

Alicja Marzec¹, Lech Walasek², Anna Andruszkiewicz², Mariola Banaszek²

¹Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy

²Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy

³Zakład Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy

Poczucie koherencji, akceptacja choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej osób chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycę

The sense of coherence, the acceptance of illness and functioning in chronic illness in patients with chronic kidney disease in the end stage and in patients with diabetes

STRESZCZENIE

Wstęp. We współczesnym, holistycznym modelu opieki medycznej ważny jest subiektywny wymiar choroby. W pracy z przewlekle chorym pacjentem należy identyfikować czynniki, na których można oprzeć współpracę, aby go zachęcić do podejmowania działań na rzecz zachowania jakości życia.

Cel. Celem badań było ustalenie związku między poczuciem koherencji (SOC, *sence of coherence*), akceptacją choroby (AIS, *acceptance of the illness*) a funkcjonowaniem w chorobie osób przewlekle chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycową chorobę nerek (w dawnej terminologii nefropatia cukrzycowa) w stadium niewydolności, leczonych hemodializą.

Materiał i metody. Badaniami objęto 4 grupy chorych różniących się zaawansowaniem choroby i metodami terapii: 1) chorych na przewlekłą chorobę nerek w stadium wydolności, leczonych farmakologicznie (PChN), 2) chorych na przewlekłą chorobę nerek w stadium V (krańcowym) niewydolności, leczonych hemodializą (PChN-HD), 3) chorych na cukrzycę (C), 4) chorych na cukrzycę i cukrzycową chorobę nerek w stadium V niewydolności, poddawanych złożonemu leczeniu z powodu cukrzycy i leczeniu hemodializą (C-HD).

Zastosowano następujące narzędzia badawcze: Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29; autorstwa Antonovskyego), Skalę Akceptacji Choroby (AIS; autorstwa Feltona i wsp.), ankietę do oceny ograniczeń funkcjonowania w chorobie (opracowanie własne).

Wyniki. Badani chorzy wykazywali SOC na poziomie średnim ($M = 130,54$). Poziom akceptacji choroby AIS badanych osób wynosił ($M = 22,10$); to wynik średni i świadczy o braku pełnej akceptacji choroby. Ograniczenia funkcjonowania chorych zaznaczyły się w sferach: aktywność fizyczna codzienna i kontakty towarzyskie/rodzinne.

Wnioski. Chorzy hemodializowani wykazują średnie poziomy poczucia koherencji SOC, obniżoną akceptację choroby AIS, przy wyrażonych ograniczeniach w funkcjonowaniu, co można wiązać z negatywnym wpływem choroby i prowadzonym leczeniem hemodializą.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (1): 52–61

Słowa kluczowe: poczucie koherencji; akceptacja choroby; niewydolność nerek; cukrzyca; hemodializa; funkcjonowanie w chorobie

ABSTRACT

Introduction. In the modern, holistic model of care is important to the subjective dimension of the disease. Working with a patient chronically sick should identify the factors on which to base cooperation.

Adres do korespondencji: dr n. o zdrowiu Alicja Marzec, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, ul. Techników 3, 85–801 Bydgoszcz, tel.: 52 583 21 93, tel. kom.: 696 550 525, e-mail: alicia.marzec@cm.umk.pl

Material and methods. The research has been carried out in four groups of patients differed by the stage of disease development and therapeutic methods: 1) in patients with chronic kidney disease in the stage of capacity (PChN), 2) in patients with chronic kidney disease in the end stage, treated by hemodialysis (PChN-HD), 3) in patients with diabetes (C), and 4) in patients with diabetes end diabetic kidney disease in the end stage, under complex diabetes treatment and hemodialysis (C-DH).

For data collection have been employed: Sense of Coherence Questionnaire (SOC-29 by Antonovsky), Acceptation Illness Scale (AIS by Felton end alt.), functioning in a disease questionnaire (self devised).

Results. The global sense of coherence SOC in PChN-HD patients it is lower ($M = 130.54$).

The level of acceptance of illness AIS in the surveyed groups estimated $M = 22.10$. It is an average value for this method, and shows the lack of full AIS among the surveyed.

In the analysis of patients' functioning differences were found in the spheres of: physical/everyday activity, social/family relationships. No differences were found in the spheres of professional and personal life.

Conclusions. Patients hemodialysis exhibit average levels of sense of coherence SOC, reduced of acceptance of illness AIS, expressed in the functioning of the limitations that can be linked to a negative impact of the disease and its treatment of haemodialysis.

Nursing Topics 2014; 22 (1): 52–61

Key words: sense of coherence; acceptance of the illness; renal failure; diabetes; hemodialysis; functioning in disease

Wstęp

Współczesny, holistyczny model opieki medycznej podkreśla subiektywny wymiar choroby. Zmianie uległa rola pacjenta w procesie terapeutycznym, od którego dziś oczekuje się aktywnego udziału w terapii. Stąd w pracy z człowiekiem przewlekle chorym należy identyfikować czynniki, na których można oprzeć współpracę, aby go zachęcić do podejmowania działań na rzecz zachowania jakości życia. Takim czynnikiem są zasoby wewnętrzne, między innymi cechy osobowości, możliwości poznawcze, a także poczucie koherencji (SOC, *sence of coherence*) [1, 2].

Poczucie koherencji stanowi uogólnione, względnie trwałe nastawienie decydujące o zasadniczym sposobie spostrzegania i rozumienia świata. Jest to złożona zmienna podmiotowa, składają się na nią trzy komponenty: zrozumiałość, zaradność, sensowność, pozostające ze sobą w ścisłych związkach [1, 3, 4]. Poczucie koherencji odgrywa rolę głównej zmiennej dla procesów osiągania, ochrony i przywracania zdrowia [2]. Różnice w zakresie SOC mogą wynikać ze specyfiki schorzenia. W chorobach psychicznych jest ono najniższe, w przypadku chorób przewlekłych, które w opinii badanych nie zagrażają bezpośrednio życiu, są one nieznacznie obniżone, a sam stan jest zbliżony do stanu zagrożenia, kiedy to SOC ulega obniżeniu [2, 5]. Wysokie SOC jest predyktorem sprzyjającym aktywnej, konstruktywnej postawie chorych w zmaganiu się z sytuacją choroby. Według Antonovskiego silne poczucie koherencji (SOC) sprzyja lepszej akceptacji choroby (AIS, *acceptance of illness*) i ograniczeń związanych z nią i terapią, lepszemu funkcjonowaniu w chorobie [1, 6].

Stan choroby przewlekłej wymaga od chorego określenia stosunku do choroby, określenia stopnia akceptacji choroby. Akceptacja choroby nie jest wy-

razem słabości i rezygnacji, lecz wynika z siły osoby, która przyjmuje i godzi się z tym, na co nie ma wpływu, co pomaga jej funkcjonować w chorobie. Powoli narasta pełna świadomość nieodwracalnych skutków choroby, a przy tym ciągle trwa leczenie, które budzi nadzieję na poprawę stanu zdrowia. To rzutuje na ogólną jakość życia chorego [7].

Uwarunkowania akceptacji choroby wiążą się z osobowością osoby i cechami choroby. Głównymi cechami osobowości, które znacząco warunkują możliwości akceptacji choroby i adaptacji do sytuacji choroby są: nadzieja, optymizm, determinacja, wytrwałość i wiara w sukces [2, 6]. Z cech choroby jako stanu decydujących o akceptacji i adaptacji psychospołecznej pacjenta do choroby ważne są: zaawansowanie, fizyczne symptomy, jej poważne konsekwencje i powikłania oraz możliwości leczenia [5, 8].

Choroba przewlekła powoduje negatywne skutki w niemal każdej sferze życia, a w życiu jednostki wywołuje często poważny kryzys. Choroba przewlekła i długotrwała terapia zmieniają funkcjonowanie człowieka chorego w wielu obszarach życia [9]. Funkcjonowanie osób chorych badane jest w aspekcie jakości życia w konkretnych schorzeniach i oceniane w czterech podstawowych kategoriach: zdrowie fizyczne i sprawność ruchowa, stan psychiczny, sytuacja społeczna i warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne [9,10].

W Polsce zwiększa się liczba osób chorych na przewlekle choroby nerek (PChN [CKD, *chronic kidney disease*]), a także na cukrzycę (C [DM, *diabetes mellitus*]) powikłaną przewlekle cukrzycową chorobą nerek (PCChN) (w dawnej terminologii: nefropatia cukrzycowa), wymagających leczenia nerkozastępczego. Częstość występowania PChN w Polsce określono na 18,4% w populacji dorosłych (na podstawie badań programu PolNef (2004–2007) [11].

Częstość występowania cukrzycy w krajach rozwiniętych wynosi 5–10% ogółu populacji. Wśród osób chorych na cukrzycę 90% to osoby chore na cukrzycę typu 2. W Polsce na cukrzycę choruje około 1,6 miliona osób [12]. Mimo postępu w leczeniu cukrzycy zwiększa się liczba chorych z PCChN w stadium schyłkowej niewydolności wymagającej leczenia nerkozastępczego. W Polsce, pod koniec 2005 roku odsetek osób z PCChN leczonych dializami wynosił 27,16% [12].

Pacjenci z niewydolnością nerek, regularnie poddający się dializom, przeżywają silną frustrację wynikającą z ograniczenia aktywności i zależności od innych [2, 13]. Podobnego ograniczenia doświadczają chorzy na cukrzycę [14]. Złożona terapia, jaką jest hemodializa i leczenie w cukrzycy, są nisko akceptowane przez chorych. Całokształt terapii powinien zawsze być przygotowany indywidualnie, przewidywać własne, niepowtarzalne cechy pacjenta [2, 9, 15].

Cel

Celem badań było ustalenie związku między SOC, AIS a oceną ograniczenia funkcjonowania w chorobie osób przewlekle chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycową chorobę nerek, w stadium niewydolności, leczonych hemodializą. Badania prowadzono w stacjach dializ w Szpitalu Uniwersyteckim im. Jurasza i w X Szpitalu Wojskowym w Bydgoszczy oraz w poradniach: nefrologicznej i diabetologicznej. Badanie przeprowadzono za zgodą Komisji Bioetycznej przy UMK w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy (nr KB/197/2006 r.).

Materiał i metody

Badania prowadzono w 4 grupach pacjentów:

- chorych na przewlekłą chorobą nerek, w stadium wydolności nerek, leczonych farmakologicznie (1 grupa: PChN);
- chorych na przewlekłą chorobą nerek w V stadium schyłkowej niewydolności nerek, leczonych metodą hemodializy (2 grupa: PChN-HD);
- chorych na cukrzycę typu 1 i typu 2, leczonych insuliną lub doustnymi lekami hipoglikemizującymi (3 grupa: C);
- chorych na cukrzycę i cukrzycową chorobę nerek w V stadium schyłkowej niewydolności nerek, leczonych insuliną lub doustnymi lekami hipoglikemizującymi i metodą hemodializy (4 grupa: C-HD).

Do zebrania danych zastosowano narzędzia badawcze:

- Kwestionariusz Orientacji Życiowej 29 (SOC-29, *Sense of Coherence Questionary*) autorstwa Antonovskyego. Kwestionariusz SOC-29 składa się z 29 pytań, składające się na trzy podskale, opowiadające składowym poczuciu koherencji:

zrozumiałości, zaradności i sensowności. Polska wersja kwestionariusza SOC-29 powstała w 1993 roku przy współpracy Zakładu Psychologii Klinicznej IPN, Zakładu Psychoprofilaktyki Instytutu Psychologii UAM oraz Zakładu Psychologii Pracy IMP w Łodzi. Ocena polskiej wersji SOC-29 wykazała wysoką rzetelność narzędzia (wskaźnik *alfa* Cronbacha = 0,78) [16].

- Skala Akceptacji Choroby (AIS, *Acceptation Illness Scale*) autorstwa Felton i wsp. (polska adaptacja autorstwa Juczyńskiego z 1993 r.). Skala może być stosowana do badania osób dorosłych aktualnie chorych i pozwala określić stopień akceptacji każdej choroby. Składa się z 8 stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia, między innymi takie jak: ograniczenia, poczucie zależności od innych, obniżenie własnej wartości. Rzetelność polskiej wersji AIS jest bliska wersji oryginalnej zarówno pod względem zgodności, jak i stałości (wskaźnik *alfa* Cronbacha = 0,82) [17].

- Ankieta dla pacjentów do oceny ograniczeń funkcjonowania w chorobie (opracowanie własne). Ankieta była złożona z dwóch części; część I służyła zebraniu danych socjodemograficznych i klinicznych, a część II do zebrania danych z zakresu funkcjonowania w chorobie i zawierała pytania dotyczące ograniczeń funkcjonowania w życiu w związku z wpływem przewlekłej choroby i poddawaniu się permanentnej terapii. Badano negatywny wpływ choroby i terapii w 4 ważnych sferach: aktywność fizyczna/codzienna, aktywność zawodowa/zarobkowa, życie towarzyskie i rodzinne, życie osobiste. Badana osoba odpowiadała przez wskazanie na 5-punktowej skali typu Likerta.

Analizę zebranych danych przeprowadzono przy użyciu programu statystycznego STATISTICA 6. Do opracowania zmiennych, które miały charakter ilościowy zastosowano statystyki parametryczne: analizę ANOVA, zastosowano także testy nieparametryczne: test Kruskala-Wallisa, test Fishera-Snedecora, test Scheffego, test korelacji rang r-Spearmana.

Ogólną charakterystykę badanych chorych w 4 grupach przedstawiono w tabeli 1.

Wyniki

Charakterystyka ze względu na zmienne związane z chorobą:

- wielochorobowość w grupie PChN-HD (M = 4,09; SD = 1,27), w grupie C-HD (M = 5,04, SD = 1,56);
- czas choroby: w grupie PChN-HD (choroba nerek M = 9,00; SD = 7,73), w grupie C-HD (cukrzyca M = 17,37, SD = 7,55; choroba nerek M = 6,12; SD = 5,82);

Tabela 1. Charakterystyka ogólna osób badanych
Table 1. General characteristics of subjects examinees

Charakterystyka ogólna badanych										
Liczebność	PChN		PChN-HD		C		C-HD		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	236	100,0%
	54	22,9%	68	28,2%	62	26,3%	52	22%		
Płeć	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
	25	29	38	30	32	30	25	27	120	116
	46,3%	53,7%	55,9%	44,1%	51,6%	48,4%	48,1%	51,9%	50,9%	49,1%
Wiek										Razem
20–30 lat	13	24,1%	1	1,5%	3	4,8%	2	3,8%	19	8%
31–40 lat	14	25,9%	7	10,3%	13	21,0%	2	3,8%	36	15,3%
41–50 lat	10	18,5%	15	22,0%	11	17,7%	4	7,7%	40	17,0%
51–60 lat	17	31,5%	15	22,1%	14	22,6%	12	23,1%	58	24,6%
61–70 lat	0	0,00%	11	16,2%	15	24,2%	20	38,5%	46	19,5%
71–90 lat	0	0,00%	19	28,0%	6	9,7%	12	23,1%	37	15,6%
Stan cywilny										Razem
Żonaty/zamężna	42	77,8%	44	64,7%	45	72,5%	34	65,4%	165	69,9%
Kawaler/panna	12	22,2%	16	23,5%	8	13,0%	8	15,4%	44	18,6%
Wdowiec/wdowa	0	0,0%	8	11,8%	9	14,5%	10	19,2%	27	11,4%
Wykształcenie										Razem
Podstawowe	2	3,7%	19	27,9%	7	11,3%	19	36,5%	47	19,9%
Zawodowe	16	29,6%	17	25,0%	22	35,5%	15	28,8%	70	29,7%
Średnie	23	42,6%	22	32,4%	23	37,1%	13	25,0%	81	34,3%
Wyższe	13	24,1%	10	14,7%	10	16,1%	5	9,6%	38	16,1%
Zatrudnienie										Razem
Pracuje	34	63,0%	8	11,8%	17	27,4%	0	0,0	59	25,0%
Nie pracuje/emerytura	20	37,0%	60	88,2	45	72,6%	52	100,0	177	75,0%
Zamieszkiwanie										Razem
Z rodziną	48	88,9%	60	88,2%	52	83,9%	44	92,3%	208	88,1%
Mieszka sam	6	11,1%	8	11,8%	10	16,1%	4	7,7%	28	11,9%
Sytuacja ekonomiczna										Razem
Trudna	3	7,6%	16	23,5%	15	24,2%	5	9,6%	39	16,5%
Dostateczna	23	42,6%	24	35,3%	18	29,0%	31	59,6%	96	40,7%
Dobra	23	42,6%	25	36,8%	29	46,8%	15	28,8%	92	39,0%
Bardzo dobra	5	9,3%	3	4,4%	0	0,0%	1	1,9%	9	3,8%

PChN — chorzy na przewlełą chorobę nerek w stadium leczenia zachowawczo; PChN-HD — chorzy na przewlełą chorobę nerek w stadium 5, leczenia hemodializą; C — chorzy na cukrzycę typu 1 lub 2, leczeni insuliną lub doustnymi lekami hipoglikemizującymi; C-HD — chorzy na cukrzycę i cukrzycową chorobę nerek, leczeni insuliną lub doustnymi lekami hipoglikemizującymi i hemodializą

— obecność dokuczliwych objawów (12 objawów, m.in. obrzęki, ból, nadciśnienie, zmiany wyglądu, samopoczucie itd.): najwyższa w grupie C ($M = 2,99$; $SD = 0,72$), w grupie PChN-HD ($M = 2,98$; $SD = 0,88$);

— występowanie dokuczliwych ograniczeń w związku z terapią (badano 18 utrudnień, m.in. ograniczenia diety, konieczność stałego przyjmowania leków, kontroli RR i masy ciała, glikemii itd.): najwyższa

Tabela 2. Wyniki analizy wariancji ANOVA dla poczucia koherencji SOC globalne i składowe pomiędzy badanymi grupami**Table 2.** The results of the analysis of variance ANOVA for sense of coherence SOC component global and between groups of examinees

SOC	Grupa	M	SD	Test ANOVA	p
SOC globalne	PChN	135,70	20,13	F = 3,04	p = 0,030*
	PChN-HD	136,50	23,60		
C-HD	C	132,19	23,45		
	C-HD	124,58	22,93		
SOC zaradność	PChN	47,24	9,41	F = 1,90	p = 0,128
	PChN-HD	48,03	10,85		
	C	47,53	9,96		
	C-HD	43,94	9,39		
SOC sensowność	PChN	40,33	7,40	F = 1,82	p = 0,144
	PChN-HD	39,10	8,16		
	C	38,05	8,84		
	C-HD	36,85	7,75		
SOC zrozumiałość	PChN	48,13	7,64	F = 3,71	p = 0,012*
	PChN-HD	48,94	9,02		
	C	46,61	8,47		
	C-HD	43,79	10,11		

*różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$)

w grupie C ($M = 2,88$; $SD = 0,98$), najniższa wśród PChN ($M = 2,47$; $SD = 0,74$).

Wyniki uzyskane w Kwestionariuszu SOC-29: wysokość globalnego poczucia koherencji i jego składowych w badanych grupach. Wartość średnia globalnego SOC badanych chorych hemodializowanych i niedializowanych wynosiła $M = 130,54$. W poszczególnych skalach SOC dyspersje wyników uzyskanych przez pacjentów z grup badanych były zbliżone. Zbadano istotność statystyczną różnic w zakresie globalnego poczucia koherencji i jego składowych w badanych grupach. Zastosowano analizę wariancji ANOVA (tab. 2). Analiza wykazała istnienie różnic istotnych statystycznie.

Pacjenci C-HD cechowali się niższym ogólnym poczuciem koherencji niż chorzy PChN-HD i była to różnica istotna statystycznie ($p = 0,030$). W zakresie składowych SOC tylko poczucie zrozumiałości różnicowało badanych, wyłącznie w grupach chorych hemodializowanych. Chorzy C-HD mieli istotnie niższe nasilenie poczucia zrozumiałości niż chorzy PChN-HD ($p = 0,012$). W grupach badanych nie wykazano różnic w poczuciu zaradności i sensowności.

Wyniki uzyskane w AIS zaprezentowano w tabeli 3. Aby odpowiedzieć na pytanie, czy istnieją różnice znamienne statystycznie w poziomie akceptacji choroby pomiędzy badanymi grupami przeprowadzono badanie różnic międzygrupowych, do czego zastosowano test Fishera-Snedecora oparty na metodzie analizy wariancji (tab. 3).

Stwierdzono występowanie różnic istotnych statystycznie w poziomie AIS pomiędzy osobami z badanych grup ($F = 11,30$; $p = 0,000001$). Dalsza analiza *post-hoc* testem Scheffego wykazała, że osoby dializowane mają niższą AIS niż osoby niedializowane: najwyższa akceptacja choroby była w grupie PChN ($M = 29$), a najniższa w grupie C-HD ($M = 21,21$). Chorzy na cukrzycę i chorzy hemodializowani nie różnili się między sobą istotnie statystycznie. Pozostałe różnice w poziomie AIS nie są istotne statystycznie.

Wyniki uzyskane w ankiecie do ceny ograniczeń funkcjonowania w chorobie w badanych grupach osób wskazywały na różnice w ocenie ograniczeń funkcjonowania osób badanych w sferze aktywność fizyczna/codzienna i w sferze utrzymywanie kontaktów towarzyskich/rodzinnich.

Tabela 3. Poziom akceptacji choroby w badanych grupach i poziom istotności różnic międzygrupowych w poziomie akceptacji choroby**Table 3.** Level of acceptance of the disease in the treated groups and inter-group differences in severity level in the level of acceptance of the disease

Akceptacja choroby	Test Fishera-Snedecora F = 11,30	Test Scheffego							
		PChN		PChN-HD		C		C-HD	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
		29,84	8,14	24,31	7,63	26,48	6,36	21,21	6,53
PChN	Poziom p	x							
PChN-HD	p = 0,000001	0,006*		x					
C		0,321		0,401		x			
C-HD		0,001*		0,145		0,002*		x	

*różnica istotna statystycznie (p < 0,05)

Tabela 4. Wyniki analizy testem Kruskala-Wallisa różnic w nasileniu ograniczeń w poszczególnych sferach aktywności
Table 4. The results of the analysis of the test Kruskal-Wallis differences in severity of restrictions in the various spheres of activity

Ograniczenia w sferach aktywności	Test Kruskala-Wallisa H	Poziom p
Aktywność fizyczna/codzienna	41,67	< 0,0001*
Aktywność zawodowa	0,025	0,999
Kontakty towarzyskie/rodzinne	24,1	< 0,0001*
Życie osobiste	3,178	0,365

Aby odpowiedzieć na pytanie, czy istnieją różnice na poziomie istotnym statystycznie w ograniczeniach/utrudnieniach aktywności w badanych sferach pomiędzy badanymi grupami chorych zastosowano test nieparametryczny test Kruskala-Wallisa (tab. 4).

Analiza wykazała różnice istotne statystycznie w dwóch sferach: aktywność fizyczna/codzienna (H = 41,67; p < 0,0001) i kontakty towarzyskie/rodzinne (H = 24,10; p < 0,0001).

W celu zidentyfikowania, które grupy różnią się między sobą w zakresie nasilenia ograniczeń wymienionych dwóch sfer aktywności zastosowano porównania testem U Manna-Whitneya (tab. 5).

Na podstawie dokonanych analiz można wnioskować, że różnice istotne statystycznie w ograniczeniach funkcjonowania występują pomiędzy pacjentami hemodializowanymi a niedializowanymi. U pacjentów dializowanych negatywny wpływ choroby i terapii na sferę aktywność fizyczna/codzienna i sferę kontakty towarzyskie/rodzinne był znacznie wyższy niż u pacjentów niedializowanych.

W ograniczeniach funkcjonowania chorych nieleczonych hemodializami (chorzy PChN i C) nie ujawniono różnic istotnych statystycznie.

Związek pomiędzy poczuciem koherencji SOC a oceną ograniczeń funkcjonowania w chorobie badano przy użyciu współczynnika rang r Spearmana (tab. 6)

Związek pomiędzy poczuciem koherencji SOC a oceną ograniczeń funkcjonowania w chorobie był ogólnie niski. Silniejsza zależność występowała jedynie w grupie PChN. W grupie chorych na cukrzycę oraz w grupie chorych hemodializowanych PChN-HD nie wykryto istotnych statystycznie zależności pomiędzy SOC a oceną ograniczeń funkcjonowania w chorobie. W grupach osób badanych: niedializowanych/leczonych zachowawczo grup PChN i C i osób hemodializowanych PChN-HD i C-HD nie wykryto istotnych statystycznie zależności pomiędzy SOC a oceną ograniczeń funkcjonowania w chorobie (tab. 6).

Tabela 5. Poziomy istotności różnic w ograniczeniach funkcjonowania w sferach: aktywność fizyczna/codzienna i kontakty towarzyskie/rodzinne w badanych grupach (wyniki testu U Manna-Whitneya)

Table 5. Levels of significance of differences in limitations in the areas of: physical activity/daily and social contacts/family in the test groups (the results of the test on U Mann-Whitney)

Ograniczenie funkcjonowania w sferach	Test U Manna-Whitneya					
	M	SD	PChN	PChN-HD	C	C-HD
Sfera aktywność fizyczna/codzienna						
PChN	11,74	5,07	x			
PChN-HD	16,01	4,99	0,0002*	x	0,0002*	0,111
C	12,73	4,58	0,205		x	
C-HD	17,56	5,23	0,00001*		0,000001*	x
Sfera kontakty towarzyskie/rodzinne	M	SD	PChN	PChN-HD	C	C-HD
PChN	5,59	3,04	x			
PChN-HD	7,49	3,83	0,002*	x	0,006	0,205
C	5,94	3,40	0,744		x	
C-HD	8,40	3,75	0,00006*		0,0002*	x

*różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Akceptacja choroby (AIS) słabo koreluje z ograniczeniami funkcjonowania w chorobie (tab. 7)

W grupie chorych na cukrzycową chorobę nerek hemodializowanych C-HD i chorych na cukrzycę C stwierdzono związek AIS z ograniczeniami funkcjonowania w sferze aktywności fizycznej/codzienniej na poziomie istotnym statystycznie (tab. 7), ale siła związku była niska. W grupie PChN wykazano niską zależność między AIS a negatywnym wpływem choroby i terapii na życie osobiste.

Dyskusja

Poziom średni SOC w badanych grupach chorych wynosił ($M = 130,54$) i mieścił się w przedziale (130–160) określonym przez Antonowsky'ego jako średni [1], ale są w minimum wartości przyjętych za przeciętne, a w przypadku chorych C-HD są poniżej wartości przeciętnej. Wynik taki w grupie C-HD można wiązać z faktem, że tu średnia wieku jest najwyższa i najdłuższy staż w chorobie, a właściwie chorobach, bo w tej grupie zjawisko wielochorobowości jest najsilniej wyrażone.

W literaturze przedmiotu są wyniki badań prowadzonych wśród przewlekle chorych, w tym także osób hemodializowanych, a które są zbliżone do uzyskanych w niniejszym badaniu. Poziom globalny SOC osób hemodializowanych badanych przez Zawadzką i wsp. wynosił ($M = 132,8$). Taka wartość SOC była uznana przez autorów za podstawę do adaptacji chorych do dializ w szerokim zakresie: adaptacji behawioralnej, emocjonalnej i fizjologicznej [7].

Szerokie badanie wśród osób przewlekle chorych w zakresie zasobów wewnętrznych, w tym poczucia koherencji, prowadzili Kirenko i Byra między innymi wśród osób z cukrzycą ($M = 133,1$) [15]. Wyraźny spadek SOC był obserwowany wśród chorych w zaawansowanym wieku [18].

Funkcjonowanie w chorobie analizowano poprzez ocenę ograniczającego wpływu choroby i terapii na cztery główne sfery aktywności człowieka: aktywności fizycznej i czynności życia codziennego, aktywności zawodowej/zarobkowej, kontaktów towarzyskich i rodzinnych, sferę życia osobistego (w tym intymnego). Różnice zaznaczyły się w dwóch sferach: aktywności fizycznej/codzienniej i sferze kontaktów towarzyskich/rodzinnych. Można wiązać to z metodą leczenia, gdyż hemodializa ogranicza aktywność pacjentów w tych obszarach, a pacjenci po zabiegach skarżą się często na zmęczenie i osłabienie [7].

Związek poczucia koherencji z funkcjonowaniem w chorobie

Poczucie koherencji to zasób generalnie wspomagający funkcjonowanie człowieka we wszystkich obszarach życia. Badania potwierdzają, że SOC może być elementem buforowym lub przystosowawczym do sytuacji trudnej, jaką jest choroba [6].

Analiza wykazała w grupie C-HD istnienie związku między globalnym SOC, poczuciem sensowności a sferą aktywności towarzyskiej i rodzinnej. Wynikać to może z faktu, że poczucie sensowności ma charakter motywacyjny i nadaje sens życiu, stąd odniesienie

Tabela 6. Związek SOC z ograniczeniem funkcjonowania w chorobie w badanych grupach — zestawienie współczynników korelacji istotnych statystycznie (r-Spearmana)**Table 6.** Relationship SOC with a function in the disease in the treated groups — statement of correlation coefficients are statistically significant (r Spearman's)

SOC & ograniczenie funkcjonowania w chorobie w badanych grupach — zestawienie współczynników korelacji istotnych statystycznie (r Spearmana) (p < 0,05)					
Grupa	SOC	Sfera aktywność fizyczna/ /codzienna	Sfera aktywność zawodowa	Sfera kontakty towarzyskie/ /rodzinne	Sfera życie osobiste
PChN	SOC	r = -0,37	–	r = -0,31	r = -0,45
	globalne	p = 0,005		p = 0,024	p = 0,001
	Zaradność	–	–	–	–
	Zrozumiałość	r = -0,39	r = -0,31	–	r = -0,43
	Sensowność	p = 0,003	p = 0,023		p = 0,001
	–	r = -0,56	–	r = -0,54	r = -0,53
		p = 0,000		p = 0,000	p = 0,000
PChN-HD	SOC globalne	–	–	–	–
	Zaradność	–	–	–	–
	Zrozumiałość	–	–	–	–
	Sensowność	–	–	–	–
C	SOC globalne	–	–	–	–
	Zaradność	–	–	–	–
	Zrozumiałość	–	–	–	–
	Sensowność	–	–	–	–
C-HD	SOC globalne	–	–	r = -0,33	–
				p = 0,016	
	Zaradność	–	–	–	–
	Zrozumiałość	–	–	r = -0,39	–
			p = 0,004		
	Sensowność	–	–	r = -0,50	–
				p = 0,0001	

*różnica istotna statystycznie (p < 0,05)

do rodziny jako ważnej w życiu ludzkim wartości jest uzasadnione. Sfera kontaktów towarzyskich i rodzinnych stanowi dla chorych ważny obszar życia. Można to wiązać z faktem, że grupa C-HD jest starsza i jako taka skoncentrowana jest na rodzinie, która nadaje ich życiu sens. Człowiek starszy koncentruje się na rodzinie, wycofując się z innych sfer aktywności, gdyż przewartościowuje priorytety w swoim życiu [18]. Aktywność fizyczna stanowi istotny element. Patrząc, że SOC jest cechą trwałą, natomiast aktywność fizyczna zmienia się i analizując kierunek związku (jest dodatni) zauważyć można, że wzrost SOC wpływa na zachowanie wzrostu aktywności fizycznej.

Badane osoby były w wieku średnim i starszym. Człowiek starszy godzi się na pewne „koleje życia” i nie mobilizuje intensywnie zasobów własnych. Obniżają się także możliwości poznawcze (z racji wieku i zmian organicznych, wpływu choroby). Taki pacjent potrzebuje wsparcia informacyjnego ze strony personelu medycznego w postaci permanentnej indywidualnej edukacji realizowanej z uwzględnieniem tych uwarunkowań [10].

Poziom akceptacji choroby w grupach badanych wyniósł (M = 22,10). Są to średnie wyniki dla tej metody i świadczą o braku pełnej akceptacji cho-

Tabela 7. Związek AIS z ograniczeniem funkcjonowania w chorobie w badanych grupach — zestawienie współczynników korelacji istotnych statystycznie (r Spearmana) ($p < 0,05$)

Table 7. Relationship of AIS with limited function in disease in the treated groups of statistically significant correlation (r Spearman 's) ($p < 0.05$)

AIS & ograniczenie funkcjonowania w chorobie w badanych grupach — zestawienie współczynników korelacji istotnych statystycznie (r Spearmana) ($p < 0,05$)					
AIS	Grupa	Sfera aktywność fizyczna/codzienna	Sfera aktywność zawodowa	Sfera kontakty towarzyskie/rodzinne	Sfera życie osobiste
	PChN	-	-	-	r = -0,27 p = 0,046
	PChN-HD	-	-	-	-
	C	r = -0,27 p = 0,033	-	-	-
	C-HD	r = -0,41 p = 0,003	-	-	-

*różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$)

roby w badanych grupach. Podobne wyniki z badań AIS wśród osób dializowanych podają Niedzielski i wsp. ($M = 24$) [5]. Ten zespół badaczy określał poziom akceptacji też dla innych chorób przewlekłych, między innymi cukrzyca, astma oskrzelowej, choroby niedokrwiennej serca. Trudniej jest akceptować chorobę, która wymaga dużego zaangażowania i jest obciążająca. We wszystkich badaniach uzyskiwano wartości średnie, nie uzyskując istotnej statystycznie różnicy pomiędzy AIS a jednostką chorobową [5]. Niższy poziom AIS wykazywali chorzy z grupy C-HD ($M = 21,21$), gdzie i czas chorowania był najdłuższy i wiek średni chorych najwyższy, ale te zmienne, jak okazało się, nie wpływają na akceptację choroby [5].

Wyniki badań wskazują, że największy związek z akceptacją choroby ma jej zaawansowanie, nasilenie ograniczeń związanych z chorobą i prowadzoną złożoną terapią [5]. Grupa C-HD to osoby starsze i dotknięte wielochorobowością, mimo to dość dobrze znoszą trudności terapii. Wynika to być może z faktu, że człowiek starszy akceptuje fakt ograniczeń wynikających z choroby, godząc się na jej występowanie jako naturalny efekt procesu starzenia [7, 19].

Związek akceptacji choroby z ograniczeniem funkcjonowania w chorobie przewlekłej

Badano wyłącznie osoby chore. W badanych grupach ujawnił się związek między akceptacją choroby a ograniczeniem funkcjonowania w chorobie. Wykazano zachowaną akceptację choroby i niską aktywność fizyczną. Może się wydawać, że ograniczenia w funk-

cjonowaniu będą wpływały na obniżenie poziomu akceptacji u badanych.

Akceptacja choroby może stanowić element aktywizujący człowieka, ale też zachowana aktywność fizyczna (i inna) sprzyja wzrostowi akceptacji choroby [20].

Ważne jest uaktywnienie chorego, gdyż to podnosi stopień akceptacji choroby i *vice versa*, wyższa akceptacja choroby podnosi przede wszystkim aktywność fizyczną chorego. Tę zależność wykazano w niniejszym badaniu i jest istotna statystycznie ($r = 0,34$; $p < 0,001$), ale w szczegółowej analizie poszczególnych grup, z uwzględnieniem specyfiki choroby można zauważyć, że o akceptacji choroby też decydują inne czynniki. W grupie C-HD jest istotny statystycznie związek między akceptacją choroby a aktywnością fizyczną. To tylko potwierdza fakt, że aktywność fizyczna w zakresie podstawowym, w codziennym życiu jest istotna, gdyż decyduje o autonomii psychofizycznej osoby [21].

Poczucie koherencji jest predyktorem sprzyjającym aktywnej, konstruktywnej postawie chorych w zmaganiu się z sytuacją choroby i jako taki może stanowić podstawę w pracy psychoedukacyjnej z osobami przewlekle chorymi, na różnych etapach zaawansowania choroby [5, 22].

Wnioski

- Istnieją różnice w poczuciu koherencji (SOC), poziomie akceptacji choroby (AIS) pomiędzy chorymi w badanych grupach. Globalne SOC w badanych osób kształtuje się na poziomie średnim.

2. Poziom akceptacji choroby (AIS) w badanych grupach chorych hemodializowanych i niedializowanych jest obniżony.
 3. Występują różnice w funkcjonowaniu w chorobie pomiędzy chorymi w badanych grupach hemodializowanych i niedializowanych. Terapia hemodializą wpływa negatywnie (ograniczająco) na sferę aktywności fizycznej/aktywności codziennej i sferę kontaktów towarzyskich/rodziny.
 4. Występują zależności między SOC, AIS a ograniczeniem funkcjonowania w badanych grupach chorych. Wykazano w grupie chorych na cukrzycę, hemodializowanych C-HD związek pomiędzy SOC a ograniczeniem funkcjonowania w chorobie, aczkolwiek siła związku jest niska.
 5. Akceptacja choroby (AIS) słabo koreluje z ograniczeniami funkcjonowania w chorobie. U chorych C-HD stwierdza się związek AIS z ograniczeniami funkcjonowania w sferze aktywności fizycznej/codziennej. W grupie PChN-HD takiej zależności nie wykazano.
- Piśmiennictwo**
1. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować? Wyd. IPN, Warszawa 1995: 34.
 2. Sęk H. Wprowadzenie do psychologii klinicznej. W: Sęk H. (red.). Psychologia zdrowia i choroby. Wyd. Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2005: 232–233.
 3. Pasikowski T. Zdrowie — Stres — Zasoby. Wyd. Fund. Humaniora, Poznań 2001: 191–202.
 4. Motyka M. Koncepcja salutogenetyczna A Antonovsky`ego z perspektywy psychologii zdrowia. Pielęg XXI wieku 2005; 3 (12): 39–42.
 5. Niedzielski A., Humeniuk E., Tarkowski Z. Poziom akceptacji choroby w wybranych jednostkach chorobowych. Fam. Med. Prim. Care Rev. 2005; 7 (3): 823.
 6. Delgado Ch. Sence of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. J Nurs Schol 2007; 39 (3): 229–234.
 7. Zawadzka B., Kuźniewski M., Sułowicz Wł. Charakterystyka chorych leczonych przewlekłymi dializami w ramach koncepcji adaptacji. Cz. I: Charakter adaptacji psychofizjologicznej pacjentów leczonych przewlekłymi dializami. Nef. Dial. Pol. 2005; 9: 32–35.
 8. Marcos Q., Cantero T., Escobar R., Acosta P. Illness perception in eating disorders and psychosocial adaptation. Eur. Eat. Disord. Rev. 2007; 15 (5): 373–384.
 9. Dolińska-Zygmunt G. Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky`ego. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 19–31.
 10. Jaracz K., Wołowicka L., Bączyk G. Analiza walidacyjna polskiej wersji Indeksu Jakości Życia Ferrans i Powers. Postępy Rehabil. 2001; XV: 66–74.
 11. Król E., Czarniak P., Szcześniak R. i wsp. Co wiemy o progresji przewlekłej choroby nerek? Wyniki programu PolNef 2007. Nef. Dial. Pol. 2009; 13: 53–57.
 12. Rutkowski B., Lichodziejewska-Niemierko M., Grenda R. i wsp. Raport o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce — 2005. Drukonsul Gdańsk 2007.
 13. Arenas MD., Alvarez-Ude F., Angoso M. i wsp. Functional dependency evaluation of hemodialysis patients: a multicentric study. Nef. 2006; 26 (5): 600–608.
 14. Stangińska J., Marcinkowska M., Horst-Sikorska W. Problemy psychologiczne pacjentów z cukrzycą typu 1. Now. Lek. 2002, 71 (4–5): 212–216.
 15. Tatoń J. Holistyczne ujęcie opieki medyczno-społecznej dla osób z cukrzycą: zintegrowane, kliniczne i psychospołeczne jako warunek intensyfikacji leczenia i poprawy jakości życia. Med Metab 2005; IX (2): 4–13.
 16. Koniarek J., Dudek B., Makowska Z. Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sence of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky`ego. Przegląd Psychologiczny 1993; 36: 491–502.
 17. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP. Warszawa 2001.
 18. Kirenko J., Byra S. Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych. Wyd. UMCS, Lublin 2008: 94–105: 156–157.
 19. Wilczek-Rużyczka E. Adaptacja psychospołeczna osób starszych do sytuacji choroby. Ann. UMCS, vol. LV, Supl. VII, 50, Sectio D, Lublin 2000: 258–265.
 20. Painter P. Physical functioning in end-stage renal disease patients: Update 2005. Hemodial. Int. 2005; 9: 218–235.
 21. Delamater A. Zwiększenie świadomego udziału pacjenta w procesie leczenia. Diabetologia po Dyplomie 2006; 3: 35–40.
 22. Kokoszka A., Santorski J. Psychodiabetologia dla lekarzy: postępowanie psychoterapeutyczne w cukrzycy. Narodowy Program Wsparcia Osób z Cukrzycą. Novo Nordisk, Warszawa 2004: 12.