

Irena Milaniak

Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II
 Instytut Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu
 Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Poczucie koherencji a jakość życia pacjentów po przeszczepieniu serca

The sense of coherence and quality of life of patients after heart transplantation

STRESZCZENIE

Wstęp. Przeszczepienie serca (HTX) jest skuteczną metodą leczenia schyłkowej niewydolności serca. Jakość życia po HTX poprawia się i pacjent wraca do normalnej aktywności. Określenie i pomiar wskaźników wyznaczających jakość życia ma istotne znaczenie w sprawowaniu holistycznej opieki w tej grupie pacjentów.

Cel pracy. Ocena wpływu poczucia koherencji na jakość życia pacjentów (QOL) po HTX.

Materiał i metody. Badaną grupę stanowiło 121 pacjentów, w tym 30 kobiet i 91 mężczyzn, w wieku 18–77 lat; średnia wieku wynosiła 55,01 roku ($\pm 13,23$; mediana 58). Czas od wykonania zabiegu przeszczepienia serca wynosił w badanej grupie od 3 miesięcy do 20 lat (średnia $10,54 \pm 5,24$; mediana 11). Do badań wykorzystano kwestionariusz WHOQOL-BREF (badanie QOL) oraz kwestionariusz SOC-29 Antonovsky'ego (poczucie koherencji). Dane poddano analizie statystycznej.

Wyniki. Ponad połowa badanych oceniła ogólną jakość życia i zadowolenie ze swojego stanu zdrowia na poziomie dobrym bądź bardzo dobrym. Najniżej przez chorych zostało ocenione funkcjonowanie w dziedzinie somatycznej (fizycznej) (średnia $13,035 \pm 1,549$) oraz psychologicznej (średnia $13,040 \pm 1,100$), stosunkowo najlepiej oceniono funkcjonowanie w dziedzinie opisującej relacje społeczne (średnia $15,044 \pm 2,404$). Poczucie koherencji wyniosło średnio 132,74. Stwierdzono znamienne istotne statystycznie, pozytywne związki pomiędzy siłą poczucia koherencji a jakością życia we wszystkich jej domenach.

Wniosek. Siła poczucia koherencji ma istotny wpływ na jakość życia pacjentów po HTX.

Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (3–4): 199–205

Słowa kluczowe: przeszczepienie serca, jakość życia, poczucie koherencji

ABSTRACT

Introduction. Heart transplantation (HTX) is an effective treatment for end-stage heart failure. Quality of life after HTX is improved and the patient returns to normal activity. Defining and measuring indicators of quality of life is important in term of holistic care these group patients.

Objective. Assessment of impact of sense of coherence on the quality of life (QOL) after HTX.

Material and methods. The study group consisted of 121 patients (30 women and 91 men); aged from 18 to 77 years, mean age of patients was 55.01 years (± 13.23 , median 58). Time after heart transplantation was from 3 months to 20 years (mean 10.54 ± 5.24 , median 11). There were used questionnaires measuring quality of life (WHOQOL-BREF), and sense of coherence (SOC-29).

Results. More than half of the respondents assessed the overall quality of life and satisfaction with their health status at a good or very good level. The lowest was functioning in somatic (physical) domain (average 13.035 ± 1.549) and psychological domain (mean 13.040 ± 1.100), the best functioning was evaluated in social relationships domain (mean 15.044 ± 2.404). There was a statistically significant, positive relationship between sense of coherence and quality of life. Univariate regression analysis showed that sense of coherence explains the quality of life in all domain.

Conclusion. Sense of coherence have a significant impact on the quality of life of patients after heart transplantation.

Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (3–4): 199–205

Słowa kluczowe: heart transplantation, quality of life, sense of coherence

Adres do korespondencji: dr n. med. mgr piel. Irena Milaniak, Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80, 31–202 Kraków, tel.: 12 614 32 16, faks: 12 614 34 56, e-mail: imilan@szpitaljp2.krakow.pl

DOI: 10.5603/PP.2016.0033

Wstęp

Celami przeszczepienia serca (HTX, *heart transplantation*) są przywrócenie w najwyższym możliwym stopniu utraconej funkcji układu krążenia, zapobieganie powikłaniom oraz poprawa jakości życia.

Według wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, *European Society of Cardiology*) z 2012 roku, HTX istotnie zwiększa przeżycie, wydolność fizyczną, zwiększa szansę na powrót do pracy oraz poprawia jakość życia, w porównaniu z konwencjonalnym leczeniem [1].

Jakość życia według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) to sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kultury i systemu wartości, w którym żyje, i w relacji do zadań, oczekiwań i standardów obowiązujących w jej środowisku [2].

W medycynie, w tym również w kardiologii, najczęściej używa się określenia „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia” (HRQoL, *health related quality of life*) [2]. Oznacza to, że uwaga jest skupiona na tym, jak pacjent spostrzega wpływ choroby i leczenia na własne funkcjonowanie i życie.

W ocenie metody leczenia, którą jest HTX, jakością życia definiuje się jako: percepcję pacjenta na jego zdolność do satysfakcjonującego życia będącą skutkiem zaawansowania niewydolności serca i wynikami jej leczenia (przeszczepienie serca bądź inne metody) [3]. W ocenie jakości życia dużą rolę odgrywają pozytywne zasoby zdrowia, do których można zaliczyć między innymi optymizm, umiejętność radzenia sobie ze stresem, poczucie siły [2].

W badaniach dotyczących konsekwencji chorób przewlekłych coraz częściej odchodzi się od wyłącznie biologicznej oceny stanu zdrowia, przyjmując holistyczny punkt widzenia. Skutki leczenia chorób przewlekłych ocenia się wieloaspektowo i za szczególnie ważne uważa emocjonalne doznania chorego, samopoczucie i możliwość codziennego funkcjonowania. Dokonana przez pacjenta ocena wskazuje na ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu wynikające ze skutków choroby bądź zastosowanego leczenia. Dostarcza również informacji, na ile pacjent jest samodzielny oraz jak czuje się w różnych sytuacjach życiowych, gdy musi adaptować się na nowo do zaistniałych warunków. Przystosowanie się do życia z przeszczepionym sercem, ze względu na emocjonalne trudności związane z przejęciem odpowiedzialności za swoje zdrowie, akceptacji faktu życia z przeszczepionym sercem zależy od wielu psychologicznych zmiennych, między innymi takich jak [4]:

- umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach,
- umiejętności radzenia sobie ze stresem,
- cech osobowości,
- posiadania zasobów.

Podejście holistyczno-funkcjonalne jest widoczne w koncepcji salutogenezy Aarona Antonovsky'ego [5], której założeniem jest stwierdzenie, że pomiędzy zdrowiem a chorobą istnieje kontinuum stanów pośrednich stanowiących efekt działania dynamicznych procesów równoważenia wymagań i zasobów w sytuacjach stresowych, które dostarcza życie. Posiadane zasoby odpornościowe stymulują procesy zdrowienia. Jednak, kiedy istnieje przewaga wymagań życiowych w stosunku do posiadanych przez człowieka zasobów, wywołany nimi stres będzie osłabiać odporność organizmu, sprzyjając rozwojowi choroby. W koncepcji salutogenezy najważniejszym zasobem regulującym relacje człowieka z otoczeniem i decydującym o jego zdrowiu jest poczucie koherencji. Jest to ogólna postawa człowieka, wyrażająca stopień, w jakim ma on względnie trwałe poczucie pewności, że stawiane mu przez życie wymagania mają charakter przewidywalny i wytłumaczalny (rozumiałość), że ma zasoby, które pozwolą mu sprostać pojawiającym się wymaganiom (zaradność), a co więcej, że konfrontacja z pojawiającymi się trudnościami jest warta jego zaangażowania i wysiłku (sensowność) [5]. W literaturze przedmiotu silne poczucie koherencji jest predyktorem dobrej jakości życia oraz pełni rolę buforującą stres [6, 7].

Cel pracy

Celem pracy była ocena wpływu poczucia koherencji na jakość życia pacjentów po HTX.

W pracy przyjęto tezę, że poczucie koherencji jest predyktorem jakości życia u pacjentów po przeszczepieniu serca.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród pacjentów poddanych operacji przeszczepienia serca na Oddziale Klinicznym Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II, w okresie od czerwca 2012 do grudnia 2013 roku w czasie wizyt kontrolnych w ośrodku transplantacyjnym. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej (Nr KBET/246/B/2012). Grupę badaną stanowiło 121 pacjentów po przeszczepieniu serca pozostających pod opieką Oddziału Klinicznego Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii. Kryteriami doboru grupy badawczej były: wiek powyżej 18 lat, czas od przeszczepienia serca powyżej trzech miesięcy, dobry stan kognitywny oraz wyrażenie świadomej zgody na wypełnienie kwestionariuszy ankiety.

Analiza danych demograficznych i klinicznych badanej grupy

W badaniu uczestniczyło 121 chorych w przedziale wiekowym 18–77 lat (średnia wieku 55,01 roku ± 13,23; mediana 58). Czas od wykonania zabiegu

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna (n = 121)
Table 1. Basic socio demographic characteristic (n = 121)

Zmienna	(n = 121)
Wiek	55,01 roku (\pm 13,23); mediana 58; 18–77 lat
Czas od transplantacji	Średnia 10,54 \pm 5,24; mediana 11
Płeć n (%)	
mężczyźni	91 (75,20)
kobiety	30 (24,79)
Wykształcenie n (%)	
podstawowe	16 (13,22)
średnie	84 (69,42)
wyższe	19 (17,39)
BD	2
Status zatrudnienia n (%)*	
emeryt	34 (28,09)
rencista	75 (61,98)
czynny zawodowo	19 (15,70)
bezrobocie	1 (0,82)
inna forma	1 (0,82)
Stan cywilny n (%)	
wolny	14 (11,57)
żonaty/zamężna	89 (73,55)
rozwiedziony	4 (3,30)
wdowiec/wdowa	9 (7,43)
wolny związek	3 (2,47)
BD	2
Miejsce zamieszkania n (%)	
miasto	73 (60,33)
wieś	45 (37,19)
BD	3

*dane nie sumują się do 100%, osoby badane pracują i są na rencie;
 BD — brak danych

przeszczepienia serca wynosił od trzech miesięcy do 19 lat (średnia 10,54 lat \pm 5,24 roku). Szczegółową charakterystykę przedstawiono w tabeli 1.

Metody

Do pomiaru jakości życia i poczucia koherencji zastosowano sondaż diagnostyczny. Do badań zastosowano przedstawione poniżej standaryzowane narzędzia badawcze.

1. Kwestionariusz WHOQOL-Bref do oceny jakości życia
 Skala WHOQOL-Bref zawiera 26 pytań (podskali) i umożliwia określenie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i funkcjonowania w środowisku. Zarówno wynik liczbowy ogólnej jakości życia i samooceny stanu zdrowia, jak i wyniki poszczególnych dziedzin mają kierunek pozytywny. Oznacza to, że im większa liczba

punktów, tym lepsza jakość życia. Uzyskane surowe dane poddaje się transformacji, aby zwierzały się w zakresie 4–20 bądź w zakresie 0–100 [8].

2. Kwestionariusz orientacji życiowej (SOC-29) skonstruowany przez Aarona Antonovsky'ego, który służy do pomiaru siły poczucia koherencji. Kwestionariusz składa się z 29 pytań oceniających trzy składowe poczucia koherencji: poczucie zrozumiałości (11 pytań), poczucie zaradności (10 pytań) i poczucie sensowności (8 pytań). Maksymalna liczba punktów, jaką można uzyskać, to 203 punkty. Za normę przyjmuje się wynik pomiędzy 130 a 160 punktów. Uzyskanie wysokiego wyniku oznacza silne poczucie koherencji [5].
3. Skonstruowany do celów pracy kwestionariusz ankiety zawierający pytania o dane socjodemograficzne, rok przeszczepienia serca.

Metody statystyczne

Do opracowania materiału badawczego użyto pakietu statystycznego SPSS Statistics 17.0 oraz programu Microsoft Office Microsoft Excel 97–2003. W opisie statystycznym wykorzystano: średnią arytmetyczną, odchylenie standardowe i medianę. Dane jakościowe (skala nominalna) wyrażono za pomocą częstości występowania i procentów. Do wnioskowania statystycznego zastosowano statystyczne testy parametryczne lub nieparametryczne, w zależności od rodzaju skali i charakteru rozkładu zmiennych. Porównanie dwóch zmiennych o rozkładach normalnych przeprowadzono za pomocą testu t-Studenta. Analizy korelacyjne dla zmiennych wyrażonych na skalach porządkowych przeprowadzono za pomocą testu Spearmana. W celu oceny wpływu siły poczucia koherencji na jakość życia (w tym również na dziedzinę jakości życia) badanych pacjentów zbudowano modele regresji jednoczynnikowej. Wyniki uznano za istotne statystycznie, kiedy ich wartość mieściła się w obszarze wyznaczonym przez poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Jakość życia

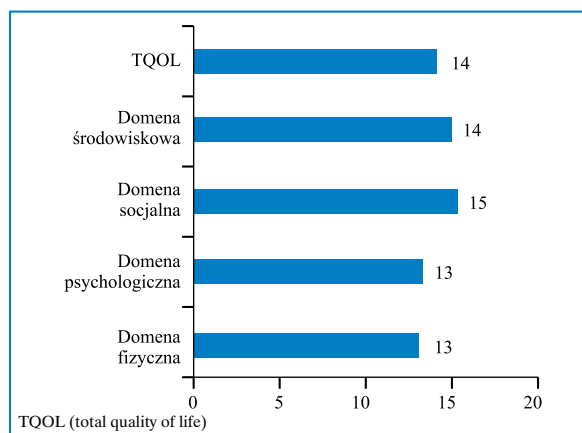
Percepcja indywidualnej ogólnej jakości życia chorych po HTX w ocenie subiektywnej, w skali oceny od 1 do 5, kształtowała się na poziomie $3,69 \pm 0,72$, samoocena własnego stanu zdrowia wyniosła średnio $3,70 \pm 0,80$; 65,28% badanych oceniło swoją jakość życia jako dobrą bądź bardzo dobrą, a 63,33% pacjentów było zadowolonych ze swojego stanu zdrowia (tab. 2).

Funkcjonowanie badanych chorych w poszczególnych dziedzinach jakości życia zostało przedstawione na rycinie 1. Najniżej przez chorych zostało ocenione funkcjonowanie w dziedzinie somatycznej (fizycznej) (średnia $13,035 \pm 1,549$) oraz psychologicznej (średnia $13,040 \pm 1,100$), stosunkowo najlepiej oceniono

Tabela 2. Subiektywna ocena jakości życia i zadowolenia ze swojego stanu zdrowia

Table 2. Subjective assessment of quality of life and satisfaction with health

Skala	Samoocena jakości życia		Samoocena stanu zdrowia	
	n	%	n	%
Bardzo zła	0	0	1	0,82
Zła	7	5,78	6	4,95
Ani dobra, ani zła	35	28,92	37	30,57
Dobra	68	56,19	60	49,58
Bardzo dobra	11	9,09	17	14,04
Ogółem	121	100	121	100



Rycina 1. Ocena jakości życia w domenach (n = 121); zakres 4–20
Figure 1. Assessment of quality of life in domains (n = 121); range 4–20

Tabela 3. Wyniki poczucia koherencji (SOC) i jego składowych (n = 121)

Table 3. The results of sense of coherence (SOC) and its components (n = 121)

Parametr	Średnia	SD	Mediana	Wysycenie skali
Poczucie zrozumiałości (PZR)	46,62	10,42	46,00	60,55
Poczucie zaradności (PZ)	48,99	10,06	49,00	69,98
Poczucie sensowności (PS)	35,79	8,25	37,00	63,91
Poczucie koherencji (SOC)	131,41	26,00	130,00	64,73

SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

funkcjonowanie w dziedzinie opisującej relacje społeczne (średnia 15,044 ± 2,404). Wykazano istotną statystycznie różnicę pomiędzy rozkładami wartości dziedzin jakości życia.

Poczucie koherencji

Ogólny wynik testu poczucia koherencji (SOC, *Sense of Coherence*) dla badanej grupy wyniósł średnio 131,41 (± 26,00). Minimalny wynik, jaki uzyskali badani, to 34, a maksymalny 196 (tab. 3). Najwięcej osób (47,93%) mieściło się w wynikach poniżej 130, co oznacza niskie poczucie koherencji. W zakresie wyników 130–160 mieściło się 40,50% badanej grupy.

Analiza zależności zmiennych

Stwierdzono, że jakość życia istotnie różniła się w badanej populacji w zależności od siły poczucia koherencji (p < 0,001). Istotną statystycznie różnicę w ocenie jakości życia odnotowano pomiędzy niskim i wysokim poczuciem koherencji (tab. 4).

Stwierdzono istotne zależności pomiędzy poszczególnymi dziedzinami jakości życia a siłą poczucia koherencji oraz samooceną jakości życia i stanu zdrowia (tab. 5). Największa zależność zachodziła w dziedzinie

funkcjonowania społecznego (ryc. 2). W jednoczynnikowych modelach regresji stwierdzono, że średnia wielkość zmian w dziedzinie somatycznej jest wyjaśniona w 26% przez zmianę siły poczucia koherencji (R² = 0,262; p < 0,001), średnia wielkość zmian w dziedzinie psychologicznej jest wyjaśniona w 9% przez zmianę siły poczucia koherencji (R² = 0,085; p < 0,001), średnia wielkość zmian w dziedzinie socjalnej jest wyjaśniona w 32% przez zmianę siły poczucia koherencji (R² = 0,321; p < 0,001), średnia wielkość zmian w dziedzinie środowiskowej jest wyjaśniona w 29% przez zmianę siły poczucia koherencji (R² = 0,291; p < 0,001).

Dyskusja

Ocena jakości życia u chorych poddanych HTX pozwala na porównanie korzyści z zastosowanej opcji terapeutycznej w porównaniu z innymi metodami na przykład agresywnego leczenia farmakologicznego, mechanicznego wspomaganie serca oraz jakości życia w okresie przed podjętą interwencją. Analizując wskaźnik, jakim jest przeżycie chorego, właściwe jest porównanie przeżycia jednego roku w grupie chorych z IV klasą wydolności NYHA (*New York*

Tabela 4. Porównanie jakości życia w zależności od siły poczucia koherencji**Table 4.** The comparison of quality of life depend on strength of sense coherence

			Liczba	Średnia	SD	Średnia	Min.	Maks.	p
Domena somatyczna	Poczucie koherencji	< 130 pkt	58	12,43	1,37	12,29	9,14	14,86	< 0,001
		130–160 pkt	49	13,33	1,50	13,14	8,57	16,57	
		> 160 pkt	14	14,53	1,14	14,86	12,57	16,57	
Domena psychologiczna	Poczucie koherencji	< 130 pkt	58	12,74	1,16	12,67	10,00	14,67	0,012
		130–160 pkt	49	13,32	1,01	13,33	11,33	16,00	
		> 160 pkt	14	13,52	,88	13,33	12,00	14,67	
Domena społeczna	Poczucie koherencji	< 130 pkt	58	13,83	2,34	13,33	8,00	18,67	< 0,001
		130–160 pkt	49	15,90	1,82	16,00	12,00	20,00	
		> 160 pkt	14	17,05	1,75	16,67	13,33	20,00	
Domena środowiskowa	Poczucie koherencji	< 130 pkt	58	12,92	2,22	12,75	6,50	17,50	< 0,001
		130–160	49	15,06	2,04	14,50	11,00	20,00	
		> 160 pkt	14	16,18	1,74	15,50	14,00	19,50	

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

Heart Association), które wynosi 50%, z przeżyciem pierwszego roku po HTX, które wynosi 84% [9]. Pacjenci poddani operacji HTX oceniają swoją jakość życia jako dobrą. Analizując dostępne publikacje naukowe z zakresu jakości życia chorych po HTX, można zauważyć, że badane grupy są zadowolone ze swojego życia [10–12]. W materiale własnym ponad połowa chorych oceniła swój stan zdrowia i jakość życia jako dobre. Badania nad jakością życia w tej grupie chorych potwierdzają dobrą bądź umiarkowaną jakość życia [4, 10, 13]. W badaniu de Aguiar i wsp. [10] ponad połowa badanych była zadowolona ze swojej ogólnej jakości życia. Analizując czas od transplantacji wykazano, że jakość życia jest najlepiej oceniana w przedziale 13–24 miesięcy (66,7% badanych) i 25–36 miesięcy po transplantacji (50% badanych). W polskim badaniu oceniającym jakość życia chorych poddanych operacji przeszczepienia serca w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu 81% respondentów określiło swój stan zdrowia jako co najmniej dobry, jednocześnie mając świadomość możliwości pogorszenia się ich stanu zdrowia [14]. Inne badanie z tego samego ośrodka na bardzo małej grupie pięciu pacjentów w wieku 14–18 lat, wskazuje również na zadowolenie z jakości życia i swojego stanu zdrowia, pomimo odczuwania działań niepożądanych farmakoterapii [15].

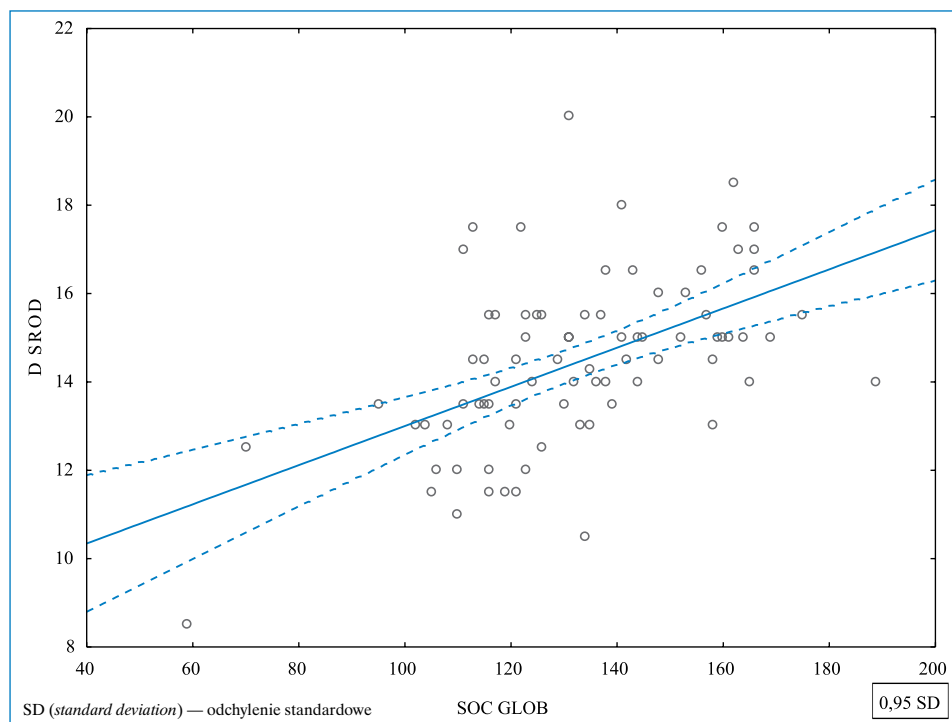
Poczucie koherencji jest głównym metazasobem osobistym, które zarządza innymi zasobami osobistymi człowieka i stanowi klucz do zdrowia. Osoby z silnym poczuciem koherencji lepiej oceniają swoją jakość życia niż te, które mają słabe poczucie koherencji. W sytuacji, gdy życie jest zagrożone, dysponują

Tabela 5. Zależności pomiędzy siłą poczucia koherencji a jakością życia w domenach**Table 5.** The relationship between the power of sense of coherence and quality of life in domains

Dziedzina	Poczucie koherencji	p
Fizyczna	0,512*	< 0,001
Psychologiczna	0,263*	0,004
Funkcjonowanie społeczne	0,559*	< 0,001
Funkcjonowanie w środowisku	0,540*	< 0,01
Ocena jakości życia	0,555*	< 0,050
Samoocena stanu zdrowia	0,394*	< 0,050

one większymi zasobami pozwalającymi na radzenie sobie z trudną sytuacją. Choroba jest dla nich wyzwaniem. W badaniu własnym wynik poczucia koherencji wyniósł 131,41, co wskazuje na średnią siłę poczucia koherencji. Gulla w przeprowadzonym badaniu w grupie 100 pacjentów po HTX w latach 1995–2000 wykazała nieco wyższe poczucie koherencji w swojej grupie — 138,09 [16]. W innych badaniach oceniających siłę poczucia koherencji stwierdzono, że SOC wśród chorych poddanych rewaskularyzacji mięśnia serca wyniosło 146,4 [17], u chorych kwalifikowanych do zabiegu kardiochirurgicznego — 146,12 [18].

Przeprowadzone badanie dostarcza informacji na temat związku pomiędzy siłą poczucia koherencji, a jakością życia pacjentów po przeszczepieniu serca. W przeprowadzonym badaniu stwierdzono istotne



Rycina 2. Korelacja pomiędzy poczuciem koherencji (SOC) a funkcjonowaniem w środowisku
Figure 2. The correlation between sense of coherence (SOC) and functioning in environment

związki pomiędzy poczuciem koherencji a jakością życia chorych po HTX. Im silniejsze poczucie koherencji, tym lepsza była jakość życia badanej grupy. Odnosząc się do doniesień naukowych, zauważa się pozytywne związki pomiędzy poczuciem koherencji, a oceną jakości życia wśród chorych leczonych z powodu chorób układu krążenia oraz innych schorzeń [19–25].

W przeglądzie systematycznym opracowanym przez Eriksson i wsp. [26] stwierdzono, że poczucie koherencji, jako zasób zdrowotny wywiera istotny wpływ na jakość życia.

Wnioski

1. Wysoka siła poczucia koherencji determinuje dobrą jakość życia chorych po HTX.
2. Słaba siła poczucia koherencji sprzyja obniżeniu jakości życia.

Wnioski aplikacyjne

Wyniki wskazują na potrzebę wzmacniania zasobu osobistego (metazasobu) pacjentów po HTX, jakim jest poczucie koherencji. Konieczne jest rozwijanie przekonania, że:

- życie z przeszczepionym sercem jest możliwe,
- życie z przeszczepionym sercem jest przewidywalne,
- życie z przeszczepionym sercem, mimo że niesie ze sobą problemy i ograniczenia, ma sens i jest warte codziennego trudu.

Piśmiennictwo

1. McMurray J.V.J., Adamopoulos S., Anker S.D. i wsp. Wytyczne ESC dotyczące rozpoznania oraz leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca na 2012 rok. *Kardiol. Pol.* 2012; 70 (supl. II) 101–176.
2. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000: 233–251.
3. White W.C. Quality of life after heart transplantation. W: Kirklin J.K., McGriffin D., Young B.J. (red.). *Cardiac Transplantation*. Philadelphia: Churchill Livingstone 2002: 703–713.
4. Cupples S., Dew M.A., Grady K.L. i wsp. Report of the Psychosocial Outcomes Workgroup of the Nursing and Social Sciences Council of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Present Status of Research on Psychosocial Outcomes in Cardiothoracic Transplantation: Review and Recommendations for the Field. *J. Heart Lung Transplant.* 2006; 25 (6): 716–725.
5. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2005.
6. Dantas R.A., Motzer S.A., Ciol M.A. The relationship between quality of life, sense of coherence and self esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *Int. J. Nurs. Stud.* 2002; 39: 745–755.
7. Kattainen E., Merilainen P., Sintonen H. Sense of coherence and health related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2006; 5: 21–30.
8. Wołowicka L., Jaracz K. Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL Bref. W: Wołowicka L. (red.) *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Wydawnictwo Uczelniane AM 2001: 235–280.

9. Sadowski J., Wierzbicki K., Przybyłowski P., Milaniak I. Leczenie operacyjne przewlekłej niewydolności serca. W: Szczeklik A. (red.) *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2011*. Kraków: Medycyna Praktyczna 2011: 388–390.
10. Aguiar M.I., Farias D.R., Pinheiro M.L., Chaves E.S., Rolim I.L., Almeida P.C. Quality of life that had heart transplant: Application of Whoqol-Bref Scale. *Arq. Bras. Cardiol.* 2011; 96 (1): 60–68.
11. Salyer J., Flattery M.P., Joyner P.L., Elswick R.K. Lifestyle and quality of life in long-term cardiac transplant recipients. *J. Heart Lung Transplant.* 2003; 22 (3): 309–321.
12. Saeed I., Rogers C., Murday A. Health-related quality of life after cardiac transplantation: results of a UK national survey with norm-based comparisons. *J. Heart Lung Transplant.* 2008; 27 (6): 675–681.
13. Martín-Rodríguez A., Pérez-San-Gregorio M.A., Díaz-Domínguez R., Pérez-Bernal J. Health-related quality of life evolution in patients after heart transplantation. *Transplant. Proc.* 2008; 40 (9): 3037–3038.
14. Kulig M., Ciszewska P., Wojniak E., Wesołowski B. Ocena jakości życia u osób po przeszczepie serca. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 90 (supl. 1): 34.
15. Cepuch G., Kordek-Górka P., Krzeczowska B. Poczucie sensu życia i jego jakość u młodocianych po przeszczepie serca. *Family Medicine & Primary Care Review.* 2011; 13 (3): 405–407.
16. Gulla B. *Transplantacja serca. Problemy adaptacji psychologicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2010.
17. Dantas A.R., Motzer S.A., Ciol A.M. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *Int. J. Nurs. Stud.* 2002; 39: 745–755.
18. Kurowska K., Trzeciak D., Głowacka M., Ponczek D. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne osób kwalifikowanych do zabiegu kardiochirurgicznego. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne.* 2010; 4: 130–135.
19. Bruscia K., Shultis C., Dennery K., Dileo C. Predictors of quality of life in hospitalized cardiac patients. *J. Health Psychol.* 2008; 13 (8): 982–987.
20. Kattainen E., Merilainen P., Sintonen H. Sense of coherence and health related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2006; 5: 21–30.
21. Wrześniewski K., Włodarczyk D. Sense of coherence as a personality predictor of the quality of life in men and women after myocardial infarction. *Kardiol. Pol.* 2012; 70 (2): 157–163.
22. Tuszewska M., Tuszewski B., Stachowiak C. Jakość życia i poczucie koherencji u chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. *Nowiny Lekarskie* 2002; 71 (4–5): 207–211.
23. Tylka J., Bajcar EA. Socjo-psychologiczne wyznaczniki jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. *Sztuka Leczenia* 2005; 12 (3–4): 9–20.
24. Edman L., Larsen J., Hägglund H., Gardulf A. Health-related quality of life, symptom distress and sense of coherence in adult survivors of allogeneic stem-cell transplantation. *Eur. J. Cancer. Care* 2001; 10 (2): 124–130.
25. Goetzmann L., Ruegg L., Stamm M. i wsp. Psychosocial profiles after transplantation: a 24-month follow-up of heart, lung, liver, kidney and allogenic bone-marrow patients. *Transplantation* 2008; 86: 662–666.
26. Eriksson M., Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J. Epidemiol. Community Health.* 2007; 61: 938–944.