



Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane

Sense of coherence in patients with multiple sclerosis

MARLENA KOSSAKOWSKA¹, MAŁGORZATA BASIŃSKA²

1. Zakładu Psychologii Różnic Indywidualnych Instytutu Psychologii Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy
2. Zakładu Rozwoju i Patologii Osobowości Instytutu Psychologii Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy

STRESZCZENIE. *Celem badania jest pomiar poczucia koherencji i jej 3 składowych: poczucia zrozumiałości, zaradności (sterowalności) i sensowności u chorych na stwardnienie rozsiane (SM, sclerosis multiplex) oraz porównanie ich z grupą kontrolną zdrowych pod względem neurologicznym, psychicznym i somatycznym. W tym celu przebadano 30 pacjentów chorych na stwardnienie rozsiane „Kwestionariuszem orientacji życiowej” (SOC-29) Antonovskiego oraz ankietą osobową skonstruowaną przez Kossakowską w celu kontrolowania dodatkowych zmiennych takich jak: płeć, czas chorowania, aktywność i sprawność fizyczna. Grupę kontrolną również przebadano kwestionariuszem SOC-29, u zdrowych kontrolowano płeć, wiek, wykształcenie. Z badania wynika, że nie ma istotnych różnic w ogólnym poziomie poczucia koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane i zdrowych. Jednak okazało się, że kobiety chore mają wyższe poczucie zrozumiałości od mężczyzn chorych i nawet od zdrowych kobiet. Tym samym mężczyźni chorzy na SM mają zdecydowanie niższe poczucie zrozumiałości od mężczyzn zdrowych i kobiet chorych na SM. Poczucie sensowności u chorych i zdrowych nie różni się. Poczucie sterowalności u kobiet chorych jest wyższe niż u mężczyzn chorych na stwardnienie rozsiane. Stopień samodzielności oraz czas trwania choroby nie okazał się czynnikiem różnicującym poczucie koherencji. Natomiast chorzy aktywni zawodowo, społecznie bądź rodzinnie, mają wyższe poczucie sensowności niż ci, nieaktywni. Z badania wnioskujemy, że w rehabilitacji chorych na SM warto wzmacniać poczucie sensowności przeżytych doświadczeń, chociażby poprzez zachęcanie ich do aktywności zawodowej, społecznej lub rodzinnej.*

SUMMARY. *This study measured the three dimensions of sense of coherence (comprehensibility, manageability and meaningfulness) in patients with multiple sclerosis (sclerosis multiplex – SM) and compared the results with the results of neurologically, psychologically and physically healthy controls. Thirty patients with SM were given Antonovsky’s SOC-29 and a personal inventory developed by Kossakowska to control for sex, duration of illness, activity and physical fitness. The healthy controls were also given the SOC-29 and controlled for sex, age and education. No significant differences in level of sense of coherence were found between the healthy subjects and the SM patients. However, sick women had higher comprehensibility scores than sick men and even healthy women and therefore sick men had significantly lower comprehensibility scores than healthy men and sick women. No significant differences in level of meaningfulness were found between the sick men and women on the one hand and healthy controls on the other. Sick women had higher manageability than sick men. Level of self-sufficiency and duration of illness did not contribute significantly to the variance of sense of coherence. On the other hand, patients who were occupationally or socially active or active in the family had higher sense of meaningfulness than non-active patients. These results suggest that special attention in the rehabilitation of SM patients should be given to enhancing sense of meaningfulness of patients’ experiences, if only by encouraging patients to be more active occupationally, socially and in the family.*

Słowa kluczowe: poczucie koherencji / stwardnienie rozsiane / badanie empiryczne
Key words: sense of coherence/ multiple sclerosis/ empirical study

W 1987 r. Aaron Antonovsky [2] wydał książkę, w której opisał nowatorską teorię pozostawania w zdrowiu, zwaną salutogenetyczną, a przejawiającą się w tzw. poczuciu koherencji (*sense of coherence*). Wg autora tej koncepcji, poczucie koherencji jest w stanie wyjaśnić, w jakim miejscu na kontinuum zdrowie – choroba znajduje się człowiek i w związku z tym, na ile potrafi zmobilizować swoje zasoby odpornościowe, aby nie popaść w chorobę. Z wnikliwych badań i obserwacji Antonovsky’ego wynika, że poczucie koherencji można ująć jako „ogólną orientacją wyrażającą w jakim stopniu człowiek ma dojmujące, choć dynamiczne przekonanie o przewidywalności środowiska wewnętrznego i zewnętrznego oraz o tym, że z dużym prawdopodobieństwem sprawy przyjmą tak pomyślny obrót, jakiego można oczekiwać na podstawie racjonalnych przesłanek” [2]. W procesie analizy historii życia osób, które doświadczyły szczególnie trudnych zdarzeń i potrafiły sobie z nimi poradzić, zostały wyodrębnione trzy składowe poczucia koherencji: poczucie zrozumiałości, sterowalności (zaradności) i sensowności. Przez poczucie zrozumiałości należy rozumieć stopień, w jakim człowiek spostrzega napływające bodźce ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego jako poznawczo sensowne, uporządkowane i spójne, ustrukturalizowane i jasne, takie z którymi można sobie poradzić. Poczucie sterowalności (zaradności) natomiast to stopień, w jakim człowiek spostrzega dostępne zasoby jako wystarczające, by sprostać wymogom, jakie stawiają mu napływające bodźce. Natomiast poczucie sensowności to stopień, w jakim człowiek czuje, że życie ma sens z punktu widzenia emocjonalnego i że przynajmniej część problemów i wymagań, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania. Ta ostatnia składowa poczucia koherencji wyraża stronę motywacyjną i zdaniem Antonovsky’ego jest najważniejszym czynnikiem w poczuciu koherencji. Bez niego poczucie zrozumiałości i sterowalności mogą się okazać raczej nietrwałe. Po-

mimo takiego wartościowania Antonovsky [3] podkreśla mocno i wielokrotnie, że poczucie koherencji jest całością oraz że te trzy składowe elementy są ze sobą ściśle powiązane.

Późniejsze badania wykazały, iż rozwój poczucia koherencji jest w znacznym stopniu powiązany z kontekstem społeczno-kulturowym, m.in. sytuacją rodzinną, a w szczególności takimi jej czynnikami jak: spójność rodziny, komunikacja w niej [19] czy też rodzaj podkreślanych i cenionych w rodzinie wartości [6]. Innym czynnikiem determinującym znacząco strukturę poczucia koherencji jest płeć. U chłopców istotnie wyższe było poczucie zrozumiałości, co wskazuje na to, iż bardziej niż dziewczęta odbierają świat jako możliwy do zrozumienia [17]. W badaniach osób dorosłych płeć nie okazała się czynnikiem różnicującym [1].

Poczucie koherencji jako dyspozycja w istotny sposób wpływa na ludzkie funkcjonowanie. Okazuje się, że osoby cechujące się wysokim poczuciem koherencji są w lepszej kondycji psychicznej i fizycznej [5, 10], stosują lepsze, bardziej adekwatne i adaptacyjne techniki radzenia sobie z problemami [11, 12], odczuwają znacznie mniej skutków stresów życia codziennego [4], łatwiej akceptują nieuniknione trudności w swoim życiu [15], a także mają mniejsze poczucie obciążenia [9]. Ponadto osoby z wysokim poziomem poczucia koherencji częściej podejmują ważną aktywność wywiązując się z powierzonych im zadań oraz potrafią utrzymywać intymne relacje z innymi ludźmi [20], znacząco łatwiej kontrolują siebie i sytuację, w której są oraz doświadczają znacznie niższego niepokoju [17], odczuwają mniejszą wrogość [14], a także mają zdecydowanie większą satysfakcję życiową [18].

Obecnie medycyna i inne nauki pokrewne zauważają rolę czynników psychologicznych oraz psychospołecznych w złożonym procesie zdrowienia, a także w radzeniu sobie z zaistniałą już sytuacją choroby. Niniejsze badanie należy do tych, które chcą pomóc w uzyskaniu nowych informacji o jakości

życia chorych przewlekłe. Przykład pacjentów ze stwardnieniem rozsianym nie jest tu przypadkowy. Chorzy ci muszą zmagać się ze specyfiką tej choroby. Jej różnorodny obraz kliniczny, zróżnicowany stopień sprawności fizycznej chorych, chroniczność, nieuleczalność, nie do końca poznana etiologia oraz nieprzewidywalna dynamika powodują, że obraz poczucia koherencji, jako jednej z bardziej intrygujących charakterystyk zdrowego funkcjonowania, wydaje się być interesujący.

Dodatkowo poniższe badanie uzupełnia lukę w psychospołecznych badaniach pacjentów oddziałów neurologicznych. Do tej pory poczucie koherencji badano u ludzi zdrowych oraz w różnych grupach klinicznych: u chorych psychicznie oraz somatycznie, a niewiele jest wyników badań chorych neurologicznie. Generalnie ogólny wynik w wartości poczucia koherencji u osób chorych jest niższy niż w normie (porównania możliwe są tylko w stosunku do populacji amerykańskiej). W Polsce badano chorych na AIDS [16], osteoporozę [13]. Nieznane są badania chorych neurologicznie. Autorki postanowiły zatem sprawdzić, jakie poczucie koherencji posiadają chorzy na stwardnienie rozsiane.

OSOBY BADANE I METODY

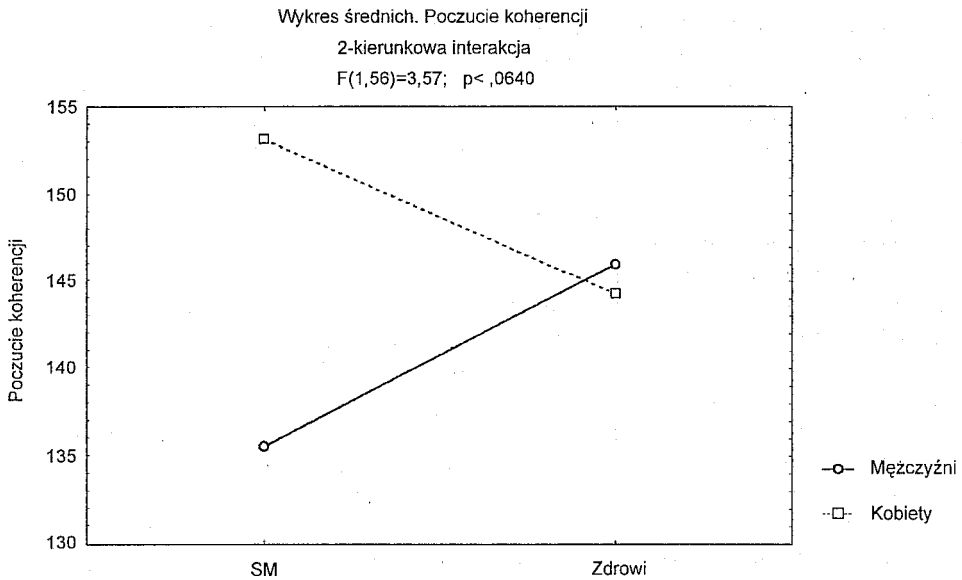
W badaniach, które zostały przeprowadzone indywidualnie, wzięło udział 30 pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (15 mężczyzn i 15 kobiet) oraz 30 osób zdrowych (15 mężczyzn i 15 kobiet), tj. nie chorujących na chorobę somatyczną, neurologiczną, bez zaburzeń psychicznych. Chorzy na stwardnienie rozsiane byli hospitalizowani w Oddziale Neurologicznym Wojewódzkiego Szpitala im. dr J. Bizuela w Bydgoszczy*. Do części trafiano poprzez Stowarzyszenie Chorych na SM, byli to pacjenci z oddziału bydgoskiego i inowroc-

ławskiego. Obie grupy – eksperymentalna i kontrolna – były wyrównane pod względem wieku, wykształcenia i płci. Średnia wieku badanych wynosiła 47,03 lat dla chorych i 46,06 lat dla zdrowych. Średnia lat edukacji badanych wynosiła 12,60 dla chorych i 12,67 dla zdrowych. Zdrowi rekrutowali się spośród czynnych zawodowo oraz gospodyń domowych.

Do badania poczucia koherencji wykorzystano „Kwestionariusz orientacji życiowej (SOC-29) Antonovsky'ego [2]. Ponadto w przypadku pacjentów z SM skonstruowano ankietę osobową zawierającą metryczkę, opis objawów klinicznych choroby, ocenę samodzielności i aktywności chorego oraz jego sytuację rodzinną. Ankieta dostarczyła informacje o sytuacji osobistej i obrazie choroby pacjenta, dzięki którym możliwe było ustalenie dodatkowych zmiennych do badania, takich jak: sprawność, aktywność, czas chorowania. Za osobę sprawną uznawano taką, która określiła siebie jako samodzielną i przejawiała taki zestaw objawów choroby, które zapewniały jej możliwość poruszania się bez pomocy innych osób bądź sprzętu inwalidzkiego (wg klasyfikacji niewydolności ruchowej EDSS Kurtzkiego do 4 DSS [7]). Za osobę z obniżoną sprawnością uznano taką, która potrzebowała pomocy innych osób lub specjalistycznego sprzętu inwalidzkiego przy poruszaniu się (wg klasyfikacji niewydolności ruchowej EDSS Kurtzkiego powyżej 5 DSS [7]). Za osobę aktywną uznano taką, która pracuje zawodowo, prowadzi dom bądź udziela się społecznie. Do osób o niskiej aktywności zaliczono tych, którzy nie pracowali zawodowo, nie zajmowali się domem i nie udzielali się społecznie.

Chorych podzielono ze względu na czas chorowania, a granicą podziału był okres 5 lat. Kierowano się zasadą 5 lat Kurtzkiego ustaloną empirycznie. Zasada ta mówi, że wśród mniej niewydolnych (5 stopień skali DSS) pacjentów po 5 latach choroby dalsze trwanie choroby może być dłuższe, a choroba przybiera postać pośrednią lub łagodną SM [7].

* Autorki składają podziękowania dr n. med. Barbarze Masłowskiej i jej Zespołowi za pomoc udzieloną w badaniach.



Rycina 1. Zestawienie efektów z tablicy 1

W badaniu postawiono następujące hipotezy badawcze:

H_1 – poziom poczucia koherencji jest niższy w sytuacji choroby przewlekłej i nie wyleczalnej, jaką jest SM, niż w sytuacji zdrowia,

H_2 – czas chorowania, aktywność oraz sprawność są zmiennymi istotnymi dla poczucia koherencji w sytuacji choroby, tzn. krótki czas chorowania, podejmowanie aktywności i lepsza sprawność fizyczna wiążą się z wyższym poziomem poczucia koherencji u chorych aniżeli długi czas chorowania, bierność i obniżona sprawność fizyczna.

WYNIKI

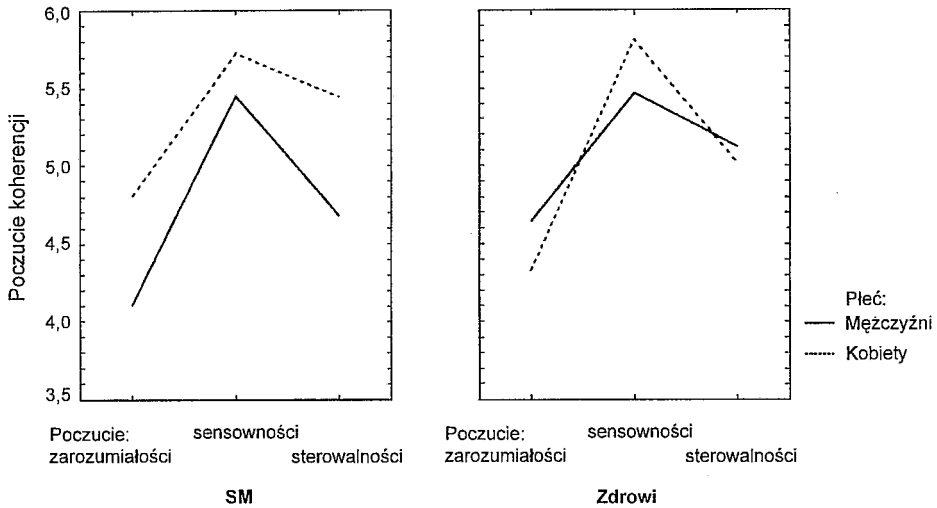
Analiza wariancji MANOVA w układzie: 1 – badani (chorzy na SM – zdrowi) \times 2 – płeć (mężczyźni – kobiety) nie wykazała efektów głównych, a tym samym nie wykazała różnic istotnych statystycznie w ogólnej zmienności poczucia koherencji, aczkolwiek wykazała pewną tendencję kierunkową, że kobiety chore na SM mają wyższe poczucie koherencji niż chorzy mężczyźni: $F(1,56) = 3,57; p < 0,10$ (tabl. 1, rys. 1). Tendencję tę należałoby zweryfikować na większej próbie badanych.

Analiza wariancji MANOVA w układzie: 1 (badani: chorzy na SM – zdrowi) \times 2 (płeć:

Tablica 1. Zestawienie efektów uzyskanych w analizie wariancji MANOVA w układzie: 1 (płeć) przez 2 (badani)

MANOVA	Efekt df	Efekt MS	Błąd df	Błąd MS	F	Poziom istotności p
1	1	944,07	56	392,44	2,41	0,13
2	1	9,60	56	392,44	0,02	0,88
12	1	1401,67	56	392,44	3,57	0,064

Składowe poczucia koherencji. Wykres średnich
3-kierunkowa interakcja
 $F(2,112) = 3,25; p < 0,0424$



Rycina. 2. Wykres średnich. 3-kierunkowa interakcja z tablicy 2

mężczyźni – kobiety) $\times 3$ (składowe poczucia koherencji: poczucie zrozumiałości, poczucie sensowności, poczucie sterowalności) z powtórzoną pomiarem w obrębie ostatniego czynnika wykazała efekt główny czynnika składowe poczucia koherencji: $F(2,112) = 49,24; p < 0,001$ oraz istotny efekt interakcji czynników: badani \times płeć \times składowe poczucia koherencji: $F(2,112) = 3,25; p < 0,05$ (tabl. 2, rys. 2).

Porównanie średnich *post hoc* testem najmniejszych istotnych różnic NIR wykazało istotność statystyczną różnic w poczuciu zrozumiałości u chorych na SM mężczyzn i kobiet ($p < 0,01$). Okazało się, że kobiety chore na SM mają zdecydowanie wyższe poczucie zrozumiałości również w porównaniu z kobietami zdrowymi ($p < 0,05$). Poczucie zrozumiałości u mężczyzn chorych jest również zdecydowanie niższe w porównaniu

Tablica 2. Zestawienie efektów uzyskanych w analizie wariancji MANOVA w układzie: 1 (płeć) przez 2 (badani) przez 3 (składowe poczucia koherencji z powtórzoną pomiarem w obrębie 3 zmiennej)

MANOVA	Efekt df	Efekt MS	Błąd df	Błąd MS	F	Poziom istotności p
1	1	3,49	56	1,36	2,57	0,11
2	1	0,04	56	1,36	0,03	0,87
3	2	19,60	112	0,40	49,24	0,00*
12	1	4,13	56	1,36	0,04	0,07
13	2	0,08	112	0,40	0,21	0,81
23	2	0,01	112	0,40	0,02	0,98
123	2	1,29	112	0,40	3,25	0,04*

ze zdrowymi mężczyznami ($p < 0,05$). Poczucie sensowności jest podobne u kobiet i mężczyzn w grupie chorych i zdrowych. Natomiast poczucie sterowalności u kobiet chorych jest wyższe niż u mężczyzn chorych ($p < 0,01$).

Sprawność i czas chorowania okazały się czynnikami nieróżnicującymi w sposób istotny statystycznie poczucia koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. Wykazano jednak tendencję do niższego poziomu poczucia sensowności u osób chorych na SM, którzy nie przejawiają aktywności zawodowej, rodzinnej bądź społecznej ($p < 0,10$).

DYSKUSJA

Osoby chore na SM nie mają niższego poczucia koherencji niż osoby zdrowe, czyli hipoteza pierwsza nie została potwierdzona. Fakt bycia chorym przewlekłe nie obniża istotnie poczucia koherencji i zależy od innych czynników, takich jak m.in. płeć, co znalazło potwierdzenie w przeprowadzonym badaniu.

Płeć nie różnicuje poziomu poczucia koherencji w grupie osób zdrowych, natomiast w grupie osób chorych okazała się ona czynnikiem różnicującym w zakresie poczucia koherencji, mimo iż wynik ten nie osiągnął oczekiwanego poziomu istotności. Kobiety chore na SM charakteryzują się wyższym poczuciem koherencji (zwłaszcza jego składowymi: poczuciem zrozumiałości i sterowalności) niż mężczyźni chorzy. W dalszych badaniach należałoby zweryfikować, dlaczego kobiety chore na SM mają wyższe poczucie koherencji. Obecnie czynniki płci przypisuje się doniosłe znaczenie w radzeniu sobie w chorobie przewlekłej [8]. Badania często wykazują, że kobiety bardziej efektywnie radzą sobie w sytuacjach trudnych.

Choroba przewlekła ogólnie ujmując nie zmienia natomiast poziomu poczucia sensowności. Zarówno zdrowi jak i chorzy na stwardnienie rozsiane deklarują, że życie ma sens emocjonalny, że problemy jakie niesie ze sobą, warte są zaangażowania i poświę-

cenia. Jednak wewnątrz grupy chorych na SM wykazano tendencję do obniżenia poczucia sensowności u tych chorych, którzy nie wykazują aktywności zawodowej, społecznej bądź rodzinnej. W tej grupie chorych należałoby pamiętać w rehabilitacji o wzmacnianiu poczucia sensowności poprzez zachęcanie do takiej aktywności, jeśli to tylko jest możliwe.

Z niniejszego badania wynika również, że chorzy na stwardnienie rozsiane mężczyźni mają obniżone poczucie zrozumiałości, być może dlatego, że mając tendencję do poznawczego ujmowania rzeczywistości odczuwają, iż choroba przewlekła zakłóca porządkowanie napływających informacji z otaczającego świata w ustrukturalizowany, spójny system.

Okazało się także, że czas chorowania oraz sprawność fizyczna nie mają wpływu na poczucie koherencji u chorych na SM, co sugerowałoby tezę Antonovskiego, że poczucie koherencji jest dyspozycją osobowościową, niezmienną w czasie. Jedynie poczucie sensowności nieznacznie wzrosło u tych chorych na SM, którzy deklarowali aktywność zawodową, społeczną bądź rodzinną. Jednak tę tendencję należałoby zweryfikować empirycznie na większej próbie chorych.

WNIOSKI

1. Nie ma różnic w ogólnym poziomie poczucia koherencji między chorymi na SM a zdrowymi.
2. U chorych na SM poczucie koherencji zależy od płci. Zależność ta ma charakter tendencji, bowiem nie uzyskała poziomu istotności statystycznej. Kobiety chore na SM mają wyższe poczucie koherencji w porównaniu z chorymi na stwardnienie rozsiane mężczyznami.
3. Kobiety chore na SM mają wyższe poczucie zrozumiałości niż kobiety zdrowe.
4. Mężczyźni chorzy na SM mają niższe poczucie sterowalności niż zdrowi mężczyźni.
5. Ujawniona w badaniach tendencja do nieco wyższego poczucia sensowności u chorych aktywnych sugeruje, że w pro-

- cesie rehabilitacji warto zachęcać chorych na SM do aktywności zawodowej, społecznej bądź rodzinnej.
6. Należy podjąć dalsze badania osób chorych na stwardnienie rozsiane w celu wyjaśnienia wątpliwości, jakie pojawiły się w powyższych badaniach.

PIŚMIENNICTWO

1. Anson O., Paran E., Neumann L., Chernenkovichsky D.: Gender differences in health perception and their predictors. *Soc. Sci. Med.* 1993, 36, 4, 419–427.
2. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPiN, Warszawa 1995a.
3. Antonovsky A.: The moral and the healthy: Identical, overlapping, or orthogonal? *Isr. J. Psychiat. Relat. Sci.* 1995b, 32, 1, 5–12.
4. Bishop G.D.: The sense of coherence as a resource in dealing with stress. *Psychologia: Intern. J. Psych. Orient* 1993, 36, 4, 259–265.
5. Bowman B.J.: Cross-cultural validation of Antonovsky's Sense of Coherence. *J. Clin. Psychol.* 1996, 52, 5, 547–549.
6. Bowman B.J.: Cultural pathways toward Antonovsky's Sense of Coherence. *J. Clin. Psychol.* 1997, 53, 2, 139–142.
7. Cendrowski W.: Stwardnienie rozsiane. Wyd. II uzupełn. PZWL, Warszawa 1993.
8. Chrisler J.C., Parrett K.L.: Woman and autoimmune disorders. W: Stanton A.L., Gallant S.J. (red.): *The psychology of women's health. Progress and challenges in research and application.* APA, Washington DC 1995.
9. Coe R.M., Miller D.K., Flaherty J.H.: Sense of coherence and perception of caregiving burden. *Beh. Health Aging* 1991–1992, 2, 2, 93–99.
10. Drory Y., Florian V., Kravetz S.: Sense of coherence: Sociodemographic variables and perceived psychological and physical health. *Psychologia: Isr. J. Psychol.* 1991, 2, 2, 119–125.
11. Flannery R.B., Flannery G.J.: Sense of coherence, life stress, and psychological distress: A prospective methodological inquiry. *J. Clin. Psychol.* 1990, 46, 4, 415–420.
12. Gallagher T.J., Wagenfeld M.O., Baro F.: Sense of coherence, coping and caregiver role overload. *Soc. Sci. Med.* 1994, 39, 12, 1615–1622.
13. Grochmal-Bach B., Wilczek-Rużyczka E., Mesterhazy J.: Poczucie koherencji i adaptacja do choroby u osób z osteoporozą. Wydział Pielęgniarski CM UJ, Kraków 1998. Materiał nie publ.
14. Langius A., Bjorvell H., Antonovsky A.: The sense of coherence concept and its relations to personality traits in Swedish samples. *Scan. J. Car. Sci.* 1992, 6, 3, 165–171.
15. Nordstrom G., Lutzen K.: Acceptance osteomy surgery: A Swedish pilot study. *Scan. J. Car. Sci.* 1995, 9, 1, 11–15.
16. Panek I.: Poczucie koherencji i optymizm jakość życia narkomanów chorych na AIDS. Praca magisterska, Wydział Pedagogiki i Psychologii U.Śl., Katowice 1998.
17. Ruiselova Z., Prokopcakova A.: Sense of coherence (SOC) and its relations to cognitive (sense of control) and dynamic variables. *Stud. Psychol.* 1993, 35, 4–5, 373–376.
18. Sagy S., Antonovsky A., Adler I.: Explaining life satisfaction in later life: The sense of coherence model and activity theory. *Beh. Health Aging* 1990, 1, 1, 11–25.
19. Senka J.: Coping processes in groups at risk in the context of psychological health aspects. *Stud. Psychol.* 1995, 37, 3, 154–156.
20. Yeheskel A.: The intimate environment and the sense of coherence among Holocaust survivors. *Soc. Work Health Care* 1995, 20, 3, 25–35.

*Adres: Mgr Marlena Kossakowska, Instytut Psychologii WSP,
ul. Staffa 1, 85-647 Bydgoszcz*