

Poczucie koherencji a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym

The sense of coherence and styles of coping with disease in patients with diagnosed arterial hypertension

Summary

Background Arterial hypertension is a big mental burden for the patient and it negatively influences the quality of life. Sense of coherence (SOC) is a factor which influences the ability to cope with stress. The aim of the study was to examine the level of SOC and styles of coping as determinants of regaining optimum health in patients with arterial hypertension.

Material and methods The study included 73 arterial hypertension patients of NZOZ 'Gemini' Clinic in Chojnice. Sense of coherence was assessed using SOC-29 questionnaire and coping with stress was assessed using CISS questionnaire.

Results The study shows no differences between the patients' level of SOC and kinds of coping styles in difficult situation. General SOC is significantly lowered (113.53).

Conclusions The therapeutic team should perform educational and supportive actions adjusted to the life situation of the patient.

key words: arterial hypertension, styles of coping, sense of coherence (SOC)

Arterial Hypertension 2008, vol. 12, no 6, pages 432–438.

Wstęp

Większość osób z chorobą nadciśnieniową w pierwszych stadiach bagatelizuje jej oznaki. Dopiero gdy dochodzi do różnego rodzaju powikłań, chorzy zgłaszają się po poradę do lekarza, często jednak jest już za późno, aby zredukować szkody, które powstały w organizmie. Stres przeżywany z powodu choroby może wpływać niekorzystnie na funkcjonowanie organizmu w trudnych sytuacjach. Bardzo istotne znaczenie dla procesu zdrowienia, jak również adaptacji do życia z chorobą nadciśnieniową ma sama postawa chorego oraz jego nastawienie do teraźniejszego i przyszłego życia. Zgodnie z teorią Antonovsky'ego, odpornością człowieka na stres i chorobę rządzi poczucie koherencji (SOC, *sense of coherence*). Poczucie koherencji, składające się z trzech skorelowanych elementów: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności i poczucia sensowności, stanowi kluczowe zagadnienie w tej koncepcji. Ludzie o rozwiniętym SOC, zdaniem twórcy tego modelu, wybierają określoną strategię radzenia sobie, najbardziej ich zdaniem adekwatną do zaistniałego stresora [1]. Style radzenia sobie oraz silne SOC kształtują zachowania prozdrowotne człowieka. Podjęcie ze strony zespołu terapeutycznego działań o charakterze edukacyjnym dostosowanych do poziomu i sytuacji życiowej chorych może się przyczynić do podwyższenia poziomu SOC i pozytywnie wpłynąć na rodzaj stosowanych stylów radzenia sobie w trudnych sytuacjach, tak aby chorzy przesunęli się bliżej bieguny zdrowia. Celem pracy było zbadanie poziomu

Adres do korespondencji: dr med. Krystyna Kurowska
Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej
Collegium Medicum w Bydgoszczy
ul. Techników 3, 85–801 Bydgoszcz
tel.: (052) 585–21–94
e-mail: krystyna_kurowska@op.pl



Copyright © 2008 Via Medica, ISSN 1428–5851

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

Składowe SOC	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Zrozumienie	73	43,4110	25,00000	54,0000	5,527295
Zaradność	73	38,9315	30,00000	46,0000	3,660331
Sensowność	73	30,6575	23,00000	38,0000	3,266918
SOC globalne	73	113,0000	87,00000	131,0000	8,587782

SOC oraz stylów radzenia sobie w życiu osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego, jako wyznacznika powrotu do optymalnego stanu zdrowia.

Materiał i metody

Prezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. Badania przeprowadzono w okresie od kwietnia 2007 roku do kwietnia 2008 roku. Przebadano 73 osoby z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego w NZOZ „Gemini” w Chojnicach, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/278/2007). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusz do badania poczucia koherencji (SOC-29) autorstwa Antonovsky’ego, kwestionariusz CISS w polskiej adaptacji autorstwa Szczepanika, Strelaua i Wrześniewskiego, który służy do oceny stylów radzenia sobie, oraz ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów życia. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Szacowania różnic dokonano na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji testu F Fishera. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Za istotne statystycznie przyjęto wartości $p < 0,05$. Analizy wykonano przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 6.0.

Wyniki

Z analizy danych wynika, że średni wiek badanych wynosił nieco powyżej 52 lata (52,68 roku) (min. 30 lat, maks. 95 lat). Odchylenie standardowe, które jest miarą zmienności, było równe 20,20. Oznaczało to, że przeciętnie badani pochodzili z grupy między 32.–72. rokiem życia. Najmłodsza osoba

miała 23 lata, najstarsza — 73 lata. Większość badanych (64,39%) stanowili mężczyźni, natomiast nieco powyżej 35% kobiety. Małżeństw było 35,61%, owdowiałych 26,02%, stanu wolnego 22%, zaś osób w związku partnerskim — 10%. Badani wykonywali w większości pracę fizyczną (58,90%), pracę umysłową bądź fizyczną i umysłową deklarowało po 20,54%. Ponad 80% badanych mieszkało w mieście, niespełna 20% na wsi. Spośród badanych 40% podało, że są osobami samotnymi. Jedna osoba oceniała swoją sytuację materialną jako bardzo złą, dwie osoby jako złą (2,73%), dobrą 54,79%, dostateczną — 39,72%, tylko jedna osoba jako bardzo dobrą.

Na podstawie statystyk opisowych przedstawionych w tabeli I zbadano u respondentów SOC globalne i jego podskale. Niestety, ze względu na fakt, że te podskale różnią się liczbą pytań, nie można było ich bezpośrednio porównywać ze sobą, ponieważ zawsze zrozumiałość będzie miała wyższe wyniki niż na przykład zaradność i sensowność. Wynika to z faktu, że zrozumiałość ma najwięcej pytań, mniej ma zaradność, najmniej ma sensowność. Jeśli chodzi o zrozumiałość, to najniższy uzyskany przez badanych wynik to 25, najwyższy — 54. Średnia 43,41 przy odchyleniu standardowym 5,52. Odchylenie jest miarą zmienności, stosunek odchylenia standardowego do średniej jest taki, że odchylenie standardowe stanowi niemal 15%. Można mówić o dość sporym zróżnicowaniu wyników badanych. Zaradność miała niższą średnią — 38,93, a jednocześnie wyższy wynik minimalny — 30 i niższy wynik maksymalny — 46, czyli rozstęp wyników w tym zakresie zaradności jest zdecydowanie mniejszy. Odchylenie standardowe wynosiło 3,66 (10% średniej statystycznej), co oznacza, że badani nie różnili się między sobą w sposób istotny statystycznie. Sensowność miała najniższy wynik 30,65, minimalny wynik wynosił 23, maksymalny — 38. Odchylenie standardowe — 3,26, również nie przekraczało 15% średniej. W związku z tym można powiedzieć, że w zakresie sensowności badani nie różnili się istotnie statystycznie. Globalny poziom SOC badanych był na pozio-

Tabela II. Statystyki opisowe stylów radzenia sobie ze stresem**Table II.** Descriptive statistics of coping styles

Style radzenia sobie	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Zadaniowy	73	50,57534	34,00000	76,00000	10,68217
Emocjonalny	73	46,63014	22,00000	74,00000	10,16872
Unikowy — czynności zastępcze	73	32,24658	19,00000	55,00000	6,53576
Unikowy — kontakty towarzyskie	73	15,46575	8,00000	25,00000	3,97940
Unikowy	73	47,71233	30,00000	80,00000	6,51596

Tabela III. Macierz korelacji poczucia koherencji i radzenia sobie ze stresem**Table III.** The correlation matrix between the SOC and coping with stress

Style radzenia sobie	Zrozumienie	Zaradność	Sensowność	SOC globalne
Zadaniowy	0,30*	-0,45*	-0,50*	-0,19
Emocjonalny	-0,54*	0,17	0,26*	-0,17
Unikowy — czynności zastępcze	-0,37*	0,30*	0,47*	0,07
Unikowy — kontakty towarzyskie	0,35*	-0,38*	-0,21	-0,02
Unikowy	-0,16	0,07	0,35*	0,06

*p < 0,05

mie 113, a więc był obniżony w stosunku do norm podanych przez Antonovsky'ego (130–160). Najniższy uzyskany wynik wynosił 87, najwyższy — 131. Przy odchyleniu standardowym 8,58 można było zaobserwować, że nie przekracza 10% średniej. Podsumowując, SOC czy też jakkolwiek jego składowa nie różnicowały badanych w istotny sposób. Byli oni zgodni w swoich opiniach i posiadali bardzo zbliżony poziom SOC, była to jednorodna grupa.

Z analizy stylów radzenia sobie (tab. II) wynika, że w przypadku stylu zadaniowego, emocjonalnego oraz unikowego te trzy style można ze sobą porównać, natomiast nie można porównywać czynności zastępczych oraz kontaktów towarzyskich, ponieważ są to dwie podskale do stylu unikowego, które mają różną liczbę pytań. Najwyższą średnią obserwowano w przypadku stylu zadaniowego, co jest wynikiem optymalnym, ponieważ był to najbardziej pożądaný styl. Stosunkowo wysoki i zbliżający się do stylu zadaniowego był styl unikowy oraz emocjonalny. W przypadku stylu zadaniowego minimum wynosiło 34, a maksimum — 76. Jednocześnie w stylu emocjonalnym ten rozstęp wyników był zdecydowanie większy i wynosił minimalnie 22, a maksymalnie 74. Stosunkowo bliski był rozrzut stylu unikowego: od 30 — minimum do 80 — maksimum. Jeśli weźmie się pod uwagę średnią stylu zadaniowego 50,57 i odchylenie standardowe równe 10,68, to można

stwierdzić, że w zakresie stylu zadaniowego istniało bardzo duże zróżnicowanie badanych. Dokładnie to samo można powiedzieć o stylu emocjonalnym, ponieważ przy średniej 46,63 odchylenie standardowe również wynosiło ponad 10 punktów, a więc styl ten jeszcze bardziej różnicuje badanych niż styl zadaniowy. W stylu unikowym średnia wynosiła 47,71, natomiast odchylenie standardowe było równe 6,51, czyli wystąpiło zróżnicowanie oscylujące w granicach 15%, co wskazywało na to, że styl ten znacznie różni grupę osób badanych. Kontakty towarzyskie przy średniej 15%, odchyleniu standardowym bliskim 4, wskazywały na duże zróżnicowanie badanych. Dokładnie to samo obserwowano przy czynnościach zastępczych — średnia 32,24, a odchylenie standardowe 6,53, ponad 20% średniej, w związku z czym można stwierdzić, iż ten styl mocno różnicuje badanych. Podsumowując, badani różnią się stylami radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Określono również związek między poziomem SOC i jego składowymi a stylami radzenia sobie w trudnych sytuacjach (tab. III). W przypadku związku stylu zadaniowego i zrozumiałości był to istotny statystycznie związek zgodny — czyli im wyższa zrozumiałość, tym częściej występuje styl zadaniowy — i jego siła była przeciętna. Osoby, które stosowały styl emocjonalny, w sposób istotny statystycznie zdecydowanie częściej charakteryzowały się niższą zro-

rozumiałością. Ten związek był silny, czyli styl emocjonalny, który nie jest korzystny, występował u osób z niskim poziomem zrozumiałości. Im wyższy poziom zrozumiałości, tym rzadziej pacjenci stosowali czynności zastępcze. Był to związek przeciwny, istotny statystycznie, ale jego siła była tylko przeciętna. Osoby z wyższym poziomem zrozumiałości częściej stosowały taktykę kontaktów towarzyskich jako styl unikowy niż osoby z niskim poziomem zrozumiałości. Ogólnie styl unikowy w całości nie korelował ze zrozumiałością, ale podskala zaradności i sensowności tak, tylko że każda w inny sposób. Zaradność była związana ze stylem zadaniowym w taki sposób, że osoby o wyższej zaradności rzadziej stosowały ten styl. Związek ten był jednak przeciwny, o przeciętnej istotności statystycznej. Im wyższy poziom zaradności, tym częściej badani stosowali czynności zastępcze, ponieważ związek był zgodny, przeciętny, istotny statystycznie. W przypadku kontaktów towarzyskich było dokładnie odwrotnie. Wyższa zaradność powodowała radsze korzystanie z kontaktów towarzyskich jako stylu unikowego, związek był przeciwny, przeciętny, istotny statystycznie. Cały styl unikowy nie korelował istotnie z zaradnością. Częściej styl zadaniowy deklarowały osoby, które miały niższy poziom sensowności, był to związek przeciwny, przeciętny, istotny statystycznie. Styl emocjonalny był częściej stosowany przez osoby, które miały wyższy poziom sensowności, przy czym ten związek był zgodny, słaby, istotny statystycznie. Osoby o wyższej sensowności częściej stosowały czynności zastępcze. Związek ten był zgodny, przeciętny i istotny statystycznie. Ogólnie osoby o wyższej sensowności stosowały styl unikowy, ale związek ten był zgodny, przeciętny, istotny statystycznie. Ogólny poziom SOC nie okazał się w jakikolwiek istotny sposób związany ze stylami radzenia sobie. Podsumowując, zaobserwowano istotne statystycznie związki między składowymi SOC a stylami radzenia sobie, natomiast globalnie dla całego SOC takich związków nie zanotowano.

Z analizy danych zmiennych pośredniczących, które obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji, wynika, że płeć, wiek, stan cywilny, liczba dzieci, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy, miejsce zamieszkania nie różnicowały poziomu SOC oraz stylów radzenia sobie ze stresem. Sytuacja materialna była czynnikiem różnicującym czynności zastępcze ($p < 0,0056$) oraz styl unikowy ($p < 0,00003$). Czynności zastępcze zdecydowanie częściej występowały u osób, które miały bardzo złą sytuację materialną, dotyczyło to również stylu unikowego. Natomiast w przypadku pozostałych badanych, czyli określających sytuację jako złą itd., nie

zaobserwowano dużej różnicy. Analizie poddano również wskaźniki fizjologiczne (tętno, pomiar ciśnienia tętniczego według norm WHO, terapię lekową). Tętno było czynnikiem pozaglobalnym SOC różnicującym badanych. Im wyższe tętno, tym wyższy poziom SOC mieli badani, chociaż nie był to związek silny, tylko przeciętny, wynoszący dokładnie $p < 0,0025$. Był to związek przeciwny, co oznacza, że nie była to część liniowa — być może badani mieli podwyższony poziom stresu. Podobnie wysokość tętna różnicowała zrozumiałość, dokładnie w ten sam sposób, czyli im wyższy poziom zrozumiałości, tym badani byli spokojniejsi, a siła tego związku była przeciętna ($p < 0,0037$). Jak wynika z powyższej analizy danych, stopnie pomiaru ciśnienia tętniczego i terapia lekowa nie były zmiennymi istotnie różnicującymi badanych. Nie zaobserwowano różnic w zakresie SOC i stylów radzenia sobie ze stresem. Na kolejnym etapie zanalizowano zmienne dotyczące form spędzania wolnego czasu, liczby wypalanych papierosów, spożywanego alkoholu, przestrzegania zalecanej diety. Okazało się, że nie były to zmienne, które w sposób istotny statystycznie różnicują badanych. Stosowanie ziół w przyprawach różnicowało ich pod względem stylu emocjonalnego ($p < 0,02319$). Osoby, które nie stosowały ziół, częściej wykazywały niewłaściwy styl emocjonalny (47,94) w sposobie radzenia sobie z sytuacją trudną (stresową). Stosowanie innych przypraw nie różnicowało badanych pod względem poziomu SOC, jak również stylów radzenia sobie. Stosowanie diety okazało się czynnikiem różnicującym styl emocjonalny ($p < 0,03900$), czynności zastępcze ($p < 0,00910$) oraz styl unikowy ($p < 0,00060$). Osoby, które stosowały dietę miały niższy poziom stylu emocjonalnego (40,11), czynności zastępczych (27,00) oraz stylu unikowego (42,22). Jeżeli badani stosowali dietę, to była to dieta sprzyjająca właściwej strategii w obliczu choroby. Stres w pracy nie był zmienną różnicującą globalny poziom SOC oraz style radzenia sobie. Stres w życiu codziennym był czynnikiem różnicującym pod względem zaradności. Osoby, które oceniały swój stres w życiu codziennym na stopień 3 lub 4 miały niższy poziom zaradności niż badani, którzy oceniali stres na stopień 6–9. Nieco niższe wyniki niż grupa oceniająca stres w skali 6–9 uzyskały osoby podające, że życie codzienne jest bardzo stresujące. Rozpoznanie choroby nadciśnieniowej u rodziny badanych, liczba lat od rozpoznania choroby w żaden sposób nie różnicowały poziomu SOC i stylów radzenia sobie z stresem. Osoby, u których występowały objawy, takie jak: szum w uszach, ból głowy, zmęczenie fizyczne i psychiczne, zaburzenia snu, koncentracji, dolegliwości sercowe, nie różniły

się poziomem SOC oraz stylami radzenia sobie ze stresem. Występowanie duszności u badanych różnicowało ich pod względem stylu emocjonalnego ($p < 0,0081$). Osoby, które deklarowały duszność jednocześnie miały wyższy poziom stylu emocjonalnego (54,00). Zaburzenia widzenia, krwawienie z nosa, nudności i wymioty nie różniły badanych poziomem SOC oraz stylami radzenia sobie ze stresem. Na podstawie przeprowadzonej analizy dotyczącej lat przyjmowania leków na nadciśnienie tętnicze, okazuje się, że nie była to zmienna, która różnicowała badanych w sposób istotny statystycznie. Częstość korzystania z porad lekarskich różnicowała ich pod względem stylu unikowego ($p < 0,00026$) i sensowności ($p < 0,00180$). Styl unikowy występował częściej u osób, które zdecydowanie rzadziej korzystały z porad lekarskich. Jeżeli korzystały z nich częściej, ten styl był zdecydowanie mniejszy. Wizyty u lekarza różnicowała również sensowność. Okazuje się, że osoby, które miały wyższą sensowność rzadziej korzystały z wizyt lekarskich, chociaż obserwowano tutaj pewną oboczność, ponieważ te osoby, które korzystały z wizyt lekarskich co 2 tygodnie lub częściej, miały wyższy poziom poczucia sensowności niż pozostałe osoby.

Dyskusja

Badaniom poddano 73 chorych z chorobą nadciśnieniową (26 kobiet, 47 mężczyzn). Rozpiętość wieku wahała się między 32. a 72. rokiem życia, natomiast średnia wynosiła 52 lata. Analizie poddano poziom poczucia koherencji (SOC) oraz style radzenia sobie w sytuacji stresowej, a także związek poziomu SOC i jego składowych ze stylami radzenia sobie. Próbowano również wyróżnić zmienne pośredniczące wpływające na poziom SOC i wyniki CISS. Z przeprowadzonych badań i analiz wynika, że chorzy z nadciśnieniem tętniczym cechują się bardzo niskim poziomem SOC (113), który jest znacznie niższy od wartości normatywnych podanych przez Antonovsky'ego (130–160) [1]. Nie uzyskano istotnych statystycznie różnic w zakresie globalnego SOC. Była to grupa jednorodna pod względem SOC. Również wszystkie składowe SOC były zaniżone. Życie z nadciśnieniem tętniczym wymaga od chorego wielu wyrzeczeń, niesie ze sobą uciążliwość i niepewność, co może powodować trudności w zachowaniu wysokiego SOC. Mroziak i wsp. w swoich badaniach dotyczących poziomu SOC i zaburzeń psychicznych uzyskali podobnie niskie wyniki SOC [2]. Skokowski i Szymczak również dowiedli, że u osób chorych na nowotwór płuc poziom SOC ulega obniżeniu [3].

Podobnie w przypadku chorych z miażdżycą kończyn dolnych poziom SOC był obniżony [4]. Tak samo wnioskuje Tuszewska i wsp. w badaniach dotyczących poziomu SOC u chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego [5]. Jednak Kossakowska i Basińska w swoich badaniach dowiodły, iż badani cierpiący na stwardnienie rozsiane nie różnią się pod względem SOC od grupy kontrolnej [6]. Reasumując, okazuje się, że obniżone SOC jest charakterystyczne dla osób chorujących przewlekłe, żyjących w ciągłej niepewności co do rozwoju choroby. Wymaga to podjęcia starań w kierunku podwyższenia SOC u osób chorobą nadciśnieniową.

Chorzy spośród wszystkich typów stylów radzenia sobie ze stresem najczęściej wybierali styl zadaniowy, który jest najbardziej optymalny, aby móc rozwiązać problemy w trudnych sytuacjach. Pozostałe style radzenia sobie ze stresem utrzymywały się na zbliżonym poziomie. Jawor i wsp. w swoich badaniach dowiedli, iż chore po histerektomii częściej korzystały ze stylu zadaniowego [7]. Słowik przedstawił taką zależność w swoich badaniach w taki sposób, iż SOC zwiększa stopień zastosowania stylu skierowanego na zadania i obniża poziom stylu emocjonalnego [8]. Zaobserwowano związek o przeciętnej sile między zrozumiałością a stylem zadaniowym. Im wyższe zrozumienie, tym chorzy częściej wybierali styl oparty na zadaniach. Zaradność również była związana ze stylem zadaniowym — osoby o wyższej zaradności rzadziej stosowały ten styl. Również sensowność korelowała ze stylem zadaniowym — częściej deklarowały go osoby, który miały niższy poziom sensowności; związek okazał się związkiem przeciwnym, przeciętnym i istotnym statystycznie. Natomiast związek stylu emocjonalnego ze zrozumiałością był związkiem silnym. Im niższa zrozumiałość, tym częściej badani stosowali styl emocjonalny. Styl ten był częściej stosowany przez osoby, które miały wyższy poziom sensowności. Kolejny związek o przeciętnej sile zauważono między zrozumiałością a czynnościami zastępczymi. Im wyższy wynik zrozumiałości mieli badani, tym rzadziej korzystali z czynności zastępczych. Ogólnie styl unikowy w całości nie korelował ze zrozumieniem. Jeśli chodzi o czynności zastępcze, to wyższy poziom zaradności powoduje, że te osoby nieco częściej stosują czynności zastępcze. W przypadku kontaktów towarzyskich jest dokładnie odwrotnie. Wyższa zaradność powoduje rzadsze korzystanie z kontaktów towarzyskich jako stylu unikowego. Cały styl unikowy nie korelował istotnie z zaradnością. Jeśli chodzi o czynności zastępcze, to osoby o wyższej sensowności częściej stosowały czynności zastępcze. Związek ten jest zgodny, przeciętny i istotny statystycznie. Ogól-

nie osoby o wyższej sensowności stosowały styl unikowy, ale związek ten jest zgodny, przeciętny oraz istotny statystycznie. W obserwacji ogólnej poziom SOC nie okazał się w jakikolwiek istotny sposób związany ze stylami radzenia sobie. Należy dodać, że pewne utrudnienie w dyskusji na temat uzyskanych wyników stanowi brak ich odniesienia do rezultatów badań o podobnej tematyce. Tym bardziej uzasadniony wydaje się więc pomysł realizacji badań własnych.

W toku dalszych badań analizowano wpływ zmiennych pośredniczących na SOC i jego składowe, a także stylów radzenia sobie u chorych z nadciśnieniem tętniczym. Okazało się, że sytuacja materialna jest czynnikiem wpływającym na style radzenia sobie ze stresem — czynności zastępcze i zastosowanie stylu unikowego występowały u osób ze złą sytuacją materialną. Taki stan rzeczy może wynikać z braku środków finansowych na poprawę swojego zdrowia. Taka sama sytuacja dotyczyła chorych z miażdżycą kończyn dolnych w badaniach przeprowadzonych przez Kurowską i wsp. [9]. Poziom SOC i jego składowe były zależne od sytuacji materialnej. Rapacz i wsp. wykazali również zależność SOC od zmiennych socjodemograficznych, takich jak źródło utrzymania, stan cywilny, wiek, a także czas trwania cukrzycy [10]. Jeśli chodzi o pomiar tętna, to im było ono wyższe, tym wyższy poziom SOC i zrozumiałości mieli chorzy. Można to wytłumaczyć w taki sposób, że badani, którzy mieli wysoki poziom SOC byli spokojniejsi, ponieważ posiadali odpowiednią wiedzę na dany temat. Z przeprowadzonych analiz własnych wynika, że osoby stosujące dietę zaleconą w nadciśnieniu tętniczym miały niższy poziom stylu emocjonalnego, unikowego i czynności zastępczych. Badani stosujący dietę mieli wyższy poziom SOC, co sprzyjało zdrowiu. Respondenci, którzy stwierdzili, że odczuwanie duszności wpływa na poziom SOC prezentowali najczęściej styl emocjonalny. Można z tego wnioskować, iż ten objaw zależy od emocji. Im częściej chorzy byli w stanie wzmożonego napięcia emocjonalnego, tym częściej występowały u nich podwyższone wartości ciśnienia tętniczego. Andrzejak i wsp. stwierdzili podobnie, gdyż według nich stres podnosi ciśnienie tętnicze, czego objawem może być między innymi duszność [11]. W licznych badaniach wykazano, że style radzenia sobie stymulują zachowania zapobiegające wystąpieniu choroby, spowalniające jej postępy lub wpływające na proces powrotu do zdrowia. Wpływają one pozytywnie na poziom zdrowia, zapobiegają stanom patologicznym w sferze psychiki i funkcjonowania somatycznego. Dowiedziono, że zły sposób radzenia sobie w sytuacji choroby pogarsza samopoczucie

chorego i wiąże się z większą śmiertelnością. U chorych korzystających z porad lekarskich rzadziej niż co miesiąc występował częściej styl unikowy. Wizyty u lekarza różnicowały również sensowność. Okazuje się, że osoby, które miały wyższą sensowność rzadziej korzystały z wizyt lekarskich. Zespół terapeutyczny powinien dążyć do wzmocnienia ogólnej orientacji życiowej poprzez indywidualnie zaplanowaną edukację zdrowotną. Rola edukacji polegałaby na wyzwalaniu możliwości radzenia sobie w codziennym życiu z problemami ogólnoustrojowymi oraz psychosocjalnymi, jakie wiążą się z chorobą nadciśnieniową. Badania dotyczące związku między SOC i stylami radzenia sobie a różnymi czynnikami mogącymi je moderować są prowadzone w Polsce od niedawna. Zależność poczucia koherencji i stylów radzenia sobie z punktu widzenia salutogenetycznego paradygmatu zdrowia stanowi istotny wątek rozważań naukowych. Dlatego zasadne jest kontynuowanie prowadzenia prac badawczych w tym obszarze, które objęłyby różne i liczniejsze grupy chorych, co umożliwiłoby zobiektywizowanie i uogólnienie wniosków.

Wnioski

1. Poziom SOC (zarówno ogólny, jak i jego składowe) u osób z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym jest znacznie niższy od wartości normatywnych wskazanych przez Antonovsky'ego (130–160). Ogólny poziom SOC wynosił 113 punktów, co jest charakterystyczne dla osób przewlekle chorych.

2. Badani bardzo różnią się między sobą stylami radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Najczęściej wybieranym stylem był styl zadaniowy, optymalny dla tego schorzenia, potem emocjonalny i unikowy.

3. Style radzenia sobie różnicuje poziom SOC. Styl zadaniowy wiąże się z wyższym SOC. Natomiast nie wpływało to na pozostałe style radzenia sobie. Według Antonovsky'ego jest to sytuacja prawidłowa i zalecana u chorych, ponieważ wpływa na poprawę zdrowia.

4. Istnieją czynniki korelujące z poziomem SOC i stylami radzenia sobie, należą do nich: sytuacja materialna, wysokość tętna, stosowanie diety, występowanie duszności oraz korzystanie z porad lekarskich.

5. Określenie poziomu SOC i rodzajów stylów radzenia sobie z przewlekłą chorobą powinno posłużyć jako wykładnik w prognozowaniu opieki nad pacjentem na różnych jej etapach. Istnieje potrzeba podjęcia działań o charakterze edukacyjnym ze strony zespołu terapeutycznego, dostosowanych do poziomu i sytuacji życiowej chorych.

Streszczenie

Wstęp Choroba nadciśnieniowa stanowi duże obciążenie psychiczne dla chorego i negatywnie wpływa na jakość życia. Czynnikiem wpływającym na umiejętność radzenia sobie ze stresem jest poczucie koherencji (SOC). Celem pracy było zbadanie poziomu SOC oraz stylów radzenia sobie u osób z nadciśnieniem tętniczym, jako wyznacznika powrotu do optymalnego stanu zdrowia.

Materiał i metody Przebadano 73 osoby z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym w NZOZ „Gemini” w Chojnicach. Poczucie koherencji oceniono za pomocą kwestionariusza SOC-29, a pomiar radzenia sobie w sytuacjach stresowych przeprowadzono, stosując kwestionariusz CISS.

Wyniki Ustalono, że chorzy nie różnią się między sobą poziomem SOC oraz rodzajem stylów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Stwierdzono, że SOC ogólny jest znacznie obniżony (113,53 punktów).

Wnioski Istnieje potrzeba podjęcia działań o charakterze wspierająco-edukacyjnym ze strony zespołu terapeutycznego dostosowanych do poziomu i sytuacji życiowej chorych.

słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, style radzenia sobie, poczucie koherencji (SOC)

Nadciśnienie Tętnicze 2008, tom 12, nr 6, strony 432–438.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Wydawnictwo Fundacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 1995; 33: 43–37.
2. Mroziak B., Czabala J., Wójtowicz S. Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Polska* 1997; 3: 257–268.
3. Skokowski J., Szymczak J. Poczucie koherencji a lęk u chorych na nowotwór płuc oczekujących na operację i u osób zdrowych. *Psychoonkologia* 1999; 4: 35–45.
4. Kurowska K. Rola poczucia koherencji i zachowań zdrowotnych u przewlekle chorych. *Zdrowie Publiczne* 2005; 115 (3): 385–390.
5. Tuszeńska M., Tuszeński B., Stachowiak C. Jakość życia i poczucie koherencji u chorych na wrzodzące zapalenie jelita grubego. *Nowiny Lekarskie* 2002; 4–5: 207–211.
6. Kossakowska M., Basińska M. Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000; 9: 55–61.
7. Jawor M., Szproch A., Dimter A. Poczucie koherencji, style radzenia sobie a adaptacja po zabiegu histerektomii. *Psychiatria Polska* 2002; (5): 759–770.
8. Słowik P. Związki pomiędzy poczuciem koherencji a emocjami u chorych somatycznie. *Sztuka Leczenia* 2002; (3): 43–48.
9. Kurowska K., Wrońska I., Zając M. Poczucie koherencji u chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Zdrowie Publiczne* 2005; 115 (2): 155–160.
10. Rapacz A., Kózka M., Ogarek M. Edukacja pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej a poczucie koherencji. *Problemy Pielęgniarskie* 2007; 15 (1): 61–67.
11. Andrzejak R., Poręba R., Gać P. Nadciśnienie tętnicze związane ze stresem. *Lekarz* 2007; 4: 4.