

WPLYW CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH NA POZIOM NASILENIA ODCZUWANEGO STRESU I SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM PACJENTÓW PODDANYCH ZABIEGOM KORONAROGRAFII

THE INFLUENCE OF SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS ON THE LEVEL OF STRESS AND STRESS-COPING STRATEGIES OF PATIENTS SUBJECTED TO CORONAROGRAPHY

Małgorzata Starczewska^{1,A,D,E,F}, Kamila Kapuścińska^{2,B,E}, Anita Rybicka^{1,A,C,D}, Marzanna Stanisławska^{1,B,F,G},
Elżbieta Grochans^{1,D,G}

¹Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Polska

²Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Polska

¹Department of Nursing, Pomeranian Medical University, Szczecin, Poland

²Student Scientific Circle at the Department of Nursing, Pomeranian Medical University, Szczecin, Poland

Authors' contribution | Wkład autorów:

A. Study design/planning | zaplanowanie badań • B. Data collection/entry | zebranie danych
• C. Data analysis/statistics | dane – analiza i statystyki • D. Data interpretation | interpretacja danych • E. Preparation of manuscript | przygotowanie artykułu • F. Literature analysis/search | wyszukiwanie i analiza literatury • G. Funds collection | zebranie funduszy

Adres do korespondencji:

Małgorzata Starczewska
Zakład Pielęgniarstwa
Pomorski Uniwersytet Medyczny
ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin
tel. +48 91 480 09 10
e-mail: mlary@pum.edu.pl

PRZESŁANE: 9.05.2018

AKCEPTACJA: 3.07.2018

DOI: <https://doi.org/10.5114/ppiel.2018.78873>

STRESZCZENIE

Wstęp: Stres związany z chorobą jest jednym z czynników powodujących zaburzenie równowagi organizmu. Nasilenie stresu u pacjentów poddanych zabiegowi koronarografii może być spowodowane obawą przed badaniem z powodu inwazyjności, która w konsekwencji wiąże się z odczuwaniem bólu i z możliwością wystąpienia powikłań.

Cel pracy: Ocena nasilenia odczuwanego stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem pacjentów poddanych zabiegowi koronarografii z uwzględnieniem zmiennych, takich jak wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania i wykształcenie.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono w Centrum Kardiologii Allenort w Szczecinku. Grupę respondentów stanowiło 124 pacjentów Centrum. W badaniach została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety [ankieta autorska, Skala odczuwanego stresu (PSS-10), Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych (CISS)].

Wyniki: Po przeprowadzeniu badania Skalą odczuwanego stresu stwierdzono, że spośród 124 badanych 50,81% odczuwało wysoki poziom stresu, 35,48% ankietowanych średni, a u 13,71% stwierdzono niski poziom odczuwanego stresu. Analiza poziomów stosowania stylów radzenia sobie ze stresem (SSZ, SSE, SSU, ACZ, PKT) wykazała, że większość respondentów przy stylu skoncentrowanym na zadaniu (SSZ) odczuwała niski poziom stresu (75,00%). W przypadku stylu skoncentrowanego na emocjach (SSE) większość badanych (62,10%) osiągnęła średni poziom nasilenia stresu. Przy stylu skoncentrowanym na unikaniu (SSU) ponad połowa badanych (54,03%) odczuwała średni poziom nasilenia stresu.

Wnioski: U ponad połowy respondentów zabieg koronarografii był powodem wysokiego poziomu odczuwanego stresu. Wśród czynników socjodemograficznych tylko wiek miał wpływ na poziom odczuwanego stresu i zastosowanie stylu radzenia sobie ze stresem.

Słowa kluczowe: stres, koronarografia, styl radzenia sobie ze stresem, pacjent.

ABSTRACT

Introduction: Disease-related stress is a factor disturbing the balance of the organism. Stress experienced by patients subjected to coronarography may be caused by the invasive character of this examination, and a resulting fear of pain and potential complications.

Aim of the study: Analysis of the level of stress and stress-coping strategies among patients subjected to coronarography with regard to such variables as age, sex, marital status, place of residence, and education.

Material and methods: This survey-based study was carried out in the Allenort Cardiology Center in Szczecinek, and involved 124 patients of the Center. Research instruments employed in the study were: the Perceived Stress Scale-10 (PSS-10), the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), and a self-developed questionnaire.

Results: a high level of stress was observed in 50.81% of the respondents, a medium level of stress in 35.48%, and a low level of stress in 13.71%. Analysis of stress-coping strategies (task-oriented coping, emotion-oriented coping, and avoidance-oriented coping) revealed that the majority (75%) of the respondents using a task-oriented approach had a low level of stress, 62.10% of those adopting an emotion-oriented coping style had a medium level of stress, and 54.03% of those choosing avoidance-oriented coping had a medium level of stress.

Conclusions: In over half of the respondents, coronarography caused great stress. Age was the only sociodemographic factor contributing to the level of stress and the choice of a stress-coping style.

Key words: stress, coronarography, stress-coping style, patient.

WSTĘP

Stres związany z chorobą jest jednym z czynników powodujących zaburzenie równowagi organizmu. Konieczność hospitalizacji i poddanie się badaniu diagnostycznemu, jakim jest koronarografia, wywołuje u pacjentów wiele nieprzyjemnych doznań, powodując zaniepokojenie, uczucie lęku i nasilenie stresu. Koronarografia jako badanie inwazyjne wiąże się z możliwością odczuwania przez pacjenta dolegliwości bólowych oraz prawdopodobieństwem wystąpienia powikłań. Przewlekły proces chorobowy związany z dysfunkcją mięśnia sercowego niewątpliwie wpływa na jakość życia chorego, prowadząc do ogólnego niezadowolenia, poczucia niższej wartości i często do ograniczeń w odgrywaniu ról społecznych, niesie ze sobą poczucie zagrożenia, zaburzając dotychczasowe życie człowieka, ograniczając możliwości zaspokojenia jego potrzeb [1, 2]. Należy pamiętać, że każdy człowiek wypracowuje sobie w trakcie swojego życia pewne schematy postępowania, służące mu w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych i stresujących. Schematy te to reakcje skoncentrowane na rozwiązaniu powstałego problemu, nadreaktywności afektywnej oraz unikaniu dolegliwej sytuacji poprzez podejmowanie czynności zastępczych lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich [3].

CEL PRACY

Ocena nasilenia odczuwanego stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem pacjentów poddanych zabiegowi koronarografii z uwzględnieniem zmiennych, takich jak wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania i wykształcenie.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono w Centrum Kardiologii Allonort w Szczecinku. Grupę respondentów stanowiło 124 pacjentów Centrum. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety. Składał się on z trzech części, pierwszą była ankieta autorska, drugą Skala odczuwalnego stresu (PSS-10), trzecią zaś Kwestiona-

riusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych (CISS). Po uzyskaniu słownej zgody pacjenta, poproszono go o odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu. Ankiety były rozdawane tuż przed zabiegiem koronarografii przez pielęgniarki pracujące na oddziale.

Skala odczuwanego stresu (PSS-10) składa się z 10 pytań dotyczących różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami, zdarzeniami osobistymi, zachowaniami i sposobami radzenia sobie. Pytania odnoszą się do oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową w ciągu ostatniego miesiąca, ale dotyczą również skuteczności radzenia sobie. Ogólny wynik skali jest sumą wszystkich punktów, której rozkład teoretyczny wynosi 0–40, im wyższy wynik, tym większe nasilenie odczuwanego stresu. Dla PSS-10 istnieją normy stenowe. Pozwalają one zinterpretować wyniki punktowe. Najczęściej przyjmuje się, że steny 5 i 6 oznaczają wartości przeciętne, steny 7–10 wartości wysokie, a steny 1–4 wartości niskie [4].

Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych (CISS) obejmuje 48 tez dotyczących reakcji ludzi na trudne, stresujące sytuacje. Wyniki zostały określone w trzech skalach, tj. styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ), styl skoncentrowany na emocjach (SSE) i styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) mogący przyjmować dwie formy, dla których wyodrębniono dwie podskale, tj. angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) i poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT). Dla podskal kwestionariusza CISS istnieją normy stenowe (różne dla różnych grup wiekowych). Pozwalają one zinterpretować wyniki punktowe. Najczęściej przyjmuje się, że steny 5 i 6 oznaczają wartości przeciętne, steny 7–10 wartości wysokie, a steny 1–4 wartości niskie [5].

W analizie statystycznej dokonano zestawienia danych w zakresie zmiennych ilościowych i jakościowych. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu U Manna-Whitneya, natomiast w trzech i więcej grupach za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Korelację pomiędzy dwiema zmiennymi ilościowymi wyliczono poprzez analizę, wykorzystując współczynnik Pearsona, gdy obie zmienne miały rozkład normalny, lub

Spearmana, gdy co najmniej jedna z nich rozkładu normalnego nie miała. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05.

Badanie zostało przeprowadzone w zgodzie z Deklaracją helsińską.

WYNIKI

W przeprowadzonych badaniach udział wzięło 124 respondentów, z czego większość stanowili mężczyźni – 59,87%. Średni wiek badanych wynosił 61,52 ±11,17 roku i wahał się w przedziale 27–84 lat. Mediana wynosiła 62,5 roku. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 54 i 69 lat, a więc w grupie badanej większość osób miała pomiędzy 54 a 69 lat. Wśród respondentów przewagę stanowiły osoby żyjące w związku małżeńskim – 62,10%, 23,39% – osoby samotne po śmierci jednego z małżonków, 9,68% – osoby rozwiedzione, natomiast 4,84% stanowili kawalerowie lub panny. Spośród badanej grupy 39,52% stanowiły osoby z wykształceniem średnim, 33,87% były to osoby z wykształceniem zawodowym, 16,94% posiadało wykształcenie wyższe, natomiast 9,68% podstawowe. Prawie połowa badanych – 47,58% – była na emeryturze, 37,90% stanowiły osoby aktywne zawodowo, 12,10% to bezrobotni, natomiast 2,42% to osoby przebywające na rencie. Większość badanych mieszkała w mieście – 70,16%, a 29,84% stanowili mieszkańcy wsi.

Wśród badanej grupy 70,16% respondentów wykazywało obawy o swoją przyszłość w związku ze swoją chorobą. Najczęstszą reakcją badanych na informację o chorobie i konieczności poddania się zabiegowi koronarografii był niepokój (46,77%). Inne re-

akcje to lęk (20,16%), spokój (20,16%), gniew (7,26%), zaprzeczenie (4,84%) i obojętność (4,03%).

Po przeprowadzeniu badania Skalą odczuwanego stresu stwierdzono, że spośród 124 badanych 50,81% odczuwało wysoki poziom stresu, 35,48% ankietowanych średni, a u 13,71% był on niski.

Analiza poziomów stosowania stylów radzenia sobie ze stresem (SSZ, SSE, SSU, ACZ, PKT) wykazała, że większość respondentów przy stylu skoncentrowanym na zadaniu (SSZ) odczuwała niski poziom stresu – 75,00%, poziom średni – 22,58%, a wysoki – 2,42% ankietowanych. W przypadku stylu skoncentrowanego na emocjach (SSE) 62,10% badanych osiągnęło poziom średni, poziom niski 21,77%, a poziom wysoki 16,13%. Przy stylu skoncentrowanym na unikaniu (SSU) poziom średni odczuwało 54,03%, poziom wysoki 33,06%, a poziom niski 12,90%. Ponadto przy stylu związanym z angażowaniem się w czynnościach zastępczych (ACZ) 53,23% respondentów doświadczyło wysokiego poziomu stresu, 36,29% poziomu średniego, a 10,48% niskiego. W stylu poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT) 46,77% badanych odczuwało niski poziom stresu, 41,94% poziom średni, a 11,29% poziom wysoki.

Analiza danych wykazała istotną zależność pomiędzy wiekiem a poziomem odczuwanego stresu, współczynnik korelacji wynosił –0,19 ($p < 0,05$).

Z kolei przeprowadzona analiza danych nie wykazała statystycznie istotnej zależności nasilenia odczuwanego stresu u badanych w zakresie płci, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania i wykształcenia (tab. 1.).

Tabela 1. Czynniki demograficzne wpływające na skalę odczuwalnego stresu [steny] u pacjentów poddanych zabiegowi koronarografii
Table 1. Demographic factors contributing to the level of stress (sten) experienced by patients undergoing coronary angiography

Zmienna	N	Me	Min. – maks.	Q ₁ –Q ₃	U	p
Płeć						
kobieta	51	7	3–9	6–7	2054,5	> 0,05
mężczyzna	73	6	2–9	5–7		
Stan cywilny						
żonaty/mężatka	77	6	2–9	5–7	1612,5	> 0,05
pozostali	47	7	3–9	6–7		
Miejsce zamieszkania					W	p
wieś	37	6	3–9	6–7	5,36	> 0,05
miasto < 10 tys.	33	7	3–9	6–8		
miasto > 10 tys.	54	6	3–9	5–7		
Poziom wykształcenia						
podstawowe, zawodowe	54	7	2–9	6–7	1,41	> 0,05
średnie	49	7	3–9	6–7		
wyższe	21	6	3–9	4–7		

Me – mediana; min. – minimum; maks. – maksimum; Q₁ – dolny kwartył; Q₃ – górny kwartył; U – test U Manna-Whitneya; W – test Kruskala-Wallisa; p – poziom istotności

Tabela 2. Statystyki opisowe uzyskanej punktacji skali CISS**Table 2.** Descriptive statistics of the CISS scores

Styl	N	Me	Min. – maks.	Q ₁ –Q ₃
SSZ	124	3	1–8	2–4,25
SSE	124	6	1–8	5–6
SSU	124	6	1–10	5–7
ACZ	124	7	3–10	6–8
PKT	124	5	1–8	4–6

Tabela 3. Analiza zależności wieku i stylu radzenia sobie ze stresem**Table 3.** Analysis of the relationship between age and stress-coping styles

Styl	Korelacja z wiekiem	
	współczynnik korelacji	p
SSZ	0,063	> 0,05
SSE	–0,128	> 0,05
SSU	–0,182	< 0,05
ACZ	–0,22	< 0,05
PKT	–0,059	> 0,05

Tabela 4. Czynniki demograficzne wpływające na styl radzenia sobie ze stresem pacjentów poddanych zabiegowi koronarografii**Table 4.** Demographic determinants of stress-coping styles adopted by patients undergoing coronary angiography

Styl	Czynniki demograficzne wpływające na styl radzenia sobie ze stresem						
	Zmienna	N	Me	Min. – maks.	Q ₁ –Q ₃	U	p
Płeć							
SSZ	kobieta	51	3	1–7	2,5–5	2027,5	> 0,05
	mężczyzna	73	3	1–8	2–4		
SSE	kobieta	51	6	1–7	5–6	1920,5	> 0,05
	mężczyzna	73	6	1–8	5–6		
SSU	kobieta	51	6	2–10	5–7	1987	> 0,05
	mężczyzna	73	6	1–10	5–7		
ACZ	kobieta	51	7	3–10	6–8	1952	> 0,05
	mężczyzna	73	6	3–10	6–8		
PKT	kobieta	51	5	2–8	4–8	1900,5	> 0,05
	mężczyzna	73	5	1–8	4–8		
Stan cywilny							
SSZ	żonaty/mężatka	77	3	1–8	2–5	1768	> 0,05
	pozostali	47	3	1–7	3–4		
SSE	żonaty/mężatka	77	6	1–8	5–6	1713	> 0,05
	pozostali	47	6	1–8	5–6		
SSU	żonaty/mężatka	77	6	1–10	5–7	1628	> 0,05
	pozostali	47	6	2–10	5–7		
ACZ	żonaty/mężatka	77	6	3–10	5–8	1558,5	> 0,05
	pozostali	47	7	3–10	6–8		
PKT	żonaty/mężatka	77	5	1–8	4–6	1681	> 0,05
	pozostali	47	5	1–8	4–6		

Do porównania częstości stosowania poszczególnych stylów wykorzystano wyniki uzyskiwane przez ankietowanych wyrażone w stenach. Uczestnicy badań najczęściej stosowali styl zorientowany na angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ), a najrzadziej styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ) (tab. 2.).

Analiza danych wykazała ujemną statystycznie istotną korelację stylu skoncentrowanego na unikaniu i angażowaniu się w czynności zastępcze z wiekiem badanych ($p < 0,05$; tab. 3.).

Przeprowadzona analiza danych nie wykazała statystycznie istotnej zależności pomiędzy stosowaniem stylów radzenia sobie ze stresem a płcią, stanem cywilnym, miejscem zamieszkania i wykształcenia badanych osób (tab. 4.).

DYSKUSJA

Poddając analizie wyniki badań własnych dotyczących aspektu nasilenia odczuwanego stresu u pacjentów poddanych zabiegowi koronarografii, stwierdza się, że na 124 respondentów biorących udział w badaniu, obawy o swoją przyszłość w związku z chorobą zgłaszało 70,16% osób badanych, a naj-

Tabela 4. Cd.

Table 4. Cont.

Styl	Czynniki demograficzne wpływające na styl radzenia sobie ze stresem						
	Zmienna	N	Me	Min. – maks.	Q ₁ –Q ₃	W	p
Miejsce zamieszkania							
SSZ	wieś	37	4	1–8	2–4	1,212	> 0,05
	miasto < 10 tys.	33	3	1–7	2–4		
	miasto > 10 tys.	54	3	1–7	3–4,75		
SSE	wieś	37	6	1–8	4–6	1,592	> 0,05
	miasto < 10 tys.	33	6	2–8	5–6		
	miasto > 10 tys.	54	6	1–8	5–6		
SSU	wieś	37	6	1–8	5–7	0,275	> 0,05
	miasto < 10 tys.	33	6	2–10	5–7		
	miasto > 10 tys.	54	6	2–10	5–7		
ACZ	wieś	37	7	3–10	5–7	0,615	> 0,05
	miasto < 10 tys.	33	7	4–10	6–8		
	miasto > 10 tys.	54	7	3–10	6–8		
PKT	wieś	37	5	1–8	4–6	0,344	> 0,05
	miasto < 10 tys.	33	4	2–8	4–6		
	miasto > 10 tys.	54	5	2–8	4–6		
Wykształcenie							
SSZ	podstawowe, zawodowe	54	3	1–8	2–4	0,816	> 0,05
	średnie	49	3	1–7	2–4		
	wyższe	21	3		3–5		
SSE	podstawowe, zawodowe	54	6	1–8	5–6	0,592	> 0,05
	średnie	49	6	1–8	5–6		
	wyższe	21	6	1–7	5–6		
SSU	podstawowe, zawodowe	54	6	1–10	5–7	2,059	> 0,05
	średnie	49	6	3–9	5–7		
	wyższe	21	6	2–8	5–6		
ACZ	podstawowe, zawodowe	54	7	3–10	6–8	0,735	> 0,05
	średnie	49	7	4–10	6–8		
	wyższe	21	6	3–10	5–7		
PKT	podstawowe, zawodowe	54	5	1–8	4–6	0,203	> 0,05
	średnie	49	5	1–8	4–6		
	wyższe	21	5	1–7	4–6		

Me – mediana; min. – minimum; maks. – maksimum; Q₁ – dolny kwartył; Q₃ – górny kwartył; U – test U Manna-Whitneya; W – test Kruskala-Wallis; p – poziom istotności; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

częstszym objawem związanym z koniecznością poddania się zabiegowi koronarografii był niepokój (46,77%) i lęk (20,16%). Glińska i wsp. [6] twierdzą, że choroba wieńcowa, szczególnie w fazie zaostrzeń, postrzegana jest jako stan zagrażający życiu budzący niepokój oraz lęk przed śmiercią.

Poziom odczuwanego stresu zależy od wielu czynników, m.in. cech osobowości, wieku i umiejętności reagowania w trudnych sytuacjach [7]. Tezę tę potwierdzają wyniki badań własnych, w których współczynnik korelacji pomiędzy jednym z wyżej wy-

mienionych czynników, jakim jest wiek, a poziomem nasilenia stresu jest istotny statystycznie ($p < 0,05$).

Biesiak i wsp. [1], oceniając poziom stresu u pacjentów poddawanych badaniom diagnostycznym, zauważyli, że wykonywanie koniecznych ze względu na poprawę stanu zdrowia badań medycznych wywołuje u pacjentów wiele przykrych objawów, w tym: lęk (83,5%), niepokój (88%) i przyspieszoną akcję serca (79,6%). U ponad połowy badanych pojawiały się zaburzenia snu (68,2%), ból brzucha (58,1%) i trudności w skupieniu uwagi (48,6%). Ponadto zda-

niem wielu badaczy poziomu stresu u pacjentów przygotowywanych do zabiegu koronarografii jest zależny od czynników socjodemograficznych, czego nie wykazała analiza statystyczna badań własnych. Według Bączyk i wsp. [8] w grupie badanych poziom nasilenia stresu wzrastał z wiekiem, a największą liczbę punktów uzyskały osoby będące po 65. roku życia. Ponadto w badaniach Bryniarskiego i wsp. [9] wykazano, że najliczniejszą grupę badanych stanowili pacjenci odczuwający średni poziom stresu, a rozpatrując zależność stresu od płci, należy stwierdzić, iż kobiety przed zabiegami odczuwały wyższe nasilenie stresu niż mężczyźni. Badania Romanik i wsp. [10] oraz Biesiak i wsp. [1] potwierdzają to założenie, czego nie można stwierdzić, analizując wyniki badań własnych, gdzie płeć była zmienną, która nie miała wpływu na poziom stresu.

Na podstawie badań własnych wykazano, że kwalifikacja do zabiegu koronarografii wywołała wysoki poziom stresu u 50,81% respondentów, średni u 35,48% ankietowanych, natomiast niski u 13,71% badanych. Warto zwrócić uwagę na aspekt procesu konstruowania poznawczego, czyli tego, jak jednostka interpretuje zdarzenie i jak ocenia własne możliwości sprostania mu. Jak podają Szeliga-Lewińska i wsp. [11], przed wyborem strategii radzenia sobie ze stresem pacjent dokonuje oceny poznawczej sytuacji i własnych możliwości. W ten sposób obraz świata determinuje wybór strategii radzenia sobie w danej sytuacji.

Kubica i wsp. [12] wykazali w swoich badaniach, że styl skoncentrowany na unikaniu częściej stosują osoby w wieku młodszym niż osoby dojrzałe. Potwierdziły to badania własne, które wykazały, że wiek był zmienną mającą wpływ na zastosowanie stylu radzenia sobie ze stresem. Styl skoncentrowany na unikaniu oraz angażowanie się w czynności zastępcze rzadziej były stosowane przez osoby w wieku dojrzałym.

Analizując poziomy stosowania stylów radzenia sobie ze stresem związanym z zabiegiem koronarografii, należy stwierdzić, że respondenci, u których występował niski poziom stresu, uciekali się do stylu skoncentrowanego na zadaniu (75%) oraz stylu związanego z poszukiwaniem kontaktów towarzyskich (46,77%). Badani, którzy odczuwali średni poziom stresu, stosowali styl skoncentrowany na emocjach (62,1%) oraz styl skoncentrowany na unikaniu (54,03%), natomiast ci respondenci, którzy angażowali się w czynności zastępcze (53,23%), przejawiali wysoki poziom stresu. Jędrych i wsp. stwierdzili, że pobyt w szpitalu jest czynnikiem stresogennym, a najczęstszym sposobem radzenia sobie ze stresem pacjentów oddziału kardiologicznego był kontakt z bliską osobą lub zastosowanie czynnika zapobiegającego stresowi, np. sięgnięcie po papierosa [13].

WNIOSKI

1. U ponad połowy respondentów zabieg koronarografii był powodem wysokiego poziomu odczuwanego stresu.
2. Wśród czynników socjodemograficznych, takich jak płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, tylko wiek miał wpływ na poziom odczuwanego stresu i zastosowany styl radzenia sobie ze stresem.
3. Niski poziom stresu przejawiali respondenci stosujący styl związany z poszukiwaniem kontaktów towarzyskich oraz styl skoncentrowany na zadaniu. Średni poziom stresu okazywali respondenci stosujący styl skoncentrowany na emocjach i na unikaniu, natomiast wysoki poziom stresu przejawiali respondenci uciekający się do stylu angażowania się w czynności zastępcze.

Oświadczenie

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Biesiak B, Włoszczak-Szubda A. Ocena poziomu stresu u pacjentów przed badaniami diagnostycznymi. *Aspekty Zdrowia i Choroby* 2016; 2: 23-33.
2. Borowiak E, Rosiak K, Kostka T. Analiza porównawcza wpływu cukrzycy i przebytego zawału serca na jakość życia pacjentów. *Probl Pielęg* 2009; 17: 86-91.
3. Kurpas D, Kusz J, Jedynak T i wsp. Preferowane style radzenia sobie ze stresem wśród pacjentów chorych przewlekłe. *Fam Med Primary Care Rev* 2012; 14: 393-395.
4. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009.
5. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K i wsp. Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2005.
6. Glińska J, Cezak E, Lewandowska M i wsp. Wsparcie społeczne a satysfakcja z życia osób z chorobą niedokrwienną serca. *Probl Pielęg* 2014; 22: 265-270.
7. Strus W. Dojrzałość emocjonalna a funkcjonowanie moralne. Wydawnictwo Liberi Libri, Warszawa 2012; 26-61.
8. Bączyk G, Talarska D, Szubert J. Przyczyny lęku przedoperacyjnego chorych leczonych chirurgicznie. *Ann UMCS Sect D* 2006; 60 (Supl. 16, 1): 152-156.
9. Bryniarski L, Kawecka-Jaszcz K. Czy istnieją granice wieku w kardiologii interwencyjnej? Przeszkórne interwencje wieńcowe u osób w podeszłym wieku. *Gerontol Pol* 2005; 13: 153-161.
10. Romanik W, Kański A, Soluch P i wsp. Kwestionariuszowy i deklarowany poziom lęku chorych przed operacją. *Anest Intens Ter* 2009; 41: 94-99.
11. Szeliga-Lewińska J, Landowski J. Sposób tworzenia świata przez chorych z epizodem depresyjnym a strategię radzenia sobie ze stresem. *Psychiatria* 2006; 3: 22-26.
12. Kubica A, Magielski P, Jurek A i wsp. Analiza stylów radzenia sobie ze stresem u chorych z ostrym zawałem serca. *Folia Cardiol Excerpta* 2009; 2: 18-22.
13. Jędrych M, Ruta E, Jodłowska-Jędrych B i wsp. Rola stresu w życiu pacjentów leczonych na oddziałach kardiologicznych. *Med Ogólna i Nauki o Zdr* 2011; 17: 116-122.