

Poczucie koherencji u chorych po implantacji stymulatora serca

Sense of coherence in patients after an artificial cardiac pacemaker implantation

AGATA RECZEK^{1/}, IRENA PAWELEC^{2/}, IWONA MALINOWSKA-LIPIEŃ^{1/}, TOMASZ BRZOSTEK^{1/}

^{1/} Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

^{2/} Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ, studia II stopnia, kierunek pielęgniarstwo

Wstęp. Silne poczucie koherencji chroni człowieka przed dezorganizacją i umożliwia jego zdolność powrotu do zdrowia. Osoby z większym poczuciem koherencji mają gotowość poszukiwania, zdobywania dostępnych zasobów po to, by radzić sobie skuteczniej ze stresem.

Cel pracy. Ocena poczucia koherencji u chorych po implantacji stymulatora serca.

Materiał i metoda. Badaniem objęto chorych po implantacji stymulatora serca. W pracy posłużono się Kwestionariuszem Orientacji Życiowej SOC-29 oraz kwestionariuszem ankiety własnego autorstwa.

Wyniki. Średnia wartość globalnego SOC w grupie badanych chorych wynosiła 155,69 pkt. Średni wynik poczucia zaradności wyniósł 55,16 pkt., poczucia zrozumiałości 51,37 pkt oraz sensowności 49,14 pkt. Stwierdzono istotne statystycznie różnice między SOC globalnym a wiekiem oraz stanem cywilnym badanych. Nie stwierdzono istotności statystycznej między globalnym poczuciem koherencji a płcią badanych, ich wykształceniem, miejscem zamieszkania, aktywnością zawodową i czasem, jaki upłynął od implantacji.

Wnioski. 1. Należy uwzględniać wiek i stan cywilny chorych przygotowując ich do funkcjonowania po zabiegu implantacji. 2. Silne poczucie koherencji ułatwia przystosowanie się do nowej sytuacji życiowej i funkcjonowanie po zabiegu.

Słowa kluczowe: stymulator serca, poczucie koherencji, komponenty poczucia koherencji

Introduction. A strong sense of coherence prevents people against disorientation and facilitates recovery. People with a greater sense of coherence are eager to seek and acquire available resources in order to cope with stress more efficiently.

Aim. To assess the sense of coherence in patients after an artificial cardiac pacemaker implantation.

Materials & Methods. The study involved patients after an artificial pacemaker implantation. In the study the Sense of Coherence Scale (SOC-29) as well as the authors' demographic questionnaire were used.

Results. The mean value of the respondents' global SOC equaled 155.69 pts. The mean result for manageability equaled 55.16 pts, for comprehensibility 51.37 pts, and for meaningfulness 49.14 pts. Statistically significant differences in the global SOC values relating to the patients' age and marital status were observed. No statistically significant effects of the respondents' gender, educational background, place of residence, professional activity, and the time from implantation on the global SOC value were found.

Conclusions. 1. The patients' age and marital status should be taken into account in preparing patients for life after implanting an artificial pacemaker. 2. A strong sense of coherence makes it easy to adapt to the new circumstances and functioning after surgery.

Key words: artificial cardiac pacemaker, sense of coherence (SOC), components of SOC

© Hygeia Public Health 2014, 49(2): 353-358

www.h-ph.pl

Nadesłano: 23.05.2014

Zakwalifikowano do druku: 09.06.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Agata Reczek

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego IPP

ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków

tel. 12 430 32 19, fax 12 429 48 72

e-mail: agata.reczek@uj.edu.pl

Wstęp

Orientacja salutogenetyczna proponuje ujęcie zdrowia i choroby jako kontinuum. Dlatego zawsze należy próbować ustalić pozycję danego człowieka na tym kontinuum. Aktualne miejsce jednostki zależy od siły jej poczucia koherencji (SOC – *sense of coherence*) [1, 2]. Zdaniem A. Antonovsky'ego poczucie koherencji „jest to globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dyna-

miczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturywany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” [2]. Poczucie koherencji tworzą trzy komponenty: zrozumiałość (*comprehensibility*), zaradność (*manageability*), sensowność (*meaningfulness*).

Jak określa J. Szymczak, zrozumiałość determinuje spostrzeganie bodźców wewnętrznych i zewnętrznych w sposób wystarczająco ustrukturalizowany, by móc przewidywać zdarzenia, wyjaśniać, czy też nadawać im sens poznawczy. Natomiast zaradność dotyczy pewności, że posiada się w dyspozycji zasoby osobiste lub innych, które pozwalają poradzić sobie z wymaganiami każdej sytuacji. Ostatnia komponenta sensowność oznacza emocjonalno-motywacyjny stosunek do wydarzeń, z jakimi spotyka się jednostka, wyraża pewność, że wymagania sytuacji są warte zaangażowania się i wysiłku [1].

Osoby o silnym poczuciu koherencji przejawiają znaczne natężenie trzech wymienionych składników [2]. A. Antonovsky uważa, że im silniejsze poczucie koherencji tym większe prawdopodobieństwo dobrego samopoczucia, zdrowia. Osoby z większym poczuciem koherencji mają większą gotowość poszukiwania, zdobywania i wydatkowania potencjalnie dostępnych im zasobów po to, by radzić sobie z sytuacją. Takie osoby będą bardziej skuteczne, efektywne w działaniach [3]. Silne poczucie koherencji chroni człowieka przed dezorganizacją i zwiększa jego zdolność powrotu do zdrowia, czyli przemieszczania się na kontinuum zdrowie-choroba w kierunku bieguna zdrowie [4].

A. Antonovsky uznaje poczucie koherencji za cechę względnie trwałą, która kształtuje się w wyniku doświadczeń wieku dziecięcego, dojrzewania i wczesnego okresu dojrzałości, w którym jednostka osiąga właściwy dla siebie poziom poczucia koherencji. Dojrzały sposób patrzenia na świat pojawia się około 30 roku życia, dlatego dopiero u osób dorosłych można mówić o ukształtowanym i utrwalonym poczuciu koherencji [5]. Tym, co kształtuje poziom poczucia koherencji są właściwości powtarzających się sytuacji i życiowych doświadczeń jednostki. Zalicza do nich: logiczność, równowagę w zakresie niedociążenie-przeciążenie, udział w podejmowaniu decyzji [3]. Jak podaje M. Piotrowicz i D. Cianciara wyniki badań potwierdzają związek poczucia koherencji ze zdrowiem i jakością życia. Wysokie poczucie koherencji jest czynnikiem podnoszącym jakość życia [5]. Jakkolwiek Antonovsky uważa, że pewne zdarzenia mogą radykalnie zmieniać poczucie koherencji nawet u osób w starszym wieku [3].

Istotą działania stymulatora serca jest zapobieganie zatrzymaniu pracy serca przy braku własnego rytmu (asystolii) lub w przypadku jego niebezpiecznego zwolnienia (patologicznej bradykardii). W powyższej sytuacji stymulator włącza zaprogramowany rytm impulsów pobudzających serce – przedsionki, komory lub zarówno przedsionki jak i komory w sposób automatyczny. Podstawę pracy stymulatora serca stanowią dwie funkcje. Pierwsza polegająca na sprawdzeniu, czy istnieją pobudzenia własne, druga na automa-

tycznym włączaniu rytmu stymulatora w przypadku braku pobudzeń własnych (funkcja stymulacji). Po wszczępieniu stymulatora serca, wielu chorych dostrzega korzystną zmianę. Samopoczucie chorych ulega poprawie w wielu aspektach. Stopień poprawy stanu chorego zależy od jego kondycji psychicznej i fizycznej [6]. Chory – w zależności od wskazań – może mieć wszczępiiony stymulator jednojamowy (rozrusznik, który czuwa i stymuluje w tylko jednej jamie serca, w przedsionku lub w komorze: rozrusznik przedsionkowy AAI, rozrusznik komorowy VVI, lub synchroniczny VDD) lub dwujamowy (rozrusznik oddziałujący na dwie jamy serca, przedsionek i komorę – DDD) [6, 7].

Reasumując, pacjenci po wszczępieniu rozrusznika lub defibrylatora serca są zabezpieczeni przed groźnymi dla zdrowia i życia konsekwencjami zaburzeń rytmu i przewodzenia serca, w codziennym życiu napotykają jednak na różne psychospołeczne problemy adaptacyjne [8].

Cel badań

Ocena poczucia koherencji u chorych po implantacji stymulatora serca.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród chorych z implantowanym stymulatora serca. Wszyscy respondenci zostali poinformowani o celu badań, o zapewnieniu anonimowości i wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniach. Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do kwietnia 2011 r. na Oddziale Kardiologii oraz w Poradni Kontroli Rozruszników za zgodą władz placówki. Przebadano 101 chorych. W badaniach posłużono się ankietą konstrukcji własnej zawierającą pytania dotyczące: danych socjodemograficznych; stanu zdrowia; sytuacji życiowej oraz kwestionariuszem do badania poczucia koherencji (Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29) autorstwa A. Antonovsky'ego. Kwestionariusz SOC-29 składa się z 29 pytań. Pozwala określić zarówno globalny poziom poczucia koherencji, jak i nasilenie wchodzących w jego skład elementów: poczucia zrozumiałości (PZR), poczucia zaradności (PZ), poczucia sensowności (PS). Uzyskanie wysokiego wyniku związane jest z silnym poczuciem koherencji. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe. Dla zmiennych jakościowych wyliczono wartości procentowe. Do porównania dwóch grup wykorzystano test t-Studenta, a w przypadku braku normalności rozkładu – nieparametryczny test U Manna-Whitney'a. Weryfikację normalności rozkładu przeprowadzono za pomocą testu Shapiro-Wilka. We wszystkich analizach jako istotne przyjęto efekty, dla których wartość prawdopodobieństwa p była mniejsza od przyjętego poziomu istotności 0,05

($p < 0,05$). Obliczenia i analizę statystyczną wykonano za pomocą pakietu Statistica 10 PL.

Wyniki

W grupie badanych było 47 mężczyzn (46,5%) i 54 kobiety (53,5%). Średni wiek badanych pacjentów wynosił 70,1 lat $\pm 9,7$ (34-88 lat). Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 61-70 lat, a najmniej liczną stanowili pacjenci w wieku do 50 lat (tab. I).

Tabela I. Wiek badanych pacjentów
Table I. Age of studied patients

Wiek badanych	N	%
do 50 lat	3	3
51-60 lat	14	13,9
61-70 lat	36	35,6
71 do 80 lat	31	30,7
Powyżej 80 lat	17	16,8

Wyszktałeniem podstawowym legitymowało się 25 badanych (24,8%), zawodowym 28 badanych (27,7%), średnim 36 badanych (35,6%), wykształcenie wyższe posiadało 12 badanych (11,9%). Przeważająca większość badanych (84 osoby) mieszkała w mieście, na wsi mieszkało 17 badanych. W związkach małżeńskich pozostawało 58 badanych (57,4%), 38 osób było owdowiałych (37,6%), 3 osoby (3,0%) rozwiedzione i 2 (2%) stanu wolnego. Tylko 18 badanych pracowało (17,8%), a 83 badanych (82,1%) było nieaktywnych zawodowo.

Chorym implantowano stymulator serca z różnych przyczyn. U przeważającej liczby badanych, bo aż u 81 osób (80,2%) stwierdzono następujące przyczyny: zespół chorej zatoki, zespół tachy-bradycardia, blok A-V III stopnia, blok zatokowo-przedsionkowy II stopnia.

U pozostałych chorych występowały omdlenia ($n=12$; 11,90%) i bradykardia ($n=8$; 7,90%). W badanej grupie 67 chorych miało implantowany stymulator dwujamowy, a 34 chorych stymulator jednojamowy.

Wszyscy badani chorzy zadeklarowali, że mogą liczyć na pomoc innych osób. Największa liczba badanych mogła liczyć na pomoc dzieci ($n=82$; 81,2%). Na współmałżonka mogło liczyć 56 badanych (55,4%), na wnuki 46 badanych; (45,5%), na sąsiadów 40 badanych (39,6%), zaś na inne osoby 18 badanych (17,8%).

Globalny poziom SOC w grupie badanych wyniósł średnio 155,69 pkt (SD $\pm 20,63$). Jak wynika z tabeli II, średni wynik poczucia zaradności wyniósł 55,16 pkt i był wyższy od średniego wyniku poczucia zrozumiałości (51,37 pkt) oraz sensowności (49,14 pkt).

Tabela II. Poczucie koherencji i jego składowe
Table II. Global sense of coherence and its components

SOC i jego składowe	N	\bar{x}	Minimum	Maksimum	SD
SOC globalny	101	155,69	80,00	193,00	20,63
poczucie zrozumiałości	101	51,37	17,00	73,00	10,08
poczucie zaradności	101	55,16	25,00	70,00	7,82
poczucie sensowności	101	49,14	31,00	56,00	6,17

Analizie poddano wpływ wybranych zmiennych na poczucie koherencji i jego składowe.

Kryterium: wiek badanych

Stwierdzono zależność między globalnym poczuciem koherencji a wiekiem badanych ($p < 0,05$). SOC globalny kształtował się następująco w poszczególnych przedziałach wiekowych: do 50 lat $\bar{x}=164,0$; 51-60 lat $\bar{x}=143,21$; 61-70 lat $\bar{x}=153,08$; 71-80 lat $\bar{x}=158,83$; powyżej 80 lat $\bar{x}=164,29$. Globalne poczucie koherencji było najwyższe u badanych powyżej 80 roku życia, najniższe u badanych w wieku 51-60 lat.

Analizując poczucie zrozumiałości stwierdzono najwyższe średnie dla badanych powyżej 80 roku życia ($\bar{x}=55,88$) w porównaniu z osobami z pozostałych przedziałów wiekowych: do 50 lat $\bar{x}=49,66$, 51-60 lat $\bar{x}=47,55$, 61-70 lat $\bar{x}=50,55$, 71-80 lat $\bar{x}=51,83$. Poczucie zrozumiałości było znamienne wyższe w grupie osób powyżej 80 roku życia niż w młodszych grupach wiekowych (51-60 lat i 61-70 lat) ($p=0,04$).

Oceniając poczucie zaradności zauważono, że osoby, które nie ukończyły 50. roku życia miały najwyższą średnią ($\bar{x}=62,66$) w tej komponentcie w porównaniu z osobami z innych grup wiekowych. Pozostałe średnie dla poczucia zaradności w poszczególnych przedziałach wiekowych prezentowały się następująco: $\bar{x}=58,17$ dla badanych powyżej 80 lat, $\bar{x}=56,87$ dla badanych w wieku 71-80 lat, $\bar{x}=53,94$ dla badanych w wieku 61-70 lat, oraz $\bar{x}=49,28$ dla badanych w wieku 51-60 lat. Poczucie zaradności było znamienne wyższe w grupie osób powyżej 80 roku życia a badanymi w wieku 51-60 lat ($p=0,02$), 61-70 lat ($p=0,04$) oraz osobami w wieku 71-80 lat a 51-60 lat ($p=0,04$) i 61-70 lat ($p=0,04$).

Nie stwierdzono zależności statystycznych między poczuciem sensowności a wiekiem ($p > 0,05$). Zaobserwowane różnice pomiędzy najwyższą średnią wartością poczucia sensowności w grupie badanych w wieku do 50 roku życia ($\bar{x}=51,66$), a następnie badanych powyżej 80 roku życia ($\bar{x}=50,23$), i kolejno w wieku 71-80 lat ($\bar{x}=50,12$), następnie w wieku 61-70 lat ($\bar{x}=48,58$) oraz w wieku 51-60 lat ($\bar{x}=46,57$) nie były znamienne.

Kryterium: płeć badanych

Nie stwierdzono zależności statystycznych między globalnym poczuciem koherencji a płcią badanych ($p > 0,05$). Również nie stwierdzono zależności statystycznych między poczuciem zrozumiałości, zaradności i sensowności a płcią badanych. Jakkolwiek zauważono, że we wszystkich wymienionych komponentach poczucia koherencji kobiety uzyskiwały wyższe średnie (różnice nie wykazały znamienności statystycznej). Wartość średnia poczucia zrozumiałości dla kobiet wynosiła 51,85 pkt a dla mężczyzn 50,82 pkt, natomiast wartość średnia poczucia zaradności dla kobiet wynosiła 55,35 pkt, a dla mężczyzn 54,95 pkt. Wartość średnia poczucia sensowności dla kobiet wynosiła 49,66 pkt a dla mężczyzn 48,55 pkt.

Kryterium: stan cywilny badanych

Analizując stan cywilny badanych stwierdzono najniższą średnią dla SOC globalnego u osób stanu wolnego ($\bar{x} = 135,5$). Najwyższą średnią miały osoby o statusie cywilnym wdowa/wdowiec ($\bar{x} = 162,31$). W grupie osób pozostających w związku małżeńskim średnia wynosiła 152,15 pkt, natomiast w grupie osób rozwiedzionych 153,66 pkt. Stwierdzono różnice dla wartości globalnej SOC między osobami pozostającymi w związku małżeńskim a osobami owdowiałymi ($p = 0,013$). Zauważono również różnice średnich wartości poczucia zrozumiałości u osób pozostających w związkach małżeńskich ($\bar{x} = 49,72$) i owdowiałych ($\bar{x} = 54,50$) ($p = 0,0044$). Osoby stanu wolnego wykazały się najniższą średnią wartością poczucia zrozumiałości ($\bar{x} = 44,00$), rozwiedzeni uzyskali 48,66 pkt. Natomiast najwyższe wartości średnie poczucia zaradności posiadali badani o statusie cywilnym wdowy/wdowca ($\bar{x} = 57,76$), następnie rozwiedzeni ($\bar{x} = 54,00$), pozostający w związku małżeńskim ($\bar{x} = 53,89$) oraz badani stanu wolnego ($\bar{x} = 44,50$). Istotnie statystycznie różnice dla poczucia zaradności zaobserwowano między badanymi pozostającymi w związku małżeńskim i owdowiałymi ($p = 0,01$).

Wartości średnie poczucia sensowności w zależności od stanu cywilnego kształtowały się następująco: rozwiedzeni ($\bar{x} = 51,00$), osoby owdowiałe ($\bar{x} = 50,05$), osoby pozostające w związku małżeńskim ($\bar{x} = 48,53$), osoby stanu wolnego ($\bar{x} = 47,00$).

Kryterium: wykształcenie badanych

Nie stwierdzono zależności statystycznych między globalnym poczuciem koherencji a wykształceniem badanych ($p > 0,05$). SOC globalny kształtował się następująco w zależności od poziomu wykształcenia: wykształcenie podstawowe ($\bar{x} = 157,60$), zawodowe ($\bar{x} = 157,71$), średnie ($\bar{x} = 155,97$), wyższe ($\bar{x} = 146,16$). Wykształcenie badanych również nie

miało istotnego wpływu na poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności. Średnie wartości poczucia zrozumiałości w zależności od poziomu wykształcenia kształtowały się następująco: wykształcenie podstawowe ($\bar{x} = 53,08$), zawodowe ($\bar{x} = 51,67$), średnie ($\bar{x} = 51,69$), wyższe ($\bar{x} = 46,16$). Średnie wartości poczucia zaradności w zależności od poziomu wykształcenia były następujące: wykształcenie podstawowe ($\bar{x} = 56,16$), zawodowe ($\bar{x} = 56,60$), średnie ($\bar{x} = 54,69$), wyższe ($\bar{x} = 51,16$). Natomiast średnie wartości poczucia sensowności w zależności od poziomu wykształcenia prezentowały się następująco: wykształcenie podstawowe ($\bar{x} = 48,36$), zawodowe ($\bar{x} = 49,42$), średnie ($\bar{x} = 49,58$), wyższe ($\bar{x} = 48,83$).

Reasumując, osoby z wykształceniem wyższym prezentowały niskie średnie poczucia koherencji i jego składowych. Osoby z wykształceniem podstawowym miały najniższe średnie wartości poczucia sensowności.

Kryterium: miejsce zamieszkania

Nie stwierdzono zależności statystycznych między globalnym poczuciem koherencji a miejscem zamieszkania ($p = 0,07$). Stwierdzono, jednak że średnia wartość poczucia zaradności wśród mieszkańców miasta była niższa ($\bar{x} = 54,44$), w porównaniu z badanymi mieszkającymi na wsi ($\bar{x} = 58,76$) ($p = 0,05$). Również badani mieszkający na wsi uzyskali wyższą wartość średnią poczucia sensowności ($\bar{x} = 50,88$) w porównaniu z badanymi mieszkającymi w mieście ($\bar{x} = 48,79$). Podobna zależność dotyczyła poczucia zrozumiałości. Średnia wartość poczucia zrozumiałości była wyższa dla badanych mieszkających na wsi ($\bar{x} = 54,11$) niż w mieście ($\bar{x} = 50,82$).

Kryterium: aktywność zawodowa

Nie stwierdzono zależności statystycznych między globalnym poczuciem koherencji a aktywnością zawodową badanych ($p > 0,05$). Aktywność zawodowa nie miała również istotnego wpływu na poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności. Średnia wartość poczucia zrozumiałości w grupie aktywnych zawodowo wynosiła 48,77 pkt, a w grupie osób nie aktywnych zawodowo 52,06 pkt. Poczucie zaradności w grupie osób aktywnych zawodowo kształtowało się następująco: $\bar{x} = 51,50$, a w grupie nieaktywnych zawodowo: $\bar{x} = 56,08$. Poczucie sensowności w grupie osób aktywnych zawodowo wynosiło $\bar{x} = 48,38$, a w grupie nie aktywnych zawodowo $\bar{x} = 49,42$.

Kryterium: czas od implantacji stymulatora serca

Nie stwierdzono zależności statystycznych między czasem, jaki upłynął od implantacji stymulatora serca

a poczuciem koherencji i jego składowymi. Średnia dla globalnego SOC w grupie chorych pozostających pod opieką poradni była wyższa ($\bar{x}=157,39$) niż w grupie chorych przebywających w oddziale ($\bar{x}=153,96$). Poczucie zaradności uzyskało nieznamiennie wyższe średnie ($\bar{x}=55,82$ i $\bar{x}=54,50$) w porównaniu z pozostałymi komponentami. Najniższe średnie dotyczyły poczucia sensowności ($\bar{x}=49,94$ i $\bar{x}=48,34$). Natomiast średnie wartości poczucia zrozumiałości były następujące: $\bar{x}=51,62$ i $\bar{x}=51,12$.

Dyskusja

Prawidłowy rytm pracy serca stanowi podstawę utrzymania sprawnej czynności organizmu. W zdrowym sercu rytmem głównym jest rytm zatokowy. Jego częstość zmienia się w określonych, fizjologicznych granicach, np. zwalnia w czasie spoczynku, a przyspiesza w czasie wysiłku lub emocji. Po zabiegu implantacji stymulatora serca zostaje zapewniona regularna praca serca jako narządu decydującego o utrzymaniu i jakości życia, pacjenci dostrzegają korzystne zmiany, a ich samopoczucie ulega poprawie w wielu aspektach [6]. Jak wynika z literatury w zmaganiu z chorobą przewlekłą istotnego znaczenia nabiera postawa chorego, jego nastawienie do terażniejszego i przyszłego życia, wsparcie społeczne [9].

W literaturze można znaleźć informacje świadczące o tym, że istnieje silna zależność pomiędzy poczuciem koherencji i subiektywnym stanem zdrowia [5]. Zdaniem M. Piotrowicz i wsp. osoby, które charakteryzują się silnym poczuciem koherencji częściej postrzegają swoje zdrowie jako dobre, szczególnie w jego wymiarze psychicznym. Badania potwierdzają pozytywną zależność poczucia koherencji z dobrostanem i jakością życia [5]. W naszych badaniach globalna wartość SOC ($\bar{x}=155,69$) uzyskana przez chorych po implantacji stymulatora serca mieściła się w zakresie wartości normatywnych ustalonych przez Antonovsky'ego (130-160 pkt.) [2, 9].

Jak wynika z analizy literatury przedmiotu, poczucie koherencji i jego komponenty cechują się różnymi wynikami w badanych grupach chorych. Również na wartość poczucia koherencji wpływają różne zmienne. W badaniach K. Kurowskiej i M. Kuźby prowadzonych w grupie chorych z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym średni poziom globalnego SOC wynosił 141,2 pkt, natomiast średni poziom zrozumiałości wynosił 48,34 pkt; średni poziom poczucia zaradności 50,9 pkt; średni poziom sensowności 41,96 pkt [9]. W tych badaniach zmienne takie jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, aktywność zawodowa, czas trwania choroby nie miały istotnego wpływu na ogólne poczucie wsparcia społecznego, globalną wartość SOC i jej składowe [9].

W innych badaniach K. Kurowskiej i O. Figiel przeprowadzonych wśród chorych na cukrzycę globalny SOC był niski – wyniósł 117,25 pkt, natomiast średnia wartość zrozumiałości wyniosła 47,75 pkt; zaradności 37,06 pkt i sensowności 32,44 pkt.

W powyższym badaniu najwyższy poziom poczucia zrozumiałości uzyskali chorzy z wykształceniem podstawowym, mieszkający samotnie [10]. W badaniach K. Kurowskiej i Ż. Suchomskiej globalny poziom SOC u chorych z rozpoznaniem dyskopatii lędźwiowej przed zabiegiem chirurgicznym i po nim również był niski. W pierwszym pomiarze globalny poziom SOC wyniósł 111,25 pkt, w drugim 113,30 pkt ($p<0,0029$). Najwyższe wartości średnie dotyczyły poczucia zrozumiałości, najniższe poczucia sensowności [11].

W kolejnych badaniach przeprowadzonych wśród osób poddanych zabiegom kardiochirurgicznym, K. Kurowska i wsp. wykazali, że globalny SOC wynosił 146,12 pkt, poczucie zrozumiałości 54,05 pkt; poczucie zaradności 51,27 pkt; poczucie sensowności 40,94 pkt [12]. Z kolei F. Torрати i wsp. stwierdzili wysokie poczucie koherencji w grupie 127 chorych poddanych zabiegowi kardiochirurgicznemu [13]. Wartość globalna SOC dla tej grupy pacjentów wynosiła 149,2 pkt ($SD=24,6$). Autorzy stwierdzili istotną statycznie zależność pomiędzy płcią badanych i poczuciem koherencji ($p=0,014$). Mężczyźni mieli wyższe średnie wartości poczucia koherencji ($\bar{x}=154,3$) niż kobiety ($\bar{x}=143,6$). Również osoby powyżej 60 roku życia miały wyższe średnie wartości poczucia koherencji ($\bar{x}=153,1$) w porównaniu z młodszymi ($\bar{x}=145,8$). Badani pozostający w związkach mieli wyższe średnie wartości poczucia koherencji ($\bar{x}=151,70$) w porównaniu z osobami będącymi w innym stanie cywilnym ($\bar{x}=144,2$); jakkolwiek powyższe różnice nie były istotne statystycznie. Autorzy przedstawionego badania nie wykazali również istotnych zależności statystycznych pomiędzy wartością globalną SOC a wiekiem, wykształceniem, źródłem dochodu [13].

Jak wynika z badań V. Myers i wsp. w grupie chorych po zawale mięśnia sercowego średnia wartość globalnego SOC wyniosła 145,7 pkt, $SD=25$. Zdecydowana większość badanych mieściła się w przedziale wyników 139-158 ($n=216$) lub powyżej 158 pkt ($n=208$). Istotny wpływ na poziom SOC w przytoczonych badaniach Myersa i wsp. miały takie zmienne jak wykształcenie, wysokość dochodu, aktywność zawodowa [14]. Wpływ podobnych zmiennych był również oceniany w grupie chorych kardiologicznych i z chorobą nowotworową. Wyniki badań wykazały niskie poczucie koherencji, jednak Autorzy nie znaleźli różnic między poczuciem koherencji w wymienionych grupach chorych. Poczucie koherencji nie zależało od płci czy wykształcenia [15].

W badaniach własnych dokonano również analizy wpływu wybranych zmiennych na poczucie koherencji i jej komponenty. Stwierdzono istotne statystycznie różnice między SOC globalnym a wiekiem oraz stanem cywilnym badanych. Nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych pomiędzy płcią badanych, wykształceniem, miejscem zamieszkania, aktywnością zawodową a SOC globalnym. Pacjenci dłużej funkcjonujący z wszczepionym stymulatorem serca nie prezentowali znamiennej wyższej wartości globalnego SOC niż pacjenci badani w czasie krótkim po implantacji stymulatora serca.

Analizując materiał stwierdzono, że średnia wartość poczucia sensowności w grupie badanych ($\bar{x}=49,14$) była niższa niż pozostałych komponent poczucia koherencji. Spostrzeżenie to jest spójne z obserwacjami innych autorów, przedstawionymi w niniejszym opracowaniu. O ile w badaniach własnych na poczucie zrozumiałości i zaradności miały istotny wpływ nieliczne zmienne, to na poczucie sensowności żadna z analizowanych zmiennych niezależnych nie miała istotnego wpływu. Zdaniem Antonovsky'ego

poczucie sensowności jest najważniejszą komponentą poczucia koherencji. Bez niego pozostałe składowe mogą się okazać nietrwałe [2, 9].

Podsumowanie i wnioski

W grupie pacjentów po implantacji stymulatora serca: 1. średnia wartość globalnego poczucia koherencji ($\bar{x}=155,69$) mieściła się w zakresie wartości normatywnych ustalonych przez A. Antonovsky'ego; 2. stwierdzono zależności statystyczne między globalnym poczuciem koherencji, poczuciem zrozumiałości i zaradności a wiekiem oraz stanem cywilnym chorych; 3. poczucie sensowności wykazywało niższe wartości niż pozostałe składowe koherencji i nie było skorelowane statystycznie z żadną z analizowanych zmiennych; 4. wiek i stan cywilny chorych należy uwzględniać przygotowując ich do funkcjonowania po zabiegu implantacji; 5. silne poczucie koherencji ułatwia przystosowanie się do nowej sytuacji życiowej i funkcjonowanie po zabiegu.

Piśmiennictwo / References

1. Szymczak J. Poczucie koherencji u osób przyjętych na studia medyczne w Akademii Medycznej w Gdańsku przed rozpoczęciem nauki i w latach przedklinicznych. *Ann Acad Med Gedan* 2005, 35: 187-197.
2. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. IPiN, Warszawa 2005: 31-34.
3. Koniarek J, Dudek B, Makowska Z. Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego. *Prz Psychol* 1993, XXXVI, 4: 491-502.
4. Kozaka J. Radzenie sobie ze stresem choroby – współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkol* 2010, 2: 60-69.
5. Piotrowicz M, Cianciara D. Teoria salutogeny – nowe podejście do zdrowia i choroby. *Prz Epidemiol* 2001, 65: 521-527.
6. Walczak F, Kępski R. Jak żyć ze stymulatorem lub defibrylatorem serca. PZWL, Warszawa 2007: 9-107.
7. Lelakowski J. Rozrusznik serca: niezbędne informacje dla pacjenta i jego lekarza. Servier, Kraków 2005: 20.
8. Dyga-Konarska M, Bieganowska K. Jakość życia dzieci i młodzieży ze stymulatorem serca w ocenie pacjentów. *Folia Cardiol* 2003, 10(6): 809-816.
9. Kurowska K, Kuźba M. Wsparcie a radzenie sobie w chorobie przewlekłej na przykładzie nadciśnienia tętniczego. *Nadciśn Tętn* 2011, 15(3): 177-183.
10. Kurowska K, Figiel O. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne u osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2. *Now Lek* 2009, 78(3-4): 197-205.
11. Kurowska K, Suchomska Ż. Stałość poczucia koherencji u chorych operowanych z powodu dyskopatii lędźwiowej. *Pielęg Chir Angiol* 2010, 2: 50-56.
12. Kurowska K, Trzeciak D, Głowacka M i wsp. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne osób kwalifikowanych do zabiegu kardiochirurgicznego. *Pielęg Chir Angiol* 2010, 4: 130-135.
13. Torрати FG, Gois CF, Dantas RA. Strategy in the care of cardiac surgical patients: evaluation of the Sense of Coherence. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20964052 (26. 11.2013).
14. Myers V, Drory Y, Gerber Y. Sense of coherence predicts post-myocardial infarction trajectory of leisure time physical activity: a prospective cohort study. www.biomedcentral.com/1471-2458/11/708 (26.11. 2013).
15. Bruscia K, Shultis C, Dennery K. The sense of coherence in hospitalized cardiac and cancer patients. *J Holist Nurs* 2008, 26(4): 286-94.