

## Poczucie koherencji i akceptacja choroby a poczucie satysfakcji z życia

Wstęp .....	2
ROZDZIAŁ I. SATYSFAKCJA Z ŻYCIA.....	4
1.1. Definicja satysfakcji z życia .....	4
1.2. Wybrane czynniki determinujące poczucie satysfakcji z życia.....	6
ROZDZIAŁ II. AKCEPTACJA CHOROBY .....	10
ROZDZIAŁ III. POCZUCIE KOHERENCJI .....	12
3.1. Istota poczucia koherencji .....	12
3.2. Poczucie koherencji a jakość życia .....	14
3.3. Poczucie koherencji osób z chorobą serca .....	19
ROZDZIAŁ IV. Metodologia badań własnych .....	23
4.1. Cel i przedmiot badań .....	23
4.2. Pytania i hipotezy badawcze.....	23
4.3. Operacjonalizacja badanych zmiennych .....	24
4.4. Narzędzia badawcze.....	24
4.4.1. Skala Satysfakcji z Życia SWLS .....	24
4.4.2. Skala Akceptacji Choroby – AIS .....	25
4.4.3. Poczucie koherencji.....	25
4.5. Charakterystyka badanej grupy .....	26
4.6. Procedura.....	27
ROZDZIAŁ 5. Analiza wyników badań własnych.....	28
5.1. Statystyka opisowa.....	28
5.2. Statystyczna weryfikacja hipotez badawczych.....	30
Podsumowanie i wnioski .....	36
Dyskusja wyników .....	38

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

## Wstęp

Podjęcie się niniejszego tematu pracy związane jest z potrzebą poszerzenia gruntownej wiedzy na temat zasobów osobistych w chorobach psychosomatycznych, ze szczególnym naciskiem na choroby serca. Osobiste doświadczenia rodzinne związane z chorobą serca wymusiły niejako lepsze zrozumienie następstw jakie niesie ze sobą przebyty zawał serca. W ocenie autorki, większość z nas nie zdaje sobie sprawy jak doświadczenie przebytej choroby serca potrafi przeorganizować człowieka i uwypuklić jego zasoby radzenia sobie z przeciwnościami losu.

Praca składa się ze Wstępu, Wprowadzenia teoretycznego, Metodologii badań własnych, Analizy wyników badań własnych, Podsumowania i wniosków i Zakończenia. We części teoretycznej omówiono poczucie satysfakcji z życia, akceptację choroby, poczucie koherencji i związku między badanymi zmiennymi. W metodologii przedstawiono cel i przedmiot badań, postawiono pytania i hipotezy badawcze, zoperacjonalizowano badane zmienne. W metodzie przedstawiono charakterystykę badanej grupy, opisano w ujęciu psychometrycznym wykorzystane narzędzia badawcze oraz opisano procedurę badań. W rozdziale Wyniki – przedstawiono statystykę opisową badanych zmiennych i statystyczną weryfikacją hipotez badawczych. W dyskusji dokonano próby interpretacji uzyskanych rezultatów badawczych, a w zakończeniu przedstawiono kierunki dalszych badań.

**Uzyskaj pomoc - [poprawaprac.pl](http://poprawaprac.pl)**

## ROZDZIAŁ I. SATYSFAKCJA Z ŻYCIA

W pierwszym rozdziale omówiona będzie satysfakcja z życia. W rozdziale tym przedstawiono charakterystykę satysfakcji z życia i wybrane czynniki determinujące poczucie satysfakcji z życia.

### 1.1. Definicja satysfakcji z życia

Niezwykle istotne znaczenie dla zdrowia ma nasze samopoczucie. Według Shina i Johnsona (1978, za: Juczyński, 2001) zadowolenie z życia należy postrzegać jako swoistego rodzaju ocenę kilku istotnych dla człowieka aspektów. Subiektywne dobre samopoczucie to wzajemny związek odpowiedniego poziomu satysfakcji z życia, braku negatywnych odczuć oraz przeżywanie miłych odczuć (Juczyński, 2001). Ocena zadowolenia z życia jest swoistego rodzaju konsekwencją dokonania porównania osobistej sytuacji życiowej z konkretnie wskazanymi przez siebie wymaganiami. W przypadku gdy to porównanie jest korzystne, następstwem tego stanu jest odczuwanie zadowolenia z życia (Juczyński, 2001)

Dobrostan jest pojęciem pojawiającym się dosyć często w kontekście oceny satysfakcji z życia. Istotną cechą dobrostanu, interpretowanego przede wszystkim w kategorii subiektywnie odbieranej jakości życia jest fakt, iż kumuluje on w sobie wszelkie aspekty subiektywne oraz obiektywne omawianego zagadnienia i jest ich swoistego rodzaju wypadkową (Straś-Romanowska, 2005; Heszen i Sęk, 2007). Ważne znaczenie dla jakości życia stanowi jego podmiotowy wymiar związany bezpośrednio z autonomią jednostki, jej niezależnością oraz posiadaniem woli i indywidualnych znaczeń.

Zadowolenia z życia to zagadnienie zyskujące na popularności w ostatnim czasie. Problematyka satysfakcji z życia, jakość przeżywanej egzystencji, czy też poczucie spełnienia to kluczowy punkt rozważań wielu badań i dyskusji naukowych. Znaczne zainteresowanie wskazanymi zagadnieniami w naukach medycznych da się wytłumaczyć przekonaniem

## Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

odnośnie niezbyt istotnego znaczenia medycznych wskaźników zdrowia koniecznych dla oceny samopoczucia i bytowania osób chorych (Watkins i Connel, 2004; Heszen i Sęk, 2007). Z kolei ważnym niezwykle wydaje się być powstanie zainicjowanej przez Martina Seligmana psychologii pozytywnej nawiązującej bezpośrednio do różnorodnych zależności zadowolenia psychicznego oraz możliwości rozwoju (m.in. Sheldon i Kasser, 2001; Czapiński, 2004; Seligman, 2004; Trzebińska, 2008).

Materiały dostępne w różnorodnych źródłach pozwalają stwierdzić, iż analizowany aspekt jest różnie konceptualizowany i operacjonalizowany. W konsekwencji takie podejście doprowadza do sytuacji, w której te zjawiska traktowane są zamiennie, dlatego też realnym stają się problemy pojawiające się w toku procedury badawczej. Medycyna głównie wykorzystuje pojęcie jakości życia uzależnione w głównej mierze od stanu zdrowia (*Health Related Quality of Life* - HRQL) definiowanego jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia rozumianego przez pacjenta (Schipper, 1990). W medycynie wykorzystuje się specjalnie skonstruowane kwestionariusze do zbadania jakości życia- definiowanej w ten sposób. W odniesieniu do psychologii sytuacja jest nieco bardziej skomplikowana. Andrews i Withey (1976) to autorzy pierwszych definicji zadowolenia z życia. Zgodnie z proponowanymi przez nich teoriami zadowolenie z życia stanowi konstrukt poznawczej ewaluacji zadowolenia z życia powiązanej bezpośrednio z pozytywnymi oraz negatywnymi emocjami związanymi z określonymi momentami życia lub jego większej całości. Zgodnie z Czapińskim (1992) zadowolenie z życia należy przede wszystkim traktować jako emocjonalną i poznawczą ocenę życia w obszarze wartościującym. Uwzględniając cebulową teorię szczęścia autorstwa Czapińskiego, zadowolenie z życia na poziomie ogólnym jest swoistego rodzaju pośrednią, natomiast zadowolenie z konkretnych aspektów życia jest zewnętrzną i najbardziej podległą wpływom warstwą wśród trzech następujących po sobie poziomów odczuwania zadowolenia. Według Arglye'a szczęście to przede wszystkim pozytywny stan emocjonalny, natomiast

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

zadowolenia to nic innego jak „świadome docenienia życia jako swoistego rodzaju całości, oceny zadowolenia z życia” (2003, s.14). Zdaniem Argly'a na satysfakcję z życia składa się przede wszystkim wypadkowa różnych jego aspektów, wśród których przede wszystkim trzeba wymienić satysfakcję z pracy, małżeństwa, jak również zadowolenie z poziomu zdrowia.

Zdaniem Heszena i Sęka (2007) subiektywna jakość życia to nic innego jak rezultat oceny różnorodnych aspektów życia, jak również życia w ujęciu całościowym. Efekt tej oceny można obserwować w kategorii poznawczej (trzeba w tym ujęciu podkreślić aspekt powiązany z satysfakcją z życia) albo emocjonalno - przeżyciowy (zadowolenie z życia jako całościowego obrazu).

## 1.2. Wybrane czynniki determinujące poczucie satysfakcji z życia

Zagadnienie jakości życia jest dosyć nowe w psychologii. Przede wszystkim najbardziej dynamicznie rozwinęło się ono w obszarze nauk skupiających swoje zainteresowanie wokół problematyki zdrowia. Jego rozwój z pewnością da się wyjaśnić ekspansywnie zwiększającym się poziomem zainteresowania zagadnieniami szczęścia oraz cierpienia człowieka, co z kolei przekłada się na zainteresowanie pozytywnymi i negatywnymi aspektami życia.

Zdaniem Carra (2009) jakość życia to wieloaspektowa struktura zawierająca przede wszystkim takie elementy jak stan zdrowia, umiejętności zrealizowania codziennych czynności życiowych, zdolności zaspokajania swoich zainteresowań, społeczne działanie w przyjaźni i relacjach z ludźmi, dostęp do opieki zdrowotnej, określony poziom życia i ogólny dobrostan.

Do badania jakości życia wykorzystuje się różne miary (w tym miary ogólnej jakości życia, jakości uwarunkowanej stanem zdrowia oraz miary jakości życia w przypadkach różnych jednostek chorobowych) ponieważ ocenie poddaje się dorosłych zdrowych, jak również dzieci (Gill, Feinstein, 1994), ta także dzieci z chorobami somatycznymi (Eiser, Morse, 2001), oraz

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

dorosłych z problemami psychiatrycznymi i psychologicznymi (Lehman, 1999).

Najistotniejszym zagadnieniem w kontekście problematyki badania jakości życia jest fakt od czego zależy taki poziom życia. Z całą odpowiedzialnością można stwierdzić, że jest to wypadkowa szeregu zmiennych i zależności między wieloma obszarami (Kanasz, 2015).

Uzyskane badania pozwalają stwierdzić, że na jakość życia wpływ mają zarówno czynniki podmiotowe, jak i również środowiskowe. Nierealnym wydaje się możliwość wskazania wszystkich elementów szczęścia, chociażby z uwagi na fakt, że często powiązane są te elementy w większe zespoły. Szczęścia jednostce nie mogą zapewnić tylko zdrowie, wolność czy pieniądze. Poczucie jakości życia zależy przede wszystkim od nastawienia osoby, jak również od warunków, w których jednostka działa. Wymagana jest kompilacja szeregu elementów fizycznych, psychologicznych i kulturowych, aby móc mówić o pełnym zadowoleniu jednostki. (Kanasz, 2015).

Z kolei badania autorstwa Jana Otto pokazały, iż na szczęście w równej mierze mają wpływ geny, jak również podejmowane decyzje. Natomiast Diener i Biswas-Diener (2010) są zdania, iż środowisko oraz geny uczestniczą w szeregu interakcji i mają bezpośredni wpływ na szczęście oraz zadowolenie. Ich zdaniem obecna jest zależność między genami i szczęściem (Kanasz, 2015).

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż wysokie współczynniki korelacji szczęścia z cechami osobowości wskazują, iż niskie statystycznie związki z cechami socjodemograficznymi nie powinny być tłumaczone niską rzetelnością skal (Czapiński, 1994).

W literaturze opisującej jakość życia podawane są przeróżne przyczyny szczęścia. Rozbudowanym modelem szczęścia jest model promowany przez Headeya i in (1991, za: Zalewska, 2002). Zdaniem naukowców poziom zadowolenia z życia uzależniony jest w głównej mierze od jednostki (*stocks*) i zdarzeń życiowych (*flows*). Na osoby bezpośrednio wpływają czynniki demograficzne, typu wiek, płeć oraz status materialny, ale także cechy

## Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

osobowości, typu neurotyzm, otwartość, czy budowanie relacji. Wyniki zrealizowanych badań pozwalają wskazać, iż zasoby danej jednostki mocniej powiązane są z zadowoleniem z życia, niż inne wydarzenia w życiu. Szereg badań pozwolił dowieść, że zadowolenie z życia wynika głównie z indywidualnych cech osobowości uwarunkowanych genetycznie (Zalewska, 2003).

Wyniki uzyskane podczas badań psychologicznych wskazują, iż wysoki poziom ekstrawersji związany jest z wysokim poziomem zadowolenia z życia, a z kolei negatywne wydarzenia powiązane są bezpośrednio z neurotyzmem. Podkreślić należy, że w zdecydowanej większości przypadków otwartość i neurotyzm są wrodzone. Badania wykonane w Nowej Zelandii potwierdzają, iż (Kanasz, 2015) ekstrawersja nie może być traktowana jako element stwarzający możliwość zdefiniowania przyszłego stanu psychicznego jednostki. Dobrostan psychiczny to ważny wskaźnik wpływający w istotny sposób na poczucie kontroli oraz odpowiedzialności, jak również na optymistyczne interpretowanie rzeczywistości, samoocenę jednostki, jak również jej dojrzałość.

D. Lykken i A. Tellegen (1998, za: Czapiński, 2004) wykonali badania związane bezpośrednio z wpływem genów na poziom satysfakcji życiowej. Badania wykonano na bliźniętach jedno i dwujajowych. Interesującym faktem pozyskanym podczas badań jest to, iż bliźnięta jednojajowe wychowywane osobno, charakteryzowały się podobnym poziomem odczuwanego zadowolenia.

Literatura przedmiotu jest pełna materiałów wskazujących na to, iż ludzie, którzy są zadowoleni zdecydowanie częściej doceniają różnorodne wartości społeczne, jak również wykazują zainteresowanie właściwymi relacjami z innymi osobami. Zazwyczaj są to osoby otwarte, ugodowe, jak również stabilne emocjonalnie. Z reguły są to optymiści. Cytowane wskaźniki dowodzą, iż poczucie szczęścia nie jest uzależnione jedynie od genów, ale ma realną możliwość modyfikacji pod wpływem różnorodnych czynników środowiskowych (Zalewska, 2003).



## Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

Badania nad dobrostanem pokazywały wykluczające się badania, dlatego też wprowadzono kolejne modele badań pozwalające na udowodnienie, iż poczucie dobrostanu ma związek z warunkami środowiskowymi. Jeden z kluczowych modeli z tego gatunku dowodzi, iż satysfakcja z życia zależna jest w głównej mierze od ekonomicznych i życiowych sytuacji. W badaniach tych wzięto pod uwagę szereg czynników mających bezpośrednie przełożenie na poczucie satysfakcji ,typu: status materialny, zawarcie małżeństwa, czy też trudne sytuacje życiowe. Wpływ warunków zewnętrznych jest stosunkowo mały, a najistotniejsze znaczenie mają te zdarzenia, które miały miejsce 6 miesięcy wcześniej. Zdarzenia krytyczne w większości przypadków przyniosły efekt krótkotrwały (Zalewska, 2003).

Literatura przedmiotu dostarcza szeregu badań potwierdzających, iż czynniki demograficzne oraz społeczne związane są ściśle z pozostałymi czynnikami typu płeć, status materialny czy też pozostawanie w małżeństwie, religijność a także warunki polityczne (Czapiński, 1994).

## ROZDZIAŁ II. AKCEPTACJA CHOROBY

Akceptacja choroby kojarzona jest głównie z wielopłaszczyznowym procesem, którego przebieg zależny jest w głównej mierze od odporności na stres lub indywidualnych cech osobowości. Najważniejsze znaczenie dla procesu adaptacji choroby ma odpowiednia kreacja zasobów typu: świadomość kontroli nad trudnymi sytuacjami, umiejętność zauważenia oraz skorzystania z pomocy i proponowanego wsparcia, jak również posiadanie hobby (Szewczyk, 1997). Zaakceptowanie choroby pozwala odpowiednio ocenić trudną sytuację, w której znalazła się chora osoba, jak również podjąć walkę z chorobą (Pawlik, Kaczmarek-Borowska, 2013).

Człowiek to istota wieloaspektowa. Tak jak zakładały teorie klasyków człowiek składa się przede wszystkim z ciała i duszy, tak zwanego *compositum*, które pokazuje substancjalne zjednoczenie. Według podejścia filozoficznego sam fakt istnienia człowieka pozwala na spojrzenie na niego z perspektywy tożsamościowej, dzięki czemu można nie tylko ocenić jego stan narządów, ale również poddać ocenie wszelkie systemy mające wpływ na człowieka – te biologiczne, jak i psychiczne (Juczyński i in., 2011)

Trzeba zaznaczyć, iż każda choroba wpływa na człowieka zarówno pod względem fizycznym, jak i psychiczny. Nie jest wskazane analizowanie choroby jedynie w ujęciu fizycznym. Choroba często wymaga od człowieka zmiany jego całego życia. Istotnym jest, iż sam stan choroby może być odmiennie postrzegany przez chorego (Juczyński i in., 2011). W zależności od podejścia do choroby jednostka przyjmuje różne do niej podejście. Cechą charakterystyczną tego podejścia, w jakim człowiek będzie funkcjonował w chorobie, będzie to w jaki sposób jednostka akceptuje stan choroby i jak ona wpłynie na odczuwanie przez niego zadowolenia z życia.

# Uzyskaj pomoc - poprawaprac.pl

Brak akceptacji choroby w większości przypadków powoduje zdecydowanie wysoki poziom dyskomfortu życia chorego oraz obniża znacznie jego zdolności przystosowawcze (Juczyński i in., 2011). Z kolei w przypadku, gdy chory akceptuje chorobę pojawia się u niego zdecydowanie mniej symptomów negatywnych związanych z chorobą (Juczyński i in., 2011). Akceptacja choroby może mieć wpływ na to, że chory zdecydowanie chętniej i częściej będzie uczestniczył w aktywnościach różnego typu (Juczyński i in., 2011). Dlatego też ocena akceptacji choroby ma niezwykle istotne znaczenie dla terapii szeregu chorób, zwłaszcza takich, które przewlekłe (Juczyński i in., 2011).

## ROZDZIAŁ III. POCZUCIE KOHERENCJI

Trzeci rozdział dotyczy poczucia koherencji. W rozdziale tym omówiono istotę poczucia koherencji, poczucie koherencji a jakość życia oraz przegląd badań dotyczących poczucia koherencji u osób po przebytym zawale serca.

### 3.1. Istota poczucia koherencji

Poczucie koherencji to ogólna orientacja definiująca poziom w jakim człowiek jest wyposażony w dynamiczne poczucie: 1) określone bodźce pochodzące z zewnętrznego a także wewnętrznego środowiska, typowe i dające się wytłumaczyć; 2) posiadanie zasobów, które pozwalają przeciwstawić się przeciwnościom powiązanych ze wspomnianymi bodźcami 3) przyjmowanie wymagań w kategorii wyzwań wartych uwagi. Analizowane trzy aspekty SOC są jednocześnie jego trzema składowymi, określanymi przez autora poczuciem zrozumiałości, poczuciem zaradności oraz poczuciem sensowności (Antonovsky, 1995).

Poczucie zrozumiałości (*comprehensibility*) jest przyrównywane przez badacza do kontroli poznawczej nad otoczeniem interpretowanym jako zintegrowane, przewidywalne i poukładane. Z kolei znaczny poziom tego składnika związany jest z poczuciem kontroli nad środowiskiem zewnętrznym, również w sytuacji, gdy nie jest ono przyjazne. Autor zwraca uwagę na to, że dwa analizowane przypadki nie są ze sobą związane, nie powinno się również ich mylić między sobą. W budowaniu tego elementu udział bierze również wymiar doświadczeń życiowych określanych mianem *spójności* (Antonovsky, 1995).

Poczucie zaradności (*manageability*), należy odbierać jako swoistego rodzaju przekonanie odnośnie posiadania odpowiedniej ilości zasobów do pokonania przeciwności losowych. Każdy człowiek ma do czynienia na swojej drodze z nieprzyjemnymi momentami, ale tylko ta jednostka, która jest również obdarzona wysokim poziomem zaradności nie czuje

## Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

się wtedy skrzywdzona przez los. W budowanie tego elementu angażuje się obszar związany z doświadczeniami życiowymi nazywanymi *równowagą pomiędzy przeciążeniem a niedociążeniem*” (Antonovsky, 1995).

Z kolei poczucie sensowności (*meaningfulness*) pozwala zachować motywację do działania i jednocześnie utrzymuje sens zachowania jednostki. Jest ono mocno związane z emocjonalnością. Jednostka charakteryzująca się wysokim poziomem sensowności przykładą dużą uwagę do odnalezienia sensu w pojawiających się problemach, jak również do rozwiązania ich. Należy zauważyć, iż postrzeganie określonych doświadczeń jako sensowych nie zawsze jest tożsame z traktowaniem ich w kategorii korzystnych dla danej jednostki. Na poziom tego elementu uaktywnia się wymiar doświadczeń życiowych nazywanych „*współudziałem w podejmowaniu decyzji*” (Antonovsky, 1995).

Wskazane powyżej cechy nie są jedynymi właściwościami koherencji. Można ją również opisać przy użyciu takich określeń jak:

- trwałość, przejawiająca się poprzez swoistego rodzaju stabilność poczucia koherencji w życiu, ale nie jest tożsama z wykluczeniem zmian w poziomie SOC, na które mają wpływ życiowe wydarzenia, oraz doświadczenia (nie są to zmiany radykalne);
- dynamiczność powiązana z opcją obniżania poziomu konkretnych składników SOC oraz z dążeniem do umacniania tych obszarów;
- dymensjonalność umożliwiająca jednostce zachowania właściwej pozycji w odpowiednim miejscu na kontinuum pomiędzy słabszym a mocniejszym poczuciem koherencji (Kirenko, Byra, 2008).

Antonovsky (1995) podkreśla, że opracowana przez niego definicja koherencji nie ma zastosowania do wszystkich obszarów życia, dlatego że każdy człowiek ma określone granice, w ramach których znajdują się obszary istotne dla niego. Z całą pewnością dosyć mało realne są skrajne postawy, zgodnie z którymi wszystko dookoła jest nieistotne. Funkcjonowanie tego

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

typu granic to naturalna rzecz, pełniąca często funkcję adaptacyjną. Często te granice są zmienne w zależności od różnorodnych doświadczeń i zdarzeń życiowych. Wśród najważniejszych obszarów życia jednostek o mocnym poczuciu koherencji wymienia się przede wszystkim: obszar emocjonalny, relacje ludzkie, priorytetowa aktywność życiowa, jak również sfera egzystencjalna (np. śmierć, konflikt, porażka, czy też słabe strony).

## 3.2. Poczucie koherencji a jakość życia

Poczucie koherencji jest związane w istotny sposób z definicją zasobów. Zgodnie z teorią Antonovsky'ego (1995) każdą jednostkę można przyporządkować do określonego miejsca w kontinuum będących w jej posiadaniu zasobów zaradczych. Badacz zaznacza, że im wyższe miejsce na wskazanym kontinuum, to tym większa szansa na rozwój mocnego poczucia koherencji, na który wpływ znaczący mają życiowe doświadczenie.

Poczucie koherencji odgrywa niezwykle ważną rolę w kontekście innych składowych istotnych dla zdrowia. Z tego też względu często jest definiowana określeniem meta zasób, czy zasób wysokiego rzędu (Kirenko, Byra, 2008).

Według Heszen i Sęk (2012, s. 83), poczucie koherencji odgrywa ważną rolę priorytetowej zmiennej w procesach osiągnięcia, ochrony oraz przywracania zdrowia, co z kolei widoczne jest w wynikach praktycznie wszystkich przeprowadzonych badań nad tą zmienną. Poziom SOC jest budowany do ok. 30 roku życia, a w dalszym etapie życia zachowuje zazwyczaj stabilny poziom, będąc jednocześnie potem regulatorem zakresu, sposobu jak również adekwatności wykorzystywania dysponowanych zasobów (Kirenko, Byra, 2008).

Subiektywna ocena jakości zdrowia u osób w młodym wieku, a także u osób dorosłych ściśle powiązana jest z ogólnym pomiarem pozytywnego poczucia koherencji (Zwoliński, 2000). Bazując na badaniach, w których używano kwestionariusza w celu oceny subiektywnego

## Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

zdrowia (Łuszczynska-Cieślak, 2001; Sęk, 2001) potwierdzono, iż pełny pomiar poczucia koherencji oraz jego poszczególne składowe powiązane są bezpośrednio z poczuciem zdrowia somatycznego, oraz zdrowia psychicznego. Analogiczny związek dostrzeżono przy przeprowadzeniu obiektywnego badania zdrowia somatycznego (Łuszczynska-Cieślak, 2001; Waszkowska i Dudek, 2001). Badacze wskazali, iż tylko pomiar zdrowia w ujęciu społecznym jest odbierany jako sprawność w wykonywaniu działań społecznych, a dodatkowo wywiązywanie się z innych ról nie jest związane z żadnym miernikiem koherencji. Z kolei najwyższy poziom korelacji został dostrzeżony we wszelkich składowych na poziomie zadowolenia z życia u osób młodych (Frączek, Zwoliński, 1999) jak również tych będących w dobrym nastroju. Warto wskazać, iż poczucie koherencji związane jest także ze wskazywaną skłonnością do prozdrowotnych zachowań (Szołdra, 1999, za: Kirenko, Byra, 2008) u jednostek dorosłych (Rimm, 1999).

Akceptacja założenia zakładającego przekonania zbliżone do modelu holistyczno-funkcjonalnego uzależnia prozdrowotną postawę wobec życia, a także zdolność do rozwijania zachowań zdrowotnych. Bazując na wynikach badań można stwierdzić, iż (Pasikowski, Sęk i Ścigała, 1994) preferencja holistycznego stylu związana jest bezpośrednio z dużym i stałym poczuciem koherencji.

Badania odnoszące się bezpośrednio do związków pomiędzy poczuciem koherencji i zdrowia negatywnego są najbardziej popularne, z uwagi na to, że wykorzystuje się w nich adekwatne narzędzia badawcze wykorzystywane do pomiaru poziomu lęku i depresji, w przypadku których brak poczucia lęku albo depresji jest jednocześnie wskaźnikiem zachowania zdrowia psychicznego (Sęk, 2001). Zarówno poczucie koherencji jak i jego składniki mają bezpośredni wpływ na obniżenie poziomu odczuwania emocji negatywnych, jak również przeciwdziałają pojawieniu się nawrotów choroby. Zdaniem badaczy wysokie poczucie koherencji ma wpływ na to, że obecne są śladowe jedynie przesłanki do autoagresji i izolacji

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

(Frączek, Zwoliński, 1999).

Elementy odczucia koherencji, ocena pierwsza, suma zdarzeń pozytywnych, jak również niskie rezultaty wyjątkowej strategii radzenia sobie są swoistego rodzaju warunkiem zdrowia zmierzonego przy użyciu odpowiedniego poziomu lęku, wyjaśniając jednocześnie wariację tej zmiennej (Sęk, Pasikowski, 2001). Analogiczną sytuację można zauważyć w odczuwaniu depresji, ale tutaj zdecydowanie więcej zmiennych wyjaśnia jej wariację, a z kolei wśród nich ważną rolę odgrywa zaradność oraz zrozumiałość, będące elementami poczucia koherencji.

Antonovsky (1995) zakłada, że poczucie kontroli lub też osobistej wydajności można swobodnie zestawić z odpornością typu hardiness (twardość). Odbieranie zaradności poprzez aspekt wewnętrzny i zewnętrzny wskazujący na autorytety rozróżnia się od dosyć pokaźnego i znaczącego poziomu sprawstwa, a także od wewnętrznego posiadania kontroli. Nie można tego również traktować identycznie jak wyzwania, poczucia kontroli czy też zaangażowania, które należą do elementów twardości. Dlatego też motywacyjno-emocjonalne oraz egzystencjalne przełożenie jest swoistego rodzaju rezultatem poczucia sensowności w SOC, który jest tożsamy z poczuciem sensu życia definiowanego przez Frankla (Antonovsky, 1995). Frankl był zdania, iż poczucie koherencji niejako zarządza zasobami, ale to założenie nigdy nie zostało poparte żadnymi badaniami.

Natomiast Pasikowski i Sęk (2001) opierając się na badaniach wskazali, iż jednostki charakteryzujące się wysokim poczuciem koherencji wskazują na życiowe zdarzenia oraz zewnętrzne bodźce jako na takie, które są zdecydowanie mniej stresujące. Uwzględniając powyższe można stwierdzić, iż potwierdziło się główne założenie modelu salutogenetycznego – mając mocne poczucie koherencji – w przeciwieństwie do osób ze słabym SOC – patrząc na stresory jako mocno obciążające, można charakteryzować się określonymi skłonnościami do przyjmowania stresorów w kategorii wyzwania, co z kolei potwierdza dodatnia korelacja tych



## Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

zmiennych. Z kolei mocne SOC wraz z wszelkimi jego składowymi przeciwdziała szkodliwej ocenie zdarzeń jako przeciwności lub strat. Natomiast badacze nadal nie wskazali związku, który obecny jest między koherencją a strategiami radzenia sobie. Najprawdopodobniejszym scenariuszem jest ten zgodnie, z którym nie są to związki bezpośrednie. Osoby cechujące się wysokim poziomem koherencji w większości przypadków nie używają strategii unikowych, jak również tych, które stwarzają możliwość rozładowania emocji (Terelak, 2008).

Niezwykle ważne znaczenie dla stanu zdrowia osób chorych i zdrowych ma poziom poczucia koherencji. Osoba z wyższym poziomem koherencji charakteryzuje się przede wszystkim wysokim poziomem odporności na stres, co przekłada się realnie na sporadyczne odczuwanie negatywnych skutków zdrowia. Jednocześnie osoba ta nie ma w zwyczaju lekceważenia zdrowia dlatego też będzie zwracała uwagę na sprzężenie zwrotne mające miejsce między narządami peryferycznymi a mózgiem i uaktywni dostępne sobie możliwości, w celu odpowiedniego zarządzania bodźcami wewnętrznymi (Heszen-Niejodek, Sęk, 1997). Poczucie koherencji stanowi główne odniesienie w podejściu Aarona Antonovsky'ego (Gulczyńska, Jankowiak, 2007). Autor określa je jako ogólne nastawienie człowieka, nazywa je pobieżną orientacją człowieka określającą stopień, w którym człowiek ten posiada trwałe, lecz ulegające modyfikacjom poczucie pewności, że bodźce pojawiające się w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego oraz zewnętrznego są w głównej mierze ułożone, przewidywalne oraz można je w pewien sposób wytłumaczyć; ma dojście do podmiotów, pozwalają mu spełnić oczekiwania. Jest to stabilne nastawienie mające przede wszystkim wpływ na to w jaki sposób osoba odbiera i interpretuje rzeczywistość. Można zakładać, że ma to odniesienie również do budowanych związków partnerskich. Antonovsky podzielił układ centralny na 3 elementy: poczucie zrozumiałości (*comprehensibility*), zaradności (*manageability*) oraz poczucie sensowności (*meaningfulness*) (Gulczyńska, Jankowiak, 2007).

Uwzględniając wyniki badań realizowanych w kontekście wpływu można z całą

## Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

odpowiedzialnością stwierdzić, iż pozytywny poziom poczucia koherencji faktycznie jest związany i zależny ze wszelkimi pozytywnymi miarami zdrowia, a z kolei negatywny – ze wszelkimi miarami choroby (badania R.H. Dana i in., cyt. za Mroziak B.). Badania Smitha potwierdziły, iż najwyższa śmiertelność obecna jest w grupie osób o negatywnym poziomie poczucia koherencji (N=2296). Można zatem stwierdzić, że poczucie koherencji jest składową w istotny sposób wpływającą na zdrowie, rezultaty terapii oraz umiejętność do adaptacji w nowych warunkach.

Istotnym jest odpowiednie zrozumienie sensu stresorów. W oparciu o to powstała odpowiednia koncepcja poczucia koherencji, określanej mianem ogólnej orientacji, przedstawiająca, w, jakim stopniu człowiek posiada przekonanie o przewidywalności środowiska wewnętrznego i zewnętrznego, jak również o tym, że ogólne sprawy zaczną układać się zgodnie z racjonalnymi przesłankami. W kolejnych etapach prac powstały narzędzia pozwalające badać poczucie koherencji, a definicja wskazana w tekście autorstwa Wrześniewskiego i Włodarczyk (Wrześniewski K, Włodarczyk D., 2012, s. 157-163) przybrała postać zdecydowanie bardziej operacyjną, jednocześnie stając się mniej zrozumiałą.

Próbując odnaleźć źródła dobrostanu badacze wyodrębnili kilka modeli badań. Jeden ze wskazanych modeli zakładał, że zadowolenie z życia zależy w głównej mierze od warunków życia i losowych zdarzeń. Satysfakcja z życia jest niczym innym jak funkcją mającą przede wszystkim na celu zaspokojenie ludzkich potrzeb. Inny model z kolei zakłada, że satysfakcja z życia jest zależna od cech osobowości, które w głównej mierze zależą od genetycznych uwarunkowań. Wrodzony poziom szczęścia nie jest, tym samym co doświadczany dobrostan, ale większość ludzi w dłuższym przedziale czasu jest szczęśliwa, na ile pozwalają jej predyspozycje genetyczne. Szczęścia nie można się, nauczyć ani zwiększyć ponad możliwy poziom. Można się nauczyć unikać sytuacji, jakie obniżają poczucie szczęścia, a także przyswoić sobie sposoby stabilizacji dobrostanu na odpowiednim dla siebie poziomie. Według

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

kolejnego modelu zadowolenie z życia zostało uwarunkowane czynnikami zewnętrznymi, osobowością oraz ich interakcją. Niektórzy są predysponowani do odczuwania dużego zadowolenia z życia w podobnych warunkach. Pewne czynniki zewnętrzne mogą w taki sam sposób wpływać na zadowolenie z życia ludzi, a wpływ wielu czynników zewnętrznych zależy od ich znaczenia dla konkretnej osoby, od jej właściwości. Zdecydowanie najbardziej wieloaspektowy model przyjmuje, iż świadectwem zadowolenia są zasoby oraz przeróżne zdarzenia losowe. Zasoby dotyczą w tym odniesieniu takich aspektów jak: cechy demograficzne (wiek, płeć, jak również status), cechy osobowości oraz bliskie relacje z innymi. Warto zwrócić uwagę, że model ten jednocześnie uwzględnia zależności między zmiennymi i wskazuje na wpływ zarówno cech jednostki oraz zasobów na poziom zadowolenia z życia. Natomiast różne zdarzenia życiowe mają bezpośrednie znaczenie dla poziomu zadowolenia z życia, mogą również zmieniać zasoby konkretnej osoby. Zdaniem Anthonovskiego przy konkretnych, obiektywnych cechach sytuacji, jednostki charakteryzujące się pozytywnym poczuciem koherencji zachowują się tak jak mogą najlepiej, dzięki temu ich życie przebiega znośnie. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż pytanie związane z dywagacją na temat tego, czy poczucie koherencji związane jest z jakością życia chorych po zawale serca ma odrobinę tautologiczny charakter. Pozyskane wyniki nie są zaskoczeniem w żadnym stopniu i pozwalają potwierdzić teorię Anthonovskiego. Uwzględniając przekonanie Anthonovskiego odnośnie tego, że poczucie koherencji pomaga zachować człowiekowi zdrowie, trzeba zastanowić się nad rodzajem mechanizmu obecnego na linii wydawanych przez pacjentów ocena a poczuciem koherencji (Papuć, 2011).

### **3.3. Poczucie koherencji osób z chorobą serca**

Badania wśród pacjentów kardiologicznych pozwalają na wysunięcie wniosku, iż silne

## Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

poczucie koherencji, traktowane jako pewien mechanizm adaptacyjny po doznanym zawale serca, pozostaje w ścisłym związku z większym zakresem zasobów radzenia sobie i niższym natężeniem symptomów chorobowych (Gustavsson, Branholm 2003). Poziom poczucia koherencji wyznaczał ponadto stopień satysfakcji z życia u pacjentów z chorobami serca. Osoby ze słabym poczuciem koherencji cechowały się niższym poczuciem jakości życia oraz mniejszymi zdolnościami radzenia sobie z sytuacjami trudnymi (Motzer, Stewart 1998; Fok i in. 2005). Rezultaty rozbudowanych analiz ukierunkowanych na ustalenie roli poczucia koherencji dla subiektywnej oceny jakości życia u pacjentów z chorobami serca wskazują, że silniejsze oddziaływanie tego zasobu na doświadczanie satysfakcji życiowej kształtuje się w kontekście jego powiązania z innymi zmiennymi. Czynniki socjodemograficzne, tj. wiek, płeć, wykształcenie, oraz związane z samą chorobą, np. długość jej trwania, czas hospitalizacji, włącznie z poczuciem koherencji tworzyły model regresyjny w największym stopniu wyjaśniający zmienność satysfakcji z życia. Dowiedziono więc empirycznie, iż lepsze rozumienie znaczenia poczucia koherencji dla dostrzegania pozytywnych aspektów życia w obliczu doświadczania choroby serca wymaga uwzględnienia szerszego kontekstu kształtowania się i rozwoju tego zasobu (Bruscia i in. 2008).

Znaczenie poczucia koherencji dla jakości funkcjonowania osób z chorobami serca zidentyfikowano na wielu etapach zmagania się chorych z konsekwencjami doznanych ograniczeń. Stwierdzono, iż w pierwszym okresie po przebytych zawale serca, percypowanym przez chorego w kategorii niezwykle stresującego i uniemożliwiającego racjonalną ocenę doświadczanej sytuacji, silne poczucie koherencji chroni przed negatywnymi konsekwencjami ujawnianych wówczas emocji negatywnych. Pełni ono również buforującą funkcję w zakresie nasilenia tego typu emocji, w rezultacie sprzyjając stabilizacji na płaszczyźnie fizjologicznej, a w dalszej perspektywie - psychicznej (Hildingh, Fridlund, Baigi 2008). W badaniach K. Wrześniewskiego i in. (2001), dokonywanych w ramach rehabilitacji kompleksowej chorych

## Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

po zawale serca, ujawniono spadek emocji negatywnych i wzrost pozytywnych przy silniejszym poczuciu koherencji. Zakładając, iż takie zmiany emocjonalne są wskaźnikiem lepszej kondycji psychicznej pacjentów, poczucie koherencji uznano za jeden z najważniejszych wyznaczników efektywności rehabilitacji. Potwierdzeniem zasadności wysuniętej tezy są wyniki badań innych autorów. Drory i in. (1999) wykazali, iż u tej grupy chorych poczucie koherencji jest dobrym predyktorem dla większości wskaźników psychospołecznego przystosowania do różnych dziedzin życia. Dowiedziona predykcja poczucia koherencji nie ulega zasadniczym zmianom wraz z upływem czasu od doznania uszkodzenia mięśnia sercowego. Badania w szóstym miesiącu po zawale serca u starszych kobiet ujawniły utrzymujący się pozytywny charakter relacji między poziomem tego zasobu a wskaźnikami psychospołecznego przystosowania (m.in. jakości życia) (Norekvaal i in. 2010). Trwałość predykcyjnych funkcji poczucia koherencji znajdujących wyraz w kształtowaniu parametrów psychospołecznej i zdrowotnej kondycji chorych na serce uzasadniana jest i wyjaśniana w odniesieniu do stwierdzonej stabilności omawianego zasobu wśród osób doznających zdarzeń zagrażających ich życiu, w tym zawału serca. Ustalono, iż w kolejnych okresach po doznaniu uszkodzenia mięśnia sercowego charakteryzujące chorych poczucie koherencji nie ulega zasadniczym zmianom, w zbliżonym stopniu oddziałując na percepcję własnej sytuacji życiowej, ocenę posiadanych ograniczeń, zapotrzebowanie na wsparcie społeczne (Baigi i in. 2008; por. Bergman i in. 2011).

W podłużnych badaniach pacjentów po przebytych zawale serca (Włodarczyk, Wrześniewski 2005b) stwierdzono dodatnią zależność pomiędzy poczuciem koherencji, zwłaszcza poczuciem zrozumiałości i zaradności, a postawą wobec choroby i leczenia. Oznaczałoby to, iż poczucie większej zrozumiałości doświadczanej sytuacji i czynników ją tworzących sprzyja poszukiwaniu i porządkowaniu informacji o chorobie, możliwościach i efektywności leczenia, a wyższa ocena posiadania i dostępności zasobów, niezbędnych do

## Uzyskaj pomoc - poprawaprac.pl

radzenia sobie, korzystnie oddziałuje na współpracę pacjenta z personelem w procesie leczenia. Zauważono przy tym spadek nasilenia związku między tymi zmiennymi, szczególnie widoczny na trzecim etapie badań, około pół roku po rehabilitacji, w trakcie którego na przykład poczucie sensowności okazało się nieistotne dla postawy wobec choroby, przy zachowanej, ale zdecydowanie mniejszej w porównaniu z poprzednimi etapami, roli poczucia zrozumiałości i zaradności. Bezpośredni, dodatni związek poczucia zrozumiałości zaznaczył się natomiast w związku z subiektywną percepcją ograniczeń wynikających z choroby.

## ROZDZIAŁ IV. Metodologia badań własnych

Rozdział czwarty dotyczy metodologii badań własnych. W rozdziale tym zaprezentowano cel i przedmiot badań, pytania i hipotezy badawcze, zoperacjonalizowano badane zmienne. W metodzie przedstawiono charakterystykę badanych osób, scharakteryzowano narzędzia badawcze i opisano procedurę badań.

### 4.1. Cel i przedmiot badań

Celem badań własnych jest diagnoza związku pomiędzy poczuciem koherencji i akceptacji choroby a poczuciem satysfakcji z życia wśród osób po przebytych zawale serca oraz diagnoza różnic w obszarze satysfakcji z życia i poczucia koherencji w grupie osób przewlekle chorych i osób zdrowych.

Przedmiotem badań są poczucie satysfakcji z życia, akceptacja choroby i poczucie koherencji.

### 4.2. Pytania i hipotezy badawcze

W celu znalezienia odpowiedzi na postawiony cel pracy sformułowano następujące pytania badawcze:

P1. Czy osoby zdrowe wykazują wyższy poziom poczucia koherencji w porównaniu do osób po przebytych zawale serca?

P2. Czy osoby zdrowe wykazują wyższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu do osób po przebytych zawale serca.

P3. Czy płeć różnicuje akceptację choroby u osób po przebytych zawale serca?

P4. Czy istnieje związek pomiędzy poczuciem koherencji a poczuciem satysfakcji z życia u osób po przebytych zawale serca?

P5. Czy istnieje związek pomiędzy akceptacją choroby a poczuciem satysfakcji z życia?

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

Hipotezy badawcze:

H1. Osoby zdrowe wykazują wyższy poziom poczucia koherencji w porównaniu do osób po przebytych zawale serca.

H2. Osoby zdrowe uzyskują wyższe wyniki dla poczucia jakości życia w porównaniu do osób po przebytych zawale serca.

H3. Kobiety uzyskują wyższe wyniki dla akceptacji choroby w porównaniu do mężczyzn.

H4. Im wyższe poczucie koherencji tym większe poczucie satysfakcji z życia u osób po przebytych zawale serca.

H5. Im większa akceptacja choroby tym większe poczucie satysfakcji z życia u osób po przebytych zawale serca.

## 4.3. Operacjonalizacja badanych zmiennych

Niniejsza praca opiera się na modelu korelacyjno-różnicowym, gdzie zmienną wyjaśniającą są poczucie koherencji i akceptacja choroby a zmienną wyjaśnianą – poczucie satysfakcji z życia.

## 4.4. Narzędzia badawcze

W niniejszej pracy wykorzystano trzy narzędzia badawcze. Opis psychometryczny tychże narzędzi przedstawiono poniżej.

### 4.4.1. Skala Satysfakcji z Życia SWLS

Skala Satysfakcji z Życia SWLS (Dienera i in, 1985), polska adaptacja: Juczyński (2001). Ocena sytuacji z życia jest czynnikiem porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami. Skala zawiera pięć twierdzeń, na które badany udziela odpowiedzi na 7 – stopniowej skali Likerta (1 – zupełnie się nie zgadzam, 7 – całkowicie się zgadzam). Im większa



# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

wartość tym większe poczucie satysfakcji z życia. Łącznie można uzyskać od 5 do 35 punktów. Współczynnik  $\alpha$  Cronbacha = 0,86. Trafność teoretyczna potwierdzona. Normy dla osób w wieku od 20 do 55 lat. Zastosowanie do celów badawczych i praktycznych do pomiaru natężenia poczucia satysfakcji z życia (Juczyński, 2001).

## 4.4.2. Skala Akceptacji Choroby – AIS

Skala Akceptacji Choroby – AIS autorstwa Felton i in. (1984), polska adaptacja Juczyński (2001). Skala zawiera osiem stwierdzeń które opisują negatywne następstwa złego stanu zdrowia. W każdym stwierdzeniu badany określa swój aktualny stan w skali pięciostopniowej, od 1 - zdecydowanie zgadzam się do 5 - zdecydowanie nie zgadzam się. Czas badania wynosi około 5 minut. Rzetelność skali mierzona współczynnikiem alfa Cronbacha wyniosła 0,87. Badania wykazały, że akceptacja choroby AIS jest dobrym predyktorem jakości życia uwarunkowanej chorobą, utożsamianą z poczuciem satysfakcji z życia i oceną aktualnego stanu zdrowia. Wartości średnie dla ośmiu grup klinicznych. Badanie można prowadzić indywidualnie lub w małych grupach do celów badawczych i praktycznych (Juczyński, 2001).

## 4.4.3. Poczucie koherencji

Poczucie koherencji (SOC-29), autorstwa A. Antonovskiego (1987), polska adaptacja J. Koniarek, B. Dudek, Z. Makowska (1993). Autor ujmuje poczucie koherencji w kategorii „globalnej orientacji człowieka wyrażającej stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny; ma dostęp do środków, które pozwolą mu sprostać wymaganiom, jakie stawiają te bodźce; wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania”

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

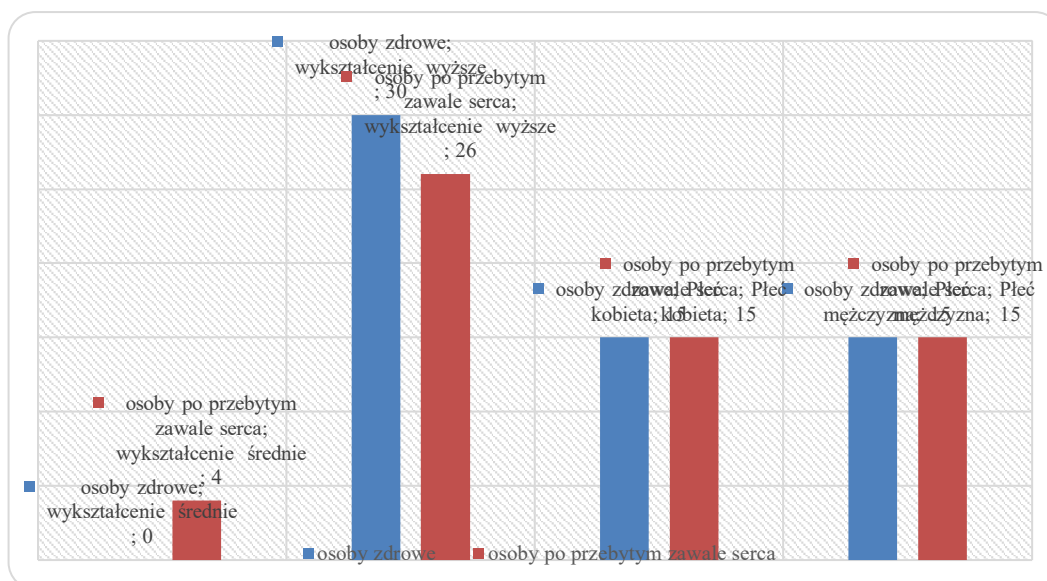
(Antonovsky, 1995, s. 34). W takim rozumieniu poczucie koherencji należałoby zatem traktować jako poczucie pewności człowieka co do tego, iż spostrzegana przez niego rzeczywistość jest zrozumiała, możliwa do uporządkowania, zawierająca zasoby możliwe do wykorzystania w radzeniu sobie z ewentualnymi trudnościami, uznawanymi za sensowne i mobilizujące do podjęcia działań zaradczych. Kwestionariusz zawiera 29 twierdzeń, gdzie badany udziela odpowiedzi na 7 – stopniowej skali Likerta. Rezultaty różnorodnych analiz, tak teoretycznych, jak i empirycznych sugerują wysoką trafność SOC-29. Współczynnik *alfa* Cronbacha dla wyniku globalnego waha się w granicach od 0,850 do 0,884; czynnik *Zrozumiałość* (0,680 – 0,763); czynnik *Zaradność* (0,721 – 0,780); czynnik *Sensowność* (0,718 – 0,782). SOC-29 nie posiada norm. W badaniach indywidualnych i grupowych. SOC-29 możemy traktować jako zmienną różnicującą osoby dysponujące ogólnym dobrostanem psychofizycznym oraz doświadczające dolegliwości chorobowych (Kirenko, Byra, 2011).

## 4.5. Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 60 osób w wieku od 33 do 66 lat ( $M = 50,15$ ;  $SD = 6,98$ ), w tym 30 kobiet w wieku od 33 do 60 lat ( $M = 49,16$ ;  $SD = 7,12$ ) i 30 mężczyzn w wieku od 38 do 66 lat ( $M = 51,13$ ;  $SD = 6,81$ ). W badanej grupie osób z wykształceniem średnim było 4, co stanowi 6,7% i 56 osób z wykształceniem wyższym, co stanowi 93,3%.

Pierwszą grupę stanowiło 30 osób po przebytych zawale serca, co stanowiło 50% wszystkich badanych. Osoby w tej grupie były w wieku od 46 do 66 lat ( $M = 55,16$ ;  $SD = 4,15$ ). Druga grupa, kontrolna również składała się z 30 osób, ich wiek zawierał się w przedziale od 33 do 55 lat ( $M = 45,13$ ;  $SD = 5,46$ ). Pozostałą charakterystykę osób po przebytych zawale serca i grupy kontrolnej przedstawia Rysunek 1.

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl



Rysunek 1. Wykształcenie i płeć badanych respondentów

Z danych źródłowych zawartych na Rysunku 1 wynika, że ze względu na płeć obie badane grupy są równoliczne i zawierają po 15 osób. W przypadku wykształcenia, w grupie osób po przebytych zawaleniach serca, cztery osoby mają wykształcenie średnie, co stanowi 13,3%, osób z wykształceniem wyższym jest 26, co stanowi 86,7%. W grupie kontrolnej są wyłącznie osoby z wykształceniem wyższym.

## 4.6. Procedura

Badanie przy użyciu opisanego powyżej zestawów testów zostało przeprowadzone od 01.03.2019 do 15.04.2019 r. W badaniu wzięło udział 63 osób, z czego 3 zestawy ankiet zostały nie zakwalifikowane na to iż nie były kompletne. Grupa osób badanych została dobrana w sposób incydentalny, przy uwzględnieniu obecności przebytego zawału serca. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Badani za udział w badaniu nie otrzymali wynagrodzenia. Badanie miało charakter „papier ołówek”, które zostało przeprowadzone grupowo i indywidualnie. Grupę kontrolną stanowili pracownicy Pge Dystrybucja S.A. Badani zostali poinformowani o celu badań własnych. Bateria testów składała się z trzech modułów: 1 moduł – poczucie koherencji; 2 moduł – akceptacja choroby; 3 moduł – poczucie satysfakcji z

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

życia. Średni czas wypełnienia baterii kwestionariuszy nie przekroczył 15 minut.

## ROZDZIAŁ 5. Analiza wyników badań własnych

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu programu IBM SPSS v25. Za jego pomocą wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych, w analizę testem t-Studenta, U Manna-Whiteya, korelację *rho* Sparamana. Za poziom istotności w niniejszym rozdziale uznano  $p < 0,05$ . Wyniki istotne na poziomie  $0,05 < p < 0,1$  uznawano za istotne na poziomie tendencji statystycznej. Do badania poziomu rozkładu normalnego wykorzystano test Shapiro-Wilka (S-W).

### 5.1. Statystyka opisowa

Pierwszą badaną zmienną jest poczucie koherencji mierzona za pomocą kwestionariusza SOC-29. Wskaźniki poczucia koherencji zawiera trzy podskale i wynik globalny, w tym: 1) Zrozumiałość; 2) Sterowalność; 3) Sensowność.

Tabela 1. Statystyka opisowa dla poczucie koherencji ( $N = 60$ )

Poczucie koherencji	Statystyki opisowe				Rozkład		Test S-W		Alfa Cronbacha
	Min	Max	M	SD	S	K	S-W	p	
Zrozumiałość	32,0	58,0	43,95	7,34	0,62	-0,78	0,910	0,001	0,730
Zaradność	37,0	61,0	46,38	6,00	0,66	-0,22	0,949	0,014	0,543
Sensowność	27,0	50,0	39,55	4,94	0,04	0,48	0,963	0,066	0,705
Wynik globalny SOC-29	103,0	167,0	129,88	15,99	0,97	0,28	0,889	0,001	0,850

Legenda: M – średnia, SD – odchylenie standardowej, S – skośność, K – Kurtosa, S-W – test Shapiro-Wilka, p – poziom istotności

Z danych źródłowych zawartych w Tabeli 1 wynika, że dla zarówno dla Zrozumiałości i Zaradności - analiza statystyczna wykazała skośność prawostronną ( $A_s > 0$ ). Powyższe wyniki plasują się poniżej średniej wyliczonej dla tych czynników oraz znaczną liczbę wyników skrajnych ( $K < 0$ ). Tymczasem dla Sensowności i poczucia koherencji w ujęciu ogólnym - analiza statystyczna wykazała skośność prawostronną ( $A_s > 0$ ). Powyższe wyniki plasują się

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

poniżej średniej wyliczonej dla tego czynnika oraz znaczną liczbę wyników zbliżonych do średniej ( $K > 0$ ). Rozkład normalny ma miejsce wyłącznie dla wymiaru związanego z Sensownością. Uzyskana rzetelność jest na poziomie satysfakcjonującym za wyjątkiem Zaradności (0,543).

Kolejną badaną zmienną jest Skala Akceptacji Choroby mierzona za pomocą kwestionariusza AIS. Wskaźnikiem akceptacji choroby jest wynik globalny. Im większy wynik tym większa akceptacja choroby – tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego.

Tabela 2. Statystyka opisowa dla akceptacji choroby w grupie osób po zawale serca ( $N = 30$ )

Akceptacja choroby	Statystyki opisowe				Rozkład		Test S-W		Alfa
	Min	Max	M	SD	S	K	S-W	p	Cronbacha
Wynik ogólny AIS	13,0	32,0	25,20	5,51	-1,42	0,80	0,758	0,001	0,938

Legenda: M – średnia, SD – odchylenie standardowej, S – skośność, K – kurtoza, S-W – test Shapiro-Wilka, p – poziom istotności

Z danych źródłowych zawartych w Tabeli 2 wynika, że dla wyniku ogólnego AIS - analiza statystyczna wykazała skośność lewostronną ( $A_s < 0$ ). Powyższe wyniki plasują się powyżej średniej wyliczonej dla tego czynnika oraz znaczną liczbę wyników zbliżonych do średniej ( $K > 0$ ). Uzyskany wynik AIS jest nie zgodny z rozkładem normalnym. Rzetelność AIS jest na poziomie satysfakcjonującym.

Kolejną badaną zmienną jest poczucie satysfakcji z życia, mierzone za pomocą kwestionariusza SWLS. Wskaźnikiem satysfakcji z życia jest wynik globalny, im większa wartość tym większa satysfakcja z życia.

Tabela 3. Statystyka opisowa dla satysfakcji z życia ( $N = 60$ )

Satysfakcja z życia	Statystyki opisowe				Rozkład		Test S-W		Alfa
	Min	Max	M	SD	S	K	S-W	p	Cronbacha
Wynik globalny	5,0	25,0	15,70	5,00	-0,57	-0,13	0,947	0,011	0,916

Legenda: M – średnia, SD – odchylenie standardowej, S – skośność, K – Kurtoza, S-W – test Shapiro-Wilka, p – poziom istotności

Z danych źródłowych zawartych w Tabeli 2 wynika, że dla wyniku ogólnego SWLS -

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

analiza statystyczna wykazała skośność lewostronną ( $A_s < 0$ ). Powyższe wyniki plasują się powyżej średniej wyliczonej dla tego czynnika oraz znaczną liczbę wyników skrajnych ( $K < 0$ ).

Wynik ogólny SWLS jest nie zgodny z rozkładem normalnym. Rzetelność SWLS jest na poziomie satysfakcjonującym.

## 5.2. Statystyczna weryfikacja hipotez badawczych

### 5.2.1. Poczucie koherencji u osób po przebytych zawale i osób zdrowych

Pierwsze pytanie badawcze dotyczyło tego, czy obecność przewlekłej choroby różnicuje poczucie koherencji. Postawiona hipoteza brzmi:

H1. Osoby zdrowe wykazują wyższy poziom poczucia koherencji w porównaniu do osób po przebytych zawale serca.

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono analizę testem t-Studenta i U Manna-Whitneya.

Analizę różni międzygrupowych ze względu na przebytą chorobę, przedstawia

Tabela 4.

Tabela 4. *Analiza różnic międzygrupowych wyników dla poczucia koherencji w badanej grupie osób*

Poczucie koherencji	Przebyta choroba serca		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> <sub>(58)</sub>	<i>P</i>
	<i>N</i> <sub>Tak</sub> = 30	<i>N</i> <sub>Nie</sub> = 30				
Zrozumiałość	Nie		48,83	6,83	-5,307 <sup>Z</sup>	0,001
	Tak		39,07	3,72		
Zaradność	Nie		48,37	6,88	-2,045 <sup>Z</sup>	0,041
	Tak		44,40	4,23		
Sensowność	Nie		42,93	3,76	7,259	0,001
	Tak		36,17	3,45		
Wynik globalny SOC-29	Nie		140,13	15,75	-5,549 <sup>Z</sup>	0,001
	Tak		119,63	7,43		

Legenda: *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – test t-Studenta; <sup>Z</sup> – ze względu na brak rozkładu normalnego obliczono wartość z testu U Manna-Whitneya; *p* – poziom istotności statystycznej.

Z danych źródłowych zawartych w Tabeli 4 wynika, że obecność przewlekłej choroby

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

różnicuje poczucie koherencji. Osoby zdrowie wykazują większą Zrozumiałość ( $M = 48,83$ ;  $SD = 6,83$ ) aniżeli osoby po przebytych zawale serca ( $M = 39,07$ ;  $SD = 3,72$ ). Jest to różnica istotnie statystyczna,  $Z(58) = -5,307$ ,  $p < 0,001$ . Osoby zdrowie wykazują większą Zaradność ( $M = 48,37$ ;  $SD = 6,88$ ) aniżeli osoby po przebytych zawale serca ( $M = 44,40$ ;  $SD = 4,23$ ). Jest to różnica istotnie statystyczna,  $Z(58) = -2,045$ ,  $p < 0,05$ . Osoby zdrowie wykazują większą Sensowność ( $M = 42,93$ ;  $SD = 3,76$ ) aniżeli osoby po przebytych zawale serca ( $M = 36,17$ ;  $SD = 3,45$ ). Jest to różnica istotnie statystyczna,  $t(58) = 7,259$ ,  $p < 0,001$ . Osoby zdrowie wykazują większe poczucie koherencji w ujęciu ogólnym ( $M = 140,13$ ;  $SD = 15,75$ ) aniżeli osoby po przebytych zawale serca ( $M = 119,63$ ;  $SD = 7,43$ ). Jest to różnica istotnie statystyczna,  $Z(58) = -5,549$ ,  $p < 0,001$ . Podsumowując, osoby po przebytych zawale serca w porównaniu do osób z grupy kontrolnej cechują się zarówno niższym poziomem zrozumiałości, zaradności i poczuciem koherencji w ujęciu ogólnym.

Analiza statystyczna pozwoliła na częściowe przyjęcie postawionej hipotezy. Osoby z grupy kontrolnej uzyskały wyższe wyniki dla zrozumiałości, zaradności, poczucia sensowności i poczucia koherencji w ujęciu ogólnym.

## 5.2.2. Poczucie satysfakcji z życia u osób po przebytych zawale i osób zdrowych

Kolejne pytanie badawcze dotyczyło tego, czy obecność przewlekłej choroby różnicuje poczucie satysfakcji z życia. Postawiona hipoteza brzmi:

H2. Osoby zdrowie uzyskują wyższe wyniki dla poczucia jakości życia w porównaniu do osób po przebytych zawale serca.

W celu weryfikacji hipotezy, przeprowadzono analizę testem U Manna-Whitneya.

Analizę różni międzygrupowych ze względu na przebytą chorobę dla satysfakcji z życia, przedstawia Tabela 5.

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

Tabela 5. Analiza różnic międzygrupowych wyników dla satysfakcji z życia w grupie osób po przebytych zawałach serca i osób zdrowych

Satysfakcja z życia	Przebyta choroba serca		M	SD	$t_{(58)}$	P
	N <sub>Tak</sub> = 30	N <sub>Nie</sub> = 30				
Wynik globalny	Nie		17,86	3,22	-3,037 <sup>Z</sup>	0,002
	Tak		13,53	5,55		

Legenda: N –liczebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – test t-Studenta; Z – ze względu na brak rozkładu normalnego obliczono wartość z testu U Manna-Whitneya; p – poziom istotności statystycznej

Z danych źródłowych zawartych w Tabeli 5 wynika, że przebyta choroba różnicuje poczucie satysfakcji z życia. Osoby zdrowe uzyskują wyższe wyniki dla satysfakcji z życia ( $M = 17,86$ ;  $SD = 3,22$ ) aniżeli osoby po przebytych zawałach serca ( $M = 13,53$ ;  $SD = 5,55$ ). Jest to różnica istotnie statystyczna,  $Z(58) = -3,037$ ,  $p < 0,005$ .

Analiza statystyczna pozwoliła na przyjęcie weryfikowanej hipotezy, czyli osoby po przebytych zawałach serca uzyskały niższe wyniki dla poczucia satysfakcji z życia w porównaniu do osób z grupy kontrolnej.

### 5.2.3. Różnice w zakresie akceptacji choroby ze względu na płeć

Kolejne pytanie badawcze dotyczyło tego, czy płeć różnicuje poczucie akceptacji choroby. Postawiona hipoteza brzmi:

H3. Kobiety uzyskują wyższe wyniki dla akceptacji choroby w porównaniu z mężczyznami.

Analizę różnic międzygrupowych ze względu na płeć dla przebytej choroby, przedstawia Tabela 6.

W celu weryfikacji hipotezy, przeprowadzono analizę testem U Manna-Whitneya.

Tabela 6.

Analiza różnic międzygrupowych wyników dla akceptacji choroby w badanej grupie kobiet i mężczyzn

Akceptacja choroby	Płeć		M	SD	$t_{(28)}$	p
	N <sub>K</sub> = 15	N <sub>M</sub> = 15				
Wynik globalny	K		34,20	5,44	-0,429 <sup>Z</sup>	0,683
	M		34,86	3,41		



# Uzyskaj pomoc - poprawaprac.pl

Legenda: N –liczebność; K – kobieta; M – mężczyzna;  $\bar{M}$  – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – test t-Studenta; Z – ze względu na brak rozkładu normalnego obliczono wartość z testu U Manna-Whitneya; p – poziom istotności statystycznej.

Z danych źródłowych zawartych w Tabeli 6 wynika, że płeć nie różnicuje poczucia akceptacji choroby wśród osób po przebytych zawale serca.

## 5.2.4. Korelacja pomiędzy poczuciem koherencji a poczuciem satysfakcji z życia w badanej grupie

Kolejne pytanie badawcze dotyczyło związku pomiędzy poczuciem koherencji a poczuciem satysfakcji z życia. Postawiona hipoteza brzmi:

H4. Im wyższe poczucie koherencji tym większe poczucie satysfakcji z życia u osób po przebytych zawale serca. Analizy przeprowadzono także w grupie osób zdrowych ze względu na ciekawość poznawczą.

W celu weryfikacji hipotezy, przeprowadzono korelacje *rho* Spearmana.

Relacje pomiędzy poczuciem koherencji a poczuciem satysfakcji z życia przedstawia

Tabela 7.

Tabela 7. Związek pomiędzy poczuciem koherencji a poczuciem satysfakcji z życia

	Poczucie satysfakcji z życia	
	Osoby zdrowe (N = 30)	Osoby przewlekle chore (N = 30)
Zrozumiałość	0,168	0,377*
Zaradność	-0,093	-0,175
Sensowność	-0,061	0,035
Wynik globalny SOC-29	0,154	0,016

\*-istotność na poziomie 0,05

Z danych źródłowych zawartych w Tabeli 7 wynika, że ma miejsce związek pomiędzy zrozumiałością a poczuciem satysfakcji z życia w grupie osób po odbytych zawale serca. Im większe nasilenie Zrozumiałości tym większe poczucie satysfakcji z życia (dodania niska korelacja,  $r = 0,377$ ,  $p < 0,05$ ). Dla pozostałych wymiarów poczucia koherencji nie zaobserwowano istotnego związku z poczuciem jakości życia.

Analiza statystyczna pozwoliła na częściowe odrzucenie hipotezy zerowej na korzyść hipotezy alternatywnej. W grupie osób po przebytych zawale serca ma miejsce wyłącznie dodatni związek pomiędzy jednym komponentem poczucia koherencji, a mianowicie

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

rozumiałością a poczuciem satysfakcji z życia.

## 5.2.5. Korelacja pomiędzy akceptacją choroby a poczuciem satysfakcji z życia w grupie osób po przebytych zawale

Kolejne pytanie badawcze dotyczyło związku pomiędzy akceptacją choroby a poczuciem satysfakcji z życia. Postawiona hipoteza brzmi:

H5. Im większa akceptacja choroby tym większe poczucie satysfakcji z życia.

W celu weryfikacji hipotezy, przeprowadzono korelacje *rho* Spearmana.

Relacje pomiędzy poczuciem satysfakcji z życia a akceptacją choroby przedstawia

Tabela 8.

Tabela 8. Związek pomiędzy akceptacją choroby a poczuciem satysfakcji z życia

	Poczucie satysfakcji z życia (SWLS)
Akceptacja choroby (AIS)	-0,056

\*-istotność na poziomie 0,05

Z danych źródłowych zawartych w Tabeli 8 wynika, że nie ma związku pomiędzy akceptacją choroby a poczuciem satysfakcji z życia w grupie osób po ~~odbytych~~ przebytych zawale serca.

Analiza statystyczna pozwoliła na całkowite odrzucenie hipotezy alternatywnej na korzyść hipotezy zerowej. W grupie osób po przebytych zawale serca brak jest związku pomiędzy akceptacją choroby a poczuciem satysfakcji z życia.

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

## Podsumowanie i wnioski

Celem badań własnych była diagnoza związku pomiędzy poczuciem koherencji i akceptacji choroby a poczuciem satysfakcji z życia wśród osób po przebytych zawale serca oraz diagnoza różnic w obszarze satysfakcji z życia i poczucia koherencji w grupie osób przewlekle chorych i osób zdrowych.

Niniejsza praca opiera się na modelu korelacyjno-różnicowym. Postawiono łącznie pięć pytań badawczych.

Tabela 9. *Weryfikacja hipotez*

Weryfikacja hipotez	+ / -
H1. Osoby zdrowe wykazują wyższy poziom poczucia koherencji w porównaniu do osób po przebytych zawale serca.	(+/-)
H2. Osoby zdrowie uzyskują wyższe wyniki dla poczucia jakości życia w porównaniu do osób po przebytych zawale serca.	(+)
H3. Kobiety uzyskują wyższe wyniki dla akceptacji choroby w porównaniu do mężczyzn.	(+)
H4. Im wyższe poczucie koherencji tym większe poczucie satysfakcji z życia u osób po przebytych zawale serca.	(+/-)
H5. Im większa akceptacja choroby tym większe poczucie satysfakcji z życia u osób po przebytych zawale serca.	(-)

(+) potwierdzenie hipotezy, (-) brak potwierdzania hipotezy, (+/-) hipoteza częściowo potwierdzona

Przeprowadzone badania potwierdziły trzy hipotezy, w tym jedna częściowo, natomiast dwie hipotezy zostały odrzucone.

Dla pierwszej hipotezy, która brzmiała: „Osoby zdrowe wykazują wyższy poziom poczucia koherencji w porównaniu do osób po przebytych zawale serca” dane źródłowe wykazały, że osoby zdrowie wykazują zarówno większą Zrozumiałość, Zaradność, Sensowność i poczucie koherencji w ujęciu ogólnym aniżeli osoby po przebytych zawale serca. Uzyskane wyniki są spójne z literaturą przedmiotu.

Dla drugiej hipotezy która brzmiała: „Osoby zdrowie uzyskują wyższe wyniki dla poczucia jakości życia w porównaniu do osób po przebytych zawale serca” dane źródłowe wykazały, że przebyta choroba różnicuje poczucie satysfakcji z życia. Osoby zdrowie uzyskują

## Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

wyższe wyniki dla satysfakcji z życia aniżeli osoby po przebytych zawałach serca. Uzyskane dane są spójne z literaturą przedmiotu. W opinii Sierakowskiej (2004) na jakość życia przewlekle chorych pacjentów, wpływają czynniki takie jak: płeć, wiek, choroba i jej przebieg, pełnienie ról społecznych, potencjał sił adaptacyjnych, możliwości osobnicze, oraz procesy radzenia sobie z chorobą. Literatura przedmiotu wskazuje, że choroba obniża poczucie jakości życia, jednak stan ten w ujęciu czasowym wyznaczają zasoby osobiste jednostki w tym poczucie koherencji czy akceptacja choroby.

Dla trzeciej hipotezy która brzmiała: „Kobiety uzyskują wyższe wyniki dla akceptacji choroby w porównaniu do mężczyzn” dane źródłowe wykazały, że płeć nie różnicuje poczucia akceptacji choroby wśród osób po przebytych zawałach serca.

Dla czwartej hipotezy, która brzmiała: „Im wyższe poczucie koherencji tym większe poczucie satysfakcji z życia” dane źródłowe wykazały, że ma miejsce związek pomiędzy zrozumiałością a poczuciem satysfakcji z życia w grupie osób po odbytych zawałach serca. Im większe nasilenie Zrozumiałości tym większe poczucie satysfakcji z życia. Uzyskane dane są częściowo spójne z literaturą przedmiotu.

Dla piątej hipotezy która brzmiała: „Im większa akceptacja choroby tym większe poczucie satysfakcji z życia” dane źródłowe wykazały, że nie ma związku pomiędzy akceptacją choroby a poczuciem satysfakcji z życia w grupie osób po odbytych zawałach serca. Uzyskane dane nie są spójne z literaturą przedmiotu. Według Juczyńskiego (2001) im większa akceptacja choroby tym lepsze przystosowanie się do ograniczeń wywołanych chorobą.

W ocenie autorki, niniejsza praca posiada użyteczność społeczną. Mimo, że jest wiele opracowań na temat zasobów osobistych w chorobach psychosomatycznych, to i tak dla większości z nas świadomość następstw chorób przewlekłych jest znikoma. Dlatego ważne jest aby nagłaśniać istotne zasoby osobistych, które niejako stanowią bufor dla następstw, w naszym przypadku, następstw po przebytych zawałach serca.

# Uzyskaj pomoc - poprawprac.pl

## Dyskusja wyników

Zawał serca może spotkać każdego, coraz częściej młodych w pełni sił produkcyjnych, zazwyczaj jest skutkiem niewłaściwego trybu życia, nieodpowiedniego odżywiania, palenia papierosów. Zrozumienie czynników, które prowadzą do zawału to istotny element powrotu pacjenta do zdrowia, ułatwia też działania profilaktyczne. Podstawową wiedzę na temat zawału serca, a także zapobieganiu wielu czynnikom ryzyka powinna mieć także rodzina osoby chorej, gdyż ma to bardzo duże znaczenie w leczeniu i rehabilitacji a także ochronie przed nawrotami choroby. Poważne znaczenie ma pobyt pacjenta w szpitalu uzdrowskim, w którym pacjent po zawale na nowo „uczy się żyć” oraz w pełni korzystać z życia. Pacjent, który jest prawidłowo leczony, gdy jest poddany treningowi fizycznemu ma szansę powrotu do normalnej aktywności fizycznej. Podstawowym zadaniem w rehabilitacji kardiologicznej we wczesnym okresie po przebytych zawale serca jest zapobieganie akinezji, a w późniejszym okresie podnoszenie wydolności fizycznej i utrzymanie tej aktywności na najlepszym dla chorego poziomie. Zawał mięśnia sercowego w wielu przypadkach stanowi sytuację, która zaskakuje chorego i jego rodzinę. Bezpośrednie zagrożenie życia chorego zjawia się nagle, „otarcie się chorego o śmierć” powoduje wiele negatywnych reakcji w ludzkiej psychice, jest bardzo silnym stresem, wręcz sytuacją kryzysową, która dotyka podstaw życia człowieka, a także jego relacji z całym otoczeniem. Zagroza też dotychczasowym wartościom i ingeruje w życie każdej jednostki, zmusza do dużego wysiłku przystosowania się do zmienionej sytuacji. Jest także swojego rodzaju okazją do zmian hierarchii wartości, odkrycia nowych zasobów i mobilizacji możliwości twórczych. Już w ostrej fazie wystąpienia zawału oraz bezpośrednio po niej chory dokonuje „bilansu przyczyn i następstw”, jakie spowodowała choroba gdy gwałtownie przerywa dotychczasowe życie, jest pełen obaw o dalszy los, w chorobie towarzyszy mu lęk, silna depresja, troska o najbliższe osoby, o ich zabezpieczenie materialne, do tego dołącza się obawa o zawodowe i społeczne funkcjonowanie, świadomy jest zagrożenia życia.