

Małgorzata Anna BASIŃSKA
Instytut Psychologii UKW w Bydgoszczy

Aleksandra ŁUCZAK

Wydział Nauk Społecznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Style radzenia sobie ze stresem a satysfakcja z życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera

Streszczenie

Cel. Celem niniejszej pracy było zbadanie związku pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem a poziomem satysfakcji z życia wśród opiekunów osób chorych na chorobę Alzheimera. **Metoda.** Próba badawcza składała się z 31 opiekunów osób chorych na Alzheimera. Zastosowano Kwestionariusz do Badania Stylów Radzenia Sobie ze Stresem – CISS Endlera i Parkera oraz Kwestionariusz Satysfakcji z Życia – SWLS Dienera. **Wyniki.** Analiza statystyczna pokazała, że style radzenia sobie ze stresem są predyktorami satysfakcji z życia. Szczególnie istotną rolę pełni styl skoncentrowany na emocjach. Rzadkie stosowanie tego wyjaśnia znaczny procent zmienności satysfakcji z życia w badanej grupie opiekunów. **Wnioski.** W badanej grupie opiekunów osób chorych na Alzheimera style radzenia sobie ze stresem są wyznacznikami satysfakcji z życia.

Słowa kluczowe: opiekunowie osób z chorobą Alzheimera, satysfakcja z życia, style radzenia sobie ze stresem.

Wprowadzenie

Sprawowanie długotrwałej opieki nad osobą z chorobą Alzheimera (*Alzheimer's disease* – AD), które najczęściej spoczywa na najbliższych chorego, stwarza wysokie ryzyko obniżenia jakości życia, przede wszystkim opiekunów rodzinnych silnie związanych emocjonalnie z chorym (Kaczmarek i in., 2010). Satysfakcja z życia (SWL) jako poznawczy komponent subiektywnego dobrostanu człowieka stanowi przejaw jakości życia. Jest ona uwarunkowana przez wiele czynników, a jedna z nich to własna aktywność jednostki, która – gdy jest skuteczna – może w znaczący sposób obniżyć poziom doświadczanego stresu i podwyższyć satysfakcję z życia. Przy takim samym układzie obciążeń i stresu można spodziewać się różnych konsekwencji zdrowotnych w zależności od stosowanych stylów radzenia sobie (Dolińska-Zygmunt, 1996).

Celem niniejszej pracy było zbadanie związku pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem a satysfakcją z życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera.

Choroba Alzheimera

Choroba Alzheimera jest najczęstszą formą demencji (60% chorych), na którą zapada coraz większa liczba osób na całym świecie (Hebert i in., 2001a; Mahlberg, Niemann-Mirmehdi, 2006). Schorzenie to częściej dotyczy ludzi po 65. roku życia, istnieją jednak przypadki zachorowań osób młodszych (Brookmeyer i in., 1998). Większa część osób z AD to kobiety (Plassman i in., 2007). Jak pokazują analizy badań (o wpływie płci na występowanie tego schorzenia), wynika to z faktu, że żyją one dłużej, a nie z większej ich podatności na zachorowalność (Hebert i in., 2001b; Kukull i in., 2002; Barnes i in., 2003).

Podstawowym, choć niespecyficznym objawem choroby Alzheimera są postępujące zaburzenia pamięci, które początkowo pojawiają się dyskretnie, z czasem jednak ich częstotliwość i zakres narasta. W miarę nasilania się choroby dochodzi do zaburzenia innych funkcji poznawczych, m.in. myślenia, funkcji językowych i wzrokowo-przestrzennych. Osoba chora staje się coraz bardziej zależna od otoczenia i pomocy opiekunów. W końcowym stadium choroby dochodzi do rozpadu umiejętności i do degradacji osobowości pacjenta, będącego zupełnie bezradnym i uzależnionym od innych osób (Brzyska, Elbaum, 2005).

Objawy neuropsychologiczne choroby Alzheimera są skutkiem rozległego uszkodzenia tkanki mózgowej. W większości przypadków znacznie większe zaniki występują w korze płatów czołowych i skroniowych niż w okolicach ciemieniowo-potylicznych (Walsh, 2000). Wszystkie zmiany w mózgu powodują, że osoba chora zmienia się w sposób radykalny, przestaje być samodzielna i wymaga coraz większej pomocy i opieki ze strony opiekunów.

Opieka nad osobą z chorobą Alzheimera

Opieka nad osobą chorą na AD jest stresująca i obciążająca pod względem psychicznym, zdrowotnym i finansowym (Schulz i in., 1995; Schwarz, 2002). Spełnia ona właściwie wszystkie kryteria sytuacji trudnej, gdyż dochodzi w niej do nierównowagi między potrzebami i zadaniami a sposobami i warunkami ich realizacji (Tomaszewski, 1978). Główny, a często jedyny ciężar opieki spoczywa na najbliższych: współmałżonku, dzieciach lub innych krewnych (Schwarz, 2002; Schulz, Martire, 2004; Kaczmarek i in., 2010), co nie pozostaje obojętne dla ich funkcjonowania.

W wielu badaniach udokumentowano negatywny wpływ stresu wynikającego z długotrwałej opieki na zdrowie i dobre samopoczucie opiekunów osób z AD i ich rodzin (Anthony-Bergstone i in., 1988; Kiecolt-Glaser i in., 1991; Schulz i in., 1995). U osób opiekujących się tymi chorymi stwierdzono zwiększoną za-

padalność na choroby somatyczne i psychiczne, znacznie gorsze funkcjonowanie układu immunologicznego oraz gorsze zdrowie fizyczne (Kiecolt-Glaser i in., 1991; Schwarz, 2002; Damjanovic i in., 2007; Gouin, Hantsoo, Kiecolt-Glaser, 2008). Bardzo często u osób opiekujących się pacjentami z AD występuje także poczucie bezradności, lęk o przyszłość, wyczerpanie fizyczne, bezsenność oraz trudności z koncentracją uwagi (Schwarz, 2002).

Opiekunowie osób chorych, zwłaszcza młodzi, gorzej funkcjonują w pracy, a często zmniejszają się ich możliwości dodatkowego zarobkowania. U starszych opiekunów, którzy często sami cierpią na różne schorzenia, zaostrzeniu ulegają istniejące już choroby oraz zaczynają występować nowe (np. nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa). Spowodowane jest to niehigienicznym trybem życia, brakiem regularnego odżywiania się i snu, nieregularnym przyjmowaniem leków (Kiecolt-Glaser, 1995; Schwarz, 2002). Osoby zajmujące się swoimi najbliższymi zmuszone są do poświęcenia opiece znacznej części swojego życia. Bardzo często zaniedbują swoje zainteresowania i kontakty z przyjaciółmi, co prowadzi do izolacji społecznej.

Opiekując się osobą z chorobą Alzheimera, najbliżsi muszą wykonywać czynności pielęgnacyjne, do których nie są przygotowani. Poza tym tracą ukochaną osobę i stają przed koniecznością pokonania związanego z tym smutku. Wywołującym często przygnębienie oraz dezorientację problemem jest także fakt, że zachowania chorego bywają gwałtowne, trudne do przewidzenia i niewspółmierne do wywołujących je czynników (np. chory często oskarża opiekuna o kradzież w momencie, gdy nie może znaleźć portfela, pieniędzy czy ubrania).

Dodatkowy problem to brak wiedzy o chorobie Alzheimera w społeczeństwie, co powoduje, iż opiekunowie wstydzą się prosić o pomoc. Ponadto mają poczucie winy za brak umiejętności opiekowania się bliską osobą. U opiekunów osób chorych stwierdza się wyższy poziom hormonów stresu, stanowiących informację o ich niekorzystnym stanie psychicznym (Kiecolt-Glaser i in., 1996; Damjanovic i in., 2007). Ten trud oraz liczne stresujące sytuacje i obciążenia wynikające z opieki nad osobą chorą z AD mogą w znacznym stopniu obniżyć poziom satysfakcji z życia ich opiekunów.

Satysfakcja z życia

Satysfakcja z życia (SWL) to poznawczy komponent subiektywnego dobrostanu człowieka, odnosi się do sposobu osądzania, w którym jednostka ocenia jakość swojego życia na podstawie własnego unikalnego zestawu kryteriów. Jest to świadomy, poznawczy proces orzekania o własnym życiu w odniesieniu do osobistych kryteriów. Ludzie mają zróżnicowane standardy dla sukcesu w różnych jego płaszczyznach, dlatego też istotna jest globalna ocena własnego życia przez jednostkę, a nie satysfakcja ze specyficznych dokonań czy sfer życia. SWL

stanowi rezultat refleksji w długiej perspektywie czasowej, a nie w krótkim odcińku czasu (Pavot, Diener, 1993). To ocena życia jako całości i jako taka jest względnie trwała.

Badania pokazują, że satysfakcję z życia w znacznym stopniu warunkują właściwości osobowościowe, głównie cechy osobowości i poziom samoakceptacji (Diener i in., 2003). Najsilniejszy związek ujawnia z neurotyzmem w aspekcie tendencji do depresyjnych reakcji oraz z ekstrawersją w aspekcie pogody ducha (Ramanaiah i in., 1997; Chico, 2006). Według autorów, znajomość tych cech osobowości pozwala przewidywać na ich podstawie satysfakcję z życia (Schimmack i in., 2004).

Emocjonalność, w tym nastrój, w bardzo znaczący sposób wpływa na satysfakcję z życia. Depresja, zaniepokojenie i generalnie negatywny afekt są predyktorami niskiej satysfakcji z życia, zaś wigor wyższej (Pilcher, 1998). SWL zależy także od przekonań o umiejscowieniu kontroli, a sprzyja jej wewnętrzna lokalizacja (Klonowicz, 2001). Badania osób w średnim wieku pokazały jej pozytywną korelację z dyspozycyjnym optymizmem i pozytywną emocjonalnością (Chang, Sanna, 2001).

Chociaż osobowość może wyjaśnić znaczący procent zmienności w poziomie subiektywnego dobrostanu, to nie można nie zauważać jego związku z wydarzeniami życiowymi i obiektywnymi czynnikami, takimi jak majątek czy właściwości kultury, w której człowiek żyje. Poznawczy komponent psychicznego dobrostanu szczególnie zależy od czynników kulturowych (Pilcher, 1998; Schimmack i in., 2002; Diener i in., 2003). Jego stabilność w czasie jest ograniczona, gdyż mogą się zdarzać zmiany w poziomie satysfakcji z życia w wyniku wystąpienia pozytywnych lub negatywnych zdarzeń. Także takie bezpośrednie czynniki, jak aktualny nastrój i kontekst sytuacyjny, mają wpływ na indywidualne odpowiedzi badanego. Satysfakcja z życia zależy więc od trzech elementów: długoterminowych (np. cechy osobowości), średnioterminowych (np. wydarzenia życiowe lub schematy poznawcze) oraz krótkoterminowych, np. aktualny nastrój (Pavot, Diener, 1993; Basińska, 2009). Generalnie wiek i płeć nie ujawniają związku z SWL (Arrindell, Ettema, 1986, za: Pavot, Diener, 1993).

Do tej pory tylko niewielka część badaczy brała pod uwagę rolę stosowanych sposobów radzenia sobie w ocenie satysfakcji z życia. Posiadanie skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem może być natomiast jednym z najważniejszych czynników dobrostanu jednostki (Dubey i Agarwal, 2007; Basińska, 2009). Tym bardziej, że negatywnie zorientowane radzenie sobie sprzyja wystąpieniu problemów zdrowotnych u opiekunów (Elliott, Shewchuk, Richards, 2001).

Style radzenia sobie ze stresem

Problematyka radzenia sobie ze stresem, podobnie jak problematyka stresu, stanowi jedno z ważniejszych zagadnień psychologii zdrowia. Od końca lat sie-

demdziesiątych mniej uwagi poświęca się czynnikom wywołującym stres, więcej zaś aktywności, jaką podejmuje jednostka w obliczu sytuacji stresowej. Współcześnie dominuje transakcyjne podejście do zjawiska stresu (Lazarus, Folkman, 1986). Podkreśla ono dwustronność dynamicznej interakcji między człowiekiem i otoczeniem, zwanej transakcją. Stresujący charakter danej transakcji człowieka ze światem określają dwa podstawowe psychologiczne procesy: ocenę poznawczą (*cognitive appraisal*) oraz radzenie sobie (*coping*).

Charakterystyczna dla sytuacji stresowej jest obecność wymagań zewnętrznych lub wewnętrznych będących na granicy możliwości przystosowawczych człowieka lub je przekraczających, czemu towarzyszy odpowiednia ocena poznawcza i przeżycia emocjonalne. Sytuacja taka pobudza do aktywności mającej na celu odzyskanie równowagi między wymaganiami a możliwościami oraz poprawę stanu emocjonalnego. Ten typ aktywności nazywamy radzeniem sobie ze stresem (Heszen-Niejodek, 1997).

Przy rozumieniu stresu jako transakcji, w której doszło do zakłócenia równowagi pomiędzy wymogami a możliwościami ich spełnienia, sytuację opieki nad chorym z AD można potraktować jako taki rodzaj sytuacji stresowej.

W niniejszym artykule skupiono się na stylu radzenia sobie ze stresem jako czynniku, który może modyfikować wpływ stresu wynikającego z trudności związanych z opieką nad osobą chorą z AD na satysfakcję z życia ich opiekunów.

Endler i Parker (1990b) rozumieją radzenie sobie ze stresem jako świadomą reakcję na zewnętrzne, przykre, obciążające zdarzenia. Nawiązują oni do klasycznego ujęcia procesu radzenia sobie ze stresem autorstwa Lazarusa. Endler i Parker poszerzają tę teorię, wyodrębniając trzy style radzenia sobie ze stresem, omówione w dalszej części niniejszego tekstu. Działania zaradcze, jakie człowiek podejmuje w danej sytuacji stresowej, są efektem interakcji zachodzącej pomiędzy cechami sytuacji a stylem radzenia sobie charakterystycznym dla danej jednostki. Według Endlera i Parkera (1990a) styl radzenia sobie ze stresem rozumiany jest jako typowy dla danej jednostki sposób zachowania w różnych sytuacjach stresowych. Wyodrębnione style nie podlegają bezwzględnej ewaluacji z punktu widzenia skuteczności, zależy ona bowiem od ich adekwatności w odniesieniu do konkretnej sytuacji. Na ocenę skuteczności sposobów radzenia sobie ze stresem ma wpływ kontekst, w jakim jej się dokonuje oraz przyjmuje jej kryteria. Do takich kryteriów należeć mogą: fizjologiczny, psychologiczny i społeczny poziom skutków, oczekiwane cele czy funkcje podjętych strategii, a także temporalna perspektywa oceny (Heszen-Niejodek, 2000; Kneebone, Martin, 2003).

Dokonując zbiorczego przeglądu badań na temat radzenia sobie ze stresem u opiekunów osób chorych na Alzheimera, Kneebone i Martin (2003) zauważyli, że większość wyników wskazuje, iż stosowanie stylu skoncentrowanego na emocjach oraz skoncentrowanego na unikaniu może prowadzić do wystąpienia trudności adaptacyjnych (np. Neundorfer, 1991). Z kolei tendencja do stosowania stylu skoncentrowanego na rozwiązaniu problemu oraz akceptacja sytuacji może

być korzystna dla opiekunów osób z otępieniem (Kneebon, Martin, 2003). W literaturze można znaleźć również wyniki badań podłużnych, które sugerują, że stosowanie strategii skoncentrowanych na emocjach może być korzystne, gdyż w przeciwieństwie do strategii skoncentrowanych na problemie pozwalają regulować emocje (Vitaliano i in., 1991). Wyniki te są jednak sprzeczne z wynikami badań przekrojowych (Kneebone, Martin, 2003).

Zależność pomiędzy oceną odczuwanego stresu oraz radzeniem sobie z nim a poziomem satysfakcji z życia widać w każdym wieku, szczególnie zaś zaznacza się u osób starszych (powyżej 66. roku życia). To, czy jednostka osiągnie pozytywny wynik w konfrontacji z sytuacją stresową i utrzyma dobrostan biopsychospołeczny, w dużej mierze zależy od tego, jaki styl radzenia sobie ze stresem wybierze (Hamarat i in., 2001).

Celem niniejszej pracy było zbadanie związku pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem a poziomem satysfakcji z życia wśród opiekunów osób z chorobą Alzheimerera. Realizacja tego celu pozwoli na uzupełnienie luki dotyczącej zależności między stylami radzenia sobie ze stresem, a satysfakcją z życia w grupie opiekunów osób chorych na AD. Ze względu na wielorakie uwarunkowania satysfakcji z życia, która na przykład u opiekunów dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym jest bardzo niska (Basińska, Wędzińska, w druku), trudno zakładać kierunkowe zależności.

Metoda badawcza

W badaniu zastosowano dwie metody, a do zebrania danych demograficznych zastosowano ankietę osobową.

1. Kwestionariusz do Badania Stylów Radzenia Sobie ze Stresem (*The Coping Inventory for Stressful Situations* – CISS) Endlera i Parkera. Autorzy testu rozumieją styl radzenia sobie ze stresem jako typowy dla danej jednostki sposób zachowania się w różnych sytuacjach stresowych (Endler, Parker, 1990a) i wyodrębniają trzy style radzenia sobie ze stresem, którym odpowiadają skale kwestionariusza:

- styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ),
- styl skoncentrowany na emocjach (SSE),
- styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) – w skład tej skali wchodzi dwie podskale: angażowanie się w czynności zastępcze (CZZ) oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT).

Kwestionariusz CISS składa się z 48 twierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie człowiek podejmuje w sytuacjach stresowych. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do każdego z nich poprzez zakreślenie cyfry najtrafniej określającej częstotliwość podejmowanej aktywności (od 1 – nigdy – do 5 – bardzo często).

Kwestionariusz okazał się narzędziem trafnym (Zawadzki i in., 1998) i rzetelnym. Alfa Cronbacha dla polskiej wersji wynosi: dla skal SSZ i SSE od 0,82 do 0,88, zaś dla skali SSU – od 0,74 do 0,78 (Strelau i in., 2005).

2. Skala Satysfakcji z Życia (*The Satisfaction with Life Scale – SWLS*) przeznaczona jest do badania osób dorosłych. Składa się z pięciu twierdzeń. Przy każdym z nich osoba badana określa, na ile dane twierdzenie odnosi się do jej dotychczasowego życia, wykorzystując w tym celu siedmiostopniową skalę, gdzie 1 oznacza zupełny brak zgody, a 7 całkowitą zgodę. Oceny poszczególnych twierdzeń są następnie sumowane, zaś uzyskany wynik wskazuje stopień satysfakcji życiowej (Diener i in., 1985).

Współczynnik rzetelności *alfa* Cronbacha skali jest zadowalający i wynosi 0,81. Potwierdzona została także trafność narzędzia (Juczyński, 2001).

Badane osoby

Przebadano 31 opiekunów osób z chorobą Alzheimera: w tym 24 (77%) kobiety i 7 (23%) mężczyzn. Wszyscy opiekunowie byli spokrewnieni ze swoimi chorymi. Średni wiek badanych wynosił 61,06 lat (SD = 9,58). Najmłodszy opiekun miał 44 lata, a najstarszy 79 lat. Wszyscy badani byli członkami Stowarzyszenia Opieki nad Chorymi z Otępieniem Typu Alzheimerowskiego i uczestniczyli w organizowanych spotkaniach edukacyjno-wspierających dwa razy w miesiącu. Badanie odbyło się podczas takiego spotkania, było dobrowolne i anonimowe.

Wyniki

Wszystkie analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego STATISTICA 6,0 na wynikach surowych. Jednak w interpretacji uwzględniono też wyniki przeliczone, które pozwalają na odniesienie wyników badanych osób do polskiej grupy normalizacyjnej.

Badane osoby charakteryzują się przeciętnym nasileniem satysfakcji z życia (6 sten). Zróżnicowanie wyników jest bardzo duże, niektóre osoby oceniły ją bardzo nisko (1 sten), a inne bardzo wysoko (10 sten). W zakresie częstotliwości¹ stosowanych stylów radzenia sobie ze stresem można obserwować u nich przeciętnie nasilone stosowanie wszystkich stylów. Najczęściej jednak stosują styl skoncentrowany na zadaniu, a najrzadziej styl skoncentrowany na emocjach. Rozrzut wyników jest również maksymalny, od 1 do 10 stenów (tabela 1).

¹ Możemy mówić o częstotliwości stosowania stylów, gdyż zadaniem osoby badanej było ustosunkowanie się do każdego z twierdzeń poprzez zakreślenie cyfry, która najtrafniej określała właśnie częstotliwość podejmowania określonej aktywności zaradczej.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla wszystkich mierzonych zmiennych w grupie badanych osób

| <i>Analizowane zmienne</i> | <i>M-ws</i> | <i>SD-ws</i> | <i>Min</i> | <i>Maks</i> | <i>M-wp</i> | <i>SD-wp</i> |
|----------------------------|-------------|--------------|------------|-------------|-------------|--------------|
| SWL | 21,58 | 7,51 | 5,00 | 35,00 | 6,03 | 2,52 |
| SSZ | 56,26 | 9,30 | 38,00 | 77,00 | 5,61 | 2,06 |
| SSE | 42,10 | 11,20 | 24,00 | 75,00 | 4,61 | 2,19 |
| SSU | 41,81 | 9,06 | 18,00 | 59,00 | 5,00 | 1,97 |
| CZZ | 18,55 | 5,52 | 9,00 | 31,00 | 5,16 | 1,90 |
| PKT | 15,35 | 3,73 | 5,00 | 23,00 | 4,68 | 1,90 |

*ws = wynik surowy; wp = wynik przeliczony w stenach; SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; CZZ – angażowanie się w czynności zastępcze; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Następnie sprawdzono, czy występuje związek między stosowanymi stylami radzenia sobie a satysfakcją z życia. Styl skoncentrowany na emocjach ujawnił negatywny związek na poziomie istotnym statystycznie z satysfakcją z życia (tabela 2). Im osoby mniej zwracały uwagę na swój stan emocjonalny i rzadziej stosowały emocjonalne sposoby radzenia sobie ze stresem, tym większą satysfakcję z życia osiągały. Pozostałe style radzenia sobie ze stresem nie ujawniały związku istotnego statystycznie z satysfakcją z życia.

Tabela 2. Wyniki analizy korelacji r-Pearsona między satysfakcją z życia a stylami radzenia sobie ze stresem w badanej grupie opiekunów

| Style radzenia sobie ze stresem | Satysfakcja z życia | |
|--|----------------------------|--------------|
| | <i>r</i> | <i>p</i> |
| Styl skoncentrowany na zadaniu | -0,02 | 0,922 |
| Styl skoncentrowany na emocjach | -0,59 | 0,001 |
| Styl skoncentrowany na unikaniu | -0,13 | 0,497 |
| Angażowanie się w czynności zastępcze | -0,22 | 0,242 |
| Poszukiwanie kontaktów towarzyskich | 0,13 | 0,488 |

W kolejnym etapie analiz podjęto próbę określenia predyktorów satysfakcji z życia spośród analizowanych głównych stylów radzenia sobie ze stresem. W wyniku zastosowania analizy regresji wielorakiej potwierdzono, że wszystkie style radzenia sobie ze stresem razem wyjaśniają około 30% zmienności SWL. Szczególnie istotną rolę pełni styl skoncentrowany na emocjach, który wyjaśnia największy procent zmienności satysfakcji z życia (tabela 3).

Tabela 3. Podsumowanie analizy regresji wielorakiej zmiennej zależnej: satysfakcja z życia

| | <i>BETA</i> | <i>Bł. std. BETA</i> | <i>B</i> | <i>Bł. std. B</i> | <i>t(25)</i> | <i>p</i> | <i>Korelacje Częstk.</i> |
|-----------------|-------------|----------------------|----------|-------------------|--------------|----------|--------------------------|
| W. wolny | | | 31,150 | 8,530 | 3,652 | 0,001 | |
| SSZ | 0,081 | 0,155 | 0,065 | 0,125 | 0,522 | 0,606 | 0,100 |
| SSE | -0,674 | 0,172 | -0,452 | 0,115 | -3,917 | 0,001 | -0,602 |
| SSU | 0,167 | 0,170 | 0,139 | 0,141 | 0,982 | 0,335 | 0,186 |

$R = 0,61$; $R^2 = 0,37$; *Skoryg.* $R^2 = 0,30$; $F(3,27) = 5,344$ $p < 0,005$;

Błąd std. estymacji: 6,273

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; CZZ – angażowanie się w czynności zastępcze; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Omówienie wyników

Wykonane badanie i przeprowadzone analizy pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Badanych opiekunów osób z chorobą Alzheimera cechuje przeciętnie niską satysfakcją z życia i przeciętna częstotliwość w stosowaniu analizowanych stylów radzenia sobie ze stresem: skoncentrowanym na zadaniu, skoncentrowanym na emocjach i skoncentrowanym na unikaniu wraz z podstylami angażowanie się w czynności zastępcze i poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Satysfakcja z życia jako poznawczy komponent subiektywnego dobrostanu człowieka wskazującego na sposób osądzania przez jednostkę jakości swojego życia na podstawie własnego indywidualnego zestawu kryteriów nie różnicuje opiekunów osób z AD od grupy normalizacyjnej. Ciężkie doświadczenia życiowe, jak własna choroba lub choroba bliskiego członka rodziny, które zwykle wymuszają zmianę stylu życia, na pewno modyfikują ocenę satysfakcji z życia, jednak wydaje się, że charakterystyczny dla osoby wzorzec percepcji i interpretacji doświadczanych zdarzeń ma bardziej znaczący wpływ na sposób oceny życia. Jak pokazują inne badania, opiekunowie dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym mają bardzo niską satysfakcję z życia – wynik przeliczony 2 sten dla matek i 1 sten dla ojców (Basińska, Wędzińska, w druku).

Także pod względem radzenia sobie ze stresem opiekunowie osób z chorobą Alzheimera zachowują się podobnie do innych ludzi (porównanie z grupą normalizacyjną). Są też podobni do opiekunów chorych na Parkinsona w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem (Hooker i in., 2000). Natomiast analiza związków pomiędzy stosowanymi stylami radzenia sobie ze stresem a satysfakcją z życia w badanej grupie ujawniła swoiste zależności.

2. Styl skoncentrowany na emocjach ujawnił istotny negatywny związek z satysfakcją z życia. Pozostałe style nie ujawniły istotnego statystycznie związku z nią.

Badania pokazują, że SWL w znacznym stopniu uwarunkowana jest właściwościami osobowościowymi, głównie cechami osobowości (Diener i in., 2003) – style radzenia sobie ze stresem mają również status cechy osobowościowej. Otrzymany wynik wskazuje, że opiekunowie osób z AD, którzy nie stosują stylu skoncentrowanego na emocjach, mają wyższą satysfakcję z życia. Generalnie jest to wynik podobny do otrzymanych wcześniej. Na przykład skupianie się na emocjach podczas rozwiązywania trudności powodowało u współmałżonków osób z AD gorszy stan zdrowia oraz wzrost depresji i lęku (Neundorfer, 1991), a u ich krewnych przyczyniało się do wystąpienia zespołu wypalenia (Almberg i in., 1997).

Pozostałe style radzenia sobie ze stresem nie ujawniły związku z satysfakcją z życia i to jest wynik nietypowy dla tej grupy badanych. Wcześniej wykonane badania pokazały, że skupianie się na problemie podczas radzenia sobie u opiekunów osób z chorobą Alzheimera wiąże się z większą SWL i mniejszą depresją (Haley i in., 1996) oraz z brakiem zespołu wypalenia (Almberg i in., 1997).

3. Style radzenia sobie ze stresem są predyktorami satysfakcji z życia, razem wyjaśniają około 30% zmienności SWL. Szczególnie istotną rolę pełni styl skoncentrowany na emocjach.

Rzadkie stosowanie stylu skoncentrowanego na emocjach wyjaśnia znaczny procent zmienności satysfakcji z życia w badanej grupie opiekunów. Jest to wynik typowy, gdyż większość badań sugeruje negatywne znaczenie stylu skoncentrowanego na emocjach dla funkcjonowania jednostki (np. Haley i in., 1996; Almberg i in., 1997).

Indywidualne radzenie sobie i wkładany w nie wysiłek kształtuje skutki choroby (Revenson, Felton, 1989), nie ma jednak jednoznacznych wyników co do wpływu stylów radzenia sobie na stan zdrowia. Tradycyjnie teoretycy podkreślali pozytywne efekty radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na problemie, negatywnie zaś oceniając koncentrowanie się na emocjach. Folkman i Lazarus (1980) wręcz określali strategie odnoszące się do emocji mianem „półśrodków”. Dostarczane są ciągle dowody świadczące konsekwentnie, że stosowanie tego rodzaju strategii wiąże się ze złym stanem zdrowia psychicznego, tj. z depresją, niską samooceną i psychologicznym dystresem (Lazarus, Folkman, 1986; Aldwin, Revenson, 1987; Vitaliano i in., 1991). Stosowanie stylu skoncentrowanego na emocjach może prowadzić do wystąpienia trudności adaptacyjnych (np. Neundorfer, 1991). Mimo wszystko, ze względu na swą funkcję regulacyjną w stosunku do emocji, może wskazywać także na pozytywne tendencje w radzeniu sobie ze stresem przez badanych opiekunów. Wynik ten jednak wymaga sprawdzenia w dalszych badaniach.

Można spróbować zastanowić się, co to znaczy, że koncentracja na własnych emocjach obniża satysfakcję z życia. Wydaje się, że w początkowym okresie radzenia sobie poprzez skupianie się na emocjach pojawia się ulga, ale w dłuższej perspektywie czasu (opieka trwa lata) koncentrowanie się na swoich negatywnych przeżyciach najprawdopodobniej sprzyja nasileniu doświadczanych nega-

tywnych emocji. Ich ekspresja negatywnych emocji wtórnie sprzyja pogorszeniu relacji z chorym, który zwykle bardzo wrażliwym na doświadczane i wyrażane przez opiekuna emocje. W efekcie takie radzenie sobie w opiece nad chorym jest nieskuteczne.

Niezwracanie uwagi na swoje emocje i przeżycia pozwala ponadto na przyjęcie postawy nieskupiania się na trudzie wynikającym z relacji z osobą bliską, która każdego dnia gorzej funkcjonuje. Pozwala również na takie ułożenie sobie kontaktu z chorym, by móc utrzymać jak najdłużej normalność w tych relacjach i to niezależnie od płci opiekuna. Badania pokazują, że w starszym wieku płeć nie była istotnym faktorem ani dla dobrego psychologicznego samopoczucia, ani nie różnicowała stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem (Borden, Berlin, 1990; Hooker, 2000).

Ponieważ wraz z wiekiem generalnie zmniejsza się odporność na trudne zdarzenia, po których u ludzi starszych wzrasta wyraźnie odczuwalność dysstresu, to można było oczekiwać w badanej grupie opiekunów występowania negatywnego związku satysfakcji z życia z ich wiekiem (Carr i in., 1995). Jednak wiek nie okazał się wyznacznikiem SWL w badanej grupie. Wydaje się, że jest to argument potwierdzający fakt, iż satysfakcja z życia to poznawczy komponent subiektywnego dobrostanu człowieka, i osiągnana jest na podstawie własnego unikalnego zestawu kryteriów, które mogą być niezależne od aktualnego stanu.

Otrzymane wyniki należy traktować bardzo ostrożnie, gdyż były wykonane na stosunkowo małej grupie i to takiej, która jest zrzeszona w odpowiednim dla siebie stowarzyszeniu. Dwa razy w miesiącu opiekunowie podejmują wysiłek, by wraz ze swoim chorym przybyć na takie spotkanie, podczas którego otrzymują trochę nowych informacji o chorobie i radzeniu sobie z nią, ale przede wszystkim otrzymują dużo wsparcia i przekaz, że nie są sami z tym problemem. Nawet wtedy, gdy rodzina ich nie wspiera, mogą liczyć na stowarzyszenie i osoby w nim działające.

Otrzymane wyniki pozwalają na doprecyzowanie działań psychoedukacyjnych skierowanych do tej grupy opiekunów. Należałoby położyć akcent na uczenie ich technik redukcji napięcia, by jak najrzadziej uruchamiali styl skoncentrowany na emocjach, oraz sposobów odrywania się od swojej codzienności związanej z mozolną opieką nad bliskim z AD. Przydatna może być także nauka skutecznych sposobów komunikacji oraz umiejętności wyrażania potrzeb i prośb o pomoc, w celu zapewnienia sobie możliwości otrzymywania jak największego wsparcia.

Bibliografia

Aldwin C.H., Revenson T.A. (1987) *Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health*, „Journal of Personality and Social Psychology”, 53(2), s. 337–348.

- Almberg B., Grafström M., Winblad B. (1997) *Major strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives*, „Journal of Advanced Nursing”, 26, s. 683–691.
- Anthony-Bergstone C., Zarit S., Gatz M. (1988) *Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients*, „Psychology and Aging”, 3, s. 245–248.
- Barnes L.L. i in. (2003) *Gender, cognitive decline, and risk of AD in older persons*, „Neurology”, 60, s. 1777–1781.
- Basińska M.A. (2009) *Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe*, Bydgoszcz, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Basińska M.A., Wędzińska M. *Zmęczenie życiem codziennym a satysfakcja z życia rodziców dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, (w druku).
- Borden W., Berlin S. (1990) *Gender, coping, and psychological well-being in spouses of older adults with chronic dementia*, „American Journal of Orthopsychiatry”, 60(4), s. 603–610.
- Brookmeyer R., Gray S., Kawas C. (1998) *Projections of Alzheimer's disease in the United States and the public health impact of delaying disease onset*, „American Journal of Public Health”, 88, s. 1337–1342.
- Brzyska M., Elbaum D. (2005) *Choroba Alzheimerera*, [w:] T. Górską, A. Grabowska, J. Zagrodzka (red.), *Mózg a zachowanie*, Warszawa, PWN.
- Carr V.J. i in. (1995) *Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: I. Community disaster experiences and psychological morbidity 6 months post-disaster*, „Psychological Medicine”, 25, s. 539–555.
- Chang E.C., Sanna L.J. (2001) *Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: a test of a cognitive-affective model of psychological adjustment*, „Psychology and Aging”, 16, s. 524–531.
- Chico L.E. (2006) *Personality dimensions and subjective well-being*, „Spanish Journal of Psychology”, 9, s. 38–44.
- Damjanovic A.K. i in. (2007) *Accelerated telomere erosion is associated with declining immune function in caregivers of Alzheimer's disease patients*, „Journal of Immunology”, 179, s. 4249–4254.
- Diener E., Oishi S., Lucas R.E. (2003) *Personality, culture, and subjective wellbeing: emotional and cognitive evaluations of life*, „Annual Review of Psychology”, 54, s. 403–425.
- Diener E. i in. (1985) *The Satisfaction with Life Scale*, „Journal of Personality Assessment”, 49, s. 71–75.
- Dolińska-Zygmunt G. (1996) *Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych*, [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia*, Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dubey A., Agarwal A. (2007) *Coping Strategies and Life Satisfaction: Chronically Ill Patients' Perspectives*, „Journal of the Indian Academy of Applied Psychology”, 33, s. 161–168.

- Elliott T.R., Shewchuk R.M., Richards J.S. (2001) *Family Caregiver Social Problem-Solving Abilities and Adjustment During the Initial Year of the Caregiving Role*, „Journal of Counseling Psychology”, 48, s. 223–232.
- Endler N.S., Parker J.D.A. (1990a) *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*, Toronto, Multi-Health Systems.
- Endler N.S., Parker J.D.A. (1990b) *Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation*, „Journal of Personality and Social Psychology”, 58, s. 844–854.
- Folkman S., Lazarus R.S. (1980) *An analysis of coping in a middle-aged community sample*, „Journal of Health and Social Behavior”, 21, s. 219–239.
- Gouin J.P., Hantsoo L.V., Kiecolt-Glaser J.K. (2008) *Immune dysregulation and chronic stress among older adults: A review*, „Neuroimmunomodulation”, 15, s. 251–259.
- Haley W.E. i in. (1996) *Appraisal, coping, and social support as mediators of well-being in black and white family caregivers of patients with Alzheimer's disease*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 64, s. 121–129.
- Hamarat E. i in. (2001) *Perceived Stress and Coping Resource Availability as Predictors of Life Satisfaction in Young, Middle-Aged, and Older Adults*, „Experimental Aging Research”, 27, s. 181–196.
- Hebert L.E. i in. (2001a) *Annual incidence of Alzheimer disease in the United States projected to the years 2000 through 2050*, „Alzheimer Disease and Associated Disorders”, 15, s. 169–173.
- Hebert L.E. i in. (2001b) *Is the risk of developing Alzheimer's disease greater for women than for men?*, „American Journal of Epidemiology”, 153, s. 132–136.
- Heszen-Niejodek I. (2000) *Teorie stresu psychologicznego i radzenia sobie*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia*, Gdańsk, GWP.
- Heszen-Niejodek I. (1997) *Styl radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje*, „Czasopismo Psychologiczne”, 3, s. 7–22.
- Hooker K. i in. (2000) *Does Type of Disease Matter? Gender Differences among Alzheimer's and Parkinson's Disease Spouse Caregivers*, „The Gerontologist”, 40(5), s. 568–573.
- Juczyński Z. (2001) *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kaczmarek M. i in. (2010) *Ocena jakości życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera*, „Gerontologia Polska”, 18, s. 86–94.
- Kiecolt-Glaser J.K. i in. (1996) *Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults*, „Proceedings of the National Academy of Sciences”, 93, s. 3043–3047.
- Kiecolt-Glaser J.K. (1995) *Immunologic changes in Alzheimer caregivers*, [w:] N.R. Hall, F. Altman, S.J. Blumenthal (red.), *Mind-body interactions and disease*, Washington, Health Dateline Press.
- Kiecolt-Glaser J.K. i in. (1991) *Spousal caregivers of dementia victims: Longitudinal changes in immunity and health*, „Psychosomatic Medicine”, 53, s. 345–362.

- Kneebone I.I., Martin P.R. (2003) *Coping and caregivers of people with dementia*, „British Journal of Health Psychology”, 8, s. 1–17.
- Klonowicz T. (2001) *Discontented people: reactivity and locus of control as determinants of subjective well-being*, „European Journal of Personality”, 15, s. 29–47.
- Kukull W.A. i in. (2002) *Dementia and Alzheimer's disease incidence: A prospective cohort study*, „Archives of Neurology”, 59, s. 1737–1746.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1986) *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer-Verlag.
- Mahlberg R., Niemann-Mirmehdi M. (2006). *Alzheimer. Co zrobić, gdy pojawi się choroba*, Warszawa, Wydawnictwo ABA.
- Neundorfer M.M. (1991) *Coping and health outcomes in spouse caregivers of persons with dementia*, „Nursing Research”, 40, s. 260–265.
- Pavot W., Diener E. (1993) *Review of the satisfaction with life scale*, „Psychological Assessment”, 5, s. 164–172.
- Pilcher J.J. (1998) *Affective and daily event predictors of life satisfaction in college Students*, „Social Indicators Research”, 43, s. 291–306.
- Plassman B.L. i in. (2007) *Prevalence of Dementia in the United States: The Aging, Demographics, and Memory Study*, „Neuroepidemiology”, 29, s. 125–132.
- Ramanaiah N.V., Detwiler F.R., Byravan A. (1997) *Life satisfaction and the five-factor model of personality*, „Psychological Reprints”, 80, s. 1208–1210.
- Revenson T.A., Felton B.J. (1989) *Disability and coping as predictors of psychological adjustment of rheumatoid arthritis*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 3, s. 344–348.
- Schimmack U. i in. (2004) *Personality and life satisfaction: a facet-level analysis*, „Personality and Social Psychology Bulletin”, 30, s. 1062–1075.
- Schimmack U. i in. (2002) *Culture, personality, and subjective well-being: integration process models of life satisfaction*, „Journal of Personality and Social Psychology”, 82, s. 582–593.
- Schulz R., Martire L.M. (2004) *Family caregiving of persons with dementia: Prevalence, health effects, and support strategies*, „American Journal of Geriatric Psychiatry”, 12, s. 240–249.
- Schulz R. i in. (1995) *Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving. Prevalence, correlates, and causes*, „Gerontologist”, 35, s. 771–791.
- Schwarz G. (2002) *Choroba Alzheimera. Poradnik dla chorych i opiekunów*, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. (2005) *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS*, Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Tomaszewski T. (1978) *Człowiek i otoczenie*, [w:] T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*. Warszawa, PWN.
- Walsh K. (2000) *Neuropsychologia kliniczna*, Warszawa, PWN.

Vitaliano P.P. i in. (1991) *Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease*, „Psychology and Aging”, 6, s. 392–402.

Zawadzki B. i in. (1998) *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Adaptacja Polska*, Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Styles of coping with stress and a satisfaction with life of the caregivers of people with alzheimer's disease

Abstract

Objectives. The aim of this work was to examine the relationship between the styles of coping with stress and the satisfaction with life level among the caregivers of the relatives with Alzheimer's disease. **Methods.** The research sample consisted of 31 caregivers of people with Alzheimer's disease. Endler and Parker's *The Coping Inventory for Stressful Situations* – CISS and Diner's *The Satisfaction with Life Scale* – SWLS were used.

Results. The statistical analysis shows that coping strategy with stress are predictors of satisfaction with life. The most important role plays emotion-focused style. Infrequent use of emotion-focused coping style determine significant percent in the criterion variable in the research group. **Conclusions:** In the testing group of caregivers of patients with Alzheimer's disease styles of coping with stress are predictors of satisfaction with life.

Key words: styles of coping with stress, satisfaction with life, caregivers of patients with Alzheimer's disease

