

Samoocena jakości życia i poczucie koherencji osób z rozpoznaniem obturacyjnego bezdechu sennego

Self-assessment of quality of life and sense of coherence of people diagnosed with obstructive sleep apnea

Krystyna Kurowska, Ewa Jasińska

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Teorii Pielęgniarstwa Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

Streszczenie

Wstęp. Założenia koncepcji poczucia koherencji wskazują na istnienie zasobów odpornościowych umożliwiających człowiekowi mobilizację do walki z chorobą lub utrzymanie optymalnego stanu zdrowia. Wysoki poziom jakości życia połączony z dużymi zasobami umożliwia akceptację choroby oraz zwiększa prawdopodobieństwo podjęcia leczenia. **Cel.** Określenie związku pomiędzy poziomem poczucia koherencji a jakością życia jako wyznacznika w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia u osób z rozpoznaniem obturacyjnym bezdechem sennym. **Materiał i metody.** Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów diagnozowanych i leczonych w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, w Pracowni Zaburzeń Oddychania w Czasie Snu. Wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 oraz Kwestionariusz FOSQ Functional Outcomes of Sleep Questionnaire w polskiej wersji językowej. **Wyniki.** Osoby z obturacyjnym bezdechem sennym różniły się pomiędzy sobą poziomem zrozumiałości. Zauważalny był niski poziom poczucia koherencji, przy wysokim poziomie jakości życia badanych. Poziom poczucia koherencji był związany z poziomem jakości życia w sposób przeciętny, im wyższy poziom poczucia koherencji, tym wyższa jakość życia badanych. **Wnioski.** Otrzymane wyniki mogą wskazywać na konieczność częstszej kontroli wśród osób leczonych z powodu obturacyjnego bezdechu sennego, ponieważ w trakcie terapii poziom jakości życia może się zmieniać. Wyższy poziom jakości życia może ułatwiać kontakt z chorym oraz zmniejszać ryzyko wystąpienia powikłań choroby. (*Farm Współ 2016; 9: 11-17*)

Słowa kluczowe: poczucie koherencji (SOC), jakość życia, obturacyjny bezdech senny

Summary

Background. Assumptions of the concept of sense of coherence suggest an immune resource mobilization to enable man to fight the disease or maintain optimal health. The high level of quality of life coupled with large resource allows acceptance of the disease and increases the likelihood of medical treatment. **Aim.** The purpose of this study was to determine the relationship between the level of sense of coherence and quality of life as a determinant in maintaining optimal health in individuals diagnosed with obstructive sleep apnea. **Material and methods.** The study was conducted among 100 patients diagnosed and treated in Kujawsko-Pomorski Pulmonology Center in the Laboratory of Respiratory Disorders in the Dreamtime. The study used questionnaire Questionnaire of Life Orientation SOC 29 and the Functional Outcomes Questionnaire of Sleep in the Polish language version. **Results.** Results were as follows: individuals with obstructive sleep apnea are different levels of understanding but did not differ in the level of global sense of coherence and level of quality of life. Noticeable is the low level of sense of coherence with nominally high quality of life for patients. The level of sense of coherence is associated with the level of quality of life in a way that the average, but the line – the higher the level of sense of coherence, the higher the quality of life for patients. **Conclusions.** The results obtained may indicate the need for more frequent monitoring among people treated for obstructive sleep apnea, because in the course of therapy, quality of life can change. A higher level of quality of life may facilitate contact with the patient and reduce the risk of complications of the disease. (*Farm Współ 2016; 9: 11-17*)

Keywords: sense of coherence (SOC), quality of life, obstructive sleep apnea

Wstęp

Ostatnie dziesięciolecie pokazuje jak diametralnie i szybko zmienia się świat, w którym żyjemy. Życie przynosi coraz więcej możliwości, ale równocześnie stawia ludzi przed wieloma trudnymi wyborami i zadaniami. Organizm człowieka niekiedy jest zbyt słaby na niektóre sytuacje i staje się coraz bardziej podatny na choroby. Najczęściej rozwijają się choroby cywilizacyjne – cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, otyłość. Schorzenia te nie występują jako izolowane i mają ogromny wpływ na inne narządy i cały organizm. Bardzo często są czynnikami powodującymi wystąpienie obturacyjnego bezdechu sennego [1,2]. Poczucie koherencji, jako składowa stanu zdrowia, w koncepcji Aarona Antonovsky'ego zakłada możliwość utrzymania bądź poprawy stanu zdrowia zależnie od ilości zdobytych punktów w kwestionariuszu SOC-29. Poczucie koherencji kształtuje się w czasie rozwoju i co do zasady nie ulega zmianie. Im wyższy poziom poczucia koherencji, tym większe prawdopodobieństwo zmobilizowania w zagrożeniu lub zaistnieniu choroby [3]. Jakość życia natomiast może się zmieniać w czasie. Człowiek dojrzewa, zmienia priorytety, zmienia się jego podejście do życia. Jakość życia to nie tylko to, co mamy, ale również to, kim jesteśmy i jak się z tym czujemy [4]. Celem badań było określenie związku pomiędzy poziomem poczucia koherencji a jakością życia, jako wyznacznika w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia u osób z rozpoznaniem obturacyjnym bezdechem sennym. Wysoki poziom poczucia koherencji i jakości życia wpływa na lepsze funkcjonowanie człowieka w każdej sferze. Umożliwia dobre przygotowanie pacjenta do samoopieki, pozwala na przystosowanie się do choroby, jej ograniczeń, lepsze poznanie własnego organizmu oraz skuteczne zapobieganie powikłaniom. A dzięki temu pozwala łatwiej, lepiej i dłużej żyć [5].

Materiał i metoda badawcza

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z zaburzeniami oddychania i snu. Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2011 do grudnia 2012 roku w grupie 100 osób z rozpoznaniem obturacyjnego bezdechu sennego, będących w trakcie leczenia na terenie Kujawsko – Pomorskiego Centrum Pulmonologii, w Pracowni Zaburzeń Oddychania w Czasie Snu, za zgodą komisji bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/557/2011).

W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusz do badania poczucia koherencji (SOC-29) autorstwa Antonovsky'ego oraz kwestionariusz FOSQ (Functional Outcomes of Sleep Questionnaire). Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC – 29 pozwala na pomiar, poza ogólnym wskaźnikiem poczucia koherencji, także jego trzech komponentów, tj. poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do stwierdzeń uwzględniających modalność, źródło, wymogi i czas działającego bodźca przy pomocy skali, określającej reakcje osoby badanej [3]. Kwestionariusz FOSQ, został opracowany w 1997 roku przez Weavera jako ankieta badająca wpływ senności i zmęczenia na codzienne funkcjonowanie człowieka skarżącego się na zaburzenia snu [6]. Kwestionariusz ten dzieli się na 5 części odpowiadających ogólnej wydolności, następstwom społecznym senności, aktywności, czujności oraz życiu płciowemu osoby chorej. 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 przy pomocy pakietu statystycznego STATISTICA 10.0.

Wyniki badań

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku respondentów wynosiła ponad 55 lat (od 30 do 80 lat). Najliczniejszą grupę wiekową stanowili badani w wieku 51-60 lat (41,8%). Przeważali mężczyźni (88%). Większość miała wykształcenie zawodowe (45%) i średnie (36%), pozostawała w związkach małżeńskich (85%), posiadała potomstwo (62,82%) i mieszkała w mieście (85,5%) z rodziną (95%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 60% badanych, z renty 36%. Średnia wzrostu wyniosła 172 centymetry (od 150 do 188), masa ciała 102 kilogramy (od 60 do 184), zakwalifikowano większości badanych mężczyzn do grupy osób z nadwagą. 73% badanych nie paliło papierosów, 84,69% nie używało leków nasennych.

Rozkład wyników w tabeli I ujawnia, że średni poziom nominalny poczucia koherencji oscylował w zakresie 116 punktów (od 88 do 193), co stanowiło wynik niski. Odchylenie standardowe na poziomie 13 mówi, że większość badanych mieściło się w prze-

Tabela I. Różnice w poziomie poczucia koherencji i jego składowych
Table I. Differences in the sense of coherence (SOC) and its components

	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe	Współczynnik zmienności
Poczucie zrozumiałości	100	47,94	23	71	8,12	16,95
Poczucie zaradności	100	38,32	25	68	5,90	15,39
Poczucie sensowności	100	30,81	20	54	4,54	14,75
Wynik globalny SOC 29	100	116,12	88	193	13,73	11,83

Tabela II. Różnice w poziomie FOSQ30
Table II. Differences in the level of FOSQ30

	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe	Współczynnik zmienności
FOSQ30	100	16,27	8,33	19,82	2,29	14,09

dziale od 103 do 129 punktów. Współczynnik zmienności oscylował w granicach 11,8%, co oznaczało, że w przypadku globalnego poczucia koherencji, mimo widocznego zróżnicowania, nie było ono istotne statystycznie. W analizie podskal widoczne było istotne zróżnicowanie. Najwyższą średnią badani uzyskali w poczuciu zrozumiałości – 47,94 punktów (od 23 do 71). Odchylenie standardowe wyniosło 8,12, współczynnik zmienności 16,95%, co oznaczało, że badani w podskali zrozumiałości różnili się między sobą w sposób istotny statystycznie. Zaradność wyniosła 38,3 punktów (od 25 do 68), odchylenie standardowe mieściło się w granicach 5,9, współczynnik zmienności 15,39% – co oznaczało, że badani różnili się od siebie w sposób istotny statystycznie. Sensowność 30,8 punktów (od 20 do 54), odchylenie standardowe 4,54, współczynnik zmienności 14,75% – nie przekraczał progu istotności statystycznej.

Dalszej analizie poddano wyniki kwestionariusza jakości życia FOSQ 30 (tabela II). Średnia jakości życia wyniosła 16,27 punktów (od 8,3 do 19,8). Był to wysoki wynik średniej, całkowity możliwy do uzyskania wynik wynosił 20. Odchylenie standardowe stanowiło 2,29 punktu, współczynnik zmienności 14,09% – istotny statystycznie.

W dalszym kroku sprawdzono istnienie związku pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jej poszczególnymi składowymi a poziomem jakości życia u poszczególnych badanych (tabela III). Korelację przeciętną zauważono pomiędzy poziomem zrozumiałości a poziomem jakości życia. Współczynnik pomiędzy tymi danymi wyniósł 0,04 co oznaczało, że im wyższy odnotowany poziom zrozumiałości,

tym wyższy poziom jakości życia u badanych. Nie odnotowano takiej korelacji wśród innych podskal – sensowności i zaradności. Prawdopodobnie poziom poczucia sensowności i zaradności nie miał wpływu na poziom jakości życia. Globalny poziom poczucia koherencji łączy się z jakością życia w sposób słaby, ale istotny, dlatego należy przyjąć, że poziom poczucia koherencji z jakością życia posiada zależność istotną statystycznie na poziomie przeciętnym. Analizując globalny wynik poziomu poczucia koherencji oraz poziom jakości życia należy zauważyć, że największy wpływ miał na poziom zrozumiałości. Wysoki poziom zrozumiałości wpływał bezpośrednio na jakość życia w badaniu narzędziem FOSQ 30, natomiast globalny poziom poczucia koherencji nie wykazywał zależności z poziomem jakości życia.

Tabela III. Związek pomiędzy poczuciem koherencji a FOSQ30

Table III. Relationship between the sense of coherence and FOSQ30

	FOSQ30
Poczucie zrozumiałości	0,46 p=0,0001
Poczucie zaradności	0,03 p=0,795
Poczucie sensowności	-0,05 p=0,649
Globalny wynik SOC 29	0,27 p=0,016

Na podstawie rozkładu kwartylowego stwierdzono, że osoby o niskich wynikach poczucia koherencji, to osoby o wynikach od minimalnego do granicy dolnego kwartyla, osoby o przeciętnym poziomie poczucia koherencji uzyskiwały wyniki od dolnego do granicy górnego kwartyla, natomiast osoby o wysokich wynikach, znajdowały się powyżej granicy górnego kwartyla do maksymalnego wyniku w przeprowadzonym badaniu. Na podstawie podanych wartości można było wyznaczyć zakres punktowy jako niski od 88 do 108 punktów, przeciętny od 109 do 123 punktów oraz wysoki od 124 do 193 punktów. W pierwszej grupie znalazły się 23 osoby, co stanowiło około 25% badanych, w drugiej grupie było to 38 osób, natomiast w trzeciej 18 osób. Rozkład ten był charakterystyczny dla rozkładu kwartylowego. Na tej podstawie przekodowano zmienną poczucia koherencji nadając jej kody niski i wysoki, i tak w analizie różnic wariacją jednoczynnikową wykorzystano tylko dwie grupy danych – te, które uzyskały niskie wyniki oraz te, które uzyskały wysokie wyniki poczucia koherencji. Analiza dowiodła, że występowała istotna statystycznie relacja pomiędzy poziomem poczucia koherencji i poziomem jakości życia. Osoby o przeciętnym i niskim poziomie koherencji były to osoby o niskim poziomie jakości życia – średni wynik wyniósł dla nich 16,11 punktu. Osoby o wysokim poziomie poczucia koherencji, to osoby z wysoką jakością życia – ze średnią wyników w granicach 17,41 punktu.

Analiza wariacji ze względu na płeć badanych w korelacji z poczuciem koherencji i jakości życia wskazywała na brak potwierdzenia co do zróżnicowania tych dwóch cech w sposób istotny statystycznie. Można było wykazać niewielką zależność pomiędzy płcią męską oraz wyższym poziomem jakości życia i poczuciem zaradności, ale nie były to zależności istotne w sensie statystycznym. W przypadku jakości życia można zauważyć trend statystyczny zależny od wieku badanych, ale nie wyznaczał on wzrostu liniowego wznoszącego ani opadającego wraz ze wzrostem liczby lat. Dla poziomu jakości życia można było zauważyć czynnik różnicujący na poziomie $p = 0,03$, co oznaczało różnicę istotną statystycznie. Natomiast dla poczucia koherencji można było zauważyć brak różnic na poziomie istotnym statystycznie. Osoby chorujące na inne choroby osiągają średnio wyniki z ankiety FOSQ30 w granicach 15,99 punktu, a osoby zdrowsze średnio 17,15 punktu. Zauważyć można było również, że przedział ufności był szerszy wśród osób bez innych chorób, co oznaczało, że badani nie

byli jednomyślni w udzielaniu odpowiedzi na pytania dotyczące codziennego funkcjonowania i jakości życia. Natomiast osoby chorujące na inne schorzenia częściej odpowiadali podobnie – zauważalny był znacznie węższy przedział ufności w tej analizie. Stan cywilny nie był czynnikiem różnicującym badaną populację na poziomie istotnym statystycznie względem poziomu poczucia koherencji i jakości życia. Podobny brak zależności zauważono w związku z wykształceniem badanych i wykonywanym zawodem. Natomiast analiza wariacji dla wykonywanego zawodu w połączeniu z wykształceniem wskazywała na wyższy poziom poczucia koherencji u osób posiadających wykształcenie wyższe oraz równocześnie wykonujących zawód umysłowy. Korelacja ta nie była regułą istotną statystycznie. Warunki lokalowe, w których zamieszkiwał badany oraz zamieszkiwanie z rodziną czy w innych relacjach nie wykazywało różnic istotnych pod względem statystycznym w poziomie poczucia koherencji i jakości życia.

Charakter kolejnych zmiennych wymusił na analizie statystycznej dodatkowe warunki. Wzrost i waga są danymi ilościowymi. Mimo charakteru ilościowego tych danych możliwa była analiza wariacji. Wzrost okazał się być wartością różnicującą badaną populację pod względem globalnego poziomu poczucia koherencji oraz poczucia sensowności i zaradności w sposób istotny statystycznie. Waga nie różnicowała badanych w sposób istotny statystycznie. Palenie papierosów było czynnikiem różnicującym dla badanej populacji dla poczucia zrozumiałości oraz globalnych wyników poczucia koherencji. U osób niepalących można było zauważyć nieznacznie wyższe wyniki. Analizując korelację poziomu jakości życia oraz sensowności i zaradności z palenie papierosów wśród badanych można było zauważyć wyższe wyniki u osób niepalących. Zależność ta nie była jednak regułą i nie może być rozpatrywana jako różnica istotna statystycznie. Wśród palaczy zasadą było wyższe zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi składowymi oraz globalnym poziomem poczucia koherencji. Używanie środków nasennych nie wykazywało różnic pomiędzy badanymi na poziomie istotnym statystycznie względem poziomu jakości życia i poczucia koherencji. Badając korelację pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jakości życia a wiekiem, wzrostem i masą ciała nie zauważono istotnej statystycznie zależności dla żadnej z wymienionych cech. Oznacza to brak liniowych powiązań pomiędzy zmiennymi i wynikami ankiet.

Dyskusja

Obturacyjny bezdech senny (OBS) jest chorobą coraz częściej występującą w społeczeństwie polskim. Nieleczony, bądź leczony nieumiejętnie może prowadzić do wielu powikłań – między innymi do zaburzeń rytmu serca i nadciśnienia tętniczego. Najczęstszymi dolegliwościami wiążącymi się z OBS są zaburzenia koncentracji, senność w ciągu dnia, chrapanie, nadmierna potliwość, trudności w funkcjonowaniu codziennym. Wiele z tych przypadłości ma wpływ na poziom jakości życia. Jakość życia człowieka nie jest mierzona jedynie jego bytem fizycznym, ale należy zawsze brać pod uwagę możliwości rozwoju umysłowego, funkcjonowanie społeczne czy możliwość wzbogacania ducha. Jakość życia może być również postrzegana jako to, co prezentujemy sobą i na sobie – to jak mieszkamy i gdzie, jak się ubieramy, czy jesteśmy otwarci na ludzi, jak spędzamy wolny czas. Choroba przewlekła może zmieniać nastawienie do życia i pogarszać poziom jakości życia człowieka. Badania konsekwencji chorób przewlekłych wskazują na konieczność skierowania uwagi na salutogenetyczne podstawę stanu zdrowia. Równie ważne jest spojrzenie na człowieka jako całości – brania pod uwagę jego sytuacji życiowej, stanu emocjonalnego i bytowego na równi ze stanem zdrowotnym [7]. Porównując chorych na obturacyjny bezdech senny z badaniami prowadzonymi przez Kubus i wsp., prowadzonych na osobach dializowanych hemodializą oraz dializą otrzewnową, można dojść do wniosku, że chorzy z obu badań różnią się od siebie diametralnie. Różnice te mogą być zależne od zaawansowania choroby i jej odczuwalności w zakresie fizycznym – pacjenci dializowani są znacznie bardziej ograniczeni przez chorobą – mogą wśród nich występować trudności w utrzymaniu lub znalezieniu pracy, ograniczenia w aktywności fizycznej. Na poziom jakości życia bardzo często ma wpływ możliwość dostosowania się pacjenta do zasad i zachowań związanych z terapią [8].

Pierwszy etap analizy danych miał za zadanie sprawdzenie na ile osoby z rozpoznaniem obturacyjnym bezdechem sennym różnią się od siebie poziomem poczucia koherencji. Badania dowiodły, że średni poziom nominalny poczucia koherencji oscylował w zakresie 116 punktów, co stanowi wynik niski. Niższy od danych normatywnych podawanych przez Aarona Antonovsky'ego w granicach 130-160 punktów [9]. Pacjenci biorący udział w badaniu prawdopodobnie różnili się między sobą czasem leczenia, co mogło

mieć duży wpływ na poziom akceptacji i umiejętności radzenia sobie w chorobie. Podobnie wykazują badania przeprowadzone w grupie chorych z wylonioną kolostronią z powodu raka jelita grubego. Prawdopodobnie w wyniku pojawienia się choroby przewlekłej procedury diagnostyczne oraz lecznicze, którym chorzy są poddawani, wywołują ogromny stres psychologiczny i przeciążenie blokujące umiejętność radzenia sobie z sytuacją trudną [10]. W badaniach rodzin osób chorych onkologicznie, również uzyskano znacznie niższe wyniki niż podane normy globalnego SOC. Autorki założyły, iż spowodowane to było stresem, przemęczeniem oraz lękiem podczas opieki nad najbliższymi [11].

Druga część analizy miała na celu sprawdzenie na ile osoby z rozpoznaniem obturacyjnym bezdechem sennym różnią się od siebie poziomem jakości życia. Współczynnik zmienności wyniósł 14,09% – mimo iż wynik zbliżał się do 15% nie można powiedzieć, że była to analiza istotna statystycznie. Wynik tego badania był porównywalny z innymi badaniami prowadzonymi tym narzędziem. Polska wersja kwestionariusza FOSQ charakteryzuje się wysoką rzetelnością oraz trafnością pomiaru jakości życia związanej ze zdrowiem w przypadku badań wśród chorych na obturacyjny bezdech senny [12]. Badania tym kwestionariuszem w Turcji wskazują na konieczność zmian w zakresie pytań o sferę zaburzeń aktywności seksualnej związanej z nieprawidłowościami snu. Badani w Turcji uznali, że pytania z tego zakresu są zbyt osobiste i nie odpowiadali na nie [6]. W badaniu jakości życia przytaczanym przez Renwick i Frifeld, podobnie jak w tym badaniu nie stwierdzono zależności pomiędzy wiekiem badanych a poziomem jakości życia. Badacze nie uzyskali istotności statystycznej pomiędzy płcią a jakością życia pacjentów. Toteż można wysnuć wniosek, iż poziom jakości życia badanych pacjentów prawdopodobnie zależy od ich stanu zdrowia [13].

Kolejny problem badawczy kierował badanie na znalezienie podstaw istnienia związku pomiędzy poczuciem koherencji a jakością życia jako wyznacznika optymalnego stanu zdrowia u chorych z rozpoznaniem obturacyjnego bezdechu sennego. Globalny poziom poczucia koherencji łączy się z jakością życia w sposób słaby, ale istotny, dlatego należy przyjąć, że poziom poczucia koherencji z jakością życia posiada zależność istotną statystycznie na poziomie przeciętnym. Związek ten przedstawia się następująco – im wyższy poziom poczucia koherencji, tym wyższy poziom jakości życia. Analizując globalny wynik

poziomu poczucia koherencji oraz poziom jakości życia należy zauważyć, że największy wpływ ma poziom poczucia zrozumiałości. Wysoki poziom poczucia zrozumiałości wpływa bezpośrednio na jakość życia w badaniu narzędziem FOSQ 30. Ogólne wyniki poziomu jakości życia i poczucia koherencji było niższe niż u osób zdrowych. Takie wyniki w swoich badaniach uzyskali również Tuszewska i wsp. w czasie badań wśród chorych na wrzodziejące zapalenie jelita [14].

Ostatnim etapem analizy było potwierdzenie istnienia zmiennych pośredniczących takich jak wiek, płeć, wykształcenie, zawód, warunki lokalowe, występowanie innych schorzeń czy nałogów mających wpływ na jakość życia osób z rozpoznaniem obturacyjnego bezdechu sennego. Można było wykazać niewielką zależność pomiędzy płcią męską oraz wyższym poziomem jakości życia i poczuciem zaradności, ale nie były to zależności istotne w sensie statystycznym. Badania Muszalik i Kędziory-Kornatowskiej oraz innych autorów wskazują, że na jakość życia związaną ze zdrowiem wpływ ma wiek i płeć, czas trwania choroby, a także miejsce zamieszkania, wykształcenie i sposób leczenia [15]. Zauważalna była zależność pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jakości życia a paleniem papierosów oraz występowaniem innych chorób wśród respondentów. Badania nad uzależnieniem od nikotyny przeprowadzała Andruszkiewicz i Basińska. W wynikach otrzymano istotną różnicę pomiędzy poziomem poczucia zrozumiałości i sensowności a poziomem uzależnienia. Natomiast poczucie zaradności nie uległo zmianie, tak samo jak globalne poczucie koherencji. Silne poczucie koherencji wskazuje na to, iż człowiek częściej podejmuje zachowania sprzyjające zdrowiu [9]. Badając korelację pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jakości życia a wiekiem, wzrostem i wagą nie zauważono istotnej statystycznie zależności dla żadnej z wymienionych cech. Nie udało się również wykazać zależności pomiędzy warunkami lokalowymi, zamieszkaniem z osobami bliskimi, stanem cywilnym oraz wykonywanym zawodem.

Wnioski

1. Respondenci biorący udział w badaniu nie różnili się między sobą poziomem poczucia koherencji, a średnie wyniki oscyływały w granicach 116 punktów, co stanowi wynik niski. W związku z tym, prawdopodobnie trudniej było im podjąć leczenie zgodnie z zaleceniami lekarskimi i pielęgniarskimi, ponieważ mogli nie odczuwać zasadności podjęcia leczenia bądź też nie czuć wewnętrznej siły, która umożliwiłaby poprawę stanu zdrowia.
2. Badanie wykazało niewiele zmiennych demograficznych, różnicujących na poziomie istotnym statystycznie poziomu jakości życia i poziomu poczucia koherencji. Aczkolwiek palenie papierosów miało znaczący wpływ na codzienne funkcjonowanie pacjentów z obturacyjnym bezdechem sennym. Oznacza to, że rezygnacja z nałogu mogłaby zmniejszyć niedotlenienie mózgu i poprawić jakość życia pacjenta.
3. Chorzy z obturacyjnym bezdechem sennym mimo dolegliwości związanych z chorobą wykazali wysoki poziom jakości życia, a dzięki temu prawdopodobnie łatwiej znoszą chorobę.
4. Prawdopodobnie pacjenci chorujący na obturacyjny bezdech senny z wyższym poziomem poczucia koherencji oraz wyższą punktacją w zakresie jakości życia szybciej zaakceptują diagnozę, łatwiej poddadzą się zasadom i wymogom leczenia i szybciej odczują skuteczność terapii.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Krystyna Kurowska

Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM w Bydgoszczy,
UMK Toruń

ul. Łukasiewicza 1; 85-801 Bydgoszcz

☎ (+48 52) 585 21 94

✉ krystyna_kurowska@op.pl

Piśmiennictwo

1. Rohoziński T. Rola laryngologa w rozpoznawaniu i leczeniu chrapania i obturacyjnych bezdechów. *Magazyn Otolaryngologiczny*. 2008;1-3(7/1):6-14.
2. Balcerzak J, Niemczyk K, Przybyłowski T. Leczenie operacyjne obturacyjnego bezdechu podczas snu. *Otolaryngologia* 2005;4(2):65-70.
3. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Wydawnictwo Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2005:31-70.
4. Rutkowski J. Jak badać jakość życia. *Wiadomości Statystyczne* 1988;5:42.
5. Szyguła-Jurkiewicz B, Hudzik B, Nowak J, Poloński L. Zespół bezdechu we śnie a niewydolność serca. Wydawnictwo Media Press. *Wiadomości lekarskie* 2004;27(3-4):161-165.
6. Izci B, Firat H, Ardic S. Adaptation of functional outcomes of sleep questionnaire (FOSQ) to Turkish population. *Tuberk Toraks*. 2004;52(3):224-30.
7. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K. Subiektywna ocena stanu zdrowia przewlekle chorych. Jakość życia a stan zdrowia. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2007;5:24.
8. Kubus G, Sawicka J, Łagoda K. Wpływ depresji na ocenę jakości życia pacjentów przewlekle dializowanych. [w:] Łoboz-Grudzień K, Panaszka B, Uchmanowicz I. (red.) *Jakość życia w chorobach wewnętrznych*. AM Wrocław 2008:91-7.
9. Andruszkiewicz A, Basińska M. Poczucie koherencji a uzależnienie od nikotyny. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2008;16 (1-2):123-7.
10. Kurowska K, Bartoszek M. Poczucie koherencji a style radzenia sobie u osób z wylonioną kolostomią z powodu raka jelita grubego. *Współczesna Onkologia* 2008;12 (9):429-35.
11. Kurowska K, Kołodziejska K. Orientacja życiowa i poziom wsparcia wyznacznikiem zapotrzebowania rodzin na domową opiekę hospicyjną. *Współczesna Onkologia* 2008;12:455-60.
12. Kane RA. Quality of life. W: *Encyclopaedia of Public Health*, Breslow L. (red.). Macmillan Reference USA, New York 2002;3: 1003-1006.
13. Renwick R, Friefeld S. Quality of life and rehabilitation. In: *Quality of life in health promotion and rehabilitation*. Renwick R, Brown I, Nagler M (eds). Sage Publications. New York 1996;14-39.
14. Tuszewska M, Tuszewski B, Stachowiak Cz. Jakość życia i poczucie koherencji u chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. *Nowiny Lekarskie* 2002;71:4-5.
15. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. *Via Medica. Gerontologia Polska* 2006;14(4):185-9.