

PRACE POGLĄDOWE

Marlena Rynkiewicz-Andryśkiewicz^{1(ABCDEFG)}, Przemysław Andryśkiewicz^{2(BCDE)},
Mateusz Curyło^{3(BCD)}, Jan Czernicki^{4(DEFGH)}

Analiza przydatności oceny poziomu poczucia koherencji w chorobach somatycznych i psychicznych

Analysis of the usefulness of assessing the level of sense of coherence in somatic and mental diseases

¹ Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu

² Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku

³ Wydział Medyczny i Nauk o Zdrowiu Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

⁴ Wydział Pedagogiki i Promocji Zdrowia Wyższej Szkoły Informatyki i Umiejętności w Łodzi

STRESZCZENIE

Celem pracy było przedstawienie salutogenetycznego modelu zdrowia (SOC) wg Arona Antonovsky'ego i jego wyznacznika – poczucia koherencji wraz z jego składowymi oraz zastosowanie kwestionariusza orientacji życiowej SOC-29 w badaniach klinicznych i populacyjnych.

Prezentowano wyniki badań autorów oceniających poziom poczucia koherencji w różnych grupach pacjentów oraz u osób z wykształceniem medycznym. Na podstawie analizy wyników badań na temat znaczenia poczucia koherencji i stylów radzenia sobie ze stresem stwierdzono, że edukacja zdrowotna chorych w celu podwyższenia poziomu poczucia koherencji stanowi ważny element terapii. Natomiast badanie poziomu SOC u osób aktywnych zawodowo może pomóc w przewidywaniu zachowań antyzdrowotnych i tendencji do wypalenia zawodowego.

Słowa kluczowe: poczucie koherencji, SOC-29, salutogeneza

ABSTRACT

The aim of the work was to present the Aaron Antonovsky's salutogenic health model and its determinant – the sense of coherence – together with its components as well as the application of the life orientation questionnaire SOC-29 in clinical trial and field studies.

The work presents the results and observations of the authors studying the level of the sense of coherence in various groups of patients and among people with medical education. On the basis of numerous researches on the meaning of the sense of coherence and ways of coping with stress a conclusion has been drawn that educating patients in order to raise the level of the sense of coherence is a significant element of the therapy.

On the other hand, the study of the SOC level among working population can help predict unhealthy behaviours and tendency toward professional burnout.

Key words: sense of coherence, SOC-29, salutogenesis

Udział współautorów / Participation of co-authors: A – przygotowanie projektu badawczego/ preparation of a research project; B – zbieranie danych / collection of data; C – analiza statystyczna / statistical analysis; D – interpretacja danych / interpretation of data; E – przygotowanie manuskryptu / preparation of a manuscript; F – opracowanie piśmiennictwa / working out the literature; G – pozyskanie funduszy / obtaining funds

Zdrowie, mimo tego że odgrywa bardzo istotną rolę w życiu człowieka nie zostało precyzyjnie zdefiniowane. Istnieje wiele różnych definicji, jednakże żadna nie jest w pełni zadowalająca. Dlatego też najczęściej wraca się do opisu z 1948 roku, zawartego w karcie założycielskiej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) określającej zdrowie jako: „pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby czy niedomagania” [1].

Jednakże i ta definicja ma wady, którymi są nierealistyczne i statyczne ujęcia zdrowia. Stąd też WHO w 1984 roku przedstawiła uzupełnione o wymiar publiczny i duchowy jego określenia [2]. Współczesne koncepcje ujmują zdrowie jako właściwość lub proces. Pierwsze traktują zdrowie jako zdolność człowieka do osiągania pełni własnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych oraz reagowania na wyzwania środowiska [3]. W drugim ujęciu zdrowie jest procesem poszukiwania i utrzymywania ciągle naruszanej równowagi [3]. Zdrowie „to proces wykorzystywania potencjałów biologicznych, psychologicznych i społecznych do sprostanania zewnętrznym i wewnętrznym wymaganiom oraz osiągania celów indywidualnych i społecznych bez chronicznego zaburzania dynamicznej równowagi” [4].

W obydwu ujęciach zdrowia zakłada się, że u jego podstaw leży złożony i różnorodny zespół czynników. Dlatego to zdrowie jest wynikiem interakcji między procesami biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi, kulturowymi i cywilizacyjnymi [4]. Takie ujęcie implikuje podejście interdyscyplinarne, zarówno w badaniach, jak i działalności praktycznej, ukierunkowanej na promocje zdrowia i leczenie chorób. Stąd też zmiana zachowań zdrowotnych zależy od różnych czynników.

Z punktu widzenia psychologicznego, ukierunkowanego na poszukiwanie i wyjaśnianie mechanizmów inicjujących i podtrzymujących proces zmiany, ważne są różne zmienne poznawcze. W ostatnich latach wśród psychologów przeważa stanowisko, że zachowania społeczne ludzi są raczej wynikiem sposobu spostrzegania rzeczywistości, niż obiektywnie oddziałujących bodźców środowiskowych [4, 5]. Problemem dyskusyjnym pozostaje określenie roli i znaczenia różnych czynników poznawczych w przewidywaniu zmiany zachowań zdrowotnych. Ich identyfikacja jest nieodzowna do tworzenia programów interwencyjnych i promocyjnych [4, 5].

Uważa się, że psychologia zdrowia dokonała zmiany w wyjaśnianiu zachowania poprzez wyraźny odwrót od mechanizmów zewnętrznych i czynników środowiskowych na rzecz sił wewnętrznych tkwiących w samym człowieku. Rozumienie zdrowia jako procesu wiąże się przede wszystkim z pojawieniem się we współczesnej medycynie modelu salutogenetycznego [6]. Salutogeneza jako model podejścia do zdrowia neguje występowanie dualizmu stanów zdrowia i choroby. Stan bytowania człowieka jest w tym ujęciu jedną całością, swoistym kontinuum, od stanu pełnego zdrowia do stanu głębo-

Health, despite its key role in the life of a human being, has not been precisely defined. There are numerous definitions, however, none is fully satisfactory. That is why it is most common to refer back to the description from 1948 included in the constitution of The World Health Organization which defines health as: “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of illnesses or infirmity” [1].

Nevertheless, this definition as well has imperfections, namely an unrealistic and static approach to health. Hence, in 1984 WHO presented this definition supplemented with the public and spiritual dimension [2]. Contemporary approaches recognize health as a property or a process. Ones perceive health as the capacity of a human being to achieve full physical, mental and social abilities and to react to the challenges of the environment [3]. The other approach presents health as a process of seeking and maintaining constantly impaired balance [3]. Health is a process of using biological, mental and social capacities to meet inner and outer requirements as well as to achieve individual and social goals without a chronic dysfunction of the dynamic balance. In case of both approaches it is assumed that a complex set of various factors underlies health. That is why health is the result of interaction between the biological, mental, social, cultural and civilization processes [4]. Such approach implies an interdisciplinary attitude, both in research and in practical activities aimed at health promotion and medical treatment. Hence, a change in healthy behaviours depends on various factors.

From the psychological point of view, aimed at searching for and explaining the initiatory mechanism and the mechanism sustaining the process of change, various cognitive variables are of high importance. In the recent years, a predominant viewpoint among psychologists has been that social behaviours of people are rather a result of the way of perceiving reality rather than of environmental stimuli having objective influence [4, 5]. Defining the role and the meaning of particular cognitive factors in predicting health behaviour changes, remains a questionable issue. Their definition is necessary to create various emergency and promotion programmes [4, 5].

It is believed that the psychology of health has made a change in explaining the behaviour by a visible shift from outer mechanisms and environmental factors to the inner forces within each individual. Understanding health as a process is, in the first place, related to the appearance of salutogenetic model in contemporary medicine [6]. Salutogenesis, as a model of approach to health, negates the existence of a dichotomy separating health and illness. The state of being of an individual is in this approach a whole, a continuum from the state of robust health to the state of deep illness leading to death [7]. Throughout one's life man moves through this continuum as if through a slightly inclined plane toward the end of life (natural

kiej choroby kończącej się śmiercią [7]. W ciągu całego swojego życia człowiek przesuwa się po tym kontinuum, niejako po lekko skośnej równi pochyłej ku końcowi życia (naturalny proces starzenia się), ale jednocześnie istnieje tu również inna dynamika. Nieustanne przesuwanie się w obydwu kierunkach, czasem bardziej w kierunku pełnego zdrowia, a czasem w kierunku głębszej choroby [5, 6, 7].

Takie podejście do człowieka sprawia, że medycyna jako nauka interesuje się nie tylko stanami chorobowymi człowieka, co było istotnym elementem podejścia patogenetycznego w medycynie, ale również jego zdrowiem i to od samego początku. W konsekwencji prowadzi to do bardzo poważnego traktowania szeroko rozumianej profilaktyki chorób i różnych form promocji zdrowia. Te działania w medycynie tradycyjnej istniały, ale przede wszystkim nominalnie. Zdrowie jest więc zjawiskiem dynamicznym, którego funkcja polega na utrzymywaniu równowagi ciągle zakłócanej przez towarzyszące życiu ludzkiemu zróżnicowane sytuacje [6, 7]. Dlatego też salutogeneza jako model podejścia do zdrowia w przeciwieństwie do istniejącego powszechnie modelu patogenicznego kładzie nacisk na zachowanie zdrowia, a nie tylko na leczenie choroby [7, 8]. Aron Antonovsky [9], twórca tego modelu, wyróżnił także cztery czynniki, od współdziałania których zależy poziom zdrowia: uogólnione zasoby odpornościowe, stresory, zachowania i styl życia oraz poczucie koherencji.

Poczucie koherencji (inaczej spójności) (ang. The sense of coherence) – jest pojęciem, konstruktem teoretycznym, który wyraża ogólną orientację człowieka, w tym wyrażającą stopień, w jakim ma on trwałe i jednocześnie dynamiczne poczucie pewności, że:

- bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuowany, przewidywalny i wytłumaczalny;
- dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez bodźce;
- wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania [10].

Pojęcie „poczucie koherencji” stosowane jest głównie w psychologii zdrowia i określa czynnik prewencyjny dla zachowania zdrowia [9].

W jego skład wchodzi zdolności zrozumienia wydarzeń (ang. comprehensibility), poczucie zaradności (ang. manageability) i poczucie sensowności (ang. meaningfulness) podejmowania zaangażowania i kreowania własnego życia:

- Poczucie zrozumiałości – ma miejsce wtedy, gdy człowiek traktuje wszelkie informacje napływające z otoczenia jako uporządkowane i spójne, a przede wszystkim dające się zrozumieć; poprzez takie spostrzeganie człowiek ma poczucie, że wydarzenia można przewidzieć i zrozumieć; poczucie zrozumiałości jest zmienną poznawczą.

aging process), though simultaneously a different dynamic occurs, namely constant shifting from one extreme to the other, sometimes toward robust health and on other occasions toward illness [5, 6, 7].

Such approach to man makes medicine interested not only in human illness states, which was an important element of pathogenic approach in medicine, but also in one's health from the very beginning. This consequently leads to treating preventive health care, in a broad sense, as well as various health promotion very seriously. These actions were present in traditional medicine, however, in the first place nominally. Health is therefore a dynamic phenomenon, whose function is to maintain the balance constantly disturbed by the different situations accompanying human life [6,7]. Therefore, salutogenesis as a model of approach to health emphasises maintaining good health, contrary to the commonly functioning pathogenic model which emphasises the treatment of the illness [7, 8]. Aaron Antonovsky, the author of this model, enumerated four factors on the cooperation of which the level of health depends; these are: generic immune resources, stressors, behaviours and lifestyle as well as the sense of coherence [9].

The sense of coherence is a term, a theoretical construct, expressing the general orientation of an individual (including the degree) in which he has sustainable and, at the same time, dynamic sense of confidence that:

- the stimuli incoming from the internal and external environment during the whole life are structured, predictable and explicable;
- resources enabling to meet the requirements posed by the stimuli are available;
- these requirements are a challenge worth the effort and commitment.

The term “sense of coherence”, mainly used in health psychology, defines the preventive factor for keeping good health [9].

Sense of coherence consists of comprehensibility, manageability and meaningfulness of involvement and creation of one's own life:

- comprehensibility – occurs when a man perceives all the information incoming from the surrounding as organised, coherent and especially possible to comprehend. Through such perception the man feels that he is able to predict and comprehend events. The sense of comprehensibility is a cognitive variable.
- manageability – defines the degree to which a man perceives available resources as sufficient to meet the set requirements. It is a belief that remedial resources are available, even if they are not properties or features of the man but external resources. Antonovsky emphasises the role of external resources, which people appeal to, such as social support networks, authorities, God, sacrum. Owing to manageability, a man is not a helpless victim of events but has a sense

- Poczucie zaradności, sterowalności – określa stopień, w jakim człowiek postrzega dostępne mu zasoby jako wystarczające, aby sprostać stawianym wymogom. Stanowi przekonanie o tym, że człowiekowi dostępne są zasoby zaradcze. Nie muszą one być własnością i właściwością człowieka, często są to zasoby zewnętrzne. Antonovsky mocno podkreśla rolę zasobów zewnętrznych, do których ludzie się odwołują, takich jak np. sieci wsparcia, autorytety, Bóg, sacrum. Dzięki poczuciu zaradności, człowiek nie czuje się bezradną ofiarą zdarzeń, lecz ma poczucie, że może sprostać wszelkim trudnościom i niespodziankom życia. Ten składnik poczucia koherencji jest składnikiem poznawczo- instrumentalnym.
- Poczucie sensowności – oznacza, na ile człowiek czuje, że jego życie ma sens oraz że należy wkładać wysiłek i zaangażowanie, by móc sprostać wymaganiom życia. Człowiek z wysokim poczuciem sensowności chętnie podejmuje wyzwania oraz wysiłek rozwiązywania problemów i radzenia sobie z nimi – jest to składnik motywacyjno-emocjonalny [10].

„Wymienione składniki poczucia koherencji, pozostają z sobą w określonych związkach. Zakłada się, że najważniejsze z nich jest poczucie sensowności, gdyż jego siła wpływa na wzrost lub spadek pozostałych składników. Gdy poczucie sensowności jest silne, również pozostałe elementy mają tendencję do wzrostu. Natomiast, gdy poczucie sensowności jest słabe, wtedy wszystkie składniki mają tendencję spadkową” [9, 10, 11]. Poczucie koherencji traktowane jako zmienna osobowościowa ma wyraźny wpływ na funkcjonowanie człowieka we wszystkich jego obszarach [9, 10, 11]. Według Antonovsky’ego [9] (zarówno jego badań oraz innych autorów) [10, 11] im silniejsze jest poczucie koherencji, tym występuje większe prawdopodobieństwo że dana osoba podejmuje więcej zachowań prozdrowotnych – zależność wprost proporcjonalna.

Dlatego też związana z wysokim poczuciem koherencji wiara w to, że życie ma sens, że jest uporządkowane oraz w pewien sposób przewidywalne daje podstawę do tego, aby człowiek „chciał być zdrowy” i mógł jak najdłużej sprawnie funkcjonować w otaczającym świecie [9, 10, 11]. Narzędziem stosowanym do oceny poziomu poczucia koherencji jest Kwestionariusz orientacji życiowej SOC-29 Arona Antonovsky’ego składający się z 29 pytań pogrupowanych w trzy skale. Mierzy ogólny poziom poczucia koherencji oraz jego czynniki składowe, tj.: poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności oraz poczucie sensowności. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do stwierdzeń uwzględniających modalność, źródło, wymogi i czas działającego bodźca, przy pomocy siedmiostopniowej skali, określającej reakcje osoby badanej [12].

W ostatnich latach nastąpił wzrost zainteresowania jakością życia i stylami radzenia sobie w trudnych

that he can cope with all the difficulties and surprises of life. This component of the sense of coherence is a cognitive-instrumental component.

- meaningfulness – occurs when a man feels the meaning of his life and that he should make an effort and commitment to be able to meet the requirements of life. The man with high sense of meaningfulness is willing to face challenges and to make efforts to solve problems and to cope with them. It is a motivational-emotional component.

The components of the sense of coherence remain in defined relationship with each other. It is assumed that the most important is the sense of meaningfulness since its strength affects the increase and decrease of the other components. When the sense of meaningfulness is strong, the other components as well tend to rise. However, when the sense of meaningfulness is weak, then all the other components tend to decrease [9, 10, 11]. The sense of coherence, as a personality variable, has a clear influence on human functioning in all areas [9, 10, 11]. According to Antonovsky (his research as well as researches of other authors), the stronger is the sense of coherence, the higher is the possibility that the given person takes more healthy behaviours – it is a directly proportional relationship [9, 10, 11]. That is why related to the high sense of coherence faith in meaningful life and its structured and, to some degree, predictable nature, provides the basis for the man to want to be healthy as well as to function properly in the surrounding world as long as possible [9, 10, 11].

The tool used to measure the level of the sense of coherence is Aaron Antonovsky’s life orientation questionnaire SOC-29, which consists of 29 questions divided into three scales. The questionnaire measures the overall sense of coherence as well as its components, namely, comprehensibility, manageability and meaningfulness. The task of the surveyed person is to answer the questions using a seven item scale, which defines the reactions of the surveyed person, bearing in mind the modality, the source, the requirements and the time of the stimulus [12].

In the recent years there has been an increase of interest among the patients, including oncology patients, in the quality of life and the styles of coping with difficult situations, as well as in using the life orientation level to manage in everyday life [13]. People who get to know about malignancy experience a considerable amount of emotions, changes of mood, anger and a sense of helplessness. This disease is perceived as a turning point in human’s life and as one having a significant impact on its functioning [13]. Many studies ascertain that patients suffering from malignancy present lower sense of coherence when compared with other groups [13, 14, 15].

In addition, it has been concluded that the choice of the strategy to cope with the disease is important in the further prognosis. Problem-oriented strategies, expressing either the active struggle with the disease,

sytuacjach oraz wykorzystaniem poziomu orientacji życiowej do odnalezienia się w codziennym życiu przez pacjentów, w tym chorych onkologicznie [13]. U osób dowiadujących się o chorobie nowotworowej następuje wiele emocji, zmiennych nastrojów, gniew oraz poczucie bezradności. Chorobę tę traktuje się jako punkt przełomowy w życiu człowieka, wpływający w istotny sposób na jego funkcjonowanie [13]. W wielu badaniach stwierdzono, że pacjenci onkologiczni prezentują niższy SOC w porównaniu z innymi grupami [13, 14, 15].

Dodatkowo stwierdzono, że wybór strategii radzenia sobie z chorobą ma istotne znaczenie w dalszym prognozowaniu. Strategie skoncentrowane na problemie, wyrażające aktywne zmaganie się z chorobą, usuwanie źródeł stresu lub zmniejszenie siły jego oddziaływania są bardziej efektywne od strategii ukierunkowanych na emocjach, polegających na wycofywaniu się, rezygnacji, przejawiania lęku i poczucia beznadziejności [16].

Przykładem mogą być badania Kenne Sarenmalm i wsp. [17], którzy badając kobiety po mastektomii wykazali liniową zależność między poziomem SOC a stanem zdrowia i jakością życia. Stwierdził, że wyższy wskaźnik SOC występował u tych badanych, które prowadziły bardziej aktywny tryb życia, były bardziej zrelaksowane i odwracały uwagę od choroby. Pacjentki te zgłaszały także mniej sytuacji stresowych oraz lepiej radziły sobie w trudnych sytuacjach, w przeciwieństwie do kobiet o niskim poziomie SOC, które nie akceptowały choroby i oczekiwały jedynie wsparcia duchowego i społecznego [17]. Z kolei Juczyński [18] stwierdził, że te pacjentki z rakiem sutka, które preferowały strategie akceptacji oraz pozytywnego przewartościowania wykazały lepsze przystosowanie do choroby, natomiast te, które częściej w radzeniu sobie z chorobą nowotworową wybierały zaprzeczenie, charakteryzowały się silniejszymi objawami stresu emocjonalnego oraz gorszym przystosowaniem się do trudnej sytuacji. Dlatego też określenie poziomu SOC i rodzajów stylów radzenia sobie z chorobą może posłużyć jako wykładnik w prognozowaniu opieki nad pacjentem na różnych etapach choroby nowotworowej [13, 14, 15].

Innym przykładem badań z zastosowaniem kwestionariusza SOC-29 jest ocena wpływu poczucia koherencji na podejmowane zachowania zdrowotne pacjentów. W badaniach osób chorujących na cukrzycę typu 1 i 2 stwierdzono istotne różnice w poziomie poczucia zaradności oraz prezentowanymi zachowaniami zdrowotnymi [19, 20]. Chorzy z silnym SOC częściej podejmowali prawidłowe i korzystne zachowania prozdrowotne [19, 21]. Kurowska i Figiel [19] stwierdziły, że określenie poziomu poczucia koherencji i jego składowych oraz poziomu zachowań zdrowotnych i jego podskal może w rzeczywisty sposób wpływać na kierunki prowadzonej edukacji pacjenta z cukrzycą typu 2. Z kolei w badaniach poczucia koherencji i zachowań zdrowotnych osób kwalifikowanych do zabiegów kardiochirurg-

or eliminating the sources of stress, or reducing the strength of the problem's impact are more effective than the emotion-oriented strategies consisting in withdrawal, resignation, manifestation of anxiety and the sense of hopelessness [16].

The research carried out by Kenne Sarenmalm and associates might serve as an example. The scholars, who examined women after mastectomy, have proven the existence of a relationship between SOC level and health and quality of life. The research claims that higher SOC level was reported among women who led more active life or used more relaxation and distraction. Those patients also reported less stressful events and were able to cope with difficult life situations more easily. This is contrary to women with low SOC level, who did not accept the disease and expected only spiritual and social support [17]. Juczyński, in turn, found that those patients with breast cancer who preferred the strategy of acceptance and positive revaluation showed a higher level of adaptation to the disease, while those who more frequently chose denial in coping with cancer, were characterised by stronger symptoms of emotional stress and worse adaptation to a difficult situation. Therefore, defining SOC level and styles of coping with the disease may serve as an exponent in predicting patient's care at various stages of cancer [13, 14, 15].

Another example of a research carried out with the use of SOC-29 questionnaire is the evaluation of the influence of SOC on the health behaviours taken by patients. The research among patients suffering from type 1 and type 2 diabetes found significant discrepancies between the level of manageability and the health behaviours presented [19, 20]. Patients with high SOC more frequently took proper, beneficial health behaviours [19, 21]. Kurowska and Figiel claim [19] that defining SOC level and its components, as well as the level of health behaviours and their subscale, may have a significant impact on the directions of a type 2 diabetes patient's education. The study of SOC and health behaviours among people qualified for the cardiac surgery showed lack of differences among patients with a general sense of coherence and health behaviours. simultaneously differentiating patients according to the level of manageability, proper eating habits, prophylactic activities and health habits (subscales of SOC-29 and Health Behaviour Inventory) [22]. On the basis of the research carried out among patients qualified for cardiac surgery, a conclusion was drawn that the information about SOC may serve as an instructive material for the medical personnel on how to modify lifestyles of patients who suffer from cardiovascular ailments. The information may also help prepare patients for the surgery, especially concerning their mental condition [22, 23].

Yet another example of the application of SOC-29 questionnaire is the evaluation of SOC level together with the sense of knowledge about the disease among patients

gicznych stwierdzono brak różnic między pacjentami w ogólnym poziomie poczucia koherencji i zachowaniami zdrowotnymi, przy jednoczesnym zróżnicowaniu pod względem poziomu zaradności, prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych i praktyk zdrowotnych (podskale SOC-29 i IZZ – Inwentarza Zachowań Zdrowotnych) [22].

Na podstawie badań wykonanych u osób kwalifikowanych do zabiegów kardiochirurgicznych stwierdzono, że informacje dotyczące poziomu poczucia koherencji mogą posłużyć jako materiał informacyjny dla personelu medycznego w celu wprowadzenia modyfikacji w stylu życia pacjentów, u których wystąpiły dolegliwości układu krążenia, a także w celu odpowiedniego przygotowania chorych do zabiegu, ze szczególnym uwzględnieniem sfery psychicznej [22, 23].

Innym przykładem zastosowania kwestionariusza SOC-29 jest ocena poziomu poczucia koherencji oraz poczucia posiadanej wiedzy o chorobie u osób z rozpoznaniem przewlekłej niewydolności tętniczej kończyn dolnych, jako wykładnika w powrocie ich do optymalnego stanu zdrowia [24]. W badaniach tych stwierdzono, że globalny poziom SOC jest wyższy, kiedy pacjenci wskazali, że stosują odpowiednie diety, aktywność fizyczną, znają leczenie skojarzone oraz prowadzą kontrolę poziomu cholesterolu [24].

Dodatnią korelację pomiędzy poczuciem koherencji a poczuciem posiadanej wiedzy na temat choroby przedstawia także praca Marszałek i Domańskiej [25]. Autorzy badali tę zależność u pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru mózgu, często mających słabe rozeznanie w swojej sytuacji zdrowotnej. Do badań orientacji życiowej wykorzystano kwestionariusz SOC-29, natomiast do oceny poczucia posiadanej wiedzy eksperymentalny kwestionariusz własnej konstrukcji. Wykazano dodatni związek między poczuciem koherencji a poczuciem posiadanej wiedzy w zakresie leczenia i usprawniania [25]. Także w badaniach osób z przewlekłym zapaleniem wątroby pod kątem poziomu SOC i posiadanej wiedzy o chorobie stwierdzono, że wskazana jest konieczność monitorowania poziomu koherencji (SOC), jako wykładnika radzenia sobie z chorobą przewlekłą [26].

Badanie omawianych zmiennych (poczucia koherencji i poziomu posiadanej wiedzy) pozwala na ustalenie zakresu opieki w stosunku do potrzeb osób chorych przewlekłe [24, 25, 26]. Jednakże obniżenie poziomu poczucia koherencji wykazuje pewną zależność od typu choroby, najniższe jest w chorobach psychicznych, w chorobach przewlekłych niezagrażających bezpośrednio zdrowiu jest nieznacznie obniżone, a w chorobach związanych z traumą jest stosunkowo wysokie [26, 27, 28, 29]. Kossakowska i Basińska [30] w badaniach poczucia koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane, stwierdziły, że nie występują istotne statystycznie różnice w ogólnym poziomie poczucia koherencji u chorych i zdrowych. Z kolei

with the diagnosed chronic venous insufficiency of the lower extremities as an exponent of them returning to proper health [24]. This research found that the overall SOC level is higher when patients indicate that they use appropriate diet and physical activities, that they know the free-equivalent combinations therapy and that they control the level of cholesterol [24].

A positive correlation between the sense of coherence and the sense of the possessed knowledge about the disease is also presented in the work of Marszałek and Domańska [25]. The authors studied this correlation among patients hospitalized due to stroke, who not infrequently had insufficient knowledge about their condition. SOC-29 questionnaire was used to study life orientation, whereas an experimental questionnaire of own design was applied to study the sense of possessed knowledge. A positive correlation has been proven between the sense of coherence and the sense of the knowledge possessed in terms of treatment and improvement [25]. Also the research carried out among people suffering from hepatitis, measuring SOC level and the level of knowledge about the disease, found that it is advisable to monitor SOC level as an exponent of the ability to cope with a chronic disease [26].

The study of the abovementioned variables (the sense of coherence and the sense of the possessed knowledge) enables to determine the scope of the needed healthcare against the needs of people suffering from chronic diseases [24, 25, 26]. Nevertheless, the decrease of SOC level is to some extent dependant on the type of disease, with the lowest rate of dependency among patients suffering from mental diseases; slightly lowered among patients suffering from non-life threatening chronic diseases and relatively high among patients with trauma related diseases [26, 27, 28, 29]. Kossakowska and associates [30] in their research of SOC among patients with multiple sclerosis found that there are no statistically significant discrepancies in the overall SOC level between healthy and ill people. Szymczak i Taras [31], in turn, compared the SOC level in different study groups. Patients suffering from malignancy and schizophrenia were examined together with a control group of healthy patients. The research showed differences in the SOC level between healthy and ill people. It is believed that low SOC level occurring in clinical groups had its origin in the course of cognitive and emotional processes which characterise the functioning of the human suffering from a disease [26, 27, 29, 31].

Additionally, Oxelmark and associates proved that SOC may decrease due to the intake of bad news and increase because of planning therapeutic interventions. A significant increase of SOC was also observed after a nursing intervention. It may thus be concluded that people with lower SOC might require additional support to become accustomed to the disease [32].

Szymczak i Taras [31] również porównywały poziom poczucia koherencji w różnych grupach badanych – analizie poddano pacjentów z nowotworami, chorych na schizofrenię oraz grupę kontrolną zdrowych. Badania wykazały zróżnicowanie poziomu SOC u chorych i u zdrowych. Sądzi się, że niski poziom poczucia koherencji w grupach klinicznych miał źródło w przebiegu procesów poznawczych i emocjonalnych, charakteryzujących funkcjonowanie człowieka w chorobie [26, 27, 29, 31].

Dodatkowo Oxelmark i wsp. [32] wykazali, że SOC może się zmniejszać w czasie przyjmowania złych wiadomości, a zwiększać się przy planowaniu interwencji terapeutycznych. Znaczny wzrost SOC obserwowano również po interwencji pielęgniarskiej. Można wnioskować, że osoby o niższym SOC mogą potrzebować dodatkowego wsparcia w adaptacji do choroby.

Poczucie koherencji jest także uważane za ważną zmienną związaną z funkcjonowaniem zawodowym. Może wpływać modyfikująco na relacje między poziomem doświadczanego stresu a jego negatywnymi skutkami [33]. Wielu autorów obecnie zwraca uwagę na problem wypalenia zawodowego szczególnie w zawodach medycznych [33, 34, 35, 36]. Według Głuszek-Osuch [35] pielęgnowanie i leczenie to czynności, w których działa swoisty stres psychiczny, który rodzi się z nieustannej konfrontacji z problemami i cierpieniem pacjentów. Dlatego też wykorzystano badanie SOC do określenia poziomu poczucia koherencji, m.in. w grupie ratowników medycznych [33, 37]. Rębak i Głuszek [37] na podstawie badania 336 ratowników medycznych czynnych zawodowo stwierdzili, że poczucie koherencji jest stałą zmienną osobowościową w tej grupie i niezależną od płci, wieku i stażu pracy. Dodatkowo poddali analizie tę zmienną w celu prognozowania dalszego życia zawodowego badanej grupy [33]. W omawianych badaniach stwierdzono średnią wartość ogólnego poziomu SOC na poziomie 142,22 punktów (zakres wartości normatywnych uzyskiwanych przez Antonovsky'ego wynosi 130–160). Jednakże autorzy zwrócili uwagę, że uzyskane wyniki pozwalają na przewidywanie zachowań antyzdrowotnych i tendencji do wypalenia zawodowego oraz na to, że ratownicy medyczni są grupą zawodową wymagającą prowadzenia prac badawczych w obszarze, który obejmowałby style radzenia sobie ze stresem i typy zachowań związanych z pracą [33].

Z kolei Kilik [36] na podstawie badań dotyczących wpływu zasobów własnych na doświadczanie i przeżywanie stresu w miejscu pracy lekarzy różnych specjalizacji stwierdziła, że najbardziej wypaloną zawodowo grupą są neurologi, a najmniej ortopedzi. Badania te potwierdziły hipotezy, że istnieje związek pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego a poczuciem własnej skuteczności i jest on zróżnicowany ze względu na specjalizację [36]. Poczucie koherencji jest uważane za ważną zmienną związaną z funkcjonowaniem zawodowym. SOC może wpływać modyfikująco na relacje między poziomem

The sense of coherence is also considered an important variable related to healthy functioning. It may modify the correlation between the level of experienced stress and its negative effects [33]. Numerous scholars nowadays draw attention to the problem of professional burnout, especially in medical professions [33, 34, 35, 36]. According to Głuszek-Osuch [35] nursing and treatment are both somewhat mentally stressful actions, during which the stress occurs due to the constant exposure to problems and suffering. That is why the SOC questionnaire was used to measure the level of coherence in a group of, inter alia, paramedics [33,37]. Rębak and Głuszek, on the basis of a study of 336 professionally active paramedics, found that the sense of coherence is a continuous variable of personality within this group and is independent on the sex, age or seniority [37]. In addition, they analysed this variable in order to predict further professional life of the study group [33]. In this study, a mean value of the overall SOC level was established at the level of 142,22 points (the normative scope of values obtained by Antonovsky is 130-160). However, the authors pointed out that the obtained results make it possible to predict not only unhealthy behaviours but also the inclination for professional burnout. They also pointed out to the fact that paramedics are a professional group which require examination in the field of styles of coping with the stress and types of job related behaviours [33].

Kilik [36], in turn, basing on the research of the influence of own resources on experiencing and going through stress in the work place of doctors of various medical specialties, concluded that neurologists are the group facing the highest level of professional burnout, while orthopaedists – the lowest. This research proved the hypothesis that there exists a correlation between the level of professional burnout and the sense of one's own efficiency, and that this correlation varies regarding different medical specialties [36]. The sense of coherence is considered a variable related to professional functioning. SOC may modify the correlation between the level of experienced stress and its negative effects [33, 34, 35, 36]. A strong sense of coherence motivates a person to take activities during which the resources, competences and cognitive schemata come into action and result in limitation of the influence of stressors or in perceiving them as positive stimuli and an incentive to act [33].

For many years attention has been drawn to the fact that people suffering from chronic diseases as well as the disabled cannot be treated as the object of the influences, activities or medical treatment but as the subject of the process. Such approach enables the ill and/or disabled person to take activities and be responsible for the progress of treatment and physiotherapy [38]. Therefore, to help the ill and disabled people better and more effectively, one should understand and know them better, and at the same time more effectively direct them to take health behaviours [38].

doświadczanego stresu a jego negatywnymi skutkami [33, 34, 35, 36]. Silnie rozwinięte poczucie koherencji mobilizuje człowieka do aktywności, w toku której zostają uruchomione zasoby lub schematy poznawcze i kompetencje, dzięki którym można ograniczyć działanie stresorów albo odbierać je jako bodźce pozytywne i wyzwanie do działania [33].

Od wielu lat zwraca się uwagę na to że osoby przewlekłe chore i niepełnosprawne nie należy traktować jako przedmiotu oddziaływań, czynności czy zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych, ale jako podmiot tego procesu. Podejście takie umożliwia osobie chorej lub(i) niepełnosprawnej podjęcie aktywności i współodpowiedzialności za postępy w leczeniu i rehabilitacji [38]. Dlatego też, aby lepiej i efektywniej pomagać osobom chorym i niepełnosprawnym, powinno się je lepiej poznać i zrozumieć, a tym samym bardziej efektywnie ukierunkowywać do podejmowania zachowań prozdrowotnych [38]. Analizując wyniki wielu badań na temat znaczenia poczucia koherencji i stylów radzenia sobie ze stresem można stwierdzić, że bardzo ważnym, a niekiedy zasadniczym elementem jest prowadzenie edukacji zdrowotnej wśród chorych w celu podwyższenia poziomu poczucia koherencji [39]. Wysokie SOC może oddziaływać bezpośrednio i za pomocą wzbudzonych zasobów na skuteczne strategie zaradcze. Dodatkowo poziom posiadanej wiedzy przez personel medyczny opiekujący się pacjentem i sposób przekazywania jej ma znaczący wpływ na adaptację i powrót do zdrowia pacjentów [40]. Natomiast badanie poziomu SOC u osób aktywnych zawodowo może pomóc w przewidywaniu zachowań antyzdrowotnych i tendencji do wypalenia zawodowego a tym samym uchronić przed koniecznością wcześniejszego odejścia z pracy [41].

When analysing the results of the research on the subject of the meaning of sense of coherence and styles of coping with stress it may be concluded that an important or even an essential element is the health education among the ill, aiming to increase the level of coherence [39]. High sense of coherence might, directly or via triggered resources, lead to effective coping strategies to occur. What is more, the level of knowledge of the medical personnel taking care of the patient, together with the way of conveying it, has significant impact on adaptation and recovery of the patient [40]. In case of working population, measuring the SOC level may help predict the unhealthy behaviours and the tendency toward professional burnout, thus protecting against voluntary redundancy [41].

Piśmiennictwo / References

1. World Health Organisation. Constitution. Geneva, 1948, WHO.
2. World Health Organisation. Health promotion: a WHO Discussion Document on the Concepts and Principles, 1985.
3. Słopiecka A. Współczesna koncepcja zdrowia i jej determinanty. *Studia Medyczne* 2012; 25(1):85-88.
4. Ostrzyżek A, Marcinkowski T. Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a praktyka kliniczna. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(4): 682-686.
5. Havelka M, Lucanin JD, Lucanin D. Biopsychosocial model the integrated approach to health and disease. *Coll Antropol* 2009;33(1):303-310.
6. Borys B. Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2010;4(1): 44-52.
7. Malak R, Gajewska E, Skommer M, Samborski W. Dlaczego stres nie zawsze szkodzi życiu kobiety i mężczyzny? *Now Lek* 2011; 80(6): 493-498.
8. Heszen, Sęk H. Model salutogenetyczny i jego znaczenie dla psychologii zdrowia W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.) *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007:75-88.
9. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Wydawnictwo Instytutu PiN, Warszawa 2005:46.
10. Włodarczyk P. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne. *Lider* 1998; 6: 13–18.
11. Binnebesel J. Pedagogiczne możliwości kształtowania poczucia koherencji w salutogenetycznej koncepcji zdrowia A. Antonovsky'ego. *Psychoonkologia* 2006;10(2):64-69.
12. Januszewski A. Sense of Coherence Questionnaire (SOC-29). A comparison of the classical and hierarchical sense of coherence model. W: Janowski K, Steuden S. (red.) *The Multidisciplinary Approach to Health and Disease. Selected Papers*. CPPP Scientific Press, Lublin 2011: 236-251.
13. Kurowska K, Jaworska M. Poczucie koherencji (SOC) a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka jajnika i jądra. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010;18(4): 429-434.

14. Mielcarek T, Kozaka J. Funkcjonowanie emocjonalne chorych z objawami niepowodzenia chemioterapii zaawansowanego raka jajnika. *Psychoonkologia* 2006; 1: 10–14.
15. Jawor M, Szprych A, Dimter A, Kuleta M, Dudek D. Poczucie koherencji, style radzenia sobie a adaptacja po zabiegu histerektomii. *Psychiatria Polska* 2002; 5: 759–770.
16. Hyphantis T, Papadimitriou I, Petrakis D i wsp. Psychiatric manifestations, personality traits and health-related quality of life in cancer of unknown primary site. *Psychooncology* 2013;22(9):2009–2015.
17. Kenne Sarenmalm E, Browall M, Persson L.O, Fall-Dickson J, Gaston-Johansson F. Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psychooncology* 2013;22(1):20–27.
18. Juczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 1997; 7212: 3–10.
19. Kurowska K, Figiel O. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne u osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2. *Now Lek* 2009, 78, 3–4, 197–205.
20. Ahola AJ, Mikkilä V, Saraheimo M, Wadén J, Mäkimattila S, Forsblom C, Freese R, Groop PH. Sense of coherence, food selection and leisure time physical activity in type 1 diabetes. *Scand J Public Health* 2012;40(7):621–8.
21. Kurowska K, Brzyska-Wilus B, Felsmann M, Głowacka M. Depresyjność a poczucie koherencji u osób chorych z 1 typem cukrzycy. *Now Lek* 2007; 5: 406–413.
22. Kurowska K, Trzeciak D, Głowacka M, Ponczek D. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne osób kwalifikowanych do zabiegów kardiochirurgicznych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2010; 4: 130–135.
23. Silarova B, Nagyova I, Rosenberger J, Studencan M, Ondusova D, Reijneveld S, van Dijk JP. Sense of coherence as a predictor of health-related behaviours among patients with coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2013;4:24–30.
24. Kurowska K, Gawron A. Poczucie koherencji (SOC) a poziom posiadanej wiedzy o chorobie u osób z rozpoznaną przewlekłą niewydolnością tętniczą kończyn dolnych. *Now Lek* 2008;77(3): 204–208.
25. Marszałek Ł, Domańska Ł. Poczucie koherencji a poczucie posiadanej wiedzy o chorobie u osób po udarze mózgu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2004;13 (4): 317 – 324.
26. Kurowska K, Kolcon M. Poczucie koherencji (SOC) a poziom posiadanej wiedzy o chorobie u osób z rozpoznany przewlekłym zapaleniem wątroby – doniesienia wstępne. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2010;1(2) :30–31.
27. Szymona K, Płotka A. Poczucie koherencji (SOC) a zmienne socjodemograficzne u pacjentów z zaburzeniami nerwowymi. *Annales Universitatis Marie curie – Skłodowska* 2003;13: 275– 281.
28. García-Moya I, Moreno C, Rivera F. Sense of coherence and biopsychosocial health in spanish adolescents. *Psychol Health* 2013;29(1):32–49.
29. Skowron W. Poczucie koherencji pacjentów z wrzodzącym zapaleniem jelita grubego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19 (4): 520–524.
30. Kossakowska M, Basińska M. Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000; 9: 55 –61.
31. Szymczak J, Taras M. Poczucie koherencji w chorobie nowotworowej i schizofrenii. *Psychoonkologia* 1998; 3: 49 – 54.
32. Oxelmark L, Magnusson A, Lofberg R, Hilleras P. Group – Based Intervention Program in Inflammatory Bowel Disease Patients: Effect on Quality of Life. *Inflammatory Bowel Dis* 2007; 13: 182–190.
33. Rębak D, Głuszek S. Poczucie koherencji jako wykładnik w prognozowaniu aktywności zawodowej ratowników medycznych. *Piel Zdr Publ* 2012; 2(2):103–107.
34. Urbańska B, Kurowska K. Poczucie koherencji (SOC) a zachowania zdrowotne u pielęgniarek. *Piel Chir Angiol* 2010;3: 90–95.
35. Głuszek- Osuch M. Wypalenie zawodowe (burnout syndrome) u nauczycieli i personelu medycznego. W: Ciarkowska W, Oniszczenko W. (red.) *Szkice z psychologii różnic indywidualnych*. Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2008, 97–108.
36. Kulik M. Cierpienie, które przerasta, czyli o wypaleniu lekarzy pracujących z ludźmi przewlekle chorymi. *Studia z psychologii w KUL* 2008; 15: 81–11.
37. Rębak D, Głuszek S. Poczucie koherencji ratowników medycznych w kontekście wybranych zmiennych socjodemograficznych. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2012; 4: 465–473.
38. Rynkiewicz M, Czernicki J. Problemy psychospołeczne osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. *Prz Med Uniw Rzesz* 2010; 2: 233–236.
39. Kurowska K, Czepek K. Poczucie koherencji(SOC) a preferowane style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem kamicy żółciowej. *Now Lek* 2009; 78(5–6):300–306.
40. Kurowska K, Sulkowska J. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne wśród pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS) – badania wstępne. *Psychogeriatra Polska* 2011;2:21–29.
41. Volanen S.M, Suominen S, Lahelma E, Koskenvuo K, Koskenvuo M, Silventoinen K. Sense of coherence and intentions to retire early among Finnish women and men. *BMC Public Health* 2010;10: 22.

Adres do korespondencji / Mailing address:

Marlena Rynkiewicz-Andryśkiewicz
ul.T. Michałka 35, 37-300 Leżajsk
tel.: 883 981 893
marlenarynkiewicz@gmail.com