

Poznawcze uwarunkowania efektywności wsparcia rehabilitacji kardiologicznej u pacjentów poddawanych pomostowaniu aortalno-wieńcowemu

Choroby układu krążenia niezmiennie od dekad stanowią jedno z głównych wyzwań zdrowotnych naszego kontynentu. Od lat '60 XX w., wśród metod radzenia sobie ze skutkami choroby miażdżycowej znajdują się zabiegi rewaskularyzacji mięśnia sercowego poprzez pomostowanie aortalno-wieńcowe. Zabiegi pomostowania, choć ratujące zdrowie, a niejednokrotnie i życie pacjentów, stanowią interwencję, po której wskazana jest kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna, uwzględniająca nie tylko zwiększanie sprawności fizycznej pacjentów, ale także pomoc w psychologicznej adaptacji do nowej sytuacji, z włączeniem aspektów emocjonalnych, poznawczych, ze szczególnym uwzględnieniem takich zagadnień, jak m.in. motywacja pacjenta, posiadany przez niego obraz siebie, stopień akceptacji choroby, zasoby do radzenia sobie ze stresem.

Badania przeprowadzone w ramach niniejszego projektu miały na celu analizę relacji między wybranymi poznawczymi uwarunkowaniami zdrowia (umiejscowienie kontroli zdrowia, uogólnione poczucie samoskuteczności) a wspierającymi rehabilitację, korzystnymi dla funkcjonowania pacjentów zmiennymi psychologicznymi (w dalszej części opisywanymi łącznie jako związane z psychologiczną efektywnością rehabilitacji kardiologicznej). Do badanych zmiennych z obszaru psychologicznej efektywności rehabilitacji zaliczono podstawowy nastrój [SOPER PN], lęk [SOPER L, STAI], napięcie psychiczne [SOPER NP], postawę wobec terapii [SOPER PWT], postawę wobec pracy i celów życiowych [SOPER PWC], satysfakcję z życia [SWLS], akceptację choroby [AIS] oraz zadowolenie pacjenta ze swojego stanu zdrowia [ocena zadowolenia]. Dodatkowo analizowano relacje wymienionych czynników ze wskaźnikami z poziomu behawioralnego (podejmowaną przez pacjentów nieobowiązkową aktywnością w czasie wolnym).

Cele szczegółowe obejmowały ocenę całościowego poziomu psychologicznej efektywności rehabilitacji wśród pacjentów po CABG/OPCAB wraz z analizą dynamiki zmian w jego obrębie podczas odbywanej rehabilitacji (poprzez porównanie poziomów poszczególnych zmiennych na początku i na końcu rehabilitacji), a także charakterystykę relacji między poziomem poczucia samoskuteczności oraz umiejscowieniem kontroli zdrowia a zmiennymi z obszaru psychologicznej efektywności rehabilitacji. W porównaniach uwzględniono początkową i końcową fazę wczesnej rehabilitacji kardiologicznej, którą biorący w badaniu pacjenci (n=101) odbywali w latach 2019-2022 w Dolnośląskim Centrum Chorób Serca im. Prof. Zbigniewa Religi Medinet we Wrocławiu. W schemacie badania uwzględniono także

(poza danymi socjodemograficznymi, rodzajem procedury wykonania pomostowania [CABG/OPCAB] i czasem od zabiegu) wskaźniki dodatkowej, nieobowiązkowej aktywności podejmowanej przez pacjentów (spacery w czasie wolnym).

Stwierdzono, że pacjentów po pomostowaniu aortalno-wieńcowym jako grupę, zarówno na początku, jak i na końcu rehabilitacji charakteryzuje stosunkowo wysokie uogólnione poczucie własnej skuteczności (poniżej 6% wyników niskich) oraz lokowanie kontroli zdrowia w innych (w tym personelu medycznym). Najniższe wyniki w obrębie Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia badana grupa uzyskała w wymiarze „Przypadek”.

O ile na początku rehabilitacji odnotowano zgodną z wcześniejszymi przewidywaniami dodatnią korelację między uogólnionym poczuciem własnej skuteczności (GSES) a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia (MHLC W, $r=0,236$, $p=0,018$), o tyle pod koniec rehabilitacji wykazano istnienie istotnego statystycznie związku poczucia własnej skuteczności zarówno z wymiarem wewnętrznym (MHLC W, $r=0,245$, $p=0,013$), jak i z lokowaniem kontroli zdrowia w innych, w tym w personelu medycznym (MHLC I, $r=0,234$, $p=0,018$).

Jak pokazały badania, uogólnione poczucie własnej skuteczności powiązane jest dodatnio z zaangażowaniem pacjentów w dodatkowe nieobowiązkowe aktywności fizyczne (ich częstość i długość). Nie okazały się natomiast istotne związki wskaźników poziomu aktywności z lokowaniem kontroli zdrowia w przypadku (MHLC P) czy w sobie (MHLC W). Co ciekawe, wykazano zarazem, że im więcej czasu poświęconego aktywności (zarówno w znaczeniu łącznej liczby minut poświęconych na spacer w ciągu całej rehabilitacji, jak i średniego czasu poświęconego tej aktywności dziennie w dni, gdy ją podejmowano), tym silniejsze u badanych pod koniec rehabilitacji przekonanie o wpływie innych osób na zdrowie.

Podjmując wczesną rehabilitację szpitalną pacjenci po CABG/OPCAB zarówno na początku, jak i na końcu rehabilitacji przejawiają wyższą od większości grup normalizacyjnych akceptację choroby ($28,69\pm 6,07$ i $29,86\pm 6,36$), charakteryzuje ich niewielki odsetek osób z niskim poziomem satysfakcji z życia (początkowo 18%, pod koniec rehabilitacji 13%), czy z wysokim poziomem lęku (niecałe 14% na początku i poniżej 7% grupy pod koniec rehabilitacji). Odnotowano w przebiegu rehabilitacji różnice dotyczą podstawowego nastroju (istotny wzrost, z $85,89\pm 15,35$ do $88,13\pm 14,81$, test Wilcoxon dla par wiązanych wskazuje różnicę istotną na poziomie $p=0,005$) i napięcia psychicznego (istotny spadek, z $48,76\pm 12,25$ do $46,83\pm 11,97$, test Wilcoxon dla par wiązanych wskazuje

różnicę istotną na poziomie $p=0,021$) oraz zadowolenia z własnego zdrowia (istotny wzrost, z $4,97\pm 1,85$ do $7,54\pm 1,65$, $p<0,001$).

Wśród badanych pacjentów po CABG/OPCAB osoby z wyższym uogólnionym poczuciem własnej skuteczności charakteryzują się wyższym nastrojem podstawowym ($r=0,394$, $p<0,001$ na początku i $r=0,476$, $p<0,001$ na końcu rehabilitacji), większą satysfakcją z życia (odpowiednio $r=0,365$, $p<0,001$ i $r=0,465$, $p<0,001$), akceptacją choroby ($r=0,308$, $p=0,002$ i $r=0,342$, $p<0,001$) i bardziej pozytywną postawą wobec pracy i celów życiowych ($r=0,415$, $p<0,001$ i $r=0,395$, $p<0,001$), a także niższym poziomem lęku (SOPER L: $r=-0,373$, $p<0,001$ i $r=-0,543$, $p<0,001$; STAI-X: $r=-0,434$, $p<0,001$ i $r=-0,405$, $p<0,001$), oraz napięcia psychicznego ($r=-0,372$, $p<0,001$ i $r=-0,502$, $p<0,001$) (związki istotne statystycznie niezależnie od etapu odbywanej rehabilitacji). Dodatkowo GSES u rozpoczynających rehabilitację koreluje dodatnio z zadowoleniem z własnego stanu zdrowia ($r=0,223$, $p=0,026$, efekt zanika w toku rehabilitacji). Z kolei początkowa pozytywna postawa wobec terapii skorelowana jest (zarówno z początkowym: $r=0,29$, $p=0,004$, jak i końcowym: $r=0,369$, $p<0,001$) poczuciem samoskuteczności pacjentów.

Korzystne w grupie badanej wydaje się zarówno wewnętrzne lokowanie kontroli zdrowia, jak i lokowanie jej w innych ludziach, przy czym część wykazanych zależności mediowana jest przez uogólnione poczucie własnej skuteczności.

U pacjentów kończących rehabilitację: zarówno wyższe wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, jak i wyższy poziom końcowego lokowania kontroli zdrowia w innych ludziach powiązane są z wyższym końcowym poziomem satysfakcji z życia (pełna mediacja GSES); im wyższe wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, tym wyższe zadowolenie z własnego zdrowia na końcu rehabilitacji ($r=0,287$, $p=0,018$); im wyższy poziom lokowania kontroli zdrowia w innych (w tym personelu medycznym), tym bardziej pozytywna postawa wobec pracy i celów życiowych, z którą pacjenci kończą rehabilitację ($r=0,256$, $p=0,01$).

Wyjściowy i końcowy poziom lęku okazał się dodatnio skorelowany z (kończącym) umiejscowieniem kontroli zdrowia na wymiarze przypadku ($r=0,207$, $p=0,04$ i $r=0,271$, $p=0,006$), natomiast niezależnie od etapu rehabilitacji lęk był ujemnie skorelowany z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli (w tej ostatniej relacji wykazana została pełna mediacja GSES). Odnotowano także zależność między umiejscowieniem kontroli zdrowia na wymiarze inni, a poziomem doświadczanego napięcia psychicznego oraz lęku na końcu rehabilitacji (niższy poziom lęku i napięcia psychicznego u osób z wyższym lokowaniem kontroli zdrowia w innych), przy czym zależność ta także nie ma charakteru bezpośredniego –

jej kompletnym mediatorem jest poczucie własnej skuteczności badanych.

Lokowanie kontroli zdrowia w przypadku powiązane jest z gorszym samopoczuciem pacjentów: w początkach rehabilitacji koreluje z niższym poziomem podstawowego nastroju ($r = -0,218$, $p = 0,03$), jest też związane z mniejszym przyrostem zadowolenia z własnego stanu zdrowia podczas rehabilitacji ($r = -0,248$, $p = 0,043$). Zarazem wykazano, że w końcowej fazie rehabilitacji silniejsze przekonanie o znaczeniu przypadku dla zdrowia żywią ci pacjenci, którzy doświadczali w początkach rehabilitacji (SOPER L: $r = 0,207$, $p = 0,04$) i nadal, kończąc rehabilitację doświadczają wyższego poziomu lęku ($r = 0,271$, $p = 0,006$) oraz napięcia psychicznego ($r = 0,235$, $p = 0,019$, $r = 0,251$, $p = 0,012$), a niższego poziomu podstawowego nastroju - i na początku: ($r = -0,246$, $p = 0,014$), i na końcu rehabilitacji ($r = -0,31$, $p = 0,002$).

Podjęcie dodatkowej aktywności przez pacjentów okazało się powiązane z kilkoma zmiennymi. Osoby, które częściej (mierzone liczbą dni) podejmują z własnej woli aktywność fizyczną w czasie wolnym, doświadczają niższego poziomu lęku (na początku, ale i na końcu rehabilitacji). Choć ich początkowy poziom napięcia psychicznego nie różni się od tego, którego doświadczają ci, którzy nie będą tak aktywni, na końcu rehabilitacji pacjenci aktywni doświadczają niższego napięcia psychicznego. Częstość podejmowania aktywności fizycznej w czasie rehabilitacji idzie w parze z pozytywnym podstawowym nastrojem, pozytywną postawą wobec celów życiowych oraz z (zarówno wyjściowym, jak i końcowym) zadowoleniem z własnego zdrowia. Choć pacjenci, którzy zdecydują się w czasie całej rehabilitacji więcej czasu wolnego poświęcić na dodatkową aktywność, nie różnią się pod względem wyjściowych poziomów lęku, postawy wobec terapii, stopnia akceptacji choroby, zadowolenia ze swojego zdrowia, czy podstawowego nastroju od innych, pod koniec rehabilitacji doświadczają bardziej pozytywnego nastroju i wyższego zadowolenia ze swojego stanu zdrowia. Większą ilość czasu dziennie na dodatkową aktywność poświęcali pacjenci, którzy czuli się bardziej zadowoleni z własnego zdrowia na początku rehabilitacji, a zarazem u tych, którzy byli średnio dziennie bardziej aktywni, odnotowano wyższe zadowolenie z własnego zdrowia na końcu rehabilitacji.

Zadowolenie z własnego zdrowia, zarówno na początku, jak i na końcu rehabilitacji, jest w istotny statystycznie sposób większe u badanych pacjentów po OPCAB, przy czym zaznaczyć warto, że w obu grupach widoczny był jego znaczny wzrost. Choć pacjenci po OPCAB prezentują w momencie rozpoczęcia rehabilitacji kardiologicznej wyższy stopień akceptacji choroby, niż ci po CABG, pod koniec rehabilitacji obie grupy pacjentów nie różnią się w sposób istotny pod względem tej zmiennej. Nie ma istotnych statystycznie różnic

między grupami pacjentów po CABG/OPCAB w odniesieniu do częstości (liczby dni) angażowania się w dodatkową, nieobowiązkową aktywność fizyczną, ani w odniesieniu do łącznej ilości czasu spędzanej na takiej aktywności w ciągu całej rehabilitacji. Wykazano natomiast, że u pacjentów po OPCAB średni dzienny czas podejmowanych aktywności dodatkowych był istotnie większy, niż u pacjentów po CABG.