

**Barbara Mroziak**

Zakład Psychologii Klinicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

# **POCZUCIE KOHERENCJI (SOC) A ZDROWIE PSYCHICZNE I PICIE ALKOHOLU PRZEZ MŁODZIEŻ Założenia, problematyka i zakres badań<sup>1</sup>**

## **WSTĘP**

Celem pracy jest przedstawienie kontekstu teoretycznego i metody badań nad relacją między zdrowiem psychicznym i piciem alkoholu a uwzględnionymi w interakcyjnym modelu stresu czynnikami psychologicznymi mogącymi przeciwdziałać negatywnym skutkom przewlekłego stresu. Model ten obejmuje następujące elementy: poczucie koherencji (SOC), globalną orientację życiową człowieka (Antonovsky, 1987) (Mroziak, 1994); ocenę poznawczą sytuacji stresowej (Lazarus, 1993) (Folkman, Lazarus, 1988); styl radzenia sobie w sytuacjach trudnych (Endler, Parker 1992) (Endler, Parker, Butcher 1993), oraz ogólne rezerwy odpornościowe (Antonovsky, 1987) (Sheridan, Radmacher 1992).

Zmienne te były przedmiotem badań podłużnych przeprowadzonych w latach 1993 -1995 w Zakładzie Psychologii Klinicznej IPiN<sup>2</sup>. Niektóre wyniki tych badań przedstawiono w zamieszczonych poniżej artykułach K. Kosińskiej-Dec i I. Jelonkiewicz oraz M. Zwolińskiego.

<sup>1</sup> Opracowanie przygotowane w ramach programu badawczego pt. "Poczucie koherencji (SOC) i strategię radzenia sobie a zdrowie psychiczne młodych ludzi w sytuacji bezrobocia", temat 26/95, zrealizowany pod kierunkiem B. Mroziak w ZPK IPN.

<sup>2</sup> Drugi, równoległe realizowany program badawczy pt. „Picie alkoholu a poczucie koherencji i strategię radzenia sobie w sytuacji trudnej u młodych ludzi rozpoczynających aktywność zawodową” kierowany był początkowo przez A. Pohorecką, a następnie przez K. Kosińską-Dec.

## STRES A POCZUCIE KOHERENCJI

W obu wspomnianych programach badawczych centralnym konstruktorem teoretycznym było zaproponowane przez Antonovsky'ego (1979, 1985, 1987, 1994) poczucie koherencji (SOC), czynnik salutogenetyczny, sprzyjający zdrowiu. Poczucie koherencji (SOC) definiowane jest jako globalna orientacja poznawczo-motywacyjna człowieka, która ma trzy podstawowe składniki: poczucie zrozumiałości (spostreżenie świata jako zrozumiałego i przewidywalnego), sterowalności (poczucie, że na świat można mieć wpływ, że ma się do dyspozycji zasoby pozwalające sprostać stawianym wymaganiom i że można sobie poradzić w każdej sytuacji) oraz poczucie sensowności (postrzeganie świata jako sensownego i wartego zaangażowania emocjonalnego, podejmowania działań, inwestowania wysiłku). Takie trzy komponenty orientacji życiowej stwierdził Antonovsky u osób, które mimo ciężkich przeżyć życiowych zachowały zdrowie i równowagę psychiczną.

Z teorii Antonovsky'ego i z coraz szerzej podejmowanych badań empirycznych wynika, że silne poczucie koherencji jest czynnikiem pro-zdrowotnym, sprzyjającym zachowaniu zdrowia i ułatwiającym adaptację życiową (Antonovsky 1987, 1993) (Mroziak 1994) (Jelonkiewicz 1994).

Szerszym kontekstem teoretycznym koncepcji Antonovsky'ego jest interakcyjny model stresu. Antonovsky uważa, że nasze życie obfituje w stres związany z kłopotami dnia codziennego, stresującymi wydarzeniami, oraz samym przechodzeniem kolejnych faz w cyklu rozwojowym: kończeniem szkoły, podjęciem pracy, małżeństwem, pojawieniem się dzieci, rozwodem, starzeniem się itd.

Sheridan i Radmacher (1992) proponują interakcyjny model stresu, łączący koncepcje Lazarusa i Folkmana (1984), Antonovsky'ego (1979) i Dohrenwenda (1978). Na model ten składają się następujące elementy: po pierwsze, stresor, rozumiany jako wymagania sytuacji, na które nie ma gotowej odpowiedzi i reakcji; po drugie, ocena poznawcza, odnosząca się do stresora (jest to tzw. ocena pierwotna: stresor może być dla nas bez znaczenia, sprzyjająco-pozytywny, albo stresujący, czyli związany ze stratą, zagrożeniem, lub wyzwaniem). Ocena poznawcza dotyczy także trzeciego elementu modelu, czyli zasobów odpornościowych jednostki (jest to tzw. ocena wtórna, oszacowanie własnych możliwości w różnych aspektach: materialnym - pieniądze, fizycznym - zdrowie i uroda, interpersonalnym - wsparcie społeczne, interpersonalnym - wysoka samoocena, silne ego; edukacyjno-informacyjnym - wykształcenie, kulturowym - stabilność społeczna).

Te elementy oceny poznawczej, wraz z posiadanymi zasobami odpornościowymi, wyznaczają czwarty element modelu - doraźne reakcje na stresory. Na dłuższą metę proces stresowy może mieć trojaki konsekwencje: neutralne (brak wpływu wielu stresujących zdarzeń, jeśli wymagania są małe, a zasoby duże), pozytywne (eustres), lub negatywne (dystres). Według Antonovsky'ego (1987) stresory zawsze wywołują napięcie, organizm mobilizuje się, aby uporać się z wymaganiami narzucenymi przez stresory. Jeśli radzi sobie skutecznie, to takie doświadczenie jest gratyfikujące emocjonalnie, ma też zdrowotne konsekwencje fizjologiczne, czyli jest salutogenne. Jeśli człowiek nie radzi sobie, to utrzymujące się napięcie przeradza

się w patogeniczny dystres, prowadzący m.in. do chorób psychosomatycznych, zaburzeń psychicznych, nadużywania substancji psychoaktywnych.

Sheridan i Radmacher (1992) w swoim modelu zaliczyli SOC do ogólnych zasobów odpornościowych. W naszych badaniach wyróżniliśmy, za Antonovskym, uogólnione zasoby odpornościowe oraz poczucie koherencji (SOC) jako odrębny, centralny czynnik salutogenetyczny.

Nie badaliśmy doraźnych reakcji na stres, uwzględniliśmy natomiast styl radzenia sobie w sytuacjach trudnych (coping) - którego nie przewiduje ani model Sheridana i Radmacher, ani koncepcja Antonovsky'ego. Według definicji Folkman i Lazarusa (1988) radzenie sobie (coping) to poznawcze i behawioralne usiłowania by sprostać zewnętrznym i/lub wewnętrznym wymogom spostrzeganym jako bardzo obciążające lub przekraczające zasoby posiadane przez człowieka. W nowszej literaturze przedmiotu nawet zdecydowani zwolennicy badania copingu wyłącznie jako procesu (czyli doraźnych reakcji zależnych od kontekstu sytuacyjnego) przyznają, że potrzebne jest również badanie stylu radzenia sobie, rozumianego jako dyspozycja, względnie stała tendencja jednostki do reagowania w sytuacjach stresowych w określony sposób (Lazarus, 1993, por. też Heszten-Niejodek 1994). Nie implikuje to sztywności zachowania, lecz elastyczny dobór strategii radzenia sobie odpowiednich do wymagań sytuacyjnych. Przyjęliśmy podział stylów radzenia sobie jaki proponują Endler i Parker (1992): styl skoncentrowany na zadaniu, na emocjach, lub na unikaniu. Według koncepcji Antonovsky'ego (1987), silny SOC łączy się z umiejętnością elastycznego wyboru zachowania odpowiedniego w danej sytuacji, nie ma więc mowy o jakiejś jednej strategii radzenia sobie właściwej jednostce. Równocześnie jednak autor powiada, że osoba o silnym SOC nie poddaje się przeciwnościom losu, spostrzega je jako wyzwanie, które podejmuje. Wydaje się, że w odróżnieniu od kultury Wschodu, fatalistycznej i stawiającej na bierność, poddanie się losowi, nie wnoszenie własnej energii, w społeczeństwach zachodnich cenną jest aktywność, stawianie czoła przeciwnościom, koncentracja na zadaniu raczej niż unikanie i wycofywanie się lub styl emocjonalny. Zwraca na to uwagę Lazarus (1993). Takie założenie zawarte jest też implícite w samej koncepcji SOC, w poczuciu sensowności (z którego wynika przekonanie, że warto się angażować i podejmować działania), a także sterowalności (poczuciu, że ma się wpływ na swoje życie, wydarzenia, etc.). Endler i Parker (1992) (Endler, Parker, Butcher 1993) opracowali rzetelne i trafne narzędzie do wielowymiarowego pomiaru stylu radzenia sobie. W badaniach walidacyjnych stwierdzili, że styl zadaniowy jest ujemnie związany z psychopatologią, podczas gdy styl skoncentrowany na emocjach - dodatnio.

Podsumowując, podjęliśmy próbę sprawdzenia roli stylu radzenia sobie - jako zmiennej bezpośrednio wpływającej na zdrowie psychiczne oraz jako korelatu SOC, czyli zmiennej pośredniczącej w związkach poczucia koherencji ze zdrowiem i adaptacją życiową w sytuacji stresu wynikającego z przejścia do nowej fazy cyklu rozwojowego (podjęcie pierwszej pracy po szkole, w sytuacji zmian społecznych, niestabilności i bezrobocia). Ryc. 1 przedstawia hipotetyczny model związków między badanymi przez nas zmiennymi. Przejdziemy teraz do omówienia głównych obszarów naszych badań w ramach tego modelu.

## GLÓWNE OBSZARY BADAŃ

Po pierwsze, zajmowano się relacjami między poczuciem koherencji (SOC) a oceną poznawczą, sprawdzając, czy osoby o silnym SOC w porównaniu z osobami o słabym SOC będą skłonne interpretować swoją sytuację życiową raczej jako sprzyjająco-pozytywną niż stresującą, dostrzegać w niej istotnie mniejszy stopień zagrożenia i strat, oraz czy będą skłonne w większym stopniu interpretować swoje trudności jako wyzwanie.

Po drugie, analizowano zależności między poziomem poczucia koherencji a stylem radzenia sobie w sytuacjach trudnych: stylem skoncentrowanym na zadaniu, stylem skoncentrowanym na emocjach lub na unikaniu - poprzez odwracanie uwagi lub poszukiwanie kontaktów społecznych.

Po trzecie, przedmiotem badania były relacje między poczuciem koherencji a zmiennymi zależnymi, związanymi ze zdrowiem i adaptacją. Do tej grupy zmiennych należała ogólna ocena stanu zdrowia, zdrowie psychiczne (nasilenie objawów zaburzeń psychicznych) i zachowania szkodliwe dla zdrowia - używanie środków psychoaktywnych (alkohol, papierosy, narkotyki), ze szczególnym uwzględnieniem picia alkoholu.

Badano także związek poczucia koherencji z funkcjonowaniem w różnych wymiarach (stopnie w szkole, zarobki, aktywność, spełnienie planów życiowych, satysfakcjonująca praca lub studia po szkole), oraz z ogólnym zadowoleniem życiowym.

Po czwarte, analizowano czynniki wpływające na kształtowanie się poczucia koherencji (takie, jak sytuacja materialna rodziny i poziom wykształcenia rodziców), oraz na jego zmiany w badaniu podłużnym. Według Antonovsky'ego (1987) poczucie koherencji (SOC) krystalizuje się ok. 30 r.ż., u młodzieży należy więc oczekiwać zmian, szczególnie w sytuacji przewlekłego stresu wynikającego z nowej fazy rozwojowej. Przypuszczano, że jednym z takich czynników wpływających na poziom poczucia koherencji może być bezrobocie po ukończeniu szkoły.

## OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA PRÓBY I NARZĘDZI

Badanie miało charakter podłużny. W fazie I (grudzień 93 - marzec 94) zbadało 1006 uczniów ostatnich klas średnich szkół zawodowych w czterech małych miastach i w Warszawie (544 dziewczęta i 462 chłopców w wieku 18-20 lat). Badanie było grupowe, w klasach szkolnych, polegało na wypełnieniu zestawu kwestionariuszy samoopisowych. Proszono o podanie adresu tych, którzy wyrażą zgodę na powtórne badanie za rok. Kwestionariusze były kodowane, aby zapewnić badanym anonimowość odpowiedzi.

Faza II - spośród osób, które wyraziły zgodę na powtórne badanie wybrano ponad 230 osób o najniższym (dolny kwartyl) i najwyższym (górnym kwartyl) poziomie poczucia koherencji (SOC). Ankieterzy indywidualnie przeprowadzili

z nimi ponowne badanie po roku (styczeń - marzec 1995), tym samym zestawem narzędzi, ze zmodyfikowaną wersją kwestionariusza demograficznego. Analizie statystycznej poddano wyniki 206 osób z czterech miast (83 kobiet i 120 mężczyzn w wieku 19-21 lat).

## Narzędzia

Wszystkie stosowane narzędzia (z wyjątkiem skali WZS, włączonej bezpośrednio do badań właściwych) zostały sprawdzone w badaniu pilotażowym (Mroziak, Pohorecka, Zwoliński 1993) (Mroziak, Czabała, Zwoliński 1996, w druku). Pilotaż przeprowadzono na 127 uczniach klas maturalnych szkół średnich o profilu zawodowym (64 chłopców, 63 dziewczęta). Powtórne badanie przeprowadzono na tych samych osobach (N=120) w odstępie 2-3 tygodni. Otrzymane dane psychometryczne, wskazujące na wysoką rzetelność stosowanych w badaniu narzędzi, zarówno ich zgodność wewnętrzną, jak i stałość, podano poniżej przy omawianiu poszczególnych kwestionariuszy.

Zestaw kwestionariuszy „Sens życia i zdrowie” obejmował:

1. Kwestionariusz demograficzny DEM (opracowany przez A. Pohorecką), oraz jego zmodyfikowaną wersję DEM II (do II fazy badań, rozszerzoną o pytania dotyczące m.in. zatrudnienia; opracowany w konsultacji z A. Titkow). Kwestionariusz DEM wykazał wysoce istotną statystycznie stałość dla wszystkich pytań,  $r$  Pearsona zawierało się w granicach od 0.7919 do 1,  $p < 0.000$ .

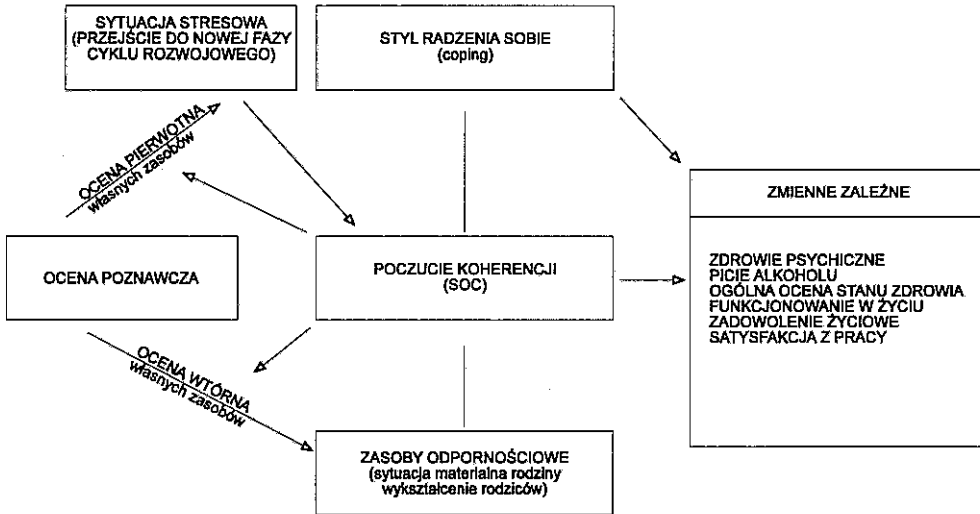
2. Kwestionariusz NAP (opracowany przez A. Pohorecką) dotyczy używania substancji psychoaktywnych i analizowany był tylko w programie badań nad piciem alkoholu.

3. Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 (Antonovsky 1987) (Mroziak 1994), w autoryzowanej wersji polskiej opracowanej wspólnie przez Zakład Psychologii Klinicznej IPN, Zakład Psychoprofilaktyki Instytutu Psychologii UAM oraz Zakład Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Skala składa się z 29 pozycji, mierzy ogólne poczucie koherencji, ma także trzy podskale: zrozumiałości, sterowalności i sensowności. Polskie badania przeprowadzone na dużej próbie (Dudek, Makowska 1993) wykazały dobre właściwości psychometryczne tej skali. W naszym badaniu pilotażowym alfa Cronbacha dla całej skali = 0.852, dla podskal w granicach 0.724 - 0.747. Korelacje test-retest okazały się wysokie (dla całej skali i podskal w granicach 0,7233 - 0.8342,  $p < 0.000$ ).

4. Skala CISS (Coping Inventory for Stressful Situations, Endler i Parker 1990, w polskiej adaptacji Szczepanika, Wrześniewskiego i Strelaua 1992). Wykazano dobre właściwości psychometryczne tego narzędzia (Wrześniewski, 1993, 1995). Kwestionariusz CISS składa się z trzech podskal badających style radzenia sobie ze stresem: styl skoncentrowany na zadaniu, na emocjach i na unikaniu. Każda ze skal zawiera 16 pozycji, łącznie 48 krótkich stwierdzeń opisujących różne zachowania ludzi w sytuacjach stresowych. Skala radzenia sobie po-

## RYCINA 1

## Weryfikowany model relacji między poczuciem koherencji (SOC) a zdrowiem psychicznym i pićm alkoholu



przez unikanie składa się z dwóch podskal: odwracania uwagi oraz poszukiwania kontaktów społecznych. W badaniu pilotażowym dla wszystkich pięciu podskal otrzymano korelacje test-retest w granicach 0.6544 - 0.837,  $p < 0,001$ . Wszystkie podskale CISS wykazały też wysoką zgodność wewnętrzną, alfa Cronbacha od 0.6980 do 0.8543).

5. Kwestionariusz SCL-90-R (Derogatis, w adaptacji Siwiak-Kobayashi, Pohoreckiej i Mroziak, 1993), mierzy objawy psychopatologiczne. Narzędzie składa się 9 skal (somatyzacje, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, lęk fobiczny, ideacja paranoidalna, psychotyzm) i ma postać 90 krótkich stwierdzeń opisujących różne objawy. Autorzy wykazali dobre właściwości psychometryczne narzędzia (Derogatis, Lipman, Covi 1973) (Derogatis, Ricleks, Rock 1976). Badanie pilotażowe skali SCL-90-R wykazało, że korelacje test-retest dla wszystkich podskal zawierały się w granicach 0.7273 - 0.8711,  $p < 0.001$ . Alfa Cronbacha wskazuje na wysoką zgodność wewnętrzną tych skal (od 0.766 do 0.8957).

Kwestionariusz ten analizowano wyłącznie w programie dotyczącym związku SOC ze zdrowiem psychicznym.

6. Skala WZS (Wyzwanie, Zagrożenie, Strata) została skonstruowana przez H. Sęk i K. Szaładzińskiego (Sęk 1996) (Sęk, Pasikowski 1995). Jest to wielowymiarowa skala samoobserwacyjna do pomiaru oceny pierwotnej, czyli skłonności do spozrzegania sytuacji stresowych jako wyzwania, zagrożenia lub straty (po 4 pozycje dla każdej z tych kategorii). Autorzy skali uzyskali wysokie współczynniki rzetelności dla tego narzędzia. W dalszych artykułach przedstawione

Poczucie koherencji (SOC) a zdrowie psychiczne i picie alkoholu przez młodzież

będą związki między zmiennymi niezależnymi (poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem) lub pośredniczącymi (zmienne socjodemograficzne) a zmienną zależną - piciem alkoholu.

Barbara Mroziak

**Sense of coherence (SOC) in relation to mental health and alcohol drinking in senior adolescents. Rationale and outline of a research program.**

**Summary**

The presented research program on the relationship between the sense of coherence (SOC) and mental health and alcohol drinking is situated within the theoretical framework of an interactional stress model, including the following elements: cognitive appraisal of the stressful situation and of the individual's resistance resources, his/her coping style, and - as a central construct - the sense of coherence. The design of the longitudinal study was outlined: in stage I 1006 students of vocational secondary schools were examined with a set of self-report questionnaires. In stage II, at 12-months follow-up 220 subjects selected from the original cohort on the grounds of their SOC level (representing either the upper or the lower quartile) were re-examined. The main areas of the analysis were discussed (i.e. relations between the SOC and cognitive appraisal, SOC and coping style, SOC and health and alcohol drinking, as well as factors related to the SOC formation and dynamics). Tools used in the study and their psychometric properties, determined in a pilot study, were presented.

**Key words:** sense of coherence\ mental health\ coping\ alcohol drinking

**Podziękowania**

Za pomoc w przeprowadzeniu badań terenowych serdecznie dziękujemy kolegom: pani mgr Marii Czerniejewskiej (Oświęcim), paniom mgr Danucie Olszaneckiej i mgr Małgorzacie Jakubowskiej (Kołobrzeg), panu mgr Bohdanowi Iglickiemu (Ełk) oraz mgr Stanisławowi i mgr Tomaszowi Wójtowiczom (Kraśnik).

**PIŚMIENNICTWO**

1. Antonovsky A. (1987) *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* San Francisco, Jossey-Bass Publishers. Tłumaczenie polskie: (1995) *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować.* Warszawa, Fundacja IPN.
2. Antonovsky A. (1979). *Health, stress and coping.* San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
3. Antonovsky A. (1985) *The life cycle, mental health and the sense of coherence.* Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.,22,4, 273-280.

4. Antonovsky A. (1993) *The structure and properties of the Sense of Coherence Scale*. Soc. Sci. Med., 36, 6, 725-733.
5. Derogatis L.R., Lipman S., Covi L. (1973) *SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale - preliminary report*. Psychopharmacology Bulletin 9,1, 13-28.
6. Derogatis L., Rickels K., Rock A.F. (1976) *The SCL-90 and the MMPI: a step in validation of a new self-report scale*. Brit. J. Psychiat. 128, 280-9.
7. Dudek B., Makowska Z. (1993) *Psychometric characteristics of the Orientation to Life Questionnaire measuring sense of coherence*. Polish Psychological Bulletin, 24, 4, 309-318.
8. Endler N.S., Parker J.D.A. (1992) *The multidimensional assessment of coping: concepts, issues, and measurement*. W: G.J. Van Heck, P. Bonaiuto, J. Deary, W. Nowack (red.) Personality psychology in Europe. Swets and Zeitlinger, 377-388.
9. Endler N.S., Parker J.D.A., Butcher J.N. (1993) *A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales*. J. of Clinical Psychology, 49, 4, 523-527.
10. Folkman S., Lazarus R.S. (1988) *The relationship between coping and emotion: implications for theory and research*. Soc. Sci. Med. 26, 3, 309-317.
11. Heszen-Niejodek I. (1994) *Coping style and coping with somatic illness*. Polish Psychological Bulletin, 25, 1, 3-13.
12. Jelonkiewicz I. (1994) *Model Antonovsky'ego - odniesienia do wybranych koncepcji psychologicznych*. Nowiny Psychologiczne, 3, 55-63.
13. Lazarus R.S. (1993) *Coping theory and research. Past, present and the future*. Psychosomatic Medicine, 55, 234-247.
14. Mroziak B., Pohorecka A., Zwoliński M. (1993) *Sense of coherence (SOC) and coping strategies as factors related to mental health of unemployed school leavers*. Referat przedstawiony na sympozjum „Sense of coherence in salutogenic model”, Łódź, 29.06-1.07.
15. Mroziak B. (1994) *A. Antonovsky'ego koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji (SOC)*. Nowiny Psychologiczne 1, 6-16.
16. Mroziak B., Czałaba J.C., Zwoliński M. (1996, w druku) *Poczucie koherencji (SOC) jako determinant zdrowia psychicznego młodzieży - sprawozdanie z badań pilotażowych*. W: H. Skłodowski (red.) *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie*. Materiały konferencji w Kołobrzegu, maj 1994. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego.
17. Mroziak B., Zwoliński M. (1995) *Socjodemograficzne korelaty poczucia koherencji (SOC) i jego związki ze zdrowiem i przystosowaniem życiowym młodzieży*. Referat wygłoszony na XI Ogólnopolskim Sympozjum Sekcji Medycyny Psychosomatycznej PTL w Kołobrzegu.
18. Sęk H., Pasikowski T. (1995) *Skuteczność radzenia sobie z obciążeniem zawodowym a zdrowie*. Referat wygłoszony na konferencji Sekcji Medycyny Psychosomatycznej i PS EHPS, grudzień, Warszawa.
19. H. Sęk (red.) (1996) *Wypalenie zawodowe - psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania*. Poznań, Dom Wydawniczy Konrad Domke (w druku).
20. Sheridan C.L., Radmacher S.A. (1992) *Health Psychology. Challenging the biomedical model*. New York, John Wiley and Sons.
21. Wrześniewski K. (1993) *Kwestionariusz CISS*. Maszynopis niepublikowany.
22. Wrześniewski K. (1995) *Wybrane zagadnienia radzenia sobie ze stresem*. Referat przedstawiony na konferencji Sekcji Medycyny Psychosomatycznej PTL i PS EHPS, kwiecień, Warszawa.