

Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem u kobiet po operacji usunięcia macicy

Sense of coherence and coping styles in women after hysterectomy

Ощущение когерентности и методы борьбы со стрессом у женщин после гистерэктомии

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM w Bydgoszczy, UMK Toruń.

Kierownik: dr n. med. Mirosława Felsmann

Correspondance to: Dr n. med. Kurowska Krystyna, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM w Bydgoszczy, UMK Toruń, ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel.: 52 585 21 94, e-mail: krystyna_kurowska@op.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Wstęp: Stres związany z koniecznością poddania się operacji usunięcia macicy dotyka coraz większej liczby kobiet. Umiejętność radzenia sobie z nim jest predyspozycją człowieka znacząco powiązaną z poczuciem koherencji i określonym stylem radzenia sobie ze stresem. **Cel:** Określenie związków pomiędzy poziomem poczucia koherencji a rodzajem preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem po operacji usunięcia macicy, jako wyznacznika powrotu do zdrowia i właściwego funkcjonowania w społeczeństwie i rodzinie. **Materiał i metoda badawcza:** Przebadano 97 kobiet leczonych na Oddziale Ginekologii, Położnictwa i Patologii Ciąży Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dra Emila Warmińskiego w Bydgoszczy, w związku z wykonaniem u nich operacji usunięcia macicy. Poczucie koherencji ocenione było za pomocą kwestionariusza orientacji życiowej SOC-29 autorstwa Antonovsky'ego, a pomiar radzenia sobie w sytuacjach stresowych – kwestionariuszem CISS Endlera i Parkera, w polskiej adaptacji autorstwa Szczepaniaka, Strelaua i Wrześniewskiego. **Wyniki:** Poczucie koherencji mieściło się w przedziale wyników przeciętnych (134,46 pkt). Wysokie wartości osiągnięto w zakresie zaradności. Badane preferowały styl zadaniowy i emocjonalny radzenia sobie z problemem zdrowotnym. Osoby o wyższym poziomie globalnego poczucia koherencji (*sens of coherence*, SOC) częściej stosowały styl skoncentrowany na zadaniu, a badane o niższym poziomie preferowały styl emocjonalny. **Wnioski:** Otrzymane wyniki mogą posłużyć do opracowywania programów psychoedukacyjnych oraz planowania opieki nad kobietą, na różnych etapach stosowanej terapii.

Słowa kluczowe: operacja usunięcia macicy, poczucie koherencji (SOC), style radzenia sobie, stres, akceptacja choroby

Summary

Introduction: Stress associated with inevitable hysterectomy affects an ever increasing number of women. A person's ability to cope depends on individual predisposition which is closely related to sense of coherence (SOC) and individual coping style. **Aim of paper:** To define possible associations between SOC level and type of coping style in women after hysterectomy as a determinant of recovery and successful functioning in society and family. **Material and methods:** Analysis encompassed data of 97 women after hysterectomy, treated at the Department of Gynecology, Obstetrics and Pathology of Gestation at Dr Emil Warmiński Memorial Hospital, Bydgoszcz. SOC was assessed by Antonovsky SOC-29 questionnaire and effectiveness of coping was measured by Endler and Parker CISS questionnaire, in its Polish version developed by Szczepaniak, Strelau and Wrześniewski. **Results:** SOC score was within average limits (134.46 pts). High scores were noticed in the area of resourcefulness. Most patients presented "task-oriented" and "emotional" styles of coping with health problems. Patients with higher global SOC level usually resorted to task-oriented coping style while those with lower SOC level mostly resorted to emotional style. **Conclusions:** our results may be used to develop psychoeducational programs and to plan care of women at different stages of their treatment.

Key words: hysterectomy, sense of coherence, coping styles, stress, acceptance of disease

Содержание

Введение: Стресс, связанный с необходимостью проведения гистерэктомии, касается все большей группы женщин. Умение справиться с ним является склонностью человека значительно связанной с ощущением когерентности и определенным стилем борьбы со стрессом. **Цель:** Определение связей между уровнем ощущения когерентности и видом предпочитаемых стилей борьбы со стрессом после гистерэктомии, в качестве условия выздоровления и соответствующего функционирования в обществе и семье. **Материал и методы исследования:** Исследовали 97 женщин, лечащихся в Отделении гинекологии, акушерства и патологии беременности Многопрофильной городской больницы им. д-р Эмиля Варминского в Быдгоще, в связи с проведением у них гистерэктомии. Ощущение когерентности оценивали с помощью анкеты жизненной ориентации SOC-29 Антоновского, а измерение справляемости со стрессовыми ситуациями – с помощью анкеты CISS Эндлера и Паркера, в польской адаптации Щепаняка, Стреляуа и Вжесьневского. **Результаты:** Чувство когерентности находилось в диапазоне средних результатов (134,46 пунктов). Высокие значения были достигнуты в области изворотливости. Исследуемые предпочитали стиль заданий и эмоций для решения проблемы со здоровьем. Лица с высшим уровнем глобального ощущения когерентности (*sens of coherence*, SOC) чаще применяли стиль, сконцентрированный на задании, а исследуемые с низшим уровнем предпочитали эмоциональный стиль. **Выводы:** Полученные результаты могут послужить для разработки психообразовательных программ, а также планирования ухода за женщиной, на разных этапах применяемой терапии.

Ключевые слова: гистерэктомия, ощущение когерентности (SOC), стили борьбы со стрессом, акцептация болезни

WSTĘP

Naukowcy badający zachowania ludzi wskazują na wciąż narastający problem nieumiejętności radzenia sobie ze stresem. Stres, zwłaszcza trwający długo i intensywnie oddziałujący, może prowadzić do wielu chorób zwanych cywilizacyjnymi, również do coraz bardziej rozpowszechnionej depresji, co z kolei wpływa bezpośrednio na funkcjonowanie osoby w rodzinie i społeczeństwie⁽¹⁾. W literaturze mówi się wręcz o stale zwiększającej się liczbie osób, które nie potrafią poradzić sobie w sytuacjach będących źródłem stresu. Nie potrafią uruchomić dojrzałych mechanizmów obronnych ani wypracować optymalnych stylów radzenia sobie, a w obliczu braku wsparcia ze strony najbliższych podejmują dramatyczną decyzję o poddaniu się chorobie czy nawet o odebraniu sobie życia. Koncepcja Aarona Antonovsky'ego zakłada, że osoby o wysokim poczuciu koherencji nawet w obliczu dużego stresu potrafią uruchomić w sobie adekwatne w danej sytuacji mechanizmy obronne, aby zachować zdrowie, a w sytuacji jego zagrożenia, aby na kontinuum zdrowie – choroba zbliżyć się do bieguna zdrowia^(2,3). Celem badań było określenie poziomu poczucia koherencji oraz preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem u kobiet po operacji usunięcia macicy, jako wykładnika powrotu do optymalnego stanu zdrowia.

MATERIAŁ I METODA BADAWCZA

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia kobiet po operacjach ginekologicznych. Badania przeprowadzono od maja do grudnia 2011 roku w grupie 97 pacjentek Oddziału

INTRODUCTION

Investigators studying human behavior highlight a continuously growing problem of people's inability to cope with stress. Stress, particularly prolonged and intense, may lead to several diseases, often referred to as civilization-related and to an increasingly frequent depression, which in turn directly affects a person's functioning in family and in society⁽¹⁾. There are direct statements in the literature about an increasing number of people unable to cope with stress-eliciting situations. They prove unable to set in motion mature defense mechanisms or to develop optimal coping styles, and faced with lack of support on the part of their close relatives, make dramatic decisions about surrendering to their disease or even about taking away their own life. Aaron Antonovsky's conception assumes that persons with a high sense of coherence (SOC), even when confronted with a severe stress, are able to mobilize defense mechanisms adapted for a particular situation, so as to preserve health and, when health is threatened – to move closer to the health end of the health-disease axis^(2,3). The aim of this study was to assess the SOC level and preferred coping styles in women after hysterectomy as predictors of optimal health recovery.

MATERIAL AND METHODS

Presented results are part of a larger project analyzing quality of life of women after gynecologic surgery. The study has been conducted since May thru December 2011, encompassing a group of 97 patients treated at the Department of Gynecology, Obstetrics and Pathology

Ginekologii, Położnictwa i Patologii Ciąży Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dra Emila Warmińskiego w Bydgoszczy, za zgodą komisji bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB257/2011). Poczucie koherencji było ocenione za pomocą Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29), a pomiar stylu działania w sytuacjach stresowych – Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS). Kwestionariusz SOC-29 autorstwa Antonovsky'ego zawiera 29 stwierdzeń ocenianych w skali 7-punktowej. Pozwala na pomiar, poza ogólnym wskaźnikiem poczucia koherencji, także jego trzech komponentów, tj. poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do stwierdzeń uwzględniających modalność, źródło, wymogi i czas działającego bodźca przy pomocy skali określającej reakcje osoby badanej⁽⁴⁾. Kwestionariusz CISS (w polskiej adaptacji autorstwa Szczepanika, Strelaua i Wrześniewskiego), który służy do oceny stylów radzenia sobie w sytuacji trudnej, zawiera 48 pozycji. Odpowiedzi każdej z nich są punktowane w skali od 1 do 5, zgodnie z punktacją przedstawioną na arkuszu odpowiedzi. CISS posiada trzy skale radzenia sobie ze stresem: skala SSZ określa styl skoncentrowany na zadaniu, w ramach którego główny nacisk położony jest na planowanie rozwiązania problemu; skala SSE określa styl skoncentrowany na emocjach, który charakteryzuje się tendencją do koncentracji na sobie, własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie; skala SSU określa styl skoncentrowany na unikaniu, który charakteryzuje się tendencją do wystrzegania się myślenia o sytuacji stresowej, przeżywania i doświadczania jej. Skala ta zawiera dwie podskale: ACZ, oznaczającą angażowanie się w czynności zastępcze, np. oglądanie telewizji, objadanie się, oraz PKT, dzięki której mierzone jest poszukiwanie kontaktów towarzyskich⁽⁵⁾. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Szacowania różnic dokonano na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji testu *F* Fishera. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego Statistica 10.

WYNIKI BADAŃ

Średnia wieku badanych wynosiła 50,5 roku. Większość miała wykształcenie średnie (43,29%) i zawodowe (26,8%), pozostawała w związkach małżeńskich (74,22%), mieszkała w mieście (69%) z rodziną (74,32%) i posiadała potomstwo (87,62%). Najczęstszym źródłem utrzymania była praca zawodowa (57,73%) i emerytura (18,55%). Dochody pozwalały na zaspokojenie podstawowych potrzeb (68,04%).

W celu zbadania poziomu poczucia koherencji u kobiet poddanych operacji usunięcia macicy wykorzystano

of Gestation at Dr Emil Warmiński Memorial Hospital, Bydgoszcz. Study design was approved by the Bioethical Committee of L. Rydygier Medical College in Bydgoszcz (KB257/2011). SOC was assessed using the SOC-29 questionnaire and style of coping with stressful situations – using the CISS questionnaire. The SOC-29 battery by Antonovsky is composed of 29 items evaluated using a 7-point scale, enabling measurement of general index of SOC and of its three components, i.e. sense of understanding, resourcefulness and reasonableness. Examinee's task is to take a position on statements concerning modality, source, requirements and duration of acting stimulus using a scale scoring reactions of the examinee⁽⁴⁾. The CISS battery (here used in its Polish version developed by Szczepanik, Strelau i Wrześniewski), used to assess styles of coping with a difficult situation, is composed of 48 items. Each of them is scored using a 5-point scale, according to a list included in the answers' sheet. CISS includes three scales used when coping with stress: task-oriented style (SSZ), where main emphasis is placed on planning of solving of problem(s) at hand; emotion-oriented style (SSE), characterized by a tendency to focus on oneself, on own emotion, e.g. anger, sense of guilt and tension; avoidance-oriented style (SSU), characterized by a tendency to avoid thinking about stressful situation, to live it through and to experience it. SSU includes 2 subscales: ACZ, denoting involvement in displacement activities, e.g. watching TV or overeating and PKT, denoting seeking social contacts⁽⁵⁾. Variables are presented by description statistics (arithmetic mean, minimal and maximal value, standard deviation) and distribution of variables. Estimation of differences was done based on univariate analysis of variance using the Fisher *F*-test. Associations were explored using the Pearson linear correlation coefficient. Statistically significant were considered values fulfilling the condition $p < 0,05$. Analyses were performed using statistical software package Statistica 10.

RESULTS

The patients' mean age was 50.5 years. Most of them had secondary and vocational education (43.29% and 26.8%, respectively), was married (74.22%), resided in urban area (69%) with their family (74.32%) and had children of their own (87.62%). Most common source of income was professional activity (57.73%) and old age pension (18.55%). In most cases, patients' income enabled meeting their basic needs (68.04%).

SOC level in women after hysterectomy was assessed using the SOC-29 questionnaire. Distribution of results in table 1 reveals that the highest score was achieved in the area of resourcefulness – mean: 48.68 (range: 25–69), standard deviation: 8.77, accounting for 18% of variability of mean range. Results obtained reflect a significant diversity of patients studied concerning this variable.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29). Rozkład wyników w tabeli 1 ujawnia, że najwyższy poziom badane osiągnęły w zakresie poczucia zaradności – średnia 48,68 (od 25 do 69), odchylenie standardowe 8,77, co stanowiło 18% zmienności z zakresu średniej. Uzyskany wynik świadczył o znacznym zróżnicowaniu badanych kobiet w zakresie tej zmiennej. Nieco niższe wyniki osiągnięto w zakresie poczucia zrozumiałości – średnia wyniosła 45,50 (od 22 do 71), a odchylenie standardowe 9,24, co stanowiło ponad 20% współczynnik zmienności średniej. Była to istotna statystycznie różnica, świadcząca o zróżnicowaniu w zakresie tej podskali u badanych. W zakresie poczucia sensowności osiągnięto najniższy wynik – średnia wyniosła 40,27 (od 18 do 53), odchylenie standardowe (6,97), przy 17% zmienności. Globalny poziom poczucia koherencji badanych wyniósł 134,46 (od 93 do 178), czyli mieścił się granicach wyników przeciętnych, podawanych przez Antonovsky'ego⁽⁴⁾. Najczęstsze wyniki zanotowane u badanych mieściły się w granicach jednego odchylenia standardowego i znajdowały się w przedziale od 114 do 155 pkt. Odchylenie standardowe dla globalnego SOC wynosiło 20,31, a współczynnik zmienności przekraczał 15, jednak nie był on wystarczający do tego, aby stwierdzić, że badane różnią się od siebie globalnym poczuciem koherencji w sposób istotny statystycznie. Podsumowując, można powiedzieć, że kobiety po operacji usunięcia macicy różniły się pomiędzy sobą składowymi poziomami poczucia koherencji, natomiast nie różniły się globalnym poziomem poczucia koherencji. Z przeprowadzonej analizy wynika, że wszystkie badane zmienne znajdują się w przedziale wyników przeciętnych – może to świadczyć o tym, że badane postrzegają dostępne im zasoby jako wystarczające do tego, aby sprostać wymaganiom i pokonać pojawiające się trudności dzięki wsparciu np. ze strony rodziny. Napływające do nich informacje traktują jako spójne oraz pozwalające przewidywać i rozumieć wydarzenia w ich życiu. Posiadany przez nie poziom poczucia sensowności jako komponent emocjonalno-motywacyjny świadczy o przekonaniu, że życie ma sens i warto podejmować różnorodne działania dla jego podtrzymania i wzmacniania.

Slightly inferior scores were obtained concerning sense of comprehension – mean: 45.50 (range: 22–71), standard deviation: 9.24, accounting for a variability coefficient of mean value exceeding 20%. This was a statistically significant difference, attesting to a considerable diversity of this subscale in the study population. Concerning sense of reasonableness, the result obtained was lowest – mean score: 40.27 (range: 18–53), standard deviation: 6.97, accounting for a variability coefficient of 17%. Mean global SOC level in the study population reached 134.46 (range: 93–178), i.e. was within the average range provided by Antonovsky⁽⁴⁾. Results recorded most often in the study population were within 1 standard deviation and ranged from 114 to 155 pts. Standard deviation for global SOC was 20.31, while variability coefficient exceeded 15, nevertheless was not enough to state whether patients studied differ in terms of global SOC in a statistically significant way. Summarizing we may conclude that post-hysterectomy women differed in terms of subscales of global SOC, but not in global SOC. Our analysis indicates that all variables studied are contained within the average range of values, possibly indicating that patients perceive available resources as sufficient (adequate) to meet demands and overcome appearing difficulties thanks to support obtained, e.g. on the part of own family. In their opinion, incoming information is coherent, enables prediction and understanding of events occurring in their life. Their level of sense of reasonableness, in terms of emotional-motivational component, reflects their belief, that life has a sense and it is worthwhile to undertake various actions in order to support and strengthen it. In the entire group, mean score for task-oriented coping style was 57.93 (range: 42–77) (table 2). Standard deviation was 7.6, accounting for 13% variability of the mean range. Obtained result indicates lack of statistically significant difference between women, while focus on task at hand was characteristic for the study group. Emotion-oriented style was the second most common coping style – mean score was 44.9 (range: 21–72). Standard deviation was 10.41, thus reflecting an over 23% variability of the mean range. Obtained result was statistically significant and reflected considerable differences concerning

	<i>N</i> ważnych <i>N of eligible forms</i>	Średnia <i>Mean</i>	Minimum <i>Minimum</i>	Maksimum <i>Maximum</i>	Odch. std. <i>Standard deviation</i>	Wsp. zmn. <i>Variance coefficient</i>
Zrozumiałość <i>Understanding</i>	97	45,5	22	71	9,24	20,31
Zaradność <i>Resourcefulness</i>	97	48,68	25	69	8,77	18,02
Sensowność <i>Reasonableness</i>	97	40,27	18	53	6,97	17,31
SOC	97	134,46	93	178	20,31	15,1

Tabela 1. Statystyki opisowe dla poczucia koherencji (SOC) i jego składowych
Table 1. Descriptive statistics of sense of coherence (SOC) and its components

Średnia dla grupy w skali punktowej stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na zadaniu wynosiła 57,93 (od 42 do 77) (tabela 2). Odchylenie standardowe wyniosło 7,6, co stanowiło 13% zmienności z zakresu średniej. Uzyskany wynik wskazywał na brak istotnej statystycznie różnicy pomiędzy kobietami, a koncentracja na zadaniu była charakterystyczna dla badanej grupy. Styl skoncentrowany na emocjach był drugim co do częstości występowania stylem radzenia sobie – średnia wyniosła 44,9 (od 21 do 72). Odchylenie standardowe dla tego stylu kształtowało się na poziomie 10,41, co odzwierciedlało ponad 23% zmienności z zakresu średniej. Uzyskany wynik był istotny statystycznie i świadczył o dużym zróżnicowaniu w zakresie tego stylu wśród badanych kobiet. Najczęściej występował styl skoncentrowany na unikaniu. Średnia w zakresie tego stylu wynosiła 35,46 (od 15 do 57). Współczynnik zmienności wyniósł 6,85, co stanowiło ponad 19% zmienności z zakresu średniej. Był on istotny statystycznie i wskazywał na zróżnicowanie u badanych kobiet. Wyniki dotyczące stylu obejmującego czynności zastępcze i kontakty towarzyskie, które składają się na skalę unikową, były zbliżone do siebie i nie stwierdzono tutaj bardzo dużych różnic. Współczynnik zmienności dla czynności zastępczych wyniósł ponad 27% zmienności średniej, przy odchyleniu standardowym 5,1. Średnia wynosiła 18,36 (od 8 do 33). Dla kontaktów towarzyskich uzyskane wyniki kształtowały się następująco: średnia 17,1 (od 6 do 25), odchylenie standardowe wynosiło 3,55, co stanowiło ponad 20% zmienności z zakresu średniej. W przypadku tych zmiennych, zarówno w zakresie czynności zastępczych, jak i kontaktów towarzyskich, widać duże zróżnicowanie badanej grupy. Podsumowując, możemy wnioskować, że koncentracja na zadaniu nie była stylem, który różnicował badane kobiety, natomiast kobiety po operacji usunięcia macicy różniły się pomiędzy sobą w zakresie stylu emocjonalnego i unikowego, przejawiającego się zarówno poprzez preferencję czynności zastępczych, jak i kontaktów towarzyskich. Dominacja stylu skoncentrowanego na zadaniu w badanej grupie kobiet

this issue among women studied. Avoidance-oriented style occurred the least often. Mean score obtained in this setting was 35.46 (range: 15–57). Coefficient of variance was 6.85, reflecting an over 19% variance of the mean range. This was statistically significant, indicating considerable differences among women included in the study. Results concerning coping style and encompassing displacement activity and social contacts, included in the avoidance scale, were similar and no great differences have been noticed here. Variance coefficient for displacement activities exceeded 27% of variability of range of the mean, with standard deviation of 5.1 and mean value 18.36 (range: 8–33). Results pertaining social contacts were the following: mean 17.1 (range: 6–25), standard deviation: 3.55, accounting for 20% of variability of range of the mean. Concerning these variables, both in terms of displacement activities and social contacts, considerable variability of patients studied was noticed. Summarizing, we may conclude that task-orientation was not a style differentiating women studied, while women after hysterectomy differed in terms of emotional style and avoidance style, manifesting by both preference of displacement activities and social contacts. Predominance of task-focused style in the group of women studied might suggest a conclusion that women included in the study have a sense of control of their disease. This favors making decisions and undertaking actions aiming at solution of occurring problems and, when final outcome can not be influenced, favors mobilization of mechanisms facilitating adaptation to life with disease. Emotion-oriented style, the next after task-oriented one, may stem from lack of confidence of these women concerning intimate sphere, contacts with partners and attractiveness. Persons presenting this coping style, also have an increased sense of stress and despondence, sometimes also a tendency towards depression. Avoidance-oriented style is usually preferred by persons unable to find an optimal solution of a problem in a particular situation and instead try to recede it to the background by engaging into displacement activities.

Styl radzenia sobie w sytuacjach trudnych <i>Styles of coping with difficult situations</i>	N ważnych <i>N eligible questionnaires</i>	Średnia <i>Mean</i>	Minimum <i>Minimum</i>	Maksimum <i>Maximum</i>	Odch. std. <i>Standard deviation</i>	Wsp. zmn. <i>Variance coefficient</i>
Styl zadaniowy <i>Task-oriented</i>	97	57,93	42	77	7,6	13,12
Styl emocjonalny <i>Emotion-oriented</i>	97	44,9	21	72	10,41	23,18
Styl unikowy <i>Avoidance-oriented</i>	97	35,46	15	57	6,85	19,32
Styl unikowy – czynności zastępcze <i>Avoidance-oriented style – displacement activities</i>	97	18,36	8	33	5,1	27,82
Styl unikowy – kontakty towarzyskie <i>Avoidance-oriented style – social contacts</i>	97	17,1	6	25	3,55	20,78

Tabela 2. Statystyki opisowe dla stylów radzenia sobie ze stresem
Table 2. Descriptive statistics of coping styles

może nasuwać wnioski, że badane kobiety mają poczucie kontroli nad swoją chorobą. Sprzyja to podejmowaniu decyzji i stosowaniu działań zmierzających do rozwiązania zaistniałego problemu, a w sytuacji, kiedy nie można wpłynąć na jej ostateczny wynik, sprzyja uruchomieniu mechanizmów przystosowawczych do życia z chorobą. Styl emocjonalny, znajdujący się na drugiej pozycji po stylu skoncentrowanym na zadaniu, może wynikać z niepewności kobiet dotyczących sfery intymnej, ich kontaktów z partnerem oraz atrakcyjności dla partnera. U osób prezentujących ten styl obserwuje się zwiększenie poczucia stresu i przygnębienia, a czasami tendencji do depresji. Styl skoncentrowany na unikaniu preferują zazwyczaj osoby, które w danej sytuacji nie znajdują optymalnego rozwiązania problemu i próbują go odsunąć na plan dalszy przez zaangażowanie się w czynności zastępcze.

Aby zbadać związek między poziomem poczucia koherencji i jego składowymi a preferowanymi stylami radzenia sobie ze stresem, wykonano macierz korelacji dla współczynnika liniowego Pearsona (tabela 3). W zakresie badanych związków uzyskano pozytywną korelację pomiędzy stylem zadaniowym a zaradnością ($r = 0,32$), sensownością ($r = 0,26$) i globalnym poziomem poczucia koherencji ($r = 0,26$), jednak w przypadku sensowności i SOC globalnego był to związek niski, dla zaradności przeciętny. W przypadku stylu emocjonalnego wszystkie cztery rodzaje poczucia koherencji były odwrotnie skorelowane, czyli im wyższy poziom stylu emocjonalnego, tym niższy poziom zrozumiałości ($r = -0,36$), zaradności ($r = 0,32$), sensowności ($r = -0,32$) i globalnego SOC ($r = -0,41$) i ten związek był związkiem przeciętnym. Czynności zastępcze nie były związane z poczuciem koherencji. Dokonując analizy kontaktów towarzyskich, można stwierdzić, że osoby zaradne oraz osoby o wysokiej sensowności i wysokim poziomie SOC to osoby, które częściej stosują kontakty towarzyskie jako sposób walki ze stresem, i był to związek o przeciętnej sile. Globalnie

To explore associations between SOC level and its components and preferred coping styles, a matrix of correlation has been created for Pearson's linear coefficient (table 3). A positive correlation has been found concerning analyzed associations between task-oriented style and resourcefulness ($r = 0.32$), reasonableness ($r = 0.26$) and global SOC level ($r = 0.26$), although in the case of reasonableness and global SOC, this association was low and for resourcefulness – moderate. In the case of emotion-oriented style, all four types of SOC were inversely correlated, i.e. higher score of emotion-oriented style score correlated with lower level of understanding ($r = -0.36$), resourcefulness ($r = 0.32$), reasonableness ($r = -0.32$) and global SOC ($r = -0.41$) and this association was a moderate one. Displacement activity was not correlated with SOC. Analysis of social contacts reveals that resourceful persons and those with a high score of reasonableness and high SOC level, are also those who more frequently use social contacts as a way to combat stress and this association was a moderate one. Global avoidance scale was weakly related with reasonableness ($r = 0.21$). The higher the reasonableness level, the more frequent were avoidance strategies. We may assume that at more appropriate directions, SOC level was in fact associated with coping styles. Higher SOC level was conducive to better, more health-enhancing coping styles, while lower SOC level was usually associated with negative consequences of predominating emotion-oriented style.

Analysis of demographic data calculated based on univariate analysis of variance by Fisher F -test revealed that neither age, place of residence, education level nor source of income, were not differentiating factors for SOC level or coping style. Marital status a differentiating factor for reasonableness ($F = 4.4500$; $p < 0.0057$), for task-oriented coping style ($F = 3.5667$; $p < 0.0170$) and for social contacts ($F = 3.4361$; $p < 0.0200$).

	Styl zadaniowy <i>Task-oriented style</i>	Styl emocjonalny <i>Emotion-oriented style</i>	Styl unikowy <i>Avoidance-oriented style</i>	Styl unikowy – czynności zastępcze <i>Avoidance-oriented style – displacement activities</i>	Styl unikowy – kontakty towarzyskie <i>Avoidance-oriented style – social contacts</i>
Zrozumiałość <i>Understanding</i>	0,07	-0,36*	-0,11	0,16	0,00
Zaradność <i>Resourcefulness</i>	0,32*	-0,32*	-0,03	0,43*	0,20
Sensowność <i>Reasonableness</i>	0,26*	-0,32*	-0,07	0,49*	0,21*
SOC globalne <i>Global SOC score</i>	0,26*	-0,41*	-0,08	0,42*	0,16

* $p < 0,05$.

Tabela 3. Macierz korelacji poczucia koherencji (SOC) i radzenia sobie ze stresem

Table 3. The correlation matrix between sense of coherence (SOC) and styles of coping with stress

skala unikania była dość słabo związana z sensownością ($r = 0,21$). Im wyższy poziom sensowności, tym częstsze strategie unikowe. Można przyjąć, że we właściwych kierunkach poziom poczucia koherencji był związany ze stylami radzenia sobie ze stresem. Wyższy poziom SOC sprzyjał lepszym, bardziej prozdrowotnym stylom radzenia sobie, natomiast niższy poziom SOC był najczęściej związany z negatywnymi konsekwencjami dominującego stylu emocjonalnego.

Z analizy danych demograficznych, które zostały obliczone na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji – testu F Fishera, wynika, że wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, źródło dochodów badanych kobiet nie były czynnikami różnicującymi w zakresie poziomu poczucia koherencji oraz stylu radzenia sobie ze stresem. Stan cywilny był czynnikiem różnicującym dla poziomu sensowności ($F = 4,4500$; $p < 0,0057$), dla radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu ($F = 3,5667$; $p < 0,0170$) oraz dla kontaktów towarzyskich ($F = 3,4361$; $p < 0,0200$). Osoby żyjące w związkach małżeńskich częściej preferowały kontakty towarzyskie. Były to jednocześnie osoby o wyższym poziomie sensowności oraz niższej koncentracji na zadaniu. Wyższy poziom koncentracji na zadaniu wykazały wdowy bądź osoby samotne, co mogło wiązać się z tym, że nie mogą liczyć na wsparcie partnera, chciały jak najszybciej znaleźć rozwiązanie swoich problemów zdrowotnych i odzyskać równowagę potrzebną do codziennego funkcjonowania. Osoby samotne osiągały niższy poziom sensowności niż pozostałe badane, chociaż podobnie niski poziom wykazały osoby rozwiedzione, a stosunkowo wysoki wdowy. Niski poziom sensowności u osób samotnych i rozwiedzionych może wiązać się z obniżeniem poczucia własnej wartości i wycofaniem się z niektórych obszarów życia. Osoby te mogą nie podejmować wyzwań stawianych przez chorobę, traktując pojawiające się problemy w kategorii kłopotu, a nie bodźca do działania. Posiadanie dzieci nie różnicowało istotnie zmiennych dotyczących poziomu poczucia koherencji, różnicowało jedynie kontakty towarzyskie – jako sposób radzenia sobie ze stresem ($F = 6,3346$; $p < 0,0135$). Badane nieposiadające dzieci miały jednocześnie niższy poziom kontaktów towarzyskich. W tej grupie badane były bardziej zróżnicowane w swoich odpowiedziach. Osoby posiadające dzieci w większym stopniu preferowały kontakty towarzyskie jako strategię radzenia sobie i charakteryzowały się mniejszą zmiennością. Zamieszkiwanie w określonej sytuacji bądź zamieszkiwanie z określoną osobą było czynnikiem różnicującym dla poczucia sensowności w zakresie skali SOC ($F = 3,4650$; $p < 0,0193$), a także dla koncentracji na zadaniu ($F = 4,0442$; $p < 0,0094$). Jeżeli badane wskazywały w odpowiedzi inny sposób zamieszkania, to jednocześnie miały najwyższy poziom koncentracji na zadaniu. Osoby, które mieszkały same, miały zbliżony poziom do tych, które zamieszkiwały z mężem oraz z rodziną. Analizując poczucie sensowności, można stwierdzić, że osoby

Married persons more often preferred social contacts. At the same time, these were persons with a higher reasonableness level and less task-focused. Higher level of focusing on task at hand characterized widows and persons living alone, which might have been due to the fact that lacking support of a partner, they want to find solution for their health problems as quickly as possible and recover a balance enabling everyday functioning. Persons living alone achieved lower levels of reasonableness than other patients, although similarly low level was seen in divorced persons, while in widows this level was relatively high. Reduced level of reasonableness in persons divorced and those living alone may be associated with lower self-esteem and withdrawal from some life areas. Such persons may not want to take challenges posed by the disease, considering problems showing up in terms of an inconvenience and not a stimulus for action. The fact of having children did not differentiate significantly variables concerning SOC level, but did differentiate social contacts as a way to cope with stress ($F = 6.3346$; $p < 0.0135$). Childless patients at the same time presented lower level of social contacts. In this group, patients varied more in their answers. Persons possessing children to a greater extent preferred social contacts as a coping strategy and were characterized by lower changeability. Living in a particular situation or living with a particular person was a differentiating factor for sense of reasonableness in the SOC scale ($F = 3.4650$; $p < 0.0193$), and also for task-orientation ($F = 4.0442$; $p < 0.0094$). If patients pointed to another type of residence in their answers, then at the same time they had the highest task-orientation level. Persons living alone had this level similar to those who lived with their husband and their family. Analysis of sense of reasonableness revealed that persons living alone have the lowest level of reasonableness, which may significantly affect passive attitude of women studied concerning undertaking actions aiming at the quickest possible recovery of health. Interestingly, persons reporting another form of residence have the greatest dispersion of results, both in terms of reasonableness and in task-orientation. Financial situation of women included in the study was a differentiating factor for sense of understanding ($F = 6.6808$; $p < 0.0019$) in such a way that persons with lower income presented the lowest level of understanding. Performed analysis indicates that better financial situation of responders correlates with higher level of understanding and better coping with perception of phenomena of surrounding world as ordered and predictable.

Cause of surgery was a differentiating factor for understanding ($F = 4.0455$; $p < 0.0094$). Patients reporting uterine myoma as cause of surgery were characterized by higher level of understanding. In the case of severe bleeding, suspected malignancy or other cause, patients' level of understanding was significantly lower. Higher

mieszkające samotnie mają najniższy poziom sensowności, co może istotnie wpływać na pasywną postawę badanych kobiet pod względem podejmowania działań mających na celu jak najszybszy powrót do zdrowia. Co ciekawe, osoby podające inną formę zamieszkania mają największy rozrzut wyników, zarówno w zakresie sensowności, jak i koncentracji na zadaniu. Sytuacja materialna badanych kobiet była czynnikiem różnicującym dla poczucia zrozumiałości ($F = 6,6808; p < 0,0019$) w taki sposób, że osoby o trudniejszej sytuacji materialnej prezentowały najniższy poziom zrozumiałości. Z przeprowadzonej analizy wynika, że im lepsza była sytuacja materialna respondentek, tym wyżej kształtował się ich poziom zrozumiałości, lepiej radziły sobie z postrzeganiem zjawisk otaczających ich świata, jako uporządkowanych i dających się przewidywać.

Przyczyna wykonania operacji była czynnikiem różnicującym dla zrozumiałości ($F = 4,0455; p < 0,0094$). Badane wskazujące mięśniaki macicy jako przyczynę operacji charakteryzował wyższy poziom zrozumiałości. W przypadku masywnych krwawień, podejrzenia choroby nowotworowej bądź innej przyczyny poziom zrozumiałości u badanych był zdecydowanie niższy. Wyższy poziom zrozumiałości u pacjentek operowanych z powodu mięśniaków macicy może wynikać z faktu posiadania przez nie dostatecznie dużej wiedzy dotyczącej danej jednostki chorobowej oraz przekonania o łagodniejszym przebiegu choroby oraz możliwości radykalnego wyleczenia. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami w okresie menopauzy a kobietami z zachowaną czynnością hormonalną jajników w zakresie SOC i stylów radzenia. Stosowanie terapii hormonalnej było czynnikiem różnicującym koncentrację na zadaniu ($F = 4,7744; p < 0,0313$). Kobiety niestosujące terapii hormonalnej wykazywały zdecydowanie niższy poziom koncentracji na zadaniu w stosunku do tych, które taką terapię stosowały. Może to wynikać z faktu, że wyrównana gospodarka hormonalna kobiety pozytywnie wpływa na jej samopoczucie, mobilizuje do podejmowania określonych czynności i do poszukiwania najlepszych, najbardziej konstruktywnych rozwiązań adekwatnych do sytuacji, w jakiej się pacjentka znalazła. Obawy pacjentek związane z operacją były czynnikiem różnicującym w zakresie sensowności ($F = 3,8079; p < 0,0126$), globalnego poczucia koherencji ($F = 2,8576; p < 0,0412$), a także stylu emocjonalnego ($F = 8,0964; p < 0,0007$). Kobiety, które najbardziej obawiały się dolegliwości bólowych, osiągnęły stosunkowo przeciętne wyniki zarówno w zakresie sensowności i stylu emocjonalnego, jak i globalnego SOC. Wartości punktowe przez nie uzyskane były zbliżone do wyników pań, które bały się niepomyślnego przebiegu operacji. Najniższy poziom sensowności oraz niski poziom globalnego SOC osiągnięto w grupie kobiet, które bały się utraty kobiecości. Wykazywały one jednocześnie najwyższą koncentrację na emocjach. Może to wynikać z faktu, że znaczna grupa respondentek to osoby w przedziale wiekowym

level of understanding in patients operated on for uterine myoma may stem from the fact of having adequate knowledge about a particular nosologic entity and conviction about a more benign course of the disease and high probability of cure. No statistically significant differences have been noticed between postmenopausal women and those with preserved hormonal function of the ovaries concerning SOC and coping styles. Use of hormonal therapy was a factor differentiating task-oriented style ($F = 4.7744; p < 0.0313$). Women not using hormonal therapy showed noticeably lower level of task-oriented behavior compared with those who used such therapy. This may stem from the fact that a balanced hormonal level has a beneficial effect on a woman's mood, mobilizes to undertake particular actions and to seek optimal and most constructive solutions adequate for a particular situation. Patients' concerns associated with surgery were a differentiating factor for reasonableness ($F = 3.8079; p < 0.0126$), global SOC ($F = 2.8576; p < 0.0412$) and emotion-oriented coping style ($F = 8.0964; p < 0.0007$). Women which most feared pain, achieved relatively average scores, both in reasonableness, in emotion-oriented coping style and in global SOC. Scores obtained by them were similar to those obtained by women most fearing unfavorable outcome of surgery. The lowest level of reasonableness and low level of global SOC were noticed in the group of women who most feared loss of femininity. At the same time, they showed highest focus on emotions. This may stem from the fact that a significant proportion of responders were persons aged 40–49, for whom sense of self-esteem and quality of contacts with partner constitute a very important aspect of life. Furthermore, emotion-oriented coping style may be a result of disturbed hormonal balance and emotional swings associated therewith. Persons stating that they are not afraid of anything were those with a high global SOC, highest level of reasonability while being the least focused on emotions.

Prior surgery and experiences associated therewith were not a differentiating factor for global SOC and its subscales nor for styles of coping with a stressful situation. An experience of severe stress associated with surgery was a differentiating factor for scales of emotion-oriented coping style ($F = 5.5770; p < 0.0051$). Persons reporting that this was a tremendous stress for them, at the same time were highly focused on emotions. Summarizing we may conclude that there are several factors affecting both global SOC and its components, as well as styles of coping with difficult situations. These factors act separately in a different way and together contribute to a person's SOC and coping style. Based on calculated mean, standard deviation and in view of normal distribution, limits have been determined containing low, moderate and high scores. Low scores were considered all those from the minimal to the mean minus standard deviation, resulting in a range between

40–49 lat, dla których poczucie własnej wartości oraz jakość kontaktów z partnerem stanowi bardzo istotny element życia. Ponadto wpływ na styl radzenia skoncentrowany na emocjach może wynikać z zaburzeń gospodarki hormonalnej i związanej z tym labilności nastroju. Osoby, które odpowiedziały, że niczego się nie boją, to osoby o wysokim poziomie globalnego SOC, najwyższym poziomie sensowności, a jednocześnie prezentujące najniższą koncentrację na emocjach.

Wcześniej przeżyta operacja i doświadczenia z nią związane nie były czynnikiem różnicującym dla globalnego SOC i jego podskali oraz dla stylów radzenia sobie w sytuacji stresowej. Odczuwanie dużego stresu w związku z przeprowadzoną operacją było czynnikiem różnicującym dla skali stylu skoncentrowanego na emocjach ($F = 5,5770$; $p < 0,0051$) jako stylu radzenia sobie ze stresem. Osoby, które udzieliły odpowiedzi, że był to dla nich ogromny stres, prezentowały jednocześnie wysoki poziom koncentracji na emocjach. Podsumowując, można powiedzieć, że istnieje wiele czynników wpływających zarówno na globalne poczucie koherencji i jego składowe, jak i na style radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Czynniki te działają indywidualnie w różny sposób i łącznie kształtują poczucie koherencji i style radzenia sobie. Na podstawie średniej i odchylenia standardowego, ze względu na normalność rozkładu, wyznaczono granice, w jakich znajdują się wyniki niskie, przeciętne bądź wysokie. Za wyniki niskie przyjęto wszystkie od wyniku minimalnego do wyniku średnia minus odchylenie standardowe, przy czym zakres ten wynosił 93–114 pkt. Za wyniki przeciętne przyjęto te, które spełniały warunek: średnia plus/minus odchylenie standardowe, czyli 115–155 pkt. Wyniki wysokie to wyniki 156–178 pkt, czyli punkty powyżej odchylenia standardowego, aż do wyników maksymalnych. Do analizy przyjęto tylko grupy skrajne, czyli osoby z niskim oraz wysokim poziomem poczucia koherencji, i sprawdzono, czy różnicuje on style radzenia sobie. Uzyskano potwierdzenie dla emocji ($F = 12,3735$) i kontaktów towarzyskich ($F = 27,8674$), w przypadku unikania zauważono tendencję statystyczną ($F = 4,13425$). Osoby, które posiadały niski poziom poczucia koherencji, częściej opierały się na emocjach, miały jednocześnie niższy poziom kontaktów towarzyskich i niższy poziom stylu opartego na unikaniu. Osoby o wysokim SOC wykazały tendencję do słabszej reakcji emocjonalnej na niepowodzenia, a jednocześnie bliższe im były kontakty towarzyskie oraz styl skoncentrowany na unikaniu. W związku z tym można wnioskować, że osoby różniące się między sobą poziomem SOC to osoby, w przypadku których istnieje różnica w zakresie dominującego stylu radzenia sobie, przede wszystkim jeśli jest to styl unikowy bądź też skoncentrowany na emocjach.

OMÓWIENIE

Z punktu widzenia psychologii to nie sama sytuacja stanowiąca potencjalne źródło stresu jest dla człowieka

93 and 114 points. Moderate scores were those fulfilling the criterion: mean plus/minus standard deviation, resulting in a range between 115 and 155 points. High scores were results ranging from 156 to 178 points, i.e. from above standard deviation to maximal. Analysis included only extreme groups, i.e. persons with low or high level of SOC and it was checked whether it differentiates coping styles. Confirmed were correlations with emotions ($F = 12.3735$) and social contacts ($F = 27.8674$), while a statistical tendency was noticed in the case of avoidance ($F = 4.13425$). Persons with a low SOC level, more often relied on emotions, having also lower level of social contacts and lower score of avoidance-oriented style. Persons with a high SOC level showed a trend towards weaker emotional response to failure, while being more prone to social contacts and to avoidance-oriented style. Therefore we may assume that persons differing by SOC level also differ by predominating coping style, particularly in the case of avoidance-oriented style or emotion-oriented style.

DISCUSSION

From the psychological point of view, most dangerous for a person is not the situation itself being a potential source of distress, but rather the way the person reacts to this situation⁽⁶⁾. Response to stressful situation depends on personality traits and level of SOC. Optimism, confidence in own potential and ability to understand phenomena of surrounding world, even in extremely difficult situations enable us to choose a line of action promising preservation of health at the level ensuring satisfactory function in the society and in the family^(7,8). One of the most stressful situations a woman may face, is the necessity to undergo hysterectomy⁽⁹⁾. This procedure is being performed relatively often due to an increasing number of detected uterine myomas and malignant lesions. Surgery generates fear about one's life and postoperative pain^(9,10). Concerns relate also to social function and family life.

The study included a group of women where hysterectomy proved necessary. Performed analysis aimed at detection of possible correlations between SOC and preferred styles of coping with a stressful situation. Our results indicate that post-hysterectomy women differed significantly in terms of components of SOC but not in terms of global SOC. Mean SOC score in our material was 134.46, providing an average result⁽⁴⁾. Analysis of particular components of SOC indicates that our patients achieved highest scores in the following dimensions, in that order: sense of resourcefulness, understanding and reasonableness, whereby scores obtained in all three subscales were in the average range. Similar results concerning differentiation of global SOC and distribution of its component variables were obtained in a study of post-hysterectomy women by Jawor *et al.*⁽⁹⁾

niebezpieczna, ale to, w jaki sposób na nią reaguje⁽⁶⁾. Reakcja na sytuację stresową zależy od cech osobowości i poziomu poczucia koherencji. Optyzmizm, wiara we własne możliwości i posiadanie umiejętności rozumienia zjawisk otaczającego nas świata powodują, że nawet w sytuacjach skrajnie trudnych potrafimy obrać taki styl reakcji, który pozwoli nam zachować zdrowie, na poziomie zapewniającym dobre funkcjonowanie w społeczeństwie i w rodzinie^(7,8). Jedną ze stresogennych sytuacji, w jakich znajdują się kobiety, jest konieczność poddania się operacji usunięcia macicy⁽⁹⁾. Jest to zabieg wykonywany stosunkowo często, ze względu na rosnącą liczbę diagnozowanych mięśniaków macicy i zmian o charakterze nowotworowym. Operacja wyzwala w kobietach uczucie lęku o własne życie i strach przed dolegliwościami bólowymi^(9,10). Lęk dotyczy też funkcjonowania społecznego oraz życia rodzinnego.

Badaniem objęta została grupa kobiet, u których konieczne było wykonanie operacji usunięcia macicy. Przeprowadzona analiza miała na celu ukazanie istotnych związków pomiędzy poczuciem koherencji a preferowanymi stylami radzenia sobie w sytuacji stresowej. Z badań wynika, że kobiety po operacji usunięcia macicy różniły się pomiędzy sobą składowymi poczuciami koherencji w sposób istotny statystycznie, natomiast nie różniły się globalnym poziomem SOC. Średnia poziomu poczucia koherencji u respondentek wyniosła 134,46 pkt, co kształtuje wynik w przedziale wyników przeciętnych⁽⁴⁾. Z analizy poszczególnych składowych SOC wynika, że badane kobiety osiągnęły najwyższe wyniki w następujących wymiarach, w kolejności: poczucie zaradności, zrozumiałości i sensowności, przy czym wartości wszystkich trzech podskala kształtowały się w przedziale wyników przeciętnych. Zbliżone wyniki w zakresie zróżnicowania globalnego poczucia koherencji i rozkładu jego zmiennych składowych osiągnęły w swoim badaniu kobiet po histerektomii Jawor i wsp.⁽⁹⁾ Brak zróżnicowania poziomu globalnego poczucia koherencji wskazano w badaniach obejmujących chorych z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym⁽¹¹⁾. Ciekawy wydaje się fakt, że zarówno chorzy z wylonioną stonią z powodu choroby nowotworowej⁽¹²⁾, jak i chorzy z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym oraz pacjenci, u których stwierdzono raka jajnika lub jądra⁽¹³⁾, wykazywali dużo niższe globalne poczucie koherencji od grupy badanych kobiet po histerektomii. Autorki publikacji wskazywały, że przyczyną obniżenia globalnego poziomu SOC może być przewlekłość schorzenia oraz konieczność uczestniczenia w wielu procedurach medycznych. Trafność tego spostrzeżenia mogą potwierdzać podobnie niskie wyniki w zakresie globalnego SOC u chorych z przewlekłym zapaleniem wątroby, reumatoidalnym zapaleniem stawów oraz poddanych operacji z powodu dyskopatii lędźwiowej^(14,15,16). Wykazana w badaniu wyższa wartość globalnego poczucia koherencji u kobiet po zabiegu histerektomii może wynikać z faktu, że główną przyczyną wykonania operacji były mięśniaki macicy i masywne krwawienia, a nie rozpoznanie choroby

Lack of differentiation of global SOC level was also documented in studies of patients with arterial hypertension⁽¹¹⁾. Interestingly, both patients with externalized ileo- or colostomy because of malignancy⁽¹²⁾ and patients diagnosed with arterial hypertension and those with ovarian or testicular cancer⁽¹³⁾, presented much lower global SOC than women after hysterectomy. The authors point out that decrease of global SOC may be due to longer duration of the disease and necessity to undergo multiple medical procedures. Aptness of this observation may be confirmed by similarly low scores of global SOC in patients with chronic hepatitis rheumatoid arthritis and operated on because of lumbar discopathy^(14,15,16). Higher score of global SOC in post-hysterectomy women seen in this study, may be due to the fact that the main indication for surgery were myomas and severe bleeding and not malignancy. The patients did not experience a direct threat to their life and health, were not dominated by concerns about necessity to rely on other people's help nor need to participate in complicated and often unpleasant medical procedures usually elicited by diagnosis of malignancy. Conviction of these women about feasibility of effective treatment and improvement of health after elimination of cause of their ailments, might have contributed to preservation of pre-existing SOC level, in spite of exposition to several stress-generating factors. Disease disrupts the self-concept, previous interpersonal contacts and fulfilled social roles⁽¹⁰⁾. Faced with a disease, women set in motion several defense mechanisms and present behaviors characteristic for various coping styles. Diversity of undertaken actions and a kind of plasticity in combining several coping styles, help to adjust to a novel situation and to mobilize defense mechanisms which prove most adequate.

Analysis of preferred coping styles revealed, that in women included in this study task-oriented style was the most common. This style did not differentiate the study group and was characteristic for it. The second most common was emotion-oriented style and the last one – avoidance-oriented style. Both latter styles, i.e. emotion-oriented and avoidance-oriented, did differentiate the study population. Task-oriented style was also preferred by patients with arterial hypertension and persons with a colostomy, except that in these populations of patients avoidance-oriented style was on the second place and emotion-oriented style – on the third^(11,12). Studies conducted by Bidzin *et al.*⁽¹⁰⁾ confirm preference for task-oriented style both among women operated on for cervical cancer and in women awaiting such a procedure. Women who already have operated more often resorted to emotion-oriented style than those awaiting surgery. Results similar to those listed above were reported by Jawor *et al.*⁽⁹⁾, studying correlation between SOC, coping style and adaptation after hysterectomy. In all examinees, the leading style was task-oriented. Small difference concerned only emotion-oriented style, which was chosen

nowotworowej. Pacjentki te nie czuły bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia, nie zdominowały ich obawy związane z koniecznością korzystania z pomocy innych osób ani potrzebą uczestniczenia w skomplikowanych i często nieprzyjemnych procedurach medycznych, jakie zazwyczaj wywołuje rozpoznanie choroby nowotworowej. Przeświadczenie kobiet o możliwości skutecznego leczenia i poprawy zdrowia po usunięciu przyczyny dolegliwości mogło wpłynąć na utrzymanie posiadanego poziomu poczucia koherencji, pomimo narażenia na liczne czynniki stresogenne. Choroba zaburza koncepcję własnej osoby, dotychczasowe kontakty interpersonalne i pełnione role społeczne⁽¹⁰⁾. W konfrontacji z chorobą kobiety angażują różne mechanizmy obronne i przejawiają zachowania charakteryzujące różne style radzenia sobie ze stresem. Różnorodność podejmowanych działań i pewnego rodzaju plastyczność łączenia poszczególnych stylów pomagają przystosować się do nowej sytuacji i uruchomić mechanizmy obronne, które okazują się najbardziej adekwatne.

Analizując preferowane style radzenia sobie ze stresem, stwierdzono, że u badanych kobiet najczęstszy był styl skoncentrowany na zadaniu. Styl ten nie różnicował badanej grupy i był dla niej charakterystyczny. Na drugiej pozycji, po stylu skoncentrowanym na zadaniu, występował styl skoncentrowany na emocjach, a na ostatnim miejscu styl unikowy. Oba ostatnie style, czyli styl skoncentrowany na emocjach i styl unikowy, były stylami różnicującymi badaną grupę kobiet. Styl skoncentrowany na zadaniu był stylem preferowanym również przez pacjentów z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym oraz przez osoby z wylonioną kolostomią, z tą różnicą, że w tych grupach badawczych na drugim miejscu znalazł się styl unikowy, a dopiero na końcu styl emocjonalny^(11,12). Badania, które przeprowadzili Bidzin i wsp.⁽¹⁰⁾, potwierdzają preferowanie stylu zadaniowego zarówno wśród kobiet operowanych z powodu raka szyjki macicy, jak i kobiet oczekujących na wykonanie takiego zabiegu. Kobiety w okresie pooperacyjnym częściej stosowały styl skoncentrowany na emocjach niż oczekujące na wykonanie operacji. Wyniki podobne do poprzednich przytoczyły Jawor i wsp.⁽⁹⁾, które badały zależność pomiędzy poczuciem koherencji, stylem radzenia a adaptacją po operacji usunięcia macicy. Wiodącym stylem u wszystkich badanych był styl skoncentrowany na zadaniu. Niewielka różnica dotyczyła jedynie stylu skoncentrowanego na emocjach, wybieranego częściej niż unikowy przez kobiety w odległym czasie po operacji. Przytoczone badania wskazują, że w grupach badawczych różnorodnych pod względem jednostek chorobowych najczęściej preferowanym stylem jest styl skoncentrowany na zadaniu. Jest to optymalny wynik, ponieważ osoby wybierające ten styl radzenia sobie ze stresem aktywnie uczestniczą w procesie leczenia, biorą większą odpowiedzialność za własne zdrowie i chętniej podejmują działania prozdrowotne. U osób skoncentrowanych na tym stylu obserwuje się zachowanie obejmujące: zbieranie informacji o chorobie, ich selekcję

more often than avoidance-oriented by women long time after surgery. Listed papers indicate, that in study groups differing by nosologic entities, the preferred coping style was usually task-oriented. This is an optimal result, as persons choosing this coping style participate actively in the therapeutic process, feel more responsible for their own health and willingly undertake health-seeking activities. Persons focused on this style the gather information about their disease, select incoming information and undertake actions aiming at solving the problem or at adaptation to further living with the disease, if its elimination proves impossible⁽¹⁰⁾. Task-oriented style frequently predominates in patients convinced that disease is largely controllable and predictable⁽⁷⁾. Such a conviction may be seen in patients after hysterectomy, who choose task-oriented coping style in order to adapt to a novel situation as quickly as possible and to start functioning in novel circumstances which they have accepted. Correlation between SOC, its components and preferred coping styles in a stressful situation has been confirmed by a moderate association between task-oriented style and resourcefulness, as well as by a weak association with reasonability and global SOC. Emotion-oriented style was inversely correlated with global SOC and its subscales. Higher level of emotion-oriented style correlated with lower SOC score and its components at the level of a moderate association. Displacement activities did not correlate with SOC. Analysis of social contacts revealed that persons presenting a high level of resourcefulness and persons with high reasonableness and high SOC, more often choose social contacts as a way to combat stress. Studying women after hysterectomy, Jawor *et al.*⁽⁹⁾ also noticed a more frequent choosing of task-oriented coping style by women with higher global SOC, less frequent manifestation of emotion-oriented style and lack of a significant correlation between SOC and avoidance-oriented coping style.

SOC, which according to Antonovsky's assumption, has a relatively constant property characteristic for a particular person, enables the choice of coping style well adapted to current situation, taking into account available resources and potential possibilities of an individual⁽⁴⁾. Strong SOC, based on solid foundation of a well functioning family, where members hold each-other in high esteem, understand each-other and express readiness to help, convince patients that difficulties associated with the disease will be overcome. Women benefiting of a high SOC possess ability enabling them to shift as quickly as possible on a health-disease axis towards the health pole, by choosing optimal, most adequate coping styles. Conclusions stemming from our study may be helpful for the development of a psychotherapy plan addressed for women after hysterectomy, aiming especially at building a sense of self-esteem, which may be upset as a result of past surgery and disturbed hormonal balance.

oraz podejmowanie działań zmierzających do rozwiązania problemu lub przystosowania się do dalszego życia z tym problemem, jeśli jest on niemożliwy do zmiany⁽¹⁰⁾. Styl skoncentrowany na zadaniu dominuje często u chorych, którzy mają przekonanie, że choroba w większym stopniu podlega ich kontroli i jest w dużej mierze przewidywalna⁽⁷⁾. Takie przekonanie może dotyczyć pacjentek po operacji usunięcia macicy, które obierając styl skoncentrowany na zadaniu, chcą jak najszybciej przystosować się do nowej sytuacji i zacząć funkcjonować w zaakceptowanych przez siebie nowych okolicznościach. Zależność pomiędzy poczuciem koherencji i jego składowymi a preferowanymi stylami radzenia sobie w sytuacji stresowej potwierdziła się w zakresie istnienia przeciętnego związku pomiędzy stylem zadaniowym a zaradnością oraz niskiego związku z sensownością i globalnym SOC. Styl emocjonalny był odwrotnie skorelowany z globalnym SOC i jego podskalami. Wyższy poziom stylu emocjonalnego łączył się z obniżeniem wartości punktowej SOC i jego składowych na poziomie związku przeciętnego. Czynności zastępcze nie były związane z poczuciem koherencji. Analiza kontaktów towarzyskich dostarczyła informacji, że osoby prezentujące wysoki poziom zaradności oraz osoby o wysokiej sensowności i wysokim poziomie SOC częściej wybierają kontakty towarzyskie jako sposób walki ze stresem. Badając kobiety po operacji usunięcia macicy, Jawor i wsp.⁽⁹⁾ odnotowały podobnie częstszy wybór stylu zadaniowego u kobiet z wyższym globalnym SOC, rzadsze przejawianie stylu emocjonalnego, a także brak istotnego związku SOC ze stylem unikowym.

Poczucie koherencji, które zgodnie z założeniem Antonovsky'ego ma względnie stałą właściwość charakterystyczną dla danej osoby, pozwala na wybór stylu radzenia sobie adekwatnie do aktualnie występującej sytuacji, z uwzględnieniem dostępnych zasobów i potencjalnych możliwości każdej jednostki⁽⁴⁾. Silne poczucie koherencji, oparte na solidnych fundamentach dobrze funkcjonującej rodziny, której członkowie darzą się wzajemnie szacunkiem, dobrze się rozumieją i wyrażają chęć pomocy, pozwala wierzyć, że trudności związane z chorobą są możliwe do pokonania. Kobiety z wysokim SOC posiadają umiejętności pozwalające w możliwie najkrótszym czasie przesunąć się na kontinuum zdrowie – choroba w kierunku bieguna zdrowia, dzięki doborowi najlepszych, najbardziej adekwatnych stylów radzenia sobie. Wnioski z przeprowadzonych badań mogą być pomocne w przygotowaniu planu psychoterapii skierowanej do kobiet po operacji usunięcia macicy, zwłaszcza ukierunkowanej na budowanie poczucia własnej wartości, które pod wpływem przeprowadzonego zabiegu i zaburzenia gospodarki hormonalnej może być zachwiane.

WNIOSKI

1. Kobiety po operacji usunięcia macicy różniły się między sobą składowymi poczucia koherencji. Najwyższe

CONCLUSIONS

1. Women after hysterectomy differed considerably in components of sense of coherence. Highest scores were achieved in the categories of resourcefulness and understanding, while lowest scores were obtained in the category of reasonableness. Mean score for sense of coherence was 134.46 pts.
2. Responders preferred mostly task-oriented coping style. Emotion-oriented style was second most common and avoidance-oriented style was the least common.
3. Level of sense of coherence correlated with coping styles. Higher SOC level favors better, more health-seeking coping styles, while lower SOC was associated with negative consequences, usually stemming from predominating emotion-oriented coping style.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Szymczak J.: Poczucie koherencji a depresja u chorych zakwalifikowanych do operacji z powodu nowotworu płuca i u osób zdrowych. *Psychoonkologia* 2001; 1–2 (8): 35–46.
2. Dolińska-Zygmunt G.: Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.): *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 19–31.
3. Gruszczyńska E., Worsztynowicz A.: Koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji Aaron'a Antonovsky'ego. *Promocja Zdrow.* 1999; 6 (17): 93–106.
4. Antonovsky A.: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005: 10–45, 123–172.
5. Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P.: *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych. Pracownia Testów Psychologicznych*, Warszawa 2007.
6. Guzowska-Dąbrowska M.: *Stres a zdrowie. Zależności biologiczne i psychologiczne*. PZWL, Warszawa 2007: 70–93.
7. Basińska B.: Radzenie sobie z konfrontacją stresową a kontinuum zdrowie – choroba nowotworowa. *Psychoonkologia* 2001; 8: 25–33.
8. Lewandowska K., Specjalski K., Jassem E., Słomiński J.: Styl radzenia sobie ze stresem a funkcjonowanie emocjonalne u chorych na astmę. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2009; 77: 31–36.
9. Jawor M., Szproch A., Dimter A. i wsp.: Poczucie koherencji, style radzenia sobie a adaptacja po zabiegu histerektomii. *Psychiatr. Pol.* 2002; 36: 759–770.
10. Bidzan M., Smutek J., Zielonka A. i wsp.: Strategie radzenia sobie ze stresem u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu narządów rodnych. *Psychoonkologia* 1998; 3: 41–47.
11. Kurowska K., Dąbrowska A.: Poczucie koherencji a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśn. Tętn.* 2008; 12: 432–438.
12. Kurowska K., Bartoszek M.: Poczucie koherencji a style radzenia sobie u osób z wylonioną kolostomią z powodu raka jelita grubego. *Współcz. Onkol.* 2008; 12: 429–435.
13. Kurowska K., Jaworska M.: Poczucie koherencji (SOC) a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka jajnika i jądra. *Probl. Pielęg.* 2010; 18: 429–434.
14. Kurowska K., Kołcon N.: Poczucie koherencji (SOC) a poziom posiadanej wiedzy o chorobie u osób z rozpoznaniem przewlekłym zapaleniem wątroby – doniesienia wstępne. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2010; 1–2 (30–31): 37–41.

- wyniki osiągnęły w poczuciu zaradności i zrozumiałości, a najniższe w zakresie sensowności. Średnia poziomu poczucia koherencji wyniosła 134,46 pkt.
- Osoby badane preferowały styl skoncentrowany na zadaniu. Styl emocjonalny występował rzadziej, a najbardziej unikowy.
 - Poziom poczucia koherencji był związany ze stylami radzenia sobie ze stresem. Wyższy poziom SOC sprzyja lepszym, bardziej prozdrowotnym stylom radzenia sobie, natomiast niższy poziom SOC był związany z negatywnymi konsekwencjami wynikającymi najczęściej z dominującego stylu emocjonalnego.

- Kurowska K., Żegarska K., Głowacka M. i wsp.: Poczucie koherencji u pacjentów ze schorzeniami reumatycznymi. *Psychogeriatr. Pol.* 2009; 6: 9–14.
- Kurowska K., Suchomska Ż.: Stałość poczucia koherencji u chorych operowanych z powodu dyskopatii lędźwiowej. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2010; 2: 50–56.

Zasady prenumeraty kwartalnika „Current Gynecologic Oncology”

- Prenumeratę można rozpocząć od dowolnego numeru pisma. Prenumerujący otrzyma zamówione numery kwartalnika pocztą na podany adres.
- Pojedynczy egzemplarz kwartalnika kosztuje 40 zł. Przy zamówieniu rocznej prenumeraty (4 kolejne numery) koszt całorocznej prenumeraty wynosi 120 zł. Koszt całorocznej prenumeraty zagranicznej wynosi 50 dolarów.
- Istnieje możliwość zamówienia numerów archiwalnych (do wyczerpania nakładu). Cena numeru archiwalnego – 40 zł.
- Zamówienie można złożyć:
 - Wypełniając załączony blankiet i dokonując wpłaty w banku lub na pocztę.
 - Dokonując przelewu z własnego konta bankowego (ROR) – wpłaty należy kierować na konto: Medical Communications Sp. z o.o., ul. Powsińska 34, 02-903 Warszawa Deutsche Bank PBC SA 42 1910 1048 2215 9954 5473 0001. Prosimy o podanie dokładnych danych imiennych i adresowych.
 - Drogą mailową: redakcja@ginekologia.pl.
 - Telefonicznie lub faksem: tel.: 22 651 97 83, faks: 22 842 53 63.
 - Wypełniając formularz prenumeraty zamieszczony na stronie www.ginekologia.pl/gazeta.
- Zamawiający, którzy chcą otrzymać fakturę VAT, proszeni są o kontakt z redakcją.

Rules of subscription to the quarterly “Current Gynecologic Oncology”

- Subscription may begin at any time. Subscribers will receive ordered volumes of the journal to the address provided.
- A single volume of the quarterly costs 40 PLN (10 EUR). The cost of annual subscription (4 consecutive volumes) is 120 PLN. The cost of annual subscription for foreign subscribers is 40 EUR.
- Archival volumes may be ordered at a price of 40 PLN per volume until the stock lasts.
- Orders may be placed:
 - By filling-in attached form and making a payment by bank or post-office.
 - By making a money transfer from own bank account – payments should be made payable to: Medical Communications Sp. z o.o., ul. Powsińska 34, 02-903 Warszawa Deutsche Bank PBC SA 42 1910 1048 2215 9954 5473 0001. For foreign subscribers: Account Name: Medical Communications Sp. z o.o. Bank Name: Deutsche Bank PBC S.A. Bank Address: 02-903 Warszawa, ul. Powsińska 34/44 Account number: 15 1910 1048 2215 9954 5473 0002 SWIFT Code/IBAN: DEUTPLPK. Please provide a precise address and nominative data.
 - By e-mail: redakcja@ginekologia.pl.
 - By phone or by fax: phone: +48 22 651 97 83, fax: +48 22 842 53 63.
 - Filling-in a subscription form, which may be found on the page www.ginekologia.pl/gazeta.
- Customers wishing a VAT invoice, are requested to contact directly the Editor.