im wyższy poziom dyspozycyjnego optymizmu tym wyższa wartość wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych.

Stwierdzono statystycznie istotną zależność między wskaźnikiem ogólnym zachowań zdrowotnych i dyspozycyjnym optymizmem. Potwierdza to przedstawione w części teoretycznej pracy badania mówiące o roli zasobów osobowościowych w przebiegu choroby i leczenia. Można uznać, że pacjenci optymistyczni lepiej radzą sobie z realizacją zaleceń medycznych po transplantacji serca. Łatwiej zmieniają nawyki zdrowotne i są bardziej aktywni w codziennym funkcjonowaniu.

*Hipoteza druga* „ Im wyższy poziom uogólnionej własnej skuteczności tym wyższa wartość wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych”.

Stwierdzono statystycznie istotną zależność między wskaźnikiem ogólnym zachowań zdrowotnych i uogólnionym poczuciem własnej skuteczności. Ten zasób osobowościowy jest czynnikiem sprawiającym, że pacjent rozumie swoją rolę jako współpartnera w terapii i wierzy we własny wpływ na zmiany, jakie są konieczne podczas leczenia. Taka postawa i przekonanie sprzyjają podejmowaniu zachowań zdrowotnych.

*Hipoteza trzecia* „ Im wyższy poziom akceptacji choroby tym wyższa wartość wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych”.

Analiza statystyczna nie potwierdziła zależności poziomu akceptacji choroby i wartości ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych. W teoretycznym modelu pracy akceptację choroby umiejscowiono w obszarze subiektywnego obrazu sytuacji, czyli obrazu własnej choroby. Chorzy po transplantacji serca akceptują chorobę na poziomie średnim. Wykorzystane narzędzie badawcze nie bada jednak pełnego obrazu choroby, a tylko jeden z jego elementów. Pytania testu AIS skupiają się na funkcjonowaniu w roli chorego w środowisku rodzinnym i społecznym oraz ograniczeniach wynikających z choroby. Wynik testu odzwierciedla, więc, akceptację ograniczeń wynikających z choroby, a nie sam fakt bycia chorym. W rozmowach z pacjentami okazuje się, że obraz

sytuacji zdrowotnej jest w dużej mierze budowany na informacjach przekazywanych przez innych chorych. Działające Stowarzyszenie skupiło osoby po przeszczepie serca jako grupę wzajemnie się wspierającą w trudnych chwilach. Nastąpiła także integracja rodzin pacjentów, wspierających działanie Stowarzyszenia. Stanowi ono również źródło wiedzy o komplikacjach i zgonach kolejnych chorych. W tej grupie akceptacja choroby, czy raczej wynikających z niej ograniczeń, nie jest jednoznaczna z zaakceptowaniem niepewności, niepokoju, co, do możliwych komplikacji, dalszego życia i jego długości.

*Hipoteza czwarta* „ Pacjenci z wysoką wartością wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych oceniani są jako lepiej stosujący się do zaleceń lekarskich”.

Zależność wysokiego wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych i oceny stopnia przestrzegania zaleceń nie została potwierdzona statystycznie. We wcześniejszej analizie wyników Inwentarza Zachowań Zdrowotnych zwrócono uwagę na skłonność do przyznawania sobie wyższych ocen, zgodnych z teoretyczną wiedzą o chorobie. Oceny sędziów kompetentnych są bardziej oceną praktycznego zastosowania wiedzy a nie poziomu posiadanych przez pacjenta informacji.

*Hipoteza piąta* „ U pacjentów z wysoka wartością ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych występuje mniej powikłań immunosupresji”.

Nie stwierdzono statystycznie istotnej korelacji wartości tego wskaźnika z występowaniem powikłań immunosupresji. Jedynie w przypadku pacjentów poddawanych leczeniu dializami uzyskano statystycznie istotną różnicę w skali Zachowań Profilaktycznych między grupą bez i z leczeniem nerkozastępczym.

Niewątpliwym ograniczeniem metodologicznym jest niejednorodna struktura grupy- duża rozpiętość wieku oraz okresu życia z przeszczepionym sercem. Pacjenci poddawani operacji wiele lat temu różnią się rodzajem stosowanej immunosupresji oraz surowszym protokołem opieki pooperacyjnej. Nie ma jednak praktycznej możliwości do zbadania wymaganej ze względów metodologicznych większej ilości osób. W ostatnich latach wykonywanych jest około 8-10 transplantacji rocznie. Część pacjentów z powodu ograniczonej sprawności poznawczej, uniemożliwiającej wykonanie badania testowego ze zrozumieniem musiała być wykluczona z badania. Podczas trwania projektu zmarło 19 badanych pacjentów.

#### **XIV. Wnioski**

1. Pacjenci po transplantacji serca uzyskują wysoką wartość wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych.
2. Wyniki skal badających Praktyki Zdrowotne i Zachowania Profilaktyczne przyjmują wysokie wartości.
3. Najniższy wynik badani uzyskują w skali Prawidłowe Nawyki Żywieniowe
4. Niski wynik skali Prawidłowe Nawyki Żywieniowe wynika z trudności w rezygnacji z dotychczasowego sposobu odżywiania, niskiej świadomości znaczenia prawidłowej diety w profilaktyce zdrowotnej i problemów finansowych.
5. Badana grupa deklaruje podejmowanie tego typu zachowań zdrowotnych, które są zgodne z zaleceniami medycznymi.
6. Mimo pozytywnego nastawienia psychicznego, pacjentom nie udaje się im unikać negatywnych emocji i sytuacji stresowych mających źródło w codziennych trudnościach życiowych, sytuacji przewlekłej choroby i znajomości jej przebiegu.
7. Średni poziom dyspozycyjnego optymizmu badanych sprzyja podejmowaniu i modyfikacji zachowań zdrowotnych.
8. Średni poziom uogólnionego poczucia własnej skuteczności ma pozytywny wpływ na przebieg leczenia i przyjęcie przez osoby po transplantacji serca współodpowiedzialności za wynik terapii.
9. Przeciętny poziom akceptacji choroby i wynikających z niej ograniczeń wskazuje na dobry poziom adaptacji do choroby.
10. Średni i wysoki poziom akceptacji choroby wiąże się z wysokim poziomem podejmowania zachowań zdrowotnych.
11. Prawie dobry stopień przestrzegania zaleceń lekarskich wystawiony pacjentom przez zespół transplantacyjny jest rozbieżny z wysokim poziomem zachowań zdrowotnych.
12. Subiektywna samoocena zachowań zdrowotnych przez osoby po HTX pokazuje, że uznają się oni za osoby przestrzegające skrupulatnie zalecenia medyczne.
13. Statystycznie istotna zależność poziomu dyspozycyjnego optymizmu z wartością ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych, stanowi potwierdzenie hipotezy badawczej numer 1.
14. Statystycznie istotna zależność poziomu uogólnionego poczucia własnej skuteczności z wartością ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych, stanowi potwierdzenie hipotezy badawczej numer 2.

15. Brak statystycznie istotnej zależności poziomu akceptacji choroby z wartością ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych, nie potwierdza hipotezy badawczej numer 3.
16. Brak statystycznie istotnej zależności wysokiego ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych z oceną stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich, nie potwierdza hipotezy badawczej numer 4.
17. Brak statystycznie istotnej zależności wpływu wysokiego ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych na ilość powikłań, nie potwierdza hipotezy badawczej numer 5.
18. Metoda sędziów kompetentnych może być stosowana do okresowej oceny stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich. Wymaga ona jednak modyfikacji, polegającej na uszczegółowieniu kryteriów i ocenianych czynników.
19. Metoda ta, po modyfikacji może być wykorzystana do wskazania zakresu problemów w procesie przestrzegania zaleceń, które u danego pacjenta wymagają interwencji terapeutycznej.
20. Wskazane jest tworzenie indywidualnych schematów modyfikacji zachowań zdrowotnych dla chorych, których stwierdzono zachowania antyzdrowotne mogące negatywnie wpłynąć na przebieg leczenia.
21. Kolejne schorzenia towarzyszące pacjentom w życiu z przeszczepionym sercem komplikują ich trudną sytuację zdrowotną.
22. Pojawiające się po transplantacji schorzenia towarzyszące wymagają nowej, specyficznej dla danej jednostki chorobowej edukacji zdrowotnej

#### XIV. Bibliografia

1. Baroletti S., Dell'Orfano H. Medication Adherence in Cardiovascular Disease. *Circulation* 2010;121;1455-1458.
2. Barr M. L., F. A. Schenkel, A. Van Kirk, R.J Halbert, J.H. Helderma, D. E. Hricik, A. J. Matas, J. D. Pirsch, B. R. Siegal, R. M. Ferguson, R. J. Nordyke. Determinants of quality of life changes among long-term cardiac transplant survivors: results from longitudinal data. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* - October 2003 (Vol. 22, Issue 10, Pages 1157-1167,
3. Baumann L.I., Young C.J., Egan J.J. Living with a heart transplant: long-term adjustment. *Transplant International* (1992)5;1-8.
4. Bellg A.J, K.L Grady, D.C Naftel, B Rybarczyk, J Young, D Pelegrin, K Patton Schroeder, J Kobashigawa, J Chait, J Kirklin, C White-Williams, A Heroux, W Piccione. Patient adherence at 5 to 6 years after heart transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* - January 2003 (Vol. 22, Issue 1, Supplement, Page S127)
5. Bishop G. Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2002: 286-321.
6. Bogg T., Roberts B.W., Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. 15535742 [PubMed - indexed for MEDLINE]
7. Borys B. Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2010, tom 4, nr 1, 44-52
8. Bosma O.H., K.M. Vermeulen, E. A. Verschuuren, M. E. Erasmus, Wim van der Bij. Adherence to immunosuppression in adult lung transplant recipients: Prevalence and risk factors. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* - November 2011 (Vol. 30, Issue 11, Pages 1275-1280
9. Bossenbroek L., N. H.T. Hacken, Wim van der Bij, E.A.M. Verschuuren, G.. Koëter, M. H.G. de Greef Cross-sectional Assessment of Daily Physical Activity in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Lung Transplant Patients. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* - February 2009 (Vol. 28, Issue 2, Pages 149-155,
10. Bunyamin V., H. Spaderna, G. Weidner. Health Behaviors as Correlates of Quality of Life in the Waiting for a New Heart Study. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* - April 2012 (Vol. 31, Issue 4, Supplement, Page S97,
11. Cardi M. N. Munk, F. Zanjania, T. Kruger, K.W. Schaie S.L. Willis Health Behavior Risk Factors across Age and Predictors of Cardiovascular Disease Diagnosis. *Journal of Aging and Health*, 2009, 21, 759.
12. Cherubini P., Rumiani R., Bigoni M., Tursi V., Livi U. Long-Term Decrease In Subjective Perceived Efficacy of Immunosuppressive Treatment After Heart Transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, December 2003, 1376-1380.
13. Clark A.L. S.D. Anker. Body mass, chronic heart failure, surgery and survival. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* 2010; 29; 261-264
14. Classen L. L.Henneman, I.Kindt, T.M. Marteau, R.M. Danielle. Perceived Risk and representations of Cardiovascular Disease and Preventive Behavior in People Diagnosed with Familial Hypercholesterolemia: A Cross - sectional Questionnaire Study. *Journal of Health Psychology* 2010,15;33
15. Conner M. Health behavior. [userpage.fu-berlin.de/~schuez/folien/conner2002.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/~schuez/folien/conner2002.pdf)

16. Culver D.A., P.J. Mazzone, F. Khandwala et al. Discordant utility of ideal body weight and body mass index as predictors of mortality in lung transplant recipients. *The Journal of Heart Lung Transplant*, 24 (2005), p. 137
17. De Geest S, Abraham I, Moons P, Vandeputte M, Van Cleemput J, Evers G, Daenen W, Vanhaecke I. (1998) Late acute rejection and subclinical noncompliance with cyclosporine therapy in heart transplant recipients. *Journal heart and Lung Transplant* 17; 854- 863.
18. De Geest S, Abraham I, Dunbar –Jacob I., Vanhaecke I. (1997) The significance of noncompliance in the etiology of acute late rejection in the heart transplant population. *Circulation*; 96;1-15
19. De Geest S., Dobbels F., Martin S., Wilems K., Vanhaecke I (2000) Clinical risk associated with appointment noncompliance in heart transplant recipients. *Prog Transplant*;10;162-168
20. De la Torre M., M. Delgado, M. Paradela, D. González, R. Fernández, J.A. García, E. Feira, J.M. Borro Influence of Body Mass Index in the Postoperative Evolution After Lung Transplantation. *Transplantation Proceedings Volume 42, Issue 8, October 2010, Pages 3026–3028*
21. Denhaerynck K., Dobbels F., Cleemput I., Desmyttere A., Schaffer-Keller P., Schaub S., De Geest S. prevalence, consequences and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: a literature review. *Transplant International* 18 (2005);1121-1133.
22. Dobbels F., S. De Geest, J. van Cleemput, W. Droogne, J. Vanhaecke Effect of late medication non-compliance on outcome after heart transplantation: A 5-year follow-up *The Journal of Heart and Lung Transplantation - November 2004 (Vol. 23, Issue 11, Pages 1245-1251,*
23. Evangelista L. S, L. V . Doering, K. Dracup, M. Espejo Vassilakis, J. Kobashigawa. Hope, mood states and quality of life in female heart transplant recipients. *The Journal of Heart and Lung Transplantation - June 2003 (Vol. 22, Issue 6, Pages 681-686,*
24. Farmer S. A. K. L. Grady, E. Wang, E. C. McGee, Jr, W.G. Cotts, P. M. McCarthy, Demographic, Psychosocial, and Behavioral Factors Associated With Survival After Heart Transplantation. *The Annals of Thoracic Surgery* 2013; 95:876-883.
25. Filanowicz M. B. Cegła, E. Szykiewicz, A. Dowbór-Dzwonka. Akceptacja choroby jako predyktor zachowań zdrowotny pacjentów chorych na astmę atopową. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013; 21(1):13-20.
26. Ford. E.S. C.J. Caspersen. Sedentary behavior and cardiovascular disease; a review of prospectives study. *International Journal of Epidemiology*, 2012;41;1336-1353.
27. Ford ES, Zhao G, Tsai J, Li C. Low-risk lifestyle behaviors and all-cause mortality: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III Mortality Study. *American Journal of Public Health.*, August 18, 2011
28. Gaciong Z., Kuna P. Adherence, compliance, persistence – współpraca, zgodność i wytrwałość- podstawowy warunek sukcesu terapii. *Medycyna po Dyplomie. Wydanie specjalne 03/2008*
29. Gochman D. (red) *Health behavior (43-63)*, New York: Plenum Press, 1988.
30. Gordon I. K. L. Lavoie, A. Arsenault, B. Meloche, B. Ditto, T. S. Campbell, S. L. Bacon, Relationship between Multiple Health Behaviors and Brachial Artery Reactivity. *International Journal of Hypertension Volume 2012 (2012), Article ID*

846819, 9 pages

31. Gomulska L, Piotrowicz M., Cianciara D. Własna Skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2009; 63: 427-432
32. González-Castro A., J. Llorca, B. Suberviola et al. Influence of nutritional status in lung transplant recipients. *Transplant Proc*, 38 (2006), p. 2539
33. Grady K.L. Constanzo-Nordin M.R. Herold. I. Obesity and hyperlipidemia after heart transplantation. *J. Heart Transplant*. 1991;10;449-454
34. Grady K. L., Naftel DC, White-Williams C, Bellg AJ, Young JB, Pelegrin D, Patton-Schroeder K, Kobashigawa J, Chait J, Kirklin JK, Piccione W Jr, McLeod M, Heroux A. Predictors of quality of life at 5 to 6 years after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant*. 2005 Sep;24(9):1431-9.
35. Grady K.L, Naftel DC, Kirklin JK, White-Williams C, Kobashigawa J, Chait J, Young JB, Pelegrin D, Patton-Schroeder K, Rybarczyk B, Daily J, Piccione W Jr, Heroux A. Predictors of physical functional disability at 5 to 6 years after heart transplantation. *The Journal of Heart Lung Transplant*. 2005 Dec;24(12):2279-85. Epub 2005 Sep 21.
36. Grady K. L., D. C. Naftel, J. B. Young, D. Pelegrin, J. Czerr, R. Higgins, Al. Heroux, B. Rybarczyk, M. McLeod, J. Kobashigawa, J. Chait, C. White-Williams, S. Myers, J. K. Kirklin. Patterns and Predictors of Physical Functional Disability at 5 to 10 Years After Heart Transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* - November 2007 (Vol. 26, Issue 11, Pages 1182-1191
37. Gries C.J, T.C. Rue, P.J. Heagerty et al. Development of a predictive model for long-term survival after lung transplantation and implications for the lung allocation score. *J Heart Lung Transplant*, 29 (2010), p. 731
38. Guida B., N. Ruggiero Perrino, R. Laccetti, R. Trio, A. Nastasi, D. Pesola C. Maiello, C. Marra, L. S. De Santo, M. Cotrufo. Role of dietary intervention and nutritional follow-up in heart transplant recipients *Clinical Transplantation* Volume 23, Issue 1, pages 101–107, January/February 2009
39. Guzińska K., Kupc A., Borys B. Zasoby odporności na stres w procesie zdrowienia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. *Psychiatria* 2007, Tom 4, Nr 4, 144-152.
40. Heszen –Niejodek I. *Lekarz i Pacjent. Badania Psychologiczne. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych, Universitas, Kraków 1992; 130-167*
41. Heszen I., Sęk H., *Psychologia Zdrowia Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007*
42. Ho M., Bryson Ch. L., Rumsfeld J.S., Medication Adherence; Its Importance in Cardiovascular Disease. *Circulation*; 119;3028-3035 ( 2009)
43. Jakubowska-Winecka A., D. Włodarczyk. (red.) *Psychologia w praktyce medycznej PZWL, Warszawa 2007.*
44. Jowseys.G. S.M.Cutshall, R.C. Colligan S.R. Stevens. Selgman`s theory of attributional style: Optimism, pessimism, and quality of life after heart transplant. *Prog Transplant* 2012, March1, ;22(1); 49-55
45. Józefowska H., Majda A. Zasoby osobiste i wskaźniki kliniczne u pacjentów z POCH.. *Onkologia Info* , 2010,VII,1, 11-18
46. Juczyński Z. (1997) Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia*, lipiec-grudzień, 1, 3-10
47. Juczyński Z. *Inwentarz Zachowań Zdrowotnych –IZZ. W: Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych*

- Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2001, Warszawa.
48. Juczyński Z. Test Orientacji Życiowej – LOT-R. W: Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2001, Warszawa.
  49. Juczyński Z. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES. W: Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2001, Warszawa.
  50. Juczyński Z. Skala Akceptacji Choroby –AIS. W: Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2001, Warszawa.
  51. Kaczmarczyk M. (2008) Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach. *Studia Medyczne*;12;29
  52. Kanasky W.F., S.D. Anton, J.R. Rodrigue et al. Impact of body weight on long-term survival after lung transplantation *Chest*, 121 (2002), p. 40
  53. Kaplan R.H. Simon H.J. Compliance in medical care reconsideration of self predictions. *Annals of Behavioral Medicine* 1990;12; 66-71
  54. Karna-Matyjaszek U., Sierżantowicz R., Mariak Z. Akceptacja własnej choroby przez pacjentów z rozpoznaną jaskrą. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2010,XXVII, 163,37
  55. Kasperk E. Zachowania prozdrowotne nauczycieli. Oficyna Wydawnicza G&P, Poznań 1999.
  56. Kop Willem J. Role of psychological factors in the clinical course of heart transplant patients. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* - March 2010 (Vol. 29, Issue 3, Pages 257-260,
  57. Kopeć G., Kloch M., Czarnecka D. Ocena czynników wpływających na współpracę pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w procesie leczenia. *Przegląd Lekarski* 2004/61/9.
  58. Krajewska Kułak E., Chilicka M., Kułak W., Rozwadowska M., Lanka A. Akceptacja sytuacji związanej ze stanem zdrowia przez pacjentki oddziału patologii ciąży i położniczego. *Ginekologia Praktyczna* 2 / 2010;31-35
  59. Kurowska K., Lach B. Akceptacja choroby i sposobu radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetologia Praktyczna* 2011, Tom 12, Nr 3. 113-119.
  60. Kurowska K., Rumińska B. Akceptacja choroby I i sposoby radzenia sobie ze stresem u osób po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Onkologiczne* 2011;4; 203-210
  61. Kurowska k., Białasik B. Zachowania zdrowotne i radzenie sobie w chorobie pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) *Nowiny Lekarskie* 2009;78,2;113-122.
  62. Kurowska K., Korecińska M. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia chorych po zabiegach kardiochirurgicznych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2012;1;20-25
  63. Laederach-Hofmann K., Bunzel B. Noncompliance in Organ Transplant Recipients: A Literature Review. *General Hospital Psychiatry* 22, 412-424, 2000, Elsevier Science Inc.
  64. Lederer D.J, J.S. Wilt, F. D'Ovidio et al. Obesity and underweight are associated with an increased risk of death after lung transplantation *Am J Respir Crit Care Med*, 180 (2009), p. 887
  65. Lewko J., Polityńska B., Kochanowicz J., Zarzycki W., Okruszko A., Sierakowska M.,



- Jankowiak B., Górská M., Krajeńska-Kułał L., Kowalczyk K. Quality of life and its relationship to the degree of illness acceptance in patients with diabetes and peripheral diabetic neuropathy. *Advances in medical sciences* Vol. 52, 2007, Suppl.1
66. Łatka J. A. Majda, B. Pyrz. Dyspozycyjny optymizm a zachowania zdrowotne pacjentów chorobą nadciśnieniową. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013;21 (1):21-28
67. Łuszczńska A., Schwarzer R. Od ogólnych do specyficznych przekonań o własnej skuteczności- utrzymywanie i odzyskiwanie zdrowia w świetle teorii społeczno poznawczej. W: Brzeziński J.M., Cierpiąłkowska L. *Zdrowie i choroba. Problemy teorii diagnozy i praktyki*. GWP, 2008, Gdańsk, 47-61.
68. Łuszczńska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. GWP, Gdańsk 2004, 22-46.
69. Maćkowska P., Babińska M.A. Osobowościowe korelaty zachowań zdrowotnych osób z cukrzycą typu 1 i chorobą Gravesa-Basedowa. *VIA MEDICA* ISDN 1640-6497
70. Madill J., C. Gutierrez, J. Grossman et al. Nutritional assessment of the lung transplant patient: body mass index as a predictor of 90-day mortality following transplantation. *The Journal of Heart Lung Transplant*, 20 (2001), p. 288
- Marcinkowska U., A. Barańska-Kossakowska, I. Jaworska, P. Ciszewska, M. Kulig, E. Wojniak, B. Wesołowski, J. Jaśko M. Elementy stylu życia po transplantacji serca. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska* 2012, 1:126-135
72. Marzec A., Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M. Poczucie koherencji, akceptacja choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycę hemodializowanych – doniesienie wstępne. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2011, 2 (35).
73. Meiser B. M., B. Reichart. *Życie toczy się dalej – informator dla pacjentów po przeszczepie serca*. Fujisawa.
74. Milaniak I. Problem złej adherencji wyzwaniem dla pielęgniarki. VII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Pacjent – pielęgniarka partnerzy w działaniu” 15-16 maj 2008 Kraków
75. Milaniak I. W. Makieła, P. Przybyłowski, K. Wierzbicki, J. Sadowski. Jak poprawić przestrzeganie zaleceń u pacjentów po przeszczepieniu serca? Przegląd piśmiennictwa i doświadczenia własne. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011,2;99-106
76. Niedzielski A. Humeniak E. Buziak P. Fedoruk D. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych *Wiadomości Lekarskie* 2007, I.X. 5-6
77. Nowicki A. Ostrowska Z. (2008) Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. *Polski Merkurusz Lekarski* 24: 403
78. Ogińska-Bulik N. (2004) Psychologia nadmiernego jedzenia-przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.; 59-62, 169-202,
80. Olivari Maria-Teresa Behavioral and environmental factors contributing to the development and progression of congestive heart failure *The Journal of Heart and Lung Transplantation* - 10 August 2000 (Vol. 19, Issue 8, Supplement 1, Pages S12-S20)
- Pervin L., A. Psychologia osobowości. GWP, 2002, Gdańsk, 326-334, 264-267
82. *Poltransplant Biuletyn Informacyjny* 1 (210) Marzec 2013
83. Przybyłowski P., Kapelak B., Wierzbicki K., Milaniak I. Sadowski J. Przeszczepianie serca oraz leczenie i opieka nad chorym po przeszczepieniu W: Podolec P., Jankowska E.A, Ponikowski P., Banasiak W. (red) *Przewlekła niewydolność serca* Medycyna Praktyczna, Kraków 2009 ( 483-508)

84. Puchalski K. Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. W: Gniazdowski A. Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990, 47- 56.
85. Pudło R., Jaworska I., Pacholewicz J., Zembala M. Problemy we współpracy lekarz – pacjent u osób po przeszczepieniu serca. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska* 2011;8 (2);251-254
86. Robinson J.G. K.M. Fox, S. Grandy. Attitudes About Health and Health –related Behaviors in Patients with Cardiovascular Disease or at Elevated Risk for Cardiovascular Disease. *Preventive Cardiology* 2009,
87. Rosenstock I.M., Derryberry M., Carriger B.H. Why people fail to see poliomyelitis vaccination. *Public Health Report*, 74, 98-104. 1959
88. Russo M.J., K.N. Hong, R.R. Davies et al. The effect of body mass index on survival following heart transplantation: do outcomes support consensus guidelines? *Ann Surg*, 25 (2010), p. 144
89. Salyer J. , M.P Flattery, P.L Joyner, R. K Elswick. Lifestyle and quality of life in long-term cardiac transplant recipients. *The J Heart Lung Transplant* 2001, Vol. 20, Issue 2, 203-220
90. Salyer J, M.P Flattery, M.C Maltby, P.L Joyner, R.K Elswick. Lifestyle & health status differ as a function of time in long-term cardiac transplant recipients. *Journal of Heart and Lung Transplantation* - January 2002 (Vol. 21, Issue 1, Pages 110-111
91. Salyer J.J, M.P Flattery, P.L Joyner, R.K Elswick. A community-based weight management program for cardiac transplant recipients: results of a pilot study. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* - January 2003 (Vol. 22, Issue 1, Supplement, Pages (130-S131)
92. Sanchez-Lazaro I.J., Almenar L., Martinez-Dolz J., Moro V., Ortiz-Martinez M.T., Izquierdo O., Cano J. Impact of Smoking on Survival After Heart Transplantation. *Transplantation Proceedings* 39, 2377-2378 (2007)
93. Schwarzer R. Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejście teoretyczne i nowy model. W: Heszen-Niejodek I. *Lekarz i pacjent. Badania Psychologiczne. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych, Universitas, Kraków* 1992
94. Schwarzer R. Fuchs R. Self- efficacy and health behaviors. W: M.Conner. P. Norman ( red.) *Predicting health behaviors. ; 163-196). Buckingham-Philadelphia. Open University Press ( 1996).*
95. Sęk H. *Psychologia Zdrowia* 1997, PWN, Warszawa
96. Seligman M. *Optymizmu można się nauczyć. Media Rodzinna*, 1995, Poznań
97. Sęk H. *Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa* 2001, 213- 250
98. Siwińska J., Milaniak I., Przybyłowski P. Kształtowanie zachowań zdrowotnych Przybyłowski pacjentów po transplantacji serca – doświadczenia własne. W: Wrona-Polańska H. (red) *Psychologia zdrowia w służbie człowieka Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków*, 2012
99. Spaderna H. J.M.A. Smith. A.O. Rahmel, G. Weidne. Psychosocial and behavioral factors In hart transplant candidates – an overview. *Transplant International* ISSN 0934-0874
100. Sobczyk D., Wierzbicki K., Sadowski J., Wróbel K., Piątek J., Sułowicz P.,

- Przybyłowski P. Pozasercowe powikłania odległe u pacjentów po ortotopowym przeszczepie serca. *Forum Kardiologów* 2002;7,4, 175-178
101. Stach R. *Optymizm* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2006, Kraków
102. Szostak W.B., Cichocka A. *Dieta śródziemnomorska w profilaktyce kardiologicznej* Via Media, Gdańsk 2009
103. Stanisław A. *Przystępny kurs statystyki. Tom 1.* Wydawnictwo StatSoft Polska Sp. z o.o. Kraków 1998.
104. Tanger D., R. Gosselink, F. Pitta, Ch. Burtin, G. Verleden, L. Dupont, M. Decramer, T. Troosters. Physical Activity in Daily Life 1 Year After Lung Transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* - June 2009 (Vol. 28, Issue 6, Pages 572-578,
105. Tigges-Limmer K, Y Brocks, D Grisse, A Zittermann, G Schmid-Ott, U Schulz, J Brakhage, A Benkler, JF Gummert. It's not the bad guys. A differentiated view on post HTX adherence: Medication, mental health, hygienic behavior. *Thorac cardiovasc Surg* 2013; 61 - OP131 DOI: 10.1055/s-0032-1332370
106. Tigges-Limmer K, G Schmid-Ott, U Schulz, Y Brocks, J Brakhage, A Benkler, JF Gummert Extended adherence of heart transplant patients - single-center study HDZ-Thorac cardiovasc Surg 2012; 60 - P32 DOI: 10.1055/s-0031-1297823
107. Tobiasz-Adamczyk B. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby.* Kraków 2000. 20-28.
108. Tomaszewski T. *Człowiek i otoczenie* W: Tomaszewski T. (red) *Psychologia*, PWN Warszawa, 1978
109. Uzark K., M. Zamberlan, P. Murphy, C. Nasman, R. Rodriguez, J. Dupuis, S. Rodgers, Y. Wang, R. Ittenbach. Quality of Life and Predictors of Medication Adherence in Pediatric Heart Transplant Recipients. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* - February 2010 (Vol. 29, Issue 2, Supplement, Pages S32-S33,
110. Walewska E., Ścisło L., Kózka M., Grobowiec P. (2005). Jakość życia chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. *Ann UMCS Sect D*;60;147.
111. White-Williams C, Grady KL, Myers S, Naftel DC, Wang E, Bourge RC, Rybarczyk B. The Relationships among Satisfaction with Social Support, Quality of Life, and Survival 5 to 10 Years after Heart Transplantation. *J Cardiovascular Nurs.* 2012 May 10.
112. Wiedenfeld, Sue A., et al. "Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system." *Journal of personality and social psychology* 59.5 (1990): 1082.
113. Wiraszka G. Lelonek B. (2008) Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Studia Medyczne*;10;21
114. Wysocki M.J., M. Miller. Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia I nowe zdrowie publiczne. *Przegląd Epidemiologiczny* 2003;57;505-512
115. Ylostalo P.V, Laitinen E.Ek., Knuuttila M.L. Optimism and life satisfaction as Determinants for Dental and General Health Behavior – Oral Health Habited linked to Cardiovascular Risk Factors. *Journal of Dental Research* 2003, 82;194

## **Streszczenie**

### **Wstęp.**

Rzeczywisty rozwój transplantologii, doskonalenie stosowanych leków immunosupresyjnych wielu osobom ratuje życie. Te nowoczesne metody terapeutyczne, wydłużając życie, konfrontują pacjenta z maksymalnie nasilonym stresem. Pacjent podejmując decyzję o poddaniu się operacji przeszczepienia serca przyjmuje na siebie część odpowiedzialności za powodzenie leczenia. Konieczny jest wybór między nowym stylem życia a komplikacjami mogącymi doprowadzić do utraty dobrego stanu zdrowia a nawet życia. Sytuacja stawia człowieka w obliczu konieczności dokonania zmian w sposobie pełnienia ról rodzinnych, zawodowych, społecznych i podjęcia roli pacjenta.

Podstawowe leki stosowane u biorców narządów, działając na układ odpornościowy, zwiększają ryzyko zakażeń bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych oraz rozwoju nowotworów. Mogą pojawić się uciążliwe dla chorego objawy uboczne. W wielu przypadkach dochodzi do polekowego uszkodzenia nerek, wątroby czy trzustki. Występuje większa skłonność do miażdżycy, nadciśnienia tętniczego i cukrzycy.

### **Cele pracy :**

Celem pracy było zdiagnozowanie i opisanie zachowań prozdrowotnych populacji pacjentów po transplantacji serca i określenie, w jakim stopniu przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących trybu życia, diety, zażywania leków i odbywania badań kontrolnych wpływa na wystąpienie powikłań w okresie wczesnym i późnym pooperacyjnym. Dodatkowo oceniono zależność wartości wskaźnika zachowań zdrowotnych od czynników osobowościowych ( dyspozycyjnego optymizmu i uogólnionego poczucia własnej skuteczności) oraz akceptacji choroby. Zbadano także wpływ wartości wskaźnika zachowań zdrowotnych na ilość i rodzaj powikłań immunosupresji.

### **Metody badania:**

Zastosowano następujące metody testowe: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych IZZ Juczyńskiego Z., Test Orientacji Życiowej – LOT-R - M.F. Scheier, Ch. Carver, M.W. Bridges w adaptacji Z. Juczyńskiego, Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES – R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński. AIS – Skalę Akceptacji Choroby B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen w adaptacji Z. Juczyńskiego. Ocena przestrzegania zaleceń

lekarskich dokonana została metodą sędziów kompetentnych a ocena powikłań immunosupresji –na podstawie analizy dokumentacji medycznej w postaci ostatniej Karty Informacyjnej Z Oddziału Klinicznego Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii zawierającej szczegółowe rozpoznania.

Na podstawie zgody Komisji Bioetycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego z dnia 28 czerwca 2012 roku nr KBET/244/B/2012 badaniami objęto grupę 130 pacjentów po transplantacji serca w Oddziale Klinicznym Chirurgii, Serca, Naczyń i Transplantologii Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im Jana Pawła II.

**Dyskusja i wnioski:** Pacjenci po transplantacji serca uzyskują wysoką wartość wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych. Wyniki skal badających Praktyki Zdrowotne i Zachowania Profilaktyczne przyjmują wysokie wartości. Najniższy wynik skali Prawidłowe Nawyki Żywieniowe wynika z trudności w rezygnacji z dotychczasowego sposobu odżywiania, niskiej świadomości znaczenia prawidłowej diety w profilaktyce zdrowotnej i problemów finansowych. Deklarują podejmowanie tego typu zachowań zdrowotnych, które są zgodne z zaleceniami medycznymi. Średni poziom dyspozycyjnego optymizmu badanych sprzyja podejmowaniu i modyfikacji zachowań zdrowotnych. Wynik uogólnionego poczucia własnej skuteczności ma pozytywny wpływ na przebieg leczenia i przyjęcie przez osoby po transplantacji serca współodpowiedzialności za wynik terapii. Przeciętny poziom akceptacji choroby i wynikających z niej ograniczeń wskazuje na dobry poziom adaptacji do choroby i wiąże się z wysokim poziomem podejmowania zachowań zdrowotnych. Prawie dobry stopień przestrzegania zaleceń lekarskich wystawiony pacjentom przez zespół transplantacyjny jest rozbieżny z wysokim poziomem zachowań zdrowotnych. Subiektywna samoocena zachowań zdrowotnych przez osoby po HTX pokazuje, że uznają się oni za osoby przestrzegające skrupulatnie zalecenia medyczne. Metoda sędziów kompetentnych może być stosowana do okresowej oceny stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich. Wymaga ona jednak modyfikacji, polegającej na uszczegółowieniu kryteriów i ocenianych czynników. Wskazane jest tworzenie indywidualnych schematów modyfikacji zachowań zdrowotnych dla chorych, których stwierdzono zachowania antyzdrowotne mogące negatywnie wpłynąć na przebieg leczenia.

## **Abstract**

**Introduction:** The transplantation team requires the patients after heart transplantation to be disciplined in complying with medical recommendations, precision in taking immunosuppressive drugs and regular control tests along with periodic hospitalizations. Life after heart transplantation means implementing healthy habits every day. It is necessary to change health-related customs, diet, and lifestyle and maintain a high standard of hygiene.

**The Aim of the study:** was to describe and assess compliance with a healthy lifestyle in patients living after heart transplantation.. The second goal was to examine the influence of personality factors and acceptance of the illness on health behavior.

**Study Group:** On the basis of the consent of the Bioethics Committee of the Jagiellonian University from June 28, 2012, No. KBET/244/B/2012 study group consisted of 130 patients after heart transplantation carried out in the Department of Clinical Surgery, Cardiovascular and Transplantation in John Paul II Specialist Hospital in Cracow. The timeframe regarding the period after heart transplantation varied between patients. The minimum period was six months, the maximum one was 19 years old with a transplanted heart.

**Methods:** The study was conducted using: Health Behavior Inventory /IZZ/ developed and standardized by Z. Juczyński. The scale examines three types of behavior lowering or raising the risk of illness that are associated with compliance with the medical recommendations, maintaining health and reducing disease risk, LOT-R Life Orientation Test, AIS – Acceptance of Illness Scale by B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen standardized by Z. Juczyński. The General Self –Efficacy Scale. The assessment of compliance with medical recommendations carried out with the competent judges' method. The competent judges are the members of the transplantation team: transplantologist, psychologist, coordinators and nurse. Evaluation of complications of immunosuppression-on the basis of recent medical documentation.

**Results:** IZZ - General Index. A high score indicates intensification of healthy behaviors. Results in other scales /maximum 5 points/ are quite high, similar to the results of patients after myocardial infarction. The result obtained in the General Index among women is high, whereas men achieve middle scores. The whole group takes care of

proper nutrition, use diet to prevent atherosclerosis, avoid salt and sugar, and significantly reduce their intake of meat and processed meat with preservatives. They try to think positive, live in stable family relationships and friendly relationships. They avoid experiencing strong negative emotions and stress. The results indicate the patients' average level of acceptance of the disease and the associated limitations in the study group. Statistical analysis showed no statistically significant differences between groups with low, medium and high rates of overall AIS. The interpretation the results are based on the standards specified by the author of the test, however it should be noted that subjects with a low to medium value of AIS display the average general health behaviors (4-6 stents) and the group with medium to high levels of AIS IZZ display high general health behaviors (over 7 sten ). There was no statistical relationship between the subjects' age and the period that has elapsed since the heart transplant. The average level of dispositional optimism facilitates taking health and behavior modification. The result of the generalized self-efficacy has a positive influence on the course of treatment and acceptance of shared responsibility for the outcome of therapy. Almost a good level of compliance with medical recommendations issued by the team transplantation patients is distinct from the high level of health behaviors. Subjective self-assessment of health behaviors by people after HTX shows that consider themselves scrupulously adhering to medical recommendations.

**Discussion:** AIS – general indicator 28,3 indicates medium level of disease acceptance among the study group. Detailed analysis shows that the patients after heart transplantation are more self-sufficient, better adapted to the limitations associated with the disease. They seem to have higher self-esteem and perceive themselves as more autonomous as well as less dependent on others. They believe that the nature of the disease causes more embarrassment in their social environment than any other illness. Lack of acceptance of the disease does not depend on the age or the period after heart transplantation, but may be due to emerging complications over time, immunosuppression and deteriorating general condition of the patients. For those patients who have had a heart transplant at a young age, it is difficult to accept the limitations of chronic disease, hindering their age-specific lifestyle.

The Kendall's coefficient indicates the average level of compatibility by the judges.

Average evaluation of compliance by patients 3.91 suggests almost good compliance with recommendation. Half of the patients were rated as complying with medical recommendations, but only two people were rated as 'very good'. The qualitative analysis of the study found that patients' doctors set the lowest assessment; by focusing on the number of control medical appointments and the results indicating non-compliance with medical recommendations. People who have frequent contact with patients during hospitalization engaged in a wider assessment, based on increased knowledge of the patient's problems and observations of everyday mode of operation during the hospital stay. They had more information about the daily diet, hygiene and habits. The study pointed out people who should be included in a broader re-education concerning health. The method of analysis should be supplemented by more specific criteria for assessing the degree of compliance. This may be a form of a separate assessment of medication, frequency of visits and daily healthy behavior.

**Conclusion:** Heart transplant patients should obtain a professional, interdisciplinary assistance in shaping healthy behaviors. The process of developing such habits consists of motivational and volitional phases. Patients who follow medical recommendations get a much better quality of life, protect the new heart from the negative effects of bad habits. A great improvement in well-being and a better quality of life makes it difficult to clearly identify themselves as sick or healthy. This duality of situation - on the one hand dependence on drugs and doctors, on the other one good health – causes many patients to neglect the prescriptions. The transplantation team must respond to the negative test results and offer permanent health education. The average and high level of acceptance of the disease is associated with a high rate of health-positive behavior. Patients after heart transplantation, through accepting their health situation and limitations associated with it, put into practice doctors' recommendations and behavior that protects their health. Competent judges' method may be used by a transplantation team for an objective assessment of the degree of compliance with medical recommendations for patients after HTX. Periodic assessment can be the basis for the detailed health education of patients who receive the lowest rating.



**Formularze testów:****Inwentarz Zachowań Zdrowotnych IZZ – Z. Juczyński**

Poniżej podano przykłady różnych zachowań związanych ze zdrowiem. ***Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/ Pani wymienionych poniżej zachowań?*** Proszę odpowiedzieć wpisując właściwą dla siebie odpowiedź.

		<b>Prawie nigdy</b>	<b>Rzadko</b>	<b>Od czasu do czasu</b>	<b>Często</b>	<b>Prawie zawsze</b>
1	Jem dużo warzyw, owoców	1	2	3	4	5
2	Unikam przeziębień	1	2	3	4	5
3	Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem	1	2	3	4	5
4	Wystarczająco dużo odpoczywam	1	2	3	4	5
5	Ograniczam spożywanie takich produktów jak tłuszcze zwierzęce, cukier	1	2	3	4	5
6	Mam zanotowane numery służb pogotowia	1	2	3	4	5
7	Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	1	2	3	4	5
8	Unikam przepracowania	1	2	3	4	5
9	Dbam o prawidłowe odżywianie	1	2	3	4	5
10	Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	1	2	3	4	5
11	Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć	1	2	3	4	5
12	Kontroluję swoją wagę ciała	1	2	3	4	5
13	Unikam spożywania żywności z konserwantami	1	2	3	4	5
14	Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	1	2	3	4	5
15	Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	1	2	3	4	5
16	Wystarczająco dużo śpię	1	2	3	4	5
17	Unikam soli i silnie solonej żywności	1	2	3	4	5
18	Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	1	2	3	4	5

		<b>Prawie nigdy</b>	<b>Rzadko</b>	<b>Od czasu do czasu</b>	<b>Często</b>	<b>Prawie zawsze</b>
19	Unikam takich uczuć jak gniew, lęk i depresja	1	2	3	4	5
20	Ograniczam palenie tytoniu	1	2	3	4	5
21	Jem pieczywo pełnoziarniste	1	2	3	4	5
22	Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	1	2	3	4	5
23	Myślę pozytywnie	1	2	3	4	5
24	Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	1	2	3	4	5
25	Inne, jakie?	1	2	3	4	5

## LOT-R

M. F. Scheier; C. S. Carver | M. W. Bridges, adapt.: R. Poprawa | Z. Juczyński

Proszę ocenić, w jakim stopniu podane poniżej stwierdzenia odnoszą się do Ciebie. Proszę być szczerym w swoich odpowiedziach i uważać, aby odpowiedź na jedno pytanie nie wpływała na pozostałe. Nie ma tu odpowiedzi ani dobrych ani złych.

Do każdej kratki należy wpisać odpowiednią liczbę stosując następującą skalę:

**0** – zdecydowanie **NIE ODNOSI** się do mnie

**1** – raczej **nie odnosi** się do mnie

**2** - ani się odnosi ani się nie odnosi

**3** - raczej **odnosi** się do mnie

**4** - zdecydowanie **ODNOSI** się do mnie

1.	W trudnych chwilach zazwyczaj oczekuję pomyślnego rozwiązania	0	1	2	3	4
2.	Łatwo się relaksuję	0	1	2	3	4
3.	Jeżeli ma mnie spotkać niepowodzenie, to mnie spotka	0	1	2	3	4
4.	Zawsze patrzę w przyszłość optymistycznie	0	1	2	3	4
5.	Towarzystwo moich przyjaciół sprawia mi dużą radość	0	1	2	3	4
6.	Jest dla mnie ważne, aby zawsze mieć jakieś zajęcie	0	1	2	3	4
7.	Prawie nigdy nie oczekuję, że sprawy ułożą się po mojej myśli	0	1	2	3	4
8.	Trudno jest wytrącić mnie z równowagi	0	1	2	3	4
9.	Rzadko liczę na to, że przytrafi mi się coś dobrego	0	1	2	3	4
10.	Ogólnie oczekuję, że przytrafi mi się więcej dobrego niż złego	0	1	2	3	4

R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński

**GSES**

Poniżej przedstawiono kilka stwierdzeń odnoszących się do różnych cech osobistych.

Po przeczytaniu każdego stwierdzenia należy zdecydować, czy w stosunku do siebie są one prawdziwe czy fałszywe. Poszczególne punkty skali oznaczają:

**1 — NIE**

2— raczej nie

3— raczej tak

**4— TAK**

		<b>NIE</b>	<b>RACZEJ J NIE</b>	<b>RACZEJ TAK</b>	<b>TAK</b>
1.	Zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli tylko wystarczająco się staram	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
2.	Jeśli ktoś mi się sprzeciwi, mam sposoby, aby osiągnąć to, co chcę	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3	Łatwo jest mi trzymać się swoich celów i je osiągnąć	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
4	Jestem przekonany, że skutecznie poradziłbym sobie z niespodziewanymi wydarzeniami	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
5	Dzięki swojej pomysłowości potrafię dać sobie radę w nieoczekiwanych sytuacjach	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
6	Potrafię rozwiązać większość problemów, jeśli włożę w to odpowiednio dużo wysiłku	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
7	Potrafię zachować spokój w obliczu trudności, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenia sobie	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
8	Gdy zmagam się z jakimś problemem, zwykle znajduje kilka rozwiązań	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
9	Gdy jestem w kłopotliwej sytuacji, na ogół nie wiem, co robić	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
10	Niezależnie od tego, co mnie spotyka, potrafię sobie z tym poradzić	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

BJ. Felton, TA. Revenson, GA. Hinrichsen; Z. Juczyński

## AIS

Proszę ustosunkować się do każdego stwierdzenia zaznaczając na skali od 1 do 5 liczbę, która najlepiej określa Pani/a obecny stan. Swój wybór należy zaznaczyć otaczając kółkiem odpowiednią liczbę. Każda odpowiedź jest dobra o ile jest prawdziwa.

Proszę zaznaczać na skali od 1 do 5, np.

zdecydowanie **ZGADZAM SIĘ** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | zdecydowanie **NIE ZGADZAM SIĘ**

(The number 3 is circled in the original image)

1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.

zdecydowanie zgadzam się | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | zdecydowanie nie zgadzam się

2. Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię.

zdecydowanie zgadzam się | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | zdecydowanie nie zgadzam się

3. Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebna/y.

zdecydowanie zgadzam się | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | zdecydowanie nie zgadzam się

4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależna/y od innych niż tego chcę.

zdecydowanie zgadzam się | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | zdecydowanie nie zgadzam się

5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół.

zdecydowanie zgadzam się | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | zdecydowanie nie zgadzam się

6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem.

zdecydowanie zgadzam się | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | zdecydowanie nie zgadzam się

7. Nigdy nie będę samowystarczalną/ym w takim stopniu, w jakim chciałabym/bym być.

zdecydowanie zgadzam się | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | zdecydowanie nie zgadzam się

8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby.

zdecydowanie zgadzam się | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | zdecydowanie nie zgadzam się.

## Spis tabel, rycin i wykresów

### Tabele:

1. Schorzenia występujące u pacjentów po HTX. Dane z obserwacji w latach 1994-2006,	9
2. Podział zachowań zdrowotnych za I. Heszen, H. Sęk	15
3. IZZ – wyniki wybranych grup klinicznych	35
4. LOT-R –średnie wyniki wybranych grup klinicznych	36
5. GSES - średnie wyniki wybranych grup klinicznych	37
6. AIS - wyniki wybranych grup klinicznych	38
7. AIS – dane psychometryczne stwierdzeń testu	39
8. Płeć badanej populacji	42
9. Charakterystyka wieku badanej grupy	42
10. Okres po transplantacji serca	43
11. Nadciśnienie tętnicze	44
12. Cukrzyca	45
13. Hipercholesterolemia	45
14. Choroba naczyniowa graftu	46
15. Niewydolność nerek	46
16. Dializa	47
17. Przeszczep nerki	48
18. Wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych – wyniki przeliczone	49
19. Prawidłowe nawyki żywieniowe	50
20. Zachowania profilaktyczne	51
21. Pozytywne nastawienie psychiczne	53
22. Praktyki zdrowotne	54
23. Dyspozycyjny optymizm	55
24. Uogólnione poczucie własnej skuteczności	57
25. Wskaźnik ogólny akceptacji choroby	58
26. Kategorie wyników	58
27. Przystosowanie od ograniczeń związanych z chorobą	59
28. Stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie ulubionych czynności	60
29. Poczucie nieprzydatności	61

30. Zależność od innych.	62
31. Bycie ciężarem dla rodziny i przyjaciół	62
32. Poczucie niepełnowartościowości	64
33. Poczucie braku samowystarczalności	65
34. Choroba jako czynnik prowadzący otoczenie do zakłopotania	65
35. Współczynnik W Kendalla	67
36. Średnia ocen sędziów kompetentnych	68
37. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i dyspozycyjny optymizm	69
38. Zależność ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych i poziomu dyspozycyjnego optymizmu wyniki surowe	69
39. Zależność ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych i poziomu dyspozycyjnego optymizmu- wyniki przeliczone	69
40. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i poziom uogólnionej własnej skuteczności.	70
41. Zależność ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych i poziomu uogólnionej własnej skuteczności- wyniki surowe	70
42. Zależność ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych i poziomu uogólnionej własnej skuteczności- wyniki przeliczone	70
43. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i poziom akceptacji choroby	71
44. Zależność ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych i poziomu akceptacji choroby	71
45. Testy normalności rozkładu - wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i ocena stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich	71
46. Zależność ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych i średniej oceny stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich	72
47. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i nadciśnienie tętnicze.	72
48. Ocena zależności pomiędzy wskaźnikiem ogólnym zachowań zdrowotnych a nadciśnieniem tętniczym.	73
49. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych	

i cukrzyca.	73
50. Ocena zależności pomiędzy wskaźnikiem ogólnym zachowań zdrowotnych a cukrzycą	74
51. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i choroby naczyniowej graftu	74
52. Ocena zależności pomiędzy wskaźnikiem ogólnym zachowań zdrowotnych a chorobą naczyniową graftu	75
53. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i hipercholesterolemia	75
54. Ocena zależności pomiędzy wskaźnikiem ogólnym zachowań zdrowotnych i hipercholesterolemią	76
55. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i niewydolności nerek	76
56. Ocena zależności pomiędzy wskaźnikiem ogólnym zachowań zdrowotnych i niewydolnością nerek	77
57. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i dializoterapią	77
58. Ocena zależności pomiędzy wskaźnikiem ogólnym zachowań zdrowotnych i dializoterapią	77
59. Testy normalności rozkładu wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych i przeszczep nerki	78
60. Ocena zależności pomiędzy wskaźnikiem ogólnym zachowań zdrowotnych i przeszczepem nerki	78

**Rysunki :**

1. Procesualny model zachowań zdrowotnych	17
2. Teoretyczny model badania	31



**Wykresy:**

1. Pola Zdrowia Lalonde`a	11
2. Płeć badanej grupy	42
3. Wiek badanej grupy	43
4. Okres po transplantacji serca	43
5. Struktura wykształcenia badanej grupy	44
6. Nadciśnienie tętnicze	44
7. Cukrzyca	45
8. Hipercholesterolemia	45
9. Choroba naczyniowa graftu.	46
10. Niewydolność nerek	47
11. Dializa	47
12. Przeszczep nerki	48
13. IZZ wskaźnik ogólny	49
14. IZZ- Prawidłowe nawyki żywieniowe	50
15. Prawidłowe nawyki żywieniowe – analiza jakościowa	51
16. IZZ – zachowania profilaktyczne.	52
17. Zachowania profilaktyczne – analiza jakościowa.	52
18. IZZ –Pozytywne nastawienia psychiczne	53
19. Pozytywne nastawienie psychiczne – analiza jakościowa	54
20. IZZ – Praktyki zdrowotne	55
21. Praktyki zdrowotne - analiza jakościowa.	55
22. Dyspozycyjny optymizm -LOT-R	56
23. GSES	57
24. AIS –wskaźnik ogólny	58
25. Skala Akceptacji choroby – kategorie wyników	59
26. Przystosowanie od ograniczeń związanych z chorobą	60
27. Stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie ulubionych czynności	61
28. Poczucie nieprzydatności	62
29. Zależność od innych.	62
30. Bycie ciężarem dla rodziny i przyjaciół	63

31. Poczucie niepełnowartościowości	64
32. Poczucie nie samowystarczalności	65
33. Choroba jako czynnik prowadzący otoczenie do zakłopotania	66
34. Współczynnik W Kendalla	67
35. Średnia ocen sędziów kompetentnych	68