

## Krystyna Kurowska, Mirosława Jaworska

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

# Poczucie koherencji (SOC) a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka jajnika i jądra

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

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Czynnikiem wpływającym na umiejętność radzenia sobie ze stresem jest poczucie koherencji (SOC). Wysokie SOC daje wiarę w sens życia, jego uporządkowanie, przewidywalność – co sprawia, że chce się być zdrowym i sprawnie funkcjonować.

**Cel pracy.** Określenie poziomu SOC oraz zastosowanych przez chorych na raka narządów płciowych, będących w trakcie terapii onkologicznej, stylów radzenia sobie w trudnej sytuacji, w ich walce z chorobą o powrót do optymalnego stanu zdrowia, a często o życie.

**Materiał i metody.** Przebadano 78 pacjentów będących w trakcie terapii onkologicznej w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Poczucie koherencji oceniono za pomocą kwestionariusza Antonovsky'ego SOC-29, a radzenie sobie w sytuacjach stresowych zmierzono na podstawie kwestionariusza CISS.

**Wyniki.** Pacjenci z rozpoznaną chorobą nowotworową narządów płciowych mają obniżony poziom SOC. Osoby badane z wyższym SOC częściej wybierały styl radzenia sobie skoncentrowany za zadaniem. Znacznie rzadziej wybierały emocjonalne podejście do problemu.

**Wnioski.** Określenie poziomu SOC i rodzajów stylów radzenia sobie z chorobą może posłużyć jako wykładnik w prognozowaniu opieki nad pacjentem na różnych etapach choroby nowotworowej.

**Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (4): 429–434**

**Słowa kluczowe:** rak jajnika i jądra, style radzenia sobie, poczucie koherencji (SOC)

### ABSTRACT

**Introduction.** The level of the Sense of Coherence (SOC) influences the ability to cope with stress. High SOC level makes people believe in life predictability and order which in turn motivates them to be healthy and functional.

**Aim of the study.** The aim of the study was to estimate the level of SOC and styles of coping with disease and stress related to it in patients undergoing therapy for genital cancer.

**Material and methods.** The study included 78 patients undergoing therapy in Oncology Center, Bydgoszcz. SOC level was assessed using Antonovsky SOC-29 questionnaire and coping with stress was estimated using CISS questionnaire.

**Results.** Patients with a diagnosis of genital cancer have lowered SOC level. Patients with higher SOC levels more often choose task-oriented style of coping and more rarely emotionally-based style.

**Conclusions.** Estimation of the levels of SOC and social support might be used as determinant of care of patients with cancer at different stages of the disease.

**Nursing Topics 2010; 18 (4): 429–434**

**Key words:** ovarian carcinoma, testicular cancer, styles of coping, sense of coherence (SOC)

### Wstęp

Choroba nowotworowa atakuje niespodziewanie, wyzwalając wiele emocji, zmiennych nastrojów, poczucie bezradności. Traktuje się ją jako punkt przełomo-

wy w życiu człowieka, wpływający w istotny sposób na jego funkcjonowanie. W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie jakością życia chorych onkologicznie, stylami radzenia sobie w trudnych sytuacjach oraz wyko-

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Krystyna Kurowska, adiunkt; Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej CM w Bydgoszczy, UMK Toruń, 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 levels of sense of coherence (SOC) and its components

Składowe SOC	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Zrozumiałość	42,74	30	58	4,76
Zaradność	33,26	15	47	6,63
Sensowność	36,52	21	51	5,46
SOC globalne	112,53	78	140	10,25

rzystaniem poziomu orientacji życiowej do odnalezienia się w codziennym życiu. Współczesny socjolog medycyny — Aaron Antonovsky — w swoich badaniach wykazał, że poczucie koherencji (SOC, *sense of coherence*) jest tą właściwością człowieka, która w sytuacji zagrożeń mobilizuje potencjalne zasoby [1].

### Cel pracy

Celem badań było określenie poziomu SOC oraz stylów radzenia sobie ze stresem przez osoby dotknięte problemem choroby nowotworowej narządów płciowych, będących w trakcie terapii onkologicznej, walki z chorobą o powrót do optymalnego stanu zdrowia, a często o życie. Ponadto celem było ustalenie ewentualnych zależności między stopniem SOC a rodzajem preferowanego stylu radzenia sobie w chorobie nowotworowej oraz czy zmienne socjodemograficzne (płeć, wiek, poziom wykształcenia, stan cywilny, wysokość dochodów) i zmienne medyczne (diagnoza, czas rozpoczęcia leczenia) wpływają na wybór określonych sposobów radzenia sobie z chorobą nowotworową.

### Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią część realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaną chorobą nowotworową. Badania przeprowadzono w okresie od października 2007 roku do października 2008 roku w grupie 78 osób z rozpoznaniem nowotworem jajnika (40 kobiety) i jądra (38 mężczyzn), będących w trakcie leczenia onkologicznego w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Zgodę na badania wyraziła komisja bioetyczna *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/576/2007). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusz do badania poczucia koherencji (SOC-29) autorstwa Antonovskiego, kwestionariusz CISS w polskiej adaptacji autorstwa Szczepanika, Strelaua i Wrześniewskiego, który służy do oceny stylów radzenia sobie w trudnej sytuacji, oraz kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej, odnoszący się do różnych aspektów życia. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie stan-

dardowe) 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  $p$  poniżej 0,05. Analizy wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTIKA 6.0.

### Wyniki

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku respondentów wynosiła 43 lata. Większość miała wykształcenie średnie (43,58%) i wyższe (23,07%), pozostawała w związkach małżeńskich (59%), posiadała potomstwo (62,82%) i mieszkała w mieście (74,35%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 46,15% badanych, a z emerytury — 23,07%. 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, czyli zrozumiałości, zaradności i sensowności. Rozkład wyników w tabeli 1 ujawnia, że poziom SOC u badanych różni się między sobą w zakresie składowych, to znaczy poczuciem zaradności i sensowności. W przypadku SOC globalnego średni poziom wyniósł 112,53. Był to wynik stosunkowo niski, zbliżony do wartości średnich wśród osób ze schorzeniami onkologicznymi.

Z analizy stylów radzenia sobie ze stresem (tab. 2), którego wyniki umożliwiają określenie nasilenia trzech stylów radzenia sobie ze stresem (skoncentrowanego za zadaniem, emocjach i unikaniu), wynika, że najczęściej stosowanym stylem przez badanych był styl zadaniowy (prawidłowa reakcja na stres), jednocześnie stwierdzono wyższy poziom reakcji emocjonalnych niż unikowych. W przypadku stylów radzenia sobie nie znaleziono dowodów na to, aby badani różnili się między sobą stylami. Określono związek między poziomem SOC i jego składowymi a stylami radzenia sobie w trudnej sytuacji (tab. 3). W tabeli 3 zestawiono współczynniki korelacji liniowej Pearsona. Styl zadaniowy okazał się skorelowany pozytywnie ze zrozumiałością oraz

**Tabela 2.** Statystyki opisowe stylów radzenia sobie ze stresem**Table 2.** Descriptive statistics of coping styles

Style radzenia	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Zadaniowy	58,05	44	74	6,39
Emocjonalny	54,50	43	65	5,16
Unikowy	50,89	33	68	6,27

**Tabela 3.** Macierz korelacji poczucia koherencji (SOC) i radzenia sobie ze stresem**Table 3.** The correlation matrix between the sense of coherence (SOC) and coping with stress

Składowe SOC	Zadaniowy	Emocjonalny	Unikowy
Zrozumiałość	0,39*	0,13	0,11
Zaradność	0,08	-0,49*	-0,59*
Sensowność	0,31*	-0,26*	-0,34*
SOC globalne	0,25	-0,52*	-0,61*

\*p &lt; 0,05

sensownością w taki sposób (związek przeciętny), że im wyższa zrozumiałość i sensowność, tym częściej badani wybierali styl zadaniowy. W przypadku stylu emocjonalnego okazało się, że osoby o niższych poziomach zaradności, sensowności i globalnym SOC częściej wybierały emocjonalny styl radzenia sobie w sytuacji stresowej. W przypadku stylu emocjonalnego i zaradności ten związek był przeciwny, przeciętny, a w sensowności przeciwny, słaby, natomiast w przypadku globalnego SOC związek był przeciwny, wysoki. Dla stylu unikowego znaleziono istotne statystycznie korelacje między zaradnością, sensownością i globalnym poziomem SOC — osoby o wyższych poziomach zaradności, sensowności, globalnym SOC, rzadziej stosowały styl unikowy. Dla sensowności była to korelacja przeciwna, przeciętna, a dla zaradności i globalnego SOC korelacja przeciwna, wysoka. W przypadku pozostałych elementów, czyli stylu emocjonalnego, zrozumiałości i stylu unikowego i zrozumiałości, nie było istotnych statystycznie korelacji.

Z analizy danych demograficznych, które obliczono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji testu F-Fichera, wynika, że w przypadku płci okazała się ona czynnikiem różnicującym dla zrozumiałości ( $F = 6,8904$ ;  $p < 0,0104$ ), zaradności ( $F = 9,0403$ ;  $p < 0,0035$ ), sensowności ( $F = 4,1166$ ;  $p < 0,0459$ ), a także dla stylu zadaniowego ( $F = 7,2094$ ;  $p < 0,0089$ ), w taki sposób, że wyższy poziom zrozumiałości miały kobiety (44,07) i jednocześnie miały one niższy poziom

zaradności (31,17) niż mężczyźni, miały również niższy poziom sensowności (35,32), ale jednocześnie częściej prezentowały styl zadaniowy (58,87). Wiek okazał się czynnikiem różnicującym dla stylu zadaniowego ( $F = 2,0733$ ;  $p < 0,0129$ ), ponieważ tutaj nie można zrobić zestawienia takiego jak dla płci, dlatego zastosowano korelację między stylem zadaniowym a wiekiem. Okazało się, że styl zadaniowy wiązał się z wiekiem w sposób zgodny. Była to korelacja istotnie statystyczna, przeciętna ( $r = 0,36$ ), co oznacza, że częściej styl zadaniowy wybierały osoby starsze. Na podstawie analizy wariancji nie można stwierdzić, aby stan cywilny, miejsce zamieszkania i wykształcenie wpływały na poziom SOC lub jego podskale, ani na styl radzenia sobie w trudnej sytuacji. Posiadanie potomstwa okazało się czynnikiem różnicującym w sposób istotny statystycznie w zastosowaniu stylu zadaniowego przez badanych chorych, ponieważ osoby, które posiadały dzieci, częściej stosowały styl skoncentrowany na zadaniu. Zatrudnienie różnicowało stosowanie stylu zadaniowego ( $F = 2,4237$ ;  $p < 0,0278$ ). Osoby, które wskazywały, że uczą się, miały najniższy poziom stylu zadaniowego (51,80). Zdecydowanie wyższy poziom posiadały te osoby, które były na zasiłku dla bezrobotnych (56) bądź też na utrzymaniu rodziny (66) lub też były to osoby, które już posiadały rentę (62,14), emeryturę (59,72) bądź działalność gospodarczą (60,66). Aktywniejsze formy życia sprzyjały wyższym wartościom stylu zadaniowego, jednak i wówczas, gdy chcieli osiągnąć określone świadczenia (np. rentę). Sytuacja materialna okazała się czynnikiem różnicującym poziom sensowności ( $F = 23,4181$ ;  $p < 0,0216$ ) oraz dla stylu emocjonalnego ( $F = 2,7622$ ;  $p < 0,0479$ ). Osoby, które miały najgorszą sytuację materialną, posiadały stosunkowo wysoki poziom sensowności (43,75), ale również te osoby, które miały najlepszą sytuację materialną, także ten poziom sensowności miały dosyć duży (41,5). Analogiczna tendencja była w przypadku stosowania stylu emocjonalnego radzenia sobie, który jest uważany za styl nieprawidłowy. Osoby o najgorszej sytuacji materialnej stosowały styl emocjonalny (59), podobnie jak te o najlepszej sytuacji (61). Osoby, które miały ją przeciętną bądź też dobrą, stosowały ten styl zdecydowanie rzadziej.

Dalszej analizie poddano zmienne pośredniczące wpływające na poziom SOC i style radzenia sobie z chorobą. Schorzenia nowotworowe w rodzinie występowały u 62% badanych. Choroba w rodzinie okazała się czynnikiem różnicującym w sposób istotny statystycznie: zaradność ( $F = 3,4206$ ;  $p < 0,0378$ ), globalny poziom SOC ( $F = 3,7398$ ;  $p < 0,0282$ ) oraz styl unikowy ( $F = 5,2043$ ;  $p < 0,0076$ ). Najniższy poziom zaradności wykazały osoby, u których w rodzinie nie stwierdzono chorób nowotworowych (30,82) lub też nie miały one na ten temat wiedzy (30,66). Badani, u których w rodzinie były osoby z chorobami nowotworowymi, miały wyższy poziom zaradności (34,73). Można to tłumaczyć tym, że osoby te już zetknęły się z chorobą nowotworową i nie spowodowała ona u nich tak dużych zmian w zakresie podskali SOC. Ponadto osoby te miały wyższy poziom globalny SOC (114,89) niż osoby, u których w rodzinie nikt nie chorował na nowotwór (108,47), ani nie miały na ten temat wiedzy (108,83). W przypadku stylu unikowego osoby, u których w rodzinie był już nowotwór, częściej stosowały styl unikowy (52,55) niż w pozostałych grupach. W ramach stylu unikowego są zachowania związane z nawiązywaniem kontaktów społecznych, dokładniej kontaktów towarzyskich. Prawdopodobnie ci badani, którzy już mieli ten kontakt, wiedzą, co to jest choroba nowotworowa, z czym się wiąże, dlatego nadmiernie utrzymują kontakty towarzyskie. Najczęściej u badanych pierwsze objawy choroby pojawiły się do 24 miesięcy, czyli w ciągu 2 lat. Okazuje się, że pierwsze objawy choroby różnicują w sposób istotny styl zadaniowy ( $F = 2,4339$ ;  $p < 0,0153$ ) badanych. Osoby, które dłużej zwlekały lub dawniej zauważyły pierwsze objawy choroby, nieco częściej stosowały styl zadaniowy, jednak korelacja ta była niska ( $r = 0,20$ ), nieistotna statystycznie, czyli nie można mówić o jakiejś liniowej tendencji. Po zauważeniu pierwszych niepokojących objawów nie zgłosiło się natychmiast do lekarza 35,89% badanych. Czas zgłoszenia się do lekarza był charakterystyczną cechą różnicującą dla stylu zadaniowego ( $F = 7,1093$ ;  $p < 0,0093$ ). Osoby, które nie zgłosiły się natychmiast, posiadały wyższy poziom stylu zadaniowego (60,53). Interpretacja takich wyników prawdopodobnie polega na tym, że osoby, które zgłosiły się natychmiast do lekarza, to osoby, które częściej stosowały styl unikowy lub prawdopodobnie są to osoby częściej kontaktujące się z lekarzem i wybierają chorobę, jako styl radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Natomiast osoby, które nie wybrały tej odpowiedzi, to osoby, które być może koncentrują się w tym czasie na wykonaniu innych zadań, ponieważ sytuacja trudna, stresowa nie dotyczy tylko choroby, ale również innych elementów, na przykład samego życia. Stan wiedzy o schorzeniu był zadawalający dla 55,12% badanych. Poziom wiedzy, potrzeba kontaktu z osobami dotkniętymi tą samą chorobą nie

była czynnikiem różnicującym poziom SOC bądź też style radzenia sobie. Lęku nie odczuwało 21,79% badanych. Okazało się, że obawa przed następstwami choroby była czynnikiem różnicującym dla stylu emocjonalnego ( $F = 5,9312$ ;  $p < 0,0172$ ) w taki sposób, że wyższy poziom stylu emocjonalnego posiadały osoby, które wskazały, że nie boją się następstw choroby (57,11). Potrzebę dzielenia się swoimi problemami odczuwało 19,76% osób. Okazała się ona czynnikiem różnicującym dla stylu zadaniowego ( $F = 4,6869$ ;  $p < 0,0335$ ) w taki sposób, że osoby, które nie odczuwały potrzeby podzielenia się problemami, to były osoby posiadające niższy poziom stylu zadaniowego (55,88). Potrzebę wsparcia ze strony psychologa zadeklarowało 85% badanych, nie okazała się ona jednak czynnikiem różnicującym dla SOC bądź też stylów radzenia sobie. Badani (59%) wskazali, że stan ich zdrowia był w zasadzie dobry, czasem pojawiały się dolegliwości. Ocena stanu zdrowia okazała się czynnikiem różnicującym dla poziomu zrozumiałości ( $F = 3,8814$ ;  $p < 0,0123$ ), sensowności ( $F = 3,8313$ ;  $p < 0,0131$ ) i stylu zadaniowego ( $F = 6,3650$ ;  $p < 0,0006$ ). Okazało się, że osoby, które oceniają swój stan zdrowia jako nienajlepszy, mają zdecydowanie wyższy poziom zrozumiałości (48) niż w każdej pozostałej grupie. Poziom sensowności u osób, które oceniają swój stan zdrowia jako bardzo zły (51) był zdecydowanie wyższy niż w pozostałych grupach. Ta różnica była bardzo duża i widoczna, również zdecydowanie częściej styl zadaniowy był charakterystyczny dla osób, które oceniały gorzej swój stan zdrowia — zły (66,33) bądź nienajlepszy (66), niż te, które oceniały go w zasadzie dobry.

## Dyskusja

Pacjenci w bardzo różny sposób podchodzą do choroby nowotworowej. Jest to uzależnione od cech charakteru, doświadczeń i posiadanej wiedzy na ten temat, jak również od rodzaju nowotworu. Inaczej reagują osoby mające widoczne zmiany na zewnątrz ciała, a inaczej te, których dotyczy rak narządów wewnętrznych. Niewątpliwie jednak choroba nowotworowa jest dla człowieka trudną sytuacją i jest jednym z najbardziej zagrażających życiu doświadczeń [2]. Celem badań było przedstawienie związku między poczuciem koherencji a stylami radzenia sobie z chorobą nowotworową narządów płciowych. W przeprowadzonych badaniach stwierdzono, że pacjenci z chorobą nowotworową narządów płciowych mają obniżony poziom SOC. Mężczyźni posiadają wyższe poczucie koherencji niż kobiety. Płeć badanych (u kobiet wykryto raka jajnika, a mężczyzn rak jądra), okazała się również czynnikiem różnicującym dla zrozumiałości, zaradności i sensowności, a także dla stylu zadaniowego. Wyższy poziom zrozumiałości wykazały kobiety i jednocześnie miały one niższy poziom zaradności i sensowności niż



mężczyźni oraz częściej prezentowały styl zadaniowy. W badaniach przeprowadzonych przez Słowika [3] nad związkami między poczuciem koherencji a emocjami u chorych somatycznie zaobserwowano wręcz odwrotne wyniki. U mężczyzn stwierdzono niższe poczucie zaradności oraz zrozumiałości. Stwierdzono, że wiąże się to z przeżywaniem silniejszych emocji negatywnych, natomiast u kobiet emocje negatywne były silniejsze, gdy słabsze było poczucie zaradności, ale silniejsze poczucie sensowności. Być może silniejsze poczucie sensowności powoduje, że kobiety dostrzegają większy sens w swoim życiu, a jednocześnie są mniej zaradne. Wynik ten był zaskoczeniem dla samego badacza. W kolejnych badaniach potwierdzających częściowo wyniki powyższej pracy, wpływu SOC i jego składowych na radzenie sobie ze względu na płeć przeprowadzonych przez Słowika oraz Wysocką-Pleczyk [4], wykazano, że mężczyźni mają znacząco wyższe ogólne SOC oraz poczucie zaradności i zrozumiałości w porównaniu z kobietami. Badacze stwierdzili, że SOC u kobiet było w zdecydowanie mniejszym stopniu powiązane z radzeniem sobie niż u mężczyzn. Kozaka [5] zbadała stosunek jakości życia a SOC kobiet chorych na raka jajnika. Grupę kontrolną stanowiły kobiety zdrowe, u których wykluczono obecność aktualnej lub przebytej choroby nowotworowej oraz jakiegokolwiek choroby psychicznej. Badane osoby prezentowały podobne do osób zdrowych poczucie koherencji. W wielu badaniach stwierdzono, że pacjenci onkologiczni prezentują niższe SOC w porównaniu z innymi badanymi. Ta teza potwierdza wyniki niniejszej pracy, ponieważ poddani badaniom pacjenci z rakiem narządów płciowych również wykazali obniżony poziom poczucia koherencji. Prawdopodobnie moment przeprowadzania badań może mieć znaczący wpływ na uzyskane wyniki. Wykazano wielokrotnie, że najtrudniejszym momentem w radzeniu sobie są sytuacje związane z dużą niepewnością, brakiem jasności, a taką sytuacją jest na przykład oczekiwanie na rozpoznanie czy rozpoczęcie leczenia pacjentów onkologicznych. Przedstawione badania przeprowadzono najczęściej w czasie 3 lub 4 cyklu chemioterapii, a więc w momencie, kiedy pacjentki były już lepiej zorientowane w swojej sytuacji. Stwierdzono, że ich uwaga była skupiona na leczeniu, na walce z chorobą, co zaowocowało większą mobilizacją, wzmocnieniem zasobów radzenia sobie, a to z kolei chroniło pacjentki przed obniżeniem nasilenia poczucia koherencji [5].

Kolejne ciekawe badania przeprowadziła Basińska [6], identyfikując rodzaje strategii radzenia sobie w konfrontacji stresowej dotyczącej stanu zdrowia u chorych zagrożonych rakiem piersi oraz rakiem narządów rodnych. Jednoznacznie potwierdzała ona zgodność tez zawartych w teorii Antonovsky'ego, według których w chorobie słabnie SOC, a zwłaszcza czynnik zrozumiałości. Poczucie sensowności odzwierciedla

motywację do uzyskania równowagi i pozytywnej adaptacji w chorobie w stanach jednoznacznych dotyczących zdrowia. Poczucie koherencji było wyższe niż w stanie niepewności, natomiast zdaniem Skokowskiego i Szymczaka [7] zamiennie niższy u chorych poziom ogólnego SOC i jego składowych niż u zdrowych może obrazować zakłócający dla przebiegu procesów orientacyjnych człowieka wpływ przeżyć i doświadczeń związanych z chorobą nowotworową. Silnemu ogólnemu SOC (u osób zdrowych), w tym silnemu poczuciu zrozumiałości, towarzyszył słaby lęk. Zdaniem badaczy można zatem przypuszczać, że poczucie koherencji, a zwłaszcza poczucie zrozumiałości, ma zdolność łagodzenia napięcia lękowego u osób z wysokim poczuciem koherencji, czyli takich, które w ujęciu Antonovsky'ego są określane jako usytuowane na kontinuum zdrowie–choroba w pobliżu bieguna zdrowie. Wyniki badań sugerują, że u chorych usytuowanych daleko od bieguna zdrowie SOC straciło swoją funkcję ochronną polegającą na łagodzeniu napięcia lękowego, a zatem nie chroni ludzi chorych przed dezorientacją wynikającą z przekształcenia napięcia emocjonalnego w stan stresu oraz szkodliwymi dla zdrowia jego skutkami.

W literaturze przedmiotu znaleziono również opracowanie Jawor i wsp. dotyczące poczucia koherencji, stylów radzenia sobie a adaptacji po zabiegu histerektomii. Celem tych badań była próba odpowiedzi na pytanie dotyczące związku poczucia koherencji i stylów radzenia sobie z powrotem do zdrowia po zabiegu histerektomii. W badaniach potwierdzono znaczący wpływ SOC i stylów radzenia sobie na pozycję badanych na kontinuum zdrowie–choroba. Można spotkać opinie o negatywnych skutkach usunięcia macicy. Zwращanie uwagi na czynniki psychologiczne sprzyjające zdrowiu mogą się przyczynić do zakwalifikowania pacjentek potrzebujących fachowej opieki psychologicznej i jednocześnie przyczynić się do szybszego powrotu do zdrowia [8]. Bardzo ciekawym artykułem Mielcarrek oraz Kozaka jest „Funkcjonowanie emocjonalne chorych z objawami niepowodzenia chemioterapii i zaawansowanego raka jajnika” [10]. Celem badania była ocena stanu emocjonalnego pacjentek informowanych o podwyższonym stężeniu Ca 125 (marker poziomu komórek nowotworowych w raku jajnika) podczas leczenia zaawansowanego raka jajnika. Badacze wykazali, że pacjentki, którym przekazano informacje o nieskuteczności leczenia, były szczególnie narażone na zaburzenia emocjonalne i wymagały pomocy psychologicznej [9]. Kolejne badania podjęły Ogińska-Bulik [13] oraz Kozaka [10]. Celem ich badań było ustalenie związku między akceptacją choroby i poczuciem własnej wartości a strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową u pacjentów pozostających pod opieką paliatywną. W badaniach uczestniczyli pacjenci z chorobą nowotworową narządów rodnych, gruźlą kro-

kowego, żołądka, jelita i trzustki, w tym 40% pacjentów przebywało w domu, natomiast 60% w hospicjum. Płeć i poczucie własnej wartości w niewielkim stopniu wpłynęły na wybór poszczególnych strategii w radzeniu sobie z chorobą nowotworową. Mężczyźni w porównaniu z kobietami prezentowali wyższe nasilenie strategii zaabsorbowania lękowego. Wiek odgrywał istotną rolę w wyborze strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową. Pacjenci starsi, w porównaniu z młodszymi, byli bardziej skłonni do akceptacji choroby jako swoistego losu, lecz połączonego z zadowoleniem z już przeżytych lat. Czynnikiem, który w największym stopniu determinuje wybór określonych strategii radzenia sobie, jest akceptacja choroby. Im wyższy stopień akceptacji choroby, tym niższe zaabsorbowanie lękowe i mniejsze poczucie bezradności, natomiast więcej postawy ducha i uznania powagi choroby jako swoistego losu. Pacjenci z wysoką akceptacją choroby wykazują zdecydowanie niższy poziom zachowań lękowych oraz bezradności, a wyższy poziom ducha walki i akceptacji w sytuacji choroby. Znalazło to potwierdzenie w wielu badaniach. Pettingale [11], badając kobiety po mastektomii, stwierdził, że wyższy wskaźnik przeżycia występował u kobiet, które po operacji chirurgicznej przejawiały postawę ducha walki i strategię zaprzeczania chorobie. Częściej umierały te, które cechowało poczucie bezradności. W badaniach Juczyńskiego [12] stwierdzono, że te pacjentki z rakiem sutka, które preferowały strategię akceptacji oraz pozytywnego przewartościowania, wykazały lepsze przystosowanie do choroby, natomiast te, które częściej w radzeniu sobie z chorobą nowotworową wybierały zaprzeczenie, charakteryzowały się silniejszymi objawami stresu emocjonalnego oraz gorszym przystosowaniem się do trudnej sytuacji. Wybór strategii radzenia sobie z chorobą sprzyjający lepszemu przystosowaniu zależy od wielu czynników. Każdy pacjent jest indywidualnym przypadkiem, posiada właściwości osobowości oraz zachowań konkretnej sytuacji, relacji z rodziną, relacji pacjent–lekarz, miejsca pobytu oraz wielu innych czynników. Strategie skoncentrowane na problemie, wyrażające aktywne zmaganie się z chorobą, usuwanie źródeł stresu lub zmniejszenie siły jego oddziaływania są lepsze od strategii ukierunkowanych na emocjach, polegających na wycofywaniu się, rezygnacji, przejawiania lęku i poczucia beznadziejności [13]. Podsumowując, pacjenci z rozpoznaną chorobą nowotworową narządów płciowych mają obniżony poziom poczucia koherencji. W trudnej sytuacji lepiej radzą sobie mężczyźni niż kobiety. Pacjenci dotknięci tą jednostką chorobową częściej koncentrują się na zadaniu. W konkretnej sytuacji stresowej spowodowanej chorobą nowotworową należy przede wszystkim określić, co dla danej osoby

oznacza lepsze przystosowanie, a wtedy może się okazać, że każda strategia jest użyteczna.

## Wnioski

1. Globalny poziom poczucia koherencji u badanych (112 kobiet, 114 mężczyzn) był obniżony, zbliżony do osób, u których wykryto chorobę nowotworową. Płeć badanych różnicowała rozumiałość, zaradność, sensowność, a także styl zadaniowy. Wyższy poziom rozumiałości miały kobiety i jednocześnie miały one niższy poziom zaradności i sensowności.
2. U badanych osób dominował prawidłowy styl reakcji na stres — styl zadaniowy, jednocześnie wyższy był poziom reakcji emocjonalnych niż unikowych. Styl zadaniowy wiązał się ze zrozumiałością oraz sensownością, to znaczy im wyższe były zrozumiałość i sensowność, tym częściej osoby wybierały styl zadaniowy.
3. Najniższy poziom zaradności miały osoby, u których w rodzinie nie stwierdzono chorób nowotworowych lub też nie miały na ten temat wiedzy. Starsi, posiadający potomstwo oraz dzielący się swoimi problemami z innymi, bardziej skoncentrowali się na stylu zadaniowym. Osoby, które oceniały swój stan zdrowia jako nienajlepszy, miały zdecydowanie wyższy poziom rozumiałości, sensowności.

## Piśmiennictwo

1. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia, jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Instytut Psychiatrii i Psychologii, Warszawa 2005: 34.
2. Heszen I., Sęk H. Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 2007: 211.
3. Słowik P. Związki między poczuciem koherencji a emocjami u chorych somatycznie. *Sztuka Leczenia* 2002; 8: 43–48.
4. Słowik P., Wysocka-Pleczyk M. Wpływ poczucia koherencji na radzenie sobie w zależności od płci. *Sztuka Leczenia* 1999; 3: 83–88.
5. Kozaka J. Jakość życia a poczucie koherencji kobiet chorych na raka jajnika. *Psychoonkologia* 2002; 6: 13–19.
6. Basińska B. Radzenie sobie z konfrontacją stresową a kontinuum zdrowie–choroba nowotworowa. *Psychoonkologia* 2001; 8: 25–33.
7. Skokowski J., Szymczak J. Poczucie koherencji a lęk u chorych na nowotwór płuc oczekujących na operację i u osób zdrowych. *Psychoonkologia* 1999; 4: 35–45.
8. Kurowska K. Rola poczucia koherencji i zachowań zdrowotnych u przewlekłe chorych. *Zdrowie Publiczne* 2005; 115: 385–390.
9. Jawor M., Szprych A., Dimter A., Kuleta M., Dudek D. Poczucie koherencji, style radzenia sobie a adaptacja po zabiegu histerektomii. *Psychiatria Polska* 2002; 5: 759–770.
10. Mielcarek T., Kozaka J. Funkcjonowanie emocjonalne chorych z objawami niepowodzenia chemioterapii zaawansowanego raka jajnika. *Psychoonkologia* 2006; 1: 10–14.
11. Pettingale K. Doping and cancer prognosis. *J. Psych. Res.* 1984; 28: 363–364.
12. Juczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 1997; 7212: 3–10.
13. Ogińska-Bulik N., Kozak G. Akceptacja choroby jako wyznacznik radzenia sobie z chorobą nowotworową u pacjentów opieki paliatywnej. *Psychoonkologia* 2002; 6: 21–25.