

Poczucie koherencji, style radzenia sobie a adaptacja po zabiegu histerektomii

Sense of coherence, style of coping and adaptation after hysterectomy

Mirosława Jawor, Aleksandra Szproch Agata Dimter,
Małgorzata Kuleta, Dominika Dudek

Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

Summary

Aim: This article is devoted to analysis of factors favourable for adaptation after hysterectomy procedure. The consequence of expressing the hysterectomy as a stress situation is laying a great emphasis on analysis of coping with yourself and the factors affecting this process. We suggest the model where the sense of coherence affect indirectly through the styles of coping on the level of health.

Method: Overall we examine 71 woman, 35 of them 10 days after the operation and 36 having this procedure 24-36 months earlier. The applied methods were: SOC-29, CISS, BDI, STAI and the Kuppermann Index.

Results: We obtain results that confirm significant impact of the sense of coherence and the styles of coping to woman's health.

Conclusions: The results challenge proposed model as the only explanation. The sense of coherence influence the health not only through the styles of coping. Discrepancies that were obtained through the researches suggest the necessity of examining other possible relationships between those variables.

Słowa kluczowe: poczucie koherencji, style radzenia sobie, histerektomia

Key words: sense of coherence, coping style, hysterectomy

Wprowadzenie

Psychologiczne następstwa operacji ginekologicznych były przedmiotem wielu opracowań empirycznych, których wyniki nie są nadal jednoznaczne. Część badaczy wskazuje na brak związku pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a przebytą histerektomią, inni opisują wiele negatywnych, długotrwałych skutków, jakie pociąga za sobą ten zabieg. Wnioski z artykułu, będącego przeglądem badań dotyczących wpływu usunięcia macicy na stan psychiczny pacjentek [1], sugerują, że nie należy bagatelizować tego problemu, traktując go tylko jako zjawisko wyolbrzymiane, mające niewielkie znaczenie dla funkcjonowania pooperacyjnego pacjentek. Analiza doniesień

empirycznych dostarcza danych stwierdzających, że przygotowanie do zabiegu, sama histerektomia oraz okres rekonwalescencji niosą ze sobą wiele negatywnych konsekwencji, a zwłaszcza – nasilenie lęków i objawów depresyjnych [2]¹.

Zmaganie się z chorobą somatyczną obejmuje dwojakiego rodzaju działania. Jedne z nich dotyczą zachowań leczniczych podejmowanych przez chorego oraz w głównej mierze przez zespół leczący. Ponadto pacjent musi radzić sobie ze stresem psychologicznym, spowodowanym samym faktem zachorowania, hospitalizacji i leczenia. Sytuacja choroby wywołuje poczucie zagrożenia, bezradności, niepewności, utrudnia realizację celów życiowych oraz zmienia negatywnie obraz własnej osoby. Nie inaczej jest w przypadku histerektomii i rekonwalescencji po niej. Z badań dotyczących poglądów kobiet oczekujących na zabieg usunięcia narządów płciowych wynika, iż są one przekonane o możliwości wystąpienia negatywnych następstw interwencji chirurgicznej. Spodziewają się wystąpienia zaburzeń nastroju, obniżenia atrakcyjności, pogorszenia się relacji małżeńskich. Histerektomia spostrzegana jest przez kobiety także jako zabieg naruszający ich kobiecość [3]. Wydaje się ponadto, że zabieg usunięcia macicy może mieć specyficzny wpływ na samopoczucie psychofizyczne kobiet, gdyż zmiany, jakie po nim następują, dotyczą wszystkich sfer: biologicznej, fizjologicznej – np. zmiany hormonalne, emocjonalnej – lęk i depresja; poznawczej – np. zmiana obrazu własnej osoby; behawioralnej – powstrzymywanie się od niektórych aktywności. Jest więc dla pacjentek bez wątpienia sytuacją stresową. Działania, jakie w związku z tym podejmuje chora, określa się jako radzenie sobie ze stresem choroby.

Położenie głównego akcentu na czynności jednostki podejmowane w celu poradzenia sobie ze stresem oraz założenie, że o skutkach zdarzeń stresujących decyduje zasadniczo aktywność człowieka, to współczesne podstawy teorii stresu psychologicznego. Proces radzenia sobie charakteryzowany jest w nich jako obejmujący stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu opanowanie zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby. Radzenie sobie przeciwstawia się nieracjonalnym, nieświadomym i ukierunkowanym na emocje mechanizmom obronnym, które z reguły nie mogą opanować stresu, lecz jedynie zmniejszyć jego skutki.

W sposobach definiowania radzenia sobie można wyodrębnić dwie orientacje. W ramach pierwszej mówi się o **stylu radzenia sobie** jako o predyspozycji indywidualnej, czyli charakterystycznym dla jednostki i indywidualnie zróżnicowanym repertuarze metod zmagania się z sytuacjami stresowymi. Ludzie w podobnych sytuacjach stosują nawykowo te same, stałe wzorce radzenia sobie. W ramach drugiej orientacji wyróżniamy uwarunkowane sytuacyjnie strategie. Względna stałość radzenia sobie u tej samej osoby jest więc warunkowana indywidualnym stylem radzenia sobie, natomiast zmienność tego procesu – czynnikami sytuacyjnymi. Badania na temat skutków stresu, dotyczące wyłącznie uwarunkowanych sytuacyjnie strategii radzenia sobie, mają niską wartość predyktywną i były trafne tylko w 10% [4], natomiast w większym stopniu można przewidywać zachowanie osoby wobec trudności na podstawie znajomości

¹ Badania Jawor i wsp. [2] wskazują na występowanie u około połowy pacjentek nasilonego lęku oraz objawów depresyjnych.

indywidualnego stylu radzenia sobie.

Endler i Parker [za: 5] – 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. Autorzy ci stworzyli do pomiaru stylów radzenia sobie kwestionariusz *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)*, który wyróżnia 3 style: zadaniowy, emocjonalny i skoncentrowany na unikaniu.

Skala *styl skoncentrowany na zadaniu* określa radzenie sobie ze stresem polegające na podejmowaniu zadań. Osoby uzyskujące wysokie wyniki w tej skali mają w sytuacjach stresowych tendencję do rozwiązywania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. *Styl skoncentrowany na emocjach* dotyczy stylu charakterystycznego dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie. Skala *styl skoncentrowany na unikaniu* określa radzenie sobie ze stresem charakterystyczne dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji.

Skuteczne zmaganie się ze stresem, chorobą zależne jest od wyboru adekwatnej czynności zaradczej, ten zaś zależy zarówno od czynników sytuacyjnych (charakterystyki sytuacji), jak i od właściwości osobowości. Jedną z takich zmiennych osobowościowych jest **poczucie koherencji** (SOC). Twórcą tego pojęcia oraz podejścia salutogenetycznego jest A. Antonovsky.

Zgodnie z salutogenetycznym sposobem myślenia usiłuje się dociec, co powoduje, że na kontinuum zdrowie–choroba człowiek znajduje się bliżej krańca „zdrowie”, dzięki jakim czynnikom je utrzymuje lub szybciej do niego wraca. Główny konstrukt tego modelu – poczucie koherencji, jest „globalną orientacją człowieka, wyrażającą stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturywany, przewidywalny i wytłumaczalny, oraz dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce” [cyt. wg 6, s. 34]. Jako składniki poczucia koherencji, powiązane ze sobą, Antonovsky wyróżnił poczucie zrozumiałości, zaradności oraz sensowności. Pierwsze z nich, poczucie zrozumiałości, odnosi się do stopnia, w jakim człowiek ocenia napływające do niego bodźce jako sensowne poznawczo, jako informacje uporządkowane, spójne, ustrukturalizowane i jasne. Poczucie zaradności to spostrzeganie dostępnych zasobów za wystarczające, by sprostać wymogom sytuacji. Sensowność zaś wyraża stronę motywacyjną – jednostka spostrzega wymagania stojące przed nią jako warte wysiłku i zaangażowania. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez autora, poczucie koherencji nie ulega zmianom w okresie dorosłości i jest względnie stałe u danej osoby. Jest więc „uogólnionym i trwałym sposobem widzenia świata i swojego życia w tym świecie”. Według Antonovsky’ego poczucie koherencji w dwojaki sposób wpływa na stres. Może „działać jak zmienna buforowa”, zapobiegająca powstawaniu stresu i nie dopuszczająca do powstania napięcia rozregulującego organizm. Drugą formę określić można jako czynnik niebezpośrednio modyfikujący następstwa stresu,

łagodzący, wpływający na reakcje emocjonalne lub umożliwiający stosowanie bardziej efektywnych sposobów radzenia sobie.

Dotychczas przeprowadzono szereg badań, w których próbowano zweryfikować koncepcję Antonovsky'ego w odniesieniu do radzenia sobie ze stresem. Także badania samego twórcy podejścia salutogenetycznego w grupie kobiet ocalałych z holocaustu [6] sugerowały, że poczucie koherencji mogło być modyfikatorem reakcji adaptacji posttraumatycznej. Prowadzone również w Polsce badania potwierdzają istnienie związku poczucia koherencji z częstością stosowania niektórych stylów radzenia sobie [7, 8].

Na podstawie założeń teoretycznych koncepcji Antonovsky'ego przypuszczać można, że stosowanie przez ludzi określonych stylów radzenia sobie zależy raczej od poczucia koherencji niż odwrotnie.

Przeprowadzone badania oparte są na modelu salutogenetycznym. Zgodnie z nim od wszystkich dostępnych zasobów (biologicznych, genetycznych, socjalnych, psychologicznych) zależy skuteczność człowieka w adaptacji do wymagań życia. W myśl powyższych rozważań przeprowadzone zostały przez nas badania, których celem jest próba odpowiedzi na pytanie o związek poczucia koherencji i stylów radzenia sobie z powrotem do zdrowia po zabiegu histerektomii. Ponieważ w literaturze istnieją opinie o negatywnych skutkach usunięcia macicy, niniejsze badania mają na celu wskazanie czynników sprzyjających jak najlepszej rekonwalescencji po tym zabiegu i utrzymaniu dobrej kondycji psychicznej.

Konsekwencją ujmowania histerektomii jako sytuacji stresowej jest położenie szczególnego nacisku na analizę radzenia sobie oraz na czynniki wpływające na ten proces. Zagadnienie wpływu poczucia koherencji na style radzenia sobie wydaje się ciekawą propozycją do stworzenia modelu pośredniczącego: koherencja – styl radzenia sobie – zdrowie.

Poczucie koherencji jest względnie stałą zmienną. Wpływa ono na ukształtowanie indywidualnego stylu radzenia sobie ze stresem. SOC pośrednio – poprzez style radzenia sobie ze stresem – wpływa na stan zdrowia badanych kobiet. Efektywne zmaganie się ze stresem przybliży jednostkę do bieguna *zdrowie* (na kontinuum zdrowie–choroba).

Grupa badawcza

W Klinice Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego CM UJ we współpracy z Oddziałem Ginekologii i Endoskopii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie podjęto badania obejmujące kobiety będące operowane z przyczyn nieonkologicznych.

Niniejszy artykuł jest doniesieniem wstępnym z powyższych badań. Przebadano ogółem 71 kobiet, z czego 35 pacjentek ankietowanych do 10 dni po histerektomii (GRUPA I) i 36 kobiet, które zabieg ten przeszły 24–36 miesięcy wcześniej (GRUPA II). Wśród przebadanych znalazły się osoby pomiędzy 33 a 73 rokiem życia, średnia wieku wynosiła ok. 51,5 lat (brak jest istotnej statystycznie różnicy pomiędzy średnim wynikiem wieku w badanych grupach).

Metody badań

W badaniach wykorzystano opracowany przez Antonovsky'ego kwestionariusz The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) w polskiej adaptacji. Pozwala on oszacować ogólny poziom poczucia koherencji oraz poziom trzech składających się na nie wymiarów [10].

Do pomiaru stylów radzenia sobie użyto polskiej adaptacji, opisanego powyżej, kwestionariusza CISS Endlera i Parkera [patrz: 5]. Zawiera on 3 skale, które badają następujące style radzenia sobie: skoncentrowany na zadaniu, emocjach oraz unikaniu.

Do określenia stopnia nasilenia objawów zespołu klimakterycznego użyto Indeksu Kuppermana. Kwestionariusz Objawów Depresyjnych Becka (BDI) [11] był natomiast wskaźnikiem poziomu depresyjności.

Do pomiaru lęku zastosowano Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL) będący polską adaptacją Inwentarza Lęku Spilbergera (STAI) [12].

Wykorzystano także kwestionariusz własny, składający się z 21 pytań dotyczących danych demograficznych, satysfakcji ze związku i życia seksualnego, samooceny, występowania objawów depresyjno-lękowych w ciągu kilku lat przed zabiegiem.

Wyniki

Uzyskane dane wskazują na brak statystycznie istotnego zróżnicowania pomiędzy średnimi wynikami, wraz z odchyleniami standardowymi, jakie uzyskały badane z GR I w porównaniu z kobietami z GR II w zakresie zmiennych: poziom poczucia koherencji, style radzenia sobie, objawy depresyjne i klimakteryczne, stan lęku. Istotną statystycznie różnicę pomiędzy średnimi zauważyć możemy jedynie w odniesieniu do pomiaru lęku-cechy (ISCL-2). GR II ma wyniki świadczące o znacząco wyższym nasileniu lęku rozumianego jako cecha.

Poziom poczucia koherencji jest nieistotnie statystycznie wyższy w GR I. Wśród średnie wyniki i odchylenie standardowe uzyskane przez badane z GR I i GR II w poszczególnych kwestionariuszach

Tabela 1.

	N		ŚREDNIA		ODCH. STAND.		P
	GR I	GR II	GR I	GR II	GR I	GR II	
SOC-1	35	36	40,34	42,69	9,46	14,56	0,214
SOC-2	35	36	50,00	46,61	9,33	13,05	0,053
SOC-3	35	36	40,00	40,69	7,50	9,99	0,736
SOC-5	35	36	69,40	67,00	27,54	34,62	0,223
CISS-1	35	36	55,91	55,56	9,91	7,70	0,148
CISS-2	35	36	46,51	47,36	7,69	10,55	0,093
CISS-3	35	36	44,03	42,69	10,09	6,76	0,442
BDI	35	36	12,31	15,53	6,40	9,62	0,231
ISCL-1	35	36	46,40	49,03	12,14	13,75	0,406
ISCL-2	35	36	45,97	51,69	8,41	10,67	0,015
IK	35	36	11,91	13,42	7,43	7,96	0,661

badanych z obu grup rozkład wyników składowych poczucia koherencji jest taki sam: najwyższe wyniki osiągają kolejno w zaradności, zrozumiałości, a najniższa jest sensowność.

Nie ma istotnej różnicy średnich wyników poszczególnych stylów radzenia sobie pomiędzy grupami. Badane z GR II minimalnie częściej stosują styl skoncentrowany na emocjach, rzadziej styl unikowy. W obu grupach najczęściej stosowanym jest styl zadaniowy.

Wyniki oceniające natężenie objawów depresyjno-lękowych i klimakterycznych wskazują, że GR II charakteryzuje się większym nasileniem objawów depresyjno-lękowych i klimakterycznych niż pacjentki badane kilka dni po operacji, jednak poziom istotności statystycznej $p < 0,05$ osiągają jedynie wyniki opisujące lęk jako stałą dyspozycję (ISCL-2).

Na podstawie charakterystyki, jaką jest średnia wyników, GR I i GR II prezentują się podobnie w większości (z wyjątkiem ISCL-2) uzyskanych wyników.

Analiza związków między poczuciem koherencji a stylami radzenia sobie u kobiet badanych do 10 dni po histerektomii (GR I) wskazuje na istotne statystycznie zależności między stylem skoncentrowanym na zadaniu a poczuciem zaradności i sensowności oraz ogólnym poziomem SOC. Ponadto styl emocjonalny związany jest z poczuciem zrozumiałości i zaradności oraz ogólnym wynikiem SOC, przy czym zależności te są odwrotnie proporcjonalne (wzrastające wyniki SOC wiążą się ze spadkiem wyników CISS-2).

Szczegółowych danych dotyczących opisywanych związków dostarcza tabela 2.

Dane dotyczące zależności między SOC a stylami radzenia sobie w GR II zawiera

Tabela 2

Dane dotyczące związku pomiędzy wynikami kwestionariuszy CISS a SOC w GR I

	CISS-1		CISS-2		CISS-3	
	współ. kor.	p	współ. kor.	p	współ. kor.	p
SOC-1	0,245	0,055	-0,111	0,001	-0,278	0,006
SOC-2	0,163	0,001	-0,103	0,002	-0,236	0,011
SOC-3	0,428	0,003	-0,153	0,164	-0,246	0,155
SOC-5	0,126	0,001	-0,433	0,003	-0,276	0,100

tabela 3.

Wśród pacjentek badanych po 2 latach od histerektomii poczucie koherencji oraz jego składowe wiążą się istotnie statystycznie ($p < 0,000$) jedynie ze stylem skoncentrowanym na emocjach. Podobnie jak w GR I, uzyskane współczynniki korelacji są ujemne.

Związki pomiędzy stylami radzenia sobie a objawami depresyjno-lękowymi i klimakterycznymi u kobiet z GR I przedstawia tabela 4.

Wśród badanych kobiet styl zadaniowy ujemnie koreluje z nasileniem objawów

Tabela 3

Dane dotyczące związku pomiędzy wynikami kwestionariuszy CISS a SOC w GR II

	CISS-1		CISS-2		CISS-3	
	współ. kor.	p	współ. kor.	p	współ. kor.	p
SOC-1	-0,114	0,002	-0,082	0,000	0,104	0,204
SOC-2	0,142	0,111	-0,172	0,000	0,156	0,204
SOC-3	0,156	0,120	-0,172	0,000	0,190	0,250
SOC-5	0,180	0,120	-0,182	0,000	0,191	0,203

*Pogrubienia w tabelach oznaczają dane istotne statystycznie

Tabela 4

Dane dotyczące związku pomiędzy wynikami kwestionariuszy BDI, ISCL i IK a stylami radzenia sobie w GR I

	CISS-1		CISS-2		CISS-3	
	współ. kor.	p	współ. kor.	p	współ. kor.	p
BDI	-0,222	0,021	0,260	0,020	0,111	0,210
ISCL-1	-0,101	0,120	0,150	0,210	0,200	0,200
ISCL-2	-0,117	0,001	0,200	0,000	0,110	0,200
IK	-0,270	0,020	0,200	0,220	0,210	0,111

depresyjnych i klimakterycznych oraz aktualnym poziomem lęku (lęk-stan). Styl emocjonalny istotnie wiąże się z depresyjnością, natomiast pozostałe związki nie są znaczące statystycznie.

Analogiczne dane w GR II przedstawia tabela 5.

Tabela ta pokazuje bardzo znaczące korelacje pomiędzy stylem emocjonalnym

Tabela 5

Dane dotyczące związku pomiędzy wynikami kwestionariuszy BDI, ISCL i IK a stylami radzenia sobie w GR II

	CISS-1		CISS-2		CISS-3	
	współ. kor.	p	współ. kor.	p	współ. kor.	p
BDI	-0,250	0,141	0,270	0,000	-0,211	0,100
ISCL-1	-0,210	0,111	0,260	0,000	-0,211	0,210
ISCL-2	-0,201	0,100	0,280	0,000	-0,200	0,220
IK	-0,230	0,100	0,260	0,000	0,210	0,210

a wszystkimi wynikami opisującymi zdrowie badanych kobiet. Wzrost CISS-2 związany jest z nasilaniem się objawów depresyjno-lękowych i klimakterycznych. W GR II związek pomiędzy stylem skoncentrowanym na zadaniu a opisywanymi zmienny-

mi okazał się nieistotny statystycznie. Ciekawym wynikiem, mimo że nieistotnym statystycznie, jest związek stylu unikowego z BDI, ISCL i IK. U kobiet z GR I stosowanie tego stylu wiązało się ze zwiększeniem się nasilenia objawów chorobowych (korelacje dodatnie), w grupie zaś badanej po 2 latach od zabiegu związku te były odwrotne (współczynniki korelacji ujemne). Natomiast związki poczucia koherencji z wynikami kwestionariuszy mierzących pozycję na kontinuum zdrowie–choroba pacjentek badanych bezpośrednio po histerektomii wskazują na zależność między wyższym poziomem zrozumiałości a niższym łękiem-cechą i mniejszym nasileniem objawów klimakterycznych, poczucie zaś zaradności koreluje istotnie statystycznie ze wszystkimi wynikami kwestionariuszy BDI, ISCL i IK. Negatywne objawy związane są ujemnie z poczuciem sensowności. Szczegółowych danych dostarcza tabela 6.

Wśród kobiet operowanych 2 lata przed badaniem składowe poczucia koherencji

Tabela 6

Dane dotyczące związku pomiędzy wynikami kwestionariuszy BDI, ISCL i IK a poczuciem koherencji w GR I

	BOC-1		BOC-2		BOC-3	
	współ. kor.	p	współ. kor.	p	współ. kor.	p
BDI	-0,481	0,006	-0,481	0,006	-0,428	0,010
ISCL-1	-0,324	0,051	-0,366	0,038	-0,561	0,001
ISCL-2	-0,448	0,007	-0,721	0,000	-0,822	0,000
IK	-0,348	0,040	-0,416	0,013	-0,314	0,066

korelują istotnie ze wszystkimi wskaźnikami zdrowia, przedstawia to tabela 7.

Tabela 7

Dane dotyczące związku pomiędzy wynikami kwestionariuszy BDI, ISCL i IK a poczuciem koherencji w GR II

	BOC-1		BOC-2		BOC-3	
	współ. kor.	p	współ. kor.	p	współ. kor.	p
BDI	-0,820	0,000	-0,842	0,000	-0,683	0,000
ISCL-1	-0,838	0,000	-0,827	0,000	-0,801	0,000
ISCL-2	-0,882	0,000	-0,831	0,000	-0,842	0,000
IK	-0,533	0,001	-0,480	0,002	-0,403	0,016

Omówienie wyników

Podsumowując dane dotyczące poszczególnych zmiennych, stwierdzić trzeba, że średnie wyniki poczucia koherencji oraz jego składowych prezentowały się zgodnie z założeniami teoretycznymi Antonovsky'ego. Brak istotnych statystycznie różnic

poziomu koherencji między grupami I i II jest analogiczny do prezentowanych w literaturze (np. przez Kozakę [13]).

Informacje z literatury [14] o stylach radzenia sobie kobiet pozostają w przeciwieństwie do wyników, jakie uzyskane zostały w tych badaniach. Analiza tych danych wskazuje natomiast na najczęstsze stosowanie przez kobiety, zarówno z GR I jak i GR II, stylu skoncentrowanego na zadaniu.

Dość zaskakującym wynikiem, uzyskanym w niniejszych badaniach, jest brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami z GR I a badanymi z GR II w zakresie nasilenia objawów depresyjnych i klimakterycznych oraz aktualnego stanu lęku. W świetle przeglądu literatury dotyczącej wpływu histerektomii na samopoczucie psychofizyczne pacjentek przedstawić można dwa alternatywne wyjaśnienia. Pierwsze tłumaczy powyższe wyniki brakiem wpływu zabiegu usunięcia macicy na stan psychiczny. Być może badane 10 dni po operacji, jak i 2 lata potem, cechują się podobnymi wynikami kwestionariuszy BDI, ISCL i IK, gdyż wartości te są typowe dla danej populacji. Znaczyłyoby to, że ponad połowa kobiet w wieku 40–60 lat ma średnie lub wysokie natężenie objawów depresyjnych i klimakterycznych. Konkurencyjna hipoteza zakłada natomiast wpływ histerektomii na pogorszenie się samopoczucia kobiet, które utrzymuje się nawet 2 lata po zabiegu. Ten sposób myślenia wytłumaczyć mógłby różnicę w wyniku lęku-cechy, który jest nasilony u kobiet badanych po dłuższym czasie od operacji. Znacząco wyższy ISCL-2 świadczyć mógłby o utrwaleniu się negatywnych objawów psychicznych, a zwłaszcza lęku (kobiety wykazywałyby podwyższony, pod wpływem histerektomii, lęk jako cechę). Aby sprawdzić zasadność któregoś z tych wyjaśnień, należałoby przeprowadzić badanie z reprezentacyjną grupą kontrolną.

Analizy związków pomiędzy zmiennymi zaproponowanymi w modelu badawczym dały następujące wyniki:

Wyższy poziom poczucia koherencji związany jest z rzadszym stosowaniem stylu emocjonalnego oraz częstszym zadaniowym. Ta ostatnia prawidłowość dotyczy jednak tylko kobiet badanych 10 dni po zabiegu. Być może charakterystyka sytuacji, w jakiej znajdują się kobiety po zabiegu (zwykle jeden, określony, zdecydowanie najsilniejszy stresor – „operacja i jej konsekwencje”) przyczynia się do radzenia sobie poprzez skupienie się na problemie (czyli zmierzenie się z „powrotem do zdrowia”) i na emocjach.

Badania wskazują ponadto na brak istotnych statystycznie związków pomiędzy poczuciem koherencji a stylem unikowym. Taki wynik zgodny jest z doniesieniami badawczymi innych [7]. Jednocześnie cenne wydają się uwagi na temat niejednorodności tej kategorii, w skład której wchodzi poszukiwanie kontaktów i odwracanie uwagi.

Analiza zależności pomiędzy wynikami kwestionariusza CISS a nasileniem objawów depresyjno-lękowych i klimakterycznych mówi o związku, u kobiet z GR I, stylu skoncentrowanego na zadaniu z obniżeniem wyników BDI, ISCL i IK (aktualny stan lęku obniża się, wynik ten nie jest jednak istotny statystycznie) oraz stylu emocjonalnego z podwyższeniem się poziomu depresyjności. Natomiast u kobiet zmagających się z trudnościami życia codziennego znaczący dla samopoczucia psychofizycznego okazał się styl skoncentrowany na emocjach, który korelował ze wzrostem natężenia

wszystkich negatywnych objawów. Dane te zgadzają się z doniesieniami z literatury, mówiącymi o efektywnym (ocenianym na podstawie redukcji negatywnych emocji) wpływie stylu zadaniowego na radzenie sobie ze stresem. Jednocześnie informacje świadczące o braku związku tego sposobu ze zdrowiem u kobiet z GR II pokazują zależność efektywności radzenia sobie nie tylko od stosowanego stylu, ale i od czynników sytuacyjnych. Brak związków ze stylem polegającym na unikaniu tłumaczyć można – opisaną wyżej – niejednorodnością tej kategorii.

Na uwagę zasługują szczególnie wyniki informujące o dużej zależności między poczuciem koherencji a negatywnymi objawami psychofizycznymi, zwłaszcza klimakterium. Słuszne wydaje się przypuszczenie dotyczące znaczenia czynników psychologicznych, zwłaszcza zmiennych osobowościowych na powstawanie dolegliwości do tej pory traktowanych wyłącznie jako skutek zaburzenia równowagi hormonalnej w organizmie kobiety.

Takie wyniki podważają zasadność modelu pośredniczącego: koherencja – style radzenia sobie – zdrowie jako jedyne wytłumaczenie. Rozbieżności uzyskane w niniejszych badaniach sugerują konieczność poszukiwań innych możliwych zależności pomiędzy tymi zmiennymi.

Poczucie koherencji oddziałuje pośrednio na radzenie sobie poprzez wpływ na ocenę poznawczą sytuacji, jednak jakość oceny poznawczej zależy nie tylko od SOC, lecz również od celów, oczekiwań jednostki, realnych możliwości, a także specyficznych cech sytuacji. Histerektomia, rehabilitacja po niej, mimo pozornie podobnych obciążeń, z pewnością różna jest dla każdej konkretnej pacjentki pod względem choćby tego, czy sytuacja była: oczekiwana – zaskakująca, krótkotrwała – chroniczna, nowa – powtarzalna.

Na podstawie opisanych powyżej wyników zaproponować można inne rozumienie związku poczucia koherencji z radzeniem sobie i zdrowiem. SOC np. poprzez wpływ na ocenę sytuacji i własnych możliwości, zasobów wpływa na radzenie sobie ze stresem. Dotyczy to raczej indywidualnych predyspozycji, stylów niż uwarunkowanych przez sytuację strategii. Te z kolei, jeśli są skuteczne, przyczyniają się do obniżenia negatywnych emocji i doznań z ciała, i osiągnięcia zdrowia przez badanych. Poczucie koherencji, jako zmienna osobowościowa, wpływa na zdrowie psychofizyczne jednostki nie tylko poprzez procesy radzenia sobie. Zapewne lęk i depresyjność zależą od SOC, czy jednak jest to oddziaływanie bezpośrednie, czy też poprzez inne czynniki lub procesy – wyniki niniejszych badań nie mogą dać odpowiedzi.

Podsumowanie

Badania, przeprowadzone w paradygmacie salutogennym, potwierdziły znaczący wpływ poczucia koherencji i stylów radzenia sobie (zadaniowego i emocjonalnego) na pozycję badanych na kontinuum zdrowie–choroba. Zwracanie uwagi na czynniki psychospołeczne sprzyjające zdrowiu przyczynić się może do wyodrębnienia pacjentek wymagających specjalistycznej opieki psychologicznej, która, poprzez próby modyfikacji sposobów radzenia sobie bądź udzielenie wsparcia w procesie rehabilitacji, może przyczynić się do szybszego powrotu do zdrowia operowanych kobiet. Analiza wniosków z niniejszych badań sugeruje podkreślenie także, innych niż fizjologiczne, uwarunkowań objawów klimakterycznych.

nées 10 jours après l'hystérectomie et 36 – après 24-36 mois. Pour ces examens on s'emploie de: SOC-29, CISS, BDI, STAI, Index de Kupperman.

Résultat: Les résultats obtenus confirment l'influence considérable du sens de cohérence et des façons de se débrouiller sur le niveau de santé des femmes en question.

Conclusion: En même temps ces résultats mettent en question l'explication unique que le sens de cohérence influe indirectement sur les façons de se débrouiller et sur l'adaptation. Cette divergence suggère la nécessité de continuer les recherches concernant d'autres relations de ces variables.

Piśmiennictwo

1. Marek K, Dimter A, Jawor M, Dudek D. *Zaburzenia depresyjno-lękowe u kobiet po histerektomii – przegląd piśmiennictwa*. Psychiatr. Pol. 2001; 35: 763–769.
2. Jawor M, Dimter A, Marek K, Dudek D, Wojtyś A, Szproch A. *Zaburzenia depresyjno-lękowe u kobiet po histerektomii – badania własne*. Psychiatr. Pol 2001; 35: 771–780.
3. Bielawska-Batorowicz E. *Poglądy operowanych kobiet wobec usunięcia narządów płciowych*. Gin. Pol. 1990; 2: 79–83.
4. Heszen-Niejodek I. *Radzenie sobie z konfrontacją stresową*. Now. Psychol. 1997; 1/2: 7–22.
5. Szczepaniak P, Strelau J, Wrześniewski K. *Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera*. Przegl. Psychol. 1996; 1: 187–210.
6. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: IPN; 1995.
7. Słowik P, Wysoka-Pleczyk M. *Poczucie koherencji a style i sposoby radzenia sobie*. Szt. Lecz. 1998; 1: 43–48.
8. Kosińska-Dec K, Jelonkiewicz I. *Poczucie koherencji a style radzenia sobie – zmiany w czasie*. W: Szewczyk L, red. *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie*. Lublin: Akademia Medyczna; 1997.
9. Kosińska-Dec K, Jelonkiewicz I. *Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem: empiryczna analiza kierunku zależności*. Przegl. Psychol. 2001; 44: 337–347.
10. Koniarek J, Dudek B, Makowska Z, *Kwestionariusz SOC – adaptacja*. Przegl. Psychol. 1993; 4: 491–502.
11. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 53–63.
12. Sosnowski T, Wrześniewski K. *Polska adaptacja Inwentarza STAI do badania stanu i cechy lęku*. Przegl. Psychol. 1983; 2: 393–412.
13. Kozaka J. *Jakość życia a poczucie koherencji kobiet chorych na raka jajnika*. Psychoonk. 2002; 1:13–19.
14. Słowik P, Wycoka-Pleczyk M. *Wpływ poczucia koherencji na radzenie sobie w zależności od płci*. Szt. Lecz. 1999; 3: 84.

Otrzymano: 27.12.2001

Zrecenzowano: 23.04.2002

Przyjęto do druku: 18.06.2002

Adres: Klinika Psychiatrii CM
UJ
31-501 Kraków