

Poczucie koherencji a stan posiadanej wiedzy o schorzeniu u osób dializowanych

Krystyna KUROWSKA
Renata ŻYTKO

Zakład Teorii Pielęgniarstwa przy Katedrze Pielęgniarstwa i Położnictwa CM w Bydgoszczy
UMK Toruń
Kierownik:
Dr n med. *Mirosława Felsmann*

Wstęp: Poczucie koherencji (SOC), wprowadzone przez Antonovsky'ego, wyjaśnia związek ze zdrowiem. Wysokie daje wiarę w sens życia, jego uporządkowanie, przewidywalność, co sprawia, że pacjent chce być zdrowym i sprawnie funkcjonować. Leczenie niewydolności nerek, ze względu jej przewlekłość, utrudnia jednak to funkcjonowanie. Ważnym czynnikiem, wpływającym na poziom SOC jest odpowiedni poziom wiedzy. Wyedukowany utrzymuje optymalny stan zdrowia.

Cel pracy: Określenie wpływu poziomu poczucia koherencji na stopień posiadanej wiedzy, u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek, poddawanych dializoterapii, jako wyznacznik w powrocie do optymalnego stanu zdrowia.

Materiał i metodyka: Badaniem objęto 80 pacjentów dializowanych w Stacji Dializ X Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy oraz w Stacji Dializ AVITUM w Nakle. Poczucie koherencji zostało ocenione za pomocą kwestionariusza SOC-29 autorstwa Antonovsky'ego a pomiar posiadanej wiedzy w zakresie hemodializy i przewlekłej niewydolności nerek ankietą konstrukcji własnej.

Wyniki: Badani nie różnili się znacząco między sobą zarówno poziomem poczucia koherencji i jak i stanem posiadanej wiedzy. Uzyskali przeciętne wyniki. Najwyżej oceniono poczucie zrozumiałości, najniżej zaradności/ sterowności. Wyższe wyniki SOC i w zakresie posiadanej wiedzy o schorzeniu odnotowano u mężczyzn, osób w wieku 61-70 lat, z wykształceniem średnim, będących w związku małżeńskim, zamieszkujących w mieście. Wykazano istnienie związku pomiędzy SOC a zakresem posiadanej wiedzy tj., wyższy poziom ogólnego SOC i zrozumiałości prezentowali badani o przeciętnym poziomie wiedzy, natomiast wyższy poziom poczucia zaradności/ sterowności i sensowności o wysokim poziomie.

Wnioski: Określenie poziomu SOC i jego korelacji ze stanem posiadanej wiedzy może posłużyć jako czynnik wpływający na skuteczną walkę z chorobą nerek, poprawę jakości życia oraz zachowanie optymalnego stanu zdrowia.

(NEFROL. DIAL. POL. 2015, 19, 66-70)

Słowa kluczowe:

- poczucie koherencji (SOC)
- stan wiedzy o chorobie
- przewlekła niewydolność nerek
- hemodializa

Key words:

- the sense of coherence (SOC)
- the level of knowledge of the disease
- chronic renal failure
- hemodialysis

The sense of coherence and the level of knowledge of the disease in dialysed patents

Introduction: The sense of coherence (SOC), introduced by Antonovsky explains relation with health. High SOC level gives faith in the meaning of life, its order and predictability. Renal failure treatment, because of its chronic character, hinders everyday functioning. Knowledge about the disease is crucial factor that influences level of the sense of coherence.

Aim of the study: Defining the influence of the sense of coherence on the level of knowledge in patients with chronic renal failure, subjected to dialysis, as a determinant of returning to optimal health.

Material and methods: The research involved 80 patients treated with dialysis in Nephrology Clinical Ward and Dialysis Center in 10 Military Research Hospital and Polyclinic in Bydgoszcz and in AVITUM Dialysis Center in Naklo. Respondents were tested using Life Orientation Questionnaire SOC – 29 and personal questionnaire.

Results: Respondents gained average level of the sense of coherence and level of knowledge. Higher SOC and level of knowledge results gained men, patients between 61-70 years of age, with secondary education, married, living in a city. The research showed that there is a relation between SOC and level of knowledge. Higher general SOC and comprehensibility results got patients with an average level of knowledge. Patients with higher sense of manageability and meaningfulness presented higher level of knowledge of the disease.

Conclusion: Defining the level of the sense of coherence and its correlation with obtained knowledge may have an influence on effective struggle with renal disease. It may improve the quality of life and help to maintain optimal health.

(NEPROL. DIAL. POL. 2015, 19, 66-70)

Adres do korespondencji:

Dr n med. Kurowska Krystyna
Zakład Teorii Pielęgniarstwa przy Katedrze Pielęgniarstwa Zachowawczego CM w Bydgoszczy, UMK Toruń
ul Łukasiewicza 1
85-801 Bydgoszcz
tel. 052/585-58-01
e-mail: krystyna_kurowska@op.pl

Wstęp

Chorzy hemodializowani stanowią specyficzną grupę, w której sposób leczenia

w znacznym stopniu determinuje życie pacjenta oraz jego rodziny. Przewlekłe stosowanie hemodializ powoduje przymus

częstego kontaktu ze oddziałem szpitalnym. Ta metoda leczenia w znacznym stopniu wpływa na samopoczucie pacjentów, ich stan psychiczny i zdrowotny. Czynniki te wpływają na ogólne poczucie koherencji, które stanowi ważny czynnik samopoczucia pacjentów i ich poziomu posiadanej wiedzy. Niezwykle ważny w przypadku poczucia zrozumiałości, sensowności czy zaradności - elementów poczucia koherencji jest stan wiedzy pacjenta na temat danej choroby. Wiedza ta pozwala mu na zrozumienie powikłań, przeciwdziałanie im, pozwala na radzenie sobie podczas zabiegu hemodializy, wreszcie wyznacza tryb życia, umożliwiając zniwelowanie powikłań po hemodializie, czy też powikłań przewlekłej niewydolności nerek. Silne poczucie koherencji i wysoki stan posiadanej wiedzy pozwalają osobom chorym na przewlekłą niewydolność nerek osiągnąć optymalny stan zdrowia. Celem pracy było określenie wpływu poziomu poczucia koherencji, na stopień posiadanej wiedzy u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek, poddawanych dializoterapii, jako wyznacznika w powrocie do optymalnego stanu zdrowia.

Materiał i metodyka

Zaprezentowane badania stanowią wy-cinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem schorzeń przewlekłych. Badania przeprowadzono w okresie od czerwca do września 2013 roku w grupie 80 pacjentów dializowanych z powodu przewlekłej niewydolności nerek w Stacji Dializ X Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy oraz w Stacji Dializ AVITUM w Nakle n/Notecią, za zgodą komisji bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/250/2013). Doboru próby badawczej dokonano ze względu na jednostkę chorobową, jaką jest przewlekła niewydolność nerek, leczona hemodializą. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) [1] oraz ankietę konstrukcji własnej, zawierającą metryczkę oraz pytania sprawdzające zakres wiedzy pacjenta, na temat schorzenia i leczenia hemodializą. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (*The Sense of Coherence Questionnaire* - SOC-29) autorstwa Aarona Antonowsky'ego z 1983 roku został zaadaptowany do warunków polskich przez Zakład Psychologii Klinicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Psychoprofilaktyki Instytutu UAM w Poznaniu i Zakład Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi W 1993 roku. Kwestionariusz pozwala określić ogólny poziom poczucia koherencji, a także poziom jego trzech wymiarów: Poczucie zrozumiałości (PZR- 11 stwierdzeń), Poczucie zaradności (PZ-10 stwierdzeń), Poczucie sensowności (PS- 8 stwierdzeń). Składa się z 29 pytań. Na każde z tych pytań możliwych jest siedem odpowiedzi, które są punktowane od 1 do 7, określające reakcje osoby badanej wobec różnych sytuacji. Wyniki oblicza się sumując punkty z poszczególnych odpowiedzi, zgodnie z kluczem, który pozwala określić globalne SOC oraz jego trzy składowe. Uzyskanie wysokiego wyniku oznacza silne poczucie koherencji [1]. Do opisu zmiennych wykorzystano

statystyki opisowe (średnia arytmetyczna minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego STATISTICA 10.

Wyniki badań

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku badanych wyniosła niewiele ponad 63 lat (od 29 do 80 lat). Dominowali mężczyźni (60,0%). Większość miała wykształcenie średnie (36,2%) i zawodowe (32,5%), pozostawała w związkach małżeńskich (70,0%), mieszkała z rodziną (85,7%) w mieście (83,7%). Niespełna co dziesiąty badany, to osoba aktywna zawodowo (6,2%). Ogólnie należy stwierdzić, że była to grupa o przeciętnej sytuacji materialnej (57,8%). Najwięcej pacjentów chorowało na przewlekłą niewydolność nerek powyżej 12 miesięcy

(77,2%). Średnia czas chorowania wyniósł ponad 7 lat (od 1,5 do 31 lat).

Podjęto próbę ustalenia poziomu wiedzy badanych w zakresie leczenia nerkoza-stępczego. Za prawidłową odpowiedź na poszczególne pytania badany otrzymywał punkty zgodnie z kategoryzacją. Łącznie można było uzyskać od 0 do 19 punktów. Uzyskanie odpowiedniej ilości punktów kwalifikowało badanego do odpowiedniego poziomu wiedzy według poniższego zestawienia: niski poziom wiedzy – od 0–10 punktów (do 52%); średni poziom wiedzy – 10–14 punktów (52–73%); wysoki poziom wiedzy 14–19 punktów (powyżej 73,0%). Niespełna połowa grupy to badani o niskim poziomie wiedzy (47,5%). Średnia punktowa poziomu wiedzy wyniosła 10,22. Najmniej liczną grupę stanowili badani o poziomie wiedzy wysokim (18,7%). Średnia poziomu wiedzy na temat niewydolności nerek i hemodializy wyniosła – 6,4 punktu. Wynik plasuje się w dolnej strefie wyniku przeciętne-go na granicy poziomu niskiego. Odchylenie

Tabela I

Wyniki średnie pozycji poziomu wiedzy.

Average results of the level of knowledge position.

Nr.	Treść	Wartość oczekiwana	średnia	Odch. Std.	wskaźnik %
1.	Jakie funkcje pełnią nerki w organizmie	3	1,60	0,87	53,4
2.	Jakie znasz przyczyny niewydolności nerek	1	0,76	0,43	76,1
3.	Jakie znasz objawy niewydolności nerek	1	0,78	0,41	78,3
4.	Jakie znasz rodzaje niewydolności nerek	1	0,46	0,435	25,4
5.	Jakie znasz główne metody leczenia niewydolności nerek	3	1,71	0,92	57,0
6.	Jakie znasz powikłania niewydolności nerek	2	1,17	0,63	58,4
7.	Jakie znasz powikłania hemodializy	1	0,97	0,73	51,1
8.	Jakie znasz główne zasady życia z niewydolnością nerek	3	1,82	0,98	60,74
9.	Jakie pokarmy powinien spożywać w ograniczonej ilości	1	0,62	0,499	46,3
10.	Jakich pokarmów nie możesz spożywać	1	0,32	0,47	31,5
11.	Ile jest kalorii w diecie osoby z niewydolnością nerek	1	0,99	0,71	54,9
12.	Czy osoby z niewydolnością nerek mogą uprawiać wysiłek fizyczny	1	0,51	0,47	50,5

Tabela II

Wyniki ogólne poczucia koherencji (SOC).

The sense of coherence results (SOC).

wyniki	SOC		Zrozumiałość		zaradność		sensowność	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
niskie	2	2,5	3	3,7	8	10	5	6,25
przeciętne	61	76,2	51	63,7	58	72,5	64	80,0
wysokie	17	21,2	26	32,5	14	17,5	11	13,7
N ważnych	80		80		80		80	
Średnia	130,3		46,9		45,3		38,2	
Odch.Std.	24,096		9,316		10,081		8,208	
Ufność -95%	125,92		45,17		43,43		36,69	
Ufność +95%	134,63		48,53		47,07		39,66	
Minimum	72,0		17,0		22,0		14,0	
Maksimum	197,0		72,0		70,0		56,0	
Dolny kwartyl	115,0		41,0		39,0		32,0	
Mediana	122,0		45,0		43,0		37,0	
Górny kwartyl	141,0		50,0		52,0		43,5	

standardowe stanowi ponad 31% wartości średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników (od 3,0 do 18,0 punktów). Ze wszystkich analizowanych pozycji dotyczących poziomu wiedzy (Tab. I). Odnotowano, że najwyższe wskaźniki procentowe w stosunku do wartości oczekiwanej, uzyskano w pozycjach: Objawy niewydolności nerek – 78,3%; Przyczyny niewydolności nerek – 76,1% oraz Główne zasady osoby z niewydolnością nerek – 60,74%. W tych pozycjach badani mieli najwyższy wskaźnik poziomu wiedzy. Najniższe z kolei w pozycjach: Ograniczenie spożywania pokarmów – 46,3%, Zakaz ograniczania pokarmów – 31,5% oraz Rodzaje niewydolności nerek – 25,4%. W tych aspektach badani wykazali się najniższą wiedzą.

Podjęto próbę ustalenia, czy poziom wiedzy a w dalszej kolejności poczucie koherencji wraz ze swoimi kategoriami zróżnicowane są poprzez wytypowane zmienne takie jak: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania i czas chorowania. Wyższy poziom wiedzy prezentują mężczyźni, osoby w wieku 61-70 lat, z wykształceniem średnim, będące w związku małżeńskim, zamieszkujące w mieście. Rozkład tabeli II ujawnia, że badani, to osoby o przeciętnym poziomie poczucia koherencji. Średnia – 130,3 punktu, mieści powyżej środkowej strefy wyników przeciętnych. Odchylenie standardowe stanowi ponad 18% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwięcej osób uzyskało wyniki przeciętne (76,2%), najmniej niskie (2,5%). Poczucie zrozumiałości badanych, to również poziom przeciętny. Średnia – 46,9 punktu, mieści się również powyżej środkowej strefy wyników przeciętnych. Odchylenie standardowe stanowi ponad 19% wartości średniej, świadcząc również o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. W kwestii zrozumiałości, najwięcej osób uzyskało wynik przeciętny (63,7%), najmniej niskie (3,7%). Jest to składowa poczucia koherencji, w której najwięcej osób uzyskało wyniki wysokie (32,5%). Badani, to także osoby o przeciętnym poziomie zaradności/sterowności. Średnia – 45,3 punktu mieści się w środkowej strefie wyników przeciętnych. Odchylenie standardowe stanowi niewiele ponad 22% wartości średniej, co w tym przypadku świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników. Najwięcej osób uzyskało wyniki przeciętne (72,5%), najmniej niskie (10,0%). Wynik sensowności, to również wynik przeciętny. Średnia – 38,2 punktu mieści się w środkowej strefie wyników przeciętnych. Odchylenie standardowe stanowi ponad 21% wartości średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników sensowności. Najwięcej badanych uzyskało wyniki przeciętne (80,0%), najmniej niskie (6,25%). Biorąc pod uwagę wszystkie składowe poczucia koherencji, najwyżej oceniono poczucie zrozumiałości, najniżej natomiast poczucie zaradności/sterowności. Nieważne wyższe wyniki zarówno poczucia koherencji jak i jego składowych odnotowano w grupie mężczyzn, w wieku 61-70 lat, z wykształceniem średnim, będących w związku małżeńskim, zamieszkujących w mieście. Poziom wiedzy badanych, pozostawała w istotnej statystycznie,

Tabela III

Korelacje poziomu wiedzy i wyników poczucia koherencji (SOC).

Correlations between the level of knowledge and the sense coherence (SOC).

pozycja	N	R	t(N-2)	poziom p
SOC	80	0,120	1,309	0,193
zrozumiałość	80	-0,008	-0,091	0,928
zaradność/ sterowność	80	0,242	2,710	0,008
sensowność	80	0,208	2,311	0,023

niskiej korelacji tylko z wynikami poczucia zaradności/ sterowności i sensowności (Tab. III). W pozostałych przypadkach nie odnotowano istotności statystycznej. Wyższy poziom ogólnego SOC i zrozumiałości prezentowali badani o przeciętnym poziomie wiedzy, natomiast wyższy poziom poczucia zaradności/ sterowności i sensowności o wysokim poziomie.

Dyskusja

Hemodializa to jedna z metod leczenia nerkozastępczego. Polega na usuwaniu z krwi szkodliwych produktów przemiany materii oraz nadmiaru wody i jonów szkodliwych dla zdrowia. Zabiegi wykonuje się u pacjentów, których nerki nie spełniają swojej funkcji [2]. W trakcie dializoterapii aktywność zawodowa i sytuacja materialno-finansowa chorego ulega zmianie, co znacząco pogarsza jego jakość życia. Powikłania i skutki uboczne negatywnie wpływają na samopoczucie pacjenta, który czuje się ciężarem dla najbliższych. U chorych pojawiają się problemy ze snem oraz stany lękowe, często poprzedzające depresję. Występują zaburzenia apetytu, nudności, niedożywienie oraz silne bóle somatyczne, co dodatkowo nasila stres pacjenta [3]. Stany te powodują coraz gorsze radzenie sobie z chorobą. Dodatkowym stresem dla pacjenta jest pobyt na Oddziale Dializ w szpitalu, z którym wiąże się każdorazowe przeprowadzenie zabiegu hemodializy. W innych krajach, np. w Szwecji, pacjenci mają możliwość wyboru różnych metod leczenia – w domu, tzw. samoopieki dializy lub konwencjonalnej dializy na oddziale. Badania Ageborga w zakresie zbadania zależności pomiędzy miejscem dializy a zakresem jakości życia i poziomem poczucia koherencji wykazały, że pacjenci, którzy korzystali z metody leczenia w domu, wykazywali wyższy zakres jakości życia i stopień umiejętności samoopieki oraz poziomu poczucia koherencji [4].

Celem pracy było określenie wpływu poziomu poczucia koherencji na stopień posiadanej wiedzy u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek, poddawanych dializoterapii, jako wyznacznika w powrocie do optymalnego stanu zdrowia. Pacjenci uzyskali przeciętny poziom poczucia koherencji i nie różnili się znacząco między sobą zarówno poziomem poczucia koherencji i jak i stanem posiadanej wiedzy. Wielu badaczy zajmuje się oceną poziomu poczucia koherencji w przypadku różnych schorzeń. Wyniki są zróżnicowane, w zależności od rodzaju schorzenia, ale znaczna większość zawiera się w ramach przeciętnego poziomu. W badaniach Skowron wynik globalnego poziomu SOC był podobny do osiągniętego na cele niniejszej pracy. Tłumaczony był silną zależnością pomiędzy SOC a jako-

ścią życia. Problemem badawczym tutaj była zależność SOC od aktywności klinicznej wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Badaczka wykazała ujemny wynik zależności pomiędzy SOC a aktywnością kliniczną, zwłaszcza u pacjentów o niskim poczuciu koherencji [5]. Nieco odmienny (niższy) ogólny wynik SOC uzyskano w ramach badań nad chorobą przewlekłą, prowadzonych przez Żychlińską [6]. Badaniem objęto grupę chorych ze stwardnieniem rozsianym. Osoby cierpiące na choroby przewlekłe charakteryzują się stosunkowo niskim poziomem poczucia koherencji, co jest zjawiskiem niepokojącym. Przemawia za tym fakt, iż człowiek przy dobrej orientacji, z dostępnością zasobów, lecz brakiem motywacji do podejmowania działań i radzenia sobie może spodziewać się dysharmonii pomiędzy poczuciem zrozumiałości, zaradności i sensowności. Wywoływać to może trudności w radzeniu sobie z sytuacją trudną. Ponadto badaniach tych wykazano istnienie zmiennych pośredniczących wpływających na związek poziomu poczucia koherencji a rodzaju preferowanego stylu radzenia sobie z chorobą przewlekłą. Istotną korelację wykazano między poczuciem zaradności a wykształceniem. Stopień większej świadomości i wiedzy jest czynnikiem mobilizującym siły i pozwalającym stawić czoła chorobie. U Jabłońskiego, pacjenci chorzy na ostrą białaczkę mieli również średnie wartości SOC [7]. Autor dostrzegł, że wystąpiło bardzo duże zróżnicowanie pomiędzy najniższym a najwyższym wynikiem SOC. Powyższe wyniki prowadzą do pytania, czy SOC to cecha osobowa, czy też w uchwyceniu w danym momencie stan emocjonalny, który koresponduje z uruchomionym procesem obronnym w stosunku do zagrożenia. Ponadto autor doszedł do wniosku, że wysokie SOC na początku leczenia oraz jego rosnąca wartość w okresie kolejnych 2 miesięcy obserwacji mogą być korzystnym czynnikiem prognostycznym braku rozwoju depresji u chorych na ostrą białaczkę. W przytoczonych badaniach wynik SOC nie był zadowalający, a osoby chore na różne schorzenia nie różniły się znacząco między sobą poziomem poczucia koherencji. Wynik badań przytoczonych powyżej jest więc zbliżony do wyniku wyprowadzonego na podstawie badań własnych i kształtuje się na poziomie przeciętnym. W przypadku składowych poczucia koherencji nie wykazano w ramach niniejszych badań istotnych różnic. Z ogólnego przeciętnego poziomu trzech składowych, najwyżej kształtowało się poczucie zrozumiałości, najniżej poczucie sensowności. U mężczyzn najwyższe wartości uzyskano w poczuciu zrozumiałości, najniższe w zaradności. U kobiet najwy-

żej kształtowało się poczucie zrozumiałości i równo nisko sensowności i zaradności. Statystycznie istotnie wyższy poziom poczucia sensowności prezentowali więc mężczyźni. Antonovsky uważał, że człowiek posiadający wysokie poczucie zaradności i zrozumiałości, który korzysta z doświadczenia życiowego i odpowiednich zasobów, również może kiedyś przestać rozumieć otaczający go świat i stracić kontrolę nad jego zasobami, jeśli nie będzie mieć odpowiednio wysokiego poczucia sensowności, czyli motywacji do działania [1]. We wcześniejszych przytoczonych badaniach Skowron w grupie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego wykazano, że poczucie sensowności było również najniższe reprezentowanym składnikiem poczucia koherencji, a poczucie zaradności i zrozumiałości były na podobnym poziomie [5]. Podobne wyniki badań otrzymała Tuszewska [8]. W tym przypadku również poczucie sensowności przedstawiało się najniższe wśród badanych pacjentów. Wpływ na obniżenie tego czynnika mogło mieć rozpoznanie choroby i zmiany w życiu codziennym, z którymi pacjenci musieli sobie poradzić. Przyczyną tego deficytu mogły być też trudności, z jakimi pacjenci podejmowali walkę z chorobą (stresorem). Osoby te prawdopodobnie dostrzegały tylko uciążliwe strony choroby, starały się usunąć lęk i przykrości, które niesie za sobą przewlekłe schorzenie. Natomiast nie mobilizowały się do walki, nie traktowały choroby jako wyzwania. Niskie poczucie sensowności mogło też wpływać na zaprzestanie leczenia, ponieważ pacjenci nie widzieli sensu w przestrzeganiu zaleceń lekarskich, a na próby pomocy reagowali agresywnie w stosunku do otoczenia. W niektórych badaniach występuje zmienna różnicująca poczucie poszczególnych składników poczucia koherencji. Zmienną tą jest płeć. W badaniach do niniejszej pracy mężczyźni uzyskali wyższy poziom poczucia koherencji. Oznacza to, że badani mężczyźni lepiej radzą sobie z chorobą, lepiej rozumieją swoją sytuację, są bardziej zaradni i odczuwają większy sens walki z chorobą, mają większą motywację. W badaniach własnych wykazano istotną statystycznie różnicę pomiędzy mężczyznami i kobietami, dotyczącą tylko wyników poczucia sensowności. W pozostałych przypadkach, różnica nie była istotna statystycznie. Jednak średnie poziomu poczucia koherencji w grupach płci wykazują, że we wszystkich składnikach większe poczucie odnotowano u mężczyzn. Zatem mężczyźni mają wyższe, niż kobiety poczucie sensowności, zrozumiałości i zaradności. Do podobnych wniosków doszedł Słowik, w badaniach nad zależnością poczucia koherencji od płci badanego [9]. W tym przypadku badani mężczyźni mieli również wyższe poczucie zaradności i zrozumiałości (bez sensowności). Oczywiście można odnaleźć również badania, które różnią się od ogólnie uznanych wyników. Słowik wykazał w swoich kolejnych badaniach, że mężczyźni chorzy somatycznie wykazują niższe, niż kobiety poczucie zaradności i zrozumiałości [10]. Autor doszedł do wniosku, że być może silniejsze poczucie sensowności u kobiet powoduje, że dostrzegają one większe sens w swoim życiu, a jednocześnie są mniej zaradne. Głównym

celem badań było jednak określenie czy poziom koherencji wpływa na stan wiedzy pacjentów leczonych metodą hemodializy. Wyniki bezspornie pokazują istotną korelację zarówno globalnego wyniku SOC jak i jego składowych z wszystkimi dziedzinami, ogólnym stanem wiedzy. Dodatnią korelację pomiędzy poczuciem koherencji a stanem wiedzy zauważono także w badaniach grupy osób z cukrzycą typu 2. Wykazano w nich, że im wyższy był ogólny poziom SOC, tym silniejsze było poczucie posiadanej wiedzy o schorzeniu [11]. Analogiczne wyniki uzyskano w ramach badań własnych. Wyższy poziom wiedzy pacjenta o chorobie pozwala wnioskować, że pacjent lepiej akceptuje chorobę, rzetelniej zaangażuje się w leczenie, w samokontrolę a tym samym zachowa lepszą jakość życia i bardziej optymalny stan zdrowia. Badanie zależności w zakresie posiadanej wiedzy o schorzeniu a poziomie poczucia koherencji wykazało, że najwyższy poziom SOC miały osoby, o średnim poziomie wiedzy. Należy więc przyjąć, że wraz ze wzrostem poziomu wiedzy, podwyższa się poziom poczucia koherencji. Oznacza to, że im wyższy poziom wiedzy, tym wyższy jest poziom SOC. Pacjenci posiadają wiedzę na temat powikłań choroby, dzięki czemu są bardziej zaradni. Wykazują wiedzę na temat przyczyn i objawów choroby, dzięki czemu lepiej rozumieją swoją sytuację. Wreszcie posiadają wiedzę w zakresie leczenia choroby, dzięki czemu mają większą motywację do walki z nią. Zainteresowanie relacją: poziom wiedzy a poziom koherencji odnalazł również w badaniach Marszałek nad poczuciem koherencji a stanem posiadanej wiedzy u osób po udarze mózgu [12]. Potwierdziła ona, że ogólne SOC u osób po udarze mózgu wpłynęło na stan posiadanej wiedzy o chorobie, ale tylko w zakresie leczenia i usprawniania. Zaobserwowała, że osoby badane wyznaczają sobie subiektywne dla nich obszary wiedzy, często takie, które są lepiej rozumiane, natomiast poza granice zjawisk istotnych przesuwają obszary mniej zrozumiałe i sensowne. Podobny pogląd głosił Antonovsky, który był zdania, że obszary życia mało zrozumiałe dla człowieka przenosi się poza granicę zjawisk ważnych [1]. To może tłumaczyć dlaczego zarówno w badaniach Marszałka jak również w badaniach własnych wysokie SOC u badanych, nie wpłynęło na wszystkie obszary posiadanej wiedzy. Przewiduje się, jak w przypadku badań Marszałka, że dzięki wpływowi SOC na poziom posiadanej wiedzy pacjenci z przewlekłą niewydolnością nerek będą mieli lepszą szansę na adaptację do swojej ciężkiej sytuacji [12]. Potrzebę adaptacji wskazywał także Horsburgh w swoich badaniach nad poczuciem koherencji i satysfakcji z życia [13]. Celem tych badań było stwierdzenie, czy jest jakaś zależność pomiędzy badanymi dializowanymi (i ich małżonkami) a ich adaptacją do dializ domowych i poziomem SOC. Badani wykazali wysoki, pozytywny związek między pacjentami dializowanymi a ich poczuciem koherencji i adaptacją do sytuacji. Poczucie koherencji wpływa na stan wiedzy pacjentów, im wyższy jest poziom poczucia koherencji, tym wyższy jest zakres posiadanej przez pacjentów wiedzy. Przeprowadzona

powyżej polemika prowadzi do wniosku o konieczności kontynuowania badań z zakresu poczucia koherencji wśród pacjentów chorujących na choroby przewlekłe. Przytoczone wyniki ukazują, że aktualnie ich poczucie sensowności, zrozumiałości i zaradności jest na poziomie przeciętnym. Wyniki te są na poziomie niezadawalającym. Taki wynik sygnalizuje, że pacjenci wymagają większej uwagi i troski ze strony partnerów życiowych, rodziny a zwłaszcza ze strony personelu medycznego. Kontynuowanie i monitorowanie wyniku SOC i jego korelacji ze stanem posiadanej wiedzy może posłużyć jako wykładnik radzenia sobie z różnorodnymi schorzeniami przewlekłymi.

Wnioski

1. Badani nie różnili się znacząco między sobą zarówno poziomem poczucia koherencji i jak i stanem posiadanej wiedzy. Uzyskali przeciętne wyniki. Najwyżej oceniono poczucie zrozumiałości, najniższe zaradności/sterowności.

2. Wyższe wyniki SOC i w zakresie posiadanej wiedzy o schorzeniu odnotowano w grupie mężczyzn, osób w wieku 61-70 lat, z wykształceniem średnim, będących w związku małżeńskim, zamieszkujących w mieście.

3. Wykazano istnienie związku pomiędzy SOC a zakresem posiadanej wiedzy tj., wyższy poziom ogólnego SOC i zrozumiałości prezentowali badani o przeciętnym poziomie wiedzy, natomiast wyższy poziom poczucia zaradności/sterowności i sensowności o wysokim poziomie.

4. Wynik SOC nie jest zadawalający i może świadczyć o średnim, a czasem niskim poziomie akceptacji życia z chorobą przewlekłą oraz przystosowania się do niej. Wskazana jest konieczność monitorowania poziomu koherencji SOC, jako wykładnika radzenia sobie z chorobą przewlekłą.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2005.
2. Liber M, Miłkowski A, Smoleński O: Rola pielęgniarki w trakcie zabiegu hemodializy. W: Rutkowski B. (red.). Dializoterapia w praktyce pielęgniarskiej. MAKmed, Gdańsk. 2002: 100-130.
3. Kraczkowska H: Problemy emocjonalne pacjentów dializowanych otrzewnowo. Forum Nefrol. 2010; 3: 212-216.
4. Ageborg M, Allenius BL, Cederfjall C: Quality of life, self-care ability, and sense of coherence in hemodialysis patients: A comparative study. Hemodial Int. 2005; 9: 8-14.
5. Skowron W: Poczucie koherencji pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Probl Pielęgn. 2011; 19: 520-524.
6. Żychlińska K, Stefańska W: Poczucie koherencji a style radzenia sobie z chorobą przewlekłą u osób ze stwardnieniem rozsianym. Pielęgn Neurol Neurochir. 2013; 2: 195-204.
7. Jabłoński M: Poczucie koherencji a ryzyko rozwoju depresji u chorych na ostrą białaczkę. Psychoonkologia 2009; 13: 1-10.
8. Tuszewska M, Tuszewski B, Stachowiak C: Jakość życia i poczucie koherencji u chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Nowiny Lek. 2002; 71: 207-211.
9. Słowik P, Wysocka-Pleczyk M: Wpływ poczucia koherencji na radzenie sobie w zależności od płci. Sztuka Leczenia 1999; 5: 83-88.
10. Słowik P: Związki między poczuciem koherencji a

emocjami u chorych somatycznie. Sztuka Leczenia 2002; 8: 43-48.

11. **Kurowska K, Nowakowska K:** Poczucie koherencji a stan posiadanej wiedzy o chorobie u osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2. Diabetol Prakt. 2011; 12: 71-77.
12. **Marszałek Ł, Domańska Ł:** Poczucie koherencji a poczucie posiadania wiedzy o chorobie u osób po udarze mózgu. Post Psychiatr Neurol. 2004; 13: 317-324.
13. **Horsburgh ME, Rice VH, Matuk L:** Sense of coherence and life satisfaction: patient and spousal adaptation to home dialysis. ANNA J. 1998; 25: 219-228.