

Poczucie koherencji a stan posiadanej wiedzy o schorzeniu u pacjentów po przebyłym ostrym zespole wieńcowym

Krystyna Kurowska, Agnieszka Kubiak

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej Collegium Medicum w Bydgoszczy,
 Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Wstęp: Ostry zespół wieńcowy jest jedną z najczęściej występujących chorób serca. Zarówno niestabilna choroba wieńcowa, jak i zawał serca często pojawiają się niespodziewanie, wywołując stres i uczucie strachu. Poczucie koherencji jest czynnikiem wpływającym na umiejętność radzenia sobie ze stresem i wiąże się ze zdrowiem. Wysoki poziom poczucia koherencji sprawia, że pacjenci czują się bardziej pewni siebie i mają siłę do walki z chorobą.

Celem pracy było określenie poziomu poczucia koherencji i jego wpływu na stan posiadanej wiedzy o schorzeniu.

Metody: Przebadano 70 pacjentów ze zdiagnozowanym ostrym zespołem wieńcowym leczonych na Oddziale Kardiologii i Rehabilitacji Kardiologicznej Szpitala Miejskiego im. E. Warmińskiego w Bydgoszczy oraz w Klinice Kardiologii X Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy. Poczucie koherencji było oceniane za pomocą Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29). Do oceny poziomu wiedzy o chorobie użyto kwestionariusza własnej konstrukcji, który zawierał pytania dotyczące choroby oraz dane demograficzne.

Wyniki: Badana grupa pacjentów po ostrym zespole wieńcowym posiadała dostateczną wiedzę o chorobie. Poziom ogólnego poczucia koherencji był przeciętny.

Wnioski: Psychoedukacja pacjentów, której podstawą jest poczucie koherencji, pomoże pacjentom po przebyłym ostrym zespole wieńcowym w powrocie do zdrowia oraz umocni korzystne zachowania zdrowotne. Ważne jest wpieranie pacjentów w sytuacji choroby, żeby mogli oni jak najszybciej wrócić do pełnej sprawności. (Folia Cardiologica Excerpta 2012; 7, 2: 78–83)

Słowa kluczowe: poczucie koherencji (SOC), wiedza o chorobie, ostry zespół wieńcowy

Wstęp

Choroba niedokrwienna serca jest jednym z najczęściej występujących schorzeń nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Stanowi także znaczącą przyczynę zgonów wśród społeczeństw rozwijających się. Czynniki, które w dużej mierze wpływają

na częstość incydentów ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego, to przede wszystkim: wzrost tempa życia, przy jednoczesnym zmniejszeniu regularnej aktywności fizycznej, wszechobecny stres, stosowanie używek oraz niedbały i nieodpowiedni sposób odżywiania [1]. Niestabilna choroba wieńcowa oraz zawał serca zazwyczaj pojawiają się nie-

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

spodziewanie. Ich wystąpienie — oprócz ściśle patofizjologicznych skutków — wywołuje również liczne konsekwencje psychospołeczne. Sytuacja choroby jest niewątpliwie niezwykle trudna dla pacjenta. Sposób, w jaki dana osoba będzie radziła sobie w momencie pogorszenia stanu zdrowia, zależy w dużej mierze od poziomu poczucia koherencji. Silne poczucie koherencji mobilizuje pacjenta do działania, sprzyja mu w powrocie do pełnej sprawności oraz pozwala na umacnianie pozytywnych zachowań zdrowotnych, słabe — może się wiązać z brakiem umiejętności skutecznego reagowania w obliczu działania różnorodnych bodźców stresowych, co prowadzi do dalszego pogorszenia stanu zdrowia [2–4].

Celem badań było określenie poziomu poczucia koherencji i jego komponentów u pacjentów po ostrym zespole wieńcowym oraz zbadanie stopnia ich wiedzy na temat własnej choroby. Poszukiwano także związku między poczuciem koherencji a poziomem wiedzy prezentowanym przez badanych, ponieważ są one wykładnikami powrotu do optymalnego stanu zdrowia. Próbowano również ustalić, czy istnieją czynniki, które pośrednio wpływają zarówno na poczucie koherencji, jak i na stan wiedzy pacjentów. Otrzymane wyniki badań, poparte wiedzą teoretyczną, ułatwią zespołowi terapeutycznemu pełnienie kompleksowej opieki nad pacjentami kardiologicznymi, a zwłaszcza nad osobami po incydencie ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego. Umożliwią także odpowiednie ukierunkowanie edukacji prowadzonej wśród tych chorych.

Metody

Zaprezentowane badania stanowią część większego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej serca. Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2010 roku do stycznia 2011 roku, w grupie 70 chorych po przebytych ostrym zespole wieńcowym na Oddziale Kardiologii i Rehabilitacji Kardiologicznej Szpitala Miejskiego im. E. Warmińskiego oraz w Klinice Kardiologii X Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/678/2010). Kryteria doboru grupy badawczej zostały określone na podstawie przeprowadzonych badań lekarskich wskazujących pacjentów, u których zdiagnozowano ostry zespół wieńcowy. Powodem, dla którego wyłoniono taką grupę badanych, jest fakt, że poprzez ukierunkowaną odpowiednio zmianę stylu życia i rehabilitację można wspomóc tych chorych w powrocie do optymalnego

stanu zdrowia oraz zapobiec ponownemu wstąpieniu incydentów związanych z ostrym niedokrwieniem mięśnia sercowego. Badania przeprowadzono w oparciu o ankietę konstrukcji własnej, która pozwoliła na zweryfikowanie wiedzy pacjentów po przebytych ostrym zespole wieńcowym oraz Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 służący do określenia poziomu poczucia koherencji. 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 testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego STATISTICA 9.0.

Wyniki

Analiza danych wskazuje, że mężczyźni to w niewielkim stopniu przeważająca grupa wśród badanych (62,9%), średnia wieku wynosiła 65,8 roku (36–85 lat), większość miała wykształcenie zawodowe (37,1%) i średnie (24,3%), pozostawała w związkach małżeńskich (65,7%), mieszkała w mieście (77,5%), z rodziną (78,6%), posiadała potomstwo (94,3%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 20,0% badanych, z emerytury — 64,3%, a z renty — 14,3%. Ogólnie należy stwierdzić, że była to grupa o przeciętnej (57,1%) sytuacji materialnej.

Na podstawie uzyskanych wyników (tab. 1) można stwierdzić, że badani byli osobami o przeciętnym poziomie ogólnego poczucia koherencji (146,36 — wynik mieszczący się w górnej strefie wyników przeciętnych ogólnego poczucia koherencji na granicy z wynikami wysokimi). Odchylenie standardowe stanowiło ponad 15% wartości średniej, co świadczyło o znacznym zróżnicowaniu wyników. Wyniki wysokie uzyskało 42,9%. Poziom globalnego poczucia koherencji prezentowany przez 54,3% badanych można określić jako przeciętny. Poczucie zrozumiałości kształtowało się wśród badanych na wysokim poziomie (51,07 — w dolnej strefie wyników wysokich). Odchylenie standardowe stanowiło ponad 20% wartości średniej, świadcząc również o znacznym zróżnicowaniu wyników określających poczucie zrozumiałości. Wyniki wysokie uzyskała połowa badanych. 44,3% prezentowało przeciętne poczucie zrozumiałości. Można powiedzieć, że ankietowani to osoby o przeciętnym poziomie poczucia zaradności (52,66 pkt — powyżej środkowej wartości wyników przeciętnych). Odchylenie standardowe stanowiło ponad 15% wartości średniej, co

Tabela 1. Statystyki opisowe poczucia koherencji (SOC) i jego składowych

Wyniki	SOC		Zrozumiałość		Zaradność		Sensowność	
	Liczba	Odsetek z całości (%)	Liczba	Odsetek z całości (%)	Liczba	Odsetek z całości (%)	Liczba	Odsetek z całości (%)
Niskie	2	2,9	4	5,7	1	1,4	3	4,3
Przeciętne	38	54,3	31	44,3	48	68,6	53	75,7
Wysokie	30	42,9	35	50,0	21	30,0	14	20,0
n ważnych	70		70		70		70	
Średnia	146,36		51,07		52,66		42,63	
Odchylenie standardowe	21,971		10,63		18,340		7,238	
Minimum	86,0		19,0		32,0		21,0	
Maksimum	193,0		75,0		70,0		56,0	
Mediana	145,0		50,5		52,0		44,0	

i w tym przypadku świadczyło o znacznym zróżnicowaniu wyników poczucia zaradności. Wyniki wysokie uzyskało 30,0% respondentów; przeciętnym poczuciem zaradności charakteryzowało się 68,6% badanych. Wyniki dotyczące poczucia sensowności prezentowały się podobnie jak te uzyskane w badaniu poczucia zaradności. Otrzymane rezultaty świadczą, że ankietowani to osoby o przeciętnym poziomie sensowności (42,63 pkt — powyżej środkowej wartości wyników przeciętnych). Odchylenie standardowe stanowiło niespełna 17% wartości średniej, co świadczyło o znacznym zróżnicowaniu wyników sensowności. Wyniki wysokie uzyskało tylko 20,0%, czyli zaledwie co 5. badana osoba. Zdecydowanie najwięcej badanych (ok. 76%) uzyskało wyniki przeciętne. Biorąc pod uwagę wszystkie składowe poczucia koherencji, statystycznie najczęściej wyników wysokich ankietowani uzyskali w komponencie zrozumiałości, natomiast najmniej wyników wysokich w wymiarze poczucia sensowności.

W celu ustalenia poziomu wiedzy badanych na temat ostrego zespołu wieńcowych poddano analizie pytania dotyczące etiologii, czynników ryzyka, objawów oraz postępowania, leczenia i rehabilitacji. Spośród badanych osób 77,1% wykazało wysoki poziom wiedzy na temat ostrego zespołu wieńcowych, przeciętny — 17,1%, a niski — 5,7%. Badani to grupa o wysokim poziomie wiedzy dotyczącej ostrego zespołu wieńcowych. Świadczy o tym średni wynik uzyskany przez ankietowanych, wynoszący 10,57 punktu, i mieszczący się w dolnej strefie wyników wysokich. Wyniki niskie uzyskało zaledwie 5,7%, przy 77,1% z wynikami wysokimi. Wynik maksymalny, 13 punktów, uzyskało 14,3%, a minimalny, 6 punktów, — 5,7%. Największy zakres wie-

dzy ankietowani posiadali w obszarze objawów ostrego zespołu wieńcowego, o czym świadczy wskaźnik realizacji prawidłowych odpowiedzi — 93,6%. Najmniejszą wiedzę wykazali w zakresie postępowania, leczenia i rehabilitacji ostrego zespołu wieńcowych — wskaźnik realizacji prawidłowych odpowiedzi wynosił 71,1%. Podsumowując, chorzy po przebytym ostrym zespole wieńcowym różnili się między sobą stopniem wiedzy o schorzeniu.

Ze względu na poziom istotności (tab. 2) nie odnotowano istotnej statystycznie korelacji między stopniem wiedzy badanych a prezentowanym przez nich globalnym poczuciem koherencji i jego składowymi. W grupie badanych osób nie zaobserwowano związku między poczuciem koherencji i jego komponentami a stopniem wiedzy o schorzeniu prezentowanym przez pacjentów po ostrym zespole wieńcowym.

W dalszym kroku analizie poddano zmienne pośredniczące, takie jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy, które mogłyby wpływać na poziom poczucia koherencji oraz na stopień wiedzy o schorzeniu u pacjentów po ostrym zespole wieńcowym. Wyniki poczucia koherencji i jego składowych nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z grupami wiekowymi, z wykształceniem, oceną sytuacji materialnej, płcią, źródłami dochodu. Odnotowano tylko jedną istotną statystycznie różnicę w grupach statusu zamieszkania dotyczącą wyniku globalnego poczucia koherencji ($p < 0,036$). Wyższy poziom poczucia koherencji prezentowali ankietowani mieszkający z rodziną. Wyniki wysokie uzyskało 49,1% zamieszkujących wspólnie z najbliższymi. Odnotowano tylko jedną istotną statystycznie róż-

Tabela 2. Korelacje globalnego poczucia koherencji oraz jego składowych i stan wiedzy badanych

Zmienne	N	R	t (N-2)	Poziom istotności statystycznej „p”
Poziom wiedzy i SOC	70	0,1522	1,2698	0,2085
Poziom wiedzy i zrozumiałość	70	0,1711	1,4319	0,1568
Poziom wiedzy i zaradność	70	0,1806	1,5139	0,1347
Poziom wiedzy i sensowność	70	0,0412	0,3399	0,7350

nicę w grupach miejsca zamieszkania. Dotyczyła ona poczucia zrozumiałości ($p < 0,0403$). Najwyższy poziom zrozumiałości prezentowali badani mieszkający w mieście. Wyniki wysokie uzyskało 65,7%. Najniższy poziom poczucia zrozumiałości prezentowali ankietowani zamieszkujący wieś. Wyniki wysokie uzyskało najmniej badanych (23,5%), nikt w tej grupie nie uzyskał niskich wyników poczucia zrozumiałości. Wyniki stanu wiedzy nie pozostawały w istotnej korelacji z grupami wiekowymi. Odnotowano statystycznie istotną, niską korelację wykształcenia i wyników poziomu wiedzy ($r = 0,25$; $p < 0,0310$). Najwyższy stopień wiedzy prezentowali badani z wykształceniem wyższym. Wyniki wysokie uzyskało (92,3%) badanych z wyższym wykształceniem. Nikt w tej grupie nie osiągnął wyników niskich. Najniższy poziom wiedzy prezentowali badani z wykształceniem zawodowym. Wyniki wysokie w tej grupie uzyskało stosunkowo najmniej badanych (65,4%). W grupie osób z wykształceniem zawodowym było natomiast najwięcej wyników niskich (11,5%). Nie odnotowano statystycznie istotnej korelacji oceny sytuacji materialnej i wyników stanu wiedzy oraz różnicy w płci i między badanymi zamieszkującymi z rodziną a osobami mieszkającymi samotnie, jak i również ze względu na źródło dochodu.

Dyskusja

Choroby układu sercowo-naczyniowego (w tym, w dużej mierze, ostre zespoły wieńcowe) to grupa najczęściej występujących schorzeń wśród społeczeństw rozwijających się. Stanowią one nie tylko istotny problem medyczny, ale także uznawane są za jedną z głównych przyczyn zgonów zarówno w Polsce, jak i na świecie. Stosowanie używek, wzrost tempa życia przy jednoczesnym ograniczeniu systematycznej aktywności fizycznej, niewłaściwe i niedbałe odżywianie oraz wszechobecny stres sprawiają, że częstość pojawiania się incydentów ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego jest tak duża. Należy jednak zauważyć, że prowadzenie edukacji przez lekarzy i pielęgniarki między innymi

w zakresie czynników ryzyka zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego, a także jego objawów czy sposobów leczenia i rehabilitacji oraz przekazywanie wiedzy na temat chorób układu sercowo-naczyniowego niewątpliwie ma pozytywny wpływ na stan zdrowia populacji, powodując jego poprawę lub umocnienie. Nie bez znaczenia pozostaje także kwestia umiejętności skutecznego radzenia sobie w sytuacji zachorowania, dlatego tak ważne jest wspieranie pacjentów w trudnym dla nich czasie choroby. Ważną rolę odgrywa tutaj psychoedukacja, której bazą jest poczucie koherencji [2, 5, 6]. Badana grupa osób po przebytych ostrym zespole wieńcowym charakteryzowała się przeciętnym poziomem globalnego poczucia koherencji. Średnia wyników wyniosła 143,36 punktu, co sytuuje ją w górnej strefie wyników przeciętnych, na granicy w wynikami wysokimi. Duże odchylenie standardowe ($> 15\%$ wartości średniej) świadczyło o znacznym zróżnicowaniu wyników. Bardzo zbliżone rezultaty w badaniach dotyczących związku poczucia koherencji z stanem posiadania wiedzy o chorobie u osób po udarze mózgu uzyskały Marszałek i Domańska [7]. Po przebadaniu pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru mózgu okazało się, że średnia ogólnego poczucia koherencji w tej grupie wyniosła 141,6 punktu, natomiast odchylenie standardowe określono na poziomie 23,3 punktu, co również świadczy o dużym zróżnicowaniu badanej populacji. Z kolei odmienne wyniki uzyskano w grupie pacjentów z rozpoznaną przewlekłą niewydolnością tętniczą kończyn dolnych [8] stwierdzono, że globalne poczucie koherencji było znacznie obniżone (114 pkt). W badaniach własnych stwierdzono, że w zakresie podskal poczucia koherencji występowało duże zróżnicowanie. Poczucie zrozumiałości kształtowało się na poziomie 51,07 punktu, przy odchyleniu standardowym nieco ponad 20% wartości średniej. Średnia poczucia zaradności wyniosła 52,66 punktu, natomiast odchylenie standardowe — 15% tej wartości. W przypadku sensowności średnie uzyskane wyniki zanotowano na poziomie 42,63 punktu, przy odchyleniu przekraczającym 17% średniej. W badaniu poczucia koherencji i stanu wiedzy

o schorzeniu u osób z przewlekłą niewydolnością żylną [9] autorki stwierdziły podobne różnicowanie komponentów poczucia koherencji. Analizując poczucie koherencji i style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym [10], stwierdzono, że badane osoby stanowią jednorodną grupę, gdyż ani poczucie koherencji ani żadna z jego składowych nie różnicowały ankietowanych w istotny sposób. Na podstawie wyników zaprezentowanych w niniejszej pracy można stwierdzić, że bardzo przydatna byłaby psychoedukacja pacjentów pozwalająca na umocnienie poczucia koherencji osób, które dobrze radzą sobie w sytuacji choroby, oraz udzielenie wsparcia zagubionym pacjentom niepotrafiącym we właściwy sposób reagować w momencie zachorowania. Pomoc udzielona tym wszystkim osobom może pozytywnie wpłynąć na ich samopoczucie, a także ułatwić im powrót do optymalnego stanu zdrowia po incydencie ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego. W niniejszym opracowaniu stwierdzono, że osoby po przebytych ostrym zespole wieńcowym prezentowały wysoki poziom wiedzy na temat tego schorzenia. Średni wynik badania stanu wiedzy wyniósł 10,57 punktu i mieścił w dolnej granicy wyników wysokich. Z przeprowadzonych analiz wynika, że ankietowani największą wiedzę prezentowali w obszarze „objawy”, natomiast najmniejszą w sferze „postępowanie, leczenie i rehabilitacja”. Marszałek i Domańska [7] na podstawie badań dotyczących poczucia posiadania wiedzy o chorobie u osób po przebytych udarze mózgu stwierdziły, że wyniki w zakresie 4 podstawowych składników poczucia wiedzy o własnej chorobie wśród pacjentów (to znaczy o jej przyczynach, dolegliwościach, leczeniu/usprawnianiu i skutkach) są bardzo do siebie zbliżone. Stopień posiadania wiedzy na temat różnych aspektów własnej choroby był w tej grupie stosunkowo spójny. Świadczy to o braku dysproporcji między poszczególnymi elementami wiedzy. Wykazano podobnie wystarczający poziom wiedzy na temat schorzenia u pacjentów z rozpoznaną przewlekłą niewydolnością kończyn dolnych [8]. Z analizy odpowiedzi udzielonych przez ankietowanych wynikało, że głównym źródłem wiedzy na temat choroby był lekarz. Tylko 23% respondentów wskazało, że rolę edukatora pełniła pielęgniarka. Rewiuk i wsp. [11], badając grupę osób hospitalizowanych z powodu migotania przedsionków, stwierdzili, że stan wiedzy tych pacjentów na temat stosowanej u nich profilaktyki przeciwkrzepliwej kształtował się na niskim poziomie (4,19 pkt w skali 9-punktowej). Okazało się także, że osoby, u których wartości wskaźnika INR mieściły się w zakresie terapeutycznym, uzyskały lepsze wyniki.

W badaniach własnych nie wykazano związku między poczuciem koherencji a stanem wiedzy o schorzeniu wśród pacjentów po przebytych ostrym zespole wieńcowym. Podobne wnioski zaprezentowano, analizując wpływ poczucia koherencji na stan posiadanej wiedzy o chorobie wśród pacjentów z przewlekłą niewydolnością żylną [9]. Nie stwierdzono występowania ścisłego związku między poczuciem koherencji a stanem wiedzy na temat schorzenia. Wyraźną, choć niezbyt silną relację między ogólnym poczuciem koherencji a stanem posiadania wiedzy o schorzeniu u pacjentów po udarze mózgu zauważyły w swoich badaniach Marszałek i Domańska [7]. Zależność ta dotyczyła globalnego poczucia koherencji i jednego z aspektów choroby — leczenia/usprawniania. Przeprowadzone badania wykazały związek między poziomem poczucia koherencji a statusem zamieszkania. Osoby zamieszkujące z rodziną prezentowały wyższy poziom globalnego poczucia koherencji niż badani mieszkający samotnie. Na podstawie analizy wyników zauważono także, że miejsce zamieszkania badanych w istotnym stopniu wpływało na ich poziom zrozumiałości — ankietowani zamieszkujący w mieście charakteryzowali się wyższym poczuciem zrozumiałości niż osoby mieszkające na wsi. Podobne zależności zaobserwowały badając pacjentów po udarze mózgu [7]. Okazało się, że osoby, które zamieszkiwały z rodziną, prezentowały wyższy poziom ogólnego poczucia koherencji. Autorki stwierdziły ponadto, że wyższy poziom zrozumiałości charakteryzował ankietowanych pozostających na emeryturze lub rencie oraz osoby starsze. Na podstawie analizy wyników przedstawionych w niniejszej pracy stwierdzono, że takie czynniki, jak wiek, płeć, zatrudnienie czy wykształcenie, nie wpływały na poziom globalnego poczucia koherencji ani jego komponentów u pacjentów po ostrym zespole wieńcowym. Jednak w badaniach poczucia koherencji i czynników socjodemograficznych u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi prowadzonych przez Pawłowską i wsp. [12] wykazano, że mężczyźni prezentowali istotnie wyższe poczucie zrozumiałości świata niż kobiety oraz że osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym miały istotnie niższe globalne poczucie koherencji i charakteryzowali się niższym poczuciem sensowności, w porównaniu z chorymi z wykształceniem średnim bądź wyższym. Podobne wyniki przedstawiły Kossakowska i Basińska [13], badając poczucie koherencji wśród chorych na stwardnienie rozsiane i osób zdrowych. Okazało się, że kobiety chore na stwardnienie rozsiane miały wyższe globalne poczucie koherencji (a zwłaszcza składowe: poczucie zaradności i zro-

zumiałości) niż chorzy mężczyźni. Prowadzone badania autorskie pozwoliły także wskazać, że wykształcenie badanych dodatnio koreluje z stanem posiadanej przez nich wiedzy o ostrych zespołach wieńcowych. Respondenci z wyższym wykształceniem prezentowali bowiem wyższy poziom wiedzy o schorzeniu. Takie same wnioski wysunęły autorki analizując poziom wiedzy osób z przewlekłą niewydolnością żylną [9]. Osoby z najniższym poziomem wykształcenia charakteryzowały się zdecydowanie najniższym poziomem wiedzy w aspekcie objawów. Zauważono, że wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastał też poziom wiedzy badanych. Uzyskane wyniki prezentowane w niniejszym opracowaniu pozwoliły także ustalić, że wiek, płeć, miejsce czy status zamieszkania nie wpływały na stan wiedzy o ostrych zespołach wieńcowych w badanej grupie.

Wnioski

1. Osoby po przebytych ostrym zespole wieńcowym różniły się między sobą zarówno globalnym poczuciem koherencji, jak i jego składowymi. Ogólne poczucie koherencji kształtowało się na poziomie przeciętnym, ze średnią punktową 143,36. Wysokie wyniki badani uzyskali w obszarze poczucia zrozumiałości.
2. Badani prezentowali raczej wysoki poziom wiedzy o własnym schorzeniu (wykazano duże zróżnicowanie w wynikach). Wysoki stan wiedzy może ułatwić pacjentom po ostrym zespole wieńcowym szybszy powrót do zdrowia i dawnej sprawności. W przypadku osób, które charakteryzują się niskim poziomem wiedzy o swojej chorobie, należałoby poprowadzić psychoedukację zdrowotną.
3. Osoby z wyższym wykształceniem posiadały największą wiedzę na temat własnej choroby. Można sądzić, że pacjenci charakteryzujący się niższym poziomem wiedzy będą potrzebowali większego wsparcia i pomocy ze personelu

medycznego. Prowadzona edukacja usprawniła proces rehabilitacji kardiologicznej tych chorych oraz ułatwiła im powrót do optymalnego stanu zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Kośmicki M.A. Choroba niedokrwienne serca w Polsce i na świecie — nierozwiązany w pełni problem. *Kardiologia Oparta Na Faktach* 2010; 1: 37–50.
2. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005; 31–45.
3. Łuszczynska-Cieślak A. Czym dla psychologa jest poczucie koherencji? *Promocja Zdrowia* 2001; 8: 56–68.
4. Sęk H., Pasikowski T. (red.). *Zdrowie–stres–zasoby — o znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001; 177–189.
5. Cegła B., Faleńczyk K., Kuczma-Napierała J. Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa internistycznego. *Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Bydgoszcz* 2003; 33–43.
6. Kośmicki M.A. Choroba niedokrwienne serca w Polsce i na świecie — nierozwiązany w pełni problem. *Kardiologia Oparta Na Faktach* 2010; 1: 37–50.
7. Domańska Ł., Marszałek L. Poczucie koherencji a poczucie posiadania wiedzy o chorobie u osób po udarze mózgu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2004; 13: 317–324.
8. Gawron A., Kurowska K. Poczucie koherencji a poziom posiadanej wiedzy o chorobie u osób z rozpoznaną przewlekłą niewydolnością tętniczą kończyn dolnych. *Nowiny Lekarskie* 2008; 77: 204–208.
9. Kurowska K., Jończyk J. Poczucie koherencji (SOC) a stan posiadanej wiedzy o chorobie u osób z rozpoznaniem przewlekłej niewydolności żylniej. *Nowiny Lekarskie* 2009; 78: 30–34.
10. Kurowska K., Dąbrowska A. Poczucie koherencji a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze* 2008; 12: 432–438.
11. Rewiuk K., Bednarz S., Faryan P., Grodzicki T. Poziom wiedzy dotyczącej profilaktyki przeciwkrzepowej wśród pacjentów z migotaniem przedsionków. *Folia Cardiologica Excerpta* 2007; 2: 148–154.
12. Pawłowska B., Płotka B., Szymona K. Poczucie koherencji a czynniki socjodemograficzne u pacjentów z zaburzeniami nerwowymi. *Zdrowie Publiczne* 2002; 112: 177–179.
13. Kossakowska M., Basińska M. Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000; 9: 55–61.