

Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci z chorobą nowotworową

Sense of coherence and coping styles in parents of children with cancer

Joanna Dymecka

Instytut Psychologii, Uniwersytet Opolski

Psychoonkologia 2018, 22 (2): 41–49

DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2018.82618>

Adres do korespondencji:

dr Joanna Dymecka
Instytut Psychologii, Uniwersytet Opolski
pl. Staszica 1
45-052 Opole
tel.: 691 976 468
e-mail: joannadymecka@o2.pl

Streszczenie

Wstęp: Sytuacja rozpoznania choroby nowotworowej u dziecka jest jedną z najtrudniejszych w życiu rodziców, nie dziwi więc fakt, że wywołuje ona stres o bardzo dużym nasileniu. O radzeniu sobie z nim można mówić w kategorii procesu, stylu i strategii. Styl radzenia sobie jest trwałą, osobowościową dyspozycją jednostki do określonego sposobu zmagania się z sytuacjami trudnymi. Jednym z najważniejszych zasobów istotnych w procesie radzenia sobie jest poczucie koherencji, czyli globalna orientacja życiowa, na którą składają się wysokie poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności.

Cel pracy: Celem badań było określenie związku pomiędzy poczuciem koherencji a stylami radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci chorych onkologicznie.

Materiał i metody: W badaniach wykorzystano *Kwestionariusz orientacji życiowej* (SOC-29) Antonovsky'ego oraz kwestionariusz CISS Endlera i Parkera. Badaniem objęto grupę 25 rodziców przebywających w klinice z chorymi dziećmi.

Wyniki i wnioski: Wykazano, że rodzice dzieci z chorobą nowotworową charakteryzowali się średnim poziomem poczucia koherencji oraz dominował u nich najbardziej efektywny styl radzenia sobie – skoncentrowany na zadaniu. Stwierdzono również, że poczucie koherencji koreluje ze stylami radzenia sobie ze stresem. Im wyższe poczucie koherencji, tym bardziej charakterystyczny dla rodziców jest styl skoncentrowany na zadaniu, a rzadziej występuje u nich styl skoncentrowany na emocjach, unikaniu i unikowy związany z wykonywaniem czynności zastępczych.

Abstract

Introduction: Diagnosis of a child's oncological disease is one of the most difficult moments in the life of parents. It causes stress of high intensity. Coping with stress can be considered in the categories of process, strategy and style. Coping styles are specific tendencies of behaviour in stressful situations. One of the most important resources in the coping process is the sense of coherence, which is a global life orientation consisting of comprehensibility, manageability, and meaningfulness.

The aim of the study: The aim of this study was to analyse the relationship between childhood oncological disease, sense of coherence and coping styles.

Material and methods: The study used the *Sense of Coherence Scale* (SOC-29) and *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS) questionnaire. The study included a group of 25 parents staying in the hospital with their children.

Results and conclusions: The study showed that the parents of children with cancer were characterised by an average level of sense of coherence and they preferred the task-oriented coping style. There was a positive correlation between sense of coherence and task-oriented style, and negative correlation between sense of coherence and emotion-oriented style, avoidant style, and distraction-seeking style.

Słowa kluczowe: salutogeneza, poczucie koherencji, zdrowie, nowotwory u dzieci, rodzice, style radzenia sobie.

Key words: salutogenesis, sense of coherence, health, child's cancer, parents, coping styles.

Wprowadzenie

Choroby onkologiczne to jedno z największych wyzwań współczesnej medycyny. Mimo wielkiego postępu oraz rozwoju chirurgii, chemio-, radio- i immunoterapii nie znaleziono jeszcze skutecznego lekarstwa na choroby nowotworowe. Chociaż częstość występowania nowotworów wzrasta wraz z wiekiem [1] i są one zdecydowanie częstsze u dorosłych, pojawiają się również u dzieci. W tej populacji są zdecydowanie rzadsze, gdyż stanowią ok. 1% wszystkich zachorowań [2]. Jednakże w przypadku nowotworów to nie częstość zachorowań, lecz fakt, że stanowią one zagrożenie dla życia dziecka, decyduje o wadze problemu [3, 4]. Nowotwory stanowią drugą co do częstości przyczynę śmierci u dzieci, po urazach i zatruciach [5, 6].

Choroby nowotworowe nie powinny już kojarzyć się tylko ze śmiercią, gdyż w naukach medycznych mają one obecnie status chorób przewlekłych przebiegających z zagrożeniem życia [7]. Jednakże nawet w okresie szybkiego rozwoju medycyny są pacjenci, którym nie można pomóc. Nieunikniona śmiertelność związana z nowotworami czyni z nich w odczuciu społecznym choroby najniebezpieczniejsze dla życia. Dramatyczne informacje w mediach czy styczność z osobami chorymi powodują, że w społeczeństwie narasta zjawisko zwane kancerofobią, czyli lęk przed chorobami nowotworowymi [8].

Sytuacja rozpoznania choroby onkologicznej u dziecka jest jedną z najtrudniejszych w życiu rodziców [9]. Nowotwór u dziecka radykalnie zmienia ich sytuację życiową [10]. Diagnoza tej niebezpiecznej choroby zagraża równowadze całego systemu rodzinnego [11]. Sytuacja trudna rodziców jest związana z obawami dotyczącymi zdrowia i życia dziecka, z komunikacją z jego zdrowym rodzeństwem, intensywnością własnych reakcji emocjonalnych rodziców, obawami co do przyszłości dziecka, pogorszeniem sytuacji finansowej, koniecznością porzucenia pracy zawodowej, jakością opieki szpitalnej oraz wieloma aspektami leczenia i jego skutkami ubocznymi [12–18].

Tak trudna i skrajna sytuacja uruchamia złożony proces adaptacyjny, który jest niezwykle istotny, gdyż to od niego będą zależały samopoczucie rodziców i dziecka, ich wzajemne relacje oraz co najważniejsze – stan zdrowia dziecka, odczuwanego podświadomie wszelkie negatywne emocje rodziców. O radzeniu sobie, także w związku z chorobą dziecka, można mówić w kategoriach procesu, sty-

lu i strategii. Styl odwołuje się do predyspozycji indywidualnych i wskazuje na istnienie określonych tendencji zachowań w sytuacjach stresowych [19]. Może być on rozumiany jako trwała, osobowościowa dyspozycja człowieka do określonego zmagania się z sytuacjami trudnymi [20] czy też jako charakterystyczny dla danej jednostki zbiór sposobów radzenia sobie, z których część uruchamiana jest w procesie zmagania z konkretną sytuacją stresową [21].

Istnieje kilka koncepcji klasyfikacji stylów radzenia sobie ze stresem. Jedną z nich jest najpopularniejsza współcześnie koncepcja Endlera i Parkera, którzy styl traktują jako typowy dla danej jednostki sposób zachowania w różnych sytuacjach stresowych [20, 22]. Wyróżniają oni trzy style radzenia sobie ze stresem: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na emocjach i skoncentrowany na unikaniu.

Pierwszy styl polega na podejmowaniu działania. Jest on charakterystyczny dla osób, które w sytuacji stresowej podejmują wysiłki zamierzające do rozwiązania problemu i główny nacisk kładą na działanie, którego celem jest poradzenie sobie z trudnościami. Osoby te skupiają się na zadaniu lub planowaniu rozwiązania problemu. Styl skoncentrowany na działaniu to także wprowadzenie zmian w sposobie zachowania mających na celu przystosowanie się do życia z problemem, którego nie da się zmienić ani usunąć, np. chorobą.

Styl skoncentrowany na emocjach jest najbardziej charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych koncentrują się na sobie i własnych przeżyciach emocjonalnych. Mają one również tendencję do fantazjowania i myślenia postulatycznego, co ma na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z trudną sytuacją, jednak niekiedy może prowadzić do zwiększenia stresu i powodować wzrost napięcia i spadek nastroju.

Styl skoncentrowany na unikaniu jest charakterystyczny dla osób, które znajdując się w sytuacji stresowej, wystrzegają się myślenia o problemie oraz jego przeżywania i doświadczania. Styl ten przyjmuje dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (np. oglądanie telewizji) oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich [20, 22–25].

Jednym z zasobów, które mają wpływ na zmaganie się z chorobą, w tym z chorobą dziecka, jest poczucie koherencji (*sense of coherence* – SOC), czyli „globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce

napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego oraz zewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, przewidywalny i wy tłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” [26, s. 34].

Poczucie koherencji zmniejsza prawdopodobieństwo przeradzania się napięcia w stres, sprawia, że człowiek uruchamia właściwe dla danej sytuacji trudnej zasoby i potrafi z nich skutecznie korzystać, dzięki czemu ma poczucie własnej skuteczności i sensowności swoich działań [26]. Poczucie koherencji chroni człowieka przed destrukcyjnym wpływem sytuacji życiowych [27]. Silne SOC może minimalizować przeżywanie negatywnych stanów emocjonalnych podczas transakcji stresowej [28]. Bywa ono określane mianem metazasobu, który pozwala na zachowanie zdrowia pomimo stykania się z wieloma czynnikami potencjalnie zagrażającymi [29]. W badaniach wykazano, że wysoki poziom SOC i jego składowych chroni przed pogorszeniem się stanu zdrowia rodzica w wyniku zdiagnozowania u dziecka choroby onkologicznej [30]. Poczucie koherencji jest jednym z ważniejszych mechanizmów adaptacyjnych, wysokie SOC jest szczególnie pożądane w sytuacji, gdy na jednostkę oddziałują bardzo silne stresory [31].

Celem badań było przeanalizowanie relacji pomiędzy poczuciem koherencji a stylami radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci z chorobą nowotworową. W badaniu przyjęto, że poziom SOC może być związany z preferowanymi stylami radzenia sobie ze stresem.

Material i metody

Przebieg badań

Badania zostały przeprowadzone w Klinice Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na Oddziale Hematologii Dziecięcej i Oddziale Onkologii Dziecięcej. Badanie wykonywano podczas jednego spotkania z rodzicem przebywającym z dzieckiem w szpitalu, trwało ono ok. 30 minut. Rodzice byli wcześniej proszeni o wyrażenie na nie zgody. Badanie polegało na wypełnieniu przez rodziców zestawu kwestionariuszy, które zawsze podawano w tej samej kolejności.

Charakterystyka osób badanych

Grupę badaną stanowili rodzice dzieci chorych onkologicznie. Przeważali wśród nich rodzice dzieci z białaczką, szczególnie z ostrą białaczką limfo-

blastyczną. Pozostałe 52% stanowili rodzice dzieci z innymi chorobami onkologicznymi, takimi jak: mięsak tkanek miękkich, mięsak Ewinga, mięsak nosowo-gardłowy, guz Wilmsa, ganglioneuroblastoma, ziarnica złośliwa, neurologiczny guz tkanek miękkich i kości. Grupa ta pod względem jednostek chorobowych u dzieci była bardzo zróżnicowana, dlatego została podzielona na dwie podgrupy: rodzice dzieci chorych na białaczkę (48%) oraz rodzice dzieci z pozostałymi nowotworami (52%). Wśród rodziców przebywających z dziećmi w klinice dominowały matki – 76%, ojcowie stanowili 24% badanych. Najmłodsza z matek miała 21 lat, najstarsza 50; najmłodszy ojciec miał 34 lata, a najstarszy 52. Średnia wieku rodziców to ok. 37 lat.

Metody

W badaniach wykorzystano następujące metody:

- wywiad kliniczny i rozmowa psychologiczna;
- ankieta dotycząca zmiennych biomedycznych i socjodemograficznych;
- *Kwestionariusz orientacji życiowej* (SOC-29) służący do pomiaru SOC. Kwestionariusz składa się z 29 pozycji testowych odnoszących się do różnych aspektów życia człowieka. Osoba badana może się do nich ustosunkować na 7-punktowej skali szacunkowej z opisanymi krańcami. Kwestionariusza używa się do badania globalnego SOC oraz jego trzech składowych: poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności [32];
- kwestionariusz CISS Endlera i Parkera służący do badania stylów radzenia sobie ze stresem. Składa się on z 48 prostych stwierdzeń, które odnoszą się do różnych zachowań, jakie ludzie podejmują w trudnych sytuacjach. Kwestionariusz składa się z trzech skal dotyczących kolejno stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu, na emocjach i na unikaniu. Skala trzecia składa się z dwóch podskal – zaangażowania się w czynności zastępcze i poszukiwania kontaktów towarzyskich [20].

Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Związki pomiędzy badanymi zmiennymi określono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Spearmana. Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$. Analizy wykonano za pomocą pakietu statystycznego Statistica.

Wyniki

W badaniu określono poziom SOC, preferowane style radzenia sobie oraz korelacje pomiędzy zmiennymi. Poziom globalnego SOC rodzi-

Tabela 1. Poczucie koherencji rodziców dzieci chorych onkologicznie

Zmienna	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
zrozumiałość	25	21	59	42,32	9,232
zaradność	25	27	61	47,28	8,429
sensowność	25	28	56	40,44	20,243
koherencja	25	83	162	130,04	20,243

ców dzieci chorych onkologicznie wynosi 130,04. Wynik ten mieści się w średniej zaproponowanej przez Antonovsky'ego. Najniższy wynik uzyskany w badaniu to 83, a najwyższy 162, odchylenie standardowe wynosi 20,243 (tab. 1).

Wyniki dotyczące stylów radzenia sobie zostały zaprezentowane w tabeli 2. Trzy style radzenia sobie ze stresem (zadaniowy, emocjonalny i unikowy) można ze sobą porównywać, gdyż zawierają one taką samą liczbę pozycji testowych. Styl skoncentrowany na zadaniu jest najbardziej charakterystyczny dla rodziców dzieci chorych onkologicznie. Średnia wyników dla tego stylu wynosi 55,92, najniższy wynik to 41, najwyższy 74, a odchylenie standardowe 7,994. Drugim stylem co do częstości występowania u rodziców dzieci chorych onkologicznie jest styl skoncentrowany na emocjach. Średnia wyników tego stylu to 44, najniższy wynik to 21, najwyższy 65, a odchylenie standardowe wynosi 10,728. Ostatni pod względem częstości występowania u rodziców dzieci z chorobami nowotworowymi jest styl skoncentrowany na unikaniu. Średnia dla tego stylu wynosi 43,6, najniższy wynik 26, najwyższy 61, a odchylenie standardowe 7,995.

Zmienne biomedyczne a poziom poczucia koherencji i style radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci chorych onkologicznie

W badaniu określono związek między zmiennymi biomedycznymi charakterystycznymi dla przebiegu choroby onkologicznej u dzieci a poziomem poczucia koherencji i stylami radzenia sobie. W analizach uwzględniono wpływ zmiennych klinicznych, takich jak rodzaj nowotworu, czas trwania choroby i stosowane leczenie. Rodzaj

nowotworu był jedyną zmienną o charakterze biomedycznym różnicującą preferowane style radzenia sobie. Chociaż styl skoncentrowany na zadaniu był najczęściej stosowanym stylem radzenia sobie w obydwu grupach rodziców, to jednak dla rodziców dzieci z białaczką był on bardziej typowy w porównaniu z rodzicami dzieci z innymi nowotworami (tab. 3). Pozostałe zmienne kliniczne nie były związane ani z poczuciem koherencji, ani ze stylami radzenia sobie ze stresem.

Poziom poczucia koherencji a style radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci chorych onkologicznie

W badaniu określono związek pomiędzy poziomem poczucia koherencji a stylami radzenia sobie ze stresem u rodziców dzieci chorych onkologicznie (tab. 4).

Odnotowano silną ujemną korelację pomiędzy poziomem poczucia zrozumiałości a emocjonalnym stylem radzenia sobie ze stresem ($r = -0,53$, $p < 0,05$). Oznacza to, że im wyższy poziom poczucia zrozumiałości, tym mniej typowy dla danej jednostki jest styl emocjonalny. Nie odnotowano związku poczucia zrozumiałości z pozostałymi stylami radzenia sobie.

Stwierdzono także ujemną korelację pomiędzy poczuciem zaradności a stylem radzenia sobie emocjonalnym ($r = -0,51$, $p < 0,05$) i unikowym z podejmowaniem czynności zastępczych ($r = -0,40$, $p < 0,05$). Oznacza to, podobnie jak w przypadku poczucia zrozumiałości, że dla osób z wyższym poziomem poczucia zaradności style radzenia sobie skoncentrowane na emocjach i unikaniu związanym z podejmowaniem czynności zastępczych są mniej charakterystyczne. Nie odnotowano związku

Tabela 2. Style radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci chorych onkologicznie

Styl	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
zadanie	25	41	74	55,92	7,994
emocje	25	21	65	44,00	10,728
unikanie	25	26	61	43,60	7,995
zastępcze	25	11	30	19,36	4,966
kontakty	25	9	24	16,12	3,516

Tabela 3. Rodzaj nowotworu dziecka a poziom poczucia koherencji i style radzenia sobie rodziców

Zmienna	Inne nowotwory (N = 13)		Białaczka (N = 12)	
	średnia	odchylenie standardowe	średnia	odchylenie standardowe
zrozumiałość	39,3846	7,33188	45,5000	10,30004
zaradność	45,2308	9,37331	49,5000	6,98700
sensowność	38,3077	7,56510	42,7500	4,86406
zadanie*	52,1538	6,58086	60,0000	7,56787
emocje	46,0000	7,86342	41,8333	13,18286
unikanie	43,5385	7,47903	43,6667	8,85575
zastępcze	19,2308	4,58537	19,5000	5,55141
kontakty	15,3077	3,01066	17,0000	3,93123

*Istotność z $p < 0,05$.

Tabela 4. Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci chorych onkologicznie

Zmienna	Korelacje				
	zadanie	emocje	unikanie	zastępcze	kontakty
zrozumiałość	0,24	-0,53	-0,37	-0,26	-0,08
zaradność	0,35	-0,51	-0,33	-0,40	0,12
sensowność	0,45	-0,29	-0,28	-0,36	0,16
koherencja	0,41	-0,55	-0,40	-0,40	0,06

Oznaczone współczynniki korelacji są istotne z $p < 0,05$; N = 25.

poczucia zaradności ze stylem skoncentrowanym na zadaniu, unikaniu i unikaniu z poszukiwaniem kontaktów towarzyskich.

Kolejną odnotowaną w trakcie badania zależnością była dodatnia korelacja poczucia sensowności ze stylem radzenia sobie skoncentrowanym na zadaniu ($r = 0,45$, $p < 0,05$). Oznacza to, że dla osób z wysokim poczuciem sensowności styl zadaniowy jest bardziej typowy.

W badaniu stwierdzono istotne korelacje globalnego poczucia koherencji z większością stylów radzenia sobie. Wykazano, że istnieje dodatnia korelacja poczucia koherencji ze stylem radzenia sobie skoncentrowanym na zadaniu ($r = 0,41$, $p < 0,05$). Odnotowano również silną ujemną korelację pomiędzy poczuciem koherencji a stylem radzenia sobie skoncentrowanym na emocjach ($r = -0,55$; $p < 0,05$) oraz umiarkowane ujemne korelacje pomiędzy poczuciem koherencji a stylem unikowym ($r = -0,40$, $p < 0,05$) i unikowym związanym z podejmowaniem czynności zastępczych ($r = -0,40$, $p < 0,05$). Oznacza to, że dla osób z wyższym poziomem poczucia koherencji bardziej typowy jest styl radzenia sobie skoncentrowany na zadaniu, natomiast mniej charakterystyczne są dla nich emocjonalny i unikowy styl radzenia sobie.

Z przedstawionych powyżej danych wynika, że poczucie koherencji i jego składowe są związane z charakterystycznymi dla danej osoby stylami radzenia sobie. Odnośnie do stylu zadaniowego są

to korelacje dodatnie, natomiast odnośnie do stylu emocjonalnego, unikowego i unikowego związanego z podejmowaniem czynności zastępczych są to korelacje ujemne. Zarówno SOC, jak i jego składowe (z wyjątkiem poczucia sensowności) są najsilniej związane z emocjonalnym stylem radzenia sobie. Nie stwierdzono związku między poczuciem koherencji a stylem unikowym związanym z poszukiwaniem kontaktów towarzyskich.

Dyskusja

Choroba onkologiczna dziecka jest jednym z najsilniejszych stresorów, na jakie mogą być narażeni rodzice. Uruchamia ona proces radzenia sobie, który trwa przez dłuższy czas. Obecne badania miały pomóc zrozumieć ten proces, dlatego też zostały oparte na teoretycznych modelach radzenia sobie ze stresem oraz na paradygmacie salutogenetycznym Antonovsky'ego. Nawiązywały również do wyników prac empirycznych przedstawiających sytuację osób chorych onkologicznie i ich rodzin. W przyjętych założeniach teoretycznych uznano, że poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem mają szczególną rolę w procesie zmagania się z chorobą onkologiczną dziecka.

Poczucie koherencji jest jedną z ważniejszych zmiennych pozwalających skutecznie radzić sobie ze stresem, także tym związanym ze zmaganiem się z poważną chorobą somatyczną, jednakże samo

może podlegać wpływowi doświadczenia, w tym stresujących wydarzeń. Zgodnie z twierdzeniem Antonovsky'ego [26] poziom SOC ustala się do ok. 30. roku życia, jednakże niektórzy badacze sądzą, że krytyczne wydarzenia życiowe mogą powodować w nim zmiany także w okresie późniejszym [33]. Sam Antonovsky [26] uważał SOC za silnie utrwaloną i stabilną orientację życiową. Stabilność SOC wiązał on z posiadaniem przez każdego człowieka charakterystycznego, właściwego dla niego średniego poziomu SOC, jednakże zwracał uwagę na fakt, że u ludzi mogą występować stany przejściowego wahania się poziomu SOC, np. po silnie traumatycznych zdarzeniach. Można uznać, że SOC w ciągu życia jednostki podlega procesom ewolucyjnym [34]. Uważa się, że szczególnie trudne wydarzenia, takie jak śmierć bliskiego członka rodziny lub ciężka choroba somatyczna, mogą obniżyć SOC [35].

W badanej grupie poziom SOC nie był obniżony i można ocenić go jako średni (130,84). Podobny wynik uzyskano w innych badaniach wśród rodziców dzieci z chorobą onkologiczną, jednakże zauważono, że poziom SOC rodziców nie jest stabilny i zmniejsza się w miarę upływu czasu [36]. Natomiast w badaniach rodziców dzieci z mukowiscydozą, młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów i zaburzeniami zdrowia psychicznego wykazano, że rodzaj choroby dziecka nie ma związku z poziomem SOC rodziców [37]. Z kolei w badaniach na grupie rodziców dzieci z niepełnosprawnościami uzyskano zdecydowanie niższe wyniki SOC [38]. Być może różnica związana jest ze stałością sytuacji. Dziecko chore onkologicznie może zostać wyleczone i funkcjonować w podobny sposób jak jego zdrowi rówieśnicy, natomiast dziecko z niepełnosprawnością, szczególnie z niepełnosprawnością intelektualną, pozostanie niepełnosprawne do końca życia. Ponadto, jak twierdzą Olson i Hwang [39], przewlekły stres, a taki towarzyszy wychowywaniu dziecka niepełnosprawnego, związany jest z obniżeniem się SOC.

W badaniu nie wykazano korelacji między SOC a zmiennymi klinicznymi związanymi z przebiegiem choroby onkologicznej dziecka, takimi jak rodzaj nowotworu. Chociaż występowanie u dziecka guza łitego w porównaniu z białaczką wiąże się z większym obciążeniem (gorsze rokowanie, dłuższy czas leczenia szpitalnego, bardziej skomplikowana procedura leczenia, konieczność wykonywania zabiegów chirurgicznych, zagrożenie trwałą niepełnosprawnością dziecka związaną z utratą danego narządu czy części ciała), to nie odnotowano jego związku z SOC. Również czas trwania choroby dziecka i zastosowane leczenie nie były związane z SOC rodzica.

Fakt, że SOC rodziców nie jest obniżone, jest bardzo optymistyczny, gdyż SOC jest jedną z ważniejszych zmiennych pozwalających skutecznie radzić sobie ze stresem, bardzo istotną procesie zmagania się rodziców z chorobą nowotworową dziecka. W wielu badaniach wykazano, że wysoki poziom SOC zmniejsza prawdopodobieństwo przerodzenia się napięcia w stres [26] oraz pomaga zaakceptować nieuniknione trudności [40]. Ponadto SOC jest szczególnie pożądane, gdy na jednostkę działają silne stresory [31]. Choroba onkologiczna dziecka, zagrażająca jego życiu, jest sytuacją nieuniknioną i nie można jej zapobiec, jest też związana z bardzo silnym stresem, tak więc wysokie SOC rodzica może się okazać szczególnie istotną zmienną chroniącą go przez długie miesiące walki z chorobą. Dlatego należałoby zwrócić uwagę na osoby z niższym SOC i pomóc im poprzez oddziaływanie terapeutyczne. Poczucie koherencji jest zmienną stabilną, jednak w badaniach uzyskano wyniki świadczące o jego wzroście w wyniku oddziaływań terapeutycznych [41]. Dlatego SOC może i powinno być wykorzystywane w pracy z rodzicami nowo zdiagnozowanych pacjentów, którzy są szczególnie narażeni na zespół stresu pourazowego [42].

Druga z analizowanych w badaniu zmiennych – styl radzenia sobie – to predyspozycja do danych zachowań w sytuacjach stresowych. Style radzenia sobie ze stresem w ujęciu Endlera i Parkera były wielokrotnie badane empirycznie. Wykazano, że chorobie nowotworowej częściej towarzyszy emocjonalne radzenie sobie ze stresem niż radzenie zorientowane zadaniowo [43]. W polskich badaniach nad matkami dzieci cierpiących z powodu nowotworów stwierdzono, że matki posiadające mniejszą ilość zasobów częściej preferowały styl radzenia sobie oparty na emocjach. Jednakże nie tylko ilość zasobów jest związana z tym stylem. Sam fakt wykrycia u dziecka choroby nowotworowej jest dla każdego rodzica tak obciążający, że nie dopuszcza on tej informacji do świadomości, nieustannie starając się ją wyprzeć, co powoduje większą koncentrację na emocjach [44]. Radzenie sobie rodziców z chorobą dziecka zależy także od ich osobowości, wcześniejszych doświadczeń, oceny własnych zasobów materialnych i kompetencji oraz od ich wiedzy na temat choroby [12].

Podobnie jak w przypadku SOC, style radzenia sobie nie były związane z poziomem zmiennych biomedycznych, takich jak czas trwania choroby czy zastosowane leczenie. Zaobserwowano jedynie różnicę dotyczącą rodzaju nowotworu. Rodzice dzieci z guzem łitym rzadziej niż rodzice dzieci z białaczką preferowali styl radzenia sobie skoncentrowany na zadaniu. Jednakże w obydwu

grupach styl skoncentrowany na zadaniu był stylem dominującym. Różnica ta może być związana z wyższym poziomem stresu u rodziców dzieci z guzem litym – silny stres, jak wykazano w badaniach, bardziej predysponuje do stosowania stylu emocjonalnego.

Preferowany przez większość rodziców styl radzenia sobie skoncentrowany na zadaniu jest najbardziej przystosowawczy, sprzyja adaptacji do sytuacji trudnej, jaką jest choroba, a także wiąże się z zachowaniem dystansu emocjonalnego [45], co dla rodzica podejmującego ważne decyzje dotyczące życia i zdrowia dziecka jest niezwykle istotne. Styl skoncentrowany na zadaniu jest najbardziej optymalny, aby rodzic mógł rozwiązywać pojawiające się problemy związane z leczeniem i hospitalizacją dziecka. Pozostałe style radzenia sobie – emocjonalny i unikowy – występowały u rodziców rzadziej i utrzymywały się na podobnym poziomie, z minimalną przewagą stylu skoncentrowanego na emocjach. W obecnym badaniu nie potwierdzono wyników badań poprzednich, w których odnotowywano przewagę stylu skoncentrowanego na emocjach. Są one natomiast zgodne z wynikami badań prowadzonych wśród rodziców dorosłych osób z rozpoznaniem schizofrenii, u których dominował styl radzenia sobie skoncentrowany na zadaniu [46]. Być może kluczową zmienną jest tu wysoki poziom SOC chroniący rodziców przed szkodliwym wpływem negatywnych emocji.

Rola SOC w procesie zmagania się ze stresem jest niezaprzeczalna. Jest ono także ważną zmienną różnicującą style radzenia sobie ze stresem [47]. W obecnym badaniu na populacji rodziców dzieci chorych onkologicznie wykazano, że z wyższym poziomem SOC koreluje styl zadaniowy, a z niższym styl skoncentrowany na emocjach i na unikaniu. Najsilniejszy związek, jednakże ujemny, odnotowano pomiędzy SOC a stylem radzenia sobie skoncentrowanym na emocjach. Dla osób z wysokim poziomem SOC bardziej charakterystyczny jest styl zadaniowy, gdyż jak wskazuje Antonovsky [26], wysokie SOC wiąże się ze skuteczniejszym korzystaniem z zasobów, z większą mobilizacją do aktywności, z traktowaniem wiedzy jako zasobu oraz z koncentrowaniem się na instrumentalnych parametrach problemu. Ujemna korelacja SOC ze stylem skoncentrowanym na emocjach związana jest z faktem, że wysokie SOC minimalizuje przeżywanie emocji negatywnych podczas transakcji stresowej [28], natomiast niskie SOC wiąże się z emocjami paraliżującymi działanie [48]. Niskie SOC wiąże się ponadto z odwracaniem uwagi od problemu [48], co tłumaczy ujemną korelację między SOC i stylem radzenia sobie skoncentrowanym na unikaniu i na unikaniu związanym z wykonywaniem czynności zastępczych.

Uzyskane obecnie wyniki są zgodne z wynikami, jakie odnotowywano wcześniej w badaniach na różnych populacjach [47–50]. W badaniach tych wykazano, że wyższy poziom SOC częściej jest związany ze stylem radzenia sobie skoncentrowanym na zadaniu, a rzadziej ze stylem związanym z emocjami. Im wyższe SOC, tym większe różnice w częstości występowania stylów zadaniowego i skoncentrowanego na emocjach. Kosińska-Dec i Jelonkiewicz [47] przypuszczają, że SOC może być zmienną pośredniczącą w relacji ocena stresora – radzenie sobie. Wysokie SOC powoduje, że stresor jest spostrzegany jako mniej zagrażający, w związku z czym nie wywołuje on napięcia, czego efektem jest mniejsza koncentracja na emocjach [47].

Podobne wyniki uzyskali Mroziak, Czabała i Wójtowicz [50], według których osoby z wysokim SOC preferują styl zadaniowy, a osoby z niskim SOC – emocjonalny. Również Skokowski i Szymczak [48] w odniesieniu do pacjentów z nowotworem płuca wykazali, że osoby z wysokim SOC w sytuacji trudnej częściej preferowały styl radzenia sobie skoncentrowany na zadaniu, w przeciwieństwie do osób z niskim SOC, które koncentrowały się na własnych emocjach. Podobne wyniki uzyskały Kurowska i Dąbrowska [51], które uważają, że zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem koreluje z wyższym SOC.

Pod kątem zależności pomiędzy SOC i stylami radzenia sobie ze stresem zbadano także rodziców dzieci z problemami rozwojowymi. Rodzice dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym charakteryzujący się wyższym poziomem SOC w sytuacji stresowej częściej koncentrowali się na zadaniu, natomiast rodzice z niskim SOC koncentrowali się na emocjach oraz stosowali unikanie, myślenie życzeniowe i rezygnację [49]. Również w grupie rodziców dzieci z autyzmem wykazano, że SOC dodatnio koreluje ze stylem radzenia sobie skoncentrowanym na zadaniu, a ujemnie ze stylem skoncentrowanym na emocjach [52].

Wszystkie badania dotyczące związku między SOC a stylami radzenia sobie ze stresem wskazują, że wysoki poziom SOC związany jest ze stylem radzenia sobie skoncentrowanym na zadaniu, natomiast niski poziom SOC wiąże się z preferowaniem stylu skoncentrowanego na emocjach. Zdaniem Łuszczyskiej [53] koncentrowanie się na własnych emocjach pozostaje w związku z niskim poziomem wszystkich wskaźników SOC. Im bardziej jednostka wykazuje tendencję do koncentrowania się na własnych emocjach w sytuacji stresowej, tym słabsze poczucie dostępności zasobów i traktowanie sytuacji jako wartych wysiłku i zaangażowania. Wyniki uzyskane wśród rodziców dzieci chorych onkologicznie są zgodne z pozostałymi wynikami badań.

Poczucie koherencji i style radzenia sobie to bardzo istotne zmienne w procesie zmagania się z chorobą onkologiczną dziecka. Poczucie koherencji rodzica stojącego wobec tak skrajnej sytuacji jest czynnikiem chroniącym przed skutkami stresu i mobilizującym do walki o życie i zdrowie dziecka. Związane jest ono także ze stylami radzenia sobie ze stresem, gdyż wysoki jego poziom koreluje dodatnio z najbardziej efektywnym stylem, a niski ze stylem najmniej efektywnym. Badani rodzice dzieci chorych onkologicznie mieli wysoki poziom SOC oraz dominował u nich styl skoncentrowany na zadaniu.

Prezentowane badania mają pewne ograniczenia. Przeprowadzone były na małej próbie, ponieważ choroba nowotworowa nie jest częsta u dzieci. Ponadto w badaniu wzięli udział rodzice, których dzieci były w dość dobrym stanie fizycznym. Dotarcie do rodziców dzieci będących w poważnym stanie było niemożliwe ze względu na izolację spowodowaną bardzo niską odpornością tych dzieci oraz ze względów etycznych.

Wyniki badań są optymistyczne, gdyż dają podstawę do wnioskowania, że większość badanych rodziców przejdzie przez proces zmagania się z chorobą dziecka pomyślnie i że nie grożą im jego negatywne skutki, takie jak zespół stresu pourazowego. Co więcej, mogą oni doświadczyć potraumatycznego wzrostu [54, 55]. Rodzice z niskim SOC i preferujący mniej efektywne style radzenia sobie oraz ci, u których negatywne skutki zmagania się z chorobą dziecka są już widoczne w postaci pogorszenia się stanu zdrowia, powinni zostać objęci szczególną opieką psychologiczną.

Wnioski

Poczucie koherencji i style radzenia sobie to bardzo istotne zmienne w procesie zmagania się z chorobą onkologiczną dziecka. Badani rodzice dzieci chorych onkologicznie charakteryzowali się średnim poziomem SOC oraz dominował u nich najbardziej efektywny styl – zadaniowy. Poczucie koherencji koreluje ze stylami radzenia sobie ze stresem. Im wyższe SOC, tym bardziej charakterystyczny dla rodziców jest styl skoncentrowany na zadaniu, a rzadziej występuje u nich styl skoncentrowany na emocjach, unikaniu i unikowy związany z wykonywaniem czynności zastępczych. Rodzice preferujący mniej efektywne style radzenia sobie ze stresem oraz z obniżonym SOC powinni zostać objęci szczególną opieką psychologiczną.

Piśmiennictwo

- White M, Holman DM, Boehm JE i wsp. Age and cancer risk. A potentially modifiable relationship. *Am J Prev Med* 2014; 46: 7-15.
- Kowalczyk JR. Epidemiologia nowotworów złośliwych u dzieci. W: *Onkologia i hematologia dziecięca*. Chybińska A, Sawicz-Birkowska K (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, tom 1.
- Balcerska A. Pacjent wyleczony z choroby nowotworowej. W: *Wybrane zagadnienia z hematologii i onkologii wieku rozwojowego*. Balcerska A, Irga N (red.). Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2004; 118-119.
- Ward E, DeSantis C, Robbins A i wsp. Childhood and adolescent cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2014; 64: 83-103.
- Antoszevska B. Dziecko z chorobą nowotworową – problemy psychopedagogiczne. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Buczyński FL. Rodzina z dzieckiem chorym na białaczkę. Redakcja Wydawnictwa KUL, Lublin 1999.
- Phillips JL, Currow DC. Cancer as a chronic disease. *Collegian* 2010; 17: 47-50.
- Chojnacka-Szawłowska G. Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław, Kraków, Warszawa 1994.
- Kostak MA, Avci G. Hopelessness and depression levels of parents of children with cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14: 6833-6838.
- Hovén E, Grönqvist H, Pöder U i wsp. Impact of a child's cancer disease on parents' everyday life: a longitudinal study from Sweden. *Acta Oncologica* 2017; 56: 93-100.
- Katz LF, Fladeboe K, Lavi I i wsp. Trajectories of marital, parent-child, and sibling conflict during pediatric cancer treatment. *Health Psychology* 2018; 37: 736-745.
- Budziński W. Psychologiczne aspekty leczenia dzieci z chorobą nowotworową. W: *Wybrane zagadnienia z hematologii i onkologii wieku rozwojowego*. Balcerska A, Irga N (red.). Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2004; 92-104.
- Hoekstra-Weebers JE, Jaspers JP, Kamps WA, Klip EC. Gender differences in psychological adaptation and coping in parents of pediatric cancer patients. *Psychooncology* 1998; 7: 26-36.
- Jones BL. The challenge of quality care for family caregivers in pediatric cancer care. *Semin Oncol Nurs* 2012; 2: 45-50.
- Katz LF, Fladeboe K, King K i wsp. Trajectories of child and caregiver psychological adjustment in families of children with cancer. *Health Psychol* 2018; 7: 725-735.
- Manne S, Duhamel K, Redd WH. Association of psychological vulnerability factors to post-traumatic stress symptomatology in mothers of pediatric cancer survivors. *Psychooncology* 2000; 9: 372-384.
- Zakaryae NS, Atashzadeh-Shoorideh F, Ahmadi F, Fani M. Caring strategies in parents of children with cancer. *Iran J Ped Hematol Oncol* 2017; 7: 216-223.
- Streisand R, Kazak AE, Tercyak KP. Pediatric-specific parenting stress and family functioning in parents of children treated for cancer. *Children's Health Care* 2003; 32: 245-256.
- Łosiak W. Podstawowe koncepcje stresu i radzenia sobie. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, Prace psychologiczne* 1995; 12.
- Wrześniewski K. Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: *Człowiek w sytuacji stresu: problemy teoretyczne i metodologiczne*. Niejodek I, Ratajczak Z (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000; 44-65.
- Heszen-Niejodek I. Stres i radzenie sobie – głównie kontrowersje. W: *Człowiek w sytuacji stresu: problemy teoretyczne i metodologiczne*. Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000; 12-43.
- Endler NS, Parker JD. Assessment of multidimensional coping: task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment* 1994; 6: 50-60.
- Nowakowska H, Borys B, Gaworska-Krzemińska A i wsp. Preferowane style radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą

- przewlekłą – cukrzycą typu I, u pacjentów objętych opieką poradni diabetologicznych w Gdańsku i Elblągu. W: Edukacja bez granic – mimo barier. Smal T, Zduniak A (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań 2008; 54-61.
24. Szczepaniak P, Strelau J, Wrześniewski K. Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera. *Przegląd Psychologiczny* 1996; 39: 187-210.
25. Wrona-Polańska H. Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem. Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania zdrowia w zawodzie nauczyciela. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2003.
26. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
27. Kosińska-Dec K. Poczucie koherencji a style radzenia sobie i picie alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 1996; 22: 43-57.
28. Gruszczyńska E. Poczucie koherencji a ocena pierwotna w sytuacji stresu egzaminacyjnego. W: Konteksty stresu psychologicznego. Heszen-Niejodek I (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2002; 41-57.
29. Gruszczyńska E. Poczucie koherencji (SOC) a proces radzenia sobie ze stresem: w poszukiwaniu mechanizmów działania SOC. *Przegląd Psychologiczny* 2004; 1: 77-91.
30. Dymecka J. Poczucie koherencji a stan zdrowia rodziców zmagających się z chorobą onkologiczną dziecka. *Psychoonkologia* 2012; 2: 44-50.
31. Dudek B, Koniarek J. Poczucie koherencji a postrzeganie relacji między warunkami pracy, stresem i samooceną stanu zdrowia. *Alkoholizm i Narkomania* 1996; 22: 65-74.
32. Pasikowski T. Kwestionariusz Poczucia Koherencji dla dorosłych (SOC-29). W: Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia. Sęk H, Pasikowski T (red.). Wydawnictwo Humaniora, Poznań 2001; 71-86.
33. Terelak JF. Człowiek i stres. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz, Warszawa 2008.
34. Korcz I. Koncepcja salutogenezy Antonovsky'ego jako fundament edukacji zdrowotnej. W: Edukacja w społeczeństwie ryzyka. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań 2006; 184-190.
35. Jabłoński M. Poczucie koherencji a ryzyko rozwoju depresji u chorych na ostrą biataczkę. *Psychoonkologia* 2009; 13: 1-10.
36. Bergh I, Björk M. Sense of coherence over time for parents with a child diagnosed with cancer. *BMC Pediatrics* 2012; 12: 79.
37. Schuh D, Hippler K, Schubert MT. Sense of coherence and stress in parents of children with chronic disease and mental health disorders. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011; 61: 398-404.
38. Oelofsen N, Richardson P. Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *J Intellect Develop Disabil* 2006; 31: 1-12.
39. Olsson MB, Hwang PC. Sense of coherence in parents of children with different developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2002; 10: 548-559.
40. Basińska M, Andruszkiewicz A. Poczucie koherencji jako predyktor zdrowego funkcjonowania w pracy – badania pracowników socjalnych. W: Zdrowie – stres – choroba: w wymiarze psychologicznym. Wrona-Polańska H (red.). Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008; 63-74.
41. Szymona K. Zmiany poczucia koherencji (SOC) po psychoterapii u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. *Psychiatria Polska* 2005; 4: 659-668.
42. Black EK, White CA. Fear of recurrence, sense of coherence and posttraumatic stress disorder in hematological cancer survivors. *Psychooncology* 2005; 14: 510-515.
43. Basińska B. Radzenie sobie ze stresem w warunkach różnego stopnia zagrożenia zdrowia. *Przegląd Psychologiczny* 2004; 47: 109-120.
44. Mart DM, Samardakiewicz M. Sposoby radzenia sobie matek z chorobą nowotworową dziecka. *Onkologia Polska* 2008; 11: 59-64.
45. Szelińska-Lewińska J, Landowski J. Sposób tworzenia świata przez chorych z epizodem depresyjnym a strategię radzenia sobie ze stresem. *Psychiatria* 2006; 3: 22-26.
46. Kasperk-Zimowska B, Chądzyńska M. Poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem wśród rodziców dorosłych dzieci z rozpoznaniem schizofrenii. *Psychiatria Polska* 2011; 45: 643-652.
47. Kosińska-Dec K, Jelonkiewicz I. Poczucie koherencji a style radzenia sobie. *Psychologia Wychowawcza* 1997; 3: 437-442.
48. Skokowski J, Szymczak J. Poczucie koherencji a lęk u chorych na nowotwór płuca oczekujących na operację i u osób zdrowych. *Psychoonkologia* 1999; 4: 35-45.
49. Dąbrowska A. Poczucie koherencji u rodziców dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Psychiatria Polska* 2007; 2: 189-201.
50. Mroziak B, Czabata JC, Wójtowicz S. Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Polska* 1997; 3: 257-268.
51. Kurowska K, Dąbrowska A. Poczucie koherencji a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. *Arterial Hypertension* 2008; 12: 1-7.
52. Pareek S, Jindal K. Sense of coherence and coping style of parents with children having autism spectrum disorder. *Indian J Health Wellbeing* 2014; 5: 1331-1334.
53. Łuszczńska A. Czy poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem sprzyjają adaptacji w sytuacji doświadczenia gwałtu i przemocy fizycznej? W: Osobowość a ekstremalny stres. Strelau J (red.). GWP, Gdańsk 2004; 299-313.
54. Kegye A, Pádi É, Hegedűs K. Rehabilitation model program for seriously ill patients. *Health Psychol Rep* 2014; 2: 263-268.
55. Ogińska-Bulik N. The role of ruminations in the relation between personality and positive posttraumatic changes resulting from struggling with cancer. *Health Psychology Report* 2018; 6: 296-306.