

Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem u osób niedosłyszących

Sense of coherence and styles of coping with stress in people with hearing impairment

KRYSTYNA KUROWSKA, KATARZYNA WIECZÓR-KLEIN

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej CM w Bydgoszczy UMK Toruń

Wstęp. Antonovsky, autor koncepcji poczucia koherencji, udowodnił istnienie uogólnionych zasobów odpornościowych, które mobilizują człowieka do podjęcia walki z przeciwnościami losu. Rozpoznanie choroby przewlekłej, jaką jest niedosłuch jest zawsze trudnym momentem życia. Silne poczucie koherencji i skuteczne radzenie sobie ze stresem pozwalają osobom niedosłyszącym osiągnąć optymalny stan zdrowia.

Cel pracy. Celem pracy było zbadanie czy istnieją związki pomiędzy poczuciem koherencji a stylami radzenia sobie ze stresem u osób niedosłyszących.

Materiał i metody. Badaniami objęto 107 pacjentów z wadami słuchu pozostających pod opieką audiologiczną. Poczucie koherencji ocenione było za pomocą kwestionariusza SOC-29, a style radzenia sobie w sytuacjach stresowych – kwestionariuszem CISS.

Wyniki. Pacjenci z niedosłuchem różnili się między sobą poziomem poczucia koherencji i stylami radzenia sobie w sytuacji trudnej. U kobiet dominującym stylem radzenia sobie ze stresem był styl emocjonalny. Badani powyżej 70 lat uzyskiwali natomiast najgorsze wyniki poczucia zrozumiałości. Osoby charakteryzujące się wysokim poziomem poczucia koherencji wybierały styl życia skoncentrowany na zadaniu, rzadziej emocjonalnie podchodziły do zaistniałego problemu.

Wnioski. Silniejsze poczucie koherencji przyczynia się do lepszej adaptacji osób niedosłyszących do sytuacji stresu związanej z postępem choroby. Otrzymane wyniki mogą mieć wpływ na sposób prowadzenia edukacji chorych z wadami słuchu.

Słowa kluczowe: *poczucie koherencji (SOC), radzenie sobie ze stresem, niedosłuch*

Introduction. Antonovsky, the first author to use the concept of the sense of coherence (SOC) proved the existence of generalized immunity resources, which enable people to fight the obstacles encountered during their lifetime. Diagnosis of a chronic disease, such as hearing impairment, certainly belongs to the category of those difficult moments in one's life. A strong sense of coherence and successful handling of stress allow the hearing impaired individuals to achieve optimum health.

Aim. The aim of the study was to examine whether there are any relationships between SOC level and coping styles in people with hearing impairment.

Material and methods. The study included 107 patients with hearing loss seeking the advice of an audiologist. The level of SOC was assessed using SOC-29 questionnaire and measurement of coping was done using CISS questionnaire.

Results. People with hearing impairment differed in the SOC levels and coping styles. In the women, emotionally oriented coping was the dominant style. The poorest SOC results in the subscale of sense of apprehension were noted in patients above 70 years old. Patients with high SOC level chose task-oriented coping style more often than emotionally-oriented one.

Conclusions. Higher SOC level helps people with hearing impairment adapt themselves to the stress related to their disorder. Our results may influence the education of the patients with hearing disorders.

Key words: *sense of coherence (SOC), styles of coping with stress, hypacusis*

WSTĘP

Naturalnym pragnieniem każdego człowieka jest życie w dobrym zdrowiu i samopoczuciu. Nasz świat się ciągle rozwija, korzystamy z dobrodziejstw cywilizacji, jakie niesie za sobą szeroko pojęta komunikacja międzyludzka. Żyjemy w erze komunikacji, którą tworzą nowe technologie łączności i przekazu informacji, takie jak radio, telewizja, telefon. Z drugiej strony rozwój cywilizacji przyczynia się do występowania szeregu chorób cywilizacyjnych, do których niewątpliwie należy niedosłuch. Spowodowane jest to zmianą trybu życia z aktywnego na siedzący, odżywiania, narażenia na ciągły hałas, stresowania się prawie wszystkim: wydarzeniami na świecie, bezrobociem, korkiem na ulicy, rozwodem. Aaron Antonovsky – autor koncepcji poczucia koherencji, udowodnił istnienie uogólnionych zasobów odpornościowych, które mobilizują człowieka do podjęcia walki z przeciwnościami, jakie pojawiają się w naszym życiu. Zawsze trudnym momentem życia jest rozpoznanie choroby, zwłaszcza przewlekłej. Taką chorobą jest niedosłuch. Silne poczucie koherencji i skuteczne radzenie sobie ze stresem pozwalają osobom niedosłyszącym osiągnąć optymalny stan zdrowia. Celem pracy było zbadanie związków pomiędzy poczuciem koherencji, a stylami radzenia sobie ze stresem u osób niedosłyszących.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w okresie od marca 2009 do marca 2010 roku, w grupie 107 pacjentów ze zdiagnozowaną wadą słuchu, leczonych w Poradni Audiologicznej w Zespole Specjalistycznych Poradni Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dra Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. Średnia wieku respondentów wynosiła 49 lat (od 49 do 74 lat), z jednoosobową przewagą kobiet 50,5%. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusz do badania poczucia koherencji (SOC-29) skonstruowany przez Aarona Antonovskya, który służy do pomiaru indywidualnego poczucia koherencji [1]. Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 (*sense of coherence* – SOC) składa się z dwudziestu dziewięciu pozycji testowych, wyrażonych w formie zdań pytających. Każda pozycja zaopatrzona była w siedmiopunktową skalę szacunkową (zakres punktacji wynosi od 1 do 7) z opisanymi krańcami. W niektórych pozycjach zastosowana została odwrotna punktacja, co oznacza, że przed przystąpieniem do zliczania wyników skali należy dokonać zamiany punktacji w tychże pozycjach według załączonego klucza. Wynik ogólny obliczany jest przez zsumowanie punktów uzyskanych przez osobę badaną w poszczególnych pozycjach. Kwestionariusz ten zawiera trzy podstawowe komponenty (poczucie zrozumienia,

zaradności, sensowności). Liczba pytań testowych jest różna dla każdej ze składowych, stąd wynik minimalny i maksymalny dla każdej z nich jest inny. Poczucie zrozumienia reprezentowane jest przez 11 pytań, których maksymalna łączna punktacja to 77 punktów, natomiast minimalna to 11 punktów. Kolejna składowa, poczucie zaradności reprezentuje 10 pytań ze skalą łącznej punktacji od 10 do 70 punktów. Poczucie sensowności badane jest poprzez 8 pytań, stąd wynik minimalny to 8 punktów, natomiast maksymalny 56 punktów. Maksymalny możliwy do uzyskania w kwestionariuszu wynik to 203 punkty, najniższy to 29 punktów. Im wyższy wynik badanych, tym silniejsze jest u nich poczucie koherencji.

Sposoby radzenia sobie ze stresem [2] zmierzone zostały za pomocą kwestionariusza CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations* – CISS) Endlera i Parkera w polskiej adaptacji autorstwa Szczepanika, Strelaua i Wrześniewskiego [2]. Kwestionariusz składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie podejmują w sytuacjach stresowych. Obok każdego stwierdzenia umieszczone są cyfry od 1 do 5, określające częstotliwość, z jaką dana aktywność jest podejmowana w sytuacjach trudnych, stresowych. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do każdego stwierdzenia poprzez zakreślenie cyfry, która najlepiej określa częstotliwość podejmowanej aktywności. Ponieważ skale składają się z 16 pozycji, osoby badane mogą uzyskać w każdej z nich od 16 do 80 punktów. CISS umożliwia obliczenie wyniku w trzech skalach (stylach), a mianowicie: stylu skoncentrowanym na zadaniu (SSZ), stylu skoncentrowanym na emocjach (SSE) i stylu skoncentrowanym na unikaniu (SSU). Dla skali SSU można obliczyć wyniki w dwóch podskalach: angażowania się w czynności zastępcze (ACZ – liczy 8 pozycji) i poszukiwania kontaktów towarzyskich (PKT – liczy 5 pozycji) sumując punkty uzyskane dla odpowiednich pozycji.

- Styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ) – podejmowanie działań prowadzących do rozwiązania sytuacji stresowej doprowadzające do rozwiązania nurtującego nas problemu, zadania.
- Styl skoncentrowany na emocjach (SSE) – skoncentrowanie się na własnych wewnętrznych przeżyciach w celu zmniejszenia napięcia wywołanego zadziałaniem stresora, towarzyszą mu gniew, złość i poczucie winy.
- Styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) – skoncentrowanie się na innych czynnościach „zastępujących” myślenie o stresującej sytuacji. Wystrzeganie się myślenia, przeżywania i doświadczenia sytuacji stresowej [2].

Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna minimum, mak-

simum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego STATISTIKA 6.0. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodą komisji bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/120/2009).

WYNIKI

Dane demograficzne

Analiza danych pokazuje, że większość badanych osób miała wykształcenie średnie (34,6%) i zawodowe (33,6%), pozostawała w związkach małżeńskich (51%), posiadała potomstwo (73%) i mieszkała w mieście (54,2%), z rodziną (79%). Z pracy zawodowej utrzymywało się (47,7%) badanych, z emerytury (32,7%) i z renty (14%). Tylko 2,8% zmieniło pracę z powodu niedosłuchu. Warunki materialne w ocenie badanych były dobre (57,9%).

Opieka specjalistyczna

Najwięcej osób korzystało z porad specjalistycznych w zakresie niedosłuchu z częstotnością co pół roku (32,7%), najrzadziej raz na dwa lata (18,7%). Można powiedzieć, że ponad połowa ankietowanych miała poczucie odpowiedzialności względem swojego zdrowia, korzystając z usług poradni według zalecanych standardów. Aparat słuchowy posiadało 29,9% badanych. Najwięcej osób używało go na stałe (16,8%), czasami (2,8%). Z osób posiadających aparat słuchowy, 1,9% nie zostało przeszkolonych w zakresie jego stosowania.

Ocena trudności komunikowania się

Na skali trudności komunikowania się z innymi ludźmi (od 1 do 10), najwięcej osób zaznaczyło ocenę 3 (23,4%) lub 5 (15,9%), średnia grupy wyniosła 4,5, co dawało wysoki wynik. Na kolejnej skali oceny ograniczeń w załatwianiu spraw urzędowych (od 1 do 10), najwięcej osób zaznaczyło ocenę 3 (21,5%) lub 4 (18,7%), przy średniej 3,9. Badani mieli mniejsze trudności w załatwianiu spraw urzędowych, niż w zwykłych kontaktach z innymi ludźmi. 24,3% z nich miało problemy w prowadzeniu dialogu z lekarzem, pielęgniarką z poradni. Jeszcze większy problem odczuwali w przypadku korzystania ze środków masowego przekazu (61,7%). Zdecydowanie więcej osób miało problemy ze słyszalnością telewizji (52,3%) lub radia (37,3%). W skali oceny trudności w słyszalności dialogów w kinie lub teatrze (od 1 do 10), najwięcej osób zaznaczyło ocenę 3 i 4 (po 15%) oraz 2, 5 i 7 (po 13,1%), średnia

wyniosła 4,55, co wskazywało na wysoki wskaźnik trudności w słuchaniu dialogów w kinie lub teatrze. Większe problemy odczuwali badani rozmawiając z ekspedientką w załoczoną sklep, czy próbując śledzić tok odbywającej się rozmowy – najwięcej osób zaznaczyło ocenę 4 (18,7%) oraz 3 (15%), średnia grupy wyniosła 4,64, co potwierdzało wysoki wskaźnik trudności. Blisko połowa badanych miała problemy ze słyszalnością słów wypowiedzianych w domu gdy było cicho (41,1%). Trudności ze słyszalnością w rozmowie przez telefon komórkowy zgłosiło (42,1%). Zaledwie 3,7% badanych było w grupie wsparcia. Udział w szkoleniach natomiast zadeklarowało (4,7%). Niestety, większość osób stwierdziła, że w ich życie codzienne wpisane są negatywne emocje takie jak choćby irytacja, podenerwowanie (62,6%).

Style radzenia sobie ze stresem

Na podstawie statystyk opisowych przedstawionych w tabeli I wynika, że średnia na skali SSZ wyniosła 54,1 punktu, przy odchyleniu standardowym 10,31, co stanowiło ponad 19% średniej. Sugeruje to, że badani, w sytuacjach stresu koncentrowali się na podejmowaniu wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji.

W skali SSE średnia wyniosła 44,1 punktów, przy odchyleniu standardowym 11,26, gdzie wskaźnik procentowy wyniósł ponad 25% średniej. Wyniki powyższe pozwalają sadzić, że styl emocjonalny bardzo różnicował badanych. Większość z nich wykazywała tendencję do myślenia życzeniowego i fantazjowania, czym właśnie mogą zmniejszyć napięcie emocjonalne związane z sytuacją stresową.

W kolejnej skali SSU średnia wyniosła 44,6 punktu, przy odchyleniu standardowym 8,79, gdzie wskaźnik procentowy wyniósł ponad 19% średniej. Sugerowało to zróżnicowanie badanych w zakresie stylu unikowego. W tym przypadku można zatem stwierdzić, że większość z badanych osób miewała

Tabela I. Statystyki opisowe stylów radzenia sobie ze stresem (n=107)

Styl	Średnia	SD	Mediana	Min	Maks
Zadaniowy (SSZ)	54,1	10,31	56	22	73
Emocjonalny (SSE)	44,1	11,26	44	20	69
Unikowy (SSU)	44,6	8,79	44	19	76
Kontakty zastępcze (PKT)*	19,8	5,49	20	8	38
Kontakty towarzyskie (ACZ)*	16,1	3,98	17	5	24

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu

SSE – styl skoncentrowany na emocjach

SSU – styl skoncentrowany na unikaniu

PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze

tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania w sytuacjach stresowych. Styl ten może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT). Średnia grupy – dla czynności zastępczych wyniosła 19,8 punktu, przy odchyleniu standardowym 5,49, wskaźniku procentowym powyżej 27% średniej. Uzyskany wynik świadczy o dużym zróżnicowaniu badanych. Średnia grupy poszukiwanie kontaktów towarzyskich wyniosła 16,1, punktu przy odchyleniu standardowym 3,98, wskaźniku procentowym ponad 24% średniej. Można wnioskować, że istniało zróżnicowanie również w tej podskali wśród badanych. Jednak w porównaniu do podskali określającej kontakty towarzyskie większość badanych bardziej angażowała się w czynności zastępcze. Porównanie wyników uzyskanych w poszczególnych skalach pozwala na określenie dominującego sposobu radzenia sobie ze stresem. O dominacji mówimy wtedy, gdy wynik uzyskany w danej skali jest istotnie wyższy, od wyników w dwóch pozostałych skalach.

Analiza indywidualna wyników w skalach pozwala także na wyodrębnienie osób, które w takim samym stopniu przejawiają wszystkie trzy style (brak istotnych różnic między wynikami w poszczególnych skalach) oraz osób, u których nie można określić dominującego stylu, ponieważ wyniki w jednej skali były istotnie wyższe od wyników w drugiej skali, ale nie różniły się od wyników w trzeciej skali. Ustalono, że badana grupa to osoby w przedziale wiekowym 25-54 lata (52,3%) oraz w wieku 55-79 lat (47,7%). Zatem osiągnięte wyniki porównać należało do wyników w próbach normalizowanych powyższych grup wiekowych. W badanych grupach widoczna była dominacja trzech i dwóch stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Badani w wieku 25-54 lata w największym stopniu przejawiali trzy style (39,3%), w dalszej kolejności dwa style (32,1%), oraz jeden styl unikowy (12,5%). W najmniejszym stopniu przejawiali styl zadaniowy (7,1%). Wśród badanych w wieku 55-79 lat większość, to osoby przejawiające dwa style radzenia sobie w sytuacjach stresowych (35,3%) lub trzy style (23,5%). Kolejną najliczniejszą grupą byli badani, którzy przejawiali styl unikowy (19,6%), najmniej liczna grupa to badani przejawiający styl emocjonalny (9,8%). W grupie 25-54 lata z wynikami normalizacyjnymi porównać jedynie można wyniki stylu SSU i dwa style nasilone bardziej, niż trzeci. W grupie 55-79 lat wyniki były bardziej zbliżone do wyników normalizacyjnych. Wśród dominujących dwóch stylów najliczniejszą grupę stanowili badani preferujący styl zadaniowy i unikowy (24,3%), najmniej liczna preferujący styl zadaniowy i emocjonalny (1,9%).

Ocena poczucia koherencji

W celu zbadania poziomu poczucia koherencji u badanej grupy osób z niedosłuchem wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) (tab. II). Zebrany materiał świadczy, że badani to osoby o przeciętnym poziomie koherencji. Średnia w środkowej strefie wyników przeciętnych – 132,09, przy odchyleniu standardowym 23,44. Odchylenie stanowi ponad 17% średniej, co świadczy, że badani to osoby różniące się statystycznie globalnym poczuciem koherencji. Biorąc pod uwagę zrozumiałość, wyniki wskazują, że badani różnią się między sobą poziomem zrozumiałości, w sposób istotny statystycznie. Średnia była na granicy wyników wysokich 46,21, przy odchyleniu standardowym 9,62 (stosunek odchylenia standardowego do średniej wy-

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

		liczba	%
ogólny SOC	niskie	7	6,5
	przeciętne	75	70,1
	wysokie	25	23,4
	Średnia	132,09	
	SD	23,44	
	Mediana	133	
	Minimum	73	
zrozumiałość	Maksimum	185	
	niskie	10	9,3
	przeciętne	62	57,9
	wysokie	35	32,7
	Średnia	46,21	
	SD	9,62	
	Mediana	47	
zaradność	Minimum	21	
	Maksimum	72	
	niskie	11	10,3
	przeciętne	79	73,8
	wysokie	17	15,9
	Średnia	46,42	
	SD	9,02	
sensowność	Mediana	46	
	Minimum	23	
	Maksimum	66	
	niskie	12	11,2
	przeciętne	80	74,8
	wysokie	15	14
	Średnia	39,46	
SD	8,06		
	Mediana	41	
	Minimum	19	
	Maksimum	55	

niósł ponad 20% średniej). Wyniki wysokie w tym przypadku uzyskało znacznie więcej badanych osób (32,7%). W przypadku zaradności wyniki również świadczą, że badani to w większości osoby o ponad przeciętnym poziomie zaradności. Średnia mieściła się w środkowej strefie wyników 46,2, przy odchyleniu standardowym 9,02, co oznacza że wskaźnik procentowy przekracza 19% średniej. Średnia grupy plasowała się w wyższej strefie wyników sensowności. Średnia wynosi 39,46, przy odchyleniu standardowym 8,06, gdzie wskaźnik procentowy wynosił ponad 20% średniej, co świadczy o dużym zróżnicowaniu wśród badanych i było istotne statystycznie. Można zatem wnioskować, badani to osoby charakteryzujące się wysokim poczuciem sensowności.

Ocena zależności między poczuciem koherencji a stylem radzenia sobie ze stresem

Sprawdzono, czy istnieje związek pomiędzy uzyskanymi wynikami orientacji życiowej (SOC), a wynikami radzenia sobie w trudnych sytuacjach (tab. III). Wyniki stylu emocjonalnego pozostawały w ujemnej korelacji z wynikami globalnymi SOC ($r=-0,37$; $p>0,0007$), jak również w podskalach zaradności ($r=-0,35$; $p>0,0001$), zrozumiałości ($r=-0,37$; $p>0,0007$) i sensowności ($r=-0,21$; $p>0,0250$). Wyniki stylu zadaniowego pozostawały w korelacji dodatniej tylko z wynikami sensowności ($r=0,22$; $p>0,0176$). Pozostałe relacje nie wykazywały istotności statystycznej. Badani uzyskujący wysokie wyniki globalnego SOC i składowych, uzyskiwali średnio zdecydowanie najniższe wyniki stylu emocjonalnego, natomiast przeciętne wyniki sensowności i średnio najwyższe wyniki stylu zadaniowego.

Wpływ zmiennych demograficznych i czasu trwania niedosłuchu

Sprawdzono również, czy istnieją różnice w wynikach SOC i CISS biorąc pod uwagę zmienne pośredniczące, do jakich wytypowano: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, aktywność zawodową, czas trwania niedosłuchu. Kobiety uzyskiwały średnio wyższe wyniki stylu emocjonalnego. Wyniki wśród grup wiekowych nie różniły się między sobą z wyjątkiem poczucia zrozumiałości ($p>0,0033$). Najwyższe wyniki poczucia zrozumiałości uzyskiwali badani powyżej 70 lat. Wykształcenie nie różniło badanych, podobnie jak miejsce zamieszkania, z wyjątkiem zrozumiałości ($p>0,0115$). Zdecydowanie najniższe wyniki zrozumiałości, uzyskiwali badani mieszkający w mieście do 50 tys. mieszkańców, najwyższe z kolei badani zamieszkujący wieś. Aktywni zawodowo, uzyskiwali wyższe wyniki stylu zadaniowego i w kontaktach

towarzyskich, niż niepracujący. Czas trwania niedosłuchu nie różnicował badanych.

DYSKUSJA

Badaniom poddano 107 osób z zdiagnozowanym niedosłuchem (54 kobiety i 53 mężczyzn), rozpiętość wieku wahała się pomiędzy 30 a 70 lat i powyżej. Badano poziom poczucia koherencji oraz style radzenia sobie w sytuacji stresowej, a także związek poziomu poczucia koherencji i jego składowych ze stylami radzenia sobie, wyróżniono zmienne pośredniczące wpływające na poziom SOC i CISS. Z przeprowadzonych badań i analiz wynika, że osoby niedosłyszające cechowały się ponad przeciętnym poczuciem koherencji. Nie była to grupa jednorodna pod względem poczucia koherencji. Również wszystkie składowe poczucia koherencji były na górnej granicy wyników przeciętnych i oscylowały w kierunku wyników wysokich. Z analizy materiału badawczego wynika, że poziom poczucia koherencji różnicował w sposób istotny osoby z niedosłuchem. Szczegółowej analizie poddano poziom poczucia koherencji, zarówno w ujęciu globalnym, jak i w zakresie poszczególnych jego składowych. Średnia SOC wyniosła 132,02. Najwyższy średni poziom poczucia koherencji u osób niedosłyszających uzyskali w podskali poczucia zaradności (46,42), nieco niższy ukształtował się w zakresie poczucia

Tabela III. Macierz korelacji poczucia koherencji (SOC) i radzenia sobie ze stresem (n=107)

	Typ stylu	R	t(N-2)	poziom p
SOC globalny	Styl zadaniowy	0,16	1,7069	0,0907
	Styl emocjonalny	-0,37	-4,1395	0,0007
	Styl unikowy	-0,01	-0,1580	0,8746
	Kontakty zastępcze	-0,08	-0,8288	0,4090
	Kontakty towarzyskie	0,11	1,1790	0,2410
Zrozumiałość	Styl zadaniowy	0,12	1,3173	0,1905
	Styl emocjonalny	-0,37	-4,1415	0,0007
	Styl unikowy	-0,10	-1,0332	0,3038
	Kontakty zastępcze	-0,11	-1,2239	0,2237
	Kontakty towarzyskie	-0,01	-0,0146	0,9883
Zaradność	Styl zadaniowy	0,17	1,7714	0,0793
	Styl emocjonalny	-0,35	-3,8884	0,0001
	Styl unikowy	0,02	0,0295	0,9764
	Kontakty zastępcze	-0,10	-1,0602	0,2914
	Kontakty towarzyskie	0,06	0,6453	0,5200
Sensowność	Styl zadaniowy	0,22	2,4119	0,0176
	Styl emocjonalny	-0,21	-2,2728	0,0250
	Styl unikowy	0,06	0,7041	0,4828
	Kontakty zastępcze	0,02	0,2210	0,8254
	Kontakty towarzyskie	0,17	1,8173	0,0720

rozumiałości (46,21), a najniższy pod względem poczucia sensowności (39,46). Badaniem korelacji pomiędzy poziomem poczucia koherencji i składowymi zajęli się Zielińska-Więczkowska i wsp. [3]. Badaniem objęli grupę 77 osób będących słuchaczami UTW w Bydgoszczy i wykazali podobną zależność pomiędzy SOC, a poszczególnymi składowymi poczucia koherencji. Globalne SOC wyniosło 134.06. Najwyższy średni poziom poczucia koherencji słuchacze UTW uzyskali na podskali poczucia zrozumiałości (48.42), nieco niższy ukształtował się w zakresie poczucia zaradności (46.03) a najniższy pod względem poczucia sensowności (39.62). Przedział wiekowy słuchaczy UTW wyniósł 55-81 lat. Ponad połowa badanych deklaruje, że jest zdrowa i nie zgłasza żadnych dolegliwości. Do podobnych wyników doszli badacze grupy diabetyków [4]. Badana grupa liczyła 87 chorych hospitalizowanych z powodu cukrzycy typu 2, w wieku od 34 do 84 lat. Ogólne poczucie koherencji wyniosło 142.65, natomiast średnia w podskali poczucia zaradności wynosiła (50.56), nieco niżej ukształtowała się średnia poczucia zrozumiałości i wyniosła (49.44) a najniższa średnia wyniosła w podskali poczucia sensowności (42.87). Jest to zatem argument potwierdzający, że ukształtowane wysokie poczucie koherencji wpływa prozdrowotnie na życie i zdolność do odpowiedzi na sytuacje stresowe zarówno u osób zdrowych jak i chorych somatycznie. Pozytywne myślenie oraz odpowiednie wykorzystanie zasobów dostępnych danej osobie, mobilizuje w sytuacji stresowej jaką jest choroba przewlekła. W badaniach chorych z przebyłym zawałem mięśnia sercowego [5], którego grupę stanowiły 74 osoby hospitalizowane celem wykonania planowej koronarografii, w wieku od 42 lat do 72 lat, globalne SOC wyniosło 135.78. Najwyższy średni poziom w podskali poczucia zaradności wyniósł (46.66), natomiast średni poziom w podskali poczucia zrozumiałości (45.13), a w podskali poczucia sensowności wartość średnia wynosiła (43.98). Natomiast biorąc pod uwagę style radzenia sobie w sytuacji trudnej, w badaniach wyżej wymienionych autorów, najbardziej preferowany był styl skoncentrowany na zadaniu. (średnia 55.63), średnia w stylu skoncentrowanym na emocjach wyniosła (44.94), najniżej plasował się styl skoncentrowany na unikaniu, średnia wyniosła (44.13). Porównując do przeprowadzonych badań, średnia w stylu skoncentrowanym na zadaniu wyniosła (54.1), na drugim miejscu ukształtował się styl unikowy, średnia wyniosła (44.6) oraz styl skoncentrowany na emocjach (44.1). Potwierdza to tezę Antonovsky'ego, że „silnie rozwinięte poczucie koherencji motywuje osobę do działania, aktywności, zostają uruchomione wewnętrzne lub zewnętrzne zasoby, które pozwalają ocenić bodźce

napływające ze środowiska, czy należy je ocenić jako pozytywne, czy obciążające mechanizm regulacji, ale o treści wyzwania. Jeżeli w ocenie stresorów dominuje wyzwanie, jednostka mobilizuje się, swoje umiejętności, aby skutecznie poradzić sobie z problemami. Dzięki temu napięcie nie przerodzi się w długotrwały stres, co w konsekwencji nie wpłynie negatywnie na zdrowie, natomiast sukces spowoduje rozwój i wzmocnienie zasobów”[1]. W tym ujęciu stres działa rozwojowo, uodporniająco, czyli ma charakter salutogenetyczny. Borys i Majkiewicz przeprowadzili badania u osób, które doświadczyły traumy jaką był pożar hali widowiskowej Stoczni Gdańskiej (w pięć lat po pożarze). Badania przeprowadzono na dwóch grupach osób tzn. eksperymentalnej i kontrolnej. Grupa eksperymentalna liczyła 46 osób. W grupie eksperymentalnej najwyższe wyniki uzyskały osoby skoncentrowane na stylu emocjonalnym, średnia (52.11), niższe wartości uzyskał styl skoncentrowany na zadaniu, średnia wyniosła (50.89), natomiast w grupie kontrolnej najwyższe wyniki klasyfikowały się w stylu skoncentrowanym na zadaniu, średnia wyniosła (59), natomiast niższe wyniki uzyskali badani preferujący styl skoncentrowany na unikaniu. Z danych wynika, że osoby z grupy eksperymentalnej różnią się od grupy kontrolnej w zakresie emocjonalnego i zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem [6]. Analiza otrzymanych wyników pozwoliła na wysunięcie wniosków, które mogą przyczynić się do opracowania podmiotowego programu psychoedukacyjnego na miarę potrzeb osób z rozpoznaniem niedosłuchem. W związku z tym zasadne jest kontynuowanie prowadzenia prac badawczych w tym obszarze, które objęłyby różne i liczniejsze grupy chorych, co umożliwiłoby zobjektywizowanie i uogólnienie wyników.

WNIOSKI

1. Poziom poczucia koherencji wśród badanej grupy był na granicy wyników przeciętnych. Najwyższy średni poziom powyżej uzyskali w podskali poczucia zaradności, nieco niższy w zakresie poczucia zrozumiałości, a najniższy pod względem poczucia sensowności.
2. Style radzenia sobie ze stresem różnicowały poziom poczucia koherencji. W badanej grupie dominował styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu, w następnej kolejności styl unikowy i emocjonalny.
3. Określenie poziomu poczucia koherencji i rodzaju stylów radzenia sobie ze stresem powinno posłużyć jako wykładnik w prognozowaniu opieki i edukacji na różnych jej etapach u osób z niedosłuchem.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPN. Warszawa 1995; 34: 123-72.
2. Strelau J, Joworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych – CISS. Pracownia testów psychologicznych. Warszawa 2007; 16.
3. Zielińska-Więczkowska H, Ciemnoczołowski W, Kędziora-Kornatowska K. Poczucie koherencji a występowanie stanów depresyjnych u słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Psychogeriatrya 2009; 6(3): 141-6.
4. Kurowska K, Strzesak E, Głowacka M, Felsmann M, Ponczek D. Depresyjność a poczucie koherencji u osób z rozpoznaniem typu 2 cukrzycy. Psychogeriatrya Polska 2009; 6(1): 1-7.
5. Kurowska K, Wierzkowska M, Głowacka M, Rezmerska L. Poczucie koherencji a style radzenia sobie chorych z przebyłym zawałem mięśnia sercowego. Psychogeriatrya Polska 2009; 6(4): 181-8.
6. Borys B, Majkiewicz M. Radzenie sobie ze stresem przez osoby, które doświadczyły urazu psychicznego. Psychiatria Polska 2004; 28(4): 651-9.