

Wpływ poczucia koherencji na sposoby radzenia sobie z chorobą przewlekłą, na przykładzie stwardnienia rozsianego

The influence of a sense of coherence onto the ways of coping with a persistent disease – an example of multiple sclerosis

Krystyna Kurowska, Wioletta Wojciechowska

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Wstęp. Autor koncepcji poczucia koherencji (Antonovsky) udowodnił istnienie uogólnionych zasobów odpornościowych, które mobilizują człowieka do podjęcia walki z przeciwnościami losu. Momentem niezwykle trudnym dla człowieka jest rozpoznanie schorzenia przewlekłego. Silne poczucie koherencji i wybór odpowiedniego stylu radzenia sobie z chorobą pozwala pacjentom osiągnąć optymalny stan zdrowia. **Cel.** Określenie związków pomiędzy poziomem poczucia koherencji a rodzajem preferowanych stylów radzenia sobie z chorobą przewlekłą. **Material i metody.** Przebadano 110 pacjentów z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego przebywających na leczeniu w Kolejowym Szpitalu Uzdrowiskowym Sp. z o.o. w Ciechocinku i jego Oddziale Zamiejscowym w Aleksandrowie Kujawskim. Poczucie koherencji ocenione było za pomocą kwestionariusza orientacji życiowej SOC – 29 autorstwa Antonovsky'ego a pomiar radzenia sobie w sytuacjach stresowych – kwestionariuszem CISS Endlera i Parkera, w polskiej adaptacji autorstwa Szczepaniaka, Strelaua i Wrześniewskiego. **Wyniki.** Osoby chore na stwardnienie rozsiane nie różnią się znacząco między sobą poziomem poczucia koherencji. Sensowność i zaradność nieznacznie różnicuje badaną grupę. Badani koncentrują się na podejmowaniu wysiłków zmierzających do rozwiązywania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Osoby o wyższym poziomie globalnego SOC częściej stosują styl skoncentrowany na zadaniu podejmując działania zaradcze, mające na celu przystosowanie się do zmian narzuconych przez chorobę. **Wnioski.** Otrzymane wyniki mogą posłużyć do opracowywania programów psychoedukacyjnych oraz jako wykładnik w prognozowaniu opieki nad pacjentem na różnych etapach choroby przewlekłej. (*Farm Współ* 2015; 8: 187-195)

Słowa kluczowe: poczucie koherencji (SOC), style radzenia, stwardnienie rozsiane

Summary

Background. The author of the concept of a sense of coherence (Antonovsky) has proved the existence of generalized immunity resources that mobilize a human to cope with obstacles. a diagnosis of a persistent disease is an exceptionally difficult moment for a person. a strong sense of coherence and a choice of a proper style of coping with the disease allows patients to reach an optimum health status. **Aim.** Definition of relations between the level of a sense of coherence and the type of the preferred styles of coping with a persistent disease. **Material and methods.** 110 patients with diagnosed multiple sclerosis, treated in the Railway Resort Hospital (Kolejowy Szpital Uzdrowiskowy Sp. z o.o.) in Ciechocinek and its branch in Aleksandrów Kujawski were examined. The sense of coherence was evaluated basing on the Antonovsky's SOC – 29 sense of coherence form and the measurement of coping under stress basing on Endler and Parker's CISS, in Polish adaptation by Szczepaniak, Stelau and Wrzesniewski. **Results.** Patients with multiple sclerosis do not differ significantly between each other in terms of the sense of coherence. The sense and resourcefulness are the factors slightly differentiating the examined group. The

subjects focus on efforts to solve their problems by cognitive transformation or attempts to change the situation. Persons with higher SOC level more frequently employ a style focusing on a task, undertaking remedial actions aiming at adaptations to changes forced by their illness. **Conclusions.** Gained results can be used for preparation of psychic-education programs and as an exponent in forecasting patient care at various stages of a persistent disease. (*Farm Współ 2015; 8:187 -195*)

Keywords: sense of coherence (SOC), coping styles, multiple sclerosis

Wstęp

Człowiek jest jednością psychofizyczną, dlatego jego przeżycia, myśli i emocje wpływają na funkcjonowanie całego organizmu, natomiast każde zaburzenie czynnościowe ustroju pociąga za sobą zmiany w stanie psychicznym [1]. Funkcjonowanie w chorobie przewlekłej jest o tyle trudne, że ze względu na zmienione w procesie choroby możliwości i zasoby własne pacjent stoi w obliczu przeformułowania dotychczasowych celów życiowych [2]. Oznacza to, że choroba przewlekła ingeruje praktycznie we wszystkie sfery życia człowieka [3]. Takim schorzeniem jest stwardnienie rozsiane – postępująca demielinizacyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, która cechuje się niezwykle różnorodną symptomatologią, nieprzewidywalną zmiennością przebiegu i objawów [4]. Bez względu na postać skutkuje narastaniem niepełnosprawności oraz wystąpieniem stresu psychologicznego spowodowanego faktem zachorowania i leczenia [5]. Sytuacja choroby wywołuje poczucie zagrożenia, niepewności bezradności, utrudnia realizację ważnych celów życiowych oraz zmienia negatywnie obraz własnej osoby [6]. W zmaganiu się z chorobą ważne jest podejmowanie czynności mających na celu poradzenie sobie ze stresem, zastosowanie odpowiednich mechanizmów adaptacyjnych oraz założenie, że o skutkach zdarzeń stresujących decyduje aktywność człowieka [7]. Proces radzenia sobie obejmuje stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu opanowanie zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jego zasoby [5]. Skuteczne zmaganie się z chorobą zależne jest od wyboru adekwatnej czynności zaradczej, ta natomiast zależy zarówno od czynników sytuacyjnych, jak i od właściwości osobowości. Jedną z takich zmiennych osobowościowych jest poczucie koherencji – koncepcja stworzona przez Aarona Antonovsky’ego. U podstaw tej teorii leży założenie, że pomiędzy zdrowiem i chorobą istnieje kontinuum stanów, które

należy rozumieć całościowo jako dynamiczny proces równoważenia wymagań i zasobów w toku konfrontacji ze stresem. Zdaniem Antonovsky’ego wysoki poziom poczucia koherencji umożliwia zachowanie równowagi mimo przeżywania trudnych doświadczeń życiowych [8]. Celem niniejszych badań było określenie poziomu poczucia koherencji i jego składowych oraz porównanie tych wartości z rodzajem preferowanych stylów radzenia sobie z chorobą przewlekłą u osób ze stwardnieniem rozsianym.

Materiał i metoda badawcza

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób ze schorzeniami przewlekłymi. Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2011 do grudnia 2012 roku w grupie 110 osób z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, będących w trakcie leczenia w Kolejowym Szpitalu Uzdrowiskowym sp. z o. o. w Ciechocinku, ul. Zdrojowa 17 i jego Oddziale Zamiejscowym w Aleksandrowie Kujawskim, ul. Narutowicza 17, za zgodą komisji bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/557/2011). 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 autorstwa Antonovsky’ego 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 [8]. Kwestionariusz radzenia sobie 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 [9]. Ankieta konstrukcji własnej zawiera 29 pytań zamkniętych lub półotwartych. Pytania dotyczą danych demograficznych, czasu trwania choroby, etapu leczenia, sposobu radzenia sobie z chorobą, sytuacji społecznej i rodzinne. 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 ponad 51 lat (od 22 do 81 lat). Najlicniejszą grupę wiekową stanowili badani w wieku 51 – 60 lat (41,8%), najmniej liczna powyżej 60 lat (14,5%). Dominowały kobiety (70%). Większość badanych miała wykształcenie średnie (58,2%) i wyższe (21,8%), pozostawała w związkach małżeńskich (76,4%), posiadała potomstwo (62,82%) i mieszkała w mieście (85,5%). z pracy zawodowej utrzymywało się zaledwie 19,8% badanych a z renty aż (52,7%). Średnia trwania choroby wyniosła ponad 16 lat (od 2 do 40 lat). Większość wskazywała na zaburzenia równowagi jako pierwszy objaw choroby, w dalszej kolejności osłabienie siły mięśniowej i zaburzenia zwieraczy. Ponad połowa badanych była na etapie leczenia farmakologicznego i rehabilitacyjnego (53,6%). W dalszej kolejności to pacjenci leczący się farmakologicznie, dietetycznie i rehabilitacyjnie (29,1%). 59,1% osób korzystało z możliwości zastosowania sprzętu pomocniczego celem ułatwienia funkcjonowania. Badani mogli liczyć na pomoc oferowaną od dzieci (30,1%), przyjaciół (28,7%), sąsiadów (6,5%) i wnuków

(6,8%). Zdecydowana większość spędzała czas wolny oglądając telewizję (30,8%), na kontaktach towarzyskich (26,2%) i uprawianiu sportu (5,9%). Większość twierdziła, że nawiązuje kontakty z innymi chorymi na SM (67,3%). Nowe kontakty z innymi chorymi na SM i wymiana doświadczeń pomagają im w zmaganiu się z chorobą (66,4%). Tylko co dziesiąta osoba nie korzysta z pomocy instytucji pozarządowych i stowarzyszeń działających na rzecz osób niepełnosprawnych (10,0%). Prawie połowa uważa, ma poczucie, że przez chorobę stały się ciężarem dla swojej rodziny (48,2%) i osobami zależnymi (65,5%). Zaledwie 9,1% nie miało problemów z przystosowaniem się do zmian narzuconych przez chorobę. Wskazali na problemy z czynnościami dnia codziennego (30,7%), bariery architektoniczne (20,4%). Wszyscy badani obawiają się skutków swojej choroby, tzn. bezradności (19,1%), bycia zależnym od innych (18,1%) oraz, że nie będzie ich stać na leczenie (18,0%). W najmniejszym stopniu faktu, że mogą zostać umieszczeni przez rodzinę w specjalnym ośrodku (13,3%). Zaledwie 1,8% nie byli świadomi stopnia zaawansowania swojej choroby.

Rozkład wyników w tabeli i ujawnia, że badani to osoby o przeciętnym poziomie zrozumiałości. Średnia – 39,46 mieszcząca się w dolnej strefie wyników przeciętnych. Odchylenie standardowe stanowiło ponad 20,0% wartości średniej, co świadczyło o znacznym zróżnicowaniu wyników. Wyniki wysokie uzyskało zaledwie 7,3%. Ze wszystkich trzech sfer poczucia koherencji były to wyniki najniższe. Zebrany materiał dowodzi, że badani pacjenci to również osoby o przeciętnym poziomie zaradności/ sterowności. Średnia – 41,95 mieszcząca się w dolnej strefie wyników przeciętnych. Odchylenie standardowe stanowi ponad 16,0% wartości średniej, co świadczy o średnim zróżnicowaniu wyników zaradności/ sterowności. Wyniki wysokie uzyskało zaledwie 3,6%. Wskazuje to na fakt, że badani i w tym przypadku to osoby o przeciętnym poziomie sensowności. Średnia – 36,48 mieszcząca się poniżej środkowej strefy wyników przeciętnych. Odchylenie standardowe stanowiło ponad 18,0% wartości średniej, co świadczyło o znacznym zróżnicowaniu wyników sensowności. Wyniki wysokie uzyskało tylko 5,5%, co wskazywało na to, że badani to osoby o przeciętnym poziomie poczucia koherencji. Mówi o tym uzyskana średnia – 117,89 punktu, która mieści się w dolnej strefie wyników przeciętnych poczucia koherencji. Odchylenie standardowe stanowiło niepełna 15,0% wartości średniej, co wskazuje na średnie

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

	zrozumiałość		zaradność/ sterowność		sensowność		SOC	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
niskie	24	21,8	13	11,8	12	10,9	16	14,5
przeciętne	78	70,9	93	84,5	92	83,6	91	82,7
wysokie	8	7,3	4	3,6	6	5,5	3	2,7
N ważnych	110		110		110		110	
Średnia	39,46		41,95		36,48		117,89	
Odch.Std.	7,9836		6,9965		6,6591		18,1731	
Minimum	24,0		25,0		19,0		79,0	
Maksimum	70,0		69,0		56,0		195,0	
Dolny kwartyl	34,0		38,0		32,0		108,0	
Mediana	39,0		42,0		36,0		115,0	
Górny kwartyl	44,0		45,0		40,0		128,0	

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	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
\bar{X}	56,55	6	50,83	7	49,31	7	21,93	7	18,31	6
SD	7,1184	1,6517	7,4129	1,3853	8,4764	1,9008	4,6977	1,6905	3,3421	1,7700
Min	36,0	1,0	21,0	1,0	31,0	3,0	11,0	3,0	10,0	2,0
Maks	73,0	10,0	78,0	10,0	69,0	10,0	33,0	10,0	25,0	10,0
Percentyl 85	52,0	5,0	48,0	6,0	43,0	5,0	19,0	5,0	16,0	5,0
Mediana	58,0	6,0	52,0	7,0	50,5	7,0	22,0	7,0	19,0	6,0
Percentyl 95	62,0	7,0	55,0	7,0	56,0	8,0	25,0	8,0	20,0	7,0

zróznicowanie wyników poczucia koherencji. Wyniki wysokie uzyskało zaledwie 2,7%. Ze względu na poziom istotności były podstawy do stwierdzenia, że tylko zaradność pozostawała w istotnej, niskiej korelacji z wykształceniem ($r = 0,18$; $t = .2,0067$; $p < 0,0473$). Wraz ze wzrostem wykształcenia, wzrastał wynik zaradności/sterowności.

Średnia dla grupy w skali punktowej stylu radzenia sobie ze stresem (tabela II), polegającym na podejmowaniu zadań (SSZ) wyniosła 56,55 punktu (mediana – sten 6). Stwierdzić zatem można, że badani w sytuacjach stresu przeciętnie koncentrują się na podejmowaniu wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Najliczniejszą grupę stanowią badani, którzy w skali SSZ uzyskali sten

6 (28,2%) oraz sten 7 (20,9%) i sten 5 (20,0%). Zatem zdecydowana większość uzyskała wyniki przeciętne. Wyniki wysokie uzyskało 8,2%. 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 50,83 punktu (mediana – sten 7). Stwierdzić zatem można, że większość z badanych nie wykazywała tendencji do myślenia życzeniowego i fantazjowania, czym właśnie mogliby zmniejszyć napięcie emocjonalne związane z sytuacją stresową. Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy uzyskali sten 3 – (18,8%) oraz sten 7 (34,5%), sten 6 (30,9%) oraz sten 8 (17,3%). Wyniki te świadczą właśnie o braku tendencji do myślenia życzeniowego i fantazjowa-

nia. Najlichniesz grupa badanych uzyskała wyniki przeciętne (75,5%). Wyniki wysokie uzyskało 20,9%. 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 49,31 punktu (mediana – sten 7). i w tym przypadku można zatem stwierdzić, że większość z badanych osób nie miewa tendencji do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania, w sytuacjach stresowych. Najlichniesz grupę wśród badanych stanowiły osoby, które w tej skali uzyskały sten 7 (23,6%) oraz sten 9 (19,1%). W dalszej kolejności sten 6 (15,5%). Zdecydowana większość badanych uzyskała wyniki przeciętne (58,2%). Wyniki wysokie uzyskało 35,4%. Styl ten może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT). Formy te wśród badanych przedstawiają poniższe tabele. Średnia grupy w podskali (ACZ) to 21,93 punktu (mediana – sten 7). W tym przypadku można również stwierdzić, że większość z badanych osób niezbyt angażuje się w czynności zastępcze takie jak oglądanie telewizji, objadanie się, myślenie o sprawach przyjemnych, sen. Najlichniesz grupę wśród badanych stanowią osoby, które uzyskały sten 8 (23,6%) i sten 7 (21,8%). W dalszej kolejności sten 5 (18,2%). Zdecydowanie najlichniesz grupę stanowiły osoby o wynikach przeciętnych (62,7%). Wyniki wysokie –32,7%. Średnia grupy w podskali PKT, to 18,31 punktu (mediana – sten 6). W tym przypadku również można stwierdzić, że większość z badanych osób nie bardzo angażuje się w czynności zastępcze takie jak poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Najlichniesz grupę wśród badanych stanowią osoby, które w tej podskali uzyskały sten 6 i 7 (po 25,5%) i sten 8 (15,5%). W dalszej kolejności sten 4 (12,7%). Większość badanych uzyskała

wyniki przeciętne (70,0%). Wyniki wysokie –23,6%. Porównanie wyników uzyskanych w poszczególnych skalach pozwala na określenie dominującego sposobu radzenia sobie ze stresem. O dominacji mówimy wtedy, gdy wynik uzyskany w danej skali jest istotnie wyższy od wyników w dwóch pozostałych skalach. Analiza intraindywidualna wyników w skalach, pozwala także na wyodrębnienie osób, które w takim samym stopniu przejawiają wszystkie trzy style (brak jest istotnych różnic między wynikami w poszczególnych skalach) oraz osób, u których nie można określić dominującego stylu, ponieważ wyniki w jednej skali są istotnie wyższe od wyników w drugiej skali, ale nie różnią się od wyników w trzeciej skali. Badana grupa to osoby w przedziale wiekowym 16 – 24 lata – 2 osoby, 25-54 lata – 61 osób, 55-79 lat – 46 osób oraz powyżej 79 lat – jedna osoba, która zakwalifikowana została do grupy 55 – 79 lat. Uzyskane wyniki należało porównać do wyników w próbach normalizowanych tych grup wiekowych. W przypadku grupy wiekowej powyżej 79 lat zastosowano steny dla grupy wiekowej 55 – 79 lat. W badanej grupie widoczna była dominacja trzech stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Przejawia ją (42,6%) w wieku 25 – 54 lata, (46,8%) w wieku 54 – 79 lat. Łącznie 43,6%. Najmniej liczna grupa to badani przejawiający styl SSZ (3,6%). Zatem uzyskane wyniki nie są porównywalne z wynikami normalizacyjnymi. Wśród dominujących dwóch stylów najlichniesz grupę stanowili badani preferujący styl SSE i SSU (14,5%). Najmniej liczną SSZ i SSU (4,5%).

Określono również związek między poziomem SOC i jego składowymi a stylami radzenia sobie w sytuacji trudnej (tabela III). Jak wykazał test Spearmana, wyniki SOC pozostawały w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami SSZ, SSU i ACZ oraz w korelacji średniej z wynikami SSE. Wraz ze wzrostem wyników SOC wzrastały wyniki stylu SSZ,

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
SSZ & SOC	110	0,2708	2,9238	0,0042
SSE & SOC	110	-0,3144	-3,4418	0,0008
SSU & SOC	110	0,1917	2,0294	0,0449
ACZ & SOC	110	0,1928	2,0417	0,0436
PKT & SOC	110	0,0547	0,5693	0,5703
Style & SOC	110	0,1332	1,3964	0,1654

SSU, ACZ a mały stylu SSE. Wyniki zrozumiałości pozostawały w istotnej statystycznie, średniej korelacji tylko z wynikami SSE ($r = -0,36$; $t = -4,1050$; $p < 0,0001$). Wraz ze wzrostem wyników zrozumiałości mały stylu SSE. Zaradność/ sterowność pozostawała w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami SSZ ($r = 0,34$; $t = 3,8507$; $p < 0,0002$) i SSE ($r = -0,30$; $t = -3,2740$; $p < 0,0014$). Wraz ze wzrostem wyników zaradności/sterowności wzrastały wyniki stylu SSZ. Najwyższe wyniki SSZ prezentowali badani o przeciętnych wynikach zaradności/ sterowności. Wraz ze wzrostem wyników zaradności/sterowności wzrastają wyniki stylu SSE. Sensowność pozostawała w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami SSZ ($r = 0,23$; $t = 2,4908$; $p < 0,0143$) i średniej z wynikami SSE ($r = -0,38$; $t = -4,2979$; $p < 0,0001$). Wraz ze wzrostem wyników sensowności wzrastały wyniki stylu SSZ, mały stylu SSE. Analiza otrzymanych wyników pozwoliła na głębsze poznanie mechanizmów odpowiedzialnych za radzenie sobie w chorobie, w tym na wybór określonego stylu radzenia wpływającego na rozwój lub spowolnienie przebiegu choroby.

Dyskusja

Sytuacja choroby przewlekłej stanowi obszar badań, w którym wykorzystuje się kontekst poczucia koherencji. Chory przewlekle musi poradzić sobie z wizją choroby do końca życia. Radzenie sobie z chorobą stanowi proces przystosowania się do rzeczywistości i myślenia perspektywicznego, natomiast adaptacja do choroby jest wykładnikiem jakości życia osób borykających się z nią. Badania stanowiące część metodologiczną niniejszej pracy miały na celu wykazanie związku pomiędzy poziomem poczucia koherencji a preferowanymi stylami radzenia sobie z chorobą przewlekłą jako wykładnika optymalnego stanu zdrowia. Badania zostały przeprowadzone na grupie 110 osób chorujących na stwardnienie rozsiane. Pacjenci nie różnili się znacząco między sobą poziomem poczucia koherencji. W przypadku średniego poziomu globalnego SOC uzyskano wynik 117 pkt, co jest wynikiem niższym niż normy podawane przez Antonovsky'ego w granicach 130-160 pkt [8]. W przypadku składowych poczucia koherencji nie wykazano również istotnych różnic. z ogólnego, przeciętnego poziomu trzech składowych najwyżej kształtowało się poczucie sensowności, najniżej zrozumiałości. Pacjenci cierpiący na choroby przewlekłe charakteryzują się stosunkowo niskim poziomem poczucia koherencji,

co jest zjawiskiem niepokojącym. Przemawia za tym fakt, iż człowiek przy dobrej orientacji, z dostępnością zasobów, lecz brakiem motywacji do podejmowania działań i radzenia sobie może spodziewać się dysharmonii pomiędzy poczuciem zrozumiałości, zaradności i sensowności. Wywoływać to może trudności w radzeniu sobie z sytuacją trudną, kryzysową [10]. Saden-Eriksson i wsp. [11] starali się udzielić odpowiedzi na pytanie: czy silny poziom poczucia koherencji pomaga pacjentom kontrolować chorobę przewlekłą oraz dokonywać radykalnych zmian w dotychczasowych zachowaniach. Wyniki wykazały, że wysoki poziom poczucia koherencji znacznie wpływa na akceptację choroby, obniżony powoduje natomiast pasywność i trudności w przystosowaniu do choroby. Wśród badanych ze stwardnieniem rozsianym najczęściej wskazywane problemy dotyczyły trudności w przystosowaniu się do zmian narzuconych przez chorobę, obawy przed bezradnością oraz skutkami choroby oraz poczucie zależności i bycia ciężarem dla bliskich. Kossakowska i Basińska [12] na podstawie badań wśród chorych na stwardnienie rozsiane stwierdziły, iż nie obserwuje się różnic w ogólnym poziomie poczucia koherencji pomiędzy chorymi. Obserwuje się je natomiast pomiędzy zrozumieniem a zaradnością. Zależność ta jest charakterystyczna dla chorób przewlekłych, gdyż podobne wyniki uzyskano w grupie przewlekle chorych psychiatrycznie i onkologicznie. Badając pacjentów schizofrenicznych i cierpiących na nowotwór płuc Szymczak i Tartas [13] nad poziomem poczucia koherencji osób z chorobą nowotworową i schizofrenią odnotowali, iż pacjenci nie różnią się poziomem poczucia SOC i jego składników. Wizja wątpliwej przyszłości u pacjentów onkologicznych wywołuje zagrożenie, co może się wyrażać podwyższonym poziomem lęku i wystąpieniem depresji. Remisja schizofrenii powodować może przekonanie braku lub słabej skuteczności występujących mechanizmów orientowania się w rzeczywistości. z przeprowadzonych badań własnych wśród osób ze stwardnieniem rozsianym wynika, że z trzech składowych SOC najwyżej kształtowało się poczucie sensowności, najniżej zrozumiałości, przy zachowaniu przeciętnego, porównywalnego poziomu tych składowych. W związku z obniżonym poziomem poczucia zrozumiałości zaleca się monitorowanie tej zmiennej w badanej populacji. W odniesieniu do osób zdrowych oznaczać to może, że osoby chore przewlekle gorzej radzą sobie ze stresem. Wykazały to badania przepro-

wadzone przez Tuszewskich i Stachowiaka [14] wśród chorujących na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. W poczuciu sensowności chorzy mają istotne różnice w stosunku do zdrowych. Choroba wymaga wielu wyrzeczeń i pewnie dlatego niektóre sytuacje życiowe, szczególnie te, z którymi wiąże się ciężki stres i emocje mogą powodować, że choremu trudno zachować wysokie poczucie koherencji. Wyniki potwierdzające małą rozbieżność SOC uzyskali Jawor i wsp. [15], zajmujący się badaniami poziomu poczucia koherencji u kobiet po histerektomii. Chorzy z wyłonią kolostomią z powodu raka jelita grubego [16] także nie różnią się między sobą globalnym poziomem poczucia koherencji. Nie obserwuje się zróżnicowania w odniesieniu do sensowności, wyraźnie różnicuje się natomiast chorych w odniesieniu do zaradności i zrozumienia. W badaniach Zawadzkiej [17] nad wpływem poczucia koherencji na adaptację do leczenia hemodializami zaobserwowano, iż poczucie koherencji pozostawało niezależne od wieku pacjentów i czasu trwania choroby. Posiadanie rodziny było jednym z zasobów, z których człowiek czerpał, konstruując rzeczywistość wokół siebie. W badaniach własnych chorzy ze stwardnieniem rozsianym wskazywali również na posiadanie zasobów, jakim jest nawiązywanie kontaktów z innymi, co pomaga w zmaganiu się z chorobą. U badanych osób nie można określić dominującego stylu radzenia sobie, w podobnym stopniu przejawiają wszystkie trzy style. Badani w sytuacjach stresu częściej stosują styl skoncentrowany na emocjach, rzadziej styl oparty na zadaniu. Większość z badanych nie ma tendencji do myślenia życzeniowego i fantazjowania, czym właśnie mogliby zmniejszyć napięcie emocjonalne związane z sytuacją stresową. Większość badanych nie miewa tendencji do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji trudnej oraz angażowania się w czynności zastępcze. Jest wiele badań poszukujących odpowiedzi na pytanie, czy istnieją strategie zaradcze pomagające bądź utrudniające przystosowanie się do choroby przewlekłej. Stwardnienie rozsiane posiada niewiele takich badań. Już w latach 70. Matson i Brooks [18] zbadali zależność pomiędzy obrazem własnej osoby a preferowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem. z badań wynikało, że w opinii chorych na SM w radzeniu sobie z chorobą najbardziej pomagały: akceptacja choroby, rodzina, religia. Strategie zaradcze takie jak myślenie życzeniowe może być dobrym predyktorem funkcjonowania w stwardnieniu rozsianym. z badań Kossakowskiej [12] wynika, że chorzy na SM

różnią się stosowaniem niektórych strategii zaradczych w radzeniu sobie ze stresem swojej choroby. Przede wszystkim rzadziej mogą koncentrować się na problemie i jego rozwiązaniu. Częściej natomiast zwracają się ku religii i chętniej poszukują emocjonalnego wsparcia u bliskich i znajomych. Potwierdziły to badania własne wśród chorych na stwardnienie rozsiane. Zdecydowana większość zadeklarowała, że pomimo obaw związanych z chorobą, poczucia bycia ciężarem i nieuniknionej perspektywy zależności może liczyć na wsparcie dzieci i przyjaciół. Nawiązywanie kontaktów i wymiana doświadczeń z innymi pomaga w zmaganiu się z chorobą i przystosowaniu się do zmian przez nią narzuconych. Badania dowiodły istnienie związku o sile przeciętnej pomiędzy poczuciem sensowności i zaradności a wyborem stylu radzenia sobie skoncentrowanym na zadaniu. Oznacza to, że wraz ze wzrostem zaradności i sensowności wzrasta wybór stylu zadaniowego, natomiast wraz ze wzrostem zrozumiałości i sensowności wybór stylu skoncentrowanego na emocjach maleje. Osoby o wyższym poziomie globalnego SOC częściej wybierają zadaniowy styl radzenia sobie pozwalający na walkę z chorobą, zwłaszcza w perspektywie długoterminowego zmagania się z nią. Wraz ze wzrostem SOC wybór stylu skoncentrowanego na emocjach maleje. Stosowanie strategii może ulec zmianie w sytuacji rzutu choroby w porównaniu z sytuacją remisji SM. W badaniu Montela i Bungener [18] wykazano, że strategie zaradcze stosowane w stwardnieniu rozsianym nie różnią się w zależności od postaci SM, poza jednym wyjątkiem. Chorzy na postać wtórnie postępującą stwardnienia rozsianego w porównaniu z postacią rzutowo-remisyjną i pierwotnie postępującą, zdecydowanie częściej stosowali strategie skoncentrowane na emocjach. W badaniach okazało się, że stosowanie strategii zaradczych nie jest dodatkowo związane z takimi zmiennymi, jak: wiek pacjentów, czas zachorowania czy progresja choroby. Badania własne wykazały istnienie zmiennych pośredniczących wpływających na związek poziomu poczucia koherencji a rodzaju preferowanego stylu radzenia sobie z chorobą przewlekłą u osób ze stwardnieniem rozsianym jako wykładnika w powrocie do optymalnego stanu zdrowia. Istotną korelację wykazano między poczuciem zaradności a wykształceniem. Stopień świadomości, wiedza mobilizują siły i pozwalają stawić czoła chorobie. Wśród badanych najczęściej wskazywane problemy dotyczyły trudności i ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, obawy przed bezrad-

nością oraz rezygnacja z zainteresowań. Warto zaznaczyć, że badani wskazując na umiejętność radzenia sobie z problemami dopuszczają przyjmowanie pomocy i wsparcia. Możliwość podzielenia się problemami związanymi ze stwardnieniem rozsianym, wymiana doświadczeń na temat metod ich rozwiązywania pomagają w przystosowaniu się do sytuacji stresującej i trudnej. Wykształcenie wpływa więc na percepcję choroby, organizację życia w zmienionych warunkach, kontynuację pasji i zainteresowań. z badań przeprowadzonych przez Grochans [19] wynika, że wysoki poziom wsparcia społecznego ułatwia codzienne życie chorym na SM. Oznacza to, że na radzenie sobie z chorobą przewlekłą składa się podejmowanie zachowań zmierzających do przystosowania się do życia z chorobą. Aby było to możliwe pacjent musi korzystać z zasobów, jakimi dysponuje oraz wykształcić nowe umiejętności. W obszarze poznawczym musi używać swojego intelektu do poszukiwania i przyswajania informacji, uczenia się procedur związanych z leczeniem, wyznaczania realistycznych celów oraz przeorganizowania własnego życia. W sferze emocjonalnej pacjent powinien nauczyć się własnych emocji, przy jednoczesnym kontrolowaniu ich. W obszarze kontaktów społecznych pacjent jest zmuszony odnaleźć się w nowej roli, jaką jest rola chorego. Istotne staje się poszukiwanie wsparcia społecznego. W badaniach przeprowadzonych wśród osób z przewlekłą niewydolnością nerek leczonych hemodializami [20] wynika, że określenie poziomu SOC i zakresów otrzymywanego wsparcia może posłużyć jako wykładnik w prognozowaniu opieki nad pacjentem na różnych etapach choroby. Każda choroba przewlekła, w tym stwardnienie rozsiane jest dla człowieka realnym zagrożeniem, wymagającym zastosowania odpowiednich mechanizmów adaptacyjnych, pozwalających na radzenie sobie ze stresem z niej wynikającym. [21] Proces radzenia sobie z chorobą ma dynamiczny charakter i zmienia się w zależności od etapu choroby oraz rodzaju i skuteczności podejmowanego leczenia. Oceniając zachowanie człowieka w chorobie w dużym stopniu bazujemy na jego zasobach i możliwościach adaptacyjnych. Czynnikiem wpływającym na zachowanie w tym stanie są m.in. wysoki poziom poczucia koherencji oraz strategie radzenia sobie ze stresem. Stwardnienie rozsiane ciągle nie jest dokładnie poznane i wymaga dalszych szczegółowych badań w celu określenia wszystkich możliwych czynników, które mogą mieć wpływ zarówno na łagodny, jak

i agresywny postęp choroby, a zwłaszcza na progresję niesprawności ruchowej. Badania własne wykazały, że chorzy na stwardnienie rozsiane reprezentują przeciętny poziom poczucia koherencji, co związane może być z niepewnością, negatywnymi emocjami wywołwanymi diagnozą i leczeniem oraz walką ze skutkami choroby i jego zakłócającym wpływem na inne aspekty życia. Warto uwzględnić te czynniki podczas opracowywania programów psychoedukacyjnych. Określenie poziomu poczucia koherencji i stylów radzenia sobie może natomiast posłużyć jako wykładnik w prognozowaniu opieki nad pacjentem na różnych etapach choroby przewlekłej.

Wnioski

1. Osoby chore na stwardnienie rozsiane nie różniły się między sobą poziomem poczucia koherencji. Globalny poziom poczucia koherencji był przeciętny (117,89), świadczący o niskim poziomie akceptacji życia z chorobą przewlekłą oraz przystosowania się do niej.
2. Rozkład wyników trzech składowych SOC kształtował się na poziomie przeciętnym. Sensowność i zaradność nieznacznie różnicowała badaną grupę. Najwyższe wyniki uzyskali badani w sensowności, najniższe w zrozumiałości.
3. U badanych osób nie można było określić dominującego stylu radzenia sobie z chorobą, w podobnym stopniu przejawiali wszystkie trzy style. W sytuacjach stresu częściej stosowali styl skoncentrowany na emocjach, rzadziej styl oparty na zadaniu.
4. Wykazano istnienie związku o sile przeciętnej pomiędzy poczuciem sensowności i zaradności a wyborem stylu radzenia sobie skoncentrowanym na zadaniu. Oznacza to, że wraz ze wzrostem zaradności i sensowności wzrastał wybór stylu zadaniowego, natomiast wraz ze wzrostem zrozumiałości i sensowności wybór stylu skoncentrowanego na emocjach malał.
5. Im wyższy poziom globalnego SOC, tym częściej wybierany był zadaniowy styl radzenia sobie pozwalający na walkę z chorobą, zwłaszcza w perspektywie długoterminowego zmagania się z nią. Wraz ze wzrostem SOC wybór stylu skoncentrowanego na emocjach malał.
6. Osoby prezentujące względnie wysoki poziom sensowności i zaradności częściej wybierały styl skoncentrowany na zadaniu. Styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach preferowany był także

przez osoby z wyższym poziomem zaradności, rzadziej obserwowano go przy względnie wysokim poziomie zrozumiałości i sensowności.

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. Bąk-Sosnowska M. Choroba w życiu człowieka. W: Trzcieniecka-Green a (red.). Psychologia – podręcznik dla studentów kierunków medycznych. Kraków: Universitas; 2006. str. 173-228.
2. Szepietowska E. Pomoc psychologiczna dla chorych na stwardnienie rozsiane. Potemkowski A. Psychologiczne aspekty stwardnienia rozsianego. Poznań: Termedia; 2010. str. 91-145.
3. Kossakowska M. Strategie radzenia sobie z chorobą przewlekłą w stwardnieniu rozsianym. Postępy Psych Neurol. 2008;17(1):15-21.
4. Mirowska-Guzel D, Członkowska A. Stwardnienie rozsiane – nie zawsze ciężka choroba. Terapia. 2007;2:46-9.
5. Heszen I, Sęk H. Zdrowie i choroba w paradygmacie stresu psychologicznego. Psychologia zdrowia. Warszawa: PWN; 2008. str. 141-58.
6. Taranowicz I. Rola społeczna chorego. Barański J, Piątkowski W: Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny. Wrocław: Ofic. Wyd. Atut; 2002. str. 75-81.
7. Juszcak D, Talarowska M, Kowalewski M i wsp. Charakterystyka zaburzeń lękowych – występowanie w stwardnieniu rozsianym, możliwości leczenia oraz wpływ na proces rehabilitacji. Pol Merk Lek. 2009;27:532-4.
8. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2005.
9. Strelau J, Jaworowska , Wrześniewski K i wsp. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2007.
10. Mroziak B, Czabała J, Wojtowicz S. Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. Psychiatr Pol. 1997;31 (3):257-68.
11. Kurowska K. Rola poczucia koherencji i zachowań zdrowotnych u przewlekle chorych. Zdr Publ. 2005;115(3):385-90.
12. Kossakowska M, Basińska M. Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. Postępy Psych Neurol. 2000;9:55-61.
13. Szymczak J, Tartas M. Poczucie koherencji w chorobie nowotworowej i schizofrenii. Psychoonkologia. 1998;3:49-53.
14. Tuszewska M, Tuszewski B, Stachowiak Cz. Jakość życia i poczucie koherencji u chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Nowiny Lek. 2002;71:4-5.
15. Jawor M, Szproch A, Dimter a i wsp. Poczucie koherencji, style radzenia sobie a adaptacja po zabiegu histerektomii. Psychiatr Pol. 2002;36:759-70.
16. 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.
17. Zawadzka B. Wpływ poczucia koherencji na adaptację do leczenia hemodializami. Nefrol Dial Pol. 2000;4:50-3.
18. Kossakowska M. Strategie radzenia sobie z chorobą przewlekłą w stwardnieniu rozsianym. Postępy Psych. Neurol. 2008;17(1):15-21.
19. Grochans E, Wieder-Huszla S, Jurczak a i wsp. Ocena wsparcia społecznego pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Probl Hig Epidemiol. 2008;89(3):419-22.
20. Kurowska K, Bukowska M. Poczucie koherencji a poziom wsparcia u osób z rozpoznaniem przewlekłej niewydolności nerek leczonych hemodializą. Urol Pol. 2008;61(4):326-30.
21. Odrobińska I. SM i emocje. Podstawowe informacje o stwardnieniu rozsianym. Zeszyt 13. Warszawa: Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego; 2007. str. 4-25.