

Krystyna Kurowska, Edyta Kowalczyk

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Poczucie koherencji (SOC) a wsparcie społeczne u osób z rozpoznaniem raka jajnika i jądra

Sense of coherence (SOC) and social support in patients with the diagnosis of ovarian carcinoma or testicular cancer

STRESZCZENIE

Wstęp. Poczucie koherencji (SOC) wyjaśnia związek wsparcia ze zdrowiem. Wysokie SOC daje wiarę w sens życia, jego uporządkowanie, przewidywalność, co sprawia, że chce się być zdrowym i sprawnie funkcjonować. Zasobem zewnętrznym mającym wpływ na stan zdrowia jest wsparcie społeczne.

Cel pracy. Celem pracy było zbadanie SOC oraz poziomu otrzymywanego wsparcia społecznego u osób rozpoznanych rakiem jajnika i jądra jako wykładnika ich powrotu do optymalnego stanu zdrowia.

Materiał i metody. Przebadano 83 pacjentów leczonych w Centrum Onkologii w Bydgoszczy na oddziale chemioterapii. Poczucie koherencji oceniono za pomocą kwestionariusza Antonovsky'ego SOC-29, a pomiar wsparcia społecznego skalą Kmieciak-Baran.

Wyniki i wnioski. Mężczyźni z rozpoznaniem raka jądra w trakcie terapii otrzymali znacząco wyższe wsparcie emocjonujące i informacyjne oraz wykazali się wyższym poziomem zrozumiałości niż kobiety z rozpoznaniem rakiem jajnika. Określenie poziomu SOC i zakresów otrzymywanego wsparcia może posłużyć jako wykładnik w prognozowaniu opieki nad pacjentem na różnych etapach choroby nowotworowej.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (3): 329–334

Słowa kluczowe: rak jajnika, rak jądra, wsparcie społeczne, poczucie koherencji (SOC)

ABSTRACT

Introduction. The level of the sense of coherence (SOC) is an element which explains the relationship between support and health. High SOC level makes people believe in life predictability and order which in turn motivates them to be healthy and functional. Social support is one of the external resources which directly influence patients' health.

The aim of the study. The aim of the study was to examine the levels of SOC and social support as determinants of regaining health in patients with the diagnosis of ovarian carcinoma or testicular cancer.

Material and methods. The study included 83 patients of the chemotherapy ward, Oncology Center, Bydgoszcz. The SOC level was assessed using Antonovsky SOC-29 questionnaire and social support was measured using Kmieciak-Baran scale.

Results and conclusions. Men with testicular cancer during therapy received emotional and informational support at significantly higher levels than women with ovarian carcinoma. Their comprehensibility was also higher. Estimation of the levels of SOC and social support might be used as determinants of care of patients with cancer at different stages of the disease.

Nursing Topics 2011; 19 (3): 329–334

Key words: ovarian carcinoma, testicular cancer, social support, sense of coherence (SOC)

Wstęp

Badania z ostatnich lat dostarczają dowodów przemawiających za związkiem ważnych wydarzeń życiowych z występowaniem chorób lub też istotnych zaburzeń w sferze fizycznej i psychicznej [1]. Ze wszystkich znanych chorób współczesny człowiek najbardziej obawia się raka. Choroba nowotworowa występuje najczę-

ściej u osób w średnim i podeszłym wieku i mimo postępów medycyny w stosowaniu nowoczesnych technologii w diagnozie i leczeniu umieralność jest wysoka. W momencie pojawienia się choroby bardzo ważnym elementem jest rodzina oraz bliscy, którzy są dla pacjenta oparciem. Jak pacjent poradzi sobie z chorobą, zależy od jego stanu zdrowia, zaawansowania choroby,

Adres do korespondencji: dr n. med. Krystyna Kurowska, adiunkt; Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Techników 3, 85–801 Bydgoszcz, tel.: (52) 585 21 94; e-mail: krystyna_kurowska@op.pl

Tabela 1. Statystyki opisowe poczucia koherencji (SOC) i jego składowych
Table 1. Descriptive statistics of the sense of coherence (SOC) and its components

Składowe SOC	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Zrozumiałość	83	47,84	30	63	7,65
Zaradność	83	39,28	27	56	5,19
Sensowność	83	33,66	24	42	3,29
SOC globalne	83	120,79	97	135	8,55

radzenia sobie ze stresem związanym z rozpoznaniem, rokowaniem, powikłaniami i terapią oraz wsparciem otrzymywanym od otaczających go osób. Współczesny socjolog medycyny Aaron Antonovsky w swoich badaniach dowiódł, że poczucie koherencji jest tą właściwością człowieka, która w sytuacji zagrożeń mobilizuje potencjalne zasoby zdrowotne [2]. Ważną rolę oprócz poczucia koherencji przypisuje się zgeneralizowanym zasobom odpornościowym, do których zalicza się między innymi wsparcie społeczne, czyli dostępną pomoc dla jednostki w trudnych sytuacjach.

Cel pracy

Celem pracy było określenie poziomu poczucia koherencji oraz znaczenia otrzymywanego i oczekiwanego wsparcia społecznego przez osoby z rozpoznaniem nowotworu jajnika i jądra jako wyznacznika w walce z chorobą, często również o życie, i powrotu do optymalnego dla nich stanu zdrowia.

Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią fragment realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem raka narządów płciowych. Badania przeprowadzono w okresie od października 2007 roku do września 2008 roku w grupie 83 osób z rozpoznaniem nowotworem jajnika (42 kobiety) i jądra (41 mężczyzn), będących w trakcie leczenia cytotatykami na Oddziale Chemioterapii Centrum Onkologii w Bydgoszczy, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/575/2007). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusz do badania poczucia koherencji (SOC-29) autorstwa Antonovskiego, skalę wsparcia społecznego Kmieciak-Baran oraz ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów 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 9.0.

Wyniki

Średnia wieku respondentów wynosiła 43 lata, większość z nich miała wykształcenie średnie (46,93%) i zawodowe (24%), pozostawała w związkach małżeńskich (63,83%), posiadała potomstwo (72,24%) i mieszkała w mieście (72,23%). Aż 90,3% spośród badanych to osoby mieszkające z rodziną. Z pracy zawodowej utrzymywało się 50,05% badanych, 22,8% z renty i 11% z emerytury. Sytuację materialną jako dobrą bądź średnią deklarowało 86% respondentów; 61,4% z nich wskazywało na występowanie choroby nowotworowej w rodzinie. Niemal 90% badanych stanowiły osoby leczone chirurgicznie i cytotatykami. Zdecydowanie większa liczba osób (72,2%) mogła bez zaangażowania emocjonalnego rozmawiać o swojej chorobie. Najczęściej podejmowali rozmowę na temat swojej choroby z najbliższą rodziną (84,33%). Większość badanych uważała, że nie potrzebuje opieki psychologa (81,9%), dyskomfort psychiczny podczas leczenia odczuwało 44,5%, a fizyczny — 31,3%.

W celu zbadania poziomu poczucia koherencji osób z rozpoznaniem raka narządów płciowych wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29). Kwestionariusz ten zawiera 29 pytań, które odnoszą się do poszczególnych komponentów poczucia koherencji — zrozumiałości, zaradności i sensowności. Rozkład wyników w tabeli 1 ujawnia, że poziom SOC u badanych różni się w zakresie składowych, to znaczy poczuciem zrozumiałości, natomiast nie różni się zaradnością, sensownością i globalnym poziomem SOC. W przypadku SOC globalnego średni poziom wyniósł 120,79. Był to wynik stosunkowo niski, zbliżony do wartości średnich wśród osób ze schorzeniami onkologicznymi.

Wyróżnione w tabeli 2 typy wsparcia społecznego należały do typów uwzględnionych w kwestionariuszu Kmieciak-Baran badającym wsparcie społeczne (wartościujące, emocjonalne, informacyjne i instrumentalne). Najwyższy poziom wsparcia uzyskali badani w przypadku wsparcia informacyjnego (20,40), zdecydowanie niż-

Tabela 2. Statystyki opisowe wsparcia społecznego**Table 2.** Descriptive statistics of the social support

Typ wsparcia	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Wartościujące	83	18,74	8	24	3,03
Emocjonalne	83	16,45	10	23	2,54
Informacyjne	83	20,40	13	28	2,74
Instrumentalne	82	16,56	11	24	2,40

Tabela 3. Związek między poczuciem koherencji (SOC) a wsparciem społecznym**Table 3.** Relationship between the sense of coherence (SOC) level and social support

Składowe SOC	Wartościujące	Emocjonalne	Informacyjne	Instrumentalne
Zrozumiałość	0,04	-0,02	-0,14	0,01
Zaradność	0,16	0,16	-0,01	0,13
Sensowność	-0,16	-0,02	-0,19	-0,12
SOC globalne	0,07	0,07	-0,20	0,04

*p < 0,05

Tabela 4. Różnice we wsparciu społecznym u osób z niskim i wysokim poczuciem koherencji (SOC)**Table 4.** Differences between social support in people with low and high levels of sense of coherence (SOC)

Typ wsparcia	Średnia Niski SOC	Średnia Wysoki SOC	t	df	p
Emocjonalne	16,14	16,66	-0,9032	80	0,3691
Wartościujące	18,29	18,97	-1,0130	80	0,3140
Informacyjne	20,82	20,08	1,2011	80	0,2332
Instrumentalne	16,41	16,72	-0,5726	79	0,5685

t — test t-Studenta; df — stopień swobody; p — poziom istotności

szy wynik w przypadku wsparcia instrumentalnego (16,56) i emocjonalnego (16,45) oraz wartościującego (18,74). Badani z rozpoznaniem raka narządów płciowych różnili się między sobą wsparciem wartościującym oraz informacyjnym.

Określono związek między poziomem SOC i jego składowymi a elementami wsparcia społecznego (tab. 3). W tabeli 3 przedstawiono zestawienie współczynników korelacji liniowej Paersona. W żadnym przypadku nie uzyskano istotnej statystycznie zależności między wsparciem a poziomem poczucia koherencji. Jedynie w przypadku wsparcia informacyjnego i globalnego poczucia koherencji zaobserwowano przeciwną korelację

ujemną, lecz utrzymującą się cały czas na poziomie). Podobnie w przypadku wsparcia informacyjnego i sensowności uzyskano dwa najwyższe wyniki, ale nieistotnie statystycznie.

Badanych podzielono na osoby z wysokim i niskim SOC. Według średniej za niski wynik uznano 120 i mniej, a za wysoki 121 i więcej. Niski poziom SOC miało 41,46% badanych, natomiast wysoki — 58,54%. Zbadano różnice w zakresie wsparcia społecznego u osób z niskim i wysokim SOC (tab. 4). Zastosowano test t-Studenta, aby zbadać różnice w średnich dla dwóch grup, gdzie dokonano podziału na wysokie i niskie SOC, oraz sprawdzić, czy osoby o różnych poziomach SOC różnią

się od siebie wsparciem emocjonalnym, wartościującym, informacyjnym, instrumentalnym. Wsparcie emocjonalne u chorych z ogólnie wysokim SOC było nieco wyższe niż u osób, u których wykazano niższy poziom SOC. Chorzy posiadali również wyższe wsparcie informacyjne i wyższy poziom wsparcia instrumentalnego, natomiast różnice też nie były istotne statystycznie.

Z analizy danych demograficznych, które uzyskano na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji testu *F*-Fishera, wynika, że płeć istotnie statystycznie różnicuje zrozumiałość ($f = 4,2367$; $p < 0,0427$), wsparcie emocjonalne ($f = 8,4040$; $p < 0,0048$), wartościujące ($f = 4,0655$; $p < 0,0470$). W przypadku zrozumiałości mężczyźni wykazują wyższy poziom (49,56) w stosunku do kobiet (46,16), mają oni także wyższy poziom wsparcia emocjonalnego (17,24) oraz wartościującego (19,41). Są to istotne różnice statystyczne między kobietami a mężczyznami. Wiek istotnie różnicuje wsparcie informacyjne ($f = 1,8333$; $p < 0,0210$). Mimo istniejących różnic wieku nie można stwierdzić, że wraz z wiekiem wsparcie informacyjne rośnie lub maleje, jest to cecha nieliniowa. Miejsce zamieszkania nie okazało się parametrem, które różnicuje badanych. Zamieszkiwanie z określonymi osobami różnicowało wsparcie emocjonalne ($f = 3,5535$; $p < 0,0332$). Pacjenci, którzy mieszkali z rodziną, otrzymywali zdecydowanie mniejsze wsparcie emocjonalne (16,24) niż osoby, które mieszkały same (19,66). Wykształcenie nie różnicowało ani poczucia koherencji, ani wsparcia. Stan cywilny był czynnikiem różnicującym zarówno zaradność ($f = 2,8572$; $p < 0,0422$), jak doznawane wsparcie wartościujące ($f = 3,0281$; $p < 0,0342$). Ankietowani, którzy podali, że są owdowiali, posiadali wyższy poziom zaradności (47,50) niż osoby stanu wolnego (39,80) lub osoby będące w związkach małżeńskich (18,13). Jednocześnie wyższy poziom wsparcia wartościującego otrzymywały panny, kawalerowie (20,10) oraz osoby rozwiedzione (22). Posiadanie potomstwa różnicowało wsparcie wartościujące ($f = 6,6240$; $p < 0,0118$). Osoby bezdzietne wskazywały, że doznają tego wsparcia więcej (20,08). Zatrudnienie nie okazało się czynnikiem różnicującym badanych. Sytuacja materialna różnicowała poczucie zrozumiałości ($f = 3,3219$; $p < 0,0239$) i wsparcie informacyjne ($f = 2,9419$; $p < 0,0381$). Najwyższy poziom zrozumiałości doznawały osoby o najwyższym statusie materialnym (56,33), natomiast im gorsza była sytuacja materialna, tym niższy był poziom zrozumiałości. Z kolei osoby o bardzo dobrej i złej sytuacji materialnej doznawały najmniej wsparcia informacyjnego. Pacjenci o średniej i dobrej sytuacji materialnej otrzymywali najwięcej wsparcia informacyjnego.

Występowanie choroby nowotworowej oraz typy leczenia nie różnicują badanych. Rozmowa bez zaangażowania emocjonalnego różnicuje osoby w przypadku

wsparcia informacyjnego ($f = 4,0734$; $p < 0,0206$). Wsparcie rodziny nie powoduje u badanych zróżnicowania ani w zakresie poczucia koherencji, ani wsparcia. Możliwość rozmowy z przyjaciółmi różnicuje u chorych zaradność ($f = 6,6682$; $p < 0,0116$), globalny poziom poczucia koherencji ($f = 7,7291$; $p < 0,0325$), wsparcie wartościujące ($f = 4,1999$; $p < 0,0436$) i instrumentalne ($f = 4,5880$; $p < 0,0352$). Osoby, które mogą rozmawiać z przyjaciółmi o swojej chorobie bez emocji, to osoby o wyższej zaradności (40,56), wyższym poziomie SOC (122,58), otrzymujące wyższe wsparcie wartościujące i informacyjne.

Na tej podstawie można stwierdzić, że posiadanie przyjaciół wpływa korzystnie na wyższy poziom koherencji i wsparcia. Rozmowa z sąsiadem, pielęgniarką i psychologiem nie różnicuje statystycznie badanych. Pacjenci, którzy mogą otwarcie rozmawiać z lekarzem, doznają wyższego wsparcia informacyjnego (21,66). Odczuwanie dyskomfortu podczas leczenia cytostatykami wpływało na poziom sensowności ($f = 4,9549$; $p < 0,0287$). Pacjenci, którzy wskazywali, że odczuwają dyskomfort psychiczny, byli bardziej świadomi swojego leczenia, mieli wyższy poziom sensowności (34,54), ale jednocześnie byli bardziej skłonni do terapii. Dyskomfort fizyczny wpływał na wsparcie informacyjne ($f = 17,8592$; $p < 0,0006$) — osoby, które go doznawały, posiadały niski poziom wsparcia informacyjnego (18,69). Badani, którzy wykazywali wysoki poziom wsparcia informacyjnego, wiedzieli, jakie są ewentualne skutki terapii. Były to zarazem osoby, które doznały później dyskomfortu fizycznego w trakcie leczenia.

Dyskusja

Nowotwory stanowią drugą w kolejności grupę chorób o wysokim odsetku śmiertelności. Mimo postępu, jaki się dokonał w diagnozowaniu i leczeniu, oraz wzrostu świadomości społeczeństwa na temat chorób nowotworowych, liczba osób, które zbyt późno zgłaszają się do leczenia, jest wciąż wysoka. Szczególnym nowotworem u kobiet jest rak jajnika. Objawy we wczesnym stadium rozpoznania są niecharakterystyczne, co sprawia, że jest on na ogół późno rozpoznawany i stanowi istotny problem epidemiologiczny. Liczba zachorowań na ten nowotwór ciągle rośnie. W 2005 roku zarejestrowano 3355 zachorowań i 1959 zgonów [3]. Wzrost zachorowań następuje między 40. a 70. rokiem życia. Zmiany w wyglądzie spowodowane leczeniem cytostatykami powodują u kobiet zaburzenia emocjonalne, lęk, stres, niepokój o rodzinę i o swoją przyszłość.

Z podobnymi problemami spotykają się pacjenci z rakiem jądra. Nienasieniaki to nowotwory występujące u młodych mężczyzn między 20. a 40. rokiem życia, natomiast nasieniaki pojawiają się u mężczyzn między 60. a 75. rokiem życia. W 2005 roku stwierdzono 860

nowych zachorowań i 128 zgonów [4]. Charakterystyczne jest leczenie stosowane w obydwu grupach. Rozpoczyna się od zabiegu chirurgicznego, którego celem jest usunięcie jajnika lub jądra, a następnie pacjenci otrzymują chemioterapię. W obu grupach dochodzi do zaburzeń seksualnych, prokreacyjnych i zaburzeń relacji małżeńskich. Utrata włosów powoduje, że kobiety czują się mniej atrakcyjne i nie w pełni wartościowe z powodu usunięcia jajnika.

Celem badań było uzyskanie większej wiedzy na temat poziomu koherencji oraz znaczenia otrzymywanego i oczekiwanego wsparcia społecznego przez osoby z rozpoznaniem raka narządów płciowych jako wyznacznika w walce z chorobą o powrót do optymalnego stanu zdrowia, a często do życia. Uzyskane wyniki potwierdziły, że ze wszystkich składowych poczucia koherencji zdecydowanie najsilniejsze różnice można stwierdzić w zakresie poziomu zrozumiałości (ok. 20% średniej), nieco mniejsze w przypadku poczucia zaradności, a najmniejsze dla poczucia sensowności. Podobne wyniki uzyskano we wcześniejszych badaniach wśród opiekunów osób znajdujących się w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Zdecydowanie najsilniej różnicował poziom poczucia zrozumiałości (ponad 20% średniej), czyli zróżnicowanie w tym zakresie było bardzo duże [5]. Globalny SOC wyniósł 120,79 punktu, co zdecydowanie różni się od normy Antonovsky'ego (133–160 punktów) [6]. Przyczynami niskiego SOC były prawdopodobnie strach i niepokój związane z rozpoznaniem raka. Mimo znaczącego postępu, jaki dokonał się w medycynie, nadal liczba kobiet, które przeżywają 5 lat od chwili rozpoznania raka jajnika, nie jest zadowalająca i stanowi niewiele ponad 50% [7]. Zachorowaniu towarzyszą zmiana sytuacji życiowej, relacji małżeńskich, problemy związane z prokreacyjną rolą kobiety, utratą atrybutów kobiecości.

Rak jądra dotyczy głównie mężczyzn w wieku produktywnym. Zachorowanie i leczenie mogą skutkować nie tylko zaburzeniami somatycznymi, ale także konsekwencjami psychospołecznymi, głównie w sferze życia seksualnego, płodności, funkcjonowania w społeczeństwie, stosunku do pracy zawodowej. Obecnie prawie 90% pacjentów z tą chorobą może być wyleczonych [8]. W badaniu Basińskiej na temat identyfikacji rodzajów radzenia sobie w sytuacji stresowej dotyczącej stanu zdrowia u chorych zagrożonych rakiem piersi i rakiem narządów rodnych dowiedziono zgodność tez zawartych w teorii Antonovsky'ego mówiących, że podczas choroby słabnie poczucie koherencji [9]. Pacjenci z rakiem jajnika i jądra różnią się od siebie wsparciem wartościującym, które polega na dawaniu komunikatów typu „jesteś dla nas kimś ważnym, „dzięki Tobie mogliśmy to osiągnąć” [10].

W odniesieniu do kolejnej analizy związku między poziomem poczucia koherencji i jego składowymi

a poziomem otrzymywanego i oczekiwanego wsparcia u osób z rakiem jajnika i jądra nie uzyskano istotnych danych statystycznych, natomiast u osób z ogólnie wysokim SOC zauważono wyższe wsparcie emocjonalne, instrumentalne i informacyjne niż u osób z niskim SOC. Antonovsky wyrażał przekonanie, że ludzie z wysokim poziomem poczucia koherencji będą wykazywali większą gotowość do korzystania z potencjalnych zasobów odpornościowych [6].

Zmienne socjodemograficzne (płeć, wiek, stan cywilny, potomstwo, rodzina, wykształcenie, miejsce zamieszkania, wykształcenie, zawód, sytuacja materialna, rodzaj leczenia) mają wpływ na poziom poczucia koherencji i wsparcia społecznego. Płeć okazała się czynnikiem różnicującym badanych w sposób istotny statystycznie. Mężczyźni z rakiem jądra uzyskali wyższy poziom poczucia zrozumiałości, wsparcia emocjonalnego i wartościującego od kobiet z rakiem jajnika. Potwierdzili to w swojej pracy Słowik i wsp., którzy przebadali wpływ poczucia koherencji na radzenie sobie w zależności od płci. Analizując wyniki badań, autorzy stwierdzili, że mężczyźni mają znacząco wyższe ogólne poczucie koherencji oraz poczucie zaradności i zrozumiałości w porównaniu z kobietami [11]. Miejsce zamieszkania nie różnicowało pacjentów, natomiast zamieszkiwanie z kimś zdecydowanie tak. Osoby mieszkające z rodziną otrzymywały więcej wsparcia emocjonalnego niż osoby samotne, natomiast posiadanie dzieci różnicowało wsparcie wartościujące. Wyniki badań Krasuskiej i wsp. pokazują, że w sytuacji kryzysowej najsilniejszą grupą wsparcia jest rodzina. Relacje rodzinne wzmacniają przekonanie o możliwości pokonania trudnych sytuacji [12]. Kolejnym czynnikiem, który różnicował pacjentów, było posiadanie przyjaciół i możliwość bezstresowej rozmowy o problemach związanych z chorobą. Osoby posiadające przyjaciół różnicował poziom zaradności, globalne SOC, wyższy poziom poczucia koherencji, wsparcie wartościujące, instrumentalne i informacyjne. Motyka w swoich badaniach zwrócił uwagę, że często rozmowa lub wypłakanie się przewyższa emocjonalną korzyść, jaką odnosi człowiek z kierowanych do niego pocieżeń czy też słów perswazji [13]. Sytuacja materialna okazała się czynnikiem różnicującym wsparcie informacyjne oraz poziom zrozumiałości. Osoby o najwyższym statusie społecznym doznawały najwyższego poziomu zrozumiałości i otrzymywały najmniej wsparcia informacyjnego. Ankietowani o średnim i dobrym statusie otrzymywali najwięcej wsparcia informacyjnego. Pacjenci w trakcie leczenia chemioterapią odczuwali dyskomfort psychiczny i fizyczny. Chorzy, którzy doznali dyskomfortu psychicznego, to pacjenci bardziej świadomi swojego leczenia, którzy doznali wyższego poziomu sensowności, natomiast u pacjentów, u których wystąpił dyskomfort fizyczny, okazało się, że otrzymali oni niski poziom

wsparcia informacyjnego. Kolejnym znaczącym czynnikiem okazał się stan cywilny. Różnicował on chorych zarówno pod względem zaradności, jak i doznawanego wsparcia o charakterze wartościującym. Ankietowani, którzy podali, że są owdowiali, mieli wyższy poziom zaradności niż osoby stanu wolnego lub pozostające w związkach małżeńskich, natomiast wyższy poziom wsparcia wartościującego otrzymywały panny, kawalerowie oraz osoby rozwiedzione. Zdecydowanie mniej wsparcia wartościującego otrzymywały osoby będące w związku małżeńskim oraz owdowiały. Michałowska-Wieczorek w swoim badaniu stwierdziła, że spośród wszystkich czynników psychologicznych i uwarunkowań społecznych bliskość życiowych osób daje poczucie bezpieczeństwa, akceptacji, pomaga zmniejszyć lęk i poczucie bezradności [14].

Przedstawione wyniki badań własnych oraz wymienionych badaczy pokrywają się założeniami stworzonej przez Antonovsky'ego salutogenetycznej teorii, która głosi, że im wyższe poczucie koherencji, tym wiara w życie jest bardziej sensowna, przewidywalna i uporządkowana. Wsparcie ma znaczący wpływ na funkcjonowanie chorego, ponieważ zmniejsza nasilenie negatywnych symptomów, jak niepokój, lęk, depresje. Zbadanie poczucia koherencji i wsparcia społecznego u osób z rakiem jajnika i jądra pozwala rozpoznawać potrzeby w zakresie wsparcia społecznego w stosunku do pacjentów. Uzyskane wyniki mogą wpłynąć na polepszenie jakości opieki nad pacjentem.

Wnioski

1. W przypadku SOC globalnego średni poziom był obniżony (120,7), zbliżony do osób, u których wykryto chorobę nowotworową. Osoby z rozpoznaniem raka jajnika i jądra różnią się od siebie poziomem zrozumiałości. Pacjenci ci wykazali najwyższy poziom wsparcia informacyjnego, natomiast najniższy — wartościującego.
2. Wsparcie informacyjne było związane ujemnie z SOC globalnym. Osoby z wysokim SOC otrzymywały więcej wsparcia instrumentalnego, informacyjnego i emocjonalnego.
3. Płeć różnicowała pacjentów pod względem zrozumiałości i wsparcia emocjonalnego i wartościującego. Posiadanie przyjaciół miało wpływ na zaradność, wsparcie wartościujące i informacyjne, a na odczuwanie dyskomfortu psychicznego, czyli niepokoju przed rozpoczęciem leczenia czy kolejnego etapu chemioterapii, wpływał poziom sensowności.

Piśmiennictwo

1. Sęk H., Cieślak R. Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. PWN, Warszawa 2006; 14–28.
2. Dolińska-Zygmunt G. Orientacja salutogeniczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego. Podstawy psychologii zdrowia. Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2001; 17–28.
3. Górnaś M. Leczenie nawrotowego raka jajnika. Onkologia 2008; 5: 23.
4. <http://www.wikipedia.org> 3.06.2009.
5. Kurowska K., Plechowska Z. Poczucie koherencji a wsparcie społeczne otrzymywane przez rodziny pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Współ. Onkol. 2008; 12: 388–394.
6. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. IPN, Warszawa 2005; 30–35.
7. Górnaś M. Leczenie nawrotowego raka jajnika. Onkologia 2008; 5: 23.
8. Osmańska M., Kawiecka-Dziembowska B., Bujakowski J., Makarewicz R. Ocena funkcjonowania pacjentów po leczeniu złośliwego zarodkowego nowotworu jądra — doświadczenia własne. Współ. Onkol. 2008; 12: 196–200.
9. Basińska B. Radzenie sobie z konfrontacją stresową a continuum zdrowia — choroba nowotworowa. Psychoonkologia 2001; 8: 25–33.
10. Kmieciak-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. Przegląd Psychol. 1995; 37: 2001–214.
11. Słowik P., Wysocka-Pleczyk M. Wpływ poczucia koherencji na radzenie sobie w zależności od płci. Sztuka Leczenia. 1999; 5: 83–88.
12. Krasuska M., Stanisławek A., Lechicka J., Wrońska I. Wsparcie pacjenta i rodziny w chorobie, cierpieniu i śmierci. Psychoonkologia 2002; 6: 60–68.
13. Motyka M. Koncepcja salutogenetyczna Aarona Antonovsky'ego z perspektywy psychologii zdrowia. Pielęgniarstwo XXI wieku 2005; 3: 12–16.
14. Michałowska-Wieczorek M. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. Psychoonkologia 2006; 10: 51–56.