

Krystyna Kurowska, Katarzyna Nowakowska

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

Poczucie koherencji a stan posiadanej wiedzy o chorobie u osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2

Sense of coherence and the feeling of possessed knowledge about disease
at persons with recognition of diabetes type 2

STRESZCZENIE

WSTĘP. Przewlekłość choroby, brak samokontroli sprzyjają powstawaniu powikłań. Wyedukowany pacjent utrzymuje optymalny stan zdrowia. Czynnikiem wpływającym na zaakceptowanie choroby, walkę z nią oraz zaangażowanie w leczenie i samokontrolę jest poczucie koherencji. Celem niniejszej pracy było określenie poziomu poczucia koherencji i jego wpływu na stan posiadanej wiedzy o schorzeniu.

MATERIAŁ I METODY. Przebadano 80 pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy typu 2, leczących się w Centrum Diabetologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego oraz w Poradni Diabetologicznej Szpitala Specjalistycznego Matopát w Toruniu. Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 służący do określenia poziomu poczucia koherencji oraz ankieta własnej konstrukcji pozwoliły na zweryfikowanie wiedzy pacjentów o cukrzycy typu 2 przed edukacją i po jej zakończeniu.

WYNIKI. Badani uzyskali przeciętny wynik w ogólnym SOC. Nie wykazano istotnych różnic pomiędzy badanymi w zakresie globalnego SOC i jego składowych. Edukacja pacjentów spowodowała podniesienie poziomu wiedzy o cukrzycy typu 2. Badania potwier-

dziły, że osoby z wyższym globalnym SOC i wyższym poczuciem zrozumiałości łatwiej przyswajały wiedzę o schorzeniu.

WNIOSKI. Określenie poziomu poczucia koherencji i jego korelacji ze stanem posiadanej wiedzy może posłużyć jako czynnik wpływający na skuteczną walkę z chorobą, poprawę jakości życia oraz zachowanie optymalnego stanu zdrowia u osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2. (*Diabet. Prakt.* 2011; 12, 2: 71-77)

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 2, poczucie koherencji (SOC), stan wiedzy o chorobie

ABSTRACT

INTRODUCTION. The chronicity of disease, the lack of self-control favours the formation of complications. The educated patient provides for optimum state of health. The coherence feeling is a factor influencing on accepting the disease, commitment in treatment and self-control. Aim: The qualification of coherence feeling level and its influence on state of possessed knowledge about illness.

MATERIAL AND METHODS. 80 patients with recognition of diabetes type 2 were given an examination, getting treatment in the Diabetics Centre of Province Joint Hospital as well as in the Diabetics Information bureau of the Specialist Hospital „Matopát” in Toruń. The following investigative tools were used: the own construction inquiry, which permitted verifying the patients' knowledge about the diabetes type 2 before and after education as well as the Questionnaire of

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
Diabetologia Praktyczna 2011, tom 12, 2: 71-77
Copyright © 2011 Via Medica
Nadesłano: 11.04.2011 Przyjęto do druku: 27.04.2011

Life Orientation SOC-29 to describe the level of coherence feeling. **RESULTS.** Examined people got an average result in general SOC. Essential differences were not showed among examined people in the range of global SOC and its components. Patients' education caused raising of knowledge level of diabetes type 2. Investigations confirmed that persons with higher global SOC and with higher feeling of comprehensibility assimilated the knowledge about illness more easily.

CONCLUSIONS. The qualification of coherence feeling level and its correlations with the state of possessed knowledge about, can serve as a factor influencing on effective fight with disease, the improvement of life quality and the preservation the optimum state of health at persons with recognition of diabetes type 2. (*Diabet. Prakt.* 2011; 12, 2: 71–77)

Key words: diabetes type 2, sense of coherence (SOC), feeling of possessed knowledge about disease

Wstęp

W ciągu ostatniego dziesięciolecia zachorowalność na cukrzycę typu 2 osiągnęła rozmiary epidemii. Przewlekły przebieg choroby oraz zagrożenie licznymi powikłaniami stawiają chorego przed licznymi problemami i stresem związanym z jej obecnością [1]. Wybitny profesor socjologii medycyny, Aaron Antonovsky, przez wiele lat zajmował się problematyką stresu i odporności na stres. Odkrył on zasadę, za pomocą której można wyjaśnić funkcjonowanie zasobów odpornościowych — jest to globalna orientacja życiowa, nazywana poczuciem koherencji (SOC, *sense of coherence*). Antonovsky zakłada, że wyższy poziom poczucia koherencji gwarantuje zachowanie równowagi w sytuacji przeżywania stresów i problemów życiowych. Ponadto wysoki poziom SOC zwiększa szansę na zmobilizowanie się w sytuacji choroby i podjęcie właściwych zachowań zdrowotnych. Osoby z wysokim poczuciem koherencji wykazują większą gotowość do poszukiwania i zdobywania wiedzy niezbędnej do radzenia sobie z przewlekłą chorobą. Związane z wysokim SOC przekonanie, że życie jest sensowne, uporządkowane i przewidywalne, pomaga dbać o dobre zdrowie i aktywnie się angażować w działalność prozdrowotną [2]. Celem niniejszej pracy było określenie poziomu SOC i jego oddziaływania na stan posiadanej wiedzy o schorzeniu, mający pośredni wpływ na skuteczną walkę z chorobą, a tym samym utrzymanie jak najdłużej optymalnego stanu zdrowia.

Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek szerszego projektu analizującego jakość życia osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2. Badania prowadzono od marca 2010 do stycznia 2011 roku w grupie 80 osób (31 mężczyzn i 49 kobiet) z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 w Centrum Diabetologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego oraz w Szpitalu Specjalistycznym Matopát w Toruniu, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/147/2010). Analizę przeprowadzono na podstawie ankiety własnej konstrukcji, która pozwoliła na zweryfikowanie wiedzy pacjentów o cukrzycy typu 2 przed edukacją i po jej zakończeniu, oraz Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC-29 służącego do określenia poziomu poczucia koherencji. Badania prowadzono w trzech etapach. W pierwszym etapie pacjenci wypełniali kwestionariusz SOC oraz ankietę, która zawierała pytania dotyczące wiedzy o cukrzycy typu 2 (przyczyny, objawy, leczenie, powikłania i samokontrola). W drugim etapie badania pacjenci uczestniczyli w szkoleniu z zakresu podstaw wiedzy dotyczącej cukrzycy typu 2 (3 spotkania edukacyjne). Po zakończonej edukacji następował trzeci etap badania, czyli powtórne wypełnienie tej samej ankiety dotyczącej wiedzy o cukrzycy. 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 za pomocą pakietu statystycznego STATISTIKA 6.0.

Wyniki

Przeważającą (choć w niewielkim stopniu) grupę wśród badanych stanowiły kobiety — 61,3%; analiza wszystkich danych wykazała ponadto, że średnia wieku wynosiła 61 lat (40–78 lat), większość badanych miała wykształcenie średnie (48,8%) i zawodowe (31,3%), pozostawała w związkach małżeńskich (72,5%), mieszkała w mieście (77,5%) z rodziną (68,3%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 12,9% badanych, z emerytury 75,2% i z renty — 10,9%. Grupa charakteryzowała się też ogólnie dobrą (78,8%) sytuacją materialną. Najwięcej osób spośród badanych chorowało na cukrzycę typu 2 już ponad 10 lat (37,6%) lub od 1–5 lat (27,7%).

Do zbadania poziomu stanu wiedzy badanych na temat cukrzycy typu 2, począwszy od ogólnej wiedzy, poprzez objawy, powikłania, stosowanie diety,

samokontrolę, na leczeniu cukrzycy i wysiłku kończąc, wykorzystano kwestionariusz własnej konstrukcji. Zarówno przed edukacją, jak i po niej większość badanych twierdziła, że najbardziej narażone na cukrzycę typu 2 są osoby po 45. rż. z nadwagą, u których w najbliższej rodzinie rozpoznano cukrzycę. Przed szkoleniami odpowiedź tę wybrało 93,8% respondentów, przy czym 6,3% z nich dodatkowo twierdziło, że do grupy ryzyka należą również osoby lubiące słodczyce, natomiast po szkoleniu wszyscy udzielili potwierdzającej odpowiedzi, w tym 7,5% dodało do tego osoby lubiące słodczyce. Większość badanych uznała, że przyczyną wystąpienia cukrzycy typu 2 jest zmniejszone wydzielanie insuliny w stosunku do zapotrzebowania komórek organizmu lub oporność komórek na insulinę własną — przed edukacją tego zdania było 88,8% osób, w tym 6,3% z nich dodało skłonność do występowania kwasicy ketonowej, po zajęciach — 79,98%. Zarówno przed szkoleniem, jak i po nim większość badanych podała, że typowymi objawami są wzmożone pragnienie i suchość w jamie ustnej — przed twierdziło tak 98,8%, z tym że 6,3% z nich dodało do tego oddawanie małych ilości moczu, po — wszyscy badani. Większość (80,0% przed szkoleniami, 97,5% po nich) była zdania, że dieta w cukrzycy to przestrzeganie zasad zdrowego żywienia ze szczególnym naciskiem na pory i objętość posiłku. Przed zajęciami dokładnie połowa badanych twierdziła, że stosując dietę w cukrzycy, należy uwzględnić węglowodany proste i złożone z przewagą tych drugich. Później liczba ta zwiększyła się do 92,5%. Odpowiednie pory posiłków w cukrzycy (5 w odstępnie 3 godzin: 3 posiłki główne i 2 przekąski) przed szkoleniem wskazało 86,3%, po nim — 95,0%.

Odnośnie do późnych powikłań cukrzycy przed edukacją 95,0% respondentów twierdziło, że są one efektem zbyt wysokiej glikemii i dotyczą głównie oczu, serca, nerek, kończyn dolnych, zaś po edukacji liczba ta wzrosła do 100,0%. Przed zajęciami 55,0% twierdziło, że hipoglikemia to wartość glikemii równa 50 mg/dl i poniżej, a 78,8% podało, że w przypadku hipoglikemii niezwłocznie należy wypić sok lub osłodzoną wodę. Po edukacji liczby twierdzących tak osób wzrosły odpowiednio do 86,3% i 96,3%. Zarówno przed szkoleniami, jak i po nich większość badanych uważała, że zespół stopy cukrzycowej to powikłanie cukrzycy i wymaga ono samopielęgnacji i samokontroli (odpowiednio 95,0% oraz 98,8%). Aktywizacje ruchowe niezbędne w cukrzycy, chociażby 30-minutowy codzienny spacer, postrzegano jako leczniczy wysiłek fizyczny 91,3% osób przed zajęciami i 95,0% — po nich. Po szkole-

niach wzrosła też liczba osób uważających, że do samokontroli w cukrzycy nie należy codzienne wykonywanie intensywnych ćwiczeń fizycznych — z 72,5% do 80,0%. Spożycie alkoholu jako przyczynę niedocukrzenia podawało najpierw 56,3%, później 85,0%. Jednakowy procent osób (97,5% przed szkoleniami i po nich) odpowiedziało, że czynność, jaką powinni wykonywać chorzy na cukrzycę to mycie stóp codziennie pod bieżącą, letnią wodą, a potem dokładne ich osuszenie. Dużą rozbieżność wykazano natomiast w ocenie prawidłowej techniki badania stężenia glukozy we krwi za pomocą glukometru: przed edukacją 51,3% opisało ją jako umycie, osuszenie i masaż dłoni od nasady w kierunku palca, który ma być nakłuty, po edukacji liczba zwolenników tej techniki wzrosła do 86,3%. Podobnie było z kryterium dobrego leczenia cukrzycy, określonym jako stężenie glukozy we krwi 2 godziny po posiłku wynoszące poniżej 140 mg/dl. Początkowo taką odpowiedź podało 78,8% badanych, później już 86,2%.

Przed szkoleniami 7,5% osób prezentowało niski poziom wiedzy, po edukacji nie odnotowano niskiego stanu wiedzy u żadnej z osób. Wzrosła również liczba badanych, którzy osiągnęli poziom wysoki z 71,3% do 88,8%. Średni wynik punktowy przed edukacją wyniósł 12,6 pkt, po niej wzrósł średnio o 2,3 pkt do wartości 14,9 pkt, przy czym w obydwu wypadkach był to poziom wysoki. Ze względu na poziom istotności ($p < 0,05$) są podstawy do stwierdzenia, że stan wiedzy wśród badanych był różny przed edukacją i po jej zakończeniu. Sprawdzono również, czy istnieją korelacja i różnica w wynikach poziomu poczucia wiedzy wśród badanych grup płci i wieku. Poziom wiedzy po szkoleniach pozostawał w istotnej korelacji z grupami wiekowymi ($r = -0,2834$; $p < 0,0109$) w korelacji niskiej. Najwyższe rezultaty prezentowali badani w wieku 51–60 lat. Ich wyniki charakteryzowały się najmniejszym rozrzutem (były najbardziej zbliżone do siebie), chociaż była to grupa najbardziej liczna. Najniższe wyniki prezentowali badani w wieku 61–70 lat. W tym przypadku rozrzut wyników był największy. Zarówno przed edukacją, jak i po niej poziom stanu wiedzy nie pozostawał w istotnej korelacji z grupami wykształcenia ($p > 0,05$).

W celu zbadania poziomu poczucia koherencji wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29). Zawiera on 29 pytań, które odnoszą się do poszczególnych komponentów poczucia koherencji, czyli zrozumiałości, zaradności i sensowności. Rozkład wyników przedstawiony w tabeli 1 ujawnia, że badani to osoby o przeciętnym poziomie zrozumiałości (średnia wynosząca 51,34 mieści się

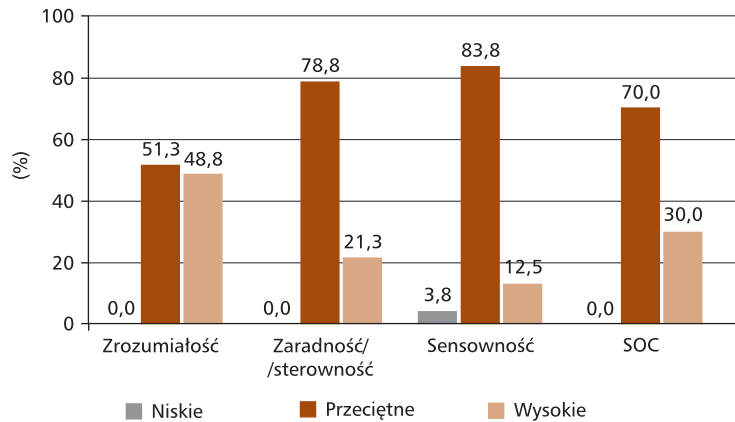
Tabela 1. Statystyki opisowe poczucia koherencji (SOC) i jego składowych

	Zrozumiałość		Zaradność/sterowność		Sensowność		SOC	
	Liczba	(%)	Liczba	(%)	Liczba	(%)	Liczba	(%)
Niskie	0	0,0	0	0,0	3	3,8	0	0,0
Przeciętne	41	51,3	63	78,8	67	83,8	56	70,0
Wysokie	39	48,8	17	21,3	10	12,5	24	30,0
N ważnych	80		80		80		80	
Średnia	51,34		50,03		40,81		142,18	
SD	6,7673		7,2478		6,9848		18,4821	
Minimum	39,0		35,0		23,0		105,0	
Maksimum	67,0		68,0		56,0		181,0	
Dolny kwartyl	46,0		45,0		36,0		128,0	
Mediana	50,0		50,0		42,0		142,0	
Górny kwartyl	55,0		55,5		45,5		155,0	

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

w środkowej strefie wyników przeciętnych). Odchylenie standardowe stanowi 13,0% wartości średniej, co świadczy o średnim zróżnicowaniu wyników zrozumiałości. Wyniki wysokie uzyskało 39 osób (48,8%). Nikt z badanych nie uzyskał wyników niskich. Badani pacjenci to osoby o przeciętnym poziomie zaradności/sterowności (średnia wynosząca 50,03 mieści się w górnej strefie wyników przeciętnych). Odchylenie standardowe stanowi ponad 14,0% wartości średniej, co świadczy o średnim zróżnicowaniu wyników zaradności/sterowności. Wyniki wysokie uzyskało zaledwie 17 osób (21,3%). Także w tym przypadku nikt nie uzyskał wyniku niskiego. Zebrany materiał świadczy ponadto o tym, że badani pacjenci to osoby o przeciętnym poziomie sensowności (średnia wynosząca 40,81 mieści się powyżej środkowej strefy wyników przeciętnych). Odchylenie standardowe stanowi ponad 17,0% wartości średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników sensowności. Wyniki wysokie uzyskało zaledwie 10 osób (12,5%). Spośród wszystkich 3 sfer poczucia koherencji są to wyniki najniższe. Wyniki niskie uzyskały 3 osoby (3,8%). Badani to osoby o przeciętnym poziomie SOC. Świadczy o tym uzyskana średnia — 142,18 pkt, wynik mieszczący się w górnej strefie przeciętnych wyników poczucia koherencji. Odchylenie standardowe stanowi niespełna 13,0% wartości średniej, co świadczy o średnim zróżnicowaniu wyników SOC. Wyniki wysokie uzyskały 24 osoby (30,0%). Nikt z badanych nie osiągnął wyniku niskiego. Jak widać na rycinie 1, najwyższe wyniki SOC badani uzyskali w zrozumiałości, najniższe w sensowności. W tym przypadku najmniej było osób z wynikiem wysokim

i 3 osoby z wynikiem niskim. Ze względu na poziom istotności ($p > 0,05$) brakowało podstaw, by stwierdzić, że poziom SOC i jego składowych wśród badanych kobiet i mężczyzn oraz w grupach wiekowych różnił się istotnie, tylko zrozumiałość pozostawała w istotnej statystycznie niskiej korelacji z wykształceniem ($r = 0,2880$; $p < 0,0096$). Zarówno wynik globalny, jak i zaradność oraz sensowność nie miały istotnego związku z wykształceniem. Wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastał tylko wynik zrozumiałości. Sprawdzono również, czy istniała zależność między uzyskanymi wynikami poczucia koherencji a stanem wiedzy przed edukacją oraz po niej. Ze względu na poziom istotności można stwierdzić, że przed zajęciami tylko wyniki sensowności ($r = -0,2269$; $p < 0,0429$) pozostawały w istotnej statystycznie zależności na poziomie niskim z wynikami stanu wiedzy. Najwyższe wyniki sensowności przed edukacją osiągnęli badani o przeciętnych wynikach stanu wiedzy, najniższe z kolei — badani o wysokich wynikach stanu wiedzy. Ze względu na poziom istotności ($p > 0,05$) brak było podstaw do stwierdzenia, że poziom SOC i jego składowych pozostaje w istotnej korelacji z wynikami poczucia wiedzy po edukacji. W przypadku 85,0% edukacja odniosła zamierzony skutek w postaci wzrostu wyników. U 5,2% osób wyniki po edukacji były niższe. Sprawdzono również, czy istniał związek pomiędzy poczuciem koherencji i jego składowymi a skutkiem edukacji. Zarówno wynik globalny SOC ($r = -0,2745$; $p < 0,0137$), jak i zrozumiałość ($r = -0,2622$; $p < 0,0188$) pozostawały w istotnej, niskiej korelacji ze skutkami edukacji, bez istotności natomiast pozostawały zaradność i sensowność. W przypadku ba-



Rycina 1. Rozkład wyników poczucia koherencji

danych mających wysokie wyniki SOC u wszystkich nastąpił wzrost wyników stanu wiedzy po edukacji. W grupie badanych o przeciętnym wyniku SOC u 17,9% odnotowano ten sam wynik, a u 5,2% osób nastąpił spadek. Badani mający wysoki wynik zrozumiałości w większym stopniu przyswoili wiedzę. W grupie tej u 94,9% wynik stanu wiedzy wzrósł. W przypadku badanych o przeciętnym poziomie zrozumiałości wynik wzrósł tylko u 2 na 3 osoby — 75,6%.

Dyskusja

Cukrzyca typu 2 to obecnie najczęściej występująca choroba przewlekła. Zalicza się ją do grona chorób cywilizacyjnych. Przewlekły charakter tego schorzenia wymaga od pacjentów dużej wiedzy i umiejętności niezbędnych do samodzielnej kontroli, leczenia oraz trybu życia sprzyjającego dobremu samopoczuciu i zapobieganiu powikłaniom. Wiedzę tę chorzy zdobywają w różnoraki sposób: czytają książki, oglądają filmy, korzystają ze stron internetowych, jednak najlepszą formą zdobycia informacji i potrzebnych umiejętności jest szeroko pojęta edukacja prowadzona przez personel medyczny.

Wyniki badań potwierdzają, że edukacja realizowana przez pielęgniarki w poradniach diabetologicznych pozwoliła pozyskać lub pogłębić wiedzę i umiejętności chorych na cukrzycę typu 2. Przed szkoleniami niski stan wiedzy o chorobie prezentowało 6 osób, po nich — nie było osoby z niskim stanem wiedzy, a liczba osób z wysokim stanem wiedzy zwiększyła się z 57 do 71 osób. Najlepiej przyswajali informacje pacjenci chorujący na cukrzycę typu 2, którzy znaleźli się w grupie wiekowej 51–60 lat, a najgorzej — z grupy 61–70 lat. Jeżeli więc widać efekty edukacji, trzeba tylko podjąć działania zachęcające do skorzystania z niej, co jednak nadal nie jest takie proste. Ludzie zdają sobie sprawę, że war-

to się edukować, ale znajdują liczne wytłumaczenia dla niepodjęcia szkoleń i nauki. Mirowska po przeprowadzeniu badań na temat oceny poziomu wiedzy chorych na cukrzycę oraz udziału pielęgniarek w edukacji diabetologicznej stwierdziła, że udział pielęgniarek w pełnieniu funkcji edukatora chorego na cukrzycę był niezadowolający i że istnieje potrzeba doskonalenia pielęgniarek w tym zakresie. Wniosek Mirowskiej różni się od wyników niniejszych badań, ponieważ wykazano, że stan wiedzy badanych po szkoleniu zdecydowanie się polepszył i można stwierdzić, że wpłynęły na to zarówno zaangażowanie i chęć pacjentów, jak i praca pielęgniarek [3].

Chorzy na cukrzycę typu 2, którzy wzięli udział w badaniach, osiągnęli zbliżony poziom globalnego SOC (142,18) oraz jego składowych, kształtujący się na przeciętnym poziomie. Otrzymany wynik przeciętnego SOC u osób cierpiących na chorobę przewlekłą jest dobry, gdyż wyniki badań skali Antonovsky'ego przeprowadzane w różnych krajach sugerują, że poziom poczucia koherencji był zdecydowanie niższy u osób chorych niż u zdrowych [4]. Zrozumiałość znajdowała się u tych pacjentów na najwyższym miejscu, przez co można wnioskować, że badani uznali informacje zdobyte podczas edukacji za spójne, zrozumiałe i uporządkowane. Na najniższym miejscu klasyfikuje się u badanych poczucie sensowności, które jest niezbędne do zaangażowania i walki z chorobą i które zdaniem Antonovsky'ego stanowi najważniejszy komponent poczucia koherencji. Należałoby podjąć działania podnoszące i wzmacniające u badanych poczucie sensowności. Podobny wynik zbliżeniowy SOC zaobserwowano u pacjentów leczonych w stacji dializ. Wynik poczucia koherencji był niezróżnicowany w tej grupie i kształtował się na poziomie niskim, co utrudnia akceptację i radzenie sobie z chorobą [5]. Brak różnic w glo-

balnym SOC i w poszczególnych podskalach poczucia koherencji u osób chorujących na nowotwór płuca i schizofrenię stwierdzili również Szymczak i Tartas [6]. W analizowanej przez nich grupie poczucie koherencji było zdecydowanie niższe niż w grupach osób zdrowych. Niższe globalne SOC może odzwierciedlać przeżycia i doświadczenia związane z chorobą nowotworową. Na podstawie swoich analiz badacze doszli do wniosku, że warto określać poziom poczucia koherencji, gdyż stanowi on trafną miarę choroby i zdrowia, a także wskazuje na stopień dysfunkcji psychologicznej wywołanej chorobą [6]. W większości publikacji medycznych autorzy stwierdzają, że poziom SOC u chorych jest zdecydowanie niższy niż u osób zdrowych, natomiast globalny SOC obliczany dla danej grupy chorobowej bardziej skłania się w kierunku równości poziomów, choć istnieją publikacje potwierdzające istotne różnice w globalnym poczuciu koherencji u osób z daną jednostką chorobową. Głównym problemem badawczym było wyjaśnienie, czy poczucie koherencji wpływa na stan posiadanej wiedzy o chorobie. W analizie badań zaobserwowano dodatnią korelację pomiędzy ogólnym SOC i poczuciem zrozumiałości a stanem posiadanej wiedzy o cukrzycy typu 2. Można stwierdzić, że pomiędzy tymi zmiennymi istniała zależność [choć niezbyt silna ($p < 0,05$)] — im wyższy ogólny poziom SOC, tym silniejsze poczucie posiadanej wiedzy o cukrzycy typu 2. Bez istotności natomiast pozostawały zaradność i sensowność. Wyższy poziom wiedzy o chorobie pozwala wnioskować, że pacjent lepiej zaakceptuje chorobę, rzetelniej zaangażuje się w leczenie, w samokontrolę, a tym samym zachowa lepszą jakość życia i bardziej optymalny stan zdrowia. Zależność pomiędzy poczuciem koherencji a poczuciem posiadanej wiedzy o schorzeniu stała się tematem badań Marszałka i Domańskiej [7]. Potwierdzili oni, że ogólne SOC u osób po udarze mózgu wpłynęło na stan posiadanej wiedzy o chorobie, ale tylko w zakresie leczenia i usprawniania. W pozostałych zakresach nie zaobserwowali takiego związku. Temat leczenia i usprawniania stał się dla chorych najważniejszym obszarem wiedzy w danej sytuacji życiowej. Autorzy zauważyli, że osoby badane wyznaczają sobie subiektywnie ważne dla nich obszary wiedzy, często takie, które są lepiej rozumiane, natomiast poza granice zjawisk istotnych przesuwają obszary mniej zrozumiałe i sensowne. Podobną teorię głosił Antonovsky, uznając, że obszary życia mało zrozumiałe dla człowieka przenosi się poza granicę zjawisk ważnych. Być może to tłumaczy, dlaczego wysokie SOC u badanych nie wpłynęło na wszystkie obszary posiadanej wiedzy

[4]. Marszałek i Domańska przewidują, że dzięki wpływowi SOC na poczucie posiadanej wiedzy pacjenci po udarze mózgu będą mieli lepszą szansę na adaptację do swojej ciężkiej sytuacji [7]. Częściowy związek pomiędzy poczuciem koherencji i jej składowymi a zasobem posiadanej wiedzy zauważono u osób z rozpoznany przewlekłym zapaleniem wątroby [8]. Podobnie jak u Marszałka i Domańskiej, pewne zagadnienia, w tym przypadku okoliczności rozpoznania choroby, opieka poradni specjalistycznej, regularność badań i zabiegów medycznych, stały się dla badanych najistotniejsze i tylko w tych obszarach poczucie koherencji wpłynęło na stan posiadanej wiedzy o chorobie. Kurowska i Kołcon wysunęły wniosek o konieczności monitorowania globalnego SOC jako wykładnika radzenia sobie z przewlekłym zapaleniem wątroby [8]. Analiza badań własnych pozwoliła stwierdzić, że wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastało poczucie zrozumiałości. Podobną zależność zauważyły w swoich badaniach Szymona i Płotka u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi [9]. Według ich badań, pacjenci z wykształceniem podstawowym lub zawodowym wykazywali ogólny niższy poziom SOC i niższy poziom poczucia sensowności w porównaniu z chorymi o wykształceniu średnim i wyższym. Badające rozważyły również kwestię zależności poziomu poczucia koherencji od wieku i płci. Nie stwierdziły różnic poziomu SOC ze względu na wiek, natomiast zauważyły istotną różnicę w poziomie poczucia zrozumiałości między kobietami a mężczyznami, ze wskazaniem na wyższe poczucie zrozumiałości u mężczyzn [9]. W licznych publikacjach znajdują się informacje potwierdzające, że osoby z wyższym wykształceniem częściej osiągają wyższy wynik globalnego SOC i jego składowych oraz że mężczyźni mają nieco wyższy poziom SOC niż kobiety. Teorię tę potwierdzają wyniki badań w grupie osób z nowotworem narządów płciowych, które wykazały wyższy globalny SOC u mężczyzn chorujących na raka jądra w odniesieniu do kobiet chorujących na raka jajnika. W tych badaniach kobiety osiągnęły wyższy poziom zrozumiałości, a niższy zaradności i sensowności w stosunku do mężczyzn [10]. Słowik i Wysocka-Pleczyk bardziej szczegółowo skupili się na wpływie poczucia koherencji na radzenie sobie w zależności od płci. Wyniki ich badań potwierdzają znacząco wyższe ogólne SOC oraz poczucie zaradności i zrozumiałości u mężczyzn niż u kobiet [11]. Oczywiście w całej gamie prowadzonych badań można znaleźć również wyniki różniące się od ogólnie uznawanych — takim przykładem może być praca tego samego autora, Słowika, odnosząca się do związku między poczuciem koherencji a emocjami wy-

stępującymi u chorych somatycznie. Rezultaty tych badań wskazują na niższe poczucie zaradności i zrozumiałości u mężczyzn. Badający stwierdził, że wiąże się to z przeżywaniem silniejszych emocji negatywnych u mężczyzn. U badanych kobiet emocje negatywne były silniejsze, gdy słabsze było poczucie zaradności, ale silniejsze poczucie sensowności. Słowik doszedł do wniosku, że być może silniejsze poczucie sensowności u kobiet powoduje, że dostrzegają one większy sens w swoim życiu, a jednocześnie są mniej zaradne [12].

Podsumowania przedstawionych powyżej analiz wyników własnych oraz innych badaczy pokazują, że warto prowadzić badania zgłębiające coraz bardziej popularną tematykę poczucia koherencji i jego wpływu na szeroko pojęte życie i zdrowie. Określenie poziomu SOC i jego wpływu na stan posiadanej wiedzy o schorzeniu — cukrzycy typu 2 — pośrednio wpłynie na dłuższe zachowanie optymalnego zdrowia i dobrej jakości życia u pacjenta, a personelowi medycznemu pomoże w holistycznym przygotowaniu pacjentów do życia z tą przewlekłą chorobą.

Wnioski

1. Poziom poczucia koherencji i jego składowe wśród osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 były zbliżone i kształtowały się na poziomie przeciętnym, natomiast poziom zrozumiałości wzrastał wraz z wykształceniem.
2. Osoby z wysokim poczuciem globalnego SOC i wysokim poczuciem zrozumiałości w większym stopniu przyswajały wiedzę o schorzeniu, dzięki czemu łatwiej będzie im podejmować walkę z chorobą zmierzającą do zachowania optymalnego stanu zdrowia.
3. Najlepiej przyswoili wiedzę badani w wieku do 50 i w zakresie 51–60 lat. Osoby, które osiągnęły przeciętny stan posiadanej wiedzy o schorzeniu przed edukacją, wykazywały się najwyższym poczuciem sensowności.
4. Stan posiadanej wiedzy o schorzeniu wśród badanych był różny, zarówno przed edukacją, jak i po jej zakończeniu, jednak po szkoleniach zdecydowanie wzrastał.
Edukacja prowadzona w Poradniach Diabetologicznych daje pozytywne efekty w postaci zdobycia, zweryfikowania i pogłębienia wiedzy o schorzeniu i radzeniu sobie z nim, a tym samym daje możliwość zachowania optymalnego stanu zdrowia i dobrej jakości życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Łukasiewicz D. Alarmujące wyniki badań. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2008; 4: 29.
2. Kurowska K. Poczucie koherencji. *Wiadomości Akademickie* 2005; 17: 13.
3. Mirowska M. Poziom wiedzy pacjentów z cukrzycą oraz udział pielęgniarek w edukacji diabetologicznej. *Probl. Piel.* 2010; 3: 316–322.
4. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPN, Warszawa 1995; 17–19, 29.
5. Kurowska K., Skrzypińska K., Głowacka M. Poczucie koherencji (SOC) a depresyjność jako wyznaczniki w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia u osób hemodializowanych. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2010; 1–2: 25–29.
6. Szymczak J., Tartas M. Poczucie koherencji w chorobie nowotworowej i schizofrenii. *Psychoonkologia* 1999; 3: 49–54.
7. Marszałek Ł., Domańska Ł. Poczucie koherencji a poczucie posiadanej wiedzy o chorobie u osób po udarze mózgu. *Post. Psych. Neurol.* 2004; 13: 317–324.
8. Kurowska K., Kołcon M. Poczucie koherencji (SOC) a poziom posiadanej wiedzy o chorobie u osób z rozpoznaniem przewlekłym zapaleniem wątroby — doniesienia wstępne. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2010; 1–2: 37–41.
9. Szymona K., Płotka A. Poczucie koherencji (SOC) a zmienne socjodemograficzne u pacjentów z zaburzeniami nerwowymi. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin* 2003; 28: 275–280.
10. Kurowska K., Jaworska M. Poczucie koherencji (SOC) a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka jajnika i jądra. *Probl. Piel.* 2010; 4: 429–434.
11. Słowik P., Wysocka-Pleczyk M. Wpływ poczucia koherencji na radzenie sobie w zależności od płci. *Sztuka Leczenia* 1999; 3: 83–88.
12. Słowik P. Związki między poczuciem koherencji a emocjami u chorych somatycznie. *Sztuka Leczenia* 2002; 8: 43–48.