

Received: 10.11.2013
 Revised: 30.12.2013
 Accepted: 02.01.2014
 Published online: 31.12.2014

Poczucie koherencji u pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi

Sense of coherence in cardiac patients

Janusz Kocjan¹, Andrzej Knapik²

STRESZCZENIE

WSTĘP

Według salutogenetycznego modelu zdrowia, globalna orientacja życiowa: spójność sensowności zrozumiałości i zaradności pozwala równoważyć wymagania oraz zasoby organizmu w konfrontacji z czynnikami stresogennymi. Poczucie koherencji może być podstawowym czynnikiem prewencyjnym w schorzeniach cywilizacyjnych, w tym również kardiologicznych. Celem pracy była ocena poczucia koherencji u pacjentów klinicznych ze schorzeniami kardiologicznymi. Postanowiono również zbadać wzajemne zależności: wieku, interwencji kardiologicznych, poziomu lęku i depresji z ogólnym poczuciem koherencji i jego komponentami.

MATERIAŁ I METODY

Zbadano 115 osób w wieku 40–84 lat: 50 kobiet (wiek: $x = 63,46 \pm 11,19$ roku) i 65 mężczyzn (wiek: $x = 64,65 \pm 10,59$ roku). W badaniu wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) oraz Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS), które uzupełniono o autorską metryczkę. Analiza statystyczna obejmowała wykonanie statystyk opisowych (mean, SD), obliczenie wskaźników korelacji rang Spearmana oraz poziomu różnic pomiędzy zmiennymi (ANOVA).

WYNIKI

Badani prezentowali obniżone poczucie koherencji zarówno w ujęciu ogólnym, jak i w poszczególnych jego komponentach. Odnotowano słabą, ujemną zależność między wiekiem a poczuciem zaradności i sensowności oraz silną, ujemną korelację między poziomem depresji a wszystkimi komponentami koherencji u badanych mężczyzn. U kobiet korelacje były słabsze, ale istotne statystycznie i dotyczyły wpływu lęku na globalne poczucie koherencji oraz poczucie zaradności. Nie odnotowano zależności między przebytymi interwencjami kardiologicznymi a poczuciem koherencji ani u kobiet, ani u mężczyzn.

¹Studium Doktoranckie
 Wydziału Lekarskiego w Katowicach
 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
 w Katowicach

²Zakład Adaptowanej Aktywności Fizycznej
 Wydziału Nauk o Zdrowiu
 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
 w Katowicach

ADRES DO KORESPONDENCJI

Mgr Janusz Kocjan
 Studium Doktoranckie
 Wydziału Lekarskiego w Katowicach
 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
 w Katowicach
 ul. Medyków 18
 40-752 Katowice
 tel. +48 885 628 627
 e-mail: j_kocjan@wp.pl

Ann. Acad. Med. Siles. 2014, 68, 6, 424–429
 Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny
 w Katowicach
 eISSN 1734-025X
 www.annales.sum.edu.pl

WNIOSKI

1. Obniżone poczucie koherencji może predysponować do wystąpienia schorzeń kardiologicznych oraz przyczyniać się do nieprzestrzegania zaleceń prozdrowotnych w trakcie leczenia.
2. Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn obecność chorób współtowarzyszących ma związek z niskim ogólnym poczuciem koherencji.

SŁOWA KLUCZOWE

poczucie koherencji, kardiologia behawioralna, globalna orientacja życiowa, schorzenia kardiologiczne

ABSTRACT

INTRODUCTION

According to the salutogenic model of health, the global orientation of life (SOC): coherence of comprehensibility, meaningfulness and manageability allows one to balance the body's needs and resources in confrontation with stressors. A sense of coherence may be a key factor in the prevention of civilization diseases, including cardiac diseases. The aim of the study was to assess the sense of coherence in cardiac patients. The dependence between selected variables: the age and level of anxiety and depression with a sense of coherence and its components was also examined.

MATERIALS AND METHODS

115 patients were examined: 50 females (age: $x = 63.46 \pm 11.19$ years) and 65 males (age: $x = 64.65 \pm 10.59$). The Sense of Coherence (SOC-29) and Hospital Anxiety and Depression (HADS) questionnaires were used. The questionnaires were supplemented by the author's own metrics. The statistical analysis included performing descriptive statistics (mean, SD), calculating Spearman's rank correlation and the level of differences (ANOVA).

RESULTS

The patients presented a reduced level of sense of coherence in general, as well as in all the components. In men, weak, negative correlations between age with a sense of manageability and sense of meaningfulness were noted, as well as a strong, negative correlation between depression and all SOC components. In the case of females, the correlations were weaker, but statistically significant. Cardiosurgery interventions do not determine the sense of coherence, either in the case of females or men.

CONCLUSIONS

1. A reduced level of sense of coherence may predispose one to cardiac diseases and contribute to the failure of health treatment.
2. The presence of concomitant diseases is associated with a low sense of coherence, both in females and males

KEY WORDS

behavioral cardiology, sense of coherence, global life orientation, cardiac diseases

WSTĘP

Czynniki ryzyka schorzeń układu sercowo-naczyniowego, takie jak otyłość, palenie tytoniu czy hipokinezja są dobrze poznane, a badania dotyczące ich wpływu na ekspresję wspomnianych chorób dobrze udokumentowane. Obecnie podstawowym zadaniem badawczym staje się problem efektywności interwencji psychospołecznych rozpatrywanych

w kategoriach ich wpływu na umieralność oraz częstość nawrotów chorobowych [1]. Uzasadnieniem jest nadal wiodąca pozycja schorzeń kardiologicznych wśród przyczyn zgonów na świecie oraz fakt, że – ze względu na konsekwencje społeczne, ekonomiczne i inne – choroby te należą do najistotniejszych wyzwań dla zdrowia publicznego [2]. Dziedzina wiedzy analizującą rolę i znaczenie czynników psychospołecznych w etiologii, przebiegu, leczeniu i rehabilitacji schorzeń kardiologicznych jest kar-

diologia behawioralna. Specjaliści w tym zakresie dzielą ogół czynników psychospołecznych na dwie grupy: emocjonalne oraz psychiczne o charakterze przewlekłych obciążeń. Do grupy czynników emocjonalnych zaliczane są zarówno pewne cechy osobowości, np. wrogość czy gniew, jak i zaburzenia o charakterze lękowym bądź depresyjnym. Na przewlekłe obciążenia psychiczne składają się poczucie osamotnienia związane z brakiem wsparcia, niski status ekonomiczny i często powiązany z nim niski status społeczny, a także przewlekły stres związany z pracą zawodową bądź z sytuacją rodzinną [3]. Wydaje się jednak, że wartością nadrzędną nad ogółem czynników psychospołecznych jest poczucie koherencji (*the sense of coherence* – SOC).

Poczucie koherencji to globalna, względnie trwała orientacja życiowa człowieka, wyrażająca, w jakim stopniu rzeczywistość jest dla jednostki zrozumiała, jak może sobie z nią radzić i jaką wartość (sens) ma własna aktywność życiowa [4]. Spójność trzech elementów: poczucia zrozumiałości, zaradności oraz sensowności (celowości) życia warunkuje potencjał adaptacyjny człowieka. Poczuciu koherencji przypisuje się w psychologii zdrowia duże znaczenie prewencyjne, a posiadanie silnej, globalnej orientacji życiowej uważane jest za główne źródło utrzymania dobrego stanu zdrowia [5].

Większość dotychczasowych badań ujmujących związek poczucia koherencji ze zdrowiem miała charakter korelacji i nadal pozostaje nierozstrzygnięte, w jakim stopniu orientacja życiowa wpływa na zdrowie i odwrotnie [6]. Wyniki badań empirycznych wskazują jednak, że osoby z silnym poczuciem koherencji dużo łatwiej niż osoby o słabym SOC unikają stresorów i doświadczają mniejszej liczby negatywnych zdarzeń w życiu. Osoby ze słabą orientacją życiową znacznie częściej interpretują stresory jako czynniki wywołujące zagrożenie i prowokujące lęk. Ponadto osoby ze słabym SOC doświadczają więcej cierpienia i gniewu w obliczu czynników stresogennych, a także są bardziej skłonne do zgłaszania drobnych stresorów jako źródła przewlekłego bólu [7,8,9].

Problem ten wydaje się ważny w kontekście prewencji pierwotnej i wtórnej chorób układu krążenia, opartej na identyfikacji oraz modyfikacji psychospołecznych czynników ryzyka. Argumentem jest możliwość predysponowania pacjentów z niskim poczuciem koherencji do występowania schorzeń układu sercowo-naczyniowego oraz zwiększenia ryzyka pojawienia się ponownych incydentów. Założenie to stanowiło inspirację do podjęcia badań. Celem pracy było oszacowanie poczucia orientacji życiowej u pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi. Zbadano również zależności między wybranymi zmiennymi: wiekiem, przebytymi interwencjami kardiologicznymi, poziomem lęku i depresji a poczuciem koherencji.

MATERIAŁ I METODY

Zbadano 115 osób, w tym 50 kobiet (wiek: $63,46 \pm 11,19$ roku) oraz 65 mężczyzn (wiek: $64,65 \pm 10,59$ roku), leczonych kardiologicznie na etapie szpitalnym, ze zdiagnozowaną chorobą niedokrwienną serca, nadciśnieniem tętniczym bądź po przebytych zawale mięśnia sercowego oraz takich zabiegach kardiologicznych, jak pomostowanie aortalno-wieńcowe (*by-pass*), angioplastyka naczyń wieńcowych czy wszczepienie rozrusznika. Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody badanych oraz dyrekcji Górnośląskiego Ośrodka Kardiologii w Katowicach-Ochojcu.

Badanie miało charakter psychometryczny, wykorzystano w nim polskie wersje kwestionariuszy, uzupełnione o metryczkę dotyczącą płci, wieku ankietowanych, rodzaju przebytych interwencji kardiologicznych oraz schorzeń współwystępujących. Poczucie koherencji oszacowano za pomocą Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC-29 (*sense of coherence scale*) [10], natomiast poziom lęku i depresji za pomocą Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (*hospital anxiety and depression scale* – HADS) [11,12].

Kwestionariusz SOC-29 jest narzędziem służącym do oceny poczucia globalnej orientacji życiowej.

Pozwala na indywidualne określenie poziomu orientacji życiowej w każdym z 3 komponentów: poczuciu zrozumiałości (PZR), poczuciu zaradności (PZ) oraz poczuciu sensowności (PS). Umożliwia także obliczenie ogólnego wskaźnika SOC, stanowiącego sumę wartości wszystkich komponentów. Kwestionariusz składa się z 29 pytań, odpowiedzi punktowane są w skali Likerta od 1 do 7, co pozwala uzyskać większą czułość i większe zróżnicowanie odpowiedzi. Im wyższy wynik punktowy, tym wyższa wartość każdego komponentu oraz większe poczucie spójności [10].

Skala HADS stosowana jest jako narzędzie przesiewowe do oceny występowania objawów depresyjnych i lękowych. Początkowo używano jej w warunkach szpitalnych, później jednak okazała się przydatna również u pacjentów ambulatoryjnych. Składa się z dwóch niezależnych podskal mierzących poziom lęku i depresji. Każda zawiera 7 pytań dotyczących aktualnego stanu badanego, a odpowiedzi punktowane są w 4-stopniowej skali Likerta od 0 do 3, bez punktów neutralnych (tzw. skala wymuszonego wyboru). W celu wykluczenia chwilowych wahań nastroju ocenie podlega ostatni tydzień poprzedzający badanie. Przyjęto następujące kryterium interpretacji wyników: osiągnięcie w każdej podskali od 0 do 7 punktów uważane jest za normę (brak zaburzeń), wartości graniczne 8–10 punktów sygnalizują występowanie zaburzeń o niewielkim nasileniu, natomiast wartości powyżej 11 punktów sugerują poważne zaburzenia o charakterze patologicznym [11,12].

Zastosowane metody statystyczne obejmowały wykonanie statystyk opisowych: obliczenie wartości średnich (\bar{x}) i odchyłeń standardowych (SD). W kolejnych etapach określono zależności między analizowanymi zmiennymi, używając wskaźników korelacji rang Spearmana oraz obliczono poziom różnic za pomocą analizy wariancji ANOVA. Przyjęto poziom istotności statystycznej: $p \leq 0,05$. Analizę statystyczną wykonano za pomocą programu STATISTICA w wersji 10.0.

kardiologicznych. Poziom lęku i depresji u kobiet i mężczyzn ilustruje rycina 1.

U kobiet poziom lęku nie różnicował ani poczucia koherencji, ani jego składowych w sposób istotny statystycznie. Podobne rezultaty uzyskano także u mężczyzn. Depresja różnicowała u kobiet poczucie zrozumiałości ($p = 0,0253$), u mężczyzn poczucie zaradności ($p = 0,0420$), poczucie sensowności ($p = 0,0053$) i SOC ($p = 0,0085$). Wyniki ilustruje rycina 2.

WYNIKI

DYSKUSJA

Statystyki opisowe poczucia koherencji z podziałem na płeć oraz poziom dymorfizmu płciowego przedstawiono w tabeli I.

Analiza zależności między wiekiem a poczuciem koherencji wykazała tylko u mężczyzn korelacje istotne statystycznie z komponentami: poczucie zaradności: $r = -0,307$; poczucie sensowności: $r = -0,274$; poczucie koherencji: $r = -0,265$. U kobiet nie znaleziono zależności wiek–koherencja. Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn nie odnotowano też zróżnicowania poczucia koherencji ani jego składowych ze względu na przebyte interwencje kardiochirurgiczne.

W badaniu uwzględniono również schorzenia współwystępujące. Porównano dwie grupy badanych: I – pacjenci obciążeni współwystępowaniem dodatkowych schorzeń, II – pacjenci bez dodatkowych schorzeń. Wyniki przedstawiono w tabeli II.

Zgodnie z założoną metodyką badania, oceniono występowanie lęku i depresji u ankietowanych pacjentów

Znaczenie kardiologii behawioralnej w opiece nad pacjentami kardiologicznymi wzrasta. Badania wykazały, że opieka psychologiczna pozwoliła zmniejszyć śmiertelność wśród pacjentów z chorobami serca o 27% w ciągu 2 pierwszych lat, a w czasie dłuższym niż 2 lata obserwacji ryzyko ponownych incydentów uległo redukcji o 43% [13]. Stosowane formy pomocy to: psychoedukacja, wsparcie społeczne oraz modyfikacja postaw związanych z chorobą przez wykorzystanie metod i technik psychoterapii [14].

Wyniki przedstawione w tabeli I wskazują na relatywnie niskie poczucie koherencji – zarówno w ujęciu ogólnym, jak i w poszczególnych jego komponentach. Płeć nie okazała się czynnikiem różnicującym SOC w sposób istotny statystycznie, co wskazuje na względnie podobny poziom zasobów odpornościowych u obydwu płci. Z kolei wartości odchyłeń standardowych świadczą o dużej indywidualnej zmienności, dotyczącej zwłaszcza globalnej orientacji życiowej.

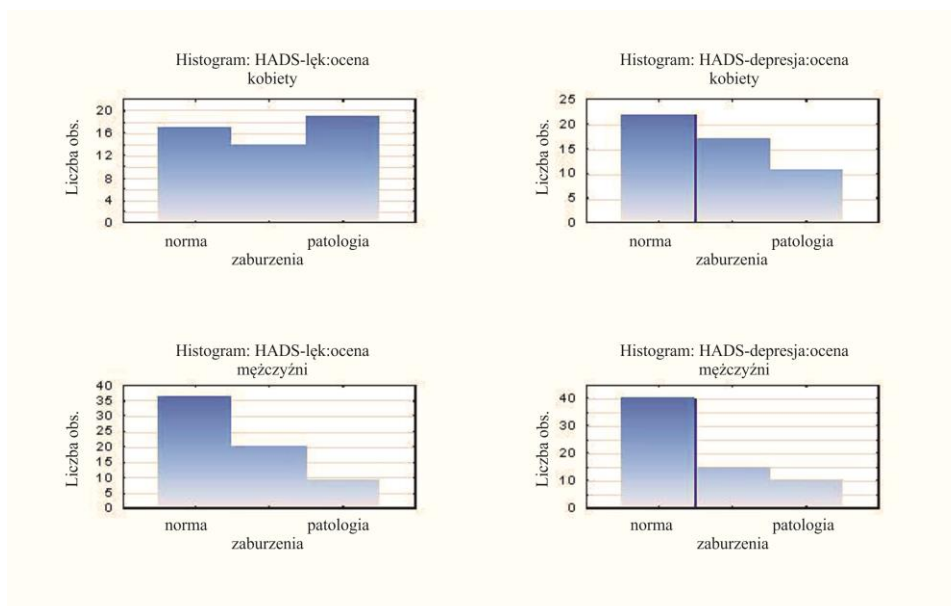
Tabela I. SOC-29: poczucie koherencji – statystyki opisowe i poziom dymorfizmu płciowego
Table I. SOC-29: sense of coherence – descriptive statistics and level of sexual dimorphism

SOC – 29 komponenty	Średnie \pm odchylenia standardowe		p
	kobiety	mężczyźni	
PZR	44,1 \pm 8,75	47,21 \pm 10,03	0,0840
PZ	38,84 \pm 7,01	41,24 \pm 8,65	0,1118
PS	40,22 \pm 7,78	42,29 \pm 10,23	0,2361
SOC	123,16 \pm 17,63	130,75 \pm 24,84	0,0692

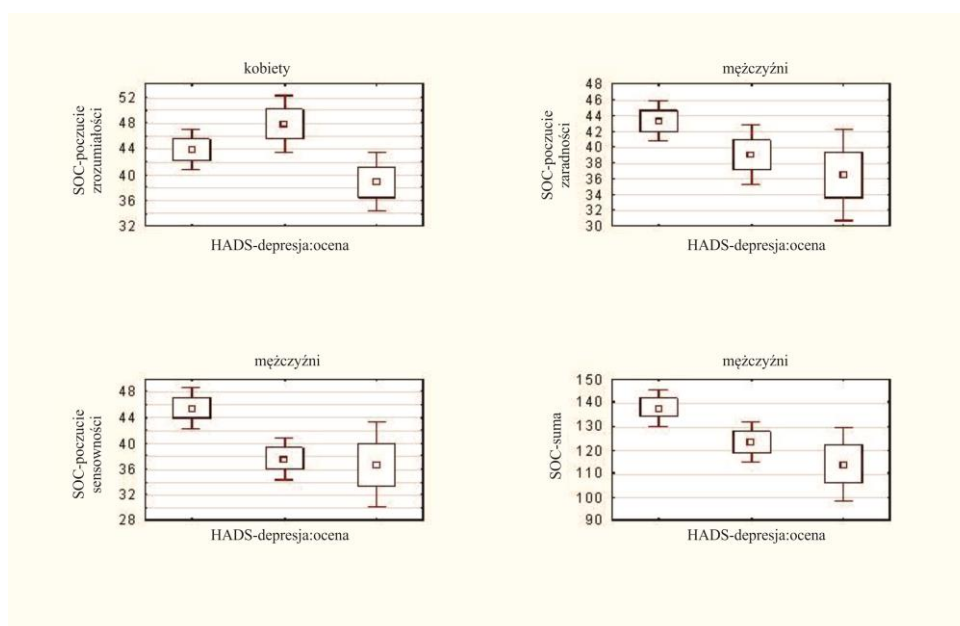
Tabela II. SOC-29: Obecność chorób współwystępujących a poczucie koherencji
Table II. SOC-29: Presence of concomitant diseases and sense of coherence

SOC – 29 komponenty	Kobiety			Mężczyźni		
	grupa I (n=33)	grupa II (n = 17)	p	grupa I (n = 36)	grupa II (n = 29)	p
PZR	42,84 \pm 8,45	46,52 \pm 9,07	0,1612	45,25 \pm 9,51	49,65 \pm 10,28	0,0784
PZ	37,81 \pm 6,17	40,82 \pm 8,24	0,1530	40,05 \pm 9,07	42,72 \pm 7,99	0,2191
PS	38,93 \pm 7,22	42,70 \pm 8,43	0,1058	41,44 \pm 10,59	43,34 \pm 9,84	0,4610
SOC	119,60 \pm 14,66	130,05 \pm 21,09	0,0459*	126,75 \pm 24,25	135,72 \pm 25,10	0,1492

* różnice istotne statystycznie: $p \leq 0,05$; differences statistically significant with: $p \leq 0,05$



Ryc. 1. Lęk i depresja u kobiet i mężczyzn.
Fig. 1. Anxiety and depression in females and males.



Ryc. 2. Depresja u kobiet i mężczyzn a poczucie koherencji.
Fig. 2. Depression in females and males and sense of coherence.

Odnosząc uzyskane dane do innych badań stwierdzono, że poczucie koherencji w tej grupie pacjentów było zdecydowanie wyższe niż w grupie pacjentów klinicznych z chorobą nowotworową oraz astmą oskrzelową [15,16,17], ale niższe niż u pacjentów z problemami dermatologicznymi [18]. Na podobnym poziomie do przytoczonych wyników kształtowało się poczucie koherencji u pacjentów z chorobami narządów wewnętrznych [19].

U pacjentów obciążonych dodatkowymi schorzeniami wartości komponentów koherencji i SOC były niższe niż u pacjentów cierpiących wyłącznie na schorzenia kardiologiczne (tab. II). Różnice istotne statystycznie dotyczyły jednak tylko SOC u kobiet, co może dowodzić, że współwystępowanie innych chorób jest czynnikiem wpływającym na obniżenie poczucia orientacji życiowej i należy go uwzględnić w aspekcie terapeutycznym. Wymaga to jednak dalszych badań.

Analiza zróżnicowania poczucia koherencji u osób z depresją (ryc. 2) wskazuje na wyraźnie niższy poziom SOC u pacjentów z zaburzeniami o charakterze patologicznym.

Precyzyjna ocena stanu zdrowia oraz dobór odpowiednich form i środków terapeutycznych wymagają interdyscyplinarnego podejścia oraz uwzględnienia, że człowiek nie jest tylko i wyłącznie strukturą anatomiczno-somatyczną, lecz podlega nieustannym wpływom środowiska psychospołecznego. Wydaje się zatem, że istotnym elementem oddziaływania terapeutycznego, poza leczeniem farmakologicznym i rehabilitacją, jest postępowanie psychoterapeutyczne. Całkowita bądź częściowa eliminacja negatywnych bodźców oraz stanów emocjonalnych może być czynnikiem kardioprotekcyjnym, zapobiegającym rozwojowi chorób serca oraz przyczyniającym się

do przyspieszenia procesu zdrowienia. Można również przypuszczać, że stanowi wartość predykcyjną w odniesieniu do ryzyka wystąpienia ponownych incydentów sercowych.

WNIOSKI

1. Obniżone poczucie koherencji może predysponować do występowania chorób układu krążenia.
2. Płeć nie różnicuje badanych pod względem poczucia koherencji.
3. Pierwotna oraz wtórna prewencja chorób układu krążenia powinna uwzględniać postępowanie psychoprophylaktyczne.

PIŚMIENNICTWO

1. Skrzypek M. Kardiologia behawioralna – zarys stanu wiedzy i aplikacje kliniczne w obszarze badań nad chorobą wieńcową. *Pol. Przegl. Kardiol.* 2008; 10: 144–149.
2. Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization, Geneva 2011.
3. Rozanski A., Blumenthal J.A., Davidson K.W., Saab P.G., Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. The emerging field of behavioral cardiology. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2005; 45: 637–651.
4. Antonovsky A. A call for a New question – Salutogenesis – and a proposed answer – The Sense of Coherence. *Journal of Perspective Psychiatry* 1984; 1–13, za: Dolińska-Zygmunt G. Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt. Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: s. 11–31.
5. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2005.
6. Geyer S. Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Soc. Sci. Med.* 1997; 44: 1771.
7. Volanen S.M. Sense of coherence. Determinants and Consequences. Academic dissertation. Hjelt Institute, Department of Public Health, Faculty of Medicine, University of Helsinki, Helsinki, Finland 2011.
8. Antonovsky A., Sagy S. The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *J. Soc. Psychol.* 1986; 126: 213–225.
9. McSherry V., Holm J. Sense of coherence: Its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation. *J. Clin. Psychol.* 1994; 50: 476–487.
10. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc. Sci. Med.* 1993; 36: 725–733.
11. Mielcarek P., Kozacka J. Funkcjonowanie emocjonalne chorych z objawami niepowodzenia chemioterapii zaawansowanego raka jajnika. *Psychoonkol.* 2006; 10: 9–14.
12. Karakuła H., Grzywa A., Śpila B. i wsp. Zastosowanie Skali Lęku i Depresji – HADS w chorobach psychosomatycznych. *Psychiatr. Pol.* 1996; 30: 653–668.
13. Linden W., Phillips M.J., Leclerc J. Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *Eur. Heart. J.* 2007; 28: 2972–2984.
14. Sobczak M., Kasprzak J.D., Drygas W. Psychokardiologia – wprowadzenie do nowej dziedziny naukowej. *Kardiol. Pol.* 2011; 69: 838–843.
15. Kurowska K., Weilandt K. Poczucie koherencji a radzenie sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka płuca. *Probl. Pielęg.* 2010; 1: 11–16.
16. Kurowska K., Jaworska M. Poczucie koherencji (SOC) a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka jajnika i jądra. *Probl. Pielęg.* 2010; 18: 429–434.
17. Kurowska K., Grabowska R. Orientacja życiowa a wsparcie społeczne u osób z rozpoznaniem astmą. *Probl. Pielęg.* 2010; 18: 304–309.
18. Kurowska K., Płachecka E. Poczucie koherencji a stan posiadanej wiedzy o chorobie u osób z rozpoznaniem łuszczyca. *Nowiny Lek.* 2010; 79: 445–450.
19. Skowron W. Poczucie koherencji pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. *Probl. Pielęg.* 2011; 19: 520–524.