

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

The sense of coherence, the acceptance of illness and functioning in chronic illness in patients with chronic kidney disease and patients with diabetes, treated with hemodialysis – a preliminary study

Alicja Marzec¹, Anna Andruszkiewicz², Mariola Banaszkiewicz³

¹Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, UMK Toruń, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu

²Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, UMK Toruń, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu

³Zakład Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, UMK Toruń Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Alicja Marzec

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
UMK Toruń, Collegium Medicum w Bydgoszczy,
ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz
tel. 52/583 21 93

STRESZCZENIE

POCZUCIE KOHERENCJI, AKCEPTACJA CHOROBY A FUNKCJONOWANIE W CHOROBI PRZEWLEKŁEJ OSÓB CHORYCH NA CHOROBĘ NEREK I CHORYCH NA CUKRZYCĘ, HEMODIALIZOWANYCH – DONIESIENIE WSTĘPNE

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

Celem pracy. Celem badań było ustalenie związku między SOC, AIS a funkcjonowaniem w chorobie osób przewlekłe chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycową chorobę nerek (dawną terminologia: *nefropatia cukrzycowa*), w stadium niewydolności, leczonych hemodializą.

Materiał i metody. Zastosowano narzędzia badawcze: Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29, autor Antonovsky), Skalę Akceptacji Choroby (AIS, autor Felton i wsp.), ankietę do oceny ograniczeń funkcjonowania w chorobie (opracowanie własne). Badaniami objęto 2 grupy: 1) chorych na przewlekłą chorobę nerek w stadium V (krańcowym) niewydolności i 2) chorych na cukrzycę i cukrzycową chorobę nerek w stadium V niewydolności, leczonych hemodializą.

Wyniki. Hemodializowani 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 SOC, obniżone AIS, przy wyrażonych ograniczeniach w funkcjonowaniu, co można wiązać z negatywnym wpływem choroby i prowadzonym leczeniem hemodializą.

Słowa kluczowe:

Poczucie koherencji, akceptacja choroby, niewydolność nerek, cukrzyca, hemodializa, funkcjonowanie w chorobie

ABSTRACT

THE SENSE OF COHERENCE, THE ACCEPTANCE OF ILLNESS AND FUNCTIONING IN CHRONIC ILLNESS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE AND PATIENTS WITH DIABETES, TREATED WITH HEMODIALYSIS – A PRELIMINARY STUDY

Introduction. In the contemporary holistic health care it is important to learn the subjective side of the illness and patient's internal capabilities. When working with chronically ill patients it is important to identify the main guidelines on which this work can be constructed, to promote their own activities oriented at maintaining the quality of life.

Material and methods. The following research tools have been employed for data collection: - Sense of Coherence questionnaire SOC-29 by Antonovsky, - Acceptation Illness Scale AIS by Felton and al., - functioning in a disease questionnaire (self devised). The

research has been carried out in two groups of patients: in patients with chronic end stage kidney disease, treated by hemodialysis (PChN-HD), and in patients with diabetes and diabetic kidney disease in the end stage, under complex diabetes treatment and hemodialysis (C-DH).

The results. The global sense of coherence SOC in PChN-HD patients lower ($M=130.54$). The level of acceptance of illness AIS in the surveyed groups was estimated at $M=22.10$. 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.

Conclusion. Chronic patients, with diabetes in various phases, including those patients subjected to complex hemodialysis and diabetic therapy, exhibit varying SOC in general and in its constituents. They show various levels of acceptance of illness. The negative impact the disease has on patients' lives appears in the following fields: everyday/physical activity and social relations. The above are particularly evident in patients diagnosed with diabetes and treated by hemodialysis.

Key words: chronic disease, renal failure, diabetes, hemodialysis, sense of coherence, acceptance of illness, functioning in illness.

WSTĘP

We współczesnym, holistycznym modelu opieki medycznej ważny jest subiektywny wymiar choroby. Od chorego oczekuje się aktywnego udziału w terapii. W pracy z pacjentem przewlekłe chorem należy identyfikować czynniki, na których można oprzeć współpracę, aby go zachęcić do podejmowania działań na rzecz zachowania jakości życia. Takim czynnikiem są zasoby wewnętrzne, m.in. cechy osobowości, możliwości poznawcze, a także poczucie koherencji (SOC) [1,2].

SOC stanowi uogólnione, względnie trwałe nastawienie decydujące o zasadniczym sposobie spostrzegania i rozumienia świata. Jest to złożona zmienna podmiotowa, na którą składają się na nią trzy komponenty: zrozumiałość, zaradność, sensowność, pozostające ze sobą w ścisłych związkach [1,3,4]. SOC pełni 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 zbliżony jest 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 Antonovsky'ego, silne SOC sprzyja lepszej akceptacji choroby (AIS) i ograniczeń związanych z nią i terapią, lepsze funkcjonowaniu w chorobie [1,6].

Stan choroby przewlekłej wymaga od chorego określenia stosunku do choroby, określenia stopnia akceptacji choroby. Akceptacja choroby nie jest wyrazem 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 decydujących o akceptacji i adaptacji psychospołecznej do choroby ważne są: jej zaawansowanie, jej

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 terapia długoterminowa zmieniają funkcjonowanie człowieka chorego w wielu obszarach życia [9]. Funkcjonowanie w jednostkach chorobowych badane jest w aspekcie jakości życia w konkretnych schorzeniach i ocenia się 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 przewlekłe choroby nerek (PChN), a także na cukrzycę (C) powikłaną przewlekłą 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 BADAŃ

Celem badań było ustalenie związku między poczuciem koherencji (SOC), poziomem akceptacji choroby AIS a oceną ograniczenia funkcjonowania w chorobie osób przewlekłe chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycową chorobę nerek, w stadium niewydolności, leczonych hemodializą.

Badanie przeprowadzono za zgodą Komisji Bioetycznej przy UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy (nr KB/197/2006 r.), w stacjach dializ w Szpitalu Uniwersyteckim im. Jurasza i w X Szpitalu Wojskowym w Bydgoszczy. Przedstawione tu opracowanie stanowi odrębną część szerszego materiału.

METRIAŁ I METODY

Do zebrania danych zastosowano narzędzia badawcze:

1) Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 (*Sense of Coherence Questionnaire* SOC-29, autor Antonovsky. Kwestionariusz SOC-29 składa się z 29 pytań. W skład kwestionariusza wchodzi trzy podskale, opowiadające składowym poczuciu koherencji: zrozumiałości, zaradności i sensowności. Ocena polskiej wersji SOC-29 wykazała wysoką rzetelność narzędzia (wskaźnik *alfa* Cronbacha=0,78).

2) Skala Akceptacji Choroby (*Acceptation Illness Scale* AIS – autorzy Felton i wsp.). 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, takie jak: m.in. ograniczenia, poczucie zależności od innych, obniżenie własnej wartości. Rzetelność polskiej wersji AIS jest bliska wersji oryginalnej pod względem zgodności, jak i stałości (wskaźnik *alfa* Cronbacha=0,82).

3) Ankieta dla pacjentów do oceny ograniczeń funkcjonowania w chorobie (opracowanie własne). Ankieta była złożona z dwóch części; cz.I. służyła zebraniu danych socjo-demograficznych i klinicznych, a cz.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 punktu na 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 korelacji rang *r*-Spearmana.

Badania prowadzono w 2 grupach pacjentów hemodializowanych: 1) chorych na przewlekłą chorobę nerek w stadium V niewydolności, leczonych hemodializą (PChN-HD), 2) chorych na cukrzycę i cukrzycową chorobę nerek (dawna terminologia: nefropatia cukrzycowa) w stadium V niewydolności nerek, poddawanych złożonemu leczeniu z powodu cukrzycy i leczeniu hemodializą (C-HD).

Charakterystyka badanych grup: - liczebność i płeć: grupa PChN-HD $n=68$, kobiety $n=38$ (55,9%), mężczyźni $n=30$ (44,1%), grupa C-HD $n=52$, kobiety $n=25$ (48,1%), mężczyźni $n=27$ (51,9%), - wiek badanych: przeważały osoby po 60 r.ż. (w grupie PChN-HD 38,7%, w grupie C-HD aż 59,7%), - wykształcenie: badani podawali głów-

nie wykształcenie podstawowe i średnie (w grupie PChN-HD 27,9%, w grupie C-HD 36,5% podało wykształcenie podstawowe), - zatrudnienie: w grupie PChN-HD nie pracowało 60 (88,8%), pracowało 8 (11,8%), w grupie C-HD nie pracowało 100%, - czas trwania choroby w latach: 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 $M=6,12$, $SD=5,82$), - zjawisko wielochorobowości: w grupie PChN-HD ($M=4,09$, $SD=1,27$), w grupie C-HD ($M=5,04$, $SD=1,56$).

WYNIKI

Wyniki uzyskane w Kwestionariuszu SOC-29: wysokość globalnego poczucia koherencji i jego składowych w badanych grupach

Wartość średnia globalnego SOC badanych chorych hemodializowanych 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. 1). 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. Chorzy C-HD mieli istotnie niższe nasilenie poczucia zrozumiałości niż chorzy PChN-HD ($p=0,012$).

Wyniki uzyskane w Kwestionariuszu Akceptacji Choroby (AIS) prezentuje Tab. 2. Wyniki wyrażono w wartościach surowych*.

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. 2).

Niższy niż średni poziom akceptacji choroby wykazywały osoby C-HD ($M=21,21$). Różnice w poziomie AIS nie były istotne statystycznie.

Wyniki uzyskane w Ankiecie do oceny ograniczeń funkcjonowania w chorobie w badanych grupach osób hemodializowanych wskazywały na różnice w ocenie ograniczeń funkcjonowania osób badanych w sferze aktywność fizyczna/codzienna i w sferze utrzymywanie kontaktów towarzyskich/rodzinnych.

Aby odpowiedzieć na pytanie, czy istnieją różnice na poziomie istotnym statystycznie w ograniczeniach/utrudnieniach aktywności w badanych sferach pomiędzy badanymi grupami osób hemodializowanych zastosowano test nieparametryczny test Kruskala-Wallisa (Tab. 3).

Aby odpowiedzieć na pytanie, czy istnieją różnice na poziomie istotnym statystycznie w ograniczeniach/utrudnieniach aktywności w badanych sferach pomiędzy badanymi grupami osób hemodializowanych zastosowano test nieparametryczny test Kruskala-Wallisa (Tab. 3).

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

Poczucie koherencji, akceptacja choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej

■ Tab. 1. Wyniki analizy wariancji ANOVA dla poczucia koherencji SOC globalne i składowe pomiędzy badanymi grupami

SOC	Grupa	M	SD	Test ANOVA	p
SOC globalne	PChN-HD	136,50	20,13	F = 3,04	p = 0,030*
	C-HD	124,58	22,93		
SOC zaradność	PChN-HD	48,03	10,85	F = 1,90	p = 0,128
	C-HD	43,94	9,39		
SOC sensowność	PChN-HD	39,10	8,16	F = 1,82	p = 0,144
	C-HD	36,85	7,75		
SOC zrozumiałość	PChN-HD	48,94	9,02	F = 3,71	p = 0,012*
	C-HD	43,79	10,11		

* różnica istotna statystycznie (p<0,05)

Legenda:

PChN-HD - chorzy na przewlekłą chorobę nerek w stadium 5, leczeni hemodializą,

C-HD - chorzy na cukrzycę i cukrzycową chorobę nerek, leczeni insuliną lub doustnymi lekami hipoglikemizującymi i hemodializą

■ Tab. 2. Poziom akceptacji choroby w badanych grupach i poziom istotności różnic międzygrupowych w poziomie akceptacji choroby

Akceptacja choroby w grupach	n	M	SD	min	maks	Test Fishera-Snedecora	poziom p
PChN-HD	68	24,31	7,63	8	39	F=11,30	p=0,000001
C-HD	52	21,21	6,53	8	32		

PChN-HD - chorzy na przewlekłą chorobę nerek w stadium 5, leczeni hemodializą,

C-HD - chorzy na cukrzycę i cukrzycową chorobę nerek, leczeni insuliną lub doustnymi lekami hipoglikemizującymi i hemodializą

*Wynik skali AIS mieści się w granicach 8-40 pkt. Niski oznacza brak akceptacji, wysoki świadczy o akceptacji własnego stanu chorobowego (Juczyński 2001:171).

■ Tab. 3. Wyniki analizy testem Kruskala-Wallisa różnic w nasileniu ograniczeń w poszczególnych sferach aktywności

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

* różnica istotna statystycznie (p<0,05)

Związek pomiędzy poczuciem koherencji SOC a oceną ograniczeń funkcjonowania w chorobie badano przy użyciu współczynnika rang r - Spearmana.

W grupie pacjentów przewlekłe hemodializowanych (PChN-HD i C-HD) nie wykryto istotnych statystycznie zależności pomiędzy SOC a oceną ograniczeń funkcjonowania w chorobie (Tab. 4).

Związek pomiędzy poczuciem koherencji SOC, a oceną ograniczeń funkcjonowania w chorobie był ogólnie niski.

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

W grupie chorych na cukrzycową chorobę nerek hemodializowanych (C-HD) stwierdzono związek AIS z ograniczeniami funkcjonowania w sferze aktywności fizycznej/codzienną na poziomie istotnym statystycznie (Tab. 5), ale siła związku była niska.

■ 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 były w minimum wartości przyjętych za przeciętne, a w przypadku chorych C-HD były poniżej wartości przeciętnej. Wynik taki w grupie C-HD można wiązać z faktem, że tu średnia wieku jest najwyższa i najdłuższy staż w choro-

bie, a właściwie chorobach, bo w tej grupie zjawisko wielochorobowości jest najsilniej wyrażone.

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

Szerokie badanie wśród osób przewlekłe chorych w zakresie zasobów wewnętrznych, w tym poczucia koherencji, prowadzili Kirenko i Byra, m.in. wśród osób z cukrzycą (M=133,1) [15]. Wyraźny spadek SOC był obserwowany wśród chorych w wieku zaawansowanym [16].

Funkcjonowanie w chorobie analizowano poprzez ocenę ograniczającego wpływu choroby i terapii na 4 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/codzienną i sferze kontaktów towarzyskich/rodzinnych. Można wiązać to z metodą leczenia, gdyż hemodializa ogranicza aktywność pacjentów w tych obszarach, a pacjenci po zabiegach skarżyli się często na zmęczenie i osłabienie [7].

■ Tab. 4. Związek SOC z ograniczeniem funkcjonowania w chorobie w badanych grupach - zestawienie współczynników korelacji istotnych statystycznie (r-Spearmana)

SOC & ograniczenie funkcjonowania w chorobie w badanych grupach - zestawienie współczynników korelacji istotnych statystycznie (r-Spearmana) (p<0,05)					
grupa	SOC	Sfera aktywność fizyczna/ aktywność codzienna	Sfera aktywność zawodowa	Sfera kontakty towarzyskie - kontakty rodzinne	Sfera życie osobiste
PChN-HD	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)

■ Tab. 5. Związek AIS z ograniczeniem funkcjonowania w chorobie w badanych grupach – zestawienie współczynników korelacji istotnych statystycznie (r-Spearmana) (p<0,05)

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

* różnica istotna statystycznie (p<0,05)

Związek poczucia koherencji z funkcjonowaniem w chorobie.

SOC 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 do rodziny jako ważnej w życiu ludzkim wartości jest uzasadnione.

Sfera kontaktów towarzyskich i rodzinnych stanowiła dla chorych ważny obszar życia. Można to wiązać z faktem, że grupa C-HD była starsza i jako taka skoncentrowana była na rodzinie, która nadawała ich życiu sens. Człowiek starszy koncentruje się na rodzinie, wycofuje się z innych sfer aktywności, gdyż przewartościowuje priorytety w swoim życiu [16]. 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 (średnia wieku M=53,67, SD=14,92). 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, świadczące o braku pełnej akceptacji choroby w badanych grupach. Podobne wyniki z badań AIS wśród osób dializowanych podaje Niedzielski i wsp. (M=24) [5]. Ten zespół badaczy określał poziom akceptacji także dla innych chorób przewlekłych, m.in. cukrzycy, astmy 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 wpływały 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 złożonej

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, 17].

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 funkcjonowaniu 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 [18]. Ważne jest uaktywnienie chorego, gdyż to podnosi stopień akceptacji choroby i vice versa, wyższa akceptacja choroby podnosi przede wszystkim aktywność fizyczną chorego. Ta zależność była wykazana w niniejszym badaniu i była istotna statystycznie ($r = 0,34$; $p < 0,001$). Ale w szczególowej analizie poszczególnych grup, z uwzględnieniem specyfiki choroby można zauważyć, że o akceptacji choroby też decydują inne czynniki. W grupie C-HD stwierdzono 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 [19].

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 [5, 20].

WNIOSKI

1. Istnieją różnice w poczuciu koherencji (SOC), poziomie akceptacji choroby (AIS) pomiędzy chorymi w badanych grupach. Globalne SOC w badanych osób hemodializowanych kształtuje się na poziomie średnim. Chorzy z cukrzycową chorobą nerek leczeni hemodializą (C-HD) wykazują niższe globalne SOC oraz poczucie zrozumiałości niż chorzy z przewlekłą chorobą nerek leczeni hemodializami (PChN-HD). Poziom akceptacji choroby (AIS) w obu badanych grupach chorych hemodializowanych jest obniżony.
2. Występują różnice w funkcjonowaniu w chorobie pomiędzy chorymi w badanych grupach hemodializowanych. Terapia hemodializą wpływa negatywnie (ograniczająco) na sferę aktywności fizycznej/aktywności codziennej i sferę kontaktów towarzyskich/rodzinnych.
3. Występują zależności między SOC, AIS a ograniczeniem funkcjonowania w badanych grupach chorych. Wykazano w grupie C-HD związek pomiędzy SOC a ograniczeniem funkcjonowania w chorobie, aczkolwiek siła związku jest niska.
4. Akceptacja choroby (AIS) słabo koreluje z ograniczeniami funkcjonowania w chorobie. U chorych C-HD stwierdza się związek AIS z ograniczeniami funkcjo-

nowania w sferze aktywności fizycznej / codziennej. W grupie PChN-HD takiej zależności nie wykazano.

Uwaga praktyczna. Poczucie koherencji może być elementem w planowaniu pracy edukacyjnej z chorymi na PChN i C, ale należy także uwzględniać inne czynniki indywidualne, w tym możliwości poznawcze osoby, gotowość do samoopieki, które zmieniają się wraz z postępem choroby, skutkami terapii, z wiekiem.

PIŚMIENNICTWO

1. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować? Wyd. IPN, Warszawa 1995, s. 34.
2. Sęk H. Wprowadzenie do psychologii klinicznej. W: Sęk H.: Psychologia zdrowia i choroby. Wyd. Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2005, s. 232 – 233.
3. Pasikowski T. [red.]. Zdrowie – Stres – Zasoby. Wyd. Fund. Humaniora, Poznań 2001, s.191-202.
4. Motyka M. Koncepcja salutogenetyczna A Antonovsky'ego z perspektywy psychologii zdrowia. Pielęg XXI wieku 2005, 3(12),s. 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., Kuźniowski 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 Sep; 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, s. 19-31.
10. Jaracz K., Wołowicka L., Bączyński G. Analiza walidacyjna polskiej wersji Indeksu Jakości Życia Ferrans i Powers. Postępy Rehabil 2001, t. XV: 66- 74.
11. Król E., Czarniak P., Szcześniak R., Magdoń R., Rutkowski B. 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. et al. Functional dependency evaluation of hemodialysis patients: a multicentric study. Nef 2006; 26(5): 600-8.
14. Stangierska 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, tom IX (2): 4-13.
16. Kirenko J., Byra St-a. Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych. Wyd. UMCS, Lublin 2008: 94-105, 156-157.
17. Wilczek-Rużyczka E. Adaptacja psychospołeczna osób starszych do sytuacji choroby. Ann. UMCS, vol. LV, Supl.VII, 50, Sectio D, Lublin 2000: 258 – 265.
18. Painter P. Physical functioning in end-stage renal disease patients: Update 2005. Hemodial Int 2005, 9: 218-235.
19. Delamater A. Zwiększenie świadomego udziału pacjenta w procesie leczenia. Diabetologia po Dyplomie 2006, 3: 35-40.
20. Kokoszka A., Santorski J. Psychodiabetologia dla lekarzy: postępowanie psychoterapeutyczne w cukrzycy. Narodowy Program Wsparcia Osób z Cukrzycą. Novo Nordisk. Warszawa 2004, s. 12.

Praca przyjęta do druku: 21.04.2011

Praca zaakceptowana do druku: 12.06.2011