

**Poczucie koherencji a style radzenia sobie z chorobą przewlekłą
u osób ze stwardnieniem rozsianym***

**Sense of Coherence and Coping with Chronic Illness in People
with Multiple Sclerosis**

Katarzyna Żychlińska¹, Wanda Stefańska²

¹Absolwentka magisterskich studiów pielęgniarstwa na Wydziale Nauk o Zdrowiu
Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Wrocławku

²Wydział Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Wrocławku

Streszczenie

Wprowadzenie. Antonovsky, autor koncepcji poczucia koherencji, udowodnił istnienie uogólnionych zasobów odpornościowych, które mobilizują człowieka do podjęcia walki z przeciwnościami, jakie pojawiają się w życiu. Momentem przełomowym i trudnym jest rozpoznanie choroby przewlekłej, jaką jest stwardnienie rozsiane. Silne poczucie koherencji i wybór odpowiedniego stylu radzenia sobie z chorobą pozwala chorym osiągnąć optymalny stan zdrowia.

Cel. Celem pracy było określenie związków pomiędzy poziomem poczucia koherencji a rodzajem preferowanych stylów radzenia sobie z chorobą przewlekłą u osób ze stwardnieniem rozsianym.

Material i metody. Przebadano 35 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, a pomiar radzenia sobie w sytuacjach stresowych — kwestionariuszem CISS, w polskiej adaptacji językowej.

Wyniki. Prezentowane wyniki badań własnych dowiodły, że poziom poczucia koherencji i jego składowych ze względu na płeć nie różnił się istotnie ($p > 0,05$). Nie wykazano znaczącej korelacji poziomu poczucia koherencji i jego składowych z wiekiem ($p > 0,05$). Stwierdzono istotną, niską korelację składowej poczucia koherencji, jaką jest zaradność z poziomem wykształcenia ($p < 0,05$), gdyż wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastał wynik zaradności/sterowności. Analiza statystyczna nie wykazała różnic istotnych ($p > 0,05$) pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem a badanymi grupami pod względem płci. Nie wykazano również korelacji pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem a badanymi grupami wiekowymi ($p > 0,05$) i wykształceniem ($p > 0,05$).

Wnioski. Osoby chore na stwardnienie rozsiane nie różnią się znacząco między sobą poziomem poczucia koherencji. Wynik SOC nie jest zadowolający i może świadczyć o niskim poziomie akceptacji życia z chorobą przewlekłą oraz przystosowania się do niej. U badanych osób nie można określić dominującego stylu radzenia sobie z chorobą, w podobnym stopniu przejawiają się wszystkie trzy style. Badania dowiodły istnienie związku o sile przeciętnej pomiędzy poczuciem sensowności i zaradności a wyborem stylu radzenia sobie skoncentrowanym na zadaniu. (PNN 2013; 2(5): 195–204)

Słowa kluczowe: poczucie koherencji, style radzenia, stwardnienie rozsiane

Abstract

Background. Antonovsky — the author of the concept of sense of coherence proved the existence of generalized immune resources which encourage people to fight against adversities that arise in life. The turning point, and difficult to diagnose is the chronic disease, which is multiple sclerosis. A strong sense of coherence and choosing the right style of coping with the disease allows patients to achieve optimal health.

Aim. The aim of the study was to determine the relationship between the level of sense of coherence and the type of preferred styles of coping with a chronic illness in people with multiple sclerosis.

Material and methods. Examined were 35 patients who have been diagnosed with multiple sclerosis staying on therapy in the Spa Railway Hospital Ltd. in Ciechocinek and its Department Off-Campus in Alexandrów Kujawski. The sense of coherence was assessed using a questionnaire on orientation of living SOC-29 and the measurement of coping in stressful situations — CISS questionnaire, a Polish language version.

Results. The presented results of the study showed that the level of sense of coherence and its components based on sex did not differ significantly ($p>0.05$). There was no significant correlation of the level of coherence and its components with age ($p>0.05$). There was a significant, low correlation component of the sense of coherence, which is the resourcefulness of the level of education ($p<0.05$), because with the increase of education increased the level of resourcefulness/steering. Statistical analysis showed no significant differences ($p>0.05$) between the style of coping with stress and the two groups in terms of gender. There were no correlations between the style of coping with stress and the studied age groups ($p>0.05$) and education ($p>0.05$).

Conclusions. People with multiple sclerosis did not differ significantly between each level of sense of coherence. SOC result is not satisfactory and can provide a low level of acceptance of living with a chronic illness and adapting to it. The observed patients cannot be determined according to the dominant style of coping with the disease, to a similar extent they manifest all three styles. The studies have demonstrated the existing relationship between the average strength of a sense of meaningfulness and resourcefulness and the choice of coping style focused on the task. (PNN 2013; 2(5): 195–204)

Key words: sense of coherence, coping styles, multiple sclerosis

Wprowadzenie

Naturalnym pragnieniem każdego człowieka jest życie w dobrym zdrowiu i samopoczuciu. Pojawienie się choroby w życiu każdego człowieka zawsze jest wydarzeniem krytycznym. Wyzwała negatywne emocje oraz powoduje wiele zmian, które reorganizują jego całe dotychczasowe życie.

Poczucie koherencji to ważny czynnik wpływający na przeżywanie stresu psychologicznego i radzenie sobie w sytuacji trudnej. Z pewnością taką sytuacją jest choroba przewlekła, może ona wywołać negatywne emocje. Ta ogólna orientacja życiowa, najogólniej mówiąc, zakłada, że spostrzeganie świata przez człowieka jest możliwe do ogarnięcia rozumem, można nim kierować i ma ono sens. Jest ona zróżnicowana zarówno u osób zdrowych, jak i u tych z problemami zdrowotnymi [1].

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.

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 [2].

Aaron Antonovsky, autor koncepcji poczucia koherencji, udowodnił istnienie uogólnionych zasobów odpornościowych, które mobilizują człowieka do podjęcia walki z przeciwnościami, jakie pojawiają się na drodze naszego życia.

Niemal zawsze trudnym momentem życia jest rozpoznanie choroby, zwłaszcza przewlekłej. 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.

Oznacza to, że choroba przewlekła ingeruje praktycznie we wszystkie sfery życia człowieka. Takim schorzeniem jest stwardnienie rozsiane — postępująca demielinizacyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, która cechuje się niezwykle różnorodną symptomatologią, nieprzewidywalną zmiennością przebiegu i objawów [3].

Bez względu na postać skutkuje narastaniem niepełnosprawności oraz wystąpieniem stresu psychologicznego spowodowanego faktem zachorowania i leczenia.

Sytuacja choroby wywołuje poczucie zagrożenia, niepewności, bezradności, utrudnia realizację ważnych celów życiowych oraz zmienia negatywnie obraz własnej osoby.

Silne poczucie koherencji i skuteczne radzenie sobie ze stresem pozwalają osobom chorym na stwardnienie rozsiane osiągnąć optymalny stan zdrowia [1].

Celem pracy było określenie związków pomiędzy poziomem poczucia koherencji a rodzajem preferowanych stylów radzenia sobie z chorobą przewlekłą u osób ze stwardnieniem rozsianym.

Poziom poczucia koherencji oraz preferowany styl radzenia sobie może mieć istotny wpływ na przebieg choroby oraz duże znaczenie w trakcie powrotu do optymalnego stanu zdrowia. W związku z tym wyłoniono następujące pytania badawcze:

1. Czy osoby ze stwardnieniem rozsianym różnią się od siebie poziomem poczucia koherencji i jego składowymi?
2. Czy osoby ze stwardnieniem rozsianym różnią się od siebie rodzajem preferowanego stylu radzenia sobie z chorobą przewlekłą?
3. Czy istnieje związek pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jego składowych a rodzajem preferowanego stylu radzenia sobie z chorobą przewlekłą u osób ze stwardnieniem rozsianym?

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Kolejowym Szpitalu Uzdrawiskowym sp. z o.o. w Ciechocinku i jego Oddziale Zamiejscowym w Aleksandrowie Kujawskim po otrzymaniu zgody Dyrekcji Szpitala i Komisji Bioetycznej Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu Nr 21/KB/2012 z dnia 26.06.2012 r.

Badaniem objęto 35 pacjentów z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego przebywających na leczeniu w okresie od 14 marca do 30 kwietnia 2013 r.

Wszystkie osoby zostały poinformowane o celu i zakresie badań oraz zapoznały się z pisemną instrukcją udzielania odpowiedzi, dodatkowo, w razie potrzeby, udzielano także ustnych wyjaśnień. Udział w badaniach był anonimowy, bezpłatny i dobrowolny.

Badania przeprowadzono w oparciu o trzy narzędzia badawcze: Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29, Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych — CISS oraz kwestionariusz ankiety 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 [1]. Wynik ogólny poczucia koherencji wyrażony został w następujący sposób: niskie poczucie (51–100), przeciętne poczucie (101–152) i wysokie poczucie (powyżej 152).

Drugie z zastosowanych narzędzi badawczych — 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. Kwestionariusz CISS posiada 3 skale, które obejmują: styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ), styl skoncentrowany na emocjach (SSE), styl skoncentrowany na unikaniu (SSU). Natomiast Skala SSU zawiera dwie podskale: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ), poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT) [4]. 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.

Ostatnie z zastosowanych narzędzi badawczych stanowiła Ankieta własnej konstrukcji, która zawierała 29 pytań zamkniętych lub półotwartych. Pytania dotyczyły danych demograficznych, czasu trwania choroby, etapu leczenia, sposobu radzenia sobie z chorobą, sytuacji społecznej i rodzinnej.

Obliczenia wykonano w programie Statistica 6.0 i arkusza kalkulacyjnym Microsoft Excel. Do opisu zmiennych użyto statystyk opisowych (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe). Przy ocenie siły rodzaju zależności posłużono się współczynnikiem korelacji. W pracy zastosowano również test Manna-Whitneya, do oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwoma populacjami (grupami). Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki

Poziom poczucia koherencji a SM

Poczucie koherencji to zmienna składająca się z trzech powiązanych ze sobą składowych: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności i poczucia sensowności (tabela 1).

Jak wynika z przeprowadzonych badań, osoby badane charakteryzuje przeciętny poziom zrozumiałości. Średnia — 39,46 to uzyskany wynik mieszczący się w dolnej strefie wyników przeciętnych. Odchylenie standardowe stanowi ponad 20,0% wartości średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników. Wyniki wysokie uzyskały zaledwie 3 osoby (8,5%). Ze wszystkich trzech sfer poczucia koherencji są 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 uzyskały zaledwie 2 osoby (5,7%).

Zebrany materiał świadczy, że badani i w tym przypadku pacjenci to osoby o przeciętnym poziomie sensowności. Średnia — 36,48 mieszcząca się poniżej środkowej strefy wyników przeciętnych. Odchylenie standardowe stanowi ponad 18,0% wartości średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników sensowności. Wyniki wysokie uzyskały tylko 2 osoby (5,7%).

Zebrany materiał świadczy, że badani to osoby o przeciętnym poziomie poczucia koherencji. Świadczy o tym uzyskana średnia — 117,89 punktu, która mieści się w dolnej strefie wyników przeciętnych poczucia koherencji. Odchylenie standardowe stanowi niespełna 19,0 punktów, co świadczy o średnim zróżnicowaniu wyników poczucia koherencji. Wyniki wysokie uzyskała zaledwie 1 osoba (2,8%) (tabela 1).

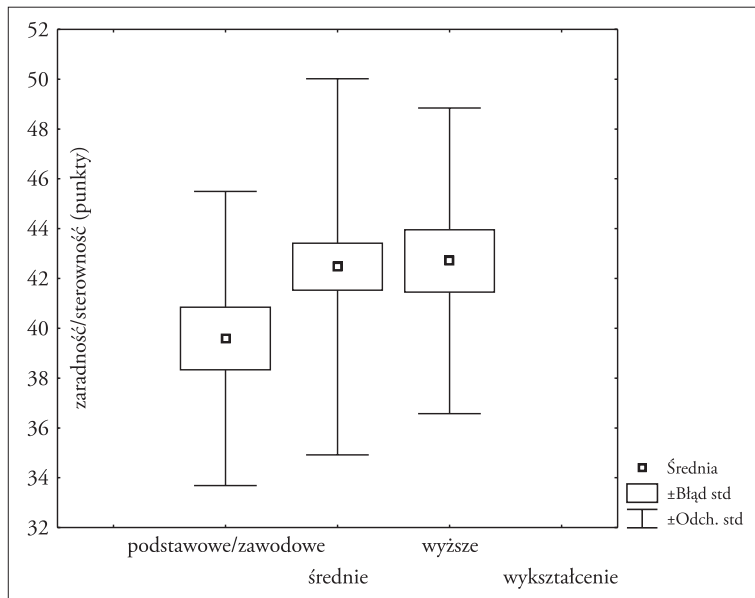
Analiza statystyczna nie wykazała różnic istotnych ($p > 0,05$) pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jego składowymi a badanymi grupami pod względem płci. Nie wykazano również korelacji pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jego składowymi a badanymi grupami wiekowymi ($p > 0,05$). Stwierdzono natomiast istotną statystycznie korelację pomiędzy poziomem

Tabela 1. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC) — wyniki ogólne i składowe

	Zrozumiałość		Zaradność/sterowność		Sensowność		SOC	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Niskie	7	20	4	11,4	4	10,9	5	14,3
Przeciętne	25	71,4	29	82,8	29	82,8	29	82,9
Wysokie	3	8,5	2	5,7	2	5,7	1	2,8
N ważnych	35		35		35		35	
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 2. Poczucie koherencji a wykształcenie

	N	R	t(N-2)	p
SOC	35	0,1136	1,1879	0,2375
Zrozumiałość	35	-0,0036	-0,0377	0,9700
Zaradność	35	0,1896	2,0067	0,0473
Sensowność	35	0,0898	0,9368	0,3509



Ryc. 1. Rozkład wyników zaradności ze względu na wykształcenie

poczucia koherencji i jego składowymi — zaradność a wykształceniem, co oznacza, że wraz ze wzrostem wykształcenia, wzrastał wynik zaradności/sterowności ($p=0,0473$) (tabela 2, ryc. 1).

Style radzenia sobie ze stresem a SM

Skala SSZ określa styl radzenia sobie ze stresem polegający na podejmowaniu zadań. Średnia grupy w tej skali punktowej wyniosła 56,55 punktu (mediana — sten 6) (tabela 3 i 4).

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 — 9 osób (25,7%) oraz sten 5 i 7 — 7 osób (20,0%). Zatem zdecydowana większość uzyskała wyniki przeciętne. Wyniki wysokie uzyskały 3 osoby spośród wszystkich badanych, co procentowo stanowi 8,5%.

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 ma tendencji do myślenia życzeniowego i fantazjowania, czym właśnie mogliby zmniejszyć napięcie

emocjonalne związane z sytuacją stresową. Najliczniejszą grupę stanowią badani, którzy uzyskali sten 6 — 11 osób (31,4%) oraz sten 7 — 12 osób (34,3%). Wyniki te świadczą właśnie o braku tendencji do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Najliczniejsza grupa badanych uzyskała wyniki przeciętne — 27 osoby (75,5%). Wyniki wysokie uzyskało 5 osób (20,9%).

Tabela 3. Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych (CISS) — sten

Sten	SSZ		SSE		SSU		ACZ		PKT	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
1	1	2,8	1	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	2	5,7	1	2,8	0	0,0	0	0,0	1	2,8
3	2	5,7	1	2,8	2	5,7	1	2,8	2	5,7
4	4	11,4	1	2,8	4	11,4	2	5,7	4	11,4
5	7	20,0	3	8,5	3	8,5	7	20,0	2	5,7
6	9	25,7	11	31,4	5	14,3	5	14,3	9	25,7
7	7	20,0	12	34,3	8	22,8	8	22,8	10	28,5
8	3	8,5	3	8,5	4	11,4	9	25,7	4	11,4
9	0	0,0	1	2,8	7	20,0	2	5,7	2	5,7
10	0	0,0	1	2,8	2	5,7	1	2,8	1	2,8
Razem	35	100	35	100	35	100	35	100	35	100

Tabela 4. Wyniki CISS

	SSZ		SSE		SSU		ACZ		PKT	
	punkty	steny	punkty	steny	punkty	steny	punkty	steny	punkty	steny
N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
\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
Mediana	58,0	6,0	52,0	7,0	50,5	7,0	22,0	7,0	19,0	6,0

Tabela 5. Style radzenia sobie ze stresem

Styl	16–24 lata		25–54 lata		55–79 lat		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
SSZ	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	2,8
SSE	5	50,0	2	12,5	1	1,1	8	22,8
SSU	0	0,0	4	25,0	1	1,1	5	14,3
2 style	5	50,0	3	18,7	2	2,2	10	28,6
3 style	0	0,0	6	37,5	5	55,6	11	31,4
Razem	10	100,0	16	100,0	9	100,0	35	100,0

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 ma tendencji do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania, w sytuacjach stresowych. Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowią osoby, które w tej skali uzyskały sten 7 — 8 osób (22,8%) oraz sten 9 — 7 osób (20,0%). W dalszej kolejności

sten 6 — 5 osób (14,3%). Zdecydowana większość badanych uzyskała zatem, jak wynika z przeprowadzonej analizy, wyniki przeciętne. Wyniki wysokie uzyskały 2 osoby (5,7%).

Jak wynika z tabeli 5, w badanej grupie widoczna jest dominacja trzech stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Przejawia ją 6 osób (37,5%) w wieku 25–54 lata, 5 osób (55,6%) w wieku 54–79 lat.

Łącznie 11 osób (31,4%). Najmniej liczna grupa to badani przejawiający styl SSZ — 1 osoba (2,8%). Analiza statystyczna nie wykazała różnic istotnych ($p > 0,05$) pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem a badanymi grupami pod względem płci. Nie wykazano również korelacji pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem a badanymi grupami wiekowymi ($p > 0,05$) i wykształceniem ($p > 0,05$).

Poziom poczucia koherencji a rodzaj preferowanego stylu radzenia sobie z chorobą przewlekłą u osób z SM

Analiza statystyczna zebranego materiału wykazała, że wyniki SOC pozostawały w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami SSZ, SSU i ACZ oraz w korelacji średniej z wynikami SSE ($p < 0,05$). Nie wykazano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy wynikami SOC a PKT ($p > 0,05$) (tabela 6).

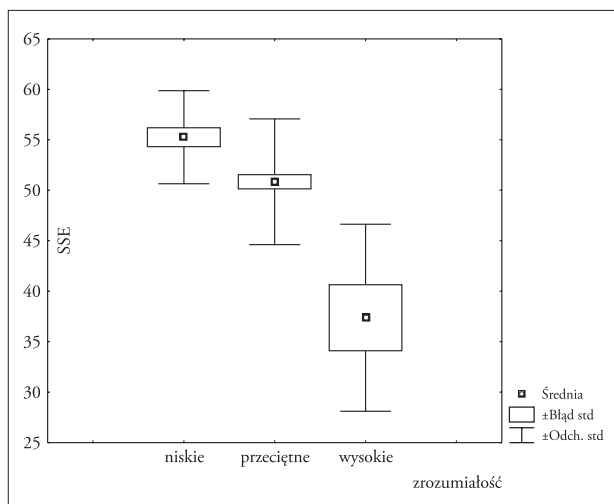
Stwierdzono istotną statystycznie korelację pomiędzy wynikami zrozumiałości (SOC) a wynikami SSE ($p = 0,0001$), co oznacza, że wraz ze wzrostem wyników zrozumiałości maleją wyniki stylu SSE (tabela 7, ryc. 2).

Tabela 6. Korelacje wyników SOC z wynikami CISS

	N	R	t(N-2)	p
SSZ	35	0,2708	2,9238	0,0042
SSE	35	-0,3144	-3,4418	0,0008
SSU	35	0,1917	2,0294	0,0449
ACZ	35	0,1928	2,0417	0,0436
PKT	35	0,0547	0,5693	0,5703

Tabela 7. Korelacje wyników zrozumiałości (SOC) z wynikami CISS

	N	R	t(N-2)	p
SSZ	35	0,0495	0,5154	0,6073
SSE	35	-0,3674	-4,1050	0,0001
SSU	35	0,0776	0,8085	0,4206
ACZ	35	0,1339	1,4039	0,1632
PKT	35	-0,1625	-1,7112	0,0899



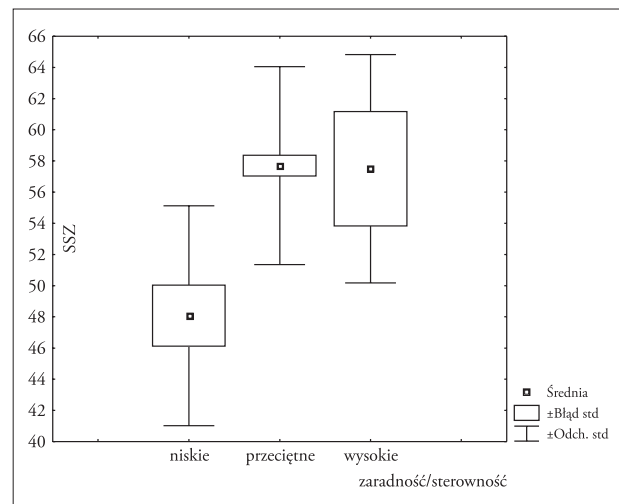
Ryc. 2. Rozkład wyników zrozumiałości (SOC) względu wyników SSE

Stwierdzono istotną statystycznie korelację pomiędzy wynikami zaradności/sterowności (SOC) a wynikami SSZ ($p = 0,0002$) i SSE ($p = 0,0014$) (tabela 8). Oznacza to,

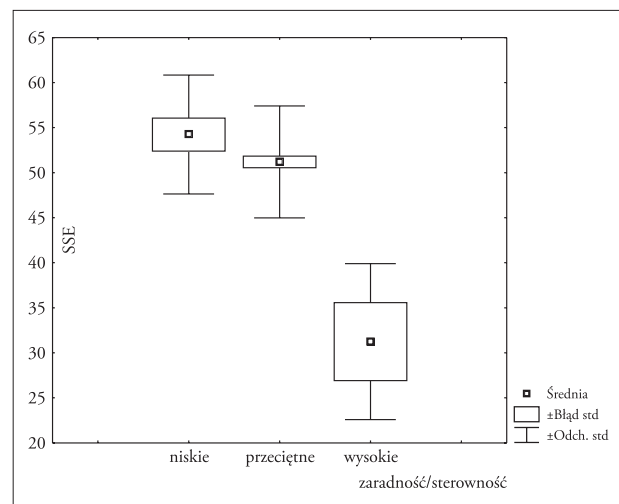
że wraz ze wzrostem wyników zaradności/sterowności wzrastają wyniki stylu SSZ. Najwyższe wyniki SSZ prezentują badani o przeciętnych wynikach zaradności/sterowności (ryc. 3). Zaobserwowano również, że wraz ze wzrostem wyników zaradności/sterowności maleją wyniki stylu SSE (ryc. 4).

Tabela 8. Korelacje wyników zaradności/sterowności (SOC) z wynikami CISS

	N	R	t(N-2)	p
SSZ	35	0,3474	3,8507	0,0002
SSE	35	-0,3005	-3,2740	0,0014
SSU	35	0,1439	1,5109	0,1337
ACZ	35	0,1454	1,5269	0,1297
PKT	35	0,0834	0,8701	0,3862



Ryc. 3. Rozkład wyników zaradności/sterowności (SOC) względu wyników SSZ



Ryc. 4. Rozkład wyników zaradności/sterowności (SOC) względu wyników SSE

Stwierdzono istotną statystycznie korelację pomiędzy wynikami sensowności (SOC) a wynikami SSZ ($p = 0,0143$) i SSE ($p = 0,0000$) (tabela 9). Oznacza to,

że wraz ze wzrostem wyników sensowności wzrastają wyniki stylu SSZ (ryc. 5). Zaobserwowano również, że wraz ze wzrostem wyników sensowności maleją wyniki stylu SSE (ryc. 6).

Tabela 9. Korelacje wyników sensowności (SOC) z wynikami CISS

	N	R	t(N-2)	p
SSZ	35	0,2331	2,4908	0,0143
SSE	35	-0,3822	-4,2979	0,0000
SSU	35	0,1098	1,1476	0,2537
ACZ	35	0,0661	0,6883	0,4928
PKT	35	0,0408	0,4239	0,6725

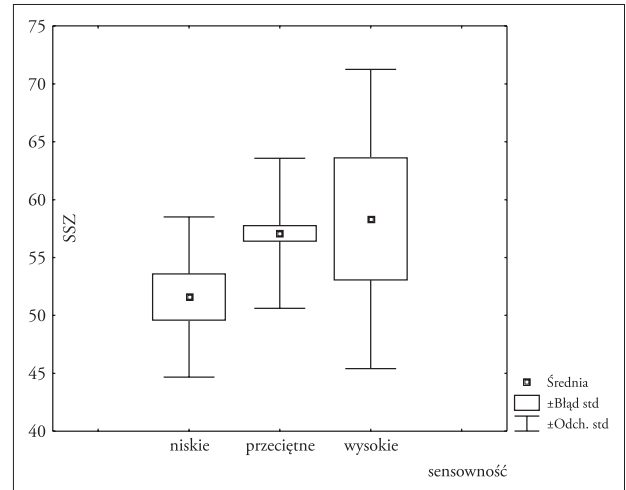
Dyskusja

Badania stanowiące część metodologiczną niniejszej pracy miały na celu wykazanie związku pomiędzy poziomem poczucia koherencji a preferowanymi stylami radzenia sobie z chorobą przewlekłą. Badania zostały przeprowadzone na grupie 35 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. [1]. W przypadku składowych poczucia koherencji nie wykazano również istotnych różnic. Z ogólnego, przeciętnego poziomu trzech składowych najwyżej kształtowało się poczucie sensowności, najniżej zrozumiałości.

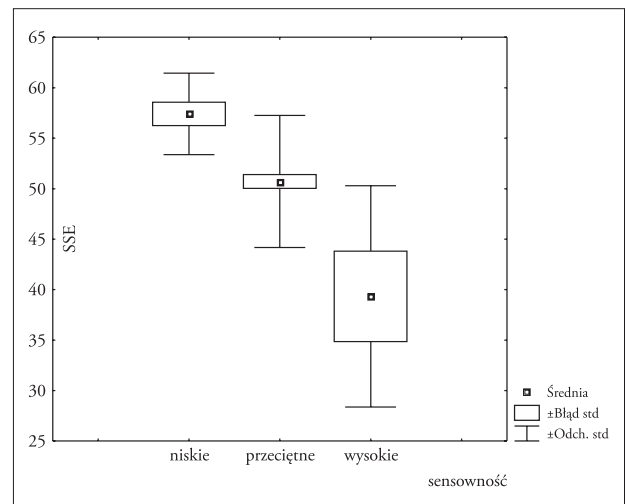
Pacjenci cierpiący na choroby przewlekłe charakteryzują się stosunkowo niskim poziomem poczucia koherencji, co jest zjawiskiem niepokojącym. Przemawia za tym fakt, iż człowiek przy dobrej orientacji, z dostępnością zasobów, lecz brakiem motywacji do podejmowania działań i radzenia sobie może spodziewać się dysharmonii pomiędzy poczuciem zrozumiałości, zaradności i sensowności. Wywoływać to może trudności w radzeniu sobie z sytuacją trudną [5].

Saden-Eriksson i wsp. 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 poziom poczucia koherencji powoduje trudności w akceptacji choroby [6].

Wśród badanych ze stwardnieniem rozsianym najczęściej wskazywane problemy dotyczyły trudności w przystosowaniu się do zmian narzuconych przez chorobę, obawy przed bezradnością, skutkami choroby oraz poczucie zależności i bycia ciężarem dla bliskich.



Ryc. 5. Rozkład wyników sensowności (SOC) względu wyników SSZ



Ryc. 6. Rozkład wyników sensowności (SOC) względu wyników SSE

Kossakowska i Basińska [7] 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 [8] nad poziomem poczucia koherencji osób z chorobą nowotworową i schizofrenią odnotowali, że 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 natomiast badań własnych wśród osób ze stwardnieniem rozsianym wynika, że z trzech składowych SOC najwyższą kształtowało się poczucie sensowności, najniższą 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 przewlekłe gorzej radzą sobie ze stresem.

Wykazały to badania przeprowadzone przez Tuszewskich i Stachowiaka [9] 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. [10], zajmujący się badaniami poziomu poczucia koherencji u kobiet po histerektomii. W badaniach Kurowskiej i Bartoszek [11] wykazano, że chorzy z wyłonioną kolostomią z powodu raka jelita grubego 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 [12] nad wpływem poczucia koherencji na adaptację do leczenia hemodializami zaobserwowano, że 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, gdyż 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.

Stwardnienie rozsiane posiada niewiele takich badań. Już w latach 70. Matson i Brooks [13] 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 M. Kossakowskiej [7] 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.

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, zaś 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 [14] 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 również 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.

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 E. Grochans i wsp. [15] wynika, że wysoki poziom wsparcia społecznego ułatwia codzienne życie chorym na SM. Oznacza to, że na radzenie sobie z chorobą przewlekłą składa się podejmo-

wanie 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 badaniach Kurowskiej i Bukowskiej [16] przeprowadzonych wśród osób z przewlekłą niewydolnością nerek leczonych hemodializami 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 [17]. 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. Czynniki wpływającymi 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.

Wnioski

1. Osoby chore na stwardnienie rozsiane nie różnią się znacząco między sobą poziomem poczucia koherencji. Globalny poziom poczucia koherencji w badanej grupie jest przeciętny, ze średnią 117,89. Wynik SOC nie jest zadowolający i może świadczyć o niskim poziomie akceptacji życia z chorobą przewlekłą oraz przystosowania się do niej.
2. U badanych osób nie można określić dominującego stylu radzenia sobie z chorobą, w podobnym stopniu przejawiają się wszystkie trzy style.
3. 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, zaś wraz ze wzrostem zrozumiałości i sensowności wybór stylu skoncentrowanego na emocjach maleje.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

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

* Niniejszy artykuł powstał na podstawie pracy magisterskiej Pani Katarzyny Żychlińskiej. Promotor: dr n. med. Wanda Stefańska.

Piśmiennictwo

- [1] Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
- [2] Broła W., Fudala M., Czernicki J. Wpływ depresji na jakość życia chorych ze stwardnieniem rozsianym. *Rehab. Med.* 2007; 11: 9–13.
- [3] Ciechaniewicz W., Pieniążek M. *Zasady pielęgnowania pacjentów w wybranych stanach*. Zahradniczek K. *Pielęgniarstwo*. PZWL, Warszawa 2006; 596–635.
- [4] Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2007.
- [5] Mroziak B., Czabała J., Wojtowicz S. Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Pol.* 1997; 31(3): 257–268.
- [6] Kurowska K. Rola poczucia koherencji i zachowań zdrowotnych u przewlekle chorych. *Zdr. Publ.* 2005; 115(3): 385–390.
- [7] Kossakowska M., Basińska M. Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. *Postępy Psych. i Neurol.* 2000; 9: 55–61.
- [8] Szymczak J., Tartas M. Poczucie koherencji w chorobie nowotworowej i schizofrenii. *Psychoonkologia* 1998; 3: 49–53.
- [9] Tuszewska M., Tuszewski B., Stachowiak Cz. Jakość życia i poczucie koherencji u chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. *Nowiny Lekar.* 2002; 71: 4–5, 207–211.
- [10] Jawor M., Szproch A., Dimter A., Kuleta M., Dudek D. Poczucie koherencji, style radzenia sobie a adaptacja po zabiegu histerektomii. *Psychiat. Polska.* 2002; 36: 759–770.
- [11] 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): 429–435.
- [12] Zawadzka B. Wpływ poczucia koherencji na adaptację do leczenia hemodializami. *Nefrol. Dial. Pol.* 2000; 4: 50–53.

- [13] Matson RR, Brooks NA. Adjusting to multiple sclerosis: An exploratory study. *Soc Sci Med* 1977; 11: 245–250.
- [14] Montel S.R., Bungener C. Coping and quality of life in one hundred and thirty five subjects with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2007; 13: 393–401.
- [15] Grochans E., Wieder-Huszla S., Jurczak A., Stanisławska M., Augustyniuk K., Januzik K. Ocena wsparcia społecznego pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008; 89(3): 419–422.
- [16] Kurowska K., Bukowska M. Poczucie koherencji a poziom wsparcia u osób z rozpoznaniem przewlekłej niewydolności nerek leczonych hemodializą. *Urologia Polska.* 2008; 61/4: 326–330.
- [17] Odrobińska I. SM i emocje. Podstawowe informacje o stwardnieniu rozsianym. Zeszyt 13, *Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego*, Warszawa 2007: 4–25.

Adres do korespondencji:

Wanda Stefańska
Wydział Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku
ul. Okrzei 94, 87-800 Włocławek
e-mail: wnoz@wshe.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Źródła finansowania: nie występuje

Wkład autorski: Żychlińska Katarzyna^{A, B, C, E}, Stefańska Wanda^{A, B, C, E, F, G, H}

(A — koncepcja i projekt badania, B — Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C — Analiza i interpretacja danych, E — Napisanie artykułu, F — Poszukiwanie piśmiennictwa, G — Krytyczne zrecenzowanie artykułu, H — Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu)

Praca wpłynęła do Redakcji: 09.07.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 23.10.2013 r.