

Rola wsparcia a poczucie koherencji w zmaganiu się z chorobą nadciśnieniową

The role of support and sense of coherence in dealing with hypertensive disease

Summary

Background Arterial hypertension is the most common disorder of the circulatory system. It intensifies with age and significantly increases the risk of cardio-vascular complications. Hypertension is a serious problem which certainly influences the quality of life. Aaron Antonovsky defines the sense of coherence (SOC) as general orientation which expresses the degree of a person's awareness of the predictability of internal and external environment.

The aim of the study was to determine the levels of SOC and social support in people with hypertension.

Material and methods The study included 78 patients of Żnin hospital (kujawsko-pomorskie district). Support was assessed using Kmieciak-Baran social support scale and SOC level was estimated using SOC-29 questionnaire.

Results No significant differences were found as far as the global SOC, meaningfulness and manageability were concerned. Comprehensibility level though differed in the examined group. Relationship between support and SOC level was found. Higher SOC level was related to higher level of support.

Conclusions The results may influence the preparation of a patient to self-dependent life with the disease. Estimation of support levels may be used as a determinant of prognosis of care for a patient at different stages of a chronic disease.

key words: arterial hypertension, sense of coherence, social support

Arterial Hypertension 2010, vol. 14, no 5, pages 387–394.

Wstęp

Otoczający nas świat ciągle się zmienia. Na rynku pojawiają się coraz doskonalsze udogodnienia, znajdujące zastosowanie w różnych sferach życia, ułatwiające funkcjonowanie — z drugiej strony trzeba się liczyć z konsekwencjami wygodnego życia, szczególnie jeżeli dotyczą one naszego zdrowia. Przyczyną wielu chorób w dużym stopniu są atrybuty współczesnej cywilizacji, takie jak: stres, niewłaściwa dieta, brak ruchu. Do tej grupy chorób można zaliczyć nadciśnienie tętnicze. Niepokojący jest fakt, że w miarę postępu cywilizacji liczba osób zagrożonych nadciśnieniem tętniczym będzie rosła [1]. Pojawienie się przewlekłej choroby sprawia, że daje o sobie znać strach, bezradność, załamanie z powodu braku poprawy zdrowia i nieskutecznością terapii. Sytuacja staje się zbyt trudna, aby sobie z nią poradzić. To wszystko wpływa na poczucie koherencji — koncepcję stworzoną przez Aarona Antonovsky'ego. U podstaw tej teorii leży założenie, że pomiędzy zdrowiem a chorobą istnieje continuum stanów, które należy rozumieć całościowo jako dynamiczny proces równoważenia wymagań i zasobów w toku konfrontacji ze stresem. Zdaniem Antonovsky'ego, uwzględniając pojęcie poczucia koherencji, można by wykryć nowe zasady rządzące odpornością człowieka na chorobę. Istotne znaczenie przypisuje się również roli wsparcia społecznego w zmaganiu się z przewlekłą chorobą. Zapotrzebowanie na nie wzrasta kiedy znajdujemy się w trudnej sytuacji (kryzysowej). Celem pracy było określenie związku między zapotrzebowaniem na wsparcie a poziomem poczucia koherencji jako wykładnika skuteczności w terapii nadciśnienia tętniczego.

Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób

Adres do korespondencji: dr n. med. Krystyna Kurowska,
Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej CM UMK,
ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel.: (52) 585-21-94,
mail: krystyna_kurowska@op.pl

 Copyright © 2010 Via Medica, ISSN 1428-5851

z chorobami układu krążenia. Badania przeprowadzono w okresie od stycznia 2009 do maja 2010 roku w grupie 78 pacjentów z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego, hospitalizowanych na Oddziale Chorób Wewnętrznych Pałuckiego Centrum Zdrowia w Żninie, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/551/2009). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano skalę wsparcia społecznego Kmieciak-Baran, kwestionariusz orientacji życiowej SOC-29 (*Sence of Coherence*) Antonovsk'ego, który służy do oceny poziomu poczucia koherencji oraz ankietę socjodemograficzną. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wartości $p < 0,05$. Analizę wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 6.0.

Wyniki

Analiza danych pokazuje, że kobiety to w niewielkim stopniu przeważająca grupa wśród badanych — 65,46%. Średnia wieku respondentów wynosiła 67 lat (40–72 lata). Najliczniejszą grupę wiekową stanowili badani w wieku powyżej 70 lat — 47,4% i 55–70 lat — 32,1%. Większość miała wykształcenie podstawowe (35,9%) i średnie (30,8%), pozostawała w związkach małżeńskich (46,8%) i owdowiałych (41%), mieszkała w mieście (62,8%) z rodziną (68,3%), posiadała potomstwo (80,6%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 23,1% badanych, z emerytury — 43,6% i z renty — 23,1%. Badani średnio chorują na nadciśnienie tętnicze 10 lat. Na rodzinne występowanie schorzenia wskazało 65,4% respondentów. U większości badanych (56,4%) nie odnotowano chorób współistniejących, natomiast występowały: choroba wieńcowa (28,8%), zwyrodnieniowa kręgosłupa (13,6%), cukrzyca (13,6%), choroba wrzodowa żołądka (12,1%), miażdżyca (12,1%), astma, niedoczynność tarczycy, arytmie i bezdech śródsenny — po 1,5% badanej populacji. Regularnie leków nie przyjmowało aż 12,8% chorych. Papierosy paliło 32,1%, diety wynikającej z choroby nie przestrzegała jedna trzecia badanych (39,7%). Spora grupa wcale nie podejmowała aktywności fizycznej (29,5%), kilka razy w tygodniu — 26,9% lub rzadziej niż raz w tygodniu — 25,6%. Co czwarty badany nie wykonywał regularnych pomiarów ciśnienia tętniczego samodzielnie bądź z pomocą (75,6%). Prawie wszyscy liczyli na pomoc in-

nych osób (94,9%), w tym 37,4% — na pomoc dzieci, wnuków i krewnych, a 24,0% — lekarza i personelu medycznego i, co ciekawe, dopiero na trzecim miejscu na pomoc współmałżonka (21,2%). Pomocą, którą najczęściej badani otrzymywali od innych osób, były porady i wskazówki (35,9%), w najmniejszym stopniu była to pomoc materialna (10,3%). Ponad połowa badanych (55,1%) uważała, że wsparcie, które otrzymywali, było wystarczające. Najczęściej brakowało im wsparcia emocjonalnego i takiej pomocy by oczekiwali (32,1%). W najmniejszym stopniu oczekiwali na porady i wskazówki (10,3%). Zdecydowana większość uważała, że wsparcie, jakie otrzymywali, pomaga w zrozumieniu choroby, jej przyczyn i konsekwencji (52,6%). Wsparcie zdaniem większości daje wiarę w możliwość radzenia sobie z chorobą (81%). Pełne zaangażowanie w podejmowaniu działań na rzecz własnego zdrowia deklarowało 55,1% badanych. Większość uważała, że otrzymywane wsparcie wpływało na jakość życia (83,3%). Można stwierdzić, że tylko mniej niż jedna trzecia badanych nie miała obaw związanych z chorobą nadciśnieniową (28,2%), pozostali miewali takie obawy. Obawiają się zależności od innych osób (21,8%), konieczności hospitalizacji (20,5%) oraz bezradności (17,9%). Uwzględniając trudności, jakie niesie z sobą choroba, badani najczęściej wyrażali gotowość do podejmowania codziennych zmagania z chorobą (42,3%), a 25,6% osób była zadowolona z życia.

W celu zbadania poziomu poczucia koherencji u badanej grupy pielęgniarek wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29). Zebrany materiał (tab. I) świadczy o fakcie, że badani to osoby o przeciętnym poziomie koherencji. Średnia wartość — 127,8 (92–165), odchylenie standardowe (16,83) świadczy o dosyć niewielkim zróżnicowaniu badanych. Wysokie wyniki w tym przypadku uzyskało 6,4%. Biorąc pod uwagę zrozumiałość — wyniki świadczyły, że badani to osoby o przeciętnym poziomie. Średnia 45,4 przy odchyleniu standardowym 8,57 mówi o dosyć dużym zróżnicowaniu badanych. Wyniki wysokie uzyskało 28,2%. W zakresie zaradności wyniki również wykazywały, że badani to osoby o przeciętnym poziomie. Średnia 45,3 przy odchyleniu standardowym 5,96, świadczyła o dosyć niewielkim zróżnicowaniu badanych. Wysokie wyniki uzyskało zaledwie 2,6% osób. Wyniki sensowności świadczyły, że badani to osoby o przeciętnym poziomie. Najniższa średnia ze wszystkich podskal — 37,1, przy odchyleniu standardowym 6,26, świadczyła o dosyć niewielkim zróżnicowaniu badanych. Wyniki wysokie uzyskało zaledwie 1,3%.

Wyróżnione w tabeli II typy wsparcia społecznego należą do uwzględnionych w kwestionariuszu

Tabela I. Statystyki opisowe poczucia koherencji (SOC) i jego składowych**Table I.** Descriptive statistics of the levels of SOC and its components

		Liczba	%
Ogólny SOC	Niskie	6	7,7
	Przeciętne	67	85,9
	Wysokie	5	6,4
	Średnia	127,8	
	SD	16,83	
	Mediana	128,5	
	Minimum	92	
	Maksimum	165	
	Zrozumiałość	Niskie	7
Przeciętne		49	62,8
Wysokie		22	28,2
Średnia		45,4	
SD		8,57	
Mediana		45,5	
Minimum		25	
Maksimum		66	
Zaradność		Niskie	2
	Przeciętne	74	94,9
	Wysokie	2	2,6
	Średnia	45,3	
	SD	5,96	
	Mediana	45	
	Minimum	30	
	Maksimum	59	
	Sensowność	Niskie	8
Przeciętne		69	88,5
Wysokie		1	1,3
Średnia		37,1	
SD		6,26	
Mediana		38	
Minimum		22	
Maksimum		50	

Kmiecik-Baran badającym wsparcie społeczne. Na podstawie analizy średnich można stwierdzić, że średnia grupy wsparcia ogólnego wyniosła 55,06. Świadczyło to o przeciętnym poziomie, jakie otrzymują badani (29–92), przy odchyleniu standardowym 13,92, świadczy o tym, że wyniki wsparcia społecznego wśród badanych w znacznym stopniu róż-

nicowały badanych. Średnia grupy wsparcia informacyjnego wynosiła 13,87. Mówi to o przeciętnym poziomie, jakie otrzymują badani. Wynik bardzo zbliżony do wysokiego (6–22), przy odchyleniu standardowym 3,73, świadczył o fakcie, że wyniki wsparcia informacyjnego wśród badanych były zróżnicowane. Średnia grupy wsparcia instrumentalnego wyniosła 13,55. Świadczy to również o przeciętnym poziomie, jaki otrzymują badani. Wynik jeszcze bardziej zbliżony do wysokiego (6–26), przy odchyleniu standardowym 4,29, świadczył o fakcie, że wyniki wsparcia instrumentalnego wśród badanych w jeszcze większym stopniu różnicowały badanych. Średnia grupy wsparcia wartościującego wyniosła 15,15. Mówiło to o przeciętnym poziomie, jakie otrzymywali badani. Wynik w środkowej strefie wyników przeciętnych (7–25), przy odchyleniu standardowym 4,01, świadczył o fakcie, że wsparcie wartościujące wśród badanych w jeszcze większym stopniu różnicowały ich niż wyniki wsparcia instrumentalnego i informacyjnego. Średnia grupy wsparcia emocjonalnego wyniosła 12,49. Świadczyło to o przeciętnym poziomie, jakie otrzymują badani. Wynik jednak był najbardziej ze wszystkich rodzajów wsparcia zbliżony do wysokiego (6–27), przy odchyleniu standardowym 4,69, co świadczyło o tym, że wyniki wsparcia emocjonalnego wśród badanych w jeszcze większym stopniu różnicowały badanych niż wyniki wsparcia instrumentalnego i informacyjnego.

Sprawdzono, czy istnieje związek pomiędzy uzyskanymi wynikami orientacji życiowej (SOC) a wynikami wsparcia społecznego (tab. III). Na 20 możliwych związków korelacyjnych wszystkich wymiarów wsparcia społecznego z wynikami kwestionariusza orientacji życiowej pozostawało w istotnej statystycznie korelacji zaledwie 7. Z ogólnym wynikiem SOC w korelacji niskiej pozostawało wsparcie instrumentalne ($r = 0,23$), wsparcie wartościujące ($r = 0,25$) i wsparcie społeczne ($r = 0,28$). Ze zrozumiałością jedynie wsparcie informacyjne w istotnej niskiej korelacji ($r = 0,24$). Z sensownością w korelacji niskiej wsparcie informacyjne ($r = 0,22$), w korelacji niskiej wsparcie wartościujące ($r = 0,27$) i również w korelacji niskiej wsparcie społeczne ($r = 0,25$). Pozostałe relacje bez istotności statystycznej. Trudno zatem mówić, że wyniki wsparcia społecznego pozostają w istotnej relacji z wynikami orientacji życiowej. Z analizy wynika, że im wyższe wyniki poczucia koherencji, tym wyższe wyniki wsparcia społecznego. Najwyższe wyniki wsparcia społecznego posiadali badani o wysokich wynikach zrozumiałości i sensowności.

Podjęto również próbę weryfikacji, czy istnieje związek pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi

Tabela II. Statystyki opisowe wsparcia społecznego**Table II.** Descriptive statistics of the social support

	Wsparcie informacyjne	Wsparcie instrumentalne	Wsparcie wartościujące	Wsparcie emocjonalne	Wsparcie społeczne
N	78	78	78	78	78
Niskie	8	7	16	10	7
Przeciętne	37	37	43	21	44
Wysokie	33	34	19	47	27
Średnia	13,87	13,55	15,15	12,49	55,06
SD	3,73	4,29	4,01	4,69	13,92
Mediana	14	13	15	11,5	53
Minimum	6	6	7	6	29
Maksimum	22	26	25	27	92

Tabela III. Związek pomiędzy poczuciem koherencji (SOC) a wsparciem społecznym**Table III.** Relationship between the sense of coherence (SOC) level and social support

	Wsparcie	N	R	t(N-2)	Poziom p
SOC	Informacyjne	78	0,13	1,2110	0,2296
	Instrumentalne	78	0,23	2,1396	0,0355
	Wartościujące	78	0,25	2,3328	0,0223
	Emocjonalne	78	0,08	0,7495	0,4558
	Spoleczne (wynik ogólny)	78	0,28	2,6186	0,0106
Zrozumiałość	Informacyjne	78	0,24	2,1558	0,0342
	Instrumentalne	78	0,06	0,5720	0,5689
	Wartościujące	78	0,07	0,0616	0,9510
	Emocjonalne	78	0,12	1,0786	0,2841
	Spoleczne (wynik ogólny)	78	0,14	1,2471	0,2161
Zaradność	Informacyjne	78	0,09	0,8530	0,3962
	Instrumentalne	78	0,16	1,4190	0,1599
	Wartościujące	78	0,16	1,4955	0,1389
	Emocjonalne	78	0,14	1,2578	0,2123
	Spoleczne (wynik ogólny)	78	0,17	1,5390	0,1279
Sensowność	Informacyjne	78	0,22	2,0458	0,0442
	Instrumentalne	78	0,02	0,1818	0,8561
	Wartościujące	78	0,27	2,4562	0,0163
	Emocjonalne	78	0,09	0,8106	0,4200
	Spoleczne (wynik ogólny)	78	0,25	2,3222	0,0228

mi a poczuciem koherencji oraz wsparciem społecznym. Badając zależność poczucia koherencji i jego składowych, można stwierdzić, że żadna ze zmiennych, takich jak wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz czas trwania choroby, nie pozostawała w relacji istotnej statystycznie z poczuciem koherencji i wsparciem społecznym.

Dyskusja

Naciśnienie tętnicze jest coraz częstszą przewlekłą chorobą układu krążenia i stanowi duży pro-

blem nie tylko medyczny, ale też społeczny i ekonomiczny. Celem pracy było sprawdzenie, czy u osób z naciśnieniem tętniczym istnieje istotna zależność pomiędzy zapotrzebowaniem na wsparcie a poziomem poczucia koherencji. Badaniem objęto 78 pacjentów (51 kobiet i 27 mężczyzn) z chorobą naciśnieniową. Najliczniejszą grupę wiekową stanowili pacjenci powyżej 70. roku życia (37 osób). Zwykle badani posiadali wykształcenie podstawowe (28 osób) oraz średnie (24 osoby). Przeważnie były to osoby zamężne/zonate lub owdowiałe. Poddano analizie poziom poczucia koherencji i zapotrzebowanie na wsparcie oraz związku, jakie zachodzą pomiędzy tymi zmiennymi.

Z przeprowadzonych badań wynika, że średni poziom globalnego SOC wynosił 127, co wskazuje na przeciętny poziom koherencji wśród badanych (92–165). Może to świadczyć o tym, że chorzy z nadciśnieniem tętniczym zaadaptowali się do życia z chorobą i mimo trudności, które na pewno występują, starają się jednak nie poddawać i traktować ją jako wyzwanie. Średnia długość trwania choroby wynosi ponad 10 lat, więc przez ten czas, pacjenci przyzwyczaili się do codziennych pomiarów ciśnienia, systematycznych wizyt u lekarza i przyjmowania leków. Chorzy są na tyle zdeterminowani, aby przestrzegać najważniejszych zasad, gdyż wiedzą, że nadciśnienie nie jest chorobą śmiertelną, ale zaniedbywanie pewnych czynności może znacznie pogorszyć funkcjonowanie układu krążenia i pracy serca. Wyniki składowych SOC, czyli zrozumiałości, zaradności i sensowności, mieszczą się w granicach wartości przeciętnych. Na uwagę zasługuje fakt, że analizując sensowność, 8 osób uzyskało wartości niskie, a tylko 1 osoba wysokie. Może to wynikać z faktu, że chorzy często czują się zagubieni i mogą tracić poczucie sensu życia, zwłaszcza kiedy poświęcenie i zaangażowanie do walki z chorobą nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Motywacja do dalszego działania może być również obniżona. Jak pisze Korcz i Korcz-Biernat, z punktu widzenia ważności 3 komponentów SOC, na pierwszym miejscu znajduje się właśnie poczucie sensowności, gdyż bez niego pozostałe składniki nie mają szans na trwałość [2]. We wcześniejszych badaniach poczucia koherencji u grupy osób z rozpoznaniem nadciśnieniem, wynikało, że badani odznaczali się znacznie niższym poziomem SOC (113). Tłumaczono ów stan tym, że życie z chorobą wymaga wielu wyrzeczeń i niesie za sobą uciążliwość, co może mieć wpływ na taki niski wynik poczucia koherencji [3]. Wyższy poziom SOC wśród badanej grupy może wynikać ze wsparcia emocjonalnego, które uzyskiwali pacjenci, a którego poziom nie był przedmiotem wcześniejszych badań. Poczucie koherencji jest tą właściwością człowieka, która ma ogromny wpływ nie tylko na wystąpienie choroby, ale też na jej przebieg. Jest to cecha, którą posiadają wszyscy i która poddaje się modyfikacji. Ważny jest czynny udział pacjenta w procesie leczenia, odpowiedzialność i uświadomienie sobie, że w dużej mierze od chorego i jego działań zależy sukces terapii. Taka aktywna postawa ma pozytywny wpływ na jakość przyszłego życia [4]. W badaniach Szymczak i Tartas nad poziomem poczucia koherencji osób z chorobą nowotworową i schizofrenią wykazano również niskie wartości globalnego SOC (115). Wizja zabiegu chirurgicznego u pacjentów onkologicznych jest zwykle spostrzegana jako zagrożenie,

co może się wyrażać zmianami stanu psychicznego (podwyższony poziom lęku, stany depresyjne). Podobnie uświadomienie sobie swojej aktualnej sytuacji życiowej w remisji schizofrenii może powodować przekonanie o słabej skuteczności dotychczasowych mechanizmów orientowania się w rzeczywistości zewnętrznej i wewnętrznej. Takie sytuacje mogą stanowić specyficzny wzorec doświadczeń, co według Antonovsky'ego i innych autorów zajmujących się badaniem stabilności poczucia koherencji umożliwia jego zmiany [5]. Gorczyca i wsp. nie wykazali natomiast zależności pomiędzy poczuciem koherencji a nasileniem objawów chorobowych u pacjentów ze schizofrenią. Chorzy, u których wystąpiły oznaki chorób somatycznych mają niższy poziom poczucia koherencji, w porównaniu ze zdrowymi osobami. Ponadto stwierdzono również istotną zależność pomiędzy niskim poziomem SOC a liczbą hospitalizacji, długością trwania choroby oraz wiekiem u mężczyzn. Korelacji takiej nie wykazano wśród kobiet [6]. Dane przedstawione w pracy Szymony pokazują, że pacjenci z zaburzeniami nerwowymi mają istotnie niższy poziom poczucia koherencji w porównaniu ze zdrowymi osobami. Osoby z nerwicą spostrzegały świat jako mało zrozumiały, taki, na który nie mają znaczącego wpływu, i który nie jest wart zaangażowania [7]. Natomiast Basińska, prowadząc badania u zdrowych pacjentek, zagrożonych nowotworem piersi i chorych na raka narządów rodnych wykazała, że SOC pozostaje prawie na tym samym poziomie, zarówno u zdrowych (145), jak i u chorych kobiet (141), natomiast u pacjentek zagrożonych chorobą, poziom ten był wyraźnie niższy (123). Autorka mówi także, że owe obniżone poczucie koherencji jest przyczyną straty zasobów zdrowotnych, a nie skutkiem traumy zagrożenia zdrowia i życia, i nazywa je „behawioralną immunologią” [8]. Poziom poczucia koherencji jest ważnym czynnikiem, który sprawia, że człowiek potrafi sprostać wymaganiom stawianym przez życie, dzięki właściwemu wykorzystaniu dostępnych zasobów odpornościowych. Wielu badaczy podkreśla, że ważnym zasobem jest wsparcie społeczne, które może przyczyniać się do podwyższenia bądź też obniżenia poczucia koherencji [9, 10].

Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że większość badanych (56,4%) cechuje się przeciętnym poziomem wsparcia społecznego (34% pacjentów uzyskało wartości wysokie, a 9% wartości niskie). Badane osoby zaznaczyły, że w głównej mierze otrzymywane wsparcie pochodziło od dzieci, wnuków i rodziny, na drugim miejscu od lekarza i personelu medycznego, a na trzecim — od współmałżonka/współmałżonki. Znaczna większość odpowiedziała, że może liczyć na pomoc ze strony wyżej

wymienionych osób, jednakże aż 35% badanych uważało, że wsparcie to nie było wystarczające. Z przeprowadzonych analiz wynikało, że im badana osoba wykazywała się wyższym poziomem SOC, tym wyższe były wyniki wsparcia społecznego. Można również zauważyć, że najwyższe wyniki wsparcia informacyjnego posiadali badani o wysokich wynikach zrozumiałości, sensowności, natomiast najwyższe wyniki wsparcia wartościującego mają badani o wysokich wynikach sensowności. Pakalska-Korcala i wsp. wyjaśniają, w jaki sposób wsparcie może wpłynąć na ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych. Analiza wyników badań pozwoliła na stwierdzenie, że rzadkie kontakty społeczne 2–3-krotnie zwiększają ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej. Szczególnie niebezpieczny był niski poziom wsparcia emocjonalnego. Oczywiście autorzy podkreślają także duże znaczenie stresu w etiopatogenezie chorób układu krążenia. Inne badania podają podobne wyniki. Ubożenie społeczeństwa, przemiany ekonomiczne, przepracowanie oraz brak wsparcia we współczesnym świecie, pełnią rolę mediatora patogennego w powstawaniu wyżej wymienionych chorób [11]. Głębocka i Szarzyńska, prowadząc badania nad jakością życia starszych osób ustaliły, że najsilniejsze zależności występowały między poziomem poczucia koherencji a wsparciem społecznym ze strony sąsiadów. Również wsparcie znajomych dodatkowo korelowało z poczuciem zrozumiałości, zaradności i sensowności. Wykazano nieznaczny związek zaradności ze wsparciem ze strony rodziny, natomiast nie znaleziono żadnych istotnych korelacji między wsparciem ze strony małżonka/małżonki a poziomem SOC, optymizmem czy zadowoleniem z życia. Widać więc, że osoby w podeszłym wieku chętniej podejmują spotkania z ludźmi z dalszego otoczenia niż z rodziną. Może to wynikać z przyzwyczajenia, które sprawia, że mniej znani im ludzie wydają się bardziej ciekawi. Ta pewnego rodzaju nowość, świeżość wzbudza zainteresowanie, czasem podziw czy fascynację, jednak nie można zapominać, że to pierwotna sieć wsparcia stanowi podstawę w sytuacji kryzysowej [12]. Badając związek poczucia koherencji i wsparcia społecznego u starszych osób mieszkających we własnych gospodarstwach domowych i w Domach Pomocy Społecznej, zauważyły, że poziom SOC w obu grupach był bardzo niski. Wykazano natomiast, że osoby mieszkające we własnych domach otrzymują większe wsparcie niż mieszkańcy DPS. Z kolei, obserwując związek SOC ze wsparciem, widać, że osoby mające codziennie kontakt z bliskimi, otrzymujące wsparcie na miarę swoich potrzeb, wykazują niższy poziom poczucia koherencji. Pensjonariusze DPS, którzy otrzymują

jakąkolwiek pomoc ze strony innych, charakteryzują się wyższym poziomem SOC i pozytywnie oceniają sytuację [10].

Analiza badań własnych nie wykazała, aby takie zmienne socjodemograficzne, jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, wpływały na poziom poczucia koherencji i wsparcia społecznego. Jednak w innych opracowaniach można się doszukać takich związków. Olszewska i Szewczyk badali poziom wsparcia społecznego u nastolatków chorych na cukrzycę typu 1. Wykazano, że chłopcy czują się bardziej wspierani emocjonalnie ($p > 0,025$) i wartościująco ($p > 0,042$). Stwierdzono istotną zależność między wiekiem dziewcząt z cukrzycą a otrzymywanym wsparciem emocjonalnym ze strony personelu medycznego: im starsza była chora dziewczynka, tym mniejsze było poczucie otrzymywanego wsparcia ze strony personelu medycznego. Zauważono również, że im dłużej osoba choruje na cukrzycę, tym mniej otrzymuje wsparcia ze strony rodziców [13]. Skrzypek i Widomska-Czekajska, prowadząc badania nad znaczeniem wsparcia społecznego u pacjentów z chorobą wieńcową, wykazali, że większa sieć społeczna dostarczała mocniejszego wsparcia emocjonalnego, natomiast nie wiązała się z łącznym poziomem wsparcia. Co ważne, pacjenci o niskim poziomie wsparcia charakteryzowali się znamienne wyższym nasileniem objawów ze strony układu krążenia i układu oddechowego, a także wyższym poziomem zmęczenia, większym nasileniem zaburzeń funkcjonowania i zaburzeń snu. Wykazano również, że u mężczyzn wysoki poziom stresu i niski poziom wsparcia wiązał się z nasileniem dolegliwości, a więc z niższą jakością życia. Duże znaczenie ma także wielkość sieci społecznej, jednak w sytuacji ograniczenia stanu funkcjonalnego, spowodowanego chorobą, często zdarza się, że kontakty społeczne ulegają zawężeniu, co wpływa na nasilenie zmian w naczyniach wieńcowych [14]. Wielu autorów podejmujących badania na temat wsparcia ukazują jego pozytywny wpływ na zdrowie. Można by więc stwierdzić, że jest to jeden z czynników, który pełni funkcję ochronną dla organizmu człowieka, a także wspomaga proces powrotu do zdrowia. Ważną rolę odgrywa też poczucie koherencji i ma ono związek ze wsparciem. Z przeprowadzonych badań wynika, że im osoba uzyskała wyższy wynik poczucia koherencji, tym wyższy był też wynik wsparcia społecznego. Najniższe wyniki wsparcia społecznego mają badani o najniższym poczuciu koherencji. Silne SOC sprawia więc, że osoby takie czują się pewnie, bodźce napływające ze środowiska nie są zaskoczeniem, a raczej wyzwaniem,

a wykorzystanie wszelkich dostępnych zasobów sprawi, że zdarzenia potoczą się pomyślnie. Dlatego osoby takie częściej i chętniej spotykają się ze znajomymi, rodziną, nie unikają kontaktów społecznych, a nawet ich poszukują, aby w chwilach słabości mieć pewność, że znajdują się osoby, na których można polegać. Z drugiej strony osoby otrzymujące wysoki poziom wsparcia, wykazują większe zaangażowanie w podejmowane działania, kontrolują własne emocje, skupiają się na jak najefektywniejszym rozwiązaniu problemu. Wsparcie płynące z otoczenia daje siłę do walki z przeciwnościami, z chorobą, mobilizuje do podjęcia wysiłku, a także przekazuje pozytywne emocje i sprawia, że człowiek nie czuje się samotny, przez co umacnia się poziom SOC. Z przeprowadzonych przez wielu autorów badań widać, że wsparcie społeczne wpływa na poziom poczucia koherencji, dlatego jest niezbędne zachęcanie osób przewlekle chorych do rozwijania powiązań społecznych. W tym procesie powinni brać udział zarówno członkowie rodzin, jak i sąsiedzi, przyjaciele, znajomi. Ważne jest jednak, aby osoby udzielające wsparcia nie wykazywały postawy nadopiekuńczości, gdyż pomoc niewspółmierna do potrzeb sprzyja pogłębianiu się bezradności i zależności [15]. Poczucie koherencji jest z pewnością jednym z ważnych elementów składających się na umiejętność radzenia sobie w życiu, szczególnie kiedy pojawi się sytuacja kryzysowa. To, w jakim stopniu chory zaadaptuje się do nowej sytuacji, wynika z wewnętrznych zasobów, ale również z tego, ile wsparcia społecznego otrzymuje [12, 16].

Wnioski

1. Poziom SOC u osób z nadciśnieniem tętniczym mieści się w granicach wartości przeciętnych (127 pkt).
2. Badani w niewielkim stopniu różnią się od siebie poziomem poczucia koherencji oraz jego składowymi, z wyjątkiem zrozumiałości. W tym przypadku liczna grupa uzyskała wysoki wynik, przy odchyleniu standardowym 18,9%. Otrzymany wynik różnicował badanych.
3. W analizie wsparcia uzyskano przeciętny wynik, przy ponad 25-procentowym odchyleniu, świadczącym o dużym zróżnicowaniu badanych. Badani najwyżej ocenili wsparcie emocjonalne, najniżej — wartościujące.
4. Wykazano zależność — im wyższe wyniki poziomu poczucia koherencji wśród badanych, tym wyższe wyniki wsparcia instrumentalnego i wartościującego.

Streszczenie

Wstęp Nadciśnienie tętnicze to najczęściej występujące schorzenie układu krążenia. Jego częstość wzrasta wraz z wiekiem i istotnie zwiększa ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych. Choroba nadciśnieniowa stanowi poważny problem i na pewno wpływa na jakość życia. Aaron Antonovsky definiuje poczucie koherencji jako ogólną orientację, wyrażającą stopień, w jakim człowiek posiada trwałe, choć dynamiczne przekonanie o przewidywalności środowiska wewnętrznego i zewnętrznego.

Celem pracy było określenie poziomu poczucia koherencji i wsparcia społecznego u osób z rozpoznaniem choroby nadciśnieniowej.

Materiał i metody Przebadano 78 pacjentów hospitalizowanych w szpitalu w Żninie (woj. Kujawsko-Pomorskie). Wsparcie oceniono za pomocą Skali Wsparcia Społecznego Kmieciak-Baran, a pomiar poczucia koherencji — kwestionariuszem orientacji życiowej SOC-29 autorstwa Antonovsky'ego.

Wyniki Nie wykazano różnic w globalnym poziomie koherencji i w składowych zaradności i sensowności, natomiast zrozumiałość w znacznym stopniu różnicowała badanych. Istniały związki pomiędzy wsparciem a poczuciem koherencji, to znaczy im wyższe wyniki poziomu poczucia koherencji, tym wyższe wsparcie.

Wnioski Otrzymane wyniki mogą mieć wpływ na przygotowanie pacjenta do samodzielnej egzystencji z chorobą. Określenie poziomów wsparcia może posłużyć jako wykładnik w prognozowaniu opieki nad pacjentem na różnych etapach przewlekłej choroby.

słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, poczucie koherencji, wsparcie społeczne

Nadciśnienie Tętnicze 2010, tom 14, nr 5, strony 387–394.

Piśmiennictwo

1. Mierzecki A., Godycki-Ćwirko M. (red.). Zagadnienia profilaktyki i promocji zdrowia. Wydawnictwo Aktis, Łódź 2000: 90–107.
2. Korcz I., Korcz-Biernat E. Sens pracy a burnout syndrome. W: Pietrulewicz B. (red.). Możliwości doskonalenia procesu kształcenia — wybrane zagadnienia. Zielona Góra 2005: 251–258.
3. Kurowska K., Dąbrowska A. Poczucie koherencji a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze* 2008; 12 (6): 432–438.
4. Kurowska K. Rola poczucia koherencji i zachowań zdrowotnych u przewlekle chorych. *Zdrowie Publiczne* 2005; 115 (3): 385–390.
5. Szymczak J., Tartas M. Poczucie koherencji w chorobie nowotworowej i schizofrenii. *Psychoonkologia* 1998; 3: 49–53.
6. Gorczyca P., Leksowski W., Kapinos A., Pudło R., Tomalczyk E., Sobieś J. Poczucie koherencji a przebieg schizofrenii. *Wiadomości Psychiatryczne* 1999; 1 (4): 17–24.

7. Szymona K. Poczucie koherencji (SOC) u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio D*, vol. LVIII, Lublin 2003; 282–286.
8. Basińska B. Radzenie sobie z konfrontacją stresową a kontinuum zdrowie — choroba nowotworowa. *Psychoonkologia* 2001; 8: 25–33.
9. Kurowska K., Zając M. Poczucie koherencji jako wykładnik postawy wobec choroby. W: Bartuzi Z. (red.). *Wybrane aspekty opieki zdrowotnej*. Bydgoszcz, UMK CM 2007: 219–224.
10. Kurowska K., Zając M. Związek poczucia koherencji i wsparcia społecznego u osób w podeszłym wieku. W: Bartuzi Z. (red.). *Wybrane aspekty opieki zdrowotnej*. UMK CM, Bydgoszcz 2007: 225–230.
11. Pakalska-Korcala A., Zdrojewski T., Piwoński J., Radziwiłowicz P., Landowski J., Wyrzykowski B. Stres i niskie wsparcie społeczne jako psychospołeczne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. *Kardiologia Polska* 2006; 64 (1): 80–86.
12. Głębocka A., Szarzyńska M. Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. *Gerontologia Polska* 2005; 13 (4): 255–259.
13. Olszewska A., Szewczyk L. Poczucie wsparcia społecznego u nastolatków z cukrzycą typu I. *Endokrynologia Pediatriczna* 2005; 1 (10): 27–35.
14. Skrzypek M., Widomska-Czekajska T. Znaczenie wsparcia społecznego dla stanu zdrowia pacjentów z chorobą wieńcową kwalifikowanych do koronarografii. *Zdrowie Publiczne* 2004; 114 (1): 46–51.
15. Fry-Martyńska J. Wsparcie społeczne jako forma pomocy w procesie zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi. *Wolontariusze polskiego towarzystwa opieki nad chorymi ze stomią POL-ILKO*. *Psychoonkologia* 1997; 1: 99–102.
16. Kowalewski T.J., Szukalski P. (red.). *Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*. Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ, Łódź 2008: 46–54.