

Śmierć bliskiej osoby stanowi traumatyczne przeżycie, a świadomość zbliżającej się śmierci jest związana z odczuwaniem silnego stresu zarówno przez osobę chorą, jak i jej rodzinę. Czynnikiem wpływającym na umiejętność radzenia sobie ze stresem jest poczucie koherencji (ang. *sense of coherence* – SOC). Celem badań było określenie poziomu SOC i różnych stylów radzenia sobie w życiu ze stresem rodzin pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Badaniem objęto 81 członków rodzin osób przebywających na oddziale stacjonarnym Hospicjum *Światło* w Toruniu. Poczucie koherencji oceniono za pomocą kwestionariusza Antonovsky'ego SOC-29, a pomiar wsparcia społecznego skalą Kmieciak-Baran. Badania wykazały, że istnieje związek między poziomem SOC a wyborem stylu radzenia sobie ze stresem. Na wybór stylu radzenia i poziom SOC mają wpływ takie zmienne, jak: wiara, wykształcenie, sytuacja materialna, poziom odczuwanego stresu i stanu zdrowia. Osoby z wyższym SOC wybierały styl radzenia skoncentrowany na zadaniu. Zbadanie owych zmiennych pozwala na ustalenie zakresu opieki w stosunku do potrzeb opiekunów, co może mieć zasadniczy wpływ na polepszenie jakości opieki nad pacjentem sprawowanej przez osoby bliskie.

Słowa kluczowe: stacjonarna opieka terminalna, choroba nowotworowa, style radzenia, poczucie koherencji (SOC).

Orientacja życiowa a style radzenia sobie ze stresem w rodzinach pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej

Life orientation and coping styles in families of terminally ill cancer patients

Krystyna Kurowska¹, Jolanta Turkowska²

¹Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II – Hospicjum *Światło*, Oddział Stacjonarny w Toruniu

Wstęp

Żyjemy w czasach, w których człowiek codziennie musi mierzyć się z różnymi przeciwnościami losu. Każdego dnia borykamy się z trudnymi sytuacjami, które jednych potrafią zmobilizować do działania, innych zaś wprowadzić w stan załamania. Niewątpliwie taką sytuacją jest walka z chorobą nowotworową osoby bliskiej, a szczególnie jej faza terminalna. Nieuleczalna choroba oraz świadomość zbliżającej się śmierci ukochanej osoby są czymś wyjątkowym, trudnym do zaakceptowania, z czym ciężko się pogodzić. Stanowią dla całej rodziny traumatyczne przeżycie, które nierozzerwalnie jest związane z ogromnym stresem. Zgodnie z teorią Antonovsky'ego skutecznym narzędziem w zmaganiu się z sytuacjami stresowymi jest poczucie koherencji (ang. *sense of coherence*, orientacja życiowa). Na podstawie przeprowadzonych badań autor ustalił, że osoby, które mają silne SOC, łatwiej sobie radzą w trudnych sytuacjach życiowych [1]. Poczucie koherencji składa się z 3 podstawowych komponentów – zrozumiałości, zaradności i sensowności. Na ich kształtowanie mają wpływ zasoby odpornościowe i doświadczenia życiowe [1]. W literaturze przedmiotu można spotkać się z pojęciem radzenia sobie oraz różnymi rodzajami stylów radzenia sobie ze stresem. Najczęściej cytowana jest jednak klasyfikacja autorstwa Endlera i Parkera [2]. Zakłada ona istnienie 3 podstawowych stylów – skoncentrowanego na zadaniu, skoncentrowanego na emocjach oraz skoncentrowanego na unikaniu. Z licznych badań wynika, że najbardziej prawidłowy w radzeniu sobie ze stresem jest styl zadaniowy [2, 3]. Na oddziale stacjonarnym hospicjum opieką otacza się nie tylko osoby chore, ale również ich rodziny. Opiekunowie przeżywają silny stres związany z sytuacją okresu terminalnego. Dlatego też autorki niniejszej pracy postanowiły dowiedzieć się, jakie style radzenia sobie ze stresem wybierają rodziny chorych oraz czy ma na to wpływ poziom SOC. Głównym celem badań było ustalenie poziomu poczucia koherencji oraz rodzajów stylów radzenia sobie ze stresem, jakie preferowały osoby badane.

Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia rodzin, w których wystąpiła choroba nowotworowa u najbliższych członków rodziny. Badania przeprowadzono od marca 2007 r. do marca 2008 r. wśród członków rodzin osób przebywających na oddziale stacjonarnym Hospicjum *Światło* w Toruniu, za zgodą komisji bioetycznej

The death of a close person is a traumatic situation. It is related to severe stress experienced by the patient and his or her family. Sense of coherence (SOC) is a factor influencing the ability to cope with stress. The aim of the study was to estimate the level of SOC and different styles of coping with stress in families of terminally ill cancer patients. The study included 81 relatives of patients of the 'Światło' Hospice in Toruń. The SOC level was assessed using Antonovsky's SOC-29 questionnaire and social support was measured using the Kmieciak-Baran scale. The study shows that there is a relationship between the SOC level and choice of coping style. The coping style and SOC level are influenced by faith, education level, material status and levels of stress and health. Persons with higher SOC choose a task-oriented coping style. Examining these variables helps estimate the scope of care and adjust it to caregivers' needs, which might influence the quality of care provided by close relatives.

Słowa kluczowe: stacjonarna opieka terminalna, choroba nowotworowa, style radzenia poczucie koherencji (SOC).

Key words: hospice care, cancer, styles of coping, sense of coherence (SOC).

Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/115/2007). Grupę badaną stanowiło 81 osób z rodzin pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. W badaniach wykorzystano kwestionariusz do badania poczucia koherencji (SOC-29) autorstwa Antonovsky'ego, skalę wsparcia społecznego Kmieciak-Baran oraz ankietę własnej konstrukcji odnoszącą się do różnych aspektów życia. Do opisu zmiennych zastosowano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Szacowania różnic dokonano na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji testu F Fishera. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTIKA 6.0.

Wyniki

Z analizy danych demograficznych wynika, że średni wiek w badanej populacji wynosił 44,82 roku. Najmłodszy badany miał 20 lat, najstarszy 76. Odchylenie standardowe równe 14,68 wskazuje, że najczęściej pochodzili oni z grupy pomiędzy 30. a 60. rokiem życia, przeważnie mieli 1 lub 2, maksymalnie 3 dzieci. Grupę badaną stanowiło 57 (70,37%) kobiet i 24 (niespełna 30%) mężczyźni, ponad 70% pozostawało w związku małżeńskim. Stosunkowo dużo respondentów było stanu wolnego – 13,58%, wdów i wdowców – 8,64%. Osoby rozwiedzione stanowiły niespełna 5% badanych, samotna była 1 osoba, konkubinat deklarowała 1 (niespełna 1,23% badanych). Identyfikacja liczba osób miała tyle samo dzieci, czyli 1 lub 2 – 28 osób, tj. odpowiednio po 34,56% badanych. Zdecydowanie mniej ankietowanych miało 3 dzieci, część była bezdzietna. Zazwyczaj badani mieszkali z rodziną (ponad 91%). Samotnie mieszkano niespełna 7,4%, 1 osoba mieszkła w placówce (1,23%). Większość badanych 69 (85%) osób mieszkła w mieście, tylko 12 (14,81%) na wsi. Najczęściej legitymowali się wykształceniem średnim. Takie wykształcenie deklarowało 46 (56,79%) respondentów. Niemal 21% miało wykształcenie wyższe, niższe, czyli zawodowe, deklarowało niemal tyle samo osób, bo 16 (19,76%). Najrzadsze było wykształcenie podstawowe – miały je tylko 2 (2,46%) osoby. Najliczniejszą grupę (ponad 56,61%) stanowili utrzymujący się z pracy zawodowej. Jako główne źródło utrzymania emeryturę podało 17 (20,98%) badanych, a rentę 9,87%. Pozostałe kategorie, takie jak bezrobotny, uczeń, bezrobotny z prawem do zasiłku lub bez niego, stanowiły niewielki odsetek ankietowanych. Nikt nie korzystał z pomocy socjalnej, natomiast niektórzy byli na utrzymaniu rodziny oraz deklarowali inne źródła utrzymania. Badani najczęściej twierdzili, że pieniędzy wystarcza im na podstawowe potrzeby – taką odpowiedź podało 62,96%. Kolejną kategorię, stosunkowo liczną, stanowili badani wskazujący, że wystarcza im na podstawowe potrzeby i większe wydatki. Takiej odpowiedzi udzieliła niemal 1/3 respondentów (28,39%). Pozostałe odpowiedzi – *nie starcza mi na podstawowe potrzeby* oraz *starcza mi na wszystko* – były stosunkowo rzadkie i nie przekraczały w obu przypadkach 5% odpowiedzi. Ponad 97,5%, czyli 79 osób, deklarowało, że są wierzący, tylko 2 ankietowanych odpowiedziało, że są niewierzący (2,5%).

Wśród badanych ocenie poddano poziom SOC i jego składowe (tab. 1). Rodziny osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej różnią się od siebie poziomem SOC i jego składowymi. Poziom zrozumienia jest najwyższy z podskal poczucia koherencji, ale jednocześnie należy pamiętać, że zrozumienie jest opisywane przez największą liczbę itemów, bo jest ich aż 11. Wynik minimalny jest stosunkowo niski i wynosi 29, natomiast wynik maksymalny – 69, czyli dosyć wysoki. Odchylenie standardowe równe 6,37 oznacza, że przeciętne wyniki wynoszą 37–50, jednocześnie można by powiedzieć, że to odchylenie standardowe wyczerpuje ponad 15% średniej, i na tej podstawie stwierdzić, że zróżnicowanie w zakresie zrozumienia jest duże. Jeśli chodzi o zaradność, to średni wynik w zakresie zaradności jest niższy i wynosi 38,28, ale też skalę tę buduje mniejsza liczba itemów. Minimalny wynik równy jest 30, maksymalny – 49, odchylenie standardowe – 3,98. Jak ono za-

Tabela 1. Statystyki opisowe poczucia koherencji u rodzin pacjentów
Table 1. Descriptive statistics of the levels of SOC and its components

Składowe SOC	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
zrozumienie	81	43,6543	29	61	6,378 010
zaradność	81	38,2840	30	49	3,981 942
sensowność	81	31,3457	21	44	3,912 034
SOC globalne	81	113,2840	95	138	7,918 703

Tabela 2. Statystyki opisowe stylów radzenia sobie ze stresem przez rodziny pacjentów
Table 2. Descriptive statistics of coping styles in the patients' relatives

Style radzenia	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
zadaniowy	81	57,37 037	39	76	7,463 988
emocjonalny	81	42,72 840	21	63	8,955 463
unikowy czynności zastępcze	81	24,66 667	15	39	5,981 221
unikowy kontakty towarzyskie	81	16,54 321	5	25	3,110 665
unikowy	81	41,20 988	23	61	7,593 938

tem o połowę mniejsze niż w przypadku zrozumienia. Można zatem powiedzieć, że jeżeli chodzi o zaradność, odchylenie standardowe stanowi niespełna 11% średniej i nie można w tym przypadku mówić o dużym zróżnicowaniu. Jednocześnie, jeśli spojrzeć na sensowność, to ma ona najniższą średnią – 31,34, ale jest to uzasadnione budową skali. Minimalny wynik jest równy 21, maksymalny – 44, odchylenie standardowe – 3,91 oznacza, że stanowi ona niespełna 12% średniej i w tym przypadku również nie można mówić o istotnym statystycznie zróżnicowaniu. W przypadku globalnego SOC średnia równa 113 oznacza, że w tej grupie badanych poczucie koherencji jest niższe niż normy ustalone przez Antonovsky'ego wynoszące 133–160 [1]. Minimalny wynik wynosi 95, maksymalny – 138, co oznacza, że wyniki są niskie, tym bardziej że badano grupę osób zdrowych. Może to wynikać z tego, że respondenci znajdowali się w specyficznej sytuacji, jaką jest choroba nowotworowa bliskiej osoby. Odchylenie standardowe równe 7,91 w tej grupie oznacza, że pod względem globalnego SOC badani się nie różnili. Podsumowując, można stwierdzić, że występują różnice w zakresie zrozumienia, natomiast pozostałe zmienne nie różnicują badanych.

Wyróżnione w tab. 2. typy wsparcia społecznego należą do typów uwzględnionych w kwestionariuszu Kmieciak-Baran badającym wsparcie społeczne. Opiekunowie pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej różnią się od siebie rodzajami stylów radzenia sobie w sytuacji trudnej, jaką jest choroba nowotworowa bliskiego. Z przeprowadzonej analizy wynika, że styl zadaniowy ma najwyższą średnią arytmetyczną, minimalny wynik wynosi 39, maksymalny – 76. Odchylenie standardowe równe 7,46 wskazuje, że jednak odpowiedzi w zakresie tej skali są zdecydowanie rozbieżne u badanych, czyli różnią się oni częstością występowania stylu zadaniowego. Styl emocjonalny występował

zdecydowanie rzadziej, o czym świadczą niższe wyniki w zakresie tego stylu. Średnia dla stylu emocjonalnego wynosi 42,72, minimalny wynik – 21, maksymalny – 63, przy jednocześnie jeszcze większym odchyleniu standardowym. Zatem, jak wynika z analizy, styl emocjonalny bardzo różnił badanych. Jeżeli chodzi o globalny styl unikowy, to średnia równa jest 41,20. Odchylenie standardowe przy tak niskiej średniej, przy minimum 23 i maksimum 61, wskazuje na istnienie dużych różnic wśród respondentów. Z przeprowadzonej analizy wynika, że istotnie różnią się oni w kwestii wyboru stylu radzenia sobie ze stresem.

Dalszej analizie poddano związek między poziomem poczucia koherencji i jego składowymi a rodzajami stylów radzenia sobie w sytuacji trudnej, jaką jest choroba nowotworowa bliskiej osoby, u opiekunów osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej (tab. 3.). Na podstawie tej tabeli można stwierdzić, że istotna statystycznie korelacja występuje dla stylu emocjonalnego i zrozumienia. Jest ona ujemna, siła związku jest przeciętna, istotna statystycznie i oznacza, że im wyższy poziom zrozumienia, tym badani rzadziej prezentują styl emocjonalny radzenia sobie w sytuacji trudnej. W przypadku pozostałych stylów i zrozumienia nie stwierdzono istotnych statystycznie korelacji. Zaradność okazała się istotnie statystycznie związana z zastosowaniem stylu unikowego kontakty towarzyskie oraz z globalnym stylem unikowym. Im wyższy poziom zaradności, tym rzadziej stosowano właśnie styl unikowy kontakty towarzyskie i rzadziej również globalny styl unikowy. Przy czym siła związku zarówno stylu unikowego – podskali kontakty towarzyskie, jak i stylu unikowego jest przeciętna. Jest to związek ujemny, istotny statystycznie. Jeśli chodzi o sensowność, to okazała się ona istotnie statystycznie związana ze stylem emocjonalnym. Jest to związek dodatni, ale również przeciętny. Tak więc ci, którzy widzą wyższą sen-

Tabela 3. Macierz korelacji poczucia koherencji i radzenia sobie ze stresem u rodzin pacjentów
Table 3. The correlation matrix between the SOC and coping with stress in the patients' families

Składowe SOC	Style radzenia				
	zadaniowy	emocjonalny	unikowy czynności zastępcze	unikowy kontakty towarzyskie	unikowy
zrozumienie	0,0313 p=0,781	-0,4394 p=0,0001*	-0,1017 p=0,366	0,0978 p=0,385	-0,0400 p=0,723
zaradność	-0,1912 p=0,087	0,1431 p=0,202	-0,1954 p=0,080	-0,3002 p=0,006*	-0,2769 p=0,012*
sensowność	-0,1234 p=0,272	0,2985 p=0,007*	-0,1927 p=0,085	-0,2344 p=0,035*	-0,2478 p=0,026*
SOC globalne	-0,1319 p=0,241	-0,1344 p=0,231	-0,2754 p=0,013*	-0,1880 p=0,093	-0,2939 p=0,008*

* $p < 0,05$

sowność, częściej stosują styl emocjonalny. Sensowność jest również związana ze stylem unikowym, przy czym jest to związek ujemny, przeciętny, istotny statystycznie. Zatem można powiedzieć, że ci, którzy mają wyższy poziom sensowności, rzadziej stosują styl unikowy kontakty towarzyskie. Podobnie w przypadku samego stylu unikowego, chociaż siła związku jest przeciętna, ujemna, czyli im wyższa sensowność, tym badani rzadziej stosują styl unikowy. Globalne SOC okazało się związane ze stylem unikowym czynności zastępcze. Mający wysoki poziom SOC rzadziej stosują styl unikowy czynności zastępcze, jednocześnie rzadziej w ogóle stosują styl unikowy globalnie. Siła tego związku przeciwnego jest przeciętna, istotna statystycznie.

Z analizy danych demograficznych, obliczonych na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji, wynika, że płeć, wiek, stan cywilny, liczba dzieci, zamieszkiwanie z kimś, miejsce zamieszkania to zmienne, które w żaden sposób istotnie nie różnicują SOC, jak również żadnej podskali stylów radzenia. Wykształcenie okazało się być zmienną różnicującą zarówno sensowność ($F=5,2340$; $p < 0,0024$), jak i stosowanie stylu zadaniowego ($F=3,9434$; $p < 0,0113$). Określono również średnie dla zrozumienia, zaradności, sensowności i SOC globalnego dla każdego z tych typów wykształcenia. Na tej podstawie można stwierdzić, że w przypadku sensowności, która była różna, im wyższy poziom wykształcenia mieli respondenci, tym sensowność, o dziwo, była obniżona. Najwyższą sensownością wykazały się osoby z wykształceniem podstawowym (36 punktów), następnie z zawodowym (33), średnim (31,5) i wyższym (28,7). Interpretacja może być taka, że badani z wyższym wykształceniem byli bardziej świadome samej sytuacji dotyczącej opieki nad osobą w stanie terminalnym. Z tego powodu mogło dojść u nich do zaburzeń poczucia sensowności. Różnica była również zauważalna w stosowaniu stylu zadaniowego, przy czym styl zadaniowy, inaczej zwany zdrowym stylem radzenia sobie, był zdecydowanie wyższy u tych, którzy mieli wyższe wykształcenie. Najrzadziej występował u osób z wykształceniem podstawowym, później zawodowym, wyższy był u badanych z wykształceniem średnim,

a najwyższy w przypadku wykształcenia wyższego. W pozostałych stylach występowały takie różnice, jak np. w stylu unikowym – niższe wartości stylu prezentowały osoby z wykształceniem podstawowym, wyższe – z zawodowym, jednak nie są one charakterystyczne i już w średnich te różnice nie są istotne statystycznie. W stylu unikowym kontakty towarzyskie można zauważyć, że im wyższe wykształcenie, tym bardziej wzrasta stosowanie akurat tego stylu, ale różnica ta pomiędzy grupami nie jest istotna statystycznie. Zatrudnienie w żaden sposób nie różnicuje badanych. Stosunek do wiary okazał się czynnikiem różnicującym styl unikowy czynności zastępcze ($F=5,8806$; $p < 0,0175$) oraz globalnie styl unikowy ($F=4,3114$; $p < 0,0411$), mimo że wiarę deklarowali niemal wszyscy. Niewierzący zdecydowanie częściej prezentują styl unikowy czynności zastępcze. Dla niewierzących średnia stylu unikowego wynosi 34,5, natomiast 24,41 dla wierzących. Globalnie styl unikowy występuje zdecydowanie częściej u niewierzących, 52 to średnia niewierzących, natomiast 40,93 – średnia wierzących. Można zatem potwierdzić, że wiara jest zmienną, która wpływa na rzadsze stosowanie stylu unikowego, który nie sprzyja rozwiązywaniu trudnych sytuacji. Sytuacja materialna jest czynnikiem różnicującym sensowność ($F=4,9006$; $p < 0,0036$), globalny poziom SOC ($F=3,1104$; $p < 0,0311$) oraz styl zadaniowy ($F=5,9847$; $p < 0,001$). Będący w gorszej sytuacji materialnej mają nieco wyższą sensowność niż ci, którzy deklarują lepszą sytuację materialną. Podobnie u osób, które mają zaspokojone tylko podstawowe potrzeby, stwierdza się globalnie nieco wyższy poziom SOC. Wartości SOC wynoszą u nich 115, natomiast ci, którzy mają zaspokojone swoje własne potrzeby, osiągają wartości na poziomie 109,5 oraz 111,7. Można to zinterpretować w sposób następujący: w przypadku sensowności ci, którzy są w gorszej sytuacji materialnej, są przeważnie mniej wykształceni i mniej świadomi swoich ograniczeń. W przypadku globalnego SOC występuje analogiczna sytuacja – lepiej sytuowani materialnie mają odrobinę niższe wyniki, ponieważ są bardziej świadomi ograniczenia związanego z chorobą w stanie terminalnym. Różnice były także w stosowa-

niu stylu zadaniowego. Najrzadziej występuje wtedy, kiedy badani deklarują złą sytuację materialną. Lepiej sytuowani materialnie zdecydowanie częściej stosują prawidłowy styl zadaniowy i lepiej radzą sobie w życiu.

Następną analizę przeprowadzono w celu określenia, czy zmienne związane ze stanem zdrowia opiekunów różnicują poziom SOC i style radzenia sobie. Nikt nie określił swojego stanu zdrowia jako bardzo złego, 3 osoby wskazywały, że jest on zły. Najczęściej jednak był przeciętny lub też dobry. Stosunkowo rzadziej oceniano stan zdrowia jako bardzo dobry. I analogicznie, przeciętny stan zdrowia deklarowało 41,97%, a tylko 13,58% respondentów określało go jako bardzo dobry. Jako bardzo zły swój stan zdrowia oceniło 3,7% badanych. Stan zdrowia różnicował istotnie statystycznie styl zdaniowy ($F=3,7815$; $p<0,0137$) oraz styl emocjonalny ($F=5,1993$; $p<0,0025$). Im lepsza była ocena swojego stanu zdrowia, tym częściej występował styl zadaniowy, natomiast styl emocjonalny niemalże odwrotnie. Rzadziej stwierdzano go u tych, którzy dobrze oceniali swój stan zdrowia, natomiast zdecydowanie częściej był w przypadkach, gdy ocena zdrowia była niska. W przypadku najgorszej oceny, czyli złego stanu zdrowia, była ona znowu niższa – podobna do występującej u osób, które miały stan zdrowia przeciętny, ale gdyby spojrzeć na wyniki osób stylu emocjonalnego z bardzo dobrym stanem zdrowia oraz tych ze stanem przeciętnym, to widać ewidentnie różnicę na niekorzyść tych, którzy gorzej oceniają swój stan zdrowia.

Kolejną zmienną, która została poddana analizie, jest stres. W tym celu określono częstość występowania stresu, co następnie pozwoliło stwierdzić, czy stres jest czynnikiem różnicującym SOC i style radzenia sobie. Jeśli chodzi o poziom stresu, czyli częstotliwość bycia w sytuacji stresowej, 11 badanych (niespełna 14%) stwierdziło, że jest cały czas poddawanych sytuacji stresowej. Niemal 21% powiedziało, że mało jest takich chwil, w których nie odczuwa stresu. Z kolei zdaniem 29 (35,8%) respondentów jest tyle samo chwil bez stresu, co stresowych; rzadkie występowanie chwil stresowych deklarowało 24 badanych, a więc niespełna 1/3, bo 29,62%. Co charakterystyczne, nikt nie podał, że wcale nie odczuwa stresu. Stres różnicuje m.in. zrozumienie ($F=6,2018$; $p<0,0007$), zaradność ($F=2,7309$; $p<0,0495$) oraz styl emocjonalny ($F=7,2233$; $p<0,0002$). Im wyższa kategoria stresu, tym badani częściej go odczuwali. Można zatem powiedzieć, że częściej odczuwający stres to ci, którzy mają coraz niższy poziom zrozumienia. Osoby, które rzadko go odczuwają, osiągają zrozumienie na poziomie 47,5 pkt, a odczuwający stres niemal zawsze mają tylko 40 pkt. Jeśli chodzi o zaradność, to w tym przypadku dokładnej różnicy nie widać, ponieważ wyższy poziom zaradności mają funkcjonujący na pewnym poziomie stresu, natomiast ci, których sytuacje stresowe dotyczą rzadko, są osobami mającymi stosunkowo niską zaradność. Oznacza to, że w tym przypadku zaradność i sytuacja stresowa są nieodłącznie związane z naszym życiem codziennym. Jeśli chodzi o styl emocjonalny, to występuje on zdecydowanie rzadziej tam, gdzie jest niższy poziom stresu, osoby o stosunkowo wysokim i najwyższym poziomie stresu mają niemal o 10 pkt wyższe wyniki niż ci, którzy deklarują, że sytuacji stresowych nie odczuwają prawie nigdy. Podsu-

mwując, można stwierdzić, że istnieją pewne zmienne socjodemograficzne, które wpływają wybiórczo na style radzenia sobie oraz na poczucie koherencji. Do tych zmiennych należą wiara, wykształcenie, sytuacja materialna, stan zdrowia, poziom odczuwanego stresu. Wiara jest czynnikiem różnicującym styl unikowy czynności zastępcze oraz globalny styl unikowy. Wykształcenie okazało się czynnikiem, który wpływa na sensowność oraz na stosowanie stylu zadaniowego. Sytuacja materialna osób badanych różnicuje sensowność, globalny poziom SOC oraz styl zadaniowy. Stan zdrowia wpływa na styl zadaniowy oraz styl emocjonalny. Natomiast poziom odczuwanego stresu wpływa na zrozumienie, zaradność i styl emocjonalny.

W kolejnej analizie sprawdzono, czy zmienne związane z występowaniem chorób nowotworowych w rodzinie badanych różnicują poziom SOC i style radzenia sobie. W tym przypadku aż niemal w 70% przypadków choroba nowotworowa występowała w rodzinie badanych, tylko 3 osoby spośród całej grupy nie wiedziały nic na ten temat, natomiast u 27%, czyli niemal 1/3 badanych, choroby nowotworowe w rodzinie nie występowały. Sprawdzono również, jaka była częstość zgonów w rodzinie badanych z powodu choroby nowotworowej. W przypadku 65% badanych wystąpił zgon w rodzinie z powodu choroby nowotworowej. Cztery osoby nie wiedziały o takim fakcie, natomiast u 24 nikt z rodziny nie zmarł z powodu choroby nowotworowej. Sprawdzono także liczbę objawów wynikających z przewlekłego stresu, związanych z opieką nad osobą terminalnie chorą. Najczęściej padała odpowiedź – jeden objaw związany z sytuacją stresową. Dotyczy to niemal 50% badanych. Druga w kolejności częsta odpowiedź dotyczy 21 badanych, czyli niespełna 26% ankietowanych. Odpowiedzi 3 i więcej były już zdecydowanie rzadsze, ponieważ występowanie 3 objawów deklarowało 12,34% respondentów, natomiast więcej niż 3 objawy dotyczyły niespełna 5% badanych. Brak objawów deklarowały 4 osoby, czyli 4,93%. Dodatkowo badani określali swój stan emocjonalny w związku z chorobą nowotworową bliskich. Jeśli chodzi o odczuwanie emocji, to wskazywali oni na wystąpienie jednego stanu emocjonalnego. Taką odpowiedź podawało ponad 96% i zazwyczaj była to odpowiedź: *wierzę, że się uda*. W związku z tym, że większość ankietowanych podała taką samą odpowiedź, ten aspekt emocjonalny został pominięty w badaniach.

W celu weryfikacji powyższych zmiennych wykonano analizę wariancji, aby sprawdzić, czy istnieją różnice w SOC i stylach radzenia u opiekunów. Występowanie choroby nowotworowej w rodzinie różnicuje istotnie statystycznie tylko styl zadaniowy ($F=3,1940$; $p<0,0464$). Różnice wystąpiły w zakresie stosowania stylu zadaniowego. Osoby, u których nie występowały choroby nowotworowe w rodzinie, miały nieco wyższe wyniki niż respondenci, u których w rodzinie notowano zachorowania na nowotwory, ale różnica pomiędzy tymi dwiema grupami nie jest duża. Natomiast ci, którzy nie wiedzieli o takim fakcie, mieli zdecydowanie niższy styl zadaniowy, co mogłoby oznaczać, że najprawdopodobniej nie koncentrowali się na swojej rodzinie. Śmierć w rodzinie z powodu choroby nowotworowej w żaden sposób nie różnicowała istotnie statystycznie badanych.

Omówienie wyników

Otrzymane wyniki potwierdziły, że wystąpiły istotne różnice wśród badanych w zakresie jednej składowej SOC, jaką jest zrozumienie. Pod względem pozostałych składowych respondentów się nie różnią, co oznacza, że globalne SOC nie różnicuje badanych. Podobne wyniki uzyskały Kossakowska i Basińska [4], badając SOC chorych na SM. Wyniki ich badań wykazały, że nie ma istotnych różnic w globalnym poziomie SOC u chorych na SM i osób zdrowych. Warto zauważyć, iż pomimo tego, że badani byli zdrowi, całą grupę charakteryzuje dość niskie SOC (113). Jest ono niższe od norm, które zostały ustalone przez autora (133–160). Ten fakt można zinterpretować specyficzną sytuacją, w jakiej znajdowali się respondenci, czyli chorobą nowotworową bliskiej osoby.

Analiza wyników badań potwierdziła, że opiekunowie różnią się od siebie rodzajami stylów radzenia sobie w sytuacji trudnej, jaką jest terminalna faza choroby nowotworowej. Najbardziej różnił ich styl skoncentrowany na zadaniu, następnie emocjonalny i globalny styl unikowy. Uzyskane wyniki potwierdzają również istnienie związku pomiędzy poziomem SOC a rodzajami stylów radzenia sobie w sytuacji trudnej u opiekunów osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej. W przypadku, gdy stopień zrozumienia był wyższy, istotnie statystycznie rzadziej występował styl emocjonalny. Wyższy poziom zaradności natomiast miał wpływ na rzadsze stosowanie stylu unikowego kontakty towarzyskie i globalnego stylu unikowego. Sensowność związana jest ze stylem emocjonalnym. Im wyższa sensowność, tym częściej występował styl emocjonalny, a rzadziej styl unikowy kontakty towarzyskie oraz styl unikowy. Jeżeli chodzi o globalne SOC, to osoby mające wysoki poziom SOC rzadziej wybierali styl unikowy czynności zastępcze oraz rzadziej w ogóle stosowali styl unikowy. Podobne wyniki uzyskali Słowik i Wysocka-Pleczyk [5], którzy badali grupę osób zdrowych. Na ich podstawie określili oni, że osoby o wysokim SOC w sytuacji trudnej częściej wybierają styl zadaniowy.

Analiza statystyczna wyników badań wykazała istnienie zmiennych pośredniczących, wpływających na poziom SOC i rodzaje stylów radzenia sobie u rodzin osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Okazało się, że w badanej grupie na wybór stylu radzenia sobie oraz na SOC wpływają takie zmienne, jak wiara, wykształcenie, sytuacja materialna, stan zdrowia oraz poziom odczuwanego stresu. Wiara jest czynnikiem różnicującym styl unikowy czynności zastępcze oraz globalny styl unikowy. Osoby niewierzące częściej wybierały styl unikowy czynności zastępcze i globalny styl unikowy. Fakt ten tłumaczy, że wiara daje pozytywny efekt w postaci rzadszego stosowania stylu unikowego, który nie sprzyja rozwiązywaniu sytuacji trudnych. Wykształcenie okazało się czynnikiem, który wpływa na sensowność oraz na stosowanie stylu zadaniowego. Warto zwrócić uwagę na dość zaskakujące wyniki dotyczące związku między wykształceniem a sensownością. Osoby z wyższym wykształceniem, co zaskakujące, prezentowały obniżony poziom sensowności. Z kolei osoby z wykształceniem podstawowym miały najwyższy poziom sensowności. Można to zinterpretować w ten sposób, że osoby z wyższym wykształceniem były bardziej świadome sytuacji, w jakiej

się znajdują, czyli nieuchronnej śmierci osoby bliskiej. Z tego powodu mogło dojść u nich do zaburzenia zmiennej, jaką jest sensowność. Jeśli chodzi o styl zadaniowy, to wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrastała częstotliwość wyboru stylu zadaniowego. Sytuacja materialna osób badanych różnicuje sensowność, globalny poziom SOC oraz styl zadaniowy. Generalnie można stwierdzić, że lepiej sytuowani materialnie częściej stosują prawidłowy styl zadaniowy oraz lepiej ogólnie radzą sobie w życiu. Jeśli chodzi o wpływ sytuacji materialnej na SOC, to interesujące zjawisko zaobserwowano u osób zdrowych (badana grupa to łódzkie pielęgniarki). Okazało się, że jest ono niższe niż w publikacjach naukowych i było powiązane z sytuacją ekonomiczną badanych [6]. Stan zdrowia wpływa na styl zadaniowy oraz emocjonalny. Im lepsza była ocena własnego stanu zdrowia, tym częściej preferowany był styl zadaniowy, natomiast emocjonalny niemalże odwrotnie. Poziom odczuwanego stresu wpływa na zrozumienie, zaradność i styl emocjonalny. Badani częściej odczuwający stres prezentowali niższy poziom zrozumienia. Jeśli idzie o zaradność, to ci, którzy rzadko miewają sytuacje stresowe, ogólnie są mniej zaradni, jak również rzadziej wybierają styl emocjonalny.

Wnioski

1. Badana grupa osób charakteryzuje się niskim poziomem SOC (113), może to wynikać z faktu, że respondenci znajdowali się w specyficznej sytuacji, jaką jest choroba nowotworowa bliskiej osoby.
2. Badani istotnie różnią się w kwestii wyboru stylu radzenia sobie ze stresem. Osoby, które cechowały się wyższym stopniem zrozumienia, rzadziej stosowały styl emocjonalny. Przy wyższym poziomie zaradności rzadziej wybierały styl unikowy kontakty towarzyskie i globalny styl unikowy. Osoby z wyższym poziomem sensowności częściej stosowały styl emocjonalny, natomiast rzadziej styl unikowy kontakty towarzyskie i globalny styl unikowy. Osoby z wysokim poziomem SOC rzadziej stosowały styl unikowy czynności zastępcze, jednocześnie rzadziej stosowały styl unikowy.
3. Wiara jest czynnikiem różnicującym styl unikowy czynności zastępcze oraz globalny styl unikowy. Wykształcenie wpływa na sensowność oraz na stosowanie stylu zadaniowego. Sytuacja materialna osób badanych różnicuje sensowność, globalny poziom SOC oraz styl zadaniowy. Stan zdrowia wpływa na styl zadaniowy i emocjonalny. Poziom odczuwanego stresu wpływa na zrozumienie, zaradność i styl emocjonalny.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2005; 13, 31, 37.
2. Heszen-Niejodek I. Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000; 14-27.
3. Kuczyńska A, Janda-Dąbek B. Subiektywna interpretacja sytuacji a styl radzenia sobie ze stresem. W: Konteksty stresu psychologicznego. Heszen-Niejodek I, Mateusiak J (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2002; 37-41.

4. Kossakowska M, Basińska M. Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. *Postępy w Psychiatrii i Neurologii* 2000; 9: 56-61.
5. Słowik P, Wysocka-Pleczyk M. Poczucie koherencji a style i sposoby radzenia sobie. *Sztuka Leczenia* 1998; 1: 43-8.
6. Kurowska K, Wrońska I. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne u chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2005; 1: 31-5.

Adres do korespondencji

dr med. **Krystyna Kurowska**
Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
ul Techników 3
85-801 Bydgoszcz
tel. +48 52 585 21 94
e-mail: krystyna_kurowska@op.pl