

Celem badań było określenie poziomu poczucia koherencji (ang. *sense of coherence* – SOC) oraz zakresu otrzymywanego wsparcia przez rodziny pacjentów będących pod domową opieką hospicyjną, jako wyznacznika określającego zapotrzebowanie na opiekę. Badania przeprowadzono w miejscu zamieszkania pacjentów objętych opieką przez Zespół Opieki Domowej Domu Sue Ryder w Bydgoszczy. Grupę badaną stanowiło 81 osób z rodzin opiekujących się pacjentem ze schorzeniem nowotworowym. Poczucie koherencji oceniane było za pomocą kwestionariusza Antonovsky'ego SOC-29, a pomiar wsparcia społecznego skalą Kmieciak-Baran. Badania wykazały, że opiekunowie pacjentów różnią się poziomem SOC oraz wsparcia emocjonalnego. Zbadanie owych zmiennych pozwala na ustalenie zakresu opieki oraz dostosowanie rodzajów wsparcia społecznego do potrzeb opiekunów, co może mieć wpływ na polepszenie jakości opieki nad pacjentem, sprawowanej przez rodziny w domu.

Słowa kluczowe: domowa opieka hospicyjna, poczucie koherencji (SOC), wsparcie społeczne, choroba nowotworowa.

Orientacja życiowa i poziom wsparcia wyznacznikiem zapotrzebowania rodzin na domową opiekę hospicyjną

Life orientation and social support as determinants of families' need for home hospice care

Krystyna Kurowska¹, Katarzyna Kołodziejska²

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

²Zespół Opieki Domowej Domu Sue Ryder w Bydgoszczy

Wstęp

Aaron Antonovsky wyraża pogląd, że tym, co pozwala na właściwe funkcjonowanie organizmu i pomaga zmagać się jednostce z różnymi czynnikami stresowymi i przeciwnościami losu, są ogólne zasoby odpornościowe organizmu. Ważnym wyznacznikiem pozycji człowieka na *continuum* zdrowie–choroba jest jego specyficzna, względnie trwała właściwość, którą autor nazwał poczuciem koherencji (orientacja życiowa, ang. *sense of coherence* – SOC). Jednym z istotnych zasobów odpornościowych jest wsparcie społeczne. Definiowane jest ono jako istnienie pozytywnych, opiekuńczych i pomocnych związków z innymi ludźmi [1]. Wsparcie społeczne i silne poczucie koherencji pozwalają rodzinie opiekującej się pacjentem poradzić sobie z dużym obciążeniem fizycznym i psychicznym, jakim jest choroba nowotworowa osoby najbliższej. Celem badań było określenie poziomu SOC oraz zakresu otrzymywanego wsparcia przez opiekunów osób ze schorzeniami onkologicznymi ze strony pielęgniarek opieki domowej, jako wyznacznika określającego zapotrzebowanie na opiekę.

Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia rodzin, u których najbliższych członków wystąpiła choroba nowotworowa. Badania prowadzono od sierpnia 2007 r. do marca 2008 r. w miejscu zamieszkania pacjentów objętych opieką przez Zespół Opieki Domowej Domu Sue Ryder w Bydgoszczy, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/192/2007). Grupę badawczą stanowiło 81 osób z rodzin opiekujących się pacjentem ze schorzeniem nowotworowym. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusz do badania poczucia koherencji (SOC-29) autorstwa Antonovsky'ego, skalę wsparcia społecznego Kmieciak-Baran oraz ankietę konstrukcji własnej odnoszącą się do różnych aspektów naszego życia. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnią arytmetyczną, 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 $p < 0,05$. Analizę wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTIKA 6.0.

Wyniki

Z analizy danych wynika, że średni wiek badanych opiekunów wynosił 48,4 roku. Najmłodszy opiekun miał 20 lat, a najstarszy 85. Odchylenie standar-

The aim of the study was to examine the levels of the sense of coherence (SOC) and support received by the families of home hospice patients, as determinants of need for care and factors preparing family members for the death of loved ones. The study was conducted in the residence places of patients of the Home Care Team of Sue Ryder House, Bydgoszcz. The study included 81 members of families of cancer patients. 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 the patients' caregivers have different SOC and emotional support levels. Examining these variables helps estimate the scope of care and adjust the kinds of support to the caregivers' needs, which might influence the quality of care provided by the family at home.

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

dowe równe 14 oznacza, że opiekunowie zazwyczaj reprezentowali grupę wiekową między 34. a 62. rokiem życia. Większość badanych członków rodzin opiekujących się osobą chorą to kobiety – 77,77% (63 osoby), mężczyźni stanowili 22,22% (18 osób), w związku z tym można stwierdzić, że tylko niespełna co czwarty opiekun był mężczyzną. Największą liczbę opiekunów stanowiły osoby zamężne, bo ponad 71%, osoby stanu wolnego – 13%, natomiast wdowy i wdowcy – 4,93%. Osoby rozwiedzione będące opiekunami dla swoich bliskich – 7,4%, bardzo mały procent stanowił konkubinaty (3%), a także osoby samotne (3%). Zdecydowana większość opiekunów była mieszkańcami miasta – 96,29%, pozostałe 3,7% to mieszkańcy wsi. Z analizy uzyskanych wyników można wnioskować, że pomoc pielęgniarki opieki hospicyjnej jest dostępna głównie dla osób z miasta. Mieszkańcy wsi rzadziej zgłaszają osobę chorą pod opiekę zespołu hospicyjnego z powodu niedoinformowania, a także niskiego poziomu promocji zdrowia na terenach wiejskich. Zdecydowana większość badanych opiekunów mieszkała wspólnie z rodziną (92,59%), samotnie tylko 7,4%. Żaden z respondentów nie wskazał, że mieszka z osobą obcą. Opiekunowie pacjentów będących pod domową opieką hospicyjną mieli najczęściej wykształcenie zawodowe (37,03%), średnim legitymowało się 35,8% osób, podstawowym – 14,81% i wyższym – 12,34%. Opiekunami pacjentów byli najczęściej emeryci, co jest spowodowane wiekiem – 30,86%. Zdecydowaną grupę opiekunów stanowiły osoby pracujące – 27,16%. Renciści opiekujący się pacjentami stanowili 16,04% badanych. Pozostałe typy, poza osobami bezrobotnymi bez praw do zasiłku, nie przekraczały 5%. Analiza sytuacji materialnej badanych wykazała, że większości respondentów wystarczyło tylko na podstawowe potrzeby (odpowiedź taką podało 72,83% respondentów), zgodne z częstotliwością korzystania z zasiłkowego źródła, czyli emerytury i renty. Zdecydowanie mniejszą grupę stanowili badani, którzy deklarowali, że wystarczy im środków finansowych na zaspokojenie wszystkich potrzeb – 19,75%. Liczba osób, których sytuacja materialna była bardzo dobra, oraz osób, których sytuacja była bardzo trudna („nie starcza środków finansowych na nic”) wynosiła tyle samo – 3,7%. Niespełna 30% badanych to osoby pracujące zawodowo, będące w stanie pogodzić pracę zawodową z opieką nad chorym. Z reguły były to osoby wywodzące się z liczniejszych rodzin, których członkowie również zajmowali się pacjentem, lub mające przyjaciół (osoby bliskie), którzy wspierali ich w opiece nad chorym. Większość badanych (70%) to osoby niepracujące zawodowo (emeryci, renciści, bezrobotni), które mogły poświęcić więcej czasu na opiekę nad swoim bliskim. Najwięcej pacjentów znajdowało się pod opieką hospicyjną 3 mies. (37,03%), w pozostałych przypadkach 14–25% chorych. Można zatem przyjąć, że pacjenci przebywający pod opieką hospicyjną od 3–6 oraz 6–12 mies. i więcej znajdowali się w podobnych rozkładach procentowych między 23,45 a 24,69%, czyli grupy te są mniej więcej zrównoważone. Ponad połowa badanych (55,55%) wskazała, że opiekuje się pacjentem samodzielnie. Odpowiedzi twierdzącej na pytanie dotyczące samodzielności w opiece nad chorym udzieliły głównie osoby, które były emerytami, rencistami lub bezrobotnymi, natomiast 44,44% badanych miało wsparcie ze strony najbliższych i były to osoby pracujące zawodowo. W zdecydowanej większości badani uznali wizyty pielęgniarskie za zdecydowanie potrzebne – stwierdziło tak ponad 88% ankietowanych, najmniejszy wynik to 2, nikt z badanych nie uważał wizyt pielęgniarskich za niepotrzebne. Ocenę 3, czyli odpowiedź „nie mam zdania”, wskazało 8,64% respondentów. Opiekunowie w ogromnej większości uważali, że wizyty pielęgniarskie w domu pacjenta są bardzo potrzebne. Odchylenie standardowe 0,65 oznacza, że prawie wszyscy badani, bo ponad 88%, stwierdzili wizyty za potrzebne, stąd taka wysoka średnia zapotrzebowania. Większość badanych opiekunów (49%) uważała, że wizyty pielęgniarskie powinny się odbywać w domu chorego 3 razy w tygodniu. Pięciu opiekunów uważało, że wystarczy jedna wizyta pielęgniarska tygodniowo. Z kolei 20 osób (24,69%) uważało, że potrzeba wizyt pielęgniarskich jest większa lub równa 5 w tygodniu, zapewne w tych przypad-

kach nasilenie choroby pacjenta było większe, a opieka nad taką osobą zdecydowanie trudniejsza. Zrozumiałość edukacji zdrowotnej przekazywanej przez pielęgniarkę występowała u 70 badanych osób (83,41%), niższych ocen nie wskazało więcej niż 10% badanych. Żaden z opiekunów nie podał odpowiedzi, że nie rozumie informacji przekazywanych przez pielęgniarkę dotyczących opieki nad chorym. Wynik średniej 4,81 świadczy o tym, że edukacja zdrowotna przekazywana przez pielęgniarkę jest zrozumiała. Odchylenie standardowe wynosi 0,5. Charakterystyczne jest to, że dane te przewyższają wyniki odnośnie do potrzeb wizyt pielęgniarskich.

Rodziny opiekujące się pacjentami będącymi pod opieką paliatywną różnią się poziomem poczucia koherencji i jego składowymi (tab. 1). Najwyższa średnia dotyczy zrozumienia, mniejsza zaradności, a jeszcze mniejsza sensowności. Cechą charakterystyczną jest to, że zrozumienie było badane za pomocą większej liczby pytań, umieszczonych w kwestionariuszu niż zaradność i sensowność. Rozpiętość tych wyników (minimalny wynik równy 21, maksymalny 65) jest zdecydowanie większa niż w przypadku zaradności wynoszącej minimum 26 i maksimum 62. Zdecydowanie mniejszy zakres obserwuje się w sensowności od minimum 14 do maksimum 43. Analizując ponownie wynik średniej zrozumienia – 44,66%, a odchylenia standardowego 7,77, można wnioskować, że zróżnicowanie zrozumienia w danej grupie badanych jest duże, ponieważ stanowi niemal 20%, czyli zrozumienie różni badanych. Zróżnicowanie jest znaczne również w zaradności, ponieważ średnia wynosi 38,44%, a odchylenie standardowe 5,58, co wskazuje, że udział odchylenia standardowego w średniej wynosi 15%. Analizując składową SOC – sensowność – średnia wynosi 30,43%, a odchylenie standardowe 4,56, co także wskazuje na zróżnicowanie tej podskali w grupie badanych. Globalny poziom

SOC wynosi 113,54, minimalny wynik równa się 80, a maksymalny 146, zatem można uznać, że badani mają niższe wyniki niż określone normy przez Antonovsky'ego, ponieważ Antonovsky wskazuje normy w granicach 130–160 [1, 2]. Badani nie osiągnęli tego minimum. Odchylenie standardowe równe niemal 11 mówiłoby o tym, że globalne zróżnicowanie poziomu SOC waha się w granicach 10%, czyli nie jest znaczne. Podsumowując, rodziny opiekujące się pacjentami będącymi pod opieką hospicyjną różnią się poziomem SOC i jego składowymi, jednak globalny poziom SOC u badanych jest zbliżony.

Wyróżnione w tab. 2. typy wsparcia społecznego należą do typów uwzględnionych w kwestionariuszu Kmieciak-Baran badającym wsparcie społeczne. Każdorazowo reprezentuje omawiane typy wsparcia taka sama liczba punktów, w związku z czym pośredni najwyższy poziom wsparcia otrzymują badani w zakresie wsparcia informacyjnego, nieco mniej instrumentalnego i wartościującego, a najmniej emocjonalnego. W przypadku wsparcia wartościującego minimalny wynik równał się 13, a maksymalny 24, natomiast odchylenie standardowe wynosiło 2,06. W związku z tym można powiedzieć, że odchylenie standardowe wynosiło nieco ponad 10% i w przypadku tego typu wsparcia nie można wnioskować, aby różnicowało ono rodziny opiekujące się chorym. Poddając analizie wsparcie emocjonalne, gdzie średnia była równa 16,74, a odchylenie standardowe wynosiło 4,97, można zaobserwować, że jego zróżnicowanie było bardzo duże. Wyniki uzyskane w zakresie powyższego wsparcia emocjonalnego mieszczą się w przedziale 6–26, czyli zróżnicowanie badanych było bardzo duże. Analizując wsparcie informacyjne, gdzie średnia była najwyższa i wynosiła 20,77, a odchylenie standardowe równe 2,31, nie można mówić o istotnym zróżnicowaniu, ponieważ odchylenie standardowe stanowiło nieco ponad 10%. Średnia wspar-

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 | 81 | 44,6667 | 21 | 65 | 7,77817 |
| zaradność | 81 | 38,4444 | 26 | 62 | 5,58570 |
| sensowność | 81 | 30,4321 | 14 | 43 | 4,56875 |
| SOC globalne | 81 | 113,5432 | 80 | 146 | 10,58306 |

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

| Typ wsparcia | N ważnych | Średnia | Minimum | Maksimum | Odchylenie standardowe |
|----------------|-----------|----------|---------|----------|------------------------|
| wartościujące | 81 | 18,04938 | 13 | 24 | 2,067010 |
| emocjonalne | 81 | 16,74074 | 6 | 26 | 4,974379 |
| informacyjne | 81 | 20,77778 | 14 | 27 | 2,313007 |
| instrumentalne | 81 | 19,09877 | 14 | 27 | 1,757875 |

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

| | Wartościujące | Emocjonalne | Informacyjne | Instrumentalne |
|---------------------|---------------|-------------|--------------|-----------------|
| zrozumienie | 0,0127 | -0,1677 | -0,0743 | -0,2471 |
| | p=0,910 | p=0,135 | p=0,510 | p=0,026* |
| zaradność | -0,0398 | 0,1464 | -0,0019 | -0,1968 |
| | p=0,724 | p=0,192 | p=0,986 | p=0,078 |
| sensowność | -0,1360 | 0,1309 | -0,0310 | 0,1005 |
| | p=0,226 | p=0,244 | p=0,783 | p=0,372 |
| SOC globalne | -0,0704 | 0,0105 | -0,0691 | -0,2421 |
| | p=0,532 | p=0,926 | p=0,540 | p=0,029* |

* p<0,05

cia instrumentalnego wynosiła 19,09, wynik minimalny we wsparciu instrumentalnym i informacyjnym wynosił 14, a maksymalny we wsparciu instrumentalnym i informacyjnym – 27. Odchylenie standardowe we wsparciu instrumentalnym było jednak zdecydowanie niższe i wynosiło 1,75, nie stanowiąc nawet 10% badanych. Można zatem stwierdzić, że wsparcia instrumentalnego doznają badani dokładnie tyle samo.

Dalszej analizie poddano związek pomiędzy poziomem SOC i jego składowymi a poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego u rodzin opiekujących się pacjentem objętym domową opieką paliatywną (tab. 3.). Zrozumienie nie było istotnie związane ze wsparciem wartościującym, emocjonalnym i informacyjnym, natomiast wyniki wykazywały zdecydowanie istotny statystycznie związek ze wsparciem instrumentalnym. Jest to związek przeciwny, jednak jednocześnie jest związkiem słabym, co oznacza, że im wyższe zrozumienie, tym mniej wsparcia instrumentalnego, doświadczają badane osoby. Zaradność nie okazała się istotnie związana z żadnym typem wsparcia, podobnie jak sensowność. Globalne SOC jest związane ze wsparciem instrumentalnym dokładnie w taki sam sposób, w jaki było związane zrozumienie, czyli wyższy poziom wsparcia instrumentalnego uzyskują zwykle osoby, u których poziom SOC jest niższy. Wyższe SOC globalne sprzyja niskiemu wsparciu instrumentalnemu. Podsumowując, istnieją pośrednie związki między wsparciem społecznym a SOC globalnym. Wsparcie instrumentalne jest związane z SOC globalnym i zrozumieniem, a w pozostałych typach wsparcia nie udało się ustalić zależności i związku.

Z analizy danych zmiennych pośredniczących, które zostały obliczone na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji, wynika, że płeć nie okazała się czynnikiem różnicującym SOC, różnicuje natomiast wsparcie wartościujące. Kobiety doznawały w tym samym czasie zdecydowanie mniej wsparcia wartościującego (17,73) niż mężczyźni (19,16). Wiek i stan cywilny nie okazały się w żaden sposób czynnikiem różnicującym SOC oraz jakiegokolwiek z jego podskal. Podobna sytuacja zachodzi w przypadku analizy poszczegól-

nych typów wsparcia. Miejsce zamieszkania badanych nie wykazało różnicy istotnej statystycznie, ale w wielu przypadkach można by mówić o istotności statystycznej granicznej, będącej trendem statystycznym. W zakresie SOC, czy też poszczególnych typów wsparcia, zamieszkiwanie badanych z rodziną lub samotnie nie miało wpływu na istotne różnicowania statystyczne. Wykształcenie nie różnicowało u badanych poziomu SOC, natomiast różnicowało w istotny sposób wsparcie emocjonalne (F=3,2897; p<0,0250) i instrumentalne (F=3,0797; p<0,0323). Analizując wsparcie emocjonalne, można stwierdzić, że jest ono charakterystycznie wyższe dla osób ze średnim wykształceniem (18,73), natomiast – co zaskakujące – spada u osób z wyższym wykształceniem (14). Stosunkowo wysoki poziom wsparcia emocjonalnego mają badane osoby z wykształceniem podstawowym (16,5) w porównaniu z osobami z wykształceniem wyższym. W typie wsparcia instrumentalnego można zaobserwować sytuację, że im wyższy poziom wykształcenia, tym wyższego poziomu wsparcia instrumentalnego doznają badane osoby. Osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym miały porównywalny poziom wsparcia instrumentalnego (18,5), natomiast osoby z wykształceniem średnim i wyższym przekraczały 19 punktów. Zatrudnienie oraz sytuacja materialna nie okazały się czynnikami różnicującymi badane osoby pomiędzy poziomem SOC i jego składowymi oraz typami wsparcia. Praca zawodowa badanych osób podczas opieki nad pacjentem okazała się czynnikiem różnicującym dla wsparcia wartościującego (F=6,4103; p<0,0133) oraz sensowności (F=7,8096; p<0,0065). Wyższą sensowność mają osoby niepracujące (31,31), opiekujące się osobą chorą, natomiast osoby pracujące zawodowo wykazały się wyższym poziomem wsparcia wartościującego (18,91). Potrzeba wizyt pielęgniarskich, czas objęcia opieką paliatywną pacjenta w domu przez zespół hospicyjny, jak również podejmowanie samodzielnej opieki nad pacjentem lub przy pomocy najbliższych nie wskazywały różnic statystycznych. Częstość wizyt pielęgniarskich w domu pacjenta nie wpływała na związek poziomu SOC, natomiast różnicowała badanych w otrzymywanym wsparciu emocjonalnym (F=3,0070; p<0,0232). Częstość wizyt pielęgniarskich w domu chorego różnicowała poziom wsparcia emocjonalnego. Osoby, które wskazywały, że nie potrzebują dużej częstości wizyt tygodniowo, i deklarowały jedną wizytę, miały najwyższy poziom wsparcia emocjonalnego (21,20) w porównaniu z osobami, które wykazywały potrzebę częstszych wizyt pielęgniarskich w domu chorego. Różnica ta jest znacząca, porównując wyniki z badanymi, którzy wskazywali pozostałe częstości wizyt w ankiecie. W związku z tym można stwierdzić, że zaspokojenie potrzeb emocjonalnych w pewnym stopniu może powodować zmianę potrzeby częstości wizyt w domu chorego. Ocena zrozumiałości edukacji przekazywanej przez pielęgniarki opiekunom pacjentów będących pod domową opieką hospicyjną podczas wizyt nie różnicowała badanych. Wszyscy badani stwierdzili, że rozumieją edukację zdrowotną przekazywaną na wysokim poziomie. Podsumowując, częstość wizyt pielęgniarskich różnicowała wsparcie. Praca zawodowa opiekunów pacjenta różnicowała zarówno wsparcie wartościujące, jak i składową SOC – sensowność. Wykształcenie osób badanych różnicowało

wsparcie emocjonalne i instrumentalne. Płeć opiekunów różnicowała wsparcie wartościujące.

Omówienie

Celem badań było określenie poziomu poczucia koherencji oraz wsparcia rodzin pacjentów będących pod domową opieką hospicyjną. Rodziny opiekujące się pacjentem różni poziom poczucia koherencji w zakresie podskal, jednak globalny SOC u badanych jest zbliżony i wynosi 113,54. Analizując normy wskazywane przez Antonovsky'ego wynoszące 133–160 punktów, można stwierdzić, że wynik uzyskany przez badane rodziny jest zdecydowanie niższy od norm twórcy poczucia koherencji. W Polsce po przeprowadzeniu wielu badań ustalono, że wśród zdrowych ludzi i prawidłowo funkcjonujących normą tą będzie wynik 120–130 punktów [1, 3]. Obniżony wynik globalnego SOC może być spowodowany stresem, przemęczeniem i lękiem badanych rodzin podczas opieki nad najbliższym. Dolińska-Zygmunt uważa, że nie można utrzymać wysokiego poziomu poczucia koherencji, jeśli wyprowadza się poza subiektywne granice 4 obszary: najszybsze uczucia, bezpośrednie relacje z innymi ludźmi, główną aktywność życiową, problemy egzystencjalne (śmierć, porażka, izolacja...). Gdy dana osoba włącza w obszar osobistych granic zbyt szeroki zakres, wtedy poczucie koherencji jest słabe, co przejawia się odczuciem zagubienia, bezradności, beznadziejności, bezsensowności życia [2]. W zakresie podskal można zauważyć znaczące różnicowanie badanych rodzin. Analizując podskale poczucia koherencji (zaradność, zrozumiałość, sensowność), można stwierdzić, że zrozumienie zdecydowanie różniło badanych. Antonovsky zrozumienie określa jako poczucie, że napływające wydarzenia są jasne, przewidywalne i wytłumaczalne [1]. Analizując zróżnicowane wyniki zrozumienia, wydaje się, że istotny mógł być tu wiek badanych. Rozpiętość wiekowa jest bardzo duża – 20–85 lat, średnia wieku to 48 lat. Badane osoby były w wieku średnim, pełne życiowych planów i umieranie osoby bliskiej nie było na pewno postrzegane przez nich jako proces naturalny, wytłumaczalny i przewidywalny.

Spośród wszystkich typów wsparć rodziny otrzymywały najczęściej wsparcie informacyjne, nieco mniej instrumentalne i wartościujące. Zdaniem Sęk i Cieślaka wsparcie informacyjne sprzyja lepszemu zrozumieniu sytuacji, położenia życiowego i zaistniałego problemu. Polega na podejmowaniu przez osobę wspieraną różnych działań zaradczych. Wsparcie instrumentalne to rodzaj instruktażu polegającego na przekazywaniu konkretnych sposobów postępowania [4]. Wsparcie emocjonalne zdecydowanie różniło badanych. Można by wnioskować, że rodziny mają różne potrzeby odnośnie do otrzymywania wsparcia emocjonalnego ze strony pielęgniarek, ponieważ część z ich członków to osoby pracujące (30%) oraz osoby otrzymujące wsparcie od przyjaciół lub znajomych w pracy. Podobna sytuacja zachodzi w przypadku osób zamieszkujących z rodzinami (92%), które je wspierają i pomagają w trudnych chwilach. Wsparcia instrumentalnego i informacyjnego w większości udziela natomiast pielęgniarka jako osoba fachowa i kompetentna (w podobnym stopniu każdej rodzinie), natomiast wsparcie emocjonalne jest przekazywane przez pielęgniarkę rodzinom przeważnie w zależności od potrzeb.

Rozważając dane statystyczne odnośnie do związku pomiędzy poziomem SOC i jego składowymi a poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego przez rodziny osób ze schorzeniami nowotworowymi będącymi pacjentami domowej opieki hospicyjnej, można stwierdzić, iż zrozumienie jest związane istotnie statystycznie ze wsparciem instrumentalnym. Jest to związek przeciwny, jednak jednocześnie jest związkiem słabym, co oznacza, że im wyższe zrozumienie badanych rodzin, tym mniej wsparcia instrumentalnego doświadczają badane osoby. Zaradność i sensowność nie okazały się istotnie związane z żadnym typem wsparcia, natomiast globalne SOC jest skorelowane ze wsparciem instrumentalnym, dokładnie w taki sam sposób, w jaki było związane zrozumienie. Można zatem powiedzieć, że wyższy poziom wsparcia instrumentalnego uzyskują zwykle opiekunowie, u których poziom SOC jest niższy.

Odnosnie do istnienia zmiennych pośredniczących mających wpływ na poziom SOC i wsparcia społecznego można stwierdzić, że płeć badanych różnicowała wsparcie wartościujące. Kobiety doznawały w tym samym czasie zdecydowanie mniej wsparcia wartościującego niż mężczyźni. Analizując wyniki, można zauważyć, że kobiety zdecydowanie lepiej radzą sobie z trudnościami i przeciwnościami losu i mają znacznie mniejsze potrzeby w zakresie wspierania. Istotną zmienną okazało się wykształcenie badanych. Różnicowało ono w istotny sposób wsparcie emocjonalne i instrumentalne, natomiast nie różnicowało poziomu SOC. Analizując wsparcie emocjonalne, można stwierdzić, że jest ono charakterystycznie wyższe dla osób z wykształceniem średnim, natomiast – co zadziwiające – spada u osób z wykształceniem wyższym. Stosunkowo wysoki poziom wsparcia emocjonalnego mają badani opiekunowie z wykształceniem podstawowym w porównaniu z osobami z wykształceniem wyższym. Kolejną zmienną, która okazała się czynnikiem różnicującym dla wsparcia wartościującego oraz sensowności, była praca zawodowa badanych osób podczas opieki nad pacjentem. Wyższą sensowność mają osoby niepracujące, opiekujące się osobą chorą, natomiast opiekunowie pracujący wykazali się wyższym poziomem wsparcia wartościującego. Potrzeba wizyt pielęgniarskich nie różnicowała badanych, natomiast częstość wizyt różnicowała poziom wsparcia emocjonalnego. Osoby, które wskazywały, że nie potrzebują częstszych wizyt i deklarowały 1 wizytę tygodniowo, miały najwyższy poziom wsparcia emocjonalnego w stosunku do tych osób, które wykazały potrzebę częstszych wizyt pielęgniarskich. Różnica jest znacząca, porównując wyniki badanych osób, które wskazywały pozostałe częstości wizyt w ankiecie. W związku z czym można stwierdzić, że zaspokojenie potrzeb emocjonalnych rodzin opiekujących się pacjentami w domu w pewnym stopniu może powodować zmianę potrzeby częstości wizyt na mniejszą. Ocena zrozumiałości edukacji zdrowotnej przekazywanej rodzinom podczas wizyt przez pielęgniarkę nie różnicowała badanych. Wszyscy badani stwierdzili, że rozumieją edukację zdrowotną przekazywaną na wysokim poziomie. Zbadanie poziomu poczucia koherencji i otrzymywanego wsparcia społecznego przez rodziny pozwoli na określenie zapotrzebowania na opiekę hospicyjną oraz prawidłowe dostosowanie rodzajów wspar-

cia społecznego w stosunku do potrzeb opiekunów, co może mieć znaczący wpływ na polepszenie jakości opieki nad pacjentem sprawowanej przez rodziny w domu.

Wnioski

1. Poziom SOC u badanych rodzin chorych onkologicznie jest znacznie niższy (113,53) niż wartości normatywne wskazane przez Antonovsky'ego (133–160), przyczyną tego stanu może być stres, przemęczenie i lęk badanych podczas opieki nad najbliższym.
2. Spośród wszystkich typów wsparć rodziny otrzymywały najczęściej wsparcie informacyjne, nieco w mniejszym stopniu instrumentalne i wartościujące. Wsparcie emocjonalne zdecydowanie różniło badanych. Wsparcia instrumentalnego i informacyjnego w większości udziela pielęgniarka, jako osoba fachowa i kompetentna, natomiast emocjonalne jest przekazywane przez nią rodzinom w zależności od potrzeb.
3. Zrozumienie jest związane ze wsparciem instrumentalnym, co oznacza, że im wyższy poziom zrozumienia badanych rodzin, tym mniej wsparcia instrumentalnego doświadczają badane osoby. Wyższy poziom wsparcia instrumentalnego uzyskują zwykle opiekunowie, u których poziom SOC jest niższy.
4. Kobiety doznawały zdecydowanie mniej wsparcia wartościującego, zdecydowanie lepiej radzą sobie z trudnościami i przeciwnościami losu i mają znacznie mniejsze potrzeby w zakresie wspierania.
5. Częstość wizyt różnicowała poziom wsparcia emocjonalnego. Zaspokojenie potrzeb emocjonalnych rodzin opiekujących się pacjentami w domu w pewnym stopniu może powodować zmianę potrzeby częstości wizyt na mniejszą.
6. Zbadanie poziomu SOC i otrzymywanego wsparcia społecznego przez rodziny pozwoli na określenie zapotrzebowania na opiekę hospicyjną 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 domu.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Wydawnictwo Fundacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995; 33, 37, 42, 83.
2. Gruszczyńska E, Worsztynowicz A. Koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji Aarona Antonovsky'ego. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna 1999; 6: 95-105.
3. Łuszczzyńska-Cielak A. Czym jest dla psychologa poczucie koherencji? Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna 2001; 8: 56-68.
4. Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006; 23-57.

Adres do korespondencji

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