



MAŁGORZATA BASIŃSKA
MARLENA KOSSAKOWSKA
JUSTYNA LICZMAŃSKA
WSP Bydgoszcz

ROZBIEŻNOŚĆ MIĘDZY JA REALNYM A JA IDEALNYM A POCZUCIE KOHERENCJI U OSÓB CHORYCH NA STWARDNIENIE ROZSIANE

Wprowadzenie

Poczucie koherencji wg Aarona Antonovsky'ego to „ogólna orientacja wyrażająca 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” (1995a s. 11). W jego skład wchodzi trzy elementy, które zostały wyodrębnione w procesie analizy historii życia osób, które w swoim życiu doświadczyły szczególnie trudnych zdarzeń i potrafiły sobie z nimi poradzić. W protokołach z badania osób zakwalifikowanych przez Antonovsky'ego do grupy o silnym poczuciu koherencji znaleziono trzy powtarzające się wątki, wyraźnie nieobecne w wypowiedziach osób zaliczonych do grupy o słabym poczuciu koherencji. Były to:

- poczucie zrozumiałości,
- poczucie zaradności (sterowalności),
- poczucie sensowności.

Przez poczucie zrozumiałości Antonovsky rozumiał 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. Przez poczucie zaradności rozumiał stopień, w jakim człowiek spostrzega dostępne zasoby jako wystarczające, by sprostać wymogom życiowym.

Przez poczucie sensowności rozumiał 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. Sensowność wyraża stronę motywacyjną i – zdaniem Antonovsky'ego – jest najważniejszym czynnikiem w poczuciu koherencji. Bez niego poczucia zrozumiałości i zaradności mogą się raczej okazać nietrwale.

Kolejnym składnikiem pod względem ważności jest poczucie zrozumiałości, gdyż warunkiem wysokiego poczucia zaradności jest zrozumienie. Pomimo takiego wartościowania Antonovsky podkreśla mocno i wielokrotnie, że poczucie koherencji jest całością.

Badania pokazują, iż rozwój poczucia koherencji jest w znacznym stopniu uwarunkowany sytuacją rodzinną. Istotny wpływ na jego całkowity poziom mają spójność rodziny i komunikacja w niej panująca (Senka, 1995), a także rodzaj podkreślanych i cenionych w rodzinie wartości. Inaczej się ono rozwija w rodzinach angloamerykańskich, w których najczęściej cenionymi wartościami były przystosowanie i niezależność, a inaczej w rodzinach Indian amerykańskich, podkreślających w swoim życiu wartości moralne i religijne (Bowman, 1997).

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 (Ruiselova i wsp., 1993). W innych badaniach osób dorosłych płeć nie była czynnikiem różnicującym (Anson i wsp., 1993).

Poczucie koherencji jako dyspozycja osobowościowa, bo tak pojmuje je Antonovsky, w istotny sposób wpływa na ludzkie funkcjonowanie. Przeprowadzone dotychczas badania pozwalają na sformułowanie następujących wniosków.

Osoby cechujące się wysokim poczuciem koherencji:

- są w lepszej kondycji psychicznej i fizycznej (Bowman, 1996; Drory i wsp., 1991),
- stosują lepsze, bardziej adekwatne i adaptacyjne techniki radzenia sobie z problemami (Flannery, 1990; Gallagher i wsp., 1994),
- odczuwają znacznie mniej skutków stresów życia codziennego (Bishop, 1993) i łatwiej akceptują nieuniknione trudności w swoim życiu (Nordstrom i wsp., 1995), a także mają mniejsze poczucie obciążenia (Coe i wsp., 1992),
- częściej podejmują się ważnej aktywności, wywiązując się z powierzonych im zadań oraz potrafią utrzymywać intymne relacje z innymi ludźmi (Yehekel, 1995),
- znacząco łatwiej kontrolują siebie i sytuację, w której się znajdują oraz doświadczają znacznie niższego niepokoju (Ruiselova i wsp., 1993), a także odczuwają mniejszą wrogość (Longius, 1992),
- mają zdecydowanie większą satysfakcję życiową (Sagy i wsp., 1990).

Wśród wielu kryteriów dojrzałej osobowości także w koncepcjach Allporta i Masłowa jest wymieniane posiadanie przez osobę adekwatnego i obiektywnego obrazu siebie, który kształtuje się w ciągu życia poprzez pogłębioną refleksję i humor oraz poprzez ciągłe poznawanie siebie (Płużek, 1966). Obraz siebie jest to zespół informacji i wyobrażeń na temat swoich właściwości fizycznych i psychicznych, przeszłych i przyszłych, który ma charakter względnie stały i jest ujmowany jako coś odrębnego od obrazów siebie innych osób, a jednocześnie określa się niejako na ich tle i w kontakcie z nimi. Ten zespół informacji i wyobrażeń na swój temat nie jest dla osoby obojętny, lecz zabarwiony emocjonalnie. To emocjonalne ustosunkowanie do siebie może przybrać formę samoakceptacji lub

samoodrzuca. Pozytywne lub negatywne ustosunkowanie się do siebie samego ma nie tylko charakter emocjonalny, lecz zawiera w sobie komponent poznawczy (Kozielecki, 1981).

Ważnym elementem w strukturze obrazu swojej osoby jest właśnie akceptacja siebie. Jej poziom wpływa bardzo istotnie na pozostałe elementy obrazu siebie oraz ogólne funkcjonowanie człowieka. Należy zaznaczyć, iż akceptacja siebie nie jest aprobowaniem siebie takim, jakim się jest bez chęci zmiany na lepsze. Człowiek akceptujący siebie stara się poznać siebie i swoje przeżycia bez poczucia zagrożenia, lecz z nastawieniem na pracę nad sobą (Kwak, 1980). Poczucie swojej wartości jest podstawą istnienia zdrowia psychicznego w szerokim rozumieniu. Jeden z elementów poczucia swojej wartości, zaufanie społeczne, jest predykatem życiowej satysfakcji i kompetencji zawodowych w życiu dorosłym (Kalimo, Vuori, 1990). Osoby z wysoką satysfakcją życiową i wysoką kompetencją zawodową miały zdecydowanie najwyższe poczucie koherencji, gdy niska była satysfakcja życiowa lub/i niska kompetencja zawodowa, to towarzyszyło im zdecydowanie niższe poczucie koherencji (Kalimo, Vuori, 1990). By pomagać osobom chorym osiągać większą satysfakcję życiową pomimo istniejących niewątpliwie trudności, należałoby uczyć ich takiego przewartościowywania wydarzeń życiowych, które pozwoliłoby nadać im sens, a przez to zwiększyć poczucie koherencji, w którym poczucie sensu jest najistotniejsze wg twórcy teorii.

Poniższe badanie odnosi się do pacjentów chorych na chorobę neurologiczną, tj. na stwardnienie rozsiane. Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex – SM*) jest chorobą przewlekłą, charakteryzującą się nawracającymi epizodami demielinizacji CUN i powstawaniem w nim rozsianych drobnych ognisk nazywanych plakami (Cendrowski, 1993). Etiologia choroby nie jest wystarczająco poznana, obecnie w patogenезie przyjmuje się wśród wielu teorii występowanie odczynu odpornościowego przeciw mielinie, być może indukowanego przez wirus (Hope i wsp, 1995). Choroba charakteryzuje się różnorodnymi objawami klinicznymi w zależności od przypadku: pogorszenie lub utrata wzroku spowodowane zapaleniem bądź zanikiem nerwu wzrokowego, drętwienie, niedowład lub porażenie kończyn, zawroty głowy, znużenie, zaburzenia oddawania moczu, stolca, ból. Rzadziej można spotkać niedowład nerwu twarowego, padaczkę, afazję itp. (Cendrowski, 1993). Choroba jest nieuleczalna. Ma charakter chroniczny, cechuje się zmienną dynamiką: rzuty choroby zdarzają się w różnych odstępach czasowych pomiędzy tzw. remisjami.

Cele badania

Celem podjętych badań była odpowiedź na pytanie: czy i jaka rozbieżność pomiędzy *Ja* realnym, a *Ja* idealnym u chorych na stwardnienie rozsiane wpływa na poziom poczucia koherencji.

Skoro poczucie koherencji jest tak ważną dyspozycją osobowościową, od której zależy funkcjonowanie człowieka, także w warunkach trudnych, to wydaje się być zasadne

i interesujące zbadanie go w sytuacji choroby przewlekłej i postępującej, jaką jest SM zarówno z punktu widzenia poznawczego, jak i terapeutycznego.

Poczucie koherencji jako przekonanie, które reguluje pewien typ zachowań saluto-genetycznych jest rozpatrywane przez Antonovsky'ego jako dyspozycja osobowościowa mobilizująca i uruchamiająca odpowiednie do obciążenia potencjalne zasoby odpornościowe, które wyzwalają odpowiednie działanie. Możemy więc przypuszczać, że poczucie koherencji będzie związane z inną dyspozycją osobowościową, jaką jest samoakceptacja. Pojawia się pytanie: czy stopień rozbieżności pomiędzy *Ja* realnym, a *Ja* idealnym (wysoka lub niska samoakceptacja) jest powiązany z poczuciem koherencji i czy sytuacja choroby ma wpływ na zależność pomiędzy tymi dwiema zmiennymi.

W związku z powyższym problemem badawczym sformułowano następujące hipotezy badawcze:

H₀ – wysoka rozbieżność między *Ja* realnym a *Ja* idealnym jest powiązana z niskim poczuciem koherencji, co szczególnie uwidoczni się w sytuacji choroby przewlekłej i postępującej, jaką jest SM.

H₁ – poziom poczucia koherencji jest niższy w sytuacji choroby przewlekłej i nie wyleczalnej, jaką jest SM, niż w sytuacji zdrowia.

H₂ – 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.

Metoda

Osoby badane

W badaniach, które zostały przeprowadzone indywidualnie, wzięło udział 30 pacjentów ze stwierdzeniem rozsianym (15 mężczyzn i 15 kobiet) oraz 30 osób zdrowych, tj. bez zaburzeń psychicznych i nie chorujących przewlekłe na chorobę somatyczną bądź neurologiczną. Obie grupy były wyrównane pod względem wieku i wykształcenia. Średnia wieku badanych wynosiła: 47,03 dla chorych i 46,06 dla zdrowych. Średnia lat edukacji badanych wynosiła: 12,60 dla chorych i 12,67 dla zdrowych. Do chorych docierano poprzez Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, a także na oddziałach szpitalnych*. Zdrowi rekrutowali się spośród czynnych zawodowo oraz gospodyń domowych.

* Autorzy składają serdeczne podziękowania wszystkim chorym, którzy wzięli udział w badaniu.

Narzędzia badawcze

Do badania rozbieżności między ja realnym a ja idealnym wykorzystano 37-czynnikowy Test Przymiotników H.B. Gougha i A.B. Heilbruna. Zadaniem badanego był wybór przymiotników opisujących osobę badaną (*Jaki jestem?*) oraz wybór cech idealnych OB (*Jaki chciałbym być?*) (Gough, 1983).

Stopień rozbieżności pomiędzy obrazami zbadano wg wzoru:

$$D = \sqrt{\frac{\sum(a - b)^2}{37}}$$

a – wyniki w poszczególnych skalach obrazu *Ja* realnego

b – wyniki w poszczególnych skalach obrazu *Ja* idealnego

Do badania poczucia koherencji wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) A. Antonovsky'ego (Antonovsky, 1995a).

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 informacji o sytuacji osobistej i obrazie choroby pacjenta, dzięki którym możliwe było ustalenie dodatkowych zmiennych do badania (sprawność, aktywność, czas chorowania).

Za **osobę sprawną** uznawano taką, która określiła siebie jako samodzielną lub przejawiała taki zestaw objawów choroby, które zapewniały jej możliwość poruszania się bez pomocy osób drugich bądź sprzętu inwalidzkiego (wg klasyfikacji niewydolności ruchowej EDSS J. Kurtzke'go: 4 DSS [za: Cendrowski, 1993, s. 196]).

Za **osobę aktywną** uznano taką, która pracuje zawodowo, prowadzi dom bądź udziela się społecznie.

Chorych podzielono ze względu na czas chorowania, a granicą podziału był okres 5 lat. Kierowano się tzw. zasadą 5 lat Kurtzke'go 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 (za: Cendrowski, 1993).

Wyniki

Analizując otrzymane wyniki zastosowano test t-Studenta do badania różnic między dwiema średnimi dla prób skorelowanych. Przy podziale badanych osób na tych z dużą bądź z małą rozbieżnością pomiędzy *Ja* realnym, a *Ja* idealnym zastosowano test mediany.

1. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w poczuciu koherencji pomiędzy osobami chorymi na SM a osobami zdrowymi (por. tabela 1).

Tabela 1. Średnie wyniki otrzymane w teście SOC-29 w grupie osób chorych na SM i w grupie osób zdrowych

Skale SOC-29	SM		Zdrowi		t-Studenta	p.i.
	Średnia	Odch. Std.	Średnia	Odch. Std.		
Poczucie zrozumiałości	49.00	12.11	49.40	7.70	0.150	n.i.
Poczucie sensowności	44.70	6.87	44.97	6.60	0.153	n.i.
Poczucie sterowalności	50.63	9.94	50.67	6.36	0.018	n.i.
Poczucie koherencji	144.33	23.48	145.03	16.90	0.130	n.i.

2. Badania wykazały istotne różnice w poczuciu koherencji ($t = 3.035, p = .01$) pomiędzy chorymi na SM mężczyznami i kobietami. Kobiety mają zdecydowanie wyższe poczucie koherencji. Ta istotna różnica dotyczy także dwóch elementów składowych poczucia koherencji, a mianowicie: poczucia zrozumiałości ($t = 2.529, p = .02$) i poczucia sterowalności ($t = 3.140, p = .01$) (por. tabela 2).

Tabela 2. Średnie wyniki otrzymane w teście SOC-29 w grupie osób chorych na SM w zależności od płci

Skale SOC-29	Mężczyźni		Kobiety		t-Studenta	p.i.
	Średnia	Odch. Std.	Średnia	Odch. Std.		
Poczucie zrozumiałości	45.13	12.79	52.87	10.40	2.529	.02
Poczucie sensowności	43.60	8.25	45.80	5.20	1.215	n.i.
Poczucie sterowalności	46.80	9.31	54.47	9.29	3.140	.01
Poczucie koherencji	135.53	23.16	153.13	20.96	3.035	.01

3. W grupie osób zdrowych nie było istotnych różnic pomiędzy mężczyznami i kobietami w zakresie ogólnego poczucia koherencji i w zakresie jego elementów składowych (por. tabela 3).

Tabela 3. Średnie wyniki otrzymane w teście SOC-29 w grupie osób zdrowych w zależności od płci

Skale SOC-29	Mężczyźni		Kobiety		t-Studenta	p.i.
	Średnia	Odch. Std.	Średnia	Odch. Std.		
Poczucie zrozumiałości	51.20	8.76	47.60	6.25	1.802	n.i.
Poczucie sensowności	43.47	8.13	46.47	4.39	1.747	n.i.
Poczucie sterowalności	51.13	7.43	50.20	5.29	0.549	n.i.
Poczucie koherencji	145.80	21.40	144.27	11.50	0.339	n.i.

4. Porównanie mężczyzn chorych z mężczyznami zdrowymi ujawniło istotną różnicę w poczuciu zrozumiałości ($t = 2.108, p = .05$). Mężczyźni zdrowych cechuje wyższe poczucie zrozumiałości (por. tabela 4).

Tabela 4. Średnie wyniki otrzymane w teście SOC-29 pomiędzy mężczyznami z obu grup

Skale SOC-29	Mężczyźni – SM		Mężczyźni – zdrowi		t-Studenta	p.i.
	Średnia	Odch. Std.	Średnia	Odch. Std.		
Poczucie zrozumiałości	45.13	12.79	51.20	8.76	2.108	.05
Poczucie sensowności	43.60	8.25	43.47	8.13	0.060	n.i.
Poczucie sterowalności	46.80	9.31	51.13	7.43	1.958	n.i.
Poczucie koherencji	135.53	23.16	145.80	21.40	1.754	n.i.

5. Porównanie kobiet chorych z kobietami zdrowymi także ujawniło istotną różnicę w poczuciu zrozumiałości, lecz w odwrotnym kierunku, tzn., że kobiety chore mają wyższe poczucie zrozumiałości ($t = 2.253, p = .05$). Cechuje je także istotnie wyższe poczucie sterowalności ($t = 2.151, p = .05$) (por. tabela 5).

Tabela 5. Średnie wyniki otrzymane w teście SOC-29 pomiędzy kobietami z badanych grup

Skale SOC-29	Kobiety – SM		Kobiety – zdrowe		t-Studenta	p.i.
	Średnia	Odch. Std.	Średnia	Odch. Std.		
Poczucie zrozumiałości	52.87	10.40	47.60	6.25	2.253	.05
Poczucie sensowności	45.80	5.20	46.47	4.39	0.530	n.i.
Poczucie sterowalności	54.47	9.29	50.20	5.29	2.151	.05
Poczucie koherencji	153.13	20.96	144.27	11.50	1.996	n.i.

Tabela 6. Średnie wyniki otrzymane w teście SOC-29 w grupie osób chorych na SM w zależności od czasu chorowania

Skale SOC-29	Od 1 do 5 lat		Powyżej 6 lat		t-Studenta	p.i.
	Średnia	Odch. Std.	Średnia	Odch. Std.		
Poczucie zrozumiałości	51.40	12.10	48.52	12.30	0.899	n.i.
Poczucie sensowności	45.00	4.90	44.64	7.28	0.221	n.i.
Poczucie sterowalności	56.40	8.32	49.48	9.97	2.870	.01
Poczucie koherencji	152.80	21.49	142.64	23.90	1.702	n.i.

6. Wyniki zamieszczone w tabeli 6 pokazują, iż czas chorowania jest czynnikiem istotnie wpływającym na poziom poczucia sterowalności ($t = 2.87, p = .01$), który jest wyższy u osób chorujących krócej.

7. Stopień samodzielności okazał się czynnikiem nie różnicującym poziom poczucia koherencji (por. tabela 7).

Tabela 7. Średnie wyniki otrzymane w teście SOC-29 w grupie osób chorych na SM w zależności od stopnia samodzielności

Skale SOC-29	Samodzielni		Słabo samodzielni		t-Studenta	p.i.
	Średnia	Odch. Std.	Średnia	Odch. Std.		
Poczucie zrozumiałości	50.57	11.33	45.33	13.74	1.585	n.i.
Poczucie sensowności	44.33	6.98	45.56	6.93	0.673	n.i.
Poczucie sterowalności	50.71	10.44	50.44	9.25	0.104	n.i.
Poczucie koherencji	145.62	22.42	141.33	26.96	0.659	n.i.

8. Osoby aktywne pomimo przeżywanej choroby mają istotnie wyższe poczucie sensowności w porównaniu z osobami mało aktywnymi ($t = 2.974, p = .01$). Zdecydowanie wyższe poczucie koherencji mają także osoby aktywne, lecz ze względu na duże zróżnicowanie wyników w grupie różnica ta nie jest istotna statystycznie (por. tabela 8).

Tabela 8. Średnie wyniki otrzymane w teście SOC-29 w grupie osób chorych na SM w zależności od stopnia aktywności

Skale SOC-29	Aktywni		Mało aktywni		t-Studenta	p.i.
	Średnia	Odch. Std.	Średnia	Odch. Std.		
Poczucie zrozumiałości	49.30	11.98	48.00	13.45	0.389	n.i.
Poczucie sensowności	46.17	4.82	39.86	10.35	2.974	.01
Poczucie sterowalności	51.09	9.46	49.14	12.06	0.685	n.i.
Poczucie koherencji	146.57	21.07	137.00	30.89	1.378	n.i.

9. Osoby o dużym stopniu rozbieżności pomiędzy *Ja* realnym a *Ja* idealnym mają istotnie niższe poczucie koherencji ($t = 3.755, p = .001$), a także istotnie niższe poczucie zrozumiałości ($t = 3.079, p = .01$) i poczucie sterowalności ($t = 3.487, p = .01$), niż osoby o małym stopniu rozbieżności między tymi obrazami (por. tabela 9).

Tabela 9. Średnie wyniki otrzymane w teście SOC-29 w grupie osób chorych na SM o dużym i małym stopniu rozbieżności między *Ja* realnym a *Ja* idealnym

Skale SOC-29	Duża rozbieżność		Mała rozbieżność		t-Studenta	p.i.
	Średnia	Odch. Std.	Średnia	Odch. Std.		
Poczucie zrozumiałości	43.10	9.06	51.95	12.55	3.079	.010
Poczucie sensowności	42.70	5.44	45.70	7.41	1.758	n.i.
Poczucie sterowalności	45.00	9.20	53.45	9.25	3.487	.010
Poczucie koherencji	130.80	16.94	151.10	23.68	3.755	.001

10. Podobne różnice ujawniły się w grupie osób zdrowych i choć nie są tak duże to są także istotne statystycznie: poczucie zrozumiałości ($t = 2.768, p = .01$), poczucie sterowalności ($t = 2.253, p = .05$), poczucie koherencji ($t = 2.584, p = .05$) (por. tabela 10).

Tabela 10. Średnie wyniki otrzymane w teście SOC-29 w grupie osób zdrowych o dużym i małym stopniu rozbieżności między *Ja* realnym a *Ja* idealnym

Skale SOC-29	Duża rozbieżność		Mała rozbieżność		t-Studenta	p.i.
	Średnia	Odch. Std.	Średnia	Odch. Std.		
Poczucie zrozumiałości	43.10	9.06	48.88	6.66	2.768	.01
Poczucie sensowności	42.70	5.44	43.29	7.36	0.347	n.i.
Poczucie sterowalności	45.00	9.20	49.59	5.98	2.253	.05
Poczucie koherencji	130.80	16.94	141.76	15.32	2.284	.02

Otrzymane wartości średnich rozbieżności pomiędzy obrazami realnymi i idealnymi dla grupy eksperymentalnej i kontrolnej są nieistotne statystycznie ($t = 1.796$, przy $df = 29$), aczkolwiek wskazują na pewną tendencję do wyższej rozbieżności pomiędzy obrazami *Ja* u osób zdrowych. W związku z powyższym można było przeprowadzić dalszą analizę statystyczną posiadanego materiału w oparciu o test mediany.

11. U osób o małej rozbieżności między *Ja* realnym a *Ja* idealnym z obu badanych grup nie ujawniły się żadne istotne różnice w zakresie poziomu poczucia koherencji, aczkolwiek zauważalna jest pewna tendencja do wyższego poziomu we wszystkich skalach w grupie chorych na SM (por. tabela 11).

Tabela 11. Średnie wyniki otrzymane w teście SOC-29 w grupie osób chorych na SM i w grupie osób zdrowych o małej rozbieżności między *Ja* realnym a *Ja* idealnym

Skale SOC-29	SM		Zdrowi		t-Studenta	p.i.
	Średnia	Odch. Std.	Średnia	Odch. Std.		
Poczucie zrozumiałości	51.95	12.55	48.88	6.66	1.164	n.i.
Poczucie sensowności	45.70	7.41	43.29	7.36	1.243	n.i.
Poczucie sterowalności	53.45	9.25	49.59	5.98	1.888	n.i.
Poczucie koherencji	151.10	23.68	141.76	15.32	1.784	n.i.

Tabela 12. Średnie wyniki otrzymane w teście SOC-29 w grupie osób chorych na SM i w grupie osób zdrowych o dużej rozbieżności między *Ja* realnym a *Ja* idealnym

Skale SOC-29	SM		Zdrowi		t-Studenta	p.i.
	Średnia	Odch. Std.	Średnia	Odch. Std.		
Poczucie zrozumiałości	43.10	9.06	50.08	9.12	2.924	.010
Poczucie sensowności	42.70	5.44	47.15	4.88	3.279	.010
Poczucie sterowalności	45.00	9.20	52.08	6.80	3.333	.010
Poczucie koherencji	130.80	16.94	149.31	18.51	3.973	.001

12. W grupie osób o dużej rozbieżności między badanymi obrazami *Ja*, osoby zdrowe otrzymały zdecydowanie wyższe wyniki we wszystkich skalach w porównaniu z osobami chorymi, tj. w poczuciu koherencji, poczuciu zrozumiałości, poczuciu sensowności i w poczuciu sterowalności (por. tabela 12).

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 najprawdopodobniej zależy od innych czynników, takich jak m.in.: płeć, czas chorowania, aktywność, co znalazło potwierdzenie w przeprowadzonym badaniu.

Wykonane badania pokazują, iż poziom poczucia koherencji w grupie osób zdrowych nie różnicuje się pod względem płci, natomiast w grupie osób chorych płeć okazała się czynnikiem istotnie różnicującym w zakresie poczucia koherencji, poczucia zrozumiałości i sterowalności. Podobne wyniki uzyskano w przeprowadzonych dotychczas badaniach opisywanych w literaturze, aczkolwiek nie są one jednoznaczne (Ruiselova i in. 1993). Można by się zastanowić, dlaczego kobiety chore na SM mają tak zdecydowanie wyższe poczucie koherencji zarówno od mężczyzn chorych na SM, jak i od kobiet zdrowych? Być może odpowiedź zawarta jest w badaniach przeprowadzonych przez Brooks i Matsona (1982) na większej próbie chorych na SM, w których lepiej przystosowane do sytuacji choroby były kobiety, które cechowały się wewnątrzsterownością. Można również zadać sobie pytanie, czy to przewlekła i nie rokująca choroba wymusza zachowania ułatwiające przystosowanie, pomimo nasilania się fizycznej niesprawności.

Płeć okazała się czynnikiem różnicującym pomiędzy zdrowymi i chorymi mężczyznami; ci pierwsi mają wyższe poczucie zrozumiałości. Być może jest to związane z bardziej poznawczym sposobem funkcjonowania mężczyzn, a przewlekła choroba jest trudna do przyjęcia jako sensowna, spójna i ustrukturalizowana.

Dłuższy czas chorowania przyczyniał się do obniżania poczucia sterowalności, co wydaje się być możliwe do wyjaśnienia faktem nasilania się objawów fizycznych w miarę trwania choroby i w związku z tym z coraz większymi trudnościami w sprostaniu wymogom życiowym.

Przeprowadzone badania potwierdzają, że wysoka rozbieżność między *Ja* realnym a *Ja* idealnym jest istotnie statystycznie powiązana z niskim poczuciem koherencji zarówno w grupie osób chorych, jak i zdrowych, aczkolwiek siła tego powiązania jest większa w grupie chorych na SM, co potwierdza hipotezę zerową.

Należy zauważyć, iż ta rozbieżność nie ma większego wpływu na poziom poczucia koherencji, gdy jej stopień jest niewielki. Natomiast duża rozbieżność w sytuacji bycia chorym w bardzo istotnym stopniu obniża poczucie koherencji z wszystkimi jego składowymi. Chcielibyśmy być zgodni z autorem koncepcji poczucia koherencji (Antonovsky, 1995b)

i wtedy można przypuszczać, że poziom poczucia koherencji u tych osób był obniżony już przed zachorowaniem. W związku z tym, gdy nieuleczalna i przewlekła choroba dotknęła osoby o niższym poczuciu koherencji, to miały one trudności, by napływające bodźce ze środowiska wystarczająco uporządkować poznawczo, nadać im sens i sprostać wymaganiom, jakie się z nimi wiążą.

Podsumowując przeprowadzone badania nasuwa się spostrzeżenie, że w badanych grupach zwykle najniższe było poczucie sensowności, przy jednoczesnym często najwyższym poczuciu sterowalności. Jest to fakt warty zastanowienia także dlatego, że wg Antonovsky'ego poczucie sensowności jest najważniejszą składową poczucia koherencji. Być może mamy do czynienia ze zjawiskiem przystosowania do wymagań życia na poziomie funkcjonowania behawioralnego, bez dodatkowego analizowania, jakby z pominięciem sfery emocjonalno-motywacyjnej. Gdy człowieka dotyka cierpienie związane z faktem utraty zdrowia, czy też z nasileniem obciążenia trudem życia szczególnie ważne z punktu terapeutycznego jest, by człowiek ujrzał bądź nadal sens temu, czego doświadcza. Dzięki temu będzie miał wyższe poczucie jakości swego życia.

Wnioski

1. Wysoka rozbieżność między *Ja* realnym a *Ja* idealnym jest powiązana z niskim poczuciem koherencji zarówno w grupie chorych, jak i zdrowych. W grupie chorych na SM ta zależność jest silniejsza.
2. U chorych na SM poczucie koherencji zależy od płci, czasu chorowania i aktywności chorego.
3. Kobiety chore na SM mają istotnie wyższe poczucie koherencji w porównaniu ze zdrowymi (bez względu na płeć) i chorymi na stwardnienie rozsiane mężczyznami.
4. Warto w rehabilitacji chorych na SM zwrócić uwagę na wzmocnienie poczucia sensowności przeżywanego doświadczeń.

LITERATURA

Anson O., Paran E., Neumann L., Chernikochovsky D. (1993): *Gender differences in health perception and their predictors*. [w:] „Social Science and Medicine”, 36 (4), 419-427.

Antonovsky A. (1995a): *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa, Fundacja IPN

Antonovsky A. (1995b): *The moral and the healthy: Identical, overlapping, or orthogonal?* [w:] „Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences”, 32 (1), 5-12.

Bishop G.D. (1993): *The sense of coherence as a resource in dealing with stress*. [w:] „Psychologia An International Journal of Psychology in the Orient”, 36 (4), 259-265.

Bowman B.J. (1996): *Cross-cultural validation of Antonovsky's Sense of Coherence*. [w:] „Journal of Clinical Psychology”, 52 (5), 547-549.

- Bowman B.J. (1997): *Cultural pathways toward Antonovsky's Sense of Coherence*. [w:] „Journal of Clinical Psychology”, 53(2), 139-142.
- Brooks N.A., Maston R.R. (1982): *Social-psychological adjustment to multiple sclerosis: A longitudinal study*. [w:] „Social Science and Medicine”, 16 (24), 2129-2135.
- Cendrowski W. (1993): *Stwardnienie rozsiane*. Wydanie II uzupełnione. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Coe R.M., Miller D.K., Flaherty J.H. (1991-92): *Sense of coherence and perception of caregiving burden*. [w:] „Behavior, Health and Aging”, 2 (2), 93-99.
- Drory Y., Florian V., Kravetz S. (1991): *Sense of coherence: Sociodemographic variables and perceived psychological and physical health*. [w:] „Psychologia Israel Journal of Psychology”, 2 (2), 119-125.
- Flannery R.B., Flannery G.J. (1990): *Sense of coherence, life stress, and psychological distress: A prospective methodological inquiry*. [w:] „Journal of Clinical Psychology”, 46 (4), 415-420.
- Gallagher T.J., Wagenfeld M.O., Baro F. (1994): *Sense of coherence, coping and caregiver role overload*. [w:] „Social Science and Medicine”, 39 (12), 1615-1622.
- Gough H.G., Heilbrun A.B. (1983): *The Adjective Check List. Manual*. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, Inc.
- Hope R.A., Longmore J.M., Moss P.A.H., Warrens A.N. (1995): *Oksfordzki podręcznik lekarza klinicysty*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kalimo R., Vuori J. (1991): *Work factors and health: The predictive role of pre-employment experiences*. [w:] „Journal of Occupational Psychology”, 64 (2), 97-115.
- Kozielecki J. (1981): *Psychologiczna teoria samowiedzy*. Warszawa, PWN.
- Kwak A. (1980): *Obraz samego siebie u młodzieży z wysoką i niską samoakceptacją*. Prace Instytutu Profilaktyki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego, t. 5, 181-198.
- Langius A., Bjorvell H., Antonovsky A. (1992): *The sense of coherence concept and its relations to personality traits in Swedish samples*. [w:] „Scandinavian Journal of Caring Sciences”, 6 (3), 165-171.
- Nordstrom G., Lutzen K. (1995): *Acceptance osteomy surgery: A Swedish pilot study*. [w:] „Scandinavian Journal of Caring Sciences”, 9 (1), 11-15.
- Plużek Z. (1966): *Skrypt z teorii osobowości*. Lublin, Wydawnictwo KUL.
- Ruiselova Z., Prokopcakova A. (1993): *Sense of coherence (SOC) and its relations to cognitive (sense of control) and dynamic variables*. [w:] „Studia Psychologica”, 35 (4-5), 373-376.
- Sagy S., Antonovsky A., Adler I. (1990): *Explaining life satisfaction in later life: The sense of coherence model and activity theory*. [w:] „Behavior, Health and Aging”, 1 (1), 11-25.
- Senka J. (1995): *Coping processes in groups at risk in the context of psychological health aspects*. [w:] „Studia Psychologica”, 37 (3), 154-156.
- Yeheskel A. (1995): *The intimate environment and the sense of coherence among Holocaust survivors*. [w:] „Social Work in Health Care”, 20 (3), 25-35.