

# STAŁOŚĆ POCZUCIA KOHERENCJI U CHORYCH OPEROWANYCH Z POWODU DYSKOPATII ŁĘDŹWIOWEJ

## Permanence of the sense of coherence in patients operated on for lumbar discopathy



Krystyna Kurowska<sup>1</sup>, Żaneta Suchomska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

<sup>2</sup>Oddział Neurochirurgii i Neurotraumatologii, SPZOZ Wojewódzki Szpital im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2010; 2: 50–56

Adres do korespondencji:

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

### Streszczenie

Poczucie koherencji (*sense of coherence* – SOC) to konstrukt wyjaśniający związek wsparcia ze zdrowiem. Celem pracy było określenie poziomu SOC oraz otrzymywanego wsparcia przed zabiegiem chirurgicznym i po nim u osób z dyskopatią lędźwiową. Przebadano 70 chorych przyjętych w celu przeprowadzenia operacji na Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala im. dr. J. Bizuela. Poczucie koherencji oceniono za pomocą kwestionariusza Antonovsky'ego SOC-29, a pomiar wsparcia społecznego skalą Kmieciak-Baran. Poczucie koherencji i wsparcie zmieniało się u pacjentów pod wpływem traumatycznego przeżycia, jakim był zabieg chirurgiczny. Globalny wynik SOC był niski w pierwszym pomiarze, a wyższy w drugim, co sugeruje uwolnienie się od bólu, jaki towarzyszył chorym od dłuższego czasu trwania choroby. W pierwszym pomiarze największy deficyt dotyczył wsparcia emocjonalnego, co wskazywałoby na niedostateczne przygotowanie psychiczne do zabiegu. Drugi pomiar wykazał obniżenie wszystkich składowych wsparcia, zwłaszcza emocjonalnego, które osiągnęło minimalny poziom, co mogło być wynikiem hospitalizacji czy braku osób bliskich w trudnych sytuacjach życiowych (hospitalizacja).

**Słowa kluczowe:** poczucie koherencji (SOC), wsparcie społeczne, dyskopatia lędźwiowa, zabieg chirurgiczny.

### Wstęp

Choroby kręzka międzykręgowego stanowią istotny problem ze względu na powszechność i fakt występowania tego schorzenia wśród ludzi młodych, aktywnych życiowo i zawodowo. Najpoważniejszymi objawami skłaniającymi neurochirurga do podjęcia decyzji o pilnej operacji są ubytkowe objawy neurologiczne w postaci osłabienia funkcji mięśni kończyn dolnych, zaburzenia funkcji zwieraczy, zaburzenia czucia dotyku

### Summary

The level of the Sense of Coherence (SOC) is an element which explains the relationship between support and health. The aim of the study was to estimate the levels of SOC and social support before the lumbar discopathy surgery and compare the same parameters after the operation. The study included 70 patients with lumbar discopathy, admitted to Neurosurgery and Neurotraumatology ward, Biziel Hospital in Bydgoszcz. The SOC level was assessed using Antonovsky SOC-29 questionnaire and social support was measured using Kmieciak-Baran scale. SOC and social support change after a traumatic experience like a surgery. Global SOC was low in the first measurement and higher in the second, probably because the patients were relieved to have the pain gone as the result of the surgery. In the first measurement the largest deficit was observed in the emotional support, perhaps because the patients were not mentally prepared by medical staff. In the second measurement all components of social support were lower than in the first one. The level of emotional support was minimum. Possible reasons are long hospitalization and lack of relatives in difficult situations.

**Key words:** sense of coherence (SOC), social support, lumbar discopathy, operation.

na kończynach dolnych, jak również bardzo silny zespół bólowy z promieniowaniem do kończyn dolnych [1]. Antonovsky uznaje poczucie koherencji (*sense of coherence* – SOC) za cechę względnie stałą, która kształtuje się w ciągu całego życia człowieka, a ustala się na określonym dla danej osoby poziomie ok. 30. roku życia, czyli w momencie osiągnięcia pełnej stabilizacji życiowej [2]. Definiuje ją jako „globalną orientację człowieka wyrażającą stopień, w jakim człowiek ten ma dominującą, trwałą, choć dynamiczną poczucie pewności, że

bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, przewidywalny i wytłumaczalny, dostępne są zasoby, które pozwolą sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce, wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” [3]. Im silniejsze SOC, tym łatwiej jest ludziom unikać zagrożeń i niebezpieczeństw. Mają większe szanse na zaangażowanie się w działania o charakterze prozdrowotnym i unikanie tych, które są dla zdrowia szkodliwe. Innym istotnym czynnikiem wewnętrznych zasobów, mającym bezpośredni wpływ na zdrowie człowieka, jest wsparcie społeczne. Ludzie otoczeni bliską rodziną, mający przyjaciół, wierzący cieszą się lepszym zdrowiem, łatwiej dają sobie radę w sytuacjach trudnych. Ponoszą mniejsze negatywne konsekwencje sytuacji stresowych. Wsparcie społeczne jest formą dostępnej pomocy dla jednostki w sytuacjach trudnych, płynnie od osób znaczących i grup odniesienia [4]. Celem pracy było określenie, czy poziom SOC i wsparcia społecznego zmieniają się u pacjentów pod wpływem traumatycznego przeżycia, jakim jest zabieg chirurgiczny.

## Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem schorzeń krążka międzykręgowego. Badania przeprowadzono w grupie 70 (35 kobiet i 35 mężczyzn) pacjentów z rozpoznaniem dyskopatii lędźwiowej (od maja 2007 r. do października 2007 r.), przyjętych w celu przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego na Oddział Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala im. dr. J. Bizziela, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/213/2007). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusz do badania poczucia koherencji (SOC-29) autorstwa Antonovsky'ego, skalę wsparcia społecznego Kmieciak-Baran oraz ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów naszego życia.

Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Szacowania różnic dokonano na podstawie testu *t*-Studenta dla zmiennych dychotomicznych oraz za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji testu *F* Fishera – dla zmiennych wielowariantowych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że  $p < 0,05$ . Analizy wykonano, wykorzystując pakiet statystyczny STATISTIKA 6.0.

## Wyniki

Z analizy danych wynika, że średnia wieku badanych osób wynosiła 47 lat, większość z nich pozostawała

w związkach małżeńskich (77%) i miała wykształcenie zawodowe (43%) bądź średnie (42%). Osoby w badanej grupie przeważnie pracowały fizycznie. Co charakterystyczne, ponad 34% respondentów było nieaktywnych zawodowo, tylko dla 62% badanych źródłem utrzymania była praca zawodowa. Pozostałe osoby miały rentę (17,5%) lub inne świadczenia – emeryturę lub zasiłek (10%). U znaczącej większości badanych (67%) choroba trwała kilka lat. Ponad połowa z nich (57%) była poddawana leczeniu zachowawczo-ambulatoryjnemu, 33% osób wskazywało na leczenie zachowawcze – szpitalne, a tylko 10% było wcześniej leczonych operacyjnie. Z praktyk niekonwencjonalnych sporadycznie korzystało 47% pacjentów, a 13% systematycznie. Większość badanych (67%) nie była aktywna fizycznie. Badania przeprowadzono w dwóch etapach, I etap odbywał się dzień przed zabiegiem, II w 6. dobie po zabiegu.

Wśród badanych w pierwszym pomiarze najwyższy poziom występował w przypadku zrozumiałości, niższy w zaradności i najniższy w sensowności, przy czym to zrozumiałość była zdecydowanie dużo wyższa niż w jakimkolwiek innym pomiarze. Globalny poziom SOC wyniósł 111 pkt (niski poziom), rozpiętość wśród badanych – 96–139 pkt. Odchylenie standardowe równe 6,36 oznaczałoby, że wyniki przeciętne oscylowały w granicach 105–117 pkt. Są to bardzo niskie wyniki w odniesieniu do innych norm. Jeśli chodzi o drugi pomiar, w tym przypadku widoczne były nieco wyższe wyniki w zakresie zrozumiałości i zaradności, sensowność – obniżona, natomiast globalne SOC w ogóle było wyższe (113 pkt). Najniższy poziom wsparcia zauważalny był dla wsparcia emocjonalnego. W drugim pomiarze odnotowano obniżenie wszystkich czynników, co oznacza, że po zabiegu te czynniki były niższe. Żaden z badanych nie wskazywał, że otrzymał maksymalny poziom wsparcia, w przypadku wsparcia emocjonalnego w drugim pomiarze odnotowano minimalny poziom. We wszystkich wymiarach (tab. 1) poza sensownością stwierdzono różnicę istotną statystycznie, zrozumiałość w pierwszym pomiarze była niższa niż zrozumiałość w drugim pomiarze ( $t = -3,4245$ ;  $p < 0,0010$ ). Podobnie było w przypadku zaradności w pierwszym pomiarze, była ona niższa niż w drugim ( $t = -2,6222$ ;  $p < 0,0107$ ), w sensowności tendencji takiej nie zaobserwowano. Globalne SOC w drugim pomiarze było wyższe ( $t = -3,0858$ ;  $p < 0,0029$ ). Wynika z tego, że zabieg chirurgiczny był wytłumaczalny i nie spowodował obniżenia SOC. Różnice takie stwierdzono dla wszystkich wymiarów wsparcia (tab. 2.), w przypadku wsparcia wartościującego przed zabiegiem badani odczuwali wyższy jego poziom (19,1). W przypadku wsparcia emocjonalnego również widoczna była taka tendencja i to we wszystkich wymiarach, czyli wsparcie informacyjne, instrumentalne za każdym razem było niższe po zabiegu. Analizując, o ile wewnętrzna konstrukcja badanych była korzystniejsza z czasem, zabiegiem, edukacją, to jednak dostrzegali oni niedostatki wsparcia

wówczas, kiedy go najbardziej potrzebowali, czyli kiedy nie byli samodzielni, tj. zaraz po zabiegu.

Istniała duża zależność (tab. 3.) w przypadku zrozumiałości w pierwszym pomiarze, pomiędzy zrozumiałością a sensownością w drugim pomiarze i globalnym poziomem SOC. Zrozumiałość była zgodna, czyli jak jedna rosta, to rosta również druga. U osób, u których występowała wysoka zrozumiałość w drugim pomiarze, okazało się, że spadała sensowność. Związek z SOC globalnym był zgodny w drugim pomiarze, co by oznaczało, że przy dużej zrozumiałości w pierwszym pomiarze występowało duże SOC globalne w drugim pomiarze. Jeśli chodzi o zaradność, to zaradność z pierwszego pomiaru ze zrozumiałością z drugiego pomiaru korelowała istotnie statystycznie, ale przeciwnie. Wysoka zaradność w pierwszym pomiarze powodowała zatem, że zrozumiałość w drugim pomiarze osiągała niskie wartości. Zaradność korelowała wysoko pomiędzy tymi dwoma pomiarami. Wszystkie związki tej samej zmiennej, czyli zrozumiałość, zaradność, sensowność oraz ogólny poziom SOC pomiędzy jednym a drugim pomiarem, były związkami silnymi. Sensowność w pierwszym pomiarze ze zrozumiałością w drugim pomiarze korelowały ujemnie, czyli

bardzo podobnie jak zrozumiałość w pierwszym pomiarze z sensownością w drugim, te dwie zmienne jakby nawzajem się znosiły. Globalny poziom SOC przeciętnie korelował ze zrozumiałością, z zaradnością i silnie z globalnym SOC w drugim pomiarze. Pacjenci poddani zabiegowi chirurgicznemu byli narażeni na silny stres, z tego powodu wszystkie związki tej samej zmiennej, czyli zrozumiałość, zaradność i sensowność, w obu pomiarach były związkami silnymi.

Wsparcie wartościujące, emocjonalne, informacyjne i instrumentalne (tab. 4.) były ze sobą związane między pierwszym a drugim pomiarem. Siła związku była bardzo różna, dla wsparcia wartościującego był to związek przeciętny, podobnie dla instrumentalnego, a dla informacyjnego i emocjonalnego był to związek wysoki. Wsparcie wartościujące okazało się też istotnie związane ze wsparciem emocjonalnym w drugim pomiarze. Wsparcie emocjonalne w pierwszym pomiarze okazało się mocno związane z informacyjnym i instrumentalnym. Wsparcie informacyjne w pierwszym pomiarze okazało się związane ze wsparciem emocjonalnym, informacyjnym i instrumentalnym w drugim pomiarze. Wsparcie instrumentalne w pierwszym pomiarze było związane tylko

**Tabela 1.** Różnice w pomiarach (I i II) między badanymi w zakresie poczucia koherencji (SOC) i jego składowych

	Średnia	Odchylenie standardowe	t	df	p
zrozumiałość I	46,92	6,15	-3,4245	69	0,0010
zrozumiałość II	48,55	7,27			
zaradność I	33,70	3,83	-2,6222	69	0,0107
zaradność II	34,58	3,40			
sensowność I	30,62	3,33	1,6864	69	0,0962
sensowność II	30,15	3,44			
SOC globalne I	111,25	6,36	-3,0858	69	0,0029
SOC globalne II	113,30	6,84			

**Tabela 2.** Różnice w pomiarach (I i II) między badanymi w zakresie wsparcia społecznego

Wsparcie	Średnia	Odchylenie standardowe	t	Df	p
wartościujące I	19,10	1,62	3,3837	69	0,0011
wartościujące II	18,40	1,65			
emocjonalne I	14,91	4,63	4,7183	69	0,0001
emocjonalne II	13,25	5,17			
informacyjne I	20,34	1,53	3,4797	69	0,0008
informacyjne II	19,81	1,56			
instrumentalne I	19,51	1,17	2,2293	69	0,0290
instrumentalne II	19,12	1,28			

Tabela 3. Związek między poczuciem koherencji (SOC) i jego składowymi w obu pomiarach

	Zrozumiałość II	Zaradność II	Sensowność II	SOC globalne II
Zrozumiałość I	$r = 0,8374$ $p = 0,0001^*$	$r = -0,1377$ $p = 0,256$	$r = -0,4287$ $p = 0,0001^*$	$r = 0,6059$ $p = 0,0001^*$
Zaradność I	$r = -0,3242$ $p = 0,0006^*$	$r = 0,7011$ $p = 0,0001^*$	$r = 0,2063$ $p = 0,0870$	$r = 0,1078$ $p = 0,0374$
Sensowność I	$r = -0,4091$ $p = 0,0001^*$	$r = 0,1024$ $p = 0,0399$	$r = 0,7630$ $p = 0,0001^*$	$r = 0,0005$ $p = 0,0997$
SOC globalne I	$r = 0,3998$ $p = 0,0001^*$	$r = 0,3427$ $p = 0,0004^*$	$r = 0,1096$ $p = 0,0366$	$r = 0,6507$ $p = 0,0001^*$

\* $p < 0,05$ 

Tabela 4. Związek między wsparciem społecznym w obu pomiarach

Wsparcie	Wartościujące II	Emocjonalne II	Informacyjne II	Instrumentalne II
Wartościujące I	$r = 0,4431$ $p = 0,0001^*$	$r = -0,2788$ $p = 0,0190$	$r = -0,0211$ $p = 0,8620$	$r = 0,0840$ $p = 0,4890$
Emocjonalne I	$r = -0,1466$ $p = 0,2260$	$r = 0,8261$ $p = 0,0001^*$	$r = 0,3877$ $p = 0,0001^*$	$r = 0,2939$ $p = 0,0140$
Informacyjne I	$r = -0,0778$ $p = 0,5220$	$r = 0,2704$ $p = 0,024$	$r = 0,6628$ $p = 0,0001^*$	$r = 0,3678$ $p = 0,0020$
Instrumentalne I	$r = -0,0030$ $p = 0,9800$	$r = 0,1351$ $p = 0,265$	$r = 0,0842$ $p = 0,4880$	$r = 0,3105$ $p = 0,0090$

\* $p < 0,05$ 

i wyłącznie z instrumentalnym w drugim pomiarze, natomiast z pozostałymi już nie wykazywało związków. Wyniki mogą świadczyć o tym, że badana grupa otrzymuje wsparcie w każdej sytuacji życiowej. Hospitalizacja i zabieg chirurgiczny nie wpływają na zmianę oczekiwanego i otrzymywanego wsparcia.

Na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji testu F Fischera i poziomu istotności określono, że istotne różnice występowały tylko dla wsparcia instrumentalnego w drugim pomiarze ( $F = 4,8349$ ,  $p < 0,0312$ ). Kobiety miały niższy poziom wsparcia instrumentalnego niż mężczyźni. Pozostałe zmienne nie były istotne statystycznie. Wyniki mogą świadczyć o zróżnicowaniu psychiki kobiet i mężczyzn. Mężczyźni mogli podchodzić praktyczniej do leczenia operacyjnego, natomiast kobiety są bardziej emocjonalne. Wiek różnicował rozumiałość ( $F = 2,8920$ ;  $p < 0,0204$ ) i sensowność ( $F = 4,4214$ ;  $p < 0,0016$ ) w pierwszym pomiarze oraz rozumiałość ( $F = 4,1011$ ;  $p < 0,0027$ ) i sensowność ( $F = 3,5926$ ;  $p < 0,0063$ ) w drugim pomiarze. Można znaleźć pewną tendencję do obniżania się średniej rozumiałości z pierwszego pomiaru w zależności od wieku, tzn. im wyższy

wiek, tym zazwyczaj spadał poziom rozumiałości, sensowność natomiast wraz z wiekiem w pierwszym pomiarze rosła. Jeśli idzie o rozumiałość w drugim pomiarze, ewidentnie widać malejącą tendencję. Sensowność wykazywała pewne wahania, obniżała się, by później znowu wzrosnąć. Wyniki mogą świadczyć o tym, że im pacjenci starsi, tym trudniej zrozumieć im sytuację, w której się znaleźli, tzn. hospitalizację, konieczność operacji. Sensowność natomiast rośnie z wiekiem, co może mieć związek z doświadczeniem życiowym. Różnice wykazano w zakresie wsparcia informacyjnego ( $F = 3,6841$ ;  $p < 0,0303$ ) oraz wsparcia emocjonalnego w drugim pomiarze ( $F = 3,2932$ ;  $p < 0,0432$ ). Wsparcie informacyjne w pierwszym pomiarze było najwyższe u wdowców, niższe w stanie wolnym, jeszcze niższe u żonatych. Wsparcie emocjonalne u osób stanu wolnego było najwyższe, nieco niższe u wdowców, a najniższe u osób zamężnych. Wyniki takie mogą świadczyć o tym, że osoby zamężne były silnie emocjonalnie związane z rodziną, bliskimi. Hospitalizacja i zabieg chirurgiczny spowodowały obniżenie wsparcia emocjonalnego. Istotne statystycznie różnice były widoczne dla rozumiałości

w pierwszym ( $F = 10,2071$ ;  $p < 0,0001$ ) i drugim pomiarze ( $F = 9,8928$ ;  $p < 0,0001$ ), dla sensowności w pierwszym ( $F = 7,5633$ ;  $p < 0,0002$ ) oraz drugim pomiarze ( $F = 5,9526$ ;  $p < 0,0011$ ). Wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastała zrozumiałość, jednocześnie malała sensowność w pierwszym pomiarze. W przypadku zrozumiałości wraz z wykształceniem zrozumiałość rośnie, natomiast sensowność malała. Wyniki świadczą o tym, że osoby wykształcone mają wyższe SOC. Zrozumiałość ( $F = 15,4979$ ;  $p < 0,0003$ ) i sensowność ( $F = 7,2208$ ;  $p < 0,0014$ ) w pierwszym pomiarze oraz zrozumiałość ( $F = 15,5712$ ;  $p < 0,0003$ ) i sensowność ( $F = 6,6370$ ;  $p < 0,0023$ ) w drugim pomiarze, a także globalne SOC ( $F = 5,4029$ ;  $p < 0,0066$ ) różnicują badanych. Osoby wykonujące pracę umysłową miały wyższy poziom zrozumiałości, ale jednocześnie najniższy poziom sensowności w pierwszym pomiarze. Jeżeli chodzi o zrozumiałość w drugim pomiarze, grupa badanych wykonujących pracę umysłową miała najwyższy poziom zrozumiałości, a najniższy poziom sensowności. Globalnie poziom SOC u osób pracujących umysłowo był wyższy niż u osób pracujących fizycznie, najniższy poziom wskazywała grupa nieaktywna zawodowo. Widoczne były różnice w zależności od źródła utrzymania (praca zawodowa, renta, emerytura i zasiłek). Różnice dotyczyły m.in. zrozumiałości ( $F = 7,7220$ ;  $p < 0,0001$ ), zaradności ( $F = 2,8963$ ;  $p < 0,0416$ ), sensowności ( $F = 7,0444$ ;  $p < 0,0003$ ) w pierwszym pomiarze, zrozumiałości ( $F = 8,7222$ ;  $p < 0,0005$ ), sensowności ( $F = 5,2830$ ;  $p < 0,0025$ ) i SOC w drugim pomiarze ( $F = 2,7723$ ;  $p < 0,0483$ ). Wsparcie nie było do tej pory różnicowane przez te zmienne. Osoby, które utrzymywały się z pracy zawodowej, miały najwyższy poziom zrozumiałości (49,2) ze wszystkich badanych, chociaż te osoby, które były na zasiłku (45,2) również cechowały się stosunkowo wysokim poziomem tej składowej SOC. Jeśli chodzi o zaradność, najbardziej zaradne były osoby, które pozostawały na rencie (35,2) bądź emeryturze (36,2), nieco niższe wartości stwierdzono u osób utrzymujących się z pracy zawodowej (33,06), natomiast najniższe u mających zasiłek (31). Poziom sensowności był najwyższy u osób na emeryturze (35,2), później u osób będących na zasiłku (32,2), następnie u osób będących na rencie (31,7) i u osób pracujących zawodowo (29,5). Zrozumiałość w drugim pomiarze przyjmowała najwyższe wartości u osób pracujących (51,4), niższe u osób, które były na zasiłkach (47,5), natomiast porównywalne u tych na emeryturze (42) i rencie (43,3) – na najniższym poziomie. Najwyższa sensowność występowała u osób na emeryturze (34), następnie u osób utrzymujących się z zasiłku (32,2) i renty (31,2), natomiast najniższy poziom odnotowano u osób pracujących zawodowo (29,1). Globalny poziom SOC w drugim pomiarze najwyższe wartości osiągał u osób, które pracowały zawodowo (115,04), natomiast w pozostałych trzech grupach, czyli u osób na rencie, emeryturze i nieaktywnych zawodowo był on niższy, ale niemal identyczny

– było to 110 pkt z różnicą w dziesiętnych punktach. Wyniki sugerują, że osoby czynne zawodowo wykazały wyższy poziom SOC, co jest to dowodem na to, że praca uszlachetnia i pozwala się realizować. Im dłużej trwała choroba, tym – wydawałoby się – poziom SOC powinien się obniżać bądź podwyższać. W przypadku zrozumiałości takiej tendencji jednorazowej nie zaobserwowano, ale na pewno osoby, które chorowały kilka miesięcy miały wyższy poziom SOC od tych, które chorowały kilka lat. Może z tego wynikać, że długo utrzymujący się ból wpływał na obniżenie SOC. Jeżeli chodzi o sensowność, tu również nie można znaleźć jednej spójnej tendencji. Sensowność była wyższa w grupie, która chorowała kilka lat, niż w tej, która chorowała kilka miesięcy, najniższy poziom sensowności stwierdzono w grupie chorującej rok. W drugim pomiarze widać ewidentnie taką samą tendencję, przy czym te osoby, które chorowały kilka miesięcy i rok, miały nieco niższe wyniki niż w pierwszym pomiarze. Jeżeli chodzi o poziom wsparcia, to osoby, które chorowały kilka miesięcy, otrzymywały zdecydowanie więcej wsparcia emocjonalnego niż osoby, które chorują rok lub kilka lat. Wskazuje to, że w tym czasie były podtrzymywane na duchu, natomiast później więzi emocjonalne ze znaczącymi osobami wygasają. W zależności od tego, czy ktoś był leczony zachowawczo, ambulatoryjnie, szpitalnie bądź operacyjnie, różne było poczucie zrozumiałości. Osoby leczone ambulatoryjnie miały wyższy poziom zrozumiałości niż osoby leczone zachowawczo szpitalnie, natomiast najniższy poziom wskazywali badani leczeni operacyjnie. W przypadku sensowności było zupełnie odwrotnie, osoby leczone zachowawczo ambulatoryjnie miały najniższy poziom sensowności, nieco wyższy pacjenci leczeni zachowawczo szpitalnie, najwyższy zaś występował u respondentów leczonych operacyjnie. Wyniki mogą świadczyć o tym, że pacjenci hospitalizowani mieli niższy poziom zrozumiałości z powodu izolacji od rodziny i najbliższych. Sensowność natomiast rośnie, ponieważ badani byli przekonani, że zabieg chirurgiczny był jedyną szansą na uwolnienie się od bólu przewlekłego i powrót do pełnienia funkcji w społeczeństwie. Wsparcie było statystycznie różne – jeżeli ktoś nie praktykował niekonwencjonalnych sposobów leczenia, miał wyższy poziom wsparcia. Jeżeli chodzi o wsparcie o charakterze informacyjnym, wraz ze wzrostem częstości korzystania z praktyk niekonwencjonalnych rosło wsparcie informacyjne. Jeśli chodzi o wsparcie emocjonalne, tutaj prostych tendencji nie można się dopatrzeć. Wyniki mogą świadczyć o tym, że niekonwencjonalne sposoby leczenia nie pomagały badanym wyleczyć się z choroby, ale obniżały poziom wsparcia. Osoby korzystające z praktyk niekonwencjonalnych pogłębiały natomiast wiedzę i rosło u nich wsparcie informacyjne. Sposób spędzania czasu wolnego różnił badanych, różna była zrozumiałość w pierwszym pomiarze. Osoby, które były nieaktywne lub ćwiczyły spo-

radycznie, miały niższy poziom zrozumiałości niż te, które ćwiczyły systematycznie. Dokładnie taka sama tendencja dotyczyła zrozumiałości w II pomiarze, jeśli chodzi o sensowność w drugim pomiarze to tendencja była odwrotna, sensowność spadała. W przypadku globalnego SOC wraz z częstością ćwiczeń wzrastał również poziom ich SOC, ale tylko w drugim pomiarze, w pierwszym nie miało to znaczenia dla badanych. Wyniki mogą świadczyć o tym, że pacjenci aktywni fizycznie rozumieją konieczność wzmacniania siły mięśni, które utrzymują kręgosłup i zmniejszają ryzyko zwyrodnień. Sensowność spadała prawdopodobnie dlatego, że mimo aktywności fizycznej badana grupa zachorowała. Poczucie koherencji było wyższe u aktywnych fizycznie, co może świadczyć o tym, że ćwiczenia fizyczne wzmagają zaradność, sensowność i zrozumiałość.

## Omówienie wyników badań

Badania miały na celu odpowiedzenie na pytanie, czy poziom SOC i wsparcia społecznego zmienia się u pacjentów pod wpływem traumatycznego przeżycia, jakim jest zabieg chirurgiczny. Operacja odbywa się w obrębie kanału kręgowego i polega na usunięciu wypukliny krążka międzykręgowego uciskającego na korzeń nerwowy. Wnioski uzyskane z niniejszej pracy są trudne do porównania, ponieważ w piśmiennictwie dotychczas zagadnienia tego nie podejmowano. Badania mają charakter nowatorski, konieczna jest dłuższa obserwacja w tym zakresie oraz znacznie większa liczba pacjentów poddanych badaniom. Antonovsky uznaje SOC za cechę względnie stałą, która kształtuje się w ciągu całego życia człowieka, a ustala się na określonym dla danej osoby poziomie ok. 30. roku życia, czyli osiągnięcia przez niego pełnej stabilizacji życiowej [3]. W swych badaniach dowodzi pewne odstępstwa potwierdzające regułę, możliwe jest przejściowe obniżenie globalnego SOC w związku z wystąpieniem sytuacji trudnej, jaką jest wystąpienie choroby. Po pewnym czasie możliwy jest powrót do wyjściowego poziomu SOC, co wiąże się z uruchomieniem wewnętrznych zasobów i poradzeniem sobie z problemami, jakie niesie choroba. Z badań wynika, że składowe SOC zmieniają się w badanej grupie pod wpływem silnego, emocjonalnego przeżycia, jakim był zabieg chirurgiczny. Najwyższy poziom występował w pierwszym pomiarze zrozumiałości, niższy zaradności, a najniższy sensowności. Zrozumiałość była zdecydowanie dużo wyższa niż w jakimkolwiek innym pomiarze. Globalny poziom SOC – 111 – w grupie badanych pacjentów był niski, najniższy wynik wynosił 96, najwyższy 139. Odchylenie standardowe równe 6,36 oznaczałoby, że przeciętne wyniki oscylowały w granicach od 105 do 117 pkt; są to bardzo niskie wyniki. Zakres pełnej 29-ite-mowej skali SOC wynosił 29–203 pkt, otrzymane wyniki potwierdzają, że zabieg chirurgiczny wpływał trau-

matycznie na życie człowieka. W drugim pomiarze wyniki z zakresu zrozumiałości i zaradności były nieco wyższe, sensowność była nieznacznie obniżona, natomiast globalne SOC było wyższe niż w pierwszym pomiarze. Prawdopodobnie zabieg chirurgiczny dla badanej grupy był na tyle wytłumaczalny, że mimo pojawienia się wahań, nie obniżyło to globalnego SOC. Pacjenci poddawani drugiemu pomiarowi byli w 6. dobie po zabiegu, nie znajdowali się pod wpływem stresu czy negatywnych emocji związanych z operacją. Badane osoby wracały do pełnej stabilizacji życiowej. W przypadku chorób przewlekłych, które w opinii badanych nie zagrażają bezpośrednio ich życiu, są one nieznacznie obniżone. Specyfika choroby przewlekłej wskazuje na istnienie u chorych stanu nieustannej niepewności co do rozwoju choroby [5].

W dalszej analizie zbadano poziom otrzymywanego i oczekiwanego wsparcia społecznego. Maksymalny teoretyczny wynik ogólny wynosi 120–124 pkt. Maksymalny wynik dla każdego typu wsparcia wynosi 30 pkt. Niższy poziom wykazała grupa badanych dla wsparcia emocjonalnego, więcej punktów odnotowano w zakresie wartościującego, instrumentalnego i informacyjnego. W drugim pomiarze dochodziło do obniżenia wszystkich czynników. Wydaje się, że zabieg chirurgiczny był na tyle trudną sytuacją, że oczekiwania wsparcia społecznego były dużo wyższe niż otrzymywane. Przedstawione wyniki wskazywały, że w drugim pomiarze deficyt wsparcia emocjonalnego był większy niż w pierwszym – jego skuteczność była mniejsza od rzadziej oczekiwanego wsparcia informacyjnego i instrumentalnego, ludzie w stresujących sytuacjach wymagają bowiem silnego wsparcia emocjonalnego. Deficyt wsparcia emocjonalnego mógł wynikać z ograniczenia samodzielności po zabiegu chirurgicznym, gdy badani potrzebowali najwięcej tego wsparcia. Istnieje niewiele wyników porównań, z użyciem narzędzia Kmieciak-Baran [6], w odniesieniu do ludzi dorosłych. Na podstawie wielkości skali można stwierdzić, że uzyskane w ramach niniejszej pracy wyniki ogólnego wsparcia społecznego i w poszczególnych typach były wyjątkowo niskie.

Kolejna grupa problemów dotyczyła tego, czy poszczególne zmienne z ankiety różnicowały poziom SOC i wsparcie w badanych grupach. Pierwszy problem badawczy stanowiło zagadnienie, czy płeć różnicuje SOC w obu pomiarach – autorki niniejszej pracy założyły, że istniały takie różnice. Na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji testu F Fischera i poziomu istotności można określić, że istotne różnice występowały tylko dla wsparcia instrumentalnego w drugim pomiarze ( $F = 4,8349; p < 0,0312$ ). Kobiety miały niższy poziom wsparcia instrumentalnego niż mężczyźni, pozostałe zmienne nie były istotne statystycznie. Wyniki mogą sugerować różnice w psychice kobiet i mężczyzn. Kobiety są bardziej emocjonalne, natomiast mężczyźni praktyczniej podchodzą do leczenia operacyjnego. Odnosząc się do wpływu SOC na radzenie sobie w zależności od płci, wyniki

tej pracy znacząco różniły się od wyników badań uzyskanych przez Słowika [7]. Z powyższych badań wynika, że poczucie koherencji było znacząco wyższe w grupie mężczyzn, stopień poczucia zrozumiałości i zaradności również znacząco wyższy w grupie mężczyzn, przy równoczesnym braku różnic w zakresie stopnia poczucia sensowności. Kobiety częściej stosowały emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem, natomiast mężczyźni częściej styl zadaniowy. Mężczyźni częściej stosowali sposoby radzenia sobie ze stresem polegające na koncentracji na zadaniu, natomiast kobiety sposoby polegające na akceptacji, odpowiedzialności (obwinianiu siebie za zaistniałą sytuację). Zaobserwowano także tendencję do częstszego u mężczyzn niż u kobiet stosowania sposobów radzenia sobie polegających na modyfikacji działania [7]. Wykształcenie różnicowało poziom SOC i wsparcie społeczne w obu pomiarach, istotne statystycznie różnice były widoczne dla zrozumiałości i sensowności w obu pomiarach. Wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastała zrozumiałość i jednocześnie malała sensowność w pierwszym pomiarze. W przypadku zrozumiałości wraz z wykształceniem zrozumiałość w drugim pomiarze rosła, natomiast malała sensowność. Było to związane z wiekiem – można powiedzieć, że wraz z wiekiem ludzie nabywają doświadczenia, dlatego podobnie jak wykształcenie ta zmienna miała znaczenie. Z badań wynika, że osoby z wyższym wykształceniem miały wyższe poczucie koherencji. Zgodnie z koncepcją Antonovsky'ego osoby o silnym poczuciu koherencji łatwiej unikają zagrożeń i niebezpieczeństw, częściej traktują stresory jako wyzwanie, któremu trzeba sprostać, wykazują instrumentalne podejście do problemu, chętniej i łatwiej mobilizują zasoby odpornościowe, dobierają sposoby radzenia ze stresem odpowiednie do danej sytuacji, dzięki czemu prezentują bardziej zdrowy model funkcjonowania. Poczucie koherencji jest czynnikiem intrapsychoicznym, który wpływa na funkcjonowanie człowieka w różnych obszarach jego życia [8].

## Wnioski

1. Poziom poczucia koherencji i wsparcia społecznego zmieniał się u pacjentów pod wpływem traumatycznego przeżycia, jakim był zabieg chirurgiczny. Globalny wynik SOC badanej grupy pacjentów był bardzo niski, przeciętne wyniki w pierwszym pomiarze zawierały się w przedziale 105–117 pkt. W drugim pomiarze chorzy deklarowali wyższy poziom SOC, co mogło być wynikiem uwolnienia się od bólu, jaki towarzyszył im od dłuższego czasu.
2. Poziom wsparcia społecznego w badanej grupie był obniżony. W pierwszym pomiarze największy deficyt dotyczył wsparcia emocjonalnego, co może świadczyć o niedostatecznym przygotowaniu psychicznym pacjentów do zabiegu chirurgicznego. Drugi pomiar

wykazał obniżenie wszystkich składowych wsparcia społecznego, zwłaszcza emocjonalnego, które osiągnęło minimalny poziom. Zapewne było to wynikiem hospitalizacji i braku obecności osób bliskich w trudnych sytuacjach życiowych.

## Piśmiennictwo

1. Trautsolt W. Choroba krążka międzykręgowego – dyskopatia lędźwiowa. *Neurochirurgia* 1995; 8: 36-9.
2. Bień A, Wrońska I. Poczucie koherencji kobiet a czynniki społeczno-demograficzne. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2005; 3: 11-3.
3. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. IPN, Warszawa 1995; 34.
4. Jaworowska-Obtój Z, Skuza B. Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych. *Przeł Psychol* 1986; 3: 733.
5. Kurowska K, Wrońska I. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne u chorych z miażdżycą tętnic dolnych. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2005; 1: 31-5.
6. Kmiecik-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przeł Psychol* 1995; 38: 201.
7. Słowik P, Wysocka-Pleczyk M. Wpływ poczucia koherencji na radzenie sobie w zależności od płci. *Sztuka Leczenia* 1999; 3: 84.
8. Andruszkiewicz A, Wrońska I. Poczucie koherencji a typ zachowań związanych z pracą. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 5: 47-51.