

## Osobowościowe różnice indywidualne

dr hab. n. hum. Agnieszka Maryniak, prof. nadzw.

Instytut „Pomnik — Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa



Praca Wrześniewskiego i Włodarczyk [1] porusza problem związków jakości życia pacjentów po zawale serca z poczuciem koherencji. Prawdopodobnie dla wielu Czytelników poczucie koherencji jest terminem obcym, niejednoznacznym. Warto przybliżyć to pojęcie. Jego twórca — Aaron Anthonovsky, socjolog medycyny, w latach 70. XX wieku prowadził badania stanu zdrowia różnych grup pacjentów, wśród których były osoby po traumatycznych przebiegach w okresie II wojny światowej. Zadał sobie wówczas pytanie, jak to się dzieje, że niektóre osoby, mimo skrajnie niekorzystnych warunków, potrafiły zachować zdrowie i dobre samopoczucie. Poszukiwał przede wszystkim indywidualnych cech pozwalających uruchomić zasoby umożliwiające radzenie sobie z maksymalnym stresem. Stwierdził, że najważniejsze jest zrozumienie sensu stresorów. W ten sposób zrodziła się koncepcja poczucia koherencji, definiowanego jako „ogólna orientacja, wyrażająca, w jakim stopniu człowiek ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne przekonanie o przewidywalności środowiska wewnętrznego i zewnętrznego oraz o tym, że z dużym prawdopodobieństwem sprawy przyjmą tak pomyślny obrót, jakiego można oczekiwać na podstawie racjonalnych przesłanek” [2]. W toku dalszych prac powstały kwestionariuszowe narzędzia do badania poczucia koherencji, a definicja przytoczona w tekście Wrześniewskiego i Włodarczyk [1] nabrała charakteru bardziej operacyjnego, tracąc chyba trochę na jasności.

Według Anthonovskiego „(...) przy określonych, obiektywnych cechach sytuacji, ludzie o silnym poczuciu koherencji czują, że radzą sobie tak, jak potrafią najlepiej, i dzięki temu życie staje się znośne (...)” [2]. Pytanie o to, czy poczucie koherencji wiąże się z jakością życia chorych po zawale serca jest więc w jakimś stopniu tautologiczne. Uzyskane wyniki nie zaskakują i potwierdzają teorię Anthonovskiego. Biorąc pod uwagę fakt, że wg Anthonovskiego poczucie koherencji jest tym, co pomaga zachować zdrowie, szybko do niego powrócić po chorobie, czy też utrzymać sprawność mimo występowania pewnych objawów lub dolegliwości, należy zastanowić się, jaki jest mechanizm związku między dokonywaną przez pacjentów oceną jakości życia a poczuciem koherencji. Czy osoby z wyższym poczuciem koherencji w rok po zawale są bardziej sprawne i mają mniej dolegli-

wości, co pozwala im lepiej ocenić jakość życia, czy też — mimo utrzymujących się objawów — postrzegają swoje życie bardziej pozytywnie? Oba te wyjaśnienia są zgodne z koncepcją poczucia koherencji — omawiane badania nie rozstrzygają, które jest bliższe rzeczywistości. Być może znaczące są oba mechanizmy.

Praca zwraca uwagę na bardzo istotne zagadnienie znaczenia czynników osobowościowych w ocenie jakości życia. Jakość życia znalazła stałe miejsce w medycynie, jest jednym z aspektów branych pod uwagę w planowaniu postępowania terapeutycznego, ocenie skuteczności leczenia. Oczywiście, w tym kontekście rozważana jest „jakość życia zależna od stanu zdrowia”, rozumiana jako „funkcjonalny efekt choroby i konsekwencje jej leczenia z punktu widzenia pacjenta” [3]. Istotnym elementem tej definicji jest podkreślenie, że ważny jest punkt widzenia chorego. Mimo to często nie pamięta się, że dokonywana przez pacjenta ocena jakości życia jest w pełni subiektywna. Dwie osoby o zbliżonym stanie zdrowiu, podobnych objawach, analogicznie leczone, mogą skrajnie różnie oceniać swoją jakość życia. Na ocenę tę bowiem wpływają wcześniejsze doświadczenia, preferowane aktywności, aspiracje, plany, sytuacja społeczna, a także — a może przede wszystkim — indywidualne cechy osobowościowe. To od nich zależy, czy dana osoba będzie się koncentrować przede wszystkim na negatywnych aspektach sytuacji, czy też dostrzeże również elementy optymistyczne, z lękiem wycofa się z wszelkiej aktywności bądź na miarę swoich możliwości będzie kontynuować pracę i codzienną aktywność. Od cech osobowości w dużym stopniu zależą odpowiedzi udzielane przez pacjentów we wszelkich kwestionariuszach dotyczących jakości życia zależnej od stanu zdrowia. Bardzo utrudnia to prowadzenie obiektywnych badań w medycynie, lecz warto pamiętać, że ludzie niestety mają tę „nieznośną” cechę — różnią się między sobą.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

### Piśmiennictwo

1. Wrześniewski K, Włodarczyk D. Sense of coherence as a personality predictor of the quality of life in men and women after myocardial infarction. *Kardiologia Polska*, 2012; 70: 157–163.
2. Anthonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPIŃ, Warszawa 1995.
3. Papuč E. Jakość życia — definicje i sposoby jej ujmowania. *Curr Probl Psychiatry*, 2011; 12: 141–145.