

Alicja Marzec¹, Anna Andruszkiewicz², Mariola Banaszek³, Marta Nowik²

¹Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

²Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

³Zakład Kształcenia Podplomowego Pielęgniarek, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

Poczucie koherencji jako predyktor zachowań zdrowotnych w grupie osób palących

Sense of coherence as a predictor of health behaviors in a group of smokers

STRESZCZENIE

Wstęp. Palenie tytoniu jest poważnym problemem zdrowotnym, przyczyną wielu chorób. Poczucie koherencji jest zasobem, który może być ważnym predyktorem zachowań zdrowotnych.

Cel. Celem pracy było ustalenie związku między poczuciem koherencji osób palących a podejmowanymi przez nie zachowaniami zdrowotnymi.

Material i metody. Badaniem objęto 221 osób palących. W badaniu wykorzystano Kwestionariusz IZZ do oszacowania zachowań zdrowotnych, SOC-29 Antonovsky`ego do oceny poczucia koherencji, test Fagerströma do ustalenia typu uzależnienia, motywację do porzucenia nałogu palenia badano testem Schneider.

Wyniki. Wartość średnia globalnego poczucia koherencji w badanej grupie wynosiła 132,51 przy SD = 26,16. Stwierdzono lekkie obniżenie tendencji do zachowań zdrowotnych. Badane kobiety nie różnią się w zakresie zachowań zdrowotnych ze względu na typ uzależnienia, mierzony testem Fagerströma. Natomiast palący mężczyźni różnią się między sobą w zakresie jednego typu zachowań zdrowotnych – prawidłowe nawyki żywieniowe. Osoby z wyższym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych w grupie palaczy mają wyższe poczucie koherencji niż osoby z niższym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych.

Wnioski. Poczucie koherencji pełni bardzo istotną rolę w podejmowaniu zachowań zdrowotnych, ale tylko w grupie palących mężczyzn, w grupie kobiet rola tego predyktora jest znacznie mniejsza.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (2): 123–129

Słowa kluczowe: poczucie koherencji; nikotynizm; zachowania zdrowotne

ABSTRACT

Introduction. Smoking cigarettes is a serious health problem and can cause many social diseases. Sense of coherence is a resource which can be an important predictor of health behaviors.

Aim. The main objective of this research was to assess the relationship between sense of coherence of smokers and health behaviors taken by them.

Material and methods. The group consisted of 221 smokers. IHB questionnaire to assess health behaviors, SOC-29 by Antonovsky to assess sense of coherence, Fagerstrom test to determine the type of addiction and Schneider test to assess motivation to quit smoking were used to study.

Results. The average value of a global sense of coherence in the group was 132.51 with SD = 26.16. It was a slight decrease in the tendency to health behaviors. The women do not differ in health behavior due to the type of dependence which was measured by the Fagerström test. The smoking men differ in terms of one type of health behavior - proper eating habits. People with higher rates of health behaviors in a group of smokers have a higher sense of coherence than people with a lower rate of health behaviors.

Conclusions. Sense of coherence plays very important role in taking health behavior, but only in the group of smoking man. In the group of smoking women the role of this predictor is much smaller.

Nursing Topics 2014; 22 (2): 123–129

Key words: sense of coherence; smoking; health behaviors

Adres do korespondencji: dr Alicja Marzec, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK Toruń, ul. Techników 3, 85–801 Bydgoszcz, tel.: 52/583 21 93, 696 550 525, e-mail: alicja.marzec@cm.umk.pl

Wstęp

Zdrowie jednostki jest zasobem życiowym, potęgowanym przez prowadzenie prozdrowotnego trybu życia lub osłabianym przez zachowania antyzdrowotne [1, 2].

Palenie tytoniu jest bardzo rozpowszechnionym nałogiem i poważnym problemem zdrowotnym społecznym. To jedna z głównych przyczyn rozwoju chorób układu krążenia, układu oddechowego, nowotworowych. Jest jedną z przyczyn przedwczesnej umieralności — według badań w 2000 r. około 12% zgonów na świecie wśród dorosłych ≥ 30 roku życia. było spowodowanych paleniem tytoniu [3]. W latach 2002–2003 średnia częstość rozpowszechnienia palenia tytoniu w Unii Europejskiej była oceniana na 29% ogółu populacji [4]. Polska należy do krajów o najwyższej konsumpcji tytoniu na świecie. Około 32% Polaków w wieku ≥ 15 lat w Polsce pali nałogowo tytoń codziennie [4].

Zachowania zdrowotne to wszelkie formy aktywności człowieka ukierunkowane na cele zdrowotne. Celem zachowań prozdrowotnych u osób zdrowych jest utrzymanie lub powiększenie zasobów zdrowotnych, natomiast u osób chorych poprawa zdrowia [6, 7].

Każda osoba dokonuje stale, celowo, samodzielnie i świadomie wyborów zachowań wpływających korzystnie lub negatywnie na zdrowie. Istotnym wyznacznikiem podejmowanych decyzji jest dotychczasowe doświadczenie życiowe oraz wiedza z zakresu zdrowia i choroby [7, 8]. Zmiana zachowań zdrowotnych niekorzystnych na korzystne jest dość trudnym zadaniem dla jednostki, bo wymaga odkrycia i uruchomienia własnych możliwości. Ważną rolę w tym odgrywa edukacja zdrowotna. Edukacja skupia się na wzmacnianiu możliwości własnych jednostki, niezbędne jest wzbudzenie motywacji i oddziaływanie na emocje [9, 10].

Wśród zasobów wewnętrznych jednostek, które mogą determinować zdolność do zmiany zachowania, wymienia się poczucie koherencji (SOC, *sence of coherence*). Twórca teorii salutogenezy, A. Antonovsky, założył, że człowiek posiada pewne zasoby (potencjały zdrowia), czyli cechy tkwiące w nim oraz w środowisku (otoczeniu), które mają pozytywne znaczenie w interakcji zdrowotnej. Antonovsky wskazuje poczucie koherencji, jako główny czynnik psychologiczny, sprzyjający zdrowiu, który pełni funkcję kluczowej zmiennej dla procesów osiągania, ochrony i przywrócenia zdrowia [11].

Poczuciem koherencji określa się „globalną orientację człowieka wyrażającą stopień, w jakim człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne, poczucie pewności, że bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter strukturalizowany, przewidywalny i wytu-

maczalny; ma dostęp do środków, które mu pozwolą sprostać wymaganiom, jakie stawiają te bodźce; wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania”. Na poczucie koherencji składają się trzy składowe: poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności i poczucie sensowności [11].

Poczucie koherencji, jako zmienna osobowościowa wpływa na funkcjonowanie człowieka w różnych obszarach życia. Według Antonovsky`ego im silniejsze jest poczucie koherencji, tym większe prawdopodobieństwo podejmowania zachowań prozdrowotnych [11]. Większość osób palących podejmuje wysiłki rzucenia palenia. Motywacją dla przeważającej liczby jest obawa o zdrowie. Przed rozpoczęciem leczenia uzależnienia od tytoniu konieczna jest ocena motywacji pacjenta, stopnia gotowości do rzucenia palenia i stopnia uzależnienia od nikotyny [12, 13].

Cel

Celem przeprowadzonych badań była próba ustalenia związku między poczuciem koherencji a zachowaniami zdrowotnymi osób palących.

Materiał i metody

Badaniem objęto 221 osób palących tytoń, mężczyzn i kobiet. Do zebrania danych od respondentów wykorzystano następujące narzędzia: Kwestionariusz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) (autor Juczyński), do oszacowania zachowań zdrowotnych w zakresie: nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, nastawienie pozytywne psychiczne, praktyki zdrowotne. Do badania poczucia koherencji zastosowano Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 Antonovsky`ego, który składa się z 29 pozycji testowych, ujętych w formie pytań. Wyniki oblicza się za pomocą odpowiednich kluczy, które pozwalają określić globalne SOC oraz jego trzy składowe. Ocena polskiej wersji wykazała bardzo wysoką rzetelność narzędzia alfa Cronbacha = 0,78 [14]. Typ uzależnienia od nikotyny określano przy użyciu Kwestionariusza Tolerancji Nikotyny według Fagerströma; kwestionariusz jest narzędziem standardowym, w którym maksymalna liczba punktów wynosi 10. Punktacja 0–3 pkt oznacza niski stopień uzależnienia, 4–6 pkt oznacza średni stopień, 7–10 pkt oznacza wysoki stopień uzależnienia.

Stopień motywacji do rzucenia palenia określano przy użyciu testu motywacji według Schneider, w którym maksymalna liczba punktów (udzielonych odpowiedzi „tak”) wynosi 12; za dobrą motywację uznaje się wynik 6 i więcej punktów.

Przebadano 221 osób palących papierosy, w tym 117 kobiet (53%) i 104 mężczyzn (47%). Większość respondentów miała wykształcenie średnie (139 osób, 63%), wyższe (40 osób, 18%), pozostali mieli wykształcenie zawodowe (35 osób, 16%) i podstawowe (7 osób, 3%).

Tabela 1. Średnie wyniki w zakresie poczucia koherencji i jego składowych w grupie palaczy (n = 221)**Table 1.** The average results in terms of sense of coherence and its components in the group of smokers (n = 221)

SOC	M	Min.	Maks.	SD
Poczucie zaradności	44,99	14,00	77,00	10,963
Poczucie zrozumiałości	46,30	14,00	74,00	10,391
Poczucie sensowności	41,10	13,00	90,00	9,692
Globalne poczucie koherencji	132,51	58,00	200,00	26,164

Tabela 2. Średnie wyniki w zakresie zachowań zdrowotnych w grupie palaczy (n = 221)**Table 2.** The average results in terms of health behavior among smokers (n = 221)

Zachowania zdrowotne	M	Min.	Maks.	SD
Wskaźnik zachowań zdrowotnych — wynik surowy	72,53	18,000	110,00	13,836
Wskaźnik zachowań zdrowotnych — wynik przeliczony	4,29	1,000	10,00	1,791
Prawidłowe nawyki żywieniowe	2,93	1,200	4,80	0,788
Zachowania profilaktyczne	3,03	0,300	6,10	0,874
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,34	1,300	6,00	0,736
Praktyki zdrowotne	2,74	1,100	6,66	0,760

Badane osoby na ogół pozostawały w związku małżeńskim (170 osób, 77%), pozostałe były samotne z różnych przyczyn (panna lub kawaler, 30 osób, 14%), 14 osób (6%) było stanu wolnego, 6 osób (3%) to wdowy i wdowcy. Średni wiek badanych osób wynosił 41,68 lat, najmłodszy respondent miał 21 lat, najstarszy 66 (SD = 9,65).

Wyniki

W zakresie poczucia koherencji średnie wyniki prezentuje tabela 1. Ponieważ nie są to wyniki standaryzowane, nie można się wypowiadać na temat ich poziomu. Średnie wyniki w zakresie zachowań zdrowotnych prezentuje tabela 2. Ich poziom na skali standaryzowanej (4 sten) wskazuje na lekkie obniżenie tendencji do zachowań zdrowotnych w badanej grupie palaczy. Porównując poszczególne kategorie zachowań zdrowotnych między sobą, można zauważyć, że palacze uczestniczący w badaniu mają najwyższy wynik w skali „Pozytywne nastawienie psychiczne”, zaś najniższy w „Praktykach zdrowotnych”. Wyraźne różnice widać między kobietami i mężczyznami w zakresie tego zachowania. Kobiety bardziej dbają o dietę i częściej podejmują zachowania profilaktyczne, co powoduje u nich ogólny wzrost zachowań zdrowotnych (tab. 3). W „Pozytywnym na-

stawieniu psychicznym” i „Praktykach zdrowotnych” nie ma różnic między płciami wśród osób palących papierosy. Interesująca wydaje się zależność wskaźnika zachowań zdrowotnych w zależności od typu uzależnienia. Średnie wyniki i istotność między nimi pokazuje tabela 4. Okazuje się, że chociaż palaczy charakteryzuje niezbyt duża tendencja do przestrzegania zachowań zdrowotnych, to ten wynik istotnie obniża się w grupie uzależnionej farmakologicznie. Ci palacze mają zdecydowanie mniejszą tendencję do zachowywania się prozdrowotnie, w tym szczególnie przestrzegania nawyków żywieniowych.

Ponieważ istnieją różnice pomiędzy płciami w typie uzależnienia i w zachowaniach zdrowotnych, dalsze analizy zostaną zrobione oddzielnie dla płci. Badane kobiety nie różnią się w zakresie zachowań zdrowotnych ze względu na typ uzależnienia, mierzony testem Fagerströma (tab. 5). Natomiast palący mężczyźni różnią się między sobą w zakresie jednego typu zachowań zdrowotnych — „Prawidłowe nawyki żywieniowe”, ze względu na typ uzależnienia (tab. 6). Mężczyźni uzależnieni behawioralnie bardziej dbają o zdrowe żywienie, niż uzależnieni farmakologicznie.

Ponieważ typ uzależnienia może w znaczącym stopniu wpływać na funkcjonowanie zdrowotne, prze-

Tabela 3. Średnie wyniki i ich istotność w zakresie zachowań zdrowotnych w grupie palaczy ze względu na płeć K = 117; M = 104

Table 3. Average results and their significance in terms of health behavior in a group of smokers with regards to sex K = 117; M = 104

Zachowania zdrowotne	K kobiety	M mężczyźni	t	p	SD kobiety	SD mężczyźni
Wskaźnik zachowań zdrowotnych — wynik surowy	75,3	69,4	3,24	0,001	13,26	13,86
Wskaźnik zachowań zdrowotnych — wynik przeliczony	4,4	4,2	1,06	0,289	1,70	1,89
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,1	2,7	4,47	0,000	0,71	0,81
Zachowania profilaktyczne	3,2	2,8	3,34	0,001	0,84	0,87
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,3	3,4	-0,41	0,682	0,72	0,76
Praktyki zdrowotne	2,8	2,7	0,39	0,695	0,70	0,83

Tabela 4. Średnie wyniki w zakresie zachowań zdrowotnych w grupie palaczy, ze względu na typ uzależnienia mierzonego testem Fagerströma (M1 — uzależnienie behawioralne; M2 — uzależnienie farmakologiczne)

Table 4. The average results in terms of health behavior in a group of smokers with regards to the type of addiction measured test of Fagerström (M1 — behavioral addiction; M2 — pharmacological addiction)

Zachowania zdrowotne	M1 n = 162	M2 n = 59	t	p	SD1	SD2
Wskaźnik zachowań zdrowotnych — wynik surowy	73,71	69,29	2,118	0,035	14,23	12,23
Wskaźnik zachowań zdrowotnych — wynik przeliczony	4,44	3,88	2,060	0,041	1,84	1,59
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,02	2,68	2,850	0,005	0,80	0,70
Zachowania profilaktyczne	3,09	2,85	1,833	0,068	0,88	0,85
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,37	3,24	1,177	0,241	0,72	0,78
Praktyki zdrowotne	2,74	2,74	0,038	0,970	0,77	0,75

Tabela 5. Korelacje r-Pearsona i rang Spearmana pomiędzy predyktorem osobowościowym a zachowaniami zdrowotnymi w grupie palaczy (n = 221)

Table 5. Correlations r-Pearson and rang Spearman's between predictor of personality and health behaviors in the group of smokers (n = 221)

Predyktor osobowościowy SOC	Wskaźnik zachowań zdrowotnych — wynik surowy	Prawidłowe nawyki żywieniowe rang Spearmana	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienie psychiczne	Praktyki zdrowotne
Poczucie zaradności	0,21	0,20	0,10	0,28	0,14
Poczucie zrozumiałości	0,25	0,26	0,13	0,31	0,01
Poczucie sensowności	0,25	0,28	0,13	0,31	0,03
Globalne poczucie koherencji	0,28	0,28	0,14	0,35	0,06

Tabela 6. Test *t*-Studenta dla grupy z niższym (M1) i z wyższym (M2) wskaźnikiem zachowań zdrowotnych w grupie palaczy**Table 6.** The test *t*-Student's for the group with a lower (M1) and higher (M2) indicator of health behavior among smokers

Predyktor osobowościowy SOC	M1 n = 117	M2 n = 104	t	p	SD1	SD2
Poczucie zaradności	43,06	47,15	-2,814	0,005	10,189	11,437
Poczucie zrozumiałości	44,59	48,23	-2,635	0,009	10,666	9,767
Poczucie sensowności	39,45	42,94	-2,710	0,007	10,625	8,185
Globalne poczucie koherencji	127,22	138,45	-3,253	0,001	25,420	25,827

Tabela 7. Test *t*-Studenta dla grupy z niższym (M1) i z wyższym (M2) wskaźnikiem zachowań zdrowotnych w grupie mężczyzn palaczy**Table 7.** Test the *t*-Student's for the group with a lower (M1) and higher (M2) indicator of health behavior in a group of mans smokers

Predyktor osobowościowy SOC	M1 n = 53	M2 n = 61	t	p	SD1	SD2
Poczucie zaradności	42,23	48,08	-2,732	0,007	10,190	11,634
Poczucie zrozumiałości	43,38	49,90	-3,104	0,003	11,642	9,661
Poczucie sensowności	38,02	43,88	-3,138	0,002	10,865	7,898
Globalne poczucie koherencji	123,26	141,96	-3,606	0,001	27,883	24,843

analizowano, jak kobiety i mężczyźni, o tym samym typie uzależnienia od nikotyny, funkcjonują w tym obszarze. Otrzymane wyniki pokazują, że przy tym samym typie uzależnienia — zarówno w uzależnieniu behawioralnym, jak i farmakologicznym — kobiety zdecydowanie bardziej przestrzegają zachowań zdrowotnych ($p = 0,046$), głównie w zakresie nawyków żywieniowych ($p = 0,008$) i zachowań profilaktycznych ($p = 0,026$).

Związek predyktora osobowościowego: poczucia koherencji z zachowaniami zdrowotnymi

Daje się zauważyć związek zmiennej osobowościowej, jaką określa się poczucie koherencji, z praktykami zdrowotnymi. Tylko poczucie zaradności pomaga stosować praktyki zdrowotne i to w niewielkim stopniu (tab. 7). Prawidłowe nawyki żywieniowe ujawniają związek z poczuciem koherencji. Zachowania profilaktyczne jest bardziej skłonna stosować ta osoba, który ma wyższe poczucie sensowności.

Testem mediany podzielono grupę na osoby z niższym i wyższym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych. Numerem „1” oznaczono grupę z niższym wskaźnikiem (od 72 punktów surowych w dół —

117 osób), a numerem „2” oznaczono grupę z wyższym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych (od 73 punktów w górę — 104 osoby) (tab. 8).

Otrzymane wyniki wyraźnie pokazują, że osoby z wyższym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych w grupie palaczy mają wyższe poczucie koherencji niż osoby z niższym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych. Palacze, szkodząc swojemu zdrowiu, jeżeli mają wyższe poczucie koherencji, to przynajmniej w inny sposób próbują dbać o swoje zdrowie. Natomiast, gdy palacze mają niskie poczucie koherencji, to nie próbują nawet w inny sposób wspomóc swego zdrowia, któremu szkodzą przez nałóg. Dlatego zasadne można traktować poczucie koherencji, jako predyktor zachowań zdrowotnych.

Analizy dla kobiet

Wcześniejsze analizy pokazały, że kobiety różnią się od mężczyzn w zakresie zachowań zdrowotnych, dlatego w dalszej kolejności zostaną przeprowadzone obliczenia z uwzględnieniem zmiennej płci. Średnia dla kobiet w zakresie wskaźnika zachowań zdrowotnych wynosi 75,32 (SD = 13,26). Testem mediany podzielono grupę na dwie podgrupy: z niższym i wyższym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych. Numerem

„1” oznaczono grupę z niższym wskaźnikiem (od 75 punktów surowych w dół — 57 osób), a numerem „2” oznaczono grupę z wyższym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych (od 76 punktów w górę — 60 osób) (tab. 9). Otrzymane wyniki pokazują, że kobiety z wyższym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych w grupie palaczy mają nieznacznie wyższe poczucie koherencji w zakresie poczucia zrozumiałości niż kobiety z niższym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych. Natomiast nie ma różnic pomiędzy tymi podgrupami w zakresie pozostałych składowych SOC.

Średnie dla mężczyzn

Średnia dla mężczyzn w zakresie wskaźnika zachowań zdrowotnych wynosi 69,39 (SD = 13,86). Testem mediany podzielono grupę na dwie podgrupy: osoby z niższym i wyższym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych. Numerem „1” oznaczono grupę z niższym wskaźnikiem (od 67 punktów surowych w dół — 53 osoby), a numerem „2” oznaczono grupę z wyższym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych (od 68 punktów w górę — 61 osób) (tab. 10). Otrzymane wyniki jednoznacznie pokazują, że mężczyźni z wyższym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych w grupie palaczy mają wyższe poczucie koherencji niż mężczyźni z niższym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych. Zmienna osobowościowa SOC pełni bardzo istotną rolę w podejmowaniu zachowań zdrowotnych, ale tylko w grupie palących mężczyzn; w grupie kobiet rola tego predyktora jest znacznie mniejsza. Można przypuszczać, że u kobiet taką rolę pełnią inne czynniki.

Dyskusja

Palenie tytoniu należy do najważniejszych, a jednocześnie modyfikowalnych czynników zagrożenia zdrowia społeczeństwa. Edukacja zdrowotna jest głównym narzędziem do realizacji profilaktyki chorób tytoniozależnych [1, 14]. Odejście od nałogu nie jest jednorazowym aktem, ale stopniowym procesem nauki nowych zachowań. Zachowania zdrowotne nie mogą być rozpatrywane bez analizy motywacji, czuwania nad własnym rozwojem, bez kształtowania swoich przekonań w procesie edukacji zdrowotnej [15]. Podstawą w inicjowaniu działań edukacyjnych jest motywacja do zaprzestania palenia. Większość osób palących podejmuje wysiłki rzucenia palenia i większość wskazuje obawę o swoje zdrowie jako motywację. Silna motywacja opisywana jest jako zasadniczy czynnik warunkujący sukces w rzuceniu palenia [16]. Efektywność programów zależy głównie od określenia zmiennych, które wpływają na mechanizmy utrzymania planowanej zmiany zachowań zdrowotnych, między innymi na posiadane zasoby wewnętrzne, wpływające na skuteczność podejmo-

wanych działań, do których należy między innymi poczucie koherencji SOC [17].

Palenie tytoniu to jeden z najtrudniejszych do wyeliminowania czynników ryzyka chorób naczyniowych. Palenie obserwowane u osób z chorobami naczyniowymi kończyn dolnych i kardiologicznymi przyczynia się do postępu chorób, a im bardziej zaawansowane stadium choroby, tym niższy poziom motywacji do rzucenia nałogu wyrażali chorzy [18, 19].

Proces motywacji jest złożony i obejmuje wiele czynników, wewnętrznych i zewnętrznych, między innymi wiedzę, troskę o swoje zdrowie, poczucie koherencji, poczucie własnej skuteczności, wpływ otoczenia i inne. Zasadne jest, obok niedostatecznej wiedzy o mechanizmach wpływających na zdrowie, odkrywanie motywacji osób do korekty zachowań. Stokłosa i wsp., badając pacjentów poradni antynikotynowej, wskazywała troskę o zdrowie, jako najsilniejszy czynnik motywujący pacjentów do porzucenia palenia, ale odkrywała także, że gotowość do rzucenia nałogu nie koreluje ze stopniem motywacji do zaprzestania palenia [2]. Były to wyniki podobne do uzyskanych w badaniach pacjentów belgijskich i skandynawskich [20]. W literaturze badań poczucia koherencji istnieją doniesienia o zależności między globalnym poczuciem koherencji SOC i jego składowymi (poczucie zaradności i sensowności) a poziomem motywacji do rzucenia palenia i typem uzależnienia [13]. W badaniach poczucia koherencji wśród osób zdrowych i chorych stwierdzono, że u osób zdrowych jest korzystny kierunek relacji, to znaczy, że im wyższe poczucie koherencji, tym mniejsze uleganie nałogom, czego nie obserwowano u chorych [18–23]. Osoby uzależnione od nikotyny prezentują różne poziomy poczucia koherencji.

W niniejszym badaniu stwierdzono zależność między poziomem globalnym poczucia koherencji i jego składowymi a poziomem motywacji do zaprzestania palenia i typem uzależnienia. Stosunkowo wysoki SOC przekłada się na wysoki poziom motywacji do rzucenia palenia. Potwierdzają to wyniki podane przez innych badaczy poczucia koherencji [13, 19–22]. Uzależnione osoby wykazujące wyższy poziom poczucia sensowności postrzegają wydarzenia jako sensowne i warte zaangażowania, co przekłada się na wyższy poziom motywacji do zaprzestania palenia i może podnosić możliwość wytrwania w abstynencji, a w końcu dać trwały efekt porzucenia nałogu palenia tytoniu. Silne SOC powoduje, że osoba częściej podejmuje zachowania prozdrowotne, łatwiej radzi sobie w sytuacjach problemowych i ma większą motywację do szerokiej aktywności „dla własnego zdrowia”.

Zachowaniom prozdrowotnym sprzyja także realistyczny obraz własnego zdrowia. Im trafniej osoba

określa stan własnego zdrowia, tym mniejsze jest prawdopodobieństwo podejmowania przez nią zachowań antyzdrowotnych [24]. W chorobach przewlekłych podejmowanie zachowań prozdrowotnych wydaje się być oczywiste, sensowne i korzystne, ale w codziennej praktyce klinicznej okazuje się, że nie przychodzi pacjentom łatwo. Jednym brakuje odpowiedniej wiedzy, drugim pozytywnego nastawienia, a jeszcze innym gotowości do posłużenia się posiadaną wiedzą i umiejętnościami w procesie leczenia [23, 25].

W działaniach edukacyjnych, podejmowanych wobec osób uzależnionych, należy zwrócić uwagę na posiadane przez nie zasoby wewnętrzne i na nich oprzeć program indywidualny działań edukacyjnych antynikotynowych.

Wnioski

- Osoby palące tytoń mają niską tendencję do zachowań prozdrowotnych.
- Wyniki badań pokazują, że przy tym samym typie uzależnienia, bez znaczenia jest różnica: uzależnienie od nikotyny behawioralne czy farmakologiczne, kobiety zdecydowanie bardziej przestrzegają zachowań zdrowotnych, głównie w zakresie nawyków żywieniowych i zachowań profilaktycznych.
- Zmienna osobowościowa poczucie koherencji SOC pełni bardzo istotną rolę w podejmowaniu zachowań zdrowotnych, ale tylko w grupie palących mężczyzn, w grupie kobiet rola tego predyktora jest znacznie mniejsza.
- Zasadne jest uznanie poczucia koherencji jako ważnego predyktora pozytywnych zachowań zdrowotnych.

Piśmiennictwo

1. Andruszkiewicz A., Banaszek M. Zachowania zdrowotne. W: Promocja zdrowia. Tom 1, Wyd. Czelej, Lublin 2008, 70–82.
2. Stokłosa A., Skoczylas A., Rudnicka A., Bednarek M., Krzyżanowski K., Górecka D. Ocena motywacji do rzucenia palenia u pacjentów poradni antynikotynowej. *Pulmonologia i Alergologia Polska* 2010; 78(3): 211–215.
3. Ezzatti M., Lopez A.D., Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003; 362: 847–852.
4. Raport z realizacji Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce w 2011 r. (wyd. przez Radę Ministrów, Warszawa 2012); <http://www.gov.pl>; data pobrania: 02.02.2014.
5. Łuszczynska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają? Wyd. GWP Gdańsk, 2004; 14: 35–46.
6. De Vries H. Planowanie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia. W: *Metodyka pracy w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia*. Wyd. Zakład Promocji Zdrowia PZH, Warszawa 1999, 43.
7. Heszen-Niejodek I. Promocja zdrowia — próba systematyzacji z perspektywy psychologa. *Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 1995; 5 (6): 7–21.
8. Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna*. PWN, Warszawa 2007.
9. Dolińska-Zygmunt G. *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*, Wyd. Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2000.
10. Sęk H. Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji. W: Sęk H., Pasikowski T. (red). *Zdrowie-Stres-Zasoby*. Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań 2001: 13–42.
11. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Wyd. Fundacji IPN, Warszawa 1995: 34.
12. Juczyński Z. *Zachowania zdrowotne i wartościowanie zdrowia*. W: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001.
13. Andruszkiewicz A., Basińska A.M. Poczucie koherencji a uzależnienie od nikotyny. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16 (1,2): 123–127.
14. Koniarek J., Dudek B., Makowska Z. *Kwestionariusz Orientacji Życiowej*. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky`ego. *Przegląd Psychologiczny* 1993; 36: 491–502.
15. Zatoński W. Stan zdrowia Polaków a tytoń: postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka. *Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1996*.
16. Andruszkiewicz A., Basińska M.A. Zachowania zdrowotne pacjentów z chorobami naczyń obwodowych. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2006; 60: 471.
17. Hobfoll S.E. *Stres, kultura i społeczność: psychologia i filozofia stresu*. GWP, Gdańsk, 2003.
18. Kurowska K., Zajac M. Związek poczucia koherencji i zachowań zdrowotnych u chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin* 2005, LX(suppl. XVI): 270: 203–205.
19. Kurowska K., Trzeciak D., Głowacka M., Ponczek D. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne osób kwalifikowanych do zabiegu kardiochirurgicznego. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2010; 4: 130–135.
20. Dijkstra A., Brosschot J. Behaviour worry about health in smoking behaviour change. *Res. Ther.* 2003; 41: 1081–1092.
21. Sztuczka E., Szewczyk M.T. Ocena motywacji chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych do zaprzestania palenia tytoniu na podstawie testu N. Schneider. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2008; 1: 5–11.
22. Andruszkiewicz A., Basińska A.M., Kubica A. Czynniki wpływające na poziom motywacji do zaprzestania palenia tytoniu w grupie osób uzależnionych od nikotyny. *Folia Cardiologica Excerpta* 2010; 5 (2): 49–53.
23. Rząca M., Charzyńska-Guła M., Stanisławek A. Świadomość zagrożenia chorobą niedokrwienną serca u osób z grup ryzyka a zachowania zdrowotne. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19 (3): 348–352.
24. Sęk H. (red.). *Społeczna psychologia kliniczna*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2000: 542–543.
25. Białkowska J., Mroczkowska D., Szypulska A., Fischer B. Ocena świadomości chorych palących papierosy na temat wpływu palenia tytoniu na występowanie chorób cywilizacyjnych. *Medycyna Środowiskowa* 2013; 16 (2): 23–30.