

# Wsparcie a radzenie sobie w chorobie przewlekłej na przykładzie nadciśnienia tętniczego

## Support and coping with a chronic disease on the example of hypertension

### Summary

**Background** In coping with a chronic disease (hypertension) an essential role is attributed to the sense of coherence (SOC) and social support. The sense of coherence allows an individual to perceive the surrounding world as comprehensible, meaningful and manageable. Through the support received we have a feeling that there is somebody that will help us in difficult situations and that gives us a strength to fight against adversities.

The aim of the study was to investigate the relationship between the level of the sense of coherence and the support received as determinants of coping with a chronic disease.

**Material and methods** There were examined 100 patients hospitalized on Internal Medicine Unit in Wojewódzki Szpital Zespolony in Elbląg. Measurement of the sense of coherence was assessed using the Antonovsky's SOC-29 Orientation to Life questionnaire and the support was measured using the Kmieciak-Baran Social Support Scale.

**Results** There were no differences among the examined population in terms of global SOC and its components. The average level of the global SOC was 141.2. They differed in terms of the components of the support. The average level of the general support totalled 47 points. There were no statistically significant relationships between the investigated variables.

**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 2011, vol. 15, no 3, pages 177–183.*

Adres do korespondencji: dr n. med. Krystyna Kurowska  
Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej Collegium  
Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń  
ul Techników 3, 85–801 Bydgoszcz  
tel.: (52) 585–21–94  
e-mail: krystyna\_kurowska@op.pl

 Copyright © 2011 Via Medica, ISSN 1428–5851

### Wstęp

Nadciśnienie tętnicze jest najpowszechniejszym problemem zdrowotnym polskiego społeczeństwa. Z powodu braku lub niewłaściwego leczenia nadciśnienia tętniczego może występować wiele poważnych powikłań, które upośledzają prawidłowe funkcjonowanie organizmu [1]. Pojawienie się choroby w życiu każdego człowieka zawsze jest wydarzeniem krytycznym. Wyzwała negatywne emocje oraz powoduje wiele zmian, które reorganizują jego całe dotychczasowe życie. Według Aarona Antonovsky'ego tym, co pozwala właściwie funkcjonować jednostce w chorobie i zmagać się z różnorodnymi stresorami, są ogólne zasoby odpornościowe. Autor ten uważa również, że istotnym wyznacznikiem pozycji człowieka na kontinuum zdrowie–choroba jest względnie trwałe poczucie koherencji (SOC, *sense of coherence*). Przedstawiona przez niego koncepcja pozwala jednostce odbierać otaczający go świat jako zrozumiałe, sensowne oraz dające się kontrolować. Dzięki temu człowiek, który zmagają się z chorobą przewlekłą, łatwiej dostrzega sens swoich działań, a chorobę traktuje jako wyzwanie [2, 3]. Jednym z istotnych zasobów odpornościowych, który pozwala przystosować się chorym do nowej sytuacji życiowej, jest wsparcie społeczne. Zapotrzebowanie na nie wzrasta wraz z pojawieniem się trudnej i kryzysowej sytuacji. Podstawą wsparcia społecznego jest sieć społeczna, dzięki której łatwiej jest zaakceptować oraz zaadaptować się do życia z chorobą. Osoby udzielające wsparcia mobilizują do opanowania emocjonalnych trudności oraz pomagają w regeneracji sił [4]. Wsparcie społeczne i silne poczucie koherencji pozwalają chorym poradzić sobie z obciążeniem fizycznym i psychicznym, jakim jest choroba przewlekła. Pozytywny, emocjonalny kontakt z innymi ludźmi pozwala cieszyć się dłuższym i szczę-

śliwszym życiem. Celem badań było określenie związku między poziomem poczucia koherencji a otrzymywanym wsparciem, jako wyznacznikiem radzenia sobie z chorobą przewlekłą (naciśnienie tętnicze).

## Material i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z chorobami układu krążenia. Badania przeprowadzono w okresie od czerwca do grudnia 2010 roku w grupie 100 pacjentów z rozpoznaniem naciśnienia tętniczego, hospitalizowanych na Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Endokrynologicznym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* imienia Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (KB/221/2010). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano skalę wsparcia społecznego Kmieciak-Baran, kwestionariusz orientacji życiowej SOC-29 Antonovsk'ego, który służy do oceny poziomu poczucia koherencji, oraz ankietę socjodemograficzną. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, minimum, maksimum). Szacowania różnic przeprowadzono za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji testu Fishera. Badanie związków przeprowadzono na podstawie korelacji Pearsona. Za istotne statystycznie przyjęto wartości spełniające warunek  $p \geq 0,05$ . Analizy wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 9.0.

## Wyniki badań

Analiza danych pokazuje, że kobiety to w niewielkim stopniu przeważająca grupa wśród badanych — 57%. Średnia wieku respondentów wynosiła 67 lat (40–72 lat). Najliczniejszą grupę wiekową stanowili badani w wieku powyżej 60 lat — 62% i 51–60 lat — 27%. Większość miała wykształcenie zawodowe — 32% lub średnie — 34%, była w związku małżeńskim — 56% lub owdowiała — 31%, mieszkała w mieście — 75%, z rodziną — 68,3%, posiadała potomstwo — 80,6%. Z pracy zawodowej utrzymywało się 38% badanych, z emerytury — 62%. Ponad połowa spędzała swój wolny czas w sposób aktywny — 58% (jazda na rowerze, praca na działce, spacer). Większość ankietowanych nie paliła papierosów — 85%, okazjonalne picie alkoholu zadeklarowało — 76%. Kontrolowało podaż soli w pokarmach — 61%. Można zatem wnioskować, że badana

populacja dba o swoje zdrowie; nie posiada żadnych nałogów bądź też stara się ich pozbyć; kontroluje zawartość niektórych składników (głównie soli) w potrawach; stara się spędzać czas wolny w sposób aktywny, by być w dobrej kondycji, poprawić swe zdrowie i nie dopuścić do jego pogorszenia. Prawie połowa ankietowanych choruje na naciśnienie tętnicze dłużej niż 10 lat (43%). Są to głównie osoby po 60. roku życia. W ich rodzinie ktoś chorował lub też choruje na naciśnienie tętnicze (62%). Najwięcej z ankietowanych osób — 31,82% — dokonuje pomiaru ciśnienia tętniczego kilka razy w miesiącu. Można pokusić się tu o komentarz, że jest to stosunkowo rzadko w przypadku takiej choroby, jaką jest naciśnienie tętnicze. Należy zauważyć, że pomiar ciśnienia przy naciśnieniu tętniczym jest konieczny, gdyż choroba ta wymaga stałej kontroli. Prawie wszyscy ankietowani regularnie zażywają konieczne leki (91%). U 86% badanych występują, oprócz naciśnienia tętniczego, inne choroby. Najwięcej badanych dodatkowo choruje na cukrzycę — 51,16%, chorobę wieńcową serca — 47,67%, choroby wzroku — 46,51%, otyłość — 44,19%.

W celu zbadania poziomu SOC osób z rozpoznaniem naciśnienia tętniczego wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29. Kwestionariusz ten zawiera 29 pytań, które odnoszą się do poszczególnych komponentów SOC, czyli zrozumiałości, zaradności i sensowności [2]. Rozkład wyników w tabeli I ujawnia, że średni poziom zrozumiałości wyniósł 48,34 (23–72), odchylenie standardowe było równe 10,78 i oscylowało w granicach 22% średniej, a więc poczuciem zrozumiałości badani nie różnili się w sposób istotny statystycznie. Zaradność była weryfikowana przez mniejszą liczbę pytań, jednakże uzyskana średnia była wyższa i wyniosła 50,9 (26–69); odchylenie standardowe było równe 9,72 i wynosiło około 19% średniej. W związku z tym respondenci nie różnili się zaradnością w sposób istotny statystycznie. Najniższe wyniki osiągnęła składowa sensowności 41,96 (15–56); odchylenie standardowe wyniosło 8,87 i oscylowało w granicach 21% średniej. Z badań wynika, że składowa sensowności nie różnicowała badanych. Globalne SOC u badanych oscylowało między 80 a 187. Średni poziom wyniósł około 141, a odchylenie standardowe nie przekroczyło 20% średniej (wyniosło 17,33%). Z badań wynika, że osoby z naciśnieniem nie różniły się globalnym SOC. Biorąc pod uwagę normy Antonovsky'ego, to jest wynik w granicach 130–160 [2], zalicza się on do wartości standardowych, a więc można zauważyć, że osoby ankietowane nie różnią się od przeciętnej populacji. Uzyskany poziom ogólnego SOC powinien być zadowalający, ponieważ

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

SOC i jego składowe	N	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Zrozumiałość	100	48,34	23	72	10,78
Zaradność	100	50,9	26	69	9,72
Sensowność	100	41,96	15	56	8,87
Globalny SOC	100	141,2	80	187	24,47

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

Wsparcie i jego składowe	N	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Wsparcie informacyjne	100	11,85	6,	19	3,24
Wsparcie instrumentalne	100	12	6	25	4,8
Wsparcie wartościujące	100	11,47	6	22	3,65
Wsparcie emocjonalne	100	11,75	8	21	3
Ogólne poczucie wsparcia	100	47,06	28	79	11,86

świadczy o tym, że badani z przewlekłą chorobą zaadaptowali się do zaistniałej sytuacji oraz bardzo dobrze radzą sobie z trudnościami występującymi podczas choroby. Zdaniem Antonovsky'ego najważniejsze jednak jest poczucie sensowności, ponieważ bez niego pozostałe składowe mogą okazać się nietrwałe. Poczucie sensowności motywuje do podejmowania wysiłku rozwiązywania problemów oraz radzenia sobie z nimi. Człowiek, który posiada wysokie poczucie zaradności i zrozumiałości, a niskie poczucie sensowności, jeśli nie będzie miał odpowiedniej motywacji, najprawdopodobniej szybko przestanie rozumieć i kontrolować to, co się dzieje w jego życiu.

Wyróżnione w tabeli II typy wsparcia społecznego należały do tych uwzględnionych w kwestionariuszu Kmieciak-Baran badającym wsparcie społeczne (wartościujące, emocjonalne, informacyjne i instrumentalne). Po średniej arytmetycznej widać, że poziom wsparcia informacyjnego wyniósł 11,85 (6–19); odchylenie standardowe wyniosło 3,24 i oscylowało w granicach 27%, co z kolei spowodowało, że badani różnili się między sobą istotnie statystycznie. Wsparcie instrumentalne — 12 (6–25); odchylenie standardowe w tym przypadku wyniosło 4,8 i stanowiło 40% średniej. W związku z tym można wnioskować, że respondenci różnili się istotnie statystycznie. Wsparcie wartościujące uzyskało najniższą średnią, czyli 11,47 (6–22); odchylenie standardowe to war-

tość 3,65. Wynosi ono około 32% średniej, a to oznacza, że ankietowani różnili się istotnie statystycznie. Wsparcie emocjonalne — 11,75 (8–21); odchylenie standardowe wyniosło 3,0 i oscylowało w granicach 26% średniej. Respondenci w tym przypadku także różnili się statystycznie w sposób istotny. Generalnie poziom wsparcia u badanych z nadciśnieniem wahał się w granicach między 28 a 79 punktem. Średni poziom wyniósł 47,06 a odchylenie standardowe wyniosło około 25% średniej (25,22%); odchylenie standardowe wyniosło 11,86 i stanowiło około 25% średniej. Zatem w tym przypadku badani nie różnili się między sobą istotnie ( $p > 0,05$ ). Podsumowując, można stwierdzić, że ankietowani różnili się między sobą, jeśli chodzi o składowe otrzymywanego wsparcia społecznego, ale nie różnili się w istotny sposób w przypadku ogólnego poziomu wsparcia. Wsparcie społeczne jest niezastąpionym czynnikiem ułatwiającym radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami życiowymi, a jego brak niejednokrotnie obniża samopoczucie i zwiększa cierpienie. Uzyskany przez badanych niski poziom wsparcia wartościującego może być spowodowany osamotnieniem lub niską samooceną obniżoną przez proces chorobowy. Fakt ten może wynikać z tego, że większość badanych była w wieku powyżej 60 lat, czyli osoby te przebywają na emeryturze, co wiąże się z brakiem konkretnego zajęcia oraz postrzeganiem siebie jako osoby

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

	Zrozumiałość	Zaradność	Sensowność	Globalny SOC
Ogólny poziom wsparcia społecznego	-0,37 p = 0,068	-0,54 p = 0,061	-0,45 p = 0,056	-0,54 p = 0,153

niepotrzebnej. Natomiast badani otrzymywali najwięcej wsparcia instrumentalnego, które polega na udzielaniu pomocy przy wykonywaniu dodatkowych czynności codziennych, prac domowych oraz czynności poza domem. Wynik ten wiąże się również z wiekiem badanych, ponieważ starsze osoby nie są już tak sprawne ruchowo i kondycyjnie, a zatem wymagają większej pomocy w czynnościach dnia codziennego, na przykład w sprzątanii, zrobieniu zakupów.

Określono związek między poziomem SOC i jego składowymi a składowymi wsparcia społecznego. W tabeli III przedstawiono zestawienie współczynników korelacji liniowej Pearsona. Na podstawie uzyskanych wyników z badań nie ustalono istotnych statystycznie korelacji pomiędzy trzema składowymi, globalnym SOC a poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego. W badaniach otrzymano ujemną korelację pomiędzy poziomem wszystkich składowych i globalnym SOC a wsparciem. Minus, który poprzedza uzyskane wartości, oznacza, że im bardziej rośnie poziom zrozumiałości, zaradności, sensowności i ogólnego poziomu SOC, tym niższy jest poziom otrzymywanego wsparcia społecznego. Siła tego związku w przypadku zrozumiałości i sensowności była słaba (uzyskany wynik  $-0,37$  oraz  $-0,45$  mieści się w przedziale  $-0,3 \geq r_{(xy)} < -0,5$ ). Natomiast w przypadku zaradności i globalnego SOC siła tego związku była silna (uzyskane wartości  $-0,54$  mieszczą się w granicach przedziału  $-0,5 \geq r_{(xy)} < -0,7$ ). Taki wynik, według teorii Antonovsky'ego, może być spowodowany faktem, że osoby o silnym SOC charakteryzują się postrzeganiem otaczającego go świata jako sensownego, dającego się zrozumieć i kontrolować. Osoba taka traktuje chorobę jako wyzwanie i stara się zaakceptować zaistniałą sytuację, a także podejmuje działania zmierzające do rozwiązania problemów jakie stwarza choroba. W związku z taką postawą osoba ta może w mniejszym stopniu odczuwać potrzebę otrzymywania wsparcia, ponieważ ma poczucie, że jest w stanie sama poradzić sobie z przeciwnościami i wyzwaniem stawianymi przez życie i chorobę.

Z analizy danych demograficznych, które zostały obliczone na podstawie jednoczynnikowej analizy

wariancji testu Fichera wynika, że zmienne pośredniczące, takie jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, aktywność zawodowa, aktywność fizyczna w czasie wolnym, stosowanie używek, czas chorowania, nie miały istotnego wpływu na ogólne poczucie wsparcia społecznego oraz na globalny SOC i jego składowe, czyli poczucie koherencji.

## Dyskusja

Nadciśnienie tętnicze należy do najbardziej rozpowszechnionych współcześnie występujących chorób przewlekłych, których pojawienie się jest zawsze trudną sytuacją. Towarzyszy im lęk, bezradność i załamanie. W zmaganiu z chorobą przewlekłą istotne znaczenie przypisuje się postawie chorego, jego nastawieniu do teraźniejszego i przyszłego życia, ale także wsparciu społecznemu — to właśnie dzięki niemu chory ma poczucie, że jest ktoś, kto pomoże mu w trudnych sytuacjach oraz da siłę, by mógł on walczyć z przeciwnościami losu. Celem podjętych badań było określenie związku pomiędzy poziomem SOC a otrzymywanym wsparciem, jako wyznacznikiem radzenia sobie z chorobą przewlekłą, jaką jest nadciśnienie tętnicze. Z przeprowadzonych badań wynika, że uzyskany przez ankietowanych poziom globalnego SOC wyniósł 141,2 tym samym wynik ten wchodzi w zakres wartości normatywnych ustalonych przez Antonovsky'ego (130–160) [2]. Osoby z silnie rozwiniętym globalnym SOC posiadają poczucie, że wymagania życia są warte zaangażowania i wysiłku. W związku z tym wynik ów może świadczyć o tym, że chorzy zaakceptowali własną chorobę oraz zaadaptowali się do trudnej sytuacji i traktują ją jako wyzwanie. Może to wynikać z faktu, że większość badanych choruje na nadciśnienie tętnicze powyżej 10 lat i przez ten długi czas chorzy nauczyli się, że na poprawę stanu zdrowia wpływa systematyczne przyjmowanie leków oraz codzienne pomiary ciśnienia i tętna. Podobne wyniki globalnego SOC uzyskano we wcześniejszych badaniach nad poziomem SOC i stopniem wsparcia u osób z rozpoznaniem przewlekłej niewydolności nerek leczonych he-

modalizacją [5]. Uzyskany poziom SOC jest zadowalający, ponieważ świadczy o tym, że badani z przewlekłą chorobą zaadaptowali się do zaistniałej sytuacji oraz bardzo dobrze radzą sobie z trudnościami występującymi podczas choroby. Jednak Szymczak i Tartas w swoich badaniach nad poziomem SOC w chorobie nowotworowej i schizofrenii uzyskali znacznie niższy wynik poziomu ogólnego SOC — wyniósł on 115 [6]. Podobnie niskie wartości globalnego SOC uzyskał Skokowski i Szymczak u osób chorych na nowotwór płuc [7]. Tuszewska i wsp. również zauważyli w swoich badaniach nad osobami chorującymi na wrzodziejące zapalenie jelita grubego, że poziom SOC ulega obniżeniu [8]. Podsumowując, okazuje się, że niski poziom SOC może być charakterystyczny dla osób chorujących przewlekle. Ten stan jest spowodowany życiem w ciągłym napięciu i niepewności, co do dalszego rozwoju choroby. Z analizy przeprowadzonych badań wynika również, że ankietowane osoby nie różniły się w istotny sposób między sobą poziomem SOC i jego składowymi. U osób chorujących na nadciśnienie tętnicze poziom SOC był najwyższy w przypadku poczucia zrozumiałości, nieco niższy był w poczuciu zaradności i najniższy w poczuciu sensowności. Zdaniem Antonovsky'ego najważniejsze jest poczucie sensowności, ponieważ bez niej pozostałe składowe mogą okazać się nietrwałe. Człowiek, który posiada wysokie poczucie zaradności i zrozumiałości, a niskie poczucie sensowności, posiadając odpowiednie zasoby, najprawdopodobniej szybko przestanie rozumieć, co się dzieje w otaczającym go świecie i straci kontrolę nad swoimi zasobami, jeśli nie będzie miał odpowiedniej motywacji [2]. Andruszkiewicz i Basińska otrzymały takie same wyniki w swoich badaniach nad SOC a uzależnieniem od nikotyny [9]; również podobne wyniki uzyskały autorki w badaniach dotyczących orientacji życiowej i wsparcia społecznego u osób z rozpoznaną astmą [10]. Z przeprowadzonych badań wynika, że ankietowani różnili się między sobą, jeśli chodzi o składowe otrzymywanego wsparcia społecznego, ale nie różnili się w istotny sposób w przypadku ogólnego poziomu wsparcia. Wykazano, że najmniej wsparcia otrzymują badani w zakresie wsparcia wartościującego, natomiast najczęściej z zakresu wsparcia instrumentalnego. Pozostałe typy wsparcia osiągnęły bardzo zbliżony poziom. Niski poziom wsparcia wartościującego może być spowodowany tym, że większość badanych była w wieku powyżej 60 lat — osoby te przebywają na emeryturze, co wiąże się z brakiem konkretnego zajęcia oraz postrzeganiem siebie jako osoby niepotrzebnej, nieużytecznej. Może być on również spowodowany niską samooceną, obni-

żoną przez proces chorobowy. Wsparcie społeczne jest jednym ze sposobów odpornościowych na tak trudne sytuacje jaką jest choroba, a brak wsparcia niejednokrotnie obniża samopoczucie i zwiększa cierpienie. Sapilak i wsp. w swoich badaniach wykazał, że wsparcie społeczne nie różnicuje w istotny sposób pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek poddawanych hemodializie [11]. Z kolei Głińska i wsp. w badaniach nad wsparciem społecznym u osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej wykazały, że badane osoby najczęściej otrzymywały wsparcia instrumentalnego oraz informacyjnego, co w znacznym stopniu podniosło poziom ich samopoczucia pod względem fizycznym [12]. Podobne wyniki uzyskali Skrzypek i Widowska-Czekajka, dokonując analizy porównawczej poszczególnych rodzajów otrzymywanego wsparcia u osób z chorobą wieńcową zakwalifikowanych do koronarografii. Autor ten wykazał, że im więcej pacjent otrzymuje wsparcia społecznego od otoczenia tym zwiększa się jego jakość życia [13]. W toku dalszych badań analizowano związek między poziomem SOC i jego składowych, a poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego u osób z nadciśnieniem tętniczym. Analizując uzyskane wyniki, nie można ustalić istotnych statystycznie korelacji pomiędzy trzema składowymi, globalnym SOC, a poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego. Jednak w przeprowadzonych badaniach otrzymano korelację ujemną pomiędzy poziomem wszystkich składowych i globalnym SOC a wsparciem. Oznacza to, że im jest wyższy poziom zrozumiałości, zaradności, sensowności i ogólnego poziomu SOC, tym niższy jest poziom otrzymywanego wsparcia społecznego. Może to być spowodowane faktem, że osoby o silnym SOC charakteryzują się postrzeganiem otaczającego go świata jako uporządkowanego, sensownego i dającego się zrozumieć, ale są one także zmobilizowane do radzenia sobie w trudnych sytuacjach i podejmowania działań zmierzających do rozwiązania problemów. W związku z taką postawą osoby te mogą w mniejszym stopniu odczuwać potrzebę otrzymywania wsparcia od innych, ponieważ mają poczucie, że same poradzą sobie z życiowymi wyzwaniami. W badaniach nad rolą wsparcia społecznego i SOC w zmaganiu się z chorobą nadciśnieniową autorki niniejszej pracy uzyskały odwrotne wyniki, a mianowicie wykazały, że im badana osoba wykazywała się wyższym poziomem SOC, tym wyższe były wyniki wsparcia społecznego [14]. Dalszej analizie poddano wpływ zmiennych pośredniczących na poziom SOC i poziom wsparcia społecznego u osób z nadciśnieniem tętniczym. Okazało się, że zmienne pośredniczące, takie jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształ-

cenie, stan cywilny, aktywność zawodowa, aktywność fizyczna w czasie wolnym, stosowanie używek, czas chorowania, nie mają statystycznie istotnego wpływu na ogólne poczucie wsparcia społecznego oraz na globalny SOC i jego składowe. Również z badań Mroziak i wsp. nad SOC u osób z nerwicą wynika, że takie zmienne jak: płeć, wiek i wykształcenie nie różnicują badanych [15]. Natomiast Rapacz i wsp. w swoich badaniach wykazali zależność SOC od zmiennych, takich jak: wykształcenie, źródło utrzymania, stan cywilny, wiek, a także czas trwania cukrzycy [16]. Wyniki opublikowanych przez Kossakowską i Basińską badań dowodzą, że płeć wpływa na poziom SOC u osób chorych na stwardnienie rozsiane [17]. Należy podkreślić fakt, że SOC daje człowiekowi poczucie pewności i dominacji nad bodźcami napływającymi ze środowiska, które są dla niego przewidywalne i wytłumaczalne. Silne SOC powoduje, że człowiek łatwiej radzi sobie w sytuacjach kryzysowych oraz posiada większą motywację do podejmowania aktywności sprzyjających zdrowiu. Osoby takie chętnie spotykają się ze znajomymi, rodziną, ponieważ chcą mieć pewność, że w trudnej sytuacji będą miały na kogo liczyć. Wsparcie społeczne płynące z otoczenia mobilizuje do utrzymywania zdrowia, pomaga w ochronie przed chorobą oraz wspomaga proces zdrowienia, a także sprawia, że człowiek nie czuje się samotny, dzięki czemu umacnia się SOC.

## Wnioski

Osoby z nadciśnieniem tętniczym nie różniły się między sobą pod względem globalnego SOC ani jego części składowych. Średni poziom SOC globalnego wyniósł 141,2. Chorzy na nadciśnienie różnili się pod względem składowych wsparcia społecznego: informacyjnego, wartościującego, emocjonalnego i instrumentalnego. Różnice nie wystąpiły w poziomie ogólnego wsparcia społecznego, a średni poziom wsparcia ogólnego wyniósł 47 punktów. Uzyskano korelację ujemną, a mianowicie: im bardziej wzrastał poziom zrozumiałości, zaradności, sensowności i ogólnego poziomu SOC, tym niższy był poziom otrzymywanego wsparcia społecznego.

## Streszczenie

**Wstęp** W zmaganiu się z chorobą przewlekłą (nadciśnienie tętnicze) istotne znaczenie przypisuje się poczuciu koherencji (SOC) oraz wsparciu społecz-

nemu; SOC pozwala jednostce odbierać otaczający go świat jako zrozumiały, sensowny oraz dający się kontrolować. Dzięki otrzymywanemu wsparciu chory ma poczucie, że jest ktoś, kto pomoże mu w trudnych sytuacjach oraz da siłę, by mógł on walczyć z przeciwnościami losu.

Celem pracy było określenie związku pomiędzy poziomem SOC a otrzymywanym wsparciem, jako wyznacznikiem radzenia sobie z chorobą przewlekłą.

**Materiał i metody** Przebadano 100 pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Chorób Wewnętrznych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu. Pomiar SOC przeprowadzono kwestionariuszem orientacji życiowej SOC-29 autorstwa Antonovsky'ego; wsparcie było oceniane za pomocą Skali Wsparcia Społecznego Kmieciak-Baran.

**Wyniki** Badani nie różnili się między sobą pod względem globalnego SOC ani jego części składowych. Średni poziom globalnego SOC wyniósł 141,2. Różnili się pod względem składowych wsparcia. Średni poziom ogólnego wsparcia wyniósł 47 punktów. Nie wykazano istotnych statystycznie związków między badanymi zmiennymi.

**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 w różnych etapach choroby przewlekłej.

**słowa kluczowe:** nadciśnienie tętnicze, poczucie koherencji, wsparcie społeczne

*Nadcisnienie Tętnicze 2011, tom 15, nr 3, strony 177–183.*

## Piśmiennictwo

1. Krymska B. Przygotowanie pacjenta z nadciśnieniem tętniczym do samokontroli i samoopieki. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15 (2–3): 139–146.
2. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005: 31–38, 46–47, 125–130.
3. Sęk H., Pasikowski T. Zdrowie — Stres — Zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia. Wydawnictwo Fundacji Humaniora. Poznań 2001: 23–33.
4. Kubacka-Jasiecka D., Ostrowski T. Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2005: 87–99.
5. Kurowska K., Bukowska M. Poczucie koherencji a poziom wsparcia u osób z rozpoznaniem przewlekłej niewydolności nerek leczonych hemodializą. *Urologia Polska* 2008; 61 (4): 1–5.
6. Szymczak J., Tartas M. Poczucie koherencji w chorobie nowotworowej i schizofrenii. *Psychoonkologia* 1998; 3: 49–53.
7. 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.
8. Tuszeńska M., Tuszeński B., Stachowiak C. Jakość życia i poczucie koherencji u chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. *Nowiny Lekarskie* 2002; 4 (5): 207–211.

9. Andruszkiewicz A., Basińska M. Poczucie koherencji a uzależnienie od nikotyny. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16 (1–2): 123–127.
10. Kurowska K., Grabowska R. Orientacja życiowa a wsparcie społeczne u osób z rozpoznaną astmą. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18 (3): 304–309.
11. Sapilak B., Melon M., Hens-Wytrychowska A. Skala wsparcia społecznego — możliwości wykorzystania w stacji dializ. *Family Medicine & Primary Care Review* 2006; 8 (3): 753–755.
12. Gaciong Z., Simonides B., Góra J., Placha G. Czy znamy patogenezę nadciśnienia tętniczego?. *Przewodnik Lekarza* 2008; 6: 10–13.
13. Skrzypek M., Widowska-Czekajska T. Znaczenie wsparcia społecznego dla stanu zdrowia pacjentów z chorobą wieńcową kwalifikowanych do koronarografii. *Zdrowie Publiczne* 2004; 114 (1): 46–51.
14. Kurowska K., Prus N. Rola wsparcia a poczucie koherencji w zmaganiu się z chorobą nadciśnieniową. *Nadciśnienie Tętnicze* 2010; 14 (5): 387–394.
15. Mroziak B., Czabała J., Wojtowicz S. Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Polska* 1997; 31: 257–268.
16. Rapacz A., Kózka M., Ogarek M. Edukacja pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej a poczucie koherencji. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15: 47–61.
17. Kossakowska M., Basińska M. Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. *Postęp Psychiatrii Neurologicznej* 2000; 9: 55–61.