

Poczucie koherencji w grupie kobiet poddanych koronarografii

The sense of coherence in women undergoing coronary arteriography

Magdalena Piegza¹, Karina Badura-Brzoza¹, Robert Pudło¹,
Jacek Piegza², Łukasz Kunert¹, Izabela Jaworska², Jarosław Sobiś¹,
Michał Błachut¹, Piotr W. Gorczyca¹

¹Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii ŚUM w Tarnowskich Górach
Kierownik: dr hab. n. med. P.W. Gorczyca

²III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii ŚCCS w Zabrze
Kierownik: prof. dr hab. n. med. L. Poloński

Summary

Aim. The examination referred to two groups of female patients: with and without significant coronary stenoses in coronarography. There were two stages of the examination: before and 6-9 months after coronarography. The factor dividing patients into two groups: without significant atheromatosis and with coronary atheromatosis, was the result of invasive diagnostics of coronary heart disease.

Methods. The sense of coherence scale (SOC-29) and sociodemographic questionnaires were used to evaluate the condition of the two groups.

Results. In group of patients with irrelevant coronary stenoses statistically lower values of sense of comprehension were noticed in the first and the second examination and also statistically lower values of sense of manage were observed, comparing to the group of patients with significant stenoses. The initial value of general coherence was comparable in both groups and did not significantly change in 6-9 months after coronarography. The characteristic parameters: lack of social support, intensity of depressiveness and anxiety before getting information about necessity of coronarography and worse education were connected with lower sense of coherence.

Conclusions. The baseline strength of the total sense of coherence was not different between groups. Patients with no significant stenosis of coronary arteries demonstrate a lower sense of comprehensibility before and after the coronary arteriography and lower sense of manageability after the procedure compared to the group of patients with significant atherosclerotic lesions. No social support, tendency for depression and anxiety and lower level of education were associated with lower sense of coherence in both groups.

Słowa kluczowe: choroba niedokrwienna serca, poczucie koherencji, kardiologiczny zespół X
Key words: coronary artery disease, sense of coherence, cardiac syndrome X

Wstęp

Pod koniec lat 70. ub. wieku zwrócono szczególną uwagę na odrębności choroby niedokrwiennej serca u kobiet. Do tamtej pory panowało przekonanie o mniejszej zapadalności i łagodniejszym jej przebiegu u płci żeńskiej [1]. Okazało się jednak, że istnieją rozbieżności dotyczące epidemiologii, rozpoznawania, patomechanizmu, przebiegu, rokowania i prawdopodobnie oddziaływania leków w chorobie niedokrwiennej serca u kobiet w porównaniu z mężczyznami [2, 3]. U kobiet cierpiących na chorobę niedokrwinną serca występują mniej typowe objawy kliniczne choroby w porównaniu z mężczyznami. Bóle w klatce piersiowej zdarzają się częściej i są one częściej nietypowe. Niejednokrotnie same zainteresowane mają problemy z określeniem charakteru i opisem dolegliwości bólowych [4, 5]. Ból znacznie słabiej koreluje z istotnymi zmianami w tętnicach nasierdziowych. U kobiet z nietypowymi bólami, nawet przy dodatnim wyniku elektrokardiograficznej próby wysiłkowej, rzadko stwierdza się istotne zmiany w koronarografii, u części z nich diagnozuje się tzw. kardiologiczny zespół X [6]. Jest on uważany za jedną z postaci choroby niedokrwiennej serca. Pacjenci skarżą się na ból w klatce piersiowej, a skargi są niewspółmierne do stwierdzanych obiektywnie zmian w naczyniach. Być może istotnym czynnikiem etiologicznym ww. zespołu są trudności natury psychicznej [7, 8]. W badaniach przeprowadzonych w ramach Coronary Artery Surgery Study (CASS), u kobiet z dodatnim wynikiem próby wysiłkowej koronarografia potwierdziła zmiany u zaledwie 50% badanych [9, 10]. W przypadku typowej symptomatologii dławicy piersiowej u kobiet koronarografia zwykle potwierdza chorobę wieńcową, chociaż nieco rzadziej niż ma to miejsce u mężczyzn [11]. U kobiet z potwierdzoną chorobą wieńcową częściej występują bóle spoczynkowe prowokowane emocjami oraz bóle nocne. W starszym wieku częściej współistnieją u nich schorzenia dodatkowe jak nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca w porównaniu z mężczyznami. Oprócz somatycznych czynników ryzyka chorób serca wyróżnia się także czynniki wynikające z określonych rodzajów zachowań i trybu życia zwane czynnikami behawioralnymi. Istnieją także psychospołeczne czynniki ryzyka, z których najważniejsze to depresja, lęk, czynniki osobowościowe, izolacja społeczna, brak wsparcia, przewlekły stres. Znaczenie poszczególnych behawioralnych czynników ryzyka rozwoju choroby wieńcowej jest podobne dla obu płci. Różnice mogą wynikać z ich częstości i intensyfikacji w zależności od wieku, cech osobowości i określonych stanów fizjologicznych, jakim podlegają kobiety. Rezultaty badań wskazują na brak wsparcia emocjonalnego jako istotnego czynnika ryzyka dalszego rozwoju miażdżycy naczyń wieńcowych u kobiet do 65 roku życia [12]. W potwierdzonej chorobie wieńcowej u kobiet częściej niż u mężczyzn pojawiają się zaburzenia psychosomatyczne, bezsenność, depresja czy lęk. Z klinicznego punktu widzenia istotna jest też identyfikacja czynników ochronnych. Rozważania takie są przedmiotem koncepcji salutogenezy opierającej się na założeniu, iż człowiek w ciągu życia podlega nieustannym zmianom, poruszając się pomiędzy krańcowymi punktami kontinuum, tj. „absolutnym zdrowiem” i całkowitą chorobą [13]. Poczucie koherencji

(sense of coherence – SOC) wyraża przekonanie, że świat zewnętrzny jest przewidywalny oraz istnieje prawdopodobieństwo sprostania wymaganiom, które jednostka spostrzega jako wyzwania. Składa się z trzech elementów: poczucia zrozumiałości (spostreganie świata jako bardziej uporządkowanego i przewidywalnego), zaradności (świadomości posiadania wpływu na otoczenie) oraz poczucia sensowności (postrzeganie świata jako wartego zaangażowania emocjonalnego i inwestowania wysiłku w kreowanie własnego życia) [14]. Pierwsze dwa elementy mają charakter poznawczy, ostatni, najważniejszy, jest wymiarem emocjonalno-motywacyjnym. Chociaż skuteczne radzenie sobie zależy od poczucia koherencji jako całości, motywacyjny składnik poczucia sensowności wydaje się odgrywać główną rolę, a poczucie zrozumiałości plasuje się przed poczuciem zaradności w hierarchii ważności [15]. Ludzie posiadający wyższe SOC oceniają bodźce jako mniej zagrażające, lepiej radzą sobie w sytuacji stresu, a tym samym dłużej zachowują zdrowie. Poczucie koherencji jest niższe u osób ze schorzeniami somatycznymi i zaburzeniami psychicznymi, może być także traktowane jako zmienna istotna w procesie radzenia sobie z chorobą [16].

Cel

Celem pracy była ocena poczucia koherencji w grupie kobiet poddanych diagnostyce inwazyjnej choroby wieńcowej i próba powiązania siły poczucia koherencji z krytycznymi przewężeniami tętnic wieńcowych.

Material i metody

Badaniem objęto 90 kobiet w wieku od 37 do 65 lat (średnia wieku 55,2 roku), przyjmowanych na Oddział Kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze w celu diagnostyki inwazyjnej choroby wieńcowej. Badania prowadzono w dwóch etapach, tj. przed zabiegiem koronarograficznym i po 6–9 miesiącach od zabiegu. Badaniem zostały objęte kobiety nigdy wcześniej nie poddawane diagnostyce inwazyjnej choroby wieńcowej. Wynik koronarografii decydował o zakwalifikowaniu poszczególnych pacjentek do jednej z dwóch grup.

Grupę pierwszą (grupa I) utworzyło 48 osób bez istotnych zwężeń w naczyniach wieńcowych w badaniu angiograficznym (średnia wieku 54,9 roku). W skład drugiej grupy (grupa II) weszły 42 kobiety z potwierdzonymi, istotnymi zmianami miażdżycowymi w badaniu koronarograficznym (średnia wieku 55,6 roku).

Za parametry charakteryzujące całą grupę badaną uznano czas oczekiwania na koronarografię, poziom depresyjności i lęku przed uzyskaniem informacji o konieczności zabiegu, ilość wizyt w poradni ogólnej lub kardiologicznej w ciągu roku w związku z odczuwanymi dolegliwościami w klatce piersiowej, obecność nadciśnienia, hiperlipidemii, przebyty zawał mięśnia sercowego, aktualne stosowanie hormonalnej terapii zastępczej, deklarowane obawy w związku z koronarografią, udzielenie informacji przez lekarza kierującego o istocie zabiegu i poczucie zrozumiałości przekazanych informacji, aktualnie przeżywane sytuacje stresowe, obecność wsparcia ze strony innych osób, wiek, poziom wykształcenia, stan cywilny.

Dodatkowo analizowano parametry uzyskane w kolejnym badaniu (po 6–9 miesiącach od koronarografii). Są to: przebyte hospitalizacje kardiologiczne, subiektywna ocena stanu ogólnego i psychicznego w obserwacji 6–9-miesięcznej, aktualnie przeżywane sytuacje stresowe, obecność bólu w klatce piersiowej oraz kontakt z psychiatrą.

W trakcie przeprowadzonych badań korzystano z opracowanego przez autorów specjalnie dla celów pracy kwestionariusza, który zawierał pytania o ww. dane socjodemograficzne i wybrane parametry kliniczne.

Do oceny poczucia koherencji użyto polskiej adaptacji Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC-29 autorstwa Aarona Antonovsky'ego. Kwestionariusz składa się z 29 pytań pozwalających oszacować w skali punktowej ogólny poziom poczucia koherencji oraz poziom trzech składających się na niego wymiarów: poczucia zrozumiałości (PZR), zaradności (PZ) i sensowności (PS) [15]. Skala nie była standaryzowana, jednak z licznych badań wynika, iż osiągnięcie około 140–160 pkt. oznacza silne poczucie koherencji, 110–130 średnie, poniżej 100 – niskie poczucie koherencji [16].

Poziom depresyjności i lęku przed uzyskaniem informacji o konieczności poddania się koronarografii badane oceniały w skali od 0 do 10, określając subiektywne poczucie obecności objawów depresyjnych i lękowych (zawartych w kwestionariuszu), co nie jest równoznaczne z obiektywną diagnozą. Podobnie jak inni badacze, autorzy tego opracowania przyjęli, że wskaźnikiem depresyjności czy lęku jest poczucie osoby badanej, że występują u niej objawy zaliczane przez psychiatrów do symptomów depresyjnych lub lękowych [17].

Analiza statystyczna

Parametry ciągłe o rozkładzie normalnym przedstawiono jako średnią \pm odchylenie standardowe. Istotność różnic pomiędzy średnimi dla parametrów ciągłych o rozkładzie normalnym sprawdzano za pomocą analizy wariancji (odpowiednio dla zmiennych niezależnych lub zależnych). Parametry jakościowe porównywano testem χ^2 (w przypadku liczebności oczekiwanych poniżej 5 stosowano test dokładny Fishera). Jako istotne statystycznie przyjęto poziom $p < 0,05$. Obliczenia i analizy statystyczne wykonano za pomocą programu STATISTICA PL wersja 6.1 (StatSoft, Inc.).

Wyniki

W grupie pacjentek z wykluczoną miażdżycą lub nieistotnym zwężeniem tętnic w koronarografii zanotowano znamienne statystycznie niższe wartości poczucia zrozumiałości zarówno w pierwszym (przed koronarografią), jak i drugim badaniu (po 6–9 miesiącach), a także znamienne statystycznie niższe wartości w poczuciu zaradności w badaniu kontrolnym, (po 6–9 miesiącach) w porównaniu z grupą pacjentek z istotnymi zmianami miażdżycowymi (tab. 1). Nie odnotowano znamiennej statystycznie zmiany (po 6–9 miesiącach) w wyjściowych i kontrolnych wartościach poszczególnych składowych poczucia koherencji i wyniku całościowym w obrębie każdej z grup. Badane grupy nie różniły się między sobą w wartościach poczucia sensowności i wyniku całościowym poczucia koherencji (SOC-TOTAL).

Tabela 1. Wartości parametrów poczucia koherencji kwestionariusza SOC-29 w obu grupach badanych (tylko dla osób, które uzyskały dwa pomiary)

| PZR | | | |
|-----------|------------------|-------------------|------|
| | Wyjściowo | Po 6–9 miesiącach | p |
| | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | |
| Grupa I | 43,3 ± 10,3 | 43,1 ± 13,5 | 0,96 |
| Grupa II | 49,8 ± 10,8 | 51,1 ± 11,7 | 0,51 |
| P | 0,049 | 0,047 | |
| PZ | | | |
| | Wyjściowo | Po 6–9 miesiącach | p |
| | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | |
| Grupa I | 47,9 ± 12,1 | 44,7 ± 9,6 | 0,20 |
| Grupa II | 51,1 ± 9,1 | 50,8 ± 10,4 | 0,83 |
| P | 0,35 | 0,050 | |
| PS | | | |
| | Wyjściowo | Po 6–9 miesiącach | p |
| | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | |
| Grupa I | 42,8 ± 9,1 | 40,4 ± 9,5 | 0,30 |
| Grupa II | 40,7 ± 7,7 | 41,8 ± 7,3 | 0,52 |
| P | 0,43 | 0,60 | |
| SOC-TOTAL | | | |
| | Wyjściowo | Po 6–9 miesiącach | p |
| | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | |
| Grupa I | 131,9 ± 28,8 | 128,2 ± 29,7 | 0,55 |
| Grupa II | 142,4 ± 21,6 | 143,7 ± 25,0 | 0,72 |
| P | 0,19 | 0,075 | |

\bar{X} – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności, PZR – poczucie zrozumiałości, PZ – poczucie zaradności, PS – poczucie sensowności, SOC-TOTAL – ogólny wynik poczucia koherencji

Analizując związek poszczególnych składowych i wyniku całościowego poczucia koherencji z pierwszego pomiaru z czynnikami charakteryzującymi grupę, wykazano (tab. 2–7):

Tabela 2. Wpływ wymienionych czynników na wyjściową wartość wyniku ogólnego poczucia koherencji (SOC-TOTAL)

| Analiza jednoczynnikowa | | |
|---|-------|--------|
| Analizowany czynnik | R | p |
| Wiek | 0,10 | NS |
| Wykształcenie | 0,22 | NS |
| Ilość wizyt w por. ogólnej lub kardiologicznej/rok | -0,30 | < 0,05 |
| Czas oczekiwania na koronarografię | 0,0 | NS |
| Poziom depresyjności przed uzyskaniem informacji o konieczności zabiegu | -0,40 | < 0,05 |
| Poziom lęku przed uzyskaniem informacji o konieczności zabiegu | -0,38 | < 0,05 |

R – wartość współczynnika korelacji Spearmana, p – wartość poziomu istotności, NS – nieznamienne statystycznie

Tabela 3. **Wpływ obecności analizowanych parametrów na wyjściową wartość ogólnego poczucia koherencji (SOC-TOTAL)**

| Analizowany czynnik | SOC-TOTAL (I) | | p |
|---|---------------|--------------|-------|
| | TAK | NIE | |
| | Ś ± SD | Ś ± SD | |
| Istotne zmiany w koronarografii | 136,2 ± 25,9 | 138,1 ± 26,5 | 0,77 |
| Deklarowane obawy przed koronarografią | 135,6 ± 26,3 | 141,5 ± 25,4 | 0,43 |
| Udzielenie informacji o procedurze zabiegu i poczucie zrozumienia przekazanych informacji | 138,5 ± 23,3 | 135,7 ± 28,8 | 0,66 |
| Nadciśnienie tętnicze | 136,9 ± 23,4 | 137,7 ± 31,9 | 0,92 |
| Hiperlipidemia | 133,8 ± 22,9 | 142,3 ± 30,0 | 0,22 |
| Przebyty zawał serca | 135,8 ± 31,1 | 137,5 ± 25,0 | 0,86 |
| Aktualne stosowanie hormonalnej terapii zastępczej | 142,1 ± 25,7 | 136,4 ± 26,2 | 0,55 |
| Aktualnie przeżywane sytuacje stresowe | 135,0 ± 26,1 | 140,2 ± 26,1 | 0,43 |
| Wsparcie ze strony innych osób | 140,9 ± 25,3 | 123,2 ± 24,7 | 0,028 |
| Stan cywilny – mężatka | 139,5 ± 25,8 | 130,7 ± 26,4 | 0,23 |

Ś – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tabela 4. **Wpływ wymienionych czynników na poszczególne składowe poczucia koherencji w pierwszym pomiarze**

| Analizowany czynnik | PZR (I) | | PZ (I) | | PS (I) | |
|---|---------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | R | p | R | p | R | p |
| Wiek | 0,17 | NS | 0,03 | NS | 0,11 | NS |
| Wykształcenie | 0,20 | NS | 0,09 | NS | 0,30 | < 0,05 |
| Ilość wizyt w por. ogólnej lub kardiologicznej/rok | -0,31 | < 0,05 | -0,25 | < 0,05 | -0,32 | < 0,05 |
| Czas oczekiwania na koronarografię | -0,01 | NS | -0,08 | NS | -0,12 | NS |
| Poziom depresyjności przed uzyskaniem informacji o konieczności zabiegu | -0,36 | < 0,05 | -0,31 | < 0,05 | -0,31 | < 0,05 |
| Poziom lęku przed uzyskaniem informacji o konieczności zabiegu | -0,32 | < 0,05 | -0,32 | < 0,05 | -0,27 | < 0,05 |

R – wartość współczynnika korelacji Spearmana, p – wartość poziomu istotności, NS – nieznamienne statystycznie

Tabela 5. **Wpływ obecności analizowanych parametrów na wyjściową wartość poczucia zrozumienia**

| Analizowany czynnik | PZR (I) | | p |
|--|-------------|-------------|------|
| | TAK | NIE | |
| | Ś ± SD | Ś ± SD | |
| Istotne zmiany w koronarografii | 46,8 ± 11,8 | 48,1 ± 14,4 | 0,67 |
| Deklarowane obawy przed koronarografią | 47,3 ± 11,4 | 46,4 ± 11,3 | 0,78 |

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

| | | | |
|---|-------------|-------------|------|
| Udzielenie informacji o procedurze zabiegu i poczucie zrozumienia przekazanych informacji | 46,5 ± 12,4 | 46,8 ± 10,2 | 0,90 |
| Nadciśnienie tętnicze | 47,5 ± 14,0 | 47,4 ± 11,2 | 0,98 |
| Hiperlipidemia | 46,5 ± 13,2 | 48,9 ± 13,0 | 0,48 |
| Przebyty zawał serca | 47,2 ± 11,1 | 48,0 ± 13,6 | 0,92 |
| Aktualne stosowanie hormonalnej terapii zastępczej | 47,3 ± 13,6 | 48,2 ± 10,2 | 0,82 |
| Aktualnie przeżywane sytuacje stresowe | 47,3 ± 14,8 | 47,6 ± 10,2 | 0,92 |
| Wsparcie ze strony innych osób | 48,3 ± 10,8 | 44,6 ± 19,2 | 0,49 |
| Stan cywilny – mężatka | 43,7 ± 11,3 | 48,8 ± 13,5 | 0,13 |

Ś – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tabela 6. Wpływ obecności analizowanych parametrów na wyjściową wartość poczucia zaradności

| Analizowany czynnik | PZ (I) | | p |
|---|---------------|---------------|------|
| | TAK Ś ± SD | NIE Ś ± SD | |
| Istotne zmiany w koronarografii | 49,2 ± 10,1 | 49,5 ± 10,9 | 0,92 |
| Deklarowane obawy przed koronarografią | 51,0 ± 10,1 | 48,8 ± 10,5 | 0,45 |
| Udzielenie informacji o procedurze zabiegu i poczucie zrozumienia przekazanych informacji | 49,1 ± 11,3 | 49,5 ± 9,6 | 0,86 |
| Nadciśnienie tętnicze | 48,5 ± 9,5 | 51,2 ± 12,3 | 0,39 |
| Hiperlipidemia | 48,9 ± 8,9 | 50,0 ± 12,5 | 0,68 |
| Przebyty zawał serca | 47,5 ± 11,5 | 49,8 ± 10,2 | 0,52 |
| Aktualne stosowanie hormonalnej terapii zastępczej | 48,8 ± 10,3 | 52,3 ± 11,1 | 0,40 |
| Aktualnie przeżywane sytuacje stresowe | 48,0 ± 10,1 | 51,3 ± 10,7 | 0,21 |
| Wsparcie ze strony innych osób | 50,8 ± 10,4 | 43,6 ± 8,2 | 0,01 |
| Stan cywilny – mężatka | 47,1 ± 10,1 | 50,2 ± 10,5 | 0,28 |

Ś – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tabela 7. Wpływ obecności analizowanych parametrów na wyjściową wartość poczucia sensowności

| Analizowany czynnik | PS (I) | | p |
|---|---------------|---------------|------|
| | TAK Ś ± SD | NIE Ś ± SD | |
| Istotne zmiany w koronarografii | 39,6 ± 8,8 | 43,4 ± 7,7 | 0,07 |
| Deklarowane obawy przed koronarografią | 43,2 ± 7,6 | 40,9 ± 8,7 | 0,30 |
| Udzielenie informacji o procedurze zabiegu i poczucie zrozumienia przekazanych informacji | 39,8 ± 9,5 | 43,1 ± 7,1 | 0,12 |
| Nadciśnienie tętnicze | 41,9 ± 7,3 | 40,6 ± 10,7 | 0,63 |
| Hiperlipidemia | 40,3 ± 8,5 | 43,2 ± 8,2 | 0,13 |

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

| | | | |
|--|-------------|------------|------|
| Przebyty zawał serca | 40,5 ± 11,6 | 41,8 ± 7,6 | 0,71 |
| Aktualne stosowanie hormonalnej terapii zastępczej | 41,5 ± 8,8 | 41,6 ± 6,7 | 0,98 |
| Aktualnie przeżywane sytuacje stresowe | 41,9 ± 8,2 | 41,0 ± 8,9 | 0,65 |
| Wsparcie ze strony innych osób | 42,3 ± 8,2 | 38,4 ± 8,8 | 0,14 |
| Stan cywilny – mężatka | 39,9 ± 8,2 | 42,1 ± 8,6 | 0,36 |

Ś – średnia, SD – odchylenie standardowe

1. Obecność powiązań:

- z ilością wizyt w poradni ogólnej lub kardiologicznej w ciągu roku w związku z odczuwanymi dolegliwościami w klatce piersiowej – wyższe wartości wszystkich składowych i wyniku całościowego obserwowano u osób rzadziej korzystających z porad lekarskich,
- z poziomem depresyjności i lęku poprzedzającym przekazanie informacji o konieczności zabiegu – osoby z wyższym poziomem depresyjności i lęku uzyskały niższe wartości całościowego wyniku poczucia koherencji i wszystkich jego składowych,
- ze wsparciem ze strony innych osób – osoby deklarujące obecność wsparcia osiągnęły wyższe wyniki w całościowym poczuciu koherencji i składowej poczucia zaradności,
- z wykształceniem – u osób lepiej wykształconych obserwowano wyższe wyniki w składowej poczucia sensowności;

2. Brak powiązań:

- z wiekiem, wykształceniem (z wyjątkiem poczucia sensowności), czasem oczekiwania na koronarografię, obecnością zmian w koronarografii, nadciśnieniem tętniczym, deklarowanymi obawami w związku z zabiegiem, udzieleniem informacji o procedurze zabiegu i poczuciem zrozumiałości przekazanych informacji, hiperlipidemią, aktualnym stosowaniem hormonalnej terapii zastępczej, ze wsparciem społecznym (z wyjątkiem ogólnego poczucia koherencji i składowej poczucia zaradności), przebyłym zawałem mięśnia sercowego, aktualnie przeżywanymi sytuacjami stresowymi i pozostawianiem w związku małżeńskim.

Żaden z analizowanych czynników nie miał wpływu na pogorszenie wyników w skali SOC-TOTAL w obserwacji 6–9-miesięcznej.

Biorąc pod uwagę, iż wartość poczucia koherencji była stabilna w czasie, nie badano korelacji pomiędzy parametrami badanymi w odniesieniu do ostatniego badania (po 6–9 miesiącach).

Omówienie

Badane grupy nie różniły się między sobą wartościami poczucia sensowności i wynikiem całościowym poczucia koherencji. Pomimo braku różnic znamienych statystycznie w poczuciu koherencji w ujęciu globalnym, w grupie pacjentek z istotną miażdżycą obserwowano tendencję do nieco wyższego niż u pacjentek bez istotnej miażdżycy poczucia koherencji. Wydaje się, że osoby z wykluczoną chorobą wieńcową

lub z nieistotnym zwężeniem tętnic wieńcowych, często z rozpoznawanym kardiologicznym zespołem X, mogą być grupą mniej odporną na stres niż osoby z potwierdzoną chorobą w badaniu angiograficznym.

Kobiety zaliczone do grupy I charakteryzowały się niższym poczuciem zrozumiałości zarówno w pierwszym (przed koronarografią), jak i drugim badaniu (po 6–9 miesiącach) w porównaniu z drugą grupą. Wynik ten sugeruje, że osoby z wykluczoną bądź nieistotną hemodynamicznie miażdżycą gorzej niż osoby z istotnym zwężeniem naczyń w koronarografii potrafią przeprowadzać poznawczą ocenę rzeczywistości, a napływające bodźce klasyfikują jako mniej spójne i ustrukturalizowane. Być może cechuje je większa skłonność do uruchamiania „emocjonalnego” stylu poznawczego w sytuacji trudnej. Wydaje się także, iż nie było to chwilowe obniżenie, ponieważ odnotowano je w obu pomiarach, ale jego wartość nie rzutowała na wynik całościowy. Ponadto osoby z kardiologicznym zespołem X uzyskały także niższe wartości w poczuciu zaradności w badaniu kontrolnym. Odnotowana różnica pomiędzy grupami była na granicy istotności statystycznej. Wynika z tego, że kobiety bez istotnego zwężenia tętnic wieńcowych wykazują obniżone poczucie sterowalności własnym życiem i mają ograniczoną umiejętność korzystania z posiadanych zasobów w porównaniu z osobami z rozpoznaną chorobą wieńcową i istotną miażdżycą. Warto zwrócić jednak uwagę na fakt, iż może to być chwilowe obniżenie wartości tej składowej poczucia koherencji, bez wpływu na wynik globalny, gdyż wystąpiło dopiero w kontrolnym badaniu.

W obrębie każdej z grup nie odnotowano istotnej statystycznie zmiany poczucia koherencji w ciągu 6–9 miesięcy, zarówno w ujęciu globalnym, jak i w odniesieniu do poszczególnych jej elementów, chociaż zaobserwowano w grupie I niewielki spadek i w grupie II niewielki wzrost ogólnego poczucia koherencji. Poza tym żaden z analizowanych czynników charakteryzujących całą grupę nie miał wpływu na pogorszenie wyników w skali SOC-TOTAL w obserwacji 6–9-miesięcznej. Jest to zgodne z koncepcją Antonovsky’ego, który zakładał, że raz ukształtowane poczucie koherencji ok. 30 roku życia nie ulega już zasadniczym zmianom i nie zależy od innych zmiennych [15]. Mało prawdopodobna jest sytuacja, która doprowadziłaby do zasadniczej zmiany, jeszcze w tak krótkim czasie. Nilsson wykazał, iż stabilna wartość poczucia koherencji charakteryzuje ludzi tylko z wyjściowo wysokim poziomem SOC, natomiast średni i niski poziom będzie wykazywał tendencję do obniżania się w czasie pod wpływem różnorodnych czynników psychospołecznych [18]. Inni badacze wykazali natomiast, iż różnorodne sytuacje traumatyzujące wpływają na zmianę wartości poczucia koherencji w obserwacji kilkuletniej [19], a traumatyczne wydarzenia w dzieciństwie wiążą się z niższym poczuciem koherencji [20].

Analizując związek poczucia koherencji i jego składowych z czynnikami charakteryzującymi grupę, wykazano wyższe wartości wszystkich składowych i wyniku całościowego u osób rzadziej korzystających z porad lekarza ogólnego lub kardiologa. Być może osoby te potrafią dłużej utrzymać zadowolający stan zdrowia, sumiennie wypełniają polecenia lekarskie, wybierają zachowania sprzyjające zdrowiu. Te osoby, które częściej odwiedzają lekarza, czują się „bardziej chore”, są niezadowolone z efektów leczenia, a stan zdrowia sam w sobie wzmacnia bądź osłabia poczucie koherencji [15]. Być może nie dostrzegają istniejących u siebie problemów natury psychicznej,

podobnie jak osoby cierpiące na zaburzenia z kręgu zaburzeń występujących pod postacią somatyczną. [8]. Warto jednak w tym miejscu zwrócić uwagę na metaanalizę Flensburg-Madsen, która, analizując 50 prac badawczych w celu ustalenia związku pomiędzy poczuciem koherencji a różnorodnymi aspektami zdrowia, wysunęła pogląd o ścisłym związku SOC tylko z psychologicznymi aspektami zdrowia, nie zajmując zdecydowanego stanowiska odnośnie do przewidywanej jego roli jako wyznacznika zdrowia w sensie fizycznym [21]. Również autorzy niniejszego opracowania zaobserwowali związek niższych wartości niektórych składowych poczucia koherencji z wyznacznikami gorszego stanu psychicznego, jaki charakteryzuje kobiety z kardiologicznym zespołem X, niż obiektywnie gorszego stanu somatycznego, jaki prezentują osoby z istotną hemodynamicznie miażdżycą, u których rozpoznaje się chorobę wieńcową. Centralną pozycję poczucia koherencji w utrzymaniu i propagowaniu zdrowia, szczególnie psychicznego, podkreślają też inni autorzy [22–24].

Analiza korelacji wykazała ponadto, że poczucie koherencji w ujęciu globalnym i w rozbiciu na składowe było istotnie ujemnie skorelowane z podwyższeniem poziomu depresyjności i lęku przed uzyskaniem informacji o konieczności zabiegu.

Wsparcie ze strony innych osób okazało się czynnikiem istotnie wpływającym na wartość ogólnego poczucia koherencji i składowej poczucia zaradności. Osoby deklarujące obecność wsparcia osiągnęły wyższe wyniki w tych zakresach. Nie ulega wątpliwości, iż możliwość skorzystania z pomocy innych osób jest cennym zasobem pozwalającym mieć poczucie skutecznego oddziaływania na innych i wpływu na swój los. Do podobnych wniosków doszli Krantz i Ostergren, którzy zaobserwowali, że brak wsparcia społecznego i słabo rozbudowana sieć kontaktów społecznych oraz stres związany z pracą zawodową są niezależnymi czynnikami związanymi z niskim SOC u dojrzałych kobiet [25]. Oprócz tego stwierdzili oni, iż wartość poczucia koherencji bardziej determinują pozycja w strukturze socjalnej i wsparcie społeczne niż doświadczenia wieku dziecięcego.

W przeprowadzonych przez autorów tego opracowania badaniach wykazano związek składowej poczucia sensowności z poziomem wykształcenia. U osób lepiej wykształconych obserwowano wyższe wyniki w składowej poczucia sensowności. Można zatem przypuszczać, że kobiety lepiej wykształcone dostrzegają sens w podejmowaniu działań, angażują się emocjonalnie i inwestują we własne życie w przeciwieństwie do kobiet z niższym wykształceniem. Nie wszyscy badacze wykazują podobne zależności. Mroziak nie odnotowała związku poczucia koherencji z poziomem wykształcenia i wiekiem, ale zauważyła nieco silniejsze poczucie sensowności u kobiet w porównaniu z mężczyznami [16]. Zależności z wiekiem nie potwierdzili także autorzy tego opracowania, co jest zgodne z założeniami Antonovsky'ego, który podkreśla brak związku SOC z wiekiem osób dorosłych [15].

Nie wykazano związku SOC z takimi czynnikami jak czas oczekiwania na koronarografię, obecność istotnych zmian w koronarografii, nadciśnienie tętnicze, deklarowane obawy w związku z zabiegiem, udzielenie informacji o procedurze zabiegu i poczucie zrozumiałości przekazanych informacji, hiperlipidemia, aktualne stosowanie hormonalnej terapii zastępczej, przebyty zawał mięśnia sercowego, aktualnie przeżywane sytuacje stresowe i trwanie w związku małżeńskim. Te wyniki zdają się potwier-

dzać hipotezę, że być może SOC jest bardziej czułym narzędziem do pomiaru zdrowia w jego aspekcie psychicznym niż wyznacznikiem ogólnego stanu zdrowia [26, 27].

Wnioski

1. Wyjściowa siła ogólnego poczucia koherencji nie różnicowała podgrup i nie zmieniła się istotnie po 6–9 miesiącach od koronarografii.
2. Pacjentki bez istotnych zwężeń tętnic wieńcowych mają niższe poczucie zrozumiałości (comprehensibility) przed i po koronarografii i niższe poczucie zaradności (manageability) po koronarografii w porównaniu z grupą pacjentek z istotnymi zmianami miażdżycowymi.
3. Brak wsparcia społecznego, częstsze korzystanie z porad lekarskich, tendencje do przeżywania stanów depresyjnych i lękowych oraz gorsze wykształcenie związane było z niższym poczuciem koherencji w obu badanych grupach.

Piśmiennictwo

1. Lerner DJ, Kannel WB. *Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes. A 26 – year follow-up of the Framingham population*. Am. Heart J. 1986; 111: 383–390.
2. Opolski G. *Choroba niedokrwienna serca*. W: Januszewicz W, Kokot F. red. Interna. Tom I. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001.
3. Świątecka G. *Choroby serca u kobiet*. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne Via Medica; 2000.
4. Lisk CJ, Gran L. *Perceptions of women living with coronary heart disease: a pilot investigation*. Women Health 1999; 29(1): 31–46.
5. Lockyer L. *Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms*. Eur. J. Cardiovasc. Nurs. 2005; 4(1): 29–35.
6. Wenger N. *Coronary heart disease: diagnostic decision making*. W: Douglas PS. red. *Cardiovascular health and disease in women*. Philadelphia: WB Saunders Co; 1993. s. 28–36.
7. Kaski JC, Aldama G, Cosin-Sales J. *Cardiac syndrome X. Diagnosis, pathogenesis and management*. Am. J. Cardiovasc. Drugs 2004; 4(3): 179–194.
8. Piegza M, Pudło R, Badura-Brzoza K, Hese RT. *Kardiologiczny zespół X w ujęciu psychosomatycznym*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(2): 229–236.
9. Kennedy JW, Killip T, Fisher LD, Alderman EL, Gillespie MJ, Mock MB. *The clinical spectrum of coronary artery disease and its surgical and medical management. The Coronary Artery Surgery study*. Circulation 1982; 66: 16–23.
10. Mosca L, Manson JE, Sutherland SE, Langer RD, Manolio T, Barrett-Connor E. *Cardiovascular disease in women: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association*. Circulation 1997; 96: 2468–2482.
11. Rzczuch K, Porada A, Wrabec K. *Rozpoznanie choroby niedokrwiennej serca na podstawie testu wysiłkowego u kobiet i u mężczyzn. Walory i ograniczenia metody*. Kardiolog. Pol. 1996; 45: 198–204.
12. Blom M, Janszky I, Balog P, Orth-Gomer K, Wasala SP. *Social relations in women with coronary heart disease: the effects of work and marital stress*. J. Cardiovasc. Risk 2003; 10(3): 201–206.

13. Popiołek K. *Stres – perspektywa psychologiczna*. *Łęk Depresja* 2004; 9(2): 97–109.
14. Antonovsky A. *The life cycle, mental, health and sense of coherence*. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.* 1985; 22(4): 273–280.
15. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1995.
16. Mroziak B, Czabała JC, Wójtowicz S. *Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne*. *Psychiatr. Pol.* 1997; 31(3): 257–268.
17. Jackowska E, Dęga-Rudewicz K. *Depresyjność młodzieży z upośledzeniem umysłowym stopnia lekkiego w świetle badań empirycznych*. *Psychiatr. Pol.* 2004; 38(1): 37–49.
18. Nilsson B, Holmgren L, Stegmayr B, Westman G. *Sense of coherence-stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general populations: a longitudinal study*. *Scand. J. Public Health* 2003; 31(4): 297–304.
19. Snekkevik H, Anke AG, Stanghelle JK, Fugl-Meyer AR. *Is sense of coherence stable after multiple trauma?* *Clin. Rehabil.* 2003; 17(4): 443–453.
20. Špila B, Makara M, Chuchra M, Pawłowska B. *Związek stresujących wydarzeń życiowych z zaburzeniami stanu psychicznego*. *Psychiatr. Pol.* 2005; 39(1): 115–123.
21. Flensburg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. *Sense of coherence and physical health. A review of previous findings*. *Scientific World Journal* 2005; 25(5): 665–673.
22. Silarova B, Nagyova I, Rosenberger J, Studencan M, Ondusova D, Reijneveld SA, i wsp. *Sense of coherence as an independent predictor of health-related quality of life among coronary heart disease patients*. *Qual. Life Res.* 2012; 21(10): 1863–1871.
23. Wrześniewski K, Włodarczyk D. *Sense of coherence as a personality predictor of the quality of life in men and women after myocardial infarction*. *Kardiol. Pol.* 2012; 70(2): 157–163.
24. Kattainen E, Meriläinen P, Sintonen H. *Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty*. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2006; 5(1): 21–30.
25. Krantz G, Oestergren PO. *Does it make sense in a coherent way? Determinants of sense of coherence in Swedish women 40 to 50 years of age*. *Int. J. Behav. Med.* 2004; 11(1): 18–26.
26. Flensburg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. *Sense of coherence and physical health. A review of previous findings*. *Scientific World Journal* 2005; 25(5): 665–673.
27. Lindstorm B, Eriksson M. *Salutogenesis*. *J. Epidemiol. Community Health* 2005; 59(6): 440–442.

Adres: Łukasz Kunert
Katedra i Oddział Psychiatrii
Wydział Lekarski w Zabrze z Oddziałem Dentystycznym ŚUM
42-612 Tarnowskie Góry, ul. Pyskowska 49

Otrzymano: 17.02.2014

Zrecenzowano: 17.03.2014

Przyjęto do druku: 1.09.2014