

## Krystyna Kurowska, Iwona Szumacher

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

# Poczucie koherencji a otrzymywane wsparcie wśród niepełnosprawnych pracowników zatrudnionych w zakładach pracy chronionej

Sense of coherence and social support received by disabled people working in companies employing the disabled

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Poczucie koherencji (SOC) jest pojęciem wyjaśniającym związek wsparcia ze zdrowiem.

**Cel pracy.** Celem pracy było określenie związku między poziomem poczucia koherencji a otrzymywanym wsparciem społecznym u osób niepełnosprawnych.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 69 osób niepełnosprawnych, zatrudnionych w zakładach pracy chronionej. Poczucie koherencji oceniono za pomocą kwestionariusza Antonovsky'ego (SOC-29), a pomiar wsparcia społecznego skalą Kmieciak-Baran.

**Wyniki.** Osoby niepełnosprawne nie różniły się pod względem poziomu SOC w zależności od schorzenia czy przyczyny niepełnosprawności. Różnice pojawiają się w odniesieniu do otrzymywanego wsparcia oraz między zakresem niepełnosprawności a poczuciem sensowności i zaradności.

**Wnioski.** Wysokie poczucie sensowności pozwala na lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym.

**Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (1): 92–98**

**Słowa kluczowe:** poczucie koherencji (SOC), wsparcie społeczne, niepełnosprawność

### ABSTRACT

**Introduction.** The level of the sense of coherence (SOC) is an element which explains the relationship between support and health.

**Aim of the study.** The aim of the study was to find the relationship between the SOC of the disabled and the social support they receive.

**Material and methods.** The study included 69 disabled people working in companies employing the disabled. The SOC level was assessed using Antonovsky SOC-29 questionnaire and social support was measured using Kmieciak-Baran scale.

**Results.** The SOC level is more or less the same in the disabled, independently of the cause of disability. There are differences in the intensity of social support and between the extend of disability and meaningfulness and manageability.

**Conclusions.** Higher meaningfulness enables the disabled to derive greater pleasure from everyday life.

**Nursing Topics 2011; 19 (1): 92–98**

**Key words:** sense of coherence (SOC), social support, disability

### Wstęp

Na przestrzeni wieków sytuacja osób niepełnosprawnych oraz społeczne nastawienie do nich ulegały nieustannym zmianom, zależnym od aktualnych warunków społeczno-ekonomiczno-kulturowych. Zastanawiające jest, dlaczego niektóre osoby, mimo znacznych deficytów zdrowotnych, radzą sobie doskonale zarówno w pracy zawodowej, jak

i w życiu osobistym, w przeciwieństwie do osób mniej niepełnosprawnych, które przyjmują z rezygnacją zastaną rzeczywistość. Każda z tych osób reprezentuje odrębną postawę uwarunkowaną indywidualnymi doświadczeniami. Niewątpliwie oczekują różnorodnego wsparcia, ale otrzymanie go nie zawsze przesądza o korzystnych zmianach w ich w po-

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Krystyna Kurowska, adiunkt; 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; mail: krystyna\_kurowska@op.pl

stawach. Czynnikiem, który ma w tej kwestii decydujące znaczenie, jest poczucie koherencji. Antonovsky zauważył ścisły związek między poczuciem koherencji (SOC, *sense of coherence*) a stanem zdrowia. Przedstawiona przez niego koncepcja salutogenezy pozwala człowiekowi na odbiór zjawisk, które go otaczają w sposób zrozumiały, sensowny oraz dający się kontrolować. Według badacza SOC, a zwłaszcza jego nasilenie, jest głównym czynnikiem psychologicznym odpowiedzialnym za stan zdrowia lub występowanie choroby. Autor stwierdza, że osoby, które odznaczają się silnym SOC, lepiej potrafią uruchomić swoje potencjalne zasoby odpornościowe niż osoby cechujące się niskim poziomem tej zmiennej. Osoby z silnym SOC same dobierają odpowiednią i najlepszą, ich zdaniem, metodę walki ze stresem, natomiast ludzie o słabym SOC będą częściej uruchamiać mechanizmy obronne, które zniekształcają obiektywny i prawdziwy odbiór rzeczywistości, a także będą dążyć do unikania konfrontacji ze stresem [1]. W literaturze podkreśla się także istniejący związek między odpornością na stres a wsparciem społecznym, a w konsekwencji wskazuje się na pozytywny, emocjonalny kontakt z innymi ludźmi, który pozwala się cieszyć dłuższym i szczęśliwszym życiem [2].

### Cel pracy

Celem niniejszej pracy było zbadanie poziomu poczucia koherencji oraz zakresu i rodzaju otrzymywanego wsparcia społecznego przez pracowników niepełnosprawnych zatrudnionych w zakładach pracy chronionej.

### Material i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu dotyczącego analizy jakości życia osób niepełnosprawnych. W niniejszej pracy przedstawiono badania, które przeprowadzo-

no w okresie od kwietnia do grudnia 2007 roku wśród 69 respondentów z różnymi schorzeniami, zakwalifikowanych do grup o różnym stopniu niepełnosprawności, pracujących w bydgoskich zakładach pracy chronionej. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera (nr KB/95/2007).

Osoby biorące udział w badaniu posiadały orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub uprawnienia do renty inwalidzkiej. Powody niepełnosprawności były różne, z liczną grupą schorzeń okulistycznych i wadami kręgosłupa. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusz do badania poczucia koherencji (SOC-29) autorstwa Antonovskiego, skalę wsparcia społecznego Kmieciak–Baran oraz ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów życia. Do opisu zmiennych zastosowano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Szacowanie różnic dokonano za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji testu F-Fischera dla zmiennych wielowariantowych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Za istotne statystycznie przyjęto wartości spełniające warunek  $p < 0,05$ . Analizy dokonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 6.0.

### Wyniki

Średni wiek badanych wyniósł nieco ponad 46 lat (24–67 lat) (tab. 1). Zrozumiałość zawierała się w granicach 43,72 punktu, na niższym poziomie była zaradność — 36,33 punktu i sensowność — 30 punktów. Globalny poziom SOC wyniósł 110,65 punktu. Wsparcie społeczne było niskie. Najwyższy był poziom wsparcia

**Tabela 1.** Rozkład badanej populacji ze względu na zmienne liczbowe: wsparcie społeczne, poczucie koherencji i wiek  
**Table 1.** Division of the examined population in reference to numeric variables: social support, sense of coherence and age

	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Wiek	69	46,65	24	67	10,81
Zrozumiałość	69	43,72	31	67	7,25
Zaradność	69	36,33	25	48	4,60
Sensowność	69	30,59	20	42	3,99
SOC globalne	69	110,65	83	131	10,12
Wsparcie wartościujące	69	18,56	13	23	1,84
Wsparcie emocjonalne	69	18,20	10	25	2,94
Wsparcie informacyjne	69	20,21	14	28	2,56
Wsparcie instrumentalne	69	19,04	14	25	1,77

**Tabela 2.** Związek między otrzymywanym wsparciem a poczuciem koherencji**Table 2.** Correlation of the support in reference to the sense of coherence

	Wsparcie wartościujące	Wsparcie emocjonalne	Wsparcie informacyjne	Wsparcie instrumentalne
Zrozumiałość	r = 0,2670 p = 0,027*	r = -0,0407 p = 0,740	r = -0,0862 p = 0,481	r = -0,2260 p = 0,062
Zaradność	r = 0,1335 P = 0,274	r = 0,1653 p = 0,175	r = -0,2533 <b>p = 0,036*</b>	r = -0,0665 p = 0,587
Sensowność	r = 0,0996 p = 0,415	r = -0,0931 p = 0,447	r = -0,0272 p = 0,824	r = -0,0410 p = 0,738
SOC globalne	r = 0,2914 <b>p = 0,015*</b>	r = 0,0093 p = 0,939	r = -0,1877 p = 0,122	r = -0,2084 p = 0,086

\*p &lt; 0,005

informacyjnego — 20,21 punktu, natomiast wsparcie wartościujące, emocjonalne i instrumentalne zawierało się w przedziale 18–19 punktów (najniższy wynik dotyczył wsparcia emocjonalnego — 18,2 punktu). Wśród badanych było 32% mężczyzn i 68% kobiet. W grupie przeważały osoby pozostające w związkach małżeńskich — 71%, posiadające jedno dziecko — 39%; dwójkę dzieci posiadało 26%. Większość badanych (90%) pochodziła z miasta i mieszkała z rodziną (85%). W tym gronie dominowały osoby z wykształceniem średnim (44%).

Celem niniejszej pracy była próba odpowiedzi na pytanie, czy osoby niepełnosprawne z różnymi problemami zdrowotnymi różnią się od siebie poziomem poczucia koherencji oraz otrzymywanym i oczekiwanym wsparciem społecznym. Przeprowadzając jednoczynnikową analizę wariancji za pomocą testu F-Fishera, stwierdzono, że między badanymi osobami nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic ze względu na rodzaj schorzenia. Biorąc jednak pod uwagę składowe poczucia koherencji, stwierdzono, że osoby, które miały problemy okulistyczne, wykazywały zróżnicowany poziom poczucia koherencji (99–120 pkt). Wysoki poziom jak na tę grupę (130 pkt) miały osoby ze skrzywieniem kręgosłupa. Rodzaj schorzenia różnicował badanych w zakresie wsparcia wartościującego, emocjonalnego, informacyjnego (p < 0,05). Nie wykazano zróżnicowania pod względem otrzymywanego wsparcia instrumentalnego. Osoba z amputowaną lewą dłońią deklarowała wyższy poziom wsparcia wartościującego, emocjonalnego, informacyjnego niż osoby, które miały cukrzycę, schorzenia neurologiczne, schorzenia narządów ruchu czy wzroku. Badany, który przeżył zawał serca i cierpiał na ostre zapalenie trzustki, miał

niski poziom wsparcia (13 pkt dla wartościującego, 14 pkt dla emocjonalnego i 15 pkt dla informacyjnego).

W kolejnym etapie analizie poddano związek między poziomem poczucia koherencji a poziomem otrzymywanego i oczekiwanego wsparcia społecznego u osób z różnego rodzaju problemami zdrowotnymi, które miały wpływ na funkcjonowanie w życiu codziennym. W tabeli 2 przedstawiono istotne statystycznie korelacje między wsparciem wartościującym, emocjonalnym, informacyjnym i instrumentalnym a zrozumiałością, zaradnością i sensownością. Na podstawie analizy danych stwierdzono, że zrozumiałość była słabo związana ze wsparciem wartościującym, ale w sposób istotny statystycznie (p < 0,027). Jeśli zrozumiałość rosła, to również wzrastało wsparcie wartościujące. W badanej grupie osób niepełnosprawnych stwierdzono, że zaradność była związana ujemnie ze wsparciem informacyjnym (p < 0,036). Sensowność nie korelowała istotnie z żadnymi aspektami wsparcia, natomiast globalne poczucie koherencji korelowało tylko ze wsparciem wartościującym (p < 0,015).

Analizie poddano również zmienne pośredniczące (płeć, wiek, stan cywilny, potomstwo, miejsce zamieszkania, zamieszkiwanie samotne lub z rodziną, wykształcenie, korzystanie z opieki medycznej), wpływające na poziom poczucia koherencji i poziom otrzymywanego i oczekiwanego wsparcia społecznego u osób niepełnosprawnych z różnymi problemami zdrowotnymi, które wpływały na funkcjonowanie w życiu codziennym. W zakresie SOC i poziomów wsparcia płeć nie różnicowała istotnie statystycznie badanych. Z badań wynika jednak, że mężczyźni posiadali wyższy poziom zrozumiałości — średnio ponad 45 punktu oraz nieco wyższy poziom zaradności — średnio 36,59 punktu. U mężczyzn stwierdzono również wyższy niż u kobiet

poziom sensowności i globalny poziom poczucia koherencji. Wsparcie wartościujące, emocjonalne i informacyjne u mężczyzn było na nieco wyższym poziomie niż u kobiet — średnio na poziomie 18,9 oraz 20,6 punktu. Niższe wsparcie instrumentalne otrzymywali mężczyźni — średnio 18,81, natomiast kobiety otrzymywały tego rodzaju wsparcie na poziomie 19,14 punktu. Wiek nie różnicował istotnie statystycznie badanych.

Stan cywilny istotnie statystycznie różnicował jedynie zaradność badanych ( $p < 0,004$ ). Zdecydowanie wyższy poziom zaradności wykazywały osoby owdowiałe (42,5 pkt) niż na przykład osoby stanu wolnego (34,1 pkt). Najniższą średnią wykazano u osób pozostających w związkach. Nie było różnic istotnych statystycznie w poziomie wsparcia ze względu na stan cywilny badanych. Jednak z badań wynika, że osoby pozostające w związkach małżeńskich otrzymywały mniej wsparcia emocjonalnego — 17,7 punktów, a najwięcej informacyjnego — 25 punktów. Liczba dzieci istotnie statystycznie różnicowała jedynie wsparcie emocjonalne ( $p < 0,010$ ). Wysokie wsparcie emocjonalne otrzymywały osoby posiadające pięcioro dzieci, ale już kolejne dziecko wpływało na obniżenie wsparcia emocjonalnego i było nieznacznie większe od wartości wsparcia emocjonalnego u osób z czwórką dzieci. Na zbliżonych poziomach kształtowało się wsparcie emocjonalne w grupie osób bezdzietnych lub posiadających jedno, dwoje lub troje dzieci.

Miejsce zamieszkania nie różnicowało istotnie statystycznie badanej grupy. Istotne statystycznie różnice wykazano dla badanych, którzy mieszkali z innymi osobami i dotyczyły one poziomu otrzymywanego wsparcia emocjonalnego ( $p < 0,002$ ) i instrumentalnego ( $p < 0,009$ ). Największe wsparcie emocjonalne otrzymywali respondenci mieszkający z osobami obcymi — 25,0 punktów, natomiast osoby zamieszkujące z rodziną otrzymywały wsparcie emocjonalne na poziomie 17,8 punktów. Wyższy poziom wsparcia instrumentalnego wykazano u badanych mieszkających z obcymi osobami (24,0 pkt) niż dla mieszkających z rodziną (18,8 pkt). Wykształcenie istotnie statystycznie różnicowało jedynie wsparcie emocjonalne. Osoby z wykształceniem podstawowym wskazywały wyższy poziom wsparcia emocjonalnego (średnio 19,5 pkt) niż na przykład osoby z wykształceniem zawodowym (średnio 15,6 pkt). Osoby z wykształceniem średnim i wyższym wskazywały niemal identyczny poziom otrzymywanego wsparcia emocjonalnego (średnio 18,6 pkt), nieco tylko niższy od osób z wykształceniem podstawowym.

Wykazano istotną statystycznie różnicę w przypadku zaradności ( $p < 0,004$ ) i SOC globalnego ( $p < 0,004$ ) w związku z korzystaniem z opieki medycznej w poradni ogólnej. Korzystanie z porad lekarza pierwszego kontaktu różnicowało badanych w kontekście poczucia zaradności i SOC globalnego. Większą zaradność (średnio 36,6 pkt) oraz większe SOC globalne

(średnio 111,3 pkt) wykazywały osoby korzystające z porad lekarza pierwszego kontaktu. Częstość porad istotnie statystycznie różnicowała wsparcie wartościujące ( $p < 0,004$ ). Najwyższy poziom wsparcia wartościującego miały osoby rzadziej korzystające z wizyt w poradni ogólnej (średnio 20 pkt), najniższy poziom wykazały natomiast osoby korzystające z porad lekarskich raz w miesiącu lub częściej. Zaobserwowano różnicę istotną statystycznie dla wsparcia wartościującego ( $p < 0,0001$ ) i informacyjnego ( $p < 0,004$ ). Wyższe wsparcie wartościujące otrzymywały osoby, które nie korzystały z porad lekarzy specjalistów (średnio 20,4 pkt). Również te osoby miały wyższe wsparcie informacyjne (średnio 21,6 pkt) niż osoby korzystające z tego typu porad. Istotna statystycznie różnica została wykazana dla sensowności ( $p < 0,003$ ) i wsparcia wartościującego ( $p < 0,001$ ). Osoby, które rzadziej korzystały z porad specjalistów, odczuwały najwyższy poziom sensowności — średnio 33 punkty. W przypadku wsparcia wartościującego częstość korzystania z porad specjalistów raz w miesiącu i częściej wpływała na niską wartość średniej otrzymywanego wsparcia (17,8 pkt).

Analizie poddano również wpływ poczucia koherencji na funkcjonowanie w życiu codziennym niepełnosprawnych (tab. 3). Związana była ona z poziomem wsparcia oraz poczuciem koherencji badanych osób (tab. 3). Zakres niepełnosprawność ograniczający uczestniczenie w życiu codziennym wykazywał związek zgodny, słaby, istotny statystycznie z poczuciem sensowności ( $p < 0,036$ ). Podobną tendencję wykazywał wpływ zakresu niepełnosprawności na samowystarczalność w życiu codziennym z zaradnością ( $p < 0,049$ ). W przypadku sensowności i globalnego SOC był to już związek przeciętny, istotny statystycznie ( $p < 0,010$ ). Związek między nastrojem osób niepełnosprawnych a sensownością był słaby, zgodny, istotny statystycznie ( $p < 0,012$ ). Zakres odczuwanej opieki ze strony zakładu pracy przez pracowników niepełnosprawnych wykazywał związek istotny statystycznie ze zrozumiałością. Był to związek przeciętny, zgodny ( $p < 0,009$ ). Z tabeli 4 wynika, że wsparcie wartościujące było zgodnie słabo istotnie statystycznie związane z ograniczeniami w uczestniczeniu w życiu codziennym ( $p < 0,047$ ), natomiast wsparcie emocjonalne było związane z odczuwaną opieką ze strony zakładu pracy ( $p < 0,028$ ).

## Dyskusja

W pracy analizie poddano związek poczucia koherencji z otrzymywanym wsparciem wśród pracowników niepełnosprawnych czynnych zawodowo na rynku pracy. Wnioski z niniejszej pracy trudno porównać z innymi doniesieniami, gdyż tematyka wpływu poczucia koherencji na otrzymywane wsparcie społeczne wśród

**Tabela 3.** Wpływ niepełnosprawności na życie codzienne w odniesieniu do poczucia koherencji  
**Table 3.** Correlation of sociodemographic variables in relation to the sense of coherence

	Zrozumiałość	Zaradność	Sensowność	SOC globalne
W jakim zakresie Pana/Pani niepełnosprawność ogranicza Pana/Pani uczestniczenie w życiu codziennym?	r = 0,1389 p = 0,255	r = 0,0458 p = 0,709	r = 0,2524 <b>p = 0,036*</b>	r = 0,2199 p = 0,069
W jakim zakresie Pana/Pani niepełnosprawność wpływa na Pana/Pani samowystarczalność w życiu codziennym?	r = 0,0986 p = 0,420	r = 0,2381 <b>p = 0,049*</b>	r = 0,3273 <b>p = 0,006*</b>	r = 0,3080 <b>p = 0,010*</b>
Na ile Pana/Pani niepełnosprawność wpływa na odczuwanie bólu przez Pana/Panią?	r = -0,1526 p = 0,211	r = -0,0646 p = 0,598	r = 0,0076 p = 0,950	r = -0,1358 p = 0,266
Na ile Pana/Pani niepełnosprawność wpływa na Pana/Pani nastrój?	r = -0,1792 p = 0,141	r = 0,0526 p = 0,668	r = 0,2993 <b>p = 0,012*</b>	r = 0,0134 p = 0,913
Czy odczuwa Pan/Pani opiekę ze strony swojego zakładu pracy?	r = 0,3129 <b>p = 0,009*</b>	r = 0,0251 p = 0,838	r = -0,0805 p = 0,511	r = 0,2040 p = 0,093

\*p < 0,005

**Tabela 4.** Wpływ niepełnosprawności na życie codzienne w odniesieniu do wsparcia społecznego  
**Table 4.** Correlation of sociodemographic variables in reference to the level of social support in the disabled group

	Wsparcie wartościujące	Wsparcie emocjonalne	Wsparcie informacyjne	Wsparcie instrumentalne
W jakim zakresie Pana/Pani niepełnosprawność ogranicza Pana/Pani uczestniczenie w życiu codziennym?	r = 0,2403 <b>p = 0,047*</b>	r = -0,1066 p = 0,383	r = 0,1040 p = 0,395	r = -0,0473 p = 0,700
W jakim zakresie Pana/Pani niepełnosprawność wpływa na Pana/Pani samowystarczalność w życiu codziennym?	r = 0,1505 p = 0,217	r = -0,1162 p = 0,342	r = -0,0350 p = 0,775	r = 0,0120 p = 0,922
Na ile Pana/Pani niepełnosprawność wpływa na odczuwanie bólu przez Pana/Panią?	r = -0,0867 p = 0,479	r = 0,0125 p = 0,919	r = -0,0821 p = 0,502	r = -0,0488 p = 0,691
Na ile Pana/Pani niepełnosprawność wpływa na Pana/Pani nastrój?	r = -0,1642 p = 0,178	r = -0,2183 p = 0,072	r = 0,0201 p = 0,870	r = -0,0760 p = 0,535
Czy odczuwa Pan/Pani opiekę ze strony swojego zakładu pracy?	r = 0,0850 p = 0,488	r = 0,2646 <b>p = 0,028*</b>	r = -0,0560 p = 0,648	r = 0,0302 p = 0,805

\*p < 0,005

badanej grupy społecznej jest rzadko podejmowana. Uzyskane dane pokazują, że badane osoby różniły się między sobą w zakresie otrzymywanego wsparcia społecznego. Wynik ten można tłumaczyć zróżnicowanym poziomem poczucia koherencji, które Antonovsky uznaje za zmienną kluczową dla zdrowia człowieka. Przyjęto, że im wyższe wyniki poczucia koherencji uzyskane w badaniach, tym większa tendencja do podejmowania zachowań prozdrowotnych oraz unikania

zachowań niekorzystnych dla zdrowia [3]. Z badań własnych wynika, że rodzaj schorzenia nie stanowił determinującego czynnika wpływającego na poziom poczucia koherencji. W grupie badanych osób typ schorzeń był różny, a sama grupa nie była liczna, dlatego też badanie to należy traktować jako wstępne. Konieczne wydaje się wydłużenie czasu obserwacji, jak i znaczne zwiększenie liczby respondentów. W badaniach przeprowadzonych przez Mroziak i wsp. [4] uzyskano wyni-

ki, które wskazują na zależność poziomu poczucia koherencji z lękiem, depresją i nasileniem stresu. Przeprowadzone badania wykazały, że poczucie koherencji negatywnie koreluje z depresją oraz chorobami psychicznymi [5]. Mimo że w trakcie badań przedstawionych w niniejszej pracy nie wykazano znaczącego wpływu rodzaju schorzenia na poziom poczucia koherencji, nie można przyjąć tego wyniku za reprezentatywny dla większości osób niepełnosprawnych. Rozbieżność ta może wynikać ze specyfiki badanej grupy, a w szczególności z faktu, że badane osoby były czynne zawodowo, tak więc można założyć, że ich status społeczno-ekonomiczny był wyższy od niepełnosprawnych będących na utrzymaniu osób trzecich. Wpływ pracy zawodowej na ogólną orientację życiową i odwrotnie, wpływ SOC na przebieg pracy zawodowej dowiodły badania Andruszkiewicz [6]. Uzyskane wyniki wykazują jednak wpływ rodzaju niepełnosprawności na otrzymywane wsparcie społeczne. Pracownicy niepełnosprawni doświadczały wsparcia wartościującego, emocjonalnego oraz informacyjnego w zakresie zależnym od schorzenia. Niepełnosprawność wynikająca ze schorzeń narządu wzroku, układu sercowo-naczyniowego lub dolegliwości neurologicznych, jak również występowanie kilku schorzeń powodowało obniżenie poziomu wsparcia wartościującego. W badaniach wykazano również, że istnieje związek między poszczególnymi komponentami poczucia koherencji a otrzymywanym wsparciem. Badani wykazujący większą zrozumiałość otrzymywali również większe wsparcie wartościujące. We współczesnych poglądach na temat funkcjonowania osób niepełnosprawnych w społeczeństwie zgodnie podkreśla się fakt, że decydującą rolę odgrywa ich orientacja życiowa. Badacze są zdania, że pacjenci w obliczu choroby przewlekłej i niepełnosprawności powinni być aktywni, odpowiedzialni za przebieg choroby, a także za proces leczenia. Ogromne znaczenie mają postawy społeczne w kształtowaniu zachowań zdrowotnych oraz rola poczucia koherencji w ich ewolucji jako dyspozycji osobowej. W swoich pracach Sandin-Eriksson i wsp. [7], podjęli próbę odpowiedzi na pytanie, czy silny poziom poczucia koherencji pomaga pacjentom kontrolować chorobę przewlekłą oraz dokonywać radykalnych zmian w dotychczasowych zachowaniach. Wnioski z badań sugerują, że okazywane wsparcie udzielane osobom przewlekle chorym powinno się skupiać przede wszystkim na strategii zwiększenia aktywności pacjentów. Karlsson i wsp. [8] wykazali w swych badaniach, że osoby z wysokim SOC rzadziej doznawały uczucia samotności, przygnębienia czy stresu. Badaniem własnym objęto kilka zmiennych pośrednio wpływających na poziom poczucia koherencji i otrzymywanego wsparcia. Płeć, wiek i miejsce zamieszkania nie różnicowały badanych istotnie statystycznie, jednak warto zauważyć, że mężczyźni wykazywali wyższe średnie wszystkich

komponentów SOC niż kobiety, co jest zgodne z wynikami uzyskanymi w badaniach Waszkowskiej i wsp. [9]. Również poziom wsparcia społecznego był wyższy w grupie mężczyzn niż kobiet, z wyjątkiem wsparcia instrumentalnego. Można zatem wnioskować, że w badanej grupie mężczyźni są lepiej zaadaptowani do zaistniałej rzeczywistości, a jednocześnie mogą liczyć na większe wsparcie emocjonalne, wartościujące i informacyjne niż kobiety. Jedynie wsparcie instrumentalne było udzielane w większym zakresie kobietom niż mężczyznom, co może wynikać z uwarunkowań kulturowych — postrzegania kobiety, a tym bardziej niepełnosprawnej, jako osoby słabej fizycznie. Stan cywilny wpływał istotnie statystycznie w grupie badanych na zaradność. Największe wartości tej zmiennej uzyskali respondenci, którzy przeżyli zgon współmałżonka. Można sądzić, że wpływ na taki stan rzeczy miały tragiczne przeżycia badanych i konieczność zaaranżowania na nowo życia osobistego. Badania Głębockiej i wsp. [10] potwierdzają, że po śmierci wieloletniego małżonka lub partnera obniża się jakość życia i zadowolenie z niego. Mogą się pojawić symptomy depresyjne, nawet jeśli sam związek nie był oceniany jako bardzo udany. W badanej grupie zaobserwowano, że jedynie osoby z pięciorciem dzieci określały poziom otrzymywanego wsparcia jako wysoki. Interesujące jest to, że osoby nieposiadające dzieci i posiadające jedno, dwoje i troje dzieci podobnie określały otrzymywane wsparcie na podobnym poziomie. Zamieszkiwanie z obcymi osobami lub samotnie wpływało na wsparcie emocjonalne i instrumentalne. Społeczeństwo udziela większego wsparcia emocjonalnego osobom zamieszkującym samotnie, co może wynikać z potrzeby utrzymywania szeroko rozumianych kontaktów międzyludzkich. Znaczący był wynik badania dotyczący wsparcia emocjonalnego wśród osób pozostających w związkach małżeńskich. W grupie badanych te osoby wykazały najniższy poziom wsparcia emocjonalnego. Głębocka i wsp. [10] wyjaśniają to zjawisko faktem, że bliskie, długotrwałe relacje zawsze cechuje dużo wyższy poziom skomplikowania, a silne emocje współistnieją ze sobą, powodując, że nowo poznani ludzie wydają się bardziej ciekawi, a kontakt z nimi daje większą przyjemność. Na tej podstawie autorki stwierdzają, że sąsiedzi oraz znajomi mogą być silnym źródłem wsparcia społecznego, ponieważ relacje z nimi nie są tak złożone, cechuje je pewna świeżość, budzą więcej zainteresowania. W badaniu wykazano również wpływ poziomu wykształcenia na wsparcie emocjonalne. Wsparcie emocjonalne było udzielane w największym zakresie osobom z wykształceniem podstawowym. Być może było to powodowane niższym statusem ekonomicznym tej grupy badanych. Uzyskano interesujące wyniki, badając wpływ korzystania z porad lekarskich na SOC i poziom otrzymywanego wsparcia. Zarówno korzystanie z porad lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jak i lekarzy specjalistów miało wpływ na różne komponenty SOC i rodzaje wsparcia społecznego. Osoby korzystające

z porad lekarzy wykazywały się większą zaradnością i wyższym poczuciem SOC, co staje się zrozumiałe, jeśli uwzględnimy ogólnie trudny dostęp do lekarzy, szczególnie specjalistów. Osoby te jednak spotykają się z niższym wsparciem wartościującym w przypadku korzystania z porad lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej częściej niż raz w miesiącu. Może to wynikać z postrzegania tych osób przez społeczeństwo jako chorowitych i słabych. Podobne wyniki (niższe wartości wsparcia wartościującego) uzyskano w części badania dotyczącej ilości wizyt u lekarzy specjalistów.

W przeprowadzonym badaniu wykazano, że zakres niepełnosprawności ma wpływ na uczestniczenie w życiu codziennym przez związek z poczuciem sensowności. Wspomniane wcześniej wysokie poczucie sensowności pozwalało na lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym. Podobnie przedstawiają się uzyskane wyniki dotyczące wpływu zakresu niepełnosprawności na samowystarczalność w życiu codziennym w powiązaniu z zaradnością. Osoby z wysokim poczuciem zaradności są bardziej samowystarczalne. Jest to spowodowane podejmowaniem aktywnego wysiłku i chęcią niwelowania deficytów w tym zakresie.

Pracownicy niepełnosprawni odczuwają opiekę ze strony swojego zakładu pracy. Wzrost poziomu opieki świadczonej przez zakład pracy wobec pracownika niepełnosprawnego powoduje wzrost poziomu zrozumiałości, czyli poczucia uporządkowania rzeczywistości.

Zależność poczucia koherencji i wsparcia społecznego z punktu widzenia salutogenetycznego paradygmatu zdrowia stanowią istotny wątek rozważań naukowych. Dlatego zasadne jest kontynuowanie prowadzenia prac badawczych w tym obszarze, które objęłyby różne i bardziej liczne grupy badanych, co umożliwiłoby zobiektywizowanie i uogólnienie wniosków.

### Wnioski

1. Problemy zdrowotne nie miały istotnego statystycznego wpływu na poziom SOC w badanej grupie. Wykazano różnice w zakresie wsparcia wartościującego, emocjonalnego i informacyjnego. Nakładanie się kilku problemów zdrowotnych lub zaawansowa-

nie schorzeń powodowało obniżenie wsparcia wartościującego.

2. Zrozumiałość, jako składowa SOC, była związana ze wsparciem wartościującym. Jest wzrost powodował zwiększenie wsparcia wartościującego. Osoby o wyższym poziomie zrozumiałości odbierały za staną rzeczywistość jako bardziej spójną, uporządkowaną i przewidywalną i dlatego też byli postrzegani w społeczeństwie jako osoby spójne i logiczne, co w konsekwencji sprzyjało otrzymywaniu przez nie większego wsparcia wartościującego.
3. Zakres niepełnosprawności miał wpływ na uczestniczenie w życiu codziennym przez związek z poczuciem sensowności. Wysokie poczucie sensowności pozwalało na lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym.

### Piśmiennictwo

1. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005; 195.
2. Cialdini R., Kenrick D., Neuberg S. Psychologia społeczna. Rozwiązane tajemnice. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002; 808.
3. Kurowska K., Wrońska I. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne u chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Pielęgniarstwo XXI wieku*; 2005; 1: 32–34.
4. Mroziak B., Czabała J., Wójtowicz S. Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Pol.* 1995; 3: 257–268.
5. Gorczyca P., Leksowski W., Kapinos A. Poczucie koherencji a przebieg schizofrenii. *Wiad. Psychiatr.* 1999; 2: 17–24.
6. Andruszkiewicz A. Poziom poczucia koherencji a typy zachowań związane z pracą w grupie pielęgniarek. *Pielęg. Pol.* 2005; 1: 58–61.
7. Sandin-Eriksson B. Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *J. Adv. Nurs.* 2000; 231: 1393–1401.
8. Karlsson I., Berglin E., Larsson P. Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery — a longitudinal study. *J. Adv. Nurs.* 2000; 31: 1383–1394.
9. Waszkowska M., Dudek B. Poczucie koherencji a zdrowotne następstwa stresu zawodowego. W: Sęk H., Pasikowski T. (red.). *Zdrowie — stres — zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Poznań. Wydawnictwo Fundacji Humaniora 2001; 203–211.
10. Głębocka A., Szarzyńska M. Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. *Gerontol. Pol.* 2005; 13: 258–261.