

Katarzyna Lewandowska^{1, 2}, Krzysztof Specjalski², Ewa Jassem¹, Jan Marek Słomiński²

¹Klinika Pneumonologii Katedry Pneumonologii i Alergologii Akademii Medycznej w Gdańsku

Kierownik: prof. dr hab. med. J.M. Słomiński

²Klinika Alergologii Katedry Pneumonologii i Alergologii Akademii Medycznej w Gdańsku

Kierownik: prof. dr hab. med. E. Jassem

Styl radzenia sobie ze stresem a funkcjonowanie emocjonalne u chorych na astmę

Style of coping with stress and emotional functioning in patients with asthma

Abstract

Introduction: The evaluation of styles of coping with stress resulting from a somatic disease was always considered controversial, since the stress is a consequence of the complexity of the disease as a stressful event and is linked with every field of human life and activity.

The main aim of this study was to evaluate the effectiveness of various styles of coping with stress — task-oriented, emotion-oriented, or avoidance-oriented — used by patients with asthma to cope with their disease and its consequences.

Material and methods: 100 patients with asthma were examined including 15 with mild asthma, 40 with moderate asthma, and 45 with severe asthma. The first group consisted of patients with mild-to-moderate asthma and the second group of patients with severe asthma. The subjects were mainly females (69% women, 31% men) aged from 19 to 75 years, with at least primary level of education. The following questionnaires were used: Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), UWIST Mood Adjective Check List (UMACL), and Asthma Control Test (ACT).

Results: Task-oriented style had a positive influence on emotions ($p < 0.05$) in patients with moderate asthma. Avoidance-oriented style had a positive influence on emotions ($p < 0.05$) in patients with severe asthma. Emotion-oriented style proved ineffective and had a negative influence on emotions ($p < 0.05$) in all patients.

Conclusions: Coping style plays a key role in the emotional functioning of asthmatics. Moreover, incorporation of an individual style of coping with stress in the therapeutic process is necessary.

Key words: asthma, style of coping with stress

Pneumonol. Alergol. Pol. 2009; 77: 31–36

Streszczenie

Wstęp: Ocena efektywności radzenia sobie ze stresem budzi wiele kontrowersji. Związane jest to ze złożonością choroby jako wydarzenia stresowego i jej powiązaniem z każdą właściwie dziedziną życia i działalności człowieka. Celem badań była ocena efektywności sposobów radzenia sobie ze stresem — skoncentrowanego na zadaniu, skoncentrowanego na emocjach i skoncentrowanego na unikaniu, stosowanych przez pacjentów chorych na astmę w zmaganiu się z chorobą i jej konsekwencjami.

Materiał i metody: W badaniach uczestniczyło 100 chorych na astmę (15 — z astmą lekką, 40 — z astmą umiarkowaną, 45 — z astmą ciężką). Do pierwszej grupy włączono chorych z astmą lekką i umiarkowaną, do drugiej — chorych z astmą ciężką. Badanymi były przeważnie kobiety (69% kobiet, 31% mężczyzn), w wieku 19–75 lat, z wykształceniem przynajmniej podstawowym. Zastosowano następujące kwestionariusze: Inwentarz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS), Przymiotnikową Skalę Nastroju (UMACL) i Test Kontroli Astmy (ACT).

Wyniki: Styl skoncentrowany na zadaniu pozytywnie wpływał na emocje u chorych na astmę lekką/umiarkowaną ($p < 0,05$), natomiast styl skoncentrowany na unikaniu sprzyjał funkcjonowaniu emocjonalnemu chorych z astmą ciężką ($p < 0,05$). Styl skoncentrowany na emocjach okazał się jednoznacznie nieefektywny, ponieważ negatywnie wpływał na emocje u chorych na astmę w obu badanych grupach ($p < 0,05$).

Adres do korespondencji: dr med. Katarzyna Lewandowska, Klinika Alergologii, Katedra Pneumonologii i Alergologii AMG, ul. Dębinki 7, 80–210 Gdańsk
tel./faks: (058) 349 16 25, e-mail: klewandowska@amg.gda.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.11.2007 r.

Copyright © 2009 Via Medica

ISSN 0867–7077

Wnioski: Otrzymane wyniki pozwalają stwierdzić, że styl radzenia sobie ze stresem odgrywa istotną rolę w funkcjonowaniu emocjonalnym chorych na astmę i wskazują na konieczność uwzględnienia indywidualnego stylu radzenia sobie ze stresem podczas opracowywania planu leczenia chorego.

Słowa kluczowe: astma, styl radzenia sobie ze stresem

Pneumonol. Alergol. Pol. 2009; 77: 31–36

Wstęp

Astma to przewlekła choroba zapalna oskrzeli, która stanowi poważny problem zdrowia publicznego na całym świecie. Dotyka ludzi w każdym wieku i może mieć ciężki, a niekiedy nawet śmiertelny przebieg. Jest to choroba długotrwała, nieuleczalna, która pomimo postępów diagnostycznych i terapeutycznych pozostaje dla wielu chorych źródłem licznych trudności — ograniczając ich optymalne funkcjonowanie i zaspokajanie potrzeb, wpływa istotnie na jakość życia pacjentów [1–5]. Chorzy na astmę różnią się jednak między sobą pod względem zachowania wobec choroby [6]. Do opisu tych różnic przydatne jest posługiwanie się kategorią stylu radzenia sobie, czyli indywidualnie zróżnicowanej, charakterystycznej dla danej osoby tendencji do zmagania się ze stresem [7, 8]. Można sądzić — i taki pogląd wyraża wielu autorów — że styl radzenia sobie odgrywa decydującą rolę w kształtowaniu zachowania człowieka w sytuacji stresowej (np. w sytuacji choroby) i jej następstwach [9].

Endler i Parker [10], autorzy jednej z najpopularniejszych klasyfikacji stylów radzenia sobie, wyróżniają: styl skoncentrowany na zadaniu („koncentruję się na problemie i zastanawiam się, jak mogę go rozwiązać”, „wyznaczam sobie kierunek działania i postępuję zgodnie z nim”), styl skoncentrowany na emocjach („obwiniam siebie za to, że nie wiem, co robić”, „martwię się, jak sobie z tym poradzę”) i styl skoncentrowany na unikaniu („odwiedzam przyjaciela”, „wychodzę na spacer”).

Jak dotąd, nie dowiedziono jednoznacznej przewagi jakiegoś stylu radzenia sobie nad innymi — pomimo potocznego przekonania, że istnieją ludzie ogólnie lepiej bądź gorzej radzący sobie w sytuacjach trudnych [9–11]. Za każdym razem trzeba bowiem brać pod uwagę zarówno kontekst sytuacyjny, jak i kryterium, ze względu na które oceniana jest efektywność [7, 10]. Powszechnie uważa się, że w przebiegu większości chorób somatycznych użyteczne są zarówno strategie konfrontacyjne, jak i unikowe. Sposób radzenia sobie powinien być przy tym dopasowany do aktualnej sytuacji chorego, na przykład strategie unikowe mogą być korzystne wobec nieuleczalnych, chronicznych

dolegliwości, a zadaniowe — gdy sytuacja charakteryzuje się większym stopniem kontroli [11]. Najmniejszą skuteczność przypisuje się stylowi radzenia sobie skoncentrowanemu na emocjach [7], ale nawet w tym przypadku brakuje jednoznacznych rozstrzygnięć.

Można ogólnie stwierdzić, że ocena efektywności radzenia sobie ze stresem, którego źródłem jest choroba somatyczna, nasuwa różne szczegółowe wątpliwości i kontrowersje. Za koniecznością prowadzenia badań w tym kierunku przemawiają także względy praktyczne. Mimo wzrastającej liczby badań nad psychologicznymi czynnikami mającymi znaczenie w astmie, nadal wielu pacjentów potrzebuje psychologicznej pomocy w radzeniu sobie z chorobą. Niezbędne są zatem profesjonalne działania, które zwiększą skuteczność leczenia medycznego i pomogą w szeroko rozumianej rehabilitacji psychospołecznej pacjenta.

Głównym celem badań była ocena skuteczności opisanych trzech sposobów radzenia sobie ze stresem stosowanych przez chorych na astmę w zmaganiu się z chorobą i jej konsekwencjami. Miarą skuteczności radzenia sobie były emocje przeżywane przez osoby badane, czyli ton hedonistyczny (przyjemność), pobudzenie napięciowe (lęk) i pobudzenie energetyczne (energia do działania).

Zależności te były rozpatrywane w dwóch, różniących się stopniem ciężkości choroby, grupach pacjentów. Do pierwszej grupy włączono chorych na astmę lekką i umiarkowaną, a do drugiej grupy — chorych na astmę ciężką.

Założono, że chorzy na astmę ciężką będą mieć duże subiektywne poczucie zagrożenia związane z dusznością, a ich aktywność fizyczna będzie ograniczona. Wszystko to nie sprzyja kontroli instrumentalnej, można więc przyjąć, że unikowe formy radzenia sobie będą skuteczne w poprawie funkcjonowania emocjonalnego. U chorych na astmę lekką i umiarkowaną objawy choroby są zwykle lepiej kontrolowane, co sprzyja stosowaniu zadaniowych form radzenia sobie. Natomiast koncentracja na sobie i na własnych przeżyciach emocjonalnych będzie najprawdopodobniej nasilać emocjonalny dyskomfort wszystkich chorych i wiązać się z mało skutecznym radzeniem sobie.

- Sformułowano następujące hipotezy badawcze:
1. Styl skoncentrowany na zadaniu sprzyja funkcjonowaniu emocjonalnemu u chorych na astmę lekką i umiarkowaną.
 2. Styl skoncentrowany na emocjach wpływa na pogorszenie funkcjonowania emocjonalnego zarówno u chorych na astmę lekką i umiarkowaną, jak i u chorych na astmę ciężką.
 3. Styl skoncentrowany na unikaniu sprzyja funkcjonowaniu emocjonalnemu u chorych na astmę ciężką.

Material i metody

W badaniach uczestniczyło 100 chorych na astmę (przy braku innych schorzeń układu oddechowego i/lub chorób terminalnych). U 15 pacjentów rozpoznano astmę lekką, u 40 — umiarkowaną, a u 45 — ciężką. Stopień ciężkości choroby ustalono na podstawie klasyfikacji *Global Initiative for Asthma* (GINA) [4]. Badanymi były przeważnie kobiety (69% kobiet, 31% mężczyzn), w wieku 19–75 lat, z wykształceniem przynajmniej podstawowym. Oprócz astmy u części pacjentów rozpoznano też inne choroby przewlekłe: nadciśnienie tętnicze (22%) oraz alergiczny nieżyt nosa i spojówek (17%). Kwalifikacja chorych do badań odbywała się przy współpracy lekarzy prowadzących i została przeprowadzona w trakcie hospitalizacji chorych w Klinice Alergologii AMG. Badanych podzielono na dwie grupy. Do pierwszej z nich włączono chorych na astmę lekką i umiarkowaną (55 osób), do drugiej — chorych na astmę ciężką (45 osób).

W omawianych badaniach nie wykorzystano grupy kontrolnej (osoby zdrowe), ponieważ celem była analiza funkcjonowania emocjonalnego określonej grupy chorych na astmę. Wnioski sformułowano na podstawie porównania danych otrzymanych w grupie chorych na astmę lekką i umiarkowaną, z wynikami uzyskanymi w grupie chorych na astmę ciężką.

Badania przeprowadzono indywidualnie, zazwyczaj w dniu przybycia chorego do kliniki. Psycholog po nawiązaniu kontaktu z pacjentem i po przedstawieniu celu projektu prosił o ustną zgodę na udział w nim. Każdy chory otrzymywał instrukcję do kwestionariuszy, które następnie samodzielnie wypełniał.

Zastosowano następujące kwestionariusze:

- Inwentarz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS, *The Coping Inventory for Stressful Situations*) [12];
- Przymiotnikowa Skala Nastroju (UMACL, *UWIST [University of Wales Institute of Science and Technology] Mood Adjective Check*) [13];

- Test Kontroli Astmy (ACT, *Asthma Control Test*) [14].

Inwentarz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych składa się z 48 prostych stwierdzeń dotyczących zachowań, jakie ludzie podejmują w sytuacjach stresowych. Obok każdego stwierdzenia umieszczone są cyfry od 1 do 5, określające częstotliwość, z jaką dana aktywność jest podejmowana w sytuacjach trudnych, stresowych. Wyniki uzyskuje się dla każdej skali oddzielnie, poprzez zsumowanie punktacji, zgodnie z kluczem.

Skala pierwsza określa styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu. Osoby uzyskujące wysokie wyniki w tej skali w sytuacjach stresowych mają tendencję do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu, poprzez poznawcze przekształcenie lub próbę zmiany sytuacji. Główny nacisk jest położony na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu. Skala pierwsza składa się z 16 pozycji. Pozwala na uzyskanie od 16 do 80 punktów [12].

Skala druga określa styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach. Styl ten jest charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie. Osoby te mają także tendencję do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Działania takie mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową. Czasami jednak mogą powiększać poczucie stresu, powodować wzrost napięcia lub przygnębienie. Skala druga składa się z 16 pozycji. Pozwala na uzyskanie od 16 do 80 punktów [12].

Skala trzecia określa styl radzenia sobie skoncentrowany na unikaniu. Osoby charakteryzujące się tym stylem w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tych sytuacji. Skala trzecia składa się z 16 pozycji. Pozwala na uzyskanie od 16 do 80 punktów [12].

Przymiotnikowa Skala Nastroju składa się z 29 pozycji mających postać przymiotników. Zadaniem osoby badanej jest udzielenie na 4-punktowej skali odpowiedzi wskazujących, w jakim stopniu każdy z tych przymiotników opisuje jej obecny nastrój. Wyniki UMACL ujmowane są w postaci trzech skal: Ton Hedonistyczny (TH), Pobudzenie Napięciowe (PN) i Pobudzenie Energetyczne (PE). Ton hedonistyczny to subiektywne odczucie przyjemności/nieprzyjemności [13]. Pobudzenie napięciowe można określić jako „energię do działania”. Test Kontroli Astmy składa się z 5 pytań i pozwala ocenić stopień kontroli choroby w ciągu ostatnich 4 tygodni. Wynik testu można wy-

Tabela 1. Stopień kontroli objawów astmy

Table 1. Control of asthma symptoms

Stopień kontroli objawów choroby <i>Control of asthma symptoms</i>				F	Wartość p <i>P-value</i>
Astma lekka i umiarkowana <i>Mild and moderate asthma</i>		Astma ciężka <i>Severe asthma</i>			
M <i>Mean</i>	SD <i>Standard deviation</i>	M <i>Mean</i>	SD <i>Standard deviation</i>		
18,42	0,66	12,38	0,73	37,50	p < 0,0001

liczyć, sumując punkty odpowiadające wszystkim odpowiedziom. Uzyskanie 25 punktów świadczy o pełnej kontroli astmy, 20–24 — to wynik zadowolający, a poniżej 20 — wynik niezadowolający [14].

Analizy statystycznej wyników dokonano przy użyciu pakietu komputerowego Statistica. Pierwszym krokiem było wykonanie analiz wstępnych, które obejmowały ocenę wpływu kontrolowanych zmiennych zakłócających: wieku, płci i wykształcenia na wyodrębnione zmienne psychologiczne (analizy korelacji). W celu określenia wpływu stopnia ciężkości astmy na stopień kontroli objawów przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA. Przy analizach właściwych zastosowano analizy korelacji, które pozwoliły określić zależności pomiędzy trzema wymiarami stylu radzenia sobie ze stresem a emocjami doświadczanymi przez chorych z różną postacią astmy.

Wyniki

Wynik wstępnej analizy wykazał, że kontrolowane zmienne zakłócające: wiek, płeć i wykształcenie nie wpływały na otrzymane wyniki dotyczące funkcjonowania emocjonalnego i dlatego pominięto je w dalszych obliczeniach.

Średnie wyniki w ACT uzyskane przez chorych na astmę lekką i umiarkowaną były istotnie wyższe niż średnie wyniki uzyskane przez chorych na astmę ciężką (tab. 1).

Analiza powiązań stylu skoncentrowanego na zadaniu (CISS 1) z funkcjonowaniem emocjonalnym chorych na astmę lekką i umiarkowaną wskazuje na znamienne relacje pomiędzy omawianym stylem a tonem hedonistycznym (związek pozytywny), pobudzeniem napięciowym (związek negatywny) i pobudzeniem energetycznym (związek pozytywny) (tab. 2). Zależności te nie ujawniły się w grupie chorych na astmę ciężką.

Zarówno w grupie chorych na astmę lekką i umiarkowaną, jak i w grupie chorych na astmę ciężką odnotowano istotne statystycznie zależności pomiędzy stylem skoncentrowanym na emocjach (CISS 2) a tonem hedonistycznym (związek

Tabela 2. Styl radzenia sobie skoncentrowany na zadaniu (CISS 1) a emocje

Table 2. Task-oriented style of coping (CISS 1) and emotions

Emocje <i>Emotions</i>	r*	Wartość p <i>P-value</i>
Astma lekka i umiarkowana <i>Mild and moderate asthma</i>		
Ton hedonistyczny <i>Hedonic tone</i>	0,40	p < 0,05
Pobudzenie napięciowe <i>Tense arousal</i>	-0,49	p < 0,05
Pobudzenie energetyczne <i>Energetic arousal</i>	0,38	p < 0,05
Astma ciężka <i>Severe asthma</i>		
Ton hedonistyczny <i>Hedonic tone</i>	0,03	NS
Pobudzenie napięciowe <i>Tense arousal</i>	-0,09	NS
Pobudzenie energetyczne <i>Energetic arousal</i>	-0,01	NS

*Współczynnik korelacji/Correlation coefficient; NS (not significant) — nieistotne

negatywny), pobudzeniem napięciowym (związek pozytywny) i pobudzeniem energetycznym (związek negatywny) (tab. 3).

W odniesieniu do stylu skoncentrowanego na unikaniu (CISS 3) nie odnotowano istotnych statystycznie zależności pomiędzy omawianą dyspozycją do radzenia sobie ze stresem a funkcjonowaniem emocjonalnym chorych na astmę lekką i umiarkowaną. Ta sama analiza przeprowadzona u chorych na astmę ciężką pozwala natomiast stwierdzić, że istnieje znamienne zależność pomiędzy stylem skoncentrowanym na unikaniu a tonem hedonistycznym (związek pozytywny) (tab. 4).

Omówienie

Otrzymane wyniki pozwalają stwierdzić, że styl radzenia sobie ze stresem odgrywa istotną rolę w emocjonalnym funkcjonowaniu chorych na ast-

Tabela 3. Styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach (CISS 2) a emocje**Table 3. Emotion-oriented style of coping (CISS 2) and emotions**

Emocje <i>Emotions</i>	r*	Wartość p <i>P-value</i>
Astma lekka i umiarkowana <i>Mild and moderate asthma</i>		
Ton hedonistyczny <i>Hedonic tone</i>	-0,54	p < 0,05
Pobudzenie napięciowe <i>Tense arousal</i>	0,52	p < 0,05
Pobudzenie energetyczne <i>Energetic arousal</i>	-0,34	p < 0,05
Astma ciężka <i>Severe asthma</i>		
Ton hedonistyczny <i>Hedonic tone</i>	-0,51	p < 0,05
Pobudzenie napięciowe <i>Tense arousal</i>	0,35	p < 0,05
Pobudzenie energetyczne <i>Energetic arousal</i>	-0,64	p < 0,05

*Współczynnik korelacji/*Correlation coefficient***Tabela 4. Styl radzenia sobie skoncentrowany na unikaniu (CISS 3) a emocje****Table 4. Avoidance-oriented style of coping (CISS 3) and emotions**

Emocje <i>Emotions</i>	r*	Wartość p <i>P-value</i>
Astma lekka i umiarkowana <i>Mild and moderate asthma</i>		
Ton hedonistyczny <i>Hedonic tone</i>	0,00	NS
Pobudzenie napięciowe <i>Tense arousal</i>	0,16	NS
Pobudzenie energetyczne <i>Energetic arousal</i>	0,08	NS
Astma ciężka <i>Severe asthma</i>		
Ton hedonistyczny <i>Hedonic tone</i>	0,28	p < 0,05
Pobudzenie napięciowe <i>Tense arousal</i>	-0,14	NS
Pobudzenie energetyczne <i>Energetic arousal</i>	-0,16	NS

*Współczynnik korelacji/*Correlation coefficient*; NS (*not significant*) — nieistotne

mę. Zależności te ujawniły się w grupach chorych na astmę o różnym stopniu ciężkości.

Tendencja do zadaniowego radzenia sobie była czynnikiem sprzyjającym przystosowaniu na poziomie emocjonalnym, zmniejszała bowiem po-

ziom przeżywanego przez pacjentów lęku oraz przyczyniała się do nasilenia pozytywnych emocji (przyjemności i energii do działania). Zgodnie z przewidywaniami zależność ta ujawniła się tylko w grupie chorych na astmę lekką i umiarkowaną i pozwoliła na potwierdzenie hipotezy 1. Oznacza to, że podejmowanie wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu może okazać się skuteczną formą radzenia sobie w sytuacji, gdy choroba tylko w niewielkim stopniu ogranicza podejmowaną aktywność życiową, a jej objawy można stosunkowo łatwo kontrolować. Z kolei tendencja do emocjonalnego radzenia sobie ze stresem negatywnie wpływała na psychologiczne funkcjonowanie chorych w obu badanych grupach, przyczyniając się do nasilenia lęku oraz osłabienia pozytywnych emocji (przyjemności i energii do działania). Tym samym, potwierdzona została hipoteza 2. Wynik ten jest w pełni zrozumiały zważywszy, że koncentrowanie się na własnych nieprzyjemnych emocjach w sytuacji stresu jest jedną z cech definiujących nieprzystosowanie. Natomiast unikanie przeżywania czy doświadczania sytuacji stresowej pozytywnie wpływało na funkcjonowanie emocjonalne chorych, przyczyniając się do nasilenia pozytywnych emocji (przyjemności). Zgodnie z przewidywaniami, ta zależność ujawniła się tylko w grupie chorych na astmę ciężką. Otrzymane wyniki pozwalają jednak tylko na częściowe potwierdzenie hipotezy 3, ponieważ wpływ omawianej dyspozycji do radzenia sobie nie ujawnił się w odniesieniu do pozostałych wskaźników funkcjonowania emocjonalnego, czyli pobudzenia napięciowego i pobudzenia energetycznego. Można jednak podejrzewać, że wystrzeganie się myślenia, przeżywania i doświadczania stresu może poprawiać nastrój u tych pacjentów, których objawy są bardzo nasilone i słabo kontrolowane. Aktywność życiowa takich chorych jest bardzo ograniczona, a rola pacjenta — raczej bierna. Wszystko to sprzyja unikowemu radzeniu sobie.

Uogólniając te wnioski, można dostrzec tu wyraźne podobieństwo do rezultatów uzyskanych przez Endlera i Parkera [12], którzy stwierdzili, że zarówno styl skoncentrowany na zadaniu, jak i styl skoncentrowany na unikaniu pozytywnie wiązały się z przystosowaniem emocjonalnym, a styl skoncentrowany na emocjach — negatywnie.

Podkreślenia wymaga fakt, że mało skuteczne radzenie sobie ze stresem, które w przeprowadzonym badaniu prowadziło do gorszego funkcjonowania emocjonalnego chorych, może w zasadniczy sposób wpływać również na przebieg leczenia. Z metaanalizy przeprowadzonej przez Bartona i wsp. [15] wynika, że radzenie sobie skoncentrowane na emo-

cyjach było charakterystyczne dla chorych na astmę, którzy nie stosowali się do zaleceń, byli często hospitalizowani i mieli liczne zaostrzenia. Jednak, jak wskazują autorzy, interwencje mające na celu poprawę sposobu radzenia sobie pomagały tym chorym redukować objawy i poprawiały ich ogólne samopoczucie [15].

Wnioski

Podsumowując, przedstawione wyniki mogą sugerować, że w sytuacji stresowej związanej z astmą emocjonalny sposób radzenia sobie ze stresem jest jednoznacznie nieefektywny, zaś styl skoncentrowany na unikaniu, podobnie jak styl zadaniowy, może pełnić pewne funkcje przystosowawcze w zależności od kontekstu sytuacyjnego. Oznacza to, że funkcjonowaniu emocjonalnemu chorych na astmę lekką i umiarkowaną będą sprzyjać zadaniowe formy radzenia sobie („koncentruję się na problemie i zastanawiam, jak mogę go rozwiązać”, „wyznaczam sobie kierunek działania i postępuję zgodnie z nim”), a funkcjonowaniu emocjonalnemu chorych na astmę ciężką — unikowe („odwiedzam przyjaciela”, „wychodzę na spacer”). Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach („obwiniam siebie za to, że nie wiem co robić”, „martwię się, jak sobie z tym poradzę”) będzie natomiast negatywnie wpływać na emocje chorych bez względu na stopień ciężkości astmy.

Otrzymane w badaniu rezultaty wskazują również na konieczność uwzględnienia indywidualnego stylu radzenia sobie ze stresem podczas opracowywania planu leczenia chorego [16]. Poznanie roli indywidualnych preferencji w zakresie gotowości do stosowania określonych sposobów radzenia sobie oraz posiadanie wiedzy o dyspozycjach osobowościowych, na podstawie których można przewidywać efektywność radzenia sobie lub jej brak, stwarzają szansę na zindywidualizowanie oddziaływań edukacyjnych u chorych na astmę. W praktyce oznacza to możliwość wyłonienia grup wymagających szczególnego podejścia i profesjonalnych

działań ukierunkowanych na wykształcenie bardziej skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Piśmiennictwo

1. Chełmińska M., Werachowska L., Niedoszytko M. i wsp. Jakość życia chorych na astmę dobrze i źle kontrolowaną. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2007; 75: 70–75.
2. Droszcz W., Droszcz P. *Astma*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
3. Kosmala E. Analiza syndromu lęku w astmie oskrzelowej. W: Szewczyk L., Kulik A. (red.). *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości*. Psychosomatyka. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2001; 39–51.
4. Leczenie astmy u dorosłych. Aktualne wytyczne *Global Initiative for Astma* (GINA 2005). Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy. Raport NHLBI/WHO 2002. *Med. Prakt.* 2006; 1: 43–69.
5. Marsac M.L., Funk J.B., Nelson L. Coping styles, psychological functioning and quality of life in children with asthma. *Child Care Health Dev.* 2007; 33: 360–367.
6. Sheridan Ch.L., Radmacher S.A. *Psychologia zdrowia*. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 1998.
7. Heszen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J. (red.). *Psychologia*. Podręcznik Akademicki, tom 3. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000; 443–464.
8. Wrześniewski K. Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. (red.). *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000; 44–63.
9. Heszen-Niejodek I. Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: Strelau J. (red.). *Psychologia*. Podręcznik Akademicki, tom 3. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000; 513–531.
10. Heszen-Niejodek I. Stres i radzenie sobie — główne kontrowersje. W: Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. (red.). *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000; 12–43.
11. Heszen-Niejodek I. Radzenie sobie z chorobą — przegląd zagadnień. W: Heszen-Niejodek I. (red.). *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000; 13–31.
12. Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa 2005.
13. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa 2001.
14. Nathan R.E., Sorkness C.A., Kosinski M. i wsp. Development of The Asthma Control Test: a survey for assessing asthma control. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2004; 113: 59–65.
15. Barton C., Clarke D., Sulaiman N., Abramson M. Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respir. Med.* 2003; 97: 747–761.
16. Gwozdecka E. Poszukiwanie i unikanie informacji jako sposoby radzenia sobie ze stresem u pacjentów po zawale serca. W: Heszen-Niejodek I. (red.). *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000; 80–105.