

Pojawienie się choroby nowotworowej jest trudną sytuacją dla wszystkich członków rodziny, zarówno dla chorego, jak i jego opiekunów. Celem badań było określenie związku pomiędzy poczuciem koherencji i jego składowymi a poziomem wsparcia społecznego otrzymywanego przez opiekunów osób znajdujących się w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Badaniem objęto 62 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. Stwierdzono, że istnieje związek pomiędzy zrozumieniem i wsparciem emocjonalnym oraz pomiędzy sensownością a wsparciem emocjonalnym, a także pomiędzy wsparciem informacyjnym i zaradnością. Zbadanie owych zmiennych pozwoliło na ustalenie zakresu opieki w stosunku do potrzeb opiekunów, co może mieć zasadniczy wpływ na polepszenie jakości opieki sprawowanej nad pacjentem przez osoby bliskie.

Słowa kluczowe: stacjonarna opieka terminalna, choroba nowotworowa, wsparcie społeczne, poczucie koherencji (SOC).

Poczucie koherencji a wsparcie społeczne otrzymywane przez rodziny pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej

Sense of coherence and social support received by families of terminally ill cancer patients

Krystyna Kurowska¹, Zofia Plechowska²

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

²Zespół Opieki Paliatywnej Hospicjum Światło w Toruniu

Wstęp

Problem śmierci i umierania nabiera dziś nowego wymiaru. Śmierć jest czymś powszechnym, dotyczącym każdą rodzinę, często niespodziewanie wkradającym się do życia człowieka, ale czy wystarczająco poznanym? Żyjemy w czasach, w których ceni się przede wszystkim młodość, sprawność i sukces. Śmierć, choć jest naturalnym kresem ludzkiego życia, stała się zjawiskiem stresującym zarówno dla chorego, jak i jego bliskich. Życie ludzkie coraz częściej nastawione jest na konsumpcjonizm, co powoduje jednocześnie zubożenie duchowe i emocjonalne. Rozwój cywilizacji, powstanie aglomeracji, w których każdy człowiek jest anonimowy, oraz przedłużające się wyjazdy zagraniczne w celach zarobkowych spowodowały, że zapomina się o tradycjach rodzinnych, zatraceniu ulegają cenne więzi rodzinne – często bezpowrotnie, a przecież to one właśnie są podstawą do wspólnego przeżywania radości i cierpienia. Każdy człowiek, który staje w obliczu śmierci, oczekuje wsparcia od najbliższych mu osób, pomocy w trudnych dla siebie chwilach. Instynktownie boimy się nie śmierci, lecz samego procesu umierania. Jak słusznie podkreślił Jan Paweł II w 1992 r. podczas wizyty w Katolickim Uniwersytecie „Sacro Cuore” w Mediolanie: *Ludziom chorym, a przede wszystkim umierającym, walczącym ze śmiercią potrzebny jest ktoś, kto ich kocha. Nie może im zabraknąć miłości rodziny, opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz wsparcia przyjaciół* [1]. Opiekunowie chorych znajdujących się w terminalnej fazie choroby nowotworowej stają przed ogromnym zadaniem, jakim jest towarzyszenie członkom rodziny w ostatnim okresie ich życia. W związku z tym wymagają szeroko rozumianego wsparcia z zewnątrz, ale również – wg teorii salutogenezy Antonovsky'ego – uaktywnienia ich własnych zasobów odpornościowych, jakimi są zmienne biochemiczne i fizyczne oraz psychologiczne właściwości jednostki. Zgodnie z teorią salutogenezy osoby o silnym poczuciu koherencji wykazują instrumentalne podejście do problemu, a stresory traktują jako wyzwanie, łatwiej też dostrzegają sens swoich działań [2]. W związku z powyższym uznano za właściwe zbadanie poziomu poczucia koherencji oraz poziomu wsparcia społecznego u opiekunów osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Dokonano również analizy związku pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jego składowymi a poziomem wsparcia społecznego, oceniono również wpływ czynników społeczno-demograficznych oraz związek między częstotliwością zaspokajania potrzeb ze strony różnych osób a poziomem poczucia koherencji i jego składowymi i poziomem wsparcia społecznego otrzymywanego przez opiekunów osób w końcowej fazie choroby nowotworowej.

Cancer diagnosis affects not only the patient but also his or her family and caregivers. The aim of the study was to determine the relationship between the SOC (and its components) and level of social support received by the families of terminally ill cancer patients. The study included 62 relatives of patients of the “Światło” Hospice in Toruń. The SOC level was assessed using the Antonovsky SOC-29 questionnaire and social support was measured using the Kmieciak-Baran scale. The study shows that there is a relationship between comprehensibility and emotional support and between informative support and manageability. Examining these variables will help estimate the scope of care and adjust it to the caregivers' needs, which might improve the quality of care provided by close relatives.

Key words: hospice care, cancer, social support, sense of coherence (SOC).

Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia rodzin, w których u najbliższych wystąpiła choroba nowotworowa. Badania przeprowadzono w okresie od marca 2007 r. do marca 2008 r. wśród członków rodzin osób przebywających na oddziale stacjonarnym Hospicjum *Światło* w Toruniu, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/114/2007). Grupę badawczą stanowiły 62 osoby z rodzin pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. W przeprowadzonych 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. Dane uzyskane z przeprowadzonych badań poddane zostały analizie, którą wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 6.0. Wartości analizowanych parametrów mierzonych w skali nominalnej scharakteryzowano za pomocą liczebności oraz odsetka. Ponadto, do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Szacowania różnic dokonano za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA – test F. Fishera. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$.

Wyniki badań

Badaniem objęto 62 osoby (46 kobiet i 16 mężczyzn) w wieku 21–76 lat, średnia wieku respondentów wynosiła ok. 50 lat. Najliczniejsza grupa zawierała się w przedziale wiekowym 26–35 lat, w którym znajdowało się 17 (27%) osób. Przedziały wiekowe 46–55 oraz 56–65 lat to równe przedziały pod względem liczebności respondentów, ponieważ z nich było 13 (21%) osób. Mniej liczną grupę stanowił przedział wiekowy 66–75 lat – 10 (16%) osób. Kolejne 6 (10%) osób zawierało się w przedziale wiekowym 36–45 lat. Tylko 2 osoby, tj. 3% ogółu badanych, odnotowano w przedziale wiekowym do 25 lat i 1 osobę, tj. 2%, w przedziale 76–85 lat. Żadna z osób badanych nie przekroczyła 85. roku życia. Najmłodszy uczestnik badania liczył 21, najstarszy 76 lat. Średnia wieku badanej populacji wynosiła ok. 50 lat. Siedemdziesiąt procent respondentów, czyli 43 osoby, żyło w związkach małżeńskich (31 kobiet, 12 mężczyzn). Stanu wolnego było 12 (21%) respondentów, 4 (6%) osoby były owdowiałe, natomiast 2 (3%) osoby z badanej populacji były rozwiedzione. W grupie respondentów 23 (37%) osoby miały jedno dziecko, dwoje dzieci – 17 (27%), troje – 6 (10%) i tylko 2 (3%) osoby z badanej populacji miały czwórkę dzieci. Wśród respondentów były także osoby bezdzietne – 14 (23%), a zatem co piąta osoba badana nie miała dziecka. Największa grupa osób badanych legitymowała się wykształceniem średnim 34 (55%). Porównywalne liczebnie grupy tworzyły osoby z wykształceniem zawodowym – 12 (19%) i wyższym – 11 (18%). Najmniej liczna była grupa osób z wykształceniem podstawowym 5 (8%). Najliczniejszą grupę – 52 (84%) osoby – stanowili ankietowani zamieszkujący z rodziną. Samotnie zamieszkiwało 5 (8%) badanych, a 2 (3%) osoby w instytucji. Spośród badanych 3 (5%) respondentów określiło swoje zamieszkanie jako *inne*. W grupie osób uczestniczących w badaniach nie odnotowano bezdomnych. Osoby pracujące zawodowo stanowiły największą grupę, która liczyła 28 (46%) osób. Ze świadczących rentowo-emerytalnych utrzymywały się 22 (35%) osoby. W grupie ankietowanych 5 (8%) respondentów nie otrzymywało zasiłku i jednocześnie nie miało prawa do zasiłku. Źródło utrzymania określone jako *inne* wskazały 4 osoby (6%). Wśród respondentów było 2 uczniów (3%) oraz 1 osoba (2%) będąca na utrzymaniu rodziny. W badanej populacji nie odnotowano osób będących bez źródła utrzymania, bezrobotnych, bezrobotnych z zasiłkiem oraz korzystających z pomocy socjalnej. Ponad połowa respondentów – 39 (63%) osób – oświadczyła, że dochód wystarcza im na podstawowe potrzeby, 17 (27%) podała, że wystarcza również na większe wydatki. Wśród ankietowanych wyłoniły się

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

Składowe SOC	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
zrozumienie	62	42,8966	29	62	8,79132
zaradność	62	37,2419	26	52	5,07868
sensowność	62	30,5161	22	44	4,59773
SOC globalne	62	110,8448	83	142	12,59880

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

Typ wsparcia	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
wartościujące	62	18,45161	12	24	1,816838
emocjonalne	62	18,00000	6	25	3,539254
informacyjne	62	20,09677	17	26	1,981138
instrumentalne	62	19,11290	14	23	1,699613

3 (5%) osoby, którym dochód pozwalał zaspokajać wszystkie potrzeby. Kolejna grupa osób, której sytuacja materialna umożliwiła nie tylko zaspokajanie wszystkich potrzeb, ale także odkładanie oszczędności, liczyła również 3 (5%) osoby. Żadna z osób nie podała, że jej dochód na nic nie wystarcza. Przypadki zachorowań w rodzinie na chorobę nowotworową podało 55 (88%) badanych. Zdecydowanie mniejszy odsetek, tj. 10% (6 osób), stwierdził, że nikt w rodzinie nie chorował na nowotwór. Tylko 1 (2%) osoba nie miała na ten temat wiedzy. U 54 (87%) osób, w których rodzinie wystąpiła choroba nowotworowa, wystąpił z tego powodu zgon w rodzinie. Z kolei 6 (10%) respondentów, czyli co 6. osoba, która przedtem nie zgłosiła występowania nowotworu w rodzinie, stwierdziła, że w ich rodzinie nie było zgonu z powodu choroby nowotworowej. Spośród ankietowanych 1 osoba nie podała odpowiedzi, a 1 stwierdziła, że nie ma wiedzy na ten temat – osoby te stanowią 3% grupy respondentów. Grupa osób badanych jedynie w 8% (5 osób) oceniała swój stan zdrowia jako bardzo dobry. Zdecydowanie licniejsza grupa, bo 37% (23 osoby), określiła swój stan zdrowia jako dobry, natomiast aż 30 (49%) osób oceniło swój stan zdrowia jako średni. Stan zdrowia jako zły określiły 4 (6%) osoby. Żadna osoba nie stwierdziła, że jej stan zdrowia jest bardzo zły.

Opiekunowie osób znajdujących się w terminalnej fazie choroby nowotworowej różnią się od siebie poziomem poczucia koherencji (średnia 110,84) i jego składowymi. Jeśli chodzi o zrozumiałość, to stosunek odchylenia standardowego do średniej stanowi ponad 20% średniej, czyli różnicowanie badanych w tym zakresie jest bardzo duże, a zatem opiekunowie różnią się poziomem zrozumiałości. Zaradność przekracza 15% wartości średnich, a więc mamy do czynienia z istotnym różnicowaniem. Podobnie, jeżeli chodzi o sensowność, to również przekracza ona 15% średniej, w związku z czym można uznać, że różnicuje badanych. W przypadku globalnego poziomu poczucia koherencji od-

chylenie standardowe wynosi ok. 13% średniej, co wskazuje na duże zróżnicowanie, lecz nieistotne statystycznie. Podsumowując, można powiedzieć, że w zakresie wszystkich podskal, czyli: zrozumiałości, zaradności i sensowności, widoczne jest zróżnicowanie opiekunów osób znajdujących się w terminalnej fazie choroby nowotworowej. W przypadku globalnego poczucia koherencji zróżnicowanie to jest również widoczne, chociaż nieistotne statystycznie.

Wyróżnione w tab. 2. typy wsparcia społecznego należą do typów uwzględnionych w kwestionariuszu Kmieciak-Baran badającym wsparcie społeczne. Na podstawie średnich można stwierdzić, że wsparcie informacyjne jest najwyższe w badanej grupie, zaraz po nim znajduje się instrumentalne, zdecydowanie niższe wyniki występują w zakresie wartościującego, a najniższe emocjonalnego. Świadczą też o tym m.in. minimalne wyniki, wsparcie emocjonalne minimalne było na poziomie 6 pkt, podczas gdy we wszystkich innych typach wsparcia przekraczało ono co najmniej 12 pkt. Jeśli chodzi o wartości maksymalne, są one zbliżone (23–26 pkt). W przypadku wsparcia wartościującego badani nie byli zróżnicowani, stosunek odchylenia standardowego do średniej nie przekraczał 10%. Jeśli chodzi o wsparcie emocjonalne, widać duże zróżnicowanie, gdyż przekracza ono 15% średniej, zatem opiekunowie osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej różnią się pomiędzy sobą wsparciem emocjonalnym. Badani się nie różnią pod względem wsparcia informacyjnego, średnia nie przekracza 10%. W przypadku wsparcia instrumentalnego ze średnią 19,11 i odchyleniem 1,69 nie ma istotnego różnicowania. Podsumowując, opiekunowie osób znajdujących się w terminalnej fazie choroby nowotworowej różnią się od siebie poziomem, jednak tylko wsparcia emocjonalnego. W pozostałych typach wsparcia takiego zróżnicowania nie odnotowano.

Dalszej analizie poddano związek pomiędzy poziomem SOC i jego składowymi a poziomem otrzymywanego wspar-

cia społecznego u opiekunów osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej (tab. 3.). Analiza wyników wykazała, że zrozumienie jest związane ze wsparciem emocjonalnym w taki sposób, że im wyższy poziom zrozumienia, tym więcej wsparcia emocjonalnego otrzymują badani. Jednocześnie zaradność jest związana ze wsparciem informacyjnym, ponieważ osoby o wysokiej zaradności uważają, że otrzymują mniej wsparcia informacyjnego od tych, którzy nie mają wysokiego poziomu zaradności, czyli im większa zaradność, tym mniej wsparcia informacyjnego. Sensowność jest związana ze wsparciem emocjonalnym, ponieważ przy wysokiej sensowności wsparcie emocjonalne jest postrzegane jako niskie, przy niskiej sensowności wsparcie emocjonalne jest postrzegane jako wysokie. Globalne poczucie koherencji nie koreluje ze wsparciem społecznym. Istnieje zatem częściowe potwierdzenie w zakresie związku pomiędzy zrozumieniem i wsparciem emocjonalnym oraz sensownością a wsparciem emocjonalnym, a także pomiędzy wsparciem informacyjnym i zaradnością.

Z analizy danych zmiennych pośredniczących, które zostały obliczone na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji, wynika, że płeć różnicuje zrozumienie ($p < 0,0478$). Na podstawie średnich kobiety (41,61) mają zdecydowanie niższy poziom zrozumienia niż mężczyźni (46,92). Wiek jest czynnikiem różnicującym dla m. in.: wsparcia wartościującego $r = -0,33$, emocjonalnego $r = -0,32$, informacyjnego $r = -0,23$ i instrumentalnego $r = 0,21$. Wraz ze wzrostem wieku maleje poziom wsparcia wartościującego, poziom wsparcia emocjonalnego oraz informacyjnego, natomiast rośnie poziom wsparcia instrumentalnego. Stan cywilny oraz liczba dzieci nie okazały się czynnikiem różnicującym ani poczucia koherencji, ani wsparcia społecznego. Miejsce zamieszkania w określonej sytuacji różnicuje wsparcie emocjonalne ($p < 0,0396$), ponieważ osoby zamieszkujące w instytucji otrzymują zdecydowanie wyższy poziom wsparcia emocjonalnego (22) niż osoby, które zamieszkują samotnie (16), z rodziną (18,26), bądź znajdują się w innej sytuacji mieszkaniowej (14,60), te osoby miały zdecydowanie niższy poziom wsparcia emocjonalnego. Wykształcenie okazało się czynnikiem różnicującym wsparcie instrumentalne w taki sposób, że osoby o wykształceniu podstawowym (19,40) i zawodowym (19,80) otrzymują zdecydowanie niższy poziom tego wsparcia niż osoby, które mają wykształcenie średnie (18,33) bądź też wyższe (18). Zatrudnienie okazało się czynnikiem różnicującym pewne elementy poczucia koherencji, takie jak zaradność i SOC globalne, a także wsparcie wartościujące, emocjonalne i informacyjne. Osoby

utrzymujące się z pracy (44,50) lub z emerytury/renty (40) miały zdecydowanie niższy poziom zaradności niż osoby, które utrzymywały się z innych źródeł. Najniższy poziom zaradności w tym przypadku miały osoby bezrobotne bez prawa do zasiłku (30,60). Jeśli chodzi o globalny poziom poczucia koherencji, to odpowiedź jest analogiczna. Osoby, które utrzymują się z innych źródeł, miały bardzo wysoki poziom SOC (142) i tak samo było w przypadku osób, które wskazywały, że były pozbawione całkowicie źródeł dochodu, odnotowano u nich wysoki poziom SOC (125) w porównaniu z pozostałymi grupami. Najniższy poziom mieli ci, którzy pozostawali bezrobotni bez prawa do zasiłku (100,80). Przypatrując się wsparciu, osoby, które nie miały jakiegokolwiek źródła utrzymania, otrzymywały najwyższy poziom wsparcia wartościującego (24), ale stosunkowo dużo tego wsparcia otrzymywały też osoby bezrobotne (19,60) i osoby bez prawa do zasiłku (19). Z kolei u osób utrzymujących się z emerytury/renty stwierdzono niski poziom wsparcia (17,50). Osoby będące na utrzymaniu rodziny miały stosunkowo wysoki poziom poczucia koherencji (125) i wysoką zaradność (40) przy najwyższym wsparciu wartościującym (24). Rozpatrując wsparcie emocjonalne, okazuje się, że osoby będące na utrzymaniu rodziny (22) bądź innym utrzymaniu (22) czy też bez źródła utrzymania (20) otrzymywały najwięcej wsparcia emocjonalnego w stosunku do pozostałych grup. Jeśli chodzi o wsparcie informacyjne, to osoby będące na emeryturze/rencie (18,50) lub deklarujące brak dochodów (19,81) miały zdecydowanie najniższy poziom wsparcia informacyjnego. Sytuacja materialna oraz występowanie nowotworów w rodzinie nie były czynnikami, które różnicują poziom poczucia koherencji bądź wsparcie społeczne. Zgon z powodu nowotworu nie różnicował w żaden sposób badanych (ponieważ grupa, która doświadczyła zgonu w rodzinie była bardzo liczna). Stan zdrowia był czynnikiem różnicującym wsparcie instrumentalne i to w taki sposób, że osoby oceniające swój stan zdrowia generalnie jako bardzo dobry, miały zdecydowanie wyższy poziom wsparcia instrumentalnego (20) niż osoby, które oceniały swój stan zdrowia jako zły (najniższy poziom wsparcia instrumentalnego – 17,25). Oczekiwana pomoc psychologiczna i materialna nie różnicowała badanych. Pomoc duchowa różnicowała badanych w taki sposób, że jeżeli badani oczekiwali pomocy duchowej, to jednocześnie były to osoby, które miały niższy poziom sensowności (28,8) niż te, które na taką pomoc nie liczyły (32,15), ale też były to osoby, które miały niższy poziom wsparcia wartościującego (17,8). A zatem można powiedzieć, że oczekiwanie po-

Tabela 3. Związek pomiędzy poczuciem koherencji a wsparciem społecznym
Table 3. Relationship between the SOC level and social support

Składowe SOC	Wartościujące	Emocjonalne	Informacyjne	Instrumentalne
zrozumienie	0,05	0,29*	-0,14	0,09
zaradność	-0,02	-0,26	-0,28*	-0,10
sensowność	-0,14	-0,38*	-0,12	-0,21
SOC globalne	-0,03	-0,05	-0,26	-0,06

* $p < 0,05$

mocy duchowej było związane ze wspomaganie sensowności oraz z oczekiwaniem wsparcia wartościującego. Brak pomocy różnicował sensowność. Jeżeli ktoś spotkał się z brakiem pomocy, to była to osoba, która miała wyższy poziom sensowności (32,64), niż taka osoba, która się z tym brakiem pomocy nie spotkała (28,94), czyli jeżeli dana osoba nie ma sensowności, części tej pomocy mimo wszystko doświadcza. Otrzymana pomoc psychologiczna różnicowała sensowność w taki sposób, że osoby, które nie otrzymywały tej pomocy, miały jednocześnie wyższy poziom sensowności (31,02). Osoby, które otrzymywały pomoc, miały wyższy poziom sensowności, co jest uzasadnione, bo widoczne było, że osoby te nie radzą sobie psychicznie w sytuacji choroby. Otrzymana pomoc materialna jest czynnikiem różnicującym dla wsparcia informacyjnego ($p < 0,0499$). Osoby, które otrzymały pomoc materialną, są osobami mającymi wysoki poziom wsparcia informacyjnego (21). Są to osoby, które uzyskują dużo informacji i jednocześnie otrzymują dużo pomocy. Z kolei osoby, które mają niski poziom wsparcia informacyjnego (19,72) tej pomocy zazwyczaj nie otrzymywały. Otrzymana pomoc duchowa jest czynnikiem różnicującym sensowność ($p < 0,0203$), podobnie jak pomoc psychologiczna. Osoby, które mają wysoki poziom sensowności (31,29), nie otrzymywały pomocy duchowej, natomiast te, które miały niski poziom sensowności (28,47), taką pomoc otrzymywały. Możliwość liczenia na pomoc innych nie różnicowała w żaden sposób ani poczucia koherencji, ani też w żadnym zakresie wsparcia. Możliwość zwrócenia się o pomoc do członków najbliższej rodziny różnicowała sensowność ($p < 0,0215$) oraz wsparcie emocjonalne ($p < 0,0415$). Osoby, które mogły zwrócić się o pomoc do członków najbliższej rodziny, miały niższą sensowność (30,07) niż te, które o tę pomoc prosić nie mogły (37,50). Z kolei osoby, które mogły się zgłosić do członków najbliższej rodziny z prośbą o pomoc, miały wysokie wsparcie emocjonalne (18,18), czyli były to osoby niepokodzone z chorobą, ale jednocześnie mogące liczyć na wsparcie z sieci zewnętrznej. Doświadczenie pomocy od dalszej rodziny nie było czynnikiem w żaden sposób różnicującym SOC lub też wsparcia społecznego. Pomoc ze strony sąsiadów okazała się czynnikiem różnicującym zaradność ($p < 0,0226$). Osoby, które miały wysoki poziom zaradności (39,44), to osoby, które mogły liczyć na pomoc sąsiadów. Osoby niezaradne (36,14) nie mogły liczyć na pomoc sąsiadów. Możliwość liczenia na przyjaciół jest czynnikiem różnicującym zrozumienie ($p < 0,0103$), sensowność ($p < 0,0018$) i globalny poziom poczucia koherencji ($p < 0,0044$). Osoby, które mogły liczyć na przyjaciół, miały niższe poczucie zrozumienia (40,48), jak również niższy poziom sensowności (28,94) i niższy poziom globalnego poczucia koherencji (106,71). Pomoc ze strony znajomych była czynnikiem różnicującym zrozumienie ($p < 0,0044$), zaradność ($p < 0,0241$), SOC globalne ($p < 0,0001$) oraz wsparcie informacyjne ($p < 0,0196$). Osoby, które mogły liczyć na znajomych, miały jednocześnie niższy poziom zrozumienia (39,28), niższy poziom zaradności (35,40) i niższy globalny poziom poczucia koherencji (103,72). Jednocześnie osoby te doznawały wyższego wsparcia informacyjnego (20,72). Możliwość liczenia na osoby obce okazała się czynnikiem różnicującym globalny poziom poczucia koherencji ($p < 0,0372$), a także wsparcie instrumentalne ($p < 0,0159$).

Osoby, które mogły liczyć na obcych, miały niższy poziom poczucia koherencji (102,90). Jednocześnie też są to osoby, które miały wyższy poziom wsparcia instrumentalnego (20,27). Analiza powyższych wyników badań pozwoliła na ukazanie, że istnieją zmienne socjodemograficzne, które wpływają na poziom poczucia koherencji oraz wsparcie społeczne. Do zmiennych tych należą m.in.: wiek, płeć, zamieszkiwanie w określonym środowisku, wykształcenie badanych, zatrudnienie, ich stan zdrowia, możliwość otrzymania określonego typu pomocy oraz możliwość korzystania z pomocy określonych osób.

Kolejnym krokiem w badaniu było poddanie analizie różnic w poziomie SOC i we wsparciu społecznym ze względu na zaspakajanie potrzeb, oczekiwanie na zaspokajanie potrzeb przez rodzinę bliższą, rodzinę dalszą, sąsiadów, przyjaciół, znajomych i osoby obce oraz oczekiwanie wsparcia ze strony lekarza, pielęgniarki, psychologa i duchownego. Jeżeli badani mogli liczyć na zaspokojenie potrzeb przez bliższą rodzinę, to mieli oni jednocześnie niską sensowność. W przypadku wsparcia informacyjnego, jeżeli ktoś mógł liczyć na rodzinę, to miał niski poziom tego wsparcia, był to związek istotny statystycznie ($r = -0,55$). Dalsza rodzina oraz sąsiedzi nie różnicowali w żaden sposób zrozumienia, zaradności, sensowności, SOC ani typów wsparcia, natomiast możliwość liczenia na przyjaciół różnicowała sensowność w taki sposób, że jeżeli można częściej liczyć na przyjaciół, to ma się niższy poziom sensowności. Jeżeli chodzi o wsparcie emocjonalne, to jeżeli można liczyć na przyjaciół, to ma się wyższy poziom tego wsparcia. Jest to związek istotny statystycznie ($r = 0,61$). W przypadku osób znajomych również tylko wsparcie emocjonalne okazało się istotne statystycznie ($r = 0,54$), związane z możliwością liczenia na tą grupę osób w taki sposób, że im mocniej można liczyć na znajomych, tym ma się więcej wsparcia emocjonalnego. Zaspokajanie potrzeb przez obcych nie różnicowało ani SOC, ani wsparcia społecznego. Bliska oraz dalsza rodzina nie była związana w żaden sposób ze zrozumiałością, zaradnością czy też percepcją wsparcia tych osób, natomiast w przypadku sąsiadów okazuje się, że im większe były oczekiwania dotyczące pomocy ze strony sąsiadów, tym niższy był poziom sensowności. Jest to związek istotny statystycznie ($r = -0,48$). Oczekiwanie wsparcia ze strony sąsiadów jednocześnie było związane w sposób przeciętny ze wsparciem wartościującym. Jest to związek przeciwny, czyli im więcej liczy się na sąsiadów, tym mniej ma się wsparcia wartościującego ($r = -0,49$). Jest to związek istotny statystycznie. Jeśli chodzi o wsparcie ze strony przyjaciół, to im więcej oczekuje się pomocy ze strony przyjaciół, tym niższy ma się poziom zaradności. Występuje wówczas zdecydowanie niższy poziom sensowności. Jeśli natomiast oczekuje się tego wsparcia właśnie z tej grupy, tj. ze strony przyjaciół, to jednocześnie ma się wyższy poziom wsparcia emocjonalnego ($r = 0,63$). Jest to związek istotny statystycznie. W przypadku liczenia na wsparcie ze strony osób obcych odnotowuje się istotny statystycznie związek ze wsparciem emocjonalnym, czyli jeśli liczy się na pomoc ze strony osób obcych, to jednocześnie doznaje się wyższego poziomu wsparcia emocjonalnego ($r = 0,47$). Jeżeli członkowie rodziny pacjenta terminalnego oczekują wsparcia ze strony lekarza, to jednocześnie w badaniu okazuje się, że mają

zdecydowanie niższy poziom zaradności, czyli im wyższa zaradność, tym rzadsze oczekiwanie wsparcia od lekarza. Jeśli chodzi o sensowność, to można powiedzieć, że jeżeli oczekuje się wsparcia ze strony lekarza, to ma się zdecydowanie niższy poziom sensowności. W przypadku wsparcia ze strony lekarza i SOC globalnego osoby, które oczekują tego wsparcia, mają niższy poziom SOC globalnego. Wsparcie społeczne nie jest związane z oczekiwaniem wsparcia ze strony lekarza, pielęgniarki, psychologa czy też duchownego. Jest jednak związane z poczuciem koherencji. Jeżeli oczekuje się wsparcia ze strony pielęgniarki, to ma się jednocześnie niższą zaradność, jak również niższy poziom SOC globalnego. Oczekiwanie wsparcia ze strony psychologa również w żaden sposób nie było związane ze wsparciem i poczuciem koherencji. Oczekiwanie wsparcia ze strony duchownego wiązało się natomiast z niższym poziomem zaradności ($r=-0,55$) i niższym poczuciem sensowności ($r=-0,58$) oraz niskim poziomem SOC ($r=-0,5$), związku te są istotne statystycznie. Podsumowując, istnieją związki pomiędzy częstością zaspokajania potrzeb a oczekiwaniem wsparcia ze strony konkretnych osób, przede wszystkim zaś z poczuciem koherencji, chociaż również ze wsparciem społecznym ze strony różnych osób.

Dyskusja

Celem niniejszej pracy było zbadanie poziomu poczucia koherencji oraz znaczenia otrzymywanego wsparcia społecznego przez opiekunów osób umierających dla procesu przygotowania ich do śmierci bliskiej im osoby. Otrzymane wyniki potwierdziły, że wystąpiły istotne różnice wśród osób badanych w zakresie wszystkich składowych poczucia koherencji, jakimi są: zrozumienie, zaradność i sensowność. Zdecydowanie najsilniej różnice te są widoczne w rozumiałości, które Antonovsky określił jako poczucie, że napływające wydarzenia są jasne, przewidywalne i wytłumaczalne [2]. Warto zauważyć, że pomimo tego że były badane osoby zdrowe, to SOC globalne okazał się wynikiem niskim (średnia 110,84 pkt), a więc zdecydowanie niższym od normy ustalonej przez Antonovsky'ego wynoszącej 130–160 pkt [3]. Fakt ten można zinterpretować specyficzną sytuacją, w jakiej znajdowali się badani – opieka nad bliską osobą umierającą z powodu choroby nowotworowej. Opiekunowie osób znajdujących się w terminalnej fazie choroby nowotworowej różnią się od siebie poziomem wsparcia, ale tylko emocjonalnego. Motyka [4] zwrócił uwagę na to, że często *wygadanie się* lub *wyptkanie* przewyższa emocjonalną korzyść, jaką odnosi człowiek z kierowanych do niego pocieszeń czy też słów perswazji. Zdaniem autora poziom autoekspresji, przez którą należy rozumieć zdolność do wyrażania siebie, tj. swoich osobistych poglądów i uczuć, w sposób spokojny z własnym, wewnętrznym doświadczeniem pozwala na konstruktywne odreagowanie i wentylację tłumionego napięcia, zachęcając także do większej otwartości i nawiązywania w sposób trwały bardziej osobistych kontaktów. Uzyskane wyniki badań częściowo potwierdziły istnienie związku pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jego składowymi a poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego u opiekunów osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Potwierdzenie znaleziono w za-

kresie związku pomiędzy: rozumiałością i wsparciem emocjonalnym – ponieważ przy wysokim poziomie rozumiałości opiekunowie otrzymują więcej wsparcia emocjonalnego, sensownością i wsparciem emocjonalnym – przy wysokim poziomie sensowności wsparcie emocjonalne jest niskie, oraz zaradnością i wsparciem informacyjnym – gdyż osoby o wysokiej zaradności otrzymują mało wsparcia informacyjnego. W wyniku przeprowadzonych badań ustalono, że istnieją pewne zmienne socjodemograficzne, do których należą: płeć, wiek, zamieszkiwanie w określonym środowisku, wykształcenie, zatrudnienie, stan zdrowia, możliwość otrzymania określonego typu pomocy oraz możliwość korzystania z pomocy określonych osób, które mają wpływ na poziom poczucia koherencji i poziom otrzymywanego wsparcia społecznego przez opiekunów osób w końcowej fazie choroby nowotworowej. Stwierdzenie to oprócz wyników badań własnych potwierdzają też badania przeprowadzone przez Słowika i Wysocką-Pleczyk, którzy przebadali grupę 80 osób przy użyciu kwestionariusza SOC-29, CISS (*Inwentarz stylów radzenia sobie ze stresem*) oraz *Skali radzenia sobie* Lazarusa i Folkman. Po analizie wyników badań autorzy stwierdzili, że mężczyźni mają znacząco wyższe ogólne poczucie koherencji oraz poczucie zaradności i rozumiałości w porównaniu z kobietami [5]. Jeśli chodzi o wpływ wieku, to zaobserwowano, że jest on czynnikiem różnicującym dla m.in.: wsparcia wartościującego, emocjonalnego, informacyjnego i instrumentalnego. Wraz ze wzrostem wieku rośnie poziom wsparcia instrumentalnego. Wykształcenie okazało się czynnikiem różnicującym wsparcie instrumentalne. Wysokie wsparcie instrumentalne otrzymują osoby z wykształceniem średnim i wysokim, co zapewne jest związane z zakresem i przyswajalnością wiedzy ogólnej oraz większą świadomością sytuacji, w której się znaleźli, czyli zbliżającej się śmierci bliskiej osoby. Zatrudnienie to czynnik różnicujący zaradność i SOC globalne oraz wsparcie wartościujące, emocjonalne i informacyjne. Po przeanalizowaniu wyników badań ustalono, że osoby utrzymujące się z pracy lub świadczeń rentowych mają niższy poziom zaradności. Najniższy poziom zaradności mają osoby bezrobotne bez prawa do zasiłku, oni też mają najniższy poziom SOC w stosunku do pozostałych grup. Badani bez jakiegokolwiek źródła utrzymania otrzymują najwyższy poziom wsparcia wartościującego. Zdecydowanie niski poziom tego wsparcia, jak również wsparcia informacyjnego otrzymują emeryci i renciści. Opiekunowie będący na utrzymaniu rodziny mają wysoki poziom poczucia koherencji, wysoką zaradność i wysoki poziom wsparcia wartościującego, a także emocjonalnego. Stan zdrowia różnicował wsparcie instrumentalne. Im lepsza była ocena własnego stanu zdrowia przez badanych, tym wyższy poziom wsparcia instrumentalnego otrzymywali. Ostatnie założenie rozpatrywane w niniejszej pracy mówiło o tym, że istnieje związek między częstością zaspokajania potrzeb oraz oczekiwaniem wsparcia ze strony różnych osób a poziomem poczucia koherencji i jego składowymi i poziomem wsparcia społecznego otrzymywanego przez opiekunów osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Na podstawie badań własnych założenie to udało się potwierdzić, ponieważ ustalono, że istnieją związki pomiędzy częstością zaspokajania potrzeb, oczekiwaniem wsparcia ze strony

konkretnych osób, a przede wszystkim z poczuciem koherencji, chociaż również wsparciem społecznym ze strony różnych osób. W pracy pogładowej autorstwa Gapika i Kosmali można odnaleźć wyniki przeprowadzonych badań dotyczących wykorzystywania przez mężczyzn strategii radzenia sobie w sytuacji trudnej związanej z chorobą nowotworową żony. Okazało się, że mężczyźni najczęściej radzą sobie dzięki: poszukiwaniu informacji, podejmowaniu działań, zmianie ról w życiu rodzinnym oraz dawaniu i poszukiwaniu emocjonalnego wsparcia, rozmawianiu o swoich problemach, zaprzeczaniu lub wypieraniu doświadczeń i uczuć, a także dzięki modlitwie [6]. Wszystkie przedstawione elementy radzenia sobie w sytuacji trudnej przez współmałżonków kobiet chorych na nowotwór również potwierdzają hipotezę mówiącą o istnieniu związków pomiędzy zaspokajaniem potrzeb, wsparciem społecznym i poziomem poczucia koherencji. Przedstawione wyniki badań własnych oraz wymienionych badaczy pokrywają się z założeniami stworzonej przez Antonovsky'ego teorii saluto-genetycznej, która głosi, że wysokie poczucie koherencji odpowiada za przekonanie jednostki, że życie ma sens, że część problemów i wymagań, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania. Ludzie o silnym SOC częściej traktują stresory jako wyzwanie, lepiej też radzą sobie w sytuacjach trudnych, a także lepiej wykorzystują posiadane zasoby, przede wszystkim jednak wierzą w sens swoich działań [2]. Badania dotyczące związku pomiędzy poczuciem koherencji i wsparciem społecznym a różnymi czynnikami mogącymi je moderować są prowadzone w Polsce od niedawna. Zależność poczucia koherencji i wsparcia społecznego z punktu widzenia saluto-genetycznego paradygmatu zdrowia stanowi istotny wątek rozważań naukowych. Dlatego zasadne jest kontynuowanie prowadzenia prac badawczych w tym obszarze, które objęłyby różne i liczniejsze grupy badanych, co umożliwiłoby zobiektywizowanie i uogólnienie wniosków. Zbadanie poziomu poczucia koherencji i otrzymywanego wsparcia społecznego przez rodziny pozwoli na określenie zapotrzebowania na opiekę terminalną oraz prawidłowe dostosowanie rodzajów wsparcia społecznego w stosunku do potrzeb opiekunów, co może mieć znaczący wpływ na polepszenie jakości opieki nad pacjentem, sprawowanej przez rodziny w hospicjum.

Wnioski

1. Opiekunowie różnią się w zakresie wszystkich podskal, czyli zrozumiałości, zaradności i sensowności. Najsilniej różnice te widoczne są w zrozumiałości. Istotny jest fakt, że badana grupa osób charakteryzuje się stosunkowo niskim poziomem poczucia koherencji (średnia 110), który jest niższy od normy ustalonej przez Antonovsky'ego (130–160). Odchylenie standardowe równe 12,59 oznacza, że w przypadku globalnego poczucia koherencji różnicowanie to jest również widoczne, chociaż nieistotne statystycznie.
2. Istnieje związek pomiędzy poziomem SOC i jego składowymi a poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego. Członkowie rodzin osób znajdujących się w terminalnym okresie choroby nowotworowej różnią się od siebie poziomem wsparcia społecznego, ale dotyczy to tylko wsparcia

emocjonalnego, ponieważ tylko w tym przypadku stosunek odchylenia standardowego do średniej przekracza 15%. Pozostałe typy wsparcia nie różnicują badanych.

3. Wsparcie społeczne jest związane z SOC, przy czym osoby z wysokim poziomem zrozumiałości otrzymują więcej wsparcia emocjonalnego, mało tego wsparcia otrzymują osoby mające wysoki poziom sensowności, natomiast badani o wysokiej zaradności otrzymują mało wsparcia informacyjnego.
4. Zbadanie poziomu SOC i otrzymywanego wsparcia społecznego przez rodziny pozwoli na określenie zapotrzebowania na opiekę terminalną oraz prawidłowe dostosowanie rodzajów wsparcia społecznego w stosunku do potrzeb opiekunów, co może mieć znaczący wpływ na polepszenie jakości opieki nad pacjentem sprawowanej przez rodziny w hospicjum.

Piśmiennictwo

1. Kempa ME. Jakość umierania oraz wychowanie do godnej śmierci jako problem współczesnego pokolenia. AM, Katowice 2001; 77–81.
2. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. IPN, Warszawa 2005; 35: 47–9.
3. Kurowska K, Wrońska I, Zajac M. Poczucie koherencji u chorych z miażdżycą naczyń kończyn dolnych. Zdrowie Publiczne 2005; 115: 155–60.
4. Motyka M. Koncepcja saluto-genetyczna A. Antonovsky'ego z perspektywy psychologii zdrowia. Pielęgniarstwo XXI Wieku 2005; 3 (12): 12–6.
5. Słowik P, Wysocka-Pleczyk M. Wpływ poczucia koherencji na radzenie sobie w zależności od płci. Sztuka Leczenia 1999; 5: 83–8.
6. Gapik L, Kosmala J. Wpływ choroby nowotworowej na sytuację rodzinną i relacje partnerskie pacjentek. Seksuol Pol 2004; 2: 25–9.

Adres do korespondencji

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