

Maciej Wilski

Obraz siebie pacjentów po zawale serca a postawa troski o siebie

Self-image after myocardial infarction and self-care attitude

Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu, Katedra Kultury Fizycznej Osób Niepełnosprawnych
Correspondence to: Dr Maciej Wilski, Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu, Katedra Kultury Fizycznej Osób Niepełnosprawnych, ul. Królowej Jadwigi 27/39, 61-871 Poznań, tel.: 601 839 377, e-mail: mwilski@wp.pl

Projekt finansowany przez MNiSW – BW, nr projektu: N N106 1824 33

Project funded by MNiSW – BW, No.: N N106 1824 33

Streszczenie

Wstęp: Jednym z czynników zwiększających skuteczność rehabilitacji i przyspieszających proces zdrowienia oraz powrotu do społeczeństwa osób po zawałach serca może być postawa troski o siebie. W związku z powyższym zasadne wydaje się poszukiwanie takich czynników, które wpłynąć będą na poziom troski o siebie. Ocena samego siebie należy do najistotniejszych wyznaczników efektywności radzenia sobie i podejmowania zachowań zdrowotnych. Biorąc pod uwagę, że zachowania zdrowotne traktować można jako behawioralny przejaw postawy troski o siebie, istnieje prawdopodobieństwo, że związek między obrazem siebie a postawą troski o siebie okaże się równie silny. **Cel:** Celem badań było określenie siły związku między poziomem obrazu siebie a postawą troski o siebie i rodzajami troski o siebie pacjentów po zawałach serca. **Metody:** Badaniami zostało objętych 127 osób, które przeszły zawał serca po raz pierwszy i nie miały innych poważnych chorób towarzyszących. Przebadanych zostało 28 kobiet i 99 mężczyzn, w przedziale wiekowym 39-81 lat, średnia wieku wynosiła 57,74 roku. Badanie polegało na wypełnieniu kwestionariusza KTS mierzącego poziom troski o siebie oraz kwestionariusza OS mierzącego poziom obrazu siebie. Wyniki badań poddano analizie statystycznej i omówieniu. **Wyniki:** Analiza poziomu troski o siebie i obrazu siebie pacjentów po zawałach serca wykazała silny związek między tymi zmiennymi na poziomie istotności 0,01. Związek ten ma charakter liniowy i oznacza, że im wyższy poziom obrazu siebie, tym wyższy poziom troski o siebie. Reguła ta dotyczy każdego z wymiarów troski, a więc odpowiedzialności, zaangażowania i perspektywy przyszłościowej oraz każdego z rodzajów troski o siebie. **Wnioski:** Przeprowadzone badania wykazały silny związek między poziomem i rodzajami troski o siebie a poziomem obrazu siebie osób po zawałach serca. Okazało się, że im wyższy poziom obrazu siebie po przebytych zawałach serca, tym wyższy poziom troski o siebie i pełniejsza troska o siebie. W związku z powyższym należy zwiększać u pacjenta poziom akceptacji samego siebie, gdyż w przypadku osób po zawałach serca ma to niezwykle istotne znaczenie dla kształtowania postawy troski o siebie. Zmiana obrazu siebie z negatywnego na pozytywny może w bezpośredni sposób przelożyć się na zwiększenie poziomu troski o samego siebie.

Słowa kluczowe: troska o siebie, obraz siebie, zawał serca, rehabilitacja kardiologiczna, skuteczność rehabilitacji

Summary

Introduction: One of the factors which increase the rehabilitation efficacy and accelerate the convalescence and return to society of the patients after myocardial infarction may be the self-care attitude. Therefore it seems justifiable to seek such factors which will affect the self-care level. Self-estimation belongs to the most important determinants of coping efficacy and undertaking health behaviours. Considering that health behaviours may be treated as a behavioural manifestation of the self-care attitude, it is probable that the correlation between the self-image and self-care attitude appears to be strong. **Aim:** The aim of the research was determination of the strength of the correlation between the level of self-image and self-care attitude as well as the care types in patients after myocardial infarction. **Methods:** The study involved 127 persons who

had myocardial infarction for the first time and did not undergo any other severe concomitant illnesses. The study covered 28 women and 99 men aged from 39 to 81, with the average age 57.74. The study consisted in completing the KTS questionnaire measuring the self-care level and OS questionnaire measuring the self-image level. The results were analysed statistically and discussed. **Results:** Analysis of the levels of self-care and self-image in patients after myocardial infarction showed a strong correlation between those variables at the 0.01 significance level. It is a linear correlation which means that the higher the self-image level, the higher the self-care level. This rule applies to each of the care dimensions, i.e. responsibility, involvement and future perspective as well as each of the types of self-care. **Conclusions:** The research indicated a strong correlation between the self-care level and types and the self-image level in those who underwent myocardial infarction. It appeared that the higher the self-image level after myocardial infarction, the higher the self-care level and the fuller the self-care. Therefore the self-acceptance level should be increased in the patient, because in the case of those who underwent myocardial infarction it is extremely important for development of the self-care attitude. A change in the self-image from negative into positive may be directly translated into an increase in the self-care level.

Key words: self-care, self-image, myocardial infarction, cardiac rehabilitation, rehabilitation efficacy

WPROWADZENIE

W literaturze poświęconej problematyce psychologicznej osób po zawałach serca wyróżnić można trzy zasadnicze kierunki badań. W pierwszym z nich badacze podejmują próbę rozpoznania, jakie czynniki psychologiczne decydują o tym, że jednostka narażona jest na większe ryzyko przejścia zawału serca. Bada się tu szczególnie zależności między typami zachowań i osobowości a zapadalnością na różnego rodzaju choroby układu krążenia⁽¹⁻²⁾. Drugi kierunek badań skupia się przede wszystkim na konsekwencjach psychospołecznych przebycia zawału serca. Najczęściej problematyka tych badań dotyczy reakcji emocjonalnych będących następstwem przebycia zawału serca, ich związku z procesem zdrowienia oraz przystosowania do życia po zawałe⁽³⁻⁵⁾. Trzeci kierunek badań koncentruje się na poszukiwaniu czynników psychospołecznych zwiększających skuteczność procesu rehabilitacji kardiologicznej⁽⁶⁻⁹⁾. Ten ostatni kierunek cechuje się obecnie największą dynamiką rozwoju. Wraz z postępem medycyny zmianom podlega charakterystyka osób po zawałach, zmieniają się ich problemy i potrzeby. Jeżeli rehabilitacja kardiologiczna ma być skuteczna, musi nadążać za tymi zmianami i poszukiwać nowych dróg zwiększania własnej efektywności.

Do najważniejszych czynników zwiększających skuteczność rehabilitacji należy motywacja własna i osobiste zaangażowanie jednostki. Pełne zaangażowanie chorego w działania mające na celu poprawę jego sytuacji zdrowotnej i społecznej jest podstawowym celem wszystkich poczynań rehabilitacyjnych⁽¹⁰⁾. Bez osobistego i autentycznego zaangażowania chorego po zawałe nie ma szans na wprowadzenie pozytywnych zmian w jego życiu. Jeżeli nawet podejmie on rehabilitację kardiologiczną, to jej efektywność z czasem okaże się znikoma.

Biorąc pod uwagę powyższe konstatacje, zasadne wydaje się poszukiwanie takich czynników, które będą wpływać na zaangażowanie pacjenta w działania mające na celu poprawę własnego stanu zdrowia. Jednym z takich czynników, zwiększających skuteczność rehabilitacji i przyspieszających proces zdrowienia oraz powrotu do społeczeństwa osób po zawałach serca, może być postawa troski o siebie.

INTRODUCTION

Literature dedicated to psychological problems in those who underwent myocardial infarction delineates three basic trends of studies. In the first one the researchers make an attempt to recognize which psychological factors decide that an individual is exposed to a higher risk of myocardial infarction. Examined here are particularly the correlations between the types of behaviours and personalities and incidence of various circulation system diseases⁽¹⁻²⁾. The second trend is mostly focussed on psychosocial consequences of the past myocardial infarction. Usually these studies deal with emotional reactions aroused by the past myocardial infarction, their correlation with the convalescence process and adjustment to life after myocardial infarction⁽³⁻⁵⁾. The third trend is focussed on searching for psychosocial factors which increase the efficacy of the cardiac rehabilitation process⁽⁶⁻⁹⁾. That trend is presently characterized by the highest developmental dynamics. With progress in medicine, the characteristics of those who underwent myocardial infarction, their problems and needs change. If cardiac rehabilitation is to be effective, it must keep up with these changes and seek new ways of increasing its efficacy.

The most important factors increasing the rehabilitation efficacy comprise the individual's own motivation and personal involvement. The patients' full involvement in the activities aimed at an improvement of her/his health and social situation is the basic purpose of all rehabilitation measures⁽¹⁰⁾. Without the myocardial infarction patient's genuine personal involvement there is no chance to introduce positive changes in her/his life. Even if such a person undertakes cardiac rehabilitation, with time its efficacy appears slight only.

Considering the above statements, it seems justifiable to seek such factors which will contribute to the patient's involvement in activities aimed at an improvement of her/his health. One of such factors, increasing rehabilitation efficacy and accelerating the convalescence process and return to social life of those who underwent myocardial infarction, may be the self-care attitude.

Analysis of the existing outlooks on the care enables to elicit certain constant traits attributed to the self-care notion.

Analiza dotychczasowych poglądów na temat troski umożliwia wydobycie pewnych stałych właściwości przypisywanych pojęciu troski o samego siebie. Wydaje się, iż trudno mówić o trosce, jeżeli nie uwzględnimy pojawienia się trzech elementów, które ją konstrytuują: a) zaangażowania się w poprawę aktualnego położenia życiowego, b) poczucia odpowiedzialności za własne życie oraz c) rozpatrywania własnego życia w perspektywie jego przyszłego rozwoju⁽¹¹⁻¹⁴⁾. W oparciu o powyższe założenie troskę należy rozumieć jako specyficzną postawę jednostki charakteryzującą się: a) zaangażowaniem w poprawę aktualnego położenia życiowego, b) poczuciem odpowiedzialności za własne życie oraz c) rozpatrywaniem własnego życia w perspektywie jego przyszłości. Następnym takiej postawy powinny być wszelkiego rodzaju intencje i działania prowadzące do poprawy własnej sytuacji życiowej i rozwoju osobistego. Przejawy tak zdefiniowanej troski powinny być widoczne na wszystkich płaszczyznach działalności człowieka: psychicznej, fizycznej i społecznej. Inaczej mówiąc, możemy wyróżnić trzy rodzaje troski o siebie: troskę o funkcjonowanie fizyczne, troskę o funkcjonowanie psychiczne, troskę o funkcjonowanie społeczne. Biorąc pod uwagę znaczenie przyjęcia postawy troski o siebie dla procesu zdrowienia, zasadne wydaje się poszukiwanie czynników mających wpływ na jej kształtowanie. Jednym z takich czynników może być obraz siebie po zawale.

Ocena samego siebie jest jednym z najistotniejszych wyznaczników efektywności radzenia sobie i podejmowania zachowań zdrowotnych. Meuhlenkamp i Sayles⁽¹⁵⁾ wykazali w swoich badaniach, że pozytywny obraz siebie istotnie wiąże się z czynnościami podejmowanymi na co dzień w celu ochrony zdrowia. Według badań przeprowadzonych na młodzieży przez Steina i wsp.⁽¹⁶⁾ niski poziom oceny samego siebie wiąże się także z zachowaniami określanymi jako ryzykowne ze zdrowotnego punktu widzenia. Z kolei Torres i Fernandez⁽¹⁷⁾ stwierdzili, że wysoki poziom samooceny u młodzieży znacząco wpływa na ilość i jakość podejmowanych zachowań zdrowotnych. W innych badaniach Seydel i wsp.⁽¹⁸⁾ wykazali, że samoocena własnych możliwości działania jest najsilniejszym predykatorem podejmowania działań prewencyjnych, zmniejszających ryzyko nowotworu. Teza ta znajduje potwierdzenie w badaniach metaanalitycznych Trafimowa i jego zespołu⁽¹⁹⁾ ukazujących wysoki poziom samooceny jako silny czynnik prognostyczny zarówno samej inicjacji, jak i utrzymania zachowań zdrowotnych. Niewątpliwie pozytywny obraz samego siebie skutkuje wyższym poczuciem własnej skuteczności, a ta pozytywnie koreluje z podejmowaniem aktywności fizycznej⁽²⁰⁾, zachowaniami zabezpieczającymi przed AIDS⁽²¹⁾ czy też angażowaniem się w rehabilitację kardiologiczną⁽²²⁾. Biorąc pod uwagę, że zachowania zdrowotne traktować będziemy jako behawioralny przejaw postawy troski o siebie, możemy przyjąć, że związek między obrazem siebie a postawą troski o siebie okaże się równie silny. Ustalenie tej zależności jest głównym celem niniejszej pracy.

MATERIAŁ I METODA

Badania zostały przeprowadzone w specjalistycznym ośrodku rehabilitacyjnym zajmującym się usprawnianiem osób ze scho-

It seems that we could hardly speak of the care if we do not consider the occurrence of three elements which constitute it: a) involvement in improvement of the current life situation, b) sense of responsibility for one's own life, and c) considering one's own life in view of its future development⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Basing on the above assumption, the care should be understood as the individual's specific attitude characterized by: a) involvement in an improvement of one's current life situation, b) sense of responsibility for one's own life and c) considering one's own life in its future perspective. A consequence of such an attitude should be all types of intentions and activities contributing to improvement in one's own life situation and personal development. The signs of the care defined in this way should be visible on all planes of human activities: mental, physical and social. To put it differently, we can single out three types of self-care: care about physical functioning, care about mental functioning and care about social functioning. Considering the importance of adopting the self-care attitude for the convalescence process, it seems justifiable to seek the factors which would affect its development. One of such factors may be the self-image after myocardial infarction.

Self-estimation is one of the most important determinants of coping efficacy and undertaking health behaviours. Meuhlenkamp and Sayles⁽¹⁵⁾ indicated in their studies that a positive self-image is significantly correlated with activities undertaken every day for health protection. According to the studies carried out among adolescents by Stein et al.⁽¹⁶⁾ a low level of self-estimation is also connected with the behaviours defined as risky in health respect. On the other hand, Torres and Fernandez⁽¹⁷⁾ said that a high level of self-estimation in adolescents significantly affects the amount and quality of undertaken health behaviours. In other studies Seydel et al.⁽¹⁸⁾ indicate that self-estimation of one's own possibilities of action is the strongest predictor of taking up preventive measures reducing the risk of cancer. This thesis was confirmed in meta-analytical studies carried out by Trafimow et al.⁽¹⁹⁾ showing a high level of self-estimation as a strong prognostic factor both of the sheer initiation and maintenance of health behaviours. Undoubtedly, a positive self-image results in a higher sense of one's own efficacy, which in turn positively correlates with undertaking the physical activity⁽²⁰⁾, behaviours securing against AIDS⁽²¹⁾ or involvement in cardiac rehabilitation⁽²²⁾.

Considering that we shall treat health behaviours as a behavioural sign of the self-care attitude, we can assume that a correlation between the self-image and self-care attitude will appear to be equally strong. Finding out this correlation is the main purpose of this article.

MATERIAL AND METHOD

The studies were carried out in a specialist rehabilitation centre dealing with rehabilitation of patients with cardiac diseases. The studies covered 127 persons who underwent myocardial infarction for the first time and did not have any other severe concomitant diseases. The age, gender, education and dwelling place were not the qualifying criteria. The subjects

zrzeniami kardiologicznymi. Badaniami objęto 127 osób, które przeszły zawał serca po raz pierwszy i nie miały innych poważnych chorób towarzyszących. Wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania nie były kryteriami kwalifikującymi. Przebadano 28 kobiet i 99 mężczyzn, w przedziale wiekowym 39-81 lat, średnia wieku wynosiła 57,74 roku. Zdecydowana większość badanych mieściła się w przedziale wiekowym 50-69 lat.

Procedura badania każdorazowo przebiegała według tego samego schematu. Każda osoba była pytana o zgodę na udział w badaniach, została dokładnie poinformowana o ich procedurze i celu, w razie potrzeby udzielono jej wszelkich wyjaśnień dotyczących sposobu wypełniania kwestionariusza. Jeżeli osoba badana wyraziła zgodę, wręczano jej kwestionariusz do pomiaru postawy troski o siebie (KTS) i kwestionariusz służący do pomiaru obrazu siebie (OS).

Kwestionariusz troski o siebie (KTS), służący do pomiaru intensywności i rodzajów postawy troski o siebie, został opracowany na potrzeby badania. Proces konstrukcji kwestionariusza przebiegał z zachowaniem wszystkich zasad wymaganych podczas standaryzacji nowego narzędzia badawczego. Do ostatecznej wersji kwestionariusza wybrano 45 twierdzeń, po 15 na każdy z komponentów postawy troski (zaangażowania, odpowiedzialności i perspektywy przyszłościowej), w tym po 5 odnoszących się do funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego. Skala pomiarowa była wzorowana na skali Likerta. Badani mieli za zadanie ocenić każde twierdzenie na pięciopunktowej skali szacunkowej (1 – całkowicie zgadzam się, 2 – zgadzam się, 3 – nie mam zdania, 4 – nie zgadzam się, 5 – całkowicie się nie zgadzam). Każda odpowiedź była punktowana od 1 do 5, suma punktów dla wszystkich twierdzeń dała wynik końcowy. Kwestionariusz KTS zawiera skalę do pomiaru poziomu ogólnej postawy troski o siebie (skala OPT). Maksymalna liczba punktów do zdobycia w tej skali wynosi 225 i oznacza wysoki poziom troski o siebie; liczba minimalna to 45, oznacza niski poziom troski o siebie.

Poza ogólnym poziomem troski kwestionariusz KTS umożliwia także pomiar poszczególnych rodzajów troski. Służą do tego: skala PTF – mierząca postawę troski o funkcjonowanie fizyczne, skala PTP – mierząca postawę troski o funkcjonowanie psychiczne, skala PTS – mierząca postawę troski o funkcjonowanie społeczne. Ponadto kwestionariusz pozwala na oddzielny pomiar wymiarów troski, a więc: zaangażowania, odpowiedzialności oraz perspektywy przyszłościowej. W przypadku tych podskal maksymalna liczba punktów do zdobycia wynosi 75 i oznacza wysoki poziom mierzonej zmiennej; najmniej można było uzyskać 15 punktów, co oznacza niski poziom mierzonej zmiennej.

Kwestionariusz poddano także ocenie rzetelności. Współczynniki α -Cronbacha dla poszczególnych skal wyniosły: OPT=0,89, PTF=0,76, PTP=0,72, PTS=0,702, zaangażowanie = 0,69, odpowiedzialność = 0,71, perspektywa przyszłościowa = 0,84. Można więc uznać, że poszczególne podskale charakteryzowały się wysokim poziomem rzetelności.

Do pomiaru obrazu siebie została wykorzystana podskala służąca do pomiaru obrazu siebie (OS) z kwestionariusza SOPER (Skala Oceny Psychologicznej Efektywności Rehabilitacji)

were 28 women and 99 men aged 39-81, the average age was 57.74. A vast majority of the subjects were within the 50-69 age range.

The research procedure each time followed the same schema. Each person was asked for a consent for participation in the studies and was precisely informed about their procedure and aim, when necessary such a person was given all explanations on how to complete the questionnaire. Once the consent was expressed, the person was given the questionnaire measuring the self-care attitude (KTS) and the questionnaire measuring the self-image (OS).

The Self-Care Questionnaire (KTS), used to measure the intensity and type of the self-care attitude, was worked out specifically for this study. The questionnaire construction process complied with all principles required during standardization of a new research instrument. For the final version of the questionnaire 45 statements were selected, 15 for each of the components of the care attitude (involvement, responsibility and future perspective), of this 5 statements referred to physical, mental and social functioning. The measurement scale was modelled after the Likert scale. The subjects were to evaluate each statement on the five-score estimation scale (1 – I definitely agree, 2 – I agree, 3 – I neither agree nor disagree, 4 – I disagree, 5 – I definitely disagree). Each answer was scored from 1 to 5, total scores for all statements gave the final result. The KTS questionnaire contains a scale measuring the level of general self-care attitude (OPT scale). The maximum number of achievable scores on this scale reaches 225 and means a high level of self-care; a minimum number is 45 which means a low level of self-care.

Apart from the general level of care, questionnaire KTS enables also the measurement of respective types of care. The following scales are used for this: PTF scale measuring the care of physical functioning, PTP scale measuring the care of mental functioning, and PTS scale measuring the care of social functioning. Besides, the questionnaire allows for a separate measurement of care dimensions, i.e. involvement, responsibility and future perspective. In the case of these subscales the maximum number of achievable scores reaches 75 and means a high level of the measured variable; the least achievable number of scores was 15, which means a low level of the measured variable.

The questionnaire was also subjected to evaluation of reliability. The α -Cronbach coefficients for respective scales amounted to: OPT=0.89, PTF=0.76, PTP=0.72, PTS=0.702, involvement = 0.69, responsibility = 0.71, future perspective = 0.84. So we can acknowledge that individual subscales were characterized by a high level of reliability.

The self-image was measured using the subscale for the self-image measurement (OS) from questionnaire SOPER (Scale of Rehabilitation Efficacy Psychological Evaluation) by J. Tylka. This method was worked out for patients subjected to cardiac rehabilitation and was constructed following the model of Likert scale. OS scale consists of 21 statements relating to the self-image defined as the "organized system of attitudes towards one's »self«, based on one's own possibilities, appearance, position among people, attitude, outlooks and needs"⁽²³⁾.

J. Tyłki. Metoda ta została opracowana z myślą o pacjentach poddawanych rehabilitacji kardiologicznej i skonstruowana na wzór skali Likerta. Skala OS składa się z 21 twierdzeń dotyczących obrazu siebie określanego jako „zorganizowany system nastawień wobec własnego »ja«, skonstruowany na podstawie własnych możliwości, wyglądu, pozycji wśród ludzi, postawy, poglądów i potrzeb”⁽²³⁾. Badany udziela odpowiedzi poprzez zaznaczenie tej kategorii, która odzwierciedla stopień akceptacji przez niego danego stwierdzenia. Odpowiedzi punktowane są od 1 do 5 zgodnie z opracowanym kluczem. Maksymalna liczba punktów do zdobycia wynosi 105 i oznacza wysoki obraz siebie, minimalna wynosi 21 punktów i oznacza niski obraz siebie. Otrzymane wyniki surowe przekłada się na skalę stenową. Współczynnik rzetelności dla tej skali wynosi 0,86. Badani najpierw wypełniali kwestionariusz do pomiaru postawy troski o siebie (KTS), a następnie kwestionariusz służący do pomiaru obrazu siebie (OS). Badanych proszono, by wypełnili je w swoich pokojach indywidualnie. Dostawali na to dowolną ilość czasu. Wszystkie badania przeprowadzono w godzinach przedpołudniowych, w przerwach między ćwiczeniami. Średni czas całego badania jednej osoby wynosił 10 minut. Po przeprowadzeniu badań wyniki zostały obliczone i poddane analizie statystycznej przy pomocy programu SPSS.

WYNIKI

Zanim przejdę do analizy związku między obrazem siebie a postawą troski o siebie, warto przedstawić graficznie rozkład wyników uzyskanych w kwestionariuszu OS służącym do pomiaru obrazu siebie osób po zawałach serca (rys. 1).

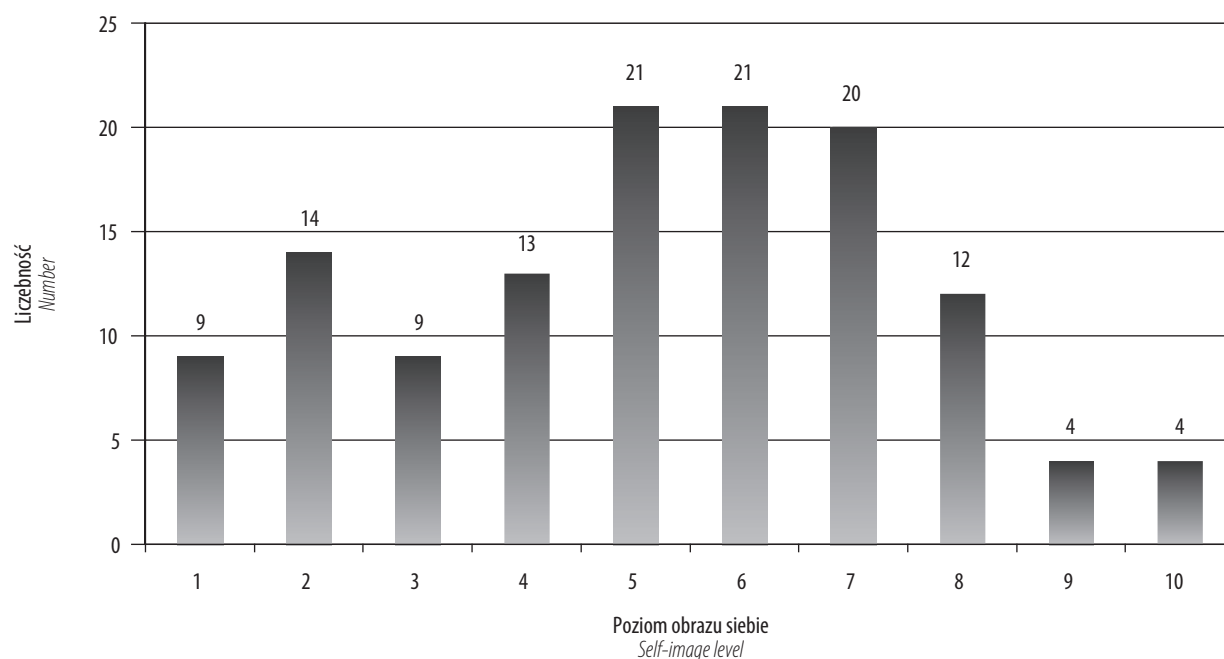
The subject gives a reply by marking the category which reflects the degree of her/his acceptance of a given statement. The answers are scored from 1 to 5 pursuant to a given key. The maximum number of achievable scores amounts to 105 and means a high self-image, whereas the minimum number reaches 21 scores and means a low self-image. The obtained raw results are translated into standard ten. The reliability coefficient for this scale amounts to 0.86.

The subjects first completed the questionnaire for measurement of the self-care attitude (KTS), and subsequently the questionnaire for measurement of the self-image (OS). The subjects were asked to complete them in their rooms individually. They were allowed unlimited time to do that. All the studies were carried out in late morning hours, during the breaks between exercises. The average time of the whole examination of one person reached 10 minutes. After the studies, the results were calculated and subjected to statistical analysis with the SPSS programme.

RESULTS

Before I get down to the analysis of the correlation between the self-image and the self-care attitude, it is worthwhile presenting graphically the distribution of the results obtained in the OS questionnaire measuring the self-image in patients after myocardial infarction (fig. 1).

The figure presenting the self-image level in those who underwent myocardial infarction approximates the normal distribution. The group of people presenting the medium self-image, ranging between the 4th and 7th standard sten, constitutes over



Rys. 1. Rozkład wyników uzyskanych na skali OS mierzącej poziom obrazu siebie u osób po zawałach serca

Fig. 1. Distribution of the results obtained on OS scale measuring the self-image level in patients after myocardial infarction

Wykres prezentujący poziom obrazu siebie u osób po zawale serca zbliżony jest do rozkładu normalnego. Grupa osób prezentujących średni poziom obrazu siebie, znajdująca się w przedziale między 4. a 7. stenem, stanowi ponad 58% wszystkich badanych. Najmniej licznie reprezentowana jest grupa osób z wysokim i bardzo wysokim poziomem obrazu siebie, gdyż stanowi tylko nieco ponad 15% ogółu. Zdecydowanie liczniejsza jest grupa osób z niskim poziomem obrazu siebie – przekracza 25% całości badanej grupy. Można tym samym stwierdzić, że poziom obrazu siebie u osób po zawałach serca jest średni. Niewielka jest liczba osób z wysokim poziomem obrazu siebie, natomiast osoby z niskim poziomem obrazu siebie stanowią 1/4 wszystkich badanych.

W celu oceny związku między poziomem obrazu siebie a postawą troski o siebie, jaką przejawiają osoby po zawałach serca, porównano wyniki trzech grup, uzyskane w kwestionariuszu mierzącym poziom troski o siebie. Podziału grup dokonano w następujący sposób: osoby, które uzyskały wyniki od 1 do 3 w skali stenowej służącej do pomiaru obrazu siebie, zaliczono do grupy osób z niskim poziomem obrazu siebie (grupa stanowiła 25% całości); osoby, które uzyskały wyniki od 4 do 6, zaliczono do grupy osób ze średnim poziomem obrazu siebie (grupa stanowiła 43,5% ogółu); osoby, które uzyskały wyniki od 7 do 10, zaliczono do grupy osób z wysokim poziomem obrazu siebie (grupa stanowiła 31,5% ogółu). W celu sprawdzenia istotności różnic między poszczególnymi grupami, ze względu na homogeniczność wariacji porównywanych grup, wykorzystano jednoczynnikową analizę wariacji (ANOVA). Dane porównujące rozkład średnich w poszczególnych grupach oraz analizę wariacji przedstawia tabela 1.

Jak wynika z przedstawionych w tabeli danych, poziom ogólnej troski o siebie jest zdecydowanie najwyższy w grupie osób z wysokim poziomem obrazu siebie (175,4 punktu). Z kolei najniższy poziom troski o siebie zaobserwowano w grupie osób z niskim poziomem obrazu siebie (126 punktów). Podobna tendencja widoczna jest w przypadku poszczególnych wymiarów troski o siebie, a więc odpowiedzialności, zaangażowania i perspektywy przyszłościowej. Szczególnie duże różnice można zaobserwować między osobami mającymi wysoki i niski poziom obrazu siebie. W przypadku odpowiedzialności różnica ta wynosi 15 punktów, w przypadku zaangażowania 18 punktów, natomiast w przypadku perspektywy przyszłościowej 17 punktów.

Analiza odchyłeń standardowych pozwala stwierdzić, że najbardziej spójną grupą pod względem ogólnego poziomu troski o siebie jest grupa osób ze średnim poziomem obrazu siebie. Oznacza to, że wśród osób, które oceniają siebie w sposób umiarkowany, jest najmniejsza liczba osób ze skrajnymi wynikami na skali ogólnego poziomu troski o siebie. Z kolei grupy z niskim i wysokim poziomem obrazu siebie cechuje znacznie większe zróżnicowanie interindywidualne.

Jak wskazują wyniki przeprowadzonej analizy, różnice między grupami okazały się znamienne przy poziomie istotności 0,01. Świadczy to o tym, że istnieje silny związek między poziomem obrazu siebie a poziomem troski o siebie. Związek ten ma charakter liniowy i oznacza, że im wyższy poziom obrazu siebie,

58% of all the subjects. The least numerous represented is the group with a high and very high self-image level, because it constitutes only a little above 15% of the whole. Much more numerous is the group of people with a low self-image – it exceeds 25% of the whole investigated group. Therefore we can say that the self-image level after the myocardial infarction is medium. The number of people with a high self-image level is insignificant, while those with a low self-image level constitute 1/4 of all the subjects.

To evaluate the correlation between the self-image and self-care attitude after myocardial infarction, the results of three groups, obtained in the self-care measuring questionnaire, were compared. The groups were divided as follows: the persons who obtained results from 1 to 3 on the standard sten scale used to measure the self-image were counted among those in the low self-image group (the group constituted 25% of the whole); the persons who obtained results from 4 to 6 were counted among the medium self-image group (the group constituted 43.5% of the whole); the persons who obtained results from 7 to 10 were counted among the high self-image level group (the group constituted 31.5% of the whole). To check the significance of differences between the respective groups, due to the homogeneity of the variance of the compared groups the one-factor variance analysis (ANOVA) was used. The data comparing the distribution of average values in respective groups and the variance analysis are presented in table 1.

As results from the data presented in the table, the general self-care level is definitely the highest in the group with a high self-image level (175.4 scores). Instead, the lowest self-care level was observed in the group with a low self-image level (126 scores). A similar tendency is visible in the case of respective self-care dimensions, i.e. responsibility, involvement and future perspective. Particularly high differences may be observed between those with a high and low self-image level. In the case of responsibility this difference amounts to 15 scores, in the case of involvement – 18 scores, whereas in the case of the future perspective – 17 scores.

Analysis of standard deviations allows to state that the most coherent group in respect of the general self-care level is the medium self-image level group. This means that among those who evaluate themselves in a moderate way there is the lowest number of the people with extreme results on the scale of the general self-care level. On the other hand, the groups with a low and high self-image level are characterized by a much higher inter-individual differentiation.

As indicated by the results of the analysis, the differences between the groups appeared to be significant at the 0.01 significance level. This proves that there is a strong correlation between the self-image level and the self-care level. It is a linear correlation which means that the higher the self-image level, the higher the self-care level. This rule refers also to each of the care dimensions, i.e. responsibility, involvement and future perspective.

To illustrate better the relations indicated in the analysis, additionally presented in fig. 2 was a comparison of the distribution of results obtained on the scale of respective self-care dimensions by those with a low, medium and high self-image level.

	Poziom obrazu siebie <i>Self-image level</i>	N	Średnia <i>Average value</i>	Odchylenie standardowe <i>Standard deviation</i>	Istotność <i>Significance</i>
Ogólny poziom troski o siebie <i>General self-care level</i>	Niski <i>Low</i>	30	126,2	23,3	0,000*
	Średni <i>Medium</i>	54	152,7	16,3	
	Wysoki <i>High</i>	39	175,4	22,9	
Odpowiedzialność <i>Responsibility</i>	Niski <i>Low</i>	31	43,9	8,3	0,000*
	Średni <i>Medium</i>	54	51,1	6,7	
	Wysoki <i>High</i>	40	58,9	6,7	
Zaangażowanie <i>Involvement</i>	Niski <i>Low</i>	31	39,3	10,1	0,000*
	Średni <i>Medium</i>	55	48,8	6	
	Wysoki <i>High</i>	40	57,5	8,6	
Perspektywa przyszłościowa <i>Future perspective</i>	Niski <i>Low</i>	32	42,7	8,2	0,000*
	Średni <i>Medium</i>	55	52,6	6,6	
	Wysoki <i>High</i>	39	59,1	9,5	

* p<0,05; **p<0,01

Tabela 1. Średnie wyniki uzyskane na skali ogólnego poziomu troski o siebie i jej wymiarów w zależności od poziomu obrazu siebie
Table 1. Average results obtained on the scale of general self-care level and its dimensions depending on the self-image level

tym wyższy poziom troski o siebie. Reguła ta dotyczy także każdego z wymiarów troski, a więc odpowiedzialności, zaangażowania i perspektywy przyszłościowej.

W celu lepszego zilustrowania wykazanych w analizie zależności na rys. 2 przedstawiono dodatkowo porównanie rozkładu wyników uzyskanych na skali poszczególnych wymiarów troski o siebie przez osoby z niskim, średnim i wysokim poziomem obrazu siebie.

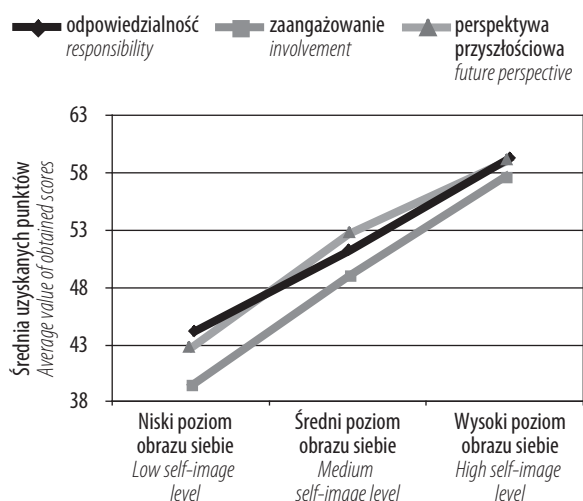
Rysunek ten nie wymaga specjalnego komentarza, gdyż wyraźnie wskazuje, że wraz ze wzrostem poziomu obrazu siebie wzrasta poziom troszczenia się o siebie. Związek ten ma zdecydowanie charakter liniowy. W sposób jednoznaczny wynika z tego, że osoby po zawałach serca posiadające wysoki obraz siebie cechują się jednocześnie wyższym poziomem troski o siebie niż osoby o niższym obrazie siebie.

W celu weryfikacji związku między rodzajami troski o siebie a poziomem obrazu siebie dokonano podziału grup na takiej samej zasadzie jak w przypadku weryfikacji poprzedniego związku. Aby sprawdzić istotność statystycznych różnic ze względu na homogeniczność wariancji porównywanych grup posłużono się jednoczynnikową analizą wariancji (ANOVA). Dane porównujące rozkład średnich w poszczególnych rodzajach troski oraz analizę wariancji przedstawia tabela 2.

The above figure does not require any special comment, because it clearly indicates that along with an increase in the self-image level, the self-care level is also increased. This correlation is definitely linear. The explicit result is that those who underwent myocardial infarction and exhibit a high self-image are simultaneously characterized by a higher self-care level, as compared to those with a lower self-image level.

To verify the correlation between the types of self-care and the self-image level, the groups were divided in the same way as in the case of verification of the previous correlation. To check the statistical significances of the differences in respect of the compared groups' variance homogeneity, the one-factor variance analysis (ANOVA) was applied. The data comparing the distribution of average values in respective types of the care and variance analysis are presented in table 2.

In the case of every type of the care the average values are definitely the highest in the group of patients with a high self-image level, and the lowest – in the group with a low self-image level. In the case of physical care the difference between these groups reaches 19 scores, in the case of mental care – 16 scores, whereas in the case of social care – 15 scores. At the same time it is worthwhile noting that the lowest standard deviation occurs in the group with the medium self-image level. This happens in the case of every type of care. It means that this group



Rys. 2. Związek między poziomem obrazu siebie a wymiarami troski o siebie

Fig. 2. A correlation between the self-image level and self-care dimensions

W przypadku każdego rodzaju troski średnie są zdecydowanie wyższe w grupie osób z wysokim poziomem obrazu siebie, a najniższe w grupie osób z niskim poziomem obrazu siebie. W przypadku troski fizycznej różnica między tymi grupami wynosi 19 punktów, w przypadku troski psychicznej 16 punktów, natomiast w przypadku troski społecznej 15 punktów. Warto jednocześnie zauważyć, że najniższe odchylenie standardowe występuje w grupie osób ze średnim poziomem obrazu siebie. Dzieje się tak w przypadku każdego rodzaju troski. Oznacza to, że ta grupa osób cechuje się najmniejszym zróżnicowaniem reakcji wobec własnej osoby w poszczególnych obszarach funkcjonowania człowieka. Pozostałe grupy są mniej jednorodne pod tym względem.

Wyniki przedstawione w tabeli wyraźnie wskazują na istotność różnic między średnimi na poziomie istotności 0,01. Świadczy to o istnieniu silnej zależności między poziomem obrazu siebie a poszczególnymi rodzajami troski o siebie. Związek ten ma charakter liniowy, co oznacza, że im wyższy jest poziom obrazu siebie, tym wyższy poziom danego rodzaju troski o siebie. Wynika z tego, że osoby po zawale serca posiadające wyższy poziom obrazu siebie wykazują pełniejszą troskę o siebie niż osoby ze średnim i niższym poziomem obrazu siebie.

OMÓWIENIE

Głównym celem przeprowadzonych badań było ustalenie związku między obrazem siebie po zawale serca a postawą troski o siebie. Dotychczasowe badania podejmujące problematykę związku między szeroko rozumianym postrzeganiem siebie a podejmowaniem działań na rzecz własnego stanu zdrowia wykazały, że postrzeganie siebie i własnej choroby może determinować stopień zaangażowania się w działania na rzecz poprawy swojej kondycji zdrowotnej. Tego rodzaju związek daje się zaobserwować także wśród pacjentów kardiologicznych.

is characterized by the least differentiation of reaction towards the self in respective areas of human functioning. The other two groups are less homogeneous in this respect.

The results presented in the table clearly point to a significance of differences between the average values, at the 0.01 significance level. This proves that there is a strong correlation between the self-image level and respective types of the self-care. It is a linear correlation, which means that the higher the self-image level, the higher the level of a given type of self-care. Consequently, those who underwent myocardial infarction exhibit a more complete self-care, as compared to those with medium and lower self-image levels.

DISCUSSION

The main purpose of the study was to establish a correlation between the self-image after myocardial infarction and the self-care attitude. The hitherto performed research on the correlation between the comprehensive self-perception and undertaking the activities towards one's own health condition indicated that the self-perception and perception of one's disease might determine the degree of involvement in the activities aimed at improving one's health condition. Such correlation is also observed among cardiological patients.

The studies carried out in New Zealand⁽²⁴⁾ indicate that the belief that the illness may be treated and controlled is connected with a much higher participation in the cardiac rehabilitation program. Other studies carried out on 62 patients after myocardial infarction indicate that a low level of self-estimation is related to an enhanced passivity and increased depression symptoms⁽²⁵⁾. Furthermore, the self-image as a valuable person promotes the patient's significantly higher activity undertaken within self-care⁽²⁶⁻²⁷⁾. In studies carried out by Agarwal et al.⁽²⁸⁾ a positive self-image appeared to be a significant predictor of successful rehabilitation process both in its medical and psychological aspect. Thus, the patient's self-image is an important factor influencing the behaviour undertaken in connection with the illness, including the behaviour towards a change in one's lifestyle. Interpretation of the experienced illness considerably determines the patient's involvement in accomplishment of undertaken activities aimed at limiting or removing its effects⁽²⁶⁾. Active behaviours are promoted by realistic images of the illness, which means that the more aptly the patients evaluate their health condition, the greater the probability of undertaking the activities yielding positive health results⁽²⁹⁾. The outlooks of the myocardial infarction patient about her/himself may affect her/his own way of coping with the illness⁽³⁰⁾ and the way of responding to appearing complications⁽³¹⁾. In addition, as demonstrated by the research carried out by Blairy et al.⁽³²⁾, a negative self-image largely confines the patient's activity areas, causing especially a withdrawal from social life. Therefore, the self-care becomes incomplete in such cases. Considering the above results of studies, we can state that the self-image may constitute a significant factor positively influencing both the level and the types of the self-care.

	Poziom obrazu siebie <i>Self-image level</i>	<i>N</i>	Średnia <i>Average value</i>	Odchylenie standardowe <i>Standard deviation</i>	Istotność <i>Significance</i>
Troska fizyczna <i>Physical care</i>	Niski <i>Low</i>	31	41,7	9,5	0,000**
	Średni <i>Medium</i>	55	52,7	6,8	
	Wysoki <i>High</i>	39	60,5	8,9	
Troska psychiczna <i>Mental care</i>	Niski <i>Low</i>	32	42,3	8	0,000**
	Średni <i>Medium</i>	55	50,4	6,4	
	Wysoki <i>High</i>	40	58,1	7,8	
Troska społeczna <i>Social care</i>	Niski <i>Low</i>	31	42	8,4	0,000**
	Średni <i>Medium</i>	54	49,3	5,8	
	Wysoki <i>High</i>	40	57	7,9	

* p<0,05; **p<0,01

Tabela 2. Średnie wyniki uzyskane w poszczególnych rodzajach troski o siebie w zależności od poziomu obrazu siebie
Table 2. Average results obtained in respective types of self-care depending on the self-image level

Z badań przeprowadzonych w Nowej Zelandii⁽²⁴⁾ wynika, że przekonanie, iż choroba może być leczona i kontrolowana, wiąże się ze znacznie większym udziałem w programie rehabilitacji kardiologicznej. Wyniki innych badań przeprowadzonych na 62 pacjentach po zawale serca wykazały, że niski poziom oceny samego siebie wiąże się ze zwiększoną biernością i nasileniem objawów depresyjnych⁽²⁵⁾. Ponadto obraz siebie jako osoby wartościowej sprzyja istotnie większej aktywności własnej chorego podejmowanej w ramach samoopieki⁽²⁶⁻²⁷⁾. W badaniach Agarwala i wsp.⁽²⁸⁾ pozytywny obraz siebie okazał się istotnym predykatorem powodzenia procesu rehabilitacji, zarówno w jej medycznym, jak i psychologicznym aspekcie. Obraz siebie osoby chorej jest więc ważnym czynnikiem wpływającym na zachowanie podejmowane w związku z chorobą, w tym zachowanie ukierunkowane na zmianę własnego stylu życia. Interpretacja przeżywanej choroby w znacznym stopniu determinuje zaangażowanie chorego w realizację podejmowanych działań zmierzających do ograniczenia lub likwidacji jej skutków⁽²⁶⁾. Zachowaniom aktywnym sprzyjają realistyczne obrazy choroby, co oznacza, że im trafniej osoby ocenią stan swojego zdrowia, tym większe będzie prawdopodobieństwo podjęcia aktywności niosących ze sobą pozytywne rezultaty zdrowotne⁽²⁹⁾. Przekonania chorego po zawale serca dotyczące jego własnej osoby mogą wpływać na sposób radzenia sobie z chorobą⁽³⁰⁾ i sposób reagowania na pojawiające się komplikacje⁽³¹⁾. Ponadto, jak wykazały badania Blairy i wsp.⁽³²⁾, negatywny obraz siebie znacznie ogranicza obszary aktywności osoby chorej, prowadząc w szczególności do wycofania z życia społecznego. Tym samym troska o siebie staje

The obtained results definitely confirm this hypothesis. The correlation between the self-care attitude and self-image appeared to be extremely strong. Thus, we may state that one of the ways of increasing the self-care after myocardial infarction, and let me remind that such an attitude is largely desirable in the rehabilitation process, is supporting the patient in the construction of the self-acceptance and her/his current health condition. The better the self-perception after myocardial infarction, the higher the probability of adopting the self-care attitude. A positive self-estimation favours the behaviours aimed at self-protection and stimulates one's individual development. We can surmise that the more positive the self-image of a given individual, the greater her/his efforts to sustain this image, which is manifested, among others, by a raised level of self-care. On the other hand, the patients with negative self-estimation, instead of aiming, through self-care, at a change in their self-images, on the contrary, do not undertake any action at all, which additionally confirms them in their earlier belief. Such lack of one's own activity largely results from a dislike for oneself. So we could say that the myocardial infarction patients with low self-estimation are in sort of a vicious circle. A low self-estimation does not motivate to the self-care, whereas the lack of the care does not support an improvement of the self-image. No doubt this is a problem to which attention should be paid in the cardiac rehabilitation process.

Summing up, it should be emphasized that many other substantial and situational factors, which have not been discussed in the presented research model, affect the self-care attitude.

się w takich wypadkach niepełna. Biorąc pod uwagę powyższe wyniki badań, można stwierdzić, że obraz siebie może stanowić istotny czynnik wpływający pozytywnie zarówno na poziom, jak i na rodzaje troski o siebie.

Uzyskane wyniki zdecydowanie potwierdzają tę hipotezę. Związek między postawą troski o siebie a obrazem siebie okazał się niezwykle silny. Można więc stwierdzić, że jeden ze sposobów podnoszenia poziomu troski o siebie po zawale serca – a przypomnę, iż postawa ta jest jak najbardziej pożądana w procesie rehabilitacji – polega na wspomaganiu pacjenta w kształtowaniu akceptacji siebie i swego aktualnego stanu zdrowia. Im lepsze jest postrzeganie własnej osoby po zawale, tym większe prawdopodobieństwo przyjęcia postawy troski o siebie. Pozytywna samoocena sprzyja zachowaniom mającym na celu ochronę samego siebie oraz stymulującym indywidualny rozwój. Można przypuszczać, że im bardziej pozytywny wizerunek siebie posiada dana jednostka, tym większe będą jej wysiłki, aby ten wizerunek podtrzymać, co objawia się między innymi zwiększonym poziomem troski o siebie. Z kolei osoby negatywnie oceniające siebie – zamiast przez postawę troski o siebie dążyć do zmiany własnego wizerunku – nie podejmują żadnych działań, co dodatkowo utwierdza je we wcześniejszym przekonaniu. Ten brak własnej aktywności w dużej mierze wynika z niechęci do siebie. Można więc powiedzieć, że osoby po zawałach serca, które oceniają siebie nisko, znajdują się w swego rodzaju błędnym kole. Niska samoocena nie motywuje do troszczenia się o siebie, a brak troski nie sprzyja poprawie własnego wizerunku. Niewątpliwie jest to problem, na który należy zwrócić szczególną uwagę w procesie rehabilitacji kardiologicznej.

Podsumowując, należy podkreślić, że wpływ na postawę troski o siebie ma z pewnością wiele innych czynników podmiotowych i sytuacyjnych, nieujętych w prezentowanym modelu badawczym. Być może ich znaczenie dla kształtowania postawy troski o siebie jest nawet większe niż obrazu siebie po zawale serca. Pamiętając o korzyściach wynikających z przyjęcia postawy troski o siebie, z całą pewnością warto takich czynników poszukiwać.

WNIOSKI

1. Przeprowadzone badania wykazały związek między poziomem i rodzajami troski o siebie a poziomem obrazu siebie osób po zawałach serca. Okazało się, że im wyższy poziom obrazu siebie po przebytych zawałach serca, tym wyższy poziom troski o siebie i pełniejsza troska o siebie.
2. Należy zwiększać u pacjenta poziom akceptacji samego siebie, gdyż w przypadku osób po zawałach serca ma to niezwykle istotne znaczenie dla kształtowania postawy troski o siebie. Niewątpliwie jest to element, na którym w szczególności powinni koncentrować się psychologowie pracujący z tą grupą chorych. Zmiana obrazu siebie z negatywnego na pozytywny może w bezpośredni sposób przełożyć się na zwiększenie poziomu troski o samego siebie.

Perhaps their importance for the development of the self-care is even higher than that of the self-image after myocardial infarction. Having in mind the benefits resulting from adopting the self-care attitude, it is certainly worthwhile to search for such factors.

CONCLUSIONS

1. The performed study demonstrated a correlation between the self-care level and types and the self-image level in patients after myocardial infarction. It appeared that the higher the self-image after myocardial infarction, the higher the self-care level and more complete self-care.
2. The patient's self-acceptance level should be increased, because in the case of myocardial infarction patients it is extremely important for the development of the self-care attitude. No doubt it is an element on which psychologists working with this group of patients should particularly concentrate. A change in the self-image from negative into positive may directly translate into increasing the self-care level.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Boyle S.H., Williams R.B., Mark D.B. i wsp.: Hostility as a predictor of survival in patients with coronary artery disease. *Psychosom. Med.* 2004; 5: 629-632.
2. Denollet J., Pedersen S., Vrints C. i wsp.: Usefulness of type D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease. *Am. J. Cardiol.* 2006; 7: 970-973.
3. Brink E., Grankvist G., Karlson B. i wsp.: Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction. *Qual. Life Res.* 2005; 3: 749-757.
4. Ginzburg K.: Life events and adjustment following myocardial infarction: a longitudinal study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2006; 10: 825-831.
5. Strik J.J., Lousberg R., Cheriex E.C., Honiq A.: One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on cardiac outcome. *J. Psychosom. Res.* 2004; 1: 59-66.
6. Beswick A.D., Rees K., West R.R. i wsp.: Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review. *J. Adv. Nurs.* 2005; 5: 538-555.
7. Boutin-Foster C.: Getting to the heart of social support: a qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. *Heart Lung* 2005; 1: 22-29.
8. Brodie D.A., Inoue A.: Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *J. Adv. Nurs.* 2005; 5: 518-527.
9. Shen B.J., Myers H.F., McCreary C.P.: Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation quality-of-life outcomes. *J. Psychosom. Res.* 2006; 1: 3-11.
10. Elliot T.R., Frank R.G.: *Handbook of rehabilitation psychology.* American Psychological Association Press, Washington DC 2000.
11. Leventhal H., Leventhal E.A., Schaefer P.M.: Vigilant coping and health behavior. W: Ory M.G., Abeles R.P., Lipman P.D. (red.): *Aging, Health, and Behavior.* Sage, Newbury Park, CA 1992: 157-163.

12. Leventhal E.A., Crouch M.: Are there differences in perceptions of illness across the lifespan? W: Petrie K.J., Weinman J.A. (red.): *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*. Harwood Academic, Amsterdam 1997: 77-102.
13. Diehl M., Coyle N., Labouvie-Vief G.: Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychol. Aging* 1996; 1: 127-139.
14. Kowalik S.: *Psychologia rehabilitacji*. Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.
15. Meuhlenkamp A., Sayles J.: Self-esteem, social support and positive health practices. *Nurs. Res.* 1986; 6: 334-338.
16. Stein K.: Schema model of the self-concept. *Image J. Nurse Sch.* 1995; 3: 187-193.
17. Torres R., Fernández F.: Self-esteem and value of health as determinants of adolescent health behavior. *J. Adolesc. Health* 1995; 1: 60-63.
18. Seydel E., Taal E., Wiegman O.: Risk-appraisal, outcome and self-efficacy expectancies: cognitive factors in preventive behavior related to cancer. *Psychol. Health* 1990; 4: 99-109.
19. Trafimow D., Sheeran P., Conner M., Finlay K.A.: Evidence that perceived behavioral control is a multidimensional construct: perceived control and perceived difficulty. *Br. J. Soc. Psychol.* 2002; 1: 101-121.
20. Dzewaltowski D.A., Noble J.M., Shaw J.M.: Physical activity participation: social cognitive theory versus the theories of reasoned action and planned behavior. *J. Sport Exerc. Psychol.* 1990; 12: 388-405.
21. Kok G.J., De Vries H., Mudde A.N. i wsp.: Planned health education and role of self-efficacy: Dutch research. *Health Education Research* 1991; 6: 231-238.
22. Oldridge N.: Cardiac rehabilitation exercise program: compliance and compliance enhancing strategies. *Sports Med.* 1988; 6: 42-55.
23. Tylka J., Makowska M.: Skala oceny psychologicznej efektywności rehabilitacji (SOPER). *Przegl. Psychol.* 1985; 28, 3: 815-827.
24. Petrie K.J., Weinman J., Sharpe N., Buckley J.: Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ* 1996; 7040: 1191-1194.
25. Dovenmuehle R.H., Verwoerd A.: Physical illness and depressive symptomatology. Incidence of depressive symptoms in hospitalized cardiac patients. *Gerontology* 1962; 9: 932.
26. Hurley C., Shea C.: Self-efficacy: strategy for enhancing diabetes self-care. *Diabet. Educ.* 1992; 18: 146-150.
27. Senecal C., Nouwen A., White D.: Motivation and dietary self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychol.* 2000; 19: 452-457.
28. Agarwal M., Dalal A.K., Agarwal D.K. i wsp.: Positive life orientation and recovery from myocardial infarction. *Soc. Sci. Med.* 1995; 40, 1: 125-130.
29. Dolińska-Zygmunt G.: *Behavioralne wyznaczniki zdrowia*. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.): *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2001: 33-70.
30. McCauley K.M.: The relationship between causal attributions and adjustment and coping in patients following a myocardial infarction. University of Pennsylvania, 1990.
31. Affleck G., Tennen H., Croog S. i wsp.: Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: an 8-year study. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1987; 55: 29-35.
32. Blairy S., Linotte S., Souery D. i wsp.: Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study. *J. Affect. Disord.* 2004; 79: 97-103.

Szanowni Autorzy

Upzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów publikacja artykułu w czasopiśmie „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” – indeksowanego w Index Copernicus – umożliwi doliczenie 20 punktów edukacyjnych za każdy artykuł do ewidencji doskonalenia zawodowego. Podstawą weryfikacji jest notka bibliograficzna z artykułu.