

## Krystyna Kurowska, Katarzyna Weilandt

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

# Poczucie koherencji a radzenie sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka płuca

Sense of coherence and coping with the disease in patients with a diagnosis of lung cancer

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Poczucie koherencji (SOC) jest istotne w zmaganiu się z chorobą nowotworową. Koncepcja Aarona Antonovsky'ego zwana „modelem salutogenetycznym” zakłada, że każdy człowiek ma własne zasoby do walki z chorobą. Od poziomu poczucia koherencji i jego składowych oraz od wybranego stylu radzenia sobie ze stresem zależy, jak chory człowiek poradzi sobie w tym trudnym okresie życia.

**Cel pracy.** Celem pracy było zbadanie poziomu poczucia koherencji oraz różnych stylów radzenia sobie u osób z rozpoznaniem rakiem płuca, ustalenie związków między składowymi poczucia koherencji a stylami radzenia sobie w sytuacji choroby.

**Materiał i metody.** Badana grupa składała się z 76 pacjentów Oddziału Klinicznego Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Do badania wykorzystano narzędzia badawcze, takie jak: ankietę własnej konstrukcji, Kwestionariusz Orientacji Życiowej Antonovsky'ego (SOC–29) oraz Kwestionariusz *Coping Inventory for Stressful Situations* w polskiej wersji, autorstwa Szczepanika, Strelaua i Wrześniewskiego.

**Wyniki.** Analiza statystyczna wykazała, że osoby z rozpoznaniem rakiem płuca nie różnią się od siebie poziomem poczucia koherencji, a globalny SOC u tych chorych jest zaniżony. Najczęściej stosowanym stylem był zadaniowy.

**Wnioski.** Określenie poziomu SOC i zakresów otrzymywanego wsparcia może posłużyć jako wykładnik w prognozowaniu opieki nad pacjentem na różnych etapach choroby nowotworowej.

**Problemy Pielęgniarstwa 2010; 1 (1): 11–16**

**Słowa kluczowe:** rak płuca, style radzenia sobie, poczucie koherencji (SOC)

### ABSTRACT

**Introduction.** One of the important factors in managing cancer is sense of coherence (SOC). The concept of Aaron Antonovsky's known as salutogenic model assumes that every person is in possession of their own resources to cope with disease. It is the level of SOC, its components as well as a specific model of stress management that determine the way each patient functions in this difficult life situation.

**Aim of the study.** The aim of the study was to assess the level of coherence (and its components) and determine styles of coping with stress in patients with a diagnosis of lung cancer.

**Material and methods.** The study included 76 patients of the thoracic surgery ward, Oncology Center, Bydgoszcz. Personal questionnaire designed by the authors of the study, Antonovsky's life orientation questionnaire (SOC–29) and Coping Inventory for Stressful Situations Questionnaire by Szczepanik, Strelau and Wrześniewski (Polish version) were used in the study.

**Results.** The results show that patients with lung cancer have similar levels of SOC and the level of global SOC is lowered. The style they choose most often is the task-oriented 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; 1 (1): 11–16**

**Key words:** lung cancer, styles of coping, sense of coherence (SOC)

## Wstęp

Współczesny świat stoi przed trudnym problemem, jakim jest choroba nowotworowa. Każdy człowiek w rodzinie lub w gronie swoich bliskich spotkał bądź spotka osobę chorą na raka. Choroba, a szczególnie schorzenia nieuleczalne, stwarzają problemy z przystosowaniem. Przystosowanie psychiczne do choroby przejawia się w procesach poznawczych, w zachowaniu i stanowi ważną część jakości życia [1]. Rozpoznanie raka uważa się za wyrok śmierci. Coraz więcej osób postrzega jednak tę chorobę w innym świetle. Wielu uważa, że życie z chorobą nowotworową oznacza uczenie się funkcjonowania z chorobą przewlekłą. Człowiek nabiera umiejętności radzenia sobie z objawami, terapią przy utrzymaniu trybu życia zbliżonego do dotychczasowego [2]. Emocje, jakie towarzyszą rozpoznaniu choroby nowotworowej, to: lęk, strach, niepokój, ale także nadzieja, „wiara w cud” i „pragnienie uzdrowienia”. Chory obawia się utraty swobody i autonomii, uzależnienia od rodziny i znajomych, ograniczenia niezależności [3]. Mimo różnorodności odczuć i emocji, jakie towarzyszą walce z chorobą, ważna jest pomoc rodziny, przyjaciół, znajomych oraz personelu medycznego. Wsparcie udzielane przez życzliwe osoby pomaga w przezwyciężaniu choroby, a także stresu, który towarzyszy diagnozowaniu, leczeniu oraz długotrwałej walce z rakiem.

## Cel pracy

Celem pracy było poznanie orientacji życiowej oraz stylów radzenia u chorych z rozpoznaniem rakiem płuca. Wyniki niniejszej pracy powinny korzystnie wpłynąć na pracę zespołu terapeutycznego, a przede wszystkim grupy zawodowej pielęgniarek, ułatwiając zrozumienie potrzeb pacjenta onkologicznego, jego zachowań i reakcji na chorobę, stając się cenną wskazówką w postępowaniu z chorym i jego rodziną, wskazując, jak ważne jest poczucie koherencji (SOC, *sense of coherence*) i wybrany styl radzenia w walce z chorobą nowotworową.

## Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Badania przeprowadzono w okresie od października 2007 roku do października 2008 roku w grupie 76 osób z rozpoznaniem nowotworem płuca (58 mężczyzn, 18 kobiet) będących w trakcie leczenia na Oddziale Klinicznym Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/573/2007). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano Kwestionariusz do Badania Poczucia Koherencji (SOC-29, *Sense of Coherence Questionnaire*) autorstwa Antonovsky'ego, kwestionariusz *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS) Endlera i Parkera (polska

wersja — Szczepaniak, Wrześniewski, Strelau), który służy do oceny stylów radzenia sobie, oraz ankietę własnej konstrukcji, odnoszącą się do różnych aspektów życia. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe [*standard deviation*]) 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. Analizę wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 6.0.

## Wyniki badań

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku respondentów wynosiła 63 lata, większość miała wykształcenie zawodowe (35%) i średnie (33%), pozostawała w związkach małżeńskich (81%), posiadała potomstwo (91%) i mieszkała w mieście (67%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 10% badanych, z emerytury 59%, a z renty 31%. Badana grupa to zazwyczaj osoby nieaktywne zawodowo, w wieku poprodukcyjnym bądź posiadające świadczenia związane przede wszystkim z ich sytuacją zdrowotną. Niespełna 19% badanych wskazało na występowanie raka płuca w rodzinie. Leczenie chirurgiczne przeszła dokładnie połowa badanych, radioterapię 17%, chemioterapię zastosowano w przypadku 35% osób, a inny typ terapii u 38% grupy badanej.

W celu zbadania poziomu SOC u osób z rozpoznaniem raka płuca wykorzystano SOC-29 zawierający 29 pytań, które odnoszą się do poszczególnych komponentów poczucia koherencji, czyli zrozumiałości, zaradności i sensowności. Rozkład wyników (tab. 1) ujawnia, że poziom SOC u osób z rozpoznaniem raka płuca różni się między sobą w zakresie poczucia zaradności, natomiast nie różni się w zakresie poczucia zrozumiałości, sensowności i globalnego stopnia SOC. Najwyższą średnią uzyskano dla zrozumiałości (43,56 pkt), niższe wartości dla zaradności (37,98) i sensowności (37,19). W przypadku SOC globalnego średni poziom wyniósł 118,75. Był to wynik stosunkowo niski, zbliżony do średnich wartości wśród osób ze schorzeniami onkologicznymi. Wyniki badań skali Antonovsky'ego prowadzone w różnych krajach wskazują, że SOC jest niższe u osób chorych niż u zdrowych [4].

Z analizy stylów radzenia sobie ze stresem (tab. 2), której wyniki pozwalają określić nasilenie trzech z nich (skoncentrowanego za zadaniem, emocjach i unikaniu), wynika, że najczęściej stosowanym przez badanych stylem był zadaniowy (60,97), rzadziej emocjonalny (56,51) i unikowy (53,32). Styl zadaniowy jest stylem prawidłowym reakcji na stresowe sytuacje, pozostałe dwa nie sprzyjają radzeniu sobie ze stresem. Nie udało się potwierdzić, by badani chorzy różnili się tymi stylami, ponieważ zróżnicowanie wyników było niewielkie.

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

Składowe SOC	n ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	SD
Zrozumiałość	76	43,56	34	56	4,57
Zaradność	76	37,98	25	50	5,31
Sensowność	76	37,19	22	48	5,16
SOC globalne	76	118,75	95	142	9,65

SOC (*sense of coherence*) — poczucie koherencji; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe**Tabela 2.** Statystyki opisowe stylów radzenia sobie ze stresem**Table 2.** Descriptive statistics of coping styles

Styl radzenia	n ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	SD
Zadaniowy	76	60,97	48	77	5,97
Emocjonalny	76	56,51	43	70	5,51
Unikowy	76	53,32	39	64	5,16

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

	Styl zadaniowy	Styl emocjonalny	Styl unikowy
Zrozumiałość	0,54*	0,32*	0,22
Zaradność	-0,13	-0,51*	-0,40*
Sensowność	0,31*	-0,33*	-0,24*
SOC globalne	-0,06	0,26	-0,45*

\*p < 0,05; SOC (*sense of coherence*) — poczucie koherencji

Określono związek między poziomem SOC i jego składowymi a stylami radzenia sobie w trudnej sytuacji. W tabeli 3 przedstawiono zestawienie współczynników korelacji liniowej Persony. Wysoki poziom poczucia zrozumiałości sprzyjał stylowi zadaniowemu, podobnie jak wysoki poziom poczucia sensowności i globalnego SOC. Niskie poczucie zaradności sprzyjało stylowi zadaniowemu, chociaż w sposób nieistotny statystycznie. Związek między poczuciem zrozumiałości i stylem zadaniowym był wysoki, natomiast związek poczucia sensowności i SOC globalnego a stylu zadaniowego był przeciętny. Styl emocjonalny okazał być się związany również z poczuciem zrozumiałości i to w sposób pozytywny. Wyższy poziom poczucia zrozumiałości sprzyjał wyższemu poziomowi stylu emocjonalnego, przy czym był to związek istotny, ale przeciętny. Wyższy poziom poczucia zaradności wiązał się z rzadszym stosowaniem stylu emocjonalnego, podobnie jak wyższy poziom poczucia sensowności i globalnie wyższy

poziom SOC oznaczał niższy poziom stylu emocjonalnego, przy czym korelacje zaradności i stylu emocjonalnego były korelacjami przeciwnymi wysokimi, podobnie SOC globalne — korelacja przeciwna wysoka, dla poczucia sensowności — korelacja przeciwna przeciętna. Styl unikowy nie był istotnie statystycznie związany jedynie z poczuciem zrozumiałości (korelacja dodatnia, słaba). W przypadku poczucia zaradności, wyższy poziom powodował, że badani rzadziej stosowali styl unikowy (korelacja przeciwna przeciętna). Wyższy poziom poczucia sensowności również predysponował do rzadszego stosowania stylu unikowego (korelacja przeciwna, słaba, ale istotna statystycznie). Wyższy globalny SOC sprzyjał rzadszemu stosowaniu stylu unikowego (korelacja przeciwna przeciętna). W każdej z podskal SOC uzyskano istotne statystycznie korelacje, zarówno w przypadku globalnego SOC i stylów radzenia sobie, jak i wybiórczo również dla określonych stylów i podskal SOC. Kierunek tych korelacji był zgodny z za-

łożonymi w literaturze — im wyższe poczucie koherencji, tym lepiej i zdrowiej badani radzą sobie z sytuacją stresową [5].

Z analizy danych demograficznych, które zostały obliczone na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji testu F-Fishera, wynika, że płeć, wiek, stan cywilny, potomstwo, zatrudnienie, sytuacja materialna nie wpływały w badanej grupie istotnie statystycznie na poziom SOC ani na style radzenia sobie. Miejsce zamieszkania okazało się być czynnikiem różnicującym poczucie zrozumiałości u badanych ( $F = 4,5036$ ;  $p < 0,0371$ ). Osoby mieszkające na wsi posiadały wyższy poziom poczucia zrozumiałości (45,1) niż osoby zamieszkujące miasto (42,8). Zamieszkiwanie w określonej sytuacji okazało się czynnikiem różnicującym dla stylu emocjonalnego radzenia sobie ze stresem ( $F = 3,2384$ ;  $p < 0,0449$ ). Osoby, które mieszkały samotnie miały jego niższy poziom (56,3) niż te, które mieszkały z rodziną (56,7). Wykształcenie okazało się być czynnikiem różnicującym dla stosowania stylu unikowego ( $F = 3,4132$ ;  $p < 0,0218$ ), osoby o niższym wykształceniu (52,6) zdecydowanie rzadziej stosowały styl unikowy niż te, które posiadały wykształcenie średnie (55,6) bądź też wyższe (5).

Dalszej analizie poddano zmienne pośredniczące wpływające na poziom poczucia koherencji i style radzenia sobie z chorobą. Występowanie choroby w rodzinie było czynnikiem różnicującym dla poczucia zaradności ( $F = 7,0044$ ;  $p < 0,0016$ ) oraz dla globalnego poziomu SOC ( $F = 4,9453$ ;  $p < 0,0096$ ). Wyższy poziom zaradności posiadały te osoby, u których w rodzinie występował rak płuca (41,13). Osoby, które miały kontakt z rakiem płuca, posiadały zdecydowanie wyższy globalny poziom poczucia koherencji (124,40). Śmierć w rodzinie z powodu raka płuca różnicowała dokładnie te same zmienne: poczucie zaradności ( $F = 4,7274$ ;  $p < 0,0117$ ) oraz globalne poczucie koherencji ( $F = 4,6679$ ;  $p < 0,0123$ ). Jeżeli śmierć występowała w rodzinie z powodu raka płuca, to poziom poczucia zaradności (41,84) oraz poziom globalnego SOC (125,30) był zdecydowanie wyższy. Wyższy poziom poczucia sensowności (37,43) wykazały te osoby, które mogły liczyć na najbliższych. Czas chorowania, posiadanie zainteresowań nie były czynnikami różnicującymi dla poziomu poczucia koherencji bądź stylów radzenia sobie. Na poziomie tendencji różnicowały styl zadaniowy w taki sposób, że osoby, które miały wyższy poziom stylu zadaniowego, nieco częściej posiadały zainteresowania. Czytanie książek różnicowało badanych; osoby, które czytały książki, miały wyższy poziom poczucia sensowności (38,30), posiadały wyższy poziom globalny SOC (121,05), ale jednocześnie stosowały częściej emocjonalny styl radzenia sobie (58,10). Oglądanie telewizji różnicowało badanych w zakresie sensowności ( $F = 4,3529$ ;  $p < 0,0403$ ), osoby, które swój czas wolny spędzały, oglądając telewizję, wykazały wyższy

poziom poczucia sensowności (38,01). Spędzanie czasu wolnego na chodzeniu do kina i teatru różnicowało poziom zaradności ( $F = 5,0157$ ;  $p < 0,0281$ ); osoby, które chodziły do kina bądź teatru, to te o zdecydowanie wyższym poziomie zaradności (43). Badani różnią się niemal wszystkimi stylami radzenia sobie — szczególnie mocno stosowaniem stylu unikowego ( $F = 7,9351$ ;  $p < 0,0062$ ) i emocjonalnego ( $F = 22,4007$ ,  $p < 0,0001$ ). Stosowanie stylu zadaniowego różni się na poziomie tendencji statystycznej ( $F = 3,8362$ ;  $p < 0,0062$ ). Osoby z wysokim poziomem SOC stosują zdecydowanie częściej styl zadaniowy (62,40), jednocześnie też styl emocjonalny (59,37) i unikowy (55,05). Osób z niskim SOC w całej grupie badanych było 41, natomiast tych z wysokim SOC — 35. Posiadanie wyższego lub niższego poziomu SOC (w stosunku do normy: 133–160) wpływa również na style radzenia sobie, jest to zgodne z korelacjami uzyskanymi wcześniej w analizach. Biorąc pod uwagę zmienne demograficzne oraz zmienne dotyczące bezpośrednio choroby, można powiedzieć, że tylko w kilku przypadkach wystąpiło zróżnicowanie — miejsca zamieszkania, sposobu zamieszkiwania, wykształcenia, wystąpienia raka płuca i śmierci w rodzinie, polegania na najbliższych oraz niektórych form spędzania wolnego czasu.

## Dyskusja

Współczesna medycyna dąży do wynalezienia leku na każdą chorobę. Możliwości są coraz większe. Jednak nawet nowy sprzęt diagnostyczny, najnowsze techniki chirurgiczne i farmakologia w wielu przypadkach nie są w stanie uratować zdrowia czy życia chorego. Zapomina się o tym, że każdy człowiek ma w sobie pokłady energii, które są pomocne w walce z chorobą. Jak wynika z teorii Aarona Antonovsky'ego, człowiek posiada pewną względnie stałą właściwość, zwaną poczuciem koherencji. Poziom poczucia koherencji jest indywidualny dla każdego człowieka. Jest to zmienna, która decyduje, czy na kontinuum zdrowie–choroba przesuujemy się bliżej bieguna zdrowia czy też choroby [5]. Poczucie koherencji jest właściwością, która ma wpływ na to, jak radzimy sobie z rakiem, co zostało potwierdzone w niniejszych badaniach. Szymczak i Tartas [6] badali SOC u osób chorych na nowotwór płuca i schizofrenię. Wykazali brak różnic między badanymi w zakresie globalnego SOC i podskal poczucia koherencji. Poczucie koherencji w grupie badanych było znacząco niższe niż w grupie zdrowych. Badacze doszli do wniosku, że SOC jest skuteczną miarą, która decyduje o zdrowiu i chorobie oraz różnicuje stopień dysfunkcji psychologicznej spowodowanej chorobą. Przeprowadzone badania miały na celu zbadanie poziomu SOC i stylów radzenia sobie u chorych z rozpoznaniem rakiem płuca. Badanych różnicowało poczucie zaradności. W przypadku zaradności zróżnicowanie było zdecydowanie większe niż w przypadku poczucia zrozumiałości



i sensowności. Badani w zakresie poczucia zaradności różnili się między sobą w sposób istotny statystycznie. Globalny poziom SOC badanych oscylował w granicach 119 punktów. Normy poczucia koherencji, które wynoszą 133–160 punktów, pokazują, że u chorych na raka płuca globalne SOC było zaniżone. Wynik jest charakterystyczny dla chorych. Osoby z rakiem płuca poddane dużemu obciążeniu psychicznemu związanemu z samym rozpoznaniem choroby, diagnostyką oraz zastosowaniem terapii przeciwnowotworowej charakteryzują się słabym poczuciem koherencji. Szymczak badała poczucie koherencji i stopień depresji u chorych zakwalifikowanych do operacji z powodu nowotworu płuca. Analiza wykazała, że znacząco niższe u tych chorych było ogólne SOC i jego składowych, co może być spowodowane przeżyciami i doświadczeniami związanymi z chorobą nowotworową oraz jej leczeniem [7]. Skokowski i Szymczak badali poczucie koherencji i lęk u chorych na nowotwór płuca oczekujących na operację. W tym przypadku również ogólny poziom SOC i jego składowych okazał się być znacząco niższy, istotny statystycznie. Zaniżony SOC mógł być powodem zakłóceń w przebiegu procesów orientacyjnych, doświadczeń związanych z chorobą i zagrożeniami związanymi ze zbliżającym się zabiegiem operacyjnym [8]. Najczęściej stosowanym stylem u badanych był zadaniowy. Zdecydowanie rzadziej badani stosowali styl emocjonalny i unikowy. Najczęściej stosowany przez badanych styl zadaniowy jest prawidłowy w reakcji na stresujące sytuacje, pozostałe dwa nie sprzyjają radzeniu sobie ze stresem.

We wcześniejszych badaniach autorów niniejszej pracy nad poczuciem koherencji i stylami radzenia sobie u osób z wyłonią kolostomią z powodu raka jelita grubego wykazano, że chorzy kierujący się stylem zadaniowym przeżywają mniejszy stres i charakteryzują się aktywnością w procesie leczenia [9]. Potwierdzono związek między poziomem SOC i jego składowymi a stylami radzenia sobie w sytuacji choroby u chorych z rakiem płuca. Wysoki poziom poczucia zrozumiałości sprzyjał stylowi zadaniowemu, podobnie jak wysoki poziom poczucia sensowności i globalny poziom SOC. Styl emocjonalny był związany również z poczuciem zrozumiałości. Wyższy poziom zrozumiałości sprzyjał stosowaniu stylu emocjonalnego. Wyższy poziom zaradności powodował, że badani rzadziej stosowali styl skoncentrowany na emocjach. Globalnie wyższy poziom SOC oznaczał niższy poziom stylu emocjonalnego. Kiedy badani posiadali wyższy poziom zaradności, sprzyjało to rzadszemu stosowaniu stylu unikowego. Biorąc pod uwagę powyższe korelacje, można powiedzieć, że im wyższe poczucie koherencji i jego składowych, tym lepiej i zdrowiej badani radzą sobie z chorobą. Poziom koherencji i jego składowych ma wpływ na wybór przez chorych konkretnego stylu radzenia sobie w chorobie. Jawor i wsp. prowadziły badania nad poczuciem koherencji i stylami radzenia sobie a adaptacją po zabiegu

histerektomii. Po analizie stwierdzono, że im wyższy poziom SOC, tym badane rzadziej stosowały styl emocjonalny, a częściej styl zadaniowy, czyli prawidłowy [10].

Wyniki wspomnianych badań autorów tej pracy nad poczuciem koherencji i stylami radzenia u chorych z wyłonią kolostomią [9] wykazały, że wyższy poziom poczucia zrozumiałości, tak jak u badanych z rakiem płuca, sprzyjał rzadszemu stosowaniu stylu emocjonalnego. Analiza dotycząca zmiennych pośredniczących wpływających na poziom poczucia koherencji oraz stylów radzenia sobie (zmienne demograficzne i zmienne związane z chorobą) została potwierdzona tylko w przypadku kilku zmiennych.

Płeć nie okazała się być czynnikiem różnicującym. Inaczej wyglądało to w badaniach Słowika i Wysokiej-Pleczyk, którzy badali wpływ poczucia koherencji na radzenie sobie w zależności od płci. Doszli do wniosku, że mężczyźni mają wyższy stopień poczucia koherencji oraz wyższy poziom poczucia zrozumiałości i zaradności. Mężczyźni częściej niż kobiety stosują styl skoncentrowany na zadaniu. Kobiety częściej stosują styl emocjonalny [11]. Osoby mieszkające na wsi posiadały wyższy poziom poczucia zrozumiałości. Osoby mieszkające w inny sposób niż samotnie lub z rodziną miały zdecydowanie niższy styl emocjonalny, natomiast osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym rzadziej stosowały styl skoncentrowany na unikaniu.

Badani, u których wystąpił w rodzinie rak płuca bądź miała miejsce śmierć spowodowana tą chorobą, mieli znacząco wyższy poziom globalny SOC i wyższy poziom zaradności. Być może osoby, które miały kontakt z rakiem płuca, są w pewnym stopniu uodpornione, przyjmując postawę aktywną w walce z chorobą. Wyższy poziom poczucia sensowności posiadały osoby, które w trudnych chwilach mogły liczyć na pomoc rodziny.

Spędzanie wolnego czasu różnicowało globalny SOC i poczucie sensowności. Osoby, które w wolnym czasie czytały książki, miały wyższe poczucie koherencji i sensowności. Poczucie sensowności było wyższe również u osób, które spędzały czas wolny na oglądaniu telewizji. Chodzenie do kina i teatru podnosiło u badanych poziom zaradności. Okazuje się, że to, jak spędzamy czas wolny, może mieć wpływ na nasze poczucie koherencji. Podsumowując, w przedstawionych badaniach dowiedziono, że poczucie koherencji i jego składowe może być wyznacznikiem w radzeniu sobie z chorobą. W stosunku do osób chorych, a w szczególności chorych na raka, u których globalne poczucie koherencji jest zaniżone, powinno wdrażać się psychoterapię połączoną z edukacją dostosowaną indywidualnie do każdego chorego. Wpłynęłoby to na podwyższenie poczucia koherencji i wybranie przez pacjenta prawidłowego stylu radzenia sobie z chorobą.

## **Wnioski**

1. Osoby z rozpoznaniem rakiem płuca nie różniły się od siebie poziomem poczucia koherencji. Global-

ny poziom poczucia koherencji był niski, oscylował w granicach 119 punktów.

2. Badani najczęściej stosowali styl zadaniowy, rzadziej emocjonalny i unikowy.
3. U osób z rozpoznaniem rakiem płuca istniały następujące związki między poziomem SOC i jego składowymi a stylami radzenia sobie:
  - wysoki poziom poczucia zrozumiałości, sensowności i globalnego SOC sprzyjał stylowi zadaniowemu;
  - wyższy poziom poczucia zaradności sprzyjał rzadszemu stosowaniu stylu emocjonalnego i unikowego;
  - wyższy poziom poczucia sensowności oznaczał niższy styl emocjonalny i rzadsze stosowanie stylu unikowego.

Określenie poziomu SOC i zakresów otrzymywanego wsparcia może posłużyć jako wykładnik w prognozowaniu opieki nad pacjentem na różnych etapach choroby nowotworowej.

### Piśmiennictwo

1. Juczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Zakład Psychologii Zdrowia. Psychoonkologia* 1997; 1: 22–27.
2. Rozenbaum E.H., Dollinger M., Rozenbaum I., Dollinger L. *Życie z Rakiem. Uniwersalny przewodnik po metodach leczenia nowotworów*. Hannah Publishing Ltd. London 2000: 139–146.
3. Korzeniowska J. Choroba nowotworowa w twoim życiu. *Poradnik psychologiczny dla chorych i ich rodzin* 2008: 1–26.
4. Szymczak J. Poczucie koherencji a depresyjność u chorych zakwalifikowanych do operacji z powodu nowotworu płuca i u osób zdrowych. *Psychoonkologia* 2001; 8: 35–45.
5. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. *JPN. Warszawa* 2005: 19–30, 31–45, 174–178.
6. Szymczak J., Tartas M. Poczucie koherencji w chorobie nowotworowej i schizofrenii. *Psychoonkologia* 1999; 3: 49–54.
7. Szymczak J. Poczucie koherencji a depresyjność u chorych zakwalifikowanych do operacji z powodu nowotworu płuca i u osób zdrowych. *Psychoonkologia* 2001; 8: 35–45.
8. 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.
9. Kurowska K., Bartoszek M. Poczucie koherencji a style radzenia sobie u osób z wylonioną kolostomią z powodu raka jelita grubego. *Współczesna Onkologia* 2008; 9: 429–435.
10. Jawor M., Szproch A., Dimter A., Kuleta M., Dudek D. Poczucie koherencji, style radzenia sobie a adaptacja po zabiegu histerektomii. *Psychiatria Polska* 2002; 5: 759–770.
11. Słowik P., Wysocka-Pleczyk M. Wpływ poczucia koherencji na radzenie sobie w zależności od płci. *Sztuka Leczenia* 1999; 3: 83–88.