

Krystyna Kurowska, Iwona Wróblewska

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Poczucie koherencji a wsparcie społeczne u osób z problemem alkoholowym

Sense of coherence and social support in patients with an alcohol problem

STRESZCZENIE

Wstęp. Aaron Antonovsky uważa, że poczucie koherencji (SOC) to prozdrowotna postawa człowieka wobec stresu i własnych zasobów odpornościowych. Z koncepcji tej wynika, że wysokie SOC może wpływać na umiejętność obrony organizmu przed stosowaniem antyzdrowotnych sposobów unikania stresu, w tym nadużywania alkoholu. W trudnej sytuacji ułatwia ono także wykorzystanie otrzymywanego wsparcia społecznego.

Cel pracy. Celem badań było określenie poziomu SOC i otrzymywanego wsparcia społecznego u osób z problemem alkoholowym.

Materiał i metody. Przebadano 65 pacjentów z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu. Poczucie koherencji oceniono za pomocą kwestionariusza orientacji życiowej SOC-29, a pomiar wsparcia społecznego skalą Kmieciak-Baran.

Wyniki. Badani różnili się poziomem poczucia koherencji. Zdecydowanie najsilniejsze różnice były widoczne w poziomie zrozumienia oraz w rodzaju otrzymywanego wsparcia społecznego, zwłaszcza wartościującego i emocjonalnego. Osoby bardziej zaradne otrzymywały więcej wsparcia wartościującego i instrumentalnego.

Wnioski. Określenie poziomu SOC i zakresów otrzymywanego wsparcia może posłużyć jako wykładnik w planowaniu opieki nad pacjentem na różnych etapach choroby alkoholowej.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (1): 86–91

Słowa kluczowe: poczucie koherencji (orientacja życiowa, SOC), wsparcie społeczne, choroba alkoholowa

ABSTRACT

Introduction. In Aaron Antonovsky's opinion, the sense of coherence (SOC) is a pro-health attitude towards stress and resistance resources. With his concept shows that a high SOC may affect the ability to defend against the use of antihealthy ways of avoiding stress, and this undoubtedly is alcohol abuse. In a difficult situation also facilitates the use of social favor of support received.

Aim of the study. The aim of the study was to estimate the levels of SOC and social support in people with alcohol problem.

Material and methods. The study included 65 patients of Provincial Addiction and Co-addiction Treating Center in Toruń. SOC was assessed using Antonovsky questionnaire (SOC-29) and the social support was measured using Kmieciak-Baran scale.

Results. Respondents differed in the level of SOC. Definitely the strongest differences were apparent in the clarity and level of social support received, especially the evaluative and emotional. Older, more resourceful receive more evaluative and instrumental support.

Conclusions. Estimation of SOC and scopes of support may become a prognostic determinant in care of a patient at different stages of disease.

Nursing Topics 2011; 19 (1): 86–91

Key words: sense of coherence (life orientation, SOC), social support, alcohol problem

Wstęp

Alkoholizm stanowi jeden z najgroźniejszych problemów natury społecznej i medycznej. Z socjologicznego punktu widzenia jest przejawem nieprzystosowania społecznego, zjawiskiem niepożądanym. W aspekcie medycz-

nym jest to zespół chorobowy wymagający terapii, natomiast w ujęciu psychologicznym jest to zaburzenie w rozwoju osobowym jednostki [1, 2]. Człowiek znajduje się w dynamicznym stanie braku równowagi. Tempo życia narzucone przez rozwijającą się nieustannie cywilizację spr-

Adres do korespondencji: dr n. med. Krystyna Kurowska, Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul Techników 3, 85–801 Bydgoszcz, tel.: (52) 585 21 94; e-mail: krystyna_kurowska@op.pl

wia, że ludzie żyją w ciągłym stresie, który może spowodować załamanie nerwowe lub fizyczne. Nadużywanie alkoholu jest jednym z nieprawidłowych sposobów radzenia sobie ze stresem [3]. Zdaniem Aarona Antonovsky’ego, twórcy salutogenazy i poczucia koherencji (orientacja życiowa, SOC), jest to prozdrowotna postawa jednostki wobec stresu i własnych zasobów odpornościowych. Człowiek o silnym SOC wybiera zachowania sprzyjające zdrowiu — częstsze wizyty u lekarza, życie bez nalogów [3, 4]. Wysokie SOC może być czynnikiem obronnym przed stosowaniem antyzdrowotnych sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach, w tym przed nadużywaniem alkoholu. Ponadto może również wpływać na ograniczenie spożywania alkoholu, którego nadużywanie jest częściowo związane z chęcią redukcji napięcia spowodowanego sytuacjami stresowymi [4]. Należy również zauważyć, że istotnym zasobem odpornościowym jest wsparcie społeczne. Istnieją dwa rodzaje zależności między SOC a wsparciem. Z jednej strony silne SOC powoduje, że w trudnej sytuacji człowiek będzie w stanie wykorzystać dostępne mu wsparcie, a z drugiej doświadczenie wsparcia społecznego będzie istotnym czynnikiem wpływającym na kształtowanie się silnego SOC [5]. Nie ulega wątpliwości, że wsparcie społeczne jest ważne dla każdego człowieka na wszystkich etapach jego życia, ale dopiero w trudnych sytuacjach, a taką niewątpliwie jest nadużywanie alkoholu, uwidacznia się jego terapeutyczny charakter. Antonovsky wsparcie społeczne zalicza do uogólnionych zasobów odpornościowych o charakterze interpersonalnym, relacyjnym [6]. Podobnie rozumieją wsparcie społeczne Sheridan i Radmacher — jako „zasoby dostarczane nam przez innych ludzi” [7]. Definiowanie wsparcia społecznego jako zasobu powoduje, że zgodnie z opisaną powyżej zasadą funkcjonowania SOC można się spodziewać dwojakiego rodzaju zależności łączących poczucie koherencji ze wsparciem. Celem niniejszych badań było określenie poziomu SOC i otrzymywanego wsparcia społecznego u osób z problemem alkoholowym.

Material i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaną

chorobą alkoholową. Badania przeprowadzono w okresie od września 2007 roku do stycznia 2008 roku wśród 65 pacjentów (grupowa terapia dzienna) z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu, po wcześniejszym uzyskaniu zgody od Komisji Bioetycznej przy *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (nr KB/116/2007). Wykorzystano kwestionariusz do badania poczucia koherencji (SOC-29) autorstwa Antonovskiego [6], skalę wsparcia społecznego Kmieciak-Baran [8] oraz ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów życia. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Szacowania różnic dokonano na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji testu F-Fishera. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano za pomocą pakietu statystycznego Statistica 6.0.

Wyniki badań

Analiza danych pokazuje, że wśród badanych najwięcej było kobiet — 56,1%, średnia wieku respondentów wynosiła 43 lata (24–59 lat), większość miała wykształcenie średnie (47%) i zawodowe (37%), pozostawała w związkach małżeńskich (60%), mieszkała w mieście (92%) z rodziną (72%) i posiadała potomstwo (51,5%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 64% badanych, z emerytury i z renty — 6%.

W celu zbadania poziomu poczucia koherencji u osób uzależnionych od alkoholu wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29). Zawiera on 29 pytań, które odnoszą się do poszczególnych komponentów poczucia koherencji — zrozumiałości, zaradności i sensowności. Rozkład wyników w tabeli 1 ujawnia, że badani różnili się między sobą poziomem SOC, najbardziej w zakresie poziomu zrozumiałości. W przypadku SOC globalnego średni poziom wyniósł 111 punktów — jest to wynik stosunkowo niski, zbliżony do średnich wartości wśród osób z problemem alkoholowym i poddawanych psychoterapii [9].

Tabela 1. Poczucie koherencji (SOC) i jego składowe u osób z problemem alkoholowym

Table 1. Level of sense of coherence and its components in patients with an alcohol problem

Składowe SOC	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
SOC globalne	65	111,1	91	125	7,5
Zrozumiałość	65	39,7	25	55	8,4
Zaradność	65	39,8	29	48	4,2
Sensowność	65	31,6	21	43	4,1

Tabela 2. Poziom otrzymywanego wsparcia społecznego u osób z problemem alkoholowym**Table 2.** Level of social support received by patients with an alcohol problem

Typ wsparcia	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Wartościujące	18,2	9	24	2,5
Emocjonalne	18,3	10	26	3,1
Informacyjne	20,4	11	26	2,4
Instrumentalne	19,6	15	26	1,9

Tabela 3. Związek między poziomem poczucia koherencji (SOC) i jego składowymi a poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego u osób z problemem alkoholowym**Table 3.** Relationship between the level of sense of coherence (and its components) and level of social support received by patients with an alcohol problem

Składowe SOC	Wsparcie wartościujące	Wsparcie emocjonalne	Wsparcie informacyjne	Wsparcie instrumentalne
SOC globalne	r = -0,0027 p = 0,983	r = -0,0979 p = 0,438	r = -0,1423 p = 0,258	r = -0,0380 p = 0,764
Zrozumiałość	r = -0,0064 p = 0,960	r = -0,1376 p = 0,274	r = -0,0494 p = 0,696	r = -0,1796 p = 0,152
Zaradność	r = 0,1154 p = 0,360	r = -0,1557 p = 0,216	r = -0,1134 p = 0,368	r = 0,0713 p = 0,573
Sensowność	r = 0,0037 p = 0,977	r = 0,1025 p = 0,417	r = -0,1264 p = 0,316	r = 0,1121 p = 0,374

*p < 0,05

Wyróżnione w tabeli 2 typy wsparcia społecznego należały do uwzględnionych w kwestionariuszu Kmieciak-Baran, badającym wsparcie społeczne (wartościujące, emocjonalne, informacyjne i instrumentalne). Średnia arytmetyczna wskazuje, że najwyższego poziomu wsparcia badani doznawali w przypadku wsparcia informacyjnego (20,4%) oraz instrumentalnego (19,6%). Zdecydowanie mniej ankietowani otrzymali wsparcia wartościującego (18,2%) i emocjonalnego (18,3%). Badani z problemem alkoholowym różnili się między sobą wsparciem wartościującym oraz instrumentalnym.

Określono również związek między poziomem SOC i jego składowymi a składowymi wsparcia społecznego (tab. 3). W tabeli 3 przedstawiono zestawienie współczynników korelacji liniowej Pearsona. Związki między wsparciem a poczuciem koherencji dla SOC globalnego były ujemne. W przypadku zrozumiałości wynik był również ujemny, ale zaradność w odniesieniu do wsparcia instrumentalnego i wartościującego była dodatnia, co oznacza, że bardziej zaradni badani otrzymywali więcej wsparcia wartościującego i instrumen-

talnego. W przypadku sensowności, wsparcia wartościującego i emocjonalnego wykazano pozytywny związek, jednak statystycznie nieistotny. Informacyjne wsparcie miało związek ujemny, czyli przy wyższej sensowności badani uzyskiwali mniej informacji, natomiast wsparcie instrumentalne było dodatnie, czyli wyższa sensowność sprzyjała wyższemu wsparciu instrumentalnemu, jednak w sposób nieistotny statystycznie.

W analizie danych demograficznych, które zostały obliczone na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji testu F-Fichera, wykazano zróżnicowanie dla zrozumiałości ($F = 5,4886$; $p < 0,0223$) oraz sensowności ($F = 5,0909$; $p < 0,0275$) u osób odmiennej płci. Mężczyźni posiadali zdecydowanie wyższy poziom zrozumiałości (41,9), natomiast niższy poziom sensowności (30,5). Dodatkowo mężczyźni posiadali trochę wyższy poziom globalnego SOC (111,5), przy nieco niższej zaradności (39,4). Stan cywilny różnicował poziom zaradności ($F = 2,2691$; $p < 0,0491$). Osoby samotne (43) bądź też rozwiedzione (43,2) były bardziej zaradne niż na przykład osoby w związkach małżeńskich

(38,7). Badaną grupę różnicowało źródło utrzymania, wpływając na poziom SOC globalny ($F = 3,0519$; $p < 0,0115$) i sensowność ($F = 3,9982$; $p < 0,0020$). W przypadku SOC globalnego najwyższy poziom posiadały osoby utrzymujące się ze stałego etatu (113,4). Poziom sensowności był istotnie statystycznie różny. Osoby, które były zatrudnione (32,6) lub pobierały zasiłki (35,5), posiadały wysoki poziom sensowności.

Analogicznej analizie poddano wsparcie społeczne. Wiek różnicował poziom wsparcia wartościującego ($F = 1,8981$; $p < 0,0365$). Związek ten był istotny statystycznie, przeciętny i przeciwny ($r = -0,3682$; $p < 0,003$), co oznaczało, że im straszny był człowiek, tym mniej wsparcia wartościującego otrzymywał. Stan cywilny okazał się czynnikiem, który różnicował poziom wsparcia instrumentalnego ($F = 3,0597$; $p < 0,0113$). Osoby w związkach małżeńskich (19,5) posiadały stosunkowo wysoki poziom wsparcia instrumentalnego. Był on bardzo zbliżony do poziomu u osób samotnych (20), rozwiedzionych (19,9) lub posiadających stałego partnera (19,6). Natomiast zdecydowanie zaniżony poziom wykazano u osób, które straciły partnera (wdowa/wdowiec) (16,5). Liczba dzieci różnicowała jedynie wsparcie instrumentalne ($F = 2,4224$; $p < 0,0370$). Wsparcie to rosło wraz z posiadaną liczbą dzieci. Źródło utrzymania różnicowało istotnie statystycznie wsparcie emocjonalne ($F = 2,9326$; $p < 0,0144$) oraz wsparcie instrumentalne ($F = 6,0038$; $p < 0,0006$). Najwyższy poziom wsparcia emocjonalnego otrzymywały osoby bezrobotne bez prawa do zasiłku (23). Najniższy poziom tego wsparcia otrzymywały osoby utrzymujące się z renty/emerytury (14,2) oraz korzystające z pomocy socjalnej (16).

Analizie poddano również inne zmienne, takie jak alkoholizm, jego wpływ na życie zawodowe i finanse, korzystanie z opieki medycznej, fizjologiczne skutki uboczne nadużywania alkoholu, związane ze spożywaniem alkoholu, różnicujące poziom poczucia koherencji i wsparcia społecznego. Poziom poczucia koherencji nie różnił się od potrzeby ograniczania spożywania alkoholu. Natomiast różnica ta była widoczna we wsparciu społecznym, szczególnie wartościującym. Osoby, które nie dostrzegały potrzeby ograniczania spożycia alkoholu, posiadały zdecydowanie wyższy poziom wsparcia wartościującego (19,6). Osoby, które uznały, że mogłyby żyć bez alkoholu, wykazywały wyższy poziom zrozumiałości (43,4). Zaskakujący jest fakt, że osoby, które dostrzegały negatywny wpływ spożywania alkoholu, wykazały niższy poziom zrozumiałości (38,1). Osoby te różnicowało także wsparcie wartościujące ($F = 5,7359$; $p < 0,0196$), co oznacza, że osoby, które dostrzegają negatywny skutek spożywania alkoholu na swoje życie, miały niższy poziom wsparcia wartościującego (17,7). Osoby, które uważały, że picie alkoholu czyni ich życie nieszczęśliwymi, miały niższe SOC globalne (108,7). Miały one również niższy poziom zrozu-

miałości (36,8). W przypadku wsparcia społecznego różnicę wykazano w zakresie wsparcia wartościującego ($F = 13,685$; $p < 0,0004$) i informacyjnego ($F = 6,3586$; $p < 0,0142$). Osoby wskazujące, że alkohol ma negatywny wpływ na ich życie, doznawały mniej wsparcia wartościującego (17,40) i informacyjnego (19,87). Poziom SOC globalny ($F = 9,1400$; $p < 0,0036$), zrozumiałość ($F = 8,8605$; $p < 0,0041$) i poziom wsparcia wartościującego ($F = 4,5284$; $p < 0,0372$) różnicował osoby ze względu na problemy finansowe spowodowane nadużywaniem alkoholu. Osoby z tymi problemami odznaczały się niższymi wartościami poziomu SOC globalnego (108,1), zrozumiałości (36,4) oraz wsparcia wartościującego (17,5). Osoby, które dostrzegały negatywny wpływ picia alkoholu na życie zawodowe, miały niższe poczucie SOC globalne (108,08) oraz niższy poziom zrozumiałości (36,04), a także niższą wartość wsparcia wartościującego (17,04) i emocjonalnego (17,2). Wcześniej podejmowane próby leczenia miały dostrzegalne statystycznie skutki jedynie w przypadku wsparcia wartościującego ($F = 13,696$; $p < 0,0004$). Osoby, które podejmowały wcześniej próby leczenia, posiadały mniejszy poziom wsparcia wartościującego (16,5) niż te, które wcześniej się nie leczyły (18,9). Kwestia wpływu kontaktów z lekarzem, pogotowiem, poradnią spowodowanych nadużywaniem alkoholu różnicowała wsparcie instrumentalne ($F = 5,9519$; $p < 0,0175$). Osoby posiadające wcześniej takie doświadczenia doznawały więcej wsparcia instrumentalnego (20,4) ze strony swojego otoczenia. Osoby przebywające w szpitalu, izbie wytrzeźwień, poradni z powodu picia alkoholu odznaczały się niższym poziomem SOC globalnego (108,3) oraz zrozumiałości (36) w stosunku do osób, które wcześniej nie miały takich doświadczeń. Kontakty ze szpitalem, poradnią, lekarzem, psychologiem lub duchownym z powodu kłopotów spowodowanych spożywaniem alkoholu różnicowały badanych pod względem poziomu SOC globalnego ($F = 5,4016$; $p < 0,0233$). Osoby o niskim poziomie SOC globalnego zwracały się o poradę medyczną, psychologiczną lub duchową, natomiast osoby o wyższym poziomie SOC globalnego z takiej pomocy nie korzystały. W przypadku występowania najbliższych o pomoc dla badanego wykazano różnice w poziomie zaradności ($F = 5,0499$; $p < 0,0281$). Osoby, których najbliżsi zwracali się o pomoc, były w większym stopniu zaradne (41,1). Może to być związane z faktem, że być może osoby nadużywające alkoholu posiadają partnerów o wysokiej zaradności. Wpływ leczenia z powodu dolegliwości występujących po spożyciu alkoholu różnicował jedynie wsparcie instrumentalne ($F = 9,4246$; $p < 0,0031$). Osoby leczące się z powodu dolegliwości spowodowanych nadużywaniem alkoholu doznawały większej ilości wsparcia instrumentalnego (20,3).

Dyskusja

W literaturze przedmiotu odnaleziono artykuły przedstawiające analizę badań dotyczących poziomu poczucia koherencji u osób z chorobą alkoholową. Wśród tych opracowań brakuje jednak danych dotyczących bezpośrednio poczucia koherencji i wsparcia społecznego u osób uzależnionych od alkoholu. Nadmierne spożywanie alkoholu odbija się niekorzystnie na różnych obszarach życia człowieka i wiąże się z konsekwencjami odczuwalnymi także przez resztę społeczeństwa. Do najważniejszych psychospołecznych skutków nadmiernego spożywania alkoholu zalicza się: problemy rodzinne, ekonomiczne, w miejscu pracy, w zakresie stosunków międzyludzkich i porządku publicznego [10, 11].

Celem przeprowadzonych badań własnych była ocena poziomu poczucia koherencji i otrzymywanego wsparcia społecznego u osób z problemem alkoholowym. Wynik globalnego SOC zdecydowanie odbiegał od norm ustalonych przez Aarona Antonovsky'ego (140–160 pkt) [6]. Badura i wsp. stwierdzili, że badane zarówno kobiety, jak i mężczyźni charakteryzowali się niższym poczuciem koherencji w ujęciu globalnym oraz w odniesieniu do poszczególnych jej elementów w stosunku do grupy kontrolnej. Wynik ten jest porównywalny dla osób z problemem alkoholowym i poddawanych psychoterapii [11]. W badaniach Mroziak i wsp. wskazuje się na fakt, że po przeprowadzeniu terapii możliwy był znaczny wzrost SOC u osób o jego niskim poziomie początkowym. Terapia prawdopodobnie wzmacnia optymizm i wolę życia oraz zwiększa poczucie własnych możliwości wpływania na otoczenie i swój los. Istotny wzrost SOC po terapii może być również interpretowany jako osiągnięcie gotowości do zmiany zachowań i utrzymania życia w abstynencji [9]. W badaniach własnych stwierdzono, że badani różnią się od siebie poziomem poczucia koherencji, ale zdecydowanie najsilniej różnice te były widoczne w zakresie zrozumiałości, którą Antonovsky określa jako poczucie, że napływające wydarzenia są jasne, przewidywalne i wytłumaczalne [6]. Zaradność, która wiąże się z poczuciem dysponowania przez jednostkę środkami czy zasobami, dzięki którym może ona aktywnie wpływać na sytuację, była nieco wyższa od zrozumiałości, natomiast najniższy wynik otrzymano w przypadku sensowności. Polega ona na przekonaniu, że warto się angażować w daną sytuację i o coś walczyć [6]. Analiza statystyczna wyników badań częściowo potwierdziła, że osoby uzależnione od alkoholu różnią się od siebie poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego. Badani wykazywali, że najwięcej otrzymywali wsparcia informacyjnego, następnie instrumentalnego, a najmniej wsparcia wartościującego i emocjonalnego. Ankietowani istotnie statystycznie różnili się między sobą poziomem otrzymywanego wsparcia wartościującego i wsparciem emocjonalnym. U osób odmiennej płci

zróżnicowane były rozumiałość oraz sensowność. Mężczyźni posiadali zdecydowanie wyższy poziom zrozumiałości, natomiast niższy poziom sensowności niż kobiety. Dodatkowo mężczyźni mieli globalnie wyższy poziom SOC, przy nieco niższej zaradności. Może to wynikać z odmiennego przebiegu uzależnienia wśród kobiet niż u mężczyzn. Jak wynika z badań Kosińskiej-Dec, spożycie alkoholu przez kobiety w niewielkim stopniu wiąże się z SOC [4]. Stan cywilny różnicował istotnie poziom zaradności. Osoby samotne lub rozwiedzione były bardziej zaradne niż pozostałe osoby poddane badaniu. Zaobserwowano, że im starsi byli respondenci, tym mniej otrzymywali wsparcia społecznego. W przypadku stanu cywilnego okazało się, że różnicuje on jedynie wsparcie instrumentalne. Najwyższy jego poziom miały osoby żyjące w związkach małżeńskich. Natomiast zdecydowanie najniższy poziom wsparcia instrumentalnego miały osoby, które straciły partnera — wdowy i wdowcy. Osoby posiadające niski poziom poczucia koherencji częściej wykazywały chęć leczenia, spostrzegały negatywny wpływ picia na ich życie, pracę zawodową, finanse niż osoby o wysokim poziomie SOC. Może to być jednak związane z faktem, że osoby z wyższym poczuciem SOC były jeszcze na takim etapie, na którym ich nałóg nie osiągnął momentu krytycznego jak w przypadku pozostałych osób. W przypadku wsparcia społecznego można stwierdzić, że osoby o niskim poziomie SOC posiadają niski poziom wsparcia wartościującego i zazwyczaj to te osoby dostrzegają problem związany z nadużywaniem alkoholu. Może to wynikać z faktu, że osoby te otrzymują mało wsparcia wartościującego, co skutkuje obniżeniem mniemania o sobie i pozwala dostrzec problem związany z nałogiem. Być może do podjęcia leczenia potrzebna jest niska ocena ze strony najbliższych, którzy dają czytelny sygnał, że nie akceptują nałogu. Osobie nadużywającej alkoholu sprzyja także niski poziom SOC, gdyż wskaźnik ten świadczy o trudnościach z radzeniem sobie w życiu, w związku z czym inicjatywę może przejąć najbliższe otoczenie, wpływając na decyzje o podjęciu leczenia. W toku leczenia (psychoterapii) poziom SOC tej osoby najprawdopodobniej się podniesie.

Podsumowując, można stwierdzić, że silne poczucie koherencji należy traktować jako czynnik prozdrowotny i ułatwiający adaptację życiową, a także w pewnym stopniu chroniący przed szeroko rozumianymi konsekwencjami chorób, w tym uzależnieniem od alkoholu.

Wnioski

Badani różnią się poziomem poczucia koherencji. Zdecydowanie najsilniejsze różnice są widoczne w zakresie zrozumiałości oraz poziomie otrzymywanego wsparcia społecznego, zwłaszcza wartościującego i emocjonalnego. Osoby bardziej zaradne otrzymują więcej wsparcia wartościującego i instrumentalnego.

Piśmiennictwo

1. Cekiera Cz. Alkoholizm. *Prob. Alkohol.* 1993; 11: 5.
2. Habnet B. Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem. Alkohol w aspekcie zdrowia publicznego. *Przewodnik Lekarza Praktyka*, Warszawa 1996; 136–140.
3. Łuszczynska-Cieślak A. Czym jest dla psychologa poczucie koherencji? *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna.* 2001; 20: 56–68.
4. Kosińska-Dec K. Poczucie koherencji a style radzenia sobie i picie alkoholu. *Alkohol. Narkom.* 1996; 1: 49–63.
5. Psikowski T. *Stres i zdrowie.* Wydawnictwo Fundacji „Humaniora”, Poznań 2000; 14–23.
6. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. *Instytut Psychiatrii i Neurologii*, Warszawa 2005; 120: 10–42.
7. Sheridan Ch., Radmacher S. *Psychologia zdrowia — wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia.* Instytut Psychologii Zdrowia, PTP, Warszawa 1998; 217–223.
8. Kmiecik-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teorie i właściwości psychometryczne. *Przeg. Psychol.* 1995; 38: 201–214.
9. Mroziak B., Wójtowicz St., Woronowicz B. Zmiany poczucia koherencji w terapii uzależnienia od alkoholu — wstępne wyniki badania katamnesticznego. *Sztuka Leczenia* 2001; 7: 37–43.
10. Bielewicz A., Moskalewicz J. Historia społeczno-kulturowa alkoholu. W: Wald I. (red.). *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne.* PWN, Warszawa 1986; 11–34.
11. Badura K., Gorczyca P., Tomalczyk E., Matysiakiewicz J. Ocena poczucia koherencji u pacjentów z zespołem zależności alkoholowej — doniesienie wstępne. *Wiad. Lek.* 2000; 9–10: 488–491.