

Irena Jelonkiewicz

Zakład Psychologii Klinicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

PRZEGLĄD BADAŃ NAD KORELATAMI I REGULUJĄCYMI FUNKCJAMI POCZUCIA KOHERENCJI¹

WSTĘP

Przygotowany artykuł stanowi omówienie piśmiennictwa na temat poczucia koherencji (w ujęciu A. Antonovsky'ego) i związku tego zjawiska z funkcjonowaniem ludzi. Przedmiotem prezentacji są dane i wnioski zawarte w około 46 tekstach (z czasopism), mówiące o koherencji zarówno z perspektywy teoretycznej jak i empirycznej. Analiza tej literatury prowadzi do wyróżnienia kilku merytorycznych wątków badań nad korelatami i regulacyjnymi funkcjami poczucia koherencji.

Koherencja a inne zjawiska psychologiczne

Na początek kilka informacji o własnościach skali do pomiaru SOC (sense of coherence). Badania takie wykonano w 20 krajach (3). W 26 pracach badawczych opisujących dłuższą 29-punktową wersję kwestionariusza, & Cronbacha osiągało od 0.82 do 0.95. W 16 pracach analizujących krótszą wersję tegoż kwestionariusza, & Cronbacha wynosiło od 0.74 do 0.91. Korelacje test-retest pokazywały zadowalającą stałość narzędzia (np. 0.54 po 2 latach). Sprawdzano również trafność teoretyczną skali korelując ją ze zmiennymi z następujących obszarów: ogólna orientacja na siebie i środowisko; stresory; zdrowie, choroba oraz dobre samopoczucie; postawy i zachowania. Większość tych korelacji była istotna statystycznie. Również Frenz i Carey (10) wykazali, że skala SOC ma zadowalającą wewnętrzną spójność oraz rzetelność mierzoną test-retest. Anali-

¹ Praca wykonana w ramach tematu nr 26: „Badania poczucia koherencji (SOC) i strategii radzenia sobie a zdrowie psychiczne młodych ludzi w sytuacji bezrobocia” realizowanego w Zakładzie Psychologii Klinicznej IPiN (1995).

za czynnikowa wyników badania 374 osób pozwoliła wyodrębnić 5, a potem 1 czynnik, co sugeruje, że skala jest narzędziem dostatecznie wysyconym poczuciem koherencji. Walidacja na próbie osób zdrowych wykazała, że mają one wyższe wyniki w skali SOC od prób klinicznych. Równocześnie wyniki SOC negatywnie korelowały z samoopisem w zakresie: postrzegania stresu, lęku jako cechy i nasilenia aktualnej depresji.

Korotkov (12) ocenił skrócony kwestionariusz SOC badając nim 2-krotnie 712 studentów. Dołączył również pomiar stresu i dolegliwości somatycznych. Inne zmienne takie jak: płeć, wcześniejsze objawy, poziom stresu pozwalały lepiej niż SOC przewidywać nasilenie dolegliwości somatycznych w powtórnym badaniu. Oceniał więc krytycznie skróconą wersję narzędzia.

Uwagi teoretyczne Siegrista (20) dotyczyły dwóch zagadnień. Pierwsze z nich odnosi się do sposobu integrowania doświadczeń emocjonalnych w pojęciu poczucia koherencji. Drugie to problem połączenia zmiennych socjologicznych i psychologicznych w modelu teoretycznym Antonovsky'ego.

Charakterystyka funkcjonowania rodziny a koherencja

Badano różne charakterystyki życia rodzinnego pozostające w relacji z SOC np. satysfakcję z życia rodzinnego, rodzaj klimatu rodzinnego, percepcję ról rodziców. Inne zmienne współwystępujące w pracach to: rodzaj choroby dziecka, miejsce zamieszkania, rodzaj stosowanych strategii radzenia.

Margalit i inni (15) zajmowali się poczuciem koherencji, strategiami radzenia sobie i klimatem rodzinnym w 78 rodzinach z dzieckiem chorym (zaburzenia zachowania i emocjonalne, opóźnienia w rozwoju umysłowym) i w 83 rodzinach z dziećmi zdrowymi. Autorzy ci stwierdzili, że rodzice chorych dzieci w porównaniu do rodziców zdrowych dzieci mieli niższy poziom poczucia koherencji, stosowali w większym stopniu strategię unikania, mniejszą wagę przywiązywali do stosunków między członkami rodziny i ich osobistego rozwoju. W 3 obszarach pojawiły się istotne różnice wyników między matkami i ojcami. Zróżnicowanie dotyczyło poziomu poczucia koherencji, częstości stosowania strategii unikania oraz oceny możliwości osobistego rozwoju. Rodzicielska strategia unikania była negatywnie skorelowana z poziomem poczucia koherencji i wykształceniem rodziców.

W innej pracy (14) sprawdzano różnice między dziewczętami i chłopcami w zakresie niektórych właściwości osobowości, percepcji klimatu rodzinnego, poziomu społecznych umiejętności a także poczucia koherencji. Zbadano 371 chłopców i 371 dziewcząt w wieku 12-16 lat.

Okazało się, że poczucie koherencji nie różnicuje obu grup. Różnice dotyczyły pozostałych zmiennych. Chłopcy bardziej niż dziewczęta spostrzegali rodzinę jako wzmacniającą ich osobisty rozwój. Dziewczynki charakteryzowały się wyższym poziomem umiejętności społecznych niż chłopcy. Dane z kwestionariuszy osobowościowych pokazywały, że chłopcy osiągają wyższe od dziewczynek wyniki w skali: psychotyczności, dziewczęta zaś - w skali: neurotyzmu, ekstrawersji i kłamstwa.

W analizowanych pracach autorzy wykorzystują schemat, w którym poczucie koherencji rozpatrywane jest łącznie z innymi zmiennymi charakteryzującymi rodzinę lub rodziców (klimat rodziny, rodzaj strategii radzenia sobie, poziom satysfakcji z życia rodzinnego) lub status rodziny (miejsce zamieszkania, wykształcenie rodziców).

Badano różnice w zakresie tych zmiennych w zależności od posiadania w rodzinie zdrowego lub chorego dziecka.

Kierunek zależności między interesującą nas zmienną (SOC) a jej korelatami nie jest jasno zaznaczony. Nie wiadomo czy mając niższy poziom poczucia koherencji stosuje się mniej adaptacyjne strategie, gorzej ocenia sytuację rodzinną etc. Prawdopodobne jest jednak, że stosowane strategie unikania, poczucie niewielkiej satysfakcji z życia rodzinnego, ciężar choroby dziecka wpływają na obniżenie poziomu SOC.

W tym obszarze nie odnaleziono badań typu longitudinalnego, które mogłyby przybliżyć odpowiedzi na postawione pytania.

Koherencja a radzenie sobie z sytuacjami trudnymi

W referowanych artykułach poczucie koherencji występuje jako zmienna (niezależna lub pośrednicząca) w zależności między trudnymi, zagrażającymi sytuacjami a: stanem zdrowia, stopniem nasilenia objawów, rodzajem stosowanych reakcji adaptacyjnych.

Przykładem ilustrującym ten schemat myślenia jest praca Carmel (6). Badano w niej związek aktualnych doświadczeń życiowych i poczucia koherencji (traktowanego jako element zasobów osobistych) z poziomem zdrowia 119 kobiet i 111 mężczyzn - dorosłych mieszkańców kibucu izraelskiego. Wyniki wskazywały, że codzienne, aktualne doświadczenia życiowe są negatywnie powiązane z poziomem zdrowia, natomiast poczucie koherencji koreluje z nim dodatnio (zgodnie z teorią Antonovsky'ego). Osobna analiza uwzględniająca płeć badanych pokazała jednak odmienny wzór zależności u kobiet i mężczyzn. U kobiet tylko doświadczenia życiowe negatywnie wiążą się ze stanem zdrowia, a SOC nie odgrywa żadnej roli. U mężczyzn wzorzec jest odwrotny. Poczucie koherencji wiąże się dodatnio ze stanem zdrowia a doświadczenia życiowe nie mają z nim związku.

Flannery (9) badał związek SOC ze stresem i objawami. Stres badano przy pomocy kwestionariusza oceniającego codzienne, dokuczliwe wydarzenia z ostatniego miesiąca. Dwa narzędzia mierzyły poziom niepokoju i objawy powiązane z depresją. Nie znaleziono różnic między płciami w zakresie badanych zmiennych. Próbę stanowiło 95 osób (24 mężczyzn, 71 kobiet) dorosłych, pracujących, studiujących wieczorowo. Dokonano 2-krotnego pomiaru zmiennych. Autor stwierdził, że SOC jest negatywnie powiązany ze stresem i zmiennymi psychologicznymi oraz łagodzi wpływ stresu na jednostkę. Flannery sugeruje, że SOC nie jest zmienną „buforową”, która ochrania czy też zapobiega powstawaniu napięcia stresowego.

W innych pracach sprawdzono hipotezy mówiące, że wyższy poziom SOC chroni przed odczuwaniem zarówno mało nasilonego jak i bardzo intensywnego

stresu (13). Może też SOC wpływać na emocjonalne reakcje na stres, o czym pisali Antonovsky i Sagan (4), ale tylko w tak zwanych sytuacjach normalnych (wtedy okazuje się, że im wyższy poziom SOC u badanych, tym mniej nasilone reakcje emocjonalne na stres). Zależność między poczuciem koherencji a odczuwaniem stresu nie występowała w sytuacjach zagrażających (np. ewakuacja z miejsca zamieszkania w czasie działań wojennych).

W pracy Bishopa (5) okazało się, że pomiar stresu (związanego z codziennymi, dokuczliwymi wydarzeniami) był predyktorem zarówno liczby jak i natężenia chorób, ale tylko u osób z niskim poziomem SOC. U badanych z wysokim poziomem SOC nie występowała taka zależność czyli nie odnaleziono związku między poczuciem koherencji a stresem i ich stanem zdrowia.

Podsumowując można powiedzieć, że poczucie koherencji jest traktowane jako jeden z ważnych mechanizmów adaptacyjnych, który odgrywa rolę w relacji między czynnikami stresowymi (rozumianymi dość szeroko) a stanem zdrowia, samopoczuciem, nasileniem objawów chorobowych. W relacji tej SOC może warunkować dobre przystosowanie, ale w większym stopniu w zwykłych sytuacjach, w stresie bardziej ogólnym oraz niekiedy w inny sposób u kobiet i mężczyzn.

Koherencja a radzenie sobie z chorobami

W badaniach osób z zaburzeniami psychicznymi lub somatycznymi poczucie koherencji jest traktowane jako jeden z ważnych zasobów osobistych pozwalających radzić sobie z poważną chorobą. W pracach empirycznych SOC pojawia się łącznie z następującymi zmiennymi: czynnikami środowiskowymi, osobowościowymi (np. samoocena), socjodemograficznymi (np. płeć, wykształcenie), innymi (np. ocena jakości i poziomu życia, dostępność wsparcia społecznego).

Przez niektórych autorów SOC jest uważany za predyktor wystąpienia zachowań związanych z radzeniem sobie z chorobą. W analizowanych pracach badano osoby z chorobą nowotworową, AIDS, nadciśnieniem, po próbach samobójczych; uzależnione od alkoholu lub narkotyków.

Midanik (16) stawiała pytania: jaki jest związek SOC z problemami alkoholowymi? Czy ludzie mniej pijący, nie mający problemów z alkoholem mają wyższy poziom poczucia koherencji?

Zbadano 952 osoby w starszym wieku (~62 lat). Kwestionariusze: skróconą wersję SOC oraz 5-punktową skalę problemów, które powoduje nadużywanie alkoholu wysłano pocztą. Analiza regresji wielokrotnej wykazała, że SOC w sposób istotny statystycznie był negatywnym predyktorem problemów alkoholowych (gdy kontrolowano zmienne: poziom spożycia alkoholu, częstość picia i zmienne socjodemograficzne). Podgrupa mniej pijących (u których w ciągu ostatniego roku nie wystąpiły problemy związane z piciem alkoholu i nie doszło do upicia się) miała wyższe wyniki w skali SOC w porównaniu z grupą bardziej pijących (u których w ciągu minionego roku pojawił się co najmniej jeden problem związany z piciem alkoholu i przynajmniej jeden raz doszło do upicia się).

W pracach z tej grupy tematycznej najczęściej okazuje się, że poziom SOC (w połączeniu z samoocena) wiąże się z liczbą ryzykownych zachowań (im wyższy poziom SOC, tym mniej ryzykownych zachowań) u osób uzależnionych (17) i osób po próbach samobójczych (18).

Może też SOC łączyć się z różną percepcją stanu zdrowia u kobiet i mężczyzn leczonych z powodu choroby nadciśnieniowej (1). Kobiety w tym badaniu miały niższy poziom SOC; poza tym gorzej oceniały swój stan zdrowia, zadowolenie z życia rodzinnego w porównaniu do mężczyzn. Wieloczynnikowa analiza wariacji wykazała, że SOC jest lepszym niż płeć predyktorem percepcji zdrowia u osób badanych.

Związek koherencji z funkcjonowaniem zawodowym

W tym obszarze SOC jest uważany za ważną zmienną, której poziom może: poprawić funkcjonowanie zawodowe, zmniejszyć postrzeganie obciążeń związanych z wykonywaną pracą (8), poprawić stan zdrowia u osób, które zakończyły aktywność zawodową - emerytów (2), bezpośrednio wiązać się z poziomem satysfakcji życiowej emerytów (19).

Kalimo i Vuori (11) próbowali powiązać aktualny stres zawodowy z układem zmiennych opisujących jednostkę (poziom SOC, samoocena w młodości, warunki domu rodzinnego). Wysoki poziom SOC, niezależnie od wykształcenia osób badanych, łączył się z ich funkcjonowaniem zawodowym oraz percepcją pomocy uzyskiwanej od innych ludzi.

Nieco inny schemat badania zastosowały Carmel i Bernstein (7). Zajmowały się zmianami w zakresie 3 zmiennych: SOC, percepcji stresorów i poziomu lęku w badaniu podłużnym studentów medycyny. Uczestniczyło w nich 246 osób. Dane były zbierane przed rozpoczęciem pierwszego roku, w środku I i II roku. Nie stwierdzono różnic między grupami studenckimi w tym samym punkcie czasowym w zakresie mierzonych zmiennych. W II roku nauki w sposób istotny statystycznie podniósł się u badanych poziom lęku, zwiększyła się liczba stresorów, obniżył się poziom SOC - w stosunku do pierwszego pomiaru.

Ekspozycja na stresowe, quasi-zawodowe sytuacje we wczesnej młodości może zatem prowadzić do znaczących zmian między innymi w poziomie SOC. Wniosek ten jest zgodny z założeniami Antonovsky'ego, który uważał, że poczucie koherencji kształtuje się od pierwszych lat życia do tzw. wczesnej dorosłości (ok. 30 r.ż.).

SOC powiązany z innymi zmiennymi jest pojęciem, które po części wyjaśnia jakość przystosowania zawodowego.

UWAGI KOŃCOWE

Antonovsky krytykował podejście „patogenetyczne” tzn. poszukiwanie: specyficznej patogenetycznej i patomechanizmu uruchamiającego daną chorobę oraz specyficznej odporności na chorobę. Tym niemniej badacze próbują określić czy konstrukt

Antonovsky'ego może wpłynąć na lepsze przystosowanie się do danej jednostki chorobowej (np. choroby nowotworowej, AIDS, uzależnienia od alkoholu). SOC staje się wtedy jeszcze jedną kolejną zmienną (charakteryzującą daną osobę), która pomaga lepiej walczyć z chorobą. I tak będąc „salutogenetyczni” wpadalibyśmy w pułapkę myślenia „patogenetycznego” - żeby wyzdrowieć, trzeba mieć wysoki poziom SOC!

Jednak niektórzy autorzy jasno stwierdzają, że SOC jako ogólna orientacja życiowa może mieć tzw. „niebezpośredni” wpływ na stan zdrowia jednostek. Poczucie koherencji umożliwia stosowanie bardziej efektywnych (w danej sytuacji) strategii radzenia sobie; wybór zachowań sprzyjających zdrowiu, podtrzymywanie takich interakcji z otoczeniem, które mogą dawać wsparcie jednostce.

Sensowniejsze zatem wydaje się lokowanie SOC w ogólnych zasobach człowieka i ewentualne poszukiwanie współ-występujących korelatów, które łącznie z SOC pomagają przesuwac się w kierunku bieguna zdrowia na wymiarze wyobrażonym przez Antonovsky'ego.

W analizowanym piśmiennictwie niewiele jest badań nad źródłem SOC. Co sprawia, że poczucie koherencji ustala się około 30 roku życia na określonym poziomie wyższym lub niższym u różnych ludzi? Sam Antonovsky wysuwał pewne sugestie co do genezy SOC; roli ogólnych zasobów odpornościowych (lub deficytów odpornościowych) w kształtowaniu poczucia koherencji.

Autorzy raczej zajmują się korelatami współwystępowania SOC w różnych kontekstach badawczych (rodzinnym, zawodowym, medycznym).

Odnaleziono mało prac, w których analizuje się podskale SOC i ich korelacje z innymi miarami, choć wydaje się, że składniki SOC mogą mieć różną moc regulacyjną zachowań ludzkich. Być może aktywizują odmienne wzory zachowań w określonych sytuacjach .

Interesujące jest zagadnienie zmian w aktualnym poziomie SOC. Co może sprawić, że jednostka przesunie się wyżej lub niżej w stosunku do własnego poziomu wyjściowego SOC? Jaki byłby zakres i trwałość takich zmian poczucia koherencji? Problem ten nie był jednak podejmowany przez badaczy (poza 1 artykułem).

Antonovsky sądził, że osoby z wysokim SOC podtrzymają uzyskaną pozycję na wymiarze zdrowia-choroby niezależnie od rodzaju wydarzeń (pozytywne-negatywne), osoby z umiarkowanym SOC będą miały tendencję do przesuwania się po pewnym czasie na nieco niższy poziom. Osoby z niskim poziomem SOC będą w coraz gorszej sytuacji - przegrany stanie się coraz bardziej przegrany. Czy tak jest naprawdę? Czy zależy to od rodzaju wydarzenia, jego intensywności, znaku? Odpowiedź mogą przynieść tylko badania.

Nadal nie jest ostatecznie rozstrzygnięta kwestia - czy poczucie koherencji może mieć inne znaczenie psychologiczne dla kobiet i mężczyzn? Wyniki niektórych prac wskazują, że zmienną silnie różnicującą wysokość poczucia koherencji jest płeć. Inne prace nie potwierdzają tego zróżnicowania.

W większości przedstawionych prac badania miały charakter korelacyjny. Kilka artykułów opisywało badania prospektywne z dwu - lub trzykrotnym pomiarem

zmiennych. Stosunkowo mało prac wykorzystuje bardziej zaawansowane formy opracowań statystycznych (np. analizę ścieżkową, analizę regresji wielokrotnej), które pozwoliłyby szukać zależności przyczynowo-skutkowych lub tworzyć modele takich związków.

Irena Jelonkiewicz

**On correlates and regulatory functions of the sense of coherence
(an overview of the literature)**

Summary

The paper presents an overview of the literature on the sense of coherence and its relationship to human behavior.

The sense of coherence was used to analyze the family functioning and occupational functioning, as well as in studies on the process of coping with difficult situations, and the process of adaptation to illness.

According to some authors, the sense of coherence (SOC) as a general life orientation may have an „indirect effect” on the individual’s health. Sense of coherence allows to use more effective (under the circumstances) coping strategies, to choose health-promoting behaviors, and to maintain such interpersonal interactions that may be a source of support to the individual. SOC should be considered then as a general resource and possibly, its correlates, collaborating with SOC to start and aid the process of recovery, should be sought.

In the overviewed papers relatively little attention has been devoted to the origins and stability of SOC and to the differential regulative power of the SOC components (subscales).

The problem of gender-specific psychological meaning of SOC seems to be most interesting.

Key words: sense of coherence \ family \ stress

PIŚMIENNICTWO

1. Anson O., Paran E.(1993): *Gender differences in health perceptions and their predictors*. Social Science and Medicine, 36(4), 419-427.
2. Antonovsky A.(1992): *Can Attitudes contribute to health*. Advances, 8(4), 33-49.
3. Antonovsky A.(1993): *The structure and properties of the Sense of Coherence Scale*. Social Science and Medicine, 36(6), 725-733.
4. Antonovsky H., Sagan S.(1986): *The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations*. Journal of Social Psychology, 126(2), 213-225.
5. Bishop G.(1993): *The sense of coherence as a resource in dealing with stress*. Psychologia an International Journal of Psychology in the Orient, 36(4), 259-265.

6. Carmel S., Anson O., Levenson A., Bonneh D. (1991).: *Life events, sense of coherence and health:gender differences on the kibbutz*. Social Science and Medicine, 32(10),1089-1096).
7. Carmel S., Bernstein J. (1990) : *Trait anxiety,sense of coherence and medical school stressors: observations at three stages*. Anxiety Research, 3(1), 51-60.
8. Coe R.M., Miller D.K., Flaherty J.H. (1991-92): *Sense of coherence and perception of caregiving burden*. Behavior, Health and Aging, 2(2), 93-99.
9. Flannery R., Flannery G.(1990) : *Sense of coherence, life stress and psychological distress: a prospective methodological inquiry*. Journal of Clinical Psychology, 46(4), 415-420.
10. Frenz A.W., Carey M.P., Jorgensen R.S. (1993): *Psychometric evaluation of Antonovsky's sense of coherence scale*. Psychological Assessment, 5(2), 145-153.
11. Kalimo R., Vuori J. (1991) : *Work factors and health:the predictive role of preemployment experiences*. Journal of Occupational Psychology, 64(2), 97-115.
12. Korotkov D. (1993).: *An assessment of the shortterm Sense of Coherence personality measure: issues of validity and wellbeing*. Personality and Individual Differences, 14(4), 575-583.
13. Korotkov D., Hannah T.E. (1994).: *Extraversion and emotionality as proposed superordinate stress moderators: a prospective analysis*. Personality and Individual Differences, 16(5), 787-792.
14. Margalit M.,Eysenck S. (1990).: *Prediction of coherence in adolescence: gender differences in social skills, personality, and family climate*. Journal of Research in Personality, 24(4), 510-521.
15. Margalit M.,Raviv A.,Ankonna D. (1992).: *Coping and coherence among parents with disabled children*. Journal of Clinical Child Psychology, 21(3), 202-209.
16. Midanik L., Soghikian K., Ransom L.J., Polen M.R. (1992).: *Alcohol problems and sense of coherence among older adults*. Social Science and Medicine, 34(1), 43-48.
17. Nyamathi A. (1993).: *Sense of coherence in minority women at risk for HIV infection*. Public Health Nursing, 10(3), 151-158.
18. Petrie K., Brook R. (1992).: *Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide*. British Journal of Clinical Psychology, 31(3), 293-300.
19. Sagy S., Antonovsky A., Adler J. (1990).: *Explaining life satisfaction in later life: the sense of coherence model and activity theory*. Behavior, Health and Aging, 1(1), 11-25.
20. Siegrist J. (1993).: *Sense of coherence and sociology of emotions*. Social Science and Medicine, 37(8), 978-979.