

Autoreferat

Dr n. med. Dorota Włodarczyk

Zakład Psychologii Medycznej

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Spis treści

1	Imię i Nazwisko	3
2	Posiadane dyplomy, stopnie naukowe – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej	3
3	Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych.....	3
4	Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2016 r. poz. 882 ze zm. w Dz. U. z 2016 r. poz. 1311.)	3
4.1	Tytuł osiągnięcia naukowego	3
4.2	Autor, tytuł, rok wydania, nazwa wydawnictwa, recenzenci wydawniczy	4
4.3	Omówienie celu naukowego ww. pracy i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania.....	4
4.3.1	Wstęp.....	4
4.3.2	Cel osiągnięcia naukowego.....	8
4.3.3	Metoda badań.....	10
4.3.4	Wyniki badań	14
4.3.5	Podsumowanie i wnioski	22
4.3.6	Implikacje praktyczne	26
4.3.7	Piśmiennictwo.....	27
5	Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo - badawczych.....	31
5.1	Główne nurty badawcze odzwierciedlone w publikacjach	31
5.1.1	Uwarunkowania adaptacji do choroby, ze szczególnym uwzględnieniem chorób kardiologicznych.....	31
5.1.2	Psychologiczne aspekty pracy w pielęgniarstwie ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań wypalenia zawodowego i satysfakcji z pracy	35
5.1.3	Aktywne starzenie się – perspektywa pacjenta i lekarza – komunikacja lekarz- pacjent. 36	
5.2	Projekty badawcze i współpraca naukowa.....	37
5.3	Konferencje naukowe – wygłoszenie referatów oraz udział w komitetach i organizacji konferencji.....	37
5.4	Osiągnięcia dydaktyczne i popularyzacja wiedzy	37
5.5	Inne osiągnięcia	39

1 Imię i Nazwisko

DOROTA WŁODARCZYK

2 Posiadane dyplomy, stopnie naukowe – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej

UZYSKANIE STOPNIA NAUKOWEGO DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH

Akademia Medyczna w Warszawie, II Wydział Lekarski

Tytuł rozprawy doktorskiej: **Poznawcza ocena stresu a wybrane obszary psychologicznego funkcjonowania chorych po zawale serca**

Promotor: dr hab. med. Kazimierz Wrześniewski

Recenzenci: prof. ndzw. dr hab. med. Andrzej Kokoszka, prof. dr hab. Irena Heszen-Niejodek

Data uzyskania stopnia: 18/12/2002

UZYSKANIE TYTUŁU MAGISTRA

Uniwersytet Warszawski, studia wyższe magisterskie na Wydziale Psychologii w zakresie stosowanej psychologii klinicznej.

Tytuł pracy: **Wsparcie społeczne, style radzenia sobie ze stresem a zawał serca**

Promotor: dr Kazimierz Wrześniewski

Data uzyskania stopnia: 13/07/1993

3 Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych

1/10/2003 – do dnia dzisiejszego - Warszawski Uniwersytet Medyczny (dawna Akademia Medyczna w Warszawie), Zakład Psychologii Medycznej, stanowisko: adiunkt – pracownik naukowo-dydaktyczny

1/10/1995 – 30/09/2003 – Akademia Medyczna w Warszawie, Zakład Psychologii Medycznej, stanowisko: asystent

4 Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2016 r. poz. 882 ze zm. w Dz. U. z 2016 r. poz. 1311.)

4.1 Tytuł osiągnięcia naukowego

Osiągnięcie naukowe stanowi monografia zatytułowana:

OPTYMIZM, NADZIEJA CZY CIEKAWOŚĆ... W RADZENIU SOBIE I KSZTAŁTOWANIU JAKOŚCI ŻYCIA W CHOROBY - PORÓWNANIE EFEKTÓW I MECHANIZMÓW DZIAŁANIA

4.2 Autor, tytuł, rok wydania, nazwa wydawnictwa, recenzenci wydawniczy

Autor: Dorota Włodarczyk

Tytuł: Optymizm, nadzieja czy ciekawość... w radzeniu sobie i kształtowaniu jakości życia w chorobie - porównanie efektów i mechanizmów działania

Rok wydania: 2017

Wydawnictwo: Warszawski Uniwersytet Medyczny

ISBN: 978-83-7637-442-0

Recenzenci wydawniczy:

prof. dr hab. Aleksandra Łuszczzyńska

prof. dr hab. Tomasz Pasiński

4.3 Omówienie celu naukowego ww. pracy i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

4.3.1 Wstęp

Z danych Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowych wynika, że rocznie odnotowuje się około 140 000 hospitalizacji z powodu ostrego zespołu wieńcowych, w tym około 80 000 to osoby z zawałem serca (Poloński i in., 2011). W 2012 roku śmiertelność szpitalna z powodu zawału serca (ZS) wyniosła około 8%, roczna śmiertelność po wypisie ze szpitala to 10,5%, a po 3 latach od wypisu prawdopodobieństwo zgonu było na poziomie 20,5% (Chlebus i in., 2014). Tak, więc ok. 90% osób, które doświadczyły ZS, zostaje wypisana ze szpitala i zmaga się z jego konsekwencjami.

Doświadczenie ZS to sytuacja zagrożenia życia i zdrowia, która wiąże się z silnym stresem psychicznym. Zazwyczaj dramatyczny przebieg ZS pociąga za sobą radykalne zmiany w życiu bezpośrednio po incydencie, ale zmiany w sferze fizycznej, społecznej i psychologicznej mogą być doświadczane także w dłuższej perspektywie czasowej (Al-Hassan i Sagar, 2002). Przebieg ZS pociąga za sobą uruchomienie przez chorego procesu radzenia sobie z jego objawami i konsekwencjami. Przebieg tego procesu, jego adekwatność i dopasowanie do określonej fazy choroby mają istotne znaczenie dla adaptacji pacjenta i jakości życia w chorobie (Kristofferzon i in., 2008). Strategie polegające na akceptacji choroby i jej konsekwencji, aktywnym podejściu do choroby umożliwiającym prozdrowotne zmiany w życiu czy adekwatne wykorzystanie wsparcia personelu i rodziny sprzyjają poprawie funkcjonowania i wzmacnianiu zdrowia, natomiast zaprzeczanie choroby, rezygnacja czy nadmierne koncentracja na symptomach fizycznych i nadmierne oczekiwanie wsparcia mogą ten proces upośledzać (Salminen-Tuomaala i in., 2012).

Zgodnie z koncepcją Lazarusa i Folkman (1984), radzenie sobie ma charakter dynamiczny i ma dwie podstawowe funkcje: zmianę okoliczności powodujących stres i regulację emocji związanych ze stresem. Koncepcja ta stanowi fundament współczesnych badań nad radzeniem sobie, ale jest modyfikowana i wzbogacana przez innych badaczy (Wrześniewski, 2004). Ważnym jej uzupełnieniem była propozycja Folkman (2008) dotycząca radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu, generowaniu emocji pozytywnych i przywracaniu dobrostanu w obliczu utrzymującego się stresu. W literaturze istnieje wiele klasyfikacji sposobów radzenia sobie, jednak żadna z nich nie ma charakteru na tyle uniwersalnego, aby odzwierciedlić w pełni złożoność i wieloaspektowość zjawiska radzenia sobie (Carver i Connor-Smith, 2010).

Jakość życia jest ważnym wskaźnikiem funkcjonowania pacjentów. Choć podjęto wiele prób zdefiniowania tego pojęcia (McGee, 2004), to jednak trudno wskazać koncepcję na tyle uniwersalną i interdyscyplinarną, aby spotkała się z powszechnym uznaniem. W efekcie, mimo prowadzenia licznych badań, przez wiele lat nie następował oczekiwany przyrost wiedzy na temat jakości życia chorych (Wrześniewski, 2006). Ważnym krokiem, który pozwolił na ugruntowanie się problematyki jakości życia w medycynie było wprowadzenie i powszechne uznanie pojęcia jakości życia związanej ze stanem zdrowia (*health related quality of life*, HRQoL). Termin ten odnosi się do tego aspektu jakości życia, który uwzględnia spostrzegany przez pacjenta wpływ choroby i całego procesu leczenia na jego funkcjonowanie (Shipper, 1990 za Höfer i in., 2004). Najczęściej jakość życia wyznaczana jest w trzech sferach: fizycznej, psychologicznej i społecznej (Wrześniewski, 2009). Rekomendowanym podejściem jest jednocześnie stosowanie w danym badaniu narzędzi badających jakość życia specyficzną dla danej jednostki chorobowej oraz narzędzi generycznych (dotyczących ogólnego stanu zdrowia) (Mark, 2016).

Zmiany HRQL po ZS odznaczają się specyficzną dynamiką. W okresie kilku miesięcy po ZS obserwowana jest jej systematyczna poprawa w stosunku do stanu z okresu ostrej fazy choroby, ale możliwe są różnice w tempie w zależności od wymiaru HRQoL (Kristofferzon i in., 2005). Poprawa subiektywnej oceny zdrowia w okresie kilku miesięcy po ZS jest z kolei istotnym czynnikiem rokowniczym braku poważnych incydentów wieńcowych w okresie kolejnych kilkunastu lat (Benyamini i in., 2014). W okresie od kilkunastu miesięcy do kilku lat po ZS w większości wymiarów HRQoL osiągany jest pewien poziom stabilizacji, którego ewentualne zmiany nie zależą bezpośrednio od cech i okoliczności przebytego ZS. Poziom ten jest jednak często niższy niż w populacji ogólnej, zwłaszcza w grupie młodszych chorych (Schweikert i in., 2009).

Uwarunkowania radzenia sobie i jakości życia w chorobie są z reguły wieloczynnikowe i zgodnie z modelem Wrześniewskiego (2004) obejmują uwarunkowania sytuacyjne i podmiotowe. Wśród uwarunkowań podmiotowych istotne znaczenie mają uwarunkowania osobowościowe. Literatura dotycząca roli osobowości w tym zakresie jest bardzo bogata (Carver i Connor-Smith, 2010; Wrosch i Scheier, 2003). Przez wiele lat zdominowała była przez badania koncentrujące się na predyspozycjach upośledzających funkcjonowanie, ale wraz z rozwojem psychologii pozytywnej uwaga skupia się na mocnych stronach człowieka i predyspozycjach sprzyjających dobremu życiu (Seligman, 2008).

Optymizm, nadzieja i ciekawość to trzy predyspozycje osobowościowe, których pozytywne znaczenie dla wielu sfer funkcjonowania człowieka zostało potwierdzone empirycznie. Najbardziej znaną i najczęściej stosowaną w badaniach koncepcją optymizmu jest koncepcja optymizmu dyspozycyjnego Carvera (Carver i in., 2010). Został on zdefiniowany jako relatywnie stabilne, zgeneralizowane oczekiwanie pozytywnego przebiegu zdarzeń we wszelkich istotnych obszarach życia. W kontekście nadziei taką koncepcją jest koncepcja nadziei cechy Snydera (Snyder, 2000). Została ona zdefiniowana jako indywidualne przekonanie, że pożądane przez daną osobę cele mogą być przez nią osiągnięte. Obejmuje spostrzeganą zdolność do znajdowania sposobów osiągnięcia pożądanych celów (*pathways thinking*) i do motywowania siebie do wykorzystywania tych sposobów (*agency thinking*). W przypadku ciekawości trudno mówić o istnieniu jednego dominującego podejścia. Koncepcja ciekawości cechy wyrosła z modelu Spielbergera (Spielberger i Reheiser, 2009), a następnie była wzbogacana przez kolejnych badaczy (Kashdan i in., 2004). Jako cecha oznacza relatywnie stabilną dyspozycję osobowościowi w zakresie dążenia do pozyskiwania nowych informacji i nowych doświadczeń sensorycznych oraz w zakresie towarzyszących tym dążeniom zachowań eksploracyjnych i stanów emocjonalnych.

Wszystkie te koncepcje charakteryzują się dobrym ugruntowaniem teoretycznym. Wszystkie też kwalifikowane są jako podejścia zorientowane poznawczo (Lopez i Snyder 2009). Dla każdej z nich opracowane zostało narzędzie badawcze umożliwiające operacjonalizację i pomiar. W przypadku każdej z nich można mówić także o pewnym ugruntowaniu empirycznym w obszarach zdrowia i choroby, przy czym najliczniejsze badania w tym zakresie dotyczą optymizmu, a następnie nadziei i ciekawości.

Wykazano związek optymizmu z ogólnym dobrostanem psychicznym w różnych grupach klinicznych (Rasmussen i in., 2006; Steptoe i in., 2006), z lepszym stanem zdrowia ocenianym subiektywnie i obiektywnie (Rasmussen i in., 2009) oraz eliminacją zachowań antyzdrowotnych i podejmowaniem zachowań prozdrowotnych ((DuBois i in., 2012).

Wykazano, że nadzieja wiąże się z niższym poziomem emocji negatywnych i wyższą satysfakcją z życia (Chang, 2003), mniejszym nasileniem objawów w chorobie (Berendes i in., 2010), adaptacją do starości (Moraitou i in., 2006) i w chorobie terminalnej (Gum i Snyder, 2002), a także z zaangażowaniem w zachowania prewencyjne (Snyder i in., 2005).

Również, w przypadku ciekawości wykazano jej związki z dobrostanem psychicznym i satysfakcją z życia (Kashdan i Steger, 2007), ale także ze zmniejszeniem niektórych objawów choroby (Kashdan i Silvia, 2009), lepszą adaptacją do starości (Silvia i Kashdan, 2009) i mniejszą umieralnością (Jonassaint i in., 2007; Swan i Carmelli, 1996).

Analiza porównawcza założeń teoretycznych oraz wyników empirycznych dotyczących znaczenia tych predyspozycji dla radzenia sobie i różnych aspektów jakości życia pozwala dostrzec pewne odmienności, ale także zauważalne są znaczące podobieństwa między nimi w zakresie ich korzystnego oddziaływania. Podobieństwa dotyczą także postulowanych przez twórców każdej z koncepcji mechanizmów, za pomocą których to korzystne oddziaływanie się dokonuje. Opierają się one na preferencji postrzegania sytuacji trudnych jako wyzwania, aktywnych sposobach radzenia sobie ukierunkowanych na rozwiązywanie problemu, umiejętności korzystania ze wsparcia, ale także zdolności do plastycznej zmiany strategii w obliczu niepowodzenia i utrzymującego się stresu. Niemal te same mechanizmy opisywane są dla optymizmu (Carver i in., 2010), nadziei (Snyder, 2002) i ciekawości (Kashdan i Silvia, 2009).

Problem polega jednak na tym, że badacze odwołują się do danej teorii i gromadzona jest wiedza na temat roli określonej predyspozycji osobowościowej niejako w izolacji od pozostałych. Niewiele jest badań, które jednocześnie dotyczyłyby więcej niż jednej z tych predyspozycji lub kontrolowały wpływ innych o podobnym charakterze. Odwołując się do dotychczasowej wiedzy, trudno więc rozstrzygnąć, do której z nich odwoływać się przy poszukiwaniu osobowościowych predyktorów funkcjonowania w chorobie chcąc zrozumieć różnice indywidualne w tym zakresie i planować skuteczne interwencje.

Z przeglądu literatury wynika, że predyspozycje te rozpatrywane są zarówno jako predyktory, bezpośrednie i/lub pośrednie, określonych efektów, jak i moderatory określonych zależności. Dotychczasowe badania nie dają jednak dostatecznie silnych argumentów za jednym albo drugim układem procesów wyjaśniających (moderacja *versus* mediacja). Brak także badań, które sprawdzałyby te efekty w odniesieniu do wszystkich trzech predyspozycji i dawały możliwość ich porównania. Przegląd literatury wskazuje także, że rola tych predyspozycji nie była do tej pory badana w kontekście radzenia sobie i jakości życia u chorych po ZS. Ponadto, można przypuszczać, że w krótkim czasie po ZS, efekty i mechanizmy

oddziaływania tych predyspozycji mogą być inne niż te w dłuższym czasie po ZS. Dlatego też oddzielnych analiz wymagałyby efekty w perspektywie krótkoterminowej i długoterminowej. W związku z tym, że zdecydowana większość badań dotyczących efektów każdej z analizowanych predyspozycji prowadzonych było niezależnie od pozostałych, to wskazane byłoby, aby to samo podejście zastosować jako pierwszy krok w badaniu chorych po ZS. Pozwoli to na odniesienie uzyskanych wyników do tych istniejących w literaturze. Natomiast, w drugim kroku możliwe byłoby wykonanie tych samych analiz z kontrolą wariacji wspólnej wszystkich trzech predyspozycji osobowościowych. Efekt uzyskany dla danej predyspozycji po kontroli wariacji wspólnej z pozostałymi dwiema będzie można określić jako specyficzny dla niej, czyli taki, który ukazuje efekty wykraczające ponad to, co wspólne dla wszystkich predyspozycji.

4.3.2 Cel osiągnięcia naukowego

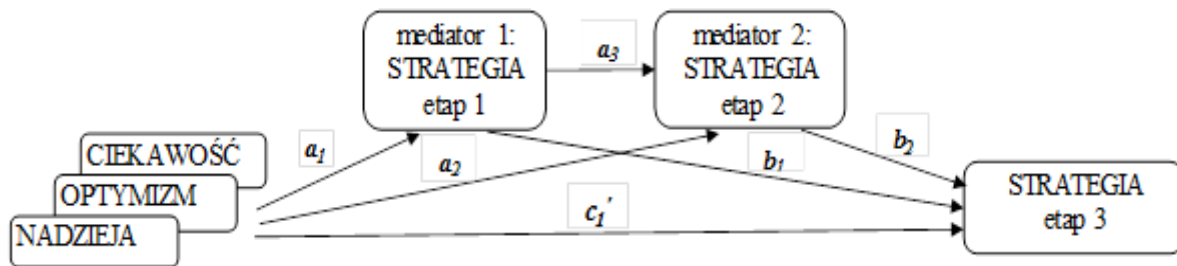
Podjęty problem badawczy wyrasta, więc z połączenia dwóch obszarów badawczych. Pierwszy dotyczy uwarunkowań przebiegu radzenia sobie i jakości życia po ZS. Drugie pytanie wynika z wielości zbliżonych treściowo predyspozycji osobowościowych, o których w kontekście radzenia sobie i jakości życia w chorobie wiadomo coraz więcej, jednak wiedza o ich specyfice jest nadal niewystarczająca. Do tej analizy wybrane zostały: optymizm dyspozycyjny, nadzieja cecha i ciekawość cecha, określane dalej jako optymizm, nadzieja i ciekawość.

Celem prezentowanych badań było określenie i porównanie roli optymizmu, nadziei i ciekawości w przebiegu radzenia sobie i kształtowaniu jakości życia chorych po ZS oraz mechanizmów, za pomocą których oddziaływanie tych predyspozycji na jakość życia chorych się ujawnia. Efekty te analizowane były w krótszej perspektywie czasowej (etapy 1. i 2. w trakcie rehabilitacji sanatoryjnej) i dłuższej perspektywie czasowej (etap 3. w rok po zakończeniu rehabilitacji sanatoryjnej). Badanie składało się z trzech części.

Część I badania dotyczyła roli optymizmu, nadziei i ciekawości w radzeniu sobie po ZS. Ta część badania miała następujące cele:

- 1) zbadanie ich roli jako moderatora zmian radzenia sobie w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji kardiologicznej
- 2) zbadanie ich roli jako bezpośredniego i pośredniego predyktora radzenia sobie w krótszej i dłuższej perspektywie czasowej po ZS
- 3) określenie podobieństw i różnic między tymi predyspozycjami w zakresie wyżej wymienionych zależności.

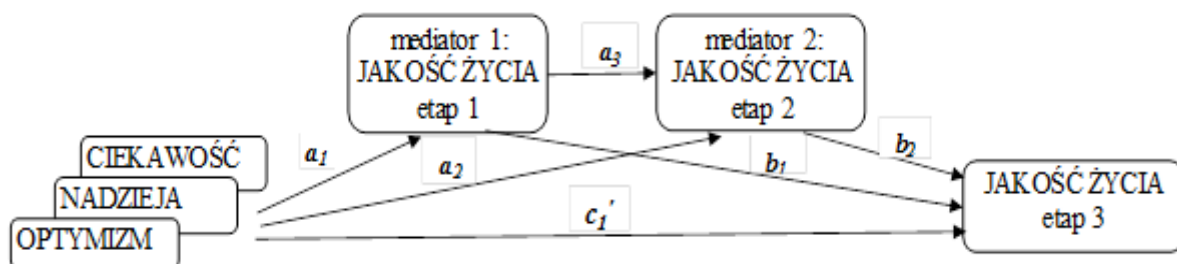
Przykładowy model testowany w ramach części I badania prezentuje *Rysunek 1*.



Cześć II badania dotyczyła roli optymizmu, nadziei i ciekawości w kształtowaniu jakości życia po ZS. Ta część badania miała następujące cele:

- 1) określenie roli tych predyspozycji jako moderatora zmian jakości życia w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji kardiologicznej
- 2) zbadanie ich roli jako bezpośredniego i pośredniego predyktora jakości życia w krótszej i dłuższej perspektywie czasowej po ZS
- 3) zbadanie podobieństw i różnic między tymi predyspozycjami w zakresie wyżej wymienionych zależności.

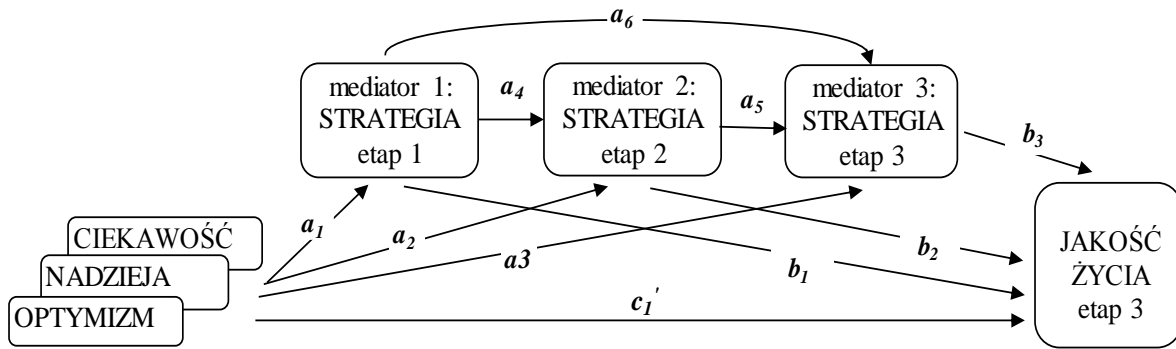
Przykładowy model testowany w ramach części II badania prezentuje Rysunek 2.



Cześć III badania dotyczyła określenia pośredniczącej roli strategii radzenia sobie ze stresem w relacji między każdą z analizowanych predyspozycji osobowościowych a jakością życia po ZS. Ta część badania miała dwa cele:

- 1) zbadanie pośredniczącej roli strategii radzenia sobie w tej relacji dla każdej predyspozycji niezależnie
- 2) zbadanie pośredniczącej roli strategii radzenia sobie w tej relacji dla każdej predyspozycji po uwzględnieniu wpływu pozostałych dwóch predyspozycji.

Przykładowy model testowany w ramach części III badania prezentuje Rysunek 3.



Rysunek 3 Strategie na etapach 1., 2., 3. jako zmienne pośredniczące w relacji między zmienną osobowościową a jakością życia na etapie 3. - model wielokrotnej mediacji seryjnej

4.3.3 Metoda badań

Przebieg badań. Badania obejmowały chorych po ZS, którzy po leczeniu szpitalnym skierowani zostali na poszpitalną sanatoryjną rehabilitację kardiologiczną. Badania składały się z trzech etapów. Pierwsze dwa etapy przeprowadzone były w ośrodkach sanatoryjnych: na samym początku programu rehabilitacji i tuż przed jego zakończeniem (po około 20 dniach). Na tych etapach badanie chorych przeprowadzane było indywidualnie przez zatrudnionych tam psychologów. Trzeci etap miał miejsce w rok po opuszczeniu ośrodka rehabilitacji kardiologicznej i był realizowany drogą korespondencyjną. Badania przeprowadzane były w okresie od czerwca 2010 do lutego 2012 roku.

Osoby badane. W badaniu wzięły udział 222 osoby, w tym 163 (73%) mężczyzn i 59 (27%) kobiet, po przebytym ZS. Wiek badanych wahał się od 24 do 65 lat ($M=53,84$; $SD=6,71$). Zdecydowana większość badanych (85%) przebyła pierwszy ZS, który miał niepowikłany przebieg (92%). Większa część przebyła zawał STEMI (67%). Badana grupa charakteryzowała się dość zróżnicowanym czasem utrzymywania się dolegliwości wieńcowych przed wystąpieniem ZS, ale u około połowy nie stwierdzono takich dolegliwości przed wystąpieniem ZS. U zdecydowanej większości (92%) podjęte zostało leczenie interwencyjne (PTCA). Chorzy byli przyjmowani do ośrodków sanatoryjnych w różnym czasie po ZS, a u około połowy był to czas krótszy niż 30 dni. W trakcie pobytu w ośrodku sanatoryjnym, większość chorych (74%) nie zgłaszała dolegliwości wieńcowych, 70% badanych przyjmowało leki z grupy betablokerów, a 10% leki uspokajające. Zdecydowana większość badanych (85%), była w związku małżeńskim i zamieszkiwała w miastach powiatowych lub wojewódzkich (77%), a nieco ponad połowa miała wykształcenie średnie lub wyższe (53%). Wyjściowa grupa badana była grupą dość jednorodną pod względem medycznym, bez cech specyficznych w zakresie charakterystyki socjomedycznej.

Grupa kontynuująca badanie na etapie 3. (grupa prospektywna, N=140) była bardzo zbliżona pod względem kryteriów medycznych i socjodemograficznych do grupy *drop-out*, a tym samym do grupy wyjściowej. Jedyne różnice dotyczyły liczby chorób współistniejących (osoby, które kontynuowały udział miały mniej chorób) i intensywności treningu rehabilitacyjnego (więcej osób, które kontynuowały udział w badaniu realizowało ćwiczenia na poziomie łagodnym).

Narzędzia badawcze. Do pomiaru optymizmu zastosowano kwestionariusz optymizmu dyspozycyjnego LOT-R (Scheir i in.; 1994) w adaptacji Juczyńskiego (2001/2009). Składa się on z 10 pozycji opisujących przekonania dotyczące przyszłości. Sześć spośród nich ma charakter diagnostyczny: trzy dotyczą oczekiwań pozytywnych np. „W trudnych chwilach zazwyczaj oczekuję pomyślnego rozwiązania”, a trzy dotyczą oczekiwań negatywnych np. „Jeżeli ma mnie spotkać niepowodzenie, to mnie spotka”. Odpowiedzi udzielane są na skali od 0 – zdecydowanie nie odnosi się do mnie do 4 – zdecydowanie odnosi się do mnie. Wynik oblicza się zgodnie z kluczem i wyższy wynik oznacza silniejszy poziom optymizmu. Współczynnik rzetelności *alfa* Cronbacha w badanej grupie wyniósł 0,56, co wskazuje na relatywnie niską rzetelność tej skali, przy czym analizy psychometryczne dla wersji oryginalnej i polskiej adaptacji podane przez Juczyńskiego (2001/2009) wskazują na jej zadawalającą rzetelność.

Do oceny nadziei cechy wykorzystano kwestionariusz Trait Hope Scale dla dorosłych (Snyder i in., 1991) w polskiej adaptacji Wrześniewskiego (materiały niepublikowane). Narzędzie to składa się z 12 pozycji, z których osiem ma charakter diagnostyczny. Skala ta zawiera stwierdzenia dotyczące dwóch wymiarów teoretycznych nadziei: *agency* np. „Energicznie dążę do swoich celów” i *pathways* np. „Potrafię znaleźć wiele sposobów, aby poradzić sobie z kłopotami”. Odpowiedzi udzielane są na skali od 1 – zdecydowanie fałsz do 8 – zdecydowanie prawda. Wynik globalny oblicza się poprzez sumowanie odpowiedzi na wszystkie diagnostyczne stwierdzenia. Wyższe wyniki oznaczają wyższe nasilenie nadziei cechy. Współczynnik rzetelności *alfa* Cronbacha uzyskany w badanej grupie wyniósł 0,88.

Do oceny ciekawości cechy zastosowano Trójczynnikiowy Inwentarz Stanów i Cech Osobowości opracowany przez Spielbergera i Wrześniewskiego (Wrześniewski, 1991). Skala ciekawości cechy składa się z 10 stwierdzeń, które dotyczą przede wszystkim ciekawości poznawczej (dążenia do pozyskania nowych informacji np. „Mam ochotę poznawać swoje otoczenie” oraz towarzyszących im emocji np. „Jestem pełen/na zapału” i zachowań np. „Chętnie zadaję pytania”). Osoba badana proszona jest o określenie, jak zazwyczaj się czuje i zachowuje. Odpowiedzi udzielane są na skali od 1 – wcale do 4 – bardzo. Wynik oblicza się

zgodnie z kluczem, wyższy wynik oznacza silniejszą ciekawość. W badanej próbie współczynnik rzetelności *alfa* Cronbacha dla tej skali wyniósł 0,75.

Do badania strategii radzenia sobie zastosowano kwestionariusz Radzenia Sobie ze Stresem-MIX (RSS-MIX; Włodarczyk, materiały niepublikowane). Powstał on na bazie polskiej adaptacji kwestionariusza COPE (Carver i in., 1989) przygotowanej przez Piątek i Wrześniewskiego (Wrześniewski, 1996) oraz dodatkowych pytań dotyczących radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu i generowaniu emocji pozytywnych (w momencie opracowywania projektu tego badania, aktualnie istniejąca wersja kwestionariusza COPE opracowana przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik (2011) nie była jeszcze dostępna). Skala składa się z 46 stwierdzeń, które pozwalają na pomiar siedmiu strategii radzenia sobie: pozytywna reinterpretacja, poczucie humoru, korzystanie ze wsparcia emocjonalnego i informacyjnego, planowanie i rozwiązywanie problemu, odwoływanie się do religii, stosowanie substancji, rezygnacja. Osoby badane proszone były o ustosunkowanie się do tych stwierdzeń mając na myśli sytuację przebycia ZS. Możliwe odpowiedzi wahają się od 1- nigdy tak nie robiłem/am do 4- prawie zawsze tak robiłem/am. Wyniki dla każdej podskali obliczane są oddzielnie zgodnie z kluczem. Wyższy wynik oznacza wyższy poziom danej strategii. Podskale charakteryzują się dobrymi lub bardzo dobrymi wskaźnikami rzetelności (współczynniki *alfa* Cronbacha od 0,82 do 0,93), z wyjątkiem rezygnacji, dla której współczynniki *alfa* Cronbacha na poszczególnych pomiarach wahały się od 0,58 do 0,71).

W badaniu mierzono dwa aspekty jakości życia związanej ze stanem zdrowia: specyficzną dla chorób kardiologicznych i niespecyficzną, niezależną od jednostki chorobowej. Do pomiaru specyficznej HRQoL zastosowano kwestionariusz MacNew (Höfer i in., 2004) w adaptacji Wróblewskiego i Wrześniewskiego (Wrześniewski, 2009). W wersji oryginalnej skala zawiera 27 pytań, które dotyczą różnych aspektów funkcjonowania rozpatrywanych w kontekście „problemu z sercem” w odniesieniu do ostatnich dwóch tygodni np. „Jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni czuł(a) się Pan(i) bardziej zależny(a) od innych w porównaniu z okresem, kiedy nie było problemu z sercem?”. Zgodnie z rekomendacjami (Dempster i in., 2004), wykonane zostały analizy czynnikowe wyników uzyskanych w badanej grupie, które pozwoliły na wyłonienie trzech czynników odpowiadających wymiarom: emocjonalnemu (10 stwierdzeń), fizycznemu (4 stwierdzenia) i społecznemu (6 stwierdzeń). Różnią się one liczbą stwierdzeń tworzących czynniki od wersji oryginalnej, ale są zgodne w wynikami analiz czynnikowych uzyskanych w innych badaniach (Dempster i in., 2004; Seneviwickrama i in., 2016). Skala odpowiedzi zawiera siedem możliwości: od 1- przez cały czas do 7- nigdy (w pytaniach wprost). Wyniki oblicza się zgodnie z kluczem jako średnią arytmetyczną

z pozycji dla danego wymiaru. Wyższe wyniki oznaczają lepszą jakość życia. Współczynniki rzetelności *alfa* Cronbacha dla trzech wymiarów na kolejnych pomiarach wahały się od 0,81 do 0,93.

Do pomiaru niespecyficznego jakości życia zastosowano kwestionariusz Nottingham Health Profile (Hunt i McKenna, 1992), do warunków polskich zaadaptowany przez Bojarską, Pikułę i Wrześniewskiego (Wrześniewski, 1997). Narzędzie składa się z dwóch części, pierwsza dotyczy odczuwanych dolegliwości, a druga wpływu tych dolegliwości na siedem różnych sfer życia. W prezentowanym badaniu wykorzystana została tylko część I, która zawiera 38 stwierdzeń tworzących 6 podskal: brak energii (4 pozycje), ból (8 pozycji), negatywne reakcje emocjonalne (9 pozycji), zaburzenia snu (5 pozycji), wyobcowanie społeczne (5 pozycji), ograniczenia ruchowe (8 pozycji). Do celów prezentowanego badania wyniki zostały poddane analizie czynnikowej w celu wyłonienia czynników wyższego rzędu. Czynniki pierwsze tworzyły podskale: ból, ograniczenia ruchowe, brak energii i został on nazwany symptomy fizyczne (współczynniki *alfa* Cronbacha na kolejnych pomiarach: 0,80; 0,80 i 0,87). Drugi czynnik tworzyły podskale: negatywne reakcje emocjonalne, wyobcowanie społeczne, zaburzenia snu i nazwany został dyskomfort psychiczny (współczynniki *alfa* Cronbacha na kolejnych pomiarach: 0,70; 0,70; 0,63). Wyższe wyniki oznaczają wyższe nasilenie symptomów i dyskomfortu, a tym samym gorszą jakość życia.

Do pozyskania danych medycznych i socjodemograficznych w ośrodku rehabilitacyjnym opracowana została ankieta „Karta pacjenta”, która składała się z części wypełnianej przez chorego oraz z części wypełnianej przez psychologa prowadzącego badanie na podstawie informacji od lekarza prowadzącego. W rok po opuszczeniu ośrodka chorzy wypełniali „Kartę informacyjną” w celu zaktualizowania wybranych danych socjodemograficznych oraz pozyskania informacji o stanie zdrowia w minionym roku.

Strategia analityczna. Do oceny efektów interakcji między zmiennymi osobowościowymi a zmianami strategii radzenia sobie i specyficznej jakości życia zastosowano dwuczynnikową analizę wariancji w schemacie mieszanym, natomiast w odniesieniu do niespecyficznego jakości życia wykorzystano jej nieparametryczne odpowiedniki (test Manna-Whitneya i test Friedmana).

Analizy predykcyjnej roli predyspozycji osobowościowych w relacji do strategii radzenia sobie i jakości życia obejmowały weryfikację efektów bezpośrednich i pośrednich. Do oceny efektów bezpośrednich zastosowano analizy regresji wielozmiennowej. Do analizy efektów pośrednich zastosowane zostało podejście zaproponowane przez Preachera i Hayesa (2008) wraz z narzędziem obliczeniowym przygotowanym i udostępnionym przez jednego

z autorów (Hayes, 2012; macro PROCESS, www.processmacro.org). Efekt pośredniczący (mediujący) danej zmiennej może mieć charakter mediacji prostej (istnieje jedna zmienna pośrednicząca) i mediacji wielokrotnej (istnieje kilka zmiennych pośredniczących). W ramach mediacji wielokrotnej możliwy jest model mediacji równoległej, kiedy kilka mediatorów operuje jednocześnie (*parallel multiple mediation*) oraz model mediacji seryjnej, kiedy poszczególne mediatory występują po kolei w układzie sekwencyjnym (*serial multiple mediation*) (Hayes, 2012).

W I części badania, w analizach dotyczących pośredniego oddziaływania predyspozycji osobowościowych na strategię radzenia sobie po ZS w krótszej i dłuższej perspektywie czasowej, zmiennymi pośredniczącymi były strategię radzenia sobie z etapów wcześniejszych. W II części badania w analizach dotyczących pośredniego oddziaływania predyspozycji osobowościowych na jakość życia po ZS w krótszej i dłuższej perspektywie czasowej, zmiennymi pośredniczącymi była jakość życia na etapach wcześniejszych. W III części badania dotyczącej mechanizmów oddziaływania predyspozycji osobowościowych na jakość życia po ZS w krótszej i dłuższej perspektywie czasowej, zmiennymi pośredniczącymi były strategię radzenia sobie analizowane w dwóch różnych ujęciach: jako mediatory równoległe (wszystkie strategię badane na danym etapie) lub jako mediatory seryjne (dany rodzaj strategii na kolejnych etapach).

Wszystkie analizy efektów bezpośrednich i pośrednich przeprowadzone zostały w dwóch ujęciach: niezależnym (kiedy każda ze zmiennych osobowościowych była traktowana niezależnie) i z kontrolą wariacji wspólnej predyspozycji osobowościowych (pozostałe dwie predyspozycje wprowadzane były do modelu jako kowarianty) (Boelen i Klugkist, 2011). Dana predyspozycja osobowościowa analizowana po kontroli wariacji wspólnej z pozostałymi oznaczana była jako reszta.

4.3.4 Wyniki badań

Analizy wstępne wykazały, że grupa prospektywna i grupa *drop-out* były zbliżone w zakresie analizowanych zmiennych osobowościowych, strategii radzenia sobie i jakości życia. Jedyne różnice dotyczyły niższego poziomu stosowania substancji na etapie 1. i wyższego poziomu strategii rozwiązywanie problemu na etapie 2. w grupie prospektywnej.

Poziomy strategii radzenia sobie na poszczególnych etapach badania były stabilne. W perspektywie krótkoterminowej odnotowano poprawę specyficzną HRQoL we wszystkich jej wymiarach oraz w obu wskaźnikach niespecyficzną jakości życia. W perspektywie

długoterminowej utrzymała się ona tylko w sferze społecznej specyficznej HRQoL. W pozostałych analizowanych sferach nastąpiło istotne pogorszenie.

Stwierdzono związki niektórych zmiennych sojodemograficznych i medycznych z niektórymi strategiami radzenia sobie i aspektami jakości życia. Jedyne w przypadku nielicznych zależności ze strategiami współczynnik *beta* przekraczał wartość 0,2, co wskazuje na relatywnie małą siłę związków tych czynników z analizowanymi strategiami radzenia sobie po ZS. Niektóre zależności między zmiennymi medycznymi a fizycznymi aspektami jakości życia osiągały poziom 0,3, co wskazuje na konieczność ich uwzględniania tam, gdzie głównym celem badania jest określenie predyktorów jakości życia.

4.3.4.1 Część I badań - optymizm, nadzieja i ciekawość w radzeniu sobie po ZS

Optymizm, nadzieja i ciekawość jako moderatory zmian strategii radzenia sobie po ZS

Każda z analizowanych predyspozycji osobowościowych miała istotny związek z dynamiką niektórych strategii radzenia sobie po ZS. Dynamika zmian pozytywnej reinterpretacji zależna była od każdej z predyspozycji, a charakter tych zmian był bardzo zbliżony. Wysokie poziomy tych cech sprzyjały uruchomieniu tej strategii na wczesnych etapach, ale w dłuższej perspektywie czasowej ich niskie poziomy przynosiły podobne efekty. Osoby z wysokimi poziomami nadziei i ciekawości miały niższy poziom rezygnacji na etapie 1., ale w dłuższej perspektywie efekt ten zanikał, a wręcz zmieniał się jego kierunek, zwłaszcza w przypadku wysokiej ciekawości. Jedyne nadzieja różnicowała dynamikę poczucia humoru. Na wczesnych etapach jej wysoki poziom wiązał się z wyższym poczuciem humoru, jednak w dłuższej perspektywie efekt ten zniknął. Jedyne ciekawość różnicowała zmiany strategii rozwiązywanie problemu. Na wczesnych etapach jej wysoki poziom wiązał się z wyższym poziomem tej strategii, ale efekt ten zniknął w dłuższej perspektywie czasowej.

Bezpośrednie efekty oddziaływania optymizmu, nadziei i ciekawości na strategię radzenia sobie po ZS

Rezultaty analiz prowadzonych w ujęciu niezależnym dotyczących bezpośrednich efektów analizowanych predyspozycji w relacji do strategii w **krótszej perspektywie czasowej** (zmiennymi wynikowymi były strategie na etapie 2. po kontroli ich poziomu na etapie 1.) wskazują, że poziom danej strategii na początku rehabilitacji był silnym dodatnim predyktorem jej poziomu pod koniec rehabilitacji i że w większości przypadków dodanie do modelu którejkolwiek z predyspozycji osobowościowych nie przyczyniało się do wzrostu procentu wyjaśnianej wariancji zmiennej wynikowej. Wyjątek stanowiła strategia odwoływania się do religii, w przypadku której i optymizm ($\beta = -0,10$; $p < 0,01$) i nadzieja ($\beta = -0,09$; $p < 0,05$) były

także istotnymi predyktorami. Drugi wyjątek dotyczył ciekawości w relacji do pozytywnej reinterpretacji ($\beta=0,13$; $p<0,05$) i poczucia humoru ($\beta=0,11$; $p<0,05$).

Po kontroli wariancji wspólnej analizowanych predyspozycji, ciekawość-reszta nadal była predyktorem pozytywnej reinterpretacji ($\beta=0,13$; $p=0,03$) i poczucia humoru ($\beta=0,12$; $p=0,04$). Optymizm-reszta i nadzieja-reszta nie były istotnymi predyktorami żadnej strategii.

Analizy prowadzone w ujęciu niezależnym dotyczące bezpośrednich efektów analizowanych predyspozycji w relacji do strategii w **dłuższej perspektywie czasowej** (zmiennymi wynikowymi były strategie na etapie 3. po kontroli ich poziomu na etapach 1. i 2.) wykazały, że dany rodzaj strategii z etapów wcześniejszych nadal był jej istotnym predyktorem, a dodanie do modelu regresji którejkolwiek z predyspozycji osobowościowych nie przyniosło wzrostu wyjaśnianej wariancji. Dotyczyło to wszystkich uwzględnionych strategii, przy tym dla większości strategii na etapie 3. istotnym predyktorem był jej poziom na etapie 2. Wyjątkiem była strategia odwoływania się do religii, której poziom tylko na etapie 1. miał kluczowe znaczenie dla jej poziomu na etapie 3.

Po kontroli wariancji wspólnej analizowanych predyspozycji, okazało się, że ciekawość-reszta była istotnym predyktorem poczucia humoru na etapie 3. ($\beta=0,21$; $p=0,03$), chociaż kiedy analizowana była niezależnie od pozostałych predyspozycji osobowościowych efekt ten nie wystąpił.

Pośrednie efekty oddziaływania optymizmu, nadziei i ciekawości na strategię radzenia sobie po ZS

Analizy prowadzone w ujęciu niezależnym dotyczące pośrednich efektów analizowanych predyspozycji w relacji do strategii w **krótszej perspektywie czasowej** (zmiennymi wynikowymi były strategie na etapie 2. a zmiennymi pośredniczącymi strategie na etapie 1.) wykazały, że optymizm, nadzieja i ciekawość były pośrednimi pozytywnymi predyktorami: pozytywnej reinterpretacji, poczucia humoru, korzystania ze wsparcia i rozwiązywania problemu i negatywnymi predyktorami rezygnacji. W przypadku efektów pozytywnych oznacza to, że predyspozycje te wiązały się dodatnio z tymi strategiami na etapie 1., a stosowanie ich na etapie 1 wiązało się dodatnio ze stosowaniem ich na etapie 2. W przypadku efektów negatywnych, predyspozycje te wiązały się ujemnie z rezygnacją na etapie 1., a jej stosowanie na etapie 1. wiązało się dodatnio ze stosowaniem jej na etapie 2. Siła efektów nadziei była słabsza w porównaniu z efektami optymizmu i ciekawości. Ponadto, odnotowano pośredni negatywny efekt ciekawości dotyczący stosowania substancji i pośredni negatywny efekt nadziei dotyczący odwoływania się do religii.

Po kontroli wariancji wspólnej z pozostałymi zmiennymi osobowościowymi, efekty pośredniczące strategii: pozytywna reinterpretacja, korzystanie ze wsparcia i rozwiązywanie problemu nadal były istotne dla ciekawości-reszty i optymizmu-reszty (ich siła była dość zbliżona) i miały charakter taki sam jak opisany poprzednio. W przypadku ciekawości-reszty odnotowano jeszcze dwa efekty pośredniczące: ujemny efekt stosowania substancji na etapie 1. i dodatni efekt religii na etapie 1. ($\beta=0,19$; $p=0,01$). W przypadku nadziei-reszty stwierdzono negatywne efekty pośredniczące: rezygnacji na etapie 1. i odwoływania się do religii na etapie 1. ($\beta= -0,12$; $p<0,001$).

Analizy prowadzone w ujęciu niezależnym dotyczące pośrednich efektów analizowanych predyspozycji w relacji do strategii w **dłuższej perspektywie czasowej** (zmiennymi wynikowymi były strategie na etapie 3. a zmiennymi pośredniczącymi były strategie na etapach 1. i 2., por. Rysunek 1) wykazały, że wszystkie trzy predyspozycje osobowościowe były pośrednimi dodatnimi predyktorami pozytywnej reinterpretacji i rozwiązywania problemu, przy czym zależności z nadzieją były najsłabsze. Ponadto, ciekawość i optymizm wiązały się dodatnio z korzystaniem ze wsparcia. Z kolei, pozytywny efekt dotyczący poczucia humoru był wspólny dla optymizmu i nadziei.

Po kontroli wariancji wspólnej analizowanych predyspozycji osobowościowych, seryjne efekty pośredniczące reinterpretacji i rozwiązywania problemu utrzymały się dla optymizmu-reszty i ciekawości-reszty, natomiast efekt polegający na korzystaniu ze wsparcia pozostał istotny tylko dla optymizmu-reszty. Nie stwierdzono żadnego efektu nadziei-reszty istotnego w dłuższej perspektywie czasowej.

4.3.4.2 Część II badań – optymizm, nadzieja i ciekawość a jakość życia po ZS

Optymizm, nadzieja i ciekawości jako moderatory zmian jakości życia po ZS

Żadna z badanych predyspozycji nie była istotnym moderatorem zmian któregośkolwiek z wymiarów specyficznej HRQoL i symptomów fizycznych będących wskaźnikiem niespecyficznej jakości życia. Jedynie ciekawość okazała się istotnym moderatorem drugiego wskaźnika niespecyficznej jakości życia, dyskomfortu psychicznego. U osób z niską ciekawością obniżenie poziomu dyskomfortu między etapami 1. i 2. było istotnie większe niż u osób z wysoką ciekawością, a jego wzrost między etapami 2. i 3. był silniejszy w grupie z silną ciekawością.

Bezpośrednie efekty oddziaływania optymizmu, nadziei i ciekawości na jakość życia po ZS

Analizy prowadzone w ujęciu niezależnym dotyczące bezpośrednich efektów analizowanych predyspozycji w relacji do jakości życia w **krótszej perspektywie czasowej** (zmiennymi

wynikowymi była jakość życia na etapie 2. po kontroli jej poziomu na etapie 1.) wykazały, że optymizm i nadzieja nie były istotnymi predyktorem żadnego z analizowanych aspektów specyficznej i niespecyficznej jakości życia pod koniec rehabilitacji. Jedynie ciekawość była istotnym predyktorem emocjonalnego wymiaru specyficznej HRQoL ($\beta=0,12$; $p<0,05$).

Po kontroli wariancji wspólnej stwierdzono, że ciekawość-reszta nadal była predyktorem wymiaru emocjonalnego specyficznej HRQoL na etapie 2. ($\beta=0,12$; $p=0,03$). Jakość życia na etapie 1. była istotnym predyktorem wszystkich aspektów specyficznej HRQoL na etapie 2. (współczynniki dla wymiaru emocjonalnego to $\beta=0,64$; $p<0,001$, dla wymiaru społecznego to $\beta=0,52$; $p<0,01$ i dla wymiaru fizycznego to $\beta=0,72$; $p<0,001$) i niespecyficznej jakości życia (symptomy fizyczne $\beta=0,81$; $p<0,001$ oraz dyskomfort psychiczny $\beta=0,78$; $p<0,001$).

Analizy dotyczące bezpośrednich efektów analizowanych predyspozycji w relacji do jakości życia w **dłuższej perspektywie czasowej** (zmiennymi wynikowymi była jakość życia na etapie 3. po kontroli jej poziomu na etapach 1. i 2.) prowadzone zarówno w ujęciu niezależnym, jak i po kontroli wariancji wspólnej wykazały, że żadna z predyspozycji osobowościowych nie była istotnym bezpośrednim predyktorem jakości życia w rok po zakończeniu rehabilitacji. W przypadku wymiarów emocjonalnego i społecznego oraz dyskomfortu psychicznego, to jakość życia pod koniec rehabilitacji okazała się istotnym predyktorem ich poziomu rok później. Natomiast, w odniesieniu do wymiaru fizycznego i symptomów fizycznych, to ich poziom z początku rehabilitacji był istotnym predyktorem efektu w dłuższej perspektywie czasowej.

Pośrednie efekty oddziaływania optymizmu, nadziei i ciekawości na jakość życia po ZS

Analizy prowadzone w ujęciu niezależnym dotyczące pośrednich efektów analizowanych predyspozycji w relacji do jakości życia w **krótszej perspektywie czasowej** (zmiennymi wynikowymi była jakość życia na etapie 2., a zmiennymi pośredniczącymi jakość życia na etapie 1.) wykazały, że wszystkie one były pozytywnymi predyktorami emocjonalnego i fizycznego aspektu specyficznej HRQoL oraz negatywnymi predyktorami obu aspektów niespecyficznej jakości życia.

Po kontroli wariancji wspólnej optymizm-reszta, nadzieja-reszta i ciekawość-reszta były pośrednimi predyktorami emocjonalnego wymiaru HRQoL i dyskomfortu psychicznego. Nadzieja-reszta wiązała się także z wymiarem fizycznym specyficznej HRQoL i symptomami fizycznymi.

Analizy prowadzone w ujęciu niezależnym dotyczące pośrednich efektów analizowanych predyspozycji w relacji do jakości życia w **dłuższej perspektywie czasowej** (zmiennymi wynikowymi była jakość życia na etapie 3., a zmiennymi pośredniczącymi jakość życia na etapach 1. i 2., por. Rysunek 2) wykazały, że wszystkie trzy predyspozycje były pośrednimi predyktorami wymiaru emocjonalnego specyficznej HRQoL (efekt dodatni) oraz dyskomfortu psychicznego będącego wymiarem niespecyficznej jakości życia (efekt ujemny).

Po kontroli wariancji wspólnej, efekty dotyczące wymiaru emocjonalnego HRQoL utrzymywały się dla wszystkich predyspozycji. Natomiast, efekty dotyczące dyskomfortu psychicznego były obecne tylko dla optymizmu-reszty i ciekawości-reszty.

4.3.4.3 Część III badań - pośredniczące efekty strategii radzenia sobie w relacji między optymizmem, nadzieją i ciekawości a jakością życia po ZS

Pośredniczące efekty strategii radzenia sobie w relacji między uwzględnionymi predyspozycjami osobowościowymi a jakością życia po ZS analizowane były w dwóch ujęciach: z wykorzystaniem mediacji równoległej, kiedy zmiennymi pośredniczącymi były jednocześnie wszystkie strategie z jednego etapu badania oraz z wykorzystaniem mediacji seryjnej, kiedy zmiennymi pośredniczącymi był jeden rodzaj strategii na kolejnych etapach badania.

a) Rezultaty mediacji równoległych

Wyniki analiz mediacji równoległych prowadzone w ujęciu niezależnym w **krótszej perspektywie czasowej** (zmiennymi wynikowymi była jakość życia na etapie 2. a zmiennymi pośredniczącymi wszystkie strategie na etapie 1.), ukazały wyraźne podobieństwa między optymizmem, nadzieją i ciekawością. Poprzez obniżenie rezygnacji na etapie 1. oddziaływały na emocjonalny i fizyczny wymiar specyficznej HRQoL na etapie 2., które to wiązały się ujemnie z rezygnacją na etapie 1. Poprzez dodatni związek z korzystaniem ze wsparcia oddziaływały na poprawę społecznego wymiaru specyficznej HRQoL (efekt dodatni) oraz nasilenie dyskomfortu psychicznego i symptomów fizycznych na etapie 2 (wsparcie społeczne na etapie 1. wiązało się dodatnio z tymi aspektami jakości życia na etapie 2.). Równocześnie, poprzez aktywizację rozwiązywania problemu na etapie 1. wiązały się z obniżeniem symptomów fizycznych na etapie 2. (rozwiązywanie problemu na etapie 1. wiązało się ujemnie z symptomami fizycznymi na etapie 2.).

Po kontroli wariancji wspólnej, rola nadziei-reszty zaznaczyła się poprzez ujemne związki z rezygnacją na etapie 1. w odniesieniu do emocjonalnego i fizycznego wymiaru HRQoL i z religią w odniesieniu do dyskomfortu psychicznego na etapie 2. Ciekawość-reszta poprzez rozwiązywanie problemu była powiązana z niższym dyskomfortem psychicznym.

Ponadto, optymizm-reszta i ciekawość-reszta miały nadal wspólne efekty, poprzez korzystanie ze wsparcia i rozwiązywanie problemu na etapie 1., w odniesieniu do społecznego aspektu specyficznej HRQoL i obu aspektów niespecyficznej jakości życia.

W **dłuższej perspektywie czasowej** okazało się, że niezależnie od zastosowanego ujęcia (czy zmienne osobowościowe analizowane były niezależnie czy z kontrolą wariacji wspólnej) różnice w efektach pośrednich optymizmu, nadziei i ciekawości wyłaniały się w zależności od tego, z którego etapu strategii zostały włączone do modelu.

Kiedy analizy były prowadzone w ujęciu niezależnym, a zmiennymi pośredniczącymi były strategie z etapu 1., to wszystkie trzy predyspozycje oddziaływały na poprawę emocjonalnego wymiaru specyficznej HRQoL i/lub obniżenie dyskomfortu psychicznego na etapie 3. Efekty te zapośredniczone były następującymi strategiami: dla optymizmu - rozwiązywanie problemu i odwoływanie się do religii; dla nadziei – rozwiązywanie problemu; dla ciekawości - rozwiązywanie problemu, odwoływanie się do religii i poczucie humoru. Po kontroli wariacji wspólnej, optymizm-reszta nadal był predyktorem niższego dyskomfortu psychicznego, ciekawość-reszta oddziaływała na poprawę wymiaru emocjonalnego poprzez odwoływanie się do religii i na obniżenie dyskomfortu psychicznego poprzez rozwiązywanie problemu. Pojawił się także negatywny efekt nadziei-reszty w relacji do dyskomfortu psychicznego poprzez obniżenie poczucia humoru.

Kiedy analizy były prowadzone w ujęciu niezależnym, a zmiennymi pośredniczącymi były strategie z etapu 2., to ciekawość była predyktorem wymiaru emocjonalnego specyficznej HRQoL i dyskomfortu psychicznego na etapie 3., a nadzieja wymiaru fizycznego specyficznej HRQoL. Po kontroli wariacji wspólnej, ciekawość-reszta nadal była predyktorem emocjonalnego wymiaru specyficznej HRQoL na etapie 3. (poprzez dodatnie związki z religią i poczuciem humoru), a dodatkowo pojawiły się jej korzystne efekty w odniesieniu do społecznego i fizycznego wymiaru specyficznej HRQoL zapośredniczone dodatnim związkiem z odwoływaniem się do religii na etapie 2. W przypadku nadziei-reszty pojawiły się negatywne efekty oddziaływania na emocjonalny i fizyczny wymiar specyficznej HRQoL poprzez negatywny związek z religią na etapie 3. Nie stwierdzono efektów optymizmu-reszty.

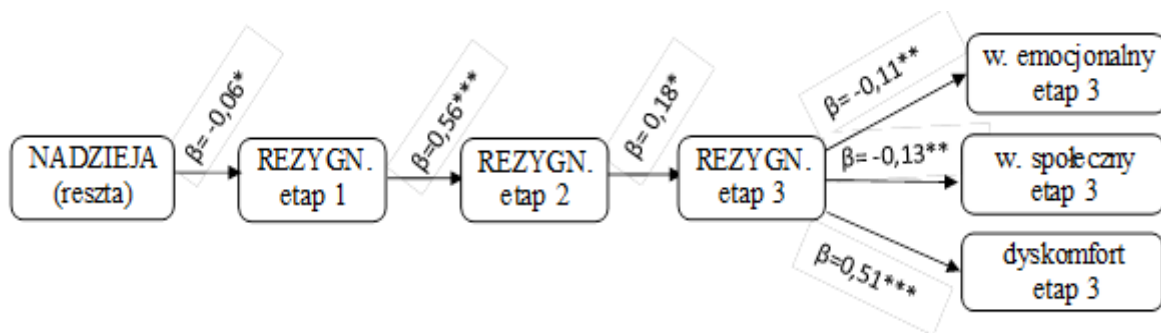
Kiedy zmiennymi pośredniczącymi były strategie z etapu 3, to niezależnie od zastosowanego podejścia, efekty pośrednie dotyczyły tylko ciekawości. Przez dodatnie związki z poczuciem humoru na etapie 3. oddziaływała ona korzystnie na wszystkie wymiary specyficznej HRQoL i dyskomfort psychiczny na etapie 3. Natomiast przez dodatnie związki z rezygnacją oddziaływała niekorzystnie na emocjonalny wymiar specyficznej HRQoL i dyskomfort psychiczny na etapie 3.

b) *Rezultaty mediacji seryjnych*

Analizy, w których optymizm, nadzieja i ciekawość rozpatrywane były niezależne ukazały te trzy predyspozycje jako podobne w zakresie pośredniczących efektów humoru, pozytywnej reinterpretacji i rezygnacji głównie w odniesieniu do emocjonalnych i społecznych aspektów specyficznej HRQoL oraz korzystania ze wsparcia i rozwiązywania problemu w odniesieniu do dyskomfortu psychicznego. W zdecydowanej większości przypadków efekty te polegały na tym, że dana predyspozycja wiązała się z daną strategią na etapie 1., ta z kolei była powiązana ze strategią na etapie 2., strategia na etapie 2. wiązała się ze strategią na etapie 3., a ta z kolei z danym aspektem jakości życia na etapie 3. Stwierdzono także nieliczne efekty występujące tylko dla danej predyspozycji.

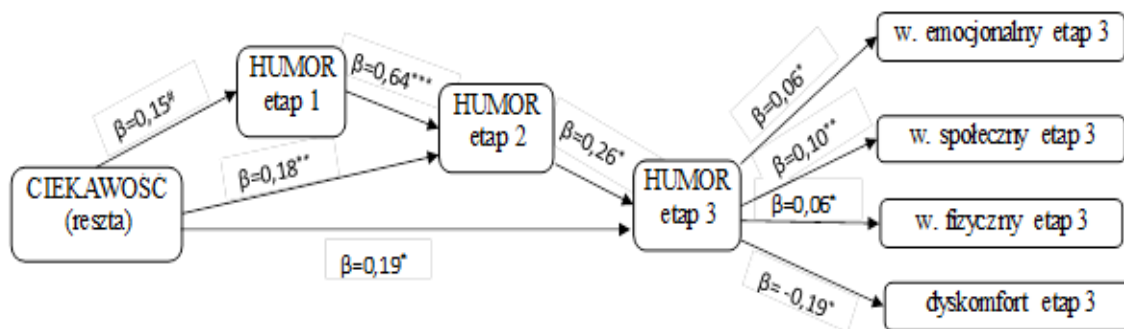
Najwięcej efektów, które zniknęły po kontroli wariacji wspólnej dotyczyło nadziei, w drugiej kolejności optymizmu i tylko niewiele w przypadku ciekawości. Były też dwa przypadki, które dotyczyły wszystkich trzech predyspozycji. Dotyczyły one efektów seryjnych (przez ścieżkę: strategia 1 → strategia 2 → strategia 3) humoru w odniesieniu do emocjonalnego wymiaru specyficznej HRQoL i dyskomfortu psychicznego na etapie 3.

Główny efekt nadziei-reszty polegał na uruchomieniu procesu obniżania poziomu rezygnacji i przez to oddziaływanie na funkcjonowanie emocjonalno-społeczne na etapie 3. (Rysunek 4).



Rysunek 4 Graficzna prezentacja seryjnych efektów pośredniczących rezygnacji w relacji między nadzieją a wymiarami jakości życia na etapie 3., po kontroli wariacji wspólnej z optymizmem i ciekawością (***) $p < 0,001$; **) $p < 0,001$; *) $p < 0,05$

Główne efekty odnotowane tylko dla ciekawości-reszty przebiegały przez uruchomienie spirali wzmacniającej poczucie humoru na wszystkich trzech etapach (Rysunek 5) oraz przez oddziaływanie na pozytywną reinterpretację, rezygnację i korzystanie ze wsparcia na etapach 2. i 3. (z pominięciem etapu 1).



Rysunek 5 Graficzna prezentacja seryjnych efektów pośredniczących poczucia humoru w relacji między ciekawością a wymiarami jakości życia na etapie 3., po kontroli wariancji wspólnej optymizmu i nadziei (***) $p < 0,001$; ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; # $p < 0,07$)

Odnotowano także efekty specyficzne, które były takie same dla optymizmu-reszty i ciekawości-reszty. Opierały się one na uruchomieniu spirali wzmacniającej pozytywną reinterpretację, korzystanie ze wsparcia społecznego i rozwiązywanie problemu na kolejnych etapach w relacji do funkcjonowania psychospołecznego na etapie 3. Jedyny efekt w relacji do wymiaru fizycznego specyficznej HRQoL na etapie 3. opierał się na dodatnim związku optymizmu-reszty i ciekawości-reszty ze stosowaniem substancji na etapie 2., które to wiązało się ze stosowaniem tej strategii na etapie 3.

Dla nadziei-reszty i ciekawości-reszty odnotowano także jeden efekt oparty na związku z poczuciem humoru na etapie 3. w relacji do funkcjonowania emocjonalnego na etapie 3, przy czym ich związki z poczuciem humoru na etapie 3. miały odmienne kierunki: ciekawość wiązała się z nim dodatnio a nadzieja ujemnie.

4.3.5 Podsumowanie i wnioski

W badanej grupie optymizm, nadzieja i ciekawość były moderatorami zmian niektórych strategii radzenia sobie. Wszystkie predyspozycje różnicowały zmiany pozytywnej reinterpretacji, nadzieja i ciekawość różnicowała dynamikę rezygnacji, nadzieja – poczucia humoru, a ciekawość – rozwiązywania problemu. Wynik ten jest częściowo spójny z wynikami innych badań wskazujących, że osoby z wysokimi poziomami tych cech mają większą gotowość do stosowania aktywnych strategii sprzyjających adaptacji (Carver i in., 2010; Kashdan i Silvia, 2009; Snyder, 2000). Stwierdzone efekty, z wyjątkiem pozytywnej reinterpretacji, nie miały jednak charakteru uniwersalnego i były nieco inne dla każdej z predyspozycji oraz miały charakter krótkoterminowy. Co więcej, niektóre efekty, jak zmniejszenie poziomu rozwiązywania problemu i wzrost rezygnacji stwierdzone dla ciekawości mogą mieć potencjalnie szkodliwe skutki, a to byłoby w sprzeczności z postulowaną „pozytywnością” tej cechy.

Wyniki dotyczące roli tych predyspozycji jako predyktorów strategii radzenia sobie po ZS pokazały, że efekty te są inne w zależności od tego czy rozpatrywane są one jako predyktory bezpośrednie (strategie z poprzednich etapów traktowane jako kontrolowane zmienne zakłócające) czy jako predyktory pośrednie (strategie z poprzednich etapów traktowane jako zmienne pośredniczące). Predyspozycje te były bezpośrednimi predyktorami tylko nielicznych strategii (odwoływania się do religii, pozytywnej reinterpretacji i humoru) i głównie w perspektywie krótkoterminowej. Wynik ten nie jest zgodny z wcześniejszymi rezultatami wskazującymi na ich związki z aktywnością zaradczą w różnych sytuacjach klinicznych i w różnej perspektywie czasowej (Chang i DeSimone, 2001; Silvia i Kashdan, 2009; Wrosch i Scheier, 2003). W badanej grupie okazało się ponadto, że kiedy kontrolowana była wariancja wspólna analizowanych predyspozycji, to jedynie ciekawość-reszta była bezpośrednim predyktorem poczucia humoru na etapie 3.

Bardziej złożony obraz zależności między optymizmem, nadzieją i ciekawością a radzeniem sobie po ZS przyniosło podejście uwzględniające strategie z poprzednich etapów jako zmienne pośredniczące. Przy tym efekty te były inne w zależności od tego czy wariancja wspólna predyspozycji była kontrolowana czy nie. Wyniki uzyskane z wykorzystaniem podejścia niezależnego były spójne z danymi z literatury wskazującymi przede wszystkim na podobieństwa między nimi w zakresie relacji ze strategiami (Carver i in., 2010; Kashdan i Steger, 2007; Snyder i in., 2005). Potwierdziły ich oddziaływania na poczucie humoru, korzystanie ze wsparcia i rezygnację w krótszej perspektywie czasowej oraz na pozytywną reinterpretację i rozwiązywanie problemu w krótszej i dłuższej perspektywie czasowej. Natomiast efekty uzyskane po kontroli wariancji wspólnej analizowanych predyspozycji ukazujące efekty specyficzne dla każdej z predyspozycji, czyli stwierdzone ponad to, co wyjaśnia wariancja wspólna, mają charakter unikatowy na tle dostępnej literatury. Wskazały one na wyraźne różnice w efektach specyficznych między nadzieją-resztą a optymizmem-resztą i ciekawością-resztą zarówno w zakresie rodzajów strategii, jak i trwałości efektów. Efekty nadziei-reszty polegały na krótkoterminowym efekcie przejawiającym się w niższym poziomie rezygnacji i odwoływania się do religii. Efekty optymizmu-reszty i ciekawości-reszty były podobne w zakresie aktywizacji pozytywnej reinterpretacji i rozwiązywania problemu w krótszej i dłuższej perspektywie czasowej. Dodatkowo, efekt optymizmu-reszty związany z wyższym poziomem korzystania ze wsparcia obecny był i w krótszej, i dłuższej perspektywie czasowej. Specyfika ciekawości polegała także na tym, że w krótkiej perspektywie czasowej oddziaływała ona na relatywnie szerokie (najszerze spośród analizowanych predyspozycji osobowościowych) spektrum strategii radzenia sobie.

W badanej grupie żadna z analizowanych predyspozycji nie różnicowała dynamiki wymiarów specyficznej HRQoL i symptomów fizycznych po ZS. Wyniki te wskazują na podobieństwa między optymizmem, nadzieją i ciekawością w tym zakresie, z jedynym wyjątkiem dotyczącym ciekawości w relacji do dyskomfortu psychicznego. Efekt ten wskazywałby na korzystne efekty niskiej ciekawości na wczesnych etapach i niekorzystne efekty wysokiej ciekawości w dłuższej perspektywie czasowej. Zagadnienie to wymaga dalszych badań, gdyż wynik ten sugeruje, że efekty ciekawości nie zawsze sprzyjają poprawie jakości życia chorego.

Wyniki dotyczące efektów predykcyjnych optymizmu, nadziei i ciekawości w relacji do jakości życia po ZS były odmienne w zależności od tego czy były rozpatrywane jako predyktory bezpośrednie czy pośrednie. Jedynie ciekawość była bezpośrednim predyktorem emocjonalnego wymiaru specyficznej HRQoL w krótszej perspektywie czasowej. Efekty te były takie same niezależnie od tego czy zmienne osobowościowe analizowane były niezależnie czy z kontrolą wariancji wspólnej. Wyniki te nie są spójne z danymi z literatury wskazującymi na szereg powiązań tych predyspozycji w różnymi wskaźnikami adaptacji do choroby i jakości życia. Zwłaszcza w odniesieniu do optymizmu jest szereg danych potwierdzających ich związek z subiektywnymi i obiektywnymi wskaźnikami zdrowia (Avvenuti i in., 2016; Carver i in., 2010). Analizy uwzględniające pośredniczącą rolę jakości życia z poprzednich etapów potwierdziły jednak związki tych predyspozycji z jakością życia po ZS, przy czym o ile w krótszej perspektywie czasowej dotyczyły one różnych aspektów HRQoL, to w dłuższej perspektywie czasowej ograniczone były tylko do aspektów emocjonalnych. Wydaje się, że właśnie takie „procesualne” ujęcie jakości życia w relacji do predyspozycji osobowościowych jest bliższe rzeczywistości i te dane także mają charakter unikatowy.

Kiedy jako zmienne pośredniczące w relacji między predyspozycjami osobowościowymi a jakością życia uwzględnione były strategie tylko z jednego etapu (mediacje równoległe) to stwierdzone zostały inne efekty pośredniczące strategii w krótszej i dłuższej perspektywie czasowej. Widoczne były odmienności dotyczące rodzajów strategii, ale także były takie strategie, których rola ujawniła się w perspektywie krótkoterminowej, ale nie była istotna w perspektywie długoterminowej (np. korzystanie ze wsparcia społecznego) i odwrotnie, strategie, które nie były istotne krótkoterminowo, ale ich rola ujawniła się w dłuższej perspektywie czasowej np. poczucie humoru. Może to wskazywać na to, że efektywność danej strategii jest inna w zależności od charakteru sytuacji i fazy zmagania się z chorobą. Takie przypuszczenie jest w pełni zgodne z założeniami koncepcji radzenia sobie ze stresem (Lazarus i Folkman, 1984).

Efekty ujawnione na podstawie analiz mediacji seryjnej, także odzwierciedlających „procesualny” charakter radzenia sobie, miały inny charakter. Kiedy optymizm, nadzieja i ciekawość rozpatrywane były niezależnie to widoczne były przede wszystkim podobieństwa między tymi predyspozycjami w zakresie pośredniczących efektów humoru, pozytywnej reinterpretacji i rezygnacji głównie w odniesieniu do emocjonalnych i społecznych aspektów specyficznej jakości życia oraz korzystania ze wsparcia i rozwiązywania problemu w odniesieniu do dyskomfortu psychicznego. Takie wyniki są w pełni zgodne z postulowanymi mechanizmami oddziaływania optymizmu (Carver i in, 2010), nadziei (Snyder, 2002) i ciekawości (Kashdan i Silvia, 2009), chociaż nie potwierdzają raportowanego w literaturze szerokiego zakresu ich działania na różne sfery życia. W badanej grupie chorych po ZS, w dłuższej perspektywie czasowej efekty te ograniczały się do funkcjonowania emocjonalno-społecznego.

Najwięcej efektów, które zniknęły po kontroli wariancji wspólnej dotyczyło nadziei, w drugiej kolejności optymizmu i tylko niewiele w przypadku ciekawości. Były też dwa przypadki, które dotyczyły wszystkich trzech predyspozycji. Dotyczyły one efektu humoru w odniesieniu do emocjonalnego wymiaru specyficznej HRQoL i dyskomfortu psychicznego. Taki wynik może sugerować istnienie czynnika o charakterze uniwersalnym dla wszystkich trzech predyspozycji (Rand, 2009).

Na czym więc polegałyby specyficzne mechanizmy pośredniczące strategii dla optymizmu? Przede wszystkim, efektów specyficznych tylko dla optymizmu było bardzo mało. Jedyny taki efekt w dłuższej perspektywie czasowej opierał się na stosowaniu substancji w relacji do wymiaru społecznego HRQoL i był bardzo słaby. Natomiast stwierdzone zostały powiązania z pozytywną reinterpretacją, korzystaniem ze wsparcia, rozwiązywaniem problemu i stosowaniem substancji w relacji do różnych aspektów jakości życia, które były wspólne dla optymizmu-reszty i ciekawości-reszty. Tak, więc mimo kontroli wariancji wspólnej te dwie predyspozycje nadal wykazywały szereg podobieństw w zakresie oddziaływania na jakość życia po ZS.

Na czym polegałyby specyficzne mechanizmy pośredniczące strategii dla nadziei? W tym przypadku można powiedzieć dość jednoznacznie, że głównie na zapobieganiu rezygnacji. Jeśli proces taki rozpocznie się wystarczająco intensywnie na etapie 1., to ma swoje konsekwencje na dalszych etapach, bo uruchomienie tej strategii sprzyja jej kontynuacji. Efekty nadziei-reszty także dotyczyły głównie funkcjonowania emocjonalno-społecznego.

Na czym polegałyby specyficzne mechanizmy pośredniczące strategii dla ciekawości? Już sam fakt, że stwierdzono kilka efektów specyficznych tylko dla ciekawości, zmusza do

uznania jej wyjątkowości w kontekście wyjaśnianych zależności. Jej specyficzna siła polegałaby przede wszystkim na wykorzystywaniu poczucia humoru do poprawy różnych aspektów jakości życia, nie tylko emocjonalnego. Druga ważna obserwacja dotyczy tego, że wiele efektów specyficznych tylko dla ciekawości dotyczyło jej związków ze strategiami na etapie 2. (a nie na etapie 1., jak w przypadku efektów wspólnych z optymizmem i efektu nadziei dotyczącego rezygnacji). Oznaczałoby to, że niektóre efekty ciekawości ujawniają się później i trwają dłużej niż pozostałych dwóch predyspozycji. Trzecia obserwacja dotyczy tego, że niektóre z tych efektów miały charakter niekorzystny z punktu widzenia jakości życia. Przejawem tego jest jej pozytywny związek z rezygnacją na etapie 2. i w konsekwencji pogorszenie funkcjonowania emocjonalnego. Czwarta obserwacja dotyczy różnic w kierunkach zależności z niektórymi strategiami stwierdzonymi dla ciekawości i nadziei. Dotyczyły one m.in. efektów rezygnacji i odwoływania się do religii. W przypadku nadziei obie te zależności były ujemne, a w przypadku ciekawości dodatnie.

Zestawienie zgromadzonych wyników z poszczególnych części badań dobitnie wskazuje, że charakter uzyskanych wyników w ogromnym stopniu zależy od zastosowanego modelu badawczego. Nie ulega wątpliwości, że kluczowe znaczenie ma podłużny charakter danych, ale widać, że sposób ich wykorzystania różnicuje efekty predykcji radzenia sobie i jakości życia. Dodatkowo, widać były zróżnicowanie niektórych wyników w zależności od perspektywy czasowej. Podobnie rzecz ma się z analizami dotyczącymi efektów pośredniczących strategii w relacji do jakości życia. Tu obok mediacji seryjnej zastosowano model mediacji równoległej, który ukazał efekty poszczególnych strategii po uwzględnieniu wpływu pozostałych, ale uwzględniał strategię tylko z jednego etapu. Wydaje się, że kolejnym krokiem mogłyby być analizy weryfikujące bardziej złożone modele stanowiące połączenie obu tych podejść. Uzyskane wyniki pozwalają przypuszczać, że istotne znaczenie mogą mieć zarówno wzajemne relacje między nasileniem danej strategii na poszczególnych etapach, jak i wzajemne relacje między różnymi strategiami, ale także relacje między różnymi strategiami na poszczególnych etapach.

4.3.6 Implikacje praktyczne

Jako że każda z predyspozycji ujawniła swoją specyfikę w oddziaływaniu na radzenie sobie i jakość życia po ZS, to zasadne wydają się takie oddziaływania zespołu terapeutycznego, które wykorzystują potencjał każdej z nich. Główny przekaz dla pacjentów mógłby brzmieć następująco: doświadczenie ZS może być potraktowane jako nowe doświadczenie warte poznania i rozwikłania, będące szansą na korzystne zmiany w życiu, których osiągnięcie

możliwe jest dzięki własnej aktywności. Oddziaływanie wzmacniające taką triadę poznawczą może stanowić cenne uzupełnienie założeń rehabilitacji kardiologicznej, która opiera się na aktywnym udziale jednostki, jednak charakter tego udziału zawężany jest zazwyczaj do poziomu behawioralnego, a w mniejszym stopniu zwraca się uwagę na aspekty poznawczo-osobowościowe.

Sprawdzonym narzędziem, które stwarza dobry grunt do uaktywnienia i wzmocnienia takich przekonań u chorego jest wywiad motywujący (Rollnick i in., 2010). Inną możliwością mogą być krótkoterminowe interwencje nacelowane na ich wzmacnianie, jak np. program wzmacniania nadziei (Lopez i in., 2004).

Wydaje się, że trening obejmujący uczenie strategii pozytywnej reinterpretacji, korzystania ze wsparcia i rozwiązywania problemów wyznaczających specyfikę optymizmu i ciekawości powinien być wpisany w kanon programu psychoedukacyjnego po ZS.

W większym stopniu powinien być wykorzystywany potencjał ciekawości i związanego z nią humoru. Przykładowo na stronie Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (www.heart.org/HEARTORG/HealthyLiving/Humor-helps-your-heart-How) można znaleźć informacje o dobroczynnym działaniu humoru dla zdrowia serca i rekomendacje dotyczące codziennego śmiechu i dostrzegania pozytywnych aspektów życia.

Pewnej rewizji powinny ulec także metody przekazywania informacji o chorobie i leczeniu. Skoro w procesie adaptacji do choroby istotne znaczenie ma stosunek do nowości i zmian, to szczególny nacisk powinien być położony na to, aby treść i sposób przekazania informacji były na tyle atrakcyjne, że pobudzą do poszukiwania informacji, zaangażowania i generowania twórczych rozwiązań nawet osoby z niższymi poziomami ciekawości. Atrakcyjność celów zdrowotnych w długiej perspektywie czasowej mogłaby być wzmacniana przez ukazanie ich zmienności tzn. że wraz z upływem czasu i poprawą funkcjonowania układu naczyniowo-sercowego cele te będą wymagały modyfikacji.

4.3.7 Piśmiennictwo

1. Al-Hassan M, Sagr L. (2002) Stress and stressors of myocardial infarction patients in the early period after discharge. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 181-188.
2. Avvenuti G, Baiardini I, Giardini A. (2016) Optimism's Explicative Role for Chronic Diseases. *Frontiers in Psychology*, 2(7), 295.
3. Benyamini Y, Gerber Y, Molshatzki N, Goldbourt U, Drory Y. (2014) Recovery of self-rated health as a predictor of recurrent ischemic events after first myocardial infarction: A 13-year follow-up. *Health Psychology*, 33(4), 317-325.

4. Berendes DBS, Keefe FJ, Somers TJ, Kothadia SM, Porter LS, Cheavens JS. (2010) Hope in the context of lung cancer: relationships of hope to symptoms and psychological distress. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(2), 174-182.
5. Boelen PA, Klugkist I. (2011) Cognitive behavioral variables mediate the associations of neuroticism and attachment insecurity with Prolonged Grief Disorder severity. *Anxiety, Stress & Coping*, 24 (3), 291-308.
6. Carver CS, Connor-Smith J. (2010) Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
7. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. (2010) Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879–889.
8. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. (1989) Assessing coping strategies: a theoretically-based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
9. Chang EC (2003) A critical appraisal and extension of hope theory in middle-aged men and women. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 121-143.
10. Chang EC, DeSimone SL. (2001) The influence of hope on appraisals, coping and dysphoria: a test of hope theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 117-129.
11. Chlebus K, Gąsior M, Gierlotka M, Kalarus Z, Koziarkiewicz A, Opolski G, Poloński L, Rabczenko D, Stokwiszewski J, Wierucki Ł, Wojtyniak B, Wysocki M, Zdrojewski T. (2014) Raport. Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego.
12. Dempster M, Donnelly M, O’Loughlin Ch. (2004) The validity of the MacNew Quality of Life in heart disease questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 6-13.
13. DuBois CM, Beach SR, Kashdan TB, Nyer M. B, Park ER, Celano CM, Huffman JC. (2012) Positive psychological attributes and cardiac outcomes: associations, mechanisms, and interventions. *Psychosomatics*, 53(4), 303-318.
14. Folkman S. (2008) The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(1), 3-14.
15. Gum A, Snyder CR. (2002) Coping with terminal illness: the role of hopeful thinking. *Journal of Palliative Medicine*, 5, 883-94.
16. Hayes AF. (2012) Process: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modelling. Pobrano z: <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
17. Höfer S, Lim LL, Guyatt G, Oldrige N. (2004) The MacNew heart disease health-related quality of life instrument: A summary. *Health Quality of Life Outcomes*, 2, 3-12.
18. Hunt S, McKenna S. (1992) The Nottingham Health Profile. W: D. Bucquet (red) European guide to the Nottingham Health Profile (s. 1-69). Montpellier: Escubase.
19. Jonassaint CR, Boyle SH, Williams RB, Mark DB, Siegler IC, Barefoot JC. (2007) Facets of openness predict mortality in patients with cardiac disease. *Psychosomatic Medicine*, 69, 319-322.
20. Juczyński Z. (2001/2009) Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracowania Testów Psychologicznych PTP.

21. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. (2011) Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
22. Kashdan TB, Steger MF. (2007) Curiosity and pathways to well-being and meaning in life: Traits, states, and everyday behaviors. *Motivation and Emotion*, 31, 159–173.
23. Kashdan TB, Silvia P. (2009) Curiosity and interest: The benefits of thriving on novelty and challenge. W: SJ Lopez, CR Snyder (red), *Oxford Handbook of Positive Psychology*, wyd 2, (s. 367-374). New York: Oxford University Press.
24. Kashdan TB, Rose P, Fincham DF. (2004) Curiosity and Exploration: Facilitating Positive Subjective Experiences and Personal Growth Opportunities. *Journal of Personality Assessment*, 82(3), 291–305.
25. Kristofferzon M-L, Lofmark R, Carlsson M. (2005) Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 113–124.
26. Kristofferzon M-L, Lofmark RM, Carlsson M. (2008) Managing consequences and finding hope-experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 367–375.
27. Lazarus RS, Folkman S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
28. Lopez SJ, Snyder CR. (2009) *Oxford Handbook of Positive Psychology*, wyd 2. New York: Oxford University Press.
29. Lopez SJ, Snyder CR, Magyar-Moe JL, Edwards LM, Teramoto Pedrotti J, Janowski K, Turner JL, Pressgrove C. (2004) Strategies for Accentuating Hope. W: PA Linley, S Joseph (red) *Positive Psychology in Practice* (s. 388-404). New Jersey: Wiley & Sons.
30. Mark DB. (2016) Assessing quality-of-life outcomes in cardiovascular clinical research. *Nature Reviews Cardiology*, 13, 286-308.
31. Moraitou D, Kolovou Ch, Papasozomenou Ch, Paschoula C. (2006) Hope and adaptation to old age: their relationship with individual-demographic factors. *Social Indicators Research*, 76, 71–93.
32. McGee H. (2004) Quality of life. W: A Kaptein, J Weinman (red) *Health Psychology* (s. 234-258). Oxford: BPS Blackwell.
33. Poloński L, Gąsior M, Gierlotka M (2011) Ogólnopolski Rejestr Ostrych Zespołów Wieńcowych PL-ASC. Pobrano 07.04.2012 z www.mz.gov.pl
34. Preacher KJ, Hayes AF. (2008) Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891.
35. Rand KL. (2009) Hope and optimism: latent structures and influences on grade expectancy and academic performance. *Journal of Personality*, 77(1), 231-260.
36. Rasmussen HN, Scheier MF, Greenhouse JB. (2009) Optimism and physical health: a meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 239–256.
37. Rasmussen HN, Wrosch C, Scheier MF, Carver CS. (2006) Self-regulation processes and health: The importance of optimism and goal adjustment. *Journal of Personality*, 74, 1721–1747.
38. Rollnick S, Miller W, Butler CC. (2010) *Wywiad motywujący w opiece zdrowotnej*. Warszawa: Academica Wydawnictwo SWPS.

39. Salminen-Tuomaala M, Astedt-Kurki P, Rekiaro M, Paavilainen E. (2012) Coping experiences: a pathway towards different coping orientations four and twelve months after myocardial infarction - a grounded theory approach, *Nursing Research and Practice*, 2012, 9 stron.
40. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. (1994) Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063–1078.
41. Schweikert B, Hunger M, Meisinger C, König HH, Gapp O, Holle R. (2009). Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population. *European Heart Journal*, 30, 436–443.
42. Seneviwickrama KL, Samaranyake DB, Fonseka P, Galappaththy GN, Höfer S, Oldridge NB. (2016) Psychometric evaluation of the Sinhalese version of MacNew Heart Disease Health Related Quality of Life Questionnaire in patients with stable angina. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 44-53.
43. Seligman MEP. (2008) Positive Health. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 3-18.
44. Silvia PJ, Kashdan PB. (2009) Interesting Things and Curious People: Exploration and Engagement as Transient States and Enduring Strengths. *Social and Personality Psychology Compass* 3(5), 785–797.
45. Snyder CR. (2000) The past and future of hope. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 11–28.
46. Snyder CR. (2002) Hope theory: rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249-275.
47. Snyder CR, Rand KL, Sigmon DR. (2005) Hope theory. A member of the positive psychology family. W: CR Snyder, ShJ Lopez (red) *Handbook of positive psychology* (s. 257-276). Oxford: Oxford University Press.
48. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, Ybshinobu L, Gibb J, Langelle Ch, Harney P. (1991) The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570–585.
49. Spielberger CD, Reheiser EC. (2009) Assessment of Emotions: Anxiety, Anger, Depression, and Curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 1 (3), 271–302.
50. Steptoe A, Wright C, Kunz-Ebrecht SR, Iliffe S. (2006) Dispositional optimism and health behaviour in community-dwelling older people: associations with healthy ageing. *British Journal of Health Psychology*, 11, 71–84.
51. Swan GE, Carmelli D. (1996) Curiosity and mortality in aging adults: a 5 year follow-up of the Western Collaborative Group Study. *Psychology of Aging*, 11(3), 449-453.
52. Wrosch C, Scheier MF. (2003) Personality and quality of life: the importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12, 59-72.
53. Wrześniewski K (1991) Trójczynnikowy inwentarz stanów i cech osobowości. *Przegląd Lekarski*, 48, 222-225.
54. Wrześniewski K. (1996) Pomiar radzenia sobie ze stresem – wybrane zagadnienia. *Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 8-9, 34-46.

55. Wrześniewski K. (1997) Badanie subiektywnego stanu zdrowia za pomocą polskiej adaptacji the Nottingham Health Profile. W: JB Karski, H Kirschner, J Leowski (red) Współczesne potrzeby i możliwości pomiaru zdrowia. Materiały z Krajowej Konferencji Naukowej (s. 37-41). Warszawa.
56. Wrześniewski K. (2004) Interakcyjny model radzenia sobie ze stresem po zawale serca. W: K Wrześniewski, D Włodarczyk (red) Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania (s. 69-107). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Naukowe.
57. Wrześniewski K. (2006) Wybrane zagadnienia teoretyczne i metodologiczne pojęcia jakości życia. W: T Pasikowski, H Sęk (red) Psychologia zdrowia: teoria, metodologia i empiria (s. 61-72). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
58. Wrześniewski K. (2009) Jak badać jakość życia pacjentów kardiologicznych. Kardiologia Polska, 67, 790-794.

5 Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo - badawczych

5.1 Główne nurty badawcze odzwierciedlone w publikacjach

Jestem autorem 53 publikacji, w tym 47 o charakterze naukowym i 6 o charakterze popularno-naukowym, oraz redaktorem 4 publikacji (w tym jednego numeru tematycznego w czasopiśmie). Spośród 47 publikacji o charakterze naukowym, 6 artykułów powstało przed doktoratem (3 prace oryginalne i 3 prace pogładowe), kolejnych 11 było opublikowanych w czasopismach indeksowanych na JCR (wszystkie prace o charakterze oryginalnym, łączny IF=17,911), 9 – w innych czasopismach recenzowanych (4 w czasopismach o zasięgu międzynarodowym i 5 o zasięgu krajowym), 19 to rozdziały w książkach (2 powstały przed doktoratem; po doktoracie 5 było opublikowanych w książkach o zasięgu międzynarodowym i 12 w książkach o zasięgu krajowym) i 2 – o charakterze innym.

Tematyka moich publikacji dotyczy następujących obszarów badawczych.

5.1.1 Uwarunkowania adaptacji do choroby, ze szczególnym uwzględnieniem chorób kardiologicznych

W ramach tego nurtu najwięcej prac dotyczyło różnych aspektów zmagania się z przebyłym zawałem serca.

Tematyka dotycząca zależności między postrzeganiem sytuacji stresowej, jaką było doświadczenie zawału serca, a konsekwencjami choroby i różnymi aspektami funkcjonowania chorych była kontynuacją zainteresowań badawczych podjętych w pracy doktorskiej. W ramach interakcyjnego modelu radzenia sobie po zawale serca rozwinięta została koncepcja sytuacyjnej i dyspozycyjnej oceny stresu, opracowane i opisane zostało narzędzie do pomiaru tych zmiennych (Kwestionariusz Oceny Stresu), a następnie wykazane zostały powiązania między poszczególnymi rodzajami oceny stresu a funkcjonowaniem chorych po zawale serca,

ich emocjami, radzeniem sobie, postawą wobec choroby i jakością życia. Publikacje poświęcone tej tematyce to:

(przed doktoratem)

1. **Włodarczyk D.** Rola i miejsce oceny poznawczej w radzeniu sobie ze stresem. *Nowiny psychologiczne*. 1999;4;57-73.
2. **Włodarczyk D.** Dyspozycyjna i sytuacyjna ocena poznawcza w teorii radzenia sobie ze stresem. *Sztuka Leczenia*. 1999;1:43 - 49.
3. **Włodarczyk D.** Cognitive appraisal of stress and coping effectiveness following myocardial infarction. *Polish Psychological Bulletin*. 2001;32(2):115-122
4. Wrześniewski K, **Włodarczyk D.** The role of cognitive appraisal in coping with stress after myocardial infarction: selected theoretical and methodological issues. *Polish Psychological Bulletin*. 2001;32(2):109-114

(po doktoracie)

5. **Włodarczyk D.** Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. 2003. ISBN-83-7171-587. Ocena stresu jako element zasobów osobistych w radzeniu sobie ze stresem po zawale serca (s. 119-133).
6. **Włodarczyk D.** Przekonania pacjentów na temat własnej choroby a adaptacja po zawale serca. *Polski Mercuriusz Lekarski*. 2004;17(97), 81-85.
7. **Włodarczyk K,** Wrześniewski K. Rozwój zdrowie choroba – aktualne problemy psychosomatyki. 2004). ISBN-83-89968-05-3. Depresja i wrogość a ocena sytuacji i strategii radzenia sobie u chorych po zawale serca (s. 54-70).
8. **Włodarczyk D.** Niektóre psychologiczne konsekwencje zawału serca w świetle współczesnych badań. *Polski Przegląd Kardiologiczny*. 2004;6(1):85-93.
9. **Włodarczyk D,** Wrześniewski K. Ocena stresu w kategoriach wyzwania u chorych po zawale serca – próba syntezy na podstawie danych empirycznych, *Przegląd Psychologiczny*. 2005;48(4):339-359.
10. **Włodarczyk D.** Stress, coping and health. Trondheim: NTNU Innovation and Creativity. 2007. ISSN-1504-1840. Stress appraisal and adjustment following heart attack (s. 15-22).
11. **Włodarczyk D.** Choroba niedokrwienności. Serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. 2007. ISBN-83-89574-26-8. Ocena stresu a wybrane obszary psychologicznego funkcjonowania chorych po zawale serca (s. 107-129).
12. **Włodarczyk D,** Wrześniewski K. Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS), *Przegląd Psychologiczny*, 2010;53(4):479-496.
13. **Włodarczyk D,** Wrześniewski, K. Stress and Anxiety. Application to education and health. Berlin: Logos Verlag. 2011. ISBN-978-3-8325-2886-7. Gender as a moderator of relation between stress appraisal and quality of life in myocardial patients (s.133-142).

14. Wrześniewski K, **Włodarczyk D**, Łazarewicz M. Clinical and Educational Applications of Studies on Affective, Cognitive, and Action Processes. Rome: Roma Tre University. 2012. ISBN-978-88-6022-179-7. Dispositional stress appraisal, coping styles and psychological functioning in male myocardial infarction patients (s. 71-78).

Tematyka dotycząca znaczenia wsparcia społecznego w adaptacji po zawale serca zapoczątkowana została w pracy magisterskiej. Następnie, wraz z rozwojem badań nad wsparciem, wielowymiarowy model wsparcia społecznego został zaadaptowany do problematyki pacjentów po zawale serca. Wyniki przeprowadzonych badań potwierdziły związki zarówno różnych rodzajów wsparcia społecznego z radzeniem sobie po zawale serca, jak i wsparcia pochodzącego z różnych źródeł z jakością życia chorych. Tematyka ta podjęta była w następujących publikacjach:

(przed doktoratem)

1. **Włodarczyk D**. Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie. Lublin: Akademia Medyczna, 1997. ISBN-83-904756-7-7. Wsparcie społeczne a strategie radzenia sobie ze stresem po zawale serca, s. 67 – 73
2. **Włodarczyk D**. Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze stresem u chorych po zawale serca. Przegląd Psychologiczny. 1999;4:95-115.

(po doktoracie)

3. Wrześniewski K, **Włodarczyk D**. Wsparcie społeczne – stres - zdrowie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 2004. ISBN 83-01-14137-9. Rola wsparcia społecznego w leczeniu i rehabilitacji osób po zawale serca (s. 170-190).
4. **Włodarczyk D**, Łazarewicz M. Sources of social support and quality of life in cardiac patients. Acta Neuropsychologica. 2010; 8(3), 214-225.

Kolejny obszar w ramach tego nurtu badań dotyczył uwarunkowań różnych aspektów funkcjonowania po zawale serca. Przeprowadzone badania potwierdziły predyktywną rolę wzoru zachowania A w zakresie zmian stanu emocjonalnego chorych, poczucia koherencji w zakresie percepcji choroby, postawy wobec choroby i jakości życia, lęku-cechy w zakresie zmian percepcji choroby i stanu emocjonalnego. Rozpoczęte zostały też wstępne analizy dotyczące trzech predyspozycji osobowościowych (optymizmu, nadziei i ciekawości), których znaczenie było analizowane i porównywane w monografii. Wykazana została także rola płci jako moderatora zmian jakości życia chorych w perspektywie roku po zawale serca. Tematyka ta była przedmiotem następujących publikacji:

(przed doktoratem)

1. **Włodarczyk D**, Wrześniewski K. Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie. Wrocław: Wydawnictwo AWF, 1998. ISBN-83-87389-13-7. Zmiany stanu

emocjonalnego po zawale serca a wzór zachowania A - badanie prospektywne, s. 97 - 102.

(po doktoracie)

2. **Włodarczyk D**, Wrześniewski K. Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2005. ISBN-83-233-2008-X. Poczucie koherencji a postawa wobec choroby i subiektywna percepcja ograniczeń związanych z przebyłym zawałem serca (s. 153-172).
3. **Włodarczyk D**, Wróblewski L. Psychologia zdrowia: teoria, metodologia i empiria. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, 2006. ISBN-83-60247-24-2. Lęk-cecha i ocena stresu a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych po zawale serca (s. 85-97).
4. Wrześniewski K, **Włodarczyk D**. Lęk. Geneza, mechanizmy, funkcje. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2009. ISBN-978-83-7383-343-2. Lęk jako cecha a ocena stresu i stan emocjonalny u osób po zawale serca (s. 433-462).
5. Wrześniewski K, **Włodarczyk D**. Poczucie koherencji jako osobowościowy predyktor jakości życia kobiet i mężczyzn po zawale serca, Kardiologia Polska. 2012; 70;2:157–163.
6. Łazarewicz M, Slind E, Ernstsens L, **Włodarczyk D**, Espnes GA. Health promotion in different settings. Trondheim: NTNU. 2012. ISBN-978-82-93158-03-5. Health related quality of life among elderly Polish and Norwegian MI survivors: in search of positive bases for secondary health promotion (s. 71-88).
7. **Włodarczyk D**. Płeć a jakość życia i radzenie sobie w okresie roku po zawale serca: czy rzeczywiście mężczyźni górą? Kardiologia Polska. 2016, 74(5) 447-453.
8. Łazarewicz MA, **Włodarczyk D**, Espnes GA. Handbook of Psychocardiology. Singapore: Springer Science+Business Media. 2016. ISBN-978-981-287-205-0. Quality of Life in Survivors of Myocardial Infarction (s. 533-550).
9. **Włodarczyk D**. Optimism and hope as predictors of subjective health in post-myocardial infarction patients: A comparison of the role of coping strategies. Journal of Health Psychology. 2017;22(3):336-346.
10. **Włodarczyk D**. Relationship of trait curiosity to the dynamics of coping and quality of life in myocardial infarction patients. Polish Psychological Bulletin. 2017;48(3) 347–356.

Inne specyficzne zagadnienia dotyczące stresu i radzenia sobie w kontekście chorób somatycznych oraz problemy innych grup klinicznych były zaprezentowane w następujących publikacjach:

(przed doktoratem)

1. **Włodarczyk D**. Efektywność radzenia sobie ze stresem - kryteria oceny i uwarunkowania. Sztuka Leczenia. 1998;1:35 - 43.

(po doktoracie)

2. **Włodarczyk D**, Skuza B. Psychologia w praktyce medycznej. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2007. ISBN-978-83-200-3524-7. Czynniki psychospołeczne a zdrowie (s. 42-69).
3. Jakubowska-Winecka A, **Włodarczyk D**. Psychologia w praktyce medycznej. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2007. ISBN-978-83-200-3524-7. Psychologiczne aspekty choroby i chorowania (s. 94-125).
4. **Włodarczyk D**, Otto M. Lęk - cecha matek a funkcjonowanie dzieci z zespołem Aspergera: pośrednicząca rola postawy ochraniającej. Psychoterapia. 2012; 3(162):33-42.
5. Owczarek K, Rozenek H, Jędrzejczak J, Rysz A, Błaszczuk B, **Włodarczyk D**. Declared satisfaction with sexual life and the quality of life in patients with epilepsy. Acta Neuropsychologica. 2015;13(2):157-167.
6. **Włodarczyk D**. Pogoda na starość: podręcznik skutecznego wspierania seniorów. Warszawa: Wolters Kluwer, 2015. ISBN-978-83-264-8260-1. Każdy choruje inaczej (s. 99-103).

5.1.2 Psychologiczne aspekty pracy w pielęgniarstwie ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań wypalenia zawodowego i satysfakcji z pracy

Psychologiczne aspekty pracy w pielęgniarstwie obejmowały wybrane zagadnienia dotyczące postrzegania zawodu i wybranych jego elementów oraz uwarunkowania wypalenia zawodowego i satysfakcji z pracy. Stwierdzone zostały różnice w zakresie postrzegania wizerunku pielęgniarki między pacjentami, lekarzami i samymi pielęgniarkami, a także to, że sposób, w jaki pielęgniarski oceniają trudności w opiece nad pacjentem pośredniczy w relacji między postrzeganym wsparciem a doświadczanymi przez nich emocjami. Wykazano, że poziom wypalenia zawodowego i satysfakcji z pracy u pielęgniarek jest powiązany z częstością doświadczania i obciążenia konfliktami etycznymi oraz perfekcjonizmem i wzorem zachowania A. Tematyka ta była przedmiotem następujących publikacji:

1. **Włodarczyk D**, Łazarewicz M. Frequency and burden with ethical conflicts and burnout in nurses. Nursing Ethics. 2011;18(6):847-862.
2. **Włodarczyk D**, Tobolska B. Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarek. Medycyna Pracy. 2011; 62: 269–279
3. **Włodarczyk D**, Obacz W. Perfekcjonizm, wybrane cechy demograficzne i zawodowe jako predyktory wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym. Medycyna Pracy. 2013;64(6):761–773.
4. **Włodarczyk D**, Pawliszewska A. Wzór zachowania a jako predyktor wypalenia i satysfakcji zawodowej u pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących na oddziałach intensywnej terapii. Medycyna Pracy. 2015; 66(2):213–224.

5. **Włodarczyk D**, Surma K. Effects of perceived job social support on emotions experienced by nurses: the role of difficulties with patient care. *Clinical Nursing Studies*. 2013;1(2):1-13.

5.1.3 Aktywne starzenie się – perspektywa pacjenta i lekarza – komunikacja lekarz-pacjent

Zagadnienia podejmowane w ramach tego nurtu badawczego dotyczą zarówno relacji lekarz-pacjent i komunikacji medycznej o charakterze uniwersalnym, jak i specyficznej dla pacjentów senioralnych. W przypadku pacjentów senioralnych zostały one poszerzone o zagadnienia dotyczące szeroko rozumianej aktywizacji pacjenta wprowadzanej w gabinecie lekarza poz. W ramach projektu PRACTA, którym kierowałam opracowany został kurs kompetencji dla lekarzy, który może być realizowany tradycyjnie w oparciu o instruktaż (opublikowany jako artykuł) oraz w postaci kursu e-learningowego (opublikowanego na płycie CD). Efektywność obu tych metod została zweryfikowana empirycznie i potwierdzona, wykazując nieznaczną przewagę kursu e-learningowego, zarówno w odniesieniu do pacjentów (pacjenci lekarzy, którzy uczestniczyli w szkoleniu wykazują bardziej aktywną postawę wobec leczenia i zdrowia) oraz lekarzy (u lekarzy, którzy uczestniczyli w szkoleniu nastąpiły korzystne zmiany w zakresie postrzegania seniorów i własnych kompetencji komunikacyjnych). Tematyka ta była przedmiotem następujących publikacji:

1. **Włodarczyk D**, Skuza, B. *Psychologia w praktyce medycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2007. ISBN-978-83-200-3524-7. Znaczenie relacji pacjent-personel medyczny dla przebiegu leczenia (s. 126-153).
2. **Włodarczyk D**, Jakubowska-Winecka A. *Psychologia w praktyce medycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2007. ISBN-978-83-200-3524-7. Podstawowe zasady pomocy psychologicznej dla chorych somatycznie (s. 192-214).
3. Łazarewicz M, **Włodarczyk W**. *Aktywizacja Seniorów w Pr@ktyce Medycznej - kurs kompetencji psychologicznych dla lekarzy*. Warszawski Uniwersytet Medyczny: Warszawa, 2016. ISBN-978-83-7637-395-9.
4. **Włodarczyk D**, Chylińska J, Łazarewicz MA, Rządkiwicz M, Jaworski M, Adamus M, Haugan G, Lillefjell M, Espnes GA. Enhancing Doctors' Competencies in Communication With and Activation of Older Patients: The Promoting Active Aging (PRACTA) Computer-Based Intervention Study. *Journal of Medical Internet Research*. 2017;19(2):e45
5. Jaworski M, Rządkiwicz M, Adamus M, Chylińska J, Łazarewicz M, Haugan G, Lillefjell M, Espnes GA, **Włodarczyk D**. Primary care patients' expectations regarding medical appointments and their experiences during a visit: does age matter? *Patient Preference and Adherence*. 2017;11:1221–1233

6. Rządkiwicz M, Chylińska J, Jaworski M, Łazarewicz M, Adamus M, Haugan G, Lillefjell M, Espnes GA, **Włodarczyk D**. Activation of older patients through PRACTA intervention for primary healthcare doctors. Does the method matter? *European Journal of Public Health*. 2017 doi: 10.1093/eurpub/ckx129
7. Chylińska J, Łazarewicz M, Rządkiwicz M, Adamus M, Jaworski M, Haugan G, Lillefjell M, Espnes GA, **Włodarczyk D**. The role of gender in the active attitude toward treatment and health among older patients in primary health care – self assessed health status and sociodemographic factor as a moderators. *BMC Geriatrics*. 2017 doi: 10.1186/s12877-017-0677-z

5.2 Projekty badawcze i współpraca naukowa

Byłam kierownikiem 4 projektów, w tym 2 o charakterze międzynarodowym i 2 o charakterze krajowym oraz uczestniczyłam w 6 innych jako wykonawca, w tym 3 o zasięgu międzynarodowym (1 trwa nadal) i 3 o zasięgu krajowym.

Od roku 2008 jestem Członkiem Zespołu Doradczego (Advisory Board) w Centrum Badań nad Promocją Zdrowia (Centre for Health Promotion Research, CHPR) w Trondheim i biorę udział w corocznych spotkaniach Zespołu Doradczego dotyczących monitorowania i planowania działań CHPR (<https://www.ntnu.edu/chpr/about>).

5.3 Konferencje naukowe – wygłoszenie referatów oraz udział w komitetach i organizacji konferencji

Byłam autorem lub współautorem 50 referatów, w tym 32 wygłoszonych na konferencjach międzynarodowych (6 przed doktoratem i 26 po doktoracie) i 18 na konferencjach krajowych, (4 przed doktoratem i 14 po doktoracie).

Byłam także członkiem komitetów naukowych na 5 konferencjach krajowych i komitetu organizacyjnego jednej konferencji międzynarodowej, współorganizatorem 3 sympozjów tematycznych oraz prowadziłam 4 sesje referatowe na konferencjach międzynarodowych i krajowych. Ponadto byłam organizatorem i prowadziłam szereg polsko-norweskich warsztatów w ramach projektu PRACTA.

5.4 Osiągnięcia dydaktyczne i popularyzacja wiedzy

Działalność dydaktyczna i związana z popularyzacją wiedzy jest ważnym obszarem mojej aktywności zawodowej. W latach 2006-2017 byłam opiekunem 74 wypromowanych na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym prac magisterskich i 7 prac licencjackich. Wszystkie prace magisterskie miały charakter empiryczny. Największa liczba prac (26) dotyczyła funkcjonowania zawodowego personelu medycznego (głównie wypalenia zawodowego i zadowolenia z pracy w grupie pielęgniarek), następną grupą prac (23 prace) dotyczyła różnych aspektów funkcjonowania chorych somatycznie (głównie pacjentów kardiologicznych,

onkologicznych, ale także z cukrzycą, jaską, chorobą Leśniowskiego-Crohna i in.), 11 prac dotyczyło zachowań związanych ze zdrowiem w różnych grupach (zachowań pro- i antyzdrowotnych wśród studentów, pielęgniarek, seniorów i in.), 8 prac dotyczyło specyficznych problemów rodziców chorujących dzieci (poddawanych operacjom kardiochirurgicznym, leczonych na białaczkę, z zespołem Aspergera i in.), kolejnych 6 prac dotyczyło zagadnień związanych z opieką nad osobami starszymi i nastawieniem wobec osób starych (w tym ageizmu wśród personelu medycznego). Wszystkie prace licencjackie miały charakter pogładowy.

Byłam promotorem pomocniczym jednej pracy doktorskiej napisanej w języku angielskim i obronionej w 2014 na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

Od roku 2006 jestem członkiem Review Board czasopisma Stress & Health (IF=2,114), dla którego wykonałam 13 recenzji. Wykonałam także kolejnych 7 recenzji publikacji w innych czasopismach.

Jestem koordynatorem nauczania psychologii na wydziałach lekarskich Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, współtwórcą programów nauczania przedmiotu „Psychologia lekarska” i aktualnie nauczanego przedmiotu „Psychologia lekarska z elementami socjologii” oraz twórcą programu przedmiotu „Psychologii stosowanej” wraz z oryginalnym modułem „Wypalenie zawodowe – skuteczne metody radzenia sobie i zapobiegania” dla studentów studiów magisterskich Wydziału Nauk o Zdrowiu realizowanego w latach 2007-13.

Ważnym obszarem tej działalności jest także nauczanie z wykorzystaniem Internetu i technologii komputerowej, zarówno w formie Internetowych Studiów Podyplomowych realizowanych na Uniwersytecie Warszawskim w latach 2003-2007, jak i stworzonego w ramach projektu PRACTA szkolenia e-learningowego dla lekarzy „Aktywizacja Seniorów w Praktyce Medycznej”.

Jednocześnie jestem autorem lub współautorem publikacji mających na celu popularyzację zagadnień dotyczących znaczenia psychologii w praktyce medycznej, komunikacji w praktyce medycznej, a także publikacji upamiętniającej dorobek prof. Kazimierza Wrześniewskiego, kluczowego badacza polskiej psychologii zdrowia:

1. Adamus M, Owczarek K, **Włodarczyk D.** 45 lat Zakładu Psychologii Medycznej – od klasycznej neuropsychologii do zagadnień jakości życia. Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie, 2010;9:19-26.
2. Owczarek K, **Włodarczyk D,** Łazarewicz M. Spotkanie kierowników katedr i zakładów psychologii medycznej. Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie, 2012;6:16-18.

3. **Włodarczyk D.** Pamięci Profesora Kazimierza Wrześniewskiego - relacja z Wieczoru Wspomnień. *Medycyna Dydaktyka Wychowanie*, 2013;7-8:24-28.
4. **Włodarczyk D.** Dr Dorota Włodarczyk z Zakładu Psychologii Medycznej WUM opowiada o psychologii w praktyce lekarskiej, *Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie*, 2013;9:16-19.
5. Rzakiewicz M, **Włodarczyk D.**, Łazarewicz M, Adamus M, Chylińska J. Polsko-Norweski projekt badawczy PRACTA czyli nie taki pacjent starszy, *Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie*, 2013;10:20-22.
6. Łazarewicz M, **Włodarczyk D.**, Adamus M, Rozenek H, Owczarek K. 50-lecie Zakładu Psychologii Medycznej WUM pierwszego zakładu nauczającego psychologii na uczelni medycznej w Polsce. *Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie*, 2015;11:20-27.

5.5 Inne osiągnięcia

Zostałam uhonorowana następującymi nagrodami: trzema nagrodami dydaktycznymi zespołowymi JM Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (2004, 2009, 2011), w tym za opracowanie zeszytu „Jakość życia w medycynie” opublikowanego w czasopiśmie *Acta Neuropsychologica*; zespołową nagrodą Ministra Zdrowia za redakcję podręcznika „Psychologia w praktyce medycznej” (2008); Medalem Komisji Edukacji Narodowej (2012) oraz przyznanymi na wniosek JM Rektora WUM Srebrnym (2010) i Złotym (2016) Krzyżem Zasługi za działalność zawodową.

Od roku 2004 jestem aktywnym członkiem Sekcji Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, w latach 2008-2012 pełniłam funkcję Przewodniczącej tej Sekcji, a od roku 2013 jestem członkiem Zarządu Sekcji. Za działalność tę, w roku 2016 zostałam uhonorowana Dyplomem uznania przyznanym przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Jestem także członkiem Towarzystwa Badań na Stresie i Lękiem (Stress and Anxiety Research Society, STAR), a od 2011 jest krajowym przedstawicielem tego Towarzystwa.

Systematycznie uczestniczę w szkoleniach i warsztatach mających na celu podniesienie moich umiejętności i kompetencji w różnych obszarach, przede wszystkim różnych aspektów terapii poznawczo-behawioralnej, wybranych problemów klinicznych (żałoba po stracie, doświadczenie przemocy) oraz w zakresie zaawansowanych metod statystycznych.

