

Poczucie koherencji a wsparcie społeczne kobiet w położu

Sense of coherence and social support for women in confinement

Barbara Prażmowska¹, Dorota Matuszyk¹, Elżbieta Sibiga¹,
Katarzyna Wojciechowska²

¹ Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
² Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Kliniki Ginekologii i Onkologii.

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Barbara Prażmowska
Pracownia Podstaw Opieki Położniczej
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
31-523 Kraków, ul. Zamojskiego 58
tel./fax 012 656-37-27
e-mail: bpbarbara@interia.pl

STRESZCZENIE

POCZUCIE KOHERENCJI A WSPARCIE SPOŁECZNE KOBIEŃ W POŁOŻU

Cel pracy. Ocena zależności pomiędzy poziomem poczucia koherencji a wsparciem społecznym udzielanym położnicom.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto grupę 160 kobiet pomiędzy 4 a 6 tygodniem położu. W pracy wykorzystano sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, składający się z kwestionariusza własnego autorstwa, Kwestionariusza Ankiety Wsparcia Społecznego i polskiej adaptacji Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC-29

Wyniki. Badania porównujące poziom koherencji badanych kobiet z otrzymanymi przez nie różnymi rodzajami wsparcia wykazały, że: wsparcie informacyjne nie miało istotnego wpływu na poziom ich poczucia koherencji. Wsparcie instrumentalne natomiast miało wpływ na poziom poczucia koherencji w badanej grupie. Kobiety o wysokim poczuciu koherencji rzadziej potrzebują pomocy finansowej i potrafią korzystać w szerszym stopniu z pomocy przy codziennych obowiązkach domowych oraz w działaniach związanych z pielęgnacją dziecka. U kobiet otrzymujących więcej wsparcia wartościującego i emocjonalnego (od najbliższej im osoby) zaobserwowano także wyższy poziom poczucia koherencji. Wsparcie emocjonalne udzielane przez położną środowiskową pozostawało bez wpływu na poziom koherencji badanych kobiet.

Wnioski. Najwięcej wsparcia informacyjnego kobietom w położu udzieliły położne środowiskowe oraz położne pracujące w szpitalu, znacznie rzadziej wskazywane grupy to: lekarze, członkowie rodziny, koleżanki. Wspierająca rola rodziny podczas położu została potwierdzona zwłaszcza w dziedzinie wsparcia wartościującego i emocjonalnego. Potwierdzono również wpływ na poziom koherencji takich zasobów odpornościowych jak wykształcenie i życie w stałym związku. Większość osób z niskim poziomem koherencji deklarowało potrzebę wsparcia instrumentalnego w postaci pomocy finansowej.

Słowa kluczowe: położ, poczucie koherencji, wsparcie społeczne

ABSTRACT

SENSE OF COHERENCE AND SOCIAL SUPPORT FOR WOMEN IN CONFINEMENT

Aim. Correlation between the level of coherence and social support to women in delivery period.

Material and methodology. The research comprised a group of 160 women in the period between 4–6th week of confinement. The research methods used included diagnostic survey and a questionnaire was used as a research tool. The questionnaire was prepared by the author based on Social Support Survey Questionnaire and the Polish adaptation of Life Orientation Questionnaire SOC-29

Results. The research comparing the levels of coherence among women with support they received, show that information support had no influence on the level of their sense of coherence. Instrumental support, in turn did have influence on the sense of coherence in the examined group. Women with high level of coherence seldom need financial support and can, to a greater extent use assistance with daily home chores and working with childcare. A higher level of coherence could also be observed in women receiving more evaluative and emotional support for the people closest to them. Emotional support from social midwife had no influence on examined women.

Conclusions. The greatest informational support was granted to women by community care midwives and midwives working in hospitals. The groups that were less frequently pointed included: medical doctor, family members, friends. Supportive role of family during confinement was confirmed in the areas of evaluative and emotional support. Also, the level of education and life in a stable relationship had influence on the level of coherence. Most individuals with low level of sense of coherence declared a necessity for instrumental support in the form of financial assistance.

Key words: confinement, sense of coherence, social support

WPROWADZENIE

W powszechnej świadomości społecznej, jak i w środowiskach masowego przekazu, macierzyństwo jest zazwyczaj gloryfikowane. Pokazywane są jego blaski, zaś cienie zwykle się pomija. Niekiedy trudności okresu połogu występują z ponadprzeciętnym nasileniem, pogłębiając trudności adaptacyjne, powodując zaburzenia emocjonalne i psychiczne. Przyczyny zaburzeń bywają złożone, obejmują czynniki biologiczne, kulturowe, psychologiczne. Obserwacja wyżej wymienionych zjawisk skłania do zadania pytania: co powoduje, że niektóre kobiety radzą sobie w połogu lepiej, łatwiej przystosowują się do sytuacji i potrafią pełniej korzystać z oferowanego im wsparcia. Stworzone przez Aarona Antonovsky'ego pojęcie poczucia koherencji wydaje się być tym pojęciem, które może najtrafniej wyjaśnić występowanie wyżej opisanych różnic [1]. Poczucie koherencji określane jest bowiem jako „prozdrowotna postawa jednostki wobec stresu i własnych zasobów odpornościowych” [1]. Wsparcie społeczne jest zaś jednym z owych istotnych zasobów, mających wpływ na poziom poczucia koherencji. Sam Antonovsky nazywa poczucie koherencji czynnikiem, który „decyduje o zakresie, w jakim jednostka radzi sobie w udany sposób z wyzwaniami, jakie są przed nią stawiane w cyklu życia” [1]. Myślenie o wzajemnych relacjach zdrowia i choroby w drugiej połowie XX w. zdominował paradygmat patogenetyczny, który zakłada, że normalnym stanem zdrowego ludzkiego organizmu jest homeostaza i porządek [2].

W latach 70-tych ubiegłego stulecia Antonovsky, socjolog zdrowia, zaproponował weryfikację dotychczasowego myślenia o zdrowiu i chorobie. Zwrócił uwagę, „że medycyna z pewnością powinna wiedzieć jak powstają choroby, ale też powinna wiedzieć, co jest źródłem zdrowia” [3]. W związku z tym trzeba uzupełnić paradygmat patogenetyczny takim, który koncentruje się na elementach kierujących ludzi ku zdrowiu. Nazwał go paradygmatem salutogenetycznym. Zakłada on, że normalnym stanem organizmu ludzkiego jest stan entropii i nieuporządkowania. Salutogeneza otwiera drogę do myślenia o zdrowiu i chorobie jako o kontinuum rozciągającym się od zdrowia do choroby [3]. W takim ujęciu nikt nie jest zaliczany do kategorii zdrowych lub chorych, lecz zajmuje miejsce pomiędzy krańcowymi punktami kontinuum. Antonovsky, zwrócił uwagę, „że powinniśmy energię skierowaną na eliminację różnego typu stresorów (biologicznych, psychicznych, społecznych), będących naturalną częścią składową życia, skierować na skupienie się na zasobach, które pomagają jednostce radzić sobie z szerokim spektrum stresorów i patogenów” [3]. Taki sposób myślenia przesuwając naszą aktywność z działań ukierunkowanych na usuwanie kolejnych stresorów na działania skierowane na naukę życia w zdrowiu ze stresorami, a nawet obrócenie istnienia stresorów na naszą korzyść. Istotne znaczenie w koncepcji salutogenetycznej przypisywane jest „zasobom” tj. podmiotowym i środowiskowym cechom i możliwościom, które w interakcji ze stresem pełnią pozytywną funkcję obronną [3, 4].

Antonovsky pisze: „Zakładając, że stresory występują powszechnie, przenosimy naszą uwagę z patogenów

i ze specyficznych reakcji na dany patogen, a zajmujemy się w badaniach i praktyce zasobami, które pomagają jednostce w radzeniu sobie z szerokim spektrum stresorów i patogenów. Koncentrujemy uwagę na ogólnym problemie adaptacji. Nie analizujemy historii choroby danej osoby, ale jego historię życia, która pozwoli nam umiejscowić go w jakimś punkcie kontinuum i spowodować jego przemieszczanie się w kierunku krańca – zdrowie” [3]. Antonovsky w swoich publikacjach apelował nie o to, aby odrzucać orientację patogenetyczną, lecz traktować ją komplementarnie z salutogenetyczną, dzieląc sprawiedliwie wysiłek intelektualny i środki materialne. [3, 5] Decydując się na przyjęcie podejścia salutogenetycznego, niejako w konsekwencji stworzył pojęcie koherencji, które według niego stanowi rdzeń odpowiedzi na podstawowe pytanie salutogenezy – „Co sprawia, że człowiek staje się zdrowszy?” [5].

W skład poczucia koherencji wchodzi trzy komponenty: poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności, poczucie sensowności [3].

Poczucie zrozumiałości odnosi się do zakresu, w jakim jednostki odbierają napotymane bodźce napływające ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego jako posiadające sens poznawczy, jako raczej uporządkowaną, spójną informację, która jest przewidywalna. Poczucie zaradności określa, jak ludzie postrzegają, że mają do swej dyspozycji odpowiednie środki do sprośnięcia wymaganiom stawianym przez bodźce. Poczucie sensowności to stopień, w jakim człowiek czuje, że życie ma sens z punktu widzenia emocjonalnego, że przynajmniej część problemów i wymagań, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania, a nie obciążeniem, którym wolałby się nie obarczać [3].

Wsparcie społeczne w powszechnej opinii stanowi pomoc i bliskość innych ludzi, wywiera sprzyjający wpływ na nasze samopoczucie, zdrowie, na zdolność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Jest pojęciem wielowymiarowym i mechanizmy wpływu wsparcia społecznego na stres i zdrowie mogą być bardzo złożone. Niektórzy autorzy porównują wsparcie społeczne do zjawiska integracji społecznej, przywiązania i więzi społecznych, analizując zjawisko wsparcia z perspektywy ogólnych podstawowych potrzeb człowieka odnoszących się do potrzeby przynależności, akceptacji i bezpieczeństwa.

Współcześnie omawia się problematykę wsparcia społecznego także, jako rodzaj zachowań pomocnych, analizując motywy pomagania, wzajemność pomocy. Badania nad czynnikami warunkującymi skłonność do pomagania i prospołeczność ludzi wiele wnoszą w wyjaśnienie bardzo szczegółowych mechanizmów funkcjonowania wsparcia [6]. Najczęściej wyodrębnia się następujące rodzaje wsparcia: emocjonalne, informacyjne, instrumentalne, rzeczowe. Wsparcie emocjonalne polega na przekazywaniu w trakcie interakcji emocji podtrzymujących, uspakajających, odzwierciedlających troskę i pozytywne ustosunkowanie do osoby wspieranej. Ten rodzaj wsparcia jest najpowszechniejszy, a jednocześnie najbardziej oczekiwany. Wsparcie informacyjne polega na wymianie w trakcie interakcji takich informacji, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu sytuacji i problemu w związku z tym nazywane

jest niekiedy również wsparciem poznawczym. W tym pojęciu mieści się także dostarczanie informacji zwrotnych o skuteczności podejmowanych przez osobę wspieraną różnorodnych działań zaradczych [6].

Wsparcie instrumentalne jest to rodzaj instruktażu polegającego na przekazywaniu informacji o konkretnych sposobach postępowania, forma kształtowania skutecznych zachowań zaradczych. Pomoc ta może przyjąć formę wymiany sposobów postępowania, zdobywania informacji i dóbr materialnych.

Wsparcie rzeczowe (materialne) jest to świadczona pomoc materialna, rzeczowa i finansowa, ale także bezpośrednie działanie fizyczne na rzecz osób potrzebujących. Ten typ wsparcia, wraz ze wsparciem informacyjnym, funkcjonuje i jest najbardziej oczekiwany w sytuacjach katastrof [6].

Zdania co do wyodrębniania rodzajów lub typów wsparcia są podzielone. Jednak ze względu na znaczne różnice warto wskazać podział wg House'a i Tardy'ego. Wyróżniają oni następujące jego typy: emocjonalne, przedmiotowe, informacyjne, doradcze i doceniające [7].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena zależności pomiędzy poziomem poczucia koherencji u badanych położnic, a wsparciem społecznym udzielanym im przez otoczenie.

MATERIAŁ I METODYKA

Badaniem objęto 160 kobiet pomiędzy 4 a 6 tygodniem połogu. Były to mieszkanki Krakowa lub jego bliskich okolic. Badania prowadzono w Poradniach K na terenie Krakowa, gdzie położnice zgłaszały się na wizytę kontrolną po porodzie. Badania przeprowadzono w okresie od listopada 2007 roku do sierpnia 2008 roku.

Metodą pracy był sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety, składający się z trzech części. Dwie pierwsze są własnego autorstwa. Pierwsza zawierała pytania, które charakteryzowały badaną grupę kobiet, druga składała się z pytań dotyczących różnych rodzajów otrzymywanego przez nie wsparcia społecznego (Kwestionariusz Ankiety Wsparcia Społecznego). Trzecią część ankiety stanowiła polska adaptacja Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC-29, składająca się z 29 pozycji zaopatrzonych w siedmiopunktowe skale typu dyferencjału semantycznego. Narzędzie to składa się z trzech podskal: 11 pytań dotyczących poczucia zrozumiałości, 10 pytań odnoszących się do poczucia zaradności oraz 8 pytań na temat poczucia sensowności. Ocena polskiej wersji Kwestionariusza SOC-29 wykazała bardzo wysoką rzetelność tego narzędzia [8]. Wykorzystany do pomiaru poziomu poczucia koherencji kwestionariusz SOC-29 nie posiada ustalonych norm, analiza jego wyników oparta została na średnich wartościach uzyskanych przez badaną grupę. Jako wysoki poziom poczucia koherencji przyjęto wartość powyżej średniej z wyników badanej grupy kobiet, która wyniosła 138,4 punktów. Według przyjętego kryterium wysoki poziom poczucia koherencji miało 80 spośród badanych kobiet, czyli dokładnie 50% bada-

nej grupy. Wyniki badań poddano analizie statystycznej i opisowej. Analizą statystyczną objęto odpowiedzi udzielone w ankietach przez 160 kobiet w połogu włączonych do badania. Dla zmiennych skategoryzowanych wyniki przedstawiono podając liczbę oraz odsetek kobiet, które udzieliły danej odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza. W celu określenia istotności obserwowanych różnic pomiędzy grupami wykorzystano test chi-kwadrat (χ^2). Poziom koherencji u badanych kobiet wyrażono za pomocą średniej wartości punktów oraz odchylenia standardowego. W celu określenia poziomu istotności dla różnic pomiędzy poziomami koherencji obserwowanymi w wydzielonych (zgodnie z celami badawczymi) grupach wykorzystano:

1. Test t-studenta – w sytuacji kiedy porównywano wartości średnie dwóch grup;
2. Test ANOVA – w sytuacji kiedy równocześnie porównywano wartości średnie więcej niż dwóch grup. W tym przypadku w celu określenia istotności pomiędzy każdą parą grup użyto testu Scheffego. Za istotne statystycznie uznano wyniki, dla których wartość p była równa lub większa od 0,05 ($p \leq 0,05$).

WYNIKI BADAŃ

Badaniem objęto grupę kobiet w połogu w wieku od 20 do 48 lat. Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 29,7 lat ($SD = 5,1$). 95% z nich mieszkało w mieście, a 5% na wsi. W badanej grupie większość kobiet miała wykształcenie wyższe (55%) i średnie (36%). Łącznie 9% spośród badanej grupy miało wykształcenie zawodowe (6%) i podstawowe (3%).

Pytania w ankiecie dotyczyły jedynie wybranych elementów sytuacji rodzinnej. W celu zdiagnozowania poziomu i rodzaju wsparcia bardziej potrzebna była informacja o tym, czy kobieta żyje w stałym związku partnerskim, niż informacja o formalnym statusie tego związku. Podobnie istotne wydawało się stwierdzenie, czy kobieta mieszka obecnie z rodzicami, czy prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe.

Zdecydowana większość spośród ankietowanych kobiet żyła w stałych związkach partnerskich. Zarówno one, jak i kobiety deklarujące, że żyją samotnie, w większości prowadziły własny dom.

Wyniki badania w tym zakresie potwierdzają założenia koncepcji Antonovsky'go o zasobach psychospołecznych, takich jak wykształcenie, czy posiadanie stabilnej sytuacji życiowej. Kobiety z wyższym wykształceniem oraz żyjące w stałym związku partnerskim mają wyraźnie wyższy poziom koherencji, niż pozostała część grupy.

Z zestawienia danych na temat wpływu wsparcia informacyjnego na poziom koherencji wynika, że: 95% kobiet z wysokim poczuciem koherencji otrzymało informacje o przebiegu połogu, 87,5% z nich oceniło, że informacje te były na wystarczającym poziomie. 100% kobiet z niskim poczuciem koherencji otrzymało informacje o przebiegu połogu, 90% z nich oceniło je jako wystarczające.

87,5% kobiet o wysokim poziomie poczucia koherencji korzystało ze wsparcia instrumentalnego w postaci pomocy przy pielęgnacji dziecka. 90% z nich było także odciąża-

nich obowiązkami domowymi, jednocześnie tylko 27,5% potrzebowało pomocy finansowej. Natomiast tylko 65% kobiet z niskim poczuciem koherencji było odciążanych w obowiązkach związanych z pielęgnacją dziecka, 77,5% w obowiązkach domowych, a 52,5% potrzebowało pomocy finansowej.

Wyraźne różnice dotyczą także wsparcia wartościującego. Kobiety z wysokim poziomem koherencji otrzymywały go więcej od swojego otoczenia.

Z zestawienia danych na temat stosunku wsparcia emocjonalnego do poziomu poczucia koherencji wynika, że decydującą rolę odgrywa wsparcie jakiegoś najbliższego otoczenia. Wsparcie udzielane przez położną środowiskową ma mniejszy wpływ.

DYSKUSJA

Z uzyskanego materiału badawczego wynika, że położnice otrzymywały różnego rodzaju wsparcie od swojego otoczenia. Jako osoby udzielające wsparcia informacyjnego w największym zakresie kobiety z badanej grupy wskazywały położne środowiskowe i położne w szpitalu. Większość badanych (71%) uznała informacje za wystarczające. Duża grupa kobiet (odpowiednio 76,3% i 83,8%) otrzymywała wsparcie w postaci pomocy przy pielęgnacji dziecka i prowadzeniu domu, oraz pomocy finansowej. Większość kobiet potwierdziła fakt otrzymywania wsparcia wartościującego, rozumianego tutaj jako poszanowanie decyzji podejmowanych przez nie w zakresie samopielęgnacji i pielęgnacji dziecka oraz stwarzanie przez otoczenie atmosfery powodującej, że czuły się osobami ważnymi i docenianymi.

Okazywanie przez najbliższe środowisko troski, będącej tutaj miernikiem wsparcia emocjonalnego, odczuwało aż 96% kobiet. Większość badanych oceniła także pozytywnie wspierającą emocjonalnie rolę najbliższej im osoby. Wbrew oczekiwaniom wsparcie emocjonalne udzielane przez położne środowiskowe nie okazało się bardzo ważne w ocenie badanych kobiet, jakkolwiek potwierdziły one komfort wynikający z obecności i gotowości do niesienia pomocy przez położne środowiskowe w trudnych momentach połogu. Analizując wyniki poziomu poczucia koherencji badanej grupy uzyskano średnią wartość 138,4 punktu. Jako kryterium przyjęto, że za wysoki poziom koherencji uznaje się wyniki powyżej średniej. Jest to wynik zbliżony do podawanych w literaturze wyników innych badań przeprowadzonych w Polsce. Mroziak i inni współautorzy podają średni wynik poczucia koherencji u zdrowych kobiet na poziomie 139 punktów [8]. Kobiety otrzymujące wsparcie w szerszym zakresie i lepiej je wykorzystujące, łatwiej także radzą sobie ze zjawiskami adaptacyjnymi w okresie połogu. Świadczy o tym ich wyższy poziom poczucia koherencji traktowanej tutaj jako postawa wobec stresu i własnych zasobów odpornościowych.

WNIOSKI

1. Najwięcej wsparcia informacyjnego kobietom w połogu udzieliły położne środowiskowe oraz położne pracujące w szpitalu, w dalszej kolejności lekarze, członkowie rodziny, koleżanki.
2. Badana grupa kobiet otrzymywała także wsparcie instrumentalne polegające na odciążaniu w obowiązkach związanych z pielęgnacją dziecka i związanych z prowadzeniem domu.
3. Wspierająca rola rodziny podczas połogu została potwierdzona zwłaszcza w zakresie wsparcia wartościującego i emocjonalnego.
4. Został potwierdzony wpływ na poziom koherencji zasobów odpornościowych takich, jak wykształcenie i życie w stałym związku. Badane kobiety posiadające wyższe wykształcenie oraz żyjące w stałym związku miały wyższy poziom poczucia koherencji.
5. Większość osób z niskim poziomem koherencji deklarowało potrzebę wsparcia instrumentalnego w postaci pomocy finansowej.
6. Największy wpływ na poziom poczucia koherencji badanych kobiet miało wsparcie wartościujące i emocjonalne. Wyraźny był też wpływ wsparcia instrumentalnego, znacznie mniejszy wsparcia informacyjnego.

PIŚMIENNICTWO

1. Łuszczynska-Cieślak A. Czym jest dla psychologa poczucie koherencji? *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*; 2001; 8, (20): 56 - 68.
2. Antonovsky A. Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. [w:] *Psychologia Zdrowia*. Heszen-Niejodek I. Sęk H. red. PWN. Warszawa; 1997, 206 - 231.
3. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków; 2000.
4. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Warszawa; 2005.
5. Sęk H., Cieślak R. Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Sęk H., Cieślak R. red. PWN. Warszawa; 2005. 11 – 28 (b).
6. Kmiecik-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny* 1995; 38 (1/2), 201 - 214.
7. Koniarek J. i wsp., Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja *The Sense of Coherence Questionnaire (SOC)* A. Antonovsky'ego. *Przegląd Psychologiczny* 1993. (36) 491 - 502.
8. Mroziak B., Czabała J., Wójtowicz S. Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne, *Psychiatria Polska* 1997; 3 (31), 257 - 268.

Praca przyjęta do druku: 04.03.2010

Praca zaakceptowana do druku: 06.07.2010