

## Poczucie koherencji a radzenie sobie z chorobą u osób po przebytym niedokrwiennym udarze mózgu

### *The sense of coherence and dealing with an illness experienced cerebral stroke*

Krystyna Kurowska, Małgorzata Lasota

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Teorii Pielęgniarstwa Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

#### Streszczenie

**Wstęp.** Pomiędzy poczuciem koherencji a zdrowiem występuje istotny związek. Posiadanie wysokiego SOC ułatwia radzenie sobie w sytuacjach trudnych, stresowych. Niedokrwienny udar mózgu pojawia się nagle, prowadzi do ograniczenia aktywności życiowej, wiąże się z hospitalizacją i dlatego tak ważne jest znalezienie i wybranie odpowiedniej strategii radzenia sobie ze stresem, który jest obecny podczas choroby. **Cel.** Określenie poziomu poczucia koherencji oraz preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem u osób z rozpoznaniem niedokrwiennego udaru mózgu, jako wykładnika pozytywnego funkcjonowania w codziennym życiu w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia. **Material i metody.** Przebadano 85 pacjentów z rozpoznaniem niedokrwiennego udaru mózgu w Klinice Neurologii w Szpitalu Uniwersyteckim im. dra A. Jurasza w Bydgoszczy. Poczucie koherencji oceniono za pomocą kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29) a pomiar radzenia sobie w sytuacjach stresowych – kwestionariuszem CISS Endlera i Parkera, w polskiej adaptacji autorstwa Szczepanika, Strelaua i Wrześniewskiego. **Wyniki.** Chorzy to osoby o przeciętnym poziomie poczucia koherencji. W sytuacjach stresowych przeciętnie koncentrują się na podejmowaniu wysiłków zmierzających do rozwiązywania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. **Wnioski.** Otrzymane wyniki mogą mieć wpływ na przygotowanie pacjenta do samodzielnej egzystencji z chorobą. Pozwalają lepiej zaplanować opiekę nad tym chorymi, wdrożyć działania mające na celu pomoc w zaakceptowaniu choroby. *Geriatrics 2016; 10: 15-20.*

*Słowa kluczowe: poczucie koherencji (SOC), radzenie sobie ze stresem, niedokrwienny udar mózgu*

#### Abstract

**Background.** There is a relevant relation between the sense of coherence and health. Having high level of SOC eases dealing with difficult and stressful situations. A cerebral stroke appears suddenly. It leads to life activity limitation, it involves hospitalization and thus it is so significant to find and choose the right strategy of dealing with stress that an illness is accompanied by. **Aim.** The definition of SOC level and the ways of dealing with stress preferred by patients with cerebral stroke diagnosed, as a determiner of a positive functioning in everyday life and the maintenance of an optimal state of health. **Material and methods.** 85 patients with cerebral stroke diagnosis were examined at the Neurological Clinic in The University Hospital of Dr. A. Jurasz in Bydgoszcz. The sense of coherence was defined with the help of Living Orientation questionnaire (SOC-29) and dealing with stress was measured with the help of the Ender and Parker's CISS questionnaire, adapted into Polish by Szczepanik, Strelau and Wrześniewski. **Results.** The ill comprise people of an average SOC level. When found in stressful situations they usually focus on putting effort aiming at solving the problem by cognitive transformation or attempts to change the situation. **Conclusions.** The results can help to prepare better the patient with a total hip, replacement to live with the disease. They also help to plan better the patients' treatment. They also allow to start the activity which aims to help in disease acceptance. *Geriatrics 2016; 10: 15-20.*

*Keywords: sense of coherence (SOC), coping styles, cerebral stroke*

## Wstęp

Udar mózgu to trzecia co do częstości występowania przyczyna zgonów na całym świecie. Uznawany jest głównie za chorobę wieku podeszłego [1]. Przebyte udaru to wydarzeniem stresowe. Niedokrwienny udar mózgu jest chorobą, która może pojawić się nagle. Prowadzi do znacznego ograniczenia aktywności życiowej, wiąże się z hospitalizacją i z żmudną rehabilitacją. Czynnikiem wpływającym na umiejętność pokonywania trudnych sytuacji związanych z chorobą oraz radzeniem sobie ze stresem jest poczucie koherencji (SOC). Wysokie SOC daje wiarę w sens życia, jego uporządkowanie, przewidywalność – co sprawia, że chce się być zdrowym i sprawnie funkcjonować [2]. Celem pracy było określenie poziomu poczucia koherencji oraz preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem u osób z rozpoznaniem niedokrwiennego udaru mózgu, jako wykładnika pozytywnego funkcjonowania w codziennym życiu oraz w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia. Wyniki badań oraz wiedza teoretyczna wskazują, że im wyższe poczucie koherencji i adekwatnie wybrana strategia radzenia sobie ze stresem do występującego stresora, tym łatwiej zachować optymalny stan zdrowia [3].

## Materiał i metoda badawcza

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób starszych ze schorzeniami przewlekłymi. Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2011 roku do kwietnia 2012 roku w grupie 110 osób z rozpoznaniem niedokrwiennego udaru mózgu, będących w trakcie leczenia w Klinice Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dra Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/395/2011). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusz do badania poczucia koherencji (SOC-29) autorstwa Antonovsky'ego; kwestionariusz CISS w polskiej adaptacji autorstwa Szczepanika, Strelaua i Wrześniewskiego, który służy do oceny stylów radzenia sobie w sytuacji trudnej oraz ankietę konstrukcji własnej. Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC – 29 zawiera 29 stwierdzeń ocenianych w skali 7-punktowej. Pozwala na pomiar, poza ogólnym wskaźnikiem poczucia koherencji, także jego trzech komponentów, tj. poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do stwierdzeń uwzględniających

modalność, źródło, wymogi i czas działającego bodźca przy pomocy skali, określającej reakcje osoby badanej [4]. Kwestionariusz radzenia sobie z w sytuacjach stresowych – CISS zawiera 48 pozycji. Odpowiedzi każdej z nich są punktowane w skali od 1 do 5, zgodnie z punktacją przedstawioną na arkuszu odpowiedzi. CISS posiada 3 skale: styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ), styl skoncentrowany na emocjach (SSE), styl skoncentrowany na unikaniu (SSU). Skala SSU zawiera dwie podskale: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ), poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT). Osiągnięty wynik ocenia się przez odniesienie ich do norm stenowych. Przy ocenie wyników stenowych skorzystano z następującej kategoryzacji: Sten 1–3 wyniki niskie; Sten 4–7 wyniki przeciętne, Sten 8–10 wyniki wysokie [5]. Do opisu zmiennych wykorzystano 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 przy pomocy pakietu statystycznego STATISTICA 10.

## Wyniki badań

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku respondentów wynosiła 67,8 lat (od 60 do 81 lat). Najliczniejszą grupę wiekową stanowili badani w wieku 70–79 lat (34,1%), najmniej liczna powyżej 80 lat (14,5%). Dominowali nieznacznie mężczyźni (55,3%). Większość miała wykształcenie średnie (34,1%) i zawodowe (31,8%), pozostawała w związkach małżeńskich (63,5%), zamieszkiwała z rodziną (84,7%), posiadała potomstwo (98,8%) i mieszkała w mieście (67,1%). Z emerytury utrzymywało się 64,7% badanych. Sytuację finansową określają jako przeciętną (52,9%). Większość z badanych miała udar mniej niż rok temu (70,6%) oraz od 1-5 lat temu – (12,9%). W większości twierdzili, że w rodzinie wśród bliskich udar mózgu nie wystąpił (71,8%). Wskazali na występowanie chorób współistniejących (97,6%) tj. p/w choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze i cukrzyca typu 2.

Zebrany materiał (tabela I) świadczy, że chorzy po przebytych udarach mózgu, to osoby o zdecydowanie przeciętnym poziomie poczucia koherencji (150,8 – wynik mieszczący się w górnej strefie wyników przeciętnych), przy odchyleniu standardowym

14% wartości średniej, co świadczy o nie znacznym zróżnicowaniu. Wyniki wysokie uzyskała ponad połowa badanych (51,8%). Poczucie zrozumiałości, to poziom wysoki (53,3 – strefa wyników wysokich). Odchylenie standardowe stanowiło ponad 18% wartości średniej, świadcząc o znacznym zróżnicowaniu. Wyniki wysokie uzyskało jeszcze więcej osób – (65,9%). Badani wykazali przeciętny poziom zaradności (53,7 – powyżej środkowej wartości wyników przeciętnych). Odchylenie standardowe stanowiło ponad 17% wartości średniej, co i w tym przypadku świadczyło o znacznym zróżnicowaniu. Wyniki wysokie uzyskało 43,5% badanych. Podobnie kształtowały się wyniki dotyczące poczucia sensowności (43,8 – powyżej środkowej wartości wyników przeciętnych). Odchylenie standardowe stanowiło ponad 15% wartości średniej, co świadczyło o znacznym zróżnicowaniu. Wyniki wysokie uzyskało (24,7%). Podsumowując, biorąc pod uwagę wszystkie składowe poczucia koherencji, najwyższe wyniki uzyskali badani po przebytych udarze w poczuciu zrozumiałości, najniższe w sensowności.

Analizując poziom poczucia koherencji dokonano analizy porównawczej, ze względu na zmienne socjodemograficzne, do których wytypowano płeć, grupy wiekowe, miejsce zamieszkania, wykształcenie, czas trwania choroby oraz występowanie chorób współistniejących. Ze względu na poziom istotności  $p > 0,05$  nie odnotowano istotnej różnicy pomiędzy grupami płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia w wynikach zarówno ogólnym SOC oraz zrozumiałości, zaradności i sensowności. Wyjątek stanowiła

sensowność, która pozostawała w niskiej korelacji z wykształceniem ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,0379$ ). Zdecydowanie najwyższe wyniki sensowności prezentowali badani z wyższym wykształceniem. Wyniki pozostałych grup wykształcenia były zbliżone. Wyższe wyniki prezentowali badani z wykształceniem zawodowym, zupełnie najniższe z podstawowym. Sensowność, pozostawała w niskiej korelacji z wykształceniem ( $r = -0,12$ ;  $p < 0,2492$ ). Nie odnotowano również istotnej różnicy pomiędzy grupami ze względu na czas trwania choroby jak i występowania chorób współistniejących zarówno ogólnym SOC oraz zaradności i sensowności. Wyjątek stanowiła zrozumiałość ( $p < 0,0314$ ). Wyższe wyniki zrozumiałości prezentowali badani nie obciążeni chorobami współistniejącymi.

Skala SSZ określa styl radzenia sobie ze stresem polegający na podejmowaniu zadań (tabela II). Średnia grupy w tej skali punktowej wyniosła 60,6 punktu (mediana – sten 6,7). Stwierdzić zatem można, że badani, w sytuacjach stresu przeciętnie koncentrowali się na podejmowaniu wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy w skali SSZ uzyskali sten 6 (18,8%) oraz sten 8 – (16,5%), sten 7 i 9 – (po 15,3%). Większość uzyskała wyniki przeciętne. Wyniki wysokie uzyskało (40%). Skala SSE dotyczy stylu charakterystycznego dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy czy napięcie. Średnia grupy w tej skali wyniosła 38 punktu

Tabela I. Statystyki opisowe poczucia koherencji (SOC) i jego składowych

Table I. Descriptive statistics of the levels of sense of coherence (SOC) and its components

wyniki	SOC globalne		zrozumiałość		zaradność		sensowność	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
niskie	1	1,2	2	2,4	2	2,4	1	1,2
przeciętne	40	47,1	27	31,8	46	54,1	63	74,1
wysokie	44	51,8	56	65,9	37	43,5	21	24,7
N ważnych	85		85		85		85	
Średnia	150,8		53,3		53,7		43,8	
Odch.Std.	21,3171		9,9536		9,2291		6,7680	
Minimum	87,0		30,0		24,0		23,0	
Maksimum	193,0		71,0		69,0		55,0	
Dolny kwartyl	140,0		47,0		49,0		40,0	
Mediana	153,0		54,0		55,0		46,0	
Górny kwartyl	167,0		61,0		61,0		48,0	

Tabela II. Statystyki opisowe stylów radzenia sobie ze stresem

Table II. Descriptive statistics of coping styles

	SSZ		SSE		SSU		ACZ		PKT	
	Punkty	Steny	Punkty	Steny	Punkty	Steny	Punkty	Steny	Punkty	Steny
N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
	60,6	6,7	38,0	3,9	45,4	5,7	18,1	5,1	18,9	6,7
SD	10,269	2,2381	12,092	2,3815	8,8531	1,9737	5,0222	1,8912	5,5265	2,8343
Min	20,0	1,0	16,0	1,0	22,0	1,0	8,0	1,0	5,0	1,0
Maks	78,0	10,0	69,0	9,0	65,0	10,0	31,0	10,0	25,0	10,0
Dolny kwartyl	55,0	5,0	30,0	2,0	42,0	5,0	15,0	4,0	15,0	5,0
Mediana	62,0	7,0	35,0	3,0	47,0	6,0	18,0	5,0	20,0	7,0
Górny kwartyl	68,0	8,0	46,0	6,0	51,0	7,0	21,0	6,0	23,0	9,0

SSZ – styl zadaniowy; SSE – styl emocjonalny; SSU – styl unikowy; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze;

PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Tabela III. Macierz korelacji poczucia koherencji (SOC) i radzenia sobie ze stresem

Table III. The correlation matrix between the sense of coherence (SOC) and coping with stress

wynik	N	R	t(N-2)	poziom p
SOC & wyniki SSZ	85	0,0402	0,3669	0,7147
SOC & wyniki SSE	85	-0,2070	-1,9272	0,0574
SOC & wyniki SSU	85	0,0176	0,1605	0,8728
SOC & wyniki ACZ	85	-0,1674	-1,5471	0,1256
SOC & wyniki PKT	85	0,1525	1,4057	0,1636
SOC & style	85	-0,2901	-2,7615	0,0071

SOC – poczucie koherencji; SSZ – styl zadaniowy; SSE – styl emocjonalny; SSU - styl unikowy; ACZ - angażowanie się w czynności zastępcze;

PKT - poszukiwanie kontaktów towarzyskich

(mediana – sten 3,9). Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy uzyskali sten 3 (20%) oraz sten (18,8%), sten 2 i 4 – (po 12,9%). Najliczniejsza grupa badanych uzyskała wyniki niskie (51,8%). Wyniki wysokie uzyskało zaledwie – (9,4%). Skala SSU, określa styl radzenia sobie ze stresem charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji. Średnia grupy w tej skali wyniosła 45,4 punktów (mediana – sten 5,7). Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły osoby, które uzyskały sten 6 – (22,4%) oraz sten 5 i 7 – ( po 18,8%). W dalszej kolejności sten 8 – (15,3%). Zdecydowana większość badanych uzyskała wyniki przeciętne – (64,7%). Wyniki wysokie uzyskało (18,8%). Styl ten może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT). Średnia grupy w podskali (ACZ), to

18,1 punktu (mediana – sten 5,1). Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowią osoby, które uzyskały sten 5 – (32,9%) i sten 6 – (24,7%). W dalszej kolejności sten 7 i 2 – (po 9,4%). Najliczniejszą grupę stanowiły osoby o wynikach przeciętnych – (75,3%). Wyniki wysokie natomiast uzyskało (7,1%). Średnia grupy w podskali PKT, wyniosła 18,9 punktu (mediana – sten 6,7). Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowią osoby, które w tej podskali uzyskały sten 10 – (22,4%) i sten 8 – (14,1%). W dalszej kolejności sten 6 – (12,9%) oraz sten 7 i 9 – (po 10,6%). Większość badanych uzyskała wyniki wysokie – (47,1%).

Wśród dominujących dwóch stylów najliczniejszą grupę stanowili badani preferujący styl SSZ (28,2%) i SSU (23,5%). Kobiety i mężczyźni nie różnili się wynikami CISS. Nie pozostawali też w istotnej statystycznie korelacji z grupami wiekowymi i miejscem zamieszkania. Wykształcenie pozostawało w istotnej

niskiej korelacji z wynikami SSZ ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,0384$ ). Generalnie najwyższe wyniki SSZ prezentują badani z wykształceniem wyższym, najniższe z podstawowym. Czas wystąpienia udaru mózgu nie pozostawał w niskiej korelacji z wynikami CISS. W występowaniu chorób współistniejących nie różnili się stylami radzenia sobie ze stresem. Wyjątek stanowiły wyniki stylu SSE ( $p < 0,0277$ ). Generalnie najwyższe wyniki SSE prezentowali badani, u których występowały choroby współistniejące. Wyniki wysokie (11,5%) i niskie (44,3%). Wyniki globalne SOC pozostawały w istotnej statystycznie niskiej korelacji tylko ze stylami radzenia sobie ze stresem (tabela III). Zrozumiałość pozostawała w istotnej statystycznie niskiej korelacji z wynikami ACZ ( $r = -0,21$ ;  $p < 0,0492$ ) i stylami radzenia sobie ze stresem ( $r = -0,22$ ;  $p < 0,0362$ ). Najwyższe wyniki zrozumiałości prezentowali badani, którzy osiągnęli niskie wyniki ACZ. Zaradność nie pozostawała w istotnej statystycznie korelacji z wynikami CIS. Sensowność była w istotnej statystycznie niskiej korelacji z wynikami SSZ ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,0063$ ), PKT ( $r = 0,24$ ;  $p < 0,0211$ ) i stylami radzenia sobie ze stresem ( $r = -0,27$ ;  $p < 0,0096$ ). Zdecydowanie najwyższe wyniki sensowności prezentowali badani, mający wysokie wyniki stylu SSZ. Wraz ze wzrostem wyników PKT, wzrastały wyniki sensowności. Najwyższe wyniki sensowności prezentowali badani, którzy preferowali styl SSU, w nieco mniejszym stopniu preferujący styl SSZ, najniższe badani preferujący styl SSE.

## Dyskusja

Udar mózgu to jedna z częstszych przyczyn zgonów i trwałego kalectwa wśród ludzi dorosłych. Udar to stan bezpośredniego zagrożenia życia, który wymaga natychmiastowej interwencji diagnostycznej, jak i terapeutycznej [6]. Celem przedstawionych badań było określenie poziomu poczucia koherencji oraz stylu radzenia sobie ze stresem u osób z rozpoznaniem niedokrwiennego udaru mózgu, jako wykładnika pozytywnego funkcjonowania w codziennym życiu oraz w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia. Na podstawie przeprowadzonych badań wynika, że wynik poczucia koherencji u osób po przebytych niedokrwiennym udarze mózgu mieścił się w górnej strefie wyników przeciętnych poczucia koherencji. Badani różnili się między sobą poczuciem koherencji oraz stylami radzenia sobie ze stresem. Najwyższe wyniki SOC prezentowali badani, którzy preferują styl unikowy. W dalszej kolejności badani o stylu zadaniowym.

Ci, którzy preferowali styl unikowy dużo bardziej przeżywali stres, nie chcieli uczestniczyć tak chętnie w procesie leczenia, rehabilitacji, jak badani preferujący styl zadaniowy. Poziom poczucia koherencji u chorych z wyłonioną kolostomią z powodu raka jelita grubego był znacznie obniżony, klasyfikujący się w wynikach niskich. Wystąpiła tutaj wybiórcza zależność między poziomem poczucia koherencji i jego składowymi a stylami radzenia sobie w sytuacji trudnej, jaką jest posiadanie kolostomii [7]. W rodzinach pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej wykazano również obniżony poziom poczucia koherencji, mogło to być spowodowane chorobą nowotworową bliskiej osoby. Zauważyć można istotne różnice w wyborze stylu radzenia sobie ze stresem. Osoby z wyższym stopniem zrozumiałości rzadziej wybierały styl emocjonalny. Ci, którzy cechowali się wyższym poziomem zaradności rzadziej stosowali styl unikowy. Natomiast osoby o wysokim poziomie sensowności częściej stosowały styl emocjonalny a rzadziej unikowy. Osoby z wysokim poziomem SOC rzadziej stosowały styl unikowy [8]. W badaniach osób kwalifikowanych do zabiegu kardiochirurgicznego poziom globalnego SOC był w wynikach przeciętnych [9]. Zboralski i wsp. także badali poczucie koherencji i strategię rozwiązywania problemów u pacjentów z rozpoznaniem trądziku różowatego i depresji. Średni poziom SOC mieścił się w tej grupie w wynikach przeciętnych. Pacjenci z trądzikiem różowatym charakteryzowali się jednak nieco wyższym poziomem we wszystkich skalach poczucia koherencji. W przypadku pacjentów z depresją, kobiety charakteryzowały się niskim SOC. Z kolei dla mężczyzn ze schorzeniami skóry poziom koherencji mieścił się w przedziale wyników wysokich [10]. Średnia wartość SOC w grupie chorych na białaczkę była wysoka oraz porównywalna z grupą kontrolną osób zdrowych. Zarówno całkowita wartość SOC, jak i wartość jego składowej – zaradności były istotnie wyższe w grupie pacjentów bez depresji w porównaniu z grupą kontrolną [11]. Przebycie takiej choroby, jak udar mózgu należy do wydarzeń, które w znacznym stopniu zmieniają życie chorego. Utrwalone objawy neurologiczne oraz funkcjonalne doprowadzają chorego do utraty niezależności, izolują społecznie, doprowadzają do zaburzeń depresyjnych co powoduje pogorszenie jakości życia. Wiąże się to z ogromnym stresem. Z powyżej przedstawionych badań wynika, że Ci badani, którzy posiadają wysoki poziom poczucia koherencji i jej składowych łatwiej potrafią sobie dobrać

styl radzenia ze stresem w stosunku do adekwatnej sytuacji. Niezbędny element radzenia sobie z przewlekłą chorobą, jaką w tym przypadku jest udar mózgu oraz powrót do optymalnego stanu zdrowia stanowi psychoedukacja.

## Wnioski

1. Uzyskana średnia poczucia koherencji u osób po przebytych niedokrwiennych udarach mózgu (150,8 – w górnej strefie wyników przeciętnych). Najliczniejszą grupę stanowili badani preferujący styl zadaniowy i unikowy.
2. Najwyższe wyniki poczucia koherencji prezentowali badani, którzy preferowali styl unikowy, w dalszej kolejności zadaniowy. Ci, którzy prezentowali styl unikowy dużo bardziej przeżywali stres, nie chcieli uczestniczyć tak chętnie w procesie leczenia, rehabilitacji, jak badani preferujący styl zadaniowy.

3. Istotne jest wprowadzenie przez zespół terapeutyczny działań o charakterze psychoedukacyjnym. Działania takie powinny prowadzić do wzrostu poczucia koherencji oraz wyboru odpowiednich stylów radzenia sobie ze stresem, co wpłynie na osiągnięcie lepszego stanu zdrowia.

## Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Krystyna Kurowska  
Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM w Bydgoszczy  
ul. Techników 3; 85-801 Bydgoszcz  
☎ (+48 52) 585 21 94  
✉ krystyna\_kurowska@op.pl

## Piśmiennictwo.

1. Kozubski W, Liberski P. Neurologia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008. str. 424-425.
2. Dolińska-Zygmunt G. (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 2001. str. 19-30.
3. Kozaka J. Radzenie sobie ze stresem choroby – współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkologia* 2010;2:60-69.
4. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2005. str. 31-34.
5. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych. Pracownia Testów Psychologicznych. Warszawa; 2007.
6. Warot M. Zaburzenia krążenia mózgowego. *Przew Lek.* 2006;5:41-42.
7. Kurowska K, Bartoszek M. Poczucie koherencji a style radzenia sobie u osób z wylonioną kolostomią z powodu raka jelita grubego. *Współcz Onkol.* 2008;12(9):429-35.
8. Kurowska K, Turkowska J. Orientacja życiowa a style radzenia sobie ze stresem w rodzinach pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Współcz Onkol.* 2008;12(6):283-89.
9. Kurowska K, Trzeciak D, Głowacka M, Ponczek D. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne osób kwalifikowanych do zabiegu kardiochirurgicznego. *Pielęg Chir Angiol.* 2010;4:130-5.
10. Zboralski K, Gernand A, Orzechowska A, Talarowska M. Poczucie koherencji i strategie rozwiązywania problemów u pacjentów z rozpoznaniem trądziku różowatego i depresji – badania porównawcze. *Post Dermatol Alergol.* 2010;28(2):90-94.
11. Jabłoński M. Poczucie koherencji a ryzyko rozwoju depresji u chorych na ostrą białaczkę. *Psychologia* 2009;1(2):1-10.