© Autor(rzy) 2021. Artykuł opublikowany na zasadach otwartego dostępu, rozpowszechniany na warunkach licencji Creative Commons Attribution (CC BY), wydany przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

POCZUCIE KOHERENCJI I PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY PROCESU STARZENIA SIĘ JAKO DETERMINANTY AKCEPTACJI I RADZENIA SOBIE W CHOROBIE PRZEWLEKŁEJ U PACJENTÓW OBJĘTYCH OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ

SENSE OF COHERENCE AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF THE PROCESS OF AGING AS DETERMINANTS OF ACCEPTANCE AND COPING WITH A CHRONIC DISEASE IN PATIENTS UNDER LONG-TERM CARE

Wioletta Wojciechowska

Instytut Nauk o Zdrowiu, Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku

https://orcid.org/0000-0003-2938-758X

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2022.1

STRESZCZENIE

Wstęp. Antonovsky, autor koncepcji poczucia koherencji, udowodnił istnienie uogólnionych zasobów odpornościowych, które mobilizują człowieka do podjęcia walki z przeciwnościami w życiu. Momentem przełomowym i trudnym jest rozpoznanie choroby przewlekłej. Często choroba przewlekła nakłada się na fizjologiczny proces starzenia się organizmu, uruchamiając jednocześnie innego rodzaju obawy, troski i przeżycia. Silne poczucie koherencji i wybór odpowiedniego stylu radzenia sobie z chorobą pozwala pacjentom osiągnąć optymalny stan zdrowia.
Cel. Celem pracy było określenie związków pomiędzy poziomem poczucia koherencji oraz uwarunkowaniami psychospołecznymi a poziomem akceptacji i rodzajem preferowanych stylów radzenia sobie z chorobą przewlekłą u pacjentów w wieku senioralnym objętych opieką długoterminową.
Materiał i metody. Przebadano 138 pacjentów przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym. Poczucie koherencji zbadano za pomocą kwestionariusza orientacji życiowej SOC 29, a radzenie sobie w sytuacjach stresowych kwestionariuszem CISS Endlera i Parkera. W modelu badań wykazano zmienne niezależne główne (SOC-29, GSES, AMTS, MMSE, GDS, Drabina Cantrila, ankieta własna, sytuacja rodzinna), zmienne niezależne poboczne (płeć, wiek, wykształcenie, poziom samodzielności) oraz zmienne zależne (CISS, AIS).
Wyniki. Osoby chorujące przewlekle nie różniły się znacząco między sobą poziomem poczucia koherencji. Sensowność i zaradność nieznacznie różnicowały badaną grupę. Badani koncentrowali się na podejmowaniu wysiłków zmierzających do rozwiązywania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Osoby o wyższym poziomie globalnego SOC częściej stosowały styl skoncentrowany na zadaniu, podejmując działania zaradcze, mające na celu przystosowanie się do zmian narzuconych przez chorobę. Wyższy poziom poczucia koherencji (zrozumiałości, zaradności i sensowności) wpłynął na wyższy poziom akceptacji choroby.

ABSTRACT

Introduction. Antonovsky, the author of the concept of the sense of coherence, proved the existence of generalized immune resources that mobilize a person to understand the struggle with adversities in life. A turning point and a difficult moment is the diagnosis of chronic disease. Often a chronic disease overlaps with the physiological ageing process of the body, triggering other types of fears, concerns and experiences. 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 the sense of coherence and psychosocial determinants and the level of acceptance and the type of preferred styles of coping with chronic disease in elderly patients covered by long-term care.
Material and methods. One hundred thirty-eight patients staying at the Nursing and Care Center were examined. The sense of coherence was tested using the SOC 29 life orientation questionnaire, and coping with stressful situations was tested by Endler and Parker's CISS. The research model showed the main independent variables (SOC-29, GSES, AMTS, MMSE, GDS, Cantril's Ladder, own questionnaire, family situation), independent secondary variables (gender, age, education, level of independence) and dependent variables (CISS, AIS).
Results. The chronically ill did not differ significantly in the level of the sense of coherence. Meaningfulness and resourcefulness slightly differentiated the study group. The subjects focused on making efforts to solve the problem through cognitive transformations or attempts to change the situation. People with a higher level of global SOC more often used the task-focused style by undertaking remedial actions aimed at adapting to the changes imposed by the disease. The higher level of the sense of coherence (comprehensibility, resourcefulness and meaningfulness) resulted in a higher level of acceptance of the disease.

Wnioski. Uzyskane wyniki mogą mieć istotny wpływ na wyznaczanie metod i sposobów pomocy w sytuacji, gdy człowiek nie radzi sobie sam w chorobie, nie jest zdolny do samoopieki częściowo lub całkowicie i jest zależny od pomocy innych. Wyniki badań mogą także wyznaczać zakres działań zorientowanych na profilaktykę starzenia się, przystosowania do starości oraz opracowywania programów psychoedukacyjnych jako wykładniki w prognozowaniu opieki nad pacjentem na różnych etapach choroby przewlekłej.

SŁOWA KLUCZOWE: poczucie koherencji (SOC), style radzenia, choroba przewlekła, okres starości, opieka długoterminowa.

Conclusions. The obtained results may have a significant impact on determining the methods and means of helping in a situation when a person cannot cope with the disease on his own, is not able to take care of himself partially or completely and is dependent on the help of others. The findings may also determine the range of activities aimed at the prevention of ageing, adaptation to old age and being developed and a program psychoeducational as an exponent in the prediction of patient care at different stages of chronic disease.

KEYWORDS: the sense of coherence (SOC), coping styles, chronic disease, old age period, long-term care.

Wprowadzenie

Choroba przewlekła wywołuje w pacjencie zmianę spojrzenia na całe jego życie. Najczęściej przywodzi na myśl lęk, cierpienie, niemoc, perspektywę zależności od innych. Sytuacja rozpatrywana może być z wielu punktów widzenia, m.in. filozoficznego, medycznego oraz psychologicznego. Wydaje się jednak, iż najbardziej wartościowe jest rozważenie ich z perspektywy indywidualnego doświadczenia człowieka. Jest ona wydarzeniem szczególnym i od zawsze była związana z obawą przed utratą czegoś ważnego, cennego i niepowtarzalnego. Choroba ma wymiar subiektywny, a jej znaczenie zależy od uwarunkowań osoby, której dotyka [1]. Jest stanem, którego człowiek chciałby uniknąć, a jednocześnie stanem, którego na pewnym etapie życia można doświadczyć. Dynamiczny postęp w naukach medycznych daje człowiekowi z jednej strony coraz rozleglejszą wiedzę na temat powstawania i leczenia wielu chorób, a z drugiej strony uświadamia, jak wciąż jest wobec nich bezsilny [2]. Choroba przewlekła jest często trudnym i przykrym doświadczeniem dla pacjenta i osób z jego otoczenia. Stanowi wraz z jej następstwami źródło stresu psychologicznego. Stres ten można rozpatrywać w kategoriach kryzysu, czyli sytuacji tak nowej lub tak nieoczekiwanej, że zwyczajne środki radzenia sobie ze stresem okazują się niewystarczające. Kryzys może prowadzić do zaburzeń równowagi psychicznej, społecznej i emocjonalnej. W takim stanie pacjent wykazuje zaburzenie typowych reakcji i doświadcza silnych emocji. Kryzys można także postrzegać jako stan przejściowy wiążący się z istotnymi implikacjami w toku późniejszej akceptacji choroby. Osoba przeżywająca kryzys staje wobec konieczności realizacji wielu zadań adaptacyjnych. W ich skład wchodzi radzenie sobie z samą chorobą i jej objawami, radzenie sobie z procedurami terapii, utrzymanie właściwych relacji z personelem medycznym, zachowanie równowagi emocjonalnej, zachowanie zadowalającego obrazu samego siebie, jak również utrzymanie kontaktu z rodziną i znajomymi oraz przygotowanie się na niepewne jutro. Skuteczność w radzeniu sobie z chorobą przewlekłą zależy od rodzaju choroby, zasobów osobistych pacjenta oraz wpływu otoczenia fizycznego i społecznego. Długofalowa adaptacja do choroby przewlekłej obejmuje kilka aspektów psychospołecznych. Jedną z głównych trosk są problemy związane z dopasowaniem emocjonalnym. Adaptacja jest także procesem poznawczym, a istotnymi jej obszarami są m.in. przekonania na temat choroby i jej przyczyn, ocena zakresu dysponowanej kontroli, znaczenia przypisywane różnym zdarzeniom oraz sposób postrzegania własnej osoby. Kolejnym problemem jest wpływ choroby przewlekłej na relacje społeczne. Kryzys związany z chorobą może zakłócić relacje pacjenta z innymi ludźmi właśnie wtedy, gdy pacjent potrzebuje szczególnie silnego wsparcia. Ponadto choroba przewlekła może poważnie zaburzać funkcjonowanie rodziny pacjenta, a wówczas niezbędne są interwencje pomagające pacjentom i ich rodzinom radzić sobie ze skutkami choroby przewlekłej, m.in. edukacja zdrowotna mająca na celu zapoznanie z naturą choroby i metodami terapii oraz psychoterapia pomagająca radzić sobie z emocjami wywołanymi kryzysem [3]. Włączenie w grupy samopomocowe i wsparcia stanowi źródło informacji i daje okazję do porównania doświadczeń chorego z przeżyciami innych pacjentów oraz może zmuszać do zwrócenia uwagi na całe dotychczasowe życie i wypełnianie roli, jaką każdy ma odegrać w tworzeniu własnej egzystencji [4]. Zachowanie się pacjenta wobec choroby wyznaczone jest bowiem różnorodnymi czynnikami wzajemnie na siebie oddziałującymi. Nastawienie do choroby konstytuuje się w wyniku współoddziaływania procesów emocjonalnych i poznawczych. Emocjonalne reakcje w niektórych przypadkach stanowią komponent samego procesu chorobowego. Zazwyczaj jednak pojawiają się w następstwie poznawczej oceny zaistniałej sytuacji. Dla wielu osób choroba jest zdarzeniem ocenianym w kategoriach bądź wyzwania jako trudność, którą należy pokonać, z którą trzeba się zmagać, bądź

zagrożenia lub straty. Do mniejszości należą przypadki, ale i tak bywa, że choroba postrzegana jest jako ulga lub korzyść, np. gdy pozwala uzyskać różnego rodzaju gratyfikacje, jak współczucie i troska ze strony otoczenia [5]. Długotrwała choroba wiąże się jednak najczęściej z fizycznym cierpieniem i powoduje zmiany we wszystkich ważnych dziedzinach życia człowieka. W obliczu zmian spowodowanych chorobą człowiek na ogół nie pozostaje bierny. Z większą lub mniejszą intensywnością osoba chora podejmuje aktywność mającą na celu poprawę zarówno sytuacji zdrowotnej, jak i stanu emocjonalnego. Ponieważ choroba przewlekła charakteryzuje się długim okresem trwania, sięgającym niekiedy kilkudziesięciu lat, w sytuacji chorego następuje wiele zmian. Choroba stanowić może przeszkodę w realizacji dążeń i powoduje konieczność rezygnacji z niektórych celów życiowych lub ich modyfikacji [6]. Często choroba przewlekła nakłada się na fizjologiczny proces starzenia się organizmu, uruchamiając jednocześnie innego rodzaju obawy, troski i przeżycia. Pomimo oddziaływania wielu stresorów związanych z wystąpieniem choroby przewlekłej uruchomienie czynnika prewencyjnego, jakim jest poczucie koherencji [7] oznacza, że pacjent w sytuacji choroby jest w stanie intensywnie działać na rzecz swojego zdrowia, wykorzystując we właściwy sposób dostępne mu i trafnie dostrzegane zasoby zdrowotne. Niezależnie od posiadanych możliwości, osoby z silnym poczuciem koherencji wytrwale poszukują potencjalnie dostępnych środków do poradzenia sobie z trudną sytuacją, jaką niewątpliwie jest choroba przewlekła. Poczucie koherencji motywuje więc do podejmowania aktywności radzenia sobie z chorobą, która jest w życiu człowieka wydarzeniem szczególnym. Reakcja na chorobę oraz sposób radzenia sobie z nią zależy od wielu czynników, m.in. od samej choroby, indywidualnych właściwości pacjenta, zakresu i rodzaju jego kontaktów społecznych, sytuacji ekonomicznej. Na radzenie sobie z chorobą składa się podejmowanie zachowań zmierzających do wyleczenia jej, a w przypadku chorób przewlekłych do przystosowania się do życia z nią. Aby było to możliwe, pacjent musi korzystać z zasobów, jakimi dysponuje oraz wykształcić nowe umiejętności. Znaczenia nabiera również odnajdywanie głębszego sensu i celu w przebiegu wydarzeń, gdyż podtrzymuje to nadzieję i motywację do leczenia. W obszarze kontaktów społecznych pacjent jest zmuszony odnaleźć się w nowej roli, jaką jest rola chorego. Istotne staje się także poszukiwanie społecznego wsparcia, zaś w przypadku braku wydolności opiekuńczej rodziny korzystanie z pomocy instytucjonalnej. Towarzyszenie człowiekowi w zmaganiu się z nieuleczalną chorobą wymaga nie tylko wiedzy medycznej, równie istotna jest umiejętność udzielenia mu emocjonalnego wsparcia z powodu przeciążenia fizycznego i emocjonalnego, w tym lęku, żalu, bezsilności i niepewności [8]. Poczucie koherencji jest zmienną złożoną z trzech zasadniczych komponentów [9]: poczucie zrozumiałości to spostrzeganie napływających informacji jako uporządkowanych, spójnych i dających się zrozumieć. Człowiek, którego cechuje wysoki stopień zrozumiałości wytwarza poczucie, że wydarzenia można przewidzieć i zrozumieć; poczucie zaradności to stopień, w jakim człowiek postrzega dostępne mu zasoby jako wystarczające, aby sprostać stawianym wymogom. Człowiek, którego cechuje wysoki stopień zaradności sprawia wrażenie, że dostępne są mu zasoby zaradcze (własne i zewnętrzne). Dzięki temu nie czuje się bezradny, wobec wydarzeń przyjmuje postawę aktywną i usiłuje zaradzić trudnościom i problemom; poczucie sensowności określa, na ile człowiek czuje, że życie ma sens, że przynajmniej część wymagań i problemów, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania.

Efektywne przystosowanie się do sytuacji stresującej przejawia się w mechanizmach zaradczych. Radzenie sobie to działanie świadome. Styl radzenia to typowy dla danej jednostki sposób zachowania w różnych sytuacjach stresowych [4]. Zadaniem mechanizmów zaradczych jest utrzymanie równowagi emocjonalnej, zachowanie pozytywnej samooceny lub kontynuowanie zadowalających związków z innymi ludźmi [10]. Ważnym czynnikiem w przebiegu i efektywności radzenia sobie z chorobą jest indywidualny styl radzenia sobie, a spośród różnych właściwości stylu – postawa wobec informacji o zagrożeniu. Endler i Parker – autorzy jednej z klasyfikacji stylów radzenia sobie – przyjmują, że działania zaradcze, jakie człowiek podejmuje w konkretnej sytuacji stresowej, są efektem interakcji, która zachodzi pomiędzy cechami zaistniałej sytuacji a sposobem radzenia sobie, charakterystycznym dla danej jednostki. Styl skoncentrowany na zadaniu zakłada istnienie tendencji w sytuacjach stresowych do podejmowania wysiłków zmierzających do podjęcia odpowiednich decyzji i skutecznego sposobu ich realizacji. Efektem tego może być rozwiązanie problemu – gdy jest to możliwe, wprowadzenie zmian w sposobie zachowania umożliwiające realizację konsekwencji podjętej decyzji lub przystosowanie się do życia z problemem, który jest niemożliwy do zmiany. Styl zorientowany na poszukiwanie najlepszych rozwiązań – wśród osób stosujących tę strategię można wyróżnić osoby poszukujące najlepszych, choć mniej sprawdzonych rozwiązań, co wyraża się poświęcaniem większej ilości czasu i środków na zbieranie i selekcjonowanie informacji. Styl skoncentrowany na emocjach – charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emo-

cjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie. Występuje także tendencja do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Działania te mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego, związanego z sytuacją stresową. Czasami jednak mogą powiększać poczucie stresu, powodować wzrost napięcia lub przygnębienie. Styl skoncentrowany na unikaniu – to styl radzenia sobie ze stresem charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji, może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich [11]. Wielość i różnorodność czynników wpływających na wybraną strategię powoduje występowanie znacznych różnic w zachowaniu poszczególnych osób w takiej samej sytuacji oraz zmienność zachowania jednego człowieka w odmiennych sytuacjach [12]. Choroba przewlekła przyczynia się więc do stosowania odmiennych strategii zaradczych w porównaniu z osobami, które są zdrowe i tym samym nie zmagają się ze stresem związanym z chorobą przewlekłą.

Cel pracy

Celem pracy było określenie związków pomiędzy poziomem poczucia koherencji oraz uwarunkowaniami psychospołecznymi a poziomem akceptacji i radzenia sobie z chorobą przewlekłą u pacjentów objętych opieką długoterminową. Poprzez określenie poziomu poczucia koherencji, poczucia własnej skuteczności, sprawności umysłowej, poczucia wsparcia społecznego i sytuacji rodzinnej wskazany został poziom wpływu tych czynników na akceptację choroby oraz strategie radzenia sobie z nią.

Materiał i metody

Początkowemu badaniu poddano grupę 138 osób przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Kolejowego Szpitala Uzdrowiskowego sp. z o.o. w Ciechocinku, Oddział Zamiejscowy w Aleksandrowie Kujawskim oraz w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Szpitala Powiatowego w Aleksandrowie Kujawskim. U pacjentów w badanej grupie przeprowadzono ocenę stanu psychicznego, ustalono poziom depresji oraz sprawności umysłowej. Do badania zakwalifikowano osoby bez depresji lub posiadające lekką depresję, natomiast osoby, które zakwalifikowano jako osoby z depresją głęboką (n = 43) wykluczono z badania. Ostatecznie badaną grupę stanowiło 95 osób w wieku 60–92 lata. Średnia wieku badanych to 72,7 ± 9,5 lat. W modelu badań uwzględniono zmienne zależne: radzenie sobie w sytuacjach stresowych (CISS), skala akceptacji choroby (AIS) oraz zmienne niezależne główne: poczucie koherencji (SOC-29), skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES), test sprawności umysłowej (AMTS), skala oceny stanu psychicznego (MMSE), geriatryczna skala oceny depresji Yesavage'a (GDS) – wersja pełna 30 cech, Drabina Cantrila, ankieta własna, sytuacja rodzinna), zmienne niezależne poboczne (płeć, wiek, wykształcenie, poziom samodzielności).

Do opracowania zmiennych ilościowych zastosowano takie wskaźniki jak: liczba przypadków (N), średnia (M), mediana (ME), minimum, maksimum, percentyl 10 i percentyl 90 oraz odchylenie standardowe (SD). Przy ocenie siły rodzaju zależności pomiędzy SOC-29 a AIS i CISS zastosowany został współczynnik korelacji Pearsona. W celu sprawdzenia wpływu zmiennych niezależnych na średni poziom koherencji zastosowano test parametryczny ANOVA (F), a na poziomy CISS, GSES, AIS i CAN test nieparametryczny Kruskala-Wallisa (H). W celu zbadania związku pomiędzy poczuciem koherencji a akceptacją choroby i radzeniem sobie w sytuacjach trudnych pomiędzy poszczególnymi wymiarami koherencji a poziomem akceptacji choroby AIS oraz stylami radzenia sobie w sytuacjach trudnych CISS zastosowano test korelacji Pearsona. Hipotezy zweryfikowano po przyjęciu poziomu istotności $p \leqslant 0,05$. Za poziom istotności przyjęto $p \leqslant 0,05$. Analiza zebranych danych przeprowadzona została przy użyciu programu statystycznego Statistica 10.

Wyniki

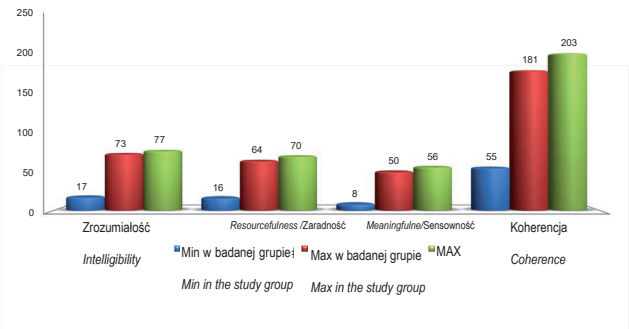
Osoby chore przewlekle nie różniły się znacząco między sobą poziomem poczucia koherencji. W badanej grupie najwyższy poziom koherencji występował w wymiarze zrozumiałości i zaradności. Maksymalny poziom koherencji wynosił 181 pkt., co stanowiło 89% maksymalnego poziomu możliwego. Średni poziom koherencji wynosił 123,9 pkt., co stanowiło 61% maksymalnego poziomu koherencji w SOC-29 (**Tabela 1**). Najniższy wynik tego testu wynosił 8 pkt., co stanowiło 8% maksymalnego poziomu koherencji (**Rycina 1**).

Tabela 1. Charakterystyka statystyczna wymiarów zmiennych w badanej grupie
Table 1. Statistical characteristics of the dimensions of variables in the study group

SOC 29	N	M	ME	Min	Max	Percentyl/ *Percentile* 10	Percentyl *Percentile* 90	SD
Zrozumiałość/ *Intelligibility*	95	45,4	46	17	73	32	56	9,8
Zaradność (Sterowalność)/ *Resourcefulness (Controllability)*	95	44,5	45	16	64	36	54	7,8
Sensowność/ *Meaningfulness*	95	34,1	34	8	50	26	43	7,2

Koherencja/ *Coherence*	95	123,9	126	55	181	100	149	20,1
CISS/*CISS*								
Styl skoncentrowany na zadaniu/ *Task-oriented style*	95	54,1	53	19	75	46	65	7,9
Styl skoncentrowany na emocjach/ *A style focused on emotions*	95	47,3	49	22	76	35	60	9,4
Styl skoncentrowany na unikaniu/ *Avoidance-centered style*	95	44,8	45	25	73	37	53	7,2
Unikanie przez czynności zastępcze/ *Avoidance through surrogate activities*	95	20,3	20	9	36	15	26	4,7
Unikanie kontaktów towarzyskich/ *Avoiding social contact*	95	16,1	16	8	24	12	20	3,2
AIS/*AIS*	95	19,8	19	8	40	8	36	9,4
Ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności GSES/ *Overall self-efficacy index GSES*	95	26,4	28	10	40	19	34	6,8
Drabina Cantrila CAN/*Cantril's ladder CAN*	95	6,2	6	2	10	4	9	2,0

Źródło: opracowanie własne
Source: own study



Rycina 1. Porównanie wyników minimalnych i maksymalnych składowych koherencji badanej grupy w porównaniu do wyników maksymalnych kwestionariusza SOC 29
Figure 1. Comparison of the results of the minimum and maximum coherence components of the studied group in comparison to the maximum results of the SOC questionnaire 29

Źródło: opracowanie własne
Source: own study

W badanej grupie osób przewlekle chorych średnia skala poczucia własnej skuteczności wynosiła 26,4 pkt., co stanowiło 66% całości GSES (AMTS). W badanej grupie 79% osób posiadało prawidłowy stan sprawności umysłowej, 18% miało łagodne upośledzenie pamięci, a 3% umiarkowane upośledzenie pamięci. W badanej grupie średni poziom zadowolenia z życia (CAN) wynosił 6,2 pkt., co stanowiło zadowolenie na poziomie 62%. Na podstawie 57,9% badanych wskazano, że z powodu swojej choroby stali się ciężarem dla swojej rodziny. 79% badanych stwierdziło, że z powodu swojej choroby stali się bardziej zależni od innych i nie dawali sobie rady z czynnościami dnia codziennego. Większość (78%) ankietowanych deklarowało problemy z przystosowaniem do zmian narzuconych przez chorobę, należały do nich problemy dnia codziennego (65,3%) i problemy psychiczne (34,7%) oraz problemy w poruszaniu z powodu barier architektonicznych (31,6%), jak i problemy z komunikowaniem się (9,5%) oraz obawy przed brakiem środków na leczenie (46,3%). Wartość średnia wskaźnika akceptacji choroby uzyskana dla wszystkich pacjentów wynosiła 19,8 pkt., co świadczyło o przeciętnym stopniu akceptacji choroby przez pacjentów w badanej grupie. Analiza wykazała, że pacjenci najbardziej cierpieli, ponieważ: „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię", „nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być" oraz „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę". Najczęściej stosowanym stylem radzenia sobie w trudnych sytuacjach był styl skoncentrowany na zadaniu (54,1), następnie styl skoncentrowany na emocjach (47,3), a w ostatniej kolejności styl skoncentrowany na unikaniu (44,8). W obszarze stylu skoncentrowanym na unikaniu częściej stosowany był styl unikania poprzez stosowanie czynności zastępczych (20,3) niż styl unikania kontaktów towarzyskich (16,1). W analizie wpływu SOC-29 na CISS i AIS wyższe poczucie koherencji – zarówno większe poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności wpływało na wyższy poziom akceptacji choroby. Wykazano istnienie istotnego, przeciętnego związku pomiędzy poczuciem koherencji a stylem radzenia sobie w sytuacjach trudnych skoncentrowanym na zadaniu, emocjach oraz na stosowaniu stylu unikania. Osoby o wyższym poziomie koherencji częściej stosowały styl skoncentrowany na zadaniu, podejmując działania zaradcze, mające na celu przystosowanie się do zmian narzuconych przez chorobę. Wraz ze wzrostem poczucia koherencji wybór stylu skoncentrowanego na emocjach malał.

Tabela 2. Korelacja SOC-29 oraz CISS i AIS
Table 2. Correlation of SOC-29 and CISS and AISŹródło: opracowanie własne

Wpływ poczucia koherencji na akceptację choroby i radzenie sobie w sytuacjach trudnych/ *Influence of the sense of coherence on the acceptance of the disease and coping with difficult situations*	Styl skoncentrowany na zadaniu CISS/*Task-focused style/CISS*	Styl skoncentrowany na emocjach CISS/ *A style focused on emotions CISS*	Styl skoncentrowany na unikaniu CISS/ *Avoidance-centered style CISS*	Unikanie przez czynności zastępcze *CISS/Avoidance through surrogate activities CISS*	Unikanie przez kontakty towarzyskie *CISS/Avoidance by socializing CISS*	Poziom akceptacji choroby AIS/*AIS disease acceptance level*
Poczucie zrozumiałości/ *Sense of understandability*	r = 0,29 p = 0,004	r = -0,43 p = 0,000	r = 0,15 p = 0,146	r = -0,03 p = 0,730	r = 0,33 p = 0,001	r = 0,29 p = 0,004
Poczucie zaradności/ *A sense of resourcefulness*	r = 0,23 p = 0,023	r = -0,45 p = 0,000	r = 0,03 p = 0,777	r = -0,16 p = 0,112	r = 0,33 p = 0,001	r = 0,35 p = 0,000
Poczucie sensowności/ *Sense of meaningfulness*	r = 0,26 p = 0,009	r = -0,11 p = 0,327	r = -0,07 p = 0,510	r = -0,17 p = 0,090	r = 0,15 p = 0,133	r = 0,43 p = 0,000
Globalna koherencja/ *Global Coherence*	r = 0,32 p = 0,001	-0,42 p = 0,000	r = 0,06 p = 0,562	r = -0,14 p = 0,165	r = 0,34 p = 0,001	r = 0,43 p = 0,000

Źródło: opracowanie własne
Source: own study

Przeprowadzono również szczegółową analizę wpływu takich zmiennych jak: uogólniona własna skuteczność (GSES), radzenie sobie w sytuacjach stresowych (CISS), odczuwanie satysfakcji z życia (CAN) oraz stan cywilny osób korzystających z instytucji na poziom akceptacji choroby (AIS) (**Tabela 2**). Z analiz wynika, że wyższy poziom własnej skuteczności, sprawności umysłowej i zadowolenia z życia w sposób istotny statystycznie wpływał na wyższy poziom akceptacji choroby (H = 22,44, p = 0,00001). Lepiej akceptowały chorobę osoby korzystające z pomocy instytucji pozarządowych i stowarzyszeń, niemające poczucia zależności od innych, tj. osoby niemające poczucia, że są ciężarem dla rodziny (H = 4,14, p = 0,05). Lepiej akceptowały chorobę osoby będące w związku niż osoby samotne (H = 10,71, p = 0,01). Wyższy poziom własnej skuteczności oraz sprawności umysłowej miał związek z częściej stosowanym stylem radzenia sobie w sytuacjach trudnych skoncentrowanym na zadaniu (H = 0,44, p < 0,0001) i rzadszym wybieraniem stylu skoncentrowanego na emocjach i zależność ta występowała na poziomie przeciętnym. Niższy poziom zadowolenia z życia miał związek z częściej stosowanym stylem radzenia sobie w sytuacjach trudnych skoncentrowanym na emocjach (H = 0,23, p < 0,02). Oznacza to, że wyższy poziom zadowolenia z życia wpływał na częstsze stosowanie stylu unikania poprzez czynności zastępcze i podtrzymywanie kontaktów towarzyskich (H = 0,32, p < 0,0001). W radzeniu sobie w sytuacjach trudnych osoby uważające, że nie są bardziej zależne od innych, stosowały styl skoncentrowany na zadaniu (H = 6,16, p = 0,05), natomiast styl skoncentrowany na emocjach oraz unikaniu częściej stosowały osoby samotne niż mieszkające z rodziną lub w placówce opiekuńczej oraz te, które uważały, że są ciężarem dla bliskich, nie dają sobie rady z czynnościami dnia codziennego, mają problemy z przystosowaniem się do zmian narzuconych przez chorobę i obawiają się jej skutków (H = 9,52, p = 0,008). Wykształcenie wywiera istotny wpływ na poziom poczucia koherencji, tj. osoby z wykształceniem wyższym miały istotnie wyższy poziom koherencji w obszarze poczucia sensowności (F = 3,86, p = 0,01). Płeć (F = 1,19, p = 0,28) i wiek nie miały istotnego wpływu na poziom koherencji (F = 0,14, p = 0,87). Wykształcenie wpływa na stosowanie stylu unikania poprzez czynności zastępcze. Im niższe wykształcenie tym częstsze stosowanie tego stylu. Osoby z wykształceniem podstawowym posiadały niższy poziom akceptacji choroby niż osoby z wykształceniem średnim czy wyższym (H = 12,82, p = 0,005).

Dyskusja

Celem badań Saden-Eriksson i wsp. była próba udzielenia odpowiedzi na pytanie: czy silny poziom poczucia koherencji pomaga pacjentom kontrolować chorobę przewlekłą oraz dokonywać radykalnych zmian w dotychczasowych zachowaniach [13]. Wyniki wykazały, że wysoki poziom poczucia koherencji znacznie wpływa na akceptację choroby, obniżony poziom poczucia koherencji powoduje zaś pasywność i trudności w akceptacji

choroby. W badaniach własnych 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. Kurowska i Zając [14] prezentując wyniki badań stanowiących wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób w podeszłym wieku stwierdziły, że znaczenie poczucia koherencji dla przeżywania okresu starości wynika z jego roli w procesie przystosowania się do sytuacji nowych i trudnych. Trudno zaprzeczyć, iż starość stanowi dla człowieka taką właśnie sytuację. Poczucie koherencji ma wpływ na zdrowie człowieka starszego, pojmowane nie tylko jako optymalne funkcjonowanie biologiczne, lecz jako pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Od poziomu koherencji zależy przecież efektywność radzenia sobie z wszelkimi trudnościami, samopoczucie oraz zadowolenie z życia – również człowieka starszego. Kossakowska i Basińska [15] na podstawie badań przeprowadzonych wśród chorych na stwardnienie rozsiane stwierdziły, iż nie obserwuje się różnic w ogólnym poziomie poczucia koherencji pomiędzy chorymi. Obserwuje się je natomiast pomiędzy zrozumiałością a zaradnością. Zależność ta jest charakterystyczna dla chorób przewlekłych, gdyż podobne wyniki uzyskano w grupie przewlekle chorych onkologicznie. 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. W badaniach Zawadzkiej [16] 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. 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 zadaniu, rzadziej styl oparty na unikaniu. Z badań M. Kossakowskiej [17] wynika, że chorzy różnią się stosowaniem niektórych strategii zaradczych w radzeniu sobie ze stresem zwiazanym ze swoją chorobą. 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. 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. Ujemny związek zrozumiałości i sensowności ze stosowaniem stylu skoncentrowanego na emocjach oznacza, że wraz ze wzrostem tych cech 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. Z badań przeprowadzonych przez Muszalik i Kędziora-Kornatowską [18] wynika, że jakość życia pacjentów z chorobami przewlekłymi zależy przede wszystkim od wieku, a także od rodzaju i czasu trwania schorzenia, zaś w ocenie jakości życia przewlekle chorych osób w podeszłym wieku powinno się uwzględniać rodzaj dominujących trudności spowodowanych poszczególnymi stanami chorobowymi oraz ich wpływ na podstawowe dziedziny życia. Badania własne wykazały istnienie zmiennych pośredniczących, wpływających na związek poziomu poczucia koherencji a rodzajem preferowanego stylu radzenia sobie z chorobą przewlekłą jako wykładnika w powrocie do optymalnego stanu zdrowia. Istotną zależność wykazano między poczuciem sensowności a wykształceniem. Wykształcenie wpływać może na percepcję choroby, organizację życia w zmienionych warunkach, kontynuację pasji i zainteresowań. Stopień świadomości wpływać może również na mobilizację sił i pozwala stawić czoła chorobie. Wśród badanych najczęściej wskazywane problemy dotyczyły trudności i ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, obawy przed bezradnością oraz rezygnacja z zainteresowań. Ponad połowa badanych stwierdziła, że z powodu swojej choroby stała się ciężarem dla swojej rodziny. Możliwość podzielenia się problemami, wymiana doświadczeń na temat metod ich rozwiązywania pomagają w przystosowaniu się do sytuacji stresującej i trudnej. Z badań przeprowadzonych przez Grochans i wsp. [19] wynika, że wysoki poziom wsparcia społecznego ułatwia codzienne życie. Oznacza to, że na to, w jaki sposób chory radzi sobie z chorobą przewlekłą, mają wpływ podejmowane zachowania zmierzające do przystosowania się do życia z chorobą. Aby było to możliwe pacjent powinien korzystać z zasobów, jakimi dysponuje oraz wykształcić nowe umiejętności. Oceniając zachowanie człowieka w chorobie, w dużym stopniu bazujemy na jego zasobach i możliwościach adaptacyjnych. Czynnikami wpływającymi na zachowanie w tym stanie są m.in. wysoki poziom poczucia koherencji oraz strategie radzenia sobie ze stresem. Badania własne

wykazały, że chorzy przewlekle 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. Potwierdzają to badania Marzec, Andruszkiewicz i Banaszkiewicz [20], których celem było ustalenie związku między SOC, AIS a funkcjonowaniem w chorobie osób przewlekle chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycową chorobę nerek, w stadium niewydolności, leczonych hemodializą. SOC to zasób generalnie wspomagający funkcjonowanie człowieka we wszystkich obszarach życia. Badania potwierdzają, że SOC może być elementem buforowym lub przystosowawczym do sytuacji trudnej, jaką jest choroba.

Wnioski

1. W skutecznym radzeniu sobie z chorobą przewlekłą ważną rolę odgrywają psychiczne zasoby człowieka, zwłaszcza poczucie koherencji, jak i czynniki sytuacyjne.
2. Schorzenie przewlekłe jest dla człowieka realnym zagrożeniem, wymagającym zastosowania odpowiednich mechanizmów adaptacyjnych, pozwalających na radzenie sobie ze stresem z niego wynikającym.
3. Określenie stylów radzenia sobie z chorobą oraz możliwości poznawczych chorego, w tym jego gotowości do samoopieki, które zmieniają się wraz z postępem choroby, skutkami terapii oraz z wiekiem, może służyć jako wykładnik w prognozowaniu opieki nad pacjentem na różnych etapach choroby przewlekłej.
4. Szczególnie lekarze i pielęgniarki, jako osoby najczęściej współpracujące z chorymi, mogą zwiększać u pacjentów poczucie sensu, rozumienia sytuacji oraz poczucie zaradności. Może się to przyczynić do lepszego radzenia sobie chorych ze stresem i lepszą reakcją na sytuację, w której się znaleźli.

Piśmiennictwo

1. Bąk-Sosnowska M. Choroba w życiu człowieka. W: Trzcieniecka-Green A. (red.). Psychologia – podręcznik dla studentów kierunków medycznych. Kraków: Wydawnictwo Universitas. 2006; 173–228.
2. Heszen-Niejodek I. Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. 2000; 55–56.
3. Bishop G.D. Psychologia zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Astrum. 2007; 352.
4. Gałuszka A. Człowiek przewlekle chory. Aspekty psychoegzystencjalne. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. 2005; 7, 17.
5. Dolińska-Zygmunt G. Elementy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego. 1996; 195–197.
6. Rosińczuk-Tonderys J. Uchmanowicz I. Chory przewlekle – aspekty pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, terapeutyczne. Wrocław: Wydawnictwo Med Pharm. 2013; 35.
7. Trzcińska-Green A. Psychologia. Kraków: Wydawnictwo Universitas. 2012; 136–143.
8. Dolińska-Zygmunt G. Podstawy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego. 2001; 243–245.
9. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii. 2005; 7.
10. Kwiatkowska A, Krajewska-Kułak E. Panek W. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Lublin: Wydawnictwo Czelej. 2003; 203–210.
11. Strelau J. Jaworowska A. Wrześniewski K. Szczepaniak P. Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych. 2007.
12. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa: PWN. 2008; 220–221.
13. Kurowska K. Rola poczucia koherencji i zachowań zdrowotnych u przewlekle chorych. Zdrowie Publiczne. 2005; 115(3): 385–390.
14. Kurowska K, Zając M. Poczucie koherencji a funkcjonowanie osób w podeszłym wieku. W: Kuchcińska M. (red.). Edukacja do i w starości. Bydgoszcz: Wyd. KPSW. 2008; 75–82.
15. Kossakowska M, Basińska M. Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. Postępy Psychiatrii i Neurologii. 2000; 9: 55–61.
16. Zawadzka B. Wpływ poczucia koherencji na adaptację do leczenia hemodializami. Nefrol Dial Pol. 2000; 4: 50–53.
17. Kossakowska M. Strategie radzenia sobie z chorobą przewlekłą w stwardnieniu rozsianym. Postępy Psychiatrii i Neurologii. 2008; 17(1): 15–21.
18. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. Gerontologia Polska. 2006; 4: 185–189.
19. Grochans E, Wieder-Huszla S, Jurczak A, Stanisławska M, Augustyniuk K, Januzik K. Ocena wsparcia społecznego pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Probl Hig Epidemiol. 2008; 3: 419–422.
20. Marzec A, Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M. Poczucie koherencji, akceptacja choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej osób chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycę, hemodializowanych. Pielęgniarstwo XXI Wieku. 2011; 2(35): 51–56.

Artykuł przyjęty do redakcji: 07.02.2021.
Artykuł przyjęty do publikacji: 30.06.2021.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Wioletta Wojciechowska
ul. Zdrojowa 17
87-720 Ciechocinek
e-mail: w.wojciechowska@ksw.wloclawek.pl
Instytut Nauk o Zdrowiu, Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku