

Poczucie koherencji (SOC) a poziom posiadanej wiedzy o chorobie u osób z rozpoznaniem przewlekłym zapaleniem wątroby – doniesienia wstępne

Sense of coherence (SOC) and level of knowledge about the disease in patients with a diagnosis of chronic hepatitis – preliminary study

Krystyna Kurowska, Mariola Kołcon

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej
CM w Bydgoszczy UMK Toruń
Kierownik: dr n med. Mirosława Felsmann

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Kurowska Krystyna;
Katedra i Zakład Pedagogiki
i Dydaktyki Pielęgniarskiej
CM w Bydgoszczy, UMK Toruń;
85-801 Bydgoszcz, ul Techników 3,
tel. 052/585-21-94;
e-mail: krystyna_kurowska@op.pl

STRESZCZENIE

POCZUCIE KOHERENCJI (SOC) A POZIOM POSIADANEJ WIEDZY O CHOROBIU U OSÓB Z ROZPOZNANYM PRZEWLEKŁYM ZAPALENIEM WĄTROBY – DONIESIENIA WSTĘPNE

Poczucie koherencji (SOC) wyjaśnia związek ze zdrowiem. Wysokie SOC daje wiarę w sens życia, jego uporządkowanie, przewidywalność - co sprawia, że chce się być zdrowym i sprawnie funkcjonować.

Cel. Celem pracy była ocena poziomu poczucia koherencji u pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby, ocena stopnia ich wiedzy o chorobie i poszukiwanie związku między nimi w aspekcie powrotu do optymalnego dla nich zdrowia.

Materiał i metodyka. Przebadano 60 pacjentów z przewlekłą niewydolnością wątroby (33 kobiet i 27 mężczyzn), hospitalizowanych w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy na Oddziale Obserwacyjno Zakaźnym i na Oddziale Chorób Wątroby. Poczucie koherencji ocenione było za pomocą kwestionariusza Antonovsky'ego SOC-29 a pomiar posiadanej wiedzy ankietą konstrukcji własnej.

Wyniki. Stwierdzono obniżony poziom poczucia koherencji (114,73) przy dostatecznym poziomie wiedzy o chorobie, a także wpływ zmiennych na poziom poczucia koherencji.

Wnioski. Konieczna jest psychoedukacja, aby chory nie pozostawał sam z sytuacją trudną (choroba), bazę tej edukacji powinno stanowić SOC.

Słowa kluczowe: poczucie koherencji (SOC), poziom posiadanej wiedzy, przewlekłe zapalenie wątroby.

ABSTRACT

SENSE OF COHERENCE (SOC) AND LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT THE DISEASE IN PATIENTS WITH A DIAGNOSIS OF CHRONIC HEPATITIS – PRELIMINARY STUDY

The level of the Sense of Coherence (SOC) is related to health. High SOC level makes people believe in life predictability and order which in turn motivates them to be healthy and functional.

Aim. The aim of the study was to assess the levels of SOC and knowledge about the disease in patients with chronic hepatitis and to search for relationship between them in the aspect of regaining optimum health.

Material and methodology. The study included 60 patients (33 women and 27 men) with chronic liver failure who were hospitalized on the liver diseases ward, Voivodship Hospital for Infectious Diseases, Bydgoszcz. SOC level was assessed using Antonovsky's SOC-29 questionnaire and the level of knowledge was estimated using questionnaire constructed by the authors of the study.

Results. The patients had sufficient knowledge about their disease but level of SOC was lowered (114.73). Also influence of variables on the SOC level was observed.

Conclusions. Psychoeducation based on SOC is necessary in order to support patients in situation which they find difficult to be dealt with on their own (the disease).

Key words: sense of coherence (SOC), level of knowledge, chronic hepatitis

WSTĘP

Zakażenie wirusem B lub C zapalenia wątroby w początkowym okresie nie powoduje charakterystycznych objawów, dlatego też może być niezauważone [1]. Powolny rozwój procesu chorobowego pozwala pacjentom w miarę normalnie w życiu codziennym funkcjonować, z biegiem czasu powoduje jednak określone ograniczenia. Świadomość toczącego się w organizmie procesu chorobowego nie pozostaje bez wpływu na psychikę chorego, dlatego ważne jest poznanie psychologicznych aspektów funkcjonowania osób z chorobą przewlekłą na przykładzie wirusowego zapalenia wątroby (WZW). Przedmiotem badań było określenie poziomu poczucia koherencji u pacjentów zakażonych wirusem WZW oraz zakresu posiadanej wiedzy o schorzeniu. Poszukiwano również związku pomiędzy poziomem poczucia koherencji a stanem posiadanej wiedzy, będącej wykładnikiem w powrocie do optymalnego zdrowia. Poznanie zakresu posiadanej wiedzy o schorzeniu pozwala również określić kierunek edukacji. W nowoczesnym pielęgniarstwie dużo mówi się o promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i ogromnej roli pielęgniarki jako edukatora i opiekuna. Poczucie koherencji to ważny czynnik wpływający na przeżywanie stresu psychologicznego i radzenie sobie w sytuacji trudnej. Z pewnością taką sytuacją jest choroba przewlekła, może ona wywoływać negatywne emocje. Ta ogólna orientacja życiowa najprościej mówiąc zakłada, że spostrzeganie świata przez człowieka jest prawidłowe, można nim kierować i ma ono sens. Jest ona zróżnicowana zarówno u osób zdrowych jak i u tych z problemami zdrowotnymi, różnice można tłumaczyć specyfiką choroby. Czasy współczesne charakteryzuje z jednej strony ogromny rozwój we wszystkich dziedzinach życia, z drugiej strony wzrost chorób cywilizacyjnych i przewlekłych. Pomimo ogromnego postępu w działaniach medycznych, sfera psychiczna funkcjonowania chorego jest często pomijana. Wiedza teoretyczna oraz wyniki uzyskanych badań pozwolą lepiej zrozumieć potrzeby hospitalizowanego pacjenta, umożliwią włączenie go w skład zespołu terapeutycznego i odpowiednio ukierunkują edukację. [2, 3]

MATERIAŁ I METODA

Zaprezentowane badania stanowią fragment realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem przewlekłej niewydolności wątroby. Badania przeprowadzono w okresie od lutego do grudnia 2008 roku w grupie 60 osób z rozpoznaniem przewlekłym zapaleniem wątroby (33 kobiet i 27 mężczyzn), hospitalizowanych na Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym oraz na Oddziale Chorób Wątroby Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno – Zakaźnego w Bydgoszczy. Na badanie to wyraziła zgodę Komisja Bioetyczna Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/105/2008). W pracy jako podstawę wykorzystano kwestionariusz do badania poczucia koherencji (SOC-29) skonstruowany przez Aarona Antonovsky'ego. Autor zauważył związek pomiędzy poczuciem koherencji (SOC) a posiadanym zdrowiem. Przedstawiona przez niego koncepcja salutogenezy pozwala człowie-

kowi na odbiór zjawisk, które go otaczają w sposób zrozumiały, sensowny oraz dający się kontrolować. Według badacza, SOC zwłaszcza jego nasilenie jest głównym czynnikiem psychologicznym odpowiedzialnym za występowanie zdrowia lub choroby. Antonovsky stwierdza, że osoby które odznaczają się silnym SOC lepiej potrafią uruchomić swoje potencjalne zasoby odpornościowe, niż osoby cechujące się niskim poziomem tej zmiennej. Osoby posiadające silne SOC same dobierają odpowiednią i najlepszą, ich zdaniem metodę walki ze stresem, która będzie koncentrować się na problemie, natomiast ludzie o słabym SOC będą częściej uruchamiać mechanizmy obronne, które zniekształcają obiektywny i prawdziwy odbiór rzeczywistości, a także będą dążyć do unikania konfrontacji ze stresorem [2]. W badaniu zastosowano ankietę konstrukcji własnej, która zawierała 21 pytań, zgrupowanych w częściach. Pierwsza zawierała dane demograficzne, druga ukierunkowana była na wiedzę o schorzeniu.

Analizy wyników dokonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 6.0. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnią arytmetyczną, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Szacowania różnic dokonywano na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji testu Fishera – F, p – poziom istotności statystycznej, za istotne przyjęto wartości spełniające warunek $p < 0,05$. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona.

WYNIKI

Analiza wyników pokazuje, że średnia wieku respondentów wynosiła 51 lat, większość miała wykształcenie średnie (43,42%) i zawodowe (31,57%), pozostawała w związkach małżeńskich (73,68%), posiadała potomstwo (73,42%) i mieszkała w mieście (64,21%). Z pracy zawodowej utrzymywało się (76,84%) badanych, z emerytury (14,21%) a z renty (8%). Stan choroby zmusił ich do zmiany stylu życia w nieznacznym stopniu. Większość pacjentów pozostawała pod stałą opieką specjalistyczną. O swojej chorobie, aż w 78,33% dowiedziało się przypadkiem, podczas wykonywania okresowych badań diagnostycznych, u 15% wykryto ją przed zabiegiem chirurgicznym, a tylko 6,67% po wystąpieniu objawów chorobowych. Zaleconą dietę regularnie stosowało 31,67% badanych, natomiast 38,33% czyniło to nie regularnie. Dla większości największym problemem było osłabienie (48,34%), pobolewania w podżebrzu wskazało 23,33% badanych, 18,33% podało bóle stawów, 10% brak apetytu. Stan choroby nie zmusił badanych do zmiany stylu życia (48,34%). Główne źródło wiedzy o chorobie badani czerpali ze środków masowego przekazu (46,67%), 40% wskazało na pracowników ochrony zdrowia, 13,33% podało literaturę fachową. 3/4 badanych oceniło stopień swojej wiedzy o chorobie jako dostateczny. 58,33% określiło stan swojego zdrowia jako dobry, bez dolegliwości.

W celu zbadania poziomu poczucia koherencji u osób z rozpoznaniem przewlekłego zapalenia wątroby (WZW) wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC – 29) [2]. Kwestionariusz ten zawiera 29 pytań, które od-

noszą się do poszczególnych komponentów poczucia koherencji czyli zrozumiałości, zaradności i sensowności. Na podstawie rozkładu wyników w tabeli 1 stwierdzono, że poziom SOC badanych różni się między sobą w zakresie składowych tzn. poczuciem zrozumiałości i sensowności natomiast nie różniły się zaradnością i globalnym poziomem SOC. W przypadku SOC globalnego średni poziom wyniósł 114,73 punktów (od 97 do 147 punktów). Wyniki były niższe od normatywnych prezentowanych przez Antonovsky'ego (133 – 160) [3].

Badani pacjenci różnili się zasobem posiadanej wiedzy. Dla istotności statystycznej zasadne były pytania zawierające różne elementy wiedzy tj. ocenę stopnia wiedzy o chorobie, źródła tej wiedzy, drogi zakażenia wirusem wywołującym chorobę, stosowanie zaleceń, opieka poradni specjalistycznej, poddawanie się badaniom. Analizując dane można powiedzieć, iż – 45 z 60 badanych oceniła swój poziom wiedzy jako dostateczny. Znacząca ilość osób (55) była pod opieką specjalistów i stosowała ich zalecenia. Większość знаła drogi zakażenia wirusem, przez co może wpływać na profilaktykę zakażeń i świadomie uczestniczyć w procesie leczenia.

Badania wykazały częściowy związek pomiędzy poczuciem koherencji i jej składowymi a zasobem posiadanej wiedzy. Z analizy statystycznej wynika, że istotne dla problemu okazały się być takie zagadnienia jak okoliczności rozpoznania choroby, opieka poradni specjalistycznej oraz regularność badań i zabiegów medycznych. Wykazano częściowy związek wpływu wiedzy na poczucie koherencji. Wykazano, że niektóre składowe (zaradność, zrozumiałość) oraz SOC globalne są różnicowane ze względu zmienne związane z chorobą takie jak okoliczności rozpoznania choroby, regularność poddawania się badaniom i zabiegom medycznym. Najwyższy poziom zrozumiałości miały osoby, które dowiedziały się o zakażeniu przed zabiegiem chirurgicznym. Osoba, która nie poddawała się badaniom, to paradoksalnie osoba o wysokim poczuciu koherencji, wyższym niż przeciętny – 139 pkt. Osoby poddające się badaniom uzyskały wynik 141,6 pkt. Ta nie poddająca się badaniom osoba miała też najwyższy poziom zaradności. Pozostałe związki okazały się nieistotne statystycznie.

Poszukując wpływu zmiennych pośredniczących na poziom poczucia koherencji i poziom wiedzy o chorobie poddano analizie następujące dane: wiek, płeć, wykształcenie, zamieszkanie, sposób zamieszkiwania, rodzaj wykonywanej pracy, sytuację materialną. Do badań wykorzystano jednoczynnikową analizę wariancji test F – Fishera. Poziom poczucia koherencji różnicowały takie zmienne jak wiek, zamieszkanie, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy. Pozostałe czynniki takie jak płeć, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa, sytuacja materialna nie były istotne statystycznie. Globalne SOC podwyższało się wraz z wiekiem, najwyższe było w grupie osób mających 51 i więcej lat i wynosiło średnio 118,6 pkt, wraz z wiekiem badanych wzrastało również poczucie zrozumiałości. Najwyższy poziom SOC miały osoby zamieszkujące samotnie. Z badań wynika, że osoby prezentujące niższy poziom wykształcenia zazwyczaj miały wyższy poziom poczucia zaradności, niż te o wykształceniu wyższym i tak

wykształcenie podstawowe – 41,66 pkt, zawodowe – 38,38 pkt, wyższe – 36,80 pkt. Wykazano również zróżnicowanie poczucia zaradności związane z wykonywaną pracą, najniższy poziom miała osoba prowadząca gospodarstwo rolne – 29 pkt, najwyższy osoby pracujące fizycznie – 38,26 pkt, natomiast osoby prowadzące działalność gospodarczą tylko 35,57 pkt.

■ DYSKUSJA

W pracy badaniom poddano 60 chorych zakażonych wirusem zapalenia wątroby B i C, o różnej długości trwania i różnym nasileniu objawów choroby. Porównaniom poddano płeć wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, wykonywaną pracę, status finansowy, poziom wiedzy i jej źródła, najczęściej występujące dolegliwości, postawę wobec choroby, sposób leczenia, aktualny stan zdrowia. Grupa pacjentów, wybrana losowo była dość specyficzna ze względu na charakter jednostki chorobowej, która pozwala chorym w miarę normalnie funkcjonować w społeczeństwie. Większość badanych prowadziła aktywne życie zawodowe, a stan choroby nieznacznie wpłynął na zmiany stylu życia.

W badaniach oceniano poziom wiedzy, większość z nich oceniła stopień swojej wiedzy o chorobie jako dostateczny, pozostawali oni pod opieką poradni i regularnie poddawali się badaniom lekarskim i diagnostycznym. Ponieważ były to deklaracje, trudno je tak naprawdę ocenić, już za stosowaniem zalecanej diety opowiedziało się tylko 1/3 osób. Wyniki wskazują na zadawalający stan wiedzy o chorobie, jej następstwach i są stosunkowo spójne. Ma to znaczenie szczególnie jeżeli chodzi o utrzymanie optymalnego dla nich stanu zdrowia, a także dla profilaktyki. Nieco inaczej problem wiedzy pacjentów przedstawia Rewiuk i in. [4] w pracy na temat poziomu wiedzy u pacjentów przyjmujących doustne leki przeciwkrzepliwe. Badanymi były osoby w wieku 46-91 lat, poziom wiedzy oceniano za pomocą kwestionariusza, w skali liczbowej od 0 – 9 punktów, w zakresie różnorodnych aspektów leczenia. Z przeprowadzonych badań wynikało, że poziom wiedzy u pacjentów stosujących doustne koagulanty był niski i wykazywał negatywną korelację z wiekiem. Skuteczność profilaktyki wymaga wiedzy na temat zasad, a wyjaśnienie celu terapii było warunkiem właściwej motywacji do leczenia. Niski poziom wiedzy przedstawia Kózka i in. [5] wśród pacjentów ze stomią jelitową. Badania przeprowadzono w celu modelowego przygotowania pacjentów do samoopieki, wzięli w nim udział chorzy, funkcjonujący ze stomią wyłonioną wcześniej. Wiedzę oceniano wśród 160 osób, zróżnicowanych pod względem wieku, płci, sytuacji rodzinnej itd. Z przeprowadzonych badań wynikało, że zakres przekazanych i przyswojonych informacji był niewystarczający, można przypuszczać, że deficyt w samoopiece wynikał częściowo z braku wiedzy, częściowo z braku umiejętności.

W przeprowadzonych badaniach wykazano częściowy związek poczucia koherencji z poczuciem posiadanej wiedzy o chorobie, pacjentów różnicował poziom zrozumiałości w okolicznościach rozpoznania choroby. Paradoksalnie osoba nie poddająca się badaniom miała

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

Składowe SOC	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie Standard.
Zrozumiałość	60	46,85	21	61	7,94
Zaradność	60	37,13	29	52	4,56
Sensowność	60	30,75	20	48	4,55
SOC globalne	60	114,73	97	147	9,76

najwyższy poziom SOC globalnego. Dodatnią korelację pomiędzy poczuciem koherencji a poczuciem posiadanej wiedzy na temat choroby przedstawia praca Marszałek i Domańskiej[6]. Autorzy badali tę zależność u pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru mózgu, często mających małą orientację w swojej sytuacji zdrowotnej. Do badań orientacji życiowej wykorzystano kwestionariusz SOC – 29, natomiast do oceny poczucia posiadanej wiedzy eksperymentalny kwestionariusz własnej konstrukcji. Wykazano dodatni związek między poczuciem koherencji a poczuciem posiadanej wiedzy w zakresie leczenia i usprawniania. Można wnioskować, że ten obszar wiedzy był dla badanych subiektywnie najważniejszy, zgodnie z wytyczonymi przez nich granicami. W badaniach oceniano też poziom poczucia koherencji wśród pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby. W zakresie globalnego SOC badani pacjenci nie różnili się, natomiast w przypadku dwóch podskal zrozumiałości i sensowności znaleziono istotne statystycznie różnice. Średnie SOC globalne wynosiło 114,73, jest to oczywiście wynik obniżony w stosunku do norm (133 – 160) [3], dla zrozumiałości średnia wynosiła 46,85 natomiast dla sensowności 30,75. Podobnie obniżoną średnią globalnego poczucia koherencji przedstawione są w artykule Kurowskiej i Bartoszek [7], celem badania było określenie poziomu poczucia koherencji oraz różnych stylów radzenia sobie w życiu, u osób z kolostomią. Analiza wyników wykazała obniżone SOC globalne 113,53 i nie różnicowało ono badanych natomiast podskale zrozumiałości i zaradności były mocno zróżnicowane. Obniżenie poziomu poczucia koherencji wykazuje pewną zależność od specyfiki choroby, najniższe jest w chorobach psychicznych, w chorobach przewlekłych nie zagrażających bezpośrednio zdrowiu jest nieznacznie obniżone, w chorobach związanych z traumą jest stosunkowo wysokie [8]. Kossakowska i in [9] badając poczucie koherencji chorych na stwardnienie rozsiane, porównała wyniki z kontrolną grupą zdrowych i okazało się, że nie ma istotnych różnic w ogólnym poziomie poczucia koherencji u chorych i zdrowych. Fakt bycia chorym przewlekłe nie obniżył istotnie globalnego SOC. Szymczak i in [10] również porównywały poziom poczucia koherencji w różnych grupach badawczych, analizie poddano pacjentów z nowotworem, chorych na schizofrenię oraz grupę kontrolną zdrowych. Badania wykazały zróżnicowanie poziomu SOC u chorych i u zdrowych. W grupach klinicznych średnie wartości globalnego poczucia koherencji były porównywalne 115,12 dla pacjentów onkologicznych oraz 115,66 dla pacjentów schizofrenicznych, [11] SOC globalne w grupie zdrowych wynosiło 144,5. Wydaje się, że niski poziom poczucia koherencji w grupach klinicz-

nych miał źródło w przebiegu procesów poznawczych i emocjonalnych, charakteryzujących funkcjonowanie człowieka w chorobie.

Analizując wyniki badań własnych zauważono wpływ pewnych zmiennych na poczucie koherencji, były to takie zmienne jak wiek, wykształcenie, zamieszkiwanie, rodzaj wykonywanej pracy. Ciekawe było zróżnicowanie poczucia zaradności dla wykształcenia, osoby o niższym poziomie wykształcenia, miały wyższy poziom poczucia zaradności, od osób z wykształceniem wyższym. Wpływ zmiennych na poziom poczucia koherencji przedstawia Kossakowska i in. [9], autorki wykazały, że kobiety chore na SM charakteryzują się wyższym poczuciem koherencji (zwłaszcza podskali zrozumiałości i zaradności) niż mężczyźni, natomiast poczucie sensowności wykazywało związki z aktywnością zawodową, społeczną i rodzinną. Rozpatrując wpływ zmiennych pośredniczących na poziom poczucia koherencji u pacjentów z kolostomią [7] wskazano na takie czynniki jak warunki mieszkaniowe, kontakty społeczne, role i funkcje rodzinne, opiekę psychologiczną. Doniesienia z badań Szymczaka i in. [10] przedstawiają wpływ wybranych czynników na poczucie koherencji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Celem tych badań było wykazanie czy takie czynniki jak: wiek, płeć, stan cywilny, stosunek do pracy, czas trwania choroby, ilość hospitalizacji, obecność innych chorób, przebieg innych chorób w przeszłości, poczucie krzywdy, obecność celów życiowych, samoocena i forma leczenia mają wpływ na podwyższenie lub obniżenie SOC. Z analizy wynika, że żaden z badanych czynników nie wpłynął w statystycznie znamienny sposób na obniżenie poczucia koherencji w grupie badawczej. Największe znaczenie okazało się mieć formułowanie celów życiowych, ale nie była to znamienność statystyczna. W badanej 44 osobowej grupie, 22 osoby miały sumę punktów odpowiadającą niskiemu poczuciu koherencji. W świetle teorii Antonovsky'ego poczucie koherencji jest tymczasowe w wieku dorastania natomiast trwałe w wieku dorosłym. Pod wpływem różnych nagłych sytuacji stresowych może ono ulec obniżeniu, jest wiele problemów życiowych nie do rozwiązania, bez względu na to jak silne posiadamy poczucie koherencji [2]. Stosunkowo często sytuacją trudną dla człowieka jest choroba, zwłaszcza ciężka lub przewlekła, może ona wywołać negatywne emocje.

W ujęciu salutogenetycznym radzenie sobie z chorobą przewlekłą nastawione jest na odzyskanie zdrowia, lub powrotu do optymalnego stanu. Tylko nieliczna część pacjentów traktuje chorobę jako wyzwanie, dostrzega swoją niezwykle znaczącą w nim rolę, jest odpowiednio zmotywowana i odpowiedzialna. Konieczna jest psychoeduka-

cja, aby człowiek nie pozostawał sam z sytuacją trudną, bazę tej edukacji powinno stanowić poczucie koherencji.

WNIOSKI

1. Poziom poczucia koherencji u badanych pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby wynosił 114, był znacznie niższy niż wartości normatywne podawane przez Antonovsky'ego (133-160)
2. Pacjenci posiadali wiedzę na temat swojej choroby, co przekładało się na właściwie zaangażowanie w terapię
3. Wskazana konieczności monitorowania poziomu koherencji (SOC), jako wykładnika radzenia sobie z chorobą przewlekłą. Zbadanie owych zmiennych (poczucia koherencji i poziomu posiadanej wiedzy) pozwoli na ustalenie zakresu opieki w stosunku do potrzeb osób z rozpoznaniem WZW.

PIŚMIENICTWO

1. Gładysz A, Juszczak J: Leczenie chorób wątroby. Wolumen. Wrocław 1996; 80 -113.
2. Antonovsky A: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii. 2005; 10 - 45: 123- 172.
3. Antonovsky A: Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. [W:] Sęk H. (red) Psychologia zdrowia. PWN. Warszawa 1997; 206 - 203.
4. Rewiuk K, Bednarz S, Faryn P, Grodzicki T: Poziom wiedzy dotyczącej profilaktyki przeciwnakrzepowej wśród pacjentów z migotaniem przedsionków. *Via Medica* 2007; 2: 148 – 154.
5. Kózka M, Bazaliński D, Cipora E: Wiedza pacjenta z przetoką jelitową elementem przygotowania do samoopieki. *Zdrowie Publiczne* 2006; 116(4): 591-595.
6. Marszałek Ł, Domańska Ł: Poczucie koherencji a poczucie posiadanej wiedzy o chorobie u osób po udarze mózgu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2004;13 (4): 317 – 324.
7. Kurowska K, Bartoszek M: Poczucie koherencji a style radzenia sobie u osób z wyłonią kolostomią z powodu raka jelita grubego. *Współczesna Onkologia* 2008; 12-9: 429 - 435.
8. Mroziak B, Czała J, Wojtowicz S: Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Polska* 1997; 31(3): 257 – 268.
9. Kossakowska M, Basińska M: Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000; 9: 55 -61.
10. Szmyczak J, Taras M: Poczucie koherencji w chorobie nowotworowej i schizofrenii. *Psychoonkologia* 1998; 3: 49 – 54.
11. Gorczyca P, Pudło R, Sobis J, Tomalczyk E: Analiza czynników wpływających na poczucie koherencji u chorych z rozpoznaniem schizofrenii. *Badania nad schizofrenią* 1998; 1: 157-166.

Praca przyjęta do druku: 18.11.2009

Praca zaakceptowana do druku: 09.03.2010