

Helena Motyka

Wzmacnianie zasobów osobistych pacjenta z cukrzycą wyzwaniem dla edukacji zdrowotnej

Supporting of personal resources as a challenge to health education for diabetics

Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński
Kraków

Wprowadzenie

Edukacja zdrowotna obejmuje bardzo szeroki zakres oddziaływań, zarówno o charakterze publicznym, jak też kierowanym do określonych środowisk (edukacja zdrowotna w szkole, miejscu pracy, przychodni czy szpitalu). Najczęściej bywa rozumiana jako całokształt wpływów oświatowo wychowawczych związanych z przekazywaniem wiedzy, umiejętności i postaw, które prowadzą do prozdrowotnych zmian w przejawianych zachowaniach. Edukacja zdrowotna pełni ważną rolę nie tylko w promocji zdrowia i profilaktyce, ale także w leczeniu, zwłaszcza tych chorób, gdzie informacyjna współpraca z pacjentem ma podstawowe znaczenie.

Edukacja zdrowotna ma szczególne znaczenie u pacjentów z cukrzycą, która jest chorobą przewlekłą, charakteryzującą się hiperglikemią powstałą na skutek defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia powoduje uszkodzenia i zaburzenia czynności różnych narządów: serca, nerek, oczu, układu nerwowego i naczyń krwionośnych.

Ponieważ na obecnym etapie rozwoju medycyny cukrzycy nie da się wyleczyć, trzeba nauczyć się żyć z nią, co wy-

maga zrozumienia działających w niej mechanizmów i zależności. Aby zapobiec groźnym dla życia powikłaniom, pacjent z cukrzycą musi nauczyć się utrzymywać prawidłową normoglikemię, kontrolując poziom insuliny we krwi, musi prawidłowo się odżywiać, uwzględniając odpowiednią wartość kaloryczną i indeks glikemiczny spożywanych produktów, a także utrzymywać prawidłową wagę ciała, uprawiać regularnie gimnastykę, systematycznie kontrolować stan swojego zdrowia u specjalistów – kardiologa, okulisty, neurologa, diabetologa, chirurga naczyniowego, lekarza rodzinnego i skutecznie radzić sobie ze stresem.

Prozdrowotny styl życia pacjentów z tą chorobą w dużym stopniu powiązany jest z intensywną edukacją pacjenta w zakresie wymienionych czynników (Sieradzki, 2001; Tatoń, 1995). Jednak sam dostęp do stosownych informacji nie wystarczy, aby pacjent zdobył się na tak wielki wysiłek, jakiego wymaga zasadnicza zmiana prowadzonego dotąd stylu życia. Przez styl życia rozumie się specyficzny dla człowieka, powtarzający się wzór codziennych zachowań, uwarunkowany w znacznym stopniu cechami środowiska, w którym żyje i nad którymi nie ma zwykle wiel-

kiej kontroli. Wzór tych zachowań zależy przede wszystkim od wypracowanej przez lata, mniej lub bardziej świadomej „strategii życiowej”, wynikającej z osobistej sytuacji jednostki, jej przekonań, celów, potrzeb i wartości (por. Karski, 1999; Majchrowska, 2000; Bik, Henzel-Korzeniowska, Przewoźniak, Szczerbińska, 1996; Ostrowska, 1999; Siciński, 1980; 1988; Słońska, 1994). Dlatego też sama wiedza o tym, co jest dobre albo szkodliwe dla zdrowia, zwykle nie powoduje dramatycznych zmian w stylu życia. Z praktyki wynika, że często nie dzieje się tak nawet wtedy, gdy konsekwencje szkodliwych zachowań są dla zdrowia jednostki poważne, a co więcej, nawet gdy jest ona tego świadoma.

W nowoczesnym modelu edukacji zdrowotnej należy zatem rozwijać taki styl myślenia, zgodnie z którym dla wywołania zmiany zachowań zdrowotnych, oprócz przekazu stosownych informacji, niezbędne są dodatkowe działania motywujące oraz skierowane na umacnianie zasobów osobistych edukowanej jednostki lub grupy. Wzmacnianie tych zasobów jest niezbędne dla przezwyciężenia stresu towarzyszącego każdej poważniejszej próbie zmiany dotychczasowego stylu życia, a ponadto dla podtrzymania wiary pacjenta, że jego wysiłek włożony w przestrzeganie nowych reguł i zasad postępowania przyniesie oczekiwane wyniki.

Wzmacnianie zasobów osobistych jako element nowoczesnego modelu edukacji zdrowotnej

Zgodnie z klasycznymi teoriami zmiany stylu życia, do najważniejszych czynników motywujących i podtrzymujących proces korzystnych zmian należą: poczucie własnej skuteczności (teoria własnej skuteczności Bandury), stopień spostrzeganego zagrożenia chorobą i pozytywny bilans przewidywanych zysków i strat (teoria przekonań zdrowotnych Bec-

quera) oraz przekonanie, że podejmowane wysiłki doprowadzą do oczekiwanego i wysoce cenionego rezultatu (teoria uzasadnionego działania Ajzena i Fishbejna, por. Sheridan, Radmacher, 1998; Juczyński, 2003; Przewoźniak, 1996).

Umocnianie zasobów osobistych powinno wywierać pozytywny efekt na gotowość do zmiany zachowań oraz ich trwałość. Wśród tych zasobów, w omawianym kontekście, na szczególne podkreślenie zasługują: wspomniane już poczucie własnej skuteczności oraz wsparcie społeczne i optymizm, a zwłaszcza poczucie koherencji (por. Poprawa, 1996; Heszen, Sęk, 2007).

Wsparcie społeczne towarzyszące wysiłkom znacznej modyfikacji własnego zachowania, ma działanie głęboko stymulujące i stabilizujące te wysiłki. Człowiek, który spotyka się z poparciem dla swoich działań i zrozumieniem dla podejmowanego wysiłku, jest w znacznie lepszej sytuacji od osoby, która takiego wsparcia nie posiada. Wraz z zewnętrznym poparciem rośnie osobiste przekonanie o słuszności podjętego działania, a ponadto wzrasta samoocena, przyczyniając się do wzrostu wiary we własne siły. Podobnie wpływa optymizm: pozwala spojrzeć w przyszłość z większym zaufaniem i wiarą w to, że podejmowane starania doprowadzą do pomyślnych i pożądaných rezultatów. Budzenie u osób edukowanych optymizmu co do efektu podejmowanych starań, podobnie jak dostarczanie im wsparcia, powinno się przekładać na zdecydowanie lepsze efekty prowadzonej akcji edukacyjnej.

Szczególny rodzaj zasobów osobistych człowieka, które w literaturze zaliczane są do zasobów wyższego rzędu, stanowi poczucie koherencji (Antonovsky, 1995; Sęk, 2001). Wyraża się ono w charakterystycznej postawie życiowej człowieka, przekonanego o swej zaradności oraz zrozumiałości i sensie swego życia. Postawa ta pozwala lepiej korzystać z posiadanych zasobów, skutecznie radzić so-

bie ze stresem i uzyskiwać lepsze efekty podejmowanych zachowań prozdrowotnych. Tym samym rozwijanie poczucia koherencji u osób edukowanych i to we wszystkich jej trzech aspektach – tj. pozytywnej samooceny posiadanych możliwości wprowadzenia w życie odpowiednich zmian, dobrego zrozumienia swej sytuacji zdrowotnej i wynikającej stąd potrzeby ich wprowadzenia w życie oraz w aspekcie sensu życia i podejmowanych zachowań prozdrowotnych - można uznać za istotne zadanie szeroko rozumianej edukacji zdrowotnej, i to nie tylko pacjentów z cukrzycą. Zadanie to wychodzi poza wąski zakres rozumienia edukacji zdrowotnej jako procesu dostarczania informacji wyłącznie o tym, co dla zdrowia ważne i potrzebne. Oczywiście, że poczucie koherencji to względnie trwałe nastawienie człowieka, które niełatwo jest zmienić czy umocnić. Jednak można sądzić, że w odniesieniu do konkretnych spraw o węższym zakresie, jak np. kwestia zdrowia czy zachowań zdrowotnych, może być bardziej podatne na zmiany.

Podkreślając rolę rozwijania zasobów osobistych pacjenta podczas edukacji zdrowotnej, w tym szczególnie rolę poczucia koherencji, chciałabym przedstawić wyniki własnych badań wskazujących na stosunkowo wysokie, negatywne korelacje pomiędzy stanem psychicznym pacjentów z cukrzycą, a ich poczuciem koherencji. Wyniki te sugerują, że wzmacnianie poczucia koherencji pacjentów zmniejsza stres wywołany chorobą, a tym samym może tworzyć lepsze warunki do modyfikacji stylu życia.

Poczucie koherencji u pacjentów z cukrzycą – badania własne

Cel pracy

Badania miały na celu ocenę wpływu poczucia koherencji na stan psychiczny osób poddanych stresowi choroby somatycznej, jaką stanowi cukrzyca.

Grupa badana

Badaniami objęto grupę 300 chorych z rozpoznaniem cukrzycy, przebywających w środowisku domowym i pozostających pod opieką pielęgniarek rodzinnych na terenie miasta i gminy Krakowa. 62% badanej populacji stanowiły kobiety, a 38% mężczyźni. Średnia wieku wynosiła 50 lat. Cukrzyca typu 1 (insulinozależna) występowała u 26% badanych, a cukrzyca typu 2 u pozostałych – 74%.

Metody badań

Do badań wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 A. Antonovsky'ego, pozwalający na ocenę poczucia koherencji oraz Kwestionariusz Samopoczucia KS-40, pozwalający na ocenę stanu emocjonalnego badanych pacjentów w odniesieniu do czterech kategorii objawowych, tj.: lęku, drażliwości, depresji i somatyzacji. Analizując stopień zależności pomiędzy poczuciem koherencji a nasileniem objawów lęku, drażliwości, depresji i somatyzacji u pacjentów, posłużono się współczynnikiem korelacji liniowej r Pearsona.

Wyniki badań

Tabela nr 1 zawiera zestawienie wartości współczynnika korelacji pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji, a wszystkimi czterema branymi pod uwagę wskaźnikami stanu psychicznego.

Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli nr 1 wszystkie cztery typy objawów emocjonalnych dolegliwości korelują negatywnie i statystycznie wysoce istotnie, z globalnym poziomem poczucia koherencji. Zgodnie z oczekiwaniami, im wyższe poczucie koherencji, tym mniejsze nasilenie objawów lęku, depresji, drażliwości i somatyzacji, przy czym najsilniejszy, negatywny związek wystąpił pomię-

dzy poczuciem koherencji a depresją (r bliskie 0,7) i lękiem ($r=0,6$).

Powyższą analizę uzupełniono porównaniem współczynników korelacji pomiędzy poczuciem koherencji, a stanem emocjonalnym pacjentów z cukrzycą typu 1 i pacjentów z cukrzycą typu 2. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli nr 2.

Jak wskazują dane zawarte w tabeli, w grupie pacjentów z cukrzycą typu 1, poczucie koherencji koreluje zdecydowanie silniej z wszystkimi analizowanymi wskaźnikami stanu psychicznego (lęk, depresja, złość, somatyzacja), niż w przypadku cukrzycy typu 2. Może to oznaczać, że poczucie koherencji ma tym większe znaczenie dla stabilizowania stanu psychicznego pacjenta, im większy jest stan zaawansowania jego choroby.

Wnioski

Przytoczone powyżej wyniki badań potwierdzają występowanie zdecydowanie korzystnej relacji pomiędzy poczuciem koherencji, a stanem psychicznym chorych z objawami cukrzycy. Potwierdzają zarazem postulowaną wcześniej konieczność uwzględnienia w modelu edukacji zdrowotnej w tej grupie osób czynników psychicznych, które w istotnym stopniu wpływają na stres towarzyszący chorobie, a także mogą wpływać na efekty stosowanych działań informacyjnych.

Stosunkowo wysokie, negatywne korelacje poczucia koherencji z wszystkimi badanymi objawami negatywnej emocjonalności, szczególnie z nasileniem objawów depresji i lęku, a w mniejszym stopniu także z drażliwością i objawami psychosomatycznymi wskazują, że poczucie koherencji pełni ważną rolę ochronną zabezpieczającą przed przekształceniem się stresu związanego z chorobą (w tym przypadku cukrzycy), w objawy dolegliwości emocjonalnych bądź psychosomatycznych.

Powyższa interpretacja wyników wpływa z założenia, że poczucie kohe-

rencji, w przeciwieństwie do zmiennych stanów emocjonalnych, stanowi względnie trwałą strukturę postawy życiowej, cechującej się wysokim poczuciem własnej zaradności, zrozumiałości świata oraz przekonania, że życie posiada sens. Należy więc przypuszczać, że to właśnie ta struktura decydowała o kierunku stwierdzonych w badaniu korelacji, redukując towarzyszące chorobie, emocjonalne dolegliwości, a nie odwrotnie.

Odwołując się do koncepcji salutogenetycznej, według której poczucie koherencji to szczególna właściwość ludzkiej psychiki, stymulująca procesy zdrowienia, wzmacnianie tego poczucia należy uznać za istotny priorytet promocji zdrowia. Oznacza to włączenie do działań edukacyjnych, podejmowanych wobec chorych z cukrzycą, także oddziaływań o charakterze psychokorekcyjnym. Powinny być one ukierunkowane na rozwijanie u pacjentów wszystkich trzech elementów poczucia koherencji, tj. przekonania, że potrafią sobie z chorobą poradzić, że procesy zachodzące w cukrzycy dadzą się zrozumieć i w dużym stopniu są przewidywalne oraz co najważniejsze, że życie pomimo choroby i problemów jakie ze sobą niesie, nadal ma sens i warte jest wkładanego wń trudu.

Uwzględnienie poczucia koherencji w obszarze podejmowanych oddziaływań, to poważne wyzwanie dla edukatorów zdrowia, którzy w praktyce zbyt często zawężają zakres swoich działań wyłącznie do przekazu odpowiednio dobranych informacji, nie troszcząc się zbyt o oddziaływanie na tak ważne zmienne psychiczne, jak motywacja i posiadane zasoby osobiste osób edukowanych.

Streszczenie

Edukacja zdrowotna stanowi niezwykle ważny element promocji zdrowia oraz leczenia i zapobiegania chorobom. Ma ona szczególne znaczenie u chorych

z cukrzycą. Jak wiadomo, prozdrowotny styl życia pacjentów z tą chorobą, obejmujący między innymi ścisłe przestrzeganie odpowiedniej diety, stałą kontrolę poziomu cukru we krwi, właściwy poziom aktywności fizycznej oraz kontrolę stresu, w dużym stopniu zależy od wiedzy pacjenta na temat wymienionych czynników. Autorka podkreśla, że nowoczesny model edukacji zdrowotnej, poza przekazem stosownych informacji, powinien uwzględniać również wzmacnianie zasobów osobistych pacjenta, wśród których podstawową rolę odgrywa poczucie koherencji. Swoje rozważania uzupełnia wynikami własnych badań, w których wykazała względnie wysokie, negatywne korelacje pomiędzy stanem psychicznym pacjentów z cukrzycą, a poczuciem koherencji.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, pacjent z cukrzycą, zasoby osobiste.

Summary

Health education is an incredibly important element in health promotion. It is the main instrument in the process of changes towards healthy life, treatment and prevention of diseases and their complications, especially for diabetics. A pro-healthy diabetic lifestyle is based, above all, on controlling one's own condition, strictly complying with an appropriate diet, physical activity and constantly controlling the level of stress, which depends largely on the patient's knowledge and skills concerning these factors. The author emphasizes the fact that the modern health education model, besides raising the level of knowledge and skills, should also take into consideration the supporting of personal resources among which a sense of coherence plays an important role. These considerations are supplemented with the results of the author's own research which revealed a high negative correlation be-

tween the diabetic patient's sense of well-being and the sense of coherence.

Key words: health education, diabetics, personal resources.

Bibliografia

1. Antonovsky A. (1995). Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować? Warszawa: Fundacja IPN.
1. Bik, Henzel-Korzeniowska, Przewoźniak, Szczurbińska K. (red.) (1996). Wybrane zagadnienia promocji zdrowia. Kraków: Wyd. Szkoła Zdrowia Publicznego CM UJ.
2. Heszen I., Sęk H. (2007). Psychologia zdrowia. Warszawa: PWN.
3. Karski J. B. (1999). Promocja zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo IGNIS.
4. Majchrowska A. (2000). Styl życia jako kategoria kulturowa i społeczna. [W:] Elementy socjologii dla pielęgniarek. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
5. Ostrowska A. (1999). Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
6. Poprawa R. (1996). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. [W:] Dolińska-Zygmunt G. (red.), Elementy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo UW.
7. Sęk H. (2001). Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji. W: Sęk H., Pasikowski T. (red.), Zdrowie – stres – zasoby. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
8. Siciński A. (1980). Problemy teoretyczne i metodologiczne badań stylu życia. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
9. Sieradzki J. (2001). Cukrzyca. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.
10. Słońska Z. (1994). Promocja zdrowia – zarys problematyki. Nauki Społeczne i Medycyna, 1-2.
11. Tatoń J. (1995). Powikłania cukrzycy. Warszawa: PZWŁ.

Adres do korespondencji:

mgr Helena Motyka
 Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum
 Wydział Nauk o Zdrowiu
 Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
 Zakład Pedagogiki Medycznej
 Kraków

Tab. 1. Wartości współczynnika korelacji liniowej pomiędzy poczuciem koherencji a nasileniem objawów lęku, depresji, złości i somatyzacji

Poczucie koherencji	Lęk	Depresja	Złość	Somatyzacja
	-0,6020	-0,6798	-0,4478	-0,3699
p	p<0,001	p<0,001	p<0,001	P<0,001

Tab. 2. Wartości współczynnika korelacji pomiędzy poczuciem koherencji a nasileniem objawów lęku, depresji, złości oraz somatyzacji u pacjentów z cukrzycą typu 1 i typu 2

Typ cukrzycy	Lęk	Depresja	Złość	Somatyzacja
Typ I Poczucie Koherencji	-0,6292	-0,7007	-0,4614	-0,3766
	p<001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Typ II Poczucie Koherencji	-0,4563	-0,5728	-0,3984	-0,3001
	P<001	p<001	p<0,001	P<0,008