

POCZUCIE KOHERENCJI (SOC) A ZACHOWANIA ZDROWOTNE U PIELEŃNIAREK

Sense of coherence (SOC) versus health behaviour in nurses



Bogumiła Urbańska¹, Krystyna Kurowska²

¹Oddział Chirurgii Dziecięcej z Pododdziałem Urologii i Leczenia Oparzeń, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy

²Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2010; 3: 90–95

Adres do korespondencji:

Bogumiła Urbańska, ul. Osada 38, 85-351 Bydgoszcz, tel. +48 51 791 60 65; e-mail: bogusiaurb@interia.pl

Streszczenie

Wstęp: Poczucie koherencji (SOC) jest złożoną strukturą poznawczą wyjaśniającą związek zachowań zdrowotnych ze zdrowiem. Wysokie SOC daje wiarę w sens życia, jego uporządkowanie i przewidywalność, co sprawia, że chce się być zdrowym i sprawnie funkcjonować. Celem badań było określenie poziomu SOC oraz zachowań zdrowotnych występujących u pielęgniarek.

Materiał i metody: Przebadano 77 pielęgniarek z czterech różnych oddziałów: Chirurgii Dziecięcej, Kliniki Chirurgii Ogólnej, Kliniki Gastroenterologii i Chorób Naczyń oraz Neurochirurgii i Neurotraumatologii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 w Bydgoszczy im. dr. Jana Biziela. Poczucie koherencji oceniano za pomocą kwestionariusza SOC-29, a zachowania zdrowotne przy użyciu *Inwentarza zachowań zdrowotnych* (IZZ).

Wyniki: Globalne SOC u pielęgniarek wynosiło 130 pkt (92–167 pkt), przy średnim poziomie zrozumiałości 51,24, zaradności 42,54 i sensowności 35,55 pkt. Wynik uzyskany w IZZ to 83,56 pkt. Badani w 33% stanowili grupę o niskim poziomie w IZZ, 44% to osoby o średnim poziomie, a 25% o wysokim poziomie zachowań zdrowotnych.

Wnioski: Na podstawie uzyskanych wyników można powiedzieć, że badane pielęgniarki są grupą zawodową o dość wysokim poziomie poczucia koherencji, która ma właściwe lub wysokie zachowania zdrowotne.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, zachowania zdrowotne, poczucie koherencji (SOC).

Wstęp

Sytuacja zdrowotna polskiego społeczeństwa w znacznym stopniu wiąże się z zachowaniami zdrowotnymi. Narodowy Program Zdrowia – ukierunkowany na promocję i profilaktykę – wyznacza pracownikom ochrony zdrowia znaczącą rolę. Zawód pielęgniarki wiąże

Summary

Introduction: Sense of coherence (SOC) is a construct that explains the relationship between health behaviour and health. High SOC gives confidence in the meaning of life, its comprehensibility and predictability – which gives motivation to stay healthy and fit. The aim of the research was to define SOC level and health behaviour of nurses.

Material and methods: 77 nurses from different wards: Pediatric Surgery, General Surgery Clinic, Gastroenterology Clinic, Vessel Diseases, Neurosurgery and Neurotraumatology at Dr Jan Biziel University Hospital No 2 in Bydgoszcz were examined. Sense of coherence was assessed on the basis of the SOC-29 questionnaire, while health behaviour on the basis of Health Behaviour Inventory.

Results: Global SOC in nurses was 130 (92-167 points), with average level of understanding 51.24; manageability 42.54; meaningfulness 35.55 points. The result in Health Behaviour Inventory was 83.56 points. 33% of the examined nurses showed a low level in Health Behaviour Inventory, 44% were on medium level, and 25% showed a high level of health behavior.

Conclusions: On the basis of the results we can conclude that nurses constitute the group of professionals with high SOC and appropriate or high level of health behaviour.

Key words: nurse, health behaviour, sense of coherence (SOC).

się z ogromną odpowiedzialnością. Obecnie jest to osoba wykształcona, profesjonalna, która cechuje się odpowiedzialną postawą oraz zachowaniami zdrowotnymi. Są one niezbędne jako wzorzec do naśladowania dla pacjentów oraz do zachowania własnego zdrowia [1]. Zachowania prozdrowotne, szczególnie dotyczące aktywności fizycznej, prawidłowych nawyków żywieniowych, regu-

larnego korzystania z usług medycznych, pozwalają kontrolować stan zdrowia. Szybkie tempo życia utrudnia zachowania prozdrowotne, które mają szczególny wpływ na utrzymanie zdrowia. Celem pracy było określenie poziomu SOC oraz zachowań zdrowotnych u pielęgniarek.

Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia pracowników ochrony zdrowia. Badania przeprowadzono od czerwca do grudnia 2009 r. w grupie 77 osób (97,40% kobiet, 2,59% mężczyzn) na czterech różnych oddziałach: Chirurgii Dziecięcej, Kliniki Chirurgii Ogólnej, Kliniki Gastroenterologii i Chorób Naczyń oraz Neurochirurgii i Neurotraumatologii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 w Bydgoszczy im. dr. Jana Bizuela, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/104/2009). 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 zdrowotnych (prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych i pozytywnego nastawienia psychicznego); ankieta konstrukcji własnej, odnosząca 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 jednoczynnikowej analizy wariancji testu F Fishera. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 6.0.

Wyniki badań

Badana grupa liczyła 77 osób (75 kobiet i 2 mężczyzn). Wynika to faktu, że w większości zawód pielęgniarki wykonywany jest przez kobiety. Analiza danych pokazuje, że średnia wieku respondentów wynosiła 38 lat, przy odchyleniu standardowym 8,34, co oznaczało, że najliczniejszą grupą były osoby między 29. a 46. rokiem życia, pozostające w związkach małżeńskich (71%), mające potomstwo (78%) i zamieszkujące w mieście (81,81%) z rodziną (85%). Ponad połowę (51,9%) stano-

wiły osoby z wykształceniem średnim, 30% z wyższym licencjackim, pozostała część miała wykształcenie wyższe magisterskie. Najliczniejsza grupa to osoby, które ukończyły liceum medyczne pielęgniarstwa (38,96%) lub miały wykształcenie wyższe licencjackie (27,27%). Najwięcej badanych (76,62%) zadeklarowało pracę w charakterze pielęgniarki/rza odcinkowego, 15,58% jako zabiegowy, a 8% w roli koordynującego lub oddziałowego. Badani deklarowali, że nie stosują używek (72%); 20% z nich miało problemy z utrzymaniem należytnej masy ciała, 14% było aktywnych fizycznie, 19% radziło sobie ze stresem, 89% stosowało dietę niskosodową i antycholesterolową. Ponad połowa badanych (50,64%) nie paliła papierosów. Zadowolonych z wykonywanej pracy zawodowej było 83,11% badanych, 37,33% z nich pozytywnie oceniło atmosferę panującą w pracy, natomiast 25,33% uznało ją za stresującą. Większość, bo aż 68,83%, to osoby pracujące w systemie dwuzmianowym, natomiast 31,16% w systemie jednozmianowym.

W celu zbadania poziomu poczucia koherencji u pielęgniarek wykorzystano *Kwestionariusz orientacji życiowej* (SOC-29). Podział SOC na niski i wysoki został dokonany za pomocą średniej arytmetycznej. Niski poziom zawierał się w przedziale punktowym 92–129, natomiast wysoki 130–167. Rozkład wyników, przedstawiony w tabeli 1., pokazuje, że średni poziom SOC wynosił 129,35 (od 92 do 167) pkt, przy odchyleniu standardowym 11 oraz współczynnika zmienności 8,75%, czyli niskim. Na tej podstawie można powiedzieć, że globalne SOC nie było zróżnicowane. Średni poziom zrozumiałości wynosił 51,24 pkt (36–66 pkt), przy współczynniku zmienności 11,25%, co nie stanowiło dużego zróżnicowania u pielęgniarek. Średnia zaradności wynosiła 42,54 pkt (29–58 pkt), przy współczynniku zmienności 14,31% – ponieważ nie przekraczał on 15%, można powiedzieć, że nie było dużego zróżnicowania wśród pielęgniarek w tej podskali. Najniższe wyniki osiągnęła sensowność (35,55 pkt, zakres 25–52 pkt), co było związane z najmniejszą liczbą pytań w zakresie tej skali. Współczynnik zmienności 13,31% nie był również czynnikiem różnicującym pielęgniarki w tej podskali.

Wyróżnione w tabeli 2. typy zachowań zdrowotnych należały do typów uwzględnionych w IZZ Juczyńskiego oceniające ich w aspekcie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych. W IZZ określono wartości stenowe (czyli standaryzowane). Od 1 do 4 to wyniki niskie, 5–6 przeciętne, natomiast 7–10 to wyniki wysokie. Średni poziom punktowy IZZ wynosił 83,56 (od 46 do 104) przy odchyleniu standardowym 11,83%. Na podstawie tych wyników można podzielić badaną grupę na osoby o niskim poziomie – 22 (nieco ponad 30%), średnim – 32 (niecałe 43%), oraz te o wysokim poziomie – 19 (niespełna 26%). Biorąc pod uwagę uzyskane wyniki, można powiedzieć, że pielęgniarki stanowiły grupę zawodową, która wykazała właściwe lub wysokie zachowania zdrowotne.

Tabela 1. Statystyka opisowa SOC

Skale SOC	N	Średnia arytmetyczna	Minimum	Maksimum	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Odchylenie standardowe	Wsp. zmn.
zrozumiałość	77	51,24	36	66	48	54	5,77	11,25
zaradność	77	42,54	29	58	39	46	6,08	14,31
sensowność	77	35,55	25	52	33	39	4,73	13,31
globalne SOC	77	129,35	92	167	124	134	11,32	8,75

Tabela 2. Statystyka opisowa Inwentarza zachowań zdrowotnych

Kategoria zachowań zdrowotnych	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
PNŻ	76	20,23	8	27	3,96
ZP	75	22,06	11	30	4,28
PNP	77	21,77	14	29	3,26
PZ	74	19,28	10	27	3,67
IZZ	73	83,56	46	104	11,83

PNŻ – prawidłowe nawyki żywieniowe, ZP – zachowania profilaktyczne, PNP – pozytywne nastawienie psychiczne, PZ – praktyki zdrowotne, IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych

Tabela 3. Korelacje między SOC i jego składowymi a Inwentarzem zachowań zdrowotnych

Skale SOC	PNŻ	ZP	PNP	PZ	IZZ
zrozumiałość	0,11	0,27*	0,22	0,21	0,26*
zaradność	-0,04	0,05	0,01	-0,07	-0,01
sensowność	-0,20	0,03	-0,01	-0,06	-0,08
globalne SOC	-0,05	0,17	0,11	0,04	0,09

PNŻ – prawidłowe nawyki żywieniowe, ZP – zachowania profilaktyczne, PNP – pozytywne nastawienie psychiczne, PZ – praktyki zdrowotne, IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych

Określono związek między poziomem SOC i jego składowymi a zachowaniami zdrowotnymi (tab. 3.). W tabeli przedstawiono zestawienie współczynników korelacji liniowej Pearsona. W tej analizie siła współczynników w przypadku globalnego SOC oraz w jego podskali – zaradności i sensowności – nie była istotna statystycznie. W przypadku globalnego IZZ oraz jego podskali – zachowaniach profilaktycznych – korelacja okazała się istotna statystycznie w stosunku do podskali SOC – zrozumiałości, w taki sposób, że im wyższy poziom zrozumiałości, tym wyższe wyniki w IZZ i w skali zachowania profilaktyczne. Mimo to, siła tego związku była niska. W pozostałych przypadkach mamy do czynienia z siłą nikłą. Na podstawie uzyskanych wyników można wysnuć wniosek, że związek pomiędzy poczuciem koherencji a zachowaniami zdrowotnymi dotyczy tylko wybiórczych podskal zarówno poczucia koherencji, jak i podskali IZZ – zachowania profilaktycznego. Związek ten nie mówi dużo o powiązaniach obu zmiennych.

Z analizy danych demograficznych, które zostały obliczone przy użyciu jednoczynnikowej analizy wariancji testu F Fishera, wynikało, że wiek ankietowanych w sposób istotny statystycznie różnicował zaradność ($F = 2,0775$, $p > 0,0139$) oraz globalne SOC ($F = 1,7842$, $p > 0,0409$). Związek ten polegał na tym, że poziom zaradności oraz globalnego SOC obniżał się wraz z wiekiem. Nie zauważono wpływu wieku badanych na ich zachowania zdrowotne. Płeć okazała się czynnikiem różnicującym dla skali zachowań profilaktycznych ($F = 6,9091$, $p > 0,0104$) w IZZ oraz dla całego IZZ ($F = 5,3652$, $p > 0,0234$) w taki sposób, iż kobiety miały wyższy poziom w skali ZP (22,27 pkt). Podobnie przedstawiała się sytuacja w globalnym IZZ, tu również kobiety miały wyższy wynik w tej skali (84,08 pkt). Wyniki takie zapewne były związane z tym, iż w badanej grupie było tylko 2 mężczyzn. Stan cywilny respondentów okazał się czynnikiem różnicującym na poziomie trendu, a nie istotności statystycznej w zakresie skali prawidłowych

nawyków żywieniowych. Dla globalnego SOC i IZZ nie był czynnikiem różnicującym. Zamieszkanie osób w określonej sytuacji okazało się różnicujące dla podskali IZZ – praktyk zdrowotnych ($F = 3,2559, p > 0,0443$). Osoby, które mieszkały z rodziną, uzyskały w tej skali 19,71 pkt i był to wskaźnik najwyższy spośród wszystkich. U osób mieszkających samotnie wskaźnik ten wynosił 17,28 pkt, natomiast najniższy wynik uzyskały osoby mieszkające w „innych sytuacjach” – 16 pkt. Posiadanie dzieci nie okazało się czynnikiem różnicującym na poziomie statystycznym ani dla SOC, ani dla IZZ. Było ono jedynie na poziomie trendu dla prawidłowych nawyków żywieniowych oraz praktyk zdrowotnych w IZZ. Miejsce zamieszkania i pracy, poziom wykształcenia, zajmowane stanowisko nie okazały się czynnikami różnicującymi ani dla SOC, ani dla IZZ. Typ ukończonej szkoły był czynnikiem różnicującym na poziomie statystycznym dla podskali SOC – zaradności. Osoby, które zadeklarowały ukończenie trzech typów szkół (liceum – studium, licencjat, magisterskie), wykazywały najwyższy jej poziom (53 pkt). Globalne SOC w ogóle nie wiązało się z paleniem papierosów, natomiast skala zachowań profilaktycznych w IZZ była istotnie różna w zależności od liczby wypalanych papierosów. Zależność ta polega na tym, że im większa liczba papierosów, tym niższa wartość w skali praktyki zdrowotne. W podskali prawidłowe nawyki żywieniowe osoby, które nie paliły papierosów, miały zdecydowanie wyższe wyniki w tej skali (20,79 pkt) niż osoby, które paliły papierosy okazjonalnie (19,09 pkt) lub nałogowo (20,36 pkt). Podobnie kształtowały się wyniki w skali pozytywne nastawienie psychiczne – osoby niepalące uzyskały wynik 22,69 pkt. Taka sama tendencja widoczna była w przypadku podskali praktyki zdrowotne. W IZZ zdecydowanie najsilniej zaznaczona była właśnie ta tendencja. I tak dla osób niepalących uzyskana liczba punktów wynosiła 87,18, dla osób palących okazjonalnie 82 pkt, a dla palących regularnie – 80,32. Godzenie nauki z pracą zawodową dało wynik różnicujący w sposób istotny statystycznie dla podskali zaradności ($F = 1,9886, p > 0,0438$), sensowności ($F = 2,2256, p > 0,0232$) oraz globalnego SOC ($F = 2,3754, p > 0,0154$). Zachowania zdrowotne nie były zróżnicowane. Zależność ta przejawiała się w tym, że osoby, które nie łączyły pracy z nauką, to osoby z wyższym globalnym SOC (132,51 pkt) w stosunku do tych, które jednocześnie pracowały i uczyły się (125,75 pkt). Liczba zjadanych posiłków okazała się być czynnikiem różnicującym dla poziomu zaradności ($F = 2,9727, p > 0,0248$) oraz dla całkowitego IZZ ($F = 2,6593, p > 0,0399$). Osoby, które zjadały najwięcej posiłków (5–6), to te o niskim poziomie zaradności (39 pkt). Im mniej spożywanych posiłków, tym poziom zaradności był wyższy (45,71 pkt). W przypadku całkowitego IZZ osoby, które zjadały 2 posiłki, miały najniższy wynik w tej skali. Regularność spożywanych posiłków okazała się być czynnikiem różnicującym dla podskali SOC – poziomu zrozumiałości ($F = 3,0436,$

$p > 0,0341$), oraz globalnego SOC ($F = 4,4964, p > 0,0059$), w taki sposób, że osoby deklarujące jedzenie w sposób nieregularny wykazały najniższy poziom zrozumiałości, sensowności oraz globalnego SOC. Spożywanie produktów roślinnych, mącznych, tłuszczów zwierzęcych oraz słodczy nie było czynnikiem różnicującym w sposób istotny statystycznie ani dla globalnego SOC, ani dla IZZ, natomiast podaż warzyw i owoców okazała się być istotna z punktu widzenia statystycznego dla podskali IZZ – prawidłowych nawyków żywieniowych ($F = 4,8037, p > 0,0315$). Wyższe wyniki w tej skali uzyskały osoby, które wskazywały jako główny składnik swojej diety warzywa i owoce (20,23). Picie kawy okazało się czynnikiem różnicującym dla IZZ w podskali praktyki zdrowotne ($F = 5,9482, p > 0,0171$) w taki sposób, że osoby, które nie piły kawy, uzyskały zdecydowanie wyższy wynik (23,5). Również w globalnym IZZ wynik punktowy dla tych osób był zdecydowanie wyższy – 95,75 pkt. Liczba wypijanych filiżanek kawy w ciągu doby okazała się czynnikiem różnicującym dla IZZ – w jego podskalach: PNŻ ($F = 4,2091, p > 0,0006$), PZ ($F = 2,6225, p > 0,0187$), ZP ($F = 3,2163, p > 0,0187$) oraz dla globalnego SOC ($F = 0,3298, p > 0,0378$) w taki sposób, że osoby, które wypijały najwięcej filiżanek kawy dziennie (6–10), to respondenci o niskich nawykach żywieniowych. Wyniki dla tej grupy osób kształtowały się podobnie w skali ZP oraz całkowitego IZZ. Sposób przyrządzania kawy był różnicujący tylko dla pozytywnego nastawienia psychicznego ($F = 1,8964, p > 0,0490$) w IZZ. Prawie dla wszystkich możliwych odpowiedzi na to pytanie wskaźnik PNP był na poziomie przeciętnym. Nie ma jednoznacznej tendencji, która wskazywałaby, że jakiś styl przyrządzania kawy jest lepszy w odniesieniu do skali PNP. Czynnikiem dotyczący tego, czy osoby badane lubią swoją pracę czy nie, okazał się być różnicujący dla poziomu zrozumiałości ($F = 3,0746, p > 0,0328$). Osoby, które lubią swoją pracę, wykazywały zdecydowanie wyższy poziom zrozumiałości (52 pkt). Chęć zmiany pracy okazała się różnicująca dla podskali SOC – sensowności ($F = 5,5947, p > 0,0206$), w taki sposób, że osoby chcące zmienić pracę miały ten poziom wyższy (38 pkt). Częstość denerwowania się nie okazała się czynnikiem różnicującym dla globalnego SOC bądź IZZ. Czynnikiem ten okazał się różnicujący dla podskali SOC – zrozumiałości ($F = 4,4009, p > 0,0067$) oraz dla IZZ w zachowaniach profilaktycznych ($F = 2,3432, p > 0,0805$), pozytywnym nastawieniu psychicznym ($F = 3,8221, p > 0,0134$), praktykach zdrowotnych ($F = 3,2078, p > 0,0284$) oraz całościowym IZZ ($F = 3,7847, p > 0,0143$). Zależność ta polegała na tym, że osoby preferujące przyjazną atmosferę w pracy miały najwyższy poziom zrozumiałości (54,28). W zachowaniach profilaktycznych wynik ten dla tych osób wynosił 23,37 pkt. Przyjazna atmosfera sprzyjała wysokim wynikom w skali pozytywne nastawienie psychiczne (23 pkt), również w skali praktyki zawodowe (20,84 pkt), a także w globalnym IZZ (88,92 pkt).

Zmienna ta okazała się być różnicująca dla podskali SOC zrozumiałości ($F = 3,4693$, $p > 0,0203$) oraz globalnego SOC ($F = 1,0892$, $p > 0,0045$). Respondenci, którzy byli zadowoleni z systemu pracy, to osoby o wysokim poziomie zrozumiałości (52,15 pkt), wykazujące zdecydowanie wyższy poziom poczucia koherencji (130,78 pkt) w porównaniu z pozostałą częścią grupy. System pracy okazał się czynnikiem różnicującym dla podskali SOC – sensowności ($F = 5,3825$, $p > 0,0230$), prawidłowych nawyków żywieniowych ($F = 8,3638$, $p > 0,0050$), oraz IZZ ($F = 5,9793$, $p > 0,0169$) w taki sposób, że osoby pracujące w systemie dwuzmianowym wykazywały wyższy poziom sensowności (36,37 pkt) niż te, które pracowały w systemie jednozmianowym (33,75 pkt). Respondenci pracujący w systemie jednozmianowym mieli wyższy poziom w skali prawidłowe nawyki żywieniowe (22,08) i IZZ (88,39) niż osoby pracujące w systemie dwuzmianowym. Po dokonaniu weryfikacji na niski i wysoki poziom SOC nie stwierdzono, aby zakres tego podziału różnicował badanych w zakresie zachowań zdrowotnych. Mogło to być spowodowane tym, że osoby badane w zakresie IZZ stanowią jednolitą grupę, co jest związane zapewne z charakterem ich pracy, a nie poziomem poczucia koherencji.

Omówienie wyników

We współczesnym świecie nastąpił ogromny, dynamiczny rozwój pielęgniarstwa. Ten zawód wykonują głównie kobiety, tylko nieliczni mężczyźni reprezentują tę grupę zawodową. Aby zbadać poczucie koherencji oraz zachowania zdrowotne pielęgniarek/rzy, poddano je badaniu. Grupę badanych stanowiło 77 osób pracujących w Szpitalu Klinicznym w Bydgoszczy zarówno na oddziałach zabiegowych, jak i niezabiegowych. Ocenie poddano czynniki socjodemograficzne bezpośrednio związane z pracą pielęgniarek/rzy, ze szczególnym zwróceniem uwagi na poziom poczucia koherencji oraz zachowania zdrowotne. W wyniku przeprowadzonych badań wykazano, że globalne SOC w badanej grupie wynosiło ok. 130 pkt (92–167 pkt), przy odchyleniu standardowym ponad 11%, co świadczyło o tym, że globalne poczucie koherencji nie różnicowało badanej grupy. Zapewne było to związane z tym, że pielęgniarki/pielęgniarze stanowią jednolitą grupę zawodową. Wartość globalnego SOC oraz poszczególnych jej składowych nie odbiegało w sposób zasadniczy od wyników publikowanych w piśmiennictwie. Bień i Wrońska podają, że średni wynik SOC wśród badanych kobiet wyniósł 136,86 pkt [2]. Uzyskany wynik globalnego poczucia koherencji (130–167) zalicza się do wartości standardowych otrzymanych przez Antonowsky'ego (130–160) [3]. Perliński i Krajewska uzyskali średnią wartość globalnego poziomu poczucia koherencji (w badanej grupie pielęgniarek) w wysokości 135,55 pkt. Wynik ten był zbliżony do publikowanych w piśmiennictwie średnich wartości wśród kobiet [4]. Badania prze-

prowadzone przez Andruszkiewicz i Basińską [4, 5] nie potwierdzają uzyskanych wyników. Badana grupa miała bardzo zróżnicowane poczucie koherencji (58–200). Być może związane było to z tym, że badani nie stanowili jednolitej grupy pod względem zawodowym i że było w niej znacznie więcej mężczyzn. Przy określaniu średnich składowych globalnego poczucia koherencji uzyskano wynik dla zrozumiałości w wysokości 51,24 pkt, przy współczynniku zmienności 11,25%, co nie stanowiło dużego zróżnicowania wśród badanych pielęgniarek. Kolejna zmienna to zaradność (42,54), współczynnik zmienności 14,31%, co świadczy o tym, że i w tej podskali nie zaobserwowano dużego zróżnicowania. Ostatnia zmienna to sensowność (35,55), współczynnik zmienności 13,31%. Podobnie jak dla poprzednich zmiennych, wynik ten nie okazał się różnicujący dla pielęgniarek/rzy.

W dalszej części pracy określono poziom zachowań zdrowotnych. Na podstawie uzyskanych wyników (średnie IZZ – 83,56 pkt) można stwierdzić, że badana grupa zawodowa wykazała właściwe lub wysokie zachowania zdrowotne. Juczyński przedstawia średni wynik dla pracujących pielęgniarek w wysokości 84,03 pkt [6]. Uzyskany wynik w badaniach własnych był zbliżony. W badaniach Andruszkiewicz i Oźmińskiej wynik ten był nieco wyższy – 93,55 pkt. Kobiety zdrowe rzadziej przejawiały zachowania prozdrowotne niż kobiety po mastektomii [7].

Następnym etapem badań było określenie powiązań pomiędzy poczuciem koherencji i jego składowymi a zachowaniami zdrowotnymi pielęgniarek/rzy. W toku badań ustalono, że tylko w przypadku IZZ i jego podskali – zachowań profilaktycznych – korelacja była istotna statystycznie w stosunku do podskali poczucia koherencji – zrozumiałości. Oznacza to, że im wyższy poziom zrozumiałości, tym wyższe wyniki w IZZ i w skali zachowań profilaktycznych. Mimo tej zależności siła tego związku okazała się siłą nikłą. Włodarczyk w przeprowadzonych badaniach uzyskał odmienne wyniki. Największe znaczenie miało poczucie sensowności. Być może związane było to z faktem, że badania swoje przeprowadzał wśród osób między 30. a 75. rokiem życia (grupa badanych 22–55 lat), a więc u osób o ukształtowanym poczuciu koherencji, oraz z tym, że w jego grupie było zdecydowanie więcej mężczyzn [8].

Kolejnym etapem badań było szukanie wpływu zmiennych pośredniczących na poziom poczucia koherencji oraz zachowania zdrowotne pielęgniarek. Wiek okazał się mieć wpływ na globalne SOC oraz poziom zaradności. Wraz z wiekiem poziom ten się obniżał. Nie zauważono wpływu wieku na zachowania zdrowotne pielęgniarek/rzy. Płeć miała natomiast wpływ na IZZ oraz zachowania profilaktyczne (dotyczące przestrzegania zaleceń zdrowotnych) – kobiety miały wyższy średni poziom w skali zachowań profilaktycznych. Zapewne wiązało się to z tym, że w przeprowadzonym badaniu brało udział tylko 2 mężczyzn. Wykształcenie respondentów nie było czynnikiem różnicującym dla pielęgni-

rek/rzy w SOC ani IZZ, natomiast Andruszkiewicz i Oźmińska w swoich badaniach wykazały istnienie zależności pomiędzy wykształceniem a zachowaniami zdrowotnymi. Wyższe wykształcenie wiązało się z większą świadomością korzyści płynących z zachowań prozdrowotnych [7]. Również Włodarczyk w swych badaniach zauważył związek wykształcenia z poczuciem koherencji i zachowaniami prozdrowotnymi – im wyższe SOC, tym wyższe zachowania zdrowotne [8]. Puchalski także potwierdził tę zależność [9]. Palenie papierosów okazało się czynnikiem różnicującym dla zachowań zdrowotnych, dla skal: prawidłowych nawyków żywieniowych, pozytywnych nastawień psychicznych oraz praktyk zdrowotnych, ale nie było istotne statystycznie dla poczucia koherencji. Osoby, które nie paliły papierosów, uzyskały wyższe wyniki niż te, które je paliły, co wskazuje na zachowania prozdrowotne wśród osób niepalących. Do takich samych wniosków w swych badaniach doszli: Banaszekiewicz, Andruszkiewicz, Perliński i Krajewska. Pielęgniarki niepalące papierosów wykazywały wyższy poziom poczucia koherencji niż pielęgniarki palące, w szczególności w podskali sensowności [4]. W badaniach Andruszkiewicz i Basińskiej poczucie koherencji wykazywało związek z typem uzależnienia od nikotyny. Osoby uzależnione, które charakteryzowały się dużym poziomem motywacji do rzucenia palenia, miały istotnie wyższe poczucie koherencji [10]. W piśmiennictwie dostępne były także wyniki badań podające, że palenie papierosów przez personel pielęgniarski nie jest zjawiskiem rozpowszechnionym [11]. Puchalski natomiast zwraca uwagę na to, że zachowania antyzdrowotne (a takim jest przecież palenie papierosów) dla wielu osób są źródłem przyjemności i pozwalają manifestować własną niezależność [9].

W badaniach wykazano, że częstość denerwowania się w pracy nie była czynnikiem różnicującym dla SOC oraz IZZ, natomiast atmosfera panująca na danym oddziale zasadniczo wpływała na poczucie koherencji oraz zachowania zdrowotne. Pielęgniarki pracujące w przyjaznej atmosferze miały znacznie wyższe wyniki w skali zrozumiałości oraz w skalach: pozytywne nastawienia psychiczne, praktyki zdrowotne oraz w IZZ. W piśmiennictwie znaleziono doniesienia, które wskazują, że personel pielęgniarski jest w znacznej mierze podatny na działanie stresu, co niewątpliwie wiąże się z charakterem ich pracy. Jednocześnie zna on mechanizmy radzenia sobie z nim [5]. Badaniu poddano również sposób odżywiania i grupy najczęściej spożywanych pokarmów. Okazało się, że najczęściej zjadane były warzywa i owoce i to one różnicowały pielęgniarki w skali IZZ (tzn. osoby te miały wyższe wyniki w skali prawidłowe nawyki żywieniowe). Z badań przeprowadzonych przez Wojciechowską i Suda wynika, że pielęgniarki zdają sobie sprawę z właściwego odżywiania się [5], potwierdzają to doniesienia innych badaczy [1]. W swych badaniach Puchalski zwraca uwagę, że respondenci podają jako

najlepiej służące zdrowiu prawidłowe odżywianie [9]. Włodarczyk wykazał, że im wyższy poziom poczucia koherencji, tym większa liczba i wyższa jakość podejmowanych zachowań prozdrowotnych. Przy czym największe znaczenie przypisał poczuciu sensowności [8]. Potwierdzają to inni badacze – silne poczucie koherencji jest czynnikiem prozdrowotnym [10].

Wnioski

1. Pielęgniarki nie różnią się od siebie pod względem poziomu poczucia koherencji ani jego składowych. Globalne SOC u pielęgniarek wynosiło 130 (92–167 pkt), przy średnim poziomie zrozumiałości 51,24, zaradności 42,54 oraz sensowności 35,55 pkt.
2. Wynik uzyskany w IZZ to 83,56 pkt. Badani w 33% stanowili grupę o niskim poziomie w IZZ, 44% to osoby o średnim poziomie, a 25% o wysokim poziomie zachowań zdrowotnych.
3. Wysoki poziom poczucia koherencji u pielęgniarek/rzy nie różnicował ich w zakresie zachowań zdrowotnych. Stanowili oni jednolitą grupę, co było związane z charakterem pracy, a nie z poziomem poczucia koherencji.
4. Badane pielęgniarki to grupa zawodowa o dość wysokim poziomie poczucia koherencji, która ma właściwe lub wysokie zachowania zdrowotne.

Piśmiennictwo

1. Warchoł-Sławińska E, Włoch K. Zachowania zdrowotne pielęgniarek. *Zdrowie publiczne* 2003; 113: 156-9.
2. Bień A, Wrońska I. Poczucie koherencji kobiet a czynniki społeczno-demograficzne. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2005; 3: 55-61.
3. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995; 7: 12-13.
4. Banaszekiewicz M, Andruszkiewicz A, Perliński J, Krajewska M. Poczucie koherencji a uzależnienie od palenia tytoniu wśród pielęgniarek. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2007; 1: 57-61.
5. Wojciechowska M, Suda K. Promocja zdrowego stylu życia nie tylko zadaniem zawodowym pielęgniarki, ale także odpowiedzialnością na współczesne zagrożenia zdrowia. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16: 2-8.
6. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji psychologii zdrowia. PTP, Warszawa 2000; 117-20.
7. Andruszkiewicz A, Oźmińska A. Zachowania zdrowotne kobiet po mastektomii. *Ann Acad Med Siles* 2005; 59: 298-301.
8. Włodarczyk P. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne. *Lider*, Gdańsk 1998; 13-18.
9. Puchalski K. Zachowania antyzdrowotne i ich motyw w świadomości pracowników przedsiębiorstw. *Medycyna Pracy* 2004; 55: 417-24.
10. Andruszkiewicz A, Basińska MA. Poczucie koherencji a uzależnienie od nikotyny. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16: 123-7.
11. Zysnarska M. Palenie papierosów przez pielęgniarki zatrudnione na oddziałach onkologicznych w aspekcie realizowanych zadań edukacyjnych. *Przegląd Lekarski* 2007; 64: 10-2.