

Poczucie koherencji (SOC) u pacjentów psychiatrycznego oddziału młodzieżowego

Sense of coherence in patients of a psychiatric adolescent unit

Katarzyna Bażyńska, Zofia Bronowska, Irena Namysłowska,
Cezary Żechowski

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Namysłowska

Praca omawia poczucie koherencji w trzech podgrupach diagnostycznych (zaburzenia psychiatryczne, odżywiania się, nerwice i zaburzenia osobowości) pacjentów psychiatrycznego oddziału młodzieżowego oraz ich rodziców.

In the study, the sense of coherence in three diagnostic subgroups (psychotic, eating and neurotic and personality disorders) of patients in a psychiatric adolescent unit and their families was analyzed.

poczucie koherencji (SOC)
pacjenci młodzieżowi

sense of coherence
adolescent patients

Wstęp

Poczucie koherencji (SOC) jest konstruktem stworzonym przez Antonovsky'ego [1, 2]. Oznacza ono globalną orientację, według której człowiek postrzega świat jako zrozumiały, sterowalny i sensowny. Pojęcie to stworzył Antonovsky celem wytłumaczenia, dlaczego jedni radzą sobie lepiej, a inni gorzej z trudnymi sytuacjami życiowymi. Koncepcja poczucia koherencji, próbując wyjaśnić pozostawanie zdrowym, mimo znacznych obciążeń życiowych, nazywana jest salutoennym podejściem do problemów zdrowia i choroby.

W literaturze światowej liczba prac dotyczących poczucia koherencji stale rośnie, podobna sytuacja dotyczy naukowego piśmiennictwa polskiego. Powstało wiele prac szczególnie opisujących koncepcję Antonovsky'ego [3, 4], właściwości psychometryczne Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC 29) [5] oraz traktujących poczucie koherencji z różnych perspektyw badawczych, w których koncepcja ta jest przydatna. Najlepszym wyrazem zainteresowania tym zagadnieniem jest poświęcenie mu odrębnego numeru „Przeglądu Psychologicznego”.

Część badań dotyczy zależności pomiędzy poczuciem koherencji a stresem [6, 7, 8, 9], sposobami radzenia sobie z nim oraz stanem zdrowia i nasileniem objawów. Według Bishopa [6] poczucie koherencji stanowiło istotną część zasobów w radzeniu sobie ze stresem i korelowało ze stanem zdrowia, ale tylko u osób z niskim SOC. Logiczną konsekwencją koncepcji poczucia koherencji jest założenie, że będzie ono istotnie niższe u osób z różnymi typami zaburzeń psychicznych oraz że może być traktowane jako zmienna istotna w procesie radzenia sobie z chorobą, np. infekcja HIV [10], nadużywanie alkoholu [11, 12, 8] i substancji psychoaktywnych.

Midanik [11], w wyniku badań nad ludźmi w starszym wieku, stwierdziła, że wyniki SOC pozwalają przewidzieć problemy z nadużywaniem alkoholu – w grupie osób pijących mniej wyniki SOC były wyższe w porównaniu z osobami pijącymi więcej.

Z kolei z pracy Habrat [13] wynika, że w grupie kobiet cierpiących na depresję poczucie koherencji było istotnie niższe niż w grupie kontrolnej osób zdrowych, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, podczas gdy u chorych na depresję mężczyzn wartości SOC były istotnie niższe niż u mężczyzn zdrowych.

Kosińska-Dec, Jelonkiewicz, Muraszkiewicz [14] badały zasoby w rodzinach ze zdrowym i chorym na schizofrenię dorosłym dzieckiem. Autorki stwierdziły, że ogólne poczucie koherencji oraz poczucie sterowalności było niższe u dzieci chorych, w porównaniu z dziećmi zdrowymi, nie znaleziono różnic w poczuciu koherencji matek z obu grup, a w przypadku ojców dzieci dała się jedynie zauważyć tendencja w kierunku niższych wartości SOC u ojców dzieci zdrowych.

Z badań Mroziak, Czabały i Wójtowicza [15] wynika, że poczucie koherencji jest istotnie słabsze w obu grupach klinicznych, to jest w grupie chorych cierpiących na nerwicę i depresję, niż w grupie osób zdrowych, a także niższe u kobiet chorych na depresję niż u kobiet chorych na nerwicę. Poczucie koherencji było istotnie ujemnie skorelowane z nasileniem objawów oraz dodatnio z ogólną oceną stanu zdrowia u osób chorych na nerwicę. Autorzy badań uznali, że skala SOC 29 jest narzędziem służącym do pomiaru zdrowia, ale także okazała się różnicująca również dla psychopatologii.

Odrębnym zagadnieniem jest problem kształtowania się poczucia koherencji [1, 2, 16, 17]. Nie budzi wątpliwości, że kształtuje się ono w rodzinie pochodzenia i zależy od panujących w niej warunków, określonych przez Antonovsky'ego jako „uogólnione zasoby odpornościowe” [1, 2].

Próbę przedstawienia modelu zależności pomiędzy poczuciem koherencji rodziców, tzw. zasobami rodziny a poczuciem koherencji dzieci podjął Zwoliński [9]. Sądzi on, że na wzrost poczucia koherencji młodego dorosłego wpływają bezpośrednio: dostrzeżenie przez niego mocnych stron własnej rodziny oraz silne poczucie koherencji w podsystemie rodzicielskim. Większość badaczy jest także zdania, że poczuciu koherencji rodziców sprzyja wykształcenie powyżej średniego, a kształtując się w rodzinie osiąga ono stabilny poziom około 30 r. życia [3], chociaż według Mroziak [12] w wieku 18–20 lat jest ono wystarczająco stabilne do podejmowania nad nim dalszych badań.

Nie znaleziono w literaturze prac dotyczących poczucia koherencji w grupie hospitalizowanej psychiatrycznie młodzieży.

Cel badań

Autorzy formułują hipotezę, że SOC pacjentów oddziału młodzieżowego będzie niższy niż SOC w porównywalnych grupach z innych badań oraz że będzie różny w różnych podgrupach diagnostycznych. Podejmują także próbę odpowiedzi na pytanie, czy SOC – matki czy też ojca – jest bardziej zbliżony do SOC dziecka.

Trzecim pytaniem badawczym jest zagadnienie związku SOC z płcią hospitalizowanych pacjentów i liczbą hospitalizacji. Kolejne hospitalizacje są między innymi wyrazem załamania się mechanizmów radzenia sobie z chorobą, sądzić więc można, że niższy SOC u pacjentów, a zwłaszcza ich rodziców, korelować będzie z liczbą hospitalizacji.

Grupa badana stanowić będzie także wyjściową grupę do badań katamnesticznych planowanych za 3 lata, które pozwolą odpowiedzieć na pytanie o zmiany poczucia koherencji rodziców i pacjentów, w zależności od dalszych ich losów.

Material i metoda

Zbadano 72 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w 2000 roku oraz ich rodziców (57 matek, 36 ojców) i rodzeństwo (20 osób). Wszyscy byli badani za pomocą skali SOC 29 w pierwszym okresie po przyjęciu na oddział.

Rzetelność skali SOC 29 kształtowała się następująco: alfa Cronbacha dla skali ogólnej wynosiła 0,91, podskali zrozumiałości 0,83, sterowalności 0,81, sensowności 0,80. Wyniki te są podobne do wyników innych badań oceniających rzetelność skali SOC [18, 19, 4, 15].

Średni wiek badanych oraz wykształcenie rodziców przedstawiają tabela 1 i tabela 2. Nie ma w nich danych na temat rodzeństwa, ponieważ nie było ich w historiach chorób.

Tabela 1

Średni wiek badanych

Grupa badana	Średnia wieku (lata)	Odczytanie standardowe
Pacjenci N=72	10,8	2,00
Matki N=57	45,7	0,40
Ojcowie N=36	47,0	0,03

Tabela 2

Wykształcenie badanych rodziców

Grupa badana	Wykształcenie podstawowe	Wykształcenie średnie	Wykształcenie wyższe
Matki N=57	6,25 %	54,17 %	39,58 %
Ojcowie N=36	12,5 %	40,63 %	46,87 %

Podział na podgrupy diagnostyczne przedstawia tabela 3.

W podgrupie diagnostycznej „nerwic i zaburzeń osobowości” znaleźli się pacjenci albo z diagnozą zaburzeń nerwicowych, albo z podwójną diagnozą zaburzeń nerwicowych i zaburzeń rozwoju osobowości.

Tabela 3

Podział pacjentów na podgrupy diagnostyczne

Część	Kategorie diagnostyczne		
	Zaburzenia psychiczne	Zaburzenia odżywiania się	Nerwice Zaburzenia osobowości
N= 72	N= 20	N= 20	N= 32

Wyniki

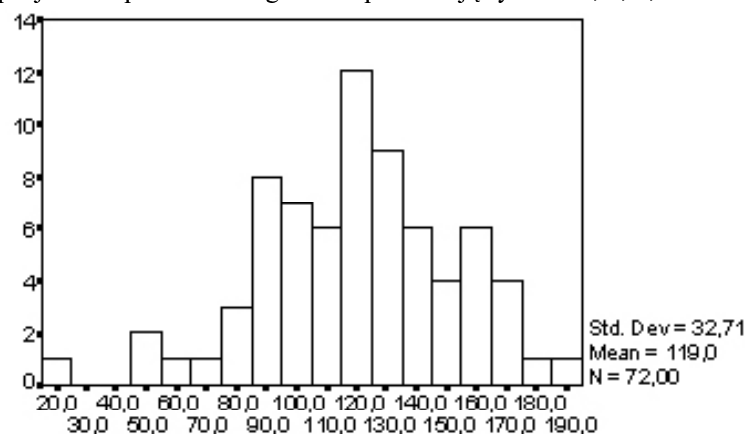
Analiza wyników kwestionariusza SOC grupy pacjentów i ich rodzin

Tabela 4

Wyniki SOC pacjentów, matek, ojców i rodzeństwa

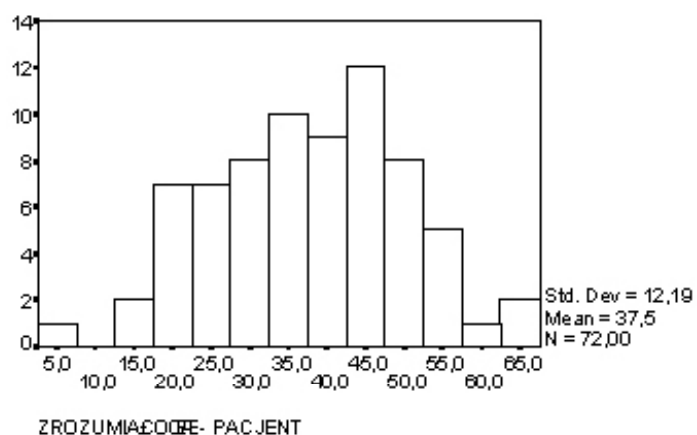
Wyniki SOC								
SOC 29	Pacjenci N= 72		Matki N= 57		Ojcowie N= 36		Rodzeństwo N= 20	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Skala ogólna	118,97	32,71	138,59	24,74	148,75	21,59	135,65	23,03
Zrozumiałość	41,01	13,58	46,97	11,06	52,33	8,99	47,89	9,53
Stwierdzenie	41,68	11,86	48,54	9,83	52,44	8,91	48,82	8,88
Sensoryczność	36,27	11,68	43,15	8,63	48,97	6,99	40,57	7,75

Wyniki SOC pacjenta w postaci histogramów prezentują rysunki 1, 2, 3, 4.

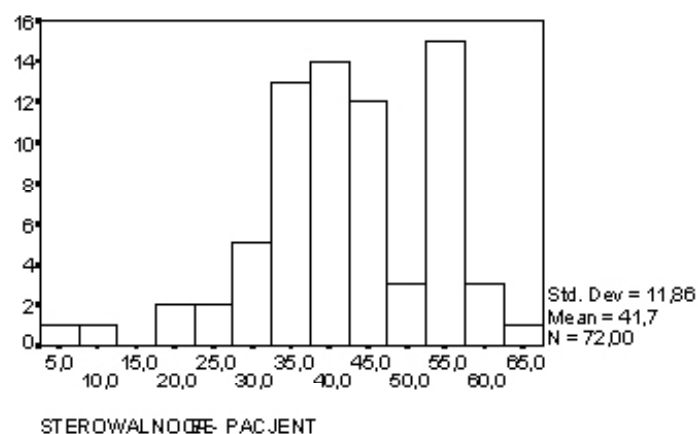


SOC SKALA OGÓLNA - PACJENT

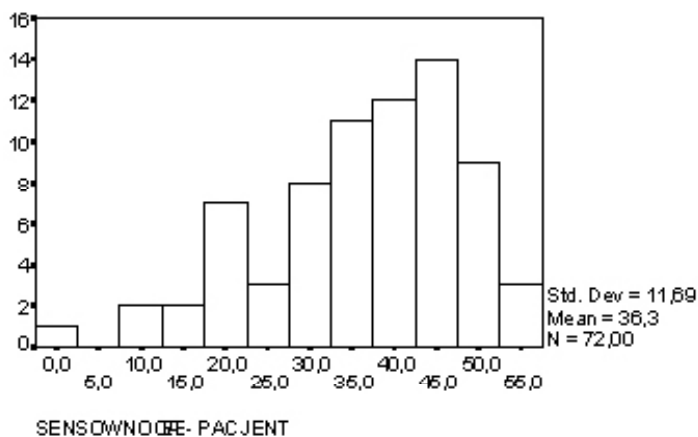
Rys. 1 Rozkład wyników w skali ogólnej SOC w grupie pacjentów



Rys. 2 Rozkład wyników w podskali zrozumiałości w grupie pacjentów



Rys. 3 Rozkład wyników w podskali sterowalności w grupie pacjentów



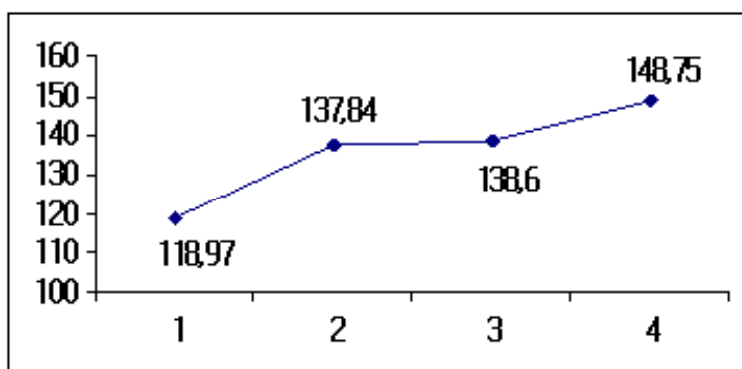
Rys. 4 Rozkład wyników w podskali sensowności w grupie pacjentów

Przeprowadzona analiza wariancji wraz z testem post-hoc LSD wykazała występowanie istotnych statystycznie różnic (przy $p < 0,05$) między średnimi wynikami zmiennej SOC dla grup pacjentów, matek, ojców i rodzeństwa. Ilustruje to tabela 5 i wykres 1.

Tabela 5

Istotne statystycznie różnice pomiędzy średnimi w skali ogólnej SOC

Ośrodek		Pacjent	Rodzeństwo	Mama	Ojciec
118,97	Pacjent		x	x	x
137,84	Rodzeństwo	x			
138,6	Mama	x			
148,75	Ojciec	x			

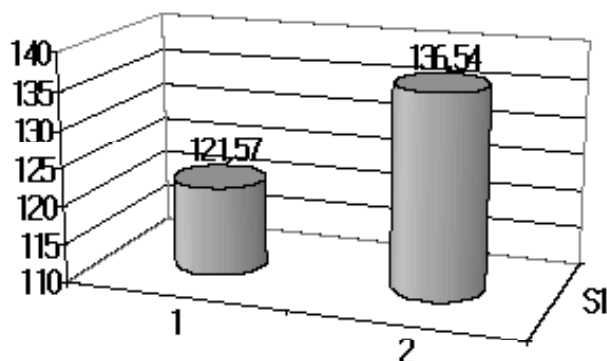


x – różnica istotna statystycznie przy $p < 0,05$

Wykres 1 Średnie wyniki zmiennej SOC dla grup: pacjentów (1), rodzeństwa (2), matek (3), ojców (4)

Analiza statystyczna nie ujawniła różnic w poczuciu koherencji pomiędzy trzema podgrupami diagnostycznymi, poza podskalą sensowności SOC. Wyniki tej podskali były istotnie statystycznie niższe w grupie nerwic (średnia 31,61) niż w grupie zaburzeń psychotycznych (średnia 38,15) i w grupie zaburzeń odżywiania się (średnia 39,90). Porównanie wyników w skali SOC hospitalizowanych pacjentów młodzieżowych z wynikami zdrowej młodzieży z badań Mroziak [12] obrazuje wykres 2 i tabela 6. Grupa pacjentów osiągnęła w skali SOC wyniki statystycznie istotnie niższe niż zdrowa młodzież, z wyjątkiem podskali zrozumiałości. Dotyczy to zarówno chłopców, jak i dziewcząt.

Wyniki w skali SOC 29 rodziców hospitalizowanych pacjentów nie różniły



1 – grupa pacjentów; 2 – grupa osób zdrowych

Wykres 2 Porównanie średnich wyników zmiennej SOC: grupa chłopców pacjentów i grupa chłopców zdrowych

Tabela 6

Test t Studenta dla grupy pacjentów i populacji kontrolowanej, z uwzględnieniem płci

SOC		M1	SD1	N1	M2	SD2	N2	T	P
SOC – skala ogólna	Chłopcy	121,57	32,02	26	136,54	21,43	375	-3,30	p<0,01
	Dojeżdżę	117,5	33,34	46	126,8	20,71	375	-2,64	p<0,01
Zrozumieć odc.	Chłopcy	37,73	11,69	26	40,62	7,69	375	-1,77	p<0,1
	Dojeżdżę	37,34	12,58	46	39,95	7,88	375	-1,96	p<0,1
Sterowalność odc.	Chłopcy	44,38	9,75	26	49,82	8,52	375	-3,10	p<0,01
	Dojeżdżę	40,15	12,74	46	46,21	8,64	375	-4,21	p<0,01
Samowolność odc.	Chłopcy	36,07	11,88	26	46,11	8,78	375	-5,47	p<0,01
	Dojeżdżę	36,39	11,7	46	41,86	8,43	375	-3,94	p<0,01

M – średnia w grupie pacjentów, SD – odchylenie standardowe, N – liczba badanych, 1 – pacjenci, 2 – grupa osób zdrowych

się w sposób statystycznie istotny od wyników rodziców dzieci zdrowych z badań Kosińskiej-Dec, Jelonkiewicz i Muraszkievicz [14]. Podobny wiek i wykształcenie obu grup rodziców zezwala na takie porównania. Ogólne poczucie koherencji matek hospitalizowanych pacjentów (średnia – 138,59) było niemal identyczne z ogólnym poczuciem koherencji matek zdrowych dzieci dorosłych (średnia – 138,76), natomiast poczucie koherencji ojców było wyższe (na granicy istotności statystycznej) w grupie ojców chorych dzieci (średnia – 148,75) niż w grupie ojców dzieci zdrowych (średnia – 140,48), zwłaszcza w zakresie sterowalności.

Analiza wyników badań nie wskazuje na istnienie korelacji pomiędzy wartościami SOC pacjenta a liczbą hospitalizacji. W większości podskali SOC pacjentów nie korelował z SOC rodziców. Istotne statystycznie korelacje ($p<0,05$) znaleziono pomiędzy: 1) skalą ogólną SOC, podskalą sterowalności pacjenta a podskalą sterowalności ojców,

2) podskalą zrozumiałości u hospitalizowanych chłopców a skalą ogólną, podskalami zrozumiałości i sterowalności ojców, 3) podskalą zrozumiałości hospitalizowanych chłopców a podskalą zrozumiałości matek.

Omówienie wyników

Zgodnie z oczekiwaniami poczucie koherencji hospitalizowanych pacjentów młodzieżowych okazało się statystycznie istotnie niższe niż ich matek, ojców i rodzeństwa, a także zdrowej młodzieży [12]. To, że poczucie koherencji pacjentów jest istotnie niższe niż rodzeństwa, wskazuje na wpływ choroby na jego obniżenie i swoiście niższe „uogólnione zasoby odpornościowe” [1, 2], kształtowało się ono bowiem w tej samej rodzinie.

Poczucie koherencji hospitalizowanych pacjentów młodzieżowych (średnia skali ogólnej SOC – 118,97) jest niższe niż poczucie koherencji w większości badanych grup klinicznych, np. jest niższe niż w grupie nieco starszych pacjentów chorych na schizofrenię (średnia – 123,87) z badań Kosińskiej-Dec, Jelonkiewicz, Muraszkiewicz [14], a zbliża się do poczucia koherencji mężczyzn, którzy przebyli depresję (średnia skali ogólnej SOC – 116,35) z badań Habrat [13] i do pacjentów chorych na nerwice [15]. To niskie poczucie koherencji tłumaczyć jednak można wiekiem badanych. Ponieważ średnia wieku wynosiła 16,8 lat, przypuszczać można, że byli oni w okresie kształtowania się poczucia koherencji, nie osiągnęli bowiem jeszcze 20 lat, w którym to wieku można mówić według Mroziak [12] o w miarę stabilnym poczuciu koherencji.

Zastanawia brak różnic w poczuciu koherencji w trzech podgrupach diagnostycznych hospitalizowanych pacjentów, poza podskalą sensowności, w której grupa pacjentów chorych na nerwice i zaburzenia osobowości osiągnęła istotnie statystycznie niższe wyniki. Warto tu dodać, że wyniki hospitalizowanych pacjentów młodzieżowych z podgrupy nerwic zbliżone są do wyników chorych na nerwice z badań Mroziak, Czabały i Wójtowicza [15].

Zaskakujący jest także brak korelacji pomiędzy wynikami poczucia koherencji pacjentów i ich rodziców a liczbą hospitalizacji, sądziliśmy bowiem, że wraz z kolejnymi hospitalizacjami poczucie koherencji będzie malało, ponieważ kolejne przyjęcie do szpitala, niezależnie od innych zmiennych, jest wyrazem załamania się mechanizmów radzenia sobie całego systemu rodzinnego z chorobą.

Uzyskane przez autorów badań wyniki są zbieżne z wynikami Kosińskiej-Dec, Jelonkiewicz i Muraszkiewicz [14]. W obu badaniach wyniki poczucia koherencji rodziców są podobne, zwłaszcza matek chorych i zdrowych dzieci; także ojcowie chorych dzieci mają wyższe (choć nie osiągające istotności statystycznej) poczucie koherencji niż ojcowie zdrowych dzieci, zwłaszcza w podskali sterowalności. Autorzy badań nie potrafili lepiej wytłumaczyć tego faktu niż to uczyniły autorki cytowanych badań, które piszą, że choroba dziecka i trud radzenia sobie z nią przez ojców „dodaje im skrzydeł”, mimo że w badaniach Kosińskiej-Dec i wsp.[14] ojcowie chorych dzieci mieli wyższe poczucie sensowności, a nie, jak w naszych badaniach, poczucie sterowalności.

Wnioski

1. Poczucie koherencji hospitalizowanych pacjentów młodzieżowych badanych za pomocą skali SOC 29 okazało się statystycznie istotnie niższe niż poczucie koherencji ich rodzeństwa, matek, ojców.
2. Poczucie koherencji nie różnicowało trzech podgrup diagnostycznych, to jest zaburzeń psychotycznych, odżywiania się i osobowości oraz nerwic. Jedynie wyniki w podskali sensowności były statystycznie istotnie niższe w grupie pacjentów cierpiących na nerwicę i zaburzenia osobowości niż w pozostałych podgrupach diagnostycznych.
3. Poczucie koherencji nie korelowało z liczbą hospitalizacji.
4. Poczucie koherencji rodziców hospitalizowanych pacjentów młodzieżowych nie różniło się od poczucia koherencji rodziców zdrowych dzieci, zwłaszcza w odniesieniu do matek, podczas gdy poczucie koherencji ojców chorych dzieci było wyższe (na granicy istotności statystycznej), zwłaszcza w zakresie sterowalności, niż rodziców zdrowych dzieci.
5. Prezentowane badania są pierwszymi w Polsce badaniami nad poczuciem koherencji hospitalizowanej psychiatrycznie młodzieży. Przebadana grupa pacjentów, ich rodzeństwa i rodziców będzie stanowić wyjściową grupę do badań katamnestycznych.
6. Ze względu na niewielką liczbę przebadanych pacjentów i ich rodziców, otrzymane wyniki należy traktować z dużą ostrożnością. Wskazane byłoby objęcie badaniami większej liczby pacjentów.

Summary

The sense of coherence of 72 hospitalized adolescent patients assessed by SOC 29 was significantly lower than SOC of their siblings, mothers and fathers. SOC did not differentiate sensitivity subscale, which was significantly lower in a group of neurotic, then psychotic and eating disorders patients. SOC did not correlate with the number of hospitalizations. The sense of coherence of mothers of adolescent patients was not significantly different from SOC of mothers of healthy children, but SOC of patients' fathers was higher (approaching statistical significance) than SOC of fathers of healthy children.

×óáññáí çíáídlíöçč (NÍÖ) ó d'róçlíñiá d'ñčöçrnđč=íñçíáí èièiáíçíñáí ñáíçííç'

Ñiáíççíçí

Čññéíáíáíí 72 d'róçlíñiá, áíñd'çñřéççđíáííúó á Èççíçł èièiáíçíñáí áíçđíññí Číññčóñř d'ñčöçrnđčč è íláđíçíáçč á 2000 áíáó č čó đíáçñíçé (57 èřñídlé č 36 íñóia), í ñřçł íçáççíáíá (20 =íçíáç). Áñí d'róçlíñú áúèç íánéíáíáííú řéřéí NÍÖ 29 á d'íđáíè d'íđçíáí d'íñéł d'đč, èř á ñáíçííçí. Ñíñčéññč=íñçéç řířéçç íł óçřçúáíè íř đřçčč=č' ×óáññáí çíáídlíöçč éíçáó ñdlé' d'íááđóđ'řéč ñ ñí=çč çđííç' óññííáéíñáí èççíç=íñçíáí áçřáííçř (d'ñčóíçú, ířđóřlíç' d'çñíříç' è íláđíçú), çđíçł řéřéú íñéúñéçáíříç' ñáííáí ñíññí' íç'. Đíçóèüñřnú ýñíè d'íářéřéú áúèç ñíñčéññč=íñçé ñóúíññáíííú íççřéł á áđóđ'đí íláđíçíá, íłçéč á íññéúíúó áđóđ'đró.

Áíñd'çñřéççđíáííúú d'róçlíñú èièiáíçíñáí áíçđíññí d'đč íánéíáíáíříçč řéřéí NÍÖ 29 đíçřçéč ñíñčéññč=íñçé çíř=çéúł íççřéł d'íçřçíñléč, =íç çáíđiáí' èièiá' çú (čññéíáíáíříç' Èđíç' ç), çř çñçéç=íçéč d'íářéřéú íñéúñéçáíříç' ñáííáí ñíññí' íç' çáíđiáü'. Ýñí' áéíçéł íł íñçé=řéíñú íç ó áíáóříç, íç ó íííříç. Đíçóèüñřnú á řéřéł NÍÖ 29 đíáçñíçé, áíñd'çñřéççđíáííúó d'róçlíñiá, íł íñçé=řéçnú ñóúíññáííúé íáđřçíè íñ đíçóèüñřñiá, đ'řéó=íííúó íñ đíáçñíçé çáíđiáüó áíñlé, d'đíáíáííúó Èíñçíúñç=

ie-Älo, Èliriélaç+, Èódfrélaç+. İadrürİn İr nİá' aİçerİçİ öreñ, +ñi +óáññâi çİaldİliöçç İñöİâ áİeüüüö
áİñlé áüei áüñrçé (İr ádrİçöl ññrñçñç+İñeje áİññİaldİññç), +lé ó İñöİâ çáİdİaüö áİñlé, İñÍáİİİ á
dfráonİ +óáññâi ód'dfráeliç'. ×óáññâi çİaldİliöçç İl çİdİleççdfráei ñ +çñeİe áİñd'çñrççrçöçé.

Ddláññrâeliüü çññeİáirİç' 'âe'ññ' d'İdaüeç á Dİeürİ, İñññ' üçççñ' ç +óáññâo çİaldİliöçç
áİñd'çñrçççdfráirİe eiçİalçç ñ d'ñçöç+İñeççç İrdörİliç' èç ç öö nİléle.

Dİeö+İİİüü dİçöeüññü İóçİİ dfrññérñdçáfrñü ñ áİeürİe İññİdİçİñññüü áâçáó İláİeürİâİ +çñer
İáñeİáirİüü d'röçİñİâ.

Das Kohärenzgefühl (SOC) bei den Patienten der psychiatrischen Jugendabteilung

Zusammenfassung

72 Patienten, die in der Klinik für Kinder und Jugendliche IPiN im Jahre 2000 hospitalisiert wurden, wurden untersucht. Untersucht wurden auch ihre Eltern (57 Mütter und 36 Väter) und Geschwister (20 Personen). Alle wurden mit der SOC 29 Skala in der ersten Zeit nach der Aufnahme in die Abteilung untersucht. Die statistische Analyse zeigte keine Unterschiede im Kohärenzgefühl zwischen drei diagnostischen Untergruppen (Psychose, Ernährungsstörungen und Neurosen) außer der Sensitivitätskala. Die Ergebnisse dieser Skala waren statistisch niedriger in der Gruppe der Neurosen als in den beiden anderen Gruppen. Die hospitalisierten jugendlichen Patienten erreichten in der SOC 29 Skala statistisch niedrigere Ergebnisse als gesunde Jugend (Forschungen Mroziak), außer der Unterskala des Verständnisses. Es betraf sowohl die Jungen als auch die Mädchen.

Die Ergebnisse der SOC 29 Skala bei den Eltern der hospitalisierten Patienten unterschieden sich statistisch nicht viel von den Ergebnissen der Eltern der gesunden Kinder nach den Forschungen von Kosińska-Dec, Jelonkiewicz und Muraszkiwicz. Was nur aufmerksam macht, ist die Tatsache, dass das Kohärenzgefühl der Väter der kranken Kinder höher war (an der Grenze der statistischen Wichtigkeit) als das der Väter der gesunden Kinder.

Das Kohärenzgefühl hing mit der Anzahl der Hospitalisierungen nicht zusammen. Die Forschungen sind die ersten in Polen Forschungen an dem Kohärenzgefühl der psychiatrisch hospitalisierten Jugend und ihrer Familien. Die Ergebnisse sollen mit Vorsicht betrachtet werden, weil die Zahl der untersuchten Patienten gering war.

Le sens de cohérence (SOC) des adolescents psychiatriques

Résumé

Les auteurs analysent le sens de cohérence de 72 patients hospitalisés à la clinique psychiatrique en 2000 et de leurs parents (57 mères et 36 pères) et de leurs frères et soeurs (20 personnes). On a examiné tous à l'aide de l'échelle SOC 29. Juste après l'hospitalisation l'analyse statistique ne montre pas de différences dans les groupes diagnostiques (psychoses, troubles de manger, névroses) sauf l'échelle du sens. Ici les résultats sont moins élevés dans le groupe de névroses que dans les 2 autres. Les adolescents hospitalisés ont les résultats moins élevés – selon l'échelle SOC 29 que les personnes saines (recherches de Mroziak), sauf la sous-échelle de présomption – cela touche les filles et les garçons. Les résultats des parents des adolescents hospitalisés ne diffèrent presque des résultats du groupe de contrôle (recherches de Kosińska-Dec, de Jelonkiewicz, de Muraszkiwicz. Il est intéressant que le sens de cohérence des pères des enfants malades est plus élevé (limite d'importance statistique) que des pères des enfants sains, surtout dans le sentiment de commende. Le sens de cohérence ne corrèle pas avec le nombre d'hospitalisation. Ces recherches sont les premières recherches en Pologne concernant le sens de cohérence des adolescents hospitalisés et de leurs familles et il faut les traiter avec réserve à cause du petit nombre de cas examinés.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A. *Health, stress and coping*. San Francisco: Josey-Bass; 1979.
2. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Warszawa: Fundacja IPiN; 1995.
3. Jelonkiewicz I. *Przegląd badań nad korelatami i regulacyjnymi funkcjami poczucia koherencji (przegląd literatury)*. Alkohol. Narkom, 1996; 22: 19–26.
4. Mroziak BA. *Antonovsky'ego koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji (SOC)*. Now. Psychol. 1994; 1: 6–16.
5. Koniarek J, Dudek Makowska Z. *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego*. Przegl. Psychol. 1993; 36: 491–502.
6. Bishop G. *The sense of coherence as a resource in dealing with stress*. Psychol. Int. J. Psychol. Orient 1993; 36, 4: 259–265.
7. Margalit M, Raviv A, Ankonna D. *Coping and coherence among parents with disabled children* J. Clin. Child Psychol. 1992; 21, 3: 202–209.
8. Pohorecka A, Jelonkiewicz I. *Picie alkoholu a poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem u młodzieży kończącej szkołę średnią*. Alkohol. Narkom. 1995; 1, 18: 43–75.
9. Zwoliński M. *Sense of coherence (SOC) and coping styles as predictors of subjective health*. Pol. Psychol. Bull. 1999; 30: 291–302.
10. Nyamathi A. *Sense of coherence in minority women at risk for HIV infection*. Publ. Health Nurs. 1993; 10, 3: 151–158.
11. Midanik L, Soghikian K, Ransom LJ, Polen MR. *Alcohol problems and sense of coherence among older adults*. Soc. Sci Med. 1992; 34, 1: 43–48.
12. Mroziak B. *Poczucie koherencji (SOC) a zdrowie psychiczne i picie alkoholu przez młodzież. Założenia, problematyka i zakres badań*. Alkohol. Narkom. 1996; 1, 22: 27–34.
13. Habrat E. *Poczucie koherencji u osób z przebyłym zespołem depresyjnym*. Psychoter. 1997; 3, 102: 73–79.
14. Kosińska-Dec K, Jelonkiewicz I, Muraszekiewicz L. *Zasoby w rodzinach ze zdrowym lub chorym dorosłym dzieckiem*. Post. Psychiatr. Neurol. 1999; 8, 3: 371–381.
15. Mroziak B, Czabała JC, Wójtowicz S. *Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne*. Psychiatr. Pol. 1991; 31, 3: 257–268.
16. Antonovsky A, Sourani T. *Family sense of coherence and family adaptation*. J. Marr. Fam. 1998; 50: 79–92.
17. Zwoliński M. *Systemowe zasoby rodziny a poczucie koherencji u dorosłego dziecka*. Przegl. Psychol. 2000; 43, 2: 139–156.
18. Antonovsky A. *The structure and properties of the sense of coherence scale*. Soc. Sci. Med. 1993; 36, 6: 725–733.
19. Dudek B, Makowska Z. *Psychometric characteristics of the Orientation to Life Questionnaire measuring sense of coherence*. Pol. Psychol. Bull. 1993; 24, 2: 309–318.

Otrzymano: 8.03.2001

Zrecenzowano: 14.05.2001

Przyjęto do druku: 09.07.2001

Adres: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży,
Instytut Psychiatrii i Neurologii

