



Poczucie koherencji a poczucie posiadania wiedzy o chorobie u osób po udarze mózgu

*The sense of coherence and knowledge of the illness
in patients with stroke*

ŁUKASZ MARSZAŁEK, ŁUCJA DOMAŃSKA

Z Zakładu Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii
Instytutu Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

STRESZCZENIE. *Cel pracy.* Udar mózgu, ze względu na specyficzne cechy przebiegu, takie jak: nagły początek, szybkie narastanie objawów, ograniczenie aktywności życiowej, konieczność hospitalizacji i rehabilitacji, należy traktować jako szczególne wyzwanie adaptacyjne dla pacjenta. Wśród czynników, które wpływają na sposób zmagania się z chorobą oraz zaangażowanie w leczenie i rehabilitację wymienia się poczucie koherencji. Celem pracy było sprawdzenie, czy u pacjentów po udarze mózgu poczucie koherencji ma związek (i w jakim zakresie) z poczuciem posiadania wiedzy na temat własnej choroby, jej przyczyn, dolegliwości, leczenia/usprawniania oraz następstw. **Metoda.** Przebadano 31 osób hospitalizowanych w oddziałach rehabilitacji lub neurologii ok. 2–2,5 miesiąca po udarze mózgu. Zastosowano metody kwestionariuszowe. Do pomiaru poczucia koherencji wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29, zaś do oceny subiektywnego poczucia posiadania wiedzy o chorobie – eksperymentalną wersję narzędzia własnej konstrukcji „Obraz Mojej Choroby”. **Wyniki.** Ujawniono istnienie dodatniej korelacji pomiędzy poczuciem koherencji a poczuciem posiadania wiedzy na temat choroby w zakresie leczenia i usprawniania. Takiego związku nie stwierdzono z innymi składowymi wiedzy o własnej chorobie. W uzyskanych wynikach znalazło odzwierciedlenie prawdopodobnie wyznaczanie granic przez pacjentów między obszarami subiektywnie ważnymi a tymi, które takiego znaczenia nie mają. Te ostatnie usuwane są na pozycje marginalne i jednostka wykazuje wysoką tolerancję na brak wiedzy w ich zakresie. Wykryta zależność (im silniejsze poczucie koherencji tym większe poczucie posiadania wiedzy o leczeniu i usprawnianiu) sugeruje, że orientacja w zakresie leczenia/usprawniania może przyczyniać się do skutecznego radzenia sobie w sytuacji choroby. **Wnioski.** W toku poznawania obrazu własnej choroby pacjenta po udarze (faktycznej wiedzy o własnej chorobie, osobistego znaczenia, jakie ma dla niego) warto określić subiektywne poczucie posiadania wiedzy na temat choroby. W praktyce medyczno-psychologicznej należy zwrócić szczególną uwagę na informowanie chorego o podejmowanych oraz planowanych działaniach leczących i usprawniających.

SUMMARY. *Aim.* Stroke should be regarded as the extraordinary adaptation challenge for a patient due to its specific course, i.e. acute onset with neurological deficits progressing over seconds to hours, life activity limitations and the necessity of hospitalization followed by rehabilitation. The sense of coherence is one of the main factors that influence the way of coping with the illness and the patients' involvement in the treatment and rehabilitation process. The aim of the present paper was to find out if there is any relationship between the sense of coherence and the knowledge of the illness, its aetiology, symptoms, treatment and prognosis. **Methods.** 31 patients hospitalized in the department of neurology or rehabilitation were examined 2–2,5 months after an acute incident of stroke. Questionnaire methods were used, including the Life Orientation Questionnaire (SOC-29) about the sense of coherence and experimentally prepared by the authors the Picture of My Illness Questionnaire about the disease knowledge. **Results.** There was a significant link

between the sense of coherence and the knowledge of illness treatment and rehabilitation. No other correlations were found. The present results may reflect the patients' ability to discriminate subjectively important areas of knowledge from the unimportant ones which are marginalized and recognized as not useful for further development. Since the stronger sense of coherence corresponds well with the better knowledge of illness treatment and rehabilitation, it is possible to assume that both factors are inextricably linked and may contribute to the more effective way of coping with the illness. Conclusions. For each stroke patient, it is important to evaluate his subjective sense of the illness knowledge. With regard to the medical and psychological practice, providing patients with information about undertaken and scheduled treatment options is of great significance.

Słowa kluczowe: udar mózgu / poczucie koherencji / poczucie posiadania wiedzy o swojej chorobie
Key words: stroke / sense of coherence / sense of the illness knowledge

Specyficzne cechy przebiegu udarów mózgowych (nagły początek, brak wcześniejszych sygnałów ostrzegawczych, szybkie narastanie objawów, ograniczenie aktywności życiowej, konieczność hospitalizacji i rehabilitacji) sprawiają, że doznanie udaru należy traktować jako szczególnie wyzwanie adaptacyjne dla pacjenta [1, 2]. Wśród zmiennych związanych z osobą chorego wpływających na sposób zmagania się z chorobą oraz zaangażowanie w leczenie i rehabilitację, wymienia się m.in. obok właściwości osobowości, utrwalonych sposobów zachowania w sytuacjach trudnych, również poczucie koherencji [3].

Pojęcie poczucia koherencji definiowane jest jako „globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe choć dynamiczne poczucie pewności, że: (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwalają mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” [cyt. za 3, s. 34]. Tak więc poczucie koherencji tworzą trzy ściśle ze sobą powiązane komponenty, których rozdzielenia dokonuje się dla celów analityczno-metodologicznych: (1) poczucie zrozumiałości (*comprehensibility*), (2) zaradności (*manageability*) oraz (3) sensowności (*meaningfulness*).

Pojęcie zrozumiałości określa się jako stopień uporządkowania, jasności, spójności

i ustrukturalizowania informacji napływających zarówno ze środowiska zewnętrznego, jak i wewnętrznego [3]. Tak więc, jeśli człowieka charakteryzuje silne poczucie zrozumiałości, bodźce dopływające do niego są jasne, tworzą zrozumiałą, logiczną i zwartą całość. Człowiek potrafi je wytłumaczyć, wyjaśnić, przyporządkować lub zhierarchizować. Poczucie zrozumiałości dotyczy również antycypacji przyszłości; jednostka „spodziewa się, że bodźce z jakimi się zetknie w przyszłości będą bodźcami przewidywalnymi lub, w najgorszym przypadku, oczekuje, że kiedy jakiś bodziec ją zaskoczy, będzie go mogła do czegoś przyporządkować i wyjaśnić” [cyt. za 3, s. 32]. Poczucie zrozumiałości odnosi się również w znacznej mierze do dostrzegania sensu w trudnych, dramatycznych sytuacjach życiowych, takich jak choroba.

Poczucie zaradności jest to „stopień, w jakim człowiek spostrzega dostępne zasoby jako wystarczające, by sprostać wymogom, jakie stawiają bombardujące go bodźce” [cyt. za 3, s. 33]. Poprzez „dostępne zasoby” rozumie się zarówno predyspozycje wewnętrzne człowieka (zaradność, niezależnywanie się, umiejętność walki do końca, odpowiednia motywacja), jak i różnorakie zasoby zewnętrzne (oparcie w wierze, Bóg, rodzina, historia, lekarz, przyjaciele itp.). Komponent ten, podobnie jak pierwszy, ma charakter poznawczo-instrumentalny; dotyczy spostrzegania i oceny posiadanych zasobów jako adekwatnych (bądź nie) do poradzenia sobie w danej sytuacji, w danej rzeczywistości. Po-

czucie zaradności to także umiejętność holistycznego spojrzenia przez osobę zarówno na właściwości sytuacji, w jakiej się znalazła, jak i na własne środki zaradcze.

Ostatni komponent – poczucie sensowności – odgrywa zasadniczą rolę w kształtowaniu poczucia koherencji [3]. W przeciwieństwie do dwóch poprzednich ma charakter emocjonalno-motywacyjny. Jest rozumiany jako „stopień, w jakim człowiek czuje, że życie ma sens z punktu widzenia emocjonalnego, że przynajmniej część problemów i wymagań, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania, jest czymś „mile widzianym”, a nie obciążeniem, którym człowiek wolałby się nie obarczać” [cyt. za 3, s. 34]. Oznacza to, że osoby o wysokim poczuciu sensowności widzą w swoim życiu takie sytuacje, które traktują jako atrakcyjne i warte inwestowania energii wyzwania, nie tylko w sensie poznawczym, ale również emocjonalnym. Zaangażowanie i podejmowanie wysiłku stwarza osobie szansę wzmocnienia jej poczucia sprawstwa, siły i spełnienia.

Jak wykazały badania, osoby o silnym poczuciu koherencji przejawiają większą gotowość i chęć wykorzystania potencjalnych zasobów odpornościowych w regulacji pojawiających się emocji oraz w celu znalezienia rozwiązania problemów natury instrumentalnej czy egzystencjalnej [4], a więc również tych związanych z chorobą.

W niniejszej pracy podjęto próbę określenia związku między poczuciem koherencji a obrazem własnej choroby osób po udarze mózgu.

Zakres znaczeniowy i struktura pojęcia obrazu własnej choroby zostały wypracowane w badaniach m.in. Kulczyckiego [5], Heszen-Klemens [6, 7], Przesmyckiej-Kamińskiej [8]. W obrębie obrazu własnej choroby wyróżniono [8]:

- obraz przyczyn choroby,
- obraz dolegliwości,
- obraz leczenia i usprawniania,
- obraz skutków choroby.

W badaniu obrazu własnej choroby pacjentów z różnych grup klinicznych dominu-

je tendencja do poszukiwania rozbieżności pomiędzy tym, co pacjent wie na temat swojej choroby a obiektywnym stanem. Mniej uwagi poświęca się kwestii czy chory ma poczucie posiadania wiedzy w danym zakresie, a więc czy ma subiektywne poczucie bycia w wystarczającym stopniu poinformowanym. Badanie tak ujmowanego obrazu własnej choroby polega na określeniu czy pacjent ma poczucie, że:

- zna przyczyny swojej choroby,
- wie jakie dolegliwości niesie ona za sobą,
- wie jak przebiega (będzie przebiegało) jego leczenie,
- wie jakie skutki może przynieść ze sobą choroba.

CEL

W kontakcie z psychologiem chorzy po udarach często zdradzają małą orientację w swojej sytuacji zdrowotnej, co nie zawsze wynika z towarzyszących udarowi deficytów neuropsychologicznych. Nierzadko wprost werbalizują potrzebę uzyskania pełniejszej informacji na temat swojej choroby. W podjętym badaniu skoncentrowano się na poznaniu właśnie tego aspektu obrazu własnej choroby, tj. subiektywnego poczucia pacjenta, że orientuje się w przyczynach, dolegliwościach, leczeniu i skutkach choroby. Celem badania było sprawdzenie, czy u pacjentów po udarze mózgu poczucie koherencji ma związek (i w jakim zakresie) z poczuciem posiadania wiedzy na temat choroby.

BADANA GRUPA

W skład badanej grupy weszło 31 osób. Badania przeprowadzono w oddziałach rehabilitacji neurologicznej oraz oddziałach neurologicznych lubelskich szpitali. Zdecydowaną większość pacjentów przebadano ok. 2–2,5 miesiąca po wystąpieniu udaru. Szczegółowe dane dotyczące grupy przedstawiono w tabl. 1.

Tablica 1. Charakterystyka badanej grupy

Zmienna analizowana	N	%
Wiek (w latach)	średnia = 60,3	
Płeć		
– kobiety	10	32
– mężczyźni	21	68
Wykształcenie		
– wyższe	3	9
– średnie	15	48
– podstawowe	13	42
Typ udaru		
– niedokrwienny	26	87
– krwotoczny	5	13
Uszkodzona półkula		
– lewa	16	51,6
– prawa	8	25,8
– obie	5	16,1
– mózdzek	2	6,4
Lokalizacja uszkodzenia		
– płat ciemieniowy	12	38
– płat skroniowy	9	29
– płat potyliczny	1	3
– inne + mieszane	9	29

METODA

Badanie składało się z kilku etapów. Na podstawie wywiadu i obserwacji, biorąc pod uwagę stan zdrowia oraz stan psychiczny chorego, podejmowano decyzję o kontynuacji badań lub ich przerwaniu. Posługiwano się elementami skali MMSE oraz podstawowymi pytaniami dotyczącymi orientacji alloi i autopsychicznej. Następnie przeprowadzono badanie kwestionariuszowe oraz ankietowe.

Celem pomiaru poczucia koherencji zastosowano Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 autorstwa A. Antonovsky'ego [3]. Składa się on z 29 pozycji testowych, wyrażonych w formie pytań i twierdzeń. Zadaniem badanego było „umiejscowienie” swojej odpowiedzi na 7-stopniowej skali o opisanych krańcach (od „zdecydowanie nie” do „zdecydowanie tak”). Pozycje testowe odpowiadają trzem podstawowym czynnikom wchodzącym w skład poczucia ko-

herencji (poczuciu zrozumiałości, zaradności i sensowności).

Obraz własnej choroby zoperacjonalizowano jako poczucie posiadania wiedzy o chorobie. Do jego oceny zastosowano eksperymentalną wersję kwestionariusza we własnym opracowaniu – „Obraz Mojej Choroby” (załącznik 1).

Kwestionariusz składał się łącznie z 32 stwierdzeń dotyczących poczucia posiadania wiedzy na temat przyczyn choroby, dolegliwości, leczenia/usprawniania oraz skutków. Badany miał ustosunkować się do nich, zaznaczając w odpowiedniej rubryce, w jakim stopniu dane stwierdzenie odnosi się do niego, wg schematu: „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „trudno powiedzieć”, „raczej nie” oraz „zdecydowanie nie”.

WYNIKI

W toku analizy stwierdzono dodatnią korelację pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji a poczuciem posiadania wiedzy na temat choroby. Ta zależność dotyczy ogólnego poczucia koherencji i poczucia posiadania wiedzy na temat leczenia/usprawniania. Można stwierdzić, że pomiędzy tymi zmiennymi istnieje wyraźna, choć niezbyt silna zależność ($p=0,05$). Tak więc, im wyższy ogólny poziom poczucia koherencji tym silniejsze poczucie posiadania wiedzy na temat leczenia/usprawniania. Pozostałe związki okazały się nieistotne statystycznie. Wartości poszczególnych korelacji przedstawia tabl. 2.

Analiza danych dotyczących obrazu własnej choroby ujawniła, że wyniki w zakresie czterech podstawowych składników poczucia wiedzy o własnej chorobie (o jej przyczynach, dolegliwościach, leczeniu/usprawnianiu i skutkach) były do siebie bardzo zbliżone (tabl. 3). Stopień poczucia posiadania wiedzy na temat różnych aspektów choroby jest stosunkowo spójny, co świadczy o braku dysproporcji w poczuciu posiadania wiedzy na temat przyczyn, dolegliwości, leczenia oraz skutków choroby.

Tablica 2. Korelacje pomiędzy poczuciem koherencji a poczuciem posiadania wiedzy na temat własnej choroby i jego składowymi

Poczucie koherencji – wymiary	Obraz przyczyn	Obraz dolegliwości	Obraz leczenia i usprawniania	Obraz skutków	Obraz ogólny
Ogólne poczucie koherencji	,009	-,034	,367*	,134	,126
Poczucie zrozumiałości	,017	-,098	,280	,034	,012
Poczucie zaradności	,019	-,027	,354	,225	,203
Poczucie sensowności	-,016	-,127	,336	,083	,122

* Wynik istotny statystycznie na poziomie $p = 0,05$

Tablica 3. Wyniki uzyskane w kwestionariuszu „Obraz Mojej Choroby”

Składnik	Średnia	Odchylenie standardowe	Rozpiętość
Obraz przyczyn	29	5,36	18–39
Obraz dolegliwości	31,4	5,04	16–38
Obraz leczenia	32,9	5,31	17–39
Obraz skutków	30,8	4,45	21–28
Ogólny obraz choroby	125,2	16,4	94–162

Tablica 4. Wyniki uzyskane w Kwestionariuszu Orientacji Życiowej SOC-29

Składnik	Średnia	Odchylenie standardowe	Rozpiętość
Poczucie zrozumiałości	49,5	9,44	34–66
Poczucie zaradności	50,2	9,02	32–64
Poczucie sensowności	41,7	8,04	23–52
Ogólne poczucie koherencji	141,6	23,3	98–181

Tablica 5. Wzajemne zależności pomiędzy komponentami poczucia koherencji

Poczucie zrozumiałości	,579*	Ogólne poczucie koherencji	,843*
Poczucie zaradności		Poczucie zrozumiałości	
Poczucie zrozumiałości	,618*	Ogólne poczucie koherencji	,896*
Poczucie sensowności		Poczucie zaradności	
Poczucie zaradności	,793*	Ogólne poczucie koherencji	,903*
Poczucie sensowności		Poczucie sensowności	

* Istotność na poziomie $p = 0,01$

Tabl. 4 przedstawia wyniki uzyskane przez badaną grupę w kwestionariuszu SOC-29.

Z przeprowadzonej analizy korelacyjnej wynika, że istnieje związek pomiędzy ogólnym

poczuciem koherencji a każdym z jego komponentów ($p=0,01$).

Najsilniejsze powiązania stwierdzono pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji

a poczuciem sensowności. Zgodne jest to z dotychczasowymi wynikami badań na innych populacjach wskazującymi na istotną rolę komponentu „poczucie sensowności” dla ogólnego poczucia koherencji. Przeprowadzono także analizę korelacyjną dotyczącą związków pomiędzy poszczególnymi komponentami poczucia koherencji. Zależności między poczuciem zrozumienia a zaradnością są umiarkowane, między poczuciem zaradności a sensowności – wysokie (tabl. 5).

OMÓWIENIE

Badania ujawniły, że poczucie koherencji koreluje dodatnio z poczuciem posiadania wiedzy o własnej chorobie tylko w jednym zakresie – leczenia i usprawniania. W pozostałych zakresach takiego związku nie stwierdzono. Daje to podstawy by sądzić, że im większe jest nasilenie poczucia koherencji tym silniejsze poczucie posiadania wiedzy o leczeniu i usprawnianiu. Ustalenia te wymagają dalszej weryfikacji, ale wydają się wskazywać, że dla pacjentów właśnie ten obszar wiedzy dotyczącej ich sytuacji zdrowotnej jest najważniejszy. Mniej istotne okazało się poczucie posiadania informacji na temat przyczyn choroby, dolegliwości i następstw.

Nasuwa się pytanie, dlaczego u osób po udarze poczucie wiedzy na temat właśnie leczenia i usprawniania koreluje dodatnio z poczuciem koherencji i dlaczego takiego związku nie stwierdzono z innymi składowymi wiedzy o własnej chorobie. W uzyskanych wynikach znalazło odzwierciedlenie prawdopodobnie wyznaczanie granic przez pacjentów, oddzielanie obszarów subiektywnie ważnych od tych, które takiego znaczenia nie mają. Te ostatnie usuwane są na pozycje marginalne i jednostka wykazuje wysoką tolerancję na brak wiedzy w ich zakresie. Według Antonovsky’ego pewne obszary życia usuwane są poza granice zjawisk ważnych wówczas, gdy stają się mało zrozumiałe lub mniej podlegają wpływom osoby [3]. Być może w ten sposób można wytłumaczyć brak zwią-

ku między poczuciem koherencji a np. poczuciem posiadania wiedzy na temat przyczyn choroby.

Tak więc chory może przejawiać silne poczucie koherencji nie mając wcale poczucia, że jego życie, we wszystkich aspektach, jest zrozumiałe. Należy przypuszczać, że dzięki orientacji w zakresie leczenia/usprawniania pacjent uzyskuje pełniejsze zrozumienie sytuacji w jakiej się znalazł i skuteczniej może sobie w niej radzić. Informacje na temat leczenia i usprawniania, dające szansę polepszenia funkcjonowania, mogą wpływać stymulująco i ukierunkowująco na aktywność chorego. W odniesieniu do praktyki medyczo-psychologicznej powyższe ustalenia potwierdzają konieczność informowania chorego o podejmowanych działaniach leczących i usprawniających oraz planach w tym zakresie. Dzięki wiedzy na ten temat pacjent ma możliwość lepszej adaptacji do sytuacji, w jakiej znalazł się po udarze.

Badanie wskazanego w niniejszej pracy aspektu obrazu własnej choroby wydaje się użyteczne w toku poznawania pacjenta, choć nie jest z pewnością wyczerpującym ujęciem tego konstruktów. Sformułowaną tu propozycję (również metodologiczną) należy traktować jako poszerzenie analizy obrazu własnej choroby o dodatkowy wymiar, a nie zastąpienie poznawania: (a) faktycznej wiedzy pacjenta o chorobie oraz (b) osobistego znaczenia, jakie ma w jego życiu.

Zarówno poczucie koherencji, jak i poczucie posiadania wiedzy o chorobie, mają podłoże emocjonalno-poznawcze, jednak powiązania między nimi nie są proste ani oczywiste. W badanej grupie związki te komplikuje fakt uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, które przeorganizowuje aktywność człowieka zarówno w sensie motorycznym, emocjonalnym, jak i poznawczym.

WNIOSKI

1. W toku poznawania obrazu własnej choroby pacjenta po udarze (faktycznej wie-

- dzy o własnej chorobie, osobistego znaczenia, jakie ma dla niego) warto również określić subiektywne poczucie posiadania wiedzy na temat choroby.
2. W praktyce medyczno-psychologicznej istotne jest zwrócenie uwagi na informowanie chorego (uwzględniające jego indywidualne zapotrzebowanie na informacje oraz możliwości) o podejmowanych oraz planowanych działaniach leczących i usprawniających. Dzięki wiedzy na ten temat pacjent ma szansę na lepszą adaptację do sytuacji, w jakiej znalazł się po udarze.
 3. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Fundacja IPN; 1995.
 4. Sęk H, Ścigała I. Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym. W: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z, red. Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Katowice: Wyd Uniwersytetu Śląskiego; 2000: 133–50.
 5. Kulczycki M. Psychologiczne problemy człowieka chorego. Warszawa–Kraków–Gdańsk: Ossolineum; 1974.
 6. Heszen-Klemens I. Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk: Ossolineum; 1979.
 7. Heszen-Niejodek I. Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych. W: Heszen-Niejodek I, Sęk H, red. Psychologia zdrowia. Warszawa: Wyd Nauk PWN; 1997: 21–39.
 8. Przesmycka-Kamińska J. Psychologia osobowa i środowiskowa. Analiza aktywności życiowej i jej uwarunkowań. Lublin: Wyd UMCS; 1990.

PIŚMIENNICTWO

1. Jarosz M. Psychologia lekarska. Warszawa: PZWL; 1988.
2. Członkowska A, Sarzyńska-Długosz I. Cele neurorehabilitacji. Neurol Neurochir Pol 2002; supl 1: 23–31.

*Adres: Dr Łucja Domańska, Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii
Instytutu Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej,
Pl. Litewski 5, 20-080 Lublin, e-mail: lucjadom@sokrates.umcs.lublin.pl*

Załącznik

Pozycje eksperymentalnej wersji kwestionariusza do badania poczucia posiadania wiedzy na temat własnej choroby („Obraz Mojej Choroby”)

OBRAZ PRZYCZYŃ CHOROBY

1. Wydaje mi się, że wiem co spowodowało moją chorobę
4. Wiem dlaczego znalazłem się na oddziale w szpitalu
5. Potrafię wskazać przyczynę/y mojej choroby
9. Istnieje wiele przyczyn mojej choroby
13. Przyczyny zachorowania są dla mnie zrozumiałe i jasne
17. Potrafię logicznie powiązać przyczyny mojej choroby ze stanem aktualnym
24. Doszedłem(am) do zrozumienia przyczyn mojej choroby
27. Teraz wiem więcej o przyczynach mojej choroby, rozumiem ją lepiej

OBRAZ DOLEGLIWOŚCI

2. Znam możliwości przebiegu mojej choroby
6. Niektóre moje dolegliwości nie pozwalają mi funkcjonować tak dobrze, jak przed chorobą
10. Zastanawiam się, czy moje dolegliwości ustąpią
14. Mam poczucie, że moje dolegliwości mogą być widoczne dla innych
18. Znam dolegliwości występujące w przebiegu mojej choroby
21. Wiem, że niektóre dolegliwości mogą utrzymać się przez dłuższy czas
25. Moje życie zmieniło się od momentu wystąpienia pierwszych dolegliwości
28. Mam świadomość dyskomfortu, jaki niesie ze sobą choroba

OBRAZ LECZENIA I USPRAWNIANIA

3. Wiem, że odnoszę korzyści z postępu medycyny
7. Wiem, że leczenie może mi pomóc w lepszym funkcjonowaniu
11. Widzę sens badań, którym jestem poddawany
15. Widzę sens leczenia się
19. Wiem, że lekarze mogą pomóc mi w leczeniu
22. Biorę aktywny udział w procesie leczenia i rehabilitacji
29. Czasem nie widzę sensu niektórych zabiegów, badań, konsultacji, przyjmowania lekarstw
32. Znam plany lekarzy co do mojego przyszłego leczenia

OBRAZ SKUTKÓW CHOROBY

8. Wiem, że choroba niesie ze sobą jakieś skutki
12. Jestem świadomy tego, jak choroba może wpłynąć na moje przyszłe życie
16. Choroba zmieniła coś w moim życiu
20. Moja choroba może mieć zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki
23. Rozumiem, dlaczego skutki choroby wyglądają tak, a nie inaczej
26. Wiem, jak będzie wyglądało moje życie po wyjściu ze szpitala
30. Spodziewam się, że choroba wpłynie na realizację moich zamierzeń życiowych
31. Przewiduję, jakie dolegliwości ustąpią całkowicie, a jakie mogą się utrzymać nawet po zakończeniu hospitalizacji