

Szczególny rodzaj stresu w życiu kobiety, jakim jest ciąża ryzyka, pogłębiony koniecznością hospitalizacji, może być zmniejszony dzięki pozytywnym efektom uzyskiwanego wsparcia [1,2].

Badania, których celem było określenie poziomu poczucia koherencji i jego składowych u ciężarnych hospitalizowanych w oddziałach patologii ciąży oraz wskazanie źródeł wsparcia emocjonalnego, przeprowadzono w okresie od września do grudnia 2003 roku.

MATERIAŁ I METODA

Do badania poziomu poczucia koherencji użyto polskiej adaptacji Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC – 29, zawierającego 29 pozycji zaopatrzonej w siedmiopunktowe skale typu dyferencjału semantycznego. Narzędzie to składa się z trzech podskal: 11 dotyczących poczucia zrozumiałości, 10 odnoszących się do poczucia zaradności oraz 8 na temat poczucia sensowności. Ocena polskiej wersji Kwestionariusza SOC – 29 wykazała bardzo wysoką rzetelność narzędzia. Wskaźniki wewnętrznej zgodności, obliczone metodą połówkową z poprawką Spermmana-Browna wyniosły odpowiednio dla poczucia koherencji – 0,92, poczucia zrozumiałości – 0,78, poczucia zaradności – 0,72 i poczucia sensowności – 0,68, natomiast alfa Cronbacha = 0,78 [4].

Kwestionariusz do badania koherencji nie posiada norm, analiza oparta jest na porównaniu wyników średnich uzyskanych przez badaną grupę z wynikami innych autorów.

Do pomiaru zapotrzebowania na określony rodzaj wsparcia wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Wyniki badań poddano analizie statystycznej i opisowej. Istotność różnic pomiędzy badanymi cechami sprawdzono testem χ^2 . Siłę związku między analizowanymi cechami oceniono stosując skorygowany współczynnik kontyngencji *C* Pearsona.

Badaniami objęto 98 kobiet ciężarnych hospitalizowanych w oddziałach patologii ciąży lubelskich szpitali. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy.

Wiek respondentek wahał się od 19 do 41 lat. Największą grupę (63,3%) stanowiły ciężarne w przedziale wiekowym 21 – 30 lat. W przeważającej większości badane ciężarne legitymowały się wykształceniem wyższym (45,9%) oraz średnim (41,4%).

Respondentki ze względu na czas trwania ciąży podzielono na dwie grupy: grupę I stanowiły 33 badane w pierwszej połowie ciąży (33,7%) a w grupie II znalazło się 65 respondentek w drugiej połowie ciąży (66,3%).

WYNIKI BADAŃ I OMÓWIENIE

Osoby z silnym poczuciem koherencji w konfrontacji z potencjalnie szkodliwą sytuacją, będą bardziej, niż te o niskim poziomie koherencji, skłonne do określenia jej jako takiej, której nie muszą ulegać. Większa będzie, u tych osób, gotowość poszukiwania, zdobywania i wydatkowania potencjalnie dostępnych im zasobów po to, by radzić sobie ze stresem [1].

W badaniach publikowanych przez Mroziak (i wsp.), średni wynik poczucia koherencji w grupie zdrowych kobiet wynosił 139 [6].

W badaniach własnych, w grupie ciężarnych średni wynik poczucia koherencji wynosi 135,85, co obrazuje tabela 1, w której przedstawiono wartości średnie i odchylenia standardowe w poszczególnych skalach SOC – 29 w ogólnej grupie ankietowanych. Poziom poczucia koherencji i jego trzech składowych: zrozumiałości, zaradności i sensowności określony u badanych ciężarnych, hospitalizowanych na oddziałach patologii ciąży, jest zbliżony do wyników publikowanych w literaturze [6].

Zasoby zewnętrzne człowieka w radzeniu sobie ze stresem związane są między innymi z jego najbliższym otoczeniem społecznym [8]. Z badań wynika, iż u kobiet, które doświad-

czyły w czasie ciąży dużo stresujących wydarzeń życiowych i posiadały małe wsparcie społeczne występuje więcej komplikacji zdrowotnych niż u kobiet o dużym wsparciu społecznym i o podobnych doświadczeniach [3,7].

Tabela 1. Wartości średnie Kwestionariusza SOC – 29 w grupie badanych ciężarnych

Skala	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Poczucie zrozumiałości	98	44,06	8,85	20,00	67,00
Poczucie zaradności	98	48,29	8,67	26,00	65,00
Poczucie sensowności	98	43,50	6,33	24,00	55,00
Poczucie koherencji	98	135,85	19,82	86,00	180,00

W badanej grupie ciężarnych blisko trzy czwarte (74,49%) wskazywało na partnera, jako główne źródło wsparcia emocjonalnego, które otrzymały zgodnie z własnymi oczekiwaniami, gdy prawie trzykrotnie mniejsza grupa kobiet (23,47%) otrzymała to wsparcie nie w takim zakresie, w jakim oczekiwała ($p < 0,0000$). Chociaż ponad jedna czwarta badanych uzyskała również wsparcie niewystarczające od rodziców (28,57%) i teściów (28,57%), to jednak dwukrotnie większa grupa ciężarnych (59,18%) określiła, że wsparcie emocjonalne otrzymane od rodziców było zgodne z oczekiwaniami ($p < 0,0000$).

Ponad połowa badanych ciężarnych (51,02%) otrzymała również oczekiwane wsparcie ze strony przyjaciół, gdy prawie o połowę mniejsza grupa (27,55%) nie była w ogóle zainteresowana wsparciem z tej strony (*por. tabela 2*).

Tabela 2. Zapotrzebowanie ciężarnych na wsparcie emocjonalne

Źródło wsparcia	otrzymały wsparcie zgodnie z własnymi oczekiwaniami		otrzymały wsparcie, ale nie w takim zakresie, jak oczekiwały		nie otrzymały w ogóle wsparcia, pomimo zapotrzebowania		nie były zainteresowane, (nie dotyczy)		RAZEM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Partner	73	74,49	23	23,47	1	1,02	1	1,02	98	100,0
Rodzice	58	59,18	28	28,57	3	3,06	9	9,18	98	100,0
Teściowie	40	40,82	28	28,57	6	6,12	24	24,49	98	100,0
Rodzeństwo	43	43,88	11	11,22	5	5,10	39	39,80	98	100,0
Przyjaciele	50	51,02	18	18,37	3	3,06	27	27,55	98	100,0
$\chi^2 = 72,61801$ $p = 0,000000$ $p < 0,0000$ $C = 0,36$										

Potrzeba hospitalizacji kobiet z ciążą zagrożoną narzuca przyjęcie jej roli pacjentki i chorej, a swoją sytuację ciężarna zaczyna traktować jak chorobę. Każda choroba jest stresem wpływającym ujemnie na stan psychiczny człowieka. Silniejsze poczucie koherencji umożliwia skuteczne radzenie sobie z bodźcami potencjalnie szkodliwymi i nie do uniknięcia, dzięki odbieraniu ich nie jako zagrożenie, lecz jako wyzwanie [1].

Wg McSherry'ego osoby z wyższym poziomem poczucia koherencji mają więcej zasobów społecznych niż osoby z niższym SOC [5].

Analizując kształtowanie się poziomu poczucia koherencji i jej komponentów u kobiet ciężarnych w zależności od wielkości ciąży, stwierdzono brak dodatniej korelacji pomiędzy poczuciem koherencji a czasem trwania ciąży (por. tabela 3).

Tabela 3. Poczucie koherencji ciężarnych w zależności od czasu trwania ciąży

Czas trwania ciąży	Skala	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
I połowa ciąży	Poczucie zrozumiałości	33	44,27	9,11	23,00	67,00
	Poczucie zaradności	33	48,94	8,52	31,00	62,00
	Poczucie sensowności	33	43,09	6,48	31,00	55,00
	Poczucie koherencji	33	136,30	19,97	94,00	180,00
II połowa ciąży	Poczucie zrozumiałości	65	44,15	9,03	20,00	61,00
	Poczucie zaradności	65	48,05	8,87	26,00	65,00
	Poczucie sensowności	65	43,80	6,42	24,00	55,00
	Poczucie koherencji	65	136,00	20,39	86,00	174,00

Wystąpienie wydarzenia życiowego w obecności wsparcia społecznego wytwarza mniejszy dystres i w konsekwencji małą liczbę objawów chorobowych [7].

Zarówno ciężarne w I połowie ciąży – grupa I (75,76%) jak i II połowie ciąży – grupa II (73,85%) wskazały partnera, jako główne źródło wsparcia emocjonalnego, od którego je uzyskały zgodnie z oczekiwaniami (por. tabela 4 i 5).

Chociaż ze wsparcia emocjonalnego ze strony teściów skorzystała w stopniu oczekiwanym prawie połowa (48,48%) badanych ciężarnych z grupy I oraz blisko dwie piąte (36,92%) z grupy II, to jednak co piąta (21,21%) badana w pierwszej połowie ciąży ($p < 0,05$) i co trzecia (32,31%) w drugiej połowie ciąży ($p < 0,000$) otrzymała to wsparcie emocjonalne ze strony teściów, nie w takim stopniu, w jakim tego oczekiwała (por. tabela 4 i 5).

Ciąża ryzyka, jako szczególny rodzaj stresu w życiu kobiety wymaga od niej dużo wysiłku adaptacyjnego. Każda forma ograniczenia jego szkodliwego wpływu jest odczuwalna jako ulga, poprawia samopoczucie, przywraca nadzieję [2].

Tabela 4. Zapotrzebowanie ciężarnych na wsparcie emocjonalne w I połowie ciąży

Źródło wsparcia	otrzymały wsparcie zgodnie z własnymi oczekiwaniami		otrzymały wsparcie, ale nie w takim zakresie, jak oczekiwały		nie otrzymały w ogóle wsparcia, pomimo zapotrzebowania		nie były zainteresowane, (nie dotyczy)		RAZEM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Partner	25	75,76	7	21,21	1	3,03	0	0,0	33	100,0
Rodzice	19	57,58	10	30,30	2	6,06	2	6,06	33	100,0
Teściowie	16	48,48	7	21,21	2	6,06	8	24,24	33	100,0
Rodzeństwo	14	42,42	5	15,15	1	3,03	13	39,39	33	100,0
Przyjaciele	14	42,42	8	24,24	0	0,00	11	33,33	33	100,0
$\chi^2 = 27,60509$ $p = 0,006317$ $p < 0,05$ $C = 0,38$										

Tabela 5. Zapotrzebowanie ciężarnych na wsparcie emocjonalne w II połowie ciąży

Źródło wsparcia	otrzymały wsparcie zgodnie z własnymi oczekiwaniami		otrzymały wsparcie, ale nie w takim zakresie, jak oczekiwały		nie otrzymały w ogóle wsparcia, pomimo zapotrzebowania		nie były zainteresowane, (nie dotyczy)		RAZEM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Partner	48	73,85	16	24,62	0	0,0	1	1,54	65	100,0
Rodzice	39	60,00	18	27,69	1	1,54	7	10,77	65	100,0
Teściowie	24	36,92	21	32,31	4	6,15	16	24,62	65	100,0
Rodzeństwo	29	44,62	6	9,23	4	6,15	26	40,00	65	100,0
Przyjaciele	36	55,38	10	15,38	3	4,62	16	24,62	65	100,0
$\chi^2 = 53,50539$ $p = 0,000000$ $p < 0,0000$ $C = 0,38$										

Na niedobór (deficyt) wsparcia emocjonalnego ze strony rodziców wskazała blisko jedna trzecia respondentek z obu badanych grup (*odpowiednio: grupa I - 30,30%; grupa II - 27,69%*). Co szósta (14,71%) ciężarna w pierwszej połowie ciąży i co dziesiąta (9,23%) w drugiej połowie ciąży oczekiwała w większym zakresie niż to miało miejsce - rozmowy, wysłuchania, pocieszenia ze strony rodzeństwa (*por. tabela 4 i 5*).

WNIOSKI

1. Ciężarne hospitalizowane w oddziałach patologii ciąży cechują się typowym dla polskich kobiet globalnym poczuciem koherencji.
2. Czas trwania ciąży nie ma wpływu na ogólny poziom poczucia koherencji i jego składowe.
3. Partner (74,49%) i rodzice (59,18%) są wskazywani jako główne osoby, od których ciężarne otrzymują wsparcie emocjonalne zgodnie z własnymi oczekiwaniami, niezależnie od wielkości ciąży ($p < 0,05$).

PIŚMIENNICTWO

1. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować? Fundacja IPN, Warszawa 1995.
2. Barańska M. i wsp.: Lęk i stopień radzenia sobie u kobiet w ciąży ryzyka hospitalizowanych na oddziale patologii ciąży. W: VI Ogólnopolskie Sympozjum „Poród naturalny”, Tychy 27-28 września 1996. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia 1996, Supl. XIII, 167-173.
3. Jaworowska-Obłój Z., Skuza B.: Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych. Przegląd Psychologiczny 1986, 3 (29), 733-746.
4. Koniarek J. i wsp.: Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego. Przegląd Psychologiczny 1993, 36, 491-502.
5. Kosińska K., Jelonkiewicz I.: Poczucie koherencji a style radzenia sobie – zmiany w czasie. W: Szewczyk L. (red.): Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie. Wyd. NeuroCentrum, Lublin 1997, 39-43.

6. Mroziak B. i wsp.: Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Polska*, 1997, 3 (31), 257 – 268.
7. Pommersbach J.: Wsparcie społeczne a choroba. *Przegląd Psychologiczny* 1988, 2, 503-525.
8. Poprawa R.: Osobiste zasoby człowieka w radzeniu sobie ze stresem. W: Szewczyk L. (red.): *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie*. Wyd. NeuroCentrum, Lublin 1997, 33-37.

STRESZCZENIE

Celem pracy było zbadanie poziomu poczucia koherencji i jego składowych u ciężarnych hospitalizowanych w oddziałach patologii ciąży oraz określenie źródeł wsparcia emocjonalnego.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono w okresie od września do grudnia 2003 roku. Badaniami objęto 98 ciężarnych hospitalizowanych w oddziałach patologii ciąży lubelskich szpitali. Wiek respondentek wahał się od 19 do 41 lat. Badane w przeważającej większości legitymowały się wykształceniem wyższym (45,9%) oraz średnim (41,4%). Do badania poziomu poczucia koherencji użyto polskiej adaptacji Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC – 29. Do pomiaru zapotrzebowania na określony rodzaj wsparcia wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Zebrany materiał poddano analizie statystycznej i opisowej, a istotność różnic pomiędzy badanymi cechami sprawdzono testem χ^2 .

Wyniki: Ciężarne hospitalizowane w oddziałach patologii ciąży cechują się typowym dla polskich kobiet globalnym poczuciem koherencji (135,85). Czas trwania ciąży nie ma wpływu na ogólny poziom poczucia koherencji i jego składowe. Partner (74,49%) i rodzice (59,18%) są wskazywani jako główne osoby, od których ciężarne otrzymują wsparcie emocjonalne zgodnie z własnymi oczekiwaniami, niezależnie od wielkości ciąży ($p < 0,05$).

SUMMARY

The aim of the study was to examine the level of the sense of coherence and its components at the pregnant hospitalized in pregnancy pathology ward and to determine the source of emotional support.

Material and methods: the study was carried out from September 2003 to December 2003. The study included 98 pregnant hospitalized in pregnancy pathology wards in the hospitals of Lublin. The age of women varies from 19 to 41. Most of the surveyed are university level graduates (45,9%) and undergraduates (41,4%).

In order to carry out the level of sense of coherence the authorized Polish adaptation of the Orientation to Life Questionnaire SOC-29 was used. In order to determine the needs of specific type of support an author's questionnaire was used. The gathered material was subjected to statistic and descriptive analysis, and the essence of differences between examined pregnant was checked up by test χ^2 .

Results: The pregnant hospitalized in pregnancy pathology wards have a global sense of coherence typical for Polish women (135,85). The education of pregnancy doesn't influence the general level of sense of coherence and its components. Partner (74,49%) and parents (59,18%) are shown as the most important persons who provide emotional support for pregnant corresponding to their expectations and independently of stage of pregnancy.