

# POCZUCIE KOHERENCJI A ZACHOWANIA ZDROWOTNE OSÓB KWALIFIKOWANYCH DO ZABIEGU KARDIOCHIRURGICZNEGO

## Sense of coherence versus health behaviour of people qualified for cardiosurgical operation



Krystyna Kurowska, Dominika Trzeciak, Mariola Głowacka, Danuta Ponczek

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2010; 4: 130-135

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Krystyna Kurowska**, Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, ul Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel. +48 52 585 21 94, e-mail: krystyna\_kurowska@op.pl

### Streszczenie

**Wstęp:** Poczucie koherencji jest złożoną strukturą poznawczą wyjaśniającą związek zachowań zdrowotnych ze zdrowiem. Wysokie dają wiarę w sens życia, jego uporządkowanie, przewidywalność, co sprawia, że chce się być zdrowym i sprawnie funkcjonować. Celem badań było określenie poziomu poczucia koherencji oraz zachowań zdrowotnych u osób poddawanych zabiegom kardiologicznym.

**Materiał i metody:** Przebadano 66 pacjentów Kliniki Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy. Poczucie koherencji oceniano za pomocą kwestionariusza SOC-29, a zachowania zdrowotne przy użyciu inwentarza zachowań zdrowotnych (IZZ).

**Wyniki:** Badani nie różnili się między sobą poziomem poczucia koherencji i zachowaniami zdrowotnymi, natomiast byli znacznie zróżnicowani pod względem poziomu zaradności, prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych i praktyk zdrowotnych.

**Wnioski:** Otrzymane wyniki mogą posłużyć jako materiał edukacyjny dla personelu medycznego w celu wprowadzenia modyfikacji w stylu życia pacjentów, u których wystąpiły dolegliwości układu krążenia, a także w celu odpowiedniego przygotowania chorych do zabiegu kardiologicznego, ze szczególnym uwzględnieniem sfery psychicznej, gdyż odgrywa ona niezwykle istotną rolę.

**Słowa kluczowe:** poczucie koherencji, zachowania zdrowotne, kardiologia.

### Wstęp

Od kilku lat schorzenia związane z sercem oraz układem krwionośnym należą do najczęściej występujących. Zachowania prozdrowotne, szczególnie dotyczące aktywności fizycznej, prawidłowych nawyków żywieniowych i regularnego korzystania z usług medycznych, pozwalają kontro-

### Summary

**Introduction:** Sense of coherence is a construct that explains the connection of health behaviour with health. High sense of coherence gives a faith in the meaning of life, its order, predictability – which brings about willingness to be healthy and function proficiently. The aim of the research was to gauge the level of the sense of coherence and health behaviour of the patients hospitalized due to cardiosurgical operation.

**Material and methods:** Sixty-six patients from Cardiosurgery Clinic of University Hospital number 1 in Bydgoszcz were examined. Sense of coherence was evaluated by means of questionnaire SOC-29 and health behaviour measurement – Health Behaviour Inventory.

**Results:** Examined patients did not differ from each other in sense of coherence and health behaviour, however they were significantly different as far as the level of resourcefulness, healthy eating habits, preventive behaviour and health practices are concerned.

**Conclusions:** Received results may serve as educational material for medical personnel in order to initiate modification in patient's life style who suffer from circulatory system ailments. It may also be useful to appropriate preparation of patients for cardiosurgical operation, especially the psychological sphere because this sphere plays a significant role.

**Key words:** sense of coherence, healthy behaviour, cardiac surgery.

lować stan zdrowia oraz ocenić stopień zagrożenia chorobami układu krążenia. Szybkie tempo życia utrudnia utrzymanie zachowań prozdrowotnych, które mają szczególnie wpływ na utrzymanie zdrowia, a w chorobach serca warunkują powrót do optymalnego zdrowia. Aaron Antonovsky (1995), twórca koncepcji poczucia koherencji (*sense of cohe-*

rence – SOC), uznaje, że komponent ten wpływa na zdrowie somatyczne i psychiczne. Ludzie o silnym SOC wybierają odpowiednią strategię, najbardziej w ich odczuciu adekwatną do zaistniałego problemu. Osoby mające wysoki poziom SOC potrafią funkcjonować w sposób adaptacyjny, zachowując wysoki poziom zachowań prozdrowotnych. Choroby układu krążenia powodują w życiu człowieka wiele różnych problemów przystosowawczych, a utrzymanie zachowań prozdrowotnych, które są wyznacznikiem powrotu do optymalnego stanu zdrowia, stwarza tej grupie chorych wiele trudności. Rozpoznanie owych zachowań zdrowotnych, a także ewentualna ich modyfikacja mogłyby służyć poprawie stanu zdrowia. Celem badań było określenie poziomu poczucia koherencji oraz zachowań zdrowotnych u pacjentów hospitalizowanych z powodu zabiegu kardiochirurgicznego.

## Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek szerszego projektu analizy jakości życia osób ze schorzeniami układu krążenia. Badania przeprowadzono od września do października 2009 r. w grupie 66 pacjentów Kliniki Kardiochirurgii Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/398/2009). Do zabiegów, jakie zostały wykonane w podanym czasie, należą: wszczepienie pomostów wieńcowo-aortalnych, plastyka i wymiana zastawek serca, a także zabiegi z powodu tętniaków rozwarstwiających aorty. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusz do badania poczucia koherencji (SOC-29) skonstruowany przez Aarona Antonovsky'ego, który służy do pomiaru indywidualnego poczucia koherencji. Skala SOC składa się z 29 pytań pogrupowanych w podskale, odpowiadające trzem elementom poczucia koherencji: zrozumiałości, zaradności i sensowności; inwentarz zachowań zdrowotnych Juczyńskiego (IZZ) zawiera 24 pytania opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Ustala się zachowania sprzyjające zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdro-

wotnych (prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych i pozytywnego nastawienia psychicznego); ankieta konstrukcji własnej odnosi się głównie do danych socjodemograficznych i rodzaju przeprowadzanego zabiegu. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że  $p < 0,05$ . Analizy wykonano przy użyciu pakietu statystycznego STATISTIKA 6.0.

## Wyniki

Analiza danych pokazuje, że wśród badanych przeważali mężczyźni (77,27%). Średnia wieku respondentów wynosiła 64 lata (38–80 lat), dominujący był wiek 72 lat. Większość miała wykształcenie średnie (48,48%), wykształcenie zawodowe miało 22,73% badanych, a wyższe 21,21%. W związkach małżeńskich pozostawało 56,06% respondentów, owdowiali stanowili 25,76%, w mieście mieszkało 48,49%, z rodziną 85%, potomstwo posiadało 80,6%. Z pracy zawodowej utrzymywało się 33,33% badanych, z emerytury i z renty 62,12%. Najczęściej wykonywanym zabiegiem było wszczepianie pomostów aortalno-wieńcowych (81,81%), po 7,58% badanych miało wykonaną plastykę i wymianę zastawek. Najrzadziej wykonywaną procedurą była operacja tętniaka aorty wstępującej (3,03%). Najczęstszym trybem hospitalizacji było przyjęcie planowe (69,7%), przyjęcia nagłe stanowiły 30,3%. Choroba układu krążenia u badanych pacjentów trwała średnio 9,05 roku, przy odchyleniu standardowym 8,79, co wskazuje, że przeciętna długość trwania choroby układu krążenia pacjenta mieściła się w przedziale 0,5–18 lat. Aż 65,52% chorych utrzymywało, że rodzice cierpieli na schorzenia układu krążenia. Wcześniejsze choroby u dziadków zgłaszało 20,69% ankietowanych, 90,91% z nich potwierdzało współistnienie innych chorób. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętni-

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

SOC	Średnia	Dominanta	Odchylenie standardowe	Rozstęp	Minimum	Maksimum
SOC globalny	146,12	160 161	21,38	112	65	177
poczucie zrozumiałości	54,06	57	7,81	41	24	65
poczucie zaradności	51,27	54	7,95	42	22	64
poczucie sensowności	40,94	43 44	6,12	31	19	50

czym (47 osób), chorzy na cukrzycę (18 osób), pacjenci z dolegliwościami układu pokarmowego (14 osób), z chorobami naczyniowymi (12 osób) oraz 7 badanych potwierdzających chorobę nerek. U żadnego z badanych nie występowała choroba nowotworowa ani układu oddechowego.

W tabeli 1. przedstawiono rozkład wyników uzyskanych przez badanych w kwestionariuszu orientacji życiowej. Średnia wyniosła 146,12 pkt na 203 możliwe do uzyskania (65–177 pkt). Dominowały dwie wartości – 160 i 161 pkt. Odchylenie standardowe wyniosło 21,38, co oznaczało, że przeciętny pacjent uzyskał liczbę punktów zawierającą się w przedziale 124,74–167,50. Odchylenie stanowiło 14,63% wartości średniej, co oznaczało, że chorzy nie różnili się istotnie statystycznie poziomem SOC. Spośród trzech składowych kwestionariusza orientacji życiowej, najwyższy poziom uzyskano w poczuciu zrozumiałości – średnia 54,06. Kolejną składową to poczucie zaradności – średnia 51,27. Najniższy wynik dotyczył poczucia sensowności – średnia 3,16. Odchylenie standardowe przy poczuciu zrozumiałości wyniosło 7,81, co oznaczało, że przeciętny pacjent uzyskał średnią w przedziale 46,25–61,87 (24–65). Odchylenie to stanowiło 14,45% wartości średniej, co oznaczało, że chorzy nie różnili się istotnie statystycznie poziomem poczucia zrozumiałości. Odchylenie standardowe przy poczuciu zaradności wyniosło 7,95, tzn. przeciętny pacjent uzyskał średnią w przedziale 43,32–59,22 (22–64). Odchylenie to stanowiło 15,51% wartości średniej, chorzy różnili się zatem istotnie statystycznie poziomem poczucia zaradności. Odchylenie standardowe przy poczuciu sensowności wyniosło 6,12, co oznaczało, że przeciętny pacjent uzyskał średnią w przedziale 34,82–47,06 (19–50). Odchylenie to stanowiło 14,95% wartości średniej, czyli chorzy nie różnili się istotnie statystycznie poziomem poczucia sensowności. Podsumowując – badani różnili się pomiędzy sobą poziomem poczucia zaradności, natomiast nie stwierdzono zróżnicowania w poziomie poczucia koherencji, sensowności i zrozumiałości. Może to znaczyć, że poddane badaniom osoby mają duży potencjał i są zdolne do wpływania na podejmowane decyzje, praktyki, a co za tym idzie – do zwiększenia dbałości o swoje zdrowie.

W tabeli 2. przedstawiono rozkład wyników uzyskanych przez badanych w kwestionariuszu IZZ. Średnia wyniosła 82,79 na 120 możliwych do uzyskania punktów (59–109 pkt). Dominowały cztery wartości – 83, 87, 88 i 93 pkt. Odchylenie standardowe wyniosło 11,06, zatem przeciętny pacjent uzyskał liczbę punktów w przedziale 71,73–93,85. Odchylenie to stanowiło 13,35% wartości średniej, co oznaczało, iż chorzy nie różnili się istotnie statystycznie poziomem IZZ. Spośród czterech składowych inwentarza zachowań zdrowotnych najwyższy poziom uzyskano w pozytywnym nastawieniu psychicznym – średnia 3,81. Następną składową były praktyki zdrowotne – średnia 3,43, zachowania profilaktyczne utrzymywały się na poziomie 3,40. Najniższy wynik zanotowano natomiast w prawidłowych nawykach żywieniowych – średnia 3,16. Odchylenie standardowe przy prawidłowych nawykach żywieniowych wyniosło 0,55, co oznacza, że przeciętny pacjent uzyskał średnią w przedziale 2,61–3,71 (2–4,5). Odchylenie to stanowiło 17,40% wartości średniej, tzn. chorzy różnili się istotnie statystycznie poziomem prawidłowych nawyków żywieniowych. Odchylenie standardowe przy zachowaniach profilaktycznych wyniosło 0,51, co oznaczało, że przeciętny pacjent uzyskał średnią w przedziale 2,89–3,91 (2–4,67). Odchylenie stanowiło 15% wartości średniej, tzn. chorzy różnili się od siebie poziomem zachowań profilaktycznych. Odchylenie standardowe przy pozytywnych nastawieniach psychicznych wyniosło 0,35, co oznaczało, że przeciętny pacjent uzyskał średnią w przedziale 3,46–4,16 (3–4,67). Odchylenie to stanowiło 9,19% wartości średniej, co oznaczało, iż chorzy nie różnili się istotnie statystycznie poziomem pozytywnych nastawień psychicznych. Odchylenie standardowe przy praktykach zdrowotnych wyniosło 0,65, co oznaczało, że przeciętny pacjent uzyskał średnią w przedziale 2,78–4,08 (2,17–4,5). Odchylenie to stanowiło 18,95% wartości średniej, co oznaczało, iż chorzy różnili się istotnie statystycznie poziomem praktyk zdrowotnych. Podsumowując – badani chorzy różnili się pomiędzy sobą prawidłowymi nawykami żywieniowymi, zachowaniami profilaktycznymi oraz praktykami zdrowotnymi. Nie różnili się natomiast ogólnymi zachowaniami zdrowotnymi i prawidłowym nastawieniem

**Tabela 2.** Statystyki opisowe wyników uzyskanych przez osoby badane w inwentarzu zachowań zdrowotnych (IZZ)

IZZ	Średnia	Dominanta	Odchylenie standardowe	Rozstęp	Minimum	Maksimum
zachowania zdrowotne	82,79	83 87 88 93	11,06	50	59	109
prawidłowe nawyki żywieniowe	3,16	2,83 3,17 3,67	0,55	2,5	2	4,5
zachowania profilaktyczne	3,40	3	0,51	2,67	2	4,67
pozytywne nastawienia psychiczne	3,81	3,83	0,35	1,67	3	4,67
praktyki zdrowotne	3,43	3,17	0,65	2,33	2,17	4,5

wieniem psychicznym. Uzyskane wyniki mogą świadczyć o tym, iż w przypadku badanych jedną z głównych przyczyn choroby są nieprawidłowe zachowania zdrowotne. W szczególności uwagę w tym badaniu należy zwrócić na nawyki żywieniowe i zachowania profilaktyczne, które w znaczący sposób wpływają na wystąpienie miażdżycy.

Przeprowadzono również analizę zmiennych socjodemograficznych lub związanych z jednostką chorobową mających pośredni wpływ na różnicowanie poziomu koherencji czy zachowań zdrowotnych. Nie uzyskano wyników istotnych statystycznie, które świadczyłyby o tym, iż płeć miała wpływ na poziom zachowań zdrowotnych czy na poczucie koherencji. Zaobserwowano małe korelacje, które oznaczały słaby wpływ płci na zachowania zdrowotne ( $r = 0,24$ ), prawidłowe nawyki żywieniowe ( $r = 0,23$ ) oraz praktyki zdrowotne ( $r = 0,28$ ). Można wywnioskować, że kobiety bardziej dbają o zachowania zdrowotne oraz mają wyższy potencjał koherencji. Miejsce zamieszkania nie było wyznacznikiem poziomu IZZ oraz SOC, a więc nie odgrywało znaczącej roli w stosowaniu praktyk zdrowotnych. Odnotowano słabą korelację wpływu wieku na poczucie koherencji ( $r = 0,25$ ) i zachowań zdrowotnych ( $r = 0,35$ ). Wyróżniła się także średnia korelacja pomiędzy wiekiem a praktykami zdrowotnymi ( $r = 0,43$ ), co oznacza, że im człowiek starszy, tym wyższy poziom praktyk zdrowotnych. Ludzie starsi wykazują wyższy potencjał odnośnie do stosowania praktyk zdrowotnych i mają wyższy poziom koherencji. Wykształcenie oraz stan cywilny nie miały znaczenia w poziomie poczucia koherencji i zachowań zdrowotnych. Biorąc pod uwagę źródło utrzymania, w czterech przypadkach zaznaczała się słaba korelacja. Im wyższe źródło utrzymania, tym wyższe zachowania zdrowotne ( $r = 0,27$ ) i niższe prawidłowe nawyki żywieniowe ( $r = -0,23$ ), zachowania profilaktyczne ( $r = -0,28$ ) i praktyki zdrowotne ( $r = -0,33$ ). W pozostałych przypadkach korelacja była nieistotna. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że emeryci, renciści ze stałym źródłem utrzymania mają niższy poziom zachowań zdrowotnych w porównaniu z osobami będącymi na utrzymaniu rodziny. Odnotowano słabą korelację pomiędzy czasem trwania choroby a zachowaniami zdrowotnymi ( $r = 0,22$ ), prawidłowymi nawykami żywieniowymi ( $r = 0,25$ )

i praktykami zdrowotnymi ( $r = 0,25$ ). Im dłużej trwała choroba, tym wyższe wartości poszczególnych trzech składowych. Pacjenci chorujący ok. 9 lat i dłużej wykazywali znacznie wyższy poziom zachowań zdrowotnych w porównaniu z osobami, które chorowały krócej. Może to być związane z koniecznością przyjmowania leków, stosowania się do zaleceń lekarskich, częstszego poddawania się badaniom diagnostycznym. Istnienie innych chorób współistniejących nie miało wpływu na poziom SOC i IZZ. Podsumowując – zmienne socjodemograficzne i zmienne związane z chorobą częściowo różnicują istotnie statystycznie zarówno poziom zachowań zdrowotnych, jak i poczucie koherencji u osób kwalifikowanych do zabiegu kardiochirurgicznego. Zmienne socjodemograficzne mogą tylko częściowo różnicować poziom zachowań zdrowotnych, ponieważ tylko płeć, wiek oraz czas trwania choroby wywarły tutaj największy wpływ. Może to świadczyć o tym, iż kobiety, starsze oraz długo chorujące osoby, łatwiej jest przekonać do tego, aby wprowadziły do swojego stylu życia pewne modyfikacje.

Określono związek między poziomem SOC i jego składowymi a zachowaniami zdrowotnymi (tab. 3.). W powyższej tabeli przedstawiono zestawienie współczynników korelacji liniowej Pearsona. Korelacje w poszczególnych składowych były korelacjami ujemnymi o niewielkiej istotności statystycznej i wskazywały, że im wyższe poczucie koherencji, tym niższe zachowania zdrowotne i na odwrót, tzn. im niższe poczucie koherencji, tym wyższe zachowania zdrowotne. Uzyskane wyniki mogą być spowodowane brakiem motywacji do zmiany i dbałości o zdrowie. Powszechnie stosowane praktyki zdrowotne mogą być skutkiem oddziaływania panującej mody, a nie własnych przekonań.

## Omówienie wyników

W dzisiejszym nowoczesnym świecie coraz częściej słyszymy określenie „choroba cywilizacyjna”. To właśnie nowoczesność oraz wygodnictwo doprowadzają do występowania tych chorób, a przede wszystkim do pojawiania się chorób układu krążenia. Miażdżycy, nadciśnienia tętniczego, a w konsekwencji niedokrwienie mięśnia sercowego, zawał i ostra niewydolność krążenia skut-

**Tabela 3.** Współczynniki korelacji pomiędzy poczuciem koherencji (SOC) a zachowaniami zdrowotnymi (IZZ)

Korelacja Pearsona	SOC globalny	Poczucie zrozumiałości	Poczucie zaradności	Poczucie sensowności
Zachowania zdrowotne	-0,30	-0,23	-0,36	-0,26
Prawidłowe nawyki żywieniowe	-0,28	-0,22	-0,32	-0,26
Zachowania profilaktyczne	-0,29	-0,21	-0,36	-0,24
Pozytywne nastawienia psychiczne	-0,29	-0,25	-0,35	-0,20
Praktyki zdrowotne	-0,23	-0,16	-0,27	-0,21

kujące koniecznością przeprowadzenia zabiegu kardiologicznego w celu polepszenia wydolności serca – w ten sposób rozwija się choroba, która stała się przedmiotem przeprowadzonych badań. Skupiono się na zachowaniach zdrowotnych i poczuciu koherencji, jakie reprezentują osoby hospitalizowane w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy w Klinice Kardiologii. W pierwszej kolejności przeanalizowano zależność pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a poczuciem koherencji. Włodarczyk wykazał, iż poczucie koherencji wpływa na poziom zachowań zdrowotnych. Jednocześnie wskazał, iż największy wpływ na zachowania zdrowotne spośród wszystkich komponentów koherencji ma poczucie sensowności, gdyż ma ono znaczenie emocjonalno-motywacyjne, a z kolei najstarszy wpływ wywiera poczucie zaradności. Włodarczyk stwierdził także, że najbardziej różnicującą składową spośród zachowań zdrowotnych są nawyki żywieniowe [1]. Z badań własnych wynika, iż nie ma istotnych zależności pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a poczuciem koherencji. Nie ma w literaturze przedmiotu publikacji, w których byłyby informacje na temat tych dwóch komponentów u osób kwalifikowanych do zabiegu kardiologicznego, dlatego nie można porównać uzyskanych wyników z innymi autorami. Wykazano istnienie zmiennych demograficznych, które mają wpływ na poziom zachowań zdrowotnych oraz poczucie koherencji. Z badań wynika, że płeć ma na nie niewielki wpływ, lecz częściej wyższym poziomem tych zmiennych cechują się kobiety. Do podobnych wniosków doszła Ostrowska, która pisze, iż kobiety częściej są skłonne do podejmowania zachowań zdrowotnych niż mężczyźni [2]. W badaniach własnych nie wykazano wpływu wykształcenia na prowadzony styl życia. Andruszkiewicz stwierdziła natomiast, że im wyższe wykształcenie, tym zachowania zdrowotne korzystniejsze. Wiąże się to ze świadomością i wyższym poziomem wiedzy u tych osób [3]. Podobne obserwacje poczyniono odnośnie do miejsca zamieszkania. W grupie badawczej dominowały osoby pochodzące ze wsi, jednak nie różniły się one istotnie statystycznie od osób pochodzących z miasta. Z kolei Ostrowska i Gniazdowski uważają, że społeczeństwo miejskie jest bardziej zaangażowane w praktyki na rzecz zdrowia [4, 5]. Inną zmienną socjodemograficzną mającą wpływ na omawianą tematykę był wiek. W analizie badań własnych stwierdzono, że wiek miał znaczenie. Im człowiek starszy, tym lepsze zachowania zdrowotne i poczucie koherencji. Szymon i Płotka, badając poziom poczucia koherencji u osób z zaburzeniami nerwicowymi, doszły do wniosku, że wiek nie ma wpływu na poczucie koherencji [6]. Ważnym elementem, który wpływał na oba badane komponenty, był czas trwania choroby. Grupa badawcza składała się z osób, u których średni czas trwania choroby wynosił 9 lat. W badaniach potwierdzono, że osoby chorujące dłużej wykazują lepsze zachowania zdrowotne i mają wyższy poziom poczucia koherencji. Do podobnych wniosków doszła

również Rapacz badająca poczucie koherencji u osób z zespołem stopy cukrzycowej. Autorka potwierdza, że pacjenci chorujący ponad 10 lat mają wyższy poziom koherencji. Jest to związane z tym, że mechanizmy choroby zostały szczegółowo poznane i chorzy potrafią przystosować się do życia w nowej sytuacji [7]. Cechą charakterystyczną aktualnie dokonujących się przemian w dziedzinie zdrowia jest akcentowanie wagi indywidualnych zachowań jako czynnika, od którego zależy utrzymanie zdrowia i jego wzmacnianie. W kwestionariuszu IZZ Luczyńskiego uzyskano średni wynik zachowań zdrowotnych 82,79 pkt. Nie wykazano różnic pomiędzy pacjentami odnośnie do ogólnych wyników. Chorzy różnili się w niewielkim stopniu prawidłowymi nawykami żywieniowymi, zachowaniami profilaktycznymi oraz praktykami zdrowotnymi. W przypadku poczucia koherencji ogólny średni wynik w badanej grupie wyniósł 146,12 pkt. Jest to wynik mieszczący się w granicach normy, jaką podaje Antonovsky (130–160 pkt) [8]. Andruszkiewicz uzyskała odmienne wyniki – poziom poczucia koherencji był niższy od przyjętej normy [3]. Podsumowując – uzyskane wyniki świadczą o tym, iż chorzy kwalifikowani do zabiegu kardiologicznego są bardzo zróżnicowaną grupą, zarówno pod względem socjodemograficznym, jak i uwzględniającym poczucie koherencji i zachowania zdrowotne. Przedstawione wcześniej wyniki statystyczne i wnioski mogą posłużyć jako materiał w celach tworzenia i modyfikacji programów edukacyjnych, w celu niesienia pomocy osobom chorym oraz narażonym na wystąpienie choroby.

## Wnioski

1. Osoby zakwalifikowane do zabiegu kardiologicznego różniły się poziomem poczucia zaradności, a także pod względem prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych oraz praktyk zdrowotnych. Poziom SOC był przeciętny (146,12 pkt), badani deklaruwali antyzdrowoty styl życia.
2. Kobiety częściej miały prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania zdrowotne i dbały o praktyki zdrowotne. Osoby po 63. roku życia wykazywały wyższy poziom zachowań zdrowotnych. Osoby ze stałym źródłem dochodów (emeryci i renciści) wykazywały niższy poziom prawidłowych nawyków żywieniowych. Osoby chorujące 9 lat lub dłużej wykazywały wyższy poziom zachowań zdrowotnych i prawidłowych nawyków żywieniowych.
3. Określenie poziomu SOC i prezentowanych zachowań zdrowotnych u osób z przewlekłą chorobą powinno posłużyć jako wykładnik w planowaniu opieki nad pacjentem na różnych jej etapach. Istnieje potrzeba podjęcia działań ze strony zespołu terapeutycznego o charakterze edukacyjnym, dostosowanych do poziomu i sytuacji życiowej chorych.

## Piśmiennictwo

1. Włodarczyk P. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne. *Lider* 1995; 6: 13-18.
2. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. IFiS PAN, Warszawa 1999.
3. Andruszkiewicz A, Ozmińska A. Zachowania zdrowotne kobiet po mastektomii. *Ann Acad Med Siles* 2005; 59: 4-7.
4. Gniazdowski A. Promocja zdrowia w miejscu pracy w Polsce. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna* 1997; 10-11: 89-97.
5. Ostrowska A. Prozdrowotne style życia. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna* 2001; 20: 7-24.
6. Szymona K, Płotka A. Poczucie koherencji (SOC) a zmienne socjodemograficzne u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin Polonia* 2003; 63: 275-281.
7. Rapacz A, Kózka M, Ogarek M. Edukacja pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej a poczucie koherencji. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15: 44-49.
8. Dolińska-Zygmunt G. Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie. *Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa* 2000; 11-34.