

Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej

MICHAŁ ZIARKO

**Zmaganie się ze stresem
choroby przewlekłej**



Poznań 2014

KOMITET NAUKOWY SERII WYDAWNICZEJ
MONOGRAFIE WYDZIAŁU NAUK SPOŁECZNYCH UAM
Jerzy Brzeziński, Zbigniew Drozdowicz (przewodniczący),
Rafał Drozdowski, Piotr Orlik, Jacek Sójka

RECENZENT
Prof. dr hab. Helena Sęk

PROJEKT OKŁADKI
Adriana Staniszevska

REDAKCJA
Adriana Staniszevska

KOREKTA
Adriana Staniszevska

© Copyright by Michał Ziarko, 2014

Wydanie książki i badania zostały sfinansowane z grantu
NCN 2011/01/B/HS6/00423 pt. „Radzenie sobie z chorobą przewlekłą –
psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje”
realizowanego w latach 2011–2014 (kierownik: dr Michał Ziarko;
główny wykonawca: dr Agnieszka Rosińska)

ISBN 978-83-62243-46-4

WYDAWNICTWO NAUKOWE WYDZIAŁU NAUK SPOŁECZNYCH
UNIwersytetu IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU
60-569 Poznań, ul. Szamarzewskiego 89c

DRUK: ZAKŁAD GRAFICZNY UAM
61-712 Poznań, ul. Wieniawskiego 1

SPIS TREŚCI

WSTĘP	9
ROZDZIAŁ I. CHOROBY PRZEWLEKŁE – WPROWADZENIE W PROBLEMATYKĘ	13
1. Choroby przewlekłe we współczesnym świecie	13
2. Choroba przewlekła – konceptualizacja pojęcia	15
3. Typologie chorób przewlekłych	18
4. Podejścia do rozumienia i wyjaśniania choroby przewlekłej	23
5. Fazowy charakter choroby przewlekłej	29
Podsumowanie	30
ROZDZIAŁ II. CHOROBA PRZEWLEKŁA JAKO ŹRÓDŁO STRESU	31
Wprowadzenie	31
1. Stres psychologiczny w ujęciu transakcyjnym	31
2. Źródła stresu	43
3. Choroba przewlekła jako źródło stresu	45
4. Cechy krytycznego wydarzenia życiowego, jakim jest choroba przewlekła	47
ROZDZIAŁ III. AKTYWNOŚĆ W CHOROBY PRZEWLEKŁEJ	77
Wprowadzenie	77
1. Radzenie sobie	78
2. Zachowania zdrowotne w sytuacji choroby przewlekłej	106
Podsumowanie	109
ROZDZIAŁ IV. NASTĘPSTWA CHOROBY PRZEWLEKŁEJ	111
Wprowadzenie	111
1. Sfery życia zakłócane przez chorobę przewlekłą	112
2. Konsekwencje choroby niedokrwiennej serca	131

3. Konsekwencje reumatoidalnego zapalenia stawów	136
4. Konsekwencje cukrzycy typu 1	142
ROZDZIAŁ V. ZASOBY W RADZENIU SOBIE Z CHOROBAŁ PRZEWLEKŁAŁ	147
Wprowadzenie	147
1. Konceptualizacje pojęcia zasoby	147
2. Zasoby – propozycje klasyfikacji	149
3. Funkcje zasobów	152
4. Znaczenie wybranych zasobów w przystosowaniu się do choroby przewlekłej	153
Podsumowanie	172
ROZDZIAŁ VI. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH	173
1. Założenia i hipotezy badań	173
2. Zastosowane techniki badawcze	179
3. Przebieg badań	192
4. Opis badanej próby	193
5. Procedura analizy danych	196
ROZDZIAŁ VII. PODOBIENSTWA I RÓŻNICE W PRZEBIEGU TRANSAKCJI STRESOWEJ U OSÓB PRZEWLEKLE CHORYCH	199
Wprowadzenie	199
1. Typ choroby przewlekłej a jej postrzeganie	199
2. Typ choroby przewlekłej a aktywność w jej trakcie	205
3. Typ choroby przewlekłej a funkcjonowanie w jej trakcie	211
4. Typ choroby przewlekłej a dostępne zasoby	217
5. Różnice w funkcjonowaniu osób przewlekle chorych – najważniejsze wnioski	220
ROZDZIAŁ VIII. WYZNACZNIKI FUNKCJONOWANIA OSÓB PRZEWLEKLE CHORYCH	223
Wprowadzenie	223
1. Niespecyficzne czynniki związane z funkcjonowaniem w chorobie przewlekłej	223
2. Specyficzne czynniki związane z funkcjonowaniem w chorobie przewlekłej	232
Podsumowanie	263

ROZDZIAŁ IX. ZNACZENIE ZASOBÓW DLA FUNKCJONOWANIA OSÓB PRZEWLEKLE CHORYCH	269
Wprowadzenie	269
1. Niespecyficzna rola zasobów w zmaganiu się z chorobą przewlekłą	270
2. Specyficzna rola zasobów w zmaganiu się z chorobą przewlekłą ...	280
3. Poczucie koherencji jako metazasób	290
ROZDZIAŁ X. DETERMINANTY ZMIAN W FUNKCJONOWANIU OSÓB PRZEWLEKLE CHORYCH	307
Wprowadzenie	307
1. Zmiany w funkcjonowaniu osób przewlekle chorych	308
2. Determinanty zmiany w funkcjonowaniu osób przewlekle chorych	316
ROZDZIAŁ XI. WNIOSKI Z BADAŃ	323
Wprowadzenie	323
1. Przebieg transakcji stresowej u osób przewlekle chorych	324
2. Ogólne wnioski z badań	324
3. Szczegółowe wnioski z badań na temat przebiegu transakcji stresowej	327
4. Propozycje wykorzystania wyników badań w pracy z osobą chorą somatycznie	332
BIBLIOGRAFIA	339
SPIS RYSUNKÓW	377
SPIS TABEL	379

WSTĘP

Prezentowana praca ma dwa źródła inspiracji. Pierwszym z nich jest wydłużenie – w wyniku rozwoju medycyny – średniej długości życia człowieka, a tym samym częstsze i dłuższe chorowanie na choroby przewlekłe. Statystycznie każda osoba znajdująca się w okresie późnej dorosłości cierpi na więcej niż dwa schorzenia przewlekłe, z którymi będzie zmagać się do końca życia. Sytuacja ta stanowi wyzwanie dla służby zdrowia i osób zajmujących się profesjonalną opieką nad chorymi. Stają oni przed koniecznością stworzenia dla chorych takiej oferty oddziaływań, która umożliwi im samodzielne, aktywne i wysokiej jakości życie. Do osiągnięcia tego celu niezbędna jest wiedza na temat psychologicznych mechanizmów regulujących funkcjonowanie chorych. Tej problematyce poświęcona jest niniejsza praca.

Drugim źródłem inspiracji są dociekania teoretyczne i prace badawcze podejmowane w zespole kierowanym przez Prof. Helenę Sęk z Instytutu Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Od lat zajmuje się ona problematyką stresu psychologicznego i czynników decydujących o przebiegu transakcji stresowej, takich jak poczucie koherencji i wsparcie społeczne. Możliwość udziału w projektach tego zespołu była i jest nieocenionym źródłem pomysłów i sugestii dotyczących prowadzenia pracy naukowej w obszarze badań nad stresem psychologicznym i radzeniem sobie z nim.

Główne pytanie postawione w tych badaniach brzmiało: Czy u ludzi chorujących na różne choroby przewlekłe przebieg transakcji stresowej jest podobny, czy odmienny? Zaplecze teoretyczne przeprowadzonych badań stanowi transakcyjna koncepcja stresu psychologicznego Richarda Lazarusa i Susan Folkman. Jednym z jej podstawowych założeń jest teza, że konfrontacja stresowa jest procesem, w przebiegu którego można wyróżnić szereg następujących po sobie faz. Fazy te w dużym uproszczeniu obejmują: zadziałanie stresora, jego ocenę, aktywność ukierunkowaną na jego przezwyciężenie lub zminimalizowanie konsekwencji, pojawienie się konsekwencji

stresu. Zakłada się także, iż przebieg tego procesu modyfikowany jest przez dostępne zasoby o charakterze wewnętrznym lub zewnętrznym.

W pracy przyjęto dwa podstawowe założenia, z których wynika struktura książki. Po pierwsze, że choroba przewlekła jest ciągiem krytycznych wydarzeń życiowych, z którymi człowiek mierzy się w trakcie swojego życia. Procesy zachodzące w czasie reagowania na wymagania choroby można zrozumieć w świetle transakcyjnej koncepcji stresu, której uszczegółowieniem jest model zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi zaproponowany przez Sigrun-Heide Filipp (2006). Przyjęcie tego założenia pozwoliło na analizę funkcjonowania osób przewlekle chorych w oparciu o siatkę pojęciową charakterystyczną dla modelu zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi. Zdecydowano się dokonać pomiaru zmiennych, które dotyczyły faz: oceny krytycznego wydarzenia życiowego (za specyficzną formę oceny uznano poznawczą reprezentację choroby), radzenia sobie z nią (szacowano wykorzystywane przez chorych strategie radzenia sobie oraz zachowania zdrowotne w sytuacji choroby), konsekwencji choroby (badano konsekwencje, które obejmowały poznawcze, emocjonalne i behawioralne funkcjonowanie pacjentów). Uwzględniono również zasoby, takie jak: poczucie koherencji, poczucie własnej skuteczności, umiejscowienie kontroli zdrowia, sprężystość psychiczną oraz wsparcie społeczne, którym przypisuje się rolę czynników modyfikujących przebieg transakcji stresowej. Taki dobór zmiennych wyprowadzony z modelu zaproponowanego przez Filipp (2006) oraz podłużny charakter badań odzwierciedlały dynamiczny, fazowy i rozłożony w czasie charakter krytycznego wydarzenia życiowego, jakim jest choroba przewlekła.

Po drugie, założono, że funkcjonowanie człowieka w sytuacji choroby przewlekłej może być analizowane na dwóch poziomach: niespecyficznym i specyficznym. Przewlekła choroba, niezależnie od rozpoznanej jednostki nozologicznej, zawsze jest sytuacją trudną, wymagającą od człowieka przystosowania się, stawiającą podobne wymagania oraz obfitującą w porównywalne następstwa. Wiąże się z tym pojęcie niespecyficzności, które dotyczy podobieństw w reagowaniu i funkcjonowaniu osób cierpiących na różne choroby przewlekłe. Odnosi się ono do ogólnej charakterystyki krytycznego wydarzenia życiowego, jakim jest choroba przewlekła. Jednak przewlekłe chorowanie to głównie zmaganie się pacjenta z objawami i następstwami własnej choroby, przy czym konkretna choroba stawia odmienne wymagania przystosowawcze. Można w tym przypadku mówić o specyficzności wymagań, radzenia sobie i konsekwencji choroby przewlekłej. Posłużenie się tym terminem wymusza analizę procesów charakterystycznych dla zmagania się z konkretną chorobą (w przypadku tej pracy chorobą niedokrwienną serca, cukrzycą typu 1 i reumatoidalnym zapaleniem stawów).

Przyjęcie przedstawionych założeń pozwoliło na sformułowanie podstawowego problemu badawczego, tj. próby odpowiedzi na pytanie: Co jest podobne, a co odmienne w przebiegu transakcji stresowej chorych na różne choroby przewlekłe? Jednocześnie określiło strukturę książki, zwłaszcza jej części teoretycznej. Każdy z rozdziałów został poświęcony jednemu etapowi procesu radzenia sobie z chorobą przewlekłą. W rozdziale I scharakteryzowano chorobę przewlekłą, w tym jej niespecyficzne cechy i wymagania. Położono nacisk na to, co wspólne w doświadczeniu ludzi chorujących na różne choroby przewlekłe. W rozdziale II przedstawiono podstawowe założenia transakcyjnej koncepcji stresu, a także informacje na temat sytuacji stresujących. Na bazie koncepcji krytycznego wydarzenia życiowego, a zwłaszcza rozróżnienia jego obiektywnych, zobiektywizowanych i subiektywnych cech, omówiono trzy choroby przewlekłe: chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę typu 1 i reumatoidalne zapalenie stawów. Skoncentrowano się na tym, co różni doświadczenie choroby przez osoby cierpiące na odmienne schorzenia przewlekłe. Rozdział III dotyczy aktywności podejmowanej przez chorego w sytuacji konfrontacji z chorobą przewlekłą. Uwzględniono i scharakteryzowano dwie formy aktywności możliwe w takiej sytuacji: radzenie sobie oraz zachowania zdrowotne w sytuacji choroby, a następnie przedstawiono dotychczasowe ustalenia na temat przebiegu procesów radzenia sobie w populacji osób z różnymi chorobami przewlekłymi. W rozdziale IV omówiono, w jaki sposób choroba przewlekła wpływa na życie chorego. W związku z tym przedstawiono konsekwencje i następstwa choroby przewlekłej w sferze somatycznej, psychicznej, społecznej i behawioralnej funkcjonowania człowieka. Rozdział V poświęcono roli i znaczeniu zasobów w procesie radzenia sobie z krytycznym wydarzeniem życiowym, jakim jest choroba przewlekła. Dyskutowane są w nim zagadnienia związane z konceptualizowaniem pojęcia zasobów oraz znaczeniem takich zasobów, jak: poczucie koherencji, poczucie wsparcia społecznego, poczucie własnej skuteczności, poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia oraz sprężystości psychicznej dla radzenia sobie z chorobą przewlekłą, głównie w odniesieniu do chorób, którym poświęcona jest ta praca.

Część prezentująca przeprowadzone badania ma standardowy układ. W rozdziale VI przedstawiono metodologię prowadzonych badań. Rozdział VII to prezentacja wyników ukazujących podobieństwa i różnice w przebiegu transakcji stresowej u chorych na chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę typu 1 oraz reumatoidalne zapalenie stawów. Analizę zebranych danych przeprowadzono w formie jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA. Rozdział VIII poświęcono uwarunkowaniom funkcjonowania osób przewlekłe chorych. Przedstawiono w nim czynniki powiązane z poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym aspektem funkcjonowania pa-

cientów, a obliczeń dokonano z wykorzystaniem procedury dwustopniowej analizy skupień, jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA, analizy regresji i analizy ścieżek. W rozdziale IX ujęto dane dotyczące znaczenia zasobów dla przebiegu transakcji, które uzyskano na podstawie analizy współczynników korelacji, dwustopniowej analizy skupień i jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA. W związku ze szczególnym znaczeniem poczucia koherencji (które potraktowano jako metazasób) i w celu sprawdzenia, czy pełni ono funkcję sterującą wykorzystaniem innych zasobów, przeprowadzono procedurę mediacji prostej. W rozdziale X opisano zmiany, jakie nastąpiły w funkcjonowaniu chorych w okresie między rzutem choroby (przyjęcie do szpitala) a jej remisją (pół roku po opuszczeniu szpitala) oraz określono czynniki sprzyjające lepszemu funkcjonowaniu w sytuacji choroby.

* * *

Składam serdeczne podziękowania wszystkim osobom, które udzieliły mi pomocy podczas realizacji projektu badawczego, którego zwieńczeniem jest ta książka. W sposób szczególny chcę podziękować zespołowi Zakładu Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej, a zwłaszcza prof. dr hab. Helenie Sęk i prof. dr hab. Lidii Cierpiątkowskiej za stworzenie warunków do pracy naukowej i nieocenioną pomoc w jej trakcie. Serdeczne podziękowania kieruję też do swoich najbliższych – żony, dzieci, rodziców, którzy pomagali mi łączyć obowiązki rodzinne z pracą naukową oraz znaleźć czas na studiowanie literatury i pisanie.

Książka jest prezentacją wyników uzyskanych po analizie danych zebranych podczas realizacji projektu badawczego NCN nr 2011/01/B/HS6/00 423 pt. „Radzenie sobie z chorobą przewlekłą – psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje”. Chciałbym podziękować wszystkim pacjentom, którzy mimo swojej choroby, obciążeń z nią związanych w trakcie pobytu w szpitalu i po jego zakończeniu byli gotowi poświęcić swój czas, by wziąć udział w badaniach. Bez ich zaangażowania i wysiłku napisanie tej książki nie byłoby możliwe.

ROZDZIAŁ I

CHOROBY PRZEWLEKŁE – WPROWADZENIE W PROBLEMATYKĘ

1. Choroby przewlekłe we współczesnym świecie

Choroby przewlekłe są jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych, z którymi zmagają się społeczeństwa krajów rozwiniętych. Stanowią one obecnie główną przyczynę zgonów. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2009) odpowiadają za 60% zgonów. W 2005 r. na 58 mln zgonów 35 mln było spowodowanych chorobami przewlekłymi. Spotykają one osoby w każdym wieku, przy czym 50% zgonów dotyczy osób powyżej 70. roku życia, w podobnym odsetku cierpią na nie mężczyźni i kobiety (WHO, 2005).

Choroby przewlekłe są stosunkowo nowym problemem zdrowotnym. Pojawił się on jako wyzwanie społeczne dopiero w XX wieku. W tym czasie nastąpiła „epidemia” chorób przewlekłych. Było to związane z wieloma procesami zachodzącymi w obszarze ochrony zdrowia. Jeden z nich dotyczył przyczyn zgonów, których zmiana nastąpiła w ubiegłym wieku. Jeszcze sto lat temu najczęstszą przyczyną zgonów były choroby zakaźne. Na początku XX wieku śmierć następowała przeważnie na skutek: grypy i zapalenia płuc, gruźlicy, ostrego niezżytu przewodu pokarmowego, chorób serca, udarów, chorób nerek, wypadków, nowotworów, chorób okresu dziecięcego. Natomiast pod koniec lat 80. XX wieku ludzie umierali głównie na skutek chorób przewlekłych. Prawdopodobnie tę obrazują dane na temat śmiertelności z powodu gruźlicy – w 1845 r. umierało na nią około 500 osób na każde 100 tys. mieszkańców, a w 1970 r. – tylko 5 (Sheridan i Radmacher, 1998). Obecnie jako główne przyczyny zgonów wskazuje się: choroby serca, nowotwory, wypadki, udary, przewlekłe choroby płuc, grypę i zapalenie płuc, samobójstwa, cukrzycę, choroby wątroby, zabójstwa (tab. 1).

Opanowanie chorób zakaźnych, wywoływanych przez patogeny o charakterze zewnętrznym, tj. umiejętność ich leczenia i zapobiegania im, spra-

wiło, że ich miejsce zajęły choroby przewlekłe. Dla tego typu chorób charakterystyczne jest to, że stadium pełnoobjawowe pojawia się przeważnie w okresie średniej lub późnej dorosłości, a w ich etiologii i przebiegu istotną rolę odgrywają czynniki behawioralne. Andrzej Gniazdowski (1990) twierdzi, że jest to konsekwencją pierwszej rewolucji zdrowotnej, czyli głębokich zmian w obszarze zdrowia i jego ochrony, jakie miały miejsce w XX wieku. Pierwsza rewolucja zdrowotna polegała na neutralizacji zagrożeń zdrowotnych pochodzących ze środowiska życia człowieka i obejmowała działania związane z: poprawą jakości odżywiania się populacji, poprawą warunków mieszkaniowych i sanitarno-higienicznych społeczeństwa, wprowadzeniem szczepień ochronnych oraz ograniczeniem kontaktów z czynnikami chorobotwórczymi. Działania te przyczyniły się do opanowania chorób wywołanych przez drobnoustroje.

Tabela 1. Porównanie głównych przyczyn zgonów w latach 1900–2004

1900	2004
- grypa i zapalenie płuc	- choroba niedokrwienna serca
- wszelkie odmiany gruźlicy	- choroby naczyń mózgowych
- ostry niezbyt przewodu pokarmowego	- ostre zakażenia dolnych dróg oddechowych
- choroby serca	- HIV/AIDS
- udary	- przewlekła obturacyjna choroba płuc
- choroby nerek	- zaburzenia ciąży i porodu
- wypadki	- biegunka
- nowotwory	- gruźlica
- choroby okresu dziecięcego	- malaria
- błonica	- nowotwory płuc i układu oddechowego

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sheridan i Radmacher, 1998; WHO, 2005.

Za jedną z przyczyn pojawienia się chorób przewlekłych cywilizacyjnych uznaje się wydłużenie średniego czasu trwania życia ludzkiego i pojawiającą się w efekcie tego większą „awaryjność” organizmu. W ciągu XX wieku oczekiwana długość życia wzrosła o około 30 lat. W poprzednich stuleciach ludzie nie cierpieli na choroby przewlekłe, ponieważ najczęściej nie dożywali wieku, w którym się one pojawiają. Początek wielu chorób przewlekłych przypada na okres średniej dorosłości, czyli pomiędzy 35. a 65. rokiem życia, zaś średnia długość życia wynosiła wtedy około 50 lat.

Zwraca się także uwagę, że zwiększenie częstotliwości chorób przewlekłych jest związane z rozwojem medycyny. Wiele chorób (np. AIDS, nowotwory, rozszczep kręgosłupa, mukowiscydoza, nieprawidłowości w budowie serca), których rozpoznanie przed kilkunastoma laty oznaczało „wyrok

śmierci”, obecnie jest z powodzeniem leczonych. Ich status uległ zatem zmianie z choroby śmiertelnej na chorobę przewlekłą (Livneh i Martz, 2007).

Wśród innych przyczyn pojawienia się chorób przewlekłych wskazuje się: ubóstwo, nadmierną urbanizację i niesprzyjające warunki życia, zanieczyszczenie środowiska naturalnego, niski poziom wykształcenia i powiązany z nim brak wiedzy o zdrowiu, sposobach jego utrzymania, monitorowania i postępowania w sytuacji wystąpienia choroby, brak dostępu do usług medycznych, niepodjęcie działań promujących zdrowie i profilaktycznych przed pojawieniem się objawów choroby oraz brak rehabilitacji po przebytej chorobie, a także stres psychologiczny towarzyszący funkcjonowaniu w nowoczesnych społeczeństwach (United Nations, 2009).

2. Choroba przewlekła – konceptualizacja pojęcia

Analizując definicje chorób przewlekłych przytoczane w literaturze przedmiotu, można zauważyć dwie tendencje w określaniu tego, czym jest choroba przewlekła. W pierwszej grupie definicji autorzy koncentrują się na czasie trwania choroby przewlekłej jako czynnikiem umożliwiającym odróżnienie jej od innych typów chorób. W drugiej grupie poszukują charakterystycznych cech choroby przewlekłej i na ich podstawie próbują określić, czym ona jest i jakie ma właściwości.

Wśród definicji choroby przewlekłej opartych na czasie znajduje się ujęcie Światowej Organizacji Zdrowia. Zakłada ona, że choroba przewlekła jest chorobą o długim czasie trwania i powolnym postępie (WHO, 2009). Podobnie choroba przewlekła jest określana w internetowym słowniku pojęć medycznych, gdzie definiuje się ją jako „postępującą chorobę, trwającą przez długi okres czasu” (MedicineNet, 2009a). Choroba przewlekła bywa także rozumiana jako każde schorzenie, które trwa dłużej niż trzy miesiące (U.S. National Center for Health Statistics; za: MedicineNet, 2009b). Carol D. Goodheart i Martha H. Lansing (1997, s. 13) proponują traktować chorobę przewlekłą jako „długotrwałą chorobę uniemożliwiającą powrót do normalnego psychologicznego funkcjonowania”.

We wszystkich cytowanych wyżej definicjach kryterium czasu trwania choroby jest podstawową cechą odróżniającą ją od innych chorób.

W drugim podejściu chorobę przewlekłą definiuje się przez odwołanie się do jej właściwości. Jako punkt wyjścia przyjmuje się istniejące w literaturze medycznej rozróżnienie na chorobę ostrą i przewlekłą. Chorobą ostrą określa się chorobę, której symptomy pojawiają się nagle i są krótkotrwałe. W przypadku choroby przewlekłej symptomy mogą utrzymywać się bez końca, a przyczynę choroby trudno zidentyfikować (Falvo, 2005). Wyodręb-

nianie cech charakterystycznych choroby przewlekłej przez zestawienie jej z chorobą ostrą zostało przedstawione przez Thomasa G. Burisha i Laurence'a A. Bradleya (1983). Uważają oni, że chorobę przewlekłą można odróżnić od ostrej na podstawie czterech kryteriów: przyczyny, przebiegu, istoty choroby oraz jej konsekwencji. Dokonuje się tego przez przeciwstawienie cech choroby ostrej i przewlekłej w zakresie:

- przyczyn – choroby przewlekłe są skutkiem antyzdrowotnego stylu życia, natomiast choroby ostre są wywołane przez takie patogeny, jak wirusy czy bakterie;

- przebiegu – chorobę ostrą traktuje się jako krótkotrwałą, z wyraźnym i łatwym do rozpoznania momentem rozpoczęcia i dającym się przewidzieć momentem zakończenia. Jej leczenie przerywa się z chwilą ustąpienia objawów. Choroba przewlekła rozwija się zaś powoli, jej początki są trudne do uchwycenia (tzw. niema faza choroby), a moment zakończenia jest nieprzewidywalny w dającym się określić czasie. Często choroby przewlekłe można jedynie zaleczyć, zatrzymując ich postęp, niemożliwe jest jednak ich pełne wyleczenie. Osoba chora może funkcjonować podobnie jak w okresie przedchorobowym, lecz zawsze istnieje ryzyko nawrotu choroby. Częstym celem leczenia chorób przewlekłych jest umożliwienie pacjentowi efektywnego funkcjonowania pomimo choroby, a nie powrót do pełnego zdrowia;

- istoty choroby – w przypadku choroby ostrej pacjent jest w stanie rozpoznać, co niepożądanego się z nim dzieje i powiązać symptomy z ich przyczynami. Choroby przewlekłe nie mają natomiast jednej, ściśle określonej przyczyny, cechuje je polietiologia, a przyczyny trudno połączyć z występującymi symptomami, dopóki choroba w pełni się nie rozwine;

- konsekwencji – choroby ostre są w pełni uleczalne po zastosowaniu odpowiedniego leczenia, przez co nie powodują trwałych następstw w życiu pacjenta. Natomiast choroby przewlekłe, pomimo stosowanego leczenia, trwają do końca życia pacjenta, wpływając na jego biologiczne, psychiczne, społeczne i duchowe funkcjonowanie.

Do zaproponowanych przez Burisha i Bradleya (1983) kategorii można dodać piątą cechę charakterystyczną, którą stanowi przebieg leczenia – w przypadku chorób ostrych jest on krótkotrwały, często ogranicza się do stymulowania działania układu odpornościowego przez odpoczynek, odpowiednią dietę, przyjmowanie witamin i minerałów, czasami jest też związany z podaniem leków (np. antybiotyków w przypadku chorób wywołanych przez bakterie). Choroby ostre w większości ustępują samoistnie dzięki sprawnemu działaniu układu immunologicznego. Choroby przewlekłe są zaś nieuleczalne i trwają całe życie, dlatego na poszczególnych etapach choroby konieczne są różne rodzaje oddziaływań związanych z leczeniem. Na przykład w okresie rzutów choroby wskazane jest specjalistyczne i inten-

sywne leczenie medyczne, często operacyjne, za które odpowiedzialni są lekarze. Natomiast pomiędzy rzutami na pierwszy plan wysuwają się działania osoby chorej polegające na zmianie stylu życia i stosowaniu się do zaleceń lekarskich. W tej fazie choroby niebagatelne znaczenie ma pomoc innych specjalistów: psychologów, dietetyków, rehabilitantów oraz wsparcie społeczne (Kinney i Leaton, 1996). W przypadku większości chorób przewlekłych konieczne jest systematyczne i długotrwałe monitorowanie stanu swojego zdrowia oraz kontrola zachowania.

Specyfiką chorób przewlekłych jest to, że wymagają one dwukierunkowych działań. Z jednej strony niezbędna jest fachowa pomoc medyczna, zmniejszająca zagrożenie życia, z drugiej – inne specjalistyczne interwencje (np. psychologiczne), mające na celu ułatwienie osobie chorej adaptacji do nowej, często zmienionej sytuacji życiowej. Pomoc medyczna przeważnie ograniczona jest do krótkich interwencji, najczęściej odbywających się w szpitalach w okresach rzutu choroby. Z kolei pomoc psychologiczna powinna być rozciągnięta na całe pozaszpitalne życie chorego i mieć miejsce głównie w okresie remisji choroby.

Do charakterystycznych cech choroby przewlekłej odwołują się również Howard Leventhal, Ethan Halm, Carol Horowitz, Elaine A. Leventhal i Gozde Ozakinci (2005). Według nich chorobą przewlekłą można nazwać schorzenie, które ma następujące właściwości: (1) ma charakter ogólnosystemowy oddziałujący na funkcjonowanie wielu układów, przez co zakłóca przebieg procesów fizycznych, psychicznych i społecznych, (2) zakłóca normalny bieg życia; jego rozwój trwa przez wiele lat, z których większość przebiega bez widocznych objawów, a pełnoobjawowa choroba ujawnia się około 60. roku życia, (3) jego przebieg i rozwój może być kontrolowany, ale nie jest możliwe pełne wyleczenie, (4) stopniowo i niepostrzeżenie zaburza bądź uniemożliwia wykonywanie wielu codziennych czynności, (5) większość z nich charakteryzuje się relatywnie spokojnym przebiegiem, zakłócanym przez nawroty lub dramatyczne komplikacje zagrażające życiu.

Manoj Sharma (2010) twierdzi, że choroba przewlekła charakteryzuje się długim czasem trwania i jest uwarunkowana przez różne czynniki ryzyka. Rozwinięcie się jej pełnoobjawowej formy poprzedzone jest długim okresem utajenia, przeważnie nie jest zaraźliwa, ale powoduje postępujące upośledzenie funkcjonalne i w większości przypadków jest nieuleczalna.

Przedstawione definicje chorób przewlekłych zostały zaproponowane głównie przez psychologów zajmujących się tym problemem. Bardziej ograniczony zakres mają z kolei definicje określone na podstawie cech charakterystycznych, które proponują organizacje lekarskie. Na przykład The Chronic Illness Alliance (2006) przyjmuje, że choroba przewlekła jest każdą trwałą lub utrzymującą się przez długi czas chorobą. Może ona postępować powo-

li i prowadzić do śmierci lub zakończyć się pełnym wyzdrowieniem. Może też przyczyniać się do nieodwracalnych zmian w narządach. Bez wątplenia obniża poczucie jakości życia osoby chorej. W ujęciu tym odwołano się do czasu trwania choroby, jej przebiegu i konsekwencji. Z kolei Amerykańska Komisja ds. Chorób Przewlekłych za chorobę przewlekłą uznaje „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które posiadają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe; pozostawiają po sobie inwalidztwo; spowodowane są przez nieodwracalne zmiany patologiczne; wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego nadzoru, obserwacji czy opieki” (Commission on Chronic Illness; za: Hołub, 2007). W definicji tej akcentuje się konsekwencje zdrowotne choroby i zwraca uwagę na długotrwałość leczenia.

W przytoczonych definicjach widać wyraźne różnice w rozumieniu choroby przewlekłej. Definicje sformułowane w obrębie nauk medycznych odwołują się głównie do kryterium czasu, zaś te tworzone w naukach społecznych, zwłaszcza w psychologii – do jej cech typowych. Porównanie różnych definicji choroby przewlekłej (tab. 2) pozwala stwierdzić sześć jej cech charakterystycznych: czas trwania, przyczyny, przebieg, istotę, konsekwencje oraz metody leczenia. W definicjach medycznych najczęściej odwoływano się do kategorii przebiegu, konsekwencji i leczenia.

3. Typologie chorób przewlekłych

Donna R. Falvo (2005) wymienia około 150 chorób i schorzeń zaburzających funkcjonowanie wszystkich układów ludzkiego organizmu, które można potraktować jako choroby przewlekłe. W literaturze dotyczącej chorób przewlekłych niewiele uwagi poświęca się tworzeniu ich typologii bądź klasyfikacji. W medycynie zagadnienie to wydaje się pobocznym problemem, ponieważ istotniejsze dla lekarzy jest opisanie etiologii i przebiegu pojedynczej choroby, które pozwala na znalezienie skutecznych sposobów leczenia. Jednak z perspektywy nauk społecznych, a zwłaszcza psychologii, kwestia tworzenia typologii lub klasyfikacji chorób przewlekłych ma większe znaczenie. Gdy przyjmiemy, że choroba przewlekła jest jednym z krytycznych wydarzeń życiowych, zakłócających normalny przebieg ludzkiego życia, pogrupowanie ich ze względu na cechy wspólne może pomóc lepiej zrozumieć psychologiczną sytuację osób przewlekłe chorych i wyzwania stojące przed nimi, związane z radzeniem sobie z chorobą. Ponadto klasyfikowanie chorób przewlekłych ze względu na istnienie cech podobnych pozwala przewidzieć problemy i trudności, jakie mogą pojawić się przed osobą przewlekłe chorą.

Tabela 2. Zestawienie rozumienia chorób przewlekłych ujęte w różnych definicjach

Element definicji	WHO	Amerykańska Komisja ds. Chorób Przewlekłych	The Chronic Illness Alliance	Burish i Bradley	Leventahal i wsp.
Czas	długi czas trwania		trwała lub utrzymująca się przez długi czas choroba		
Przyczyny		nieodwracalne zmiany patologiczne		antyzdrowotny styl życia	
Przebieg	powolny postęp	jest trwała	może postępować powoli i prowadzić do śmierci lub zakończyć się pełnym wyzdrowieniem	powolny rozwój	charakteryzuje się re-latywnie spokojnym przebiegiem zakończonym przez nawroty lub komplikacje zagrażające życiu
Istota				trudno rozpoznawalna przez osobę chorą	jest schorzeniem ogólnosystemowym odziałującym na funkcjonowanie wielu układów; stosunkowo późno pojawiają się objawy
Konsekwencje		pozostawia po sobie inwalidztwo	może przyczyniać się do nieodwracalnych zmian w narządach	niemożność pełnego wy-leczenia; oddziałuje na wiele aspektów życia	zakłóca przebieg procesów fizycznych, psychicznych i społecznych oraz normalny bieg życia człowieka; stopniowo i niepostrzeżenie uniemożliwia wykonywanie wielu codziennych czynności
Leczenie		wymaga specjalnego postępowania rehabilitacyjnego, nadzoru obserwacji, opieki		brak możliwości wyleczenia	przebieg i rozwój choroby może być kontrolowany, ale nie jest możliwe pełne wyleczenie

Źródło: opracowanie własne.

W logice rozróżnia się typologię i klasyfikację. Według *Słownika języka polskiego* (1989, s. 565) typologia to „szeregowanie i logiczne porządkowanie elementów danego zbioru (przedmiotów, zjawisk i tym podobnie) według zasady porównywania ich cech z cechami uznanymi jako typy w obrębie określonego zbioru”. Klasyfikację natomiast definiuje się jako „podział jakiegoś zbioru na podzbiory tak, aby nie było przedmiotów, które nie należałyby do jednego podzbioru oraz aby każdy przedmiot z dzielonego zbioru należał do któregoś z podzbiorów. W ten sposób klasyfikacja spełnia wymagania rozłączności i zupełności” (Pszczółowski, 1978, s. 96). W odniesieniu do chorób przewlekłych można mówić raczej o typologii niż klasyfikacji. W literaturze przedmiotu brak jednak spójnych propozycji ich klasyfikowania.

3.1. Medyczne typologie chorób przewlekłych

Światowa Organizacja Zdrowia, która monitoruje sytuację zdrowotną ludzkości, na swojej stronie internetowej umieściła listę chorób przewlekłych wymienionych w porządku alfabetycznym. Analiza publikacji WHO pozwala stwierdzić, że znalazły się na niej najbardziej rozpowszechnione choroby przewlekłe stanowiące największe zagrożenie i wyzwanie dla ludzkości.

Typologie chorób przewlekłych tworzone są w naukach medycznych na podstawie kryteriów: lokalizacji schorzenia i/lub jego patomechanizmu. Według kryterium lokalizacji wyodrębnia się: choroby układu nerwowego, choroby narządu wzroku, choroby narządu słuchu, zaburzenia psychiczne, choroby krwi i układu odpornościowego, choroby układu hormonalnego, choroby układu trawienia, choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego, choroby układu moczowego, choroby układu szkieletowo-mięśniowego, choroby skóry. Z kolei według kryterium patomechanizmu wyróżnia się: nowotwory i zaburzenia związane ze stosowaniem substancji psychoaktywnych (Falvo, 2005). Zadaniem systemów klasyfikacyjnych jest przypisanie obiektów do określonych kategorii w celu lepszego zrozumienia zjawiska, a w przypadku chorób przewlekłych – zaplanowania skutecznych oddziaływań. Kryteria lokalizacji i patomechanizmu są o tyle ważne w klasyfikacjach medycznych, że lekarze specjalizują się w określonej dziedzinie, a przedmiotem specjalizacji czynią dany układ (np. kardiolog, neurolog) bądź typ schorzenia (np. onkolog, psychiatra).

3.2. Typologie chorób przewlekłych z perspektywy nauk społecznych

W literaturze poświęconej chorobom przewlekłym trudno znaleźć pozamedyczne próby stworzenia ich typologii lub klasyfikacji. Z perspektywy nauk

społecznych, a w szczególności psychologii, podjęcie takiego zadania wydaje się ważne, ponieważ pozwala lepiej zrozumieć sytuację psychologiczną osób chorujących na różne choroby przewlekłe.

Próbę pogrupowania chorób przewlekłych podjęli Goodheart i Lansing (1997). Zaproponowali oni wyróżnienie czterech klas chorób przewlekłych: (1) choroby zagrażające życiu, takie jak: nowotwory, schorzenia układu krążenia, AIDS, (2) choroby zrozumiane i opanowywane, do których można zaliczyć cukrzycę i nadciśnienie, (3) choroby zrozumiane, ale niepodlegające leczeniu, powodujące powolne postępowanie dysfunkcji, np. stopniowa utrata słuchu i wzroku następująca wskutek starzenia się organizmu, (4) choroby słabo zrozumiane i nieprzewidywalne, takie jak: zapalenie stawów, miażdżyca, stwardnienie rozsiane oraz syndrom przewlekłego zmęczenia. Podstawą takiego podziału chorób przewlekłych są dwa kryteria: stopień zrozumienia choroby oraz możliwość jej leczenia, a dodatkowo uwzględniany jest stopień zagrożenia życia. Jednak autorzy tego podziału niekonsekwentnie posługują się tymi kryteriami. Spójne posłużenie się nimi pozwoliłoby wyróżnić: (1) choroby zrozumiane i podlegające leczeniu, takie jak cukrzyca i nadciśnienie, (2) choroby zrozumiane, ale niepodlegające leczeniu, czyli utrata słuchu i wzroku następująca wskutek starzenia się, (3) choroby niezrozumiane lub słabo zrozumiane i podlegające leczeniu, takie jak zapalenie stawów, (4) choroby niezrozumiane i niepodlegające leczeniu, np. AIDS.

Próbę stworzenia innej typologii chorób przewlekłych podjął Len Sperry (2009). Starał się on ustalić, czy osoby chorujące na różne choroby przewlekłe potrzebują odmiennych form poradnictwa i terapii. Próbując rozwiązać ten problem, wyodrębnił cztery grupy chorób przewlekłych wymagających odmiennych procedur pracy z pacjentem: (1) choroby zagrażające życiu, (2) postępujące choroby przewlekłe, (3), choroby niezagrażające życiu, które są możliwe do opanowania, (4) choroby niezagrażające życiu, o zmieniającej się dynamice symptomów. Podobnie jak w przypadku klasyfikacji Goodheart i Lansing (1997), propozycja Sperrego nie wydaje się wystarczająco spójna. Posługuje się on bowiem niekonsekwentnie kombinacjami następujących kryteriów: prawdopodobieństwem śmierci w wyniku choroby przewlekłej, przebiegiem choroby, dynamiką symptomów, możliwością radzenia sobie z chorobą.

Analiza literatury zawierającej klasyfikacje chorób przewlekłych pozwala stwierdzić, że przy obecnym stanie wiedzy na temat tych chorób można dokonywać ich klasyfikacji według różnych kryteriów, umieszczając chorobę przewlekłą w jednej z dwóch lub więcej grup. Użytecznymi kryteriami do ich klasyfikacji mogą być: (1) prawdopodobieństwo utraty życia, (2) przebieg choroby, (3) możliwość leczenia choroby, (4) możliwość kontrolowania choroby, (5) konsekwencje choroby (tab. 3). Przypisanie choroby do jednej

Tabela 3. Kryteria klasyfikacyjne chorób przewlekłych

Kryterium klasyfikacyjne	Typy chorób
Prawdopodobieństwo utraty życia	zagrożające życiu vs. niezagrożające życiu
Przebieg choroby	rozwijające się stopniowo vs. rozwijające się rzutami
Możliwość leczenia choroby	podlegające leczeniu vs. niepodlegające leczeniu
Sposób leczenia choroby	możliwe do opanowania wskutek stosowania procedur medycznych vs. możliwe do opanowania wskutek stosowania procedur medycznych i zmiany stylu życia
Konsekwencje choroby	znacząco upośledzające funkcjonowanie vs. w nieznaczny sposób upośledzające funkcjonowanie

Źródło: opracowanie własne.

z zaproponowanych kategorii będzie implikować odmienną sytuację psychologiczną, różne koszty choroby i w związku z tym inne zaplanowanie oddziaływań w ramach leczenia.

Według kryterium prawdopodobieństwa utraty życia można wyróżnić choroby przewlekłe bezpośrednio zagrożające życiu i choroby przewlekłe niepowodujące bezpośredniego zagrożenia życia, a jedynie skraccające, w wymiarze statystycznym, jego długość. Świadomość chorego, że pozostało mu jeszcze pół roku życia lub że następny zawał serca z dużym prawdopodobieństwem doprowadzi do zgonu, sprawia, że człowiek znajduje się w odmiennej sytuacji psychologicznej, której towarzyszy niepokój o przyszłość najbliższych, o ich sytuację finansową, o umiejętność partnera w zakresie prowadzenia domu i opieki nad dziećmi. Może także pojawić się potrzeba dokonania bilansu życia, podsumowania swoich dokonań i uregulowania różnych zobowiązań.

Kolejnym kryterium, według którego można grupować choroby przewlekłe, jest ich przebieg. Pozwala on odróżnić choroby rozwijające się powoli (np. utrata wzroku, słuchu, choroba Alzheimera) od chorób rozwijających się rzutami (np. stwardnienie rozsiane, niektóre postacie reumatoidalnego zapalenia stawów). W przypadku chorób rozwijających się powoli nasilenie objawów i związane z nimi dysfunkcje pojawiają się stopniowo, często niedostrzegalnie. Natomiast w chorobach przebiegających w postaci rzutów następuje gwałtowne nasilenie bądź zaostrzenie objawów oraz pogorszenie możliwości efektywnego funkcjonowania. W okresie remisji dochodzi zaś do częściowego złagodzenia objawów i poprawy funkcjonowania. Jednak rzadko się zdarza, by nastąpił pełen powrót do przedchorobowego stanu funkcjonowania. Sytuacja psychologiczna osób chorujących na schorzenia należące to obu tych grup jest odmienna. Osoby cierpiące na choroby rozwijające się stopniowo, na dodatek takie, na które nie ma lekarstwa, często

doświadczają bezradności, bezsilności, utraty sensu życia, którym towarzyszą podwyższone wskaźniki depresyjności. Z kolei u osób chorujących na choroby rozwijające się rzutami wyższy jest poziom lęku związanego z wystąpieniem kolejnego rzutu, jego siły i skutków.

Trzecim kryterium pozwalającym kategoryzować choroby przewlekłe jest możliwość leczenia choroby. Można na jego podstawie dokonać podziału chorób przewlekłych na podlegające leczeniu (np. cukrzyca, choroba niedokrwienna serca) i niepodlegające leczeniu (choroba Alzheimera, utrata wzroku). Choroby niepodlegające leczeniu stawiają człowieka w trudniejszej sytuacji psychologicznej, ponieważ żyje on ze świadomością, że rozwoju schorzenia, na które cierpi, nie można zahamować i że doprowadzi ono do jakiejś formy niepełnosprawności. Powoduje to często obniżenie nastroju, zwiększenie poziomu depresji oraz myśli samobójcze. Dynamiczny rozwój medycyny sprawia jednak, że coraz więcej chorób można leczyć (np. boreliozę, która była do niedawna uznawana za chorobę nieuleczalną).

Kolejnym kryterium podziału chorób jest sposób leczenia. Leczenie części chorób przewlekłych ogranicza się do stosowania procedur medycznych, np. chory na boreliozę poddawany jest długotrwałej kuracji antybiotykowej. W przypadku innych chorób przewlekłych, np. cukrzycy lub choroby niedokrwiennej serca, skuteczne leczenie nie jest możliwe bez modyfikacji zachowania chorego i jego stylu życia. W zależności od tego, w jaki sposób człowiek jest leczony, zmienia się jego funkcjonowanie psychiczne. W przypadku chorób, których zatrzymanie postępu nie jest możliwe bez zmiany stylu życia, osoba chora w większym stopniu jest odpowiedzialna za stan własnego zdrowia, a zatem ma nań większy wpływ i możliwość kontrolowania go.

Ostatnim z wyróżnionych kryteriów grupowania chorób przewlekłych są konsekwencje choroby. Na jego podstawie można wyróżnić: (1) choroby nieznacznie upośledzające funkcjonowanie, (2) choroby znacznie upośledzające funkcjonowanie (2a) w sferze somatycznej, (2b) w sferze psychicznej, (2c) w sferze społecznej. Opisując sytuację psychologiczną pacjenta i posługując się kryterium konsekwencji choroby, należy pamiętać, że rozpoznanie konkretnej jednostki nozologicznej jest zaledwie punktem wyjścia do posługiwania się tym kryterium. Konieczne jest również uwzględnienie fazy rozwoju choroby i pojawiających się w niej objawów.

4. Podejścia do rozumienia i wyjaśniania choroby przewlekłej

Choroba przewlekła jest zjawiskiem wielowymiarowym, w którym przenikają się i nakładają na siebie wymiary biologiczny, psychiczny, społeczny i duchowy. Osoba przewlekłe chora, a tym samym jej choroba, jest obiektem

zainteresowania specjalistów z różnych dziedzin. Również choroba jest zjawiskiem będącym przedmiotem interdyscyplinarnych studiów. Interesują się nią lekarze, którzy starają się dociec patomechanizmów prowadzących do jej rozwoju i opracować na ich podstawie skuteczne metody leczenia. Interesują się nią także osoby pracujące z chorymi: psychologowie, dietetycy, fizjoterapeuci starający się wspomóc osobę chorą w procesie zmagania się z chorobą. Interesują się nią również socjologowie, którzy rozważają konsekwencje powszechnych chorób przewlekłych dla funkcjonowania społeczeństwa.

Leventhal i współpracownicy (2005) uważają, że procesy adaptowania się do chorób przewlekłych mogą być analizowane w oparciu o różne teorie i modele opisujące funkcjonowanie człowieka, takie jak ujęcie biomedyczne, ujęcie psychologiczne, ze szczególnym uwzględnieniem modelu stresu i radzenia sobie z nim, oraz teoria samoregulacji. Wykorzystanie w miarę spójnej teorii lub koncepcji pozwala na zrozumienie, opisanie i przewidywanie procesów biopsychospołecznych zachodzących u osoby przewlekle chorej. Goodheart i Lansing (1997), odwołując się do możliwych form oddziaływania, jakim podlega osoba przewlekle chora, wyróżniają z kolei dwa sposoby myślenia o niej: podejście medyczne i podejście skoncentrowane na zagrożeniach. Pierwsze z nich jest charakterystyczne dla lekarzy i osób, które zdobyły wykształcenie medyczne, starających się wyleczyć pacjenta, drugie zaś cechuje psychologów i innych specjalistów, których celem pracy jest umożliwienie życia człowiekowi z chorobą przewlekłą.

Biomedyczne podejście do chorób przewlekłych jest związane z tym, że choroby i ich leczenie są domeną medycyny. W tradycyjnym podejściu do leczenia nacisk kładzie się na wykrycie choroby. Na podstawie szczegółowej diagnozy różnicowej, obejmującej identyfikację oraz opis zmian fizjologicznych, strukturalnych i mechanicznych, dobiera się odpowiednią metodę leczenia, starając się zrozumieć procesy fizjologiczne przyczyniające się do powstania i rozwoju schorzenia. Z kolei wiedza na temat przebiegu choroby pozwala określić, na ile dane schorzenie jest poważne i jakie niesie ze sobą konsekwencje, tj. sformułować przypuszczenia na temat zmian fizjologicznych i psychicznych, do jakich doprowadzi choroba. W zależności od typu i stadium zaawansowania schorzenia w celu jego opanowania i leczenia wykorzystuje się: farmakoterapię, leczenie operacyjne, rehabilitację, posługiwanie się protezami. Dokonanie w porę rozpoznania i podjęte na jego podstawie leczenie staje się głównym czynnikiem powstrzymującym rozwój choroby i umożliwiającym powrót do zdrowia oraz minimalizującym fizjologiczne i psychologiczne skutki choroby (Kowalik, 2005; Leventhal i in., 2005).

Obecnie jednak biomedyczne podejście do chorób przewlekłych przekształca się w podejście biopsychospołeczne (Leventhal i in., 2005). Oprócz

interwencji typowo medycznych związanych z diagnozą i leczeniem pojawia się w nim miejsce na interwencje dotyczące zmiany zachowania, obejmującej: modyfikację stylu życia, wspieranie procesów adaptacji do sytuacji choroby przewlekłej, kontrolę stosowania się do zaleceń lekarskich związanego z przyjmowaniem leków i monitorowanie stanu swojego zdrowia.

Według Goodheart i Lansing (1997) medyczne podejście do chorób przewlekłych umożliwia zrozumienie istoty choroby, ponieważ koncentruje się na jej obiektywnych właściwościach, a zwłaszcza dąży do wyjaśnienia etiologii i przebiegu choroby, jej konsekwencji i specyficznych wymagań związanych ze stosowanymi procedurami leczenia. Zdobycie wiedzy na temat choroby skutkuje opracowaniem skutecznych i standardowych procedur medycznych. Podejście medyczne uwzględnia cztery aspekty choroby przewlekłej: etiologię, przebieg, konsekwencje i stosowane procedury mające na celu jej opanowanie (Goodheart i Lansing, 1997).

Analizując choroby przewlekłe pod kątem etiologii, wyróżnia się choroby, których uwarunkowania znamy (np. choroby układu krążenia) oraz te, których przyczyny pozostają nieznane (np. sarkoidoza, miażdżyca). Gdy przyczyny choroby są rozpoznane, można dodatkowo rozróżnić choroby uwarunkowane czynnikami genetycznymi (np. nowotwór piersi, nadciśnienie, udar mózgu, choroba Huntingtona, choroba Alzheimera), spowodowane przez kontakt z patogenami (np. AIDS i borelioza), wywołane przez czynniki środowiskowe (np. nowotwory płuc, astma) lub behawioralne (rozedma płuc, cukrzyca, marskość wątroby związana z uzależnieniem od alkoholu) oraz choroby przewlekłe pojawiające się jako naturalny efekt procesu starzenia się (stopniowa utrata wrażliwości zmysłów: słuchu, wzroku, smaku).

Ze względu na przebieg choroby można wyróżnić: schorzenia przewlekłe o powolnym, ale postępującym przebiegu (np. cukrzyca insulinoniezależna, nadciśnienie tętnicze oraz choroby związane z wiekiem i starzeniem się, takie jak: choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, utrata słuchu, utrata wzroku), choroby o szybkim i gwałtownym przebiegu (np. nowotwór jajników, AIDS, niektóre formy stwardnienia rozsianego) oraz cykliczne choroby przewlekłe z okresami nawrotów i remisji (np. zespół chronicznego zmęczenia, borelioza, reumatoidalne zapalenie stawów).

Konsekwencje choroby przewlekłej mogą być rozpatrywane na wymiarach: znana – nieznana, uleczalna – prowadząca do śmierci bądź opisywać wywoływany przez nią rodzaj i stopień niepełnosprawności.

Choroby mogą być opanowywane poprzez cztery rodzaje działań: (1) leczenie medyczne obejmujące kuracje lekami, leczenie operacyjne, naświetlania, dializy, (2) dodatkowe leczenie obejmujące pomoc psychologiczną, często związaną z pomocą w radzeniu sobie z bólem, (3) zmiana stylu życia, która może polegać na zmniejszeniu, zwiększeniu, wprowadzeniu, wyklu-

czeniu bądź modyfikacji dotychczasowych zachowań, (4) korzystanie z różnego rodzaju przyrządów ułatwiających radzenie sobie z ograniczeniami spowodowanymi przez chorobę (np. protezy, szyny, kule, implanty, laski). To, które z działań jest najważniejsze, zależy od natury schorzenia (Goodheart i Lansing, 1997).

Zróźnicowanie w zakresie etiologii, przebiegu, konsekwencji oraz sposobów leczenia poszczególnych chorób przewlekłych skutkuje odmiennymi wymaganiami stawianymi przez chorobę oraz różnego typu problemami biopsychospołecznymi w funkcjonowaniu i przystosowaniu się do niej chorych i ich rodzin.

W ramach psychospołecznego podejścia do chorób przewlekłych niektórzy badacze (Jankowski, 2006; Leventhal i in., 2005) porównują sytuację choroby przewlekłej do sytuacji przewlekłego stresu. Dla sytuacji stresowej charakterystyczne jest zwiększenie wymagań adaptacyjnych, związane z tym, że jednostka musi przystosować się do nowo zaistniałej sytuacji. W chorobie przewlekłej nowa sytuacja obejmuje m.in. zmianę stylu życia, ciągłe doświadczanie dyskomfortu i bólu, zmianę pełnionych ról społecznych, utratę stabilności finansowej oraz zwiększającej się zależności od rodziny. Przed człowiekiem chorym pojawia się konieczność przystosowania się do zmiany obejmującej większość aspektów jego życia. Procesy te można analizować w oparciu o koncepcję stresu psychologicznego i radzenia sobie oraz model samoregulacji. Jak twierdzi Konrad Jankowski (2006), koncepcje te w zadowalający sposób pozwalają na analizę sytuacji osoby chorej, jej percepcji choroby i siebie w chorobie na tle wymagań i zmian, które pojawiają się w życiu.

W koncepcjach stresu psychologicznego zakłada się, że zachowanie podlega kontroli jednostki i jest regulowane przez ustanawiane cele, sposoby ich realizowania oraz ocenę wyników działania (Leventhal i in., 2005). W koncepcjach stresu i radzenia sobie, odnoszonych do sytuacji choroby przewlekłej, procesy adaptacji analizuje się, uwzględniając ich fazowy charakter. Mimo różnic między poszczególnymi autorami, na najogólniejszym poziomie można wyróżnić trzy fazy tego procesu. W pierwszej fazie dokonywana jest ocena stresora, w wyniku której pojawiają się cele bądź motywacja do rozpoczęcia działania. W drugiej fazie następuje wybór reakcji/sposobu radzenia sobie z chorobą przewlekłą, umożliwiającego zrealizowanie przyjętych celów. Trzecia faza to powtórna ocena sytuacji i określenie, czy cele te zostały osiągnięte, czy nie (Leventhal i in., 2005). Są to więc modele, w których przystosowanie się do choroby przewlekłej można opisać według schematu: (1) ocenić sytuację, (2) wybrać właściwy sposób zareagowania na sytuację, (3) wykonać działanie, (4) określić, czy działanie przyniosło skutek oraz jakie konsekwencje pojawiły się w wyniku interakcji między działającym stresorem a podjętym działaniem.

Model samoregulacji zaproponowany przez Howarda Leventhala, Daniela Meyera i Davida Nerenza (1980) jest w pewnym sensie uszczegółowieniem i doprecyzowaniem koncepcji stresu i radzenia sobie z nim w sytuacji choroby przewlekłej. Pozwala on wyjaśnić, jak choroba wpływa na życie pacjenta, zmieniając jego nastrój, zachowanie, myślenie o sobie i świecie. Dużą wagę przypisuje się w nim procesom związanym z nadaniem znaczenia chorobie, ponieważ mogą one determinować podejmowane działania w celu opanowania trudności i sprostania wyzwaniom stawianym przez chorobę. Ponadto zwraca się uwagę na procesy związane z oceną efektywności podejmowanych prób przystosowania się do choroby, uwzględniających historię zmagania się z chorobą pacjenta i społecznego kontekstu, w którym on funkcjonuje. Tym, co w szczególnie sposób odróżnia model samoregulacji od koncepcji stresu i radzenia sobie, jest nacisk położony na sposoby postrzegania i rozumienia sytuacji choroby przewlekłej przez jednostkę, na treściową zawartość struktur poznawczych związaną z wiedzą i przekonaniami na temat choroby, określaną jako poznawcza reprezentacja choroby. Obejmuje ona wiedzę na temat: istoty choroby, jej przyczyny, czasu trwania i przebiegu, konsekwencji oraz możliwości kontrolowania swojej choroby i wyzdrowienia. Wyróżnione przez Leventhala i współpracowników (1980) elementy reprezentacji choroby można potraktować jako rodzaj oceny poznawczej dokonywanej przez osobę chorą, ponieważ procesy oceny opisane są za pomocą kategorii dopasowanych do sytuacji choroby przewlekłej. Od tego, w jaki sposób osoba przewlekle chora postrzega i rozumie swoją chorobę, mogą zależeć określone przez nią cele zdrowotne.

Uszczegółowieniem takiego sposobu rozumienia chorób przewlekłych jest podejście skoncentrowane na zagrożeniach (Goodheart i Lansing, 1997). Nacisk w nim jest położony na trudności związane z przystosowaniem się do życia z chorobą, jakich doświadcza osoba przewlekle chora. Używając pojęć z obszaru teorii stresu psychologicznego i radzenia sobie z nim, można stwierdzić, że w podejściu tym ważne jest dokonanie charakterystyki wymagań stawianych przez bodziec stresowy, jakim jest choroba przewlekła.

Podejście skoncentrowane na zagrożeniach dostarcza odmiennych informacji o chorobie przewlekłej niż podejście medyczne. Choroba i jej istota (jej obiektywne właściwości) przesunięte są na drugi plan. Natomiast w centrum zainteresowania znajduje się pacjent i jego trudności w przystosowaniu się do nowej, zmienionej i trudnej sytuacji życiowej, jaką jest choroba przewlekła. W podejściu tym rozważa się zagrożenia, jakie niesie zachorowanie, a zwłaszcza konsekwencje wynikające z bezpośredniego zagrożenia życia i konieczności zmiany dotychczasowego stylu życia. Najważniejszy jest zatem subiektywny odbiór własnej choroby przez pacjenta i jego reakcje na nią. W związku z tym analizowane są te aspekty choroby prze-

wlekłej, które w największym stopniu mogą dezorganizować życie chorego. Należą do nich: prawdopodobieństwo śmierci na skutek choroby, przebieg choroby i możliwość jej leczenia, nieprzewidywalność rozwoju choroby oraz możliwość opanowania objawów przez osobę chorą (Goodheart i Lansing, 1997). Takie podejście do choroby przewlekłej pozwala na rozpoznanie indywidualnych problemów i potrzeb osób chorych. Na przykład zachorowanie na AIDS może u różnych osób powodować odmienne trudności: dla jednego chorego problemem będzie potencjalne odrzucenie przez rodzinę, przyjaciół, znajomych, dla innego – zbliżająca się śmierć, a jeszcze dla innego – konieczność dostosowania się do reżimu przyjmowania leków.

Choroby, które charakteryzuje największa śmiertelność, tj. takie, co do których wiadomo, że śmierć nastąpi w niedługim czasie, stawiają chorego w sytuacji szczególnie trudnej egzystencjalnie. Czas życia zostaje dookreślony, a moment śmierci jest w przybliżeniu znany. Świadomość zbliżającej się śmierci często rodzi konieczność oceny swojego życia, dokończenia ziemskich spraw, ale też może wyzwać silny lęk przed śmiercią i obawę o przyszłość najbliższych.

Biorąc pod uwagę przebieg choroby i jej rokowania, można stwierdzić, że najbardziej obciążające są te choroby, które charakteryzuje postępujący rozwój i brak możliwości ich leczenia (np. utrata wzroku, choroba Alzheimera). W takiej sytuacji pacjent doświadcza stopniowego pogarszania się różnych funkcji organizmu, prowadzącego do zależności od innych. Ponadto znajduje się on w sytuacji, na którą ma ograniczony wpływ, ponieważ niewiele jest (lub w ogóle ich nie ma) działań pozwalających poradzić sobie z chorobą. Choroba pozbawia pacjenta możliwości kierowania własnym życiem, co często zwiększa ryzyko depresji i prowadzi do bezradności.

Istnieją choroby przewlekłe, których rozwój przebiega w rzutach, a ich wystąpienie jest nieprzewidywalne (np. stwardnienie rozsiane, reumatoidalne zapalenie stawów, borelioza), przy czym każdy kolejny rzut choroby powoduje większe zniszczenia w organizmie. Chorowanie przewlekłe o nieprzewidywalnym przebiegu może przyczyniać się do zaburzeń w przystosowaniu, związanych z pogorszeniem nastroju (głównie zwiększeniem depresyjności) i wzrostem poziomu lęku, a także z poczuciem bezradności i bezsilności pojawiającym się w obliczu nieprzewidywalnej przyszłości.

Dla części chorób przewlekłych (takich jak cukrzyca czy choroba niedokrwienności serca) charakterystyczne jest to, że indywidualne zachowania człowieka mogą modyfikować ich przebieg. Zachowania te są związane ze zmianą stylu życia obejmującą: inną dietę, systematyczną aktywność fizyczną, rezygnację z używek oraz dyscyplinę w przyjmowaniu lekarstw i odbywaniu wizyt u specjalistów. Chorowanie przewlekłe, które podlega indywidualnej kontroli, cechuje mniejsze ryzyko dezorganizacji życia, co oznacza,

że chorym łatwiej jest przystosować się do schorzeń, na których przebieg mogą mieć wpływ.

Przedstawiona charakterystyka stanowi opis trudności, z jakimi może borykać się osoba przewlekle chora w procesie adaptacji do choroby przewlekłej, brak jej jednak solidnej teoretycznej podbudowy. Wkładem Goodheart i Lansing (1997) jest jednak zaakcentowanie, że choroba przewlekła to nie tylko zjawisko fizjologiczne, wymagające specyficznych oddziaływań medycznych, ale również sytuacja trudna, do której człowiek chory musi się przystosować. Autorzy ci dokonali szczegółowej charakterystyki bodźca stresowego, jakim jest sytuacja choroby przewlekłej.

5. Fazowy charakter choroby przewlekłej

Choroba przewlekła stawia chorego przed wieloma zmiennymi w czasie wyzwaniami i zadaniami. Zależą one od: doznawanej choroby, metody leczenia, struktur poznawczych osoby chorej, emocjonalnej i behawioralnej reakcji oraz społeczno-kulturowego kontekstu, w którym osoba ta funkcjonuje (Morrison i Bennett, 2009). W związku z tym przyjmuje się, że wraz z czasem trwania choroby u osoby nią dotkniętej będą zachodzić jakościowo różne procesy psychologiczne. W takim ujęciu choroba przewlekła to rozciągnięty w czasie proces, podczas którego zmieniają się wymagania pojawiające przed osobą chorą oraz sposoby radzenia sobie z nimi. Taki sposób myślenia prowadzi do podejmowania prób wyodrębnienia faz zmagania się z chorobą przewlekłą, w których na pierwszy plan będą wysuwały się odmienne procesy psychiczne.

Janice M. Morse i Joy L. Johnson (1991) w modelu powrotu do zdrowia wyróżniają cztery fazy przystosowywania się do choroby przewlekłej: (1) niepewność, podczas której do pacjenta zaczynają docierać informacje, że może być chory; próbuje on wtedy zrozumieć swoją sytuację i jej powagę, (2) wstrząs – to czas, gdy chory zdaje sobie sprawę, że cierpi na poważną chorobę, która spowoduje wiele zmian w jego życiu, co będzie się wiązało z wyższym poziomem stresu, (3) dążenie do wyzdrowienia, podczas którego chory stara się uzyskać kontrolę nad chorobą oraz nad własnym życiem przy pomocy wyspecjalizowanego personelu i z wykorzystaniem zasobów środowiskowych, (4) przywrócenie dobrostanu, tj. odzyskanie równowagi w wyniku akceptacji choroby i jej konsekwencji.

Model Morse i Johnson jest modelem ogólnym, który może być wykorzystywany przy analizowaniu sposobów funkcjonowania osób cierpiących na różne schorzenia przewlekłe. Opracowywane są również modele szczegółowe, które opisują zmienność funkcjonowania osób dotkniętych konkretnymi

chorobami przewlekłymi. Na przykład Jimmie C Holland i Jane Goosen-Piels (2000) określają trzy fazy przystosowania się do choroby nowotworowej: (1) początkowa reakcja na postawioną diagnozę, najczęściej mająca postać niedowierzania, zaprzeczania lub szoku – chory podważa wówczas uzyskane wyniki bądź kompetencje lekarza, a także zniekształca dopływające do niego informacje, próbując ochronić się przed konsekwencjami wynikającymi z postawionej diagnozy, (2) dysforia – chory zaczyna zdawać sobie sprawę z realności postawionej diagnozy; może wtedy odczuwać silne napięcie i związane z nim symptomy, takie jak: bezsenność, utrata apetytu, trudności w koncentracji, obniżenie nastroju i wzrost lęku; w reakcji na informacje dotyczące możliwości leczenia może jednak odczuć nadzieję i optymizm, które zastępują początkowe negatywne stany afektywne, (3) adaptacja – chory rozwija strategie radzenia sobie z chorobą przewlekłą pozwalające mu odbudować i utrzymać równowagę zaburzoną przez chorobę.

Podsumowanie

Można przyjąć, że choroba przewlekła jest zasadniczą i niepomysłną zmianą w życiu człowieka, zwiększającą stopień odczuwanych obciążeń oraz stawiającą przed nim szereg wymagań, z którymi musi sobie poradzić. Dodatkowo zmaganie się z chorobą przewlekłą jest długotrwałym procesem, często rozciągniętym na wiele lat i trwającym aż do śmierci. Rozumienie choroby przewlekłej w takich kategoriach skłania do poszukiwania modelu teoretycznego, w możliwie największym stopniu dopasowanego do sytuacji osób chorych. Wydaje się, że przy dzisiejszym stanie wiedzy optymalnym modelem jest transakcyjne podejście do stresu, z uwzględnieniem specyfiki krytycznego wydarzenia życiowego, jakim jest choroba przewlekła.

ROZDZIAŁ II

CHOROBA PRZEWLEKŁA JAKO ŹRÓDŁO STRESU

Wprowadzenie

Stres i jego wpływ na funkcjonowanie ludzi jest przedmiotem badań od ponad 70 lat. Zjawiskiem tym zajmują się biolodzy, medycy, psychologowie, socjologowie. W tym czasie terminowi temu nadawano różne znaczenie. Traktowany był jako: reakcja człowieka będąca odpowiedzią na wystąpienie jakiegoś trudnego zewnętrznego wydarzenia, bodziec, czyli pewna zewnętrzna sytuacja lub wydarzenie o określonych właściwościach obciążających osobę oraz jako interakcja między właściwościami człowieka a wymaganiami stawianymi przez zewnętrzne otoczenie (Heszen-Niejodek, 2000; Heszen, 2013).

Obecnie najwięcej badań w psychologii nad stresem i radzeniem sobie z nim prowadzi się według modelu transakcyjnego (interakcyjnego). Przyjmuje się w nim, że człowiek jest w stałej, dynamicznej relacji z otoczeniem. Zazwyczaj relację tę cechuje równowaga między możliwościami osoby i dostępnymi jej zasobami a wymaganiami ze strony środowiska. Stres pojawia się, gdy równowaga ta zostanie zakłócona. Oznacza to, że jest to taki rodzaj relacji człowieka z otoczeniem, który „polega na zakłóceniu lub zapowiedzi zakłócenia równowagi pomiędzy zasobami czy możliwościami jednostki z jednej strony a wymaganiami otoczenia z drugiej” (Heszen-Niejodek, 1996, s. 13).

1. Stres psychologiczny w ujęciu transakcyjnym

Pojęcie stresu w ujęciu transakcyjnym bywa konceptualizowane w różny sposób. Na przykład Tadeusz Tomaszewski zdefiniował sytuację trudną jako „brak wzajemnego dostosowania (czyli równowagi) potrzeb, warunków

i czynności” (Tomaszewski, 1963; za: Heszen-Niejodek, 1996, s. 13), zaś w klasycznym już ujęciu fenomenologiczno-poznawczym Richard Lazarus i Susan Folkman rozumieją to zjawisko jako „określoną relację między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” (Lazarus i Folkman, 1984, s. 14). Odwołanie się do relacyjnego ujęcia stresu pozwala na potraktowanie choroby przewlekłej jako potencjalnego stresora, ponieważ narusza ona w znaczącym stopniu równowagę w układzie podmiot – otoczenie, stawiając chorego przed koniecznością adaptacji do nowej, zmienionej sytuacji życiowej. W wielu przypadkach choroba przewlekła przekracza dotychczasowe możliwości adaptacyjne jednostki, zagrażając jej dobrostanowi biologicznemu, psychologicznemu, społecznemu i duchowemu (Sęk i Ziarko, 2009).

W teoretycznych ujęciach powstałych w obrębie interakcyjnego rozumienia stresu na uwagę zasługują dwie koncepcje teoretyczne: podejście fenomenologiczno-poznawcze Lazarusa i Folkman oraz koncepcja krytycznych wydarzeń życiowych (Filipp, 1981; za: Sęk, 1991).

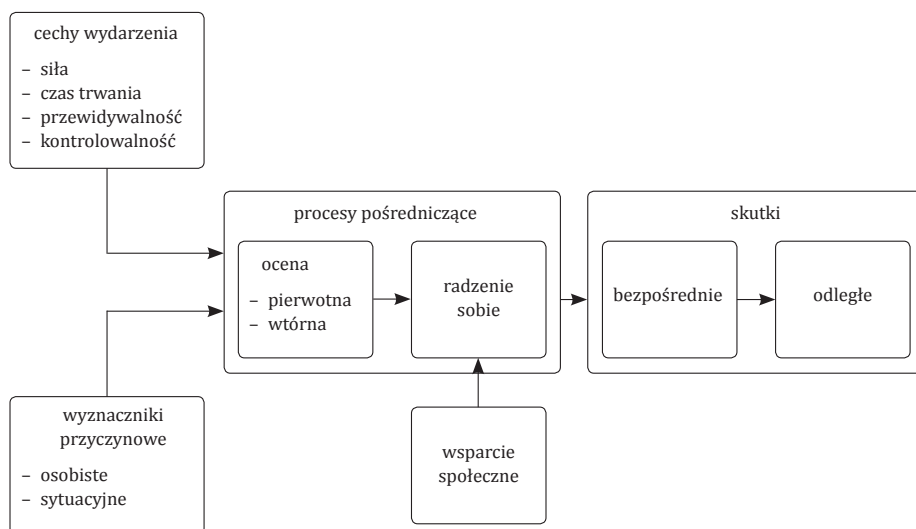
1.1. Stres w ujęciu fenomenologiczno-poznawczym

Według Ralfa Schwarzera i Ute Schulz (2003) Lazarus i Folkman w swoich pracach czynią trzy założenia na temat natury stresu. Według nich stres może być rozpatrywany jako transakcja, proces, a dla zrozumienia zjawisk zachodzących w czasie konfrontacji stresowej konieczne jest uwzględnienie kontekstu, w którym ona przebiega.

Traktowanie stresu jako transakcji oznacza, że jest on specyficzną wymianą zachodzącą między człowiekiem a otoczeniem, którą cechuje wzajemne oddziaływanie. Oznacza to, że wraz z zakończeniem transakcji stresowej następuje zmiana w człowieku i przekształceniu ulega środowisko.

Gdy analizuje się stres jako proces, zakłada się, że transakcja stresowa jest dynamiczna i podlega nieustannym zmianom, a jej efekt końcowy zależy zarówno od właściwości osoby, jak i środowiska. W przebiegu konfrontacji stresowej można wyróżnić następujące po sobie etapy, obejmujące: wyznaczniki przyczynowe, cechy stresora, procesy pośredniczące związane z radzeniem sobie, skutki (bezpośrednie i odległe) oraz zasoby i deficyty modyfikujące przebieg transakcji stresowej (rys. 1). W takim ujęciu stres jest procesem aktywnym rozciągającym w czasie.

Ponadto uwzględnia się cechy środowiska i osoby, czyli zasoby lub deficyty, ważne dla przebiegu konfrontacji stresowej. W związku z tym końcowy efekt transakcji stresowej nie jest wyłącznie skutkiem aktywności człowieka, ale zależy także od dostępnych mu zasobów i właściwości środowiska, w którym on funkcjonuje.



Rysunek 1. Transakcja stresowa i radzenie sobie w procesualnym ujęciu Lazarusa i Folkman

Źródło: Schwarzer i Schulz, 2003, Hesen-Niejodek, 2000.

W badaniu funkcjonowania człowieka w sytuacji stresu jako procesu rozciągniętego w czasie punktem wyjścia jest analiza wyznaczników przyczynowych, do których należą zmienne osobowe i zmienne otoczenia. Na pierwsze składają się kompetencje i posiadane przez jednostkę doświadczenia, z którymi wchodzi ona w transakcję stresową. Mogą one ułatwiać lub utrudniać efektywne radzenie sobie ze stresem. Te drugie, czyli zmienne otoczenia, to wymagania, którym jednostka musi sprostać, oraz zasoby, z których może skorzystać podczas transakcji stresowej (Heszen-Niejodek, 2000). Przebieg konfrontacji stresowej determinowany jest również przez cechy wydarzenia, takie jak jego siła, stopień kontrolowalności i czas trwania.

Procesy pośredniczące odnoszą się do oceny poznawczej wydarzenia oraz podjętych sposobów radzenia sobie z nim. Lazarus i Folkman (1984; Lazarus, 1986) wyróżniają dwa typy oceny, jaka ma miejsce w czasie transakcji stresowej. Pierwszy z nich to ocena pierwotna, czyli proces oceny wymagań. Jednostka odpowiada sobie wówczas na pytanie, czy w ogóle znajduje się w sytuacji stresowej oraz jaki ma ona charakter. Jeśli stwierdzi, że sytuacja, która ją spotkała, nie jest obciążająca, nie ma podstaw do traktowania jej jako stresującej. Odnosi się to nawet do sytuacji, które obiektywnie wydają się być obciążające (np. rozwód, wypadek). Przyjmuje się, że jeśli osoba ocenia sytuację jako nieobciążającą, nie znajduje się w sytuacji stresu. Jeśli jednak potraktuje zaistniałą sytuację jako przekraczającą jej możliwości, może ocenić

ją jako: krzywdę/stratę, zagrożenie lub wyzwanie. Ocena sytuacji w kategorii krzywdy/straty ma miejsce, gdy wystąpiła rzeczywista strata w życiu człowieka. Może ona dotyczyć utraty ważnych relacji, dóbr, pozycji społecznej i często wiąże się z uczuciem żalu, smutku lub złości. Ocena sytuacji w kategoriach zagrożenia ma miejsce, gdy jednostka przewiduje zaistnienie sytuacji grożącej utratą cenionych wartości oraz właściwości osobistych, społecznych lub materialnych. W takiej sytuacji przeżywane są emocje strachu, lęku, człowiek martwi się tym, co może się wydarzyć. Z kolei ocena w kategorii wyzwania ma miejsce, gdy sytuacja postrzegana jest jako możliwa do opanowania, a jej rozwiązanie może przynieść pewne zyski, lecz ich osiągnięcie obarczone jest ryzykiem. W tym przypadku osoba odbiera sytuację jako podniecającą, interesującą i widzi siebie jako zdolną do poradzenia sobie z wymaganiami. Bywa też, że doświadcza naprzemiennie nadziei, zapału, podniecenia oraz lęku i strachu. Określenie sytuacji stresowej, w której osoba się znalazła, w jednej z tych kategorii inicjuje procesy oceny wtórnej.

Głównym zadaniem oceny wtórnej jest określenie, czy w zaistniałej sytuacji jest jakakolwiek możliwość poradzenia sobie ze stresującym wydarzeniem, np. przez usunięcie przyczyn stresu lub jego skutków. Ocena wtórna w dużej mierze dotyczy szacowania własnych możliwości i dostępności zasobów istotnych dla radzenia sobie ze stresorem. Przeważnie wiąże się to z określeniem, czy możliwe jest usunięcie przyczyny stresu, lub ze złagodzeniem jego skutków i przejawia się pod postacią pytania: Jaki rodzaj aktywności może zostać podjęty w danej sytuacji stresowej? Możliwe są następujące wyniki oceny wtórnej: sytuacja do opanowania, brak możliwości poradzenia sobie z nią, okazja do sprawdzenia się, szansa, sytuacja beznadziejna. Ocenie podlegają jedynie te elementy transakcji stresowej, które są istotne dla poczucia dobrostanu jednostki. Dokonanie oceny wtórnej umożliwia przejście do etapu radzenia sobie z daną sytuacją. Funkcją oceny wtórnej jest ukierunkowanie i zapoczątkowanie aktywności mającej na celu zmianę przebiegu transakcji stresowej. Radzenie sobie może być zorientowane na problem bądź na emocje (Lazarus i Folkman, 1984; Schwarzer i Schulz, 2003; Heszen-Niejodek, 2000; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008).

Radzenie sobie obejmuje całą aktywność podejmowaną w sytuacji stresowej. W związku z tym, że wiele z sytuacji stresowych jest rozciągniętych w czasie, proces ten ma dynamiczny charakter, który przejawia się zmiennością stosowanych strategii radzenia sobie. Według Lazarusa i Folkmana (1984) radzenie sobie spełnia dwie funkcje: może zmierzać do rozwiązania problemu lub regulacji przykrych stanów emocjonalnych. Cele te są osiągnięte dzięki wykorzystaniu różnych strategii radzenia sobie (Heszen-Niejodek, 2000) (por. rozdział III).

Ostatnim etapem transakcji stresowej jako procesu rozciągniętego w czasie jest określenie jej konsekwencji. Ocena skutków stresu kończy przebieg transakcji stresowej. Dzieje się tak tylko w sytuacji, gdy osoba jest zadowolona z osiągniętych efektów radzenia sobie. W przeciwnym razie przystępuje do poszukiwania bardziej satysfakcjonujących strategii radzenia sobie mających na celu przekształcenie sytuacji stresowej. Jest to więc etap, na którym jednostka dokonuje oceny dotychczasowych prób poradzenia sobie z sytuacją stresową. Efekty radzenia sobie, analizowane w aspekcie czasowym, mogą być ujmowane w kategoriach: skutków natychmiastowych oraz skutków odległych. Skutki natychmiastowe obejmują: jakość rozwiązywania konfrontacji, wzbudzone stany emocjonalne oraz zmiany fizjologiczne, zaś skutki odległe – poziom funkcjonowania społecznego, poziom dobrostanu psychicznego oraz poziom zdrowia/choroby somatycznej. W podziale skutków odległych uwidacznia się drugi aspekt analizy konsekwencji sytuacji stresowej, którym jest obszar, w jakim zachodzi zmiana funkcjonowania. Może to być poziom społeczny, psychologiczny bądź fizjologiczny (Heszen, 2013; Heszen-Niejo-dek, 2000; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008) (por. rozdział IV).

W transakcyjnym modelu stresu efekt końcowy transakcji stresowej, obok procesów psychicznych zaangażowanych w ocenę sytuacji i radzenie sobie, wyznaczany jest przez szereg czynników o charakterze zewnętrznym (związanych z innymi ludźmi, np. wsparcie społeczne, lub cechami środowiska, np. poziom infrastruktury) bądź wewnętrznym (np. poczucie własnej skuteczności, poczucie koherencji). Czynniki te są określane mianem zasobów i przypisuje się im funkcję modyfikującą przebieg konfrontacji stresowej. Z przyjęcia tego założenia wynika, że przebieg transakcji stresowej będzie miał odmienny charakter w środowisku bogatym w zasoby niż w środowisku ubogim w nie (Lazarus, 1986; Sęk, 2012; Heszen i Sęk, 2007) (por. rozdział V).

Przedstawiony schemat przebiegu transakcji stresowej jest poddawany empirycznej weryfikacji od ponad 25 lat i w tym czasie proponowano już wiele jego uszczegółowień i modyfikacji. Dotyczyły one głównie dookreślenia charakterystyki procesów radzenia sobie oraz opisanie roli zasobów w tym procesie. Nacisk w tej koncepcji stresu położony jest na analizę procesów poznawczych obejmujących: ocenę sytuacji oraz radzenie sobie z uwzględnieniem modyfikującej roli zasobów. Ogólny model przebiegu transakcji stresowej zaproponowany przez Lazarusa i Folkmana był wielokrotnie doprecyzowywany. Jedną z jego wersji stanowi model krytycznych wydarzeń życiowych zaproponowany przez Sigrun-Heide Filipp (1981; za: Sęk, 1991).

1.2. Model krytycznych wydarzeń życiowych

Model krytycznych wydarzeń życiowych (Filipp, 2006; 1981; za: Sęk, 1991) jest podejściem teoretycznym mającym ułatwić analizę zjawisk zachodzących w sytuacji, gdy człowiek konfrontuje się z pewnym typem stresorów, którym są krytyczne wydarzenia życiowe. Pozostałe kategorie wydarzeń stresowych, wyróżniane na podstawie siły stresora, a więc wydarzenia traumatyczne i drobne uciążliwości życia codziennego, nie są analizowane na jego podstawie (Sęk, 1991). Odnosi się on głównie do stresorów o umiarkowanej sile, które zwykle charakteryzują się przewlekłością działania.

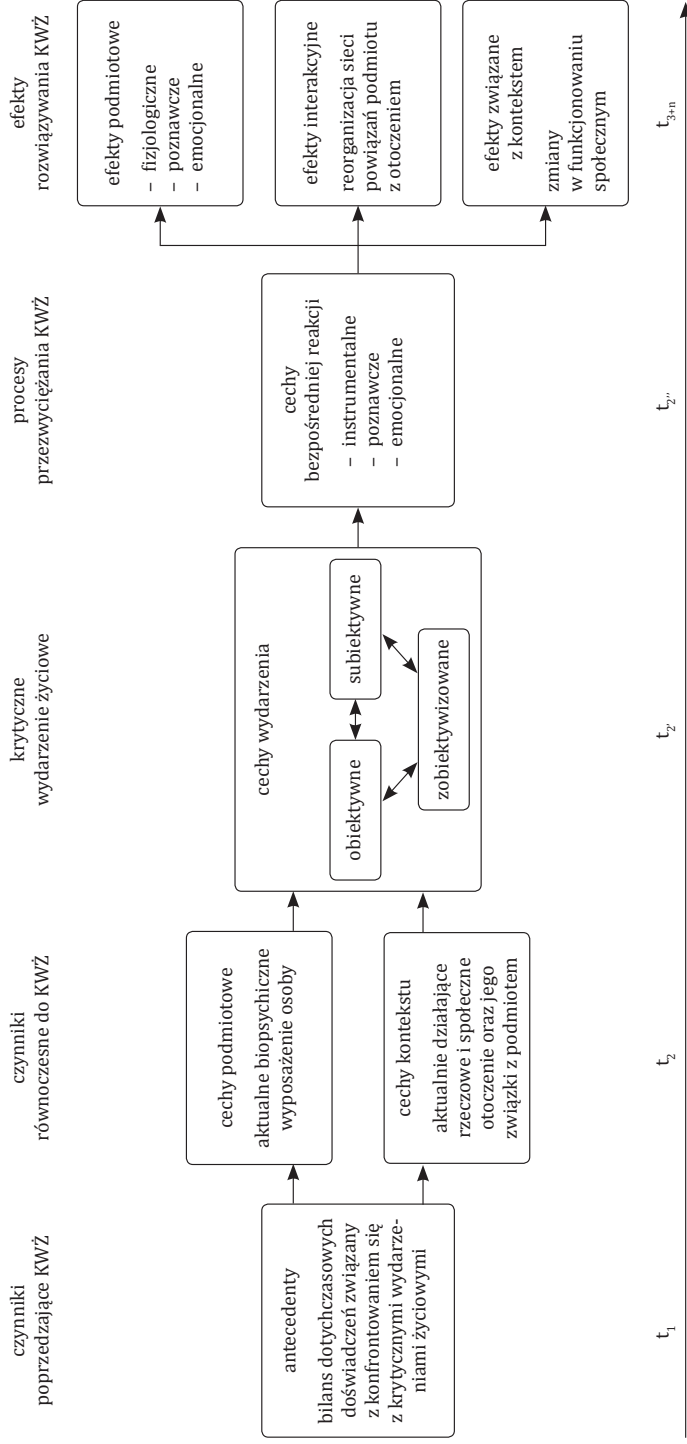
Problematyka krytycznych wydarzeń życiowych (KWŻ) ma źródło w pracach Thomasa Holmesa i Richarda Rahe (1967). Autorzy ci na podstawie analizy wypowiedzi ponad 5 tys. osób dotyczących znaczących wydarzeń i odnotowanych związków między tymi wydarzeniami a występującymi chorobami stworzyli listę wydarzeń życiowych, będących istotnymi obciążeniami w życiu człowieka i stanowiących czynniki ryzyka wystąpienia choroby. Ujęte w niej zostały takie wydarzenia, jak: śmierć współmałżonka, rozwód, zmiana sytuacji zdrowotnej któregoś z członków rodziny czy też wzrost sprzeczek małżeńskich. Prace te zapoczątkowały studia nad wydarzeniami życiowymi prowadzone w obrębie różnych subdyscyplin psychologii: klinicznej, rozwojowej, społecznej. Wydarzenia życiowe to istotne dla osoby sytuacje, które angażują ją emocjonalnie, prowadząc często do zwiększenia napięcia emocjonalnego i pojawienia się wielu emocji o różnym znaku, ale przeważnie negatywnych. Są one więc dla niej dużym obciążeniem.

Jak twierdzi Helena Sęk (1991, 2001a), istotny teoretyczny postęp w rozumieniu wydarzeń życiowych nastąpił dzięki pracom Filipp, która wprowadziła pojęcie „krytyczne wydarzenie życiowe” i określiła je jako „wzajemne oddziaływanie na siebie elementów otoczenia i podmiotu powodujące taki stan nieźrównoważenia, który wymaga dokonania zmian” (Filipp 1981; za Sęk, 2001a, s. 252). Krytyczne wydarzenie życiowe jest więc zakłóceniem pojawiającym się w układzie podmiot – otoczenie, wymagającym przebudowy tego układu tak, aby usunąć bądź zminimalizować powstałą destabilizację. W sytuacji wystąpienia KWŻ dotychczasowe sposoby przystosowania się okazują się nieskuteczne i nieprzydatne. Często prowadzą do większej dezorganizacji funkcjonowania podmiotu i silniejszych zakłóceń w jego relacjach z otoczeniem. Osoba staje przed koniecznością wypracowania nowych, bardziej adekwatnych sposobów rozumienia i funkcjonowania w powstałej, często nowej i nieznannej sobie sytuacji. Restrukturacja układu podmiot – otoczenie, czyli wypracowanie przez jednostkę nowych sposobów funkcjonowania w sytuacji wystąpienia krytycznego wydarzenia życiowego, może

nastąpić w wyniku przekształcenia otoczenia, zmiany podmiotu polegającej na wypracowaniu nowych form zachowania i/lub rozumienia sytuacji oraz zmiany relacji podmiotu z otoczeniem. Wysięk, jaki jednostka musi włożyć w poradzenie sobie z krytycznym wydarzeniem życiowym nie jest obojętny dla jej zdrowia i poziomu funkcjonowania, często skutkując przeciążeniem prowadzącym do choroby (Sęk, 1991).

Krytyczne wydarzenia życiowe mogą wywierać zarówno korzystny, jak i niekorzystny wpływ na osobę. Negatywny efekt KWŻ jest szczególnie wyraźny, gdy osobie nie uda się z nim poradzić i wypracować nowych wzorców funkcjonowania w zmienionej sytuacji (Sęk, 1991). Podstawę takiego rozumienia konsekwencji KWŻ stanowi teoria Hansa Selyego (1978). Zauważył on, że działający stres może pełnić w życiu człowieka zarówno funkcję niekorzystną, naruszającą poziom życia człowieka, jak i funkcję korzystną, rozwojową, mobilizującą, wzmagającą odporność, przyczyniając się tym samym do wzrostu poziomu zdrowia.

Podobnie jak w transakcyjnym modelu stresu, w modelu krytycznych wydarzeń życiowych analizy dokonywane są z uwzględnieniem procesualnego charakteru transakcji stresowej (rys. 2). Nacisk w nim jest położony na analizę zjawisk zachodzących w momencie wystąpienia KWŻ. Refleksji podlegają czynniki równoczesne do KWŻ (określane jako cechy podmiotu i cechy kontekstu) mogące wpłynąć na ocenę tego wydarzenia oraz właściwości samego KWŻ (obiektywne, zobiektywizowane i subiektywne). Wzajemne relacje pomiędzy cechami podmiotu, cechami kontekstu oraz różnymi cechami KWŻ traktuje się jako podstawę dokonywania oceny sytuacji stresowej, a zarazem początek radzenia sobie. Jako istotne dla rozpoczęcia przebiegu transakcji stresowej wskazuje się trzy grupy czynników: (1) antecedenty, czyli czynniki poprzedzające wystąpienie KWŻ, obejmujące doświadczenie osoby, zwłaszcza te elementy, które związane są z przewyciężaniem KWŻ; (2) cechy podmiotowe osoby, czyli aktualne biopsychiczne wyposażenie osoby, którą dotknęło KWŻ (np. płeć, wiek, poziom samooceny, poczucie umiejscowienia kontroli) oraz cechy kontekstu, w którym dane wydarzenie zachodzi (aktualne rzeczowe i społeczne otoczenie i jego związki z podmiotem, np. struktura rodziny, sieć wsparcia społecznego, system społeczno-polityczny); (3) właściwości samego KWŻ jako czynnika współdecydującego o rozumieniu swojej sytuacji, w tym właściwości: obiektywne, zobiektywizowane bądź subiektywne. Ich wyodrębnienie następuje na podstawie charakteru oglądu sytuacji – wewnętrznej (cechy subiektywne) vs. zewnętrznej (cechy obiektywne). Cechy zobiektywizowane znajdują się na styku perspektywy zewnętrznej i wewnętrznej. Zróznicowanie to nie przesądza jednak o tym, że dana cecha nie może być jednocześnie obiektywna, zobiektywizowana i subiektywna (Filipp, 2006). Wyodrębnione kategorie mogą nakładać się na



Rysunek 2. Uproszczony model krytycznych wydarzeń życiowych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sęk, 1991.

siebie, a ich użyteczność wynika z możliwości zrozumienia reakcji ludzi na konkretne KWŻ (rys. 2).

Cechy obiektywne KWŻ to dające się zmierzyć i określić właściwości samego wydarzenia. Mają one ponadindywidualne znaczenie, czyli są niezależne od subiektywnej oceny podmiotu oraz ustaleń ekspertów zajmujących się danym zagadnieniem. Są to obserwowalne i mierzalne fakty (Filipp, 2006). Można do nich zaliczyć: stan zranienia po wypadku, śmierć po długiej chorobie, czas trwania wydarzenia, umiejscowienie w cyklu życia człowieka, poziom uniwersalności wydarzenia, czyli to, na ile sfer życia będzie ono oddziaływać (Filipp, 2006; Sęk, 1991). Cechy obiektywne określane są zatem z perspektywy zewnętrznego obserwatora i odnoszą się do dających się określić właściwości wydarzenia. W przypadku choroby przewlekłej cechy obiektywne będą obejmować mierzalne wskaźniki fizjologiczne informujące o stopniu zaawansowania choroby oraz charakterystykę i natężenie objawów chorobowych.

Cechy zobiektywizowane KWŻ rozumiane są jako istotne właściwości sytuacji stresowej, wyodrębnione ze względu na obciążenia wynikające z tej sytuacji oraz możliwości radzenia sobie z nią. Cechy te są ustalane na mocy teoretycznych założeń, często z uwzględnieniem ustosunkowania się do nich osoby doświadczającej KWŻ. Założenia teoretyczne mogą odwoływać się np. do koncepcji kontroli lub normatywności wydarzeń w cyklu życia. Biorąc pod uwagę to ostatnie kryterium, chorobę przewlekłą, która pojawia się w okresie późnej dorosłości, można potraktować jako zdarzenie punktualne, ponieważ większość osób po 60. roku życia cierpi na jakąś chorobę przewlekłą, natomiast gdy chorują dwudziestokilkulatki, jest to zdarzenie niepunktualne. Cechy zobiektywizowane ustalane są również na drodze intersubiektywnego konsensusu przez sędziów kompetentnych (według tej procedury powstała lista krytycznych wydarzeń życiowych stworzona przez Holmesa i Rahe). Filipp (2006) uważa, że bardzo trudne jest ustalenie a priori cech zobiektywizowanych; są one najczęściej wyznaczane w wyniku badań nad danym wydarzeniem.

Cechy zobiektywizowane kształtują się na styku wiedzy eksperckiej i subiektywnego przeżywania danego stresora. Mogą one obejmować takie właściwości sytuacji, jak: poziom obciążenia, przewidywalność wystąpienia wydarzenia i stopień jego kontrolowalności (Sęk, 1991). W sytuacji choroby przewlekłej status cech zobiektywizowanych można przypisać: natężeniu objawów, wymaganiom pojawiającym się przed osobą chorą czy występującym konsekwencjom. Wiadomo bowiem, że u wszystkich chorych wystąpią takie same objawy chorobowe (cechy obiektywne), ale u każdego z nich będą miały odmienną siłę i konfigurację oraz będą wywierały różny wpływ na ich życie. Na przykład wiadomo, że w cukrzycy typu 1 konieczne jest przyjmo-

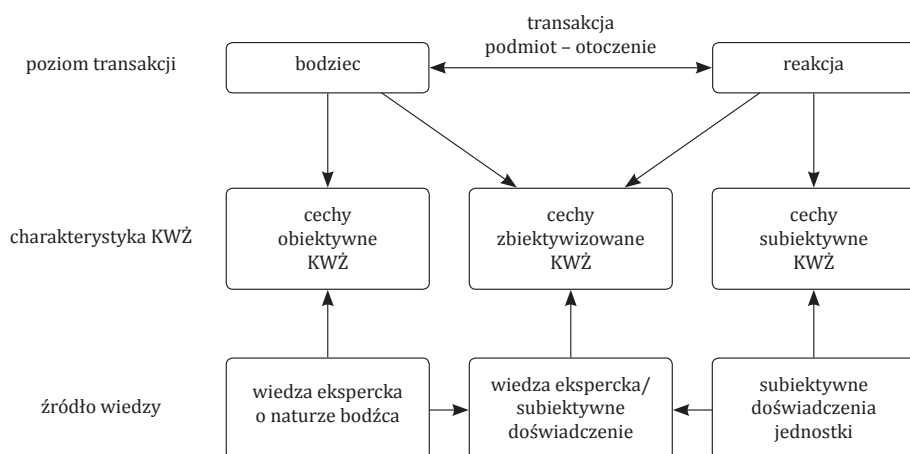
wanie insuliny, jednak w zależności od różnych cech indywidualnych (np. poczucia umiejscowienia kontroli, poziomu wstydu) i kontekstowych (np. status materialny, dostępność konsultacji lekarskich) ta sama cecha obiektywna (konieczność przyjmowania insuliny) będzie inaczej postrzegana i będzie niosła inne konsekwencje dla osób chorych. Podobnie w przypadku chorych na reumatoidalne zapalenie stawów obserwuje się, że po 10 latach od jego rozpoznania 95% chorych dotyka niepełnosprawność, która skutkuje bezrobociem. Jednak ten zaobserwowany fakt nie determinuje tego, że każdy z chorych stanie się niepełnosprawny i bezrobotny. W przypadku chorób przewlekłych wiele cech zobiektywizowanych tego wydarzenia pozwala z dużym prawdopodobieństwem przypuszczać, że dana sytuacja będzie miała miejsce w życiu chorego, ale nie określa, w jaki sposób chory jej doświadczy. W takim ujęciu cechy zobiektywizowane stają się pomostem między cechami obiektywnymi, czyli tymi cechami wydarzenia, które będą występować w każdej sytuacji zachorowania na konkretną chorobę przewlekłą, a cechami subiektywnymi, związanymi z indywidualnym ustosunkowaniem się chorego do zaistniałej sytuacji choroby.

Pojęcie subiektywnych cech krytycznego wydarzenia odnosi się do reakcji podmiotu na to wydarzenie. Najczęściej są one przedmiotem analiz w relacyjnych koncepcjach stresu. Dla przebiegu procesów radzenia sobie mają one decydujące znaczenie, ponieważ są związane z indywidualnym ustosunkowaniem się osoby do wydarzenia, które ją spotkało. Cechy te mogą obejmować: ocenę wydarzenia, znaczenie, jakie temu wydarzeniu nadaje osoba, siłę emocji pojawiających się w odpowiedzi na wydarzenie, subiektywne poczucie kontroli, atrybucję przyczyn wydarzenia (Sęk, 1991). Subiektywne cechy KWŻ nie muszą mieć potwierdzenia w naukowej wiedzy. Są raczej wypadkową przekonań, wiedzy, doświadczeń osoby, która tworzy sobie wyobrażenie na temat danego wydarzenia, niekoniecznie mające odzwierciedlenie w obiektywnych faktach. Według badaczy cechy subiektywne odgrywają najważniejszą rolę w procesach radzenia sobie ze stresem KWŻ. Często wiążą się one z oceną poznawczą samego wydarzenia, która wyznacza późniejsze strategie zaradcze.

W odniesieniu do choroby przewlekłej cechy subiektywne można rozumieć jako wytworzoną przez jednostkę poznawczą reprezentację choroby, obejmującą postrzeganie przyczyn, przebiegu, konsekwencji i istoty choroby (Leventhal, Meyer i Nerenz 1980; Wrześniewski, 1986; Heszen-Klemens, 1979). Cechy zobiektywizowane od cech subiektywnych odróżnia to, że jednostka zawsze musi się do nich ustosunkować, nie sposób bowiem zignorować objawów choroby. Natomiast pewne cechy subiektywne mogą nie być uwzględnione w ocenach dokonywanych przez chorego. Można wyobrazić sobie osobę, która nie posiada lub posiada niewielką wiedzę bądź przeko-

nania na temat przyczyn swojego stanu zdrowia. Ponadto cechy zbiektywizowane choroby są efektem zgromadzonej na jej temat wiedzy (np. przebiegu, konsekwencji), natomiast cechy subiektywne są raczej posiadanymi przez pacjenta przekonaniami i wyobrażeniami dotyczącymi stanu swojego zdrowia.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że w modelu krytycznych wydarzeń życiowych, w porównaniu z innymi modelami stresu, nacisk kładziony jest głównie na charakterystykę stresora. Ujmuje się go kompleksowo i wielopoziomowo, zakładając, że interakcja obiektywnych, zbiektywizowanych i subiektywnych cech krytycznego wydarzenia życiowego stanowi jeden ze wskaźników podejmowanej później aktywności.



Rysunek 3. Geneza obiektywnych, zbiektywizowanych i subiektywnych cech krytycznego wydarzenia życiowego

Źródło: opracowanie własne.

Kwestia określenia właściwości stresora wpływających na jego ocenę jest obecna w pracach wielu autorów. Na przykład Val Morrison i Paul Bennett (2009) uważają, że ocena stresora może zależeć od jego następujących właściwości: (1) bliskości wydarzenia (wydarzenia bliskie vs. odległe; np. konieczność zdawania egzaminu na prawo jazdy jutro vs. przystąpienie do tego egzaminu za pół roku), (2) okres w życiu, w którym zachodzi wydarzenie (wydarzenia punktualne vs. wydarzenia niepunktualne; np. zostanie wdowcem w wieku 70 lat vs. zostanie wdowcem w wieku 30 lat), (3) prawdopodobieństwo wystąpienia stresora (wydarzenia przewidywalne vs. wydarzenia nieprzewidywalne; np. spędzenie 15 minut w korku w drodze do pracy vs. spędzenie 2 godzin w korku w drodze do pracy), (4) stopień wie-

loznaczności sytuacji (sytuacja jasna vs. sytuacja niejasna; np. wykonywanie dotychczasowej pracy vs. rozpoczęcie nowej pracy), (5) stopień niepożądalności sytuacji (sytuacje pożądane vs. sytuacje niepożądane; np. przeprowadzka do własnego mieszkania vs. utrata pracy); (6) stopień kontrolowalności sytuacji (sytuacje podlegające kontroli vs. sytuacje niepodlegające kontroli; np. przygotowanie się do egzaminu vs. stanie w korku); (7) zakres zmian w życiu wprowadzanych przez dane wydarzenie (sytuacje w niewielkim stopniu zakłócające życie vs. sytuacje znacznie zakłócające życie; np. stanie w korku vs. urodzenie dziecka). Zaproponowany przez Morrison i Bennett (2009) schemat oceny właściwości stresora w porównaniu z propozycją Filipp (1981; za: Sęk, 1991) wydaje się charakteryzować mniejszą spójnością i przejrzystością.

1.3. Transakcyjne modele stresu – wnioski

W transakcyjnym modelu przebiegu konfrontacji stresowej przyjmuje się następujące założenia:

1. Stres jest rozumiany jako transakcja, czyli dwustronna dynamiczna interakcja, która zachodzi między otoczeniem a człowiekiem. Oznacza to, że na człowieka działają różne, potencjalnie obciążające bodźce, ale to, czy będą potraktowane jako stresujące, zależy od oceny dokonywanej przez jednostkę.

2. Transakcja stresowa jest procesem rozciągniętym w czasie, który obejmuje: ocenę wydarzenia, procesy radzenia sobie oraz efektywność podjętych działań zaradczych.

3. Na ocenę poznawczą sytuacji stresowej składa się ocena pierwotna, będąca ustosunkowaniem się do zaistniałej sytuacji, oraz ocena wtórna, która umożliwia wybór optymalnej strategii radzenia sobie. Poszczególni autorzy w różny sposób dookreślają czynniki wpływające na przebieg oceny poznawczej.

4. Kluczowe dla przezwyciężenia stresu są procesy radzenia sobie, ujmowane w bardzo różny sposób.

5. Przebieg procesu radzenia sobie ze stresem jest modyfikowany przez dostępne człowiekowi zasoby o charakterze biopsychospołecznym.

6. Bycie w sytuacji stresu psychologicznego nie jest obojętne dla poziomu funkcjonowania i zdrowia. Konsekwencje stresu mogą być natychmiastowe bądź odległe i objawiać się w różnych obszarach życia.

Aby założenia transakcyjnego modelu stresu pozwoliły zrozumieć procesy zachodzące w czasie transakcji stresowej mającej miejsce w chorobie przewlekłej, poszczególne punkty analizy powinny obejmować: charakterystykę stresora z uwzględnieniem procesów jego oceny, opis aktywności

podejmowanej w obliczu stresora, przedstawienie efektów transakcji stresowej oraz określenie znaczenia zasobów modyfikujących jej przebieg.

W kolejnych rozdziałach pracy zostaną przedstawione główne ustalenia teoretyczne na temat danego elementu transakcji stresowej, a następnie odniesione do sytuacji chorowania na: chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę typu 1 oraz reumatoidalne zapalenie stawów.

2. Źródła stresu

W koncepcjach interakcyjnych stresu momentem rozpoczęcia przebiegu transakcji stresowej jest zadziałanie stresora. Jeśli zdarzenie obciążające ma charakter jednorazowy, określa się je mianem stresora, natomiast jeśli jest to sytuacja powtarzająca się, długotrwała i oddziałująca na różne sfery życia, nazywa się ją sytuacją trudną.

Terminu „stresory” używa się w odniesieniu do czynników powodujących stres (Heszen-Niejodek, 2000). Mogą nimi być wszelkie zmiany zachodzące w życiu. Philip Zimbardo (1999) nazywa stresorem każde zdarzenie bodźcowe o charakterze wewnętrznym lub zewnętrznym, które wymaga od organizmu jakiejś reakcji przystosowawczej. W podejściu salutogenetycznym stresory są to wszelkie wymagania pojawiające się przed człowiekiem, powodujące stan napięcia, na które nie ma on gotowych, zautomatyzowanych reakcji adaptacyjnych. Aaron Antonovsky (1995) uważa, że stresorem jest każdy element wprowadzający do systemu entropię, napięcie i sprzeczność (por. Sęk, 2005). W każdym z tych ujęć zaakcentowane jest to, że w wyniku zadziałania stresora człowiek staje przed koniecznością wypracowania nowych sposobów przystosowania się do rzeczywistości. Z tego punktu widzenia każda choroba przewlekła jest stresorem, ponieważ przed jej wystąpieniem człowiek nie dysponuje wzorcami aktywności umożliwiającymi funkcjonowanie z nią.

W literaturze poświęconej stresorom są one analizowane z różnych punktów widzenia. Badacze zajmujący się tą problematyką wyodrębniają wiele wymiarów, w oparciu o które można dokonać klasyfikacji stresorów. Do najczęściej wykorzystywanych należą: źródło stresu, siła (intensywność) stresora, sekwencja czasowa (czas trwania, częstość, przewidywalność) (Heszen-Niejodek, 2000; Zimbardo, 1999), a ponadto ich kontrolowalność, nagłość wystąpienia i niejednoznaczność (Schwarzer i Schulz, 2003).

Ze względu na pochodzenie stresora, czyli źródło stresu, tworzy się typologie odwołujące się do różnych kryteriów, np. kryterium normatywności stresora (Schwarzer i Schulz 2003) lub pochodzenia (Schooler, 2001). Pojęcie stresora normatywnego odnosi się do tych wydarzeń, które w naturalny

sposób pojawiają się w życiu (np. opuszczenie domu rodzinnego, stanie się rodzicem, egzamin na prawo jazdy, podjęcie pracy, śmierć współmałżonka). Natomiast stresory nienormatywne (losowe) obejmują niespodziewane wydarzenia, niewpisane w normalny bieg życia ludzkiego (np. wypadki, choroby, klęski żywiołowe).

Biorąc zaś pod uwagę kryterium pochodzenia stresora, wyróżnia się: (1) uciążliwości domowe, związane z prowadzeniem i utrzymaniem domu, (2) uciążliwości zdrowotne, obejmujące sytuację choroby i przebieg leczenia, (3) uciążliwości czasowe, związane z presją czasu i koniecznością wykonania zbyt wielu rzeczy w krótkim czasie, (4) uciążliwości własnego życia psychicznego obejmujące lęki i obawy dręczące człowieka (np. lęk przed samotnością, obawa przed utratą pracy, negatywne myśli na swój temat), (5) uciążliwości środowiskowe, związane z miejscem, w którym się żyje i warunkami w nim panującymi (np. hałas, przestępczość, uciążliwe sąsiedztwo), (6) uciążliwości finansowe, obejmujące konieczność ograniczania wydatków ze względu na niewystarczającą ilość pieniędzy lub spłacanie pożyczek i kredytów, (7) uciążliwości związane z pracą, odnoszące się do problemów pojawiających się w niej (konflikty ze współpracownikami) lub własnego stosunku do niej (np. niechęć do pracy, poczucie znudzenia), (8) uciążliwości związane z perspektywami na przyszłość, np. z niepewnością co do zatrudnienia, niepokojem dotyczącym emerytury. Innym sposobem klasyfikacji stresorów z uwagi na ich pochodzenie jest podział na stresory naturalne i technologiczne. Pierwsze z nich pojawiają się bez udziału człowieka i są nimi np. trzęsienia ziemi, powodzie, huragany, drugie spowodowane są działalnością człowieka i mogą obejmować wypadki przemysłowe, katastrofy komunikacyjne (Schooler, 2001).

Klasyfikując stresory w wymiarze czasowym, można wyróżnić: wydarzenia stresowe jednorazowe (np. wypadek), wydarzenia cykliczne (np. sesja), stresory chroniczne (np. przewlekła choroba), sekwencję wydarzeń stresowych, w której pojawienie się jednego stresora powoduje wystąpienie następnych (Heszen-Niejodek, 2000).

Z uwagi na siłę bodźca stresującego wyróżnia się: dramatyczne wydarzenia życiowe o rozmiarach katastrof, obejmujące całe grupy, poważne wyzwania i zagrożenia dotyczące jednostek lub kilku osób oraz drobne codzienne utrapienia (Lazarus i Folkman, 1984; Heszen-Niejodek, 2000). Pod względem intensywności pierwsze z nich, które cechuje największa siła, są określane jako wydarzenia traumatyczne lub stres ekstremalny, natomiast drugie, o umiarkowanej sile, określa się jako wydarzenia zmiany życiowej lub krytyczne wydarzenia życiowe. Najślabsze stresory to uciążliwości dnia codziennego, które ze względu na swoją powszechność i dużą częstotliwość występowania są znacznym obciążeniem (Sęk, 2001a; Heszen-Niejodek, 2000).

3. Choroba przewlekła jako źródło stresu

Choroba przewlekła jest niewątpliwie jednym z stresorów, pod wpływem którego może znaleźć się człowiek. Jest ona złożoną sytuacją trudną – trudną poznawczo, emocjonalnie, społecznie i egzystencjalnie. Wymaga od chorego, a często też od jego najbliższego otoczenia, radzenia sobie z tymi trudnościami. Choroba przewlekła zwiększa poziom obciążenia, inicjując transakcję stresową. W związku z wielością pojawiających się obciążeń można ją potraktować jako krytyczne wydarzenie życiowe. Ponadto przekracza ona dotychczasowe możliwości adaptacyjne jednostki, zagrażając jej dobrostanowi biologicznemu, psychologicznemu, społecznemu i duchowemu. Funkcjonowanie osób w sytuacji choroby przewlekłej można analizować w odniesieniu do transakcyjnego modelu stresu (Lazarus i Folkman, 1984), dostosowując tę koncepcję do specyfiki sytuacji osoby chorej (de Ridder, 2004; Heszen i Sęk, 2007; Thompson i Kyle, 2000).

Biorąc pod uwagę wymienione wyżej sposoby opisu i klasyfikacji stresu, chorobę przewlekłą można określić jako: stresor chroniczny (aspekt czasowy), krytyczne wydarzenie życiowe (kryterium intensywności) oraz uciążliwość zdrowotną (źródło stresu). Stresor, jakim jest choroba przewlekła, posiada wspólne cechy z innymi stresorami, a jednocześnie wiele odmiennych ilościowych i jakościowych właściwości specyficznych tylko dla niej.

Chorobę przewlekłą najczęściej ujmuje się jako krytyczne wydarzenie życiowe, podobne do wielu innych krytycznych wydarzeń, takich jak: śmierć bliskiej osoby, utrata pracy czy rozwód (Leventhal, Halm, Horowitz, Leventhal i Ozakinci, 2005). O podobieństwie tym świadczy to, że: (1) zwiastuny choroby przewlekłej nie pojawiają się w ogóle lub pojawiają się tuż przed zachorowaniem, (2) efektywne zarządzanie sobą w sytuacji choroby przewlekłej wymaga odpowiednich przygotowań, na które często nie ma wystarczającego czasu i odpowiednich warunków, (3) choroba przewlekła zwiększa wymagania pojawiające się przed jednostką, zagrażając posiadanym przez nią zasobom, (4) w czasie działania stresora powstają warunki do pojawienia się krótkotrwałego afektu negatywnego, tj. odczuwania złości, lęku oraz obniżenia nastroju, (5) w odniesieniu do przyszłości powoduje niepewność co do jej następstw, przede wszystkim wpływu na dalsze życie.

W literaturze podkreśla się też, że choroba przewlekła jest jednak wyjątkowym krytycznym wydarzeniem życiowym. Wskazuje się na sześć cech odróżniających ją od innych krytycznych wydarzeń (Leventhal i in., 2005): (1) określa się ją mianem stresora uniwersalnego, co oznacza, że każdy człowiek stanie przed koniecznością zmagania się z przynajmniej jedną chorobą przewlekłą (średnio, w skali świata, każda dorosła osoba cierpi na 2,2 choro-

by przewlekłej) i w większości przypadków choroba ta będzie mu towarzyszyła do końca życia; (2) jest to krytyczne wydarzenie życiowe o charakterze wewnętrznym, przyczyniające się do szybkiego wyczerpywania się posiadanych zasobów. Ma to związek z pojawieniem się jakiejś dysfunkcji w obrębie ciała, powodującej obniżenie sprawności fizycznej w stopniu utrudniającym odbudowywanie lub pozyskiwanie nowych zasobów. Dodatkowym utrudnieniem jest to, że choroby przewlekłe najczęściej pojawiają się w okresie późnej dorosłości, kiedy w naturalny sposób człowiek szybciej traci zasoby, niż je zyskuje. Choroba przewlekła wymaga również rozwinięcia nowych umiejętności, niezbędnych do przystosowania się do niej, co nie jest łatwym zadaniem dla osób w wieku senioralnym. Ich nabywanie ma bowiem nastąpić w sytuacji szybkiej utraty zasobów (związanej z wiekiem i chorobą), kiedy jednostka nastawiona jest raczej na ochronę tego, co posiada, niż na zdobywanie i rozbudowę nowych zasobów; (3) choroba przewlekła nie jest zdarzeniem nagłym, niepoprzedzonym łatwymi do zauważenia sygnałami świadczącymi o jej rozwoju. Zanim ujawni się ona w ostrej, pełnoobjawowej formie, zakłócającej istotnie przebieg życia, przez wiele lat rozwija się w niedostrzegalny sposób. O toczącym się procesie chorobowym świadczą jedynie słabe sygnały, które niezwykle łatwo przeoczyć. Pierwsze sygnały choroby można uchwycić jedynie w specjalistycznych badaniach medycznych, rzadziej przejawiają się one w stanie osób chorych, ich samopoczuciu. Poza tym wyniki medyczne w pierwszej fazie choroby są niejednoznaczne i mogą wskazywać na wiele różnych procesów chorobowych. Zatem na początku transakcji stresowej człowiek będący pod wpływem działania stresora nie jest świadomy jego wystąpienia; (4) sposoby radzenia sobie z chorobą przewlekłą, jakie są proponowane, aby ją kontrolować, mogą być równie obciążające oraz zagrażające zdrowiu i życiu jak sama choroba. Na przykład osobom chorującym na chorobę niedokrwinną serca zaleca się systematyczną, umiarkowaną aktywność fizyczną, mającą na celu wzmocnienie mięśnia sercowego. Jednak zbyt intensywne ćwiczenia fizyczne mogą przyczynić się do wywołania silnych objawów duszniczy bolesnej, a nawet doprowadzić do zawału serca; (5) choroby przewlekłe przyczyniają się do stanu długotrwałego napięcia emocjonalnego związanego z poczuciem zagrożenia, niepewności, złości bądź obniżonym nastrojem, u którego źródeł mogą znajdować się zmiany w funkcjonowaniu układu hormonalnego następujące na skutek choroby, dysfunkcje i ograniczenie spowodowane przez chorobę oraz świadomość zmian, jakie pojawiają się w wyniku choroby; (6) choroba przewlekła jest mocno osadzona w kontekście instytucjonalnym i kulturowym, co z jednej strony może stać się źródłem dodatkowych obciążeń dla osoby chorej, z drugiej – może pomóc jej radzić sobie z wymaganiami, jakie niesie choroba. Osoby chore otrzymują bowiem ogromne wsparcie ze strony

służby zdrowia w postaci procedur związanych z diagnozą, leczeniem i rehabilitacją, choć sam kontakt ze służbą zdrowia i jej skomplikowanymi działaniami diagnostycznymi i terapeutycznymi może być dla niektórych chorych powodem dodatkowego obciążenia (Leventhal i in., 2005).

4. Cechy krytycznego wydarzenia życiowego, jakim jest choroba przewlekła

W modelu krytycznych wydarzeń życiowych stresorom przypisuje się trzy rodzaje właściwości określanych jako: obiektywne, zobiektywizowane i subiektywne cechy krytycznego wydarzenia życiowego (Sęk, 1991). W odniesieniu do choroby przewlekłej obiektywne cechy krytycznego wydarzenia życiowego wiążą się z objawami choroby (zgłaszanymi przez pacjenta bądź obserwowanymi przez lekarza) i/lub wskaźnikami toczącego się procesu chorobowego (znanymi dzięki przeprowadzeniu specjalistycznych badań diagnostycznych), a zatem odnoszą się do jej aktualnej symptomatologii, patomechanizmu i przebiegu.

Cechy zobiektywizowane choroby przewlekłej ustalane są na podstawie zgromadzonej wiedzy o ogólnej prawidłowości choroby i mogą obejmować: przypuszczenia co do jej dalszego rozwoju, schemat leczenia i jego skutki oraz przewidywane konsekwencje choroby. U każdej z osób chorych na dane schorzenie występują podobne objawy, ale ich konfiguracja i natężenie są odmienne. Na przykład w chorobie niedokrwiennej serca cechy zobiektywizowane krytycznego wydarzenia życiowego będą związane z percepcją bólu i wskaźników funkcjonowania układu oddechowego, w przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów – z percepcją bólu i postrzeganiem własnej niepełnosprawności, a w przypadku cukrzycy – z koniecznością przyjmowania insuliny i przestrzegania zaleceń dietetycznych.

Subiektywne cechy choroby przewlekłej związane są z kolei z indywidualną reakcją osoby na to wydarzenie. Obejmują głównie to, w jaki sposób chory rozumie i przeżywa swoją chorobę, a zatem jak ustosunkowuje się do sytuacji, w jakiej się znalazł, zarówno w aspekcie poznawczym, jak i emocjonalnym. Subiektywne cechy choroby przewlekłej będą więc powstawały w wyniku połączenia subiektywnych przeżyć pacjenta z wiedzą na temat choroby, co czasem może skutkować powstaniem nierealistycznych przekonań (tab. 4).

Można przypuszczać, że subiektywne cechy krytycznego wydarzenia życiowego będą tworzyć się na podstawie własnych doświadczeń związanych z chorowaniem oraz informacji posiadanych przez pacjenta i uzyskiwanych od różnych osób, zwłaszcza pracowników służby zdrowia i innych chorych.

Tabela 4. Przykładowe cechy obiektywne, zobiektywizowane i subiektywne choroby przewlekłej

Cechy obiektywne	Cechy zobiektywizowane	Cechy subiektywne
<ul style="list-style-type: none"> - medyczne wskaźniki choroby - siła objawów - przebieg choroby w czasie - procedura leczenia bądź rehabilitacji 	<ul style="list-style-type: none"> - wiedza naukowa na temat rozwoju choroby - wiedza naukowa na temat przypuszczalnych konsekwencji choroby - wiedza naukowa na temat dostępnych procedur leczenia i ich możliwych konsekwencji 	<ul style="list-style-type: none"> - subiektywne rozumienie istoty choroby - subiektywne postrzeganie konsekwencji choroby - subiektywne postrzeganie możliwości wpływu na stan własnego zdrowia - subiektywne postrzeganie czasu trwania choroby - subiektywne postrzeganie przyczyn choroby

Źródło: opracowanie własne.

W ten sposób powstaje zorganizowana struktura poznawcza, w której można wyróżnić aspekty formalne i treściowe, tworząca się w toku doświadczeń życiowych, a zwłaszcza po rozpoznaniu choroby. W takim ujęciu subiektywne cechy choroby przewlekłej można odnieść do takich konstruktywów psychologicznych opisujących funkcjonowanie chorego, jak: koncepcja choroby (Kulczycki, 1971), obraz własnej choroby (Heszen-Klemens, 1979), teoria choroby (Leventhal i in., 1980), poznawcza reprezentacja choroby (Baumann, Cammeron, Zimmerman i Leventhal, 1989), zdroworoządkowy model choroby (Mayer, Leventhal i Gutmann, 1985; Leventhal, Diefenbach i Leventhal, 1992), przekonania na temat choroby (Leventhal, Benyamini i Brownlee, 1997).

4.1. Choroba niedokrwienna serca jako krytyczne wydarzenie życiowe

Choroby przewlekłe układu sercowo-naczyniowego obejmują wiele jednostek nozologicznych, takich jak: udary, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca. To ostatnie schorzenie jest najbardziej rozpowszechnione i stanowi jedną z głównych przyczyn zgonów w krajach wysoko rozwiniętych. Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że na chorobę niedokrwienną serca każdego roku umiera 3,8 mln mężczyzn i 3,4 mln kobiet. Chorują na nią osoby w każdym wieku, lecz najwięcej zgonów notuje się u osób powyżej 45. roku życia. Częściej chorują na nią mężczyźni, jednak wskaźnik zachorowań kobiet po menopauzie zrównuje się ze wskaźnikiem zachorowań mężczyzn (WHO, 2011).

Według danych epidemiologicznych co trzeci zgon w Polsce spowodowany jest przez choroby układu krążenia. Szacuje się, że rocznie na zawał serca choruje około 100 tys. osób. W grupie wiekowej mężczyzn pomiędzy 35. a 64. rokiem życia 37% zgonów spowodowanych jest chorobami układu krążenia, a w grupie kobiet – 33%. Uważa się jednak, że dane te są niedoszacowane za względu na niski poziom autopsji wykonywanych w naszym kraju. W porównaniu z danymi epidemiologicznymi z innych krajów w Polsce wysokie są współczynniki umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca i zawału serca oraz większa jest umieralność mężczyzn niż kobiet (Światowiec i Krzyżak, 2003).

Istotą choroby niedokrwiennej serca jest niedostateczne zaopatrzenie mięśnia sercowego w tlen i substancje odżywcze będące wynikiem zmniejszonego przepływu wieńcowego. Jest to uwarunkowane głównie przez zmiany miażdżycowe powodujące zwężenie tętnic wieńcowych (85% przypadków choroby wieńcowej). Sporadycznie odnotowuje się przypadki, w których choroba niedokrwienna serca przebiega bez zwężenia tętnic wieńcowych. Objawowy okres miażdżycy tętnic wieńcowych określany jest jako choroba wieńcowa (Tymińska-Sędek, 2004; Dłużniewski, 2003).

Patogeneza choroby niedokrwiennej serca związana jest z odkładaniem się w ścianach naczyń krwionośnych związków tłuszczowych – głównie cholesterolu oraz związków wapnia prowadzących do powstania blaszki miażdżycowej. Zmniejsza ona światło tętnic, co skutkuje zmniejszonym dopływem krwi do serca i powoduje jego niedokrwienie. Rozróżnia się trzy rodzaje niedokrwienia: (1) względne, kiedy dopływ krwi do serca jest prawidłowy w stanie spoczynku, natomiast w sytuacji zwiększonego obciążenia (np. w czasie wysiłku fizycznego lub w sytuacji stresu) przez serce nie przepływa odpowiednia ilość krwi, (2) bezwzględne, mające miejsce, gdy w warunkach spoczynkowych ilość dopływającej krwi do serca ulega zmniejszeniu oraz (3) całkowite, polegające na zatrzymaniu ukrwienia serca. Nagłe oderwanie się blaszki miażdżycowej od ściany tętnicy może doprowadzić do powstania zatoru tętnicy wieńcowej skutkującego przerwaniem dopływu krwi do serca. Może to doprowadzić do zawału mięśnia sercowego, ogłuszenia mięśnia sercowego lub zamrożenia mięśnia sercowego, czyli stanów oznaczających bezpośrednio zagrożenie życia.

Objawy rozwoju choroby niedokrwiennej serca, tj. odkładanie się blaszek miażdżycowych, są niedostrzegalne. Jest to proces niemy klinicznie. Można je zaobserwować dopiero, gdy proces chorobowy jest bardzo zaawansowany. Manifestują się one w sposób ostry lub przewlekły. Przewlekłe objawy choroby niedokrwiennej serca określane są jako dławica piersiowa (dusznicza bolesna), która przejawia się bólem w klatce piersiowej, nasilającym się w wyniku stresu, po obfitym posiłku lub ekspozycji na niską tem-

peraturę i ustępującym samoistnie po okresie odpoczynku. W formie ostrej choroba niedokrwienna serca przejawia się zawałem mięśnia sercowego, niestabilną dusznicą bolesną oraz nagłym zgonem sercowym. Może zatem przyczynić się do nagłego zatrzymania krążenia prowadzącego, a w przypadku braku specjalistycznej pomocy – do śmierci. Choroba niedokrwienna serca może więc stanowić bezpośrednie zagrożenie życia na skutek wystąpienia groźnych incydentów wieńcowych (Kymberley, Boothby i Boothby, 2007; Dłużniewski, 2003).

Kanadyjskie Towarzystwo Kardiologiczne zaproponowało, by w przebiegu choroby niedokrwiennej serca, na podstawie możliwości wykonywania poszczególnych czynności przez pacjenta, wyróżnić klasy (fazy) tego schorzenia:

- klasa I – gdy ból dławicowy pojawia się przy gwałtownym, silnym i długotrwałym wysiłku fizycznym; normalna, codzienna aktywność fizyczna (np. spacer, wolna jazda na rowerze, wchodzenie po schodach nie wywołuje dławicy);

- klasa II – ogranicza w nieznacznym stopniu codzienną aktywność fizyczną; ból dławicowy odczuwany jest w sytuacjach związanych z wysiłkiem fizycznym (np. wchodzenie pod górę powyżej 200 metrów, wchodzenie po schodach, szybki spacer), po jedzeniu, podczas silnego pobudzenia emocjonalnego, często w sytuacji stresu, przy niekorzystnych warunkach atmosferycznych (np. wietrznej pogodzie, niskiej temperaturze);

- klasa III – znacznie ogranicza codzienną aktywność fizyczną; dławica występuje podczas wykonywania zwykłych czynności (np. przy przechodzeniu krótkich odcinków, wchodzeniu na pierwsze piętro);

- klasa IV – przejawia się bólem dławicowym przy wykonywaniu najmniejszego wysiłku fizycznego; często powoduje niezdolność do jakiegokolwiek aktywności fizycznej, a ból dławicowy odczuwany jest w stanie spoczynku; jakikolwiek wysiłek fizyczny powoduje uczucie duszności (Syska-Sumińska, Grzywanowska-Łaniewska i Dłużniewski, 2003).

Głównymi celami leczenia choroby niedokrwiennej serca są: zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań pod postacią zawału serca, niewydolności serca oraz nagłego zgonu sercowego oraz poprawa jakości życia w wyniku zmniejszenia liczby napadów niedokrwienia. Cele te osiąga się poprzez stosowanie farmakoterapii oraz interwencje zmierzające do zmiany stylu życia, zwłaszcza w zakresie diety i aktywności fizycznej. W sytuacji zagrożenia życia stosuje się inwazyjne metody leczenia choroby, takie jak: koronografia i plastyka balonowa, a po poprawie stanu chorego – rewaskularyzację naczyń wieńcowych lub przeszczep serca (Tymińska-Sędek, 2004).

Medyczna charakterystyka choroby niedokrwiennej serca jest punktem wyjścia do jej potraktowania jako krytycznego wydarzenia życiowego i ana-

lizej tej sytuacji ze względu na obiektywne, zobiektywizowane i subiektywne cechy krytycznego wydarzenia życiowego.

4.1.1. Obiektywne cechy choroby niedokrwiennej serca

Cechy obiektywne krytycznego wydarzenia życiowego to te jego właściwości, które można określić na podstawie dostępnych, obiektywnych wskaźników. Każda z tych cech musi w jakimś natężeniu wystąpić, aby móc stwierdzić, że dany stresor oddziałuje na osobę. W przypadku chorób przewlekłych, w tym choroby niedokrwiennej serca, obiektywne cechy krytycznego wydarzenia życiowego związane są ze wskaźnikami medycznymi. Ponieważ przez większość czasu choroba niedokrwienności serca jest niema klinicznie, to znaczy chory nie dostrzega żadnych niepokojących symptomów, cechy obiektywne tego krytycznego wydarzenia dotyczą wskaźników toczącego się procesu chorobowego. Wskaźniki choroby niedokrwiennej serca mogą zostać opisane za pomocą różnych parametrów fizjologicznych, które określa się w ramach specjalistycznych badań medycznych, takich jak: EKG, test wysiłkowy EKG, echokardiografia (ECHO serca), 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, scyntygrafia perfuzyjna, badanie stress-echo. Do obiektywnych wskaźników (cech) krytycznego wydarzenia życiowego, jakim jest choroba niedokrwienności serca, można zaliczyć:

- wskaźniki związane z pracą mięśnia sercowego, takie jak: (1) obniżenie odcinka ST przekraczające 1 mm, odwrócenie załamka T, (2) uniesienie ST-T w ostrym niedokrwieniu, (3) symptomatyczny spadek ciśnienia tętniczego w sytuacji wysiłku fizycznego o 20 mm Hg w stosunku do wartości wyjściowych, (4) nieadekwatność chronotropowa, czyli nieosiągnięcie – wraz ze wzrostem obciążenia – limitu tętna, (5) zmiany i zakłócenia frakcji wyrzutowej oraz (6) wskaźnik zaburzeń kurczliwości;

- wskaźniki związane z funkcjonowaniem układu krążenia, np. podwyższone ciśnienie tętnicze;

- wskaźniki biochemiczne, takie jak: (1) podwyższone stężenie cholesterolu LDL, (2) podwyższone stężenie trójglicerydów, (3) niskie stężenie cholesterolu HDL, (4) hiperglikemia, (5) czynniki trombogeniczne, (6) zwiększone stężenie homocysteiny.

4.1.2. Zobiektywizowane cechy choroby niedokrwiennej serca

Zobiektywizowane cechy krytycznego wydarzenia życiowego, jakim jest choroba niedokrwienności serca, związane są przede wszystkim z nasileniem objawów chorobowych, konsekwencjami choroby oraz reakcją na leczenie. Z definicji zobiektywizowanej cechy krytycznego wydarzenia wynika,

że jest to ten aspekt wydarzenia, który dotyczy wszystkich osób znajdujących się w nim, jednak sposób jego odbioru będzie się różnił w zależności od indywidualnych predyspozycji. W przypadku choroby niedokrwiennej serca głównymi objawami odczuwanymi przez osobę chorą są dolegliwości bólowe określane mianem dusznicy bolesnej oraz trudności i związane z nimi ograniczenia w aktywności fizycznej. Dusznicza bolesna jest definiowana jako przejściowy ból klatki piersiowej, szczęki bądź ramion, będący sygnałem zawału serca lub zmniejszonego zaopatrzenia mięśnia sercowego w substancje odżywcze (Scheidt, 1996). Osoby chore na chorobę niedokrwinną serca mogą uskarżać się na sploty i skrócony oddech, zadyszkę, nudności, uczucie trzepotania serca, zamroczenia, upadki oraz poczucie ucisku w klatce piersiowej. Oprócz tego zobiektywizowane cechy choroby będą obejmować indywidualną reakcję na konieczność pozostawania pod opieką lekarską oraz przestrzegania reżimu związanego z leczeniem.

Badania prowadzone nad percepcją bólu przez osoby chore na serce koncentrują się na określeniu, czy istnieją różnice w sposobach doświadczania bólu przez kobiety i mężczyzn bądź czy ból w obrębie klatki piersiowej związany jest jedynie z chorobą niedokrwinną serca, czy też symptomy charakterystyczne dla tej choroby występują u osób cierpiących na odmienne schorzenia (np. zaburzenia lękowe). Są to istotne zagadnienia, ponieważ nie wszyscy pacjenci przechodzący zawał serca skarżą się na dolegliwości bólowe. Wskazuje się, że od 33% do 47% osób w okresie poprzedzającym zawał serca nie odczuwało bólu. Ponadto obraz dolegliwości bólowych poprzedzających zawał serca jest odmienny u kobiet i mężczyzn, co istotnie utrudnia postawienie właściwej diagnozy (McSweeney i in., 2003; Milner, Vaccarino, Arnold, Funk i Goldberg, 2004; Khan, Albarran, Lopez i Chair, 2010).

Badania nad percepcją objawów charakterystycznych dla choroby niedokrwiennej serca wskazują, że kobiety i mężczyźni w odmienny sposób ich doświadczają. Kobiety odczuwają większe natężenie następujących objawów poprzedzających zawał serca: uczucie trzepotania serca, uczucie zamroczenia, nudności, sploty oddech, poczucie bólu i ucisku w klatce piersiowej, uczucie pieczenia w klatce piersiowej oraz kaszel. Ponadto u kobiet dolegliwości bólowe umiejscowione są w nietypowych miejscach i obejmują ból pleców, szczęk i karku (Carmin, Ownby, Wiegartz i Kondos, 2008; DeVon i Ryan, 2005). Różnice w doświadczaniu dusznicy bolesnej zależą od takich indywidualnych czynników, jak: style radzenia sobie, cechy temperamentu, natężenie lęku, złości oraz obniżenie nastroju (Freedland i in., 1991; Davies i in., 1993; Ladwig, Roll, Breithardt i Borggräfe, 1999; Spertus, McDonnell, Woodman i Fihn, 2000).

Specyficzną sytuacją związaną z doświadczaniem bólu przez osoby chore na serce jest odczucie bólu sygnalizujące zawał. Kobiety częściej od

mężczyzn doświadczają niespecyficznego bólu w obrębie klatki piersiowej, utrudniającego prawidłowe rozpoznanie zbliżającego się zawału serca. Wyniki badań sugerują, że ból poprzedzający go jest odczuwany przez nie jako nienormalny. Bywa więc często ignorowany i nie jest traktowany jako sygnał zawału. Dzieje się tak dlatego, że kobiety uważają go raczej za wskaźnik zmęczenia (Dempsey, Dracup i Moser, 1995; Albarran, Clarke i Crawford, 2007) lub lekceważą go w przypadku, gdy natężenie bólu jest umiarkowane. Taka interpretacja pojawia się często w sytuacji, gdy kobiety nie wiedzą, że chorują na chorobę niedokrwienną serca (Dracup i Moser, 1997). Jest to również spowodowane tym, że ból w rejonie klatki piersiowej może pojawić się w wielu różnych przypadkach. Jest to sytuacja wysoce niekorzystna, ponieważ uniemożliwia zwrócenie się o profesjonalną pomoc w sytuacji, gdy jest ona niezbędna (Rodfrey i Wenger, 2010). Badania porównujące doświadczanie bólu przez mężczyzn i kobiety z zawałem serca wskazują, że kobiety odczuwają więcej dolegliwości bólowych w obszarze: szyi, pleców, kończyn i szczęki, toteż nie uznają ich za zapowiedź zbliżającego się zawału serca. Rzadziej natomiast odczuwają ból w obrębie klatki piersiowej (Everts, Karlson, Warborg, Hedner i Herlitz, 1996; Penque i in., 1998).

Nie każde dolegliwości bólowe doświadczane w rejonie klatki piersiowej są natomiast związane z objawami choroby niedokrwiennej serca. Odczuwanie bólu w tym rejonie może wiązać się z aktualnym stanem afektywnym. Osoby doświadczające silnych negatywnych emocji, takich jak lęk bądź obniżenie nastroju, zgłaszały większe natężenie bólu niezwiązanego z układem krążenia niż osoby nieprzeżywające takich stanów afektywnych (Kuijpers, Dennollet, Wellens, Crijns i Honig, 2007). Nietypowe bóle w klatce piersiowej mogą być także związane z zaburzeniami lęku panicznego, zgłaszanymi głównie przez młode kobiety odczuwające wysoki poziom lęku (Huffman i Pollack, 2003).

Charakterystycznym objawem pojawiającym się u pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca jest ograniczenie aktywności fizycznej będące konsekwencją towarzyszącego jej bólu. 48% chorych skarżących się na objawy duszniczy bolesnej nie prowadzi aktywności fizycznej w czasie wolnym (Nortvedt, Riise i Mæland, 2005). Wśród zagadnień związanych z aktywnością fizyczną osób cierpiących na chorobę niedokrwienną serca brakuje poświęconych percepcji aktywności fizycznej przez osoby chore. Wiele uwagi poświęca się natomiast kwestiom odnoszącym się do związków między aktywnością fizyczną a prawdopodobieństwem nawrotu choroby i możliwością śmierci w jej wyniku, ponieważ aktywność fizyczna jest traktowana jako istotny czynnik chroniący przed nawrotem choroby (Berlin i Colditz, 1990; Lee, Hsieh i Paffenbarger, 1995; Oguma, Sesso, Paffenbarger i Lee, 2002).

Tabela 5. Cechy obiektywne, zobiektywizowane i subiektywne choroby przewlekłej w przypadku choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy typu 1 i reumatoidalnego zapalenia stawów

	Cechy obiektywne	Cechy zobiektywizowane	Cechy subiektywne
Choroba niedokrwienne serca	<ul style="list-style-type: none"> - wskaźniki związane z pracą mięśnia sercowego - wskaźniki związane z funkcjonowaniem układu krążenia - wskaźniki biochemiczne 	<ul style="list-style-type: none"> - wiedza na temat rodzajów bólu występujących u chorych - wiedza na temat pojawiających się ograniczeń w aktywności fizycznej 	<ul style="list-style-type: none"> - subiektywne rozumienie istoty choroby - subiektywne postrzeganie konsekwencji choroby - subiektywne postrzeganie możliwości wpływu na stan własnego zdrowia
Cukrzyca typu 1	<ul style="list-style-type: none"> - wskaźniki uzyskiwane w badaniach laboratoryjnych (glikemia, glukozuria) - obniżenie stężenia insuliny w surowicy krwi, przeciwciała zmniejszonego stężenia peptydu C w surowicy, zaburzenia lipidowe i ciąż ketonowych w moczu) - objawy podmiotowe (wielomocz, cukromocz, zwiększone pragnienie, żarłoczność, śpiączka, skłonność do ropnych zakażeń) 	<ul style="list-style-type: none"> - wiedza o zaleceniach, jakich chory musi przestrzegać, by nie dopuścić do rozwoju choroby - konieczność podjęcia umiarkowanej aktywności fizycznej i trudności, które mogą ją uniemożliwić 	<ul style="list-style-type: none"> - subiektywne postrzeganie czasu trwania choroby i jej rozwoju - subiektywne postrzeganie przyczyn choroby
Reumatoidalne zapalenie stawów	<ul style="list-style-type: none"> - wskaźniki o stanie układu ruchu wynikające z oceny stopnia stanu i sprawności stawów oraz układu mięśniowego - wskaźniki stanu stawów określane na podstawie specjalistycznych badań, np. USG, RTG, rezonansu magnetycznego - wskaźniki pochodzące z badania krwi - wskaźniki uzyskane na podstawie badania płynu stawowego 	<ul style="list-style-type: none"> - wiedza na temat bólu związanego z poruszeniem stawów - wiedza na temat postępu niepełności, - wiedza o konsekwencjach choroby (np. o poczuciu ciągłego zmęczenia) 	

Źródło: opracowanie własne.

4.2. Cukrzyca jako krytyczne wydarzenie życiowe

Przez cukrzycę rozumie się grupę „chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania lub działania insuliny” – głównego hormonu trzustkowego odpowiadającego za regulację poziomu glukozy we krwi. Schorzenie to charakteryzuje się podwyższonym poziomem glukozy (hiperglikemią) we krwi (WHO, za: Sieradzki, 2006).

Cukrzycę traktuje się jako chorobę społeczną. Szacuje się, że dotyka ona około 1% populacji, przy czym istnieje zróżnicowanie rozpowszechnienia ze względu na typ cukrzycy. Na cukrzycę typu 1 choruje około 0,3% populacji, a na cukrzycę typu 2 – pomiędzy 16% a 37% populacji. W Polsce na tę chorobę częściej zapadają mężczyźni (5,8 zachorowań na 100 tys.) niż kobiety (4,1 zachorowań na 100 tys.). W ostatnim czasie zapadalność na cukrzycę wzrosła we wszystkich grupach wiekowych, obniżył się również wiek zachorowania. Szacuje się, że w Polsce na cukrzycę cierpi około 1,5 mln osób (Sieradzki, 2006; Chojnowski, Wasyluk i Grabska-Liberek, 2009).

Ze względu na przyczyny, przebieg choroby i sposób leczenia wyróżnia się następujące typy cukrzycy: cukrzycę typu 1, cukrzycę typu 2 oraz cukrzycę ciężarnych. Cukrzyca typu 1, określana również jako insulinozależna, jest spowodowana uszkodzeniem komórek beta wysp Langerhansa trzustki, powodując brak insuliny w organizmie. Choroba najczęściej zaczyna się w okresie dzieciństwa lub adolescencji. Jako jej główną przyczynę wskazuje się uszkodzenie komórek beta przez własny układ odpornościowy. Ponieważ u chorych cierpiących na tę postać cukrzycy wydzielanie insuliny jest znikome lub całkiem zahamowane, ich przeżycie jest uzależnione od zewnętrznego podawania insuliny. Ta postać cukrzycy rozpoznawana jest najczęściej u osób przed ukończeniem 30. roku życia. Z cukrzycą typu 1 często współwystępują inne choroby autoimmunologiczne (np. choroba Hashimoto lub choroba Addisona).

Cukrzyca typu 2, nazywana również insulinozależną, charakteryzuje się zaburzoną działaniem i wydzielaniem insuliny. W zależności od postaci choroby na plan pierwszy może wysuwać się jedna lub druga nieprawidłowość. W najbardziej rozpowszechnionej formie choroby insulina jest początkowo wydzielana w większej ilości, która jednak ze względu na zwiększoną insulinooporność jest niewystarczająca. Ten stan rzeczy obciąża i niszczy komórki beta wysp Langerhansa, co powoduje spadek wydzielania insuliny. Najczęściej rozpoznaje się ją u osób powyżej 30. roku życia, a zachorowalność zwiększa się wraz z wiekiem, aż do 70. roku życia. W leczeniu cukrzycy typu 2 decydującą rolę odgrywa zmiana stylu życia, polegająca na zmianie diety i podjęciu systematycznej aktywności fizycznej, oraz reduk-

cja masy ciała. Ważne w leczeniu jest także przyjmowanie doustnych leków przeciwcukrzycowych. Charakterystyczne dla tej postaci cukrzycy jest występowanie wielu powikłań.

Specyficznym typem cukrzycy jest cukrzyca ciężarnych, objawiająca się podwyższonym poziomem glukozy we krwi w okresie ciąży, które ustępuje całkowicie po rozwiązaniu. Stanowi ona większe zagrożenie dla prawidłowego rozwoju płodu niż dla życia matki.

Cukrzyca nieleczona prawidłowo może prowadzić do stanów hipoglikemii, czyli znacznego obniżenia poziomu glukozy we krwi, oraz hiperglikemii, będącej wynikiem znacznego podwyższenia poziomu glukozy we krwi. Hiperglikemia może przejawiać się w postaci kwasicy ketonowej, kwasicy mleczanowej oraz hipersmolarnej hiperglikemii. Stany hipo- i hiperglikemii w skrajnych postaciach prowadzą do śpiączki i stanowią bezpośrednie zagrożenie życia (Otto-Buczowska, 1995; Morrison i Bennett, 2009). Cukrzyca może prowadzić do różnych powikłań, wśród których za najpoważniejsze uznaje się: upośledzenie wzroku, w ciężkich przypadkach prowadzące do ślepoty, upośledzenie pracy nerek, zaburzenia ukrwienia kończyn dolnych, których najcięższą postacią jest zespół stopy cukrzycowej oraz powikłań skórnych. Cukrzyca zwiększa również prawdopodobieństwo chorób układu krążenia: niedokrwienia serca, zawału serca, udaru mózgu (Gumułka i Reverski, 1990).

Jako przyczyny cukrzycy typu 1 wskazuje się czynniki genetyczne oraz przewlekły proces autoimmunologiczny. Obserwuje się zwiększoną zachorowalność na cukrzycę wśród bliźniąt monozygotycznych (ryzyko wynosi 36%) oraz krewnych pierwszego stopnia osób chorych na cukrzycę typu 1. Predyspozycja genetyczna do cukrzycy typu pierwszego najprawdopodobniej jest przekazywana przez wiele genów. Jako najważniejsze dla jej rozwoju wskazuje się geny znajdujące się w chromosomie 6 w regionie głównego układu zgodności tkankowej (MHC). Podatność genetyczna jest modyfikowana przez takie czynniki środowiskowe, jak: przebyte infekcje wirusowe (np. świnka, różyczka, grypa, retrowirusy), skażenie chemiczne żywności czy kontakt z niektórymi związkami chemicznymi (np. nitrozaminami) oraz z niektórymi białkami (np. białkami mleka krowiego lub białkami zbóż), które inicjują proces autoimmunologiczny (Chojnowski i in., 2009; Thor, 2001).

Proces autoimmunologiczny rozpoczyna się od zapalenia wysp trzustkowych na skutek zadziałania jednego z czynników inicjujących (np. infekcji wirusowej). Odpowiedzią organizmu na stan zapalny jest pojawienie się przeciwciał: przeciw wyspom trzustkowym (cytoplazmatycznym i powierzchniowym), przeciw insulinie, przeciw dekarboksylazie kwasu glutamionowego oraz przeciw białkowej fostafazie tyrozynowej. Przeciwciała te obserwowane są przed pojawieniem się objawów choroby. Ich wykrycie

oznacza duże ryzyko rozwinięcia się pełnoobjawowej cukrzycy typu 1. W tej fazie choroby na skutek stopniowej utraty możliwości wydzielniczych komórek beta dochodzi do zaburzenia pierwszego etapu wydzielania insuliny. Czasem pojawia się hiperglikemia. Kolejnym etapem rozwoju choroby jest stan przedcukrzycowy, przejawiający się krótkotrwałym brakiem tolerancji glukozy. Proces autoimmunologiczny prowadzi do rozwoju pełnoobjawowej cukrzycy, w której na skutek zniszczenia komórek beta dochodzi do braku endogennej insuliny, co prowadzi do przewlekłej hiperglikemii (Krętowski, 2006; Chojnowski i in., 2009).

Przebieg cukrzycy typu 1 jest zróżnicowany w zależności od wieku. U dzieci i młodzieży jest cięższy i bardziej dynamiczny niż u dorosłych. U dzieci początek choroby jest nagły. Często pierwszymi objawami są kwasyca ketonowa mogąca skutkować śpiączką ketonową oraz silne wahania poziomu cukru we krwi prowadzące w niektórych przypadkach do śpiączki hipoglikemicznej. Znaczne zmiany poziomu cukru przyspieszają rozwój typowych dla cukrzycy powikłań. Przebieg cukrzycy u osób dorosłych jest mniej dynamiczny – rozwój typowych objawów choroby jest wolniejszy, pojawiają się objawy kwasicy ketonowej, ale nie doprowadzają do śpiączki. Brak silnych objawów (swoiste utajenie choroby) skutkuje tym, że może rozwinąć się wiele przewlekłych powikłań. W rozwoju choroby wyróżnia się dwie fazy. Pierwsza z nich to stan przedcukrzycowy charakteryzujący się podwyższonym stężeniem cukru na czczo bądź upośledzoną tolerancją glukozy. Drugą fazą jest cukrzyca rozpoznawana na podstawie glikemii występującej w trzech sytuacjach: na czczo, po doustnym obciążeniu oraz w dowolnym momencie (tzw. przygodna glikemia) (Sieradzki, 2006; Krętowski, 2006).

Skuteczne leczenie cukrzycy jest leczeniem kompleksowym, to znaczy łączącym oddziaływania: farmakologiczne (regulujące stężenie insuliny we krwi), edukację terapeutyczną (obejmującą instruktaż używania glukometrów, pomp insulinowych oraz uczestnictwo w grupach wsparcia), dietetyczne (mające na celu zmianę nawyków żywieniowych pacjentów związaną ze składem diety, wartością energetyczną i liczbą posiłków) oraz zachęcanie do umiarkowanej aktywności fizycznej, prowadzącej do poprawy przemiany węglowodanów. Wskazana jest dynamiczna aktywność fizyczna (spacery, jazda na rowerze, pływanie, biegi), przeciwwskazane są natomiast statyczne ćwiczenia siłowe (podnoszenie ciężarów, przeciąganie liny) (Otto-Buczowska, 1995; Gumułka i Rewerski, 1990).

4.2.1. Obiektywne cechy cukrzycy typu 1

Do obiektywnych cech stresora, jakim jest cukrzyca typu 1, można zaliczyć jej wskaźniki i symptomy, na podstawie których jest ona rozpoznawana.

Jej objawy klasyfikowane są w dwie grupy nieprawidłowości wykazywane w badaniach laboratoryjnych oraz objawy podmiotowe (Sieradzki, 2006).

Objawy cukrzycy w badaniach laboratoryjnych rozpoznawane są na podstawie stwierdzenia:

- glikemii – określonej dzięki pomiarowi poziomu glukozy we krwi wykonywanemu na czczo, przygodnie i po obciążeniu glukozą,
- glukozurii – czyli obecności cukru w moczu, szacowanej na podstawie badania moczu,
- niewielkiego stężenia insuliny lub jej braku w surowicy krwi,
- obecności przeciwciał; zwłaszcza przeciwwyspowych, przeciw insulinie endogennej, przeciw dekarboksylazie kwasu glutamionowego oraz przeciw białkowej fostafazie tyrozyny,
- zmniejszonego stężenia peptydu C w surowicy, będącego wskaźnikiem stężenia endogennej insuliny we krwi,
- zaburzeń lipidowych przejawiających się zwiększonym stężeniem cholesterolu całkowitego, LDL i trójglicerydów oraz zmniejszonym stężeniem cholesterolu HDL,
- obecności ciał ketonowych w moczu oraz zwiększonego ich stężenia, zwłaszcza kwasu acetooctowego w surowicy krwi.

Do podstawowych objawów podmiotowych należą:

- wielomocz (poliuria), czyli wydalanie dużych ilości moczu (powyżej 3 litrów) w ciągu doby,
- cukromocz (glukozuria), czyli wydalanie glukozy z moczem,
- zwiększone pragnienie (polidypsja) spowodowane wydalaniem wody wraz z moczem; zwiększone zapotrzebowanie organizmu na wodę może przejawiać się wysychaniem błon śluzowych i skóry,
- żarłoczność (polifagia) – mimo przyjmowania odpowiedniej ilości pokarmów organizm nie może ich przyswoić, ponieważ glukoza znajdująca się we krwi na skutek wadliwego działania insuliny nie może być wykorzystana przez organizm; w konsekwencji braku wystarczającej ilości energii chory może odczuwać senność, zmęczenie oraz tracić na wadze,
- kwasica prowadząca do śpiączki ketonowej,
- skłonność do ropnych zakażeń.

4.2.2. Zobjektywizowane cechy cukrzycy typu 1

Dla cukrzycy typu 1 główną cechą zobjektywizowaną jest konieczność stosowania się do zaleceń lekarskich obejmujących: przestrzeganie diety, monitorowanie poziomu glukozy we krwi, przyjmowanie insuliny, wizyty kontrolne u lekarza, aktywność fizyczną. Każdy z chorych jest w sytuacji, w której musi ustosunkować się do tych kwestii.

Przestrzeganie zaleceń lekarskich jest jednym z najpoważniejszych wyzwań, jakie pojawiają się przed chorymi na cukrzycę, ponieważ niewłaściwe przestrzeganie lub nieprzestrzeganie ich w ogóle może w krótkim czasie prowadzić do wystąpienia stanów zagrażających życiu (hipo- lub hiper-glikemii), przyspiesza rozwój choroby oraz nasila komplikacje zdrowotne (Pidgeon, 1989; Sawyer i Aroni, 2003). Jak wskazują badania, postępowanie według zaleceń lekarskich nie jest sprawą łatwą. Tylko niewielki odsetek chorych czyni to systematycznie. Szacuje się, że około 30% osób z chorobami ostrymi i 50% cierpiących na choroby przewlekłe ignoruje wskazówki otrzymane od lekarza (DiMatteo, 1994; Rapoff, 2010).

Wiele badań poświęconych jest zagadnieniu poszukiwania czynników sprzyjających przestrzeganiu zaleceń lekarza. W proces ten zaangażowane są zarówno czynniki podmiotowe, jak i środowiskowe (związane głównie z funkcjonowaniem środowiska rodzinnego). Wśród czynników podmiotowych duże znaczenie mają czynniki temperamentalne (np. wysoki poziom neurotyzmu utrudnia przestrzeganie zaleceń lekarskich, zaś silna ekstrawersja sprzyja ich przestrzeganiu) oraz cechy osobowościowe, takie jak: poczucie własnej skuteczności i poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia (Wheeler, Wagaman i McCord, 2012). Wśród czynników związanych z środowiskiem rodzinnym wskazuje się zaś brak konfliktów pomiędzy członkami rodziny. Tradycyjna struktura rodziny (rodzice plus dzieci) sprzyja stosowaniu się do wskazań lekarskich (Dashiff, Bartolucci, Wallander i Abdullatif, 2005).

4.3. Reumatoidalne zapalenie stawów jako krytyczne wydarzenie życiowe

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to najbardziej rozpowszechniona choroba reumatyczna spośród uogólnionych chorób tkanki łącznej. Jest to przewlekły, postępujący proces zapalny, rozpoczynający się w błonie maziowej stawów, prowadzący do niszczenia tkanek stawowych, ich zniekształceń oraz upośledzenia czynności stawów (Małydk, 2008).

W przebiegu choroby dochodzi do zmian w obrębie stawów oraz zmian pozastawowych (np. guzki reumatoidalne, zapalenie błon surowiczych, zmiany w układzie sercowo-naczyniowym, płucach, przewodzie pokarmowym, nerwach, gruczole tarczycowym i narządzie wzroku) oraz powikłań układowych (Małydk, 2008; Krzemińska-Dąbrowska, Sudoł i Moskałewicz, 2007). Proces chorobowy najczęściej przebiega w stawach: nadgarstkowym, łokciowym, kolanowym, kostce oraz stawach palców rąk i nóg. Stosunkowo rzadko ma miejsce w stawie biodrowym i barkowym. Charakterystyczną cechą RZS jest to, że w większości przypadków proces zapalny obejmuje sy-

metryczne stawy, np. oba stawy łokciowe, a nie jeden staw kolanowy i jeden łokciowy. Osoba cierpiąca na tę chorobę doświadcza wielu problemów natury somatycznej, takich jak: deformacja i zniszczenie stawów, ból przewlekły, zmęczenie, utrata wagi, gorączka. Toczący się w organizmie proces zapalny może również obejmować inne organy, np. płuca, oczy, serce, śledzionę, upośledzając ich funkcjonowanie (Małydk, 2008; Falvo, 2005).

Częstość zachorowań na reumatoidalne zapalenie stawów zależy od rasy, grupy etnicznej i płci. Rocznie u 1 na 100 osób rasy białej rozpoznaje się tę chorobę. Zachorowanie na RZS może nastąpić w różnym wieku, najczęściej jednak chorują na nią osoby pomiędzy 40. a 60. rokiem życia. Około 3–4 razy częściej RZS jest rozpoznawane u kobiet niż u mężczyzn (Małydk, 2008). Grupą największego ryzyka są kobiety po 40. roku życia. Szacuje się, że w Polsce RZS dotyka około 400 tys. osób i corocznie diagnozuje się tę chorobę u około 30 tys. osób. U 1/3 chorych wskutek zmian dochodzi do inwalidztwa lub niepełnosprawności (Małydk, 2008; Krzemińska-Dąbrowska i in., 2007; Verbrugge i Juarez, 2006). Przeciętna częstotliwość występowania RZS w zależności od regionu geograficznego wynosi 0,33–1,07% (Alamanos, Voulgari i Drosos, 2006).

Etiologia RZS nie jest do końca rozpoznana, traktuje się ją jako chorobę autoimmunologiczną. Wśród przyczyn choroby wskazuje się znaczenie czynników genetycznych, np. obecność pentapeptydu w miejscu genowym HLA-DR beta 1 klasy II genów zgodności tkankowej w przypadku rasy białej (Bolanowski i Wrzosek, 2007). Jako czynniki predysponujące do rozwoju RZS wymienia się również: (1) zmiany w aktywności hormonalnej, zwłaszcza nadmierne wydzielanie kortyzonu, podwyższony poziom prolaktyny w okresie poporodowym, przy jednoczesnym obniżeniu stężenia estrogenów, (2) kontakt z wirusami i bakteriami, które mogą zainicjować proces zapalny w stawach, (3) czynniki środowiskowe, takie jak: silne zmarznięcie, długotrwałe zmoczenie, wysoka temperatura, (4) nietolerancję niektórych produktów spożywczych, np. białka mleka, jaj, produktów zbożowych, (5) antyzdrowotne zachowania, takie jak: palenie papierosów, picie kawy powyżej 4 filiżanek dziennie, powiązane z obecnością czynnika reumatoidalnego (Meske i Lamparter-Lang, 1997). Rozpowszechniony jest też pogląd, że RZS jest wywoływane przez infekcję wirusową lub bakteryjną u osób z podatnością genetyczną na to schorzenie (Morrison i Bennett, 2009).

Mechanizm powstawania RZS również nie jest w pełni znany. RZS traktuje się jako chorobę autoimmunologiczną, w przebiegu której białe krwinki atakują własne tkanki. Proces ten przejawia się obecnością kompleksów immunologicznych w płynie stawowym, w których syntezie bierze udział czynnik reumatoidalny (RF), czyli przeciwciała przeciw IgG. Czynniki reumatoidalne rozpoczynają i podtrzymują proces zapalny w stawach. Dlatego

i w jaki sposób czynnik reumatoidalny inicjuje i stymuluje przebieg choroby, nie wiadomo. Popularna jest hipoteza o inicjującej RZS roli wirusów lub bakterii. W płynie stawowym oraz błonie maziowej zainfekowanych stawów stwierdza się zwiększone stężenie pomocniczych limfocytów T i B oraz makrofagów, wytwarzające pozapalne cytokiny. Limfocyty T sprawiają, że początkowo niespecyficzny proces zapalny przechodzi w samopodtrzymującą się chorobę. Natomiast limfocyty B odpowiadają za produkcję immunoglobulin i autoprzeciwciał oraz podtrzymywanie procesu zapalnego. Sytuacja, kiedy w stawach obecne są różnorodne czynniki pozapalne, przyczynia się do przewlekłego zapalenia błony maziowej stawów, które objawia się powstawaniem nacieków limfocytów i komórek plazmatycznych. W błonie maziowej dochodzi do rozplemu warstwy wyściółkowej i przerostu kosmków. Przerośnięta błona maziowa może powodować niszczenie chrząstki oraz warstwy podchrzęstnej kości. Konsekwencją tego jest zniekształcenie stawów oraz ograniczenie ich ruchomości (Zimmermann-Górska, 1989; Bolanowski i Wrzosek, 2007; Meske i Lamparter-Lang, 1997).

Przebieg choroby jest indywidualnie zróżnicowany – u niektórych chorych następuje szybki i gwałtowny rozwój choroby, powodujący poważne upośledzenie funkcjonowania, u innych – przebieg jest powolny, z długimi okresami remisji, nieutrudniający istotnie wypełniania ról społecznych i codziennego życia (Falvo, 2005). W rozwoju choroby wyróżnia się cztery okresy odzwierciedlające stopień jej zaawansowania: okres pierwszy charakteryzujący się niewielką osteoporozą, okres drugi, w którym pojawia się zanik mięśni w okolicach stawu, okres trzeci, podczas którego dochodzi do zniszczeń chrząstki i kości oraz rozległych zaników mięśni, okres czwarty, w którym pojawia się zeszytywnienie stawów (Bolanowski i Wrzosek, 2007).

Ze względu na przebieg choroby rozróżnia się trzy typy RZS: typ samoograniczający, typ z niewielką progresją choroby oraz typ z dużą progresją choroby (Małydk, 2008). Typ samoograniczający cechuje się łagodnym przebiegiem choroby. Obecność czynnika reumatoidalnego stwierdza się jedynie u kilku procent pacjentów. Jego stężenie jest niewielkie. Choroba dobrze rokuje – po zastosowaniu tradycyjnego leczenia objawy ulegają wycofaniu, a w okresie do 10 lat od momentu postawienia diagnozy choroby przeważnie nie spełniają kryteriów diagnostycznych. Ten typ RZS dotyka około 5–10% chorych. W typie z niewielką progresją choroby czynnik reumatoidalny obecny jest u większości chorych (60–90%). Przebiegu procesu zapalnego stawów nie można zatrzymać, a jedynie spowolnić. Stosowanie farmakoterapii przynosi pozytywne efekty, jednak u pacjentów obserwuje się powolne i systematyczne pogorszenie. Ten typ RZS rozpoznaje się u około 5–10% chorych. Typ trzeci, czyli typ z dużą progresją choroby, rozpoznaje się u 60–90% chorych na RZS. Wysokie stężenie czynnika reumatoidalnego

odnotowuje się od samego początku choroby. Postęp choroby, przejawiający się zmianami destrukcyjnymi w stawach i upośledzeniem w funkcjonowaniu, jest najszybszy na początku choroby, później ulega spowolnieniu. Chory słabo reagują na tradycyjne leczenie, co powoduje konieczność stosowania agresywnej terapii od samego początku choroby.

Na przebieg RZS składają się następujące po sobie okresy remisji, trwające tygodnie, miesiące lub lata i zaostrzenia objawów. W fazie ostrej choroby proces zapalny błony maziowej ulega nasileniu, gęstnieje ona, a stawy stają się spuchnięte, ciepłe i bolące. W zaawansowanym stadium choroby dochodzi do deformacji stawów. Przeważnie po ostrym okresie choroby osoba na nią cierpiąca nie powraca do przedchorobowego poziomu funkcjonowania, a jej następstwem często bywa inwalidztwo (Verbrugge i Juarez, 2006).

W związku z nierozpoznananiem pierwotnej przyczyny RZS stosowane leczenie jest objawowe. Celem leczenia farmakologicznego jest zatrzymanie postępu choroby, czyli doprowadzenie do remisji. W związku z tym chory przyjmuje leki przeciwzapalne. W stanach zaawansowanych choroby, gdy rozpoznaje się nieodwracalne zmiany w stawach, stosuje się leczenie chirurgiczne (Niebrzydowski, 2012). Leczenie farmakologiczne jest uzupełniane przez fizykoterapię i rehabilitację ruchową. Ważnym aspektem pracy z chorymi jest rehabilitacja, która ma na celu: zatrzymanie procesu zapalnego, zmniejszenie bólu i napięcia mięśniowego, zapobieganie powstaniu deformacji stawów oraz utrzymanie sprawności ruchowej na jak najwyższym poziomie (Paprocka-Borowicz i Zawadzki, 2007).

4.3.1. Obiektywne cechy reumatoidalnego zapalenia stawów

Cechy obiektywne krytycznego wydarzenia życiowego, jakim jest reumatoidalne zapalenie stawów, związane są z objawami choroby i ich wskaźnikami. Kryteriami, na podstawie których dokonuje się rozpoznania RZS, według ARC (American College of Rheumatology, 1987; za: Małydk, 2008) są:

- poranna sztywność stawów, utrzymująca się co najmniej godzinę,
- zapalenie trzech lub więcej stawów (obrzęk lub wysięk),
- zapalenie stawów ręki (nadgarstka, stawów śródrečno-palcowych lub międzypaliczkowych bliższych, z wyłączeniem stawów międzypaliczkowych dalszych),
- symetryczne zapalenie stawów,
- guzki reumatoidalne (charakterystyczne, ale nie patognomoniczne dla zapalenia),
- obecność czynnika reumatoidalnego,
- zmiany radiologiczne (nadżerki, osteoporoza okołostawowa w przednio-tylnym radiogramie nadgarstka lub ręki).

W związku z tym do cech (wskaźników) obiektywnych RZS można zaliczyć:

- informacje o stanie układu ruchu pochodzące z oceny stopnia stanu i sprawności stawów oraz układu mięśniowego. Ocena ta dokonywana jest w badaniu lekarskim obejmującym: (1) zakres ruchomości każdego ze stawów, (2) obecność obrzęku i wysięku, (3) bolesność stawu zarówno samostanną, jak i przy ucisku, (4) zabarwienie, napięcie i temperaturę skóry w okolicach stawów, (5) stwierdzenie trzeszczeń w czasie ruchu, (6) określenie stopnia zniekształceń stawów, (7) zaobserwowanie guzków w okolicy stawów. Stan stawów jest określany na podstawie specjalistycznych badań, takich jak: USG, RTG, rezonans magnetyczny. Na podstawie tych badań uzyskuje się informacje o: (1) stopniu obrzęku tkanek miękkich, (2) osteoporozie okołostawowej, (3) zwężeniu szpar stawowych, (4) nadżerkach brzeżnych. Stan układu mięśniowego jest określany na podstawie: (1) siły mięśni oraz (2) ich zaników lub (3) przerostów. Dodatkowo oceniany jest stan kręgosłupa – zakres jego ruchomości oraz natężenie bólu (Bolanowski i Wrzosek, 2007; Zimmermann-Górska, 1989);

- informacje pochodzące z badania krwi: (1) morfologii (obniżony poziom hemoglobiny, zwiększona liczba białych krwinek i płytek krwi) i innych badań szczegółowych, obejmujących określenie następujących wskaźników: (2) OB (szybkość opadania krwinek czerwonych), (3) CRP (białko C-reaktywne będące wskaźnikiem toczącego się procesu zapalnego), (4) CR (czynnik reumatoidalny, będący przeciwciałem skierowanym przeciwko ludzkiej immunoglobulinie G), (5) odczyn Waalera-Rosego (6) proteinogram, (7) przeciwciała przeciwjądrowe (ASO, odczyn Wassermanna), (8) przeciwciała antytrulinowe, (9) odczyn lateksowy;

- wskaźniki uzyskane na podstawie badania płynu stawowego, który podczas aktywnego stanu zapalnego jest jałowy, mając jednocześnie zmniejszoną przejrzystość i lepkość oraz podwyższoną wartość leukocytów (Bolanowski i Wrzosek, 2007; Zimmermann-Górska, 1989).

4.3.2. Zobiektywizowane cechy reumatoidalnego zapalenia stawów

Można wskazać trzy zobiektywizowane cechy reumatoidalnego zapalenia stawów, z którymi mierzy się bądź będzie się mierzyć większość pacjentów z RZS: doświadczanie silnego bólu, poczucie ciągłego zmęczenia i znużenia oraz pogłębiająca się niepełnosprawność.

Podstawową trudnością, z którą muszą sobie radzić pacjenci z RZS w czasie choroby, jest ból. Wraz z jej postępem poziom bólu przeważnie wzrasta (Brekke, Hjortdahl i Kvien, 2003). Jedną z cech bólu negatywnie wpływającą na samopoczucie chorych jest nieprzewidywalność. Pacjenci nie wiedzą,

kiedy mogą spodziewać się ponownego napadu bólu oraz nie potrafią przewidzieć, kiedy skończy się już trwający. Sytuacja ta negatywnie oddziałuje na emocjonalność chorych, zwiększa znacznie poziom odczuwanego lęku. Ból nie jest zjawiskiem czysto biologicznym, dlatego poziom odczuwanej intensywności obok czynników fizjologicznych, takich jak: stopień wrażliwości na ból, aktywność układu współczulnego, predyspozycje genetyczne, uwarunkowany jest czynnikami o charakterze psychologicznym, wcześniejszymi doświadczeniami w zakresie radzenia sobie z bólem, cechami kultury i środowiska (Björk, Gerdle, Thyberg i Peolsson, 2008). Odczuwanie bólu różnicuje też płeć. Wyniki badań wskazują, że poziom doświadczanego bólu u kobiet jest wyższy niż u mężczyzn (Croft, Rigby, Boswell, Schollum i Silman, 1993). Do czynników psychologicznych zmniejszających intensywność przeżywanego bólu należy ochronne działanie wsparcia społecznego (Evers, Kraaiaamt, Geenen, Jacobs i Bijlsma, 2003). Oznacza to, że chorzy mający oparcie w bliskich są przez nich zachęceni do aktywności, co przekłada się na ich lepsze funkcjonowanie (Morrison i Bennett, 2009).

Innym problemem, przed którym staje większość chorych na RZS, jest przewlekłe wyczerpanie, polegające na zmniejszającej się zdolności do fizycznej i/lub umysłowej aktywności (Aaronson i in., 1999). Jego poziom jest znacząco wyższy od poziomu zmęczenia, jakie towarzyszy osobom zdrowym, oraz nie ulegał zmianie w czasie jednego roku (Mancuso, Rincon, Sayles i Palet, 2006). W większym stopniu dotyczy ono kobiet niż mężczyzn, które deklarują wyższy poziom zmęczenia (Belza, Henke, Yelin, Epstein i Gilliss, 1993; Huyser i in., 1998). Uważa się, że jest to stan w miarę stabilny w czasie (Mancuso i in., 2006), dokuczający w większym stopniu osobom długo chorującym (Barlow, Cullen i Rowe, 1999), doświadczającym silnych dolegliwości bólowych (Pollard, Choy, Gonzalez, Khoshaba i Scott, 2006), bardziej zaawansowanej niepełnosprawności (Riemsma i in., 1998), z zaburzeniami snu (Stone, Broderick, Porter i Kaell, 1997). Jest on również uwarunkowany takimi czynnikami psychologicznymi, jak: niskie poczucie własnej skuteczności (Riemsma i in., 1998), wysoki poziom stresu, brak wsparcia społecznego, oraz niewielką aktywnością fizyczną (Mancuso i in., 2006).

Wielu chorych na RZS mierzy się z własną postępującą niepełnosprawnością, czyli pojawiającymi się ograniczeniami w podejmowaniu aktywności i uczestnictwie w codziennych wydarzeniach (WHO, 1980). W pracach na temat oddziaływania niepełnosprawności na funkcjonowanie osób chorych sugeruje się istnienie następującego związku przyczynowo-skutkowego: niepełnosprawność utrudnia wykonywanie codziennych czynności życiowych, co skutkuje mniejszym zaangażowaniem w realizowanie ról społecznych (zawodowych i rodzinnych) oraz zmniejsza otwartość osoby na wydarzenia zewnętrzne (np. utrudnia rekreację i wypoczynek). Konsekwencją tego jest

postępująca izolacja chorego, powiązana ze zmniejszającą się liczbą kontaktów z innymi ludźmi, co prowadzi do nasilenia negatywnych stanów emocjonalnych (lęku i depresji) oraz obniżenia jakości życia (Revenson i Felton, 1989; Neugebauer, Katz i Pasch, 2003).

4.4. Subiektywne cechy chorób przewlekłych

Subiektywne cechy choroby przewlekłej odnoszą się do indywidualnego przeżywania i ustosunkowania się chorego do swojej choroby, które obejmuje to, co jednostka czuje i myśli o niej oraz powiązanych z nią kwestiach. Źródłem subiektywnych cech choroby można upatrywać zarówno we właściwościach samej choroby, czyli jej cechach obiektywnych, jak również we właściwościach i przebiegu procesów poznawczych i emocjonalnych, które następują u chorego po postawieniu diagnozy¹.

Dla ukształtowania się cech subiektywnych decydujące znaczenie mają procesy intrapsychiczne zachodzące u osoby chorej. Przebiegają one w podobny sposób u wszystkich osób, bez względu na rodzaj choroby, który ich dotknął, jednak inny jest ich efekt – każdy z chorych wykształca własny niepowtarzalny obraz swojej choroby.

Zwraca się uwagę, że zachowanie człowieka, oprócz obiektywnych właściwości sytuacji, uwarunkowane jest przez jego subiektywną percepcję. Twierdzi się, że w sytuacji wystąpienia choroby człowiek tworzy jej poznawczą reprezentację. W literaturze polskiej problematyka ta obecna jest w dyskusji naukowej od lat 70. Jedne z pierwszych prace nad tym zagadnieniem były prowadzone przez Mariana Kulczyckiego (1971), który posługiwał się pojęciem indywidualnej koncepcji choroby. Rozumiał ją jako element „obrazu własnego położenia życiowego, w którym układają się w mniej lub bardziej zwartą całość zarówno ogólne wiadomości o własnej chorobie i o własnych możliwościach zachowania się, jak i specyficzne przekonania dotyczące posiadanej choroby, własnej odporności na nią, związków pomiędzy chorobą a własną aktywnością itd.” (Kulczycki, 1971, s. 15). Problematyka ta była następnie rozwijana przez Irenę Heszen-Klemens (1979), która zajmowała się obrazem własnej choroby, oraz Kazimierza Wrześniewskiego (1986), który stworzył konstrukt postawy wobec choroby. W literaturze anglojęzycznej opisywane zagadnienie podejmowane jest głównie przez Howarda Leventhala i współpracowników (1980, 1997) i związane jest z konstruktem określanym jako przekonania na temat własnej choroby, który jest

¹ Zagadnienie subiektywnych cech choroby przewlekłej zostanie przedstawione wspólnie dla wszystkich chorób przewlekłych omawianych w tej pracy, ponieważ problem ten dotyczy procesów poznawczych przebiegających w podobny sposób u wszystkich chorych, a pojawiające się różnice odnoszą się do treści, które znajdują się w subiektywnym obrazie choroby.

jednym z elementów rozwijanego przez niego modelu przystosowywania się do choroby.

Indywidualna reakcja na chorobę przewlekłą nie ogranicza się do stworzenia jej poznawczej reprezentacji. Osoby chore od momentu wystąpienia pierwszych symptomów choroby i postawienia diagnozy doświadczają różnorodnych emocji. Przeważnie są to emocje negatywne, takie jak: smutek, niepokój, lęk, złość, poczucie bezradności i bezsilności, wstyd, poczucie winy (Falvo, 2005). Są one skutkiem dokonywanej oceny swojej sytuacji. Część badaczy twierdzi, że osoby chore są zdolne do przeżywania pozytywnych stanów emocjonalnych, takich jak nadzieja, które ułatwiają przystosowanie się do choroby, pełniąc funkcję motywującą i energetyzującą (Heszen, 2013; Fredrickson, 1998; 2001).

4.4.1. Poznawcza reprezentacja choroby

Heszen-Klemens (1979, s. 31) przyjmuje, że obraz własnej choroby to: „poznawcza reprezentacja własnej choroby konstruowana przez chorego”. Ma on charakter dynamiczny, co oznacza, że może być modyfikowany przez cały czas trwania choroby przez informacje napływające ze środowiska. Stanowi złożony schemat poznawczy, w którym w aspekcie treściowym zawiera się sześć składników obejmujących wiedzę i przekonania na temat: (1) istoty choroby, czyli tego, czym jest dana choroba, jak jest ona pojmowana przez chorego, (2) przyczyn choroby, czyli genezy i czynników predysponujących do zachorowania na chorobę, (3) przebiegu choroby, a więc przewidywania na temat tego, jak choroba będzie się rozwijała, (4) przebiegu leczenia, czyli sądy na temat tego, jakie leczenie należy podjąć, aby złagodzić objawy, doprowadzić do remisji lub wyleczenia, (5) aktualnego stanu zdrowia, zwłaszcza zmian spowodowanych w organizmie przez chorobę, (6) długotrwałych konsekwencji choroby dla funkcjonowania biopsychospołecznego jednostki.

Według Heszen-Klemens (1983) obraz własnej choroby jest złożonym, dynamicznym schematem poznawczym dotyczącym choroby. Charakterystyki obrazu własnej choroby można dokonać, analizując aspekt treściowy i formalny tej struktury. Aspekt formalny analizowany jest na czterech wymiarach:

- plastyczności, czyli podatności struktur poznawczych na zmiany pod wpływem nowych informacji,
- złożoności, czyli liczby informacji tworzących obraz własnej choroby,
- abstrakcyjności – konkretności, w którym można wyróżnić elementy o charakterze obrazowym, a więc wyobrażenia na temat choroby oraz elementy o charakterze pojęciowym, czyli sądy, opinie, poglądy i przypuszczenia dotyczące choroby,

– aktywności – bierności, który określa, w jakim stopniu poznawcza reprezentacja choroby uczestniczy w regulowaniu zachowania.

Z kolei aspekt treściowy obrazu własnej choroby to pięcioczynnikowa struktura poznawcza, w której odzwierciedlenie znajduje wiedza na temat:

– przyczyn choroby, czyli co doprowadziło do powstania i rozwinięcia się choroby,

– istoty choroby, czyli informacji dotyczących tego, czym jest dana choroba,

– aktualnego stanu własnego zdrowia, obejmującego informacje o zmianach powstałych na skutek choroby w narządzie przez nią zaatakowanym, ich wpływie na resztę organizmu, samopoczucie i wygląd,

– koniecznego leczenia oraz dalszego przebiegu choroby, obejmującego w szczególności wiedzę na temat czynników ułatwiających bądź utrudniających proces leczenia (prowadzonej diagnozy, przyjmowanych leków, zachowań wpływających na stan zdrowia itd.), mechanizmu działania tych czynników oraz przewidywania dotyczące przebiegu choroby w przyszłości, sytuacji, w których dojdzie do remisji bądź nasilenia objawów,

– skutków choroby, czyli wszystkich przypuszczeń, które chory ma na temat długotrwałych somatycznych i psychospołecznych konsekwencji, jakie pozostawi po sobie choroba.

Według Heszen-Klemens (1983) obraz własnej choroby kształtuje się pod wpływem różnorodnych informacji napływających do człowieka, które mogą mieć charakter zewnętrzny (np. pochodzić od lekarza lub być zaczerpnięte z opracowań na temat choroby) lub wewnętrzny (np. odczuwane symptomy).

4.4.2. Postawa wobec choroby

Wrześniewski (1986, s. 62), zajmując się problemem ustosunkowania się do własnej choroby i procesu leczenia, posługuje się terminem „postawa wobec choroby”, który rozumie jako „stosunek pacjenta do faktu zachorowania i sytuacji związanych z leczeniem i rehabilitacją”. Odwołując się do klasycznych ujęć postawy (por. Mika, 1982), wyróżnia w niej komponent: poznawczy, emocjonalny oraz motywacyjny. Na komponent poznawczy składają się: (1) informacje o przyczynach choroby, jej istocie oraz zasadach rehabilitacji i profilaktyki, (2) wyobrażenia chorego dotyczące różnych aspektów przyszłości związanych ze sferą zawodową, rodzinną, osobistą, (3) oczekiwania chorego wobec innych osób, z którymi się kontaktuje (personel medyczny, rodzina, przyjaciele). Komponent emocjonalny obejmuje stany przeżywane przez chorego w związku z zachorowaniem, zaś komponent motywacyjny to „dążenia, zamiary, dyspozycje do określonych zachowań w sytuacji cho-

roby” (Wrześniewski, 1986, s. 62). Pomysł Wrześniewskiego na opisanie, w jaki sposób człowiek reaguje na sytuację choroby, jest bardziej złożony w porównaniu z konstruktem, jakim jest postawa wobec choroby, ponieważ oprócz poznawczej reakcji człowieka na fakt zachorowania uwzględnia on jego emocjonalną i behawioralną odpowiedź.

Autor ten weryfikował swoją koncepcję głównie w populacji pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Wyniki badań wskazują, że istnieją trzy typy postawy wobec choroby: postawa sprzyjająca procesowi leczenia i rehabilitacji, postawa niekorzystna dla przebiegu leczenia i rehabilitacji oraz postawa ambiwalentna. Pierwsza z nich charakteryzuje się posiadaniem rzetelnych informacji na temat choroby i jej konsekwencji, wysokim poziomem niepokoju związanym z faktem zachorowania, który jednak nie dezorganizuje działań pacjenta, ale raczej motywuje go do podejmowania różnych sprzyjających zdrowieniu form aktywności, oraz niewielkimi oczekiwaniami i roszczeniami w stosunku do personelu medycznego dotyczącymi opieki i rehabilitacji. Postawę niekorzystną dla przebiegu leczenia i rehabilitacji można podzielić na dwa podtypy. Wspólne dla nich jest posiadanie niewystarczających i nieadekwatnych informacji na temat własnej choroby i jej konsekwencji oraz brak akceptacji dla rozpoznania lekarskiego i proponowanego przebiegu leczenia. Podtypy te odróżnia od siebie poziom natężenia lęku. W przypadku podtypu 1 chorych cechuje wysoki poziom lęku, pesymistyczne nastawienie do własnej przyszłości oraz nadmierne oczekiwania opieki ze strony innych osób. Dla podtypu 2 charakterystyczny jest natomiast brak niepokoju związanego z przebyciem zawałem serca i odrzucanie propozycji opieki ze strony innych osób. Ostatnia z postaw, czyli postawa ambiwalentna składa się z podstawowych elementów dwóch wcześniejszych postaw (Wrześniewski, 1986).

4.4.3. Zdroworozsądkowe modele choroby i reprezentacja własnej choroby

W literaturze światowej problematyka poznawczego ustosunkowania się do własnej choroby jest często podejmowana. Konceptualizacje tego zjawiska dokonywane są za pomocą różnych terminów, takich jak: schematy poznawcze (Pennebaker 1982), przekonania na temat choroby (Croyle, Ditto, 1990), zdroworozsądkowe modele choroby (Leventhal i in., 1980; Leventhal, Nerenz i Steele, 1984), percepcja choroby (Weinman, Petrie, Moss-Morris i Horne, 1996).

Wydaje się, że najwięcej prac badawczych prowadzonych jest w oparciu o zdroworozsądkowy model choroby (określany również jako model samoregulacji przekonanych zdrowotnych). Stanowi on próbę wyjaśnienia, w jaki

sposób człowiek kontroluje i zarządza własnym zachowaniem w sytuacji kryzysu zdrowotnego. Nazwa związana jest z założeniem, że każdy chory jest zdroworozsądkowym „naukowcem”, który próbuje zrozumieć i nadać znaczenie doświadczeniu, jakim jest choroba przewlekła. W rezultacie powstaje zmienny w czasie zestaw interpretacji swojej sytuacji zdrowotnej, zwany reprezentacją choroby, który prowadzi do wypracowania różnorodnych form radzenia sobie z chorobą.

Podejście to zaliczane jest do grupy modeli samoregulacji (*self-regulatory*). Zakłada się w nim, że normalnym stanem jest bycie zdrowym, a wystąpienie choroby jest zakłóceniem tego stanu. Zdroworozsądkowy model choroby opisuje przebieg procesu odzyskiwania równowagi zaburzonej przez wystąpienie choroby (Ogden, 2007).

Model ten pozwala wyjaśnić, w jaki sposób ludzie przystosowują się do choroby przewlekłej (Leventhal, Brissette i Leventhal, 2003; Cameron, Leventhal i Leventhal, 1993). Jego zapleczem teoretycznym są poznawcze modele opisujące proces rozwiązywania problemów. W związku z tym w opisywanym modelu wyodrębnia się trzy fazy: (1) interpretacji (zrozumienia, nadania sensu występującemu problemowi), (2) radzenia sobie z problemem, mającego na celu odzyskanie zaburzonej równowagi, (3) oceny (ewaluacji), podczas której sprawdza się, czy działania podjęte w fazie sukcesu zakończyły się powodzeniem, a ich rezultat jest zgodny z oczekiwaniami (rys. 3). W odniesieniu do sytuacji choroby przewlekłej Leventhal uszczegóławia przebieg procesu rozwiązywania problemów o specyficzną interpretację stanu zdrowia, określaną jako reprezentację choroby. Przyjmuje się, że wynik oceny zwrótnie wpływa na poznawczą reprezentację własnej choroby oraz późniejsze próby radzenia sobie z nią (Leventhal i in., 1980; 1984).

Zdroworozsądkowy model choroby wyjaśnia, w jaki sposób ludzie nadają znaczenie pojawiającym się w ich życiu zagrożeniom zdrowotnym. Każda z osób chorujących przewlekłe zmaga się z własną chorobą oraz wieloma problemami będącymi jej konsekwencją. W celu zrozumienia oraz nadania znaczenia swojej sytuacji zdrowotnej, a także wypracowania najbardziej korzystnej reakcji na chorobę pacjenci wytwarzają własne, niepowtarzalne rozumienie choroby, określane jako reprezentacja choroby. Według założeń zdroworozsądkowych modeli choroby to, w jaki sposób jest ona rozumiana, przekłada się na wybór strategii radzenia sobie z nią, podejmowanie prób radzenia sobie z nią oraz efekty tego działania. W związku z tym wyróżnia się następujące zmienne istotne dla przystosowania się do choroby: poznawczą reprezentację choroby, radzenie sobie z chorobą, ocenę podjętych działań oraz efekty tego radzenia.

Poznawcza reprezentacja choroby tworzy się od momentu stwierdzenia pierwszych symptomów choroby lub od chwili jej zdiagnozowania. Konfron-

tacja z problemem może więc nastąpić na skutek percepcji symptomów lub otrzymania komunikatu społecznego. Zdarzenie to inicjuje proces odszukiwania w pamięci istniejących schematów poznawczych dotyczących choroby w celu zrozumienia swojej obecnej sytuacji (Petrie i Weinman 2003). Leventhal i współpracownicy (1980; 1997) uważają, że reprezentacja choroby to zdroworozsądkowe przekonania pacjenta na temat własnej choroby, które przejawiają się na poziomie abstrakcyjnym i doświadczeniowym. Na podstawie analiz wypowiedzi pacjentów wyodrębniono pięć obszarów treściowych składających się na reprezentację choroby:

- natura choroby, u podstaw której leży rozpoznanie choroby dokonane przez lekarza (diagnoza medyczna), oraz jednostkowe doświadczanie symptomów (np. „Mam grypę” – diagnoza lekarska, „boli mnie mięśnie i jestem osłabiony” – doświadczanie symptomów);

- spostrzeganie przyczyny choroby – osoby chore mogą uważać, że ich choroba jest spowodowana przez czynniki biologiczne, takie jak bakterie i wirusy, bądź czynniki psychospołeczne, np. poziom obciążenia stresem, wzór zachowania A, styl życia. Określenie przyczyn własnej choroby przez pacjentów może odzwierciedlać różne modele wyjaśniające powstawanie choroby (np. „Zachorowałem bo byłem przepracowany” – psychospołeczne myślenie o genezie choroby „i w tym czasie zetknąłem się z wirusem grypy” – biologiczne myślenie o genezie choroby);

- czas trwania choroby – wymiar ten obejmuje to, w jaki sposób pacjenci postrzegają długość choroby: czy traktują ją jak chorobę ostrą, trwającą krótki czas, czy raczej jako przewlekłą, rozciągniętą w czasie, z niewielkim prawdopodobieństwem zakończenia (np. „To jest grypa, przejdzie mi w ciągu tygodnia” lub „Mam cukrzycę i już zawsze będę chory”);

- konsekwencje – ten wymiar odnosi się do przewidywań pacjenta na temat możliwych konsekwencji, jakie choroba spowoduje w jego życiu. Przewidywane konsekwencje mogą odnosić się do samopoczucia fizycznego (np. „W związku z moją chorobą skazany jestem na ciągłe odczuwanie bólu”), emocjonalnego (np. „Od kiedy jestem chory, wszystko mnie drażni i irytuje”), społecznego funkcjonowania (np. „Ludzie odsuną się ode mnie w związku z moją chorobą”) czy do warunków ekonomicznych (np. „Moja choroba spowoduje, że będę mniej zarabiał”). Mogą też być kombinacją wymienionych wymiarów (np. „Moi przyjaciele, widząc, jak stałem się zgryźliwy, odsuną się ode mnie”);

- możliwość wyzdrowienia i kontrolowania swojej choroby – pacjenci, myśląc o własnej chorobie, określają również, czy ich choroba poddaje się leczeniu i czy istnieje możliwość powrotu do pełnego zdrowia. Dodatkowo wymiar ten uzupełniany jest o przekonania, na ile osoba chora jest w stanie samodzielnie radzić sobie z efektami choroby, a na ile będzie musiała korzy-

stać z pomocy specjalistów (np. „Gdy odpocznę, wyzdrowieję”, „Jeśli poddam się operacji, to wrócę do zdrowia”).

Posiadana reprezentacja choroby umożliwia zrozumienie własnej sytuacji zdrowotnej i wybór optymalnej strategii radzenia sobie z nią. Dzięki niej pacjenci wiedzą, na jakie elementy swojego stylu życia powinni zwrócić szczególną uwagę, aby powrócić do równowagi. Reprezentacja choroby wpływa na emocjonalną, behawioralną i poznawczą reakcję na chorobę (Moldovan, 2009).

Reprezentacja choroby może być modyfikowana przez wiedzę na jej temat uzyskaną z mediów, własne doświadczenie związane z chorowaniem, zmieniającą się w czasie percepcję symptomów, kontakty z ważnymi ludźmi – zarówno z członkami rodziny, jak i z osobami należącymi do personelu medycznego (Morrison i Bennett, 2009). U jej podstaw mogą leżeć przekonania na temat zdrowia i choroby wykształcone w dzieciństwie. Zawartość i organizacja informacji tworzących reprezentację choroby jest zróżnicowana indywidualnie – różni ludzie cierpiący na tę samą chorobę mają odmienną reprezentację choroby, która dodatkowo jest zmienna w czasie (Goldman, Whitney-Saltiel, Granger i Rodin, 1991). Badania prowadzone nad przekonaniami na temat choroby wskazują, że pełnią one funkcję regulującą zachowanie osób chorych.

Drugą z wyróżnionych faz w zdroworozsądkowym modelu choroby tworzą procedury radzenia sobie z chorobą. Są one rozumiane jako „poznawcze i behawioralne działania podejmowane (bądź nie) w celu poprawy zdrowia, jego ochrony, leczenia choroby bądź rehabilitacji jej konsekwencji” (Leventhal, Leventhal i Contrada, 1998, s. 722). Osoba z rozpoznaną chorobą staje przed koniecznością zidentyfikowania i rozwinięcia strategii radzenia sobie najbardziej korzystnych dla przystosowania się do swojej sytuacji zdrowotnej (por. rozdział III). Leventhal nie rozwija własnego podejścia do radzenia sobie. W prowadzonych badaniach opiera się raczej na wiedzy o radzeniu sobie opracowanej w oparciu o inne podejścia, odwołując się np. do podziału strategii radzenia sobie na unikowe i konfrontujące się z problemem. W modelu tym zakłada się, że strategii radzenia sobie pełnią rolę mediatora między poznawczą reprezentacją choroby a jej konsekwencjami, co ma częściowe potwierdzenie w wynikach badań (Carlisle, John, Fife-Schaw i Lloyd, 2005).

Trzecia z faz to faza oceny, podczas której następuje ewaluacja podjętych dotychczas działań i określenie, czy przyniosły one oczekiwane skutki. W zależności od jej wyniku osoba chora kontynuuje rozpoczęte działania albo modyfikuje je, poszukując bardziej skutecznych sposobów radzenia sobie z chorobą.

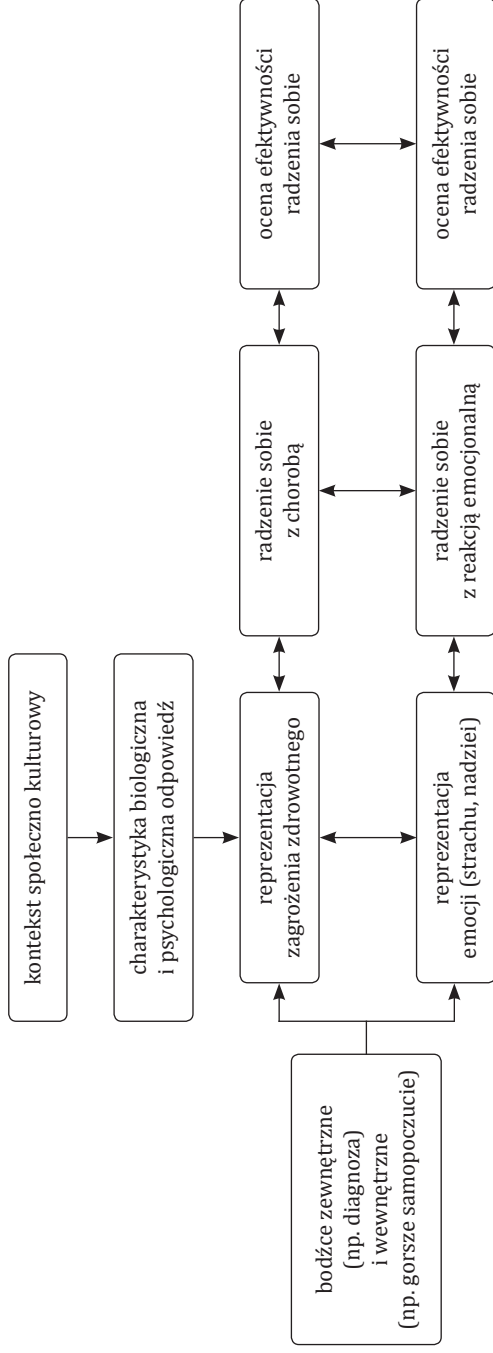
Badania nad związkami między przekonaniami na temat własnej choroby a poziomem funkcjonowania w sytuacji choroby przewlekłej były

prowadzone w odniesieniu do wielu chorób przewlekłych, takich jak: reumatoidalne zapalenie stawów (Treharne i in., 2008), stwardnienie rozsiane (Schiaffino, Shawaryn i Blum, 1998), fibromialgia (Glattacker, Opitz i Jäckel, 2010), nowotwory (Rozema, Völlink i Lechner, 2009), cukrzyca (Olsen, Berg i Wiebe, 2008).

Badania nad reumatoidalnym zapaleniem stawów wskazują, że posiadane przekonania na temat własnej choroby pozwalają przewidzieć siłę symptomów choroby w rok po jej rozpoznaniu (Scharloo i in., 1999; Schiaffino, Shawaryn i Blum, 1998) i poczucie znużenia (Treharne i in., 2008). Zaobserwowano również, że u osób mających negatywne przekonania na temat własnej choroby przebieg RZS jest poważniejszy, a sama choroba bardziej aktywna. Wiązało się to też z silniejszym bólem, wyższym stopniem niepełnosprawności oraz gorszym stanem psychicznym (Carlisle i in., 2005). W tej grupie pacjentów zaobserwowano również związki reprezentacji własnej choroby z psychicznym dobrostanem (Murphy, Dickens, Creed i Bernstein, 1999).

W przypadku pacjentów chorych na cukrzycę wskazuje się na związki między reprezentacją choroby a poczuciem jakości życia (Watkins i in., 2000). Prowadzono badania mające określić relację łączącą reprezentację choroby ze specyficznym rodzajem aktywności podejmowanej w sytuacji zachorowania, jakim są zachowania zdrowotne. Na przykład podzielanie przekonania o możliwości kontrolowania choroby przez osoby wkraczające w dorosłość w 39% pozwalało przewidzieć monitorowanie poziomu glukozy, przestrzeganie diety oraz prowadzenie aktywności fizycznej (Griva i in., 2000). W innych badaniach stwierdzono, że postrzeganie choroby jako długotrwałej i możliwej do kontroli sprzyjało zmianie diety, a zwłaszcza zwiększeniu spożycia owoców i pokarmów bogatych w błonnik oraz ograniczeniu konsumpcji cukru (Searle, Norman, Thompson i Vedhara, 2007).

Sprawdzano również zależności między reprezentacją choroby a funkcjonowaniem pacjentów z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca oraz po jej najpoważniejszej konsekwencji, jaką jest zawał serca. Okazało się, że reprezentacja własnej choroby jest istotnym czynnikiem pozwalającym przewidywać późniejsze zachowania zdrowotne (Scharloo i in., 1998). Wyniki badań sugerują, że w przypadku osób chorujących na chorobę niedokrwienną serca jest ona predyktorem zaangażowania się w rehabilitację kardiologiczną, a także szybszego powrotu do pracy. Kluczowe znaczenie dla podjęcia i kontynuowania rehabilitacji kardiologicznej mają przekonania o możliwości kontrolowania przebiegu choroby i niewielka koncentracja na doznawanych symptomach (Whitmarsh, Koutantji i Sidell, 2003). Późniejszy powrót do pracy wiąże się z koncentracją na negatywnych zmianach spowodowanych przez chorobę (Petrie, Weinman, Sharpe i Buckley, 1996).



Rysunek 4. Zdroworozsądkowy model choroby

Źródło: Leventhal, Diefenbach i Leventhal, 1992; za: Bennet, 2003, Morrison i Bennet, 2009.

W przypadku osób po przebytych zawałach serca posiadana reprezentacja choroby pozwala przewidywać aktywność fizyczną i podporządkowanie się wymogom procesu leczenia. Dla podjęcia zachowań zdrowotnych szczególne znaczenie mają: postrzeganie choroby jako długotrwałej, traktowanie symptomów jako zjawiska tymczasowego, a nie stałego, oraz przekonanie o możliwości wpływania na stan swojego zdrowia (Lau-Walker, 2007). Wskazuje się również, że podobieństwo w zakresie posiadanej reprezentacji choroby, chorych i ich bliskich sprzyja powrotowi do zdrowia i zachowaniom zdrowotnym (Figueiras i Weinman, 2003).

W metaanalizach badań dotyczących modelu Leventhala wskazuje się, że lepsze przystosowanie do choroby przewlekłej, na które składa się: wypełnianie ról społecznych, mniej fizjologicznych konsekwencji, wyższy poziom dobrostanu psychicznego, większa witalność, charakteryzuje tych chorych, którzy dostrzegają mniej konsekwencji choroby i w mniejszym stopniu koncentrują się na naturze choroby, zwłaszcza jej symptomach. Percepcja przyczyn była wymiarem niemającym znaczenia dla poziomu przystosowania się chorych do własnej sytuacji zdrowotnej (Hagger i Orbell, 2003). Wyniki te sugerują, że reprezentacja własnej choroby współdecyduje o różnorodności i zmienności reakcji na sytuację zachorowania. Generalnie bardziej pozytywna reprezentacja choroby, obejmująca m.in. silne przekonanie o możliwości kontrolowania swojej sytuacji zdrowotnej, niską koncentrację na symptomach, niekoncentrowanie się na konsekwencjach i ograniczeniach spowodowanych przez chorobę oraz niepostrzeganie choroby jako chronicznej, sprzyja stosowaniu strategii radzenia sobie skoncentrowanych na problemie.

4.4.4. Subiektywne ustosunkowanie się do własnej choroby – podsumowanie

Wspólne dla przedstawionych subiektywnych koncepcji własnej choroby jest to, że koncentrują się one na opisanu, w jaki sposób człowiek doświadcza i rozumie własną chorobę i w jaki sposób myślenie o chorobie przekłada się na funkcjonowanie osoby nią dotkniętej. Mimo różnic, jakie uwidaczniają się u poszczególnych autorów w ujmowaniu tego zjawiska, można określić wspólne elementy na poziomie treściowej zawartości struktur poznawczych, które dotyczą tego: czym jest dana choroba, jak określona choroba powstała, jaki będzie jej przebieg oraz jakie konsekwencje mogą się pojawić

Biorąc pod uwagę konstrukty transakcyjnej teorii stresu opisujące, w jaki sposób człowiek ustosunkowuje się do własnej choroby, można przyjąć, że jest to specyficzna forma oceny własnej sytuacji. Lazarus (1986) w swoim ujęciu stresu zaproponował trzy sposoby oceny sytuacji – jako stratę, zagro-

żenie i wyzwanie. Są to kategorie ogólne, które można odnieść do wszystkich możliwych sytuacji stresowych. Natomiast modele opisujące ustosunkowanie się do własnej choroby można potraktować jako specyficzny rodzaj oceny – rozumienia stresora, ponieważ odnoszą się one do konkretnej sytuacji, jaką jest choroba przewlekła.

Przyjmując szerszą perspektywę analizy bodźca stresowego, obejmującą ocenę cech obiektywnych, zobiektywizowanych oraz subiektywnych, można potraktować ją jako specyficzny rodzaj oceny pierwotnej i wtórnej (Sęk, 1991).

ROZDZIAŁ III

AKTYWNOŚĆ W CHOROBIE PRZEWLEKŁEJ

Wprowadzenie

Gdy traktuje się chorobę przewlekłą jako krytyczne wydarzenie życiowe, to z jego definicji wynika, że dotknięta nią osoba nie ma jeszcze wypracowanych reakcji bądź gotowych wzorców zachowania sprzyjających adaptacji do tej nowej, zmienionej sytuacji. Z chwilą wystąpienia pierwszych symptomów lub postawienia diagnozy rozpoczyna się proces poszukiwania, wyboru i wykonywania działań mających na celu przystosowanie się do wymagań stawianych przez chorobę. Zagadnienie to dotyczy tego, co osoba robi w odpowiedzi na doświadczaną sytuację stresową, jakie podejmuje działania w jej obliczu. W transakcyjnej teorii stresu psychologicznego procesy te są określane jako radzenie sobie. Mogą one mieć różny charakter i zwrótnie skutkować wieloma konsekwencjami zdrowotnymi (Łosiak, 2008). Proces radzenia sobie jest zjawiskiem ogólnym, zachodzącym w każdej sytuacji stresowej, nie odnosi się jedynie do sytuacji choroby przewlekłej, choć oczywiście proces radzenia sobie jest w niej podejmowany. Znajomość teorii radzenia sobie umożliwi opisanie i zrozumienie zachowania człowieka w każdej sytuacji obciążającej. Można je więc potraktować jako niespecyficzną, bo występującą w różnorodnych sytuacjach trudnych, aktywność człowieka.

Choroba przewlekła jest również stresorem o szczególnym charakterze, wymagającym podjęcia specyficznych działań w celu przewyciężenia objawów choroby. Zrozumienie tej aktywności zaradczej jest możliwe nie tylko dzięki pojęciom teoretycznym wywodzącym się z transakcyjnego modelu stresu. Jak zauważają Ralf Schwarzer i Steffen Taubert (1999), model Lazarusa i Folkmana ma status metateorii, będącej ogólnym układem odniesienia, która umożliwia zrozumienie procesów zachodzących w różnych sytuacjach stresu. Wymaga jednak uszczegółowienia w przypadku konkretnych sytuacji stresowych (Włodarczyk, 2004). Podstawą teoretyczną analizy specy-

ficznych form aktywności człowieka podejmowanych tylko w sytuacji choroby przewlekłej może być teoria zachowań zdrowotnych, a zwłaszcza wiedza o rodzaju zachowań określanych jako zachowania zdrowotne w sytuacji choroby (Sęk, 2000).

Do zrozumienia reakcji człowieka w sytuacji choroby przewlekłej niezbędna jest analiza przynajmniej dwóch form podejmowanej wtedy aktywności. Pierwszą z nich jest radzenie sobie – konstrukt teoretyczny wyprowadzony bezpośrednio z transakcyjnego modelu stresu, na który składają się reakcje niespecyficzne, występujące w różnych sytuacjach stresowych. Drugą z nich są zachowania zdrowotne, czyli reakcje specyficzne, będące próbą poradzenia sobie z konkretnym stresem, jakim jest choroba przewlekła.

Zrozumienie funkcjonowania człowieka w sytuacji choroby przewlekłej wymaga wyjścia poza ramy określone przez transakcyjny model stresu i wykorzystywane w nim pojęcie radzenia sobie. Odbywa się to przez uwzględnienie innych form działania pojawiających się w sytuacji zachorowania, takich jak zachowania zdrowotne. W związku z tym celowe jest posługiwanie się terminem bardziej ogólnym, jakim jest aktywność człowieka w sytuacji choroby przewlekłej.

Istotne jest więc określenie, jakie specyficzne i niespecyficzne działania podejmuje człowiek w obliczu choroby przewlekłej, jak te działania przekładają się na jego funkcjonowanie i które z nich ułatwiają przystosowanie się do sytuacji choroby, a które je utrudniają.

1. Radzenie sobie

Termin „radzenie sobie” jest jednym z bardziej znanych pojęć psychologicznych związanych z teorią stresu. W porównaniu z innymi konstruktami wywodzącymi się z transakcyjnego modelu stresu, takimi jak: bodziec, ocena pierwotna czy ocena wtórna, tematyka radzenia sobie ze stresem jest chyba najczęściej podejmowana w rozważaniach teoretycznych i badaniach naukowych. Wynika to prawdopodobnie z tego, że skutki transakcji stresowej w większym stopniu determinowane są przez aktywność własną jednostki podejmowaną w obliczu sytuacji trudnej niż przez właściwości bodźca i jego ocenę (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008). Aaron Antonovsky (1995) w swoich pracach podkreślał, że skuteczne radzenie sobie ze stresem ma kluczowe znaczenie dla przezwyciężenia stresora i decyduje o poziomie zdrowia.

W pracach teoretycznych na pierwszy plan wysuwają się próby konceptualizacji tego pojęcia oraz tworzenia typologii i klasyfikacji sposobów radzenia sobie. Z kolei w pracach empirycznych główne obszary badawcze obejmują zrozumienie roli radzenia sobie w: etiologii chorób, zarządzaniu

ryzykiem zdrowotnym, przystosowaniu się do choroby przewlekłej oraz zidentyfikowaniu powiązań między strategiami radzenia sobie a skutkami choroby. W kontekście zdrowia i choroby najczęściej uwagi poświęca się znaczeniu radzenia sobie dla przystosowania się do choroby przewlekłej (Manne, 2003).

Tak duże zainteresowanie tym zagadnieniem sprawia, że pojęcie to jest niejednorodne, złożone i wieloaspektowe. Można je nawet odbierać jako rozmyte. Jego wieloaspektowość ujawnia się w wielości wymiarów, za pomocą których zjawisko to jest opisywane. Wymienia się pięć kryteriów, według których termin „radzenie sobie” może być analizowany. Są nimi:

- kryterium paradygmatu – klasyfikowanie koncepcji radzenia sobie odbywa się na podstawie przynależności koncepcji radzenia sobie do jednego z nurtów teoretycznych; wyróżnia się psychodynamiczne i poznawcze podejście do radzenia sobie;

- kryterium determinant – określa podejścia, w których determinant radzenia sobie upatruje się w sytuacji, osobie bądź interakcji między osobą a sytuacją (Aldwin, 2007);

- kryterium trwałości stosowanych strategii radzenia sobie: styl (podejścia makroanalityczne) vs. strategia (podejścia mikroanalityczne) (Chronister i Chan, 2007);

- kryterium sposobu dopasowania się do sytuacji trudnej: statyczne vs. procesualne ujęcia radzenia sobie;

- kryterium źródła wiedzy na temat radzenia sobie – ujęcia radzenia sobie są analizowane przez pryzmat tego, w jaki sposób została stworzona dana klasyfikacja sposobów radzenia sobie: indukcyjne (empiryczne) vs. dedukcyjne (teoretyczne) (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008)¹.

Analizę pojęcia radzenia sobie można przeprowadzić, odwołując się do głównych zagadnień podejmowanych w pracach mu poświęconych. Koncentrują się one na następujących pytaniach: Czym jest radzenie sobie? Jakie funkcje spełnia radzenie sobie? Jakie formy radzenia sobie można wyodrębnić? Jakie czynniki inicjują radzenie sobie i wpływają na wybór konkretnej strategii? Jakie konsekwencje niesie stosowanie poszczególnych strategii radzenia sobie?

¹ Ponieważ zagadnienia podejmowane w tej pracy skupiają się wokół problemu, czy u chorych na odmienne schorzenia przewlekłe proces zmagania się z chorobą przebiega podobnie, czy też różnie, za najbardziej użyteczne do analizy zjawiska radzenia sobie uznano kryterium trwałości stosowanych strategii radzenia sobie, gdyż umożliwia ono opisanie stosowanych przez chorych form radzenia sobie, zarówno rozumianych jako konkretne strategie radzenia sobie, jak i styl radzenia sobie.

1.1. Konceptualizacja pojęcia radzenia sobie

Pojęcie to funkcjonuje w obrębie psychoanalitycznych i poznawczych koncepcji człowieka. W literaturze psychologicznej zaistniało w latach 50. XX wieku (Menninger, 1954; za: Radnitz i Tiersky, 2007). Pierwotnie było związane z psychoanalityczną koncepcją człowieka, w której podkreślano jego obronną funkcję. Traktowano je jako jeden z mechanizmów obronnych, którymi człowiek posługuje się nieświadomie, jednak – w przeciwieństwie do innych mechanizmów obronnych – uważano je za efektywny i dojrzały sposób zmagania się z sytuacjami trudnymi (Steptoe i Ayers, 2005). Zwracano również uwagę, że prowadzi ono do adekwatnego funkcjonowania w świecie oraz podkreślano hierarchiczny charakter tego procesu.

Najbardziej znaną koncepcją radzenia sobie, wywodzącą się z tego nurtu myślenia, jest model zaproponowany przez Normę Haan (1977), opisujący hierarchię funkcji ego, ich rozwój oraz relację do afektu. Pomysł taksonomii procesów radzenia sobie Haan nie przeszedł jednak pozytywnej weryfikacji empirycznej, mimo że cechowała go wysoka trafność ekologiczna wynikająca ze sposobu wyodrębniania strategii radzenia sobie na podstawie wypowiedzi osób znajdujących się w sytuacji obciążającej (Łosiak, 2011).

Na początku lat 80. Richard Lazarus i Susan Folkman (1984), odwołując się do dorobku psychoanalizy oraz zwierzęcych modeli stresu, stworzonych na podstawie badań nad zachowaniami zwierząt umożliwiającymi im przeżycie w zagrażających sytuacjach (Selye, 1976), przenieśli problematykę radzenia sobie na grunt psychologii poznawczej. Do momentu sformułowania przez Lazarusa i Folkman transakcyjnej teorii stresu psychologicznego radzenie sobie było traktowane jako sposób opanowania emocji pojawiających się w sytuacji trudnej (Miller, 1980; Ursin, 1980). W tym czasie toczyła się też dyskusja, czy reakcja emocjonalna (Zajonc, 1980; 1984), czy też reakcja poznawcza jest pierwszą odpowiedzią człowieka na pojawiające się wydarzenie. Lazarus i Folkman (1984) przyjęli, że reakcja poznawcza ma znaczenie pierwszorzędne, a radzenie sobie jest częścią dynamicznej i zmiennej interakcji zachodzącej między procesami poznawczymi a afektywnymi. Autorzy ci nadali radzeniu sobie szerokie znaczenie, określając je jako „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki mające na celu uporanie się z określonymi zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami ocenianymi przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” (Lazarus i Folkman, 1984, s. 141). Z definicji tej wynika, że radzenie sobie niekoniecznie musi prowadzić do rozwiązania problemu.

Prace Lazarusa i Folkman (1984) przyczyniły się do wzrostu zainteresowania problematyką radzenia sobie. Czyniąc punktem wyjścia ich ustalenia,

inni autorzy proponowali własne konceptualizacje tego pojęcia. Na przykład Norman S. Endler i James D. Parker (1990, s. 884) określali je jako „odpowiedź na stresujące bądź negatywne zdarzenie”, przy czym odpowiedź ta ma charakter świadomy. Radzenie sobie jest też rozumiane jako wszystkie działania osoby podejmowane w sytuacji postrzeganego bądź rzeczywiście działającego stresora w celu redukcji wzbudzonych emocji negatywnych lub usunięcia bądź przekształcenia działającego stresora (Morrison i Bennett, 2009). Charles J. Holahan, Rudolf H. Moos i Jeanne A. Schaefer (1996, s. 25) w podobny sposób określają radzenie sobie – jest ono „czynnikiem stabilizującym, który pomaga osobie utrzymać psychologiczne przystosowanie w stresującym czasie. Radzenie sobie obejmuje poznawcze i behawioralne wysiłki zmierzające do przekształcenia bądź wyeliminowania obciążeń i związanego z nimi napięcia emocjonalnego”. Z kolei Charles R. Snyder i Beth L. Dinoff (1999, s. 5) przyjmują, że radzenie sobie jest „odpowiedzią jednostki mającą na celu zmniejszenie fizycznego, emocjonalnego i psychologicznego obciążenia powiązanego z krytycznymi wydarzeniami życiowymi bądź uciążliwościami dnia codziennego”. Wspólnym elementem przytoczonych definicji jest to, że efektem radzenia sobie jest zmniejszenie obciążenia emocjonalnego lub przekształcenie/usunięcie działającego stresora. Najogólniej można je więc określić jako zmienną aktywność jednostki podejmowaną w obliczu stresu (Heszen i Sęk, 2007; Heszen-Niejodek, 1996). Jest ono jednym z kluczowych pojęć transakcyjnej koncepcji stresu.

Z przytoczonych definicji wynika, że radzenie sobie jest dynamicznym procesem, w trakcie którego osoba wykorzystuje dostępne sobie strategie poznawcze, emocjonalne i behawioralne, za pomocą których może regulować swoje stany wewnętrzne lub/i przekształcać środowisko zewnętrzne. Wykorzystywane strategie zmieniają się wraz ze zmianą wewnętrznych i zewnętrznych aspektów sytuacji oraz dostępnością zasobów. W związku z tym poznawcze ujmowanie radzenia sobie określane jest jako procesualne, uwypukla bowiem jego plastyczny i zmienny charakter (Heszen-Niejodek, 1996). Radzenie sobie rozumie się więc jako czynnik mediujący między zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami powstałymi w sytuacji obciążającej a szeroko rozumianymi konsekwencjami zdrowotnymi.

Głównym celem radzenia sobie nie jest usunięcie działającego stresora, lecz zmiana jego oddziaływania na życie osoby będącej pod jego wpływem. Może to następować przez stosowanie różnych strategii, np. nabywanie nowych umiejętności sprzyjających radzeniu sobie z nim, reinterpretację sytuacji, niedostrzeganie stresora lub redukcję napięcia emocjonalnego. Procesy radzenia sobie mają więc przyczynić się do adaptacji do sytuacji stresowej. Niektórzy badacze przyjmują, że jednostkę cechuje dążenie do zachowania społecznej i psychologicznej równowagi (Moos, 1986; za: Pasikowski, 2000),

a wystąpienie sytuacji trudnej powoduje jej zakłócenie. Radzenie sobie można więc rozumieć jako sposób przywrócenia zaburzonej równowagi. W obliczu sytuacji trudnej osoba uruchamia nawykowe strategie radzenia sobie, które są przeważnie zgodne z jej wzorcami myślenia, zachowania i przeżywania. W niektórych sytuacjach, zwłaszcza tych określanych jako krytyczne wydarzenia życiowe, nawykowe strategie radzenia sobie są niewystarczające do przewyciężenia istniejących trudności. Osoba staje przed koniecznością wypracowania nowego wzorca reagowania, wykraczającego poza jej dotychczasowe nawyki funkcjonowania. Opracowany przez nią sposób rozwiązania sytuacji, w której się znajduje, może mieć charakter adaptacyjny bądź dezadaptacyjny. W pierwszym przypadku sytuacje obciążające sprzyjają rozwojowi osoby, ponieważ wzbogacają ją o nowe strategie radzenia sobie i umożliwiają podjęcie nowych form działania. W drugim adaptacja do istniejącej sytuacji odbywa się dzięki dotychczasowym strategiom radzenia sobie. W trzecim zaś ma miejsce szeroko rozumiany kryzys zdrowotny powstający na skutek braku lub niemożności wypracowania strategii pozwalających na przewyciężenie sytuacji trudnej.

1.2. Funkcje radzenia sobie

O tym, jakie korzyści niesie radzenie sobie, decydują jego funkcje. Funkcje (określane też jako cele) radzenia sobie formułowane są na poziomie ogólnym, który odnosi się do każdego wydarzenia stresowego, oraz na poziomie szczegółowym, który uwzględnia specyfikę konkretnych wydarzeń. Według Frances Cohen i Richarda Lazarusa (1979) efekty radzenia sobie przejawiają się w: (1) zredukowaniu potencjalnie stresujących warunków panujących w środowisku, przez co maksymalizowane jest prawdopodobieństwo powrotu do zdrowia, (2) zmianie nastawienia bądź tolerancji negatywnego zdarzenia, (3) utrzymywaniu pozytywnego obrazu Ja, (4) utrzymywaniu równowagi emocjonalnej oraz zmniejszaniu emocjonalnego napięcia, (5) kontynuowaniu satysfakcjonujących relacji z otoczeniem, przede wszystkim z innymi ludźmi.

W późniejszych pracach Lazarus i Folkman (1984; Lazarus, 1986) przedstawili hipotezę, że radzenie sobie spełnia dwie podstawowe funkcje: zadaniową instrumentalną skierowaną na problem oraz skierowaną na emocje. W pierwszym z nich jednostka skupia się na sytuacji, która jest źródłem stresu. Ma to na celu poprawę niekorzystnego związku między wymaganiami stawianymi przez środowisko a możliwościami osoby. Natomiast w drugim przypadku jednostka koncentruje się na złagodzeniu negatywnych emocji powstałych w odpowiedzi na zaistniałą sytuację trudną. Na ogół sytuacja trudna przyczynia się do odczuwania negatywnych i przykrych stanów emo-

cyjonalnych, które utrudniają pożądaną i adekwatną reakcję na zaistniałą sytuację. Należy jednak pamiętać, że emocje to także forma informacji o zmianach zachodzących w świecie, która pełni funkcję mobilizującą jednostkę do działania. Następuje to na skutek zwiększenia pobudzenia emocjonalnego pojawiającego się w sytuacji trudnej, które skłania jednostkę do podjęcia różnych działań (Heszen i Sęk, 2007).

Hanoch Livneh i Erin Martz (2007) na podstawie analizy prac poświęconych funkcjom radzenia sobie wskazują, że sprzyjają one osiągnięciu następujących celów:

- ochronie już posiadanych informacji na temat sytuacji trudnej i wymagań przez nią nałożonych,
- poszukiwaniu nowych informacji na temat sytuacji trudnej oraz ich krytycznej analizie,
- utrzymaniu adekwatnych mechanizmów przetwarzania informacji, które umożliwiają odbiór napływających informacji i pomagają rozpocząć działania,
- osiągnięciu równowagi emocjonalnej, dzięki której możliwe jest spożytkowanie energii na działania ukierunkowane na przezwyciężanie zewnętrznych wymagań,
- redukcji odczuwanego napięcia emocjonalnego,
- utrzymaniu pozytywnego obrazu siebie i psychicznego dobrostanu,
- minimalizowaniu bądź, gdy jest to możliwe, eliminowaniu szkodliwych wpływów środowiska,
- zwiększeniu tolerancji na negatywne wydarzenia lub takiemu przekształceniu sytuacji, by nie dopuścić do ich wystąpienia,
- kontroli szkodliwego wpływu sytuacji obciążających przez poznawczą reinterpretację sytuacji i przypisywanie jej bardziej pozytywnego znaczenia,
- zminimalizowaniu prawdopodobieństwa powrotu do wzorców aktywności poprzedzających wystąpienie sytuacji obciążającej, które doprowadziły do jej zaistnienia.

Przedstawione przez Livneh i Martz (2007) cele radzenia sobie ukierunkowane są głównie na sposób przetwarzania informacji dotyczących: sytuacji i siebie, poprawy samopoczucia oraz przekształcenia różnych aspektów rzeczywistości zewnętrznej sprzyjających nasileniu obciążenia. Cele te mają charakter ogólny i odnoszą się do wszystkich rodzajów sytuacji trudnych.

Z kolei Moos i Schaefer (1984) kładą nacisk na specyficzne funkcje radzenia sobie, które odnoszą się do chorowania. Według nich w przypadku choroby przewlekłej dzięki skutecznemu radzeniu sobie pacjent może zrealizować trzy zadania związane bezpośrednio z chorobą i cztery zadania o bardziej ogólnym charakterze. Zadania o charakterze ogólnym dotyczą: (1) utrzymania emocjonalnej równowagi, (2) utrzymania spójnego poczucia

Ja, zwłaszcza w obszarze kompetencji i poczucia sprawstwa, (3) utrzymania dobrych relacji z rodziną i przyjaciółmi, (4) przygotowania się do dalszego życia. Natomiast zadania związane bezpośrednio z chorobą przewlekłą obejmują: (1) radzenie sobie z psychologicznymi konsekwencjami choroby, a zwłaszcza z symptomami, bólem i pojawiającą się niepełnosprawnością, (2) przystosowanie się do wymogów leczenia i specyficznego środowiska, jakim jest służba zdrowia, (3) zbudowanie i utrzymanie pozytywnych relacji z pracownikami służby zdrowia. Irena Heszen (2013), analizując zagadnienie instrumentalnego radzenia sobie z chorobą przewlekłą, zauważa, że jego głównym celem jest osiągnięcie przez pacjenta optymalnego stanu zdrowia, co w odniesieniu do chorób przewlekłych nie oznacza pełnego wyzdrowienia, a jedynie spowolnienie lub zatrzymanie postępów choroby.

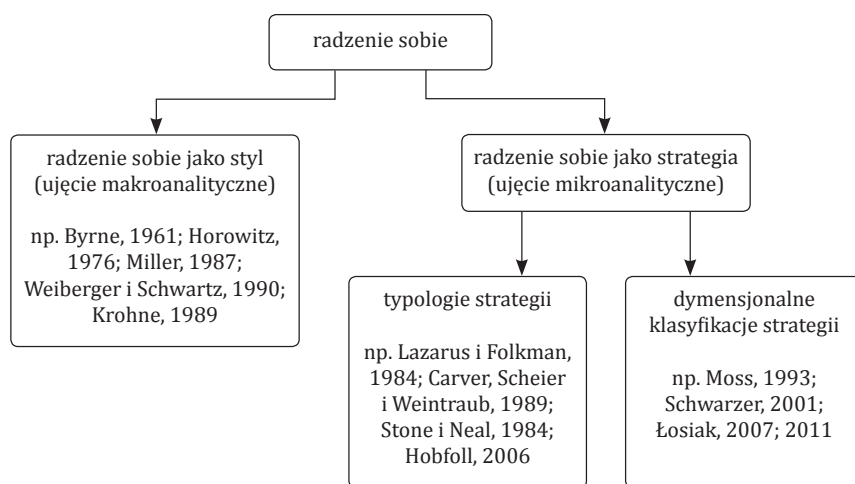
Zadaniem radzenia sobie jest zatem doprowadzenie do: zmiany warunków w celu zmniejszenia niekorzystnych cech choroby, zwiększenia tolerancji na sytuacje trudne, utrzymania emocjonalnej równowagi, pozytywnego obrazu siebie oraz satysfakcjonujących relacji z innymi ludźmi, a w przypadku choroby przewlekłej – poradzenie sobie z jej objawami i pojawiającymi się ograniczeniami.

1.3. Klasyfikacje radzenia sobie

Poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, jak ludzie radzą sobie w różnych sytuacjach, pozwala dostrzec wiele różnorodnych, ale często rozbieżnych, sposobów. Dla klasyfikacji sposobów radzenia sobie istotne jest określenie, czy radzenie sobie to raczej styl, czy też strategia (Heszen-Niejodek, 1996). Na bazie tego rozróżnienia powstały dwa odmienne sposoby rozumienia i kategoryzowania tego, czym jest radzenie sobie. W koncepcjach traktujących sposoby radzenia sobie jako styl używa się pojęcia „makroanalityczne podejście do radzenia sobie”, natomiast w koncepcjach, w których radzenie sobie jest ujmowane jako strategia, stosuje się pojęcie „mikroanalityczne podejście” (Chronister i Chan, 2007). Oba te określenia wywodzą się z prac Rogera Krohna (1996; za: Chronister i Chan, 2007).

U podstaw odróżnienia tych dwóch sposobów myślenia o radzeniu sobie leży odmienne założenie na temat tego, czym jest radzenie sobie. W podejściu makroanalitycznym, w którym ujmuje się je jako styl, zakłada się, że człowiek posiada pewną dyspozycję lub cechę, która aktywizuje się w sytuacjach stresujących. Cecha ta określa, jakie strategie radzenia preferuje dana osoba i jakimi może się ona posłużyć z uwagi na swoje właściwości temperamentalne i wcześniejsze doświadczenia. W pewnym sensie preferowany styl radzenia sobie ogranicza więc pulę dostępnych strategii radzenia sobie.

W podejściu mikroanalitycznym, w którym traktuje się radzenie sobie jako zestaw dostępnych jednostce strategii, jest ono uznawane za rodzaj emocjonalnej, behawioralnej i poznawczej odpowiedzi następującej w sytuacji przewidywanego, rzeczywistego stresu bądź zmagania się z następstwami stresu (Chronister i Chan, 2007). Propozycję uporządkowania różnych koncepcji radzenia sobie według podziału na makroanalityczne i mikroanalityczne przedstawiono na rys. 5.



Rysunek 5. Podział sposobów konceptualizacji pojęcia radzenia sobie

Źródło: opracowanie własne.

Odróżnienie podejścia makro- i mikroanalitycznego nie jest jedyną propozycją uporządkowania dorobku teoretycznego dotyczącego form radzenia sobie. Władysław Łosiak (2008) przedstawia trzy podejścia, które określa jako: kliniczne, paradygmatyczne i personologiczne. Pierwsze z nich odwołuje się do psychoanalitycznych koncepcji mechanizmów obronnych oraz teorii adaptacji poznawczej. Drugie bazuje na transakcyjnym rozumieniu stresu. Radzenie sobie jest w nim określane jako zestaw zmiennych strategii, z których korzysta osoba w sytuacjach stresowych. A to, które strategie zostaną wykorzystane, zależy od właściwości sytuacji i cech osoby. Natomiast w trzecim podejściu radzenie sobie jest rozumiane jako względnie stały wzorzec zmagania się z sytuacjami trudnymi, uwarunkowany przede wszystkim osobowościowo. Podejścia paradygmatyczne i personologiczne odpowiadają podejściu mikro- i makroanalitycznemu do radzenia sobie.

1.3.1. Mikroanalityczne podejście do radzenia sobie

W teoretycznych ujęciach radzenia sobie zaliczanych do podejścia mikroanalitycznego dąży się do zidentyfikowania specyficznych emocjonalnych, behawioralnych i poznawczych strategii, które wykorzystywane są do zmagania się z antycypowanym i rzeczywistym stresem, a także jego konsekwencjami. U podstaw takiego rozumienia radzenia sobie leży założenie, że to, jaką strategią posłuży się człowiek, zależy od wymagań sytuacji. Oznacza to, że można elastycznie dobierać strategie, które wykorzysta się w konkretnej sytuacji, w zależności od jej wymagań. W podejściu tym wyróżnia się wiele strategii radzenia sobie, analizuje się ich rolę w zmaganiu się z różnymi sytuacjami trudnymi oraz próbuje się określić efektywność i konsekwencje stosowania każdej z nich (Łosiak, 2008). Podejście mikroanalityczne rozwijane jest m.in. przez: Richarda Lazarusa i Susan Folkman (1984), Charlesa S. Carvera, Michaela F. Scheiera i Jagdishę K. Weintraubę (1989), Leonardę I. Pearlina i współpracowników (Pearlin, Menaghan, Lieberman i Mullan, 1981; Pearlin i Schooler, 1978), Andrew G. Billingsa i Rudolfa H. Moosa (1981), Arthura A. Stone'a i Johna M. Neale'a (1984) oraz Roberta R. McCrae (1984).

Mikroanalityczne koncepcje radzenia sobie są rozbudowywane w oparciu o wnioskowanie indukcyjne lub dedukcyjne (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009; Carver i in., 1989; Wong, Reker i Peacock, 2006).

Podejście indukcyjne (empiryczne) polega na tym, że wyodrębnione w badaniach strategie radzenia sobie są dopasowywane do koncepcji teoretycznych. Zaobserwowana lub relacjonowana przez ludzi aktywność w sytuacji trudnej jest uogólniana i klasyfikowana za pomocą różnych procedur statystycznych (np. analizy czynnikowej). Na podstawie zebranych danych empirycznych wyodrębniane są typy strategii radzenia sobie. Jest to podejście polegające na tworzeniu i rozbudowywaniu teorii na podstawie obserwacji i zebranych danych empirycznych. Ma ono dwie główne zalety: przedstawia obraz stosowanych strategii radzenia sobie ściśle związany z konkretną sytuacją trudną (Amirkhan, 1990) oraz umożliwia tworzenie bardzo rozbudowanych i szczegółowych (w porównaniu z podejściem dedukcyjnym) systemów klasyfikowania strategii radzenia sobie. Skutkuje to tym, że na podstawie wyników tak prowadzonych analiz można zidentyfikować strategie korzystne dla radzenia sobie z konkretną sytuacją trudną i na bazie tej wiedzy zaplanować oddziaływania dostosowane do wymagań stawianych przez sytuację trudną. Podejście indukcyjne ma jednak pewne ograniczenia. Jednym z nich jest trudność w generalizowaniu otrzymanych wyników na odmienne sytuacje trudne oraz na inne grupy osób. Innym są wymogi właściwie przeprowadzonej analizy czynnikowej (np. związane z relacjami między liczbą

twierdzeń w kwestionariuszu a liczebnością próby, możliwą do wyodrębnienia liczbą strategii na bazie kwestionariusza konkretnej długości) (Wong i in., 2006).

W podejściu dedukcyjnym pojęcia teoretyczne odnoszące się do różnych form radzenia sobie są operacjonalizowane przed uzyskaniem materiału empirycznego. Proces ich wyodrębniania przebiega od teorii do empirii. Strategie radzenia sobie wyróżnia się na podstawie założeń teoretycznych konkretnego modelu i przewiduje się, w jaki sposób człowiek może się zachować. Wyodrębnia się zatem ogólne klasy strategii, które mogą być odnoszone do różnych sytuacji. Przykładem tego podejścia jest rozróżnienie radzenia sobie skoncentrowanego na problemie lub na emocjach (Folkman i Lazarus, 1980) albo zbliżanie vs. unikanie (Roth i Cohen, 1986). Ograniczeniem strategii dedukcyjnych jest trudność w stworzeniu konkretnych pozycji testowych umożliwiających pomiar wyróżnionych strategii w oparciu o teorię (np. znalezienie „czystych” strategii skoncentrowanych na emocjach bądź na problemie), dlatego kategorie wyróżnione w sposób dedukcyjny często nie przechodzą empirycznej weryfikacji (Amirkhan, 1990). Innym ograniczeniem są nieścisłości w posługiwaniu się pojęciami teoretycznymi i wynikająca z nich trudność w opisanu sposobów funkcjonowania badanych w konkretnych sytuacjach życiowych (Wong i in., 2006).

W ramach podejścia mikroanalitycznego można wyodrębnić proste typologie strategii radzenia sobie i bardziej złożone propozycje ich klasyfikowania. Istniejące typologie umożliwiają wyróżnienie i opisanie różnych form szeroko rozumianej aktywności przejawianej przez człowieka w sytuacji stresu, nie są jednak porządkowane według jakiegoś nadrzędnego kryterium. Klasyfikacje zachowań zdrowotnych tworzone są zaś na podstawie różnych wymiarów związanych z sytuacją stresową lub funkcjonowaniem człowieka w konfrontacji stresowej (np. czas i pewność zajścia wydarzenia). Istniejące klasyfikacje różnią się od siebie sposobem dookreślania wymiarów, w oparciu o które są wyróżniane strategie radzenia sobie, oraz ich liczbą.

Typologie radzenia sobie. Typologie dają możliwość połączenia danej klasy zjawisk w określone typy. W przypadku radzenia sobie umożliwiają grupowanie reakcji przejawianych przez ludzi w sytuacji stresu, a tym samym wyodrębnienie i opisanie konkretnych strategii. Posługiwanie się typologiami nie pozwala jednak na uporządkowanie wyodrębnionych strategii (typów reakcji) według nadrzędnego kryterium. Przykładowymi typologiami radzenia sobie są te stworzone przez Lazarusa i Folkmana (1988; za: Wrześniewski, 1996), Stone’a i Neala (1984) oraz Carvera i współpracowników (1989) (tab. 6).

Jedną z pierwszych typologii strategii radzenia sobie była propozycja Lazarusa (1988; za: Wrześniewski, 1996) powstała podczas prac nad kwe-

Tabela 6. Radzenie sobie w ujęciu mikroanalitycznym –
przykładowe typologie radzenia sobie

Folkman i Lazarus	Carver, Scheier i Weintraub	Stone i Neal
<ul style="list-style-type: none"> - konfrontacja - dystansowanie się - samokontrola - poszukiwanie wsparcia społecznego - przyjmowanie odpowiedzialności - ucieczka – unikanie - planowanie rozwiązywania problemu - pozytywne przewartościowanie 	<ul style="list-style-type: none"> - aktywne radzenie sobie - planowanie - poszukiwanie instrumentalnego wsparcia społecznego - poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego - unikanie konkurencyjnych działań - zwrot ku religii - pozytywne przewartościowanie - powstrzymywanie się od działania - akceptacja - koncentracja na emocjach i ich wyładowanie - zaprzeczenie - odwracanie uwagi - zaprzestanie działania - używanie alkoholu/narkotyków - poczucie humoru 	<ul style="list-style-type: none"> - odwrócenie uwagi - redefiniowanie sytuacji - bezpośrednie działanie - odreagowanie - akceptacja - poszukiwanie wsparcia społecznego - relaksacja - zwrot ku religii

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wrześniewski, 1996; Carver i in., 1989; Stone i Neal, 1984.

stionariuszem The Ways of Coping Questionnaire. Wyróżniono w nim osiem strategii: (1) konfrontację, czyli zachowania podejmowane natychmiast w odpowiedzi na pojawiający się problem, zgodnie z pierwszym impulsem, (2) dystansowanie się, polegające na usuwaniu i niedopuszczaniu do świadomości problemu, który jest źródłem stresu, (3) samokontrolę, polegającą na kontrolowaniu własnych emocji i niepodjęwaniu nieprzemysłanych działań, (4) poszukiwanie wsparcia społecznego, polegające na aktywnym dążeniu do uzyskania od innych ludzi informacji, rzeczy, wsparcia emocjonalnego, (5) przyjmowanie odpowiedzialności, czyli aktywność poznawczą i emocjonalną, która prowadzi do dostrzeżenia własnego udziału w powstaniu sytuacji trudnej, (6) ucieczka – unikanie, będące sposobem na poprawę samopoczucia na drodze ignorowania problemu, (7) planowanie rozwiązania problemu, zmierzające do przezwyciężenia istniejącej trudności, (8) pozytywne przewartościowanie, polegające na spojrzeniu na zaistniałą sytuację w innym świetle.

Lazarus i Folkman (1984) uważają, że wyróżnione przez nich strategie radzenia sobie można zastosować do dwóch dymensji odnoszących się do problemu lub do emocji. Jednak precyzyjne określenie, funkcją której strategii jest regulacja emocji, a której rozwiązanie problemu, wydaje się niemożliwe. Każda bowiem z wyodrębnionych strategii w jakimś stopniu przybliża osobę do rozwiązania problemu i reguluje jej funkcjonowanie emocjonalne. Na przykład osoba stosująca strategię poszukiwania wsparcia społecznego może uzyskać od innych osób informacje, co należy w tej sytuacji zrobić (a zatem zbliży się do rozwiązania problemu) bądź może znaleźć się w warunkach sprzyjających ekspresji emocji (co pozwala na ich regulację). W związku z tym ujęcie Lazarusa i Folkman (1984) można potraktować wyłącznie jako typologię strategii radzenia sobie.

Innym przykładem typologii jest podejście zaproponowane przez Carvera i współpracowników (1989). Wyodrębnili oni 15 działań i zachowań, które ludzie wykorzystują, radząc sobie ze stresem. Wyróżniając poszczególne strategie, odwołali się do modelu stresu Lazarusa i Folkman (1984) oraz modelu samoregulacji zachowań (Scheier i Carver, 1988) i uznali, że poszczególnych strategii nie można rozumieć tylko jako przejawów radzenia sobie skoncentrowanego na problemie bądź na emocjach. Wyróżnili oni:

- aktywne radzenie sobie, czyli podejmowanie wysiłków i działań mających na celu usunięcie bądź ominięcie źródła stresu,
- planowanie polegające na rozważaniu sposobów zmierzenia się ze stresem oraz konkretnych działań mających na celu poradzenie sobie z sytuacją trudną,
 - poszukiwanie instrumentalnego wsparcia społecznego, będącego udzieleniem pomocy, informacji dotyczących tego, co należy zrobić, by przezwyciężyć sytuację trudną,
 - poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego, polegającego na otrzymywaniu dowodów sympatii bądź pocieszenia od ważnych osób,
 - unikanie konkurencyjnych działań, polegające na koncentracji na aktywności mającej na celu poradzenie sobie ze stresem kosztem innych działań, w które można się zaangażować,
 - zwrot ku religii, czyli wzrost zaangażowania w praktyki religijne,
 - pozytywne przewartościowanie sytuacji i rozwój, polegające na zmianie postrzegania sytuacji, aby zaakcentować jej korzystne strony, oraz na wykorzystywaniu sytuacji stresowej jako szansy rozwoju,
 - powstrzymanie się od działania, czyli rodzaj pasywnego radzenia sobie, podczas którego nie podejmuje się prób radzenia sobie lub czeka się z rozpoczęciem działania do wystąpienia sprzyjających okoliczności,
 - akceptację, tj. przyjęcie do wiadomości, że zaistniała sytuacja stresowa jest czymś realnym, wywierającym wpływ na funkcjonowanie,

- koncentrację na emocjach i ich ekspresję, mającą na celu poszerzenie świadomości emocjonalnego dyskomfortu pojawiającego się w sytuacji stresu oraz rozładowanie negatywnych odczuć,
- zaprzeczanie, czyli negowanie faktu zaistnienia sytuacji obciążającej,
- odwracanie uwagi, czyli niezauważanie negatywnych następstw stresu poprzez marzenia na jawie, sen, roztargnienie, zajmowanie się innymi sprawami,
- zaprzestanie działania, tj. niepodejmowanie działań i realizacji celów niezwiązanych bezpośrednio z sytuacją stresową,
- używanie alkoholu/narkotyków w celu uwolnienia się od działania stresora,
- poczucie humoru będące dystansowaniem się wobec zaistniałej sytuacji stresowej poprzez żarty na jej temat.

W związku z tym, że propozycja Carvera i współpracowników jest bardzo rozbudowana, niektórzy badacze próbują zidentyfikować jakieś kryterium nadrzędne umożliwiające zredukowanie liczby strategii radzenia sobie. Paul T. P. Wong i współpracownicy (2006) wskazują na możliwość ograniczenia liczby strategii do trzech grup: radzenia sobie skoncentrowanego na problemie, radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach oraz mało użytecznych strategii radzenia sobie. Czynią tak pomimo wyrażonego przez Carvera i współpracowników (1989) poglądu, że ich typologii sposobów radzenia sobie nie można utożsamiać z radzeniem sobie skoncentrowanym na problemie bądź na emocjach. Inni autorzy wykorzystujący w swoich pracach typologię Carvera próbują zmniejszać liczbę wyróżnionych strategii w sposób empiryczny. Na przykład Zygfryd Juczyński i Nina Ogińska-Bulik (2009) na podstawie analizy czynnikowej wyróżnili: (1) aktywne radzenie sobie (planowanie, pozytywne przewartościowanie sytuacji i rozwój, aktywne radzenie sobie, unikanie konkurencyjnych działań, powstrzymanie się od działania), (2) akceptację zaistniałej sytuacji (odwracanie uwagi, akceptacja), (3) strategię unikową (zaprzestanie działania, zaprzeczenie, poczucie humoru, używanie alkoholu/narkotyków,) (4) poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach (poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i społecznego, koncentracja na emocjach i ich wyładowanie, poszukiwanie instrumentalnego wsparcia społecznego, zwrot ku religii).

Dymensjonalne klasyfikacje radzenia sobie. Wyodrębnianie strategii radzenia sobie może także polegać na poszukiwaniu wymiarów (dymensji), w oparciu o które można wydzielić poszczególne strategie radzenia sobie. Przykładem takiego podejścia są prace: Rudolfa H. Moosa i współpracowników (1981; 1984; 1993), Ralfa Schwarzera (2001a; 2011b, 2011c), Władysława Łosiaka (2007; 2011) oraz Stevana E. Hobfolla (2006) (tab. 7).

Tabela 7. Radzenie sobie w ujęciu mikroanalitycznym –
przykładowe klasyfikacje sposobów radzenia sobie w oparciu o różne dymensje

Moos	Schwarzer	Łosiak	Hobfoll
wyodrębnione wymiary radzenia sobie			
<ul style="list-style-type: none"> - unikanie – konfrontowanie się z sytuacją trudną - wysiłki poznawcze vs. wysiłki behawioralne 	<ul style="list-style-type: none"> - czas wystąpienia wydarzenia stresowego - pewność wystąpienia wydarzenia 	<ul style="list-style-type: none"> - cel działania - metoda działania 	<ul style="list-style-type: none"> - prospołeczność – antyspołeczność - bierność – aktywność - bezpośredniość – „nie wprost”
formy radzenia sobie			
<ul style="list-style-type: none"> - zbliżanie poznawcze (analiza poznawcza, pozytywne przewartościowanie) - unikanie poznawcze (unikanie poznawcze akceptacja – rezygnacja) - zbliżanie się behawioralne (poszukiwanie wsparcia i informacji oraz działania mające na celu rozwiązanie problemu) - unikanie behawioralne (poszukiwanie alternatywnych gratyfikacji oraz rozładowanie emocjonalne) 	<ul style="list-style-type: none"> - reaktywne radzenie sobie - antycypacyjne radzenie sobie - proaktywne radzenie sobie - prewencyjne radzenie sobie 	<ul style="list-style-type: none"> - działania asertywne - działania dostosowawcze - działania unikowe - działania relaksujące 	<ul style="list-style-type: none"> - działania asertywne - unikanie - poszukiwanie wsparcia społecznego - działania ostrożne - współpraca społeczna - działania instynktowne - działania agresywne - działania antyspołeczne - działania „nie wprost”

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Moos, 1993; Schwarzer 2001b; Łosiak, 2007; 2011; Hobfoll, 2006.

Moos i Schaefer (1993) proponują, aby klasyfikacja sposobów radzenia sobie opierała się na dwóch wymiarach: unikanie – konfrontowanie się z sytuacją trudną oraz wysiłki poznawcze vs. wysiłki behawioralne. Kombinacja wyróżnionych wymiarów na tych dymensjach daje cztery podstawowe typy radzenia sobie, którymi są: strategie poznawcze konfrontujące z problemem, unikowe strategie poznawcze, strategie behawioralne konfrontujące z problemem oraz unikowe strategie behawioralne.

Tabela 8. Podział strategii radzenia sobie w ujęciu Moosa

	Strategie poznawcze	Strategie behawioralne
Strategie aktywne konfrontujące z problemem	<ul style="list-style-type: none"> - logiczna analiza - pozytywne przewartościowanie 	<ul style="list-style-type: none"> - poszukiwanie wsparcia i informacji - działania rozwiązujące problem
Strategie unikowe	<ul style="list-style-type: none"> - unikanie poznawcze - akceptacja – rezygnacja 	<ul style="list-style-type: none"> - poszukiwanie alternatywnych gratyfikacji - rozładowanie emocjonalne

Źródło: Holahan, Moos i Schaefer, 1996.

Z kolei Schwarzer (2001c) uważa, że kryterium klasyfikacji strategii radzenia sobie może być czas i pewność wystąpienia stresora. Posługując się tymi kryteriami, wyróżnia więc jedną formę radzenia sobie zorientowaną na przeszłość i terażniejszość (reaktywne radzenie sobie) oraz trzy formy ukierunkowane na przyszłość, zależne od pewności wystąpienia stresora (antycypacyjne, prewencyjne i proaktywne radzenie sobie).

W pracach poświęconych zagadnieniom stresu i radzenia sobie z nim Łosiak (2007; 2011) proponuje klasyfikację strategii radzenia sobie według kryterium celu i metody działania. W wyniku kombinacji tych dwóch kryteriów wyodrębnia cztery strategie radzenia sobie ze stresem: (1) działania asertywne, których celem jest usunięcie przyczyny stresu poprzez przekształcenie otoczenia, (2) działania dostosowawcze, których celem jest usunięcie przyczyny stresu poprzez zmianę siebie, (3) działania unikowe, mające na celu poprawę własnego samopoczucia poprzez przekształcanie otoczenia, (4) działania relaksujące, prowadzące do poprawy nastroju poprzez przekształcanie siebie.

1.3.2. Makroanalityczne podejście do radzenia sobie

Makroanalityczne podejście odwołuje się do koncepcji, w których radzenie sobie jest ujmowane jako styl. Jak twierdzi Irena Heszen-Niejodek (1996, s. 19), styl radzenia sobie to „będący w dyspozycji jednostki i charakterystyczny dla niej zbiór strategii, czyli sposobów radzenia sobie, z których część uruchamiana jest w procesie radzenia sobie z konkretną konfrontacją stresową”. Styl radzenia sobie ze stresem jest specyficznym dla jednostki zestawem strategii radzenia sobie. Traktowany jest jako indywidualna dyspozycja, która aktywizuje się w konkretnej sytuacji stresowej (Heszen-Niejodek, 2000). W makroanalitycznym podejściu do radzenia sobie dąży się do uchwycenia tego, co stałe i charakterystyczne dla osoby w procesie radzenia sobie. Pojęcie stylu radzenia sobie jest nadrzędne wobec strategii

radzenia sobie. Odnosi się ono do poszukiwań stałych tendencji w zmieniających formach działania pojawiających się w sytuacji obciążenia. Uważa się, że konstrukt ten jest użyteczny do oceny długofalowych konsekwencji stresu, takich jak funkcjonowanie społeczne lub zdrowie (Łosiak, 2008).

Pierwsze próby konceptualizacji pojęcia stylu radzenia sobie odwoływały się do wyróżnionych w psychoanalizie tendencji obronnych, określanymi jako represja i sensytyzacja (Heszen-Niejodek, 1996). Stąd w wielu koncepcjach styl radzenia sobie jest rozumiany w oparciu o dymensję: zbliżanie – unikanie bodźca stresowego lub informacji o nim. Przykładami ujęć teoretycznych bazujących na tym rozumieniu są koncepcje: represji – sensytyzacji (Byrne, 1961), zaprzeczania – narzucania się (Horowitz, 1976; za: Chronister i Chan, 2007), monitorowania – stępienia (Miller, 1987), uwagi – odrzucenia (Mullen i Suls, 1982). Tym, co łączy wymienione propozycje, jest przyjęcie założenia, że funkcjonowanie człowieka w sytuacji stresu można opisać za pomocą dwóch przeciwstawnych stylów radzenia sobie. U ich podstaw leży zdolność tolerowania lęku i niepewności oraz wyznaczona przez nią tendencja do unikania bądź zbliżania się do źródła zagrożenia, która jest względnie stałą tendencją osobowościową. W zależności od tego, czy człowieka cechuje gotowość do unikania, czy zbliżania się do sytuacji trudnej, będzie on podejmował odmienne działania. Osoby, które cechuje niewielki lęk i gotowość do zbliżania się do stresora, będą raczej poszukiwać informacji o nim oraz wyrażać związane z nim emocje. Są to osoby poszukujące, gromadzące, przetwarzające i wykorzystujące informacje o sytuacji stresowej w celu jej przekształcenia. Natomiast osoby przejawiające tendencję do unikania źródeł stresu będą raczej zaprzeczać istniejącej sytuacji, reinterpretować ją oraz pomijać i odrzucać informacje o niej. Nie będą one podejmować działań ani angażować się w aktywność mogącą ułatwić przewyciężenie sytuacji trudnej. U osób tych, w związku z tendencją do odwracania uwagi od stresora i własnych reakcji na niego, w skrajnych sytuacjach mogą pojawić się myśli obsesyjne (Chronister i Chan, 2007; Heszen-Niejodek, 1996).

W ujęciach stylu radzenia sobie opartych na dymensji: zbliżanie się – unikanie bodźca stresowego przyjmuje się, że każdą osobę można umieścić na kontinuum między tymi dwoma sposobami reagowania, a to, która tendencja jest bliższa danej osobie, będzie wyznaczać dostępne strategie radzenia sobie. Na przykład osoby preferujące konfrontowanie się z sytuacją stresową mogą w różny sposób koncentrować się na napływających informacjach ze świata zewnętrznego lub sygnałach pochodzących z własnej psychiki i ciała. Natomiast osoby, które mają tendencję do unikania sytuacji stresowej, będą raczej celowo podejmować inną aktywność lub unikać związanych z nią informacji zewnętrznych i wewnętrznych.

W bardziej rozbudowanych koncepcjach stylów radzenia sobie podważany jest pogląd, że funkcjonowanie człowieka w sytuacji stresu można zrozumieć, odwołując się do kategorii dwóch przeciwstawnych stylów radzenia sobie. Uwzględnia się w nich, oprócz gotowości do reagowania lękiem, inne aspekty funkcjonowania człowieka, np. poziom obronnej tendencji do poszukiwania aprobaty społecznej (Weiberger i Schwatrz, 1990; za: Łosiak, 2008) lub wymiary: czujność i unikanie (Krohne, 1992, 1993; za: Heszen-Niejodek, 1996; Łosiak, 2008).

Tabela 9. Radzenie sobie w ujęciu makroanalitycznym – przykładowe style radzenia sobie

Byrne	Miller	Weiberger i Schwatrz	Krohne	Endler i Parker
<ul style="list-style-type: none"> - represja - sensytyzacja 	<ul style="list-style-type: none"> - monitorowanie - stępienie 	<ul style="list-style-type: none"> - reaktywny - sensytywny - nadmiernie uspołeczniony - mało uspołeczniony - pewny siebie - represyjny 	<ul style="list-style-type: none"> - sztywny - czujny - chwiejny - elastyczny - sztywny unikowy 	<ul style="list-style-type: none"> - radzenie sobie zorientowane na zadanie - radzenie sobie zorientowane na emocje - radzenie sobie zorientowane na unikanie

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Łosiak, 2007; Heszen-Niejodek, 1996; Endler i Parker, 1990; Byrne, 1961; Miller, 1987.

Daniel Weiberger i Gary E. Schwatrz (1990; za: Łosiak, 2008), traktując poziom obronnej tendencji do poszukiwania aprobaty społecznej oraz gotowość do reagowania lękiem w sytuacji trudnej jako dwa niezależne wymiary osobowości, wyróżnili sześć stylów radzenia sobie: reaktywny, sensytywny, nadmiernie uspołeczniony, mało uspołeczniony, pewny siebie, represyjny.

Natomiast Heinz W. Krohne (1992; 1993; za: Heszen-Niejodek, 1996), odróżniając wymiar czujność, odnoszący się do sposobów radzenia sobie z niepewnością, od wymiaru unikanie, związanego z reakcjami na pobudzenie występujące w sytuacji trudnej, wyodrębnił cztery niezależne style radzenia sobie: styl sztywny czujny (wysoka czujność, niskie unikanie), styl chwiejny (wysoka czujność, wysokie unikanie), styl elastyczny (niskie unikanie, niska czujność) i styl sztywny unikowy (wysokie unikanie, niska czujność). Według Krohne'a najbardziej przystosowawczym stylem radzenia sobie jest styl elastyczny (nieobronny), ujawniający się w słabej tendencji do unikania i czujności w obliczu sytuacji stresowej, natomiast najmniej przystosowawczym – styl chwiejny, charakterystyczny dla osób nietolerujących pobudzenia i niepewności, co przejawia się wysokim poziomem lęku.

Współczesne kierunki badań nad radzeniem sobie. Problematyka radzenia sobie jest intensywnie rozwijana. W nowszych pracach jej poświęconych podejmowane są kwestie związane ze społecznymi (DeLongis i Puterman, 2007; Kosciulek, 2007) i kulturowymi aspektami radzenia sobie (Yeh, Kwong Arora i Wu, 2006; Chun, Moos i Cronkite, 2006) oraz uwzględniające dorobek psychologii pozytywnej, zwłaszcza związany z motywacyjną funkcją emocji pozytywnych (Heszen, 2008).

Istotne dla uwzględniania społecznego kontekstu radzenia sobie jest stwierdzenie, że ludzie nieposiadający bliskich i stabilnych relacji interpersonalnych (mażeńskich, przyjacielskich, rodzicielskich) w sytuacji stresu nie koncentrują się tylko na przezwycięzeniu sytuacji, ale mogą także brać pod uwagę to, w jaki sposób oddziałuje ona na ich bliskich oraz na ich własne relacje z nimi. Często wymaga to znacznego wysiłku i podejmowania dodatkowych działań (DeLongis i Puterman, 2007). W tym nurcie myślenia o radzeniu sobie weryfikuje się różne modele uwzględniające procesy społeczne z nim związane, np. społeczno-kontekstualny model radzenia sobie z trudnościami dnia codziennego (Berg, Meegan i DeViney, 1998) lub radzenie sobie skoncentrowane na relacjach, którego celem jest ochrona i dbałość o ważne relacje w sytuacji zmagania się ze stresem. Do tej formy radzenia sobie mogą być zaliczone takie strategie, jak empatyczność lub dostarczanie wsparcia. Jednak zbytne koncentrowanie się na tym aspekcie funkcjonowania może mieć negatywne skutki dla kondycji zdrowotnej członków rodziny, ponieważ przysyłania istniejący problem (DeLongis i Puterman, 2007).

W badaniach nad radzeniem sobie zwraca się także uwagę na pozytywne radzenie sobie, czyli takie jego formy, które pozwalają utrzymać przewagę emocji pozytywnych nad emocjami negatywnymi odczuwanymi w sytuacji stresu (Manne, 2003). Podkreśla się w tym względzie rolę takich strategii, jak: pozytywna reinterpretacja zdarzeń, mobilizowanie wsparcia społecznego oraz kreowanie pozytywnych zdarzeń dla utrzymania pozytywnego nastroju (Shiota, 2006). W tym nurcie myślenia swoje badania prowadziła Ewa Gruszczyńska (2007; 2013). Wyszła ona z założenia, że klasyczna koncepcja Lazarusa i Folkman, w której radzeniu sobie skoncentrowanemu na emocjach przypisuje się wyłącznie funkcję redukującą emocje negatywne (funkcja paliatywna), wymaga uzupełnienia. Postawiła ona hipotezę, że część strategii radzenia sobie ma na celu wzbudzanie emocji pozytywnych (funkcja salutarna). Hipotezę tę sprawdziła w badaniach przeprowadzonych wśród chorych po przebytych niepowikłanym zawale serca. Zaobserwowała, że chorzy zmagający się z krytycznym wydarzeniem życiowym, jakim jest zawał serca, korzystają zarówno ze strategii paliatywnych, jak i salutarnych. Te pierwsze pozostawały w związku z emocjami negatywnymi, a drugie – z emocjami pozytywnymi.

1.4. Determinanty radzenia sobie

Z problematyką radzenia sobie wiąże się także zagadnienie determinant radzenia sobie i wyraża się w pytaniu: Jakie czynniki wpływają na wybór konkretnych form bądź strategii radzenia sobie w sytuacji trudnej?

Gdy uwarunkowań radzenia sobie poszukuje się w obrębie transakcyjnego modelu stresu, zwraca się uwagę na rolę i znaczenie zmiennych wchodzących w skład tego modelu, czyli charakteru sytuacji stresowej, oceny pierwotnej i wtórnej oraz oceny efektów radzenia sobie. Szczególne znaczenie przypisywane jest procesom oceny wtórnej (Lazarus, 1999; za: Łosiak, 2009). Peter P. Vitaliano i współpracownicy (1990) wskazują, że w sytuacji konfrontacji z problemami zdrowotnymi i dotyczącymi relacji z innymi ludźmi istnieje tendencja do posługiwania się strategiami skoncentrowanymi na emocjach, podczas gdy wystąpienie problemów zawodowych powoduje głównie sięganie po strategię skoncentrowaną na problemie.

W swoich pracach Lazarus zwrócił uwagę na znaczenie czynników korzystnych dla radzenia sobie i określił je jako zasoby. Zaliczył do nich zarówno cechy osobowe, jak i właściwości środowiska. Przyjmuje się, że dostępność zasobów określa posługiwanie się strategiami radzenia sobie. W proces wyboru strategii radzenia sobie zaangażowane są:

- poczucie własnej skuteczności – osoby, u których wyższe było natężenie tej zmiennej, wybierały bardziej efektywne strategie radzenia sobie z bólem (Affleck i in., 1999),

- przekonanie o możliwości kontroli sytuacji i wpływu na nią sprzyja posługiwaniu się strategiami skoncentrowanymi na problemie, podczas gdy postrzeganie sytuacji jako pozostającej poza wpływem nasila tendencje do korzystania ze strategii skoncentrowanych na emocjach (Lazarus i Folkman, 1987),

- optymizm – predysponuje on do sięgania po strategię skoncentrowaną na problemie (Brenner, Melamed i Panush, 1994),

- wsparcie społeczne – otrzymywanie wsparcia ze strony bliskich sprzyja posługiwaniu się takimi strategiami, jak: poszukiwanie informacji i przewartościowanie poznawcze, a jego brak przejawia się krytycyzmem i nasila myślenie życzeniowe (Manne i Zautra, 1989).

Zaobserwowano również, że dla wyboru strategii radzenia sobie znaczenie mają takie zmienne socjoekonomiczne, jak: status materialny, wiek i płeć. Osoby o wyższym statusie ekonomicznym chorujące na RZS częściej posługują się strategiami konfrontującymi z problemem (Downe-Wamboldt i Melanson, 1995). Wraz z wiekiem rośnie tendencja do posługiwania się strategiami skoncentrowanymi na emocjach. Prawidłowości te zaobserwo-

wano w odniesieniu do dzieci i młodzieży oraz do osób dorosłych. Dzieci przejawiają tendencję do posługiwania się strategiami skoncentrowanymi na problemie, podczas gdy młodzież zaczyna posługiwać się strategiami skoncentrowanymi na emocjach (Compas, Barnez, Malcarne i Worshame, 1991; Compas, Worshame, Ey i Howell, 1996). Osoby będące w okresie średniej dorosłości cechuje korzystanie ze strategii skoncentrowanych na problemie, które wraz z wiekiem zastępowane są przez strategie skoncentrowane na emocjach (Folkman, Lazarus, Pimley i Novacek, 1987). Ponadto kobiety generalnie mają większą tendencję do korzystania ze strategii skoncentrowanych na emocjach (Affleck i in., 1999).

1.5. Efektywność radzenia sobie

Wydaje się, że niektórzy ludzie potrafią lepiej radzić sobie ze stresem, co przejawia się ich efektywniejszym funkcjonowaniem w sytuacji stresowej. O zdrowotnych skutkach znajdowania się w sytuacji stresowej oraz o możliwości przystosowania się do niej w większym stopniu decyduje aktywność własna osoby niż cechy sytuacji. W związku z tym istotne jest zidentyfikowanie zestawu dobrych strategii radzenia sobie, sprzyjających zachowaniu zdrowia i readaptacji do sytuacji trudnej. Zagadnienie to jest związane z problemem efektywności strategii radzenia sobie, a więc tego, które strategie pozwalają w skuteczny sposób przezwyciężyć sytuację stresową oraz jakie są koszty, zarówno pozytywne, jak i negatywne, sięgania po każdą z nich.

Efektywność radzenia sobie może być oceniana z perspektywy wyniku, jaki został osiągnięty w efekcie zastosowania określonych strategii. Za przejaw efektywnego radzenia sobie uważa się sytuację, w której doszło do trwałego rozwiązania problemu, bez pojawienia się dodatkowych kosztów (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008). Według Jana Strelaua (1996) ze skutecznym radzeniem sobie mamy do czynienia, gdy w jego efekcie nastąpiło zmniejszenie stresu na skutek dopasowania wymagań sytuacji do możliwości osoby, natomiast nieskuteczne radzenie sobie powoduje zwiększenie obciążenia (Strelau, 1996). Moshe Zeidner i Donald Saklofske (1996; za: Łosiak, 2008) uważają, że oceniając efektywność radzenia sobie, należy oprócz rozwiązania problemu powodującego wzrost obciążenia wziąć pod uwagę poziom funkcjonowania osoby, jej samopoczucie oraz zmiany w kontekście społecznym i kulturowym następujące wskutek radzenia sobie. Autorzy ci opracowali listę kryteriów pozwalających wnioskować o skutecznym i przystosowawczym radzeniu sobie, która obejmuje osiem elementów:

- „- rozwiązanie problemu wywołującego stres,
- redukcję pobudzenia fizjologicznego,
- redukcję negatywnych, przykrych emocji wywołujących stan dystresu,

- przywrócenie normalnego poziomu funkcjonowania społecznego,
- powrót do podstawowych codziennych form aktywności związanych z realizacją zadań życiowych, charakterystycznych dla jednostki przed wystąpieniem stresu,
- odzyskanie bądź utrzymanie dobrostanu własnego oraz innych osób zaangażowanych w danym epizodzie stresu,
- utrzymanie pozytywnej samooceny,
- własną ocenę skuteczności podjętych działań” (Zeidner i Saklofske, 1996; za: Łosiak, 2008, ss. 105–106).

Heszen-Niejodek (1996), pisząc o efektywności, uznaje, że jest to zagadnienie niezwykle skomplikowane. Zgodnie z koncepcją Lazarusa w analizie efektywności zastosowanych strategii radzenia sobie i ich skutków należy wziąć pod uwagę trzy kryteria: (1) obszar wystąpienia efektu radzenia sobie, który może być ujmowany na trzech poziomach: fizjologicznym, psychologicznym i społecznym. Konsekwencje radzenia sobie na każdym z poziomów mogą być odmienne i nie zależą od siebie, np. pozytywne efekty na poziomie psychologicznym nie muszą wiązać się z pozytywnymi efektami na poziomie fizjologicznym i społecznym; (2) czas wystąpienia tego efektu, który pozwala wyróżnić natychmiastowe i odległe skutki radzenia sobie; (3) konfiguracja wykorzystywanych strategii, określająca np. strategię skierowaną na emocje lub na problem.

Dokonując syntezy badań nad skutecznością radzenia sobie, Irena Heszen i Helena Sęk (2007), uznały, że każdą ze strategii charakteryzuje umiarkowana skuteczność. Pojedynczej strategii nie można przypisać stałej i określonej skuteczności, ponieważ będzie ona zależała od właściwości danej sytuacji i cech osoby posługującej się nią. O adaptacyjnym radzeniu sobie można więc mówić, gdy osoba jest elastyczna w doborze strategii oraz stosuje kilka z nich, radząc sobie z konkretną sytuacją (Łosiak, 2008).

1.6. Radzenie sobie z chorobą przewlekłą

Choroba przewlekła jest traktowana jako sytuacja zakłócająca normalny bieg życia i stawiająca człowieka przed koniecznością adaptacji do niej. W związku z tym psychologowie poszukują specyficznych form radzenia sobie bądź wzorców radzenia sobie z nią prowadzących do optymalnego przystosowania się do choroby, które bazują na różnym rozumieniu i operacjonalizacji pojęcia radzenia sobie. Michael Bury (1991), odnosząc to pojęcie do choroby przewlekłej, wyodrębnia trzy odmienne, ale zachodzące na siebie mechanizmy sprzyjające adaptacji do choroby:

- proces radzenia sobie utożsamiany z procesami poznawczymi, które chorzy wykorzystują do nauczenia się, jak tolerować bądź niwelować skut-

ki choroby przewlekłej, co pozwala im utrzymać pozytywne zdanie o sobie w obliczu choroby i jej efektów;

- strategię radzenia sobie, które odnoszą się do tego, co ludzie robią i jakie środki mobilizują, mierząc się z wymaganiami stawianymi przez chorobę;
- styl radzenia sobie, obejmujący sposób, w jaki ludzie reagują i odnoszą się do najważniejszych aspektów swojej choroby.

Badania prowadzone nad osobami przewlekłe chorymi dowodzą, że chorzy, którzy posługują się strategiami koncentrującymi się na problemie, są z reguły dobrze przystosowani do swojej choroby (Karlsen i Bru, 2002), podczas gdy ci, u których przeważają strategie skoncentrowane na unikaniu, zwykle gorzej sobie radzą z wymaganiami stawianymi przez chorobę (Bombardier, D'Amico i Jordan, 1990). Duże znaczenie w przystosowaniu się do choroby mają strategie ukierunkowane na zdobycie informacji, tworzenie własnej koncepcji choroby oraz rozwiązywanie problemów powstałych wskutek zachorowania, a także strategie nastawione na regulację emocji, zwłaszcza wzbudzanie emocji pozytywnych (Heszen i Sęk, 2007).

1.6.1. Specyficzne formy radzenia sobie z chorobą przewlekłą

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że jedną z poważniejszych sytuacji trudnych jest pojawienie się choroby przewlekłej, przy czym większość z nich wymaga posługiwania się odmiennymi strategiami radzenia sobie (DeLongis i Puterman, 2007). Zestawienie fizjologii choroby z psychospołecznymi warunkami życia chorego określa konieczne i możliwe formy jego aktywności w tym czasie. Przeprowadzenie analizy radzenia sobie z chorobą przewlekłą wymaga więc uwzględniania kontekstu biopsychospołecznego funkcjonowania chorego (Smith i Dalen, 2007).

Choroba przewlekła zwiększa ryzyko przedwczesnej śmierci. Jednak w wyniku ogromnego postępu medycyny zagrożenie życia jest mniejsze niż jeszcze kilkanaście lat temu. Obecnie będąc przewlekłe chorym, można prowadzić w miarę normalne życie przez wiele lat, ale długo trzeba mierzyć się z wymaganiami i ograniczeniami w funkcjonowaniu psychospołecznym spowodowanymi przez chorobę. W tym celu można stosować różne strategie radzenia sobie. Warto się jednak zastanowić, czy radzenie sobie z chorobą przewlekłą wymaga specyficznych strategii. Część badaczy zajmujących się tą problematyką uważa, że tak, i zalicza do nich radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu oraz proces porównań społecznych. Osoby wykorzystujące te formy radzenia sobie lepiej znoszą sytuację choroby przewlekłej (Manne, 2003; Kozaka, 2010).

Radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu. Jedną z form radzenia sobie, specyficzną dla sytuacji trudnych egzystencjalnie, np. utraty bliskiej

osoby, często wskutek śmiertelnej choroby, jest radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu. Idea tej formy radzenia sobie wywodzi się z prac Susan Folkman i Judith T. Moskowitz (2000, 2004), które poszerzyły zaproponowane przez Lazarusa funkcje radzenia sobie (skoncentrowane na emocjach i skoncentrowane na problemie) o radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu. Wyodrębnienie tej funkcji było rezultatem obserwacji i stwierdzenia, że w sytuacji silnego stresu wzbudzane są również emocje pozytywne (Folkman, 2008; 1997; Park i Folkman, 1997).

Radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu następuje w efekcie zmiany postrzegania sytuacji, tj. dostrzeżenia dobrych stron zaistniałego stanu oraz nadania nowej sytuacji osobistego znaczenia. Tę formę radzenia sobie traktuje się jako proces poznawczy pozwalający ludziom widzieć niepożądane wydarzenia jako znaczące w ich życiu, znajdować własne sposoby rozumienia konsekwencji tych sytuacji oraz odkrywać dobre strony stanu, w którym się znajdują. Proces ten prowadzi do wzrostu akceptacji swojej sytuacji życiowej i częstszego przeżywania pozytywnych stanów emocjonalnych (Greenberg, 1995).

Radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu obejmuje następujące strategie: wzmacnianie pozytywnego afektu, nasycanie zwykłych zdarzeń pozytywnym znaczeniem, dostrzeganie korzyści w wydarzeniach stresowych (bliskie pozytywnemu przewartościowaniu), celowe przypominanie sobie korzyści, urealnianie priorytetów oraz adaptacyjne przeformułowanie celów (Folkman, 2008; Heszen, 2013). Uważa się, że posługiwanie się tą formą radzenia sobie wyzwala pozytywne emocje, które wywierają wpływ na przebieg procesu radzenia sobie oraz na ogólną sytuację życiową osoby. Emocjom pozytywnym przypisuje się funkcję motywacyjną, co oznacza, że dzięki ich wzbudzeniu proces radzenia sobie z sytuacją trudną może być kontynuowany. Ponadto radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu sprzyja modyfikacji wartości, celów i przekonań, co według Folkman (1997) przekłada się na rozwój osobisty i silniejsze poczucie dobrostanu. Ponadto pełni ono szczególną rolę w sytuacjach, w których zawodzą strategie radzenia sobie skoncentrowane na problemie (Folkman i Moskowitz, 2004).

Osoby chore wykorzystujące strategię radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu mogą zacząć w odmienny sposób postrzegać swoje życie, cele życiowe bądź przypisywać większą wartość relacjom z innymi ludźmi. Potrafią również wyjaśnić sobie, dlaczego spotkała je choroba i zaakceptować udzieloną sobie odpowiedź (np. „zachorowałem, bo Bóg tak chciał”; „zachorowałem, ponieważ styl życia, jaki prowadziłem, był ryzykowny”) (Manne, 2003).

Procesy związane z poszukiwaniem znaczenia można opisać, odwołując się do teorii adaptacji poznawczej opracowanej przez Shelly E. Taylor

(1983; 1989). Autorka ta uważa, że proces powrotu do optymalnego poziomu funkcjonowania po przeżyciu zagrożenia przebiega w trzech etapach. Etap pierwszy to nadanie znaczenia zaistniałej sytuacji poprzez udzielenie sobie odpowiedzi na pytanie, dlaczego spotkało mnie dane zdarzenie, oraz zmodyfikowanie oceny własnego życia i przeformułowanie celów i postaw życiowych z uwzględnieniem aktualnych doświadczeń. Etap drugi to opamywanie zaistniałej sytuacji, w tym próby odzyskiwania kontroli nad sytuacją oraz poczucia wpływu na nią. Etap trzeci to wzmacnianie własnego Ja, czyli odzyskiwanie pozytywnej samooceny, głównie w efekcie procesu porównań społecznych.

Porównania społeczne. W literaturze podkreśla się znaczenie procesu porównań społecznych jako specyficznej strategii radzenia sobie, sprzyjającej adaptacji do choroby przewlekłej (Manne, 2003). Dzięki niemu chorzy mogą określić stan swojego zdrowia na tle innych osób oraz porównać i ewentualnie zmodyfikować stosowane strategie radzenia sobie z chorobą przewlekłą (Derlega, Robinett, Winstead i Saadeh, 2005). Chorzy różnią się między sobą w zakresie sposobu dokonywania porównań (np. przez poszukiwanie informacji, kontakt z innym chorym, ocenę własnego stanu zdrowia i porównywanie go ze stanem zdrowia innych chorych) oraz obiektu porównań (np. osoby w gorszym lub lepszym stanie). Porównania w górę (z osobami w lepszym stanie) są przeważnie źródłem informacji i inspiracji, jak bardziej efektywnie radzić sobie z chorobą. Chorzy mogą chcieć w wyniku tego procesu uzyskać informacje bądź dowiedzieć się, w jaki sposób i w jakim kierunku mogliby się rozwijać, aby lepiej radzić sobie z chorobą. Porównania w dół (z osobami będącymi w gorszej kondycji) są przeważnie motywowane chęcią poczucia się lepiej i nadzieją na poprawę stanu zdrowia, a czynione są przez wyobrażenie sobie, że inni są w gorszej sytuacji (Taylor i Lobel, 1989; za: Derlega i in., 2005).

Znaczenia tego procesu upatruje się w zmianie nastroju, jaka następuje podczas porównywania swojej sytuacji zdrowotnej z sytuacją innych osób. Jedno z nielicznych badań poświęconych temu problemowi zostało przeprowadzone przez Neville'a A. Stantona i współpracowników (2000; za: Manne, 2003). Wykazało ono, że jeśli w procesie porównań społecznych wzbudzone są pozytywne emocje, to skutkuje to lepszym zdrowiem w przyszłości. Kierunki dokonywanych porównań społecznych, czy to w górę (z osobami w lepszej sytuacji zdrowotnej), czy w dół (z osobami w gorszej sytuacji zdrowotnej), nie miały znaczenia. W jednej i drugiej sytuacji mogą zostać wzbudzone emocje pozytywne, np. wdzięczność w przypadku dokonywania porównań w dół i nadzieja w przypadku porównań w górę.

1.6.2. Radzenie sobie z chorobą niedokrwienną serca

Radzenie sobie z chorobą niedokrwienną serca ma postać dwóch odmiennych sytuacji zdrowotnych pojawiających się w przebiegu tej choroby. Pierwszą z nich jest sytuacja zagrożenia życia, przejawiająca się jako zawał serca i wynikająca z niego konieczność przeprowadzenia operacji. Druga ma miejsce, gdy bezpośrednie zagrożenie życia mija, a chory staje przed koniecznością dostosowania swojego stylu życia do wymagań choroby.

Wiele badań nad radzeniem sobie z chorobą niedokrwienną serca dotyczy kryzysu zdrowotnego, pojawiającego się w chwili wystąpienia zawału serca. Większość z nich prowadzonych jest przy założeniu, że radzenie sobie można rozpatrywać na dymensji: zbliżanie – unikanie (Guzowska, 2004; Brink, Persson i Karlson, 2009). Ich wyniki wskazują, że posługiwanie się stylem unikowym (głównie zaprzeczaniem) niesie poważne zagrożenia zdrowotne, ponieważ opóźnia poszukiwanie specjalistycznej pomocy związanej z leczeniem bądź rehabilitacją kardiologiczną oraz przyczynia się do bagatelizowania zaleceń lekarskich. Wpływa jednak pozytywnie na nastrój chorych, obniżając lęk (Lazarus, 1993; za: Brink i in., 2009), co ogranicza się jednak do krótkiego czasu po incydencie wieńcowym (van Elderen, Maes i Dusseldorp, 1999). Jeśli chory zbyt długo nie dostrzega istniejącego problemu zdrowotnego, nie konfrontując się z nim i nie przewyżczając go aktywnie, ryzykuje pojawieniem się wielu negatywnych konsekwencji, głównie o charakterze fizjologicznym (Doering i in., 2004).

Posługiwanie się konfrontującym stylem radzenia sobie z problemem przed i po operacji nie zawsze jest jednak korzystne dla funkcjonowania chorego. Może bowiem powodować obniżenie poczucia dobrostanu, zwłaszcza gdy chory wykorzystuje strategie skoncentrowane na emocjach. Kiedy konfrontuje się on z problemem, stawiając sobie cele, planując, jak je osiągnąć, i realizując te plany, następuje podwyższenie nastroju (Scheier i in., 1989).

Badania w populacji pacjentów z pełnoobjawową chorobą niedokrwienną serca wskazują, że posługują się oni różnymi strategiami adaptacyjnymi, do których zalicza się: optymistyczne radzenie sobie, aktywne radzenie sobie, rozwiązywanie problemów, pozytywne przewartościowanie, poszukiwanie wsparcia społecznego, co prowadzi do lepszego funkcjonowania z chorobą (Bennett i Boothby, 2007). Ponadto posługiwanie się zarówno strategiami skoncentrowanymi na problemie, jak i skoncentrowanymi na emocjach sprzyja zaangażowaniu w proces rehabilitacji kardiologicznej (Whitmarsh, Koutantji i Sidell, 2003).

Badania prospektywne dotyczące znaczenia strategii radzenia sobie ze stresem dla osób po przebytych zawałach serca sugerują, że jest to dynamicz-

ny proces, którego przebieg zależy od indywidualnych właściwości osoby oraz czynników sytuacyjnych związanych z leczeniem i rehabilitacją. Zwraca się uwagę na zmienność procesów radzenia sobie w czasie. Jest ona spowodowana prawdopodobnie zmniejszającym się w trakcie rekonwalescencji natężeniem stresu. Ponadto w sytuacji kryzysu zdrowotnego chory nie ma jeszcze wypracowanych wzorców adaptacji, dopiero je testuje. Początkowo jest to stosunkowo duża pula strategii radzenia sobie, która z czasem zawęża się do strategii najbardziej efektywnych i najmniej kosztownych. Eliminowane są również te strategie, które nie są zgodne z osobistymi preferencjami chorego (Jakubowska-Winecka, 2004).

1.6.3. Radzenie sobie z reumatoidalnym zapaleniem stawów

Chorzy na RZS stają przed koniecznością radzenia sobie z wieloma trudnościami i problemami wywołanymi przez chorobę. Do najważniejszych z nich należą: odczuwanie bólu, ograniczenie możliwości poruszania się oraz niepewność co do dalszego rozwoju choroby. Spośród wymienionych trudności odczuwanie bólu jest tym, które w największym stopniu dezorganizuje codzienne życie chorych. Dlatego jednym z najczęściej stawianych problemów badawczych w odniesieniu do tej grupy chorych jest to, w jaki sposób radzą sobie oni z bólem i jak stosowane przez nich strategie radzenia sobie przekładają się na ich funkcjonowanie. W związku z tym dąży się do wyodrębnienia specyficznych strategii radzenia sobie, które niosą chorym największą ulgę w bólu.

Większość typologii radzenia sobie z bólem tworzonych jest na podstawie podziału na strategie aktywne i pasywne (odwołujące się więc do mikroanalitycznego modelu radzenia sobie). Są one rozwijane głównie przy okazji tworzenia kwestionariuszy służących do identyfikowania stosowanych przez chorych strategii radzenia sobie. Przykładem takiego podejścia są prace Floris W. Kraaimaat i Andrei W. Evers (2003) nad Kwestionariuszem Radzenia Sobie z Bólem (*Pain-Coping Inventories*). Autorki te założyły, że radzenie sobie z bólem może dokonywać się za pomocą trzech strategii aktywnych (transformacji bólu, odwracania uwagi i redukcji wymagań) oraz trzech strategii pasywnych (wycofania się, zamartwiania się i odpoczynku). Podobne założenia leżą u podstaw Wielowymiarowego Kwestionariusza Radzenia Sobie z Bólem (*Vanderbilt Multidimensional Pain Coping Inventory – VMPCI*) (Smith, Wallston, Dwyer i Dowdy, 1997). Służy on do pomiaru strategii radzenia sobie z bólem, z których pięć traktowanych jest jako aktywne, a sześć jako pasywne. Wyróżnia się w nim następujące strategie radzenia sobie:

- planowe rozwiązywanie problemów, czyli podejmowanie bezpośrednich działań mających na celu zmianę sytuacji na lepszą,
- pozytywne przewartościowanie, mające na celu zmianę postrzegania sytuacji, by doprowadzić do poprawy samopoczucia,
- odwrócenie uwagi, polegające na szukaniu sobie zajęcia, aby nie zastanawiać się nad swoją sytuacją,
- radzenie sobie poprzez konfrontację, czyli aktywność ukierunkowaną na przewyciężenie problemu,
- dystansowanie się, czyli życie dalej, jakby nic się nie wydarzyło,
- stoicyzm, polegający na nieinformowaniu innych o swojej sytuacji,
- zwrot ku religii, przejawiający się większym niż dotychczas zaangażowaniem w praktyki religijne,
- samoobwinianie, ujawniające się w postaci nadmiernego krytykowania siebie i robienia sobie wymówek,
- izolacja od innych, czyli ograniczenie kontaktu z innymi ludźmi do niezbędnego minimum,
- myślenie życzeniowe, polegające na oczekiwaniu, że w życiu wydarzy się jakiś cud poprawiający sytuację zdrowotną,
- odpuszczenie sobie, będące zdaniem sobie sprawy, że sytuacja jest beznadziejna, i poddaniem się wobec niej.

W badaniach próbuje się też określić znaczenie posługiwania się konkretnymi strategiami radzenia sobie dla przystosowania się do RZS. Na przykład racjonalnemu myśleniu przypisuje się pozytywny wpływ (Parker i in., 1989), podczas gdy myślenie katastroficzne i życzeniowe negatywnie oddziałuje na funkcjonowanie chorych (Keefe i in., 2000; Smith, Wallston, Dwyer i Dowdy, 1997).

Wiele badań projektowanych jest na podstawie rozróżnienia aktywnych i pasywnych bądź skoncentrowanych na emocjach i skoncentrowanych na problemie sposobów radzenia sobie ze stresem. Badania przeprowadzone przez Gregory'ego K. Browna, Perry'ego M. Nicassio oraz Kennetha A. Wallstona (1989) wskazują, że posługiwanie się pasywnymi strategiami radzenia sobie nasila prawdopodobieństwo wystąpienia depresji wśród chorych na RZS. Podobne prawidłowości zaobserwowano, badając zależności między dysfunkcyjnym radzeniem sobie a poziomem depresji (Ziarko, Mojs, Piasecki i Samborski, 2014). Stwierdzono też, że pasywne radzenie sobie zwiększa siłę dolegliwości bólowych i funkcjonalne nieprzystosowanie (Brown i Nicassio, 1987). Z kolei posługiwanie się strategiami aktywnymi zwiększa prawdopodobieństwo wzbudzenia afektu pozytywnego. Podobne zależności odnotowano w badaniach prowadzonych na bazie podziału na strategię skoncentrowane na problemie i na emocjach. Te pierwsze spełniały przystosowawczą funkcję i prowadziły do większego zadowolenia z życia.

1.6.4. Radzenie sobie z cukrzycą

Liczba dostępnych prac poświęconych radzeniu sobie przez chorych na cukrzycę pozwala na wykonanie metaanaliz mających na celu określenie, które strategie sprzyjają lepszemu funkcjonowaniu chorych. W metaanalizie przeprowadzonej przez Kate M. Duangdao i Scotta C. Roescha (2008) określano zależności między radzeniem sobie a przystosowaniem do cukrzycy. Radzenie sobie zostało zredukowane do dwóch wymiarów: radzenia sobie skoncentrowanego na problemie vs. radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach oraz strategii unikowych vs. strategii konfrontujących z problemem. Przystosowanie do choroby było operacjonalizowane na podstawie wskaźników pozytywnych (np. pozytywnego afektu, samooceny, poczucia dobrostanu, satysfakcji z życia, poczucia jakości życia) i negatywnych (np. negatywnego afektu, natężenia lęku, depresji, znużenia, bólu). Przeprowadzone analizy wykazały, że chorzy posługujący się strategiami konfrontującymi oraz strategiami skoncentrowanymi na problemie są generalnie lepiej psychicznie przygotowani do życia z cukrzycą. Szczegółowe analizy wykazały, że chorzy często posługujący się strategiami konfrontującymi z problemem doświadczają niewielkiego natężenia lęku i depresji oraz niższego poziomu glukozy we krwi.

Odmiennym zagadnieniem związanym z radzeniem sobie z cukrzycą jest poszukiwanie specyficznych dla tej choroby strategii radzenia sobie. Strategie te wyodrębniane są według charakterystyki wymagań stawianych przez chorobę i/lub wykorzystywane są istniejące klasyfikacje strategii radzenia sobie. Przykładem tego jest propozycja Garry'ego W. Welcha (1994; Welch, Jacobson i Polonsky, 1997), który wyróżnił cztery charakterystyczne dla cukrzycy strategie radzenia sobie: aktywne zmaganie się, unikanie, pasywna rezygnacja oraz integracja cukrzycy. Z kolei przykładem podejścia integrującego specyfikę wymagań stawianych przez cukrzycę z wiedzą na temat strategii radzenia sobie zgromadzoną w transakcyjnym modelu stresu są badania prowadzone przez Bjørga Karlsena i Edwina Bru (2002). Autorzy ci, bazując na strategiach radzenia sobie wyróżnionych przez Welcha (1994) oraz Scheiera i Carvera (1988), na podstawie przeprowadzonej analizy czynnikowej wykonanej w oparciu o dane zebrane wśród 752 chorych na cukrzycę typu 1 i 2 wyróżnili następujące strategie radzenia sobie charakterystyczne dla tej choroby: poszukiwanie wsparcia społecznego, integrację, zaprzeczanie, poszukiwanie informacji, rezygnację, planowanie oraz obwinianie się.

Ze względu na duże zróżnicowanie w podejściu do radzenia sobie wyniki dotyczące wykorzystywanych strategii przez chorych na różne choroby przewlekłe trudno odnieść do ogólnej teorii stresu psychologicznego. Różne

sposoby konceptualizacji i klasyfikacji radzenia sobie utrudniają odniesienie zebranych danych do innych populacji chorych na to samo schorzenie oraz zidentyfikowanie spójnych i powtarzających się w badaniach wzorców radzenia sobie ułatwiających życie z chorobą przewlekłą.

2. Zachowania zdrowotne w sytuacji choroby przewlekłej

W wielu przypadkach od właściwego zachowania człowieka zależy jego zdrowie i komfort życia. Teza ta znajduje potwierdzenie zarówno u osób zdrowych, jak i chorych. Analizując aktywność pacjentów przewlekle chorych, należy zwrócić uwagę na jej specyficzną formę, jaką są zachowania zdrowotne, a zwłaszcza te określane jako zachowania zdrowotne w sytuacji choroby. Ich analizę warto prowadzić równoległe z rozważaniem kwestii związanych z radzeniem sobie, ponieważ te dwa typy aktywności wzajemnie się uzupełniają i wpływają na kondycję chorych.

Zachowania zdrowotne są przedmiotem dociekań naukowych od chwili opublikowania wyników badań Alameda Country Study, w których wykazano, że pewne proste zachowania mogą w istotny sposób przedłużyć życie. Jedną z najbardziej pojemnych definicji zachowań zdrowotnych zaproponowała Sęk (2000), ujmując je jako „reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania w istotnym związku ze zdrowiem”. Zachowania zdrowotne pojawiające się w sytuacji choroby można w niektórych przypadkach potraktować jako aktywność reaktywną, wymuszoną przez zmienioną sytuację zdrowotną, lub aktywność celową, mającą miejsce, gdy osoba świadomie i intencjonalnie pragnie zmodyfikować własne zachowania. Sęk (2000) uważa, że zachowania zdrowotne można klasyfikować według pięciu kryteriów. Są nimi:

- poziom organizacji aktywności i świadomości, pozwalający odróżnić nawyki od intencjonalnych czynności zdrowotnych,
- stosunek do zdrowia, konsekwencje zdrowotne, pozwalające odróżnić zachowania antyzdrowotne od prozdrowotnych,
- sytuacja zdrowotna osoby, umożliwiająca odróżnienie zachowań zdrowotnych w sytuacji zdrowia od zachowań w sytuacji choroby,
- pełniona rola społeczna, dzięki której można wyróżnić zachowania zdrowotne wynikające z pełnionych ról społecznych, np. zachowania zdrowotne rodzica, pracownika czy pacjenta,
- treść zachowania, pozwalająca wyróżnić zachowania zdrowotne oddziałujące na różne sfery zdrowia, np. zachowania zdrowotne odnoszące się do zdrowia somatycznego, psychicznego czy społecznego.

Heszen (2013) traktuje zachowania zdrowotne w sytuacji choroby jako jedną z form instrumentalnego radzenia sobie z chorobą, której cechą charakterystyczną jest intencjonalność. Wyróżnia ona dwa obszary czynności pacjenta, które prowadzą do realizacji celów zdrowotnych: podporządkowanie się zaleceniom lekarskim oraz aktywność podejmowaną z własnej inicjatywy.

Dla analizy aktywności osób przewlekle chorych najbardziej użyteczny jest podział na zachowania zdrowotne w sytuacji zdrowia i zachowania zdrowotne w sytuacji choroby. Mogą one obejmować:

- rezygnację z zachowań antyzdrowotnych i włączenie do swojego stylu życia zachowań prozdrowotnych – w badaniach epidemiologicznych wykazano, że istotnym czynnikiem ryzyka i czynnikiem ochronnym w rozwoju wielu chorób przewlekłych jest zachowanie człowieka. W sytuacji choroby przewlekłej szczególnego znaczenia nabiera zmiana zachowania w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa nawrotu choroby, czyli rezygnacja z zachowań antyzdrowotnych i włączenie do stylu życia zachowań prozdrowotnych, np. chorzy cierpiący na chorobę niedokrwinną serca namawiani są do rezygnacji z palenia papierosów, spożywania alkoholu (rezygnacja z zachowań antyzdrowotnych, czyli ograniczenie czynników ryzyka) oraz do systematycznej aktywności fizycznej, wypracowania nowych strategii radzenia sobie ze stresem, dążenia do równowagi między odpoczynkiem a aktywnością (nabywanie zachowań prozdrowotnych, czyli wzmocnienie czynników chroniących);

- monitorowanie swojego stanu zdrowia – wiele chorób przewlekłych wiąże się z koniecznością systematycznego monitorowania różnych wskaźników fizjologicznych związanych z toczącym się procesem chorobowym. Dla cukrzycy takim wskaźnikiem jest poziom cukru we krwi, a dla choroby niedokrwiennej serca – stężenie cholesterolu i ciśnienie. Osoby przewlekle chore stają przed koniecznością uczynienia nowego nawyku z zachowań monitorujących stan zdrowia;

- utrzymywanie kontaktu z pracownikami służby zdrowia i regularne wizyty w placówkach służby zdrowia – choroba przewlekła wiąże się z koniecznością odbywania wielu spotkań z pracownikami służby zdrowia. Mogą one wiązać się z leczeniem, rehabilitacją lub kontrolowaniem stanu swojego zdrowia. Zadanie to jest realizowane przez większość pacjentów w okresie rzutu choroby, natomiast w czasie poprawy stanu zdrowia wielu z nich, ze względu na uciążliwość związane z kontaktem ze służbą zdrowia, zaniedbuje je. Jest to jednak o tyle niebezpieczne, że grozi niedostrzeżeniem pierwszych symptomów pogarszania się stanu zdrowia;

- konieczność systematycznego przyjmowania leków, z którą wiąże się większość chorób przewlekłych – kuracja farmakologiczna wymaga przyj-

mowania leków o ściśle wyznaczonych porach, co dla wielu pacjentów bywa trudne do wykonania. Ponadto stosowanie większości leków powoduje ryzyko uszkodzenia układu pokarmowego, zwłaszcza wątroby, w której metabolizowane jest wiele z nich. Aby zminimalizować to ryzyko, chorzy oprócz leków, które mają zatrzymać postęp choroby, muszą przyjmować wiele leków osłonowych, chroniących przed niepożądanymi następstwami właściwej kuracji farmakologicznej.

Często poruszaną w literaturze kwestią jest mechanizm kształtowania się zachowań zdrowotnych. Istnieje wiele teoretycznych modeli wyjaśniających ten proces. Sposób ich uporządkowania zaproponowali L. Kay Bartholomew, Guy S. Parcel, Gerjo Kok i Nell H. Gottlieb (2006). Odwołując się do ekologicznego podejścia do zdrowia, rozwoju i funkcjonowania człowieka, wyróżnili oni modele, które pozwalają opisać procesy prowadzące do zmiany zachowania, charakterystyczne dla poziomu indywidualnego, interpersonalnego, zespołowego, społecznościowego, społecznego i ponadnarodowego. W psychologii rozwijane są głównie modele opisujące procesy prowadzące do zmiany na poziomie indywidualnym i rzadziej na poziomie interpersonalnym.

Modele zachowań zdrowotnych dotyczące poziomu indywidualnego odwołują się przede wszystkim do dorobku społecznej psychologii poznawczej. Próbuje się je klasyfikować ze względu na ujmowane w nich procesy, wyróżniając: motywacyjne modele zachowań zdrowotnych, modele wyjaśniające rozpoczęcie działania i wielofazowe modele zachowań zdrowotnych (Armitage i Conner, 2000). W motywacyjnych modelach zachowań zdrowotnych najważniejsze jest to, jakie czynniki sprzyjają pojawieniu się intencji zmiany zachowania. Do najbardziej znanych modeli z tej grupy należą: model przekonań zdrowotnych (Becker, 1974), model motywacji do do ochrony (Rogers, 1975) oraz teoria uzasadnionego działania i planowanego zachowania (Fishbein i Ajzen, 1975; Ajzen i Fishbein, 1980). Z kolei w modelach wyjaśniających rozpoczęcie zachowania uszczegóławiane są procesy następujące po pojawieniu się intencji, związane z przekształceniem intencji w czyn. Do grupy tej należą: teoria celów Richard P. Bagozziego (1992) oraz koncepcje urzeczywistniania zamiaru Petera M. Gollwitzer (1993). Najbardziej kompleksowo problematykę kształtowania się zachowań zdrowotnych ujęto jednak w wielofazowych modelach zachowań zdrowotnych. Uwzględnia się w nich procesy związane z powstawaniem intencji, rozpoczynaniem i podtrzymywaniem działania. Ich przykładem są: procesualny model zachowań zdrowotnych Schwarzera (1997) i transteoretyczny model zmian zachowania (Prochaska i DiClemente, 1992).

Podsumowanie

Człowiek przewlekle chory staje przed koniecznością zmodyfikowania swojej wewnętrznej i zewnętrznej aktywności w celu sprostanania wymogom stawianym przez chorobę. Pojęciami umożliwiającymi zrozumienie prawidłowości występujących w funkcjonowaniu chorego są: radzenie sobie oraz zachowania zdrowotne. Pozwalają one na uchwycenie odmiennych aspektów aktywności pacjentów. Zwrócenie uwagi na radzenie sobie daje możliwość przeanalizowania procesów zachodzących w różnych sytuacjach obciążających, w tym w sytuacji choroby przewlekłej. Z kolei analiza zachowań zdrowotnych w sytuacji choroby pozwala na uchwycenie tego, co charakterystyczne dla aktywności osób chorych. Uwzględnienie zachowań zdrowotnych w sytuacji choroby jest formą zaadaptowania ogólnego konstruktów, jakim jest radzenie sobie, do sytuacji choroby przewlekłej, ponieważ – zgodnie z tezą Heszen (2013) – są one jedną z form instrumentalnego radzenia sobie.

ROZDZIAŁ IV

NASTĘPSTWA CHOROBY PRZEWLEKŁEJ

Wprowadzenie

Istotą choroby przewlekłej jest to, że nie mija, ale utrzymuje się latami lub nasila się z czasem. Konsekwencją tego jest pojawianie się i kumulowanie wielu negatywnych następstw obejmujących większość, jeśli nie wszystkie aspekty życia osoby nią dotkniętej. Ograniczenia spowodowane przez chorobę przewlekłą nazywane są „kosztami osobistymi” choroby (Spitz, 1984), gdyż odnoszą się do szkód wywołanych przez chorobę w życiu człowieka.

Mimo że choroby przewlekłe różnią się genezą, symptomatologią, przebiegiem i wymaganiami adaptacyjnymi, część ich następstw można potraktować jako niespecyficzne, czyli wspólne, takie same dla każdej jednostki chorobowej, zaś drugą część jako specyficzne, tj. charakterystyczne dla danej choroby. Specyficzność następstw wynika głównie z objawów, jakie wywołuje choroba, utrudnień, do jakich się przyczynia, oraz stosowanych procedur leczenia.

Niespecyficzność konsekwencji wiąże się z kolei z tym, że chorobę przewlekłą uznaje się za krytyczne wydarzenie życiowe, które mimo odmienności obrazu i dynamiki konkretnej choroby stawia chorego przed podobnymi wyzwaniem i trudnościami. Rozdział ten poświęcony będzie charakterystyce niespecyficznych konsekwencji choroby przewlekłej¹.

Rozważając konsekwencje choroby przewlekłej, przeważnie opisuje się jej negatywne skutki, rzadziej zaś mówi się o pozytywnych następstwach. Choroba przewlekła zakłóca przebieg większości procesów życiowych. Powoduje zmiany w somatycznym, psychicznym i społecznym funkcjonowaniu

¹ Konsekwencje specyficzne chorób, którym poświęcona jest ta praca (choroba niedokrwienna serca, reumatoidalne zapalenie stawów, cukrzyca) zostały opisane w rozdziale II w punktach dotyczących obiektywnych, zobiektywizowanych i subiektywnych cech chorób przewlekłych.

chorego, a także wypacza przebieg procesów związanych z realizacją zadań rozwojowych i przechodzeniem przez kolejne etapy życia. Często wymusza także zmianę zachowania i stylu życia. Zmiany te dotyczą zarówno codziennej aktywności, jak i bardziej złożonych wzorców związanych z pracą zawodową, życiem rodzinnym czy spędzaniem czasu wolnego. Nierzadko zmuszają również do podejmowania nowych działań wymagających wysiłku lub rezygnacji z aktywności, które były dotąd źródłem zadowolenia i nadawały sens życiu. Choroba przewlekła stawia osobę nią dotkniętą przed koniecznością przeorientowania wartości, przekonań, zachowań i celów w taki sposób, by były one dostosowane do aktualnych możliwości chorego. Sytuację utrudnia też to, że zmiany następują w sytuacji zagrożenia bądź utraty cenionych zasobów niezbędnych do efektywnego funkcjonowania (Heszen i Sęk, 2007).

Mniej doniesień dotyczy pozytywnych konsekwencji choroby. Pojawiają się one od połowy lat 90. i koncentrują na procesach związanych ze wzbudzeniem pozytywnych emocji, dokonywaniem ponownej oceny swojej sytuacji życiowej i zdrowotnej, poszukiwaniem korzyści związanych z byciem osobą chorą oraz posttraumatycznym wzrostem (Morrison i Bennett, 2009; Heszen i Sęk, 2007).

Następstwa choroby przewlekłej analizowane są według dwóch kryteriów: czasu trwania choroby i sfery życia, w której pojawiają się zmiany wywołane przez chorobę przewlekłą. W przypadku kryterium czasu zwraca się uwagę na procesualny charakter choroby przewlekłej oraz na zmianę stawianych przez nią wymagań i sposobów zmagania się z nią, jaka zachodzi z upływem czasu od rozpoznania choroby. Można na tej podstawie wyróżnić natychmiastowe i odległe skutki choroby. Odwołując się zaś do drugiego kryterium, czyli sfery życia, w której zmienia się funkcjonowanie chorego, można mówić o konsekwencjach somatycznych, psychologicznych, społecznych i behawioralnych bycia chorym.

1. Sfery życia zakłócanie przez chorobę przewlekłą

Zakłócenia wywołane przez chorobę przewlekłą pojawiają się w biologicznej, psychologicznej, behawioralnej, społecznej i środowiskowej sferze funkcjonowania (tab. 10). Donna R. Falvo (2005) wskazuje, że człowiek przewlekle chory jest zagrożony utratą: (1) życia i fizycznego dobrostanu, (2) integralności ciała i poczucia komfortu wynikających z choroby lub stosowanego leczenia, (3) niezależności, prywatności, autonomii i poczucia kontroli, (4) poczucia spójności Ja i możliwości wypełniania ról społecznych, (5) możliwości realizowania zadań rozwojowych i planów czynionych

Tabela 10. Potencjalne negatywne następstwa choroby przewlekłej

Obszar następstw	Następstwa
Biologiczny	<ul style="list-style-type: none"> - pojawienie się niepełnosprawności lub oszpeceń - pojawienie się dyskomfortu fizycznego (ból, zaburzeń snu) - utrata życia - brak dobrostanu fizycznego - zaburzenie poczucia integralności ciała
Psychologiczny	<ul style="list-style-type: none"> - przeżywanie cierpienia - pojawienie się negatywnych stanów emocjonalnych (np. lęku przed śmiercią, niepełnosprawnością) - zmiany obrazu własnego ciała - zmniejszenie bądź utrata niezależności, prywatności, autonomii, poczucia kontroli - utrudnienia w realizacji zadań rozwojowych - utrudnienia w realizowaniu wyznaczanych sobie celów - obniżenie poczucia własnej wartości
Spółeczny	<ul style="list-style-type: none"> - konieczność przyjęcia nowych ról społecznych (roli chorego) - utrudnienia w wypełnianiu dotychczasowych ról społecznych - pogorszenie bądź utrata związków z bliskimi
Behawioralny	<ul style="list-style-type: none"> - konieczność systematycznego poddawania się procedurom diagnostycznym, terapeutycznym i rehabilitacyjnym - zmiana form i wzorów aktywności, głównie pracy i wypoczynku - konieczność wprowadzenia zmian w stylu życia
Środowiskowy	<ul style="list-style-type: none"> - zagrożenie pogorszeniem sytuacji materialnej - utrata możliwości pozostania w przyjaznym środowisku

Źródło: opracowanie własne.

na przyszłość; utratą związków z rodziną, przyjaciółmi, kolegami, (6) utratą możliwości pozostania w znajomym i przyjaznym otoczeniu, (7) bezpieczeństwa ekonomicznego.

Podobnie o następstwach choroby przewlekłej wypowiadają się Jimmie C. Holland i Julia H. Rowland (1989; za: Goodheart i Lansing, 1997), którzy uważają, że przed osobą przewlekle chorą pojawia się pięć problemów, z którymi musi się ona zmierzyć: (1) zwiększający się dystans w relacjach z innymi ludźmi, (2) nasilające się obawy przed śmiercią oraz zwiększający się poziom lęku, (3) zniekształcenia i oszpececia ciała, które powodują zmiany w obrazie własnego ciała i zmniejszają poczucie jego integralności, (4) konieczność ponownego określenia się na wymiarze: zależność – niezależność w obliczu wzrastającej zależności od innych ludzi w sytuacji choroby, (5) pojawiająca się niepełnosprawność, która ogranicza możliwość realizowania celów życiowych.

W przytoczonych próbach uchwycenia następstw choroby przewlekłej zwraca uwagę brak kryterium nadrzędnego, pozwalającego uporządkować

potencjalne następstwa schorzenia. Wydaje się, że konsekwencje choroby przewlekłej można odnieść do biologicznego, psychologicznego, społecznego, behawioralnego i środowiskowego obszaru funkcjonowania chorego.

Przyjmuje się, że stopień oddziaływania choroby przewlekłej na życie osoby nią dotkniętej nie jest taki sam u wszystkich chorych. Ta sama choroba u części chorych może powodować głęboką dezorganizację życia, u innych zaś nie wywoła większych zmian. Stopień zakłóceń spowodowanych przez chorobę może zależeć od takich czynników, jak: właściwości samej choroby, zwłaszcza jej dynamika, osobowość chorego, aktualna sytuacja życiowa, poziom otrzymywanego wsparcia społecznego oraz interpretacja faktu zachorowania, a w szczególności znaczenie, jakie nadaje chorobie osoba nią dotknięta (Falvo, 2005). Mimo indywidualnych różnic w zakresie odczuwanych konsekwencji choroby przewlekłej każda z nich zmienia postrzeganie siebie, zmniejsza zakres możliwych wyborów życiowych, a także zwiększa koncentrację na ciele i jego funkcjonowaniu (Goodheart i Lansing, 1997).

1.1. Somatyczne następstwa choroby przewlekłej

Najszybciej zauważanymi i najsilniej subiektywnie doświadczanymi ograniczeniami wynikającymi z choroby przewlekłej są te dotyczące cielesności. Powodowane są one przez toczący się proces chorobowy i manifestują się w objawach choroby. Jako wspólne dla różnych chorób przewlekłych można wskazać: obniżenie sprawności prowadzące często do niepełnosprawności, wystąpienie dolegliwości bólowych, zmiany w wyglądzie oraz zmiany w aktywności seksualnej.

Niepełnosprawność jako następstwo choroby przewlekłej. Wiele chorób przewlekłych prowadzi do wystąpienia anomalii w budowie i funkcjonowaniu poszczególnych narządów. Zmiany te przeważnie przyczyniają się do obniżenia sprawności organizmu, pogorszenia możliwości ruchowych osoby chorej, jej osłabienia, poczucia ciągłego zmęczenia, obniżenia dobrostanu fizycznego, trudności z odżywianiem, wydalaniem oraz snem. Sytuacja ta implikuje możliwość pojawienia się niepełnosprawności, czyli indywidualnych ograniczeń w aktywności, powstałych na skutek procesów chorobowych zachodzących w organizmie (WHO, 2006). Niepełnosprawność określana jest jako „stan zdrowia fizycznego lub psychicznego powodujący trwałe lub długotrwałe utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie udziału w stosunkach społecznych i wypełnianiu ról według przyjętych kryteriów i obowiązujących norm” (Zabłocki, 1997, s. 15). Niepełnosprawność może dotyczyć: aspektu biologicznego i przejawiać się ograniczeniem sprawności organizmu, aspektu zawodowo-ekonomicznego, mającego miejsce w sytuacji niezdolności do podjęcia i wykonywania pracy, oraz aspek-

tu społecznego, przejawiającego się w niezdolności do samodzielnej egzystencji i zaspokajania potrzeb życiowych bez pomocy osób trzecich, także w pełnieniu innych ról społecznych. Uważa się, że około 80% przypadków niepełnosprawności jest konsekwencją choroby przewlekłej, a pozostałe 20% stanowi skutek wypadków i wad powstałych podczas porodu. Spośród analizowanych schorzeń największe ryzyko wystąpienia niepełnosprawności powoduje reumatoidalne zapalenie stawów ze względu na zniszczenia powstające w obrębie stawów. Szacuje się, że 90% chorych na to schorzenie po 10 latach choroby staje się osobami niepełnosprawnymi w stopniu uniemożliwiającym prowadzenie aktywności zawodowej.

Ból jako konsekwencja choroby przewlekłej. Objawem wspólnym i niezwykle dokuczliwym w wielu chorobach przewlekłych jest ból. Powoduje on najbardziej dotkliwe cierpienie. Jest określany jako „nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia” (Saint-Maurice, Miller i Meynadier, 1998, s. 34). Ból jest sygnałem nieprawidłowości zachodzących w organizmie, związanych ze zmianami w funkcjonowaniu lub w budowie poszczególnych narządów. Pełni funkcję adaptacyjną, ponieważ dostarcza informacji o niepożądanych procesach zachodzących w organizmie lub o zagrożeniach o charakterze zewnętrznym.

Osobie przewlekle chorej mogą towarzyszyć różne rodzaje bólu. Według kryterium czasu trwania rozróżnia się ból ostry i przewlekły. Ból ostry jest najczęściej krótkotrwały, przebiega w możliwych do określenia granicach czasowych. Najczęściej ostrzega o istniejącym zagrożeniu. W przypadku bólu przewlekłego nie można natomiast określić momentu jego ustąpienia, gdyż nie ma on funkcji ostrzegawczej. Ból ostry najczęściej wiąże się z uszkodzeniami konkretnej tkanki. Doświadczany jest zwykle po urazach, takich jak złamania, skręcenia, oparzenia czy zranienia. Cechuje go etiologia jednoczynnikowa. Ból przewlekły rozwija się zaś na skutek współdziałania czynników o charakterze biologicznym i psychologicznym. Ból ostry charakteryzuje czytelny i przewidywalny wzorzec objawów, natomiast w bólu przewlekłym mamy do czynienia z nakładaniem się symptomów i nieregularnością ich występowania. Także leczenie bólu ostrego i przewlekłego przebiega w odmienny sposób. W przypadku bólu ostrego najczęściej wystarcza krótkotrwałe leczenie farmakologiczne, a leczenie niefarmakologiczne traktuje się jako uzupełniające. W przypadku bólu przewlekłego leczenie farmakologiczne ma niewielką bądź żadną skuteczność, a podstawą oddziaływań terapeutycznych jest długotrwałe leczenie niefarmakologiczne. Ból ostry przeważnie nie pozostawia po sobie długotrwałych skutków, ale wiąże się z lękiem. Z kolei ból przewlekły oddziałuje na różne aspekty życia, może się nawet rozwinąć w zespół bólu przewlekłego obejmujący zaburze-

nia emocjonalne (głównie depresję), utrudnienia w funkcjonowaniu i w wypełnianiu ról społecznych czy uzależnienie od środków farmakologicznych zmniejszających odczuwanie bólu (Heszen i Sęk, 2007; Sheridan i Radmacher, 1998). W związku z tym ból przewlekły jest traktowany nie tylko jako zjawisko fizjologiczne, ale również psychologiczne.

Zmiany w wyglądzie jako konsekwencja choroby przewlekłej. Skutkiem wielu chorób przewlekłych są zmiany w wyglądzie. Mogą one mieć postać otwartych ran, blizn po operacjach chirurgicznych, zmian skórnych, utraty owłosienia, deformacji ciała, utraty niektórych części ciała. Zmiany te mogą stanowić konsekwencję objawów chorobowych, np. wykwitły skórne w łuszczycy czy zmiany w wyglądzie stawów dłoni w RZS, lub być efektem stosowanych procedur leczenia, np. utrata włosów na skutek chemioterapii. Widoczne zmiany w wyglądzie mogą utrudniać funkcjonowanie społeczne, ponieważ powodują zmianę odbioru osób chorych przez otoczenie, mającą postać stereotypów i uprzedzeń w stosunku do chorych. Zmiany w wyglądzie i ograniczenia spowodowane przez chorobę przyczyniają się także do innego postrzegania siebie, zwłaszcza własnego ciała, co skutkuje zmianami tożsamości. Dotyczą one najbardziej podstawowego poziomu, związanego z cielesnością. W porównaniu z cukrzycą i chorobą niedokrwienną serca reumatoidalne zapalenie stawów jest chorobą, która wywołuje najpoważniejsze zmiany w wyglądzie, ponieważ prowadzi do widocznych deformacji stawów.

Zaburzenia seksualne jako konsekwencja choroby przewlekłej. Realizowanie funkcji seksualnych w chorobie przewlekłej jest z reguły utrudnione ze względu na fizyczny stan organizmu lub kondycję psychiczną chorego. Wśród ograniczeń fizycznych można wskazać: zmiany w funkcjonowaniu narządów uniemożliwiające aktywność seksualną, ból i brak energii. Psychiczne ograniczenia wiążą się zaś z: obniżeniem nastroju, negatywnym obrazem siebie i własnego ciała. Ponadto realizacja funkcji seksualnych może być utrudniona ze względu na reakcję partnera na chorobę. W takich przypadkach często przeżywany jest wstyd. Zaburzenia w tej sferze życia mogą ograniczyć lub pozbawić chorego nie tylko możliwości aktywności seksualnej, ale także okazji do przeżywania intymności, bliskości, miłości oraz kontaktu fizycznego.

1.2. Psychologiczne następstwa choroby przewlekłej

Choroba przewlekła zmienia funkcjonowanie psychiczne człowieka, wpływając na przebieg jego procesów poznawczych i emocjonalnych. W sferze poznawczej zmiany dotyczą konstruktów Ja (np. konstruktów trwałych obejmujących postrzeganą podatność na chorobę i subiektywną percepcję

ryzyka), przekonań (np. odnoszących się do poczucia umiejscowienia kontroli lub własnej skuteczności) i oczekiwań (np. optymizmu vs. pesymizmu) (Miller i Schnoll, 2005). W sytuacji choroby przewlekłej chory tworzy poznawczą reprezentację własnej choroby, zmienia postrzeganie siebie, a zwłaszcza własnego ciała. Ponadto posługuje się specyficznymi strategiami przetwarzania informacji umożliwiającymi mu: poradzenie sobie z napięciem wynikającym z rozpoznania choroby.

Zmiany w sferze emocjonalnej związane są przeważnie z pojawieniem się cierpienia oraz długo utrzymującymi się nieprzyjemnymi stanami emocjonalnymi, takimi jak lęk i obniżenie nastroju, a także z koniecznością radzenia sobie z nimi. W ostatnio prowadzonych badaniach nad osobami przewlekle chorymi zwraca się jednak uwagę na emocje pozytywne odczuwane w sytuacji choroby i ich przystosowawcze znaczenie. Z funkcjonowaniem psychicznym w sytuacji choroby wiązą się bowiem pewne korzyści, jakie człowiek może osiągnąć. Mają one postać zjawiska posttraumatycznego wzrostu bądź wtórnych zysków z choroby.

1.2.1. Poznawcze następstwa choroby przewlekłej

Choroba przewlekła w znaczącym stopniu zmienia sytuację życiową osoby chorej. W związku z tym zachodzą procesy poznawczej adaptacji do zaistniałej sytuacji. Adaptacja ta obejmuje m.in. wytworzenie poznawczej reprezentacji choroby, zmianę percepcji swojego ciała (Sertoz, Doganavsargil i Elbi, 2009) i percepcji siebie (Tedeschi i Calhoun, 2004).

Poznawcza reprezentacja choroby. Zachowanie człowieka, oprócz obiektywnych właściwości sytuacji, uwarunkowane jest przez jego subiektywną percepcję, zwłaszcza sposób organizacji i przetwarzania informacji (por. rozdział II). Ludzie różnią się od siebie sposobem selekcji, kodowania, organizacji i przetwarzania informacji (Miller i Schnoll, 2005). W sytuacji wystąpienia choroby człowiek tworzy jej poznawcze odzwierciedlenie, nazywane koncepcją choroby (Kulczycki, 1971), obrazem własnej choroby (Heszen-Klemens, 1979) lub przekonaniem na temat własnej choroby (Leventhal, Meyer i Nerenz, 1980). Według Ireny Heszen-Klemens (1983) obraz własnej choroby jest złożonym, dynamicznym schematem poznawczym dotyczącym schorzenia. Można go analizować, biorąc pod uwagę jego aspekt treściowy i formalny. Aspekt formalny obrazu własnej choroby odnosi się do właściwości struktur poznawczych i jest związany z ich plastycznością, złożonością oraz stopniem abstrakcyjności vs. konkretności i aktywności vs. bierności, zaś w aspekcie treściowym stanowi pięcioczynnikową strukturę poznawczą, w której znajduje odzwierciedlenie wiedza na temat: aktualnego stanu zdrowia, przyczyn, istoty, skutków i sposobów leczenia schorzenia.

W podobny sposób o zmianie w funkcjonowaniu poznawczym osoby chorej wypowiadają się Howard Leventhal i współpracownicy (Leventhal, Meyer i Nerenz, 1980; Leventhal, Benyamini i Brownlee, 1997). Według nich każda osoba chora tworzy przekonania na temat własnej choroby, które uznaje za posiadaną wiedzę na jej temat. Umożliwiają one zrozumienie własnej choroby, radzenie sobie z nią oraz dostarczają informacji, jak należy postępować w jej trakcie oraz na co uważać. Leventhal, analizując wypowiedzi osób chorych, doszedł do wniosku, że przekonania te obejmują pięć dymensji: istotę choroby, postrzegane przyczyny choroby, czas jej trwania, wiedzę na temat jej potencjalnych konsekwencji oraz możliwość wyzdrowienia i jej kontrolowania.

Zmiany w obrazie własnego ciała. Obraz własnego ciała jest rozumiany jako zmienna w czasie percepcja własnego wyglądu i funkcji cielesnych oraz uczuć wywoływanych przez te spostrzeżenia zależnie od stanu ciała. W dużej mierze powstaje on bez udziału świadomości (Dropkin, 1999). Do zakłóceń w tym obrazie może dojść, gdy powstaje rozbieżność między tym, w jaki sposób ciało było postrzegane w przeszłości, a tym, jak jest widziane obecnie. Powodem tej rozbieżności może być poważna choroba somatyczna lub psychiczna (Sertoz i in., 2009). Zakres zmian w obrazie własnego ciała zachodzących w chorobie przewlekłej zależy od: stopnia widoczności zniekształceń ciała, stopnia ograniczenia aktywności osoby, szybkości, z jaką zmiany te następują, oraz reakcji innych osób na zmiany w wyglądzie i ograniczenia w funkcjonowaniu (Moore i in., 2000). Osoby, które doznały oszpeceń na skutek choroby bardziej koncentrują się na swoim ciele i wyglądzie zewnętrznym niż osoby bez nich. Wysiłki podejmowane w celu ukrycia widocznych zmian cielesnych mają osłabić negatywne reakcje innych osób na wygląd chorego oraz zminimalizować trudności z utrzymywaniem relacji społecznych (Bernstein, 1990). Uważa się, że od posiadanego obrazu własnego ciała w dużej mierze zależy poczucie własnej wartości (Kissane, White, Cooper i Vitetta, 2004) oraz samoocena, ponieważ jednym z jej składników jest sposób, w jaki ludzie oceniają własne ciało i jego możliwości (Connors i Casey, 2006; Mendelson, McLaren, Gauvin i Steiger, 2002). Negatywne zmiany w różnych aspektach obrazu własnego ciała obserwowano u pacjentów cierpiących na choroby reumatyczne, nowotwory oraz u osób z nadwagą (Monaghan i in., 2007).

Posiadanie negatywnego obrazu własnego ciała jest zagrożeniem dla poczucia dobrostanu, utrzymywania satysfakcjonujących relacji społecznych, realizowania celów osobistych i zawodowych. Dlatego przed osobą chorą pojawia się wyzwanie przystosowania się do ograniczeń w aktywności spowodowanych przez zmiany w ciele, zaakceptowanie tych zmian oraz modyfikacja własnego ciała, tak by umożliwiało ono efektywne funkcjonowanie.

Zniekształcenia poznawcze jako reakcja na chorobę przewlekłą.

Choroba przewlekła jest sytuacją silnie obciążającą osobę nią dotkniętą. Chory może zareagować na nią zgodnie z własnym stylem reagowania na sytuacje trudne lub wykorzystać jedną ze strategii zmniejszających napięcie emocjonalne. Istnieją dwa style reagowania na zagrożenia zdrowotne: monitorowanie i tłumienie. Monitorowanie polega na czujnym obserwowaniu i potęgowaniu wszelkich sygnałów świadczących o zagrożeniach, zaś tłumienie – na odwracaniu uwagi i pomniejszaniu znaczenia docierających informacji o zagrożeniach zdrowotnych, co zwiększa poziom dystresu emocjonalnego w przypadku informacji o zagrożeniu (Miller, 1995) i konieczności poddania się procedurom diagnostycznym i terapeutycznym (Christensen, Moran, Lawton, Stallman i Voigts, 1997). Dystres emocjonalny pojawiający się w efekcie dostrzeganego zagrożenia objawia się u osób posługujących się stylem monitorującym na poziomie subiektywnym (wysoki poziom lęku, długotrwałe rozmyślanie i analizowanie złych wieści oraz natrętne, powtarzające się przeżywanie obciążających doświadczeń) i fizjologicznym (wzmoczone napięcie mięśniowe, usztywnienie, zwiększona reaktywność sercowo-naczyniowa i większa wrażliwość na ból) (Miller i Schnoll, 2005).

Aby poradzić sobie z tym zagrożeniem i napięciem wywołanym przez chorobę przewlekłą, chory może nieświadomie posługiwać się całą gamą strategii chroniących go przed nim. Najczęściej stosowanymi strategiami przywracania równowagi są: zaprzeczenie, regresja, kompensacja, racjonalizacja, sublimacja (Falvo, 2005). Każda z nich powoduje konsekwencje pozytywne, głównie związane z radzeniem sobie z negatywnym afektem będącym reakcją na chorobę przewlekłą, ale może także skutkować konsekwencjami negatywnymi. Przeważnie polegają one na nierozpoczynaniu zachowania adaptacyjnego bądź przerywaniu rozpoczętych działań.

Zaprzeczenie jest strategią polegającą na negowaniu zaistniałej sytuacji. Często stanowi reakcję na postawioną diagnozę, ponieważ informacja o zachorowaniu jest druzgocąca i silnie lękotwórcza. Posługiwanie się tą strategią pozwala jednostce obniżyć poziom negatywnych emocji oraz odsuwa w czasie konieczność zmierzenia się z konsekwencjami choroby. Na początku jest reakcją przystosowawczą, pozwalającą uniknąć negatywnych emocji, zwłaszcza nadmiernego lęku. Jeśli jednak osoba chora posługuje się zaprzeczeniem nawykowo, zwłaszcza w późniejszych fazach choroby, strategia ta staje się nieadaptacyjna. Może ona bowiem powodować, że chory nie podejmie zalecanego leczenia, przyczyniając się do nasilenia choroby, nie opanuje nowych umiejętności przydatnych do radzenia sobie z nią, a także będzie wykonywał działania wystawiające na nadmierne ryzyko zdrowie swoje i innych.

Regresja to z kolei strategia radzenia sobie cofająca osobę do wcześniejszych stadiów rozwoju. Przejawia się ona: większą pasywnością w zachowa-

niu, większą zależnością od innych oraz ujawnianiem emocji, które normalnie nie są oczekiwane u osoby w danej fazie życia. W początkowym okresie choroby można tę strategię uważać za przystosowawczą, gdyż czyni osoby mniej aktywnymi, pozwalając im na odpoczynek i poddanie się leczeniu. Jednak w dłuższym czasie może mieć negatywne konsekwencje dla funkcjonowania chorego. Posługiwanie się tą strategią zwiększa poziom zależności od innych osób, co utrudnia bądź uniemożliwia choremu osiągnięcie optymalnego poziomu funkcjonowania.

Istotą strategii kompensacji jest przeciwdziałanie ograniczeniom pojawiającym się na skutek choroby w jednym obszarze funkcjonowania poprzez stawianie się bardziej biegłym lub sprawnym w innej sferze życia. Strategię tę traktuje się jako sprzyjającą adaptacji do choroby przewlekłej, gdy umożliwia ona osiągnięcie pozytywnych celów zdrowotnych. Jednak w niektórych przypadkach, gdy wynikiem jej stosowania są zachowania autodestruktywne i szkodliwe społecznie, kompensacja uważana jest za przynoszącą szkodę.

Strategia racjonalizacji jest zniekształceniem poznawczym pozwalającym na podanie społecznie akceptowanych przyczyn swojego zachowania i niemożności osiągnięcia zaplanowanych celów lub niekończenia rozpoczętych działań. Racjonalizacja pozwala złagodzić rozczarowanie, które towarzyszy ograniczeniu aktywności będącemu efektem choroby. W niektórych przypadkach, gdy blokuje pełne wykorzystanie potencjału osoby lub utrudnia efektywne korzystanie z opieki zdrowotnej, może wywoływać negatywne emocje, takie jak złość czy poczucie winy.

Ostatnią ze strategii radzenia sobie z chorobą przewlekłą jest sublimacja. Jej istotą jest przekształcanie negatywnych emocji, takich jak złość i wrogość, odczuwanych np. w sytuacji postawienia diagnozy lub będących konsekwencją doświadczania ograniczeń wynikających z choroby, w zachowania społecznie akceptowane. Jeśli są nimi zachowania sprzyjające przystosowaniu się chorego, traktuje się tę strategię jako adaptacyjną, jeśli natomiast są nimi zachowania destrukcyjne i społecznie nieakceptowane, to jest ona uważana za strategię nieadaptacyjną.

Posttraumatyczny wzrost jako następstwo choroby przewlekłej. Zjawisko wzrostu posttraumatycznego, określane także jako wzrost związany ze stresem, pozytywne przystosowanie, pozytywna adaptacja, odnosi się do znaczących zmian w sferze emocjonalnej i poznawczej, które mogą prowadzić do zmian w zachowaniu. Traktuje się je jako wielowymiarowe zjawisko, obejmujące pozytywne zmiany zachodzące w percepcji siebie, relacjach interpersonalnych oraz podejściu do życia (Tedeschi i Calhoun, 2004) i uważa się je za „pozytywne psychologiczne zmiany doświadczane jako rezultat zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi/bądź

sytuacjami traumatycznymi” (Calhoun i Tedeschi, 1999, s. 1). U podstaw myślenia o posttraumatycznym wzroście leży założenie, że ludzie posiadają podstawowe przekonania i sądy na temat siebie, świata i swojego miejsca w nim. Dotyczą one przede wszystkim stałości, sensowności i zrozumiałości siebie i świata. Doświadczanie krytycznych wydarzeń życiowych bądź sytuacji stresu traumatycznego podważa te przekonania i stawia człowieka przed koniecznością ich modyfikacji lub zmiany. W wyniku zmagania się z krytycznym wydarzeniem życiowym posiadane przekonania na temat siebie i świata są rekonstruowane i uzupełniane o nowe elementy, dostosowane do zmienionej sytuacji życiowej. Posttraumatyczny wzrost jest zatem pozytywną przemianą, jaka dokonuje się w człowieku na skutek doświadczenia silnych stresorów (Tedeschi i Calhoun, 2004; Crystal i Amy, 2006).

Wiele badań nad zjawiskiem posttraumatycznego wzrostu prowadzonych jest wśród pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe. W badaniach tych obserwowane są pozytywne zmiany obejmujące poprawę relacji z innymi, nadanie głębszego sensu własnemu życiu, zmianę priorytetów (Tomich i Helgeson, 2004; Dow, Ferrell, Haberman i Eaton, 1999; Ferrell, Grant, Funk, Otisgreen i Garcia, 1998) przy jednoczesnym dostrzeganiu negatywnych następstw choroby nowotworowej, takich jak wzrost niepewności jutra czy zwiększenie świadomości fizycznych ograniczeń spowodowanych przez chorobę (Fromm, Andrykowski i Hunt, 1996). Zmiany obejmujące posttraumatyczny wzrost odnotowywane są również u pacjentów cierpiących na chorobę niedokrwinną serca (Senol-Durak i Ayvasik, 2010) oraz zarażonych wirusem HIV (Milam, 2006). Generalnie osoby, które potrafią nadać pozytywne znaczenie swojej chorobie, zaakceptować zmiany, które nastąpiły w ich somatycznym, psychicznym i społecznym funkcjonowaniu, lepiej adaptują się do choroby przewlekłej (DeLongis i Puterman, 2007). Uwzględnianie w analizie funkcjonowania osób przewlekle chorych zjawiska posttraumatycznego wzrostu daje możliwość spojrzenia na chorobę przewlekłą jako na wydarzenie pozytywnie oddziałujące na niektóre aspekty życia chorego. Z tego punktu widzenia choroba przewlekła przestaje być wyłącznie czymś negatywnym.

Badania nad uwarunkowaniami posttraumatycznego wzrostu wśród chorych po przebytych zawałach serca prowadziła Nina Ogińska-Bulik (2013). Zaobserwowała ona, że poziom posttraumatycznego wzrostu wyznaczany jest przez różne aspekty zadowolenia z życia. Pozytywnym zmianom posttraumatycznym sprzyjało zadowolenie ze spędzania czasu wolnego, natomiast hamowało je zadowolenie z własnej pozycji zawodowej i sukcesów odnoszonych w pracy.

1.2.2. Emocjonalne następstwa choroby przewlekłej

Związki między emocjami a zdrowiem można rozpatrywać z trzech punktów widzenia. Po pierwsze, emocje można traktować jako przyczynę bądź czynnik pośredniczący w rozwoju choroby (np. pobudzenie emocjonalne, a zwłaszcza tendencja do reagowania złością i gniewem, traktowane jest jako czynnik ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych). Po drugie, można je rozumieć jako wskaźnik podatności na zachorowanie bądź posiadania zasobów niezbędnych do radzenia sobie z chorobą. Wzbudzenie afektu negatywnego będzie wówczas świadczyć o braku zasobów koniecznych do radzenia sobie z sytuacją choroby, zaś afekt pozytywny będzie informacją o ich obecności. Po trzecie, emocje można potraktować jako efekt wystąpienia choroby somatycznej. Oznacza to, że wystąpienie choroby i stosowane strategie radzenia sobie z nią będą wpływać na stan emocjonalny chorych (Leventhal i Patrick-Miller, 2005). Ta trzecia perspektywa analizowania emocji w sytuacji choroby przewlekłej zostanie przyjęta w tej pracy.

W badaniach, w których wzbudzanie emocji traktuje się jako efekt choroby somatycznej, dąży się do określenia, jakie emocje wzbudzone są w sytuacji choroby przewlekłej (najogólniej czy są to emocje pozytywne, czy negatywne), dookreśla się przebieg zależności, jakie zachodzą między afektem pozytywnym bądź negatywnym a stanem zdrowia, a także konstruuje się modele wyjaśniające zmienność emocji (ich intensywność i znak) w czasie trwania choroby.

Emocje negatywne w chorobie przewlekłej. W badaniach nad emocjonalnymi następstwami choroby przewlekłej przez lata koncentrowano się na emocjach negatywnych jako głównej reakcji afektywnej na chorobę. Pojawienie się lęku, niepokoju, poczucia zagrożenia, złości czy smutku rozpatrywano jako odpowiedź na informację o rozpoznaniu choroby przewlekłej i doświadczanie ograniczeń z nią związanych. W ostatnich latach część badaczy zaczęła zwracać uwagę, że po początkowym okresie odczuwania silnych negatywnych emocji chorzy odnajdują w sobie również emocje pozytywne, takie jak nadzieja, wiara i ufność (Heszen-Niejodek, 2000; Kroemke, 2010; 2013). Jest to jednak stosunkowo młody kierunek badawczy. Do chwili obecnej zgromadzono obszerną wiedzę na temat związków między emocjami negatywnymi a reakcją i funkcjonowaniem w chorobie przewlekłej. Koncentracja na negatywnych stanach afektywnych wynikała z tego, że są one bardziej widoczne podczas choroby przewlekłej i wywierają większy wpływ na zachowanie i przekonania osób chorych niż emocje pozytywne (Cacioppo, Gardnem i Berntson, 1999; za: Larsen, Hemenover, Norris i Cacioppo, 2002). W związku z istnieniem dwóch kierunków badań emocjonal-

ności chorych niektórzy badacze podejmują się zadania integracji wiedzy na temat dynamiki procesów emocjonalnych, obejmujących zarówno emocje pozytywne, jak i negatywne, wzbudzone podczas choroby (Larsen i in., 2002).

Falvo (2005) twierdzi, że typowymi negatywnymi reakcjami emocjonalnymi na chorobę przewlekłą, ograniczenia z niej wynikające oraz towarzyszące jej wydarzenia są: smutek, niepokój i lęk, złość, poczucie bezradności, bezsilności, wstyd oraz poczucie winy.

Najbardziej powszechną reakcją emocjonalną na chorobę przewlekłą i związane z nią sytuacje wydają się być lęk i niepokój (Heszen i Sęk, 2007). Są one odczuwane przeważnie wtedy, gdy osoba chora konfrontuje się z zagrożeniami wynikającymi z choroby, co do których jest przekonana, że nie potrafi im sprostać. Zagrożenia te mogą dotyczyć utraty: życia, sprawności, niezależności, bliskości, bezpieczeństwa finansowego. Wszystkie te sytuacje są silnie lękotwórcze. U niektórych osób poziom lęku wzrasta w związku z nieprzewidywalnością przebiegu choroby (np. u pacjentów cierpiących na reumatoidalne zapalenie stawów, oczekujących silnego bólu w czasie kolejnego rzutu choroby), u innych rośnie podczas hospitalizacji i jest związany z przebywaniem z dala od domu, bliskich, nieznajomością stosowanych procedur medycznych bądź bezpośrednim zagrożeniem życia wynikającym z ich stosowania (np. w sytuacji przygotowywania się do zabiegów i operacji). Poziom lęku wzrasta wprost proporcjonalnie do zaostrzania się objawów. Im jest ich więcej oraz im są bardziej dokuczliwe i intensywne, tym lęk jest silniejszy. Chroniczny lęk może prowadzić do napadów paniki, ograniczających zdolność racjonalnego myślenia i działania, co przekłada się na rosnącą dezadaptacyjność zachowań. Przeżywanie silnego lęku w chorobie przewlekłej może także zmniejszać poczucie kontroli nad otoczeniem, blokując tym samym zaangażowanie w proces leczenia (Bąk-Sosnowska, 2011; Falvo, 2005).

W naturę choroby przewlekłej wpisana jest strata lub zapowiedź straty cenionych przez człowieka wartości. Największą ze strat, z jaką przychodzi mierzyć się osobie przewlekłe chorej, jest zapowiedź przedwczesnej utraty życia. Ponadto chorzy narażeni są na utratę części ciała, sprawności fizycznej, pełnionej roli społecznej, głównie zawodowej, czy zmianę statusu społecznego. Smutek i żal są naturalnymi reakcjami na każdą z nich. Doświadczenie i przeżycie smutku oraz zaakceptowanie poniesionych strat umożliwiają ponowne przystosowanie się do wymagań dnia codziennego. Jeśli jednak reakcja ta przeciąga się w czasie, dochodzi do chronicznego i patologicznego stanu smutku, który często prowadzi do depresji. W takiej sytuacji przeżywane emocje powodują większe zakłócenia w funkcjonowaniu niż sama choroba przewlekła.

Inną powszechną reakcją emocjonalną w sytuacji choroby przewlekłej są złość i gniew. Emocje te mogą być skierowane na siebie bądź na innych. Osoby przewlekle chore często intensyfikują odczuwanie złości na siebie, gdy winią się za stan swojego zdrowia, np. uważają, że do zachorowania przyczyniły się ich zaniedbania. Natomiast złość kierują na innych, gdy mają poczucie, że do ich stanu przyczynili się inni ludzie lub zewnętrzne okoliczności. Poziom złości wzrasta również, gdy chorzy mają poczucie krzywdy i niesprawiedliwości z powodu tego, co ich spotkało, a także gdy doświadczają wielu ograniczeń wynikających z choroby. Odczuwanie złości nasila się w sytuacjach, co do których osoby są przekonane, że nie są w stanie im sprostać. Czasami jest to związane z poczuciem bezradności i bezsilności towarzyszącym chorobie. Niektórzy chorzy nie okazują swojej złości wprost. Ujawnia się ona u nich w kłótniach, sprzeczkach, narzekaniu lub próbach przejęcia kontroli nad otoczeniem.

Konfrontując się z ograniczeniami wynikającymi z choroby osoby przewlekle chore mogą mieć poczucie bezradności, bezsilności bądź zniechęcenia. Zdarza się też, że popadają w apatię. Stany te są odczuwane szczególnie silnie w sytuacji zagrożenia, gdy chory ma poczucie, że stracił kontrolę nad stanem własnego zdrowia, i przestaje zmagać się z chorobą. Stany takie często są doświadczane przez pacjentów chorych na chorobę Alzheimera, zwłaszcza w początkowych stadiach choroby, kiedy są oni świadomi nieodwracalności procesu chorobowego i braku skutecznych metod leczenia. Wielu przewlekle chorych odczuwa symptomy depresji, takie jak kłopoty ze snem, zmiana łaknienia, kłopoty z koncentracją, porzucanie aktywności (Seligman, Walter i Rosenhan, 2003). Przedłużające się okresy obniżonego nastroju mogą nasilać zachowania autodestrukcyjne, np. nadużywanie substancji psychoaktywnych czy podejmowanie prób samobójczych (Leventhal i Patrick-Miller, 2005).

Część osób przewlekle chorych doznaje silnego wstydu, zwłaszcza gdy choroba powoduje widoczne zmiany skórne (np. łuszczyca), co często przyczynia się do wycofania się z życia społecznego i unikania kontaktów z innymi ludźmi. Niektórzy chorzy mają również poczucie winy. Są to głównie ci, którzy przypisują sobie w jakimś stopniu odpowiedzialność za zachorowanie (np. palacze, u których rozwinął się nowotwór płuc) lub ci, którzy nie mogą pogodzić się z tym, że choroba przewlekła uniemożliwia im wypełnianie ról społecznych.

Doświadczanie afektu negatywnego o różnej sile i znaku jest niekorzystne dla przebiegu procesu leczenia, stanowi bowiem dodatkowe obciążenie, z którym chorzy muszą sobie radzić. Stwierdzono, że im więcej emocji negatywnych odczuwa pacjent i im są one silniejsze, tym bardziej pogarsza się stan jego zdrowia (Larsen i in., 2002). Przeżywanie silnego lęku i obniżenie

nastroju może zakłócić przebieg procesu leczenia bądź zniwelować pozytywne efekty rehabilitacji, np. odnotowano dodatnie zależności między obniżeniem nastroju a zmniejszoną gotowością do uczestnictwa w rehabilitacji kardiologicznej u pacjentów po zawale serca (Lane, Carroll i Ring, 2001; za: Morrison i Bennett, 2009) oraz między wysokim poziomem lęku a niewykonaniem pomiarów stężenia glukozy we krwi przez pacjentów chorych na cukrzycę (Niemcrylic, Speer i Travis, 1990; za: Morrison i Bennett, 2009). Ponadto odczuwanie emocji negatywnych utrudnia odnalezienie się w świecie społecznym po rozpoznaniu choroby przewlekłej, a wysoki poziom depresji utrudnia powrót do pracy i inne społeczne aktywności (Morrison i Bennett, 2009).

Emocje pozytywne w chorobie przewlekłej. Badania prowadzone w ostatnim czasie dowodzą, że podczas trwania choroby pacjenci przeżywają nie tylko emocje negatywne. Mogą oni doświadczać również pozytywnych stanów emocjonalnych, które odgrywają adaptacyjną rolę w procesie utrzymania i powrotu do zdrowia (Fredrickson i Levenson, 1998). Stwierdzono, że emocje pozytywne zwiększają poziom pobudzenia, co mobilizuje do działania (Folkman i Moskowitz, 2000). Barbara L. Fredrickson (1998; 2001) uważa, że wzbudzanie i utrzymywanie pozytywnych emocji ma trzy funkcje sprzyjające zdrowieniu: rozbudowanie sprężystości psychicznej (*resiliency*), prowadzące do efektywniejszego rozwiązywania pojawiających się problemów, niwelowanie siły i znaczenia emocji negatywnych oraz inicjowanie spirali wzrostu emocji pozytywnych. Badania potwierdzają te założenia. Wykazano bowiem, że osoby ze złamaniami stawu biodrowego, o wysokim poziomie emocji pozytywnych szybciej podejmowały próby chodzenia i osiągały większą szybkość poruszania się w porównaniu z osobami z niskim poziomem emocji pozytywnych (Fredman, Hawkes, Black, Bertrand i Magaziner, 2006). Według Susan Folkman i Judith T. Moskowitz (2006; za: Heszen i Sęk, 2007) pobudzanie i rozwijanie pozytywnego afektu jest efektem posługiwania się strategiami skoncentrowanymi na znaczeniu, takimi jak: nasywanie zwykłych zdarzeń pozytywnym afektem, wzmacnianie pozytywnego afektu, znajdowanie korzyści w wydarzeniach stresowych, urealnienie priorytetów oraz adaptacyjne przeformułowanie celów.

Relacje między emocjami pozytywnymi i negatywnymi w sytuacji choroby przewlekłej. Badacze zajmujący się problematyką związków między odczuwanymi emocjami a sytuacją zdrowotną człowieka prezentują trzy stanowiska na temat najbardziej pożądanej dla zdrowia reakcji emocjonalnej na wydarzenie stresowe, jakim jest choroba przewlekła. Pierwsze podkreśla wyeliminowanie emocji negatywnych. Odczuwanie emocji negatywnych w odpowiedzi na sytuację trudną może bowiem powodować niekorzystne następstwa zdrowotne, zaś umiejętność kontrolowania emocji

– sprzyjać skutecznemu radzeniu sobie z problemem (Lazarus i Folkman, 1984). Badania tego jednak nie potwierdzają, ponieważ osoby potrafiące tłumić emocje ponoszą wysokie koszty fizjologiczne związane z większym pobudzeniem układu sympatycznego, co często negatywnie wpływa na stan ich zdrowia (Larsen i in., 2002). Drugie podejście akcentuje rolę emocji pozytywnych i dąży do ich wzbudzania. Jako miarę tendencji do przeżywania pozytywnych emocji traktuje się poziom optymizmu. Badania wskazują, że optymizm jest predyktorem szybszego powrotu do zdrowia oraz wyższej jakości życia u osób po operacji bajpasów (Scheier i in., 1989). Trzecie zakłada, że dla optymalnej adaptacji do choroby przewlekłej konieczne jest „współbrzmienie” emocji pozytywnych i negatywnych, ponieważ tylko pełne otwarcie się na emocje w sytuacji obciążającej pozwala na poradzenie sobie z nią. Efektywne radzenie sobie z sytuacją trudną wymaga właściwej proporcji między emocjami pozytywnymi i negatywnymi. Problem ten analizowany jest w modelu współbrzmienia, w którym zakłada się, że skuteczne radzenie sobie z błahymi wydarzeniami wymaga przewagi emocji pozytywnych, natomiast w przypadku wydarzeń silnie obciążających konieczna jest przewaga emocji negatywnych, ponieważ wymaga ono koncentracji na wielu negatywnych aspektach sytuacji (Larsen i in., 2002). Zachęcanie pacjentek z nowotworem piersi do swobodnego wyrażania doświadczanych emocji dwukrotnie wydłużyło ich życie w porównaniu z pacjentkami, które tego nie robiły (Spiegel, Bloom, Kraemer i Gottheil, 1989).

Zagadnieniem znaczenia przeżywania pozytywnych bądź negatywnych stanów emocjonalnych dla stosowanych strategii radzenia sobie przez chorych po przebytych zawale serca zajmowały się Ewa Gruszczyńska i Aleksandra Kroemeke (2009). Autorki te zauważyły, że odczuwanie emocje pozytywnych bądź negatywnych prowadzi do posługiwania się odmiennymi strategiami radzenia sobie w sytuacji trudnej. Przeżywanie emocji pozytywnych motywowało pacjentów do stosowania strategii skoncentrowanych na problemie, podczas gdy odczuwanie emocji negatywnych – do korzystania z strategii skoncentrowanych na regulacji emocji.

Zmienność reakcji emocjonalnej w czasie. Choroba przewlekła jest nagłym, niespodziewanym i zagrażającym życiu wydarzeniem, które dezorganizuje funkcjonowanie człowieka. W związku z tym człowiek reaguje na nią silnymi emocjami przez cały okres jej trwania. Emocje o zmieniającej się treści i intensywności odczuwane są przez chorego od chwili postawienia diagnozy, poprzez cały proces leczenia, aż do remisji choroby lub śmierci. Momentami sprzyjającymi intensyfikacji odczuwanych stanów emocjonalnych są: moment postawienia diagnozy, sytuacja pogorszenia się stanu zdrowia (rzutu choroby), zastosowanie drastycznych metod leczenia, konfrontowanie się z następstwami choroby wymuszającymi zmianę stylu życia, w tym

konieczność zaakceptowania różnych ograniczeń wynikających z choroby. Emocje, jakie odczuwa osoba przewlekle chora, nie są jedynie konsekwencją stanu jej zdrowia i doznawanych objawów. W wielu wypadkach powodowane są przez zmiany życiowe, do których przyczynia się choroba, obejmujące: rozluźnienie relacji z innymi ludźmi, rozpad rodziny, zmniejszenie aktywności zawodowej czy utratę pracy (Heszen i Sęk, 2007).

Val Morrison i Paul Bennett (2009) uważają, że emocjonalne następstwa choroby przewlekłej można analizować, biorąc pod uwagę trzy aspekty czasowe: moment postawienia diagnozy, okres trwania choroby i jej leczenia oraz czas zakończenia leczenia. Doświadczenie emocjonalne choroby nowotworowej ma zatem trzy fazy: informacje zdrowotne na temat ryzyka nowotworu, zdiagnozowanie nowotworu i jego leczenie. Każda z faz choroby powoduje wzrost napięcia emocjonalnego, przy czym szczególnie wysoki poziom dystresu występuje w fazie początkowej (Miller i Schnoll, 2005).

Pierwszą reakcją pojawiającą się w momencie rozpoznania choroby przewlekłej jest szok, niedowierzanie i powątpiewanie w poprawność postawionej diagnozy (Falvo, 2005). Często pojawiają się myśli katastroficzne związane ze swoją sytuacją i przyszłością. Osoby mogą czuć się, jakby znajdowały się „jedną nogą w grobie”, „walczyły o swoje życie”, „znajdowały się na krawędzi”. Na tym etapie choroby często pojawia się złość skierowana na innych i na siebie oraz poczucie winy. Dominującymi emocjami są obniżenie nastroju i wzrost poziomu lęku. Jeśli osoby zaakceptują swoją sytuację zdrowotną, kolejną, bardziej adaptacyjną reakcją, będzie smutek (Landmark i Wahl, 2002; za: Morrison i Bennett, 2009; Falvo, 2005).

Po pierwszym szoku związanym ze zdiagnozowaniem choroby u większości pacjentów poziom dystresu jest podobny jak w całej populacji. Może on wzrastać w sytuacjach związanych ze stanem zdrowia, takich jak: oczekiwanie na wyniki, zakończenie kuracji bez nadziei na wyzdrowienie, rozwój choroby w postać terminalną. Wzrost napięcia, przejawiający się głównie obniżeniem nastroju i zwiększeniem poziomu lęku, może być również spowodowany przez efekty uboczne stosowanych procedur leczenia: osłabienie, chroniczne zmęczenie i utratę wagi (Thuné-Boyle, Myers i Newman, 2006; Morrison i Bennett, 2009). W skrajnych przypadkach napięcie związane z przebiegiem leczenia może być tak duże, że pacjenci decydują się na niepodjęcie lub zaprzestanie leczenia. Okres leczenia wiąże się jednak także z odczuwaniem emocji pozytywnych, takich jak nadzieja na wyzdrowienie i osiągnięcie pełni zdrowia.

Czas związany z zakończeniem leczenia cechuje różnorodność stanów emocjonalnych. W przypadku niepowodzenia leczenia i przejścia od leczenia do opieki paliatywnej część pacjentów akceptuje swój stan i godzi się z nieuchronnością przemijania, co pozwala im wyciszyć emocje i osiągnąć

stan równowagi. Wielu z nich jednak zaprzecza swojemu stanowi i wciąż oczekuje poprawy stanu zdrowia. Bywa, że nieuchronność śmierci wiąże się z emocjonalnym i egzystencjalnym kryzysem, przejawiającym się koncentracją na procesie umierania, na bólu i jego kontroli, obawą przed utratą godności. Może się to przyczyniać do zwiększenia napięcia i zmniejszenia chęci do życia. Natomiast w przypadku sukcesu wieńczącego leczenie pacjenci mogą doświadczać ambiwalentnych stanów emocjonalnych: z jednej strony uczucia ulgi, że obciążające leczenie zostało zakończone, z drugiej – poczucia straty, wynikającego z ograniczenia kontaktów z personelem medycznym, utrzymywanych w trakcie leczenia.

1.3. Społeczne następstwa choroby przewlekłej

Konieczność zaadaptowania się do nowej, wymuszonej przez chorobę przewlekłą sytuacji życiowej wiąże się z ponownym ustosunkowaniem się do pełnionych ról społecznych i powtórным wyznaczeniem sobie celów, jakie chce się osiągnąć i jakie możliwe są do zrealizowania w świecie społecznym w warunkach obniżonej sprawności organizmu. W przypadku wielu chorób osoby nimi dotknięte są negatywnie naznaczone przez społeczeństwo.

Zmiany w zakresie pełnienia ról społecznych. Każda osoba pełni wiele różnych ról społecznych, dzięki którym funkcjonuje i odnajduje się w świecie społecznym. Rola społeczna „stanowi zespół działań, jak i określony system norm wkomponowany w strukturę grupy lub podstrukturę ról” (Szmatka, 1980, s. 90). Rola społeczna ma dwa poziomy. Pierwszy związany jest ze strukturalnie narzuconymi nakazami roli, czyli społecznymi przepisami i żądaniami dotyczącymi działań i zachowań jednostki. Drugi wiąże się z osobowościową definicją roli, czyli tym, w jaki sposób jednostka zinternalizowała społeczne nakazy (Szmatka, 1989). Choroba przewlekła wymusza zmiany w obrębie aktualnie pełnionych ról społecznych. Osoba chora często traci możliwość wypełniania niektórych z nich, bywa zmuszona do zmiany sposobu ich pełnienia lub staje przed koniecznością redefinicji pełnionej roli społecznej i sposobu, w jaki można ją realizować w sytuacji choroby. Wiąże się to często z utratą władzy i jest zapowiedzią utraty statusu, pozycji, zdolności, umiejętności przynależnych do pełnionych dotychczas ról społecznych. Szczególnie widoczne jest to w odniesieniu do ról zawodowych. Osoby przewlekle chore w wielu przypadkach stają przed koniecznością ograniczenia prowadzonej dotąd aktywności zawodowej, a nawet rezygnacji z niej.

Dodatkowo osoba przewlekle chora rozpoczyna proces przyjmowania roli chorego (Goodheart i Lansing, 1997). Rola ta ma cztery właściwości: „(1) jednostka jest spostrzegana przez innych jako osoba nieodpowiedzialna za swój stan (tzn. niemająca udziału w jego powstaniu), (2) stan ten jest

traktowany jako coś niepożądanego, a tym samym wymaga się od danej jednostki, aby robiła wszystko w celu zlikwidowania go (leczyła się), (3) ze względu na ów stan niesprawności wyłącza się taką jednostkę z uczestnictwa w rolach społecznych obowiązujących w danej społeczności, (4) wyłączenie to ma charakter okresowy – trwa do zlikwidowania stanu niesprawności (Parsons, 1969; za: Kowalik i Brzeziński, 1991, s. 228). Przyjęcie roli chorego przyczynia się do zwiększenia zależności od innych osób oraz wymusza podporządkowanie się wymaganiom związanym z przebiegiem procesu leczenia. Bycie w roli chorego pełni funkcję ochronną zarówno w przypadku osoby, jak i systemu, w którym ona żyje. Osoba chora nie jest zmuszona wtedy do podejmowania zadań przekraczających jej aktualne możliwości, a system społeczny dzięki jasnemu określeniu osoby jako chorej może przejąć jej dotychczasowe obowiązki.

U osoby przewlekle chorej zachodzą zatem dwa procesy: pierwszy obejmuje zmiany w sposobie pełnienia dotychczasowych ról społecznych, drugi wiąże się z przyjmowaniem i pełnieniem roli chorego.

Proces stygmatyzacji osób chorych. Inną społeczną konsekwencją choroby przewlekłej jest postrzeganie osób chorych przez innych ludzi, zarówno najbliższych, bliskie otoczenie społeczne, jak i społeczeństwo. Istnieje wiele mitów na temat przyczyn i ograniczeń sposobów leczenia chorób przewlekłych, które wpływają na stosunek do osób chorych, często prowadząc do ich izolacji bądź odrzucenia. Kontakt z chorymi bywa trudny dla wielu osób ze względu na brak zrozumienia istoty choroby oraz lęk o własne zdrowie i życie odczuwany w sytuacji takiego kontaktu.

Objawy choroby przewlekłej i towarzyszące im zmiany w wyglądzie często przyczyniają się do stygmatyzacji i odrzucenia osób chorych. Ze względu na swój stan naruszają oni bowiem przyjęte standardy wyglądu i zachowania, a ich obecność może wywoływać lęk i poczucie zagrożenia u osób mających z nimi styczność (np. lęk przed zarażeniem się na skutek kontaktu z osobą będącą nosicielem wirusa HCV lub HIV). Z tego względu są one nieakceptowane i postrzegane jako „nienormalne”, „mniej warte” oraz w pewnym stopniu odpowiedzialne za swój stan. W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się osoby, które posiadają widoczne oszpecenia, gdyż już w czasie pierwszego kontaktu postrzega się je przez pryzmat ich choroby.

Stygmatyzacja wpływa na funkcjonowanie psychiczne i społeczne osoby chorej. W funkcjonowaniu psychicznym może nasilać odczuwany lęk i niepokój, przez co często negatywnie oddziałuje na poczucie Ja, samoocенę, wiarę we własne możliwości, poziom szczęścia. Ponadto w celu ograniczenia negatywnego postrzegania siebie przez innych osoby chore mogą minimalizować, ignorować lub zaprzeczać swojemu stanowi i konieczności podjęcia leczenia. Może to prowadzić do zachowań, które mają na celu

ukrywanie objawów choroby, aby nie być traktowanym jako osoba chora, a nie leczenie. Zmiany w wyglądzie chorych i lęk przed brakiem akceptacji społecznej mogą współdecydować o tym, czy osoba chora wykorzysta swój potencjał do zmagania się z chorobą, czy też na skutek społecznego ostracyzmu popadnie w bierność i apatię (Else-Quest, LoConte, Schiller i Hyde, 2009; Pachankis, 2007; Falvo, 2005; Goodheart i Lansing, 1997).

W świecie społecznym stygmatyzacja może zaś prowadzić do dyskryminacji, deprecjacji, izolacji i lekceważenia. Procesy te są szczególnie widoczne w sferze zawodowej i w obszarze edukacji. Osoby przewlekle chore często mają problem ze znalezieniem pracy, powrotem do niej po chorobie, bywają przesuwane na inne, mniej płatne i prestiżowe stanowiska po okresie rzutu choroby. Postrzeganie osoby jako chorej często przekłada się na jej osiągnięcia edukacyjne, utrudniając jej zdobycie rzetelnego wykształcenia, co przyczynia się do obniżenia jej poczucia bezpieczeństwa i jakości życia (Quinn i Chaudoir, 2009).

1.4. Behawioralne następstwa choroby przewlekłej – konieczność zmiany stylu życia

Prócz biologicznych, psychicznych, emocjonalnych i społecznych następstw choroba przewlekła powoduje także konieczność modyfikacji lub zmiany różnych elementów stylu życia związanych ze zdrowiem, czyli „luźno powiązanych zachowań (nawyków i czynności), charakterystycznych dla danej jednostki lub grupy (warstwy) społecznej, mających istotne znaczenie dla zdrowia” (Sęk, 2000, s. 542). Według Andrzeja Sicińskiego (2002) styl życia ujawnia się w trzech sferach rzeczywistości: (1) sferze wartości, dążeń, aspiracji, potrzeb i celów życiowych, (2) sferze obserwowalnych zachowań i czynności oraz (3) sferze przedmiotów, które jednostka mniej lub bardziej świadomie tworzy, wybiera bądź przejmuje, kreując w ten sposób swoje środowisko życiowe.

Choroba przewlekła wymusza głównie zmianę tych aspektów stylu życia, które wiążą się z typowymi dla danej choroby objawami oraz stosowanymi procedurami leczenia. Następuje ograniczenie swobodnej aktywności osób chorych m.in. z powodu: konieczności pozostawania w łóżku, zmiany i przestrzegania diety, rezygnacji ze spożycia alkoholu, rzucenia palenia papierosów, unikania nadmiernego wysiłku fizycznego. Chorych cechuje też mniejsza aktywność życiowa (fizyczna, samoobsługowa, towarzyska, zawodowa). Zmiany stylu życia są również spowodowane stosowanymi procedurami leczenia, które obejmują: kontakty z lekarzem prowadzącym, udział w systematycznych badaniach diagnostycznych, regularne poddawanie się zabiegom leczniczym, systematyczne przyjmowanie leków oraz udział w za-

biegach rehabilitacyjnych (Kulczycki, 1971). Przyczyniają się one do zakłócenia rytmu życia, który zostaje podporządkowany wymogom stawianym przez chorobę i proces jej leczenia. Ograniczenia możliwej dla chorego aktywności oraz wymagania związane z procesem leczenia stawiają człowieka przed koniecznością przeorganizowania celów życiowych, a jednocześnie ich urealnienia: rezygnacji z tych, które nie będą mogły być zrealizowane ze względu na ograniczenia zdrowotne oraz zaplanowania nowych, dostosowanych do aktualnego stanu zdrowia. U chorych następuje przebudowa hierarchii wartości – większego znaczenia nabierają wartości niematerialne, takie jak wiara czy relacje z bliskimi.

Zmieniona sytuacja zdrowotna zmusza chorego do dokonania zmiany tych elementów stylu życia, które odnoszą się do szeroko rozumianych zachowań zdrowotnych, zwłaszcza określanych jako zachowania zdrowotne w sytuacji choroby (Sęk, 2000), często wiążące się z przestrzeganiem ograniczeń i realizacją wymagań wynikających z choroby (por. rozdział III).

Zmiana stylu życia i modyfikacja zachowań zdrowotnych wymaga znacznego wysiłku ze strony osoby chorej, ponieważ jest związana z wypracowaniem nowych wzorców działania w niesprzyjającej sytuacji, gdy dostępne zasoby ulegają wyczerpaniu. Trudność w przyswojeniu sobie nowych wzorców zachowania tworzących styl życia może także wynikać z konieczności radzenia sobie z przeszkodami pojawiającymi się podczas próbowania nowego zachowania, a także z dystraktorami i konkurencyjnymi celami. Może też wynikać z odczuwanych w sytuacji choroby emocji negatywnych, zwłaszcza lęku (Miller, Fang, Manne, Engstrom i Daly, 1999; Kash i Lerman, 1998).

2. Konsekwencje choroby niedokrwiennej serca

Choroba niedokrwienności serca, a w szczególności zawał serca będący jej konsekwencją, oprócz tego, że stanowi bezpośrednie zagrożenie życia, wymagające natychmiastowej i profesjonalnej pomocy medycznej, jest traktowany jako sytuacja silnie stresująca, pozostawiająca poważne następstwa somatyczne, psychologiczne i społeczne (Włodarczyk, 2004). Powoduje ona konsekwencje, które stawiają osobę chorą przed koniecznością radzenia sobie z nimi i przystosowania się do nowej, zmienionej sytuacji życiowej.

2.1. Somatyczne następstwa choroby niedokrwiennej serca

Najpoważniejsze konsekwencje choroby niedokrwiennej serca wiążą się z bezpośrednim zagrożeniem życia. Chory cierpiący na ostrą postać choroby niedokrwiennej może umrzeć w wyniku zawału mięśnia sercowego (nagły

zgon sercowy). W formie prostej może to doprowadzić do nagłego zatrzymania krążenia prowadzącego do śmierci w przypadku braku specjalistycznej opieki medycznej. Choroba ta jest także związana z odczuwaniem silnych dolegliwości bólowych, nasilających się w sytuacjach zwiększonej aktywności fizycznej (por. rozdział II).

2.2. Psychologiczne konsekwencje choroby niedokrwiennej serca

Do najważniejszych konsekwencji psychologicznych zalicza się zmiany nastroju przejawiające się podwyższonym poziomem lęku, depresyjności oraz złości. Szacuje się, że na zaburzenia depresyjne cierpi od 14% do 27% pacjentów kardiologicznych (Shnek, Irvine, Stewart i Abbey, 2001). Badania na pacjentach hospitalizowanych dowodzą, że 30,9% chorych odczuwa pogłębienie depresji, a 26,1% – silniejszy lęk w czasie hospitalizacji (Lane, Carroll, Ring, Beeveres i Lip, 2002).

Choroba niedokrwienna serca zwiększa ryzyko nagłej śmierci na skutek zawału serca. W związku z tym wzrasta siła lęku przed śmiercią, który stanowi naturalną reakcję osób chorych (Falvo, 2005). Siła lęku i depresji jest zróżnicowana pod względem płci – kobiety silniej doświadczają tych stanów emocjonalnych niż mężczyźni (Kazemi-Saleh, Pishgoo, Farrokhi, Fotros i Asari, 2008; Day, Freedland i Carney, 2005).

Wzbudzenie negatywnego afektu w sytuacji choroby niedokrwiennej serca nie pozostaje obojętne dla zdrowia i funkcjonowania osób chorych. Małgorzata Guzowska (2004) twierdzi, że u wielu chorych odczuwane emocje, a nie stan somatyczny, są czynnikiem ograniczającym aktywność i prowadzącym do inwalidztwa. To właśnie emocjonalna reakcja na chorobę jest przyczyną izolacji społecznej, rezygnacji z przedchorobowych form aktywności oraz popadania w marazm (Falvo, 2005). Wyniki badań wskazują, że w przypadku pacjentów odczuwających silny lęk i depresję istnieje większe prawdopodobieństwo nawrotu choroby lub zgonu na jej skutek (Yeragania, Rooseb, Mallavarapuc, Radhakrishnaa i Pesceb, 2002). U pacjentów z wysokim poziomem depresji, niemających pozytywnych kontaktów społecznych i poczucia związku z innymi ludźmi występuje większe prawdopodobieństwo zgonu w ciągu roku od momentu zawału serca niż u osób otrzymujących wiele wsparcia (Jiang i in., 2001; Murberg i Bru, 2001). Ponadto lęki i depresja blokują zmiany zachowania, np. osoby o wysokim poziomie lęku i depresji rzadziej przestają palić papierosy w okresie po przebytych zawałach serca (Huijbrechts i in., 1996).

Choroba niedokrwienna serca prowadzi również do zmian w zakresie jakości życia. Jednym z narzędzi wykorzystywanych do pomiaru jakości życia jest Kwestionariusz Oceny Jakości Życia (SF-36 – *Short Form Health*

Survey). Umożliwia on ocenę ośmiu wskaźników jakości życia: funkcjonowania fizycznego, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego, dolegliwości bólowych, ogólnego poczucia zdrowia, witalności, funkcjonowania społecznego, ograniczeń w pełnieniu ról wynikających z problemów emocjonalnych oraz poczucia zdrowia psychicznego (Tylka i Piotrowicz, 2009). W badaniach porównujących poczucie jakości życia osób cierpiących na różne schorzenia zauważa się, że pacjenci z chorobą niedokrwienną serca deklarują znaczne obniżenie ogólnego poczucia zdrowia oraz ograniczenia w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego w porównaniu z chorymi na takie schorzenia, jak: alergie, artretyzm, przewlekła obturacyjna choroba płuc, nadciśnienie, cukrzyca, utrata słuchu (Alonso i in., 2004). Obniżenie poczucia jakości życia częściej występuje u pacjentów chorujących na dwie i więcej choroby przewlekłe. W przypadku pacjentów z chorobą niedokrwienną serca najczęściej współwystępującym schorzeniem jest cukrzyca. Rozpoznanie tych dwóch chorób znacznie obniża poczucie jakości życia (Stone, Khunti, Squire i Paul, 2008).

Część badaczy zajmujących się funkcjonowaniem osób z chorobą niedokrwienną serca zwraca uwagę, że pacjenci ci doświadczają silnych objawów stresu psychologicznego po przebyciu ostrych epizodów wieńcowych, takich jak zawał serca. U wielu z nich pojawiają się symptomy stresu posttraumatycznego (Gander i von Kanel, 2006; Spindler i Pedersen, 2005). Szacuje się, że jest to średnio 15% chorych na tę chorobę (Spindler i Pedersen, 2005). W zależności od badań zidentyfikowano od 0% do 32% chorych z objawami stresu pourazowego (Jones, Chung, Berger i Campbell, 2007; van Driel i Op den Velde, 1995). Obserwuje się też wiele negatywnych konsekwencji tego stanu, które obejmują: zwiększone prawdopodobieństwo kolejnego epizodu wieńcowego w ciągu 1,5 roku (Shemesh i in., 2004), silniejsze symptomy kardiologiczne (Ladwig i in., 2008), a zwłaszcza większe dolegliwości bólowe w obrębie klatki piersiowej (Cohen i in., 2000).

Choroba niedokrwienna serca, a przede wszystkim zawał serca, jest poważnym zakłóceniem normalnego biegu życia człowieka. W związku z tym zmusza osobę chorą do określenia, co aktualnie dzieje się w jej życiu, oraz przebudowania własnej tożsamości z uwzględnieniem tego, że jest osobą chorą, której udało się odzyskać zdrowie (Radley, 1984; 1989; za: Ogden, 2007). Badania nad chorobą niedokrwienną serca prowadzone w perspektywie egzystencjalnej wskazują, że podczas trwania choroby maleje poczucie sensu życia, a tym samym dochodzi do obniżenia własnej wartości oraz negatywnego stosunku do samego siebie (Ostrowski, 2004).

2.3. Społeczne konsekwencje choroby niedokrwiennej serca

Kontynuowanie różnych aktywności w przestrzeni społecznej, takich jak praca, zabawa, hobby, utrzymywanie kontaktów z innymi, sprzyja radzeniu sobie z chorobą i budowaniu sieci wsparcia społecznego (Kearney, 1999; Lin, Ye i Ensel, 1999). Posiadanie bliskich i głębokich relacji sprzyja zachowaniu zdrowia fizycznego i emocjonalnego, natomiast izolacja społeczna zwiększa ryzyko zachorowania na wiele chorób przewlekłych, w tym choroby układu krążenia (Weil i in., 1999).

W wielu przypadkach choroba niedokrwienność serca negatywnie wpływa na funkcjonowanie społeczne chorych. Odbija się zarówno na funkcjonowaniu pacjentów, jak i ich rodzin, ponieważ jest sytuacją trudną, do której musi przystosować się cała rodzina, a nie tylko pacjent. Osoby przewlekle chore pozostające w związkach małżeńskich oprócz tego, że muszą radzić sobie z napięciem i trudnościami spowodowanymi przez chorobę, zmagają się też z wypełnianiem zadań związanych z życiem rodziny (Coyne i Syme, 1991). Żony mężów po przeżytym zawale serca doświadczały większego stresu niż mężczyźni, których żony zachorowały. Ich wyższy poziom napięcia wynikał z konieczności opiekowania się chorym mężem oraz percepcją swoich umiejętności w tym zakresie (Rohrbaugh i in., 2002). Zaobserwowano, że kobiety po zawale serca, mimo że ich mężowie przejęli obowiązki związane z prowadzeniem domu, nadal silnie się w nie angażowały, dodatkowo się obciążając. Prawdopodobnie pełnienie roli osoby prowadzącej dom jest istotnym elementem tożsamości kobiet, który oddziałuje na poziom ich dobrostanu i możliwość wyzdrowienia (Rose, Suls, Green, Lounsbury i Gordon, 1996).

Przebyte zawały serca utrudniają funkcjonowanie zawodowe. Większość chorych kontynuuje jednak dotychczasową pracę, choć w badaniach temu poświęconych Amr E. Abbas i współpracownicy (2004) zaobserwowali, że pół roku po przeżytym zawale serca nie podjęło pracy 22% chorych, a Jerneja Farkaš, Katja Černe, Mitja Lainščak i Irena Keber (2008) odnotowały, że w rok po przeżytym zawale serca nie pracowało 30% chorych. W pracach przeglądowych na ten temat wskazuje się, że pracę podejmuje ponownie od 62% do 92% pacjentów (Shanfield, 1990). Jako najważniejsze przeszkody utrudniające powrót do pracy wymienia się: depresję (Lespérance, Frasure-Smith, Juneau i Theroux, 2000; Soderman, Lisspers i Sundin, 2007), wymagania pracy, którym nie można sprostać ze względu na chorobę, silną dusznicę bolesną (Abbas i in., 2004), wiek i płeć. Mężczyźni rzadziej wracali do pracy niż kobiety (Jackson, Leclerc, Erskine i Linden, 2005). Podobną zależność odnotowano w przypadku osób starszych (Mittag, Kolenda, Nordmann, Berien i Maurischat, 2001).

2.4. Behawioralne konsekwencje choroby niedokrwiennej serca

Konsekwencje behawioralne choroby niedokrwiennej serca, a zwłaszcza przebytego zawału, obejmują konieczność natychmiastowej zmiany wielu elementów stylu życia. Zmiany te mają na celu eliminację czynników ryzyka mogących prowadzić do nawrotu choroby i obejmują rezygnację z zachowań szkodliwych (niezdrowa dieta, palenie, nadużywanie alkoholu, nieadaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem, np. korzystanie z substancji psychoaktywnych) oraz wprowadzenie nowych, prozdrowotnych zachowań (aktywność fizyczna, optymalna dieta) lub zachowań związanych z przebiegiem procesu leczenia (przyjmowanie leków, przeprowadzanie badań kontrolnych) (Falvo, 2005; Ogden, 2007). Systematyczne przyjmowanie leków jest warunkiem niedopuszczenia do nawrotu choroby i powrotu do zdrowia. Jednak dla wielu pacjentów może ono być problemem ze względu na ograniczenia osobowościowe, finansowe czy logistyczne.

Innym wyzwaniem pojawiającym się przed osobami chorymi na chorobę niedokrwinną serca jest przystosowanie się do zmian w życiu seksualnym. Osoby chore często ograniczają swoje życie seksualne, co negatywnie odbija się na życiu ich, ich partnerów oraz rodzin. Zmniejszenie aktywności seksualnej bywa spowodowane lękiem przed pogorszeniem stanu zdrowia lub doprowadzeniem do śmierci na jej skutek (Falvo, 2005). Upośledza to życie seksualne, zwłaszcza u mężczyzn. W porównaniu z kobietami deklarują oni mniejszą częstotliwość i gorszą jakość zachowań seksualnych. Towarzyszył im także większy lęk przed podejmowaniem aktywności seksualnej (Kazemi-Saleh i in., 2008).

Chociaż choroba przewlekła jest wydarzeniem silnie obciążającym, skutkującym wieloma ograniczeniami, z którymi trzeba się zmagać, w niektórych sytuacjach prowadzi do pozytywnych zmian w życiu pacjenta. Keith J. Petrie, Deanna L. Buick, John Weinman i Roger J. Booth (1999), analizując siedem aspektów funkcjonowania osób przewlekle chorych (zmiany stylu życia, rozwój bliskich związków, zwiększenie zrozumienia zdrowia i choroby, zmiany w hierarchii osobistych priorytetów, rozszerzenie wiedzy o zdrowiu, poczucie szczęścia, otrzymanie drugiej szansy oraz zwiększenie empatii w stosunku do innych osób), odnotowali, że 68% pacjentów po zawale serca po trzech miesiącach od tego wydarzenia dostrzegła pozytywne zmiany, jakie miały miejsce w ich życiu.

3. Konsekwencje reumatoidalnego zapalenia stawów

Istnieje wiele konsekwencji reumatoidalnego zapalenia stawów. W większości przypadków choroba rozwija się powoli, przez miesiące i lata przyczyniając się do rozwoju dysfunkcji. Wraz z pojawianiem się coraz bardziej skutecznych leków prognozy dla osób chorych są obecnie korzystniejsze niż w przeszłości. Jednak RZS wciąż pozostaje postępującą chorobą przewlekłą, przyczyniającą się do trudności w funkcjonowaniu oraz skracającą średnią długość życia (Burke, Zautra, Davis, Schultz i Reich, 2003; Harris, 1993). Mimo że osoby chorujące cechuje podobny poziom bólu i/lub obecność innych symptomów fizjologicznych typowych dla tej choroby, w przypadku niektórych chorych sytuacja ta skutkuje jedynie niewielkim pogorszeniem trybu ich życia. Inni chorzy natomiast przejawiają znaczne funkcjonalne upośledzenie i słabe psychiczne przystosowanie do choroby (Smith i Wallston, 1996). Następstwa RZS mogą uwidaczniać się w somatycznym, emocjonalnym, psychologicznym i behawioralnym funkcjonowaniu chorych. Różnice w doświadczaniu konsekwencji choroby mogą wynikać z innych przekonań na temat własnej choroby, zwłaszcza jej rozumienia i dostrzeganych konsekwencji (Groarke, Curtis, Coughlan i Gsel, 2005).

3.1. Somatyczne następstwa reumatoidalnego zapalenia stawów

U pacjentów chorych na RZS powszechnym następstwem choroby jest deformacja stawów, często prowadząca do niepełnosprawności. Konsekwencją tego jest zwiększenie zależności chorych od pomocy innych, wyższy poziom stresu oraz utrudnienie realizacji ról społecznych.

Innym somatycznym następstwem RZS jest poczucie zmęczenia, często przechodzące się w stan chroniczny (Belza, 1995). Szacuje się że od 40% do ponad 80% pacjentów z rozpoznany RZS uskarża się na zmęczenie (Treharne i in., 2008; Wolfe, Hawley i Wilson, 1996). Zmęczenie rozumiane jest jako wewnętrzne i subiektywne odczucie znużenia, które może, ale nie musi, być związane z aktywnością. Staje się ono problemem, gdy jest chroniczne, zakłóca codzienną aktywność oraz nie może być wyeliminowane przez odpoczynek (Hawley i Wolfe, 1997). Może się przejawiać zarówno w zmianie przebiegu aktywności, jak i procesów poznawczych (Piper, 1989). Poczucie chronicznego zmęczenia zwykle towarzyszy schorzeniom przewlekłym (Evans i Wickstrom, 1999), zwłaszcza tym, których głównym objawem jest ból przewlekły (Fishbain i in., 2003; Covington, 1991), a takim jest niewątpliwie RZS. Kobiety chorujące na tę chorobę cechuje większe niż mężczyźni poczucie zmęczenia (Huysen i in., 1998). Wydaje się, że osoby chorujące

dłużej odczuwają większe zmęczenie (Barlow, Cullen i Rowe, 1999). Jednak niektóre badania nie potwierdzają zależności między poczuciem zmęczenia a czasem trwania choroby (Pollard, Choy, Gonzalez, Khoshaba i Scott, 2006) lub wskazują na wysoki poziom zmęczenia u osób z niedawno rozpoznaną chorobą (Belza, Henke, Yelin, Epstein i Gilliss, 1993).

Zwraca się uwagę, że natężenie poczucia zmęczenia u pacjentów chorujących na RZS można przewidywać na podstawie typowego dla chorób reumatycznych wzorca funkcjonowania obejmującego: ból, zaburzenia snu, subiektywne poczucie depresji oraz niepełnosprawność (Hawley i Wolfe, 1997). Wszystkie te symptomy, a zwłaszcza głęboka niepełnosprawność będąca skutkiem choroby, predysponują do odczuwania zmęczenia (Treharne i in., 2008). Czynnikiem nasilającym poczucie zmęczenia jest liczba negatywnych lub pozytywnych wydarzeń życiowych. Poczucie zmęczenia maleje wraz ze wzrostem pozytywnych wydarzeń życiowych, a rośnie wraz ze wzrostem negatywnych wydarzeń życiowych (Parrish, Zautra i Davis, 2008).

Badania prowadzone wśród chorych na RZS wskazują, że blisko 50% z nich ma problemy ze snem, które mogą przejawiać się trudnościami z zaśnięciem bądź utrzymaniem snu. Przebudzeniom towarzyszy często poczucie sztywności stawów oraz nasilające się dolegliwości bólowe (Hamilton, Catley i Karlson, 2007; Drewes i in., 1998; Nicassio i Wallston, 1992). Sen uważany jest przez osoby chore za czynnik niezbędny do prawidłowego funkcjonowania w sytuacji choroby, a jego zakłócenia powodują gorsze radzenie sobie i obniżenie wskaźników zdrowia. Szczególnie niekorzystne jest nałożenie się problemów ze snem i dolegliwości bólowych, ponieważ zwiększa to prawdopodobieństwo pojawienia się symptomów depresji (Çakirbay i in., 2004; Nicassio i Wallston, 1992). Sugeruje się, że problemy ze snem mogą być spowodowane przez ból, jaki odczuwają osoby chore (Skevington, 1987), ale także mogą nasilać dolegliwości bólowe lub oba te problemy są pochodną jakiegoś trzeciego czynnika związanego z procesem chorobowym (Nicassio i Wallston, 1992). W najnowszych ujęciach sen traktuje się jako biologiczno-behawioralny zasób warunkujący poznawczą i emocjonalną odpowiedź na stres oraz ból związany z chorobą (Hamilton i in., 2007).

3.2. Psychologiczne następstwa reumatoidalnego zapalenia stawów

Spośród konsekwencji psychologicznych RZS na pierwszy plan wysuwają się zmiany w życiu emocjonalnym chorych. Traktuje się je jako efekt odczuwanego bólu i pojawiającej się niepełnosprawności (Ziarko, Kaczmarek, Mojs, Atarowska i Samborski, 2011). Alex J. Zautra i współpracownicy (1997) odnotowali, że odmienne systemy afektywne związane są z odmiennymi objawami RZS. W przypadku pacjentów, u których dominującym objawem był

ból, wiązał się on ze zwiększeniem negatywnego afektu, przy jednoczesnym braku związków z afektem pozytywnym. Natomiast w przypadku pacjentów, u których objawy dotyczyły głównie pojawiającej się niepełnosprawności i ograniczeń z nią związanych, następowało zmniejszenie pozytywnego afektu, przy braku zmian w natężeniu afektu negatywnego. Znak afektu jest zatem powiązany ze stosowanymi strategiami radzenia sobie. Pacjenci chorzy na RZS, posługujący się aktywnymi strategiami radzenia sobie, przeżywali więcej pozytywnych emocji, podczas gdy pacjenci wykorzystujący pasywne, unikowe strategie radzenia sobie deklarowali większe natężenie negatywnych stanów afektywnych.

Analizując emocje chorych na RZS, wskazuje się, że doświadczają oni: obniżenia nastroju, apatii, objawów depresji i silnego lęku. Od 17% do 62% pacjentów uskarża się na symptomy depresji (Katz i Yelin, 1993; Uguz, Akman, Kucuksarac i Tufekci, 2009). Wyniki badań nad konsekwencjami przeżywania emocji negatywnych wskazują, że osoby o rozbudowanych symptomach depresji są bardziej narażone na nawroty silnych dolegliwości bólowych (Affleck, Tennen, Urrows i Higgins, 1991; Zautra i Smith, 2001; Zautra i in., 2007). Poza tym występowanie symptomów depresji utrudnia przystosowanie się i życie z chorobą, co przejawia się m.in. częstymi hospitalizacjami i wizytami lekarskimi (Fifield i in., 2001). Otwarte pozostaje pytanie, czy obniżenie nastroju i występowanie symptomów depresji jest czynnikiem poprzedzającym i uwrażliwiającym na odczuwanie bólu, czy jego efektem (Burke, Zautra, Davis, Schultz i Reich, 2003). Wyniki badań są niejednoznaczne w tej kwestii. Opisuje się dwukierunkową zależność: z jednej strony natężenie depresji pozwala przewidzieć późniejszy stopień fizycznej i psychicznej niepełnosprawności, z drugiej – fizyczne ograniczenia spowodowane przez chorobę są predyktorem późniejszego poziomu depresji (Keefe i in., 2002). Innym typowym stanem emocjonalnym w RZS jest lęk. Osoby o podwyższonym poziomie lęku stanowią od 21% do 70% chorych (Uguz i in., 2009). Część badaczy sugeruje, że doznania lękowe przewyższają poziom depresji w tej grupie chorych (El-Miedany i El-Rasheed, 2002; Hewlett i in., 2002). Często jest to lęk przed kolejnym nawrotem choroby, któremu towarzyszy intensywny ból. W wielu przypadkach przybiera on postać paniki. Może to prowadzić do unikania wszelkich sytuacji nasilających odczuwanie bólu, zwłaszcza związanych z aktywnością zawodową i codziennym funkcjonowaniem (Finan, Zautra i Tennen, 2008), gdyż lęk skłania do unikania sytuacji zagrażających (Frijda, 1987; Lazarus, 1991). Zauważono, że poziom lęku u pacjentów z RZS rośnie wraz ze zwiększającym się poziomem stresu (Zautra i in., 1998).

Wśród innych emocji, których intensywność wzrasta po rozpoznaniu choroby, będących często reakcją na przewlekły ból, wymienia się: gniew,

frustracją i utratę nadziei (Newman, Fitzpatric, Revenson, Skevington i Williams, 1996; Falvo, 2005). Zauważa się, że w trakcie choroby zmienia się nastawienie do świata na bardziej pesymistyczne. Z uwagi na przystosowanie się do niej nie jest to zjawisko korzystne. Pesymistyczne bądź optymistyczne nastawienie do świata modyfikuje stosowane strategie radzenia sobie ze stresem, wpływając na poczucie ogólnego dobrostanu osób chorych (Treharne, Lyons, Booth i Kitas, 2007; Pakenham i Rinaldis, 2001). Osoby, u których dominuje pesymistyczne nastawienie do świata, częściej sięgają po strategie unikowe i ograniczają swą aktywność.

Zachorowanie na RZS może przyczynić się do: zwiększenia subiektywnego poziomu stresu, manifestującego się liczbą obciążających wydarzeń życiowych (Zautra, Hamilton, Porter i Smith, 1999) i wyuczenia się bezradności (Callahan, Cordray, Wells i Pincus, 1996). Dokuczliwy stres ma przełożenie na nastrój (Affleck, Tennen, Urrows i Higgins, 1990) i zaostrzenie się objawów choroby, zwłaszcza dolegliwości bólowych (Affleck, Tennen, Urrows i Higgins, 1994; Repetti, 1993). Kumulacja stresowych wydarzeń życiowych jest szczególnie niekorzystna dla osób wysoce depresyjnych, reagujących na chorobę obniżeniem nastroju. Może to u nich prowadzić do ograniczenia lub zaprzestania aktywności w wielu obszarach życia (Zautra i in., 1999).

3.3. Społeczne konsekwencje reumatoidalnego zapalenia stawów

Zachorowanie na RZS wpływa na społeczne funkcjonowanie chorych, przede wszystkim w obszarze rodzinnym i zawodowym. Często mają oni trudności w pełnieniu dotychczasowych ról społecznych (Bury, 1988). Zaangażowanie się w ich wypełnianie jest wysoko wartościowane pomimo cierpienia, jakie wywołuje (Davis i in., 2011). Próby sprostania wymaganiom wynikającym z wielu ról społecznych przyczyniają się do wzrostu poziomu stresu, poczucia przeciążenia, wywołują bądź nasilają konflikty między poszczególnymi rolami, co u kobiet często prowadzi do obniżenia poczucia dobrostanu (Coty i Wallston, 2008).

Utrudnienia w życiu społecznym wynikają z postępującej deformacji stawów, często prowadzącej do niepełnosprawności, która przyczynia się do wzrostu zależności od innych. W zaawansowanych stadiach choroby nawet najprostsze prace samoobsługowe muszą być wykonywane przy pomocy najbliższych (Newman i in., 1996; Falvo, 2005). Dlatego po wykryciu choroby zmienia się przebieg i dynamika procesów zachodzących w obrębie pary i rodziny (Evers, Kraaimaat, Geenen i Bijlsma, 1998) oraz w miejscu pracy (Fifield i in., 2004).

Częstymi konsekwencjami zachorowania na RZS są: zwiększenie liczby konfliktów między osobą chorą a jej bliskimi, w szczególności partnerem

i krewnymi (Manne i Zautra, 1989; Zautra i in., 1998) oraz dostrzeganie otrzymywania mniejszego wsparcia społecznego ze strony bliskich (Fyrand, Moum, Finset, Wichstrøm i Glennås, 2001).

Pojawienie się osoby chorej na RZS zwiększa stres u wszystkich członków rodziny. Po rozpoznaniu choroby kształtuje się on na podobnym poziomie u osób chorych i ich partnerów (Sperry, 2009). Od natężenia stresu zależy poziom satysfakcji ze związku u obojga partnerów (van Lankveld, Ruitkamp, Näring i de Rooij, 2004). Wraz z jego wzrostem maleje satysfakcja ze związku. Zbyt duże obciążenia występujące w rodzinie często prowadzą do rozwodów i samotności osób chorych (Elstad, Crue i Eriksen, 2005; za: Laidmäe, Leppika, Tulvaa i Hääl, 2009).

Praca zawodowa, będąca istotną częścią życia, często wzmacniająca wiarę w siebie i swoje możliwości, ulega ograniczeniu (Isaksson-Mettävaino i Ahlgren, 2004). W przypadku pacjentów chorujących na RZS około 50% z nich staje się niezdolnymi do pracy w ciągu 2 lat od rozpoznania choroby (Fex, Larsson, Nived i Eberhardt, 1998). Przerwy w pracy mogą trwać do kilku tygodni, podczas których chory przechodzi rzut choroby. Częściej jednak ma miejsce trwałe wyłączenie z pracy (Gobelet, Luthi, Al-Khodairy i Chamberlain, 2007), spowodowane tym, że chory ze względu na pojawiającą się niepełnosprawność nie jest w stanie sprostać wielu wyzwaniom i trudnościom związanym z pracą zawodową. Problemy z utrzymaniem pracy przez osoby dotknięte RZS mogą manifestować się: niezdolnością do pracy, utratą pracy, pojawieniem się ograniczeń w możliwości wykonywania niektórych zadań zawodowych oraz niestabilnością w wykonywaniu pracy (Gobelet i in., 2007).

O utrzymaniu pracy współdecydują cechy osobowości osoby chorej, wymagania stawiane przez wykonywany zawód oraz wsparcie, jakie chory otrzymuje ze strony środowiska społecznego. Oprócz tego jako czynniki związane ze zdolnością do pracy osób dotkniętych RZS wskazuje się: wiek chorych (im starsze osoby, tym większa trudność z utrzymaniem pracy), powagę choroby (Burton, Morrison, Maclean i Ruderman, 2006), długi czas trwania choroby (Wolfe i Hawley, 1988) oraz stopień niepełnosprawności (Fex i in., 1998). Osobom chorym łatwiej jest utrzymać pracę, niż zdobyć zatrudnienie w nowym miejscu po utracie dotychczasowego (Gilworth i in., 2003).

Utrata pracy przyczynia się do zmniejszenia dochodów osoby chorej i jej rodziny oraz pogorszenia jej stanu emocjonalnego przejawiającego się nasileniem lęku i obniżeniem nastroju (Albers i in., 1999; Gabriel, Crowson, Champion i O'Fallon, 1997; Allaire, Anderson i Meenan, 1996). Z kolei zaangażowanie w aktywność zawodową jest korzystne dla osób dotkniętych RZS. Praca zawodowa sprzyja bowiem obniżeniu poziomu emocjonalnego dys-

tresu (White i in., 1995) i zwiększeniu poczucia komfortu (Affleck, Tennen, Pfeiffer i Fifield, 1987).

Zmiany w pełnieniu ról rodzinnych i zawodowych często zwiększają poczucie osamotnienia osoby chorej i przekonanie, że jest ona pozostawiona samej sobie z własnymi problemami (Kool i Geenen, 2012; Laidmäe i in., 2009).

3.4. Behawioralne następstwa i wyzwania reumatoidalnego zapalenia stawów

W sferze życia związanej z zachowaniem chorowanie na RZS skutkuje zmianami stylu życia obejmującymi zarówno codzienną aktywność, jak i sposób spędzania czasu wolnego (Laidmäe i in., 2009; Bury, 1988). Chorzy stają przed koniecznością zmodyfikowania diety oraz systematycznego podejmowania aktywności fizycznej (Kwiatkowska, 2009). Choroba w wielu przypadkach ją ogranicza (Hootman, Macera, Ham, Helmick i Sniezek, 2003), podobnie jak wykonywanie czynności, które były dotąd źródłem zadowolenia, np. taniec, malowanie czy realizacja hobby (Meenan, Yelin, Nevitt i Epstein, 1981; Radanov, Schwarz, Frost i Augustiny, 1997). U osób chorych na RZS obserwuje się niskie wskaźniki zarówno ogólnej aktywności fizycznej (np. poruszanie się po domu), jak i wykonywanych ćwiczeń fizycznych (np. spacer, jazda na rowerze). Wielu chorych nie podejmuje zalecanego 30-minutowego umiarkowanego wysiłku fizycznego (Brodin i in., 2008). Grupą, którą cechuje najniższa aktywność fizyczna, są kobiety powyżej 65. roku życia (Eurenius, Stenström, The Para Study Group, 2005).

Chorzy na RZS stają przed koniecznością uczynienia z rehabilitacji stałego elementu swojego stylu życia. Jej głównym celem jest nauczenie się funkcjonowania i wypełniania różnych zadań pomimo upośledzenia w ruchliwości stawów oraz ogromnego bólu. Jest to poważne wyzwanie, lecz jego realizacja zabezpiecza przed pojawieniem się niepełnosprawności bądź odsuwa ją w czasie (Dubouloz, Vallerand, Laporte, Ashe i Hall, 2008). Głównymi celami rehabilitacji są: nauczenie chorego chronienia własnych stawów przed nadmiernym obciążeniem i zwiększenie jego możliwości fizycznych. Cel ten osiągnąć jest poprzez naukę takiego sposobu poruszania się i wykonywania czynności, który nie będzie nadmiernie obciążał stawów (ruchy płynne, spokojne i delikatne, brak nagłych, szybkich i chaotycznych), oraz wzmocnienie mięśni, by uchronić stawy przed nadmiernym obciążeniem. Dodatkowo zaleca się chorym codzienną rekreacyjną aktywność fizyczną (spacer, jazda na rowerze, pływanie), która poprawia kondycję stawów oraz pozwala na utrzymanie sprawności fizycznej.

Chorych na RZS zachęca się do przestrzegania zbilansowanej diety dostarczającej wszystkie niezbędne składniki pokarmowe i bogatej w przeciwutleniacze (warzywa i owoce), które sprzyjają eliminacji wolnych rodników powstających w stawach, gdzie toczy się proces zapalny. W diecie powinna zostać zmniejszona ilość tłuszczów nasyconych, przyczyniających się do utrzymywania się stanów zapalnych, soli, która wpływa na zatrzymywanie wody w organizmie, oraz ilości wypijanej kawy (Kwiatkowska, 2009).

4. Konsekwencje cukrzycy typu 1

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą powodującą wiele negatywnych następstw. Zachorowanie na nią, podobnie jak w przypadku innych chorób przewlekłych, wpływa na stan zdrowia somatycznego, psychicznego, społecznego i behawioralnego. Zachorowanie na cukrzycę jest obciążone ryzykiem wystąpienia wielu przewlekłych powikłań. Szczególnie zagrożone nimi są osoby, u których choroba rozwija się bezobjawowo (około 20% chorych).

4.1. Somatyczne następstwa cukrzycy typu 1

Cukrzyca może skutkować wieloma różnymi powikłaniami, w tym ostrymi i przewlekłymi. Pierwsze wiążą się z nagłymi stanami zagrażającymi życiu, takimi jak kwasica i śpiączka ketonowa oraz hipoglikemia, drugie zaś – z uszkodzeniami i niewydolnością wielu narządów, w szczególności oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych (Otto-Buczowska, 1995; Gumułka i Rewerski, 1992).

Jednym z poważniejszych powikłań przewlekłych cukrzycy są postępujące zmiany w narządzie wzroku. Zmiany oczne związane są ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia ślepoty oraz szybszym powstaniem zaćmy. Ślepota w cukrzycy jest spowodowana przez zwyrodnienia w naczyniach włosowatych siatkówki (retinopatia cukrzycowa), powstające na skutek zaklejania naczyń włosowatych przez glukozę. Stan ten powoduje pogorszenie odżywienia siatkówki, jej stopniową martwicę, a w konsekwencji pogorszenie i utratę widzenia (Otto-Buczowska, 1995; Gumułka i Rewerski, 1992).

Innym niezwykle poważnym i dokuczliwym powikłaniem jest zespół stopy cukrzycowej. Jest on skutkiem przewlekłego niedotlenienia tkanek, prowadzącego do ich obumierania. W przebiegu tego zespołu w obrębie kończyn dolnych tworzą się opuchlizny, skrzepy, martwice, wrzody i pęknięcia. Deformacji ulegają paznokcie, tkanki miękkie zanikają, a cała stopa sinieje. Skrajnym objawem jest wyniszczenie stopy, zwiększona podatność na infekcje, nieustanny ból, utrudnienia w chodzeniu. Niewłaściwie leczony

zespół stopy cukrzycowej prowadzi do nieodwracalnych deformacji, martwicy i często kończy się amputacją. Dotyka on około 6–10% pacjentów (Otto-Buczowska, 1995; Gumułka i Rewerski, 1992).

Cukrzyca w wielu przypadkach upośledza funkcjonowanie nerek objawiające się obecnością białka w moczu oraz obrzękami twarzy i kończyn. Zmiany w pracy nerek są wynikiem zwiększonej podatności cukrzyków na zakażenia dróg moczowych. Problem ten dotyka 30–50% chorych (Otto-Buczowska, 1995; Gumułka i Rewerski, 1992).

Chorowanie na cukrzycę zwiększa ryzyko wystąpienia innych chorób przewlekłych, głównie układu krążenia, a także miażdżycy tętnic, która może prowadzić do rozwoju choroby niedokrwiennej serca, udarów mózgu i zawału serca.

4.2. Psychologiczne konsekwencje cukrzycy typu 1

U podstaw zmian w psychicznym funkcjonowaniu osób chorych na cukrzycę leżą wymagania stawiane przez chorobę, a zwłaszcza konieczność monitorowania poziomu glukozy we krwi, przyjmowania insuliny oraz zmiany stylu życia, zwłaszcza w zakresie diety i aktywności fizycznej. Cukrzyca jest chorobą, w której podporządkowanie się reżimowi monitorowania poziomu glukozy we krwi, przyjmowania leków oraz właściwych nawyków żywieniowych ma kluczowe znaczenie dla powodzenia leczenia. Obciążające jest to, że należy czynić to bez przerwy, do końca życia, co przekłada się na nastrój chorych.

Podobnie jak w przypadku innych schorzeń przewlekłych, osoby chorujące na cukrzycę w porównaniu z osobami zdrowymi odczuwają wyższy poziom lęku, depresji oraz napięcia emocjonalnego. W badaniach porównujących poziom lęku u osób zdrowych i cierpiących na cukrzycę okazało się, że 14% chorych doznaje symptomów uogólnionych zaburzeń lękowych, podczas gdy występowanie tego zaburzenia w populacji jest na poziomie 3–4%. Ponadto podwyższony poziom lęku odnotowuje się u 40% chorych (Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse i Lustman, 2002). Osoby chore odczuwają specyficzny rodzaj lęku, określany jako lęk przed hipoglikemią, ponieważ zdają sobie sprawę, że stan ten stanowi bezpośrednio zagrożenie życia. Ulega on nasileniu w sytuacji pojawienia się sygnałów wskazujących na zbliżającą się hipoglikemię. Jej wysoki poziom dezorganizuje życie chorego, prowadząc m.in. do niewłaściwej kontroli poziomu glukozy we krwi (Cox, Irvine, Gonder-Frederick, Nowacek i Butterfield, 1987).

Wyniki porównań poziomu depresji u osób zdrowych i chorych na cukrzycę wskazują, że prawdopodobieństwo pojawienia się depresji jest dwukrotnie wyższe u osób chorujących. Jest ona powszechnym problemem

wśród chorych, dotyczącym co piątego pacjenta (Barnard, Skinner i Peveler, 2006).

Podwyższony poziom napięcia emocjonalnego wpływa negatywnie na funkcjonowanie chorych, zwłaszcza utrudnia zaangażowanie się w leczenie, rehabilitację oraz funkcjonowanie społeczne. Odnotowuje się związki między podwyższonym poziomem lęku a niewłaściwą kontrolą poziomu glukozy we krwi (Niemcryk, Speer, Travis i Gary, 1990). Osoby z cukrzycą, o wysokim poziomie depresji cechuje: niższy poziom jakości życia (Schram, Baan i Pouwer, 2009), wyższy poziom glukozy we krwi i niewłaściwy sposób jej kontroli (Lustman i Clouse, 2005), mniejsze zaangażowanie w leczenie, dbałość o dietę oraz mniejsza aktywność fizyczna (Egede, 2005; Koopmans, Pouwer, de Bie, van Rooij i Leusink, 2009).

Wyniki badań wskazują, że chorzy na cukrzycę odczuwają większy stres, ponieważ są wystawieni na działanie specyficznych stresorów związanych z byciem chorym. Wynikają one ze zrozumienia techniki monitorowania i dostarczania insuliny (glukometry, pompy insulinowe), możliwości wystąpienia ciężkich i nagłych epizodów hipo- lub hiperglikemii oraz konieczności podjęcia natychmiastowego działania w sytuacji ich pojawienia się (Davidson, Boland i Grey, 1997; Davidson, Penney, Muller i Grey, 2004). Ten typ obciążeń przekłada się na mniejszą dbałość w monitorowaniu poziomu glukozy we krwi (Farrell, Hains, Davies, Smith i Parton, 2004).

4.3. Społeczne następstwa i wyzwania cukrzycy typu 1

Analiza artykułów zebranych w bazach danych (PsycARTICLES i PsycInfo) wskazuje, że obecnie nie są prowadzone prace nad tym, w jaki sposób fakt zachorowania oddziałuje na funkcjonowanie społeczne chorych w okresie dorosłości – zarówno wczesnej, średniej, jak i późnej. W niektórych opracowaniach podejmowane są próby określenia, w jaki sposób rozpoznanie cukrzycy typu 1 u dziecka zmienia dynamikę funkcjonowania systemu rodzinnego. Ograniczają się one jednak do procesów zachodzących między chorym dzieckiem a pozostałymi członkami rodziny w okresie adolescencji. Nie podejmuje się problemu, jak bycie chorym na cukrzycę typu 1 przekłada się na późniejsze funkcjonowanie społeczne chorych.

4.4. Behawioralne konsekwencje cukrzycy typu 1

Chorzy na cukrzycę stają przed koniecznością wprowadzenia czterech istotnych zmian do swojego stylu życia: monitorowania swojego stanu zdrowia, przyjmowania leków, umiarkowanej aktywności fizycznej i przestrzegania odpowiednio zbilansowanej diety. Leczenie cukrzycy i zapobieganie po-

ważnym powikłaniem tej choroby polega na wstrzykiwaniu insuliny w odpowiednich dawkach i z odpowiednią częstotliwością. Z psychologicznego punktu widzenia kluczowe jest samodzielne dokonywanie pomiarów poziomu glukozy we krwi i codzienne podawanie insuliny oraz umiejętne modyfikowanie jej dawek. Choroba ta w porównaniu z RZS wymaga od pacjenta bardziej aktywnego udziału w leczeniu, wiedzy, umiejętności, a przede wszystkim podmiotowej motywacji do stałego monitorowania stanu zdrowia oraz samoopieki. Trudne zadania regulacji poziomu glukozy wymagają uzupełnienia odpowiednią dietą i specjalnym programem aktywności fizycznej. Oprócz tego istotne jest planowanie aktywności w celu pogodzenia obowiązków wynikających z leczenia z codziennymi wymaganiami życia zawodowego, rodzinnego i własnego rozwoju, zwane zarządzaniem sobą w cukrzycy albo radzeniem sobie z wymaganiami cukrzycy. Dlatego pacjenci powinni być motywowani do edukacji i podmiotowej współpracy z zespołem leczącym.

Oprócz monitorowania poziomu glukozy we krwi i przyjmowania insuliny dla zachowania zdrowia istotne jest przestrzeganie odpowiedniej diety. Zalecenia dietetyczne odnoszą się do wartości energetycznej, składu i częstotliwości posiłków. Ich wartość energetyczna powinna mieścić się w przedziale 25–40 kcal na każdy kilogram masy ciała. Dieta powinna być zróżnicowana i bogata w składniki odżywcze. Zaleca się ograniczone spożywanie węglowodanów, szczególnie cukrów prostych, niejedzenie więcej niż 50 gramów tłuszczu na dzień. Za optymalne uważa się spożywanie pięciu–sześciu posiłków dziennie (Gumułka i Rewerski, 1992; Otto-Buczowska, 1995).

Ponadto zaleca się chorym systematyczną aktywność fizyczną. Pełni ona funkcję ochronną, zabezpieczając przed pojawieniem się schorzeń współwystępujących z cukrzycą, głównie chorób układu krążenia i nowotworów (Kannel i McGee, 1979; Pedersen i Saltin, 2006), pomaga także w monitorowaniu stężenia glukozy we krwi i utrzymywaniu jej optymalnego poziomu. Pomimo korzyści płynących z systematycznej aktywności fizycznej jedynie 36,3% chorych wykonuje ją w zalecany sposób przez 150 minut w ciągu tygodnia (Plotnikoff, 2006). W związku z tym zadaniem osób pracujących z cukrzykami jest skuteczne motywowanie chorych do aktywności fizycznej, która nie musi być wcale intensywna, wystarczy spacer, pływanie, taniec. Powinny jednak przeważać ćwiczenia dynamiczne. Przy formach aktywności wymagających znacznych wydatków energii konieczna jest modyfikacja diety i dawek insuliny (Gumułka i Rewerski, 1992; Otto-Buczowska, 1995).

ROZDZIAŁ V

ZASOBY W RADZENIU SOBIE Z CHOROBAŁ PRZEWLEKŁĄ

Wprowadzenie

W pracach z obszaru stresu i radzenia sobie z nim pojawia się teza, że przebieg radzenia sobie i jego efekty modyfikowane są przez wiele czynników związanych z osobą, jej możliwościami, środkami, jakimi dysponuje, oraz ze środowiskiem, w którym żyje. Dla określenia tej grupy czynników używa się terminu „zasoby sprzyjające radzeniu sobie ze stresem” (Lazarus i Folkman, 1984; Łosiak, 2008). Z zagadnieniem zasobów wiążą się trzy kwestie: (1) Czym one są? Jak można je zdefiniować i rozumieć? (2) Jakie kategorie zasobów można wyróżnić? (3) Po co ludziom zasoby, czyli jaką spełniają one rolę w funkcjonowaniu człowieka? W kontekście tej pracy można postawić czwarte, dodatkowe pytanie: Które z zasobów mają znaczenie dla przystosowania się do choroby przewlekłej i jaką spełniają funkcję w tym procesie?

1. Konceptualizacje pojęcia zasoby

Problematyka zasobów ma charakter multidyscyplinarny. Podejmowana jest w pracach z obszaru nauk społecznych, ekonomii i ekologii. W naukach społecznych pojęcie zasobów najczęściej pojawia się w kontekście badań nad stresem, jako określenie dużej grupy czynników modyfikujących przebieg transakcji stresowej (Sęk, 2012). Badacze zajmujący się zasobami są zgodni co do tego, że są to właściwości, które korzystnie wpływają na przebieg transakcji stresowej (Antonovsky, 1995; Hobfoll, 2006; Heszen i Sęk, 2007). Termin ten wykorzystywany jest również w pracach z obszaru psychologii pozytywnej. Zasoby traktuje się w nich jako czynniki sprzyjające utrzymywaniu się pozytywnych stanów emocjonalnych, zwłaszcza szczęścia i zadowolenia z życia (Seligman i Csikszentmihalyi, 2000; Diener i Fujita,

1995). Do pojęcia zasobów odwołują się również psychologia zdrowia i psychologia rozwojowa, starając się określić zmienne sprzyjające realizacji zadań rozwojowych i utrzymaniu zdrowia w różnych okresach życia (Baltes i Land, 1997).

W kontekście badań nad stresem mniej więcej w tym samym czasie pojęciem zasobów posłużyli się Richard Lazarus i Aaron Antonovsky (1979), a później zostało ono rozwinięte przez Stevana E. Hobfolla (2006). Według Heleny Sęk (2012) pojęcie zasobów może być używane w wąskim lub szerokim znaczeniu. Rozróżnienie to dokonywane jest na podstawie roli, jaką zasobom przypisują poszczególni autorzy. W ujęciu szerokim zasoby traktowane są jako czynniki niezbędne do przeżycia, a w wąskim – jako modyfikatory przebiegu różnych procesów psychicznych.

Przykład szerokiego ujęcia zasobów można odnaleźć w pracach Hobfolla (2006). Interesował się on społeczno-kulturowym kontekstem stresu, co pozwoliło mu sformułować koncepcję, w której zasobom i ich utracie przypisał kluczowe znaczenie (teoria zachowania zasobów). Według Hobfolla (2006, s. 70) „do zasobów należą przedmioty, warunki, cechy osobowości i pokłady energii, które albo same w sobie są cenione jako potrzebne do przetrwania [...], albo służą do zdobycia owych zasobów umożliwiających przetrwanie”. Takie rozumienie zasobów wynika z przyjętego przez autora założenia, że przetrwanie jednostki w grupie jest głównym celem naszego gatunku. Zasoby rozumiane są więc jako wszystko to, co umożliwia przeżycie, a człowiek musi je gromadzić w celu przetrwania, zaspokojenia potrzeb, rozwoju i efektywnego funkcjonowania.

Wąskie ujęcie zasobów, ukierunkowane na zrozumienie procesów zachodzących w sytuacji stresu psychologicznego, proponuje w swoich pracach Antonovsky. Próbując wyjaśnić, dlaczego ludzie pomimo różnorodnych, często ogromnych obciążeń potrafią zachować zdrowie i normalnie funkcjonować, stwierdził, że dzieje się tak z racji posiadania przez nich uogólnionych zasobów odpornościowych, określanych jako „właściwości jednostki, grup społecznych, środowiska i kultury, które wyróżniają się cechą funkcjonalną polegającą na możliwości uniknięcia stresorów i/lub usprawnienia radzenia sobie z wymaganiami w ten sposób, że zapobiegają one przekształceniu się napięcia w stan stresu” (Antonovsky, 1979; Sęk, 2001b, s. 26). Takie ujęcie zasobów sprawia, że jest to kategoria obejmująca wiele właściwości człowieka i otoczenia korzystnych dla neutralizacji stresorów. W aspekcie rozwojowym posiadaniu i korzystaniu z zasobów sprzyjają pozytywne doświadczenia związane z przezwyciężaniem stresu, co wpływa na pojawienie się lub wzmocnienie głównego zasobu człowieka, którym – według tej koncepcji – jest poczucie koherencji (Pasikowski, 2000). Sęk (2001b, s. 26), prowadząc badania oparte na założeniach orientacji salutogenetycznej, do-

precyzowuje zasoby odpornościowe jako „właściwości jednostki, grupy, środowiska i kultury, które wyróżniają się cechą funkcjonalną polegającą na możliwości uniknięcia stresorów i usprawnieniu procesu radzenia sobie z wymaganiami w taki sposób, żeby zapobiec przekształceniu się napięcia w stan stresu”.

Wąskie rozumienie zasobów pojawia się też w pracach Richarda Lazarusa i Raymonda Launiera (1978) związanych z transakcyjnym ujęciem stresu. Według nich procesy oceny wtórnej dotyczą w dużej mierze szacowania posiadanych zasobów. A odpowiedź na pytanie, czy jestem w stanie poradzić sobie ze stresującą sytuacją, udzielana jest na podstawie tego, w jaki sposób osoba postrzega dostępne sobie zasoby. Przyjmuje się, że bogactwo zasobów sprzyja skutecznemu przezwyciężaniu stresu, natomiast ich brak powoduje zwiększenie obciążenia. Należy jednak podkreślić, że zasoby w tym ujęciu rozumiane są głównie jako wewnętrzne wyposażenie, predyspozycje, kompetencje osoby, które umożliwiają jej przezwyciężenie sytuacji stresowej (Ogden, 2007).

Podsumowując prace nad konceptualizacją pojęcia zasobów, Sęk (2003, s. 18) zauważa, że jako zasoby można potraktować „cechy świata zewnętrznego, interpersonalnego i personalnego (podmiotowego), które w dynamice procesów konfrontacji człowieka z wymaganiami, jakie napotyka w życiu pełnią potrójną regulacyjną i prozdrowotną funkcję: (1) zapobiegają wystąpieniu stresorów, (2) zapobiegają przekształcaniu się napięcia stresowego w chroniczny stres, (3) sprzyjają skutecznemu radzeniu sobie ze stresem. Istotę pojęcia zasoby stanowią więc specyficzne właściwości funkcjonalne cech istniejących potencjalnie w środowisku człowieka i w nim samym oraz w jego relacjach z otoczeniem”.

2. Zasoby – propozycje klasyfikacji

Mimo że pojęcie zasobów na stałe zagościło w języku psychologów, wciąż poszukuje się spójnego sposobu ich klasyfikowania. Niedostatek klasyfikacji może wynikać z tego, że jest to pojęcie wciąż niedopracowane teoretycznie (wyjątek stanowi teoria zachowania zasobów). W badaniach na co dzień wykorzystuje się kategorię zasobów, sprawdzając znaczenie pojedynczego zasobu lub ich zbioru dla przebiegu procesów radzenia sobie. W takim podejściu na dalszy plan przesuwana jest kwestia konceptualizacji i klasyfikacji tego zjawiska. Chyba jedyną spójną i wielowymiarową propozycję kategoryzowania zasobów przedstawił Hobfoll (2006), który sugeruje, aby porządkować je według trzech kryteriów: pochodzenia, rodzaju oraz znaczenia zasobów dla przetrwania.

Według kryterium pochodzenia podział zasobów dokonywany jest ze względu na relację zasobu do Ja. Oznacza to, że aby przypisać zasób do danej kategorii, należy określić, czy przynależy on do Ja (zasoby wewnętrzne), czy też znajduje się poza jego granicami (zasoby zewnętrzne). Jest to najprostszyspósbkategoryzacji zasobów.

Do zasobów wewnętrznych zalicza się wszelkie istotne dla procesu adaptacji strukturalne i funkcjonalne cechy Ja (np. poczucie tożsamości, poczucie umiejscowienia kontroli, poczucie własnej skuteczności) oraz posiadane przez jednostkę kompetencje poznawcze, emocjonalne i interpersonalne. Za spójny sposób klasyfikowania zasobów wewnętrznych można przyjąć dokonany przez Martina Seligmmana (2002; za: Carr, 2009) opis cnót, czyli cenionych właściwości osoby, umożliwiających jej szczęśliwe życie, oraz sił charakteru będących sposobem ich osiągnięcia. Seligman wyróżnia sześć podstawowych cnót: mądrość, odwagę, człowieczeństwo, sprawiedliwość, powściągliwość i transcendencję. Cnoty urzeczywistniają się dzięki siłom charakteru, np. cnota mądrości osiągnana jest dzięki sześciu siłom: (1) ciekawości i zainteresowaniu światem, (2) zamiłowaniu do nauki, (3) twórczości, oryginalności i pomysłowości, (4) umiejętności oceny i krytycznego myślenia, (5) inteligencji osobistej, społecznej i emocjonalnej, (6) umiejętności spoglądania na życie w szerokiej perspektywie i przyjmowaniu różnych punktów widzenia.

Za zasoby wewnętrzne uznaje się także złożone zasoby, zwane metazasobami, które odgrywają kluczową rolę w procesie adaptacji do zmiany, np. poczucie koherencji (Antonovsky, 1995) i sprężystość psychiczna (Block i Kremen, 1996). Metazasoby są konstelacją zdolności bądź orientacją psychologiczną umożliwiającą człowiekowi ochronę przed stresem i skuteczne mierzenie się z nim. Co więcej, dzięki metazasobom człowiek jest zdolny do wykorzystania wszystkich dostępnych mu zasobów wewnętrznych i zewnętrznych. Przypisuje im się więc funkcję zarządzania wykorzystaniem innych zasobów (Sęk, 2008; Poprawa, 2008). Stevan E. Hobfoll i Maya Lerman (1988) wyrazili podobny pogląd, traktując zasoby wewnętrzne jako czynniki zarządzające wykorzystaniem zasobów zewnętrznych. Jedną z ich cech jest to, że są one stale dostępne i trudniej ulegają wyczerpaniu w porównaniu z zasobami zewnętrznymi.

Przyjmuje się, że posiadanie wielu zasobów wewnętrznych jest kapitałem jednostki pozwalającym jej na adaptowanie się do sytuacji trudnych, osiągnięcie dobrostanu oraz utrzymanie i rozwijanie zdrowia. Dzięki świadomości zasobów wewnętrznych jednostka może je dowolnie wykorzystywać i dopasowywać do wymogów sytuacji (Sęk, 2008).

Zasoby zewnętrzne to cechy szeroko rozumianego środowiska, w którym żyje człowiek. Można wśród nich wyróżnić cechy środowiska biologicz-

nego, fizycznego, materialnego, informacyjnego, społecznego i kulturowego. Obszary te podlegają dalszemu uszczegółowieniu. Istotną cechą zasobów zewnętrznych jest to, że wymagają do ich wykorzystania aktualizacji lub mobilizacji. Aby z nich skorzystać, należy je kupić, zdobyć i pielęgnować (Heszen i Sęk, 2007). Przykładem uszczegółowienia zasobów społecznych jest propozycja Rudolfa H. Moosa (1995), który wyróżnia sześć ich kategorii: finanse, praca, relacje z małżonkiem/partnerem życiowym, relacje z dziećmi, relacje z dalszą rodziną, relacje z przyjaciółmi,

Drugim z kryteriów, według którego zasoby są klasyfikowane, jest ich rodzaj. Hobfoll (2006) wyróżnia cztery kategorie zasobów: materialne, osobiste, stanu oraz energii. Zasoby materialne obejmują dostępne obiekty fizyczne, które umożliwiają przeżycie (np. dom, działka) bądź świadczą o statusie społecznym (np. droga biżuteria, markowa odzież). Zasoby osobiste są cechami osobowości i posiadanymi przez jednostkę kompetencjami niezbędnymi do jej efektywnego funkcjonowania w świecie (np. wysoka samoocena, poczucie własnej skuteczności, optymizm, umiejętności interpersonalne, znajomość języków obcych). Zasoby stanu ułatwiają dostęp do innych zasobów. Cechuje je to, że przeważnie wymagają długotrwałego inwestowania innych zasobów w ich zdobycie i utrzymanie. Mogą też w niekorzystnych warunkach zostać szybko utracone. Przykładem tego typu zasobów są: stała posada, małżeństwo, miejsce w strukturze społecznej, dobre zdrowie. Ostatnią kategorią są zasoby energetyczne, które podlegają wymianie na zasoby z pozostałych trzech grup. Są do nich zaliczane: pieniądze, wiarygodność kredytowa i wiedza. Gromadzone są głównie w celu wymiany na inne zasoby.

Trzecim zaproponowanym przez Hobfolla (2006) sposobem klasyfikowania zasobów jest ich podział ze względu na znaczenie dla przetrwania. Na tej podstawie zostały wyróżnione zasoby pierwotne, wtórne i trzeciorzędowe. Zasoby pierwotne to te, które umożliwiają przetrwanie. Są nimi głównie materialne warunki życia: mieszkanie, pożywienie, ubranie. Zasoby wtórne umożliwiają z kolei zdobywanie zasobów pierwotnych i wiążą się z funkcjonowaniem w świecie społecznym. Należą do nich: wsparcie społeczne, pozycja w grupie, małżeństwo oraz życie psychiczne osoby (poziomy optymizm, nadziei, samooceny). Zasoby trzeciorzędowe pozostają w symbolicznej relacji z zasobami pierwotnymi i wtórnymi. Dzięki nim łatwiej człowiekowi uzyskać zarówno zasoby pierwotne, jak i wtórne. Na przykład zajmowanie kierowniczego stanowiska wiąże się z większym wynagrodzeniem i większymi możliwościami posiadania własnego mieszkania (ułatwia więc uzyskanie zasobu pierwotnego), a jednocześnie podnosi atrakcyjność danej osoby, co ułatwia jej znalezienie partnera (rozbudowa zasobów wtórnych).

Oprócz teoretycznych prób opracowania klasyfikacji zasobów można odnaleźć w literaturze klasyfikacje oparte na wynikach badań. Na przykład Ry-

szard Poprawa (2008, s. 109) na podstawie własnych badań zaproponował listę 33 podmiotowych zasobów sprzyjających radzeniu sobie ze stresem. Wyróżnione przez niego zasoby należały do dwóch kategorii: „(1) ogólnie pozytywne, afirmatywne nastawienie do samego siebie, innych ludzi i radzenia sobie w życiu, (2) zasoby kompetencyjne – zdolność do efektywnego działania i rozwiązywania problemów”. Zasoby te wiązały się z oceną stresu, radzeniem sobie z nim oraz pozytywnymi i negatywnymi wskaźnikami zdrowia. Podobne podejście prezentują Marek J. Celiński i Mark Antoniazzi (2001), którzy opracowali inwentarz mierzący 18 zasobów. Należą one do pięciu ogólniejszych kategorii: (1) kompetencje emocjonalne, (2) kompetencje kontroli, wyboru i radzenia sobie (sprawstwo i zaradność), (3) wiedza i przekonania zdrowotne (4) prezentacja siebie, (5) wsparcie społeczne (Sęk i Ziarko, 2009). Podejście to jest wykorzystywane do przewidywania funkcjonowania osób, które doświadczyły traumy (Celiński i Gow, 2005) oraz osób przewlekle chorych (Ziarko i Kaczmarek, 2011; Sęk i Ziarko, 2009).

3. Funkcje zasobów

Założenia teoretyczne dotyczące zasobów i ich natury mają odzwierciedlenie w pracach badawczych. Zasoby włączane są do istniejących modeli teoretycznych w celu zwiększenia ich mocy predykcyjnej. W transakcyjnym modelu stresu zasoby traktuje się jako czynnik wyznaczający przebieg procesów oceny krytycznego wydarzenia życiowego, radzenia sobie z nim oraz jego konsekwencji. W związku z tym w testowanych modelach empirycznych przypisuje się im różną funkcję. W zależności od przyjętych przez badacza założeń pełnią one rolę: predyktora, mediatora lub moderatora. Gdy zasoby traktowane są jako czynnik pozwalający wyjaśnić inne zmienne, mają status predyktora. Ten rodzaj zależności wiąże się z odpowiedzią na ogólne pytanie: Czy dany zasób wiąże się z jakąś zmienną? Na poziomie szczegółowym pytanie to może zostać sformułowane następująco: Czy posiadane wsparcie społeczne wiąże się z wypełnianiem ról rodzinnych i zawodowych? Zasobom przypisuje się funkcję mediatora, gdy zakłada się, że pośredniczą one w relacji łączącej dwie zmienne. Zależność tę można na poziomie ogólnym sprowadzić do pytania: Czy dzięki temu, że osoba posiada dany zasób, zmienia się charakter relacji łączącej dwie zmienne? Na poziomie szczegółowym można zaś zapytać: Czy osoby charakteryzujące się niskim poczuciem własnej skuteczności wypełniają efektywnie role rodzinne i zawodowe dzięki temu, że otrzymują wiele wsparcia społecznego? Jako moderator zasoby traktowane są, gdy zakłada się, że decydują o kierunku lub sile relacji zachodzących pomiędzy zmiennymi. Na poziomie ogólnym pytanie przyjmuje

wtedy postać: W jakich warunkach (w sytuacji działania zasobu bądź jego braku) pojawia się lub zanika zależność pomiędzy dwiema zmiennymi? A na poziomie szczegółowym można sformułować je następująco: Czy w sytuacji, gdy osoba otrzymuje (bądź nie) silne wsparcie społeczne, jej poczucie własnej skuteczności sprzyja wypełnianiu ról rodzinnych i zawodowych?

4. Znaczenie wybranych zasobów w przystosowaniu się do choroby przewlekłej

Choroba przewlekła uruchamia zazwyczaj spiralę strat, obejmującą m.in.: utratę pracy, pogorszenie sytuacji materialnej, wykluczenie ze świata społecznego, pogorszenie sprawności fizycznej. Przemawia to za tym, by w procesie radzenia sobie z wyzwaniem choroby przewlekłej uwzględnić zasoby jako czynniki mogące sprzyjać przystosowaniu się do niej. U ujęciach teoretycznych zasoby traktowane są jako czynnik ułatwiający pozytywną adaptację do sytuacji choroby przewlekłej. Pomagają one wprowadzić pozytywne zmiany w życiu, głównie o charakterze behawioralnym, polegającym na zmianie stylu życia (Bergman i Bertero, 2003; Łuszczczyńska i Cieślak, 2009).

Opisywane w literaturze zasoby pełnią różne funkcje i wywierają odmienne efekty na funkcjonowanie osób chorych i poziom ich dobrostanu. Rozpatrując znaczenie zasobów dla funkcjonowania człowieka w sytuacji choroby przewlekłej, warto brać pod uwagę te, które w największym stopniu mogą aktywizować osoby chore i stymulować ich aktywność ukierunkowaną na radzenie sobie z wymaganiami stawianymi przez chorobę. W świetle literatury przedmiotu do zasobów o takim charakterze można zaliczyć:

- poczucie koherencji (Antonovsky, 1995; 1997), ponieważ traktuje się je jako metazasób odpowiedzialny za zarządzanie wykorzystaniem innych zasobów (Pasikowski, 2001a);

- sprężystość psychiczną (Block i Kremen, 1996), której również nadaje się status metazasobu. W porównaniu z poczuciem koherencji ma on jednak węższy zakres działania. Podczas gdy poczucie koherencji ma zarządzać wykorzystaniem wszystkich innych zasobów, sprężystość psychiczna pełni funkcję zarządzającą doбором strategii radzenia sobie – umożliwia elastyczny dobór strategii radzenia sobie z chorobą przewlekłą w zależności od stawianych przez nią wymagań;

- poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia (Wallston, Wallston i DeVellis, 1978), które odpowiada za rozumienie sytuacji choroby przewlekłej i wyznacza zakres możliwych reakcji w czasie jej trwania;

- poczucie własnej skuteczności, które pełni podobną funkcję do poczucia umiejscowienia kontroli, z tą różnicą, że zakres możliwych reakcji jest

Tabela 11. Zestawienie zasobów istotnych dla zmagania się z chorobą przewlekłą – definicje i funkcje

Nazwa	Definicja	Funkcja	Typ zasobu
Poczucie koherencji	ogólna orientacja człowieka wyrażająca się poczuciem pewności, że (1) bodźce napływające ze środowiska mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytlumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwalają prostać stawianym przez nie wymaganiom; (3) wymagania te są wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania (Antonovsky, 1995)	metazasób zarządzający wykorzystaniem zasobów (zaangażowaniem lub wycofaniem) w sytuacji obciążenia	zasób osobisty
Sprężystość psychiczna	adaptacyjna elastyczność przejawiająca się zdolnością dostosowania poziomu kontroli impulsów do wymagań sytuacji (Letzring, Block i Fun-der, 2005)	zarządzanie aktywnością (np. wybór strategii radzenia sobie, zachowania zdrowotnego) w sytuacji choroby przewlekłej w zależności od jej wymagań	zasób osobisty
Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia	specyficzna forma poczucia umiejscowienia kontroli odnosząca się do sytuacji zdrowotnej; istnieją trzy wymiary poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrzny, zewnętrzny – inni ludzie, zewnętrzny – przypadek (Wallston, Wallston i DeVellis, 1978)	percepcja sytuacji zdrowotnej jako możliwej lub niemożliwej do zmiany na skutek indywidualnych działań	zasób osobisty
Poczucie własnej skuteczności	przekonanie, że posiada się zdolności umożliwiające uzyskanie poprzez własne działanie pożądaných rezultatów związanych z realizacją ustalonych celów (Juczyński, 1998; Schwarzer, 1992)	percepcja siebie jako osoby posiadającej kompetencje do radzenia sobie z chorobą przewlekłą	zasób osobisty
Wsparcie społeczne	rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez uczestników sytuacji trudnej w celu wymiany emocji, informacji, instrumentów działania, dóbr materialnych (Sęk, 2001c)	mobilizowanie osoby do angażowania się w aktywność sprzyjającą lepszemu funkcjonowaniu z chorobą przewlekłą; dostarczanie oparcia w sytuacji realizacji celów zdrowotnych	zasób relacyjny

Źródło: opracowanie własne.

wyznaczany nie przez postrzeganie sytuacji, ale przez postrzeganie przez osobę własnych kompetencji;

– wsparcie społeczne, dzięki któremu następuje mobilizacja do podjęcia działań sprzyjających efektywnemu funkcjonowaniu w sytuacji choroby przewlekłej oraz które chroni i umożliwia kontynuację rozpoczętych działań (tab. 11).

4.1. Poczucie koherencji

Poczucie koherencji (SOC) zostało opisane przez Antonovsky'ego w 1979 r. Jest ono jednym z podstawowych terminów, obok uogólnionych zasobów odpornościowych, związanych z podejściem salutogenetycznym. Antonovsky (1997) zauważył, że istnieje wewnętrzny czynnik odgrywający kluczową rolę w procesie radzenia sobie ze stresem i podtrzymywania zdrowia w warunkach zagrożenia, który nazwał poczuciem koherencji (SOC) i określił jako „globalną orientację człowieka, która wyraża stopień, w jakim człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwalają sprostać wymaganiom stawianym przez bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” (Antonovsky, 1995, s. 34). Poczucie koherencji jest więc uogólnionym sposobem rozumienia świata, jego odbierania i przetwarzania informacji o nim. Jest kluczowe w podejściu salutogenetycznym – dzięki niemu ludzie są bardziej odporni na działanie stresorów, gdyż optymalizuje ono posługiwanie się dostępnymi zasobami (Bartlett, 2002).

W SOC wyróżnia się trzy elementy: poznawczy, instrumentalny i poznawczo-emocjonalny, określane jako poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności. Poczucie zrozumiałości dotyczy poznawczego aspektu poczucia koherencji. Odnosi się „do stopnia, w jakim człowiek spostrzega bodźce, z którymi się styka [...] jako sensowne poznawczo, jako informacje uporządkowane, spójne, ustrukturuwane i jasne, a nie jako szum – czyli informacje chaotyczne, nieuporządkowane, losowe, przypadkowe, niewytłumaczalne” (Antonovsky, 1995, s. 32). Jest to więc zdolność oceny poznawczej, rozumienia oraz przewidywania rzeczywistości i procesów w niej zachodzących.

Poczucie zaradności wiąże się z kolei z przekonaniem, że dysponuje się zasobami wystarczającymi do poradzenia sobie ze stresem. Z tego względu przypisuje się mu status instrumentalny. Odnosi się ono do możliwości jednostki w sytuacji konfrontacji ze stresem, przez co zwiększa jej poczucie wpływu na własny los, a zmniejsza poczucie bezradności i bezsilności w ob-

liczu sytuacji trudnych. Antonovsky (1995, s. 33) określił je jako „stopień, w jakim człowiek spostrzega dostępne zasoby jako wystarczające, by sprostać wymogom, jakie stawiają bombardujące go bodźce”.

Ostatni element SOC, czyli poczucie sensowności, definiowane jest 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” (Antonovsky, 1995, s. 34). Poczucie sensowności określane jest jako komponent emocjonalno-motywacyjny, ponieważ od tego, czy ludzie wierzą w to, że ich działania mają sens, czy też nie, zależy podejmowana przez nich aktywność.

Antonovsky uważa, że dla kształtowania się SOC na poziomie ogólnym mają znaczenie: czas historyczny, w którym człowiek żyje, kontekst społeczno-kulturowy oraz oddziaływanie środowiska naturalnego. Na poziomie jednostkowym sprzyja mu zaś doświadczanie powtarzających się sytuacji cechujących się spójnością oraz równowagą między przeciążeniem a niedociążeniem. Poczucie koherencji kształtuje się na skutek przebywania w środowisku, które uwzględnia aktualne możliwości jednostki i stwarza jej warunki do podejmowania własnych decyzji, czyli zachęca do autonomii i poczucia uczestnictwa w sytuacjach życiowych (Sęk, 2001b).

Badacze zajmujący się SOC zgadzają się co do nadrzędnej roli tego czynnika w radzeniu sobie ze stresem wydarzeń życiowych oraz przeciwdziałaniu chorobie. Poczucie koherencji traktuje się jako zmienną współdecydującą o poziomie zdrowia, przebiegu procesów oceny pierwotnej i wtórnej, radzeniu sobie oraz wykorzystaniu zasobów (Sęk, 2001b). Przypisuje się mu status metazasobu, czyli zasobu decydującego o wykorzystaniu innych zasobów w sytuacji stresu. Tomasz Pasikowski (2001a) zauważa, że SOC wspomaga optymalne gospodarowanie zasobami, co oznacza, że osoby posiadające silnie rozwiniętą tę właściwość potrafią angażować posiadane zasoby w sytuacje, które są możliwe do przekształcenia, oraz wycofywać je z sytuacji nierokujących powodzenia. Poczucie koherencji pozwala więc na efektywne wykorzystanie dostępnych zasobów (Worsztynowicz, 2001).

George D. Bishop (1993) przedstawił hipotezę, że SOC w dwojaki sposób – bezpośredni lub pośredni – może oddziaływać na stan zdrowia. Bezpośrednie oddziaływanie wyraża się w tym, że ludzie o wyższym poziomie SOC generalnie mają lepsze wskaźniki zdrowia. Z kolei pośrednie oddziaływanie wiąże się z pełnieniem funkcji ochronnej i buforującej przed doświadczaniem zbyt dużego stresu. Wyniki prowadzonych badań wskazują, że SOC pełni rolę bufora, który chroni przed wszechobecnymi i nieuniknionymi stresorami.

Badania nad zmaganiem się ze stresem wywołanym przez chorobę przewlekłą i mechanizmami utrzymania zdrowia w takiej sytuacji potwierdziły

znaczenie SOC dla aktywizowania zasobów i wzmacniania zdrowia (Fok, Chair i Lopez, 2005; Łuszczynska-Cieślak, Włodarczyk i Wrześniewski, 2001). Stwierdzono, że silne poczucie koherencji jest czynnikiem zmniejszającym ryzyko śmierci wskutek choroby przewlekłej. Redukuje ono prawdopodobieństwo zgonu o 20 p.p. w ciągu 8 lat od rozpoznania choroby przewlekłej (Wainwright i in., 2008). Analiza literatury wskazuje, że badano rolę poczucia koherencji w funkcjonowaniu osób z rozpoznaną cukrzycą typu 1 i chorobą niedokrwienną serca, nie prowadzono natomiast badań wśród osób dotkniętych RZS.

Prace poświęcone znaczeniu SOC dla przezwyciężenia stresu związanego z zachorowaniem na cukrzycę koncentrowały się na poszukiwaniu zależności między SOC a systematycznym monitorowaniem poziomu glukozy we krwi. U ich podstaw leży założenie, że ludzie o wysokim poziomie SOC są zdolni do mierzenia się z poznawczymi i emocjonalnymi problemami, co umożliwia im sprawowanie kontroli nad stanem swojego zdrowia w przypadku zachorowania na cukrzycę (Sanden-Eriksson, 2000). Osoby o wysokim poziomie SOC mają lepsze wskaźniki stężenia hemoglobiny glikowanej i tendencję do systematycznego monitorowania poziomu glukozy we krwi (Ahola, Saraheimo, Forsblom, Hietala i Groop, 2010; Cohen i Kanter, 2004) oraz odczuwają mniejszy stres związany z chorobą (Cohen i Kanter, 2004). Istnieją też jednak doniesienia, które nie potwierdzają tych zależności (Sanden-Eriksson, 2000; Lundman i Norberg, 1993a; 1993b).

Badania obejmujące grupę chorych poddawanych rehabilitacji kardiologicznej po przebytych zawale serca wskazują, że SOC i jej składowe przekładają się na funkcjonowanie pacjentów. Kazimierz Wrześniewski, Aleksandra Łuszczynska-Cieślak i Dariusz Włodarczyk (2001) zaobserwowali ujemne związki między SOC i jego składowymi a negatywnymi stanami emocjonalnymi. Stwierdzili ponadto, że SOC jest predyktorem efektywnej rehabilitacji kardiologicznej. Z kolei Sandra U. Motzer i Barbara J. Stewart (1996) stwierdziły, że wysoki poziom SOC wiąże się z wyższym poziomem fizycznego i psychicznego dobrostanu u osób z chorobą niedokrwienną serca. Osobom z silnym SOC łatwiej także dokonać modyfikacji stylu życia polegającej na rzuceniu palenia i podjęciu aktywności fizycznej (Gerber i in., 2011; Myers, Drory i Gerber, 2011). Oprócz tego istnieją doniesienia, że silne poczucie koherencji pozwala przewidzieć lepsze przystosowanie się do choroby i ograniczeń z nią związanych w pół roku po przebytych zawale serca (Drory, Kravetz i Florian, 1999).

W kontekście radzenia sobie z chorobą przewlekłą warto zwrócić uwagę na znaczenie SOC w podtrzymywaniu zachowań i nawyków zdrowotnych. Zgodnie z tezą Antonovsky'ego (1979; 1997) poziom zdrowia osoby wyznaczany jest przez cztery czynniki: uogólnione zasoby odpornościowe,

stresory, poczucie koherencji oraz zachowania zdrowotne i styl życia. Ten ostatni element (zachowania zdrowotne i styl życia) został w najmniejszym stopniu rozbudowany w podejściu salutogenetycznym. Antonovsky uważał, że ludzi nie należy zbyt obciążać odpowiedzialnością za własne zdrowie. Interesowały go raczej kwestie związane z aktywnością człowieka sprzyjającą rozwijaniu zasobów i poczucia koherencji (Sęk, 2001b). W odniesieniu do sytuacji choroby przewlekłej warto jednak uwypuklić ten element koncepcji salutogenezy. Choroba przewlekła jest bowiem specyficzną sytuacją trudną, która wymaga od osoby nią dotkniętej włączenia do swojego stylu życia zachowań zdrowotnych określanych jako zachowania zdrowotne w sytuacji choroby (np. pomiary glukozy w przypadku cukrzycy czy rehabilitacja w przypadku RZS). Nie wiąże się to z przypisywaniem człowiekowi pełnej odpowiedzialności za własne zdrowie, ale jest koniecznym warunkiem utrzymania zdrowia. Na rolę SOC w zmianie zachowań zdrowotnych wskazują m.in. badania Vicki Myers, Yaacova Drory i Yariva Gerbera (2011) nad czynnikami predysponującymi do rozpoczęcia umiarkowanej aktywności fizycznej po przebytym zawale serca.

4.2. Sprężystość psychiczna

Sprężystość psychiczna¹ jest określana jako adaptacyjna elastyczność, przejawiająca się zdolnością dostosowywania poziomu kontroli impulsów do wymagań sytuacji (Letzring i in., 2005). Według Jacka Blocka, autora tego pojęcia, można wyodrębnić dwie podstawowe cechy osobowości umożliwiające zrozumienie zachowania, procesów emocjonalnych i motywacyjnych. Są nimi: samokontrola i sprężystość psychiczna. Samokontrola jest wymiarem osobowości obejmującym umiejętność hamowania/wyrażania impulsów. Dwa krańce kontinuum samokontroli stanowią: nadmierna samokontrola vs. niska samokontrola. Osoby o nadmiernej samokontroli cechują się zahamowaniem ekspresji afektu i działania. Potrafią być dobrze zorganizowane w działaniu, wytrwałe i odporne na działanie dystraktorów środowiskowych, nawet jeśli wykonują żmudne czynności. Jednocześnie mają problemy z podejmowaniem decyzji, odraczają gratyfikację w czasie i nie pozwalają sobie na przyjemności. Często wykonują wiele niepotrzebnych czynności. Z kolei osoby o niskim poziomie samokontroli wyrażają swoje impulsy emo-

¹ Pojęcia *resiliency* (sprężystość psychiczna), mimo podobieństwa leksykalnego, nie należy utożsamiać z pojęciem *resilience*, czyli rezyliencji (Kaczmarek, 2011). Oba terminy odnoszą się do skutecznego i elastycznego przystosowania, ale sprężystość psychiczna stanowi cechę osobowości, zaś rezyliencja dotyczy procesu prowadzącego do poprawnej adaptacji mimo skrajnie niesprzyjających warunków (np. Cicchetti, Rogosch, Lynch i Holt, 1993).

cjonalne i behawioralne niezależnie od sytuacji, co może skutkować nieodpowiednim zachowaniem. Przekłada się to na funkcjonowanie społeczne, ponieważ w niektórych sytuacjach osoby takie mogą być odrzucane przez innych ludzi w związku z łamaniem reguł społecznych, a w innych – akceptowane i podziwiane za swoją spontaniczność. Niska samokontrola przyczynia się także do trudności w odraczaniu gratyfikacji, koncentracji oraz przeżywania ambiwalentnych stanów afektywnych.

Druga z wyróżnionych przez Blocka dymensji – sprężystość psychiczna – odnosi się do zdolności modyfikowania poziomu samokontroli w zależności od wymagań sytuacji. Przyjmuje się, że osoby o niskim poziomie sprężystości psychicznej nie są w stanie dostosować samokontroli do wymagań sytuacji. Bez względu na sytuację, w której się znajdują, w takim samym stopniu ujawniają swoje emocje i nie kontrolują impulsów behawioralnych. Natomiast osoby o wysokim poziomie sprężystości psychicznej potrafią zmienić poziom samokontroli, zmniejszając ją lub zwiększając w zależności od wymagań sytuacji. Osoba o wysokim poziomie sprężystości psychicznej potrafi kontrolować swoje impulsy w sytuacjach tego wymagających i zmniejszyć poziom samokontroli, gdy sytuacja na to pozwala. Sprężystość psychiczna jest zatem cechą zarządzającą poziomem samokontroli (Block i Kerman, 1996).

Poziom sprężystości psychicznej przekłada się na jakość wykonywanych zadań. Sprężystość psychiczna powoduje optymalną mobilizację przed rozpoczęciem działania, osiągnięcie odpowiedniego stopnia reaktywności podczas jego wykonywania i umożliwia szybki powrót do wyjściowego poziomu aktywacji. W ten sposób ułatwia racjonalne gospodarowanie i zarządzanie zasobami (Kaczmarek, 2009). Podkreśla się również znaczenie sprężystości we wzbudzaniu emocji pozytywnych w sytuacjach trudnych, co pozwala lepiej sobie z nimi radzić, gdyż doznawanie emocji pozytywnych sprzyja oderwaniu się od negatywnych doświadczeń. Ułatwia to także powrót do równowagi emocjonalnej (Tugade i Fredrickson, 2004; Fredrickson, Tugade, Waugh i Larkin, 2003).

Sprężystość psychiczną można potraktować jako zasób, który z jednej strony sprzyja odczuwaniu pozytywnych emocji, a z drugiej – wspomaga elastyczny dobór środków zaradczych w zależności od wymagań sytuacji. Takie podejście do rozumienia roli sprężystości zostało przyjęte w badaniach nad funkcjonowaniem chorych na RZS i cukrzycę (Kaczmarek, Sęk i Ziarko, 2011; Sęk, Kaczmarek, Ziarko, Pietrzykowska i Lewicka, 2012). Wyniki badań zgodnie z przewidywaniami wykazały, że chorzy cechujący się dużą sprężystością psychiczną mają większą satysfakcję z życia. Dodatkowo zaobserwowano, że w sytuacji chorowania na odmiennie choroby przewlekłe sprężystość psychiczna mobilizuje wykorzystanie odmiennych strategii

radzenia sobie. W przypadku chorych na cukrzycę związek sprężystości psychicznej z satysfakcją z życia był mediowany za pomocą strategii planowania i akceptacji. Natomiast u pacjentów z RZS rolę mediatorów pełniły humor i pozytywne przewartościowanie.

Poza przywołanymi badaniami brakuje prac poświęconych znaczeniu sprężystości psychicznej dla osób cierpiących na cukrzycę typu 1, RZS i chorobę niedokrwinną serca. Doniesienia z badań wskazują na użyteczność tego konstruktów dla zrozumienia procesów przystosowania się do innych chorób przewlekłych, takich jak: nowotwór kości (Smorti, 2012) czy AIDS (Maalouf i Mason, 2008). Poza tym zmienna ta jest niezwykle rzadko uwzględniana w badaniach nad zrozumieniem procesu radzenia sobie w oparciu o założenia transakcyjnego modelu stresu. W tym obszarze pojęcie sprężystości psychicznej stosowane jest głównie w badaniach nad zjawiskiem stresu posttraumatycznego. Skłania to do postawienia pytania: Jaką rolę odgrywa sprężystość psychiczna, czyli zasób sprzyjający elastycznemu wyborowi strategii radzenia sobie, w funkcjonowaniu osób dotkniętych chorobami przewlekłymi?

4.3. Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia

Koncepcja poczucia umiejscowienia kontroli wywodzi się z prac prowadzonych przez Juliana Rottera w obrębie teorii społecznego uczenia się (Drwal, 1978; Domachowski, 1984). Poczucie umiejscowienia kontroli można określić jako „stopień percepcji danej jednostki dotyczącej tego, czy zdarzenia [...] zależą od niej samej, czy też można je przypisać tylko losowi, szczęściu, zbiegowi okoliczności bądź innym siłom” (Kościelak, 2010, s. 39). Zakłada się, że człowiek posiada względnie stałą indywidualną właściwość dotyczącą kontroli nad zdarzeniami, którą można opisać na dymensji: zewnętrzne vs. wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli. Z zewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli mamy do czynienia, gdy osoba uważa, że efekt jej działania zależy nie tylko od jej aktywności, ale także od szczęścia, szansy, dobrego losu, czyli od czynników pozostających poza osobistą kontrolą. Kontrola wewnętrzna ma natomiast miejsce wtedy, gdy rzeczywistość jest postrzegana jako poddająca się indywidualnym oddziaływaniom, a zaistniała sytuacja jest efektem jej własnego działania. Według Rottera poczucie umiejscowienia kontroli jest wyuczonym psychologicznym wzorcem rozumienia rzeczywistości, powstałym na bazie warunkowania instrumentalnego.

W koncepcji poczucia umiejscowienia kontroli przyjmuje się, że sposób jej umiejscowienia skutkuje różnicami w percepcji tej samej sytuacji, co prowadzi do odmiennych zachowań (Domachowski, 1984). Sęk (2005) uważa,

że osobę o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli można określić jako wewnątrzsterowną, co oznacza, że jest ona pewna siebie, aktywna i samodzielna, ma wysoką motywację oraz umiejętności pozwalające jej na radzenie sobie z sytuacjami trudnymi. Z kolei osoby zewnętrzsterowne, czyli te o silnym zewnętrznym umiejscowieniu kontroli są raczej osobami zależnymi, biernymi, przejawiającymi sztywność zachowań oraz niewierzącymi w możliwość samodzielnego przezwyciężania pojawiających się trudności.

Robert W. Levenson (1974; za: Kirkcaldy i in., 2007) na podstawie koncepcji umiejscowienia kontroli Rottera wyróżnił dwa wymiary zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia: wymiar społeczny – wpływ innych ludzi oraz wymiar fatalistyczny – wpływ przypadku. Bazując na przytoczonych pracach, Kenneth A. Wallston, Barbara S. Wallston i Robert DeVellis (1978) opracowali koncepcję umiejscowienia kontroli zdrowia i narzędzie służące do jego pomiaru. Poczucie lokalizacji kontroli zdrowia jest traktowane jako jej specyficzna forma wyjaśniająca związek między umiejscowieniem poczucia kontroli a zachowaniami zdrowotnymi i poziomem zdrowia. Badacze opisali trzy niezależne wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia, w tym jeden wewnętrzny i dwa zewnętrzne. Są nimi:

- wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, które wiąże się z przekonaniem, że zdrowie zależy głównie od własnego zachowania,
- zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia jest związane z przekonaniem, że czynnikiem decydującym o poziomie zdrowia jest udział innych osób obdarzonych większymi możliwościami i kompetencjami, np. personelu medycznego,
- zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, które wyrasta z przekonania, że zdrowie zależy przede wszystkim od losu lub przypadku.

Prowadzone analizy potwierdziły trójczynnikiowy model poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia i jego większą odpowiedniość względem danych empirycznych w porównaniu z modelem dwuczynnikiowym (wewnętrzne vs. zewnętrzne poczucie jej lokalizacji) (Talbot, Nouwen i Gauthier, 1996). W innych pracach zespół pod kierunkiem Wallstona podejmował próby wyodrębnienia dodatkowych wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia, np. przekonania ma temat boskiego wpływu na stan zdrowia (Wallston i in., 1999).

Podobnie jak w koncepcji Rottera, Wallston i współpracownicy założyli, że osoby z silnym wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowia w porównaniu z osobami z zewnętrzną jej lokalizacją częściej podejmują aktywność prozdrowotną, biorą odpowiedzialność za własne zdrowie i wykazują wyższe wskaźniki jakości życia. W badaniach nad funkcjonowaniem chorych somatycznie potwierdzono znaczenie przekonań dotyczących umiejscowienia kontroli zdrowia dla somatycznego i psychicznego funkcyj-

nowania. Okazało się, że osoby mające silne przekonania o możliwości osobistej kontroli choroby i warunków życia są lepiej przystosowane do swojej sytuacji życiowej (Wallston i in., 1999). Zależności te zostały potwierdzone w badaniach nad funkcjonowaniem osób chorujących na takie choroby, jak: AIDS (Ubbialia i in., 2008), nowotwory (Knappe i Pinguart, 2009), padaczka (Asadi-Pooya, Schilling, Glosser, Tracy i Sperling, 2007), mukowiscydoza (Hamlett, Murphy, Hayes i Doershuk, 1996), przewlekłe choroby nerek (Birmelé, Le Gall, Sautenet, Aguerre i Camus, 2012), choroba Parkinsona (Gruber-Baldini, Ye, Anderson i Shulman, 2009). Zwraca się również uwagę, że wraz z wiekiem maleje wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia i rośnie przekonanie, że inni, zwłaszcza lekarze, są za nie odpowiedzialni (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008).

Pomimo wykorzystywania konstruktów poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia w badaniach nad funkcjonowaniem osób przewlekle chorych jedynie pojedyncze prace poświęcone są wyjaśnieniu roli tej zmiennej w przystosowaniu się do choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy i RZS.

Badania z udziałem osób cierpiących na chorobę niedokrwinną serca dowodzą, że osoby podzielające przekonania na temat możliwości kontroli w sytuacji stresowej stanu swojego zdrowia przez inne osoby wykazują większe niedokrwienie mięśnia sercowego (Carr i in., 2003). Pojawiają się również doniesienia wskazujące na brak roli przekonań na temat umiejscowienia kontroli zdrowia dla poziomu funkcjonowania w chorobie niedokrwiennej serca. Na przykład Blaine J. Fowers (1994) nie zaobserwowała związków między poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowia a poziomem dystresu u osób przechodzących rehabilitację kardiologiczną.

W badaniach z udziałem osób z cukrzycą sytuacja jest podobna. Otrzymywane wyniki są niejednoznaczne. Niektórzy badacze stwierdzają znaczenie poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia dla funkcjonowania w tej konkretnej chorobie przewlekłej, a inni nie obserwują takich zależności. Małgorzata A. Babińska, Danuta Zalewska-Rydzkowska, Roman Junik i Maria Skibicka (2007) odnotowali związek między stężeniem hemoglobiny glikowanej (które można traktować jako obiektywny wskaźnik przestrzegania diety przez cukrzyka) a przekonaniem na temat umiejscowienia kontroli zdrowia. Odmienny obraz zależności stwierdzono też u kobiet i u mężczyzn. Podzielanie przez kobiety przekonania, że inni są odpowiedzialni za stan ich zdrowia, skutkowało niestosowaniem się do zaleceń lekarskich w zakresie diety. U mężczyzn przekonanie o wpływie innych na stan zdrowia wywierało odwrotny efekt. Z kolei Alberto Machado Romero, María Teresa Anarte Ortiz i María Soledad Ruiz (2010) nie stwierdzili, by stopień wewnętrznego poczucia lokalizacji kontroli zdrowia pozwalał przewidywać poziom jakości życia.

W populacji osób chorych na RZS Wallston i współpracownicy (1999) przeprowadzili badania nad znaczeniem przekonań o boskim oddziaływaniu na stan zdrowia. Jest to specyficzna forma zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia. Analizy wykazały, że podzielenie tego typu przekonań sprzyja odczuwaniu emocji negatywnych i blokuje przeżywanie pozytywnych stanów emocjonalnych. Ponadto osoby wierzące, że zmiana ich stanu zdrowia nastąpi na skutek boskiej interwencji, częściej posługują się pasywnymi strategiami radzenia sobie ze stresem. W badaniach w tej grupie pacjentów stwierdzono związki między wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli a podejmowaniem aktywności fizycznej oraz uczestnictwem w zajęciach rehabilitacyjnych (Heszen i Sęk, 2007).

Analiza prac poświęconych znaczeniu poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia dla funkcjonowania chorych na chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę i RZS wskazuje na konieczność podjęcia badań nad tym zagadnieniem. Do tej pory opublikowano niewiele prac o problematyce poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia w tej grupie chorych. Ich wyniki ukazują ponadto niespójny obraz zależności pomiędzy badanymi zmiennymi. W związku z tym wciąż pozostaje nierozstrzygnięta kwestia, czy i w jaki sposób poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia jest zmienną wywierającą wpływ na funkcjonowanie osób cierpiących na konkretne choroby przewlekłe.

4.4. Poczucie własnej skuteczności

Pojęcie poczucia własnej skuteczności wywodzi się z kręgu teorii społecznego uczenia się. Jest to jeden z zasobów najczęściej uwzględnianych w badaniach nad aktywnością zdrowotną człowieka. Twórcą tego pojęcia jest Albert Bandura (1977), który w swojej teorii społeczno-poznawczej przyjmuje, że zachowanie człowieka jest wypadkową oddziałujących na niego bodźców oraz posiadanych przekonań i oczekiwań. Wyróżnia on trzy rodzaje oczekiwań mających kluczowe znaczenie dla rozpoczęcia i utrzymywania zachowania (Bandura, 1986; por. Schwarzer, 1997). Zaliczył do nich:

- oczekiwania dotyczące sytuacji, związane z przekonaniem, że spodziewana zmiana istniejącego stanu rzeczy ma jakąś wartość,
- oczekiwania dotyczące wyniku działania, które wiążą się z podzieleniem przekonania, że zachowując się w określony sposób, można osiągnąć zamierzony cel,
- oczekiwania dotyczące własnej skuteczności, będące przekonaniem, że posiada się zdolności umożliwiające uzyskanie poprzez własne działanie pożądanego rezultatu związanych z realizacją ustalonych celów. Jest to więc osąd jednostki na temat własnych możliwości dotyczących rozpoczęcia i przeprowadzenia zaplanowanych działań.

Według Bandury poczucie własnej skuteczności może być opisane za pomocą trzech właściwości, którymi są ogólność, siła i wielkość. Ogólność odnosi się do stopnia zgeneralizowania poczucia własnej skuteczności, czyli tego, czy dotyczy jednej konkretnej sytuacji, czy też wielu różnych sytuacji. Biorąc pod uwagę tę właściwość poczucia własnej skuteczności, można wyróżnić uogólnione poczucie własnej skuteczności, wyrażające się przekonaniem, że potrafię poradzić sobie z wieloma, w tym z nowymi sytuacjami, oraz specyficzne poczucie własnej skuteczności, które dotyczy zmagania się z konkretnymi sytuacjami. Siła odnosi się do stopnia pewności, że jest się w stanie wytrwać w realizacji obranych celów mimo pojawiających się trudności, a także do stopnia ufności, z jaką traktuje się własne oceny. Wielkość oznacza natomiast ocenę stopnia trudności zadania stojącego przed osobą, które może być oceniane na dymensji: łatwe – trudne.

Osoby o wysokim poczuciu własnej skuteczności będą wykazywały gotowość do podejmowania trudniejszych i/lub nowych działań, dążenie do osiągnięcia wysokiej jakości ich wykonywania, wytrwałość w dążeniu do realizacji zaplanowanych celów, wysokie poczucie własnej wartości, zdolność uczenia się nowych rzeczy i nabywania nowych umiejętności, efektywne radzenie sobie z lękiem i stresem, aktywność w dbaniu o zdrowie. Z charakterystyki tej wynika, że osoby takie mają silniejszą motywację do podejmowania nowych działań i w związku z tym w aktywny sposób zaspokajają swoje potrzeby (Bandura, 1986; Okulicz-Kozyran i Pisarska, 2001). O poczuciu własnej skuteczności decydują cztery czynniki:

- bezpośrednio, indywidualne doświadczenie, w którym istotne jest dostrzeganie związków między własnym działaniem a jego następstwami. Dla wykształcenia silnego poczucia własnej skuteczności konieczne jest doświadczanie zarówno sytuacji sukcesów, jak i porażek. Dzięki porażkom osoba ma możliwość nauczyć się, że przeszkody można przezwyciężyć. Uważa się, że własne doświadczenie jest kluczowym elementem wzmacniającym poczucie własnej skuteczności;

- pośrednie doświadczenie, nabywane podczas obserwacji zachowania innych ważnych dla nas osób (modeli). W trakcie tej czynności wyciągane są wnioski, do czego jest się zdolnym, a czego nie jest się w stanie osiągnąć;

- zachęty i perswazje ze strony innych. Informacje od innych ludzi o posiadanych kompetencjach wzmacniają poczucie kompetencji, podczas gdy brak takich informacji bądź krytyka ze strony innych może osłabiać wiarę we własne siły;

- ocena własnego stanu fizjologicznego – stan relaksu, odprężenia i spokoju sprzyja dostrzeganiu własnych kompetencji. Oprócz tego u osób z wysokim poczuciem skuteczności stany fizjologiczne, głównie te związane z odczuwaniem emocji, pełnią funkcję motywującą do podejmowania dzia-

łań mających na celu ich redukcję. Lęk przed zagrożeniem skłania do podejmowania działań redukujących jego intensywność (Tavris i Wade, 1999).

Obecnie istnieją dwa podejścia do rozumienia poczucia własnej skuteczności: uogólnione poczucie własnej skuteczności i specyficzne poczucie własnej skuteczności. W pierwszym traktuje się je jako cechę osobowości determinującą zachowanie w różnych sytuacjach (Juczyński, 1998; Schwarzer, 1992). Dzięki takiej konceptualizacji pojęcia poczucia własnej skuteczności możliwe jest wyjaśnianie różnych zachowań w odmiennych sytuacjach. Jest więc ono predyktorem międzysytuacyjnego podobieństwa zachowań ludzkich.

We współczesnej psychologii osobowości odchodzi się od poszukiwań ogólnych i niespecyficznych konstruktów, wyjaśniających każdy aspekt ludzkiego funkcjonowania (Łuszczynska, 2004). Przekłada się to na rozumienie poczucia własnej skuteczności, które prowadzi do poszukiwania jego specyficznych rodzajów. W obszarze badań nad funkcjonowaniem w chorobie przewlekłej wyodrębnia się specyficzne typy poczucia własnej skuteczności, związane z radzeniem sobie z konkretnymi objawami choroby i stawianymi przez nią wymaganiami. W przypadku cukrzycy zwraca się uwagę na znaczenie specyficznych wymiarów poczucia własnej skuteczności, które odnoszą się do: przestrzegania diety, regularnego monitorowania poziomu glukozy we krwi, systematycznych ćwiczeń fizycznych, utrzymywania właściwej wagi ciała, utrzymywania właściwego poziomu glukozy we krwi, opierania się pokusom jedzeniowym oraz przestrzegania zaleceń lekarskich (Talbot, Nouwen, Gingras, Gosselin i Audet, 1997). W przypadku RZS wyróżnia się poczucie własnej skuteczności dotyczące: radzenia sobie z bólem towarzyszącym codziennej aktywności, możliwości wykonywania podstawowych czynności oraz radzenia sobie z pozostałymi symptomami, takimi jak poczucie zmęczenia bądź zmiany nastroju (Lorig, Chastain, Ung, Shoor i Holman, 1989). Dla osób po przebytych incydencie wieńcowym istotne jest wysokie poczucie własnej skuteczności w zakresie możliwości dokonywania zmian w swojej diecie oraz podejmowania regularnej aktywności fizycznej (Hickey, Owen i Froman, 1992).

Poczuciu własnej skuteczności w obszarze radzenia sobie z chorobą przewlekłą przypisuje się różne funkcje. Po pierwsze, traktuje się je jako czynnik stymulujący i ułatwiający zmianę zachowania. Osoby cierpiące na choroby przewlekłe stają przed koniecznością modyfikacji wielu elementów dotychczasowego stylu życia i podporządkowania się reżimowi wynikającemu z przebiegu procesu leczenia. Według badaczy zajmujących się procesami zmiany zachowania zmienna ta ma kluczowe znaczenie dla rezygnacji z aktywności antyzdrowotnych oraz uczenia się zachowań prozdrowotnych. Poczucie własnej skuteczności jest uwzględniane w większości modeli teo-

retycznych opisujących procesy psychiczne sprzyjające kształtowaniu się zachowań zdrowotnych. Stanowi ono integralny element ich procesualnego modelu (Schwarzer, 2001a) i jest brane pod uwagę w transteoretycznym modelu zmiany zachowania (Prochaska i Di Clemente, 1983; Lenio, 2006). W tym drugim podejściu traktowane jest jako czynnik ułatwiający inicjowanie i utrzymywanie nowo nabytych zachowań (Marshall i Biddle, 2001).

W badaniach nad funkcjonowaniem osób chorych na cukrzycę typu 1 i 2, opierających się na założeniach transteoretycznego modelu zmiany zachowania, wykazano znaczenie poczucia własnej skuteczności dla przebiegu procesów zachodzących w fazie przygotowania do zmiany zachowania i w fazie jego utrzymywania (Plotnikoff, Lippke, Johnson i Courneya, 2010). W zależności od badanej populacji rozpatrywane są relacje łączące poczucie własnej skuteczności z odmiennymi zachowaniami. Na przykład w badaniach prowadzonych w populacji cukrzyków sprawdzane są głównie związki między poczuciem własnej skuteczności a regularnym kontrolowaniem poziomu glukozy we krwi, zmianą nawyków żywieniowych oraz aktywnością fizyczną. Wśród osób chorych na RZS dąży się zaś do określenia relacji zachodzących między poczuciem własnej skuteczności a kontrolą bólu.

Druga z funkcji poczucia własnej skuteczności związana jest z traktowaniem go jako jednego z czynników chroniących. W takim rozumieniu wysokie poczucie własnej skuteczności zabezpiecza przed wystąpieniem negatywnych skutków choroby przewlekłej. W badaniach poświęconych temu zagadnieniu zmienna ta, w zależności od przyjętych założeń, traktowana jest jako predyktor konsekwencji choroby, ich mediator lub moderator. William P. Sacco i współpracownicy (2007) stwierdzili, że silne poczucie własnej skuteczności u chorych na cukrzycę typu 2 zabezpiecza przed wystąpieniem symptomów depresyjnych i chroni przed doświadczaniem silnych objawów choroby. W innych badaniach podobny obraz zależności odnotowano w przypadku poziomu lęku (Kuijer i de Ridder, 2003). Ponadto wysokie poczucie własnej skuteczności sprzyja obniżeniu stężenia hemoglobiny glikowanej (O’Hea i in., 2009), co może pozytywnie wpływać na sytuację zdrowotną osób chorujących na cukrzycę.

W grupie pacjentów chorych na RZS zaobserwowano, że wysoki poziom poczucia własnej skuteczności sprzyja odczuwaniu pozytywnych stanów emocjonalnych oraz chroni przed doznawaniem negatywnych emocji i doświadczaniem dolegliwości bólowych (Lefebvre i in., 1999). W przypadku nadawania poczuciu własnej skuteczności statusu mediatora zaobserwowano, że osoby posługujące się unikowym radzeniem sobie wykazują niższy poziom lęku, gdy cechuje je wysokie poczucie własnej skuteczności (Lowel i in., 2008). Poczuciu własnej skuteczności przypisuje się także status moderatora. Kathleen M. Schiaffino i Tracey A. Revenson (1995; za: Keefe i in.,

Tabela 12. Porównanie ogólnego i specyficznego rozumienia poczucia własnej skuteczności

Sposoby rozumienia poczucia własnej skuteczności	Cukrzyca	Reumatoidalne zapalenie stawów	Choroba niedokrwienna serca
Ogólne poczucie własnej skuteczności	cecha osobowości determinująca zachowanie w różnych sytuacjach wyrażająca się przekonaniem, że jest się w stanie osiągnąć oczekiwany wynik, czyli efektywnie przeprowadzić daną czynność		
Specyficzne poczucie własnej skuteczności	<ul style="list-style-type: none"> - przestrzegać diety, regularnie monitorować poziom glukozy we krwi - systematycznie ćwiczyć fizycznie - utrzymywać właściwą wagę ciała - utrzymywać właściwy poziom glukozy we krwi, - opierać się pokusom jedzeniowym - przestrzegać zaleceń lekarskich 	<p>Przekonanie, że jest się w stanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - radzić sobie z bólem towarzyszącym codziennej aktywności - wykonywać podstawowe czynności - radzić sobie z symptomami choroby (poczuciem zmęczenia, zmianami nastroju) - uczestniczyć w rehabilitacji pomimo bólu - przestrzegać zaleceń lekarskich 	<ul style="list-style-type: none"> - dokonać zmian w swojej diecie - podejmować regularną aktywność fizyczną - ograniczyć palenie papierosów - ograniczyć spożycie alkoholu - wypracować nowe wzorce radzenia sobie ze stresem - przestrzegać zaleceń lekarskich

Źródło: opracowanie własne.

2002) zauważyły, że związek między przekonaniem związanym z chorobą a poziomem depresji moderowany jest przez poczucie własnej skuteczności. U pacjentów o niskim poczuciu własnej skuteczności i wielu ogólnych, wewnętrznych przekonaniach na temat choroby następowało pogłębienie depresji.

4.5. Wsparcie społeczne

Opisane zasoby można określić jako podmiotowe. Zasobem o odmiennym, relacyjnym charakterze jest zaś wsparcie społeczne. Heszen i Sęk (2007) uważają, że wsparcie społeczne znajduje się na granicy zasobów osobistych i społecznych. Obejmuje ono wszelkie interakcje zachodzące pomiędzy uczestnikami krytycznego wydarzenia życiowego. Zasób ten modyfikuje przebieg konfrontacji stresowej, gdyż dynamicznie wiąże się z poszczególnymi elementami sytuacji trudnej: jej postrzeganiem, strategiami radzenia sobie oraz występującymi obciążeniami psychicznymi (Sęk, 2001c).

Istnieją dwa podstawowe sposoby rozumienia wsparcia społecznego, określane jako strukturalne i funkcjonalne. W podejściu strukturalnym akcentuje się umiejscowienie człowieka w sieci społecznej, definiując je jako „obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się od innych tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w sytuacji trudnej” (Sęk, 2001c, s. 14). W tym ujęciu wsparcie społeczne określane jest za pomocą takich obiektywnych wskaźników, jak: wielkość sieci, jej spójność, dostępność, gęstość, heterogeniczność bądź homogeniczność. Przy czym, mając na uwadze znaczenie wsparcia dla radzenia sobie ze stresem, decydującą rolę przypisuje się jego dostępności, mierzonej liczbą kontaktów, łatwością i szybkością ich nawiązania lub bliskością terytorialną. Dodatkowo podkreśla się znaczenie pochodzenia wsparcia społecznego dla radzenia sobie z odmiennymi sytuacjami trudnymi. Jako źródła wsparcia społecznego wskazuje się: najbliższych członków rodziny, dalszych krewnych, przyjaciół, sąsiadów, współpracowników i specjalistów zajmujących się na co dzień udzielaniem go. W przypadku problemów o charakterze rodzinnym najistotniejsze okazuje się wsparcie udzielane sobie przez bliskich, natomiast w sytuacji choroby, oprócz wsparcia udzielanego przez krewnych, ważne jest również wsparcie ze strony profesjonalistów: lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów.

W podejściu funkcjonalnym główną osią analizy wsparcia społecznego jest przedmiot wymiany, jaka zachodzi pomiędzy osobami znajdującymi się w sytuacji trudnej (na tej charakterystyce wsparcia społecznego bazują grupy samopomocowe). W związku z tym wyróżnia się odmienne treściowo rodzaje wsparcia: wsparcie emocjonalne, informacyjne, instrumentalne, mate-

rialne i czasami duchowe. Wsparcie emocjonalne wpływa na samopoczucie i samoocenę osób je otrzymujących. Zmiana stanu emocjonalnego następuje głównie przez okazywanie troski i zrozumienia oraz odzwierciedlanie emocji przeżywanymi przez osobę znajdującą się w sytuacji trudnej. Wsparcie informacyjne to z kolei wymiana informacji, które pomagają lepiej zrozumieć swoją sytuację życiową, podejmować działania zmierzające do rozwiązania tej sytuacji oraz dostarczają informacji zwrotnych na temat ich efektywności. Wsparcie instrumentalne jest natomiast rodzajem instruktażu, co należy robić, by przezwyciężyć zaistniałą sytuację. Wsparcie materialne obejmuje bezpośrednio osobę potrzebującą pomocy rzeczowej, materialnej i finansowej. Ostatni z rodzajów wsparcia, czyli wsparcie duchowe, polega na towarzyszeniu osobie w odkrywaniu sensu i znaczenia zaistniałej sytuacji. Jest szczególnie istotne w trakcie opieki hospicyjnej oraz kryzysów egzystencjalnych (Heszen i Sęk, 2007; Wrona-Polańska, 2011).

Autorzy ujmujący wsparcie społeczne w sposób funkcjonalny podkreślają znaczenie osobistego ustosunkowania się do sytuacji, w której jest ono niezbędne, i dopasowania wsparcia do potrzeb i oczekiwań osoby znajdującej się w sytuacji trudnej. Na tej podstawie wyróżnia się postrzeganie wsparcia społecznego jako jego poszukiwanie, mobilizowanie i otrzymywanie. Postrzeganie wsparcia wiąże się z przekonaniem, na kogo można liczyć w sytuacji trudnej i gdzie otrzymać niezbędną pomoc. Poszukiwanie wsparcia obejmuje gotowość i umiejętność aktywnego szukania oparcia w zaistniałej sytuacji trudnej. Mobilizowanie przejawia się w umiejętności tworzenia i podtrzymywania więzi społecznych i relacji interpersonalnych, które mogą być aktywowane jako źródło wsparcia w potencjalnej sytuacji trudnej. Otrzymywanie wsparcia jest natomiast faktyczne (Heszen i Sęk, 2007).

Z problematyką wsparcia społecznego wiąże się pytanie, w jaki sposób ono działa i wywiera dobroczynny wpływ na funkcjonowanie i zdrowie człowieka znajdującego się w sytuacji trudnej. Udzielając na nie odpowiedzi, formułuje się dwie hipotezy wyjaśniające mechanizm działania wsparcia społecznego. W myśl pierwszej z nich, określanej jako hipoteza efektu głównego, wsparcie społeczne wywiera bezpośredni wpływ na funkcjonowanie człowieka. Ludzie mający pozytywne relacje z innymi, znajdujący w nich oparcie, rzadziej stykają się z sytuacjami trudnymi oraz odczuwają mniejszy stres, a gdy już taka sytuacja nastąpi, przekłada się to na podwyższenie komfortu psychicznego i wyższy poziom dobrostanu (Heszen i Sęk, 2007). Druga z hipotez, określanej jako buforująca, podkreśla zaś, że wsparcie społeczne działa jak bufor ochraniający człowieka przed oddziaływającymi na niego stresorami oraz modyfikujący przebieg procesów radzenia sobie (Sheridan i Radmacher, 1998; Sęk, 2001a). Na bazie tej hipotezy formułuje się twierdzenie, że negatywne oddziaływanie stresu na zdrowie jest tym silniejsze,

im niższy jest poziom otrzymywanego wsparcia. Dodatkowo zakłada się, że ludzie dostający silne wsparcie społeczne w sytuacji stresu mają większe poczucie bezpieczeństwa i wyższą samoocenę w porównaniu z osobami go pozbawionymi (Doeglas i in., 2004). Wsparcie społeczne moderuje zatem przebieg procesów fizjologicznych, psychologicznych, zarówno emocjonalnych, jak behawioralnych i poznawczych oraz reakcje behawioralne zachodzące w sytuacji stresu (Knoll i Schwarzer, 2004). Myślenie o wsparciu społecznym jako o buforze w dużej mierze związane jest z jego funkcjonalnym ujęciem.

Przeprowadzono liczne badania, w których stwierdzono, że wsparcie społeczne odgrywa istotną rolę w radzeniu sobie ze stresem choroby przewlekłej i przystosowaniem się do niej. Oznacza to, że poziom wsparcia społecznego jest istotnym predyktorem zdrowia psychicznego i społecznego funkcjonowania (Goodenow, Reisine i Grady, 1990). Uważa się, że wsparcie społeczne spełnia odmienną funkcję na różnych etapach procesu radzenia sobie. Istnieją doniesienia wskazujące, że w zależności od postrzeganego wsparcia społecznego zmienia się ocena sytuacji stresowej. Osoby uważające, że mogą liczyć na pomoc ze strony członków rodziny, przyjaciół i innych znaczących osób, oceniają sytuację stresową jako mniej zagrażającą niż osoby nieposiadające takiego zaplecza (Bonanno, 2004). Taki obraz relacji łączącej wsparcie społeczne z oceną sytuacji został odnotowany w badaniach nad funkcjonowaniem osób po przebytych zawale serca (Senol-Durak i Ayvaşık, 2010).

Wsparcie społeczne traktuje się również jako zasób sprzyjający wykorzystaniu niektórych strategii radzenia sobie. Na przykład Emre Senol-Durak i H. Belgin Ayvaşık (2010) zaobserwowali, że chorzy po przebytych zawale serca, otrzymujący duże wsparcie częściej posługiwali się strategiami radzenia sobie skoncentrowanymi na problemie i na emocjach.

Susanne Schmidt-Pedersen, Theodoor van Domburg i Mogens L. Larsen (2004), rozważając znaczenie wsparcia społecznego dla funkcjonowania z chorobą przewlekłą, odnotowali, że pacjenci po zawale serca, którzy otrzymują niewielkie wsparcie i odczuwają małe zadowolenie z niego narażeni są na ryzyko ponownego incydentu wieńcowego do 9 miesięcy po zawale serca.

Większość badań dotyczących znaczenia wsparcia społecznego dla funkcjonowania z cukrzycą typu 1, ze względu na częste rozpoznawanie choroby przed okresem dorosłości, prowadzonych jest na grupie dzieci, adolescentów i ich opiekunów. Istnieją tylko pojedyncze doniesienia opisujące znaczenie wsparcia społecznego dla dorosłych chorujących na cukrzycę typu 1. W większości badań przyjmuje się, że optymalny poziom wsparcia jest niezbędny do efektywnego funkcjonowania z cukrzycą. Cukrzyca typu 1 jest

chorobą wymagającą dostosowania niektórych elementów stylu życia do stawianych przez nią wymagań, głównie tych związanych z dietą, aktywnością fizyczną oraz koniecznością monitorowania stanu własnego zdrowia. Stwierdza się, że wsparcie ze strony bliskich ułatwia codzienne radzenie sobie z ograniczeniami wynikającymi z choroby, natomiast to udzielane przez profesjonalistów sprzyja opanowywaniu objawów choroby i dostosowywaniu się do jej wymagań (Karlsen, Idsoe, Hanestad, Murberg i Bru, 2004).

Z kolei otrzymywanie wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia zmniejsza tendencję do obwiniania się oraz korzystania ze strategii skoncentrowanych na emocjach, nie przekłada się natomiast na posługiwanie się strategiami skoncentrowanymi na problemie, co może wynikać z faktu, że kontakt chorego z profesjonalistą jest ograniczony do kilku spotkań w roku. Wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół sprzyja sięganiu po strategię skoncentrowaną na problemie. Ułatwia ono chorym aktywne i zaplanowane stosowanie się do wymogów leczenia oraz zdobywanie wiedzy na temat choroby i życia z nią (Karlsen i in., 2004). Obserwuje się również, że osoby cierpiące na cukrzycę otrzymujące niewielkie wsparcie ze strony rodziny częściej posługują się unikowymi strategiami radzenia sobie (Kvam i Lyons, 1991).

Wsparcie społeczne otrzymywane zarówno ze strony profesjonalistów, jak i rodziny sprzyja poczuciu dobrostanu chorych. Zależność ta w obu przypadkach mediowana jest przez posługiwanie się strategiami skoncentrowanymi na emocjach. Oznacza to, że osoby chore na cukrzycę mają wyższy poziom dobrostanu dzięki temu, że wsparcie społeczne hamuje tendencję do korzystania ze strategii skoncentrowanych na emocjach i skupiania się na własnych, często negatywnych stanach emocjonalnych (Karlsen i in., 2004).

Reumatoidalne zapalenie stawów jest chorobą prowadzącą do niepełnosprawności. Stawia ono chorych w sytuacji zależności od innych, co prowadzi do zwiększonego zapotrzebowania na wsparcie, zwłaszcza instrumentalne, związane z wykonywaniem podstawowych czynności życiowych. Jednocześnie relacje społeczne osób dotkniętych RZS są zagrożone ze względu na zmniejszoną mobilność, ograniczenie kontaktów z innymi ludźmi wynikające ze zmniejszenia aktywności zawodowej oraz pogłębienia depresji (Goodenow i in., 1990). W badaniach przeprowadzonych przez Live Fyrand, Torbjørna Mouma, Arnsteina Finseta, Larsa Wichstrøma i Anne Glennås (2001) zaobserwowano, że kobiety chore na RZS otrzymywały mniejsze wsparcie społeczne, rozumiane zarówno w sposób funkcjonalny, jak i strukturalny, w porównaniu z osobami zdrowymi. W przypadku wsparcia rozumianego strukturalnie zaobserwowano mniejszą liczbę osób tworzących sieć społeczną chorych. Za efekt ten odpowiedzialny był przede wszystkim brak kontaktów z osobami spoza najbliższej rodziny i przyjaciół. Kobiety chore na RZS deklarowały również, że otrzymują mniej wsparcia emocjonal-

nego w porównaniu z osobami zdrowymi. Nie odnotowano natomiast różnic w zakresie otrzymywanego wsparcia instrumentalnego. W odniesieniu do tej grupy chorych ze względu na dużą zależność od innych, utratę bądź brak wsparcia społecznego traktuje się je jako dodatkowy stresor (Hurwicz i Berkanovic, 1993).

Wyniki badań obrazują, że wysoki poziom wsparcia społecznego przekłada się na jakość funkcjonowania pacjentów z RZS. Na przykład Ruth Curtis, Ann Marie Groarke, Robert Coughlan i Amina Gsel (2004) stwierdzili, że duże wsparcie społeczne obniża poziom lęku i sprzyja podejmowaniu aktywności społecznej pomimo utrudnień związanych z chorobą. Podobne zależności w odniesieniu do depresji zaobserwowali Gareth J. Treharne, Antonia C. Lyons, David A. Booth i George D. Kitas (2007) – wysoki poziom wsparcia społecznego zabezpieczał przed przeżywaniem depresji przez chorych z wczesnym RZS (badanymi były osoby, u których rozpoznano chorobę w ciągu 6 miesięcy od daty badania). Efekt ten jednak zanikał po roku od postawienia diagnozy. Otrzymywanie przez kobiety chore na RZS emocjonalnego wsparcia ułatwia efektywne wykonywanie przez nie obowiązków domowych i wypełnianie ról społecznych (Goodenow i in., 1990).

Podsumowanie

Przeprowadzona analiza pojęcia zasobów i jego zastosowania do wyjaśnienia procesów psychologicznych wyznaczających funkcjonowanie osób przewlekle chorych skłania do sformułowania następujących wniosków. Problematyka ta pozostaje nadal otwarta. Poza jedną spójną, sformułowaną przez Hobfolla (2006) teorią zachowania zasobów brakuje ujęć teoretycznych syntetyzujących zgromadzoną wiedzę na ich temat. Szczególnie widoczne jest to w przypadku badań prowadzonych w kontekście transakcyjnej teorii stresu. Badacze posługują się pochodzącymi z niej pojęciami, łącząc je z różnymi opisywanymi w literaturze zasobami. Takie podejście, mimo że umożliwia gromadzenie interesujących informacji na temat procesów sterujących funkcjonowaniem osób znajdujących się w sytuacji stresu, nie prowadzi do sformułowania ogólnej teorii zasobów. Na poziomie szczegółowym, związanym ze zrozumieniem procesów rządzących funkcjonowaniem chorych na konkretne jednostki nozologiczne, mamy do czynienia z podobną sytuacją, uniemożliwiającą wyciąganie wniosków o charakterze ogólnym, z tą jednak różnicą, że wynika ona z braku systematycznych badań nad funkcjonowaniem osób cierpiących na określone schorzenie.

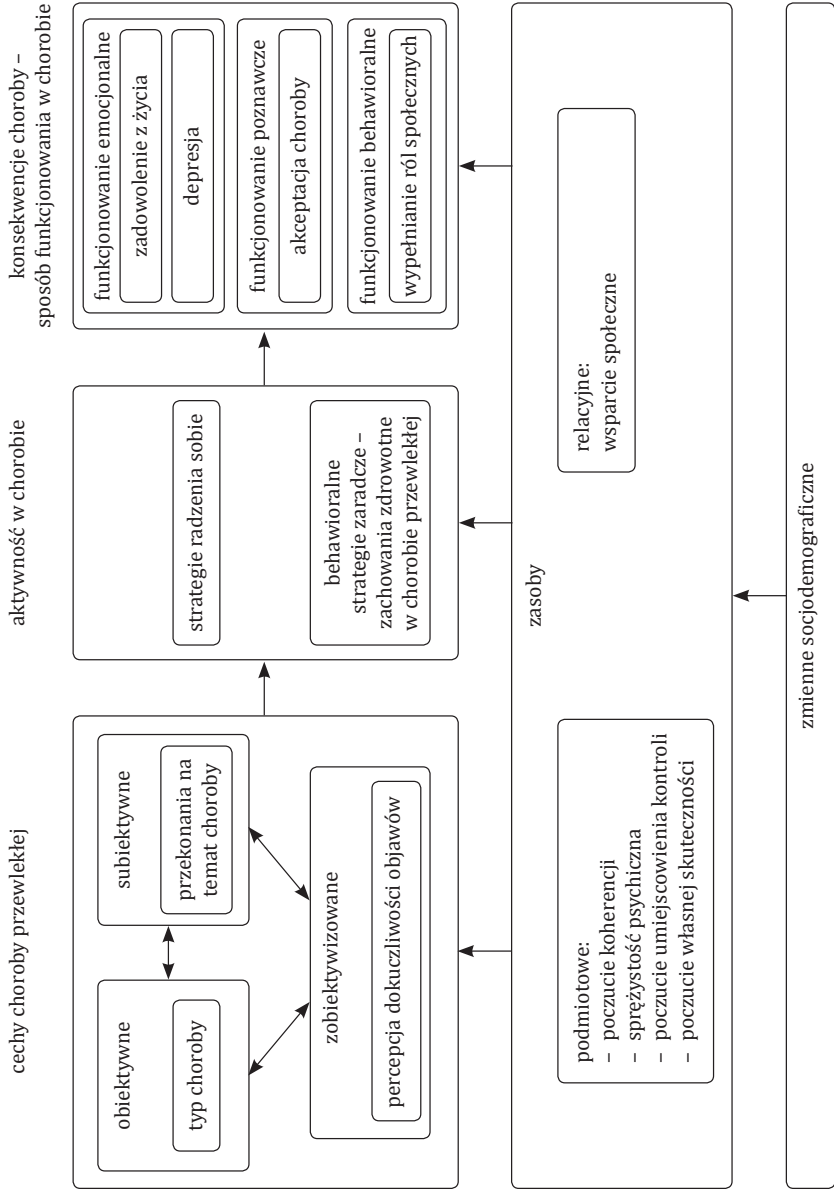
ROZDZIAŁ VI

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

1. Założenia i hipotezy badań

Zgodnie z główną tezą tej pracy, że choroba przewlekła jest krytycznym wydarzeniem życiowym, przyjęto, iż aktywność osoby przewlekle chorej oraz efekty zmagania się z nią mogą być rozumiane i przewidywane w oparciu o model krytycznych wydarzeń życiowych. Określenie ram teoretycznych pozwala na postawienie następującego problemu. W klasyfikacjach krytycznych wydarzeń życiowych chorobę przewlekłą, bez względu na jednostkę nozologiczną, na jaką cierpi pacjent, traktuje się podobnie – jako jedno z wielu krytycznych wydarzeń życiowych. Takie podejście do choroby przewlekłej wydaje się zbyt dużą generalizacją, ponieważ nie uwzględnia specyfiki poszczególnych chorób. Z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że odmienna jest sytuacja psychologiczna osoby chorującej na cukrzycę, przed którą pojawia się zadanie ciągłego monitorowania poziomu glukozy we krwi, przestrzegania diety i regulowania stężenia insuliny za pomocą leków, od sytuacji psychologicznej osoby z rozpoznaniem reumatoidalnym zapaleniem stawów, która często żyje ze świadomością zbliżającej się niepełnosprawności i której towarzyszy silny, często pojawiający się nagle ból upośledzający codzienne funkcjonowanie. W związku z tym powstaje ogólny problem: Czy przebieg transakcji stresowej i mechanizmy wykorzystywane do radzenia sobie z chorobą są takie same u wszystkich osób przewlekle chorych? Czy też proces radzenia sobie z chorobą przewlekłą przebiega odmiennie u ludzi dotkniętych różnymi chorobami przewlekłymi?

W kontekście modelu krytycznych wydarzeń życiowych rozwiązanie tego problemu wymaga uchwycenia procesów psychologicznych związanych z: (1) krytycznym wydarzeniem życiowym i ustosunkowaniem się do niego przez osobę chorą, (2) aktywnością podejmowaną w odpowiedzi na chorobę przewlekłą, (3) konsekwencjami choroby przewlekłej pojawiający-



Rysunek 6. Przebieg procesu radzenia sobie z chorobą przewlekłą – konceptualizacja modelu badań własnych

Źródło: opracowanie własne.

mi się w różnych sferach życia oraz (4) wykorzystaniem zasobów w celu radzenia sobie z chorobą przewlekłą.

Aby rozwiązać ten problem, stworzono model badawczy składający się z czterech grup zmiennych odnoszących się do: właściwości stresora, aktywności w chorobie przewlekłej, zasobów i konsekwencji choroby przewlekłej (rys. 6).

Pierwszy blok zmiennych odnosi się do charakterystyki krytycznego wydarzenia życiowego, jakim jest choroba przewlekła. W modelu teoretycznym radzenia sobie z krytycznym wydarzeniem życiowym wskazuje się, że cechy tego wydarzenia można analizować w trzech perspektywach: obiektywnej, zobiektywizowanej i subiektywnej (Sęk, 1991). W odniesieniu do choroby przewlekłej wyróżniono więc:

- obiektywne cechy choroby, które wiążą się głównie z jej właściwościami. Ich przejawem są: symptomatologia choroby, wskaźniki biochemiczne, stosowane procedury medyczne, przebieg choroby (fazy choroby), postacie choroby (np. w przypadku RZS postać samoograniczająca, postać o łagodnym przebiegu oraz postać postępująca). Zmienna ta była kontrolowana przez uwzględnienie w badaniu osób cierpiących na różne choroby przewlekłe;

- zobiektywizowane cechy choroby, które wyznacza się na podstawie zgromadzonych informacji na temat danego zjawiska. Są one pochodną wiedzy eksperckiej. W przypadku choroby przewlekłej przeważnie będą odnosić się do natężenia objawów, pojawiających się przed osobą chorą wymagań oraz konsekwencji. Na przykład wiadomo, że RZS towarzyszy silny ból (konsekwencja), a cukrzyca wiąże się z koniecznością systematycznego monitorowania poziomu glukozy we krwi (wymaganie). Jednak każdy z pacjentów w odmienny sposób ich doświadcza: dla pewnej grupy chorych konieczność mierzenia poziomu glukozy we krwi może być czynnością nawykową, a dla innych – niechcianym obowiązkiem, którego wykonanie wymaga znacznego wysiłku;

- subiektywne cechy choroby przewlekłej, które odnoszą się do reakcji chorego na własną chorobę. Mogą się one ujawniać w formie emocjonalnej reakcji na chorobę lub pod postacią obrazu własnej choroby, którego przejawem są przekonania na temat choroby (Leventhal, Benyamini i Brownlee, 1997; Leventhal, Nerenz i Steele, 1984). Według Howarda Leventhala przekonania na temat własnej choroby dotyczą takich obszarów, jak: natura choroby (obejmująca głównie sposób percepcji symptomów), postrzegane przyczyny choroby, czas trwania i przebieg choroby, konsekwencje choroby oraz możliwości kontrolowania przebiegu leczenia.

Drugi blok zmiennych dotyczy aktywności w chorobie przewlekłej. Obejmuje on radzenie sobie, czyli wywodzący się z transakcyjnych teorii stresu

sposób konceptualizowania aktywności, mający na celu poradzenie sobie z działającym stresorem i zachowania zdrowotne w sytuacji choroby, czyli specyficzną formę aktywności prowadzącej do poradzenia sobie ze stresorem, jakim jest choroba przewlekła. Radzenie sobie jest rozumiane jako poznawcze i/lub behawioralne próby opanowywania i znoszenia sytuacji, która jest oceniana przez jednostkę jako obciążająca (Lazarus i Folkman, 1984). W psychologii opracowano wiele modeli radzenia sobie (Lazarus i Folkman, 1984; Holahan, Moos i Schaefer, 1996; Berg, Meegan i DeViney, 1998). Jedną z najbardziej szczegółowych kategoryzacji strategii radzenia sobie zaproponowali Charles S. Carver, Michael F. Scheier i Jagdish K. Weintraub (1989), wyróżniając 14 strategii radzenia sobie. Została ona wykorzystana do szacowania strategii radzenia sobie, którymi posługują się osoby przewlekle chore.

W przypadku osób przewlekle chorych oprócz radzenia sobie istotne jest uwzględnienie jeszcze jednej formy aktywności w chorobie, wychodzącej poza transakcyjny model stresu, a mianowicie zachowań zdrowotnych w sytuacji choroby. Tę formę aktywności można potraktować jako specyficzną dla choroby przewlekłej instrumentalną formę radzenia sobie (Heszen, 2013). Zachowania zdrowotne w sytuacji choroby obejmują: stosowanie się do zaleceń lekarskich (np. systematyczne przyjmowanie leków, uczestniczenie w badaniach kontrolnych), zmianę stylu życia (rezygnację z zachowań antyzdrowotnych i wprowadzenie zachowań prozdrowotnych) oraz podejmowanie prób samoleczenia (Sęk, 2000).

Kolejny, trzeci blok zmiennych obejmuje zasoby istotne dla radzenia sobie z chorobą przewlekłą. Zostały one uwzględnione, ponieważ choroba przewlekła zazwyczaj uruchamia spiralę strat, obejmującą m.in.: utratę pracy, pogorszenie sytuacji materialnej, a także pewien rodzaj wykluczenia ze świata społecznego. Przemawia to za tym, by w toku radzenia sobie z wyzwaniami przewlekłej choroby zwrócić szczególną uwagę na zasoby. Większość autorów zajmujących się tym zagadnieniem (np. Antonovsky, 1995; Hobfoll, 2006; Heszen i Sęk, 2007) jest zgodna co do tego, że są to właściwości, które pozytywnie wpływają na procesy radzenia sobie z wymaganiami (stresorami) życia. Ich funkcja, choć korzystna dla adaptacji i poziomu zdrowia, z psychologicznego punktu widzenia może mieć różną postać – sprzyjać unikaniu stresorów, minimalizować ich działania i usprawniać proces radzenia sobie. Zasoby są więc czymś wartościowym. Człowiek dąży w życiu do ich rozwoju, utrzymywania i odnowy (Hobfoll, 2006). Zasoby obejmują posiadane przedmioty, dobra materialne, wszelkie pozytywne z perspektywy rozwoju cechy osobiste, cechy relacji społecznych i społecznego otoczenia (Sęk i Ziarko, 2009). W przygotowanym modelu uwzględnione zostały te zasoby, które na podstawie badań można określić jako kluczowe. Zostały do nich zaliczone

zasoby podmiotowe: poczucie koherencji (Antonovsky, 1995), sprężystość psychiczna (Block i Kremen, 1996), poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia (Wallston, Wallston i DeVellis, 1978), poczucie własnej skuteczności (Bandura, 1986; Schwarzer, 1997) oraz zasoby relacyjne: wsparcie społeczne (Sęk i Cieślak, 2004). W badaniach empirycznych potwierdzono, że zasoby te odgrywają ważną rolę w procesie zmagania się z chorobą przewlekłą, dlatego można je potraktować jako zasoby kluczowe (Sęk, 2012).

Ostatnia grupa zmiennych dotyczy konsekwencji choroby przewlekłej, traktowanych jako funkcjonowanie w jej trakcie. W odniesieniu do choroby przewlekłej większość badań, w których uwzględnia się zmiany, jakie powoduje ona w funkcjonowaniu osób chorych, koncentruje się wokół konsekwencji negatywnych (np. nasilenia lęku, poziomu depresji) i pozytywnych (np. poziomu dobrostanu, zadowolenia z życia, szczęścia, poczucia jakości życia). W przygotowanym projekcie zmiany te zostały potraktowane globalnie, z uwzględnieniem trzech obszarów funkcjonowania osób przewlekle chorych: emocjonalnego – obejmującego pozytywne i negatywne miary samopoczucia osób przewlekle chorych, poznawczego – związanego z akceptacją choroby oraz behawioralnego – odnoszącego się do wypełniania ról społecznych w sytuacji choroby (ról rodzinnych, zawodowych i obywatelskich).

Taka konceptualizacja modelu badawczego pozwala postawić szereg szczegółowych pytań badawczych:

1. Czy obiektywne właściwości krytycznego wydarzenia życiowego, jakim jest choroba przewlekła, różnicują jej postrzeganie, radzenie sobie z nią, jej konsekwencje i poziom dostępnych zasobów? Na podstawie analizy literatury postawiono hipotezę, że wystąpią znaczące różnice w poszczególnych fazach zmagania się z chorobą przewlekłą u osób z różnym rozpoznaniem. Reumatoidalne zapalenie stawów jest chorobą w największym stopniu obciążającą pacjentów. Założono więc, że chorujący na nią będą najbardziej koncentrować się na objawach choroby i jej konsekwencjach, stosunkowo często będą posługiwać się dysfunkcjonalnymi strategiami radzenia sobie, będą doświadczać największego natężenia negatywnych konsekwencji własnej choroby, a dodatkowo poziom zasobów będzie w nich najniższy.

2. Czy chorzy doświadczający odmiennych konsekwencji choroby przewlekłej różnią się w zakresie jej oceny, radzenia sobie z nią oraz poziomu postrzeganych zasobów? Przyjęto, że chorzy doświadczający wielu negatywnych skutków choroby w porównaniu z pacjentami, których funkcjonowanie nie zakłóca choroba, będą koncentrować się na negatywnych aspektach choroby (np. sile objawów, konsekwencjach, braku wpływu na jej przebieg), częściej korzystać z dysfunkcjonalnych strategii radzenia sobie oraz rzadziej angażować się w zachowania zdrowotne. Będzie ich również cechować mniejszy dostęp do zasobów.

3. Jakie zmienne związane z oceną choroby, radzeniem sobie z nią oraz jakie zasoby wiążą się z postrzeganiem jej konsekwencji u chorujących na odmienne choroby przewlekłe? Założono, że w związku z odmiennością objawów i przebiegu choroby oraz innymi wymaganiami pojawiającymi się przed chorymi różny zestaw zmiennych będzie decydował o konsekwencjach, jakie odczuwają pacjenci z chorobą niedokrwienną serca, cukrzycą typu 1 i reumatoidalnym zapaleniem stawów. Ponieważ niewiele badań jest poświęconych temu zagadnieniu, nie postawiono hipotez określających, jakie zmienne wiążą się z poszczególnymi aspektami funkcjonowania (poziomem depresji, poczuciem zadowolenia z życia, akceptacją choroby, wypełnianiem ról społecznych) osób chorujących na różne choroby przewlekłe.

4. Czy przebieg konfrontacji z chorobą przewlekłą, ujawniający się w postaci bezpośrednich i pośrednich związków pomiędzy zmiennymi warunkującymi różne wskaźniki funkcjonowania, jest podobny, czy może różny u pacjentów cierpiących na różne schorzenia? Założono, że u chorych na różne choroby przewlekłe ujawni się odmienny mechanizm odpowiedzialny za wystąpienie poszczególnych konsekwencji choroby, czyli stopnia depresji, poczucia zadowolenia z życia, akceptacji choroby i wypełniania ról społecznych.

5. Czy świadomość dostępności zasobów pozwala zróżnicować to, w jaki sposób chorzy postrzegają własną chorobę, jak sobie z nią radzą oraz jakich konsekwencji doświadczają? Postawiono hipotezę, że chorzy o wysokim poziomie zasobów w porównaniu z pacjentami przejawiającymi ich deficyt będą mieć bardziej pozytywne przekonania na temat choroby (rzadziej będą koncentrować się na objawach choroby i jej konsekwencjach, będą przekonani, że ich aktywność ma wpływ na stan ich zdrowia). Chorzy ci będą również częściej posługiwać się strategiami skoncentrowanymi na problemie i na emocjach, a fakt zachorowania w mniejszym stopniu zakłóci ich funkcjonowanie, co będzie się przejawiać niższym poziomem depresji, wyższym poziomem akceptacji choroby, zadowoleniem z życia oraz większym zaangażowaniem w wypełnianie ról społecznych.

6. Czy zasoby wiążą się z konsekwencjami choroby przewlekłej? Przypuszczano, że poziom postrzeganych zasobów będzie wyznaczał późniejsze konsekwencje choroby. Na podstawie danych zawartych w literaturze założono, że we wszystkich grupach chorych poczucie koherencji, poczucie własnej skuteczności, sprężystość psychiczna, wewnętrzne poczucie kontroli zdrowia i wsparcie społeczne pozostanie w ujemnym związku z natężeniem depresji oraz dodatnim związku z poziomem akceptacji choroby, poczuciem zadowolenia z życia i wypełnianiem ról społecznych. Z drugiej strony wysoki poziom zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze: inni ludzie – przypadek będzie predysponował do większej depresji

i niskiego poziomie akceptacji choroby, poczucia zadowolenia z życia oraz wypełniania ról społecznych.

7. Czy poczucie koherencji można przypisać status metazasobu przejawiający się tym, że zmienna ta mediuje związek pomiędzy innymi zasobami a konsekwencjami choroby przewlekłej? Przyjęto, że poczucie koherencji jest metazasobem zarządzającym wykorzystaniem innych zasobów. Założono, że będzie ono mediować relację między innymi zasobami a wskaźnikami funkcjonowania.

8. Czy w okresie pomiędzy kryzysem zdrowotnym a remisją choroby można zaobserwować zmianę w poziomie postrzeganych przez chorych konsekwencji choroby? A w sytuacji, gdy taka zmiana zostanie zaobserwowana, jakie zmienne są z nią związane? Przyjęto, że funkcjonowanie chorych będzie zmienne w czasie. Założono, że najniższe jego wskaźniki będą odnotowywane w chwili wystąpienia kryzysu zdrowotnego (rozpoczęcia hospitalizacji) a najwyższe – w momencie remisji choroby (pół roku po opuszczeniu szpitala). Przypuszczano, że poprawie funkcjonowania będzie sprzyjać posługiwanie się strategiami skoncentrowanymi na problemie, wysoki poziom zasobów oraz niektóre elementy obrazu własnej choroby.

2. Zastosowane techniki badawcze

2.1. Narzędzia badacze wykorzystane do pomiaru cech choroby przewlekłej

Pomiaru postrzegania sytuacji choroby dokonano na bazie koncepcji trzech cech krytycznego wydarzenia życiowego. Cechy obiektywne KWŻ były mierzone przez jedno pytanie dotyczące tego, na jaką chorobę cierpi pacjent. Do pomiaru cech subiektywnych KWŻ użyto Kwestionariusza Postrzegania Własnej Choroby (IPQ-R) mierzącego różne elementy reprezentacji własnej choroby. Cechy zobiektywizowane KWŻ zostały oszacowane za pomocą Skali Percepcji Dokuczliwości Choroby, stworzonej na potrzeby badań.

Kwestionariusz Postrzegania Własnej Choroby (IPQ-R) (Moss-Morris i in., 2002; Wojtyła, 2012¹) umożliwia pomiar przekonań na temat własnej choroby. Składa się z trzech części. Część pierwsza służy do pomiaru odczuwanych objawów choroby (istoty choroby – *identity*). Badany odpowiada w niej na dwa pytania: jedno dotyczy tego, czy doświadcza jednego z 14 wymienionych w kwestionariuszu objawów, drugie – tego, czy doświadcza

¹ Kwestionariusz ten jest narzędziem ogólnodostępnym, jego pełna wersja w języku angielskim została zamieszczona w tekście autorstwa Moss-Morris i in. (2002), zaś jego wersje w różnych językach są dostępne na stronie: <http://www.uib.no/ipq>.

Tabela 13. Zmienne związane z charakterystyką choroby przewlekłej i ich operacjonalizacja

Zmienna	Wskaźnik	Narzędzie	Nr pomiaru
Typ choroby (cechy obiektywne KWŻ)	choroba, na którą cierpi badany: – cukrzyca – RZS – choroba niedokrwienna serca	jedno pytanie dotyczące choroby, na którą cierpi badany	1
Przekonania na temat choroby (cechy subiektywne KWŻ)	– postrzegana istota choroby – postrzegany aktualny stan zdrowia – postrzegany przebieg choroby – postrzegana kontrola nad przebiegiem leczenia – postrzegane konsekwencje choroby – emocjonalne ustosunkowanie się do własnej choroby – postrzegane przyczyny choroby	Kwestionariusz Postrzegania Choroby – wersja zrewidowana (Moss-Morris i in., 2002; Wojtyna, 2012)	1
Dokuczliwość choroby (cechy zobiektywizowane KWŻ)	natężenie dokuczliwości choroby	Skala Percepcji Dokuczliwości Choroby	1

Źródło: opracowanie własne.

objawy powiązane są z chorobą, na którą cierpi. Chory ustosunkowuje się do wymienionych symptomów poprzez zakreślenie odpowiedzi „tak” lub „nie”.

Część druga kwestionariusza służy do określenia przekonań na temat choroby wchodzących w skład jej poznawczej reprezentacji. Obejmuje ona siedem wymiarów odzwierciedlających posiadane przez chorego przekonania dotyczące: (1) czasu trwania choroby na wymiarze: choroba ostra – choroba przewlekła (np. „Moja choroba będzie trwać krótki czas”), (2) konsekwencji choroby (np. „Moja choroba powoduje trudności dla tych, którzy są mi bliscy”), (3) przebiegu choroby związanego z powtarzalnością doświadczanych objawów (np. „Moje objawy pojawiają się i znikają cyklicznie”), (4) możliwości wpływania na stan zdrowia poprzez indywidualne działania (np. „Moje działania mogą zdecydować o tym, czy choroba się nasili, czy znacznie ustępować”), (5) możliwości oddziaływania na stan swojego zdrowia poprzez leczenie (np. „Moje leczenie będzie skuteczne w przewyciężeniu choroby”), (6) poczucia zrozumienia choroby (np. „Nie rozumiem swojej choroby”), (7) emocjonalnej reakcji na chorobę (np. „Fakt, że jestem chory,

Tabela 14. Statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności zmiennych związanych z percepcją choroby przewlekłej

Zmienna	Min-max	M	SD	Skośność	Kurtoza	α -Cronbacha
Skala Percepcji Doczuźliwości Choroby	13,00–52,00	31,78	8,40	-0,105	-0,535	0,88
Kwestionariusz Postrzegania Choroby:						
- ostrość – chroniczność	7,00–30,00	23,17	4,67	-0,663	-0,028	0,77
- konsekwencje	10,00–30,00	21,30	3,88	-0,097	-0,315	0,66
- samokontrola	6,00–30,00	21,62	4,60	-0,378	0,021	0,78
- kontrola leczenia	5,00–25,00	18,66	3,23	-0,240	0,108	0,67
- poczucie spójności	7,00–25,00	17,34	4,00	-0,030	-0,435	0,76
- częstość występowania objawów	4,00–20,00	12,39	3,06	-0,202	0,196	0,65
- reprezentacja emocjonalna	6,00–30,00	19,00	5,38	-0,059	-0,460	0,84
Percepcja przyczyn choroby:						
- przyczyny psychologiczne	6,00–30,00	15,28	4,99	0,124	-0,174	0,81
- zachowania ryzykowne	7,00–35,00	17,30	4,91	0,253	0,062	0,67
- zmieniona odporność	3,00–15,00	7,40	2,35	0,111	-0,177	0,45
- przypadek	2,00–10,00	4,52	1,67	0,304	-0,122	0,15

Źródło: opracowanie własne.

napawa mnie niepokojem”). Ta część kwestionariusza składa się z 38 pozycji testowych, na które badani odpowiadają na pięciostopniowej skali, której krańce opisano jako: 1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 5 – zdecydowanie się zgadzam.

Trzecia część kwestionariusza służy do pomiaru dostrzeganych przez pacjenta przyczyn własnej choroby. Badany ma za zadanie określić, co przyczyniło się do rozwoju jego schorzenia. Odpowiedzi udzielane są na pięciostopniowej skali, której krańce opisano jako: 1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 5 – zdecydowanie się zgadzam. Potencjalne przyczyny choroby lokowane są w czterech obszarach: (1) wyjaśnienia psychologiczne (np. „Stres lub zmartwienie”), (2) działanie czynników ryzyka (np. „Dieta lub zwyczaje żywieniowe”), (3) funkcjonowanie układu odpornościowego (np. „Zmniejszona odporność”), (4) wypadek lub przypadek (np. „Wypadek lub uraz”).

Skala Percepcji Dokuczliwości Choroby jest metodą badającą zobiektywizowane cechy choroby przewlekłej. W oparciu o założenie teoretyczne przyjęto, że zobiektywizowane cechy krytycznego wydarzenia życiowego w sytuacji choroby przewlekłej będą obejmować dolegliwości somatyczne i konsekwencje choroby, które mogą, ale nie muszą wystąpić w tej sytuacji. Skala ta została opracowana na potrzeby badań i umożliwia badanie zobiektywizowanych cech choroby przewlekłej w sytuacji chorowania na różne schorzenia przewlekłe. Opierając się na powyższych założeniach, opracowano wstępną wersję kwestionariusza, składającą się z 19 twierdzeń (np. „Na skutek choroby stałem się bardziej zależny od innych”), do których badani ustosunkowywali się na czteropunktowej skali, gdzie: 1 – w ogóle nie doświadczam, a 4 – doświadczam bardzo silnie. Wstępną wersją skali przebadano dwukrotnie w odstępach dwutygodniowych 60 osób chorych przewlekłe (po 20 na cukrzycę, chorobę niedokrwienną serca i RZS). Do ostatecznej wersji kwestionariusza włączono 13 pozycji testowych (odrzucono te, które najslabiej korelowały z wynikiem końcowym testu). Tak przygotowany kwestionariusz cechowała rzetelność na poziomie α -Cronbacha = 0,82 i stabilność $r = 0,73$; $p < 0,01$.

2.2. Narzędzia badawcze wykorzystane do pomiaru aktywności w chorobie przewlekłej

Aktywność w chorobie przewlekłej szacowano na podstawie dwóch zmiennych: strategii radzenia sobie i zachowań zdrowotnych w sytuacji choroby. Pomiaru pierwszej z nich dokonano za pomocą Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE, drugiej – za pomocą skonstruowanego na potrzeby badań Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych w Sytuacji Choroby (tab. 15).

Tabela 15. Zmienne związane z aktywnością w sytuacji choroby przewlekłej i ich operacjonalizacja

Zmienna	Wskaźnik	Narzędzie	Nr pomiaru
Strategie radzenia sobie	<p>Radzenie sobie skoncentrowane na problemie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktywne radzenie sobie - planowanie - poszukiwanie wsparcia instrumentalnego <p>Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pozytywne przewartościowanie - akceptacja - poczucie humoru - zwrot ku religii - poszukiwanie wsparcia emocjonalnego <p>Dysfunkcjonalne radzenie sobie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - czynności zastępcze - zaprzeczanie - wyładowanie - zażywanie substancji psychoaktywnych - zaprzestanie działań - obwinianie się 	Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stressem Mini-COPE (Carver, 1997; adaptacja: Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009)	1, 2, 3
Behawioralne strategie zaradcze – zachowania zdrowotne w sytuacji choroby	<ul style="list-style-type: none"> - stosowanie się do zaleceń lekarza - zmiana stylu życia - samoleczenie - zachowania poprawiające dobrostan 	Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych w Sytuacji Choroby	1, 2, 3

Źródło: opracowanie własne.

Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE (Carver, 1997; Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009) to kwestionariusz, który składa się z 28 twierdzeń umożliwiających pomiar 14 strategii radzenia sobie z sytuacją trudną. Są nimi: aktywne radzenie sobie (np. „Podejmuję działania, aby poprawić tę sytuację”), planowanie (np. „Poważnie zastanawiam się nad tym, jakie kroki podjąć”), pozytywne przewartościowanie (np. „Szukam dobrych stron w tym, co się zdarzyło”), akceptacja (np. „Uczę się z tym żyć”), poczucie humoru (np. „Żartuję na ten temat”), zwrot ku religii (np. „Staram się znaleźć ukojenie w religii lub w swojej wierze”), poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (np. „Otrzymuję otuchę i zrozumienie od innych”), poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (np. „Otrzymuję pomoc lub poradę od innych osób”), czynności zastępcze (np. „Zajmuję się pracą lub innymi czynnościami, żeby o tym nie myśleć”), zaprzeczanie (np. „Nie chcę uwierzyć, że to się naprawdę zdarzyło”), wyładowanie (np. „Ujawniam swoje negatywne emocje”), zażywanie substancji psychoaktywnych (np. „Piję alkohol lub zażywam inne środki, aby poczuć się lepiej”), zaprzestanie działań (np. „Rezygnuję z porady radzenia sobie z tym”), obwinianie się (np. „Krytykuję samego siebie”). Odpowiedzi udzielane są na czteropunktowej skali, której krańce opisane są jako: 0 – nigdy tak nie postępuję, 4 – zawsze tak postępuję. Wynik oblicza się jako sumę odpowiedzi w poszczególnej podskali.

Ze względu na dużą liczbę strategii radzenia sobie w celu dokonania ogólnych analiz dąży się do ich zredukowania. Frederick L. Coolidge, Daniel L. Segal, Julie N. Hook i Sharon Stewart (2000) podają, że wyodrębnione strategie radzenia sobie można zakwalifikować do trzech grup: radzenie sobie skoncentrowane na problemie (aktywne radzenie sobie, planowanie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego), radzenie sobie skoncentrowane na emocjach (pozytywne przewartościowanie, akceptacja, poczucie humoru, zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego) oraz dysfunkcjonalne radzenie sobie (czynności zastępcze, zaprzeczanie, wyładowanie, zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań, obwinianie się). Podział ten został uwzględniony m.in. w badaniach nad osobami opiekującymi się pacjentami z chorobą Alzheimera (Cooper, Katona i Livingston, 2008). Należy jednak pamiętać, że autorzy testu krytycznie odnoszą się do idei scallania wyodrębnionych strategii radzenia sobie w wymiary nadrzędne.

Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych w Sytuacji Choroby został opracowany na potrzeby omawianych badań. Na podstawie propozycji klasyfikacji zachowań zdrowotnych przedstawionej przez Helenę Sęk (2000) dokonano teoretycznej analizy ich kategorii określanej jako zachowania zdrowotne w sytuacji choroby i wyodrębniono cztery rodzaje zachowań: (1) stosowanie się do zaleceń lekarskich, (2) zmiany w zakresie stylu życia, (3) samoleczenie oraz (4) zachowania poprawiające dobrostan. Opierając

Tabela 16. Statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności zmiennych związanych z aktywnością w chorobie przewlekłej

Zmienna	Min-max	M	SD	Skłonność	Kurtoza	α -Cronbacha
Radzenie sobie		11,66	3,12			0,72
Radzenie sobie skoncentrowane na problemie:	0,00–18,00	4,17	1,25	-0,715	0,980	0,68
- aktywne radzenie sobie	0,00–6,00	4,07	1,31	-0,571	0,482	0,61
- planowanie	0,00–6,00	3,43	1,54	-0,206	-0,515	0,65
- poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,00–6,00	15,25	4,79			0,72
Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach:	0,00–30,00	3,53	1,36	-0,413	0,213	0,68
- pozytywne przewartościowanie	0,00–6,00	3,95	1,30	-0,395	0,055	0,51
- akceptacja	0,00–6,00	1,90	1,44	0,528	-0,070	0,34
- poczucie humoru	0,00–6,00	2,29	1,94	0,373	-0,987	0,87
- zwrot ku religii	0,00–6,00	3,57	1,61	-0,262	-0,562	0,76
- poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,00–6,00	12,09	5,44			0,73
Dysfunkcjonalne radzenie sobie:	0,00–36,00	3,15	1,55	-0,171	-0,512	0,56
- czynności zastępcze	0,00–6,00	1,92	1,58	0,508	-0,542	0,53
- zaprzeczanie	0,00–6,00	2,52	1,37	0,137	0,011	0,21
- wyřádowanie	0,00–6,00	0,60	1,16	2,110	4,224	0,75
- zazywanie substancji psychoaktywnych	0,00–6,00	1,57	1,36	0,736	0,163	0,57
- zaprzestanie działań	0,00–6,00	2,33	1,53	0,347	-0,306	0,14
obwinianie siebie	0,00–6,00	62,84	11,98	-0,350	0,334	0,84
Zachowania zdrowotne	15,00–90,00					

Źródło: opracowanie własne.

się na tym podziale, przygotowano wstępną wersję kwestionariusza składającą się z 33 twierdzeń odnoszących się wyodrębnionych kategorii, w tym 6 twierdzeń odnosiło się do stosowania się do zaleceń lekarskich (np. „Poddaję się regularnym badaniom kontrolnym”), 13 – do zmian w zakresie stylu życia (np. „Kilka razy w tygodniu znajduję czas na ćwiczenia fizyczne”), 8 – do samoleczenia (np. „Poszukuję informacji w różnych źródłach, takich jak: książki, czasopisma, Internet, telewizja, o sposobach leczenia mojej choroby i staram się je stosować”) i 6 – do zachowań poprawiających dobrostan (np. „Częściej sprawiam sobie i innym drobne radości”). Tak przygotowanym kwestionariuszem przebadano dwukrotnie, w odstępach dwutygodniowych, 60 chorych (po 20 chorych na cukrzycę, chorobę niedokrwienną serca i RZS). Zadaniem chorych było ustosunkowanie się do podanych twierdzeń na sześciopunktowej skali, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie dotyczy, a 6 – zdecydowanie dotyczy.

W wyniku przeprowadzonych analiz odrzucono 19 twierdzeń, które cechował najmniejszy związek z wynikiem ogólnym kwestionariusza. Okazało się, że twierdzenia mające mierzyć zachowania poprawiające dobrostan nie tworzą spójnego wymiaru α -Cronbacha = 0,32, dlatego zdecydowano się je odrzucić. Do ostatecznej wersji kwestionariusza przyjęto 14 pozycji testowych. Wybrany zestaw twierdzeń charakteryzował się następującymi właściwościami psychometrycznymi:

- cała skala – 14 twierdzeń; rzetelność α -Cronbacha = 0,82; stabilność $r = 0,68$; $p < 0,01$;

- podskala do pomiaru stosowania się do zaleceń lekarskich – 3 twierdzenia; rzetelność α -Cronbacha = 0,89; stabilność $r = 0,54$; $p < 0,01$;

- podskala do pomiaru zmian w stylu życia – 9 twierdzeń; rzetelność α -Cronbacha = 0,77; stabilność $r = 0,66$; $p < 0,01$;

- podskala do pomiaru samoleczenia – 2 twierdzenia; rzetelność α -Cronbacha = 0,71; stabilność $r = 0,58$; $p < 0,01$.

2.3. Narzędzia badawcze wykorzystane do pomiaru funkcjonowania w chorobie przewlekłej

Pomiar funkcjonowania w chorobie przewlekłej obejmował określenie natężenia czterech zmiennych. Funkcjonowanie poznawcze zmierzono, szacując stopień akceptacji choroby za pomocą Skali Akceptacji Choroby, funkcjonowanie emocjonalne określono, dokonując pomiaru zadowolenia z życia przy użyciu Skali Satysfakcji z Życia oraz natężenie depresji za pomocą Skali Depresji CES-D. Pomiaru funkcjonowania społecznego dokonano przez określenie stopnia wypełniania ról społecznych przy użyciu stworzonego na potrzeby badania Kwestionariusza Wypełniania Ról Społecznych w Chorobie.

Tabela 17. Zmienne związane z funkcjonowaniem w chorobie przewlekłej i ich operacjonalizacja

Zmienna	Wskaźnik	Narzędzie	Nr pomiaru
Poczucie zadowolenia z życia	ogólne zadowolenie z życia	Skala Satysfakcji z Życia SWLS (Diener, Emmons, Larson i Griffin, 1985; adaptacja: Juczyński, 2001)	1, 2, 3
Depresja	częstotliwość doświadczanych objawów depresji w ostatnim tygodniu	Skala Depresji CES-D (Radloff, 1977; tłumaczenie: Kaniasty, 2003)	1, 2, 3
Akceptacja choroby	stopień akceptacji choroby	Skala Akceptacji Choroby AIS (Felton, Revenson i Hinrichsen, 1984; adaptacja: Juczyński, 2001)	1, 2, 3
Wypełnianie ról społecznych	częstotliwość podejmowania ról społecznych	Kwestonariusz Wypełniania Ról Społecznych w Chorobie	1, 2, 3

Źródło: opracowanie własne.

Skala Akceptacji Choroby (AIS) (Felton, Revenson i Hinrichsen, 1984; adaptacja polska: Juczyński, 2001) składa się z 8 twierdzeń, które opisują konsekwencje choroby (np. „Myślę, że ludzie przebywający ze mną często są zakłopotani z powodu mojej choroby”). Stopień akceptacji choroby przejawia się w niewielkim nasileniu negatywnych reakcji oraz emocji pojawiających się w obliczu choroby. Badani mają za zadanie ustosunkować się do poszczególnych pozycji kwestionariusza na pięciostopniowej skali, której krańce oznaczają: 1 – zdecydowanie się zgadzam, 5 – zdecydowanie się nie zgadzam. Wynik ogólny stanowi sumę udzielonych odpowiedzi.

Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen i Griffin, 1985; adaptacja polska: Juczyński, 2001) jest wykorzystywana do pomiaru ogólnego zadowolenia z życia. Składa się z 5 twierdzeń (np. „Jestem zadowolony z mojego życia”), do których badani odnoszą się na siedmiopunktowej skali, której krańce opisane są jako: 1 – całkowicie się nie zgadzam, 7 – całkowicie się zgadzam. Wynik ogólny stanowi sumę udzielonych odpowiedzi.

Skala Depresji CES-D (Radloff, 1977; Kaniasty, 2003; Ziarko, Kaczmarek i Haładziński, 2013²) składa się z 20 twierdzeń określających częstotliwość symptomów depresji doświadczanych w ciągu ostatniego tygodnia. Twierdzenia dotyczą obniżenia nastroju, poczucia winy i beznadziejności, spowolnienia psychoruchowego, kłopotów ze snem (np. „Nie chciało mi się jeść, nie miałem(am) apetytu”). Odpowiedzi udzielane są na czterostopnio-

² Skala CES-D jest narzędziem darmowym i powszechnie stosowanym do szacowania natężenia depresji (Shaver i Brennan, 1991).

wej skali, której krańce opisane są jako: 1 – rzadko lub w ogóle (krócej niż jeden dzień); 4 – przez większość czasu lub cały czas (5–7 dni). Wynik ogólny stanowi sumę udzielonych odpowiedzi. Może się on zawierać w przedziale od 0 do 60 punktów. Wyższy wynik wskazuje na wyższy poziom depresji, przy czym ustalono, że poziom 16 punktów pozwala na odróżnienie osób depresyjnych od niedepresyjnych (Craig i van Natta, 1978). Prowadzona analiza czynnikowa pozwala wyodrębnić cztery niezależne wymiary: obniżenie nastroju, dobrostan, symptomy somatyczne, stosunek do innych ludzi (Paterson, O'Rourke, Elmer, Shapiro i Thornton, 2011).

Skala ta jest szeroko stosowana w kontekście klinicznym do prowadzenia badań przesiewowych (Andresen, Malmgren, Carter i Patrick, 1994; Demirchyan, Petrosyan i Thompson, 2011) oraz w kontekście badawczym (Shaver i Brennan, 1991). Wykorzystywana jest m.in. w badaniach nad stresem po klęskach żywiołowych (Kaniasty i Norris, 1993) czy stresem choroby przewlekłej (Covic, Tyson, Spencer i Howe, 2006).

Tabela 18. Statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności zmiennych związanych z funkcjonowaniem w chorobie przewlekłej

Zmienna	Min–max	<i>M</i>	<i>SD</i>	Skośność	Kurtoza	α -Cronbacha
Akceptacja choroby	8,00–40,00	25,15	7,06	–0,16	–0,40	0,82
Wypełnianie ról społecznych	12,00–60,00	31,40	10,32	–0,01	–0,59	0,85
Poczucie zadowolenia z życia	5,00–35,00	21,79	5,79	–0,34	–0,14	0,81
Natężenie depresji	0,00–56,00	17,74	12,02	0,69	–0,18	0,92

Źródło: opracowanie własne.

Kwestionariusz Wypełniania Ról Społecznych w Chorobie jest metodą badającą wypełnianie przez chorych ról społecznych w okresie dwóch tygodni poprzedzających badanie. Kwestionariusz ten został przygotowany na potrzeby badań. Na podstawie opracowań na temat ról społecznych przyjęto, że chory może pozostawać w czterech typach ról społecznych. Są nimi: role rodzinne (np. „Ograniczyła Pani/Pan spotkania z członkami rodziny”), zawodowe (np. „Zrezygnowała Pan/Pan z niektórych zadań zawodowych”), obywatelskie (np. „Zmniejszyło się Pani/Pana zainteresowanie życiem kraju i jego problemami”) oraz przyjacielskie i towarzyskie (np. „Ograniczyła Pani/Pan czas przeznaczony na rozwój zainteresowań”). Opierając się na tych założeniach, skonstruowano wstępną wersję kwestionariusza składającą się z 20 pozycji. Po 5 pozycji dotyczyło każdego typu pełnionych ról. Odpowiedzi udzielane są na pięciopunktowej skali, której krańce opisane są jako: 1 – wcale nie wystąpiły, 5 – dość często występowały, a wynik ob-

licza się jako sumę odpowiedzi. Tak przygotowaną wersją kwestionariusza przebadano 60 osób przewlekle chorych (po 20 na cukrzycę, chorobę niedokrwienną serca i RZS). Odrzucono 8 pozycji testowych, które najslabiej korelowały z ogólnym wynikiem skali. Końcowa wersja kwestionariusza składa się więc z 12 twierdzeń, po 3 dla każdego wymiaru pełnienia ról społecznych. Wysoki wynik oznacza, że choroba w znacznym stopniu upośledza wypełnianie ról społecznych. Kwestionariusz cechował się następującymi właściwościami psychometrycznymi:

- cała skala; rzetelność α -Cronbacha = 0,88; stabilność; $r = 0,65$; $p < 0,01$;
- podskala do wypełniania ról rodzinnych; rzetelność α -Cronbacha = 0,70; stabilność $r = 0,61$; $p < 0,01$;
- podskala do pomiaru ról zawodowych; rzetelność α -Cronbacha = 0,71; stabilność $r = 0,64$; $p < 0,01$;
- podskala do pomiaru ról obywatelskich; α -Cronbacha = 0,65; stabilność $r = 0,54$; $p < 0,01$;
- podskala do pomiaru ról przyjacielskich i towarzyskich; α -Cronbacha = 0,79; stabilność $r = 0,49$; $p < 0,01$.

2.4. Narzędzia badawcze wykorzystane do pomiaru zasobów

Pomiar zasobów obejmował określenie natężenia pięciu zmiennych, którym w literaturze przypisuje się status zasobów. Były nimi: poczucie koherencji, umiejscowienie kontroli zdrowia, poczucie własnej skuteczności, sprężystość psychiczna oraz poczucie wsparcia społecznego.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) (Antonovsky, 1995) zawiera 29 pytań służących do pomiaru natężenia poczucia koherencji i jego komponentów: poczucia zrozumiałości (np. „Pomyśl o ludziach, z którymi kontaktujesz się na co dzień, przy czym nie chodzi tu o Twoich najbliższych. Jak dobrze znasz większość z nich?”), poczucia zaradności (np. „Ludzie, nawet o silnym charakterze, czasem czują się przegrani w pewnych sytuacjach. Jak często czułeś się tak w przeszłości?”), poczucia sensowności (np. „Czy masz poczucie, że tak naprawdę nie obchodzi Cię to, co dzieje się wokół Ciebie?”). Odpowiedzi udzielane są na siedmiopunktowej skali, jej krańce opisane są różnorodnie w zależności od tego, czego dotyczy dana pozycja testowa. Wynik oblicza się jako sumę odpowiedzi (tab. 19).

Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (Wallston, Wallston i DeVellis, 1978; adaptacja polska: Juczyński, 2001) ma trzy wersje: A, B i C, różniące się od siebie wyodrębnionymi wymiarami poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia. W wersji A i B wyróżnia się: wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, zewnętrzne umiejscowienie kontroli

Tabela 19. Zasoby i ich operacjonalizacja

Zmienna	Wskaźnik	Narzędzie	Nr pomiaru
Poczucie koherencji	poczucie koherencji i jego składowe – poczucie zaradności – poczucie zrozumiałości – poczucie sensowności	Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 (Antonovsky, 1995)	1
Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia	– wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia – zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia – inni ludzie – zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia – przypadek	Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (Wallston, Wallston i DeVellis, 1978; adaptacja: Juczyński, 2001)	1
Poczucie własnej skuteczności	postrzegana własna skuteczność	Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (Schwarzer i Jerusalem, 1995; adaptacja: Juczyński, 2001)	1
Sprężystość psychiczna	natężenie sprężystości psychicznej	The Ego Resiliency Scale ER-89 (Block i Kremen, 1996; adaptacja: Kaczmarek, 2007)	1
Wsparcie społeczne	postrzegane wsparcie społeczne	Skala Wsparcia Społecznego (Gärtner, 2006)	1

Źródło: opracowanie własne.

zdrowia – inni ludzie, zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia – przypadek. Natomiast w wersji C wymiar zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia – inni ludzie został rozdzielony na dwie podskale dotyczące przypisywania odpowiedzialności za własne zdrowie: lekarzom bądź innym ludziom niezwiązanym ze służbą zdrowia (Wallston, Stein i Smith, 1994).

W opisywanych badaniach posłużono się wersją B, składającą się z 18 twierdzeń pogrupowanych w trzy wymiary: wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia – inni ludzie, zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia – przypadek (np. „Kiedy jestem zdrowy, mam po prostu szczęście”). Każdy z wymiarów określany jest przez 6 twierdzeń. Odpowiedzi udzielane są na sześciopunktowej skali, której krańce opisane są jako: 1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 6 – zdecydowanie się zgadzam. Wynik jest sumą odpowiedzi udzielonych przez badanego w każdym z wyodrębnionych wymiarów.

Tabela 20. Statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności mierzonych zasobów

Zmienna	Min-max	<i>M</i>	<i>SD</i>	Skośność	Kurtoza	α -Cronbacha
Poczucie koherencji	55,00–201,00	129,11	22,31	0,51	0,21	0,84
Poczucie własnej skuteczności	10,00–40,00	30,11	4,89	-0,50	1,08	0,88
Sprężystość psychiczna	16,00–56,00	41,51	7,07	-0,43	0,39	0,85
Wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia	6,00–36,00	22,93	5,96	-0,37	0,10	0,72
Zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia – inni ludzie	6,00–36,00	22,77	5,80	-0,14	-0,25	0,70
Zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia – przypadek	6,00–36,00	19,98	6,20	-0,12	-0,33	0,74
Wsparcie społeczne	14,00–70,00	57,45	10,20	-1,16	1,74	0,92

Źródło: opracowanie własne.

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (Schwarzer i Jerusalem, 1995; adaptacja polska: Juczyński, 2001) jest przeznaczona do badania ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z przeszkodami i wyzwaniem, jakie się przed nią pojawiają. Metoda ta składa się z 10 pozycji (np. „Gdy zmagam się z jakimś problemem, znajduję zwykle kilka rozwiązań”). Zadaniem osób badanych jest ustosunkowanie się do podanych twierdzeń na czteropunktowej skali, gdzie 1 oznacza nie, a 4 – tak. Wynik jest sumą odpowiedzi udzielanych przez osobę badaną.

Kwestionariusz Sprężystości Psychiczej (Block i Kremen, 1996; adaptacja polska: Kaczmarek, 2011) została skonstruowana w celu pomiaru natężenia *resiliency*. Skala ta składa się z 14 pozycji testowych badających natężenie *resiliency* (np. „Lubię chodzić w to samo miejsce różnymi drogami”). Badani ustosunkowują się do poszczególnych twierdzeń, szacując na ile dana pozycja odnosi się do nich na czterostopniowej skali, gdzie: 1 – wcale się nie odnosi, 4 – odnosi się w dużym stopniu.

Skala Wsparcia Społecznego (Gärtner, 2006; Pasikowski i Sęk, 2004) jest wykorzystywana do pomiaru postrzeganego wsparcia. Składa się ona z 14 twierdzeń (np. „Mam przyjaciół/członków rodziny, którzy zawsze znajdą czas, by mnie z uwagą wysłuchać”). Odpowiedzi udzielane są na pięciostopniowej skali, której krańce opisane są jako: 1 – nie dotyczy; 5 – dotyczy. Wynik jest sumą odpowiedzi.

Tabela 21. Zmienne socjodemograficzne i sposób ich pomiaru

Zmienna	Wskaźnik	Narzędzie	Nr pomiaru
Zmienne socjo-demograficzne	wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, status rodzinny, sytuacja dotycząca zatrudnienia, rodzaj choroby przewlekłej, czas trwania choroby, współwystępowanie innych chorób przewlekłych	kwestionariusz osobowy skonstruowany na potrzeby badania	1

Źródło: opracowanie własne.

Oprócz tego w zestawie narzędzi badawczych umieszczono kwestionariusz osobowy, za pomocą którego zbierano informacje o wieku, płci, wykształceniu, miejscu zamieszkania, stanie cywilnym, statusie rodzinnym, sytuacji dotyczącej zatrudnienia, czasie trwania choroby oraz współwystępowaniu innych chorób przewlekłych.

3. Przebieg badań

Badania zostały przeprowadzone w latach 2011–2013, a ich uczestnikami były osoby przewlekle chore na chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę typu 1 oraz reumatoidalne zapalenie stawów, znajdujące się w kryzysie zdrowotnym, niechorujące na inne schorzenia przewlekłe. Badania odbywały się za zgodą chorych. Uczestnicy badań zostali zapoznani z procedurą badań i poinformowani, że badania są anonimowe, dobrowolne i wykonywane dla potrzeb projektu badawczego.

Osoby uczestniczące w badaniu miały za zadanie wypełnić trzykrotnie zestaw kwestionariuszy. Pierwsze dwa pomiary odbywały się podczas leczenia szpitalnego: pierwszy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji, drugi w chwili opuszczenia szpitala. Trzeci pomiar odbył się zaś pół roku po zakończeniu leczenia szpitalnego. Pomiary zostały przeprowadzone w szpitalu przez wykwalifikowanych asystentów. Trzeci z pomiarów odbywał się listownie. Podczas niego badani zostali poproszeni o samodzielne wypełnienie kwestionariuszy i ich odesłanie na podany adres. Odstęp między pierwszym a drugim pomiarem w przypadku chorych na chorobę niedokrwienną serca wynosił $M = 17,12$ dnia ($SD = 4,46$), cukrzycę $M = 5,08$ dnia ($SD = 1,87$), a reumatoidalne zapalenie stawów $M = 7,64$ dnia ($SD = 3,86$). Są to różnice istotne statystycznie ($F = 634,030$; $df_{mie} = 2$; $df_{wew} = 593$; $p < 0,001$) i wynikają ze stosowania odmiennych procedur terapeutycznych, którym poddawani są chorzy na poszczególne schorzenia. Osoby z rozpoznaną chorobą niedo-

krwienną serca były hospitalizowane dłużej niż osoby z cukrzycą i reumatoidalnym zapaleniem stawów.

Nie odnotowano natomiast różnic w czasie przeprowadzenia badania między pomiarem drugim a trzecim ($M_{CNS} = 207,91$; $SD_{CNS} = 17,26$; $M_{CUK} = 216,35$; $SD_{CUK} = 21,93$; $M_{RZS} = 215,51$; $SD_{RZS} = 39,19$; $F = 2,104$; $df_{wew} = 180$; $p = 0,125$; $\eta^2 = 0,023$).

Osoby z chorobą niedokrwienną serca brały udział w turnusie rehabilitacji kardiologicznej po przebytych zawale serca lub zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego, odbywającym się na Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu. Chorzy na cukrzycę byli hospitalizowani na Oddziale Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Szpitala im. F. Raszei w Poznaniu w związku z niewyrównanym poziomem cukru we krwi, hiperglikemią lub bezpośrednio po zdiagnozowaniu cukrzycy. Osoby z RZS były w okresie kolejnego rzutu choroby i brały udział w leczeniu szpitalnym na Oddziale Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitala Klinicznego im. W. Degi w Poznaniu, Oddziale Reumatologii i Osteoporozy Szpitala im. J. Strusia w Poznaniu oraz na Oddziale Reumatologii i Rehabilitacji z Rehabilitacją Dzienną Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie.

4. Opis badanej próby

W badaniach, w pierwszym pomiarze dokonywanym w momencie rozpoczęcia hospitalizacji, wzięło udział 647 osób przewlekle chorych, cierpiących na chorobę niedokrwienną serca ($n = 208$; 32,1%), cukrzycę typu 1 ($n = 229$; 35,4%) oraz RZS ($n = 210$; 32,5%). W drugim pomiarze, który miał miejsce w chwili zakończenia leczenia szpitalnego, wzięło udział 596 chorych. Wśród nich było: 202 (33,9%) chorych na chorobę niedokrwienną serca, 200 (33,6%) chorych na cukrzycę typu 1 oraz 194 (32,5%) chorych na RZS. W części trzeciej, która miała miejsce pół roku po zakończeniu hospitalizacji, uczestniczyło 182 chorych, w tym 77 (42,31%) cierpiących na chorobę niedokrwienną serca, 54 (29,67%) z cukrzycą typu 1 i 51 (28,02%) z RZS.

W badaniu wzięły udział 362 kobiety (56%)³. Badane grupy chorych różniły się pod względem płci ($\chi^2 = 101,504$; $df = 2$; $p < 0,001$). Wśród pacjentów z chorobą niedokrwienną serca było ich 60 (28,8%), wśród chorych na cukrzycę 141 (61,6%) a wśród chorych na RZS 161 (76,7%). Różnice te odzwierciedlają częstotliwość zachorowań na poszczególne choroby wśród kobiet i mężczyzn odnotowywaną w populacji.

³ Informacje o składzie próby odnoszą się do danych zebranych w czasie pierwszego pomiaru.

Tabela 22. Charakterystyka badanej próby – porównania w zakresie zmiennych demograficznych. Wyniki testu t i χ^2

Zmienna	Choroba niedokrwienna serca	Cukrzyca typu 1	Reumatoidalne zapalenie stawów	Statystyka testu	p
Wiek	57,32 (9,46)	30,25 (10,33)	54,92 (14,85)	$t = 360,41$	<0,001
Długość choroby	6,28 (8,46)	11,12 (7,67)	12,39 (10,12)	$t = 27,192$	<0,001
Płeć					
- kobieta	60 (28,8%)	141 (61,6%)	161 (76,7%)	$\chi^2 = 101,504$	<0,001
- mężczyzna	148 (71,2%)	88 (38,4%)	49 (23,3%)		
Stan cywilny					
- małżeństwo	160 (77,7%)	97 (42,4%)	140 (67,0%)	$\chi^2 = 110,512$	<0,001
- narzeczeństwo	2 (1,0%)	25 (10,9%)	0 (0%)		
- wspólne zamieszkiwanie	9 (4,4%)	12 (5,2%)	4 (1,9%)		
- związek bez wspólnego zamieszkiwania	1 (0,5%)	24 (10,5%)	6 (2,9%)		
- wolny	16 (7,8%)	57 (24,9%)	39 (18,7%)		
- inny (np. wdowiec)	18 (8,7%)	14 (6,1%)	20 (9,6%)		
Wykształcenie					
- podstawowe	7 (3,4%)	14 (6,1%)	32 (15,3%)	$\chi^2 = 57,884$	<0,001
- zasadnicze zawodowe	59 (28,5%)	30 (13,1%)	47 (22,5%)		
- średnie zawodowe	54 (26,1%)	45 (19,7%)	58 (27,8%)		
- średnie ogólne	22 (10,6%)	31 (13,5%)	15 (7,2%)		
- policealne/pomaturalne	10 (4,8%)	23 (10,0%)	10 (4,8%)		
- niepełne wyższe	9 (4,3%)	24 (10,5%)	11 (5,3%)		
- wyższe	46 (22,2%)	62 (27,1%)	36 (17,2%)		

Miejsce zamieszkania								
- wieś	42 (20,5%)	69 (30,55%)	65 (31,15%)	$\chi^2 = 87,672$	<0,001			
- miasto do 50 tys. mieszkańców	45 (22,05%)	62 (27,45%)	64 (30,65%)					
- miasto od 50 tys. do 200 tys. mieszkańców	15 (7,35%)	43 (19,05%)	21 (10,05%)					
- miasto od 200 tys. do 500 tys. mieszkańców	11 (5,45%)	12 (5,35%)	32 (15,35%)					
- miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	92 (44,95%)	40 (17,75%)	27 (12,95%)					
Sytuacja zawodowa								
- uczę się	0	27 (11,8%)	2 (1,0%)	$\chi^2 = 205,853$	<0,001			
- studiuje	0	18 (7,9%)	4 (1,9%)					
- pracuję	104 (50,5%)	110 (48,2%)	50 (24,0%)					
- studiuje i pracuję	0	23 (10,1%)	5 (2,4%)					
- jestem emerytem/rencistą	92 (44,7%)	24 (10,5%)	131 (63,0%)					
- jestem bezrobotny	5 (2,4%)	15 (6,6%)	5 (2,4%)					
- zajmuję się domem	3 (1,5%)	6 (2,6%)	9 (4,3%)					
- inne	2 (1,0%)	5 (2,2%)	2 (1,0%)					

Źródło: opracowanie własne.

Średnia wieku osób badanych wynosiła 46,96 lat ($SD = 17,08$; min = 18; max = 86). Kobiety i mężczyźni uczestniczący w badaniu byli w podobnym wieku ($M_k = 45,92$; $SD_k = 17,87$; $M_m = 48,28$; $SD_m = 15,95$; $t = -1,774$; $df = 634,858$; $p = 0,076$). Zauważono natomiast różnice pod względem wieku pomiędzy badanymi chorymi na odmiennie choroby przewlekłe ($F = 360,416$; $df_{mie} = 2$; $df_{wew} = 644$; $p < 0,001$). Średni wiek chorych na chorobę niedokrwinną serca wynosił $M = 57,32$ lat ($SD = 9,46$), na cukrzycę $M = 30,25$ ($SD = 10,33$) a na RZS $M = 54,91$ ($SD = 14,85$). Różnice te odzwierciedlają dane epidemiologiczne związane z wiekiem zachorowalności na konkretną jednostkę nozologiczną.

Chorzy uczestniczący w badaniu różnili się także długością życia z chorobą. W przypadku osób z chorobą niedokrwinną serca średni czas od postawienia diagnozy wynosił 6,28 lat ($SD = 8,45$), z cukrzycą 11,12 lat ($SD = 7,67$), a z RZS 12,39 lat ($SD = 8,45$) ($F = 27,192$; $df_{mie} = 2$; $df_{wew} = 628$; $p < 0,001$). W porównaniu z osobami cierpiącymi na cukrzycę i RZS u osób z chorobą niedokrwinną serca upłynął istotnie krótszy czas od rozpoznania choroby.

Wśród badanych przeważały osoby pozostające w związku małżeńskim – 391 osób (61,6%), z wykształceniem średnim zawodowym – 157 (24,3%) i wyższym 144 (22,3%), mieszkające na wsi – 176 (27,2%) lub w mieście do 50 tys. mieszkańców 171 (26,4%), pracujące – 264 (40,8%) bądź będące na emeryturze 247 (38,2%).

5. Procedura analizy danych

Braki danych uzupełniono, posługując się modelem EM. Osobno uzupełniono je dla danych zebranych wśród osób chorujących na chorobę niedokrwinną serca, cukrzycę i RZS, odrębnie przeprowadzając procedurę dla każdego z pomiarów. Uzyskane współczynniki chi^2 wskazują, że braki danych pojawiały się w sposób przypadkowy w każdym z pomiarów. Z analiz wyłączone osoby, które nie odpowiedziały na więcej niż 2% pozycji testowych.

Tabela 23. Wyniki procedury analizy braków danych – model EM

Badana populacja	I pomiar			II pomiar			III pomiar		
	chi^2	df	p	chi^2	df	p	chi^2	df	p
Choroba niedokrwinną serca	6038,789	25883	1,000	9365,132	9271	0,244	0,000	4062	1,000
Cukrzyca	6685,575	19924	1,000	8140,186	8052	0,243	0,000	2168	1,000
RZS	2209,443	16191	1,000	7052,070	7064	0,538	0,000	2830	1,000

Źródło: opracowanie własne.

5.1. Statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod

W tym punkcie analiz określono również rzetelność poszczególnych narzędzi badawczych za pomocą wskaźnika α -Cronbacha. Za satysfakcjonującą dla badań uznano wartość tego wskaźnika na poziomie wyższym od 0,5. W wyniku przeprowadzenia tej procedury wyłączono z analiz pięć zmiennych, które nie osiągnęły satysfakcjonującej rzetelności. Były nimi: dwie zmienne związane z rozumieniem przyczyn własnej choroby jako (1) zmiany odporności i (2) działania przypadku oraz trzy zmienne odnoszące się do strategii radzenia sobie ze stresem: (3) poczucie humoru, (4) wyładowanie, (5) obwinianie się⁴.

⁴ Aby zwiększyć przejrzystość tekstu, tabele zbierające uzyskane wyniki zamieszczono w punktach poświęconych prezentacji metod.

ROZDZIAŁ VII

PODOBIENSTWA I RÓŻNICE W PRZEBIEGU TRANSAKCJI STRESOWEJ U OSÓB PRZEWLEKLE CHORYCH

Wprowadzenie

Podstawowym problem pracy jest określenie tego, co niespecyficzne, czyli wspólne, i specyficzne, czyli różne, w przebiegu transakcji stresowej u osób zmagających się z krytycznym wydarzeniem życiowym, jakim jest choroba przewlekła, w zależności od rozpoznanego schorzenia. Aby rozwiązać ten problem, w pierwszym etapie analizy zdecydowano się porównać poszczególne grupy chorych pod względem zmiennych uznanych za istotne dla przebiegu kolejnych faz procesu radzenia sobie z chorobą. W związku z tym, posługując się jednoczynnikową analizą wariancji (ANOVA), porównano osoby cierpiące na chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę typu 1 i reumatoidalne zapalenie stawów w zakresie oceny choroby, aktywności w jej trakcie, funkcjonowania w chorobie oraz postrzeganych zasobów. W porównaniach wykorzystano wyniki zebrane w czasie trwania kryzysu zdrowotnego (dane z pierwszego pomiaru wykonanego w chwili rozpoczęcia hospitalizacji).

1. Typ choroby przewlekłej a jej postrzeganie

Przeprowadzone analizy wykazały, że bycie chorym na różne schorzenia przewlekłe skutkuje odmiennym postrzeganiem krytycznego wydarzenia życiowego, jakim jest choroba. Różnice te dotyczą subiektywnych cech choroby przewlekłej – uwidoczniły się one we wszystkich jedenastu wymiarach składających się na nie. Nie zaobserwowano natomiast różnic w natężeniu cech zobiektywizowanych (tab. 24).

Jako subiektywną cechę choroby przewlekłej przyjęto postrzeganie choroby. W ujęciu Howarda Leventhala i współpracowników (Leventhal, Meyer i Nerenz, 1980; Leventhal, Benyamini i Brownlee,

Tabela 24. Typ choroby a przekonania na jej temat (jednoczynnikowa ANOVA – test objawów)
(N = 647, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 644)

Zmienna	Choroba niedokrwienna serca (n = 208)	Cukrzyca typu 1 (n = 229)	Reumatoidalne zapalenie stawów (n = 210)	Analiza efektów międzygrupowych	Statystyki testu F		Siła efektu η^2
					F	p	
Zobiektywizowane cechy choroby przewlekłej – dokuczliwość choroby	6,83 (2,57)	7,24 (2,46)	7,20 (2,54)		1,717	0,180	0,005
Subiektywne cechy choroby przewlekłej:							
– percepcja objawów	3,59 (2,45)	2,94 (2,85)	4,99 (2,55)	1>2; 1<3; 2<3	34,176	<0,001	0,096
– przekonania na temat choroby							
– postrzegana ostrość – chroniczność	20,38 (4,45)	25,81 (3,66)	23,05 (4,22)	1<2; 1<3; 2>3	95,252	<0,001	0,228
– postrzegane konsekwencje	20,83 (3,70)	20,56 (3,61)	22,59 (4,02)	1<3; 2<3	18,392	<0,001	0,054
– postrzegana samokontrola	21,58 (3,69)	25,03 (3,41)	17,94 (3,60)	1<2; 1>3; 2>3	216,582	<0,001	0,402
– postrzegana kontrola leczenia	19,39 (2,53)	20,02 (2,95)	16,44 (2,99)	1>3; 2>3	97,322	<0,001	0,232
– poczucie spójności	17,06 (3,78)	19,20 (3,69)	15,57 (3,66)	1<3; 1>2; 2>3	53,390	<0,001	0,142
– postrzegana częstość występowania objawów	11,94 (2,65)	11,19 (2,94)	14,14 (2,77)	1>2; 1<3; 2<3	64,684	<0,001	0,167
– reprezentacja emocjonalna	18,30 (5,06)	17,88 (5,40)	20,91 (5,15)	1<3; 2<3	21,259	<0,001	0,062
Postrzegane przyczyny choroby:							
– psychologiczne	17,40 (4,35)	13,04 (4,79)	15,64 (4,80)	1>2; 1>3; 2<3	48,499	<0,001	0,131
– czynniki ryzyka	20,08 (4,12)	15,27 (4,49)	16,78 (4,83)	1>2; 1>3; 2<3	64,776	<0,001	0,167

1 – choroba niedokrwienna serca, 2 – cukrzyca typu 1, 3 – reumatoidalne zapalenie stawów.

Źródło: opracowanie własne.

1997) obejmuje ona treści zawarte w strukturach poznawczych, odnoszące się do: percepcji objawów, przekonań na temat przebiegu, leczenia i konsekwencji choroby, reakcji emocjonalnej na nią, rozumienia przyczyn choroby oraz możliwości wpływania na stan swojego zdrowia. Treści te zostały zgrupowane w trzy nadrzędne kategorie dotyczące: doświadczania symptomów, przekonań na temat choroby oraz rozumienia przyczyn choroby. Porównując reprezentację własnej choroby posiadaną przez chorych na chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę typu 1 oraz RZS, odnotowano różnice pomiędzy wszystkimi trzema aspektami reprezentacji własnej choroby.

Jednym z aspektów poznawczej reprezentacji choroby jest percepcja jej objawów (np. odczuwanie dolegliwości bólowych, sztywności stawów, poczucie zmęczenia). Okazało się, że w subiektywnym przeżywaniu choroby najczęściej objawów doświadczają osoby chore na RZS, a najmniej – chorzy na cukrzycę typu 1.

Porównanie podzielanych przez chorych przekonań na temat własnej choroby wykazało, że różnią się oni między sobą pod względem wszystkich siedmiu wymiarów przekonań. Uwzględniając wielkość współczynnika η^2 , największe różnice odnotowano w postrzeganej możliwości kontroli własnego stanu zdrowia oraz przebiegu leczenia. Osoby chore na cukrzycę w porównaniu z chorującymi na chorobę niedokrwienną serca i RZS w większym stopniu są przekonane o tym, że mogą wpływać na stan własnego zdrowia, że ich osobista aktywność przełoży się na poziom zdrowia i są w stanie oddziaływać na przebieg leczenia, które najprawdopodobniej okaże się skuteczne. Z kolei dla chorych na RZS charakterystyczny jest brak wiary w możliwość kontrolowania stanu własnego zdrowia i aktywnego włączania się w proces leczenia.

Odnotowano również różnice w zakresie postrzegania konsekwencji choroby między osobami cierpiącymi na RZS a chorymi na cukrzycę i chorobę niedokrwienną serca. Chorzy na RZS dostrzegają o wiele więcej osobistych, społecznych i finansowych skutków choroby oraz odczuwają silniejszy lęk, przygnębienie, bezradność i złość wobec swojej sytuacji zdrowotnej. Osoby cierpiące na cukrzycę i chorobę niedokrwienną serca nie różniły się w tych dwóch wymiarach przekonań na temat własnej choroby.

Trzeci aspekt reprezentacji własnej choroby odnosi się do postrzegania jej przyczyn. Według Leventhala chorzy jako potencjalny powód choroby mogą wskazać czynniki psychologiczne, oddziałujące na nich czynniki ryzyka, zmiany w funkcjonowaniu układu odpornościowego bądź przypadek. Ze względu na niską rzetelność podskal traktujących przyczyny choroby jako zmiany w funkcjonowaniu układu odpornościowego oraz działanie przypadku te dwie podskale wyłączono z analiz. Pacjenci z chorobą niedokrwienną serca w porównaniu z pozostałymi dwiema grupami chorych

przypisują największe znaczenie w rozwoju choroby czynnikom psychologicznym i czynnikom ryzyka. Chorzy na cukrzycę najrządziej zaś podzielają przekonanie, że za rozwój ich choroby odpowiedzialne są czynniki psychologiczne lub czynniki ryzyka.

Sprawdzono również, czy chorzy różnią się od siebie w zakresie zobiektywizowanych cech choroby przewlekłej. Ich miarą były wyniki uzyskane w Skali Percepcji Dokuczliwości Choroby. W zakresie tej zmiennej nie odnotowano różnic pomiędzy badanymi grupami, co oznacza, że chorzy w podobny sposób postrzegają dokuczliwość choroby.

Na pierwszy plan spośród zaobserwowanych różnic wysuwają się te związane z charakterystyką objawów choroby i jej dynamiką. Chorzy różnią się między sobą zakresem intensywności doświadczanych objawów, ich dokuczliwości oraz wiedzy na temat przebiegu choroby i przekonań co do stałości swojego stanu. Jako chorobę, której towarzyszy najwięcej objawów i są one najsilniejsze, pacjenci wskazują RZS. Sytuacja ta jest odzwierciedleniem symptomatologii choroby. Chorujący na tę chorobę doświadczają najbardziej nieprzyjemnych symptomów, zwłaszcza o charakterze bólowym. Chorobą, która według pacjentów wywołuje najmniej dokuczliwych symptomów, jest cukrzyca. Jest ona jednak dla pacjentów stanem najbardziej stałym, niezmiennym, co do którego mają pewność, że będzie im towarzyszył przez resztę życia. W związku z tym można przyjąć, że chorobami najbardziej obciążającymi są RZS – ze względu na intensywność objawów oraz cukrzyca – z powodu chroniczności. Podkreślenie przez pacjentów z cukrzycą tego, iż stanowi ona stan chroniczny, wiąże się z tym, że jest to choroba rozpoznawana przeważnie w dzieciństwie i adolescencji, a więc pacjenci w momencie badania żyli z nią już od wielu lat (przeciętnie 11,12 roku) i wiedzą, że całe ich dojrzałe życie będzie podporządkowane chorobie i dostosowywaniu się do jej wymagań. Sytuacja ta jest prawdopodobnie szczególnie dokuczliwa dla młodych ludzi wchodzących w dorosłe życie, którzy zaczynają realizować zadania rozwojowe charakterystyczne dla wczesnej dorosłości. Najmniej dokuczliwą w odbiorze pacjentów jest zaś choroba niedokrwienność serca.

Wyniki te można potraktować jako odzwierciedlenie obiektywnych cech choroby przewlekłej. Wskazują one, że chorzy tworzą reprezentację własnej choroby na podstawie własnego doświadczenia związanego z chorowaniem i wiedzy na temat choroby uzyskanej od lekarza, z literatury bądź obserwacji innych chorych.

Otrzymane wyniki potwierdzają przypuszczenie, iż każda z chorób przewlekłych jest stresorem o odmiennych wymaganiach. Mimo że w klasyfikacjach stresorów różne choroby przewlekłe traktowane są jako jedna ich kategoria (Holmes i Rahe, 1967), w bardziej szczegółowych zestawieniach należy dookreślić, na jaką chorobę osoba cierpi. Zebrane dane wskazują

bowiem, że w przypadku każdej z chorób pacjenci skupiają się na odmiennych aspektach stresora. Na przykład osoby z chorobą niedokrwienną serca koncentrują się na przyczynach swojej choroby, przypisując sobie odpowiedzialność za zachorowanie, pacjenci z cukrzycą zwracają uwagę na to, że ich choroba będzie towarzyszyła im przez resztę życia, zaś pacjenci z RZS skupiają się na aktualnym stanie zdrowia, konsekwencjach z niego wynikających i odczuwanym dyskomforcie.

Na płaszczyźnie teoretycznej dokonane obserwacje potwierdzają postulat, że do zrozumienia dynamiki transakcji stresowej niezbędna jest treściowa analiza właściwości stresora. Posługiwanie się bardzo ogólnymi kategoriami stresorów (np. choroba, wypadek) może być niewystarczające do zrozumienia sytuacji, w jakiej znalazł się człowiek nią dotknięty, i wymagań, jakim musi sprostać. Konieczne jest więc sprecyzowanie, jakie cechy obiektywne, zobiektywizowane i subiektywne określają chorobę przewlekłą, gdyż tylko taka analiza umożliwi zrozumienie różnych aspektów sytuacji psychologicznej, w jakiej znalazł się człowiek zmagający się z tego rodzaju krytycznym wydarzeniem życiowym (Sęk, 1991).

W świetle otrzymanych wyników można postawić hipotezę, że pacjenci z różnymi chorobami w procesie radzenia sobie z chorobą zmagają się z odmiennymi trudnościami o charakterze psychologicznym. Wydaje się, że chorzy na różne schorzenia w różny sposób przeżywają własną chorobę i borykają się z odmiennymi problemami i trudnościami pojawiającymi się w jej trakcie.

Z punktu widzenia psychologa planującego interwencję mającą na celu poprawę funkcjonowania osób przewlekle chorych najbardziej istotne są wyniki związane z zaobserwowanymi różnicami w zakresie postrzegania przez pacjentów możliwości kontrolowania stanu swojego zdrowia poprzez własne działania oraz dostrzegania możliwości współuczestnictwa w procesie leczenia. Od przekonań na temat własnej choroby w dużej mierze może bowiem zależeć, czy człowiek pozostanie bierny, czy też będzie aktywny w zmaganiu się z chorobą. Osoby z cukrzycą w największym stopniu dostrzegały możliwość wpływania na stan swojego zdrowia poprzez własne działania. Prawdopodobnie było to związane z tym, że chorzy ci, chcąc uniknąć problemów zdrowotnych, stają przed koniecznością zachowywania się w określony sposób. W czasie procesu leczenia są oni mobilizowani i uczeni: przestrzegania diety ubogiej w węglowodany, uprawiania sportu w nieobciążający sposób, systematycznego monitorowania poziomu cukru we krwi oraz przyjmowania leków o wyznaczonych porach. Wiedzą przy tym, że każde niezastosowanie się do zaleceń może skutkować gorszym samopoczuciem, a nawet zagrożeniem życia. Dodatkowo, co jest nie bez znaczenia, zachowań tych uczą się na wczesnych etapach życia, co sprzyja przekształ-

ceniu ich w nawyki. Cukrzyca typu 1 w większości przypadków rozpoznawana jest bowiem w okresie dzieciństwa i adolescencji. Z kolei osoby z RZS w najmniejszym stopniu były przekonane o możliwości wpływania na stan swojego zdrowia i kontrolowania przebiegu leczenia. Może to jednak wynikać z tego, że jest to choroba, która w miarę postępu powoduje widoczne i upośledzające zmiany w funkcjonowaniu stawów. Zmiany te trudno ignorować, a pacjenci na co dzień odczuwają uciążliwości wynikające z postępu choroby i zwiększającej się niepełnosprawności. Czyni to ich sytuację psychologiczną niezwykle trudną, co może przekładać się na silne przekonanie o braku wpływu na te aspekty aktywności, które wiążą się ze zdrowiem i przebiegiem leczenia. Dla psychologów pracujących z tą grupą chorych jest to informacja, że ich zadaniem będzie przywrócenie tym pacjentom poczucia kontroli nad własnym zdrowiem.

Ponadto dla osób zaangażowanych w proces leczenia pacjentów przewlekłe chorych ważne jest, że w odmienny sposób postrzegają oni konsekwencje swojej choroby i inaczej na nią reagują. W odbiorze pacjentów RZS jest chorobą najbardziej obciążającą. Osobom cierpiącym na nią zakłóca ona relacje z innymi ludźmi, wpływa na poziom bezpieczeństwa finansowego oraz powoduje negatywne stany emocjonalne, takie jak: niepokój, rozdrażnienie i irytację czy lęk. Ponadto osoby te w najmniejszym stopniu rozumieją swoją chorobę. Często jest ona dla nich tajemnicą, nie mają jasnego obrazu stanu swojego zdrowia i nie potrafią przewidzieć, jak będzie się rozwijać. Jednym z celów pracy psychologicznej z osobami cierpiącymi na RZS powinna być zatem poprawa poczucia dobrostanu tych chorych.

Pacjenci chorujący na odmienne choroby przewlekłe różnili się również pod względem rozumienia ich przyczyn. Chorzy z chorobą niedokrwioną serca określali, że największe znaczenie mają czynniki psychologiczne i czynniki ryzyka, zaś pacjenci z cukrzycą typu 1 przypisywali im najmniejszą rolę. Taki obraz zależności był zgodny z oczekiwaniami. Duży udział tych dwóch grup czynników w rozumieniu etiologii swojej choroby przez pacjentów z chorobą niedokrwioną serca może być efektem dwóch zjawisk. Po pierwsze, w wyniku prowadzenia licznych kampanii profilaktycznych oraz działań edukacyjnych powszechna jest wiedza na temat znaczenia własnego zachowania dla rozwoju chorób układu krążenia, np. informacje o roli diety, aktywności fizycznej, unikaniu używek w rozwoju tej choroby. Nie dziwi więc, że chorzy na chorobę niedokrwioną serca posiadają wiedzę o uwarunkowaniach swojego stanu i przypisują im znaczenie dla rozwoju choroby. Po drugie, pewną rolę mogą odgrywać czynniki osobowościowe. Dla chorych z chorobą niedokrwioną serca charakterystyczny jest wzór zachowania A. Jedną z jego cech jest obowiązkowość i związana z nią nadodpowiedzialność (Wrześniewski, 1993; 2000), która może sprzyjać ro-

zumieniu zachorowania jako konsekwencji własnego zachowania. Pojawia się jednak pytanie, czy nadmierne rozważanie przyczyn własnej choroby i dostrzeganie swojego udziału w jej powstaniu przez pacjentów z chorobą serca jest dla nich korzystne. Z jednej strony może to sprzyjać procesowi leczenia, ponieważ będzie motywować do wprowadzania zmian w stylu życia zabezpieczających przed nawrotem choroby. Z drugiej strony może być niekorzystne, ponieważ będzie wznagać poczucie (nad)odpowiedzialności za własne zdrowie i z tego powodu utrwałać wzór zachowania mający duże znaczenie w rozwoju choroby.

Odniesienie zaobserwowanych różnic do danych prezentowanych w literaturze jest niemożliwe. W dostępnej literaturze można znaleźć jedynie pojedyncze doniesienia, w których porównuje się poznawczą reprezentację własnej choroby tworzoną przez osoby chore na odmienne schorzenia przewlekłe. Porównania takie dokonywane są przeważnie w celu określenia właściwości psychometrycznych metod służących do badania przekonań na temat choroby (Moss-Morris i in., 2002). Brakuje badań porównujących postrzeganie choroby przez osoby cierpiące na różne schorzenia. Niewielu badaczy stawia pytanie o naturę stresora, jakim jest choroba przewlekła, co wynika z koncentracji na identyfikowaniu prawidłowości w funkcjonowaniu poszczególnych grup chorych, których rozpoznanie przyczynia się do tworzenia coraz bardziej skutecznych metod interwencji psychologicznej. W tym obszarze badawczym konieczne jest więc prowadzenie badań integrujących obserwowane prawidłowości z bardziej ogólnymi teoriami psychologicznymi, np. transakcyjną teorią stresu.

2. Typ choroby przewlekłej a aktywność w jej trakcie

Dla zmagania się z chorobą przewlekłą za istotne uznano dwa rodzaje aktywności osób przewlekłe chorych: radzenie sobie oraz zachowania zdrowotne w sytuacji choroby.

Porównanie kategorii radzenia sobie wykazało brak różnic pomiędzy chorymi w radzeniu sobie skoncentrowanym na problemie (tab. 25). Zaobserwowano, że pacjenci z RZS częściej posługują się strategiami skoncentrowanymi na emocjach niż osoby z cukrzycą oraz strategiami dysfunkcjonalnymi w porównaniu z chorymi na chorobę niedokrwinną serca i cukrzycę.

Spośród jedenastu uwzględnionych w analizie strategii radzenia sobie trzy nie różnicowały porównywanych grup. Były to: aktywne radzenie sobie, planowanie oraz akceptacja. Oznacza to, że osoby chorujące na chorobę niedokrwinną serca, cukrzycę typu 1 oraz RZS w takim samym stopniu korzystają z nich, radząc sobie z chorobą.

Tabela 25. Typ choroby a aktywność w sytuacji kryzysu zdrowotnego (jednoczynnikowa ANOVA – test F)
($N = 647$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 644)

Zmienna	Choroba niedokrwienna serca ($n = 208$)	Cukrzyca typu 1 ($n = 229$)	Reumatoidalne zapalenie stawów ($n = 210$)	Statystyki testu F		Siła efektu η^2
				F	p	
Radzenie sobie skoncentrowane na problemie:	11,61 (3,00)	11,81 (3,09)	11,56 (3,26)	0,393	0,675	–
– aktywne radzenie sobie	4,30 (1,29)	4,19 (1,18)	4,01 (1,27)	2,794	0,062	–
– planowanie	4,20 (1,29)	4,12 (1,28)	3,88 (1,36)	3,426	0,033	0,011
– poszukiwanie wsparcia instrumental.	3,11 (1,41)	3,50 (1,56)	3,66 (1,60)	7,116	0,001	0,022
Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach:	15,15 (4,87)	14,74 (4,31)	15,92 (5,14)	3,416	0,033	0,010
– pozytywne przewartościowanie	3,71 (1,26)	3,46 (1,32)	3,43 (1,50)	2,627	0,073	–
– akceptacja	3,98 (1,25)	3,84 (1,28)	4,05 (1,38)	1,553	0,212	–
– zwrot ku religii	2,31 (1,97)	1,81 (1,80)	2,78 (1,94)	14,344	<0,001	0,043
– poszukiwanie wsparcia emocjonal.	3,34 (1,61)	3,72 (1,55)	3,64 (1,64)	3,459	0,032	0,011
Dysfunkcjonalne radzenie sobie:	11,62 (5,27)	11,32 (5,47)	13,38 (5,37)	9,234	<0,001	0,028
– czynności zastępcze	3,04 (1,66)	2,96 (1,49)	3,48 (1,48)	7,078	0,001	0,022
– zaprzeczanie	1,86 (1,59)	1,60 (1,46)	2,31 (1,61)	11,825	<0,001	0,035
– zazywanie substancji psychoaktywnych	0,49 (0,95)	0,55 (1,07)	0,76 (1,40)	3,247	0,040	0,010
– zaprzestanie działań	1,47 (1,27)	1,41 (1,30)	1,85 (1,46)	6,252	0,002	0,019
Zachowania zdrowotne (wskaznik globalny)	67,18 (10,69)	59,60 (11,03)	62,08 (12,92)	23,988	<0,001	0,069
– stosowanie się do zaleceń lekarskich	16,07 (2,43)	15,38 (2,80)	15,37 (3,07)	4,394	0,013	0,013
– zmiana stylu życia	39,56 (7,40)	33,01 (7,51)	35,29 (8,58)	38,947	<0,001	0,108
– samoleczenie	6,83 (2,57)	7,24 (2,46)	7,20 (2,54)	1,717	0,180	–

1 – choroba niedokrwienna serca, 2 – cukrzyca typu 1, 3 – reumatoidalne zapalenie stawów.

Źródło: opracowanie własne.

Największe zróżnicowanie odnotowano w zakresie posługiwania się strategią: zwrot ku religii. Chorzy na każdą z porównywanych chorób przewlekłych wykorzystują ją z różną intensywnością. Osoby cierpiące na RZS czynią to najczęściej, rzadziej posługują się nią osoby z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca, a sporadycznie sięgają po nią chorzy na cukrzycę.

Trzy z badanych strategii z różną częstotliwością wykorzystywali chorzy na chorobę niedokrwienną serca i RZS. Osoby z RZS rzadziej posługują się planowaniem, a częściej poszukują wsparcia emocjonalnego i radzą sobie z napięciem przez korzystanie z substancji psychoaktywnych. Chorzy na cukrzycę korzystają z wyżej wymienionych strategii tak samo często jak osoby z RZS i chorobą niedokrwienną serca.

Chorujący na cukrzycę i RZS z podobną częstotliwością zaprzestają działań, zaprzeczają istniejącym trudnościom oraz angażują się w wykonywanie czynności zastępczych. Robią to jednak znacznie rzadziej niż chorzy na RZS. Z kolei chorzy na cukrzycę i RZS tak samo często poszukują wsparcia instrumentalnego, zaś w porównaniu z chorymi na chorobę niedokrwienną serca korzystają z tej strategii znacznie częściej.

Spośród czterech wziętych pod uwagę elementów transakcji stresowej (oceny choroby, aktywności w jej trakcie, konsekwencji oraz dostępnych zasobów) najmniej różnic odnotowano w zakresie aktywności. Chorzy bez względu na chorobę, na którą cierpią, posługują się podobnymi strategiami radzenia sobie i dobierają je odpowiednio do wymagań danej choroby, zwłaszcza do pojawiających się obciążeń.

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że niespecyficzne, czyli wspólne dla radzenia sobie z chorobą przewlekłą, jest podchodzenie do niej jak do problemu, z którym należy się skonfrontować i rozwiązać go, aktywnie reagując na pojawiające się trudności. Strategie będące składowymi radzenia sobie skoncentrowanego na problemie były najczęściej wykorzystywane (na co wskazują najwyższe średnie), a jednocześnie nie różnicowały porównywanych grup. Tym, co jeszcze łączyło chorych, było dążenie do rozumienia swojej choroby i próby przewartościowania jej tak, by nadać znaczenie swojej sytuacji zdrowotnej i ją zaakceptować.

Oprócz opisanych podobieństw, czyli niespecyficznych elementów we wzorcu radzenia sobie, odnotowano również zróżnicowanie w tym zakresie. Może to wskazywać na istnienie charakterystycznych elementów we wzorcu radzenia sobie z konkretną chorobą. Różnica ta dotyczy przede wszystkim tych form radzenia sobie, które obejmują wycofanie się z aktywności bądź mają na celu zredukowanie istniejącego napięcia. Zróżnicowanie to jest szczególnie widoczne w zestawieniu strategii wykorzystywanych przez chorych na RZS ze strategiami stosowanymi przez osoby z cukrzycą typu 1 i chorobą niedokrwienną serca. Można z tego wnioskować, że chorzy na po-

szczególne schorzenia doświadczają odmiennych trudności wywołujących różny poziom napięcia i zmagają się z nim, wykorzystując różne sposoby radzenia sobie. Stosowane strategie są dopasowywane do wymagań stawianych przez chorobę.

Analizując zebrane wyniki, warto zwrócić uwagę, że chorzy na chorobę niedokrwienną serca częściej stosowali strategie planowania i poszukiwania wsparcia instrumentalnego, wchodzące w skład kategorii strategii skoncentrowanych na problemie. Dla powrotu do zdrowia i ponownej adaptacji po kryzysie zdrowotnym zjawisko to wydaje się pozytywne. Dotychczasowe badania wskazują, że korzystanie ze strategii aktywnych, skoncentrowanych na problemie sprzyja rehabilitacji i odzyskiwaniu zdrowia przez pacjentów z chorobami układu krążenia (van Elderen, Maes i Dusseldorp, 1999; Herrmann i in., 2000). Prawdopodobnie częste posługiwanie się tymi strategiami przez chorych na chorobę niedokrwienną serca wynika z ich predyspozycji osobowościowych – wzoru zachowania A, którego istotnym elementem jest tendencja do konfrontowania się z problemem i realizowania jak największej liczby zadań w jak najkrótszym czasie (Wrześniewski, 2000). Nie zaobserwowano jednak, aby chorzy ci posługiwali się wszystkimi strategiami wchodzącymi w skład kategorii skoncentrowanych na problemie, korzystają oni częściej jedynie z niektórych z nich. Można to potraktować jako pozytywne zjawisko, gdyż radząc sobie z chorobą, pacjenci cierpiący na chorobę niedokrwienną serca rezygnują z dominującej formy radzenia sobie, jaką jest koncentrowanie się na problemie i dążenie do jego rozwiązania.

Dla pacjentów z cukrzycą typu 1 charakterystyczne okazało się przeciętne korzystanie z większości mierzonych form aktywności. Większość średnich wartości wskaźników aktywności tych chorych lokowała się pomiędzy wynikami osób z chorobą niedokrwienną serca a wynikami osób z RZS. Wyjątek stanowiło stosunkowo rzadkie korzystanie ze strategii skoncentrowanych na emocjach. Zaobserwowano też, że dla tych chorych, mimo niewielkich obciążeń wynikających z choroby, ważne jest otrzymywanie wsparcia emocjonalnego; osiągnęli oni najwyższy średni wskaźnik korzystania z tej strategii, znacząco wyższy od chorych z chorobą niedokrwienną serca. Otrzymane wyniki okazały się jednak niezgodne z przypuszczeniami. W grupie tej oczekiwano bowiem częstego sięgania po strategie skoncentrowane na problemie. Powszechny jest pogląd, że w sytuacji, w której stresor może podlegać kontroli, posługiwanie się strategiami skoncentrowanymi na problemie jest bardziej efektywne niż korzystanie ze strategii skoncentrowanych na emocjach (Vitaliano, DeWolfe, Maiuro, Russo i Katon, 1990; Joyce i in., 2010). Z taką sytuacją mamy do czynienia w cukrzycy, ponieważ pacjenci otrzymują szczegółowe zalecenia dotyczące diety, aktywności fizycznej,

monitorowania stanu zdrowia oraz sposobu przyjmowania leków, których przestrzeganie pozwala im na kontrolowanie objawów swojej choroby.

Z kolei cechą charakterystyczną chorych na RZS okazało się korzystanie ze strategii dysfunkcyjnych. Prawdopodobnie w związku z obiektywnymi cechami choroby (jej nieprzewidywalnością, postępującą niepełnosprawnością) i wywołanym przez nią napięciem strategie skoncentrowane na problemie okazują się niewystarczające, by móc żyć z chorobą. W związku z tym chorzy mają tendencję do korzystania ze strategii dysfunkcyjnych oraz skoncentrowanych na emocjach. Główną trudnością jest bowiem dla nich napięcie oraz emocje wynikające z faktu bycia chorym, takie jak: lęk, bezsilność, obniżony nastrój. Intensywność doznawanych stanów emocjonalnych jest prawdopodobnie na tyle duża, że nie można jej zmniejszyć przez radzenie sobie skoncentrowane na problemie (jak pozbyć się lęku o przyszłość w sytuacji zagrożenia utratą pracy i zbliżającej się niepełnosprawności?), dlatego też chorzy ci częściej korzystają z dysfunkcyjnych strategii radzenia sobie oraz niektórych strategii skoncentrowanych na emocjach.

Porównując częstotliwość stosowanych strategii radzenia sobie, należy odnotować, że współczynnik η^2 charakteryzujący wielkość efektu mieścił się w przedziale od 0,010 do 0,043, co oznacza, że mamy do czynienia ze słabym efektem (Cohen, 1988; za: King i Minium, 2009). Typ choroby w niewielkim zakresie, bo tylko z prawdopodobieństwem od 1% do 4,3%, pozwala przewidzieć strategię radzenia sobie stosowaną przez osoby chorujące na odmienne schorzenia przewlekłe. Słabość efektu wskazuje, że typ choroby nie jest głównym czynnikiem decydującym o doborze strategii radzenia sobie. Sytuacja ta pozwala sądzić, że pomimo istniejących różnic strategii radzenia sobie można potraktować jako swoiste cechy transakcji stresowej. Porównując procesy zachodzące na tym etapie, odnotowano najmniej różnic pomiędzy chorymi, a jeśli wystąpiły, to były one niewielkie.

Drugą formą aktywności, oprócz strategii radzenia sobie, uwzględnioną w badaniu były zachowania zdrowotne w sytuacji choroby. Zmienna ta szacowana była za pomocą jednego wskaźnika ogólnego mierzącego natężenie zachowań zdrowotnych oraz trzech wskaźników częściowych szacujących stosowanie się do zaleceń lekarskich, zmianę stylu życia oraz podejmowane próby samoleczenia. Chorzy na chorobę niedokrwienną serca w porównaniu z osobami z cukrzycą typu 1 i RZS deklarują znacznie wyższy poziom zachowań zdrowotnych w sytuacji choroby. Różnice pomiędzy trzema grupami chorych zaobserwowano w przypadku zmiany stylu życia. Osoby chore na chorobę niedokrwienną serca wprowadzają najwięcej zmian w swoim stylu życia, a osoby z cukrzycą typu 1 – najmniej. Oprócz tego chorzy na serce deklarowali przestrzeganie zaleceń lekarskich związanych z przyjmo-

waniem leków i badaniami kontrolnymi. Nie odnotowano natomiast różnic w zakresie podejmowanych prób samoleczenia.

Otrzymany obraz zachowań zdrowotnych u osób cierpiących na odmiennie choroby przewlekłe wydaje się zaskakujący. Biorąc pod uwagę wymagania stawiane przez poszczególne choroby, przypuszczano, że największe zmiany w stylu życia będą miały miejsce u chorych na cukrzycę, mniejsze – u osób z RZS, a najmniejsze – u chorych na chorobę niedokrwienną serca. Cukrzyca jest bowiem schorzeniem, które w największym stopniu wymusza zmianę stylu życia. Chorzy na nią stają przed koniecznością: stałego monitorowania poziomu glukozy we krwi, przyjmowania insuliny, dbania o odpowiednią dietę, a zaniedbanie któregoś z tych zaleceń może prowadzić do bezpośredniego zagrożenia życia. Sytuacja ta powinna więc skłaniać ich do wprowadzenia wielu zmian w swoim stylu życia. Przewidywano także, iż ze względu na pojawiające się trudności w wykonywaniu wielu codziennych czynności osoby z RZS będą zmotywowane do modyfikacji różnych elementów stylu życia, by zminimalizować swoje cierpienie. Natomiast w przypadku osób z chorobą niedokrwienną serca spodziewano się, że stosunkowo trudno będzie wprowadzić zmianę różnych elementów stylu życia związanych ze zdrowiem, ponieważ nie będzie to skutkowało natychmiastowymi negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Okazuje się jednak, że chorzy na serce deklarują największe zmiany różnych elementów stylu życia związanych ze zdrowiem, a osoby z cukrzycą typu 1 – najmniejsze. Taka struktura zachowań zdrowotnych wynika być może z epidemiologii poszczególnych chorób. Cukrzyca typu 1 jest chorobą najczęściej rozpoznawaną w dzieciństwie i adolescencji, podczas gdy choroba niedokrwienna serca to przeważnie schorzenie osób będących w średniej dorosłości. W związku z tym osoby z cukrzycą nie muszą zmieniać swojego stylu życia, ponieważ zachowania zdrowotne w sytuacji choroby są jego stałym elementem. Zostały one bowiem wprowadzone do stylu życia wtedy, gdy się on tworzył, czyli w młodości. Z kolei osoby z chorobą niedokrwienną serca znalazły się w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia, co może budzić motywację do przestrzegania zaleceń lekarskich oraz modyfikacji tych elementów stylu życia, które mogą przyczynić się do nawrotu choroby. Można też przypuszczać, że osoby z chorobą niedokrwienną serca podczas leczenia poddawane są wielu oddziaływaniom mającym na celu zachęcenie ich do zmodyfikowania tych elementów stylu życia, które są czynnikami ryzyka kolejnego kryzysu zdrowotnego.

Na podstawie otrzymanego obrazu różnic w zakresie aktywności osób przewlekłe chorych można określić zalecenia dla osób pracujących z nimi na co dzień. Wydaje się, że jednym z celów pracy psychologicznej z osobami cierpiącymi na RZS powinno być stwarzanie im warunków do wyrażania swoich emocji, będących reakcją na zachorowanie i pojawiającą się niepeł-

nosprawność. Zalecenie to jest związane z tym, że chorzy ci znacznie częściej posługują się strategiami umożliwiającymi zniesienie napięcia, przy jednoczesnym korzystaniu ze strategii ukierunkowanych na istniejący problem.

3. Typ choroby przewlekłej a funkcjonowanie w jej trakcie

Do określenia poziomu funkcjonowania w sytuacji choroby przewlekłej posłużono się czterema wskaźnikami. Wskaźnikiem poznawczego funkcjonowania był poziom akceptacji choroby, behawioralnego – wypełnianie ról społecznych, zaś funkcjonowanie emocjonalne było szacowane za pomocą dwóch wskaźników: poczucia zadowolenia z życia i natężenia depresji. Zaobserwowano, że osoby chore na RZS wykazują najniższy stopień akceptacji choroby i wypełniania ról społecznych¹ oraz największe natężenie depresji w porównaniu z chorymi na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę, w których to grupach poziom tych trzech wskaźników był zbliżony. Odnotowano także, iż najwyższy poziom zadowolenia z życia cechuje osoby cierpiące na chorobę niedokrwienną serca, zaś u chorych na cukrzycę typu 1 i RZS występuje podobny poziom zadowolenia z życia.

Przeprowadzona analiza wykazała, że każda z badanych chorób przewlekłych w odmienny sposób oddziałuje na funkcjonowanie chorych. Najsilniejszy efekt negatywny został odnotowany w przypadku RZS. Osoby z tym schorzeniem deklarują najniższy stopień akceptacji choroby oraz największe natężenie depresji. Średni poziom deklarowanego przez nich zadowolenia z życia oraz wypełniania ról społecznych był również najniższy, z tą jednak różnicą, że w przypadku ról społecznych był to poziom zbliżony do poziomu pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, a w przypadku zadowolenia z życia – do poziomu pacjentów z cukrzycą typu 1. Na podobnym poziomie funkcjonują pacjenci z chorobą niedokrwienną serca i cukrzycą typu 1; w takim samym stopniu, stosunkowo wysokim, akceptują oni swoją chorobę oraz doświadczają symptomów depresji. Średni wynik w skali mierzącej natężenie depresji nie przekroczył w tych dwóch grupach 16 pkt, a więc granicy, która pozwala stwierdzić obecność symptomów depresyjnych. Z kolei w grupie chorych na RZS średni poziom depresji zbliżał się do 23 pkt, co jest wartością wskazującą na umiarkowaną depresję (Zich, Attkisson i Greenfield, 1990). Taki rozkład wyników jest spójny z wcześniejszymi wynikami, uzyskanymi w badaniach nad funkcjonowaniem osób przewlekle chorych, w których stwierdzono, że grupą pacjentów najbardziej obciążo-

¹ Wysoki wynik w Kwestionariuszu Wypełniania Ról Społecznych w Chorobie świadczy o silnym wpływie choroby na podejmowanie i realizowanie ról społecznych.

nych chorobą są osoby cierpiące na RZS (Celiker i Borman, 2001; Mojs, Ziarko, Kaczmarek i Samborski, 2011).

W badaniach nad poczuciem satysfakcji z życia osób przewlekle chorych zaobserwowano, że bycie przewlekle chorym obniża jej poziom (Valkamo i in., 2003). Osoby chorujące cechuje mniejsza satysfakcja z życia w porównaniu z populacją osób zdrowych. Uważa się, że najniższy poziom tej zmiennej cechuje osoby z RZS. Reyhan Çeliker i Pinar Borman (2001), porównując poziom satysfakcji z życia wśród chorych na choroby reumatyczne, odnotowali najniższy poziom tej zmiennej u chorych na RZS. Dla pacjentów z cukrzycą charakterystyczny jest niższy poziom jakości życia w porównaniu z populacją ogólną, ale wyższy niż w przypadku innych osób przewlekle chorych (np. chorych na cukrzycę typu 2) (Rubin i Peyrot, 1999). W tej grupie pacjentów wysoki poziom satysfakcji z życia wyznaczany jest przez różne elementy stosowanej procedury terapeutycznej, takie jak: korzystanie z pomp insulinowych (Mednick, Cogen i Streisand, 2004) czy sposób podawania insuliny (Ortiz i in., 2010), oraz czynniki o charakterze socjodemograficznym, np. płeć. Kobiety z cukrzycą typu 1 odczuwają bowiem mniejszą satysfakcję z życia w porównaniu z mężczyznami (Jonsson, Sterky, Gåfvels i Östman, 2000). Najwyższy poziom satysfakcji z życia odnotowano wśród pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, co zaprzecza wcześniejszym wynikom. W badaniach zaobserwowano, że ta grupa chorych osiąga stosunkowo niskie wyniki w zakresie tej zmiennej (Alonso i in., 2004).

Zestawiając otrzymane wyniki dotyczące satysfakcji z życia, warto się zastanowić, dlaczego osoby z cukrzycą deklarują niższy jej poziom w porównaniu z chorymi na chorobę niedokrwienną serca. Wydaje się bowiem, że dobrze prowadzona cukrzyca w mniejszym stopniu obciąża chorych, zakłócając normalne funkcjonowanie, niż choroba niedokrwienna serca. Istnieją dwa wyjaśnienia. Po pierwsze, cukrzyca jest chorobą, która w większym stopniu niż choroba niedokrwienna serca wymaga przestrzegania reżimu diety, przyjmowania leków i monitorowania stanu zdrowia. Być może ciągła konieczność zwracania uwagi na różne aspekty własnego zachowania powoduje, że chorzy czują się znużeni tą sytuacją, co może wpływać na poziom ich satysfakcji z życia. Po drugie, większość osób z cukrzycą typu 1 biorących udział w badaniu znajdowała się w okresie wczesnej dorosłości, natomiast osoby z chorobą niedokrwienną serca były w okresie przejściowym między środkową a późną dorosłością. Okres wczesnej dorosłości cechuje się podejmowaniem i realizowaniem wielu trudnych do pogodzenia zadań rozwojowych (np. nowych ról społecznych rodzinnych i zawodowych, wychowywanie dzieci) (Ziarko, 2006). Konieczność godzenia ich z ograniczeniami wywołanymi przez chorobę może prowadzić do obniżenia poziomu zadowolenia z życia osób z cukrzycą. Na tym tle koniec okresu średniej doro-

słości nie wydaje się być tak obciążającą fazą życia, ponieważ zadania pojawiające się w nim dotyczą głównie utrzymania osiągniętej pozycji życiowej oraz stopniowego przystosowywania się do zmian związanych ze zbliżającą się starością (Brzezińska, 2000).

W badaniach nad depresją osób przewlekle chorych zaobserwowano, że RZS jest schorzeniem najbardziej obniżającym nastrój zarówno w porównaniu z innymi chorobami reumatycznymi (np. chorobą zwyrodnieniową stawów lub fibromialgią) (Bagnato i in., 2006; Viitanen, Ronni, Ala-Peijari, Uoti-Reilama i Kautiainen, 2000), jak i z pozostałymi chorobami przewlekłymi. W przeprowadzonym badaniu wynik powyżej 16 punktów, a więc pozwalający odróżnić osoby niedepresyjne od depresyjnych, zanotowano u 37,5% osób z chorobą niedokrwinną serca, u 39,7% osób z cukrzycą i aż u 66,2% osób z RZS. Odnosząc te wyniki do danych dostępnych w literaturze, można zauważyć, że odnotowany odsetek osób o wysokim poziomie depresji jest zgodny z wynikami przytaczanymi przez innych autorów. W doniesieniach badawczych wskazuje się, że symptomów depresji doświadcza od 15% do 50% pacjentów z chorobą niedokrwinną serca (Rudisch i Nemeroff, 2003; Gruz, de Almeida-Fleck i Polanczyk, 2010), od 6% do 43% pacjentów z cukrzycą typu 1 (Roy i Lloyd, 2012) oraz od 6% do 65% pacjentów z RZS (Mella, Bértolo i Dalgalarondo, 2010).

W związku z tym, że depresja jest najpoważniejszym problemem psychologicznym pacjentów z RZS, najwięcej badań prowadzonych jest w tej populacji chorych. W badaniach logitudinalnych nad przebiegiem depresji u pacjentów z RZS wskazuje się, że w tej grupie chorych ma miejsce kumulowanie się czynników ryzyka, które w znaczny sposób zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia depresji. Na przykład Frederick Wolfe i Kaleb Michaud (2009) podają, że w wyniku tego procesu u około 40% chorych w 9. roku trwania choroby rozpoznaje się depresję. Uwzględniając tę obserwację, można stwierdzić, że w analizowanych badaniach średni czas trwania choroby w grupie pacjentów z RZS wynosił $M = 12,39$ lat, co wskazuje na wysokie ryzyko rozwoju depresji, które znalazło odzwierciedlenie w wynikach przeprowadzonych badań. Próbując wyjaśnić, dlaczego pacjentów z RZS cechuje wysoki poziom depresji, formułuje się dwie hipotezy. Zgodnie z pierwszą z nich pojawiająca się niepełnosprawność i będąca jej konsekwencją niska jakość życia mogą przyczyniać się do wystąpienia symptomów depresyjnych, ponieważ chorzy na co dzień konfrontują się ze swoją bezradnością i bezsilnością. Według drugiej u podstaw depresji znajduje się neuroimmunobiologiczny mechanizm, w którym decydującą rolę odgrywają cytokiny. Zmieniają one przebieg procesów neurochemicznych, blokując wydzielanie serotoniny odpowiedzialnej za przeżywanie pozytywnych stanów emocjonalnych (Mella i in., 2010).

Wysoki odsetek depresji wśród pacjentów z RZS jest poważnym problemem zdrowotnym. Wyniki badań wskazują, że wiąże się on m.in. z gorszym stanem zdrowia i gorszym funkcjonowaniem społecznym, a także z częstszymi rzutami choroby, szybszym jej postępem, większą deformacją stawów, silniejszym znużeniem chorobą oraz niską aktywnością fizyczną, częstszym bezrobociem i większą zależnością od służby zdrowia (Mella i in., 2010).

Analizując współczynnik funkcjonowania dotyczący pełnienia ról społecznych, ponownie odnotowano, że najwięcej trudności z ich wypełnianiem mają pacjenci z RZS. Analiza różnic międzygrupowych wykazała, że chorzy ci wypełniają role społeczne na poziomie zbliżonym do osób z chorobą niedokrwienną serca i znacznie niższym niż chorzy na cukrzycę typu 1. Otrzymany obszar zależności był zgodny z oczekiwaniami. Obserwuje się, że RZS jest chorobą, która zakłóca dynamikę systemów rodzinnych oraz utrudnia wykonywanie pracy zawodowej. Choroba często skutkuje wzrostem liczby i intensywności konfliktów w rodzinie, co często przyczynia się do izolacji społecznej, samotności oraz rozwodów osób chorych (Elstad, Crue i Eriksen, 2005; za: Laidmäe, Leppik, Tulva i Hääl, 2009). Prowadzi to także do sytuacji błędnego koła, ponieważ samotni chorzy doświadczają większego nasilenia symptomów bólowych, co jeszcze bardziej odsuwa ich od innych ludzi. Ze względu na intensywność symptomów chorzy często stają w obliczu konieczności zmniejszenia czasu pracy, zmiany wykonywanego zajęcia, rezygnacji z wykonywania pracy poza domem na rzecz zajęć możliwych do zrealizowania w warunkach domowych, a w skrajnych przypadkach – do rezygnacji z pracy (Lacaille, White, Backman i Gignac, 2007; Geuskens, Burdorf i Hazes, 2007). W tej grupie chorych obserwuje się też zjawisko przeciążenia – gdy w sytuacji silnych dolegliwości bólowych starają się oni realizować zadania wynikające z ról społecznych, często dochodzi do zwiększenia poziomu stresu i obniżenia satysfakcji z życia (Mustafa, Looper, Zelkowitz, Purden i Baron, 2012).

Analiza funkcjonowania społecznego osób z cukrzycą typu 1 dokonywana w literaturze przeważnie ogranicza się do rozważania kwestii, w jaki sposób zachorowanie na cukrzycę zmienia funkcjonowanie systemu rodzinnego. Pytanie to wydaje się zasadne, ponieważ choroba ta jest przeważnie rozpoznawana w dzieciństwie i adolescencji i w związku z tym wymaga takiego przeorganizowania systemu rodzinnego, który będzie sprzyjał opiece nad chorym dzieckiem oraz zapewniał mu normalne warunki rozwoju. W literaturze wskazuje się, że wysoki poziom wsparcia i brak konfliktów sprzyjają funkcjonowaniu rodzin, których członek choruje na cukrzycę (Anderson, Brackett, Ho i Laffel, 1999). W momencie zachorowania, gdy osoby chorujące na cukrzycę typu 1 znajdują się jeszcze w roli dziecka i ucznia, raczej nie stawia się pytania, w jaki sposób fakt zachorowania odbije się na wypeł-

Tabela 26. Typ choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej (jednoczynnikowa ANOVA – test F)
($N = 647$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 644)

Zmienna	Choroba niedokrwienna serca ($n = 208$)	Cukrzyca typu 1 ($n = 229$)	Reumatoidalne zapalenie stawów ($n = 210$)	Analiza efektów międzygrupowych	Statystyki testu F		Siła efektu η^2
					F	p	
Akceptacja choroby	26,12 (6,42)	26,67 (7,35)	22,54 (6,62)	1>3; 2>3	23,137	<0,001	0,067
Natężenie depresji	15,12 (10,62)	15,69 (11,92)	22,58 (12,05)	1<3; 2<3	27,333	<0,001	0,078
Poczucie zadowolenia z życia	23,24 (5,46)	21,53 (5,72)	20,64 (5,91)	1>2; 1>3	11,199	<0,001	0,034
Wypełnianie ról społecznych*	33,64 (9,61)	26,14 (9,65)	34,91 (9,39)	1>2; 2<3	54,621	<0,001	0,145

1 – choroba niedokrwienna serca, 2 – cukrzyca typu 1, 3 – reumatoidalne zapalenie stawów; * wysoki wynik jest wskaźnikiem niskiego poziomu wypełniania ról społecznych.

Źródło: opracowanie własne.

nianiu przez nie ról społecznych ani jak będzie rzutował na ich późniejsze funkcjonowanie społeczne. Sytuacja ta skłania raczej do zastanowienia się, w jaki sposób fakt bycia chorym na cukrzycę wiąże się z podejmowaniem ról społecznych. Inaczej mówiąc: czy bycie chorym na tę chorobę utrudnia podejmowanie ról społecznych w późniejszych fazach życia?

Porównując wartości współczynnika η^2 dla wskaźników funkcjonowania, można zauważyć, że najwyższą wartość ($\eta^2 = 0,145$) osiągnął on w przypadku wypełniania ról społecznych. Wskazuje to na silny efekt, jaki wywiera choroba na ograniczenie wypełniania ról w grupie chorych na RZS i chorobę niedokrwienną serca w porównaniu z osobami z cukrzycą. Do tego wyniku należy jednak podejść ostrożnie, ponieważ osoby chore na cukrzycę były znacznie młodsze niż chorujący na inne choroby. Ich średni wiek nieznacznie przekraczał 30 lat. Chorzy ci znajdowali się w okresie wczesnej dorosłości, a więc w fazie życia, która charakteryzuje się wypełnianiem zadań rozwojowych. Ich realizacja wymaga podjęcia wielu nowych ról społecznych, takich jak rola ojca, matki, męża, żony, pracownika (Brzezińska, 2000). Być może fakt wchodzenia w nowe role społeczne przyczynił się do większego zaangażowania w ich wypełnianie. Poza tym osoby chore na chorobę niedokrwienną serca brały udział w badaniu w sytuacji silnego kryzysu zdrowotnego (były po przebytych zawale serca i/lub operacji kardiologicznej), który mógł znacznie ograniczyć pełnienie przez nie ról społecznych.

Otrzymane wyniki ukazują potencjalne obszary oddziaływań psychologicznych mających na celu poprawę funkcjonowania osób przewlekle chorych. Grupą pacjentów wymagającą największego wsparcia w zakresie codziennej aktywności wydają się być chorzy na RZS. W grupie tej, oprócz oddziaływań psychologicznych mających na celu wykształcenie umiejętności radzenia sobie i życia z bólem (Seo i Sook, 2003), szczególne znaczenie mają interwencje ukierunkowane na radzenie sobie z depresją. Zaobserwowano bowiem, że przeżycie epizodu depresji zwiększa intensywność odczuwanego bólu w przyszłości (Zautra i in., 2007). Ważne wydaje się też tworzenie takich programów, które będą ułatwiały jak najdłuższe pełnienie ról społecznych, zwłaszcza zawodowych. Optymalnym czasem ich realizacji jest wczesna faza choroby, zwana „oknami możliwości”, w której pacjent może jeszcze w miarę sprawnie funkcjonować. Jest to o tyle istotne, że możliwe jest wtedy nabycie nowych umiejętności zawodowych, przebranzowienie się i w konsekwencji dłuższe utrzymanie zatrudnienia (Mustafa, Looper, Zerkowitz, Purden i Baron, 2012). Oddziaływania skoncentrowane na zwiększeniu zaangażowania w wypełnianie ról społecznych po przebytych zawale serca warto uwzględnić w pracy z chorymi na chorobę niedokrwienną serca. Jednak ich realizacja musiałaby wiązać się z wykształceniem takiego wzorca, który nie będzie powodował nadmiernego obciążenia stresowego ani

wywoływał negatywnych emocji, głównie złości powodowanej rywalizacją z innymi ludźmi. U chorych na cukrzycę pierwszoplanowa wydaje się zaś praca nad przywróceniem zadowolenia z życia.

4. Typ choroby przewlekłej a dostępne zasoby

Analizując przebieg transakcji stresowej u osób przewlekłe chorych, wzięto również pod uwagę zasoby mogące modyfikować jej przebieg. Odnotowano różnice w poziomie wszystkich pięciu mierzonych zasobów pomiędzy osobami cierpiącymi na różne schorzenia przewlekłe (tab. 27).

Porównanie poziomu zasobów osób przewlekłe chorych wykazało, że osoby cierpiące na RZS cechuje najniższa dostępność zasobów w sytuacji kryzysu zdrowotnego. Prawidłowość ta potwierdziła się w przypadku poczucia koherencji, poczucia własnej skuteczności, sprężystości psychicznej, wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia oraz wsparcia społecznego. Chorych tych cechuje również największe zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze: inni ludzie i przypadek. Te dwie ostatnie zmienne można potraktować jako deficyty.

Największe różnice zaobserwowano w poziomie poczucia koherencji oraz wewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia. Najwyższe poczucie koherencji cechowało osoby z chorobą niedokrwienną serca, a najniższe – chorujących na RZS. Tomasz Pasikowski (2001a), opracowując Kwestionariusz Orientacji Życiowej, zebrał statystyki opisowe poczucia koherencji uzyskane w różnych badaniach i odnotował, że ich średnia wartość wynosi 132,36 pkt. Na tym tle pacjentów z chorobą niedokrwienną serca charakteryzowały wyniki wyższe o 7,71 pkt, a reumatycznych – niższe o 16,92 pkt. Można więc przyjąć, że u chorych z RZS występuje niedobór poczucia koherencji.

Identyczny rozkład różnic zaobserwowano w przypadku wewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia oraz zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze inni ludzie. Chorych na cukrzycę typu 1 oraz chorobę niedokrwienną serca charakteryzował podobny poziom poczucia własnej skuteczności, sprężystości psychicznej i wsparcia społecznego, lecz znacznie wyższy od wyników odnotowanych w grupie pacjentów z RZS.

Porównując poziom dostępnych zasobów, można dostrzec, że chorych na RZS cechuje najmniejsze natężenie większości zasobów uwzględnionych w badaniu – pięć z siedmiu z nich było na najniższym poziomie. Pozostałe dwa, których poziom był wyższy, wiązały się z przekonaniem o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia, które są raczej deficytami zdrowot-

nyimi obniżającymi motywację chorych do angażowania się w działania służące poprawie zdrowia. Grupą o największej dostępności zasobów są chorzy z chorobą niedokrwienną serca. Charakteryzował ich najwyższy poziom poczucia koherencji, poczucia własnej skuteczności, sprężystości psychicznej i wewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia. Osoby chorujące na cukrzycę najrzadziej podzielały przekonanie, że stan ich zdrowia jest dziełem przypadku.

Uzyskany obraz różnic pomiędzy grupami w zakresie dostępności zasobów nie był zgodny z przewidywaniami. Oczekiwano, że chorzy będą wykazywać podobny poziom postrzeganej dostępności zasobów. W literaturze poświęconej zasobom traktuje się je jako względnie stałe cechy podmiotu i otoczenia (Sęk, 2012). Tymczasem zebrane dane wykazały, że chorzy na odmienne choroby przewlekłe cechuje odmienne postrzeganie dostępności zasobów. Obserwacja ta w pośredni sposób potwierdza hipotezę Stevena E. Hobfolla (2006) o spirali strat, uruchamiającej się w sytuacji przewlekłego stresu. Najwyższy poziom zasobów był bowiem charakterystyczny dla osób chorujących najkrócej, czyli pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Chorowali oni krócej o około 5 lat od chorych na cukrzycę i 6 lat od chorych na RZS (por. rozdział VI). Natomiast najniższy poziom zasobów wykazywała grupa pacjentów chorujących najdłużej, czyli osoby z rozpoznanym RZS (tab. 27).

Zaobserwowane różnice skłaniają do postawienia pytania: Czy zasoby, takie jak poczucie własnej skuteczności, poczucie koherencji, sprężystość psychiczna, są stałymi cechami osoby, czy też jej zmiennymi właściwościami? Autorzy koncepcji tych zasobów traktują je raczej jako stałe właściwości osoby (Antonovsky, 1995; Bandura, 1977; Block i Kremen, 1996). Jeśli tak jest w istocie, to należy się zastanowić, dlaczego odnotowano różnice pomiędzy grupami. Przecież chorowanie na daną chorobę przewlekłą, przy założeniu, że zapadają na nią przypadkowe osoby, nie powinno wiązać się z różnicami w poziomie zasobów. Istnieją trzy hipotezy wyjaśniające to zjawisko. Po pierwsze, hipoteza Hobfolla (2006) o uruchamianej w sytuacji stresu spirali strat i wyczerpywaniu się zasobów w miarę bycia w sytuacji stresu przewlekłego. Po drugie, brak określonych zasobów można potraktować jako czynnik predysponujący do zachorowania na konkretną chorobę. Może to oznaczać, że ludzie z podobnym poziomem zasobów, najczęściej niskim, będą predysponowani do niektórych chorób. Istnieją dane, że poziom zasobów zewnętrznych (dochody, poziom wykształcenia, bycie w związku małżeńskim) jest czynnikiem ryzyka w rozwoju wielu chorób. Danych dotyczących roli zasobów wewnętrznych zgromadzono do tej pory niewiele. W takim ujęciu ciekawe byłoby rozważenie, czy niedobór określonych zasobów można potraktować jako czynnik ryzyka w danej chorobie przewlekłej. Innymi słowy, powstaje problem, czy osoby chorujące na różne choroby

Tabela 27. Typ choroby a zasoby w chorobie przewlekłej (jednoczynnikowa ANOVA – test F)
($N = 647$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 644)

Zmienna	Choroba niedokrwienna serca ($n = 208$)	Cukrzyca typu 1 ($n = 229$)	Reumatoidalne zapalenie stawów ($n = 210$)	Analiza efektów międzygrupowych	Statystyki testu F		Siła efektu η^2
					F	p	
Poczucie koherencji	140,07 (22,89)	131,69 (22,82)	115,44 (11,71)	1>2; 1>3; 2>3	82,705	<0,001	0,204
Poczucie własnej skuteczności	31,32 (4,61)	30,28 (4,56)	28,74 (5,16)	1>3; 2>3	15,521	<0,001	0,046
Sprężystość psychiczna	42,37 (6,75)	41,94 (6,28)	40,19 (7,98)	1>3; 2>3	5,700	0,004	0,017
Wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia	25,32 (4,91)	23,58 (5,44)	19,84 (6,15)	1>2; 1>3; 2>3	53,956	<0,001	0,144
Zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia – inni ludzie	25,15 (5,63)	20,42 (5,48)	22,98 (5,33)	1>2; 1>3; 2<3	40,774	<0,001	0,112
Zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia – przypadek	20,42 (6,69)	18,70 (5,72)	20,94 (5,99)	1>2; 2<3	8,086	<0,001	0,024
Wsparcie społeczne	58,29 (9,44)	59,19 (8,45)	54,72 (12,00)	1>3; 2>3	11,939	<0,001	0,036

1 – choroba niedokrwienna serca, 2 – cukrzyca typu 1, 3 – reumatoidalne zapalenie stawów.

Źródło: opracowanie własne.

przewlekłe w momencie rozpoznania choroby wykazują różny poziom zasobów. I po trzecie, być może jest tak, że zasoby, które zwykliśmy traktować jako względnie stałe cechy osoby, w rzeczywistości są przeżywanym przez ludzi stanem odnoszącym się do rozumienia rzeczywistości. Rozwiązanie tego problemu wymaga jednak przeprowadzenia analizy na bazie metody latentnych stanów-cech (*latent state-trait method*) (Courvoisier, Nussbeck, Eid, Geiser i Cole, 2006).

Uzyskane wyniki wskazują, że RZS jest chorobą, która w największym stopniu obciąża osoby na nią chorujące. Przy wysokich wymaganiach stawianych przez tę chorobę chorujący na nią wskazują najmniejszą dostępność zasobów. Chorych tych charakteryzuje najniższy poziom poczucia koherencji, poczucia własnej skuteczności, sprężystości psychicznej, wewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia oraz wsparcia społecznego. Brak dostępnych zasobów może częściowo tłumaczyć niski poziom funkcjonowania emocjonalnego pacjentów z RZS, ponieważ wyniki badań wskazują, że niedostępność zasobów jest istotnym predyktorem depresji i lęku (Dirik i Karanci, 2010).

W związku z tym pacjenci z RZS powinni być poddawani oddziaływaniom mającym na celu przywracanie zasobów wyczerpywanych w czasie trwania choroby. Można im zalecić przede wszystkim posługiwanie się poznawczymi interwencjami ukierunkowanymi na percepcję utraty zasobów (Dirik i Karanci, 2010). W pracy z tą grupą pacjentów warto skupić się na budowaniu zasobów, zwłaszcza poczucia własnej skuteczności, umiejętności elastycznego dobierania strategii radzenia sobie do pojawiającej się trudności oraz przywracaniu poczucia wewnętrznego wpływu na stan swojego zdrowia i szerzej na własne życie. Planując interwencję, należy dostosować ją do stanu zdrowia chorego, a zwłaszcza ograniczeń spowodowanych przez chorobę. Poprawa funkcjonowania chorego może bowiem nastąpić jedynie w sytuacji, gdy stawiane przed nim zadania nie będą przekraczać jego fizycznych możliwości.

5. Różnice w funkcjonowaniu osób przewlekłe chorych – najważniejsze wnioski

Powyżej zaprezentowano różnice w przebiegu poszczególnych faz transakcji stresowej u osób chorujących na chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę typu 1 oraz reumatoidalne zapalenie stawów. Najważniejsze wnioski wynikające z przeprowadzonej analizy można zawrzeć w postaci następujących stwierdzeń.

Uzyskane wyniki przemawiają za traktowaniem sytuacji choroby przewlekłej jako specyficznego obciążenia. Analizy wykazały, że u chorych na różne choroby przewlekłe transakcja stresowa przebiega w odmienny sposób. Zróznicowanie to dotyczyło oceny sytuacji choroby przewlekłej, aktywności w jej trakcie (w najmniejszym stopniu), konsekwencji choroby oraz postrzeganej dostępności zasobów. Skłania to do przypuszczenia, że odmiennie czynniki będą wyznaczać poziom funkcjonowania poszczególnych chorych i implikuje postawienie pytania, jakie zmienne są istotne dla dobrego funkcjonowania chorych na różne schorzenia (por. rozdział VIII).

Najwięcej podobieństw odnotowano, porównując aktywność osób chorych. Może to oznaczać, że istnieje uniwersalna część wzorca radzenia sobie z chorobą przewlekłą. Obejmuje ona radzenie sobie skoncentrowane na problemie oraz strategię związane z przewartościowywaniem oraz akceptowaniem sytuacji choroby – wszyscy chorzy stosunkowo często sięgali po te strategie. Prawdopodobnie jest ona wykorzystywana w sytuacji, gdy choroba nie jest jeszcze zaawansowana i nie niesie ryzyka znacznego upośledzenia funkcjonowania. Natomiast gdy choroba przewlekła poczyniła już znaczne spustoszenie w organizmie (chorzy na RZS), częściej wykorzystywane są dysfunkcjonalne strategie radzenia sobie, mające na celu zdystansowanie się od problemu i zmniejszenie poziomu napięcia, często w sposób obarczony negatywnymi konsekwencjami.

Przebieg transakcji stresowej, pomimo istniejących różnic, jest podobny u osób z cukrzycą typu 1 i chorobą niedokrwienną serca. Różni się jednak znacznie od tego, w jaki sposób osoby chore na RZS zmagają się z sytuacją własnej choroby. Zaobserwowane różnice warto uwzględnić, planując oddziaływania skierowane do poszczególnych grup pacjentów. Otrzymane wyniki wskazują bowiem, że pacjenci odmiennie postrzegają swoją chorobę, w inny sposób są aktywni w jej trakcie, a także zmagają się z różnymi jej konsekwencjami. Najbardziej złożonym i kompleksowym interwencjom powinni być poddani pacjenci chorujący na RZS. Proponowane działania należałoby ukierunkować na modyfikowanie sposobu rozumienia przez nich choroby, stymulowanie zmiany aktywności w jej trakcie na mniej dysfunkcjonalną oraz rozbudowywanie zasobów (Sęk i Frydrychowicz, 2009). Do chorych na cukrzycę i chorobę niedokrwienną serca powinny być adresowane bardziej specyficzne interwencje. Celem pracy z osobami z rozpoznaną cukrzycą mogłyby być oddziaływania w kierunku zwiększenia zadowolenia z życia, zmniejszenie napięcia związanego ze świadomością przewlekłości choroby oraz stymulowanie zmiany stylu życia. Z kolei w pracy z pacjentami z chorobą niedokrwienną serca po zażegnaniu kryzysu zdrowotnego ważne byłoby zachęcanie ich do ponownego podejmowania ról społecznych oraz utrzymywania gotowości do zachowań sprzyjających zdrowiu.

Ograniczeniem niniejszych rozważań jest trudność w odniesieniu otrzymanych wyników do prowadzonych wcześniej badań. W analizowanych bazach danych (PsyncARTICLES i Psychoinfo) brakuje tekstów porównujących funkcjonowanie osób chorujących na odmienne schorzenia. Istnieje też duża rozbieżność w liczbie tekstów poświęconych danemu schorzeniu. Najwięcej publikacji dotyczy osób z RZS, a najmniej – osób z cukrzycą typu 1, na dodatek dotyczą one głównie populacji dzieci i młodzieży oraz ich rodziców. Utrudnieniem w odniesieniu uzyskanych wyników do wcześniejszych obserwacji jest też stosowanie różnych narzędzi mierzących to samo zjawisko (np. radzenie sobie lub satysfakcję z życia).

ROZDZIAŁ VIII

WYZNACZNIKI FUNKCJONOWANIA OSÓB PRZEWLEKLE CHORYCH

Wprowadzenie

Kolejny problem podjęty w badaniach dotyczył determinant funkcjonowania w sytuacji choroby przewlekłej. Aby zidentyfikować niespecyficzną konfigurację czynników sprzyjających aktywności w sytuacji choroby przewlekłej, przeprowadzono dwustopniową analizę skupień. Miała ona na celu wyłonienie odrębnych wzorców funkcjonowania, a następnie porównanie uzyskanych grup chorych pod względem sposobu oceny choroby przewlekłej, aktywności w niej oraz postrzeganej dostępności zasobów. Specyficzne czynniki związane z życiem w chorobie przewlekłej zostały zidentyfikowane na podstawie analizy regresji i analizy ścieżek.

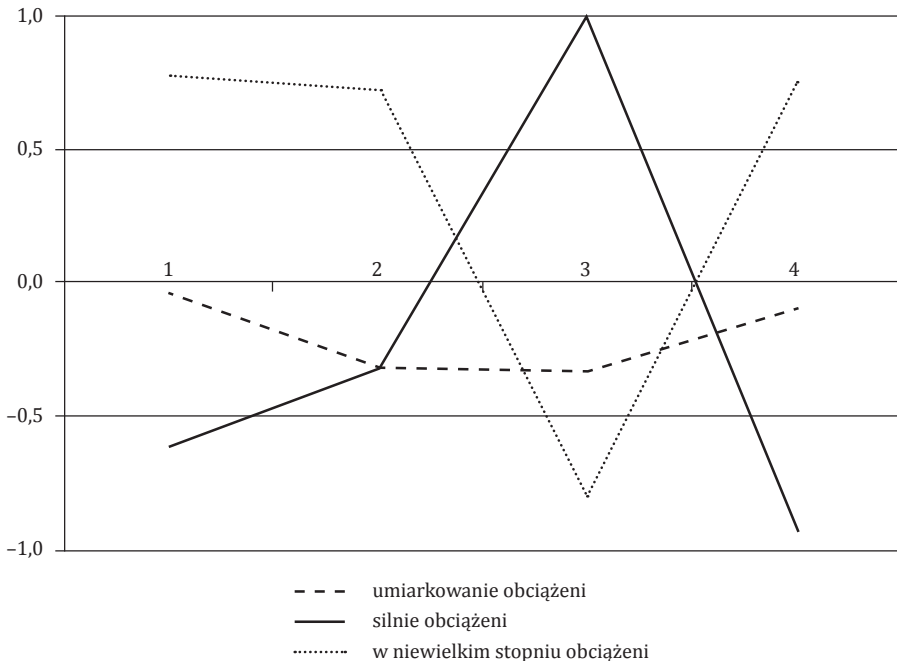
1. Niespecyficzne czynniki związane z funkcjonowaniem w chorobie przewlekłej

Aby zidentyfikować odmienne wzorce funkcjonowania w chorobie przewlekłej, przeprowadzono dwustopniową procedurę analizy skupień (Gore, 2000). Przed jej wykonaniem usunięto przypadki odstające: dwa jednozmiennowe (wyniki powyżej lub poniżej trzeciego odchylenia standardowego od średniej na którymś z czterech aspektów aktywności) i 61 przypadków wielozmiennowych (duża odległość Mahalanobisa; $p < 0,001$), a następnie wystandaryzowano wyniki osób badanych w poszczególnych aspektach funkcjonowania.

W pierwszej kolejności przeprowadzono hierarchiczną analizę skupień metodą aglomeracji Warda, opartą na kwadracie odległości euklidesowej, wyodrębniając: trzy, cztery, pięć oraz sześć skupień, które zostały ocenione pod względem ich trafności teoretycznej, kryterium „ekonomicznego” (każ-

de skupienie musiało odznaczać się inną konfiguracją wymiarów, a nie jedynie ich natężeniem) oraz procentu wariancji poszczególnych wymiarów wyjaśnianych przez skupienia (nie mniej niż 50% wyjaśnionej wariancji każdego z wymiarów). Na podstawie tych kryteriów zdecydowano, że optymalnym rozwiązaniem są trzy skupienia.

Drugi etap analizy polegał na zastosowaniu wstępnych centrów skupień dla trzech skupień wyodrębnionych w analizie hierarchicznej jako punkty startowe dla wykonywanej analizy skupień metodą *k*-średnich. Uzyskane rozwiązanie (rys. 7) pozwoliło na wyjaśnienie co najmniej 50% wariancji każdego wziętego pod uwagę aspektu funkcjonowania ($\eta^2 > 0,50$).



1 – akceptacja choroby; 2 – poczucie zadowolenia z życia; 3 – natężenie depresji; 4 – wypełnianie ról społecznych

Rysunek 7. Skupienia funkcjonowania w chorobie przewlekłej – wyniki analizy skupień metodą *k*-średnich

Źródło: opracowanie własne.

Najliczniejszą grupę osób stanowili chorzy umiarkowanie obciążeni chorobą ($n = 213$; 36,47%). Deklarują oni przeciętną akceptację choroby, zadowolenie z życia, natężenie depresji oraz wypełnianie ról społecznych. W grupie określonej jako w niewielkim stopniu obciążona chorobą znalazły

się ($n = 200$; 34,25%) osoby akceptujące swoją chorobę, zadowolone z życia, nieuskarżające się na symptomy depresji oraz wypełniające role społeczne. Skupienie określone jako silnie obciążeni chorobą było najmniej liczne ($n = 171$; 29,28%). Tworzyły je osoby, które w niewielkim stopniu akceptowały własną chorobę i wypełniały role społeczne, cechowało je umiarkowane zadowolenie z życia oraz wysokie nasilenie depresji. W grupie osób w niewielkim stopniu obciążonych przeważali chorzy na cukrzycę typu 1 ($n = 98$; 49%), w grupie umiarkowanie obciążonych znalazło się wiele osób cierpiących na chorobę niedokrwienną serca ($n = 82$; 38,5%), a wśród silnie obciążonych przeważały osoby z RZS ($n = 97$; 56,7%) ($\chi^2 = 76,932$; $df = 4$; $p < 0,001$) (tab. 28).

Wyodrębnione grupy różniły się między sobą pod względem zmiennych socjodemograficznych. W grupie osób w niewielkim stopniu obciążonych chorobą znalazły się osoby najmłodsze, a w grupie osób silnie obciążonych – osoby najstarsze ($M_I = 47,48$; $SD_I = 16,45$; $M_{II} = 53,53$; $SD_{II} = 15,66$; $M_{III} = 52,87$; $SD_{III} = 17,09$; $F = 19,368$; $df_{wew} = 581$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,106$). Osoby w niewielkim stopniu obciążone chorobą cechował także krótszy czas chorowania w porównaniu z osobami silnie obciążonymi ($M_I = 9,62$; $SD_I = 9,46$; $M_{II} = 11,29$; $SD_{II} = 10,18$; $M_{III} = 8,77$; $SD_{III} = 7,59$; $F = 3,464$; $df_{wew} = 569$; $p = 0,032$; $\eta^2 = 0,077$).

Porównywane grupy chorych różniły się też poziomem wykształcenia ($\chi^2 = 33,756$; $df = 12$; $p < 0,001$), miejscem zamieszkania ($\chi^2 = 26,665$; $df = 8$; $p = 0,001$) i statusem zawodowym ($\chi^2 = 51,473$; $df = 14$; $p < 0,001$). Wśród pacjentów w niewielkim stopniu obciążonych chorobą najwięcej było osób z wykształceniem wyższym ($n = 61$; 31%), mieszkających w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców ($n = 64$; 32,2%) i aktywnych zawodowo ($n = 102$; 51,3%), a w grupie silnie obciążonych najwięcej osób ($n = 112$; 66,3%) miało wykształcenie zawodowe lub podstawowe, mieszkało w niewielkim mieście do 50 tys. mieszkańców ($n = 56$; 33,1%) i było na emeryturze lub rencie ($n = 93$; 55,5%). W grupie chorych umiarkowanie obciążonych przeważały osoby z wykształceniem wyższym ($n = 51$; 23,9%), mieszkające w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców ($n = 53$; 25,2%), aktywne zawodowo ($n = 94$; 44,5%). Wyodrębnione grupy okazały się homogeniczne pod względem płci ($\chi^2 = 5,863$; $df = 2$; $p = 0,053$) oraz stanu cywilnego ($\chi^2 = 15,449$; $df = 10$; $p = 0,117$).

Pomiędzy skupieniami zaobserwowano różnice w zakresie subiektywnych cech choroby przewlekłej (tab. 28), aktywności w trakcie choroby (tab. 29) oraz w poziomie postrzeganych zasobów (tab. 30).

Charakterystyka grupy osób w niewielkim stopniu obciążonych chorobą. Chorzy z tej grupy nie koncentrowali się nadmiernie na objawach choroby, odczuwali ich niewiele lub wcale. Nie zaburzały one zbytnio ich

Tabela 28. Przynależność do skupienia funkcjonowanie a przekonania na temat choroby (jednoczynnikowa ANOVA – test *F*)
(*N* = 584, *df* międzygrupowe = 2, *df* wewnątrzgrupowe = 581)

Zmienna	Umiarkowanie obciążeni (<i>n</i> = 213)	Silnie obciążeni (<i>n</i> = 171)	W niewielkim stopniu obciążeni (<i>n</i> = 200)	Analiza efektów międzygrupowych	Statystyki testu <i>F</i>		Siła efektu η^2
					<i>F</i>	<i>p</i>	
Subiektywne cechy choroby:							
- percepcja objawów	3,82 (2,66)	4,66 (2,72)	2,95 (2,38)	1 < 2; 1 > 3; 2 > 3	20,245	< 0,001	0,032
- przekonania na temat choroby	23,48 (4,44)	22,57 (4,13)	23,14 (5,30)		1,826	0,162	-
- postrzegana ostrość - chroniczność	21,79 (3,35)	22,60 (3,81)	19,71 (3,74)	1 > 3; 2 > 3	32,053	< 0,001	0,092
- postrzegane konsekwencje	21,32 (4,56)	19,81 (3,82)	23,32 (4,59)	1 > 2; 1 > 3; 2 > 3	30,376	< 0,001	0,100
- postrzegana samokontrola	18,72 (2,85)	17,03 (3,28)	19,89 (2,96)	1 > 2; 1 < 3; 2 < 3	41,402	< 0,001	0,063
- poczucie spójności	17,43 (3,47)	15,48 (3,51)	19,16 (3,99)	1 > 2; 1 < 3; 2 < 3	46,197	< 0,001	0,107
- postrzegana częstość występowania objawów	12,51 (2,74)	13,33 (2,61)	11,50 (3,09)	1 < 2; 1 > 3; 2 > 3	19,393	< 0,001	0,072
- reprezentacja emocjonalna	18,95 (4,32)	22,10 (4,71)	16,09 (5,00)	1 < 2; 1 > 3; 2 > 3	76,205	< 0,001	0,126
Postrzegane przyczyny choroby:							
- psychologiczne	15,22 (4,67)	17,05 (4,82)	13,76 (4,65)	1 < 2; 1 > 3; 2 > 3	22,561	< 0,001	0,064
- czynniki ryzyka	17,58 (4,72)	18,09 (4,66)	16,48 (4,93)	2 > 3	5,572	0,004	0,064
Zobiektywizowane cechy choroby: dokuczliwość choroby	6,77 (2,31)	7,56 (2,43)	6,99 (2,67)	1 < 2	5,002	0,007	0,035

1 - grupa umiarkowanie funkcjonujących, 2 - grupa źle funkcjonujących, 3 - grupa dobrze funkcjonujących.

Źródło: opracowanie własne.

aktywności. Nie rozmyślali też wiele o negatywnych konsekwencjach stanu swojego zdrowia i nie obawiali się nawrotu choroby. Podzielali natomiast przekonanie, że dzięki własnym działaniom mogą wpłynąć na stan swojego zdrowia oraz aktywnie włączyć się w proces leczenia. Twierdzili także, iż rozumieją własną chorobę. Nie wywoływała ona w nich zbyt wielu emocji negatywnych, takich jak lęk i złość.

W niewielkim stopniu obciążeni w zmaganiu się z chorobą wykorzystywali różne strategie radzenia sobie. Korzystali zarówno ze strategii skoncentrowanych na problemie, takich jak aktywne radzenie sobie i planowanie, jak i strategii skoncentrowanych na emocjach, potrafili przewartościować sytuację, w której się znaleźli oraz sięgać po wsparcie emocjonalne. Stosunkowo rzadko zaś radzili sobie z chorobą przez angażowanie się w religię. Nie korzystali też zbyt często ze strategii określonych jako dysfunkcjonalne; nie zaprzeczają więc istniejącemu problemowi, nie radzą sobie z napięciem za pomocą substancji psychoaktywnych ani nie przestają być aktywni pomimo trudności.

Są to chorzy, którzy zauważają, że posiadają wiele zasobów, które są użyteczne w trakcie radzenia sobie z chorobą. Charakteryzował ich najwyższy poziom poczucia koherencji, poczucia własnej skuteczności, sprężystości psychicznej i wewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia. Poziom deficytu zewnętrznego poczucia kontroli zdrowia na wymiarze przypadku i inni ludzie był zaś u nich najniższy.

Charakterystyka osób w umiarkowany sposób obciążonych. Wyniki charakteryzujące tę grupę chorych wydają się szczególnie interesujące, ponieważ osoby ją tworzące posiadają cechy, które z jednej strony chronią je przed złym funkcjonowaniem w sytuacji choroby przewlekłej (podobieństwo do osób w niewielkim stopniu obciążonych chorobą), a z drugiej – predysponują do złego funkcjonowania (podobieństwo do osób silnie obciążonych).

Osoby zakwalifikowane do skupienia w umiarkowany sposób obciążonych, podobnie jak osoby w niewielkim stopniu obciążone chorobą, niezbyt często zwracały się ku religii, radząc sobie z problemem, nie angażowały się w czynności zastępcze ani nie zaprzeczały występującym trudnościom. Rzadziej natomiast aktywnie radziły sobie z chorobą oraz wykorzystywały strategie skoncentrowane na emocjach, zwłaszcza nie potrafiły dostrzec możliwego do uzyskania wsparcia emocjonalnego. Cechował je zdecydowanie niższy poziom zasobów w porównaniu z grupą osób dobrze funkcjonujących. Można więc zaryzykować stwierdzenie, że niewielka koncentracja na problemie oraz brak postrzeganych zasobów są czynnikami, które uniemożliwiają tym osobom dobre funkcjonowanie w chorobie.

Tabela 29. Przynależność do skupienia funkcjonowanie a aktywność w chorobie przewlekłej (jednoczynnikowa ANOVA – test F)
($N = 584$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 581)

Zmienna	Umiarkowanie obciążeni ($n = 213$)	Silnie obciążenia ($n = 171$)	W niewielkim stopniu obciążeni ($n = 200$)	Analiza efektów międzygrupowych	Statystyki testu F		Siła efektu η^2
	$M (SD)$				F	p	
Radzenie sobie skoncentrowane na problemie:	11,50 (3,16)	11,49 (2,98)	12,15 (3,07)		2,950	0,053	–
– aktywne radzenie sobie	4,07 (1,22)	3,95 (1,18)	4,52 (1,24)	1<3; 2<3	11,589	<0,001	0,045
– planowanie	4,11 (1,33)	3,88 (1,28)	4,26 (1,26)	2<3	3,991	0,019	0,021
– poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	3,32 (1,52)	3,66 (1,55)	3,36 (1,59)		2,510	0,082	–
Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach:	14,71 (4,12)	15,42 (5,50)	15,89 (4,62)	1<3	3,266	0,039	0,088
– pozytywne przewartościowanie	3,55 (1,23)	3,31 (1,52)	3,80 (1,28)	2<3	6,078	0,002	0,036
– akceptacja	4,01 (1,18)	3,84 (1,39)	4,03 (1,30)		1,209	0,299	–
– zwrot ku religii	1,91 (1,81)	2,89 (1,96)	2,16 (1,87)	1<2; 2>3	13,680	<0,001	0,012
– poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	3,44 (1,56)	3,48 (1,60)	3,85 (1,60)	1<3	4,084	0,017	0,033
Dysfunkcjonalne radzenie sobie:	11,43 (5,02)	14,88 (5,17)	10,04 (4,60)	1<2; 1>3; 2>3	46,428	<0,001	0,082
– czynności zastępcze	2,97 (1,50)	3,34 (1,48)	3,11 (1,57)	1<2	2,892	0,056	–
– zaprzeczanie	1,82 (1,53)	2,48 (1,49)	1,47 (1,56)	1<2; 2>3	20,699	<0,001	0,028
– zażywanie substancji psychoakt.	0,62 (1,08)	1,01 (1,51)	0,24 (0,60)	1<2; 1>3; 2>3;	22,169	<0,001	0,038
– zaprzestanie działań	1,42 (1,16)	2,20 (1,41)	1,10 (1,17)	1<2; 1>3; 2>3	37,236	<0,001	0,030
Zachowania zdrowotne	62,04 (11,26)	63,30 (12,79)	63,69 (11,76)		1,074	0,342	–

1 – grupa umiarkowanie funkcjonujących, 2 – grupa źle funkcjonujących, 3 – grupa dobrze funkcjonujących.

Źródło: opracowanie własne.

Osoby w umiarkowany sposób obciążone, podobnie jak te silnie obciążone, koncentrowały się na konsekwencjach choroby. Nie radziły sobie w aktywny sposób z problemem ani nie korzystały ze wsparcia emocjonalnego. Cechowała je również podobna trudność w doborze strategii radzenia sobie do istniejącego problemu oraz brak przekonania o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia.

Charakterystyka osób silnie obciążonych. Osoby tworzące tę grupę odczuwały wiele objawów choroby, koncentrowały się na jej konsekwencjach i potencjalnie negatywnym wpływie na życie. Nie rozumiały swojej choroby i przewidywały, że czekają je w przyszłości nawroty. Ponadto postrzegały chorobę jako sytuację, na którą nie mają wpływu. Nie widziały też możliwości aktywnego włączenia się w proces leczenia ani szansy na poprawę stanu swojego zdrowia. Uważały również, że zachorowały na skutek ekspozycji na czynniki ryzyka oraz z uwagi na swoje predyspozycje psychiczne.

Osoby silnie obciążone najczęściej posługiwały się dysfunkcjonalnymi strategiami radzenia sobie, takimi jak: zaprzestanie działania, sięganie po substancje psychoaktywne czy zaprzeczanie istniejącym trudnościom. Chorzy ci stosunkowo rzadko sięgali po aktywne sposoby radzenia sobie oraz w porównaniu z osobami dobrze funkcjonującymi rzadziej planowali swoją aktywność. Co ciekawe, tak samo często jak osoby w niewielkim stopniu obciążone, wykorzystywali strategie radzenia sobie skoncentrowane na emocjach i czynili to częściej niż osoby umiarkowanie funkcjonujące w chorobie.

Chorzy znajdujący się w grupie silnie obciążonych deklarowali zdecydowanie najniższy poziom postrzeganych zasobów. W porównaniu z osobami dobrze i umiarkowanie funkcjonującymi cechował ich niższy poziom poczucia koherencji i poczucia własnej skuteczności oraz silniejsze przekonanie o wewnętrznych źródłach kontroli zdrowia, zarówno na wymiarze przypadku, jak i inni ludzie. Poziom sprężystości psychicznej i przekonanie o wewnętrznym poczuciu umiejscowienia kontroli zdrowia był niższy w porównaniu z osobami w niewielkim stopniu obciążonymi. Poziom tych dwóch zasobów był porównywalny z ich wielkością deklarowaną przez osoby umiarkowanie obciążone.

Zgodnie z założeniami okazało się, że zmienne związane z poszczególnymi etapami przebiegu transakcji stresowej wyjaśniały zróżnicowanie w zakresie funkcjonowania osób przewlekle chorych. Zróżnicowanie to przejawiało się w odmiennym postrzeganiu sytuacji choroby przewlekłej, różnorodności stosowanych strategii radzenia sobie oraz innym poziomie postrzeganej dostępności zasobów.

Biorąc pod uwagę wielkość efektu, najsilniejsze różnice odnotowano w zakresie postrzeganej dostępności zasobów. Zasobami, których postrzeganą dostępnością najsilniej różniły się porównywane grupy, były poczucie

koherencji ($\eta^2 = 0,315$) i wsparcie społeczne ($\eta^2 = 0,139$). Wśród przekonań na temat choroby największe różnice dotyczyły emocjonalnej reakcji na chorobę ($\eta^2 = 0,126$) oraz poczucia, że się ją rozumie ($\eta^2 = 0,107$). Wynika z tego, że poziom funkcjonowania osób w sytuacji choroby przewlekłej jest wyznaczany głównie przez to, w jaki sposób postrzegają oni dostępność zasobów, które mogą być przydatne w radzeniu sobie z chorobą przewlekłą. Wyniki te potwierdzają tezę, że dostępność zasobów jest jednym z kluczowych elementów determinujących efekt transakcji stresowej.

Druga grupa czynników, która pozwala przewidywać, jak człowiek dotknięty chorobą przewlekłą będzie z nią funkcjonować, odnosi się do postrzegania i rozumienia sytuacji, w której się znalazł. Obserwacja ta potwierdza podstawową tezę poznawczo-fenomenologicznego ujęcia stresu, że od rozumienia sytuacji stresowej i znaczenia, jakie się jej nadaje, zależy przebieg transakcji stresowej (Lazarus i Folkman, 1984). W przeprowadzonych analizach założenie to znalazło potwierdzenie w zróżnicowanym postrzeganiu subiektywnych i zobiektywizowanych cech krytycznego wydarzenia życiowego, jakim jest choroba przewlekła. Wydaje się, że większe znaczenie mają cechy subiektywne, ponieważ różnicowały one w większości przypadków wszystkie wyodrębnione grupy. Dotyczyły rozumienia tego, czym jest choroba, jak będzie ona przebiegać, jakie będą jej konsekwencje, skąd się wzięła oraz reakcji emocjonalnej na fakt zachorowania. Różnicy w postrzeganiu swojej choroby nie odnotowano jedynie w aspekcie reprezentacji choroby odnoszącym się do wymiaru choroba ostra vs. chroniczna. Nie oczekiwano jednak w tym przypadku różnic, ponieważ wszyscy badani byli chorzy przewlekłe. Uzyskane wyniki okazały się więc zgodne z wcześniejszymi obserwacjami, które potwierdzały znaczenie obrazu własnej choroby dla różnych aspektów funkcjonowania osób przewlekłe chorych (Scharloo i in., 1999; Schiaffino, Shawaryn i Blum, 1998; Murphy, Dickens, Creed i Bernstein, 1999; Watkins i in., 2000).

Zobiektywizowane cechy choroby przewlekłej pozwoliły na odróżnienie poziomu funkcjonowania grupy źle funkcjonującej od grupy umiarkowanie funkcjonującej. Wynik ten świadczy o tym, że po pierwsze, konstrukt ten jest jednowymiarowy. W zestawieniu z bardzo rozbudowaną pod względem treściowym koncepcją reprezentacji choroby wydaje się ubogi. Być może jest to właściwość krytycznego wydarzenia życiowego, która wymaga ponownej operacjonalizacji z uwzględnieniem różnych potencjalnych wymiarów. Po drugie, być może jest tak, że nie trzeba uwzględniać zobiektywizowanych cech krytycznego wydarzenia życiowego, by zrozumieć funkcjonowanie osób w sytuacji przeciążenia. Może uwzględnienie cech obiektywnych krytycznego wydarzenia życiowego związanych z jego charakterystyką oraz cech subiektywnych odnoszących się do rozumienia wydarzenia przez

Tabela 30. Przynależność do skupienia funkcjonowanie a zasoby w chorobie przewlekłej (jednoczynnikowa ANOVA – test *F*)
(*N* = 584, *df* międzygrupowe = 2, *df* wewnątrzgrupowe = 581)

Zmienna	Umiarkowanie obciążeni (<i>n</i> = 213)	Silnie obciążeni (<i>n</i> = 171)	W niewielkim stopniu obciążeni (<i>n</i> = 200)	Analiza efektów międzygrupowych	Statystyki testu <i>F</i>		Siła efektu η^2
					<i>F</i>	<i>p</i>	
Poczucie koherencji	125,47 (18,49)	120,32 (16,02)	142,70 (23,71)	1>2; 1<3; 2<3	67,102	<0,001	0,315
Poczucie własnej skuteczności	29,71 (4,37)	28,32 (4,88)	32,35 (3,95)	1>2; 1<3; 2<3	41,095	<0,001	0,106
Sprężystość psychiczna	40,94 (6,06)	39,83 (7,60)	43,96 (6,46)	1<3; 2<3	19,570	<0,001	0,121
Wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia	22,64 (5,85)	22,12 (5,42)	24,21 (5,87)	1<3; 2<3	6,854	0,001	0,087
Zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia – inni ludzie	22,39 (5,73)	23,72 (5,20)	22,34 (5,97)		3,469	0,032	0,078
Zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia – przypadek	20,05 (5,79)	21,79 (5,67)	18,06 (6,24)	1<2; 1>3; 2>3	18,462	<0,001	0,099
Wsparcie społeczne	57,02 (9,27)	53,39 (10,82)	61,27 (9,33)	1>2; 1<3; 2<3	30,261	<0,001	0,139

1 – grupa umiarkowanie funkcjonujących, 2 – grupa źle funkcjonujących, 3 – grupa dobrze funkcjonujących.

Źródło: opracowanie własne.

osobę znajdującą się pod jego wpływem jest wystarczające do zrozumienia i przewidywania funkcjonowania ludzi.

Wydaje się, że poziom funkcjonowania osób przewlekle chorych jest w mniejszym stopniu różnicowany przez wybierane formy aktywności (zachowania zdrowotne, strategie radzenia sobie). Odnotowane współczynniki efektu η^2 były najmniejsze w przypadku analizy różnic w aktywności w trakcie choroby. Bez względu na to, w jaki sposób chorzy są obciążeni przez chorobę, nie różnią się pod względem posługiwania się strategiami radzenia sobie skoncentrowanymi na problemie. Istnieje bowiem więcej podobieństw niż różnic w formach aktywności osób przewlekle chorych – na możliwe do zaobserwowania czterdzieści pięć różnic w formach aktywności istotnych okazało się jedynie osiemnaście. Uogólniając, można więc powiedzieć, że odnotowane różnice przejawiające się w tym, że chorzy zaliczeni do grupy osób w niewielkim stopniu obciążonych posługiwali się częściej (w porównaniu ze źle i umiarkowanie funkcjonującymi) niektórymi ze strategii wchodzących w skład kategorii skoncentrowane na problemie, skoncentrowane na emocjach i rzadziej strategiami dysfunkcjonalnymi.

Bez względu, na jaką chorobę jest się chorym, poziom funkcjonowania wyznaczany jest bowiem przez postrzeganą dostępność zasobów oraz rozumienie i ustosunkowanie się do swojej sytuacji życiowej. Mniejsze znaczenie ma natomiast podejmowana aktywność w jej trakcie.

2. Specyficzne czynniki związane z funkcjonowaniem w chorobie przewlekłej

Konfiguracja czynników specyficznych, które są związane z funkcjonowaniem w chorobie przewlekłej, została określona na podstawie przeprowadzonej analizy regresji, natomiast zależności między nimi zostały zidentyfikowane na podstawie analizy ścieżek.

2.1. Predyktory funkcjonowania w chorobie przewlekłej

W celu identyfikacji zmiennych powiązanych z funkcjonowaniem w sytuacji choroby przewlekłej zaprojektowano i obliczono cztery równania regresji, oddzielnie dla każdej z grup chorych. Po stronie zmiennych zależnych umieszczono kolejno: (1) akceptację choroby, (2) satysfakcję z życia, (3) natężenie depresji, (4) wypełnianie ról społecznych, natomiast po stronie zmiennych niezależnych uwzględniono zmienne związane z:

(1) postrzeganiem stresorów, w tym ich cechami subiektywnymi, takimi jak: (1a) istota choroby (*identity*), (1b) czas trwania choroby, (1c) kon-

sekwencje choroby, (1d) przebieg choroby, (1e) możliwość kontrolowania stanu zdrowia poprzez własne zachowanie, (1f) możliwość oddziaływania na stan zdrowia poprzez leczenie, (1g) poczucie zrozumienia choroby, (1h) emocjonalna reakcja na chorobę; wyjaśnienie przyczyn choroby na podstawie: (1i) czynników psychologicznych, (1j) działających czynników ryzyka, (1k) funkcjonowania układu odpornościowego, (1l) wypadku lub przypadku oraz jego cech zobiektywizowanych, (1m) dokuczliwości choroby;

(2) aktywnością w chorobie przewlekłej: (2a) aktywne radzenie sobie, (2b) planowanie, (2c) pozytywne przewartościowanie, (2d) akceptacja, (2e) zwrot ku religii, (2f) poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, (2g) poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, (2h) czynności zastępcze, (2i) zaprzeczanie, (2j) zażywanie substancji psychoaktywnych, (2k) zaprzestanie działań, (2l) obwinianie się, (2m) zachowania zdrowotne w sytuacji choroby;

(3) zasobami: (3a) poczucie koherencji, (3b) sprężystość psychiczna, (3c) poczucie własnej skuteczności, (3d) poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, (3e) wsparcie społeczne.

Predyktory akceptacji choroby u osób chorujących na różne choroby przewlekłe. Rozwiązania równań regresji wskazują, że stopień akceptacji choroby w przypadku choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy typu 1 i reumatoidalnego zapalenia stawów wyznaczany jest przez różne zmienne. Wśród chorych na chorobę niedokrwinną serca poziom jej akceptacji determinowany jest przez pięć zmiennych, z których trzy nie sprzyjają jej. Są nimi: dokuczliwość choroby ($\beta = -0,19$; $p = 0,005$), zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia – przypadek ($\beta = -0,25$; $p < 0,001$) oraz postrzeganie swojej choroby jako konsekwencji zachowań ryzykownych ($\beta = -0,14$; $p = 0,028$). Z kolei posługiwanie się strategią akceptacji ($\beta = 0,19$; $p = 0,004$) i wysokie poczucie koherencji ($\beta = 0,14$; $p = 0,033$) zwiększają stopień akceptacji choroby.

U osób chorujących na cukrzycę typu 1 zidentyfikowano trzy zmienne związane ze stopniem akceptacji choroby. Dokuczliwość choroby ($\beta = -0,28$; $p < 0,001$) i zażywanie substancji psychoaktywnych ($\beta = -0,16$; $p = 0,010$) wiąże się z niskim stopniem akceptacji choroby, natomiast poczucie koherencji ($\beta = 0,21$; $p = 0,004$) – z wysokim.

Dla akceptacji choroby u osób cierpiących na RZS istotne okazały się: dokuczliwość choroby, poczucie własnej skuteczności oraz koncentrowanie się na konsekwencjach choroby, przy czym poczucie własnej skuteczności sprzyjało akceptowaniu stanu własnego zdrowia ($\beta = 0,19$; $p = 0,003$), a pozostałe dwie zmienne nie.

Współczynniki determinacji R^2 mieściły się w przedziale od 0,16 do 0,24. Testowany model w największym stopniu pozwalał przewidzieć stopień akceptacji choroby u osób z cukrzycą (24%), a w najmniejszym – u chorują-

cych na RZS (16%). Na tle innych wskaźników funkcjonowania (satysfakcji z życia, poziomu depresji, wypełniania ról społecznych) rozważany zestaw zmiennych w najmniejszym stopniu pozwalał przewidywać poziom zmiennej zależnej. Żaden ze współczynników determinacji nie przekroczył 30%.

Otrzymany obraz zależności pomiędzy zmiennymi wskazuje, że ich odmienna konfiguracja wyznacza poziom poznawczego funkcjonowania w chorobie przewlekłej. Dla wysokiego stopnia akceptacji choroby istotne wydają się zmienne związane z charakterystyką krytycznego wydarzenia życiowego, aktywnością w trakcie zmagania się z nim oraz dostępnością zasobów.

Pierwszoplanowe wydają się być zmienne związane z oceną i rozumieniem sytuacji choroby przewlekłej. Bez względu na jej typ odczuwanie dokuczliwości choroby (zobiektywizowane cechy) negatywnie wpływało na jej akceptację. Zmienna ta w przypadku każdej z chorób była włączana do rozwiązania modelu w pierwszej kolejności. Wskazuje to na duże znaczenie zobiektywizowanych właściwości wydarzenia dla akceptacji choroby. Ponadto różne elementy reprezentacji własnej choroby, czyli subiektywne cechy choroby przewlekłej, nie sprzyjały akceptacji stanu zdrowia, np. nadmierna koncentracja na przyczynach choroby u osób z chorobą niedokrwinną serca, a rozważanie konsekwencji, jakie niesie zachorowanie – u chorych na RZS. Znalezienie się tych dwóch aspektów reprezentacji choroby w rozwiązaniu równań regresji wydaje się nieprzypadkowe. Przez chorych na serce, nadmiernie akcentujących czynniki ryzyka jako przyczyny swojej choroby, może być odczuwana zbyt duża odpowiedzialność za jej rozwój i związane z nim poczucie winy, które obniżają stopień akceptacji własnego stanu zdrowia. Wiele czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca dotyczy bowiem różnych elementów stylu życia osoby chorej i mogło być przez nią zmienione w przeszłości. Jednak w przypadku rozwinięcia się pełnoobjawowej choroby akcentowanie tego faktu wydaje się być zbyt obciążające. Natomiast u chorych na RZS utrudnieniem zaakceptowania choroby jest koncentrowanie się na przyszłości, ponieważ w większości przypadków – jak wskazuje wiedza o przebiegu choroby – prowadzi ona do znacznego upośledzenia funkcjonowania chorych we wszystkich wymiarach. Ciągłe myślenie o swojej przyszłości w ciemnych barwach nie będzie więc sprzyjać akceptacji własnej sytuacji życiowej.

Po drugie, różne zasoby sprzyjają akceptacji choroby. U chorych z chorobą niedokrwinną serca i cukrzycą typu 1 poczucie koherencji powoduje zaakceptowanie choroby. Oznacza to, że umiejętność zarządzania zasobami sprzyja pogodzeniu się z chorobą i potraktowaniu jej jako stałego elementu życia. Natomiast u osób z RZS wysoki stopień akceptacji choroby wyznacznym jest przez poczucie własnej skuteczności. Zasób ten jest dla nich o tyle istotny, że dzięki jego wysokiemu poziomowi zachowują wiarę, iż pomimo

Tabela 31. Predyktory akceptacji choroby u pacjentów chorych na chorobę niedokrwinną serca, cukrzycę typu 1 i RZS – analiza regresji metodą krokową

Zmienna	β	t	p
choroba niedokrwinną serca ($df=207$)			
Dokuczliwość choroby	-0,189	-2,850	0,005
PUKZ – przypadek	-0,254	-3,878	<0,001
Akceptacja	0,191	2,950	0,004
Przyczyny choroby – czynniki ryzyka	-0,139	-2,217	0,028
Poczucie koherencji	0,144	2,141	0,033
$R^2 = 0,20; F = 11,556^{**}$			
cukrzyca ($df=228$)			
Dokuczliwość choroby	-0,284	-3,956	<0,001
Poczucie koherencji	0,207	2,944	0,004
Zażywanie substancji psychoaktywnych	-0,155	-2,588	0,010
$R^2 = 0,24; F = 24,461^{**}$			
reumatoidalne zapalenie stawów ($df=209$)			
Dokuczliwość choroby	-0,250	-3,745	<0,001
Poczucie własnej skuteczności	0,194	3,046	0,003
Konsekwencje choroby	-0,185	-2,767	0,006
$R^2 = 0,16; F = 14,708^{**}$			

Podano skorygowane wartości współczynnika R^2 . PUKZ – poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia.

Źródło: opracowanie własne.

postępującej niepełnosprawności mogą mieć wpływ na swoje życie i zмагаć się z ograniczeniami wywołanymi przez chorobę.

Po trzecie, strategie radzenia sobie wiązały się ze stopniem akceptacji choroby tylko w przypadku pacjentów z chorobą niedokrwinną serca i cukrzycą typu 1. Dla tych pierwszych istotne jest zaakceptowanie swojego stanu zdrowia, a dla drugich – radzenie sobie z chorobą bez stosowania substancji psychoaktywnych. Włączenie do modelu jedynie dwóch strategii radzenia sobie sugeruje ich ograniczone znaczenie dla poznawczego funkcjonowania w sytuacji choroby przewlekłej.

Predyktory satysfakcji z życia u osób chorujących na różne choroby przewlekłe. Testowany zestaw zmiennych w największym stopniu pozwalał przewidywać poczucie satysfakcji z życia u chorych na cukrzycę typu 1 ($R^2 = 0,44$), w mniejszym – u osób z RZS ($R^2 = 0,39$), zaś w najmniejszym – u osób z chorobą niedokrwinną serca ($R^2 = 0,32$). W porównaniu z wyznacznikami akceptacji choroby, depresji oraz wypełniania ról społecznych w otrzymanych rozwiązaniach równań regresji dla satysfakcji z życia zostało uwzględnionych najwięcej zmiennych niezależnych: siedem w grupie

chorych na serce, sześć w grupie chorych na cukrzycę i dziewięć u chorych na RZS. Żadna z wziętych pod uwagę zmiennych niezależnych nie okazała się istotna dla wszystkich trzech opisywanych grup chorych. Poczucie koherencji wyznaczało poziom satysfakcji z życia u osób z chorobą serca ($\beta = 0,29$; $p < 0,001$) i cukrzycą ($\beta = 0,41$; $p < 0,001$), a poczucie własnej skuteczności ($\beta_{\text{cuk}} = 0,21$; $p < 0,001$; $\beta_{\text{rzs}} = 0,19$; $p = 0,002$) i zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia na wymiarze inni ludzie ($\beta_{\text{cuk}} = 0,14$; $p = 0,006$; $\beta_{\text{rzs}} = 0,14$; $p = 0,019$) u chorych na cukrzycę i RZS.

Ponadto w grupie chorych na serce poziom satysfakcji z życia zależał od trzech elementów jej reprezentacji: postrzegania choroby jako konsekwencji własnych zachowań ryzykownych ($\beta = -0,17$; $p = 0,004$), reakcji emocjonalnej na chorobę ($\beta = -0,16$; $p = 0,013$) oraz dokuczliwości choroby ($\beta = 0,14$; $p = 0,022$); jednej strategii radzenia sobie – angażowania się w czynności zastępcze ($\beta = 0,18$; $p = 0,004$) oraz dwóch zasobów: wsparcia społecznego ($\beta = 0,13$; $p = 0,053$) i wewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia ($\beta = 0,15$; $p = 0,020$).

U osób chorych na cukrzycę poczuciu satysfakcji z życia sprzyjały dwie strategie radzenia sobie: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego ($\beta = 0,12$; $p = 0,052$) i poszukiwanie wsparcia instrumentalnego ($\beta = 0,13$; $p = 0,041$), zaś nadmierne koncentrowanie się na konsekwencjach choroby ($\beta = 0,13$; $p = 0,013$) powodowało spadek satysfakcji z życia.

Poziom satysfakcji z życia u chorych na RZS był wyznaczany przez podejmowaną aktywność w obliczu choroby, a sprzyjały mu: zachowania zdrowotne w sytuacji choroby ($\beta = 0,20$; $p = 0,003$), zwrot ku religii ($\beta = 0,16$; $p = 0,007$) i pozytywne przewartościowanie ($\beta = 0,14$; $p = 0,037$). Nadmierne planowanie okazało się zaś strategią obniżającą satysfakcję z życia ($\beta = -0,19$; $p = 0,002$). Satysfakcji nie sprzyjało też określanie swojej choroby jako stanu przewlekłego ($\beta = -0,16$; $p = 0,006$) oraz doświadczanie wielu objawów ($\beta = -0,26$; $p < 0,001$). Oprócz wymienionych wcześniej dwóch zasobów, satysfakcji z życia sprzyjał też wysoki poziom sprężystości psychicznej ($\beta = 0,24$; $p = 0,001$).

Uzyskane wyniki wskazują, że poziom satysfakcji z życia jest uwarunkowany przez szeroki zestaw czynników, silnie zróżnicowanych w zależności od choroby pacjenta. W przypadku wszystkich chorób pewną rolę odgrywa postrzeganie dostępnych zasobów. Jednak w przypadku różnych chorób odmienne zasoby mogą mieć kluczowe znaczenie dla tego aspektu funkcjonowania. U chorych na chorobę niedokrwinną serca jest to poczucie koherencji i wsparcie społeczne; u osób z cukrzycą – poczucie koherencji, poczucie własnej skuteczności i zdolność przekazania części odpowiedzialności za własne zdrowie w ręce innych ludzi, a u osób chorujących na RZS – poczucie

Tabela 32. Predyktory satysfakcji z życia u pacjentów chorych na chorobę niedokrwinną serca, cukrzycę typu 1 i RZS – analiza regresji metodą krokową

Zmienna	β	t	p
choroba niedokrwinną serca ($df=207$)			
Poczucie koherencji	0,291	4,314	<0,001
Czynności zastępcze	0,178	2,928	0,004
Wsparcie społeczne	0,130	1,947	0,053
PRCH – czynniki ryzyka	-0,171	-2,895	0,004
Wewnętrzne PUKZ	0,146	2,339	0,020
RP – reprezentacja emocjonalna	-	-2,520	0,013
PRCH – częstość występowania	0,140	2,316	0,022
$R^2 = 0,32; F = 14,76^{**}$			
cukrzyca ($df=228$)			
Poczucie koherencji	0,407	6,836	<0,001
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,124	1,956	0,052
Poczucie własnej skuteczności	0,210	3,634	<0,001
PUZK – inni ludzie	0,142	2,799	0,006
PRCH – konsekwencje choroby	-0,126	-2,439	0,016
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,130	2,060	0,041
$R^2 = 0,44; F = 30,93^{**}$			
reumatoidalne zapalenie stawów ($df=209$)			
PRCH – częstość występowania objawów	-0,163	-2,785	0,006
Poczucie własnej skuteczności	0,194	3,075	0,002
PUZK – inni ludzie	0,146	2,370	0,019
Sprężystość psychiczna	0,238	3,296	0,001
Dokuczliwość choroby	-0,256	-4,198	<0,001
Zachowania zdrowotne w sytuacji choroby	0,198	3,019	0,003
Zwrot ku religii	0,161	2,743	0,007
Planowanie	-0,193	-3,135	0,002
Pozytywne przewartościowanie	0,139	2,099	0,037
$R^2 = 0,39; F = 15,65^{**}$			

Podano skorygowane wartości współczynnika R^2 ; PUKZ – poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia; PRCH – poznawcza reprezentacja choroby.

Źródło: opracowanie własne.

własnej skuteczności, sprężystość psychiczna oraz umiejętność cedowania kontroli nad zdrowiem na innych ludzi.

Pozostałe wyznaczniki satysfakcji z życia u osób cierpiących na różne schorzenia przewlekłe obejmują odmienne zmienne. Na przykład dla chorych na serce istotne są głównie zmienne związane z reprezentacją choroby, dla osób z cukrzycą – strategie radzenia sobie, które umożliwiają uzyskanie wsparcia ze strony otoczenia, a dla chorych na RZS – czynniki związane z doświadczeniem objawów choroby oraz takie formy aktywności, które pozwalają radzić sobie z nimi bez nadmiernego wysiłku.

Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca zachodzą dwa procesy wyznaczające poziom satysfakcji z życia. Pierwszy z nich związany jest z zarządzaniem zasobami, o czym świadczy to, że trzy zasoby są wyznacznikami satysfakcji z życia, w tym poczucie koherencji, które pełni funkcję zarządzającą wykorzystaniem zasobów. Drugi proces to wypracowanie poznawczego stosunku do sytuacji choroby, którego wyrazem jest pojawienie się wśród uwarunkowań satysfakcji z życia trzech elementów składających się na reprezentację choroby.

Z kolei u pacjentów z cukrzycą typu 1 dominującym procesem prowadzącym do wysokiej satysfakcji z życia jest umiejętność efektywnego wykorzystania posiadanych zasobów. Na sześć zmiennych, które znalazły się w rozwiązaniu równania, pięć stanowią zasoby, w tym poczucie koherencji, czyli osobowa dyspozycja odpowiadająca za zarządzanie zasobami.

Analiza zmiennych, które znalazły się w rozwiązaniu równania w grupie pacjentów z RZS, wskazuje, że także zasoby są czynnikiem istotnym dla satysfakcji z życia. Jednak zachodzący proces ma odmienny charakter. Dla tych chorych ważna jest bowiem umiejętność plastycznego, czyli dostosowanego do zmieniających się wymagań sytuacji, wykorzystania zasobów i form aktywności. Świadczy o tym włączenie do modelu sprężystości psychicznej. Dla wysokiego poziomu satysfakcji z życia tych chorych ważne jest korzystanie z takich strategii radzenia sobie, które zbytnio ich nie obciążają. Do modelu zostały włączone takie strategie, jak: zwrot ku religii, pozytywne przewartościowanie oraz nieplanowanie przyszłych działań. W przypadku tej jednej choroby odnotowano, że zachowania zdrowotne wyznaczają poziom funkcjonowania. Oznacza to, że dla poczucia satysfakcji z życia u osób z RZS ważne jest stałe uczestnictwo w procesie leczenia.

Przeprowadzona analiza wykazała, że poziom satysfakcji z życia wyznaczany jest przez różne czynniki w każdej z grup chorych. Prawdopodobnie przebieg transakcji stresowej i jej efekt w postaci wysokiego poczucia satysfakcji z życia określane są przez obiektywne cechy choroby. Chorzy tak regulują przebieg transakcji stresowej, by jak najlepiej odpowiedzieć na wymagania stawiane przez chorobę. Dla chorych na serce rzut choroby zakończony operacją bywa szokiem, związanym z możliwością utraty życia. Aby

w takiej sytuacji utrzymać wysoki poziom satysfakcji z życia, konieczne jest zdystansowanie się od niej i optymalne wykorzystanie zasobów, zwłaszcza wsparcia społecznego. Dla wysokiego poczucia satysfakcji z życia u chorych na cukrzycę, która trwa całe życie, konieczny jest wysoki poziom różnych zasobów oraz aktywne poszukiwanie wsparcia społecznego. Dla satysfakcji z życia chorych na RZS, a więc chorobę postępującą i ograniczającą możliwość prowadzenia aktywnego życia, ważne jest niekoncentrowanie się na objawach choroby, posiadanie zasobów umożliwiających różne zachowywanie się w obliczu pojawiających się trudności oraz posługiwanie się strategiami, które pozwalają na zdystansowanie się wobec swojej sytuacji życiowej.

Predyktory depresji u osób chorujących na różne choroby przewlekłe. Obliczając równania regresji, w których zmienną zależną było natężenie depresji, wyłączono część przypadków z analizy. Było to podyktowane tym, że rozkład tej zmiennej miał charakter dwumodalny. Nieuwzględnienie tej cechy mogłoby spowodować wystąpienie nadmiernie wysokich współczynników determinacji. Opierając się na opisie skali CES-D, wyłączono z analiz osoby, które uzyskały w tym kwestionariuszu wynik niższy niż 16 pkt. Zakłada się, że u osób uzyskujących 16 i więcej pkt można mówić o podwyższonym poziomie depresji (Craig i van Natta, 1978; Andresen, Malmgren, Carter i Patrick, 1994). W analizach uwzględniono dane zebrane od 85 chorych na chorobę niedokrwienną serca, 98 chorych na cukrzycę typu 1 oraz 143 chorujących na RZS.

Poziom depresji u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca był dodatnio związany z jednym z elementów reprezentacji własnej choroby – jej reprezentacją emocjonalną ($\beta = -0,25$; $p = 0,011$), poczuciem koherencji ($\beta = -0,22$; $p = 0,023$), dokuczliwością choroby ($\beta = -0,29$; $p < 0,001$) i sprężystości psychiczną ($\beta = -0,22$; $p = 0,023$). Ten zestaw zmiennych wyjaśniał 39% wariacji poziomu depresji.

W grupie osób z cukrzycą sześć zmiennych było związanych z poziomem depresji. Były nimi: poczucie koherencji ($\beta = -0,28$; $p = 0,001$), dokuczliwość choroby ($\beta = 0,37$; $p < 0,001$), akceptacja ($\beta = -0,25$; $p = 0,002$), wsparcie społeczne ($\beta = -0,18$; $p = 0,025$), koncentrowanie się na konsekwencjach choroby ($\beta = -0,18$; $p = 0,031$) i zachowania zdrowotne w sytuacji choroby ($\beta = 0,16$; $p = 0,047$). Współczynnik determinacji był najwyższy i wynosił $R^2 = 0,42$.

Z kolei dla natężenia depresji w grupie osób z RZS istotne okazały się: dokuczliwość choroby ($\beta = 0,24$; $p = 0,001$), wsparcie społeczne ($\beta = -0,19$; $p = 0,007$), obwinianie się ($\beta = 0,26$; $p < 0,001$), pozytywne przewartościowanie ($\beta = -0,33$; $p < 0,001$), upatrywanie przyczyn choroby wśród czynników psychologicznych ($\beta = 0,19$; $p = 0,010$) i aktywne radzenie sobie ($\beta = 0,17$; $p = 0,041$). Zmienne te umożliwiają wyjaśnienie 33% poziomu depresji.

Tabela 33. Predyktory poziomu depresji u pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę typu 1 i RZS – analiza regresji metodą krokową

Zmienna	β	t	p
choroba niedokrwienna serca ($df=76$)			
PRCH – reprezentacja emocjonalna	0,246	2,599	0,011
Poczucie koherencji	-0,449	-4,670	0,001
Dokuczliwość choroby	0,292	3,154	0,002
Sprężystość psychiczna	0,220	2,323	0,023
$R^2 = 0,39; F = 14,22^{**}$			
cukrzyca ($df=96$)			
Poczucie koherencji	-0,282	-3,326	0,001
Dokuczliwość choroby	0,369	4,524	0,000
Akceptacja	-0,249	-3,117	0,002
Wsparcie społeczne	-0,182	-2,277	0,025
PRCH – konsekwencje choroby	-0,175	-2,196	0,031
Zachowania zdrowotne w sytuacji choroby	0,158	2,014	0,047
$R^2 = 0,42; F = 12,69^{**}$			
reumatoidalne zapalenie stawów ($df=138$)			
Dokuczliwość choroby	0,238	3,316	0,001
Wsparcie społeczne	-0,211	-2,732	0,007
Obwinianie siebie	0,264	3,739	0,000
Pozytywne przewartościowanie	-0,326	-4,215	0,000
PRCH – przyczyny psychologiczne	0,189	2,628	0,010
Aktywne radzenie sobie	0,165	2,066	0,041
$R^2 = 33; F = 11,26^{**}$			

Podano skorygowane wartości współczynnika R^2 . PRCH – poznawcza reprezentacja choroby.

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki dokonanych analiz pokazują, że dokuczliwość choroby pozwala wyjaśnić poziom depresji bez względu na wziętą pod uwagę chorobę przewlekłą. W przypadku każdej z chorób koncentrowanie się na zobiektywizowanych cechach choroby przewlekłej, jej objawach i zakłóceniach z niej wynikających przyczynia się do pogłębienia depresji. Można więc tej zmiennej przypisać status czynnika niespecyficznego.

Analiza zmiennych wyjaśniających poziom depresji w przypadku każdej z chorób nie pozwala na postawienie hipotezy, jaki proces psychologiczny zwiększający jej poziom zachodzi u pacjentów. W każdym przypadku do modelu zostały zakwalifikowane różne zmienne związane z oceną sytuacji, aktywnością w jej trakcie oraz wykorzystaniem zasobów, dlatego bardzo trudno formułować jakiegokolwiek uogólnienia. Być może jedynym uogólnie-

nieniem, o jakie można się pokusić, jest stwierdzenie, że wysokiemu poziomowi depresji sprzyjają procesy zachodzące na każdym z etapów transakcji stresowej. I tak:

- u chorych na chorobę niedokrwienną serca są to procesy oceny sytuacji, zwłaszcza silna reakcja emocjonalna na chorobę, koncentracja na jej zbiektywizowanych cechach oraz trudności w zarządzaniu i wykorzystaniu zasobów. Warte podkreślenia jest to, że żadna z wziętych pod uwagę form aktywności nie predysponowała do wzrostu poziomu depresji;

- u chorych na cukrzycę na poziom depresji w zakresie oceny stresora wpływa nadmierna koncentracja na stanie swojego zdrowia, a na etapie aktywności – trudności z posługiwaniem się strategią akceptacji i silne zaangażowanie w zachowania zdrowotne, a ponadto trudności w zarządzaniu zasobami lub ich brak, zwłaszcza w przypadku wsparcia społecznego;

- u chorych na RZS w zakresie oceny stresora na depresję wpływa nadmierne koncentrowanie się na stanie swojego zdrowia i przyczynach choroby. Aktywność, która się z nią wiąże, to zbyt duża koncentracja na efektywnym poradzeniu sobie z sytuacją choroby, przy jednoczesnym silnym obwinianiu się za brak oczekiwanych rezultatów działań i nieumiejętność spojrzenia na chorobę z innej perspektywy niż tylko jako na utrudnienia występujące w życiu. W obszarze zasobów istotny dla pojawienia się depresji jest brak wsparcia społecznego.

Predyktory wypełniania ról społecznych u osób chorujących na różne choroby przewlekłe. Podobnie jak w przypadku akceptacji choroby, dla poziomu wypełniania ról społecznych kluczową zmienną okazała się dokuczliwość choroby. Została ona włączona do modelu jako pierwsza w grupie osób chorych na serce ($\beta = -0,35$; $p < 0,001$), cukrzycę ($\beta = -0,30$; $p < 0,001$) i RZS ($\beta = -0,35$; $p < 0,001$). Oprócz tego wysokie poczucie koherencji oraz zażywanie substancji psychoaktywnych były istotnymi zmiennymi w grupach chorych na różne choroby, np. poczucie koherencji nie ułatwiało wypełniania ról społecznych chorym na serce ($\beta = 0,13$; $p = 0,047$) i cukrzycę ($\beta = 0,14$; $p = 0,045$), zaś korzystanie z substancji psychoaktywnych nie sprzyjało wypełnianiu ról społecznych przez chorych na cukrzycę ($\beta = -0,13$; $p = 0,025$) i RZS ($\beta = -0,34$; $p < 0,001$).

Dla wypełniania ról społecznych przez osoby z chorobą niedokrwienną serca istotne okazały się tylko dwie wymienione powyżej zmienne, tj. dokuczliwość choroby i poczucie koherencji ($\beta = 0,13$; $p = 0,047$). Wyjaśniają one 16% poziomu wypełniania ról społecznych. W przypadku osób z cukrzycą dodatkową zmienną wprowadzoną do modelu było radzenie sobie przez zaprzestanie działań ($\beta = -0,16$; $p = 0,015$). Wskazane w rozwiązaniu równania cztery zmienne wyjaśniały 28% wariacji wypełniania ról społecznych.

Tabela 34. Predyktory wypełniania ról społecznych u pacjentów chorych na chorobę niedokrwinną serca, cukrzycę typu 1 i RZS – analiza regresji metodą krokową

Zmienna	β	t	p
choroba niedokrwinną serca ($df=207$)			
Dokuczliwość choroby	-0,347	-5,182	<0,001
Poczucie koherencji	0,134	1,999	0,047
$R^2 = 0,16; F = 14,54^{**}$			
cukrzyca ($df=228$)			
Dokuczliwość choroby	-0,300	-4,233	<0,001
Poczucie koherencji	0,142	2,013	0,045
Zaprzestanie działań	-0,157	-2,449	0,015
Zażywanie substancji psychoaktywnych	-0,134	-2,252	0,025
$R^2 = 0,28; F = 23,02^{**}$			
reumatoidalne zapalenie stawów ($df=209$)			
Dokuczliwość choroby	-0,354	-5,945	<0,001
Zażywanie substancji psychoaktywnych	-0,341	-6,335	<0,001
Wsparcie społeczne	-0,204	3,142	0,002
Akceptacja	-0,181	-3,146	0,002
PRCH – konsekwencje choroby	-0,142	-2,530	0,012
Pozytywne przewartościowanie	0,148	2,454	0,015
Zachowania zdrowotne w sytuacji choroby	-0,138	-2,072	0,040
$R^2 = 0,43; F = 23,37^{**}$			

Podano skorygowane wartości współczynnika R^2 . PRCH – poznawcza reprezentacja choroby.

Źródło: opracowanie własne.

Największa liczba zmiennych, bo aż siedem, została włączona do rozwiązania równania regresji w przypadku osób chorujących na RZS. Oprócz wymienionych wcześniej dokuczliwości choroby i zażywania substancji psychoaktywnych były nimi: wsparcie społeczne ($\beta = 0,20; p = 0,002$), dwie strategie radzenia sobie – akceptacja ($\beta = -0,18; p = 0,002$) oraz pozytywne przewartościowanie ($\beta = 0,15; p = 0,015$); zachowania zdrowotne w sytuacji choroby ($\beta = -0,14; p = 0,040$) i koncentrowanie się na konsekwencjach choroby ($\beta = -0,14; p = 0,012$). Ten zestaw zmiennych wyjaśniał 43% wypełniania ról społecznych.

Próbując uogólnić otrzymane wyniki, uznano, że podobnie jak w przypadku poziomu depresji, czynnikiem, który w każdej z grup chorych oddziaływał na poziom wypełniania ról społecznych, były zobiektywizowane cechy choroby. Oznacza to, że nadmierne koncentrowanie się na właściwościach

choroby i na tym, jakie zmiany wywołuje ona w życiu, działa hamująco na wypełnianie ról społecznych. Można też zauważyć podobieństwo między procesami psychicznymi zachodzącymi u osób chorych na cukrzycę i RZS. Jest ono związane z tym, że wypełnianiu ról społecznych sprzyja umiejętność zarządzania zasobami, o czym świadczy uwzględnienie w rozwiązaniu modelu poczucia koherencji. Zaobserwowano także podobieństwo między aktywnością a wypełnieniem ról społecznych u chorych na cukrzycę typu 1 i RZS. U tych chorych radzenie sobie z napięciem za pomocą substancji psychoaktywnych nie sprzyja wypełnianiu ról społecznych, z tą jednak różnicą, że u chorych na cukrzycę nie sprzyja temu posługiwanie się strategią zaprzestania działań, a u chorych na RZS – nadmierne zaangażowanie w proces leczenia, przejawiające się w aktywnej realizacji zachowań zdrowotnych, oraz nieumiejętność spojrzenia na swoją sytuację z innej perspektywy i zaakceptowanie jej.

2.2. Kompleksowa analiza związków między zmiennymi – analiza ścieżek

Do zweryfikowania roli poszczególnych zmiennych uwzględnionych w modelu przedstawionym w rozdziale VI posłużyła analiza regresji. W celu określenia złożonych powiązań między zmiennymi oraz oszacowania stopnia dopasowania proponowanego modelu zależności pomiędzy nimi przeprowadzono modelowanie strukturalne (SEM), wykorzystując oprogramowanie AMOS 20 (Arbuckle, 2003). Posłużono się w tym celu metodą największej wiarygodności (*maximum likelihood*). Poziom dopasowania testowanych modeli oceniano na podstawie następujących wskaźników: χ^2 , CIMN/DF; GIF, AGIF, CIF i RMSA. Przyjęto, że zadowalające dopasowanie modelu zostanie uzyskane, gdy wskaźniki dopasowania przyjmą następujące wartości: CIMN/DF < 2; GIF > 0,95, AGIF > 0,95, CIF > 0,95 i RMSA < 0,05 (Bedyńska i Książek, 2012).

Analizy przeprowadzono oddzielnie na wynikach uzyskanych od pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, cukrzycą typu 1 oraz RZS. Ze względu na dużą liczbę zmiennych zdecydowano się oddzielnie przetestować modele, w których jako zmienne zależne potraktowano wskaźniki emocjonalnego funkcjonowania (natężenie depresji, poziom zadowolenia z życia) jako pierwszy model oraz wskaźniki funkcjonowania poznawczego (poziom akceptacji choroby) i behawioralnego (poziom wypełniania ról społecznych) jako drugi model. Z analiz wyłączono zmienne odnoszące się do poznawczej reprezentacji choroby, ponieważ uznano, że jest to konstrukt złożony, a w literaturze nie ma żadnej propozycji redukcji wymiarów. Poza tym przeprowadzona analiza czynnikowa nie pozwoliła na zidentyfikowanie podobnej

struktury reprezentacji choroby u pacjentów cierpiących na różne choroby przewlekłe. Uwzględnienie tak wielu zmiennych niezależnych (jedenaście) w modelu skutkowało by odejściem od podstawowych założeń modelowania strukturalnego. Z tego samego powodu wyłączono z analiz dwa zasoby: sprężystość psychiczną oraz poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, które najrzadziej wiązały się z różnymi wymiarami funkcjonowania chorych. Strategie radzenia sobie, zgodnie z propozycją Fredericka L. Coolidge'a, Daniela L. Segala, Julie N. Hook oraz Sharon Stewart (2000), zredukowano do trzech wymiarów: radzenie sobie skoncentrowane na problemie, radzenie sobie skoncentrowane na emocjach oraz dysfunkcjonalne radzenie sobie.

Dla każdego z modeli teoretycznych przeprowadzono szereg analiz SEM. Ich celem było zidentyfikowanie modelu zweryfikowanego empirycznie, o najlepszych wskaźnikach dopasowania. Aby to osiągnąć, przeprowadzono następującą procedurę. Na podstawie analizy teoretycznej oraz otrzymanego na poprzednich etapach obrazu zależności pomiędzy zmiennymi skonstruowano model wyjściowy, który opisywał hipotetyczne relacje między nimi. Następnie poszukiwano najprostszego, najmniej redundantnego modelu, stosując eliminację kolejnych ścieżek, a więc modelu o jak najlepszych wskaźnikach dopasowania. Usuвано wszystkie te ścieżki, dla których wartość β okazywała się nieistotna, nawet jeśli wносиła pewien wkład do wariancji wyjaśnianej przez cały model.

2.2.1. Wyznaczniki funkcjonowania emocjonalnego osób przewlekłe chorych – całościowa analiza modelu

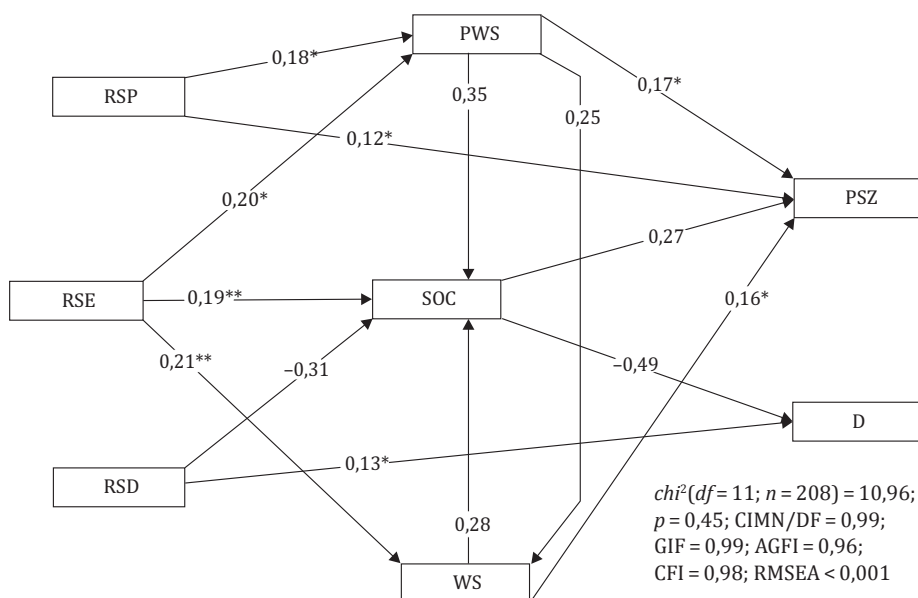
Testowane modele, w których zmiennymi zależnymi były natężenie depresji i poczucie zadowolenia z życia, dobrze dopasowały się do zebranych danych. Wskaźniki dopasowania modelu do danych osiągnęły następujące wartości:

– dla chorych na chorobę niedokrwinną serca: $\chi^2(df=11; n=208) = 10,96; p = 0,45; CIMN/DF = 0,99; GIF = 0,99; AGFI = 0,96; CFI = 0,98; RMSEA < 0,001;$

– dla chorych na cukrzycę typu 1: $\chi^2(df=9; n=229) = 8,534; p = 0,48; CIMN/DF = 0,95; GIF = 0,99; AGFI = 0,96; CFI = 0,98; RMSEA < 0,001;$

– dla chorych na RZS: $\chi^2(df=8; n=210) = 8,45; p = 0,39; CIMN/DF = 1,06; GIF = 0,99; AGFI = 0,96; CFI = 0,99; RMSEA = 0,016.$

Obraz modelu wraz ze współczynnikami charakteryzującymi siłę bezpośredniego związku pomiędzy zmiennymi przedstawiają rys. 8 (choroba niedokrwinną serca), rys. 9 (cukrzyca typu 1) i rys. 10 (RZS). Odpowiednio w tabelach 30–32 zamieszczono wystandaryzowane współczynniki korelacji odnoszące się do siły związków pośrednich oraz całkowitych łączących zmienne niezależne i zależne.



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (współczynniki nieoznaczone gwiazdką istotne na poziomie $p < 0,001$; wszystkie ścieżki nieistotne zostały usunięte); RSP – radzenie sobie skoncentrowane na problemie; RSE – radzenie sobie skoncentrowane na emocjach; RSD – dysfunkcyjne radzenie sobie; PWS – poczucie własnej skuteczności; SOC – poczucie koherencji; WS – wsparcie społeczne; PSZ – poczucie satysfakcji z życia; D – depresja.

Rysunek 8. Model strukturalny uwarunkowań poczucia zadowolenia z życia i depresji w grupie chorych na chorobę niedokrwienną serca

Źródło: opracowanie własne.

Zaproponowany zestaw zmiennych pozwala na wyjaśnienie 27% wariacji satysfakcji z życia i 27% wariacji natężenia depresji w grupie pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Dla chorych na cukrzycę typu 1 wskaźniki te osiągają wartość 41% i 50%, a dla chorych na RZS – 28% i 31%.

Uzyskane wyniki pozwalają określić podobieństwa i różnice w zakresie związków między strategiami radzenia sobie i zasobami a funkcjonowaniem emocjonalnym, występujące wśród chorych na różne choroby przewlekłe. Dzięki analizie relacji łączących zmienne uwzględnione w modelu można stwierdzić, że mechanizm prowadzący do zwiększenia siły objawów depresji jest odmienny w przypadku każdej z grup pacjentów. Podobieństwa występują między pacjentami chorymi na serce i cukrzycę. Wydaje się, że u chorych na RZS odmienne procesy prowadzą do wysokiego poziomu depresji.

U chorych na chorobę niedokrwienną serca ujawniły się dwie bezpośrednio relacje łączące poczucie koherencji ($\beta = -0,49$; $p < 0,001$) i dysfunkcyjne strategie radzenia sobie ($\beta = 0,13$; $p < 0,05$) z poziomem depresji.

Tabela 35. Rozwiązanie równania strukturalnego w postaci wystandaryzowanej (korelacji) funkcjonowania emocjonalnego chorych na chorobę niedokrwienną serca

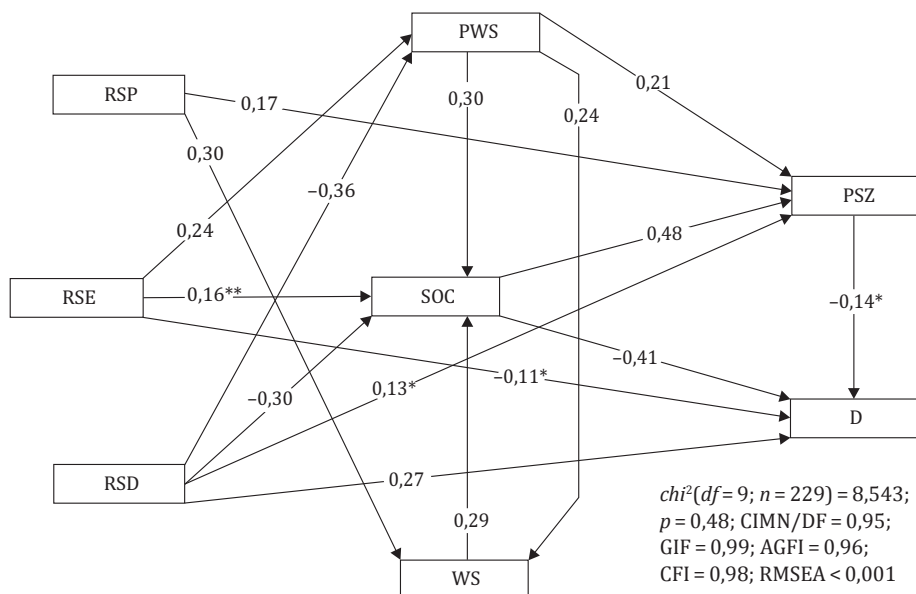
	RSP	RSD	RSE	PWS	WS	SOC
efekt całkowity						
PWS	0,181		0,203			
WS	0,045		0,259	0,246		
SOC	0,075	-0,298	0,330	0,415	0,279	
PSZ	0,187	-0,081	0,165	0,318	0,237	0,271
D	-0,037	0,278	-0,161	-0,202	-0,136	-0,487
efekt bezpośredni						
PWS	0,181		0,203			
WS			0,209	0,246		
SOC		-0,298	0,188	0,347	0,279	
PSZ	0,129			0,166	0,161	0,271
D		0,133				-0,487
efekt pośredni						
PWS						
WS	0,045		0,050			
SOC	0,075		0,142	0,069		
PSZ	0,058	-0,081	0,165	0,152	0,076	
D	-0,037	0,145	-0,161	-0,202	-0,136	
współczynniki determinacji						
	PWS	SOC	WS	PSZ	D	
	0,12	0,26	0,14	0,27	0,27	

RSP – radzenie sobie skoncentrowane na problemie; RSE – radzenie sobie skoncentrowane na emocjach; RSD – dysfunkcjonalne radzenie sobie; PWS – poczucie własnej skuteczności; SOC – poczucie koherencji; WS – wsparcie społeczne; PSZ – poczucie satysfakcji z życia; D – depresja.

Źródło: opracowanie własne.

Ponadto stwierdzono relacje pośrednie między stosowanymi strategiami radzenia sobie a poziomem depresji. Okazało się, że posługiwanie się strategiami skoncentrowanymi na emocjach ($\gamma = -0,16$; $p < 0,01$) poprzez poczucie koherencji chroni przed wysokim poziomem depresji, natomiast korzystanie ze strategii dysfunkcjonalnych ($\gamma = 0,15$; $p < 0,01$) tą samą ścieżką sprzyja jej. Poza tym poczucie własnej skuteczności ($\gamma = 0,15$; $p < 0,01$) i wsparcie społeczne ($\gamma = 0,08$; $p < 0,01$), także poprzez poczucie koherencji, oddziałują na poziom depresji, prowadząc do jej obniżenia.

Podobny obraz zależności zanotowano w grupie chorych na cukrzycę. Niskie poczucie koherencji ($\beta = -0,41$; $p < 0,001$) i korzystanie z dysfunkcjonalnych strategii radzenia sobie ($\beta = 0,27$; $p < 0,001$) zwiększało prawdopodobieństwo depresji. Dodatkowo sprzyjało jej niskie zadowolenie z życia



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (współczynniki nieoznaczone gwiazdką istotne na poziomie $p < 0,001$; wszystkie ścieżki nieistotne zostały usunięte); RSP – radzenie sobie skoncentrowane na problemie; RSE – radzenie sobie skoncentrowane na emocjach; RSD – dysfunkcyjne radzenie sobie; PWS – poczucie własnej skuteczności; SOC – poczucie koherencji; WS – wsparcie społeczne; PSZ – poczucie satysfakcji z życia; D – depresja.

Rysunek 9. Model strukturalny uwarunkowań poczucia zadowolenia z życia i depresji w grupie chorych na cukrzycę typu 1

Źródło: opracowanie własne.

($\beta = -0,14$; $p < 0,05$) oraz brak regulowania swojego funkcjonowania za pomocą strategii skoncentrowanych na emocjach ($\beta = -0,11$; $p < 0,05$). Zidentyfikowane zostały pośrednie zależności między strategiami radzenia sobie a poziomem depresji. Posługiwanie się dysfunkcyjnymi strategiami radzenia sobie za pośrednictwem poczucia koherencji zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia depresji ($\gamma = 0,20$; $p < 0,01$), natomiast korzystanie ze strategii skoncentrowanych na emocjach tą samą ścieżką chroni przed jej wystąpieniem ($\gamma = 0,08$; $p < 0,01$). Odtworzony został obraz relacji pomiędzy zasobami. Poczucie własnej skuteczności ($\gamma = 0,20$; $p < 0,01$) i wsparcie społeczne ($\gamma = 0,12$; $p < 0,01$) za pośrednictwem poczucia koherencji regulują poziom depresji. Wysoki poziom tych dwóch zmiennych zabezpiecza przed wystąpieniem symptomów depresji.

Odmienność mechanizmu prowadzącego do wysokiego poziomu depresji u pacjentów z RZS jest związana z inną rolą poczucia koherencji. Podczas gdy u osób z cukrzycą i chorobą niedokrwienną serca pełniło ono funkcję

Tabela 36. Rozwiązanie równania strukturalnego w postaci wystandaryzowanej (korelacji) funkcjonowania emocjonalnego dla chorych na cukrzycę typu 1

	RSP	RSD	RSE	PWS	WS	SOC	PSZ
efekt całkowity							
PWS		-0,385	0,254				
WS	0,358	-0,107	0,070	0,277			
SOC	0,084	-0,424	0,243	0,342	0,235		
PSZ	0,215	-0,152	0,172	0,370	0,117	0,497	
D	-0,065	0,479	-0,241	-0,196	-0,116	-0,493	-0,136
efekt bezpośredni							
PWS		-0,385	0,254				
WS	0,358			0,277			
SOC		-0,292	0,157	0,276	0,235		
PSZ	0,173	0,135		0,200		0,497	
D		0,278	-0,114			-0,425	-0,136
efekt pośredni							
PWS							
WS		-0,107	0,070				
SOC	0,084	-0,132	0,087	0,065			
PSZ	0,042	-0,287	0,172	0,170	0,117		
D	-0,065	0,201	-0,127	-0,196	-0,116	-0,068	
współczynniki determinacji							
	PWS	SOC	WS	PSZ	D		
	0,20	0,39	0,23	0,41	0,50		

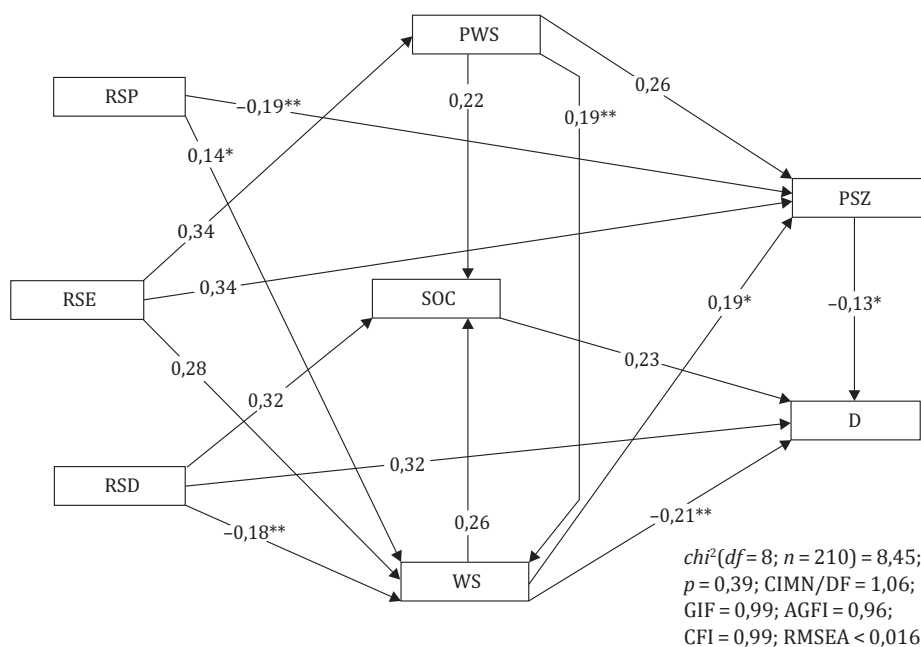
RSP – radzenie sobie skoncentrowane na problemie; RSE – radzenie sobie skoncentrowane na emocjach; RSD – dysfunkcjonalne radzenie sobie; PWS – poczucie własnej skuteczności; SOC – poczucie koherencji; WS – wsparcie społeczne; PSZ – poczucie satysfakcji z życia; D – depresja.

Źródło: opracowanie własne.

ochronną, u pacjentów z RZS przyczyniało się do wysokiego poziomu depresji ($\beta = 0,23$; $p < 0,001$). Dodatkowym predyktorem poziomu depresji okazał się brak wsparcia społecznego ($\beta = -0,21$; $p < 0,01$). Dla pacjentów z cukrzycą i RZS podobne znaczenie miała satysfakcja z życia. Jej niski poziom sprzyjał wysokiemu natężeniu depresji ($\beta = -0,13$; $p < 0,05$). Analiza pośrednich relacji między zmiennymi ujawniła, że każda z grup strategii radzenia sobie oddziałuje na poziom depresji za pośrednictwem wsparcia społecznego. Posługiwanie się strategiami skoncentrowanymi na emocjach ($\gamma = -0,17$; $p < 0,01$) i na problemie ($\gamma = -0,01$; $p < 0,01$), przy jednoczesnym silnym wsparciu społecznym, pełni funkcję zabezpieczającą przed wystąpieniem symptomów depresji.

Współczynnik określający siłę związku wskazuje, że posługiwanie się strategiami skoncentrowanymi na problemie w takiej sytuacji ma większe

znaczenie dla poziomu depresji. Przeciwny obraz powiązań jest charakterystyczny dla strategii dysfunkcyjnych – częste posługiwanie się nimi w sytuacji otrzymywania wsparcia społecznego nasila powstawanie symptomów depresji ($\gamma = 0,07$; $p < 0,01$). W omawianym modelu jedynie dysfunkcyjne strategie radzenia sobie za pośrednictwem poczucia koherencji wiązały się z poziomem depresji. W pośrednich relacjach między zasobami odtworzona została kluczowa rola poczucia koherencji. To za jego pośrednictwem wsparcie społeczne ($\gamma = -0,08$; $p < 0,01$) i poczucie własnej skuteczności ($\gamma = -0,14$; $p < 0,01$) mogą chronić przed depresją.



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (współczynniki nieoznaczone gwiazdką istotne na poziomie $p < 0,001$; wszystkie ścieżki nieistotne zostały usunięte); RSP – radzenie sobie skoncentrowane na problemie; RSE – radzenie sobie skoncentrowane na emocjach; RSD – dysfunkcyjne radzenie sobie; PWS – poczucie własnej skuteczności; SOC – poczucie koherencji; WS – wsparcie społeczne; PSZ – poczucie satysfakcji z życia; D – depresja.

Rysunek 10. Model strukturalny uwarunkowań poczucia zadowolenia z życia i depresji w grupie chorych na reumatoidalne zapalenie stawów

Źródło: opracowanie własne.

Taki obraz pośrednich zależności między zmiennymi wskazuje na różną rolę zasobów w przypadku radzenia sobie z konkretną chorobą przewlekłą. Aby efektywnie funkcjonować emocjonalnie w sytuacji chorowania na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę, istotne jest posiadanie silnego poczu-

cia koherencji, ponieważ to za jego pośrednictwem strategie radzenia sobie regulują poziom funkcjonowania emocjonalnego. Inna sytuacja ma miejsce, gdy pacjent zмага się z RZS. Wówczas kluczowym zasobem jest wsparcie społeczne, bowiem to dzięki niemu strategie radzenia sobie przekładają się na poziom depresji i zadowolenie z życia. Uzyskane wyniki wskazują, że poczucie koherencji ma odmienne znaczenie dla chorych na RZS, ponieważ jego wysoki poziom sprzyja występowaniu wielu objawów depresji, a nie chroni przed nimi. Można więc przyjąć, że dla chorych na serce i cukrzycę istotny jest wysoki poziom zasobów wewnętrznych, zaś dla chorych na RZS – zasobów zewnętrznych.

Tabela 37. Rozwiązanie równania strukturalnego w postaci wystandaryzowanej (korelacji) funkcjonowania emocjonalnego chorych na reumatoidalne zapalenie stawów

	RSP	RSD	RSE	PWS	WS	SOC	PSZ
efekt całkowity							
PWS			0,339				
WS	0,143	-0,178	0,340	0,184			
SOC	-0,036	0,361	-0,162	-0,270	-0,253		
PSZ	-0,166	-0,067	0,494	0,286	0,182	-0,110	
D	-0,014	0,445	-0,171	-0,135	-0,280	0,236	-0,136
efekt bezpośredni							
PWS			0,339				
WS	0,143	-0,178	0,277	0,184			
SOC		0,316		-0,223	-0,253		
PSZ	-0,192		0,347	0,228	0,155	-0,110	
D		0,321			-0,200	0,221	-0,136
efekt pośredni							
PWS							
WS			0,062				
SOC	-0,036	0,045	-0,162	-0,047			
PSZ	0,026	-0,067	0,148	0,058	0,028		
D	-0,014	0,124	-0,171	-0,135	-0,081	0,015	
współczynniki determinacji							
	PWS	SOC	WS	PSZ	D		
	0,15	0,24	0,20	0,28	0,31		

RSP – radzenie sobie skoncentrowane na problemie; RSE – radzenie sobie skoncentrowane na emocjach; RSD – dysfunkcjonalne radzenie sobie; PWS – poczucie własnej skuteczności; SOC – poczucie koherencji; WS – wsparcie społeczne; PSZ – poczucie satysfakcji z życia; D – depresja.

Źródło: opracowanie własne.

Dwie wspólne relacje bezpośrednie odtworzono we wszystkich trzech modelach. Pierwszą z nich jest bezpośredni, wprost proporcjonalny zwią-

zek między dysfunkcjonalnymi strategiami radzenia sobie a natężeniem depresji. Najsilniejszy związek został odnotowany w grupie chorych na RZS ($\beta = 0,32$; $p < 0,001$), nieznacznie słabszy u osób z cukrzycą typu 1 ($\beta = 0,27$; $p < 0,001$), a najslabszy u chorych na chorobę niedokrwienną serca ($\beta = 0,13$; $p < 0,001$). Wynika z tego, że częste korzystanie ze strategii dysfunkcjonalnych, niezależnie od choroby, nasila prawdopodobieństwo depresji. Drugą z relacji jest bezpośredni dodatni związek między poczuciem własnej skuteczności a poczuciem satysfakcji z życia. Najsilniejszy związek odnotowano w grupie chorych na RZS ($\beta = 0,26$; $p < 0,001$), słabszy – u chorych na cukrzycę ($\beta = 0,21$; $p < 0,001$), a najslabszy – u osób z chorobą niedokrwienną serca ($\beta = 0,17$; $p < 0,01$). Wynika z tego, że osoby chore przekonane o tym, że potrafią skutecznie zmagać się z pojawiającymi się w życiu trudnościami, cechuje wyższy poziom satysfakcji z życia.

Poziom satysfakcji z życia w grupie pacjentów chorujących na chorobę niedokrwienną serca był wyznaczany przez bezpośrednie związki z jedną grupą strategii radzenia sobie oraz trzema zasobami. Wysokiej satysfakcji z życia sprzyjały: posługiwanie się strategiami radzenia sobie skoncentrowanymi na problemie ($\beta = 0,12$; $p < 0,05$), wysoki poziom poczucia koherencji ($\beta = 0,27$; $p < 0,01$), wsparcia społecznego ($\beta = 0,16$; $p < 0,05$) i poczucia własnej skuteczności ($\beta = 0,17$; $p < 0,05$). Zidentyfikowano również pośrednie relacje między zmiennymi – korzystanie ze strategii skoncentrowanych na emocjach, pomimo braku bezpośrednich związków z poziomem zadowolenia z życia, oddziałuje na tę zmienną pośrednio przez zasoby ($\gamma = 0,17$; $p < 0,01$), prowadząc do jego wzrostu. Pozostałe dwa typy strategii radzenia sobie również wywierają pośredni wpływ na poziom satysfakcji z życia. Korzystanie ze strategii skoncentrowanych na problemie poprzez poczucie własnej skuteczności ($\gamma = 0,06$; $p < 0,01$) sprzyja satysfakcji z życia, a częste posługiwanie się dysfunkcjonalnymi strategiami radzenia sobie poprzez poczucie koherencji ($\gamma = -0,08$; $p < 0,01$) obniża poziom satysfakcji z życia. Odtworzono również pośrednie zależności między zasobami – poczucie własnej skuteczności ($\gamma = 0,15$; $p < 0,01$) i wsparcie społeczne ($\gamma = 0,08$; $p < 0,01$) poprzez poczucie koherencji prowadzą do zwiększenia satysfakcji z życia.

Zbliżony obraz powiązań między zmiennymi odnotowano w przypadku chorych na cukrzycę. Podobnie jak u chorych na chorobę niedokrwienną serca, poziom satysfakcji z życia był wyznaczany przez bezpośrednie relacje czterema zmiennymi: posługiwanie się strategiami skoncentrowanymi na problemie ($\beta = 0,17$; $p < 0,01$), silne poczucie koherencji ($\beta = 0,48$; $p < 0,01$), wysoki poziom poczucia własnej skuteczności ($\beta = 0,21$; $p < 0,01$) oraz dysfunkcjonalne radzenie sobie ($\beta = 0,13$; $p < 0,05$). W porównaniu z chorymi na serce nieistotna okazała się relacja między wsparciem społecznym a poczuciem satysfakcji z życia. Jej miejsce zajęła bezpośrednia relacja z posługiwa-

niem się dysfunkcjonalnymi strategiami radzenia sobie ($\beta = 0,13$; $p < 0,01$). Pośrednio poprzez poczucie koherencji poziom zadowolenia z życia był wyznaczany przez strategie radzenia sobie i zasoby. Tą ścieżką wysokiej satysfakcji z życia sprzyjało silne wsparcie społeczne ($\gamma = 0,12$; $p < 0,01$), poczucie własnej skuteczności ($\gamma = 0,17$; $p < 0,01$) i wykorzystanie strategii skoncentrowanych na emocjach ($\gamma = 0,18$; $p < 0,01$). Częste korzystanie z dysfunkcjonalnych strategii radzenia sobie za pośrednictwem poczucia koherencji wywiera efekt odwrotny, tj. przyczynia się do zmniejszenia poziomu satysfakcji z życia ($\gamma = -0,29$; $p < 0,01$).

Wyznaczniki poziomu satysfakcji z życia u osób z RZS obejmowały cztery zmienne. Podobnie jak u pacjentów chorych na chorobę niedokrwinną serca i cukrzycę, zaobserwowano bezpośrednie związki między posługiwaniem się strategiami radzenia sobie skoncentrowanymi na problemie (był on jednak odwrotnie proporcjonalny: $\beta = -0,19$; $p < 0,01$) oraz poczuciem własnej skuteczności ($\beta = 0,26$; $p < 0,01$). Oprócz tego wysokiej satysfakcji z życia w tej grupie sprzyjało korzystanie ze strategii skoncentrowanych na emocjach ($\beta = 0,34$; $p < 0,01$) i wysoki poziom wsparcia społecznego ($\beta = 0,19$; $p < 0,05$). Większość pośrednich relacji między strategiami radzenia sobie a poziomem satysfakcji z życia przebiegała za pośrednictwem wsparcia społecznego. Posługiwanie się strategiami radzenia sobie skoncentrowanymi na emocjach ($\gamma = 0,15$; $p < 0,01$) i na problemie ($\gamma = 0,03$; $p < 0,01$) w sytuacji otrzymywania silnego wsparcia sprzyjało satysfakcji z życia. Wielkość współczynnika γ wskazuje, że silniejszy pośredni wpływ wywiera posługiwanie się strategiami skoncentrowanymi na emocjach. Oprócz tego strategie skoncentrowane na emocjach oddziałują na poziom satysfakcji z życia za pośrednictwem poczucia własnej skuteczności. Obraz zależności łączącej zasoby pozostaje niezmienny, tj. wsparcie społeczne ($\gamma = 0,03$; $p < 0,01$) i poczucie własnej skuteczności ($\gamma = 0,06$; $p < 0,01$) za pośrednictwem poczucia koherencji łączą się z zadowoleniem z życia.

Warto też zauważyć, że w każdym z omawianych modeli więcej zmiennych łączyło się bezpośrednio z poziomem satysfakcji z życia niż z natężeniem depresji. Mimo to w większym stopniu pozwalają one wyjaśnić poziom depresji. Oznacza to, że wzięty pod uwagę zestaw zmiennych wyprowadzony z transakcyjnego modelu pozwala lepiej przewidywać poziom negatywnego wskaźnika zdrowia, jakim jest depresja.

Uzyskane strukturalne modele funkcjonowania emocjonalnego chorych na różne schorzenia przewlekłe sugerują zachodzenie odmiennych procesów psychicznych, prowadzących do optymalnego funkcjonowania emocjonalnego. Odmienność ta uwidacznia się w różnej funkcji poszczególnych grup strategii radzenia sobie oraz zasobów. Wydaje się, że każda z wziętych pod uwagę zmiennych niezależnych odgrywa inną rolę w danej chorobie

przewlekłej. Zidentyfikowano trzy różne wzorce bezpośrednich powiązań między zmiennymi. Pierwszy z nich ma miejsce, gdy dana zmienna ma takie samo znaczenie dla chorych, np. w przypadku poczucia własnej skuteczności, które sprzyja wysokiemu poziomowi satysfakcji z życia, oraz posługiwanie się dysfunkcjonalnymi strategiami radzenia sobie, które zwiększa natężenie depresji.

Drugi z wzorców cechował się tym, że w dwóch grupach chorych dana zmienna pełniła podobną funkcję, a w trzeciej odmienną. Jest to najczęściej pojawiający się schemat powiązań między zmiennymi. Większość podobieństw odnotowano między chorymi na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę. W tych dwóch grupach chorych stosowanie strategii skoncentrowanych na problemie i wysokie poczucie koherencji sprzyjały poczuciu satysfakcji z życia oraz wysokie poczucie koherencji chroniło przed depresją. U chorych na RZS zmienne te pełniły odmienną funkcję – posługiwanie się strategiami skoncentrowanymi na problemie skutkowało mniejszą satysfakcją z życia, a wysokie poczucie koherencji zwiększało prawdopodobieństwo depresji, nie wchodząc przy tym w związek z poczuciem satysfakcji z życia. Odnotowano też podobieństwa między chorymi na serce i RZS oraz między chorymi na cukrzycę i RZS. W pierwszym przypadku wysoki poziom wsparcia społecznego sprzyjał satysfakcji z życia. Relacja taka nie zachodziła w grupie pacjentów z cukrzycą. W drugim – wysoki poziom satysfakcji z życia chronił przed depresją. Związek taki nie zachodził u chorych na chorobę niedokrwienną serca.

Trzeci z zaobserwowanych wzorców cechuje się tym, że dana zmienna niezależna wchodzi w związek ze zmienną zależną tylko w przypadku jednej z chorób. U chorych na cukrzycę posługiwanie się strategiami dysfunkcjonalnymi zwiększa poziom satysfakcji z życia, zaś u chorych na RZS podobną funkcję pełni korzystanie ze strategii skoncentrowanych na emocjach.

Podsumowując uzyskane wyniki, warto zwrócić uwagę na sprzeczność funkcji dysfunkcjonalnych strategii radzenia sobie w grupie osób chorych na cukrzycę typu 1. Stosowanie tego typu strategii jest z jednej strony korzystne dla emocjonalnego funkcjonowania chorych, sprzyja bowiem wysokiemu poziomowi satysfakcji z życia, a z drugiej – niekorzystne, gdyż zwiększa prawdopodobieństwo depresji. Łatwy do zrozumienia wydaje się związek między dysfunkcjonalnymi strategiami radzenia sobie a poziomem depresji, ponieważ negowanie istniejących trudności, obwinianie się, używanie substancji psychoaktywnych zwiększają ryzyko depresji, co zostało wykazane w badaniach prowadzonych w różnych populacjach. Bardziej interesujące wydaje się jednak pytanie, dlaczego korzystanie z tych samych strategii zwiększa satysfakcję z życia. Być może odpowiedź ukryta jest w subiektywnych cechach choroby. Cukrzyca typu 1 jest bowiem chorobą, z którą czło-

wiek zмага się prawie całe życie, co powoduje, że chorzy, myśląc o swojej chorobie, koncentrują się na jej przewlekłości, a to może powodować negatywne stany emocjonalne. Sposobem na poradzenie sobie z istniejącym napięciem i świadomością tego, że choroba będzie towarzyszyć przez wiele lat życia, często tych, w których jest się najbardziej aktywnym i otwartym na świat, jest zanegowanie, zdystansowanie się od istniejących trudności, co może chwilowo zwiększyć zadowolenie z życia.

2.2.2. Wyznaczniki funkcjonowania poznawczego i behawioralnego – całościowa analiza modelu

Modele, w których jako zmienne zależne przyjęto stopień zadowolenia z życia oraz wypełnianie ról społecznych w satysfakcjonującym stopniu dopasowały się do zebranych danych. Wskaźniki dopasowania modelu przedstawiały się następująco:

– dla chorych na chorobę niedokrwienną serca: $\chi^2(df=12; n=208) = 12,18; p = 0,43; CIMN/DF = 1,02; GIF = 0,99; AGFI = 0,96; CFI = 0,99; RMSEA = 0,009;$

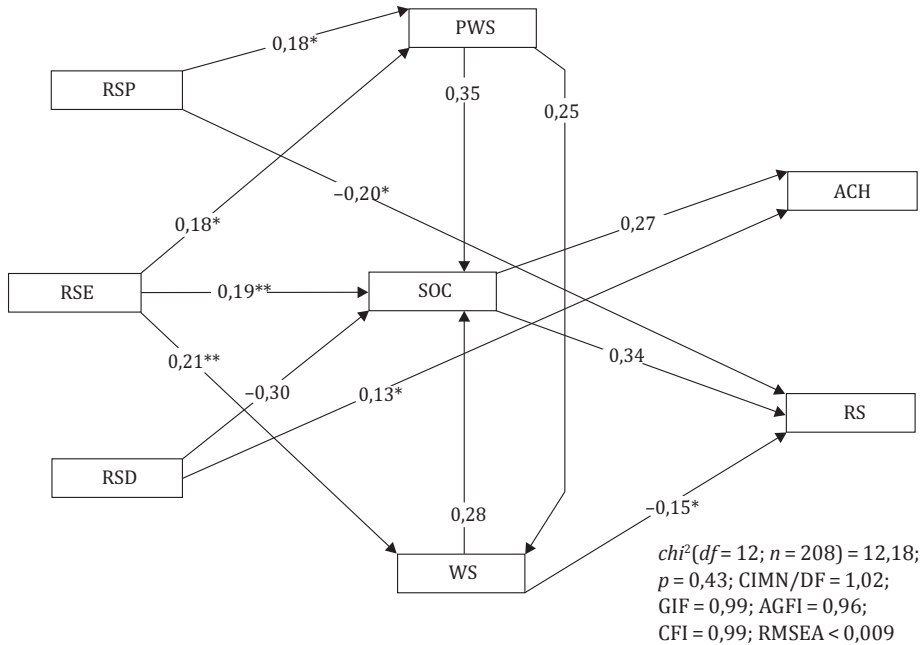
– dla chorych na cukrzycę typu 1: $\chi^2(df=13; n=229) = 10,93; p = 0,62; CIMN/DF = 0,84; GIF = 0,99; AGFI = 0,97; CFI = 0,99; RMSEA < 0,001;$

– dla chorych na RZS: $\chi^2(df=11; n=210) = 14,37; p = 0,21; CIMN/DF = 1,31; GIF = 0,98; AGFI = 0,95; CFI = 0,99; RMSEA = 0,038.$

Obraz modelu wraz ze współczynnikami charakteryzującymi siłę bezpośredniego związku pomiędzy zmiennymi przedstawiają rys. 11 (choroba niedokrwienna serca), rys. 12 (cukrzyca typu 1) i rys. 13 (RZS). Odpowiednio w tabelach 35–37 zamieszczono wystandaryzowane współczynniki korelacji odnoszące się do siły związków pośrednich oraz całkowitych łączących zmienne niezależne i zależne.

Zaproponowany zestaw zmiennych pozwala na wyjaśnienie 10% wariacji akceptacji choroby i 11% wariacji wypełniania ról społecznych w grupie pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. U chorych na cukrzycę typu 1 wskaźniki te osiągają wartość 17% i 19%, a u chorych na RZS – 11% i 20%.

Analiza modelu uwarunkowań akceptacji choroby oraz wypełniania ról społecznych w grupie chorych z chorobą niedokrwienną serca ujawniła, że poziom akceptacji choroby wyznaczany jest bezpośrednio przez wysokie poczucie koherencji ($\beta = 0,27; p < 0,001$) i częste korzystanie ze strategii dysfunkcyjnych ($\beta = 0,13; p < 0,05$). Pośrednie relacje łączące strategie skoncentrowane na emocjach ($\gamma = 0,09; p < 0,01$) i dysfunkcyjne strategie radzenia sobie ($\gamma = -0,09; p < 0,01$) z poziomem akceptacji choroby przebiegały za pośrednictwem poczucia koherencji. Podobnie zasoby: wspar-



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (współczynniki nieoznaczone gwiazdką istotne na poziomie $p < 0,001$; wszystkie ścieżki nieistotne zostały usunięte); RSP – radzenie sobie skoncentrowane na problemie; RSE – radzenie sobie skoncentrowane na emocjach; RSD – dysfunkcjonalne radzenie sobie; PWS – poczucie własnej skuteczności; SOC – poczucie koherencji; WS – wsparcie społeczne; ACH – akceptacja choroby; RS – wypełnianie ról społecznych.

Rysunek 11. Model strukturalny uwarunkowań akceptacji choroby oraz wypełniania ról społecznych w grupie chorych na chorobę niedokrwinną serca

Źródło: opracowanie własne.

cie społeczne ($\gamma = 0,08$; $p < 0,01$) i poczucie własnej skuteczności ($\gamma = 0,11$; $p < 0,01$) łączyły się z tą zmienną poprzez poczucie koherencji.

Z kolei wypełnianiu ról społecznych sprzyja rzadkie korzystanie ze strategii skoncentrowanych na problemie ($\beta = -0,20$; $p < 0,005$), silne poczucie koherencji ($\beta = 0,34$; $p < 0,001$) i niewielkie wsparcie społeczne ($\beta = -0,15$; $p < 0,05$). Pośrednie związki między zmiennymi uwzględnionymi w modelu a wypełnianiem ról społecznych przebiegają za pośrednictwem poczucia koherencji. Korzystanie ze strategii skoncentrowanych na emocjach ($\gamma = 0,08$; $p < 0,01$), poczucie własnej skuteczności ($\gamma = 0,11$; $p < 0,01$) oraz wsparcie społeczne ($\gamma = 0,10$; $p < 0,01$) poprzez poczucie koherencji łączy się wprost proporcjonalnie z poziomem wypełniania ról społecznych, natomiast w przypadku strategii dysfunkcyjnych – odwrotnie proporcjonalnie ($\gamma = 0,10$; $p < 0,01$).

Tabela 38. Rozwiązanie równania strukturalnego w postaci wystandaryzowanej (korelacji) funkcjonowania poznawczego i behawioralnego chorych na chorobę niedokrwinną serca

	RSP	RSD	RSE	PWS	WS	SOC
efekt całkowity						
PWS	0,171		0,191			
WS	0,041		0,239	0,241		
SOC	0,077	-0,058	0,338	0,451	0,309	
ACH	0,018	-0,037	0,081	0,107	0,074	0,238
RS	0,120	0,018	-0,070	-0,104	0,054	-0,312
efekt bezpośredni						
PWS	0,181		0,203			
WS			0,209	0,246		
SOC		-0,298	0,188	0,347	0,279	
ACH		-0,132				0,268
RS	0,147				0,150	-0,343
efekt pośredni						
PWS						
WS	0,045		0,050			
SOC	0,075		0,142	0,069		
ACH	0,020	-0,080	0,089	0,112	0,075	
RS	0,019	-0,102	0,075	0,106	0,096	
współczynniki determinacji						
	PWS	SOC	WS	ACH	RS	
	0,12	0,14	0,36	0,10	0,10	

RSP – radzenie sobie skoncentrowane na problemie; RSE – radzenie sobie skoncentrowane na emocjach; RSD – dysfunkcyjne radzenie sobie; PWS – poczucie własnej skuteczności; SOC – poczucie koherencji; WS – wsparcie społeczne; ACH – akceptacja choroby; RS – wypełnianie ról społecznych.

Źródło: opracowanie własne.

Poziom akceptacji choroby u pacjentów z cukrzycą typu 1 wiązał się bezpośrednio z silnym poczuciem koherencji ($\beta = 0,33$; $p < 0,001$) i rzadkim korzystaniem ze strategii dysfunkcyjnych ($\beta = -0,15$; $p < 0,05$). Relacje pośrednie między zmiennymi uwzględnionymi w modelu przebiegały poprzez poczucie koherencji. Zmiennymi, które w pośredni sposób wyznaczają akceptację choroby są: posługiwanie się strategiami skoncentrowanymi na emocjach ($\gamma = 0,08$; $p < 0,01$), dysfunkcyjnymi strategiami radzenia sobie ($\gamma = -0,14$; $p < 0,01$), poczuciem własnej skuteczności ($\gamma = 0,11$; $p < 0,01$) oraz wsparciem społecznym ($\gamma = 0,08$; $p < 0,01$).

Wysoki poziom wypełniania ról społecznych zależał od silnego poczucia koherencji ($\beta = 0,31$; $p < 0,001$), rzadkiego posługiwania się dysfunkcyjnymi strategiami radzenia sobie ($\beta = -0,19$; $p < 0,01$) i braku wsparcia

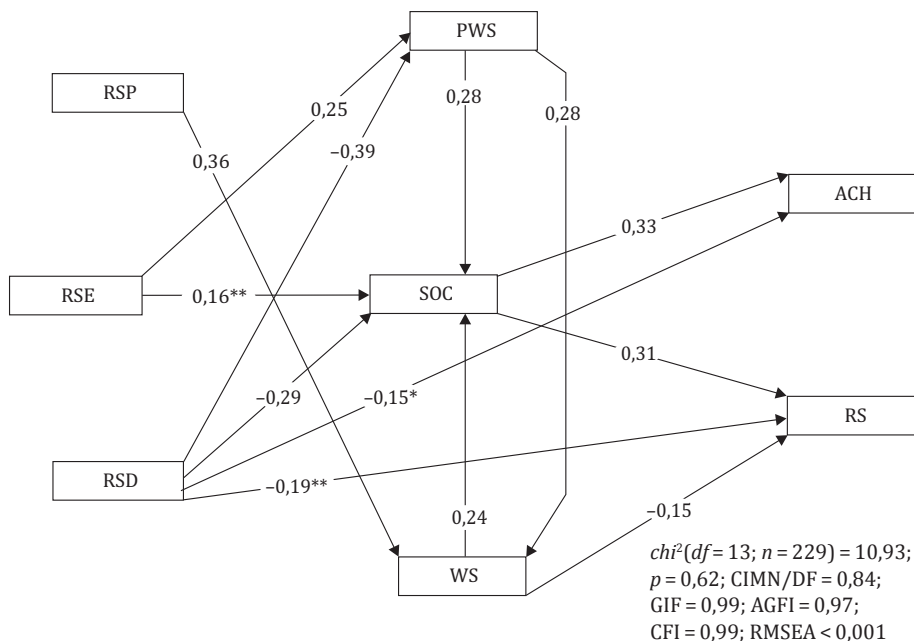
społecznego ($\beta = -0,15$; $p < 0,05$). Część wariancji tej zmiennej wyjaśniana była w sposób pośredni poprzez relację radzenia sobie skoncentrowanego na problemie za pośrednictwem wsparcia społecznego ($\gamma = 0,03$; $p < 0,05$). Jednak większość relacji pośrednich przebiegała poprzez poczucie koherencji. Z wypełnianiem ról społecznych tą ścieżką łączyły się strategie skoncentrowane na emocjach ($\gamma = 0,08$; $p < 0,01$), dysfunkcjonalne strategie radzenia sobie ($\gamma = -0,13$; $p < 0,01$), poczucie własnej skuteczności ($\gamma = 0,11$; $p < 0,01$) oraz wsparcie społeczne ($\gamma = 0,07$; $p < 0,01$).

Wysoki poziom akceptacji choroby wśród pacjentów z RZS cechował osoby z wysokim poczuciem własnej skuteczności ($\beta = -0,25$; $p < 0,001$), otrzymującymi wsparcie społeczne ($\beta = 0,15$; $p < 0,01$) i rzadko posługującymi się strategiami skoncentrowanymi na problemie ($\beta = -0,24$; $p < 0,001$). Analiza relacji pośrednich wykazała, że część wariancji poziomu akceptacji choroby wyznaczana jest w pośredniej relacji, która zachodzi za pośrednictwem wsparcia społecznego i poczucia własnej skuteczności. Poprzez wsparcie społeczne z poziomem akceptacji choroby łączą się strategie skoncentrowane na emocjach ($\gamma = 0,13$; $p < 0,01$), strategie skoncentrowane na problemie ($\gamma = 0,02$; $p < 0,05$), dysfunkcjonalne strategie radzenia sobie ($\gamma = -0,03$; $p < 0,01$) oraz poczucie własnej skuteczności ($\gamma = 0,03$; $p < 0,05$). Strategie skoncentrowane na emocjach łączą się także z akceptacją choroby poprzez poczucie własnej skuteczności ($\gamma = 0,13$; $p < 0,01$).

Wypełnianiu ról społecznych sprzyjały zaś: akceptacja choroby ($\beta = 0,20$; $p < 0,01$), otrzymywanie wsparcia społecznego ($\beta = 0,17$; $p < 0,001$) i nieposługiwanie się dysfunkcjonalnymi strategiami radzenia sobie ($\beta = 0,34$; $p < 0,001$). Wsparcie społeczne pośredniczy w relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie ($\gamma = -0,02$; $p < 0,01$), strategiami skoncentrowanymi na emocjach ($\gamma = 0,08$; $p < 0,01$), dysfunkcjonalnymi strategiami radzenia sobie ($\gamma = -0,04$; $p < 0,01$) oraz poczuciem własnej skuteczności ($\gamma = 0,04$; $p < 0,01$) a wypełnianiem ról społecznych. Z kolei wsparcie społeczne łączy się w sposób pośredni z wypełnianiem ról społecznych poprzez akceptację choroby ($\gamma = 0,03$; $p < 0,01$).

Uzyskany obraz zależności w opisanych modelach sugeruje odmienny przebieg procesów psychicznych prowadzących do optymalnego funkcjonowania poznawczego i behawioralnego w badanych grupach chorych. Różnice te szczególnie uwidaczniają się między chorymi na RZS a pacjentami z cukrzycą i chorobą serca. Istnieje więc podobny mechanizm prowadzący do akceptacji choroby i wypełniania ról społecznych u osób z cukrzycą typu 1 i chorobą niedokrwienną serca, który różni się jednak od przebiegu procesów psychicznych u osób z RZS.

Tym, co łączy pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i cukrzycą, jest podobna rola zasobów w procesie zmagania się z chorobą. W ich przypad-



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (współczynniki nieoznaczone gwiazdką istotne na poziomie $p < 0,001$; wszystkie ścieżki nieistotne zostały usunięte); RSP – radzenie sobie skoncentrowane na problemie; RSE – radzenie sobie skoncentrowane na emocjach; RSD – dysfunkcjonalne radzenie sobie; PWS – poczucie własnej skuteczności; SOC – poczucie koherencji; WS – wsparcie społeczne; ACH – akceptacja choroby; RS – wypełnianie ról społecznych.

Rysunek 12. Model strukturalny uwarunkowań akceptacji choroby oraz wypełniania ról społecznych w grupie chorych na cukrzycę typu 1

Źródło: opracowanie własne.

ku poczucie koherencji sprzyja zarówno akceptacji choroby, jak i pełnieniu ról społecznych. Oprócz tego wsparcie społeczne pełni taką samą funkcję, to znaczy jego wysoki poziom utrudnia pełnienie ról społecznych. Może to oznaczać, że chorzy na serce i cukrzycę nie powinni być wyręczani w codziennych obowiązkach, wręcz przeciwnie – dobrze by było, gdyby samodzielnie mierzyli się z pojawiającymi się problemami.

Różnice między chorymi na serce i cukrzycę dotyczą znaczenia strategii radzenia sobie. U chorych tych dysfunkcjonalne radzenie sobie łączy się z akceptacją choroby, jednak charakter tego związku jest różny. U pacjentów z chorobą niedokrwienną serca korzystanie z tego typu strategii sprzyja akceptowaniu stanu swojego zdrowia, a u chorych na cukrzycę – obniża poziom akceptacji własnego schorzenia. Inne strategie również okazały się ważne dla pełnienia ról społecznych. Korzystanie ze strategii skoncentrowanych na problemie utrudnia wypełnianie ról społecznych chorym na serce,

Tabela 39. Rozwiązanie równania strukturalnego w postaci wystandaryzowanej (korelacji) funkcjonowania poznawczego i behawioralnego chorych na cukrzycę typu 1

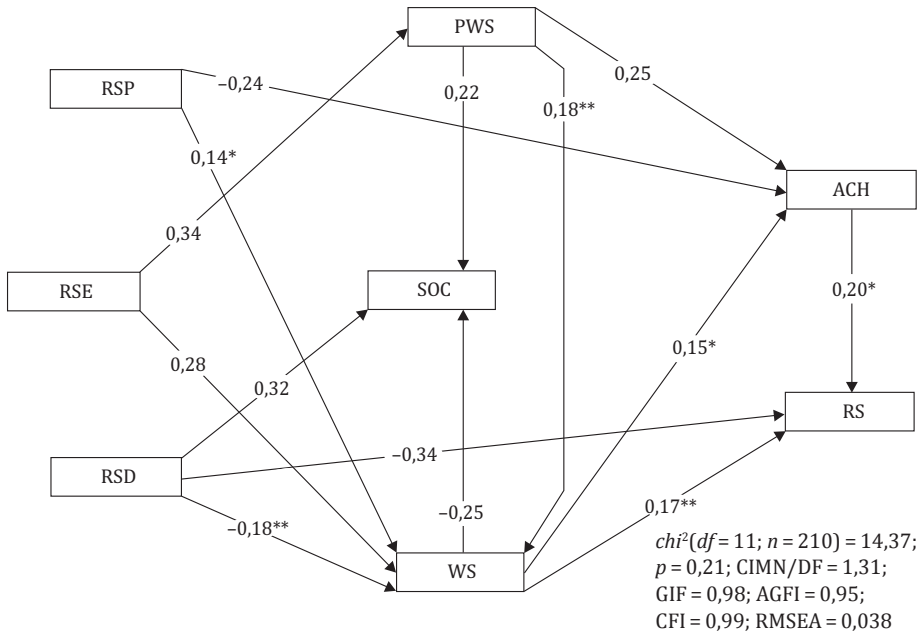
	RSP	RSD	RSE	PWS	WS	SOC
efekt całkowity						
PWS		-0,066	0,237			
WS	0,295	-0,016	0,058	0,245		
SOC	0,086	-0,079	0,248	0,373	0,290	
ACH	0,029	-0,055	0,083	0,125	0,098	0,336
RS	-0,025	0,056	-0,071	-0,107	-0,084	-0,288
efekt bezpośredni						
PWS		-0,385	0,254			
WS	0,358			0,277		
SOC		-0,292	0,157	0,276	0,235	
ACH		-0,152				0,329
RS		0,192				-0,314
efekt pośredni						
PWS						
WS		-0,107	0,070			
SOC	0,084	-0,132	0,087	0,065		
ACH	0,028	-0,139	0,080	0,112	0,077	
RS	0,026	-0,133	0,076	0,107	0,074	
współczynniki determinacji						
	PWS	SOC	WS	ACH	RS	
	0,20	0,39	0,23	0,17	0,19	

RSP – radzenie sobie skoncentrowane na problemie; RSE – radzenie sobie skoncentrowane na emocjach; RSD – dysfunkcjonalne radzenie sobie; PWS – poczucie własnej skuteczności; SOC – poczucie koherencji; WS – wsparcie społeczne; ACH – akceptacja choroby; RS – wypełnianie ról społecznych.

Źródło: opracowanie własne.

a posługiwanie się strategiami dysfunkcjonalnymi przez osoby z cukrzycą sprzyja realizowaniu ról społecznych.

Próbując uchwycić różnice w mechanizmie prowadzącym do akceptacji choroby i wypełniania ról społecznych, występujące między chorymi na RZS a pozostałymi dwiema grupami pacjentów, dostrzeżono odmienne znaczenia zasobów. Poczucie koherencji okazało się być czynnikiem niemającym znaczenia dla funkcjonowania behawioralnego i poznawczego osób z tą chorobą. Nie pośredniczyło w związkach między strategiami radzenia sobie a wskaźnikami funkcjonowania. Być może jego rolę u pacjentów chorych na zapalenie stawów przejęło wsparcie społeczne i w pewnym stopniu poczucie własnej skuteczności. Wysoki poziom wsparcia społecznego sprzyjał bowiem wypełnianiu ról społecznych. Wydaje się więc, że jest ono niezbędne, aby chorzy na RZS mogli być aktywni w świecie społecznym. Tymczasem



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (współczynniki nieoznaczone gwiazdką istotne na poziomie $p < 0,001$; wszystkie ścieżki nieistotne zostały usunięte); RSP – radzenie sobie skoncentrowane na problemie; RSE – radzenie sobie skoncentrowane na emocjach; RSD – dysfunkcyjne radzenie sobie; PWS – poczucie własnej skuteczności; SOC – poczucie koherencji; WS – wsparcie społeczne; ACH – akceptacja choroby; RS – wypełnianie ról społecznych.

Rysunek 13. Model strukturalny uwarunkowań akceptacji choroby chorych oraz wypełniania ról społecznych w grupie chorych na reumatoidalne zapalenie stawów

Źródło: opracowanie własne.

dla chorych na cukrzycę i chorobę niedokrwinną serca wysoki poziom wsparcia utrudniał realizowanie ról społecznych. Oprócz tego wsparcie społeczne i poczucie własnej skuteczności sprzyjały akceptacji choroby. Związków o takim charakterze nie odnotowano w grupie pacjentów cierpiących na inne choroby. Inna też była rola strategii radzenia sobie. Wynika z tego, że aby zaakceptować własną sytuację zdrowotną chorzy na RZS muszą być przekonani, że potrafią przezwyciężyć pojawiające się przed nimi trudności, a jednocześnie przebywać w takim środowisku społecznym, które w trudnych sytuacjach zapewni im odpowiednią pomoc. Posługiwanie się strategiami skoncentrowanymi na problemie utrudniało zaakceptowanie choroby, a dysfunkcyjnymi – sprzyjało wypełnianiu ról społecznych (podobna relacja wystąpiła wśród pacjentów chorujących na cukrzycę). Wynika z tego, że dla tych chorych niekorzystne jest silne dążenie do rozwiązania problemu, przezwyciężenia go, koncentrowanie się na nim. Bardziej pożądana wy-

daje się umiejętność zdystansowania się od istniejących trudności, ponieważ przełoży się ona na lepsze funkcjonowanie poznawcze.

Rozważając funkcjonowanie chorych na RZS, warto podkreślić, że pacjenci ci częściej pełnią role społeczne, kiedy akceptują stan swojego zdrowia. Taka zależność nie była istotna w przypadku osób z chorobą niedokrwinną serca i cukrzycą. W ich przypadku poziom tych dwóch zmiennych był niezależny od siebie. Dowodzi to, że dla chorych na RZS pierwszoplanowe jest ukształtowanie pozytywnego poznawczego stosunku do stanu swojego zdrowia, ponieważ ułatwia to funkcjonowanie w świecie społecznym i realizowanie ról społecznych.

Analizując uzyskane wyniki przez pryzmat wiedzy o strategiach radzenia sobie i zasobach, można zauważyć zróżnicowanie funkcji tych elementów transakcji stresowej w zależności od choroby, na którą cierpi pacjent. Wszyscy badani znajdowali się w podobnej sytuacji – zmagali się z chorobą przewlekłą. Jednak obiektywne właściwości sytuacji były różne w przypadku każdej grupy pacjentów, ponieważ odczuwali oni inne objawy i konsekwencje swojej choroby, co prawdopodobnie przełożyło się na różne mechanizmy przystosowywania się do niej. Przejawia się to odmienną rolą poszczególnych elementów transakcji stresowej. Analiza bezpośrednich relacji łączących strategie radzenia sobie z poznawczymi i behawioralnymi wskaźnikami funkcjonowania pokazuje, że w przypadku każdej z chorób przewlekłych strategie mają odmiennie znaczenie dla funkcjonowania chorych, tj. inne strategie wchodzą w bezpośrednie związki z akceptacją choroby i wypełnianiem ról społecznych, z dwoma wyjątkami: po pierwsze, częste korzystanie z dysfunkcyjnych strategii radzenia sobie przez osoby cierpiące na RZS i cukrzycę typu 1 prowadzi do gorszego wypełniania ról społecznych; po drugie, w przypadku wszystkich chorych okazało się, że strategie radzenia sobie skoncentrowane na emocjach nie wiążą się bezpośrednio z wypełnianiem ról społecznych i poziomem akceptacji choroby. Ponadto jeśli pojawił się związek między strategiami radzenia sobie skoncentrowanymi na problemie a akceptacją choroby bądź wypełnianiem ról społecznych, był to związek ujemny. Sugeruje to, że zbyt intensywne próby poradzenia sobie z problemem, jakim jest choroba przewlekła, niosą negatywne konsekwencje dla osób przewlekle chorych.

Wyniki te wskazują, że w zależności od charakterystyki krytycznego wydarzenia życiowego ludzie korzystają z różnych strategii radzenia sobie, które sprzyjają (np. stosowanie dysfunkcyjnych strategii radzenia sobie przez chorych na chorobę niedokrwinną serca) bądź utrudniają (np. stosowanie strategii skoncentrowanych na problemie przez chorych na RZS) przystosowanie się do sytuacji zdrowotnej. Nie można więc uznać, że istnieją jednoznacznie pozytywne bądź negatywne strategie radzenia sobie.

Tabela 40. Rozwiązanie równania strukturalnego w postaci wystandaryzowanej (korelacji) funkcjonowania poznawczego i behawioralnego chorych na reumatoidalne zapalenie stawów

	RSP	RSD	RSE	PWS	WS	ACH
efekt całkowity						
PWS			0,339			
WS	0,143	-0,178	0,340	0,184		
SOC	-0,036	0,361	-0,162	-0,270	-0,253	
ACH	-0,221	-0,027	0,134	0,273	0,149	
RS	0,020	0,370	-0,083	-0,084	-0,196	-0,196
efekt bezpośredni						
PWS			0,339			
WS	0,143	-0,178	0,277	0,184		
SOC		0,316		-0,223	-0,253	
ACH	-0,243			0,246	0,149	
RS		0,335			-0,166	0,196
efekt pośredni						
PWS						
WS			0,062			
SOC	-0,036	0,045	-0,162	-0,047		
ACH	0,021	-0,027	0,134	0,027		
RS	-0,020	-0,035	0,083	0,084	0,029	
współczynniki determinacji						
	PWS	SOC	WS	ACH	RS	
	0,12	0,24	0,20	0,12	0,20	

RSP – radzenie sobie skoncentrowane na problemie; RSE – radzenie sobie skoncentrowane na emocjach; RSD – dysfunkcjonalne radzenie sobie; PWS – poczucie własnej skuteczności; SOC – poczucie koherencji; WS – wsparcie społeczne; ACH – akceptacja choroby; RS – wypełnianie ról społecznych.

Źródło: opracowanie własne.

Z zestawienia mechanizmów wykorzystania zasobów przez chorych na różne schorzenia przewlekłe wynika, że schemat powiązań jest niemal identyczny dla osób z cukrzycą i chorobą niedokrwienną serca, lecz zupełnie inny dla osób z RZS. W tym przypadku poczucie koherencji przestaje bowiem pełnić funkcję zarządzającą wykorzystaniem zasobów. Wydaje się, że zasoby działają w pewnym stopniu niezależnie od siebie, o czym świadczą bezpośrednie związki łączące je ze wskaźnikami funkcjonowania. Być może część funkcji zarządzających wykorzystaniem zasobów pełni wsparcie społeczne, na co wskazują związki między poczuciem własnej skuteczności a akceptacją choroby oraz wypełnianiem ról społecznych zachodzące za jego pośrednictwem.

Podsumowanie

Podsumowując wyniki analiz mających na celu określenie niespecyficznych i specyficznych uwarunkowań funkcjonowania w chorobie przewlekłej, można poczynić następujące spostrzeżenia.

Niespecyficznymi czynnikami mającymi znaczenie dla pozytywnego funkcjonowania z chorobą przewlekłą są dostępność zasobów i niektóre przekonania na temat własnej choroby. Wskazują na to wyniki porównań między grupami osób silnie, umiarkowanie i w niewielkim stopniu obciążonych chorobą. Zasobami, które w największym stopniu różnicowały przynależność do danej grupy chorych, były poczucie koherencji i wsparcie społeczne. Obserwacje te potwierdzają wcześniejsze ustalenia, w których te dwa zasoby były traktowane jako kluczowe dla przebiegu transakcji stresowej.

Spśród jedenastu mierzonych aspektów reprezentacji własnej choroby trzy okazały się mieć umiarkowane znaczenie dla funkcjonowania wszystkich chorych. Były nimi: reakcja emocjonalna na własną chorobę oraz podzielenie przekonań, że się ją rozumie i że można oddziaływać na stan swojego zdrowia poprzez własne działania. Warto jednak dodać, że reprezentacja choroby jest konstruktem o charakterze poznawczym, w którym pierwotnie uwypuklana była rola przekonań i wiedzy, jakie człowiek posiada na temat własnej choroby (Heszen-Klemens, 1979; Levenethal, Meyer i Nerenz, 1980). Dopiero w późniejszych pracach konstrukt ten został wzbogacony o elementy odnoszące się do reakcji emocjonalnej chorego, pojawiającej się w odpowiedzi na fakt zachorowania. Potwierdzenie w badaniach znaczenia emocjonalnego aspektu reprezentacji choroby sugeruje, że emocje wzbudzone w sytuacji choroby również mają znaczenie dla regulowania funkcjonowania osób przewlekle chorych. Obserwacja ta potwierdza tezę Richarda Lazarusa (1986), że w każdym ze sposobów oceny sytuacji wzbudzone są odmienne stany emocjonalne (np. lęk i niepokój są charakterystyczne, gdy sytuacja traktowana jest jako brak bezpieczeństwa, zagrożenie). Ustalenie, że reprezentacja emocjonalna choroby jest jednym z czynników pozwalających przewidzieć funkcjonowanie pacjentów, wskazuje, iż rozbudowanie konstruktów reprezentacji choroby o aspekty emocjonalne jest właściwym kierunkiem analiz teoretycznych i empirycznych. Wydaje się, że dalsze badania mogłyby koncentrować się wokół dwóch problemów: po pierwsze, jakie relacje łączą wzbudzone stany emocjonalne, zarówno pozytywne, jak i negatywne, z poszczególnymi aspektami reprezentacji choroby; po drugie, w jaki sposób wiążą się one z różnymi aspektami funkcjonowania osób dotkniętych przewlekłą chorobą.

Zmienne potraktowane jako wskaźniki aktywności w sytuacji choroby przewlekłej, a więc strategie radzenia sobie i zachowania zdrowotne w sytuacji choroby przewlekłej, nie okazały się czynnikami różnicującymi w znacznym stopniu funkcjonowanie chorych (wskazują na to niskie wartości siły efektu). Obserwacja ta sugeruje, że to, jaką formę aktywności chory przejawia w obliczu swojej choroby i jak ona przekłada się na jego zachowanie, jest raczej cechą specyficzną reakcji chorego.

Jednym z największych zaskoczeń tych badań są wyniki analiz, które wskazują, że posługiwanie się konkretną strategią radzenia sobie w niewielkim stopniu pozwala wyjaśnić różnice w poziomie funkcjonowania chorych. W żadnym z przypadków pojedyncza strategia nie wyjaśniała więcej niż 5% funkcjonowania chorych. Oznacza to, że konkretne sposoby zachowania nie odgrywają decydującej roli w aktywności chorych. Zgrupowanie pojedynczych strategii radzenia sobie w trzy kategorie strategii: skoncentrowanych na emocjach, skoncentrowanych na problemie i dysfunkcjonalnych zwiększyło nieznacznie stopień przewidywania zachowania chorych. Nie należy zatem analizować aktywności chorych na podstawie konkretnych strategii radzenia sobie, jak proponuje Charles S. Carver (1997), ponieważ zmniejsza to zakres wyjaśniania poziomu funkcjonowania. Dla zrozumienia zachowań chorych wystarczające jest posługiwanie się ogólnymi kategoriami radzenia sobie, np. siatką pojęciową zaproponowaną przez Lazarusa i Folkmana (1986), a nie szczegółowymi typami radzenia sobie, np. klasyfikacją Carvera (1997).

Szczegółowe analizy czynników powiązanych z poziomem funkcjonowania chorych, wykonane z użyciem analizy regresji, pozwoliły na zidentyfikowanie zmiennych ważnych dla poziomu akceptacji choroby, satysfakcji z życia, natężenia depresji oraz pełnienia ról społecznych. Okazało się, że różna konfiguracja czynników związanych z oceną choroby, aktywnością w jej trakcie oraz postrzeganymi zasobami była ważna dla każdej z grup chorych.

Zmienne odnoszące się do oceny choroby zdecydowanie najczęściej okazywały się ważne dla poziomu funkcjonowania chorych. Nie zostały one jednak uwzględnione we wszystkich rozwiązaniach równań regresji. W części z nich pojawiły się zobiektywizowane cechy choroby przewlekłej i/lub subiektywne jej cechy.

Pomimo tego, że strategie radzenia sobie w niewielkim stopniu pozwalały na wyjaśnienie przynależności do grup osób odmiennie zachowujących się w sytuacji choroby, niektóre z nich okazały się czynnikami umożliwiającymi przewidzenie poziomu funkcjonowania. Analizując udział konkretnych strategii radzenia sobie, stwierdzono, że dla poprawy zachowania osób z chorobą niedokrwienną serca ważne jest posługiwanie się strategią akceptacji. Sprzyja ona pogodzeniu się z chorobą oraz angażowaniu się

w czynności zastępcze, których wykonywanie skutkowało zwiększeniem satysfakcji z życia. W przypadku cukrzycy zidentyfikowano większą grupę strategii radzenia sobie związaną z ich funkcjonowaniem. Okazało się, że dla poprawy aktywności tych chorych ważna jest dostępność dwóch strategii: poszukiwania wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, które wiązały się pozytywnie z poziomem satysfakcji z życia. Posługiwanie się innymi strategiami, które znalazły się w rozwiązaniach równań regresji, pogarszało zaś funkcjonowanie chorych. Były to: zażywanie substancji psychoaktywnych (utrudniające akceptację choroby i pełnienie ról społecznych), akceptacja (zwiększająca prawdopodobieństwo depresji) oraz zaprzestanie działań (utrudniające pełnienie ról społecznych). Dla lepszego funkcjonowania chorych z RZS istotne okazało się posługiwanie się strategiami: zwrot ku religii (zwiększający satysfakcję z życia), pozytywne przewartościowanie (zwiększające satysfakcję z życia), pozytywne przewartościowanie (zmniejszające prawdopodobieństwo depresji i zwiększające zaangażowanie w pełnienie ról społecznych), obwinianie się (zwiększające prawdopodobieństwo depresji) oraz zażywanie substancji psychoaktywnych i akceptacja (utrudniające pełnienie ról społecznych).

Odmienna struktura strategii radzenia sobie istotnych dla funkcjonowania chorych wynika prawdopodobnie z odmienności sytuacji biopsychospołecznej, w jakiej się oni znajdują. Osoby z chorobą niedokrwienną serca stoją bowiem przed zadaniem pogodzenia się z faktem zachorowania, osoby z cukrzycą – przed koniecznością zaakceptowania przewlekłości swojej choroby, a pacjenci z RZS – przed pogodzeniem się z postępującą utratą sprawności. Zidentyfikowany obraz zależności wskazuje, że aby optymalnie funkcjonować, chorzy na różne choroby powinni posługiwać się innym zestawem strategii radzenia. Spostrzeżenia dotyczące tego, jakie strategie wspierają zachowanie pacjentów z różnymi chorobami przewlekłymi, wskazują, jakie kompetencje powinny być rozwijane w każdej z grup chorych i do stosowania jakich powinni być oni zniechęceni.

Globalna analiza powiązań między zmiennymi wykonana na podstawie teorii równań strukturalnych potwierdziła, że inne strategie radzenia sobie mają znaczenie dla aktywności chorych oraz że odmienny jest charakter tych związków. Należy jednak podkreślić, że w analizach tych wzięto pod uwagę nie pojedyncze strategie radzenia sobie, lecz ich grupy. Oprócz tego pozwoliły one stwierdzić, że strategie radzenia sobie wywierają wpływ na funkcjonowanie chorych za pośrednictwem zasobów.

Wykonane analizy wykazały ograniczoną rolę zachowań zdrowotnych w funkcjonowaniu osób przewlekle chorych. Wyniki te przemawiają za potraktowaniem tej formy aktywności jako czynnika specyficznego, który ma znaczenie dla niektórych aspektów zachowań niektórych chorych. Okazało

się, że ten rodzaj aktywności jest ważny dla satysfakcji z życia oraz pełnienia ról społecznych przez osoby z RZS. Sprzyjał on wysokiemu poziomowi satysfakcji z życia, ale utrudniał pełnienie ról społecznych. W związku z tym wydaje się, że zorganizowanie swojej aktywności wokół choroby i jej leczenie podnosi satysfakcję z życia i równocześnie pozbawia energii do aktywności w innych obszarach życia. Zorganizowanie własnych działań wokół leczenia i zapobiegania nawrotom choroby chroniło osoby z cukrzycą przed silną depresją. Wyniki te pokazują, że nawet jeśli ludzie organizują swoją aktywność wokół choroby, to ma ona niewielkie znaczenie dla ich psychospołecznego funkcjonowania.

Wyniki analiz powiązań między zmiennymi uzyskane za pomocą analizy ścieżek umożliwiają sformułowanie wniosków odnoszących się do całego weryfikowanego modelu, a także do jego poszczególnych elementów. Zaproponowany zestaw zmiennych pozwolił na lepsze wyjaśnienie funkcjonowania emocjonalnego przewlekłe chorych niż ich funkcjonowania poznawczego i społecznego. Uzyskane współczynniki determinacji wyjaśniające poziom depresji i zadowolenia z życia były przynajmniej o 15 p.p. wyższe niż te tłumaczące stopień akceptacji choroby i wypełniania ról społecznych. Oznacza to, że model krytycznych wydarzeń życiowych ma większą moc predykcyjną w odniesieniu do emocjonalnego obszaru aktywności chorych. Obserwacja ta skłania do postawienia pytania: Czy testowany model jest w takim samym stopniu użyteczny do przewidywania różnych aspektów zachowania w sytuacji konfrontacji z różnymi wydarzeniami krytycznym? Niewiele jest prac, w których poszukuje się jednocześnie uwarunkowań poznawczego, emocjonalnego i społecznego funkcjonowania osób będących pod wpływem krytycznych wydarzeń życiowych. Konieczne jest więc zaprojektowanie i przeprowadzenie podobnych badań w innych populacjach osób obciążonych stresem krytycznych wydarzeń życiowych (np. osób po rozwodzie, utracie pracy). Umożliwi to zweryfikowanie otrzymanego wyniku, sprawdzenie, czy w innych grupach osób zaproponowany zestaw zmiennych w większym stopniu wyjaśnia funkcjonowanie emocjonalne niż poznawcze i społeczne.

Wyniki przeprowadzonych analiz sugerują, że odmienny mechanizm psychiczny prowadzi do podobnych konsekwencji u osób chorujących na różne schorzenia przewlekłe. Zróżnicowanie w zakresie procesów psychicznych najsilniej uwidoczniło się między chorującymi na RZS a osobami z chorobą niedokrwienną serca oraz cukrzycą i dotyczyło funkcji zasobów, a także strategii radzenia sobie.

Na pierwszy plan wysuwają się różnice dotyczące znaczenia poczucia koherencji dla funkcjonowania chorych. Wysoki poziom poczucia koherencji u chorych na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę typu 1 sprzyjał poczuciu zadowolenia z życia, akceptacji choroby, wypełnianiu ról społecz-

nych oraz chronił przed depresją, podczas gdy u osób z rozpoznany RZS sprzyjał jedynie depresji. Otrzymane wyniki wskazują na niejednoznaczną rolę tego zasobu. W sytuacji chorowania na serce i cukrzycę miał on funkcję ochronną – sprzyjał minimalizowaniu negatywnych konsekwencji choroby. Natomiast w grupie chorych na RZS pełnił odwrotną funkcję, to znaczy przyczyniał się do wystąpienia negatywnych konsekwencji choroby. Jest to być może związane z tym, że w przypadku pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i cukrzycą typu 1 posługiwanie się strategiami radzenia skoncentrowanymi na emocjach i dysfunkcjonalnymi strategiami radzenia sobie wywierało częściowy wpływ na funkcjonowanie chorych za pośrednictwem poczucia koherencji. Korzystanie z tych dwóch grup strategii radzenia sobie aktywizowało ten zasób. Z kolei w przypadku chorych na RZS znacznie strategii radzenia sobie uwidaczniało się przeważnie w bezpośrednich związkach. Wskazuje to na trudność, z jaką mogą borykać się ci pacjenci, a mianowicie nieumiejętność korzystania z dostępnych zasobów, zwłaszcza poczucia koherencji.

Odnotowano, że poczucie własnej skuteczności jest zasobem, który w przypadku każdej z grup chorych sprzyjał poczuciu zadowolenia z życia. Jego rola w zasadzie ograniczała się do budowania silnego zadowolenia z życia. W żadnym z przypadków nie zabezpieczało to przed nasileniem symptomów depresyjnych. Zasób ten ułatwiał także wypełnianie ról społecznych przez chorych na serce i zwiększał akceptację choroby u pacjentów z RZS. Sugeruje to, że poczucie własnej skuteczności jest w większym stopniu zasobem zaangażowanym we wzbudzenie pozytywnych stanów emocjonalnych (Lefebvre i in., 1999) niż zabezpieczającym przed wystąpieniem negatywnych stanów afektywnych (Sacco i in., 2007; Kuijer i de Ridder, 2003).

Znaczenie wsparcia społecznego uwidoczniło się w grupie chorych na RZS. Za jego pośrednictwem na zachowanie chorych wywierały wpływ wszystkie grupy strategii radzenia sobie. Jego wysoki poziom sprzyjał każdemu z aspektów funkcjonowania. Wynik ten potwierdził hipotezę, że wsparcie społeczne jest predyktorem zdrowia psychicznego (Goodenow, Reisine i Grady, 1990). W pozostałych dwóch grupach chorych rola wsparcia społecznego była ograniczona. Wiązało się ono z poczuciem zadowolenia z życia i wypełnianiem ról społecznych przez chorych na serce oraz wypełnianiem ról społecznych przez chorych na cukrzycę. Jednak w rzadko którym przypadku w tych dwóch grupach chorych strategii radzenia sobie aktywizowały ten zasób. W grupie chorych na chorobę niedokrwienną serca wpływ strategii radzenia sobie skoncentrowanych na emocjach uwidaczniał się poprzez wsparcie społeczne, a w grupie pacjentów z RZS – tą samą ścieżką wpływ strategii skoncentrowanych na problemie. Prawdopodobnie różnice w znaczeniu wsparcia społecznego w różnych grupach chorych wynikają z tego, że

osoby chore na RZS cechuje większe zapotrzebowanie na wsparcie społeczne. Chorzy ci często dotknięci są niepełnosprawnością, a ich codzienne życie uzależnione jest od pomocy innych. Dlatego też większe znaczenie dla ich dobrostanu ma wsparcie społeczne. Z drugiej strony osoby z cukrzycą i chorobą niedokrwienną serca są mniej zależne od innych, mogą funkcjonować samodzielnie, a więc wsparcie społeczne nie decyduje o ich życiu.

Uzyskane wyniki badań wskazują, że odmienny jest mechanizm działania różnych grup strategii radzenia sobie. Strategie radzenia skoncentrowane na problemie w większości przypadków pozostawały w bezpośrednich związkach ze wskaźnikami funkcjonowania (głównie z poziomem zadowolenia z życia, rzadziej z akceptacją choroby i wypełnianiem ról społecznych). Natomiast znaczenie strategii skoncentrowanych na emocjach i dysfunkcjonalnych uwidaczniało się za pośrednictwem zasobów – głównie poczucia koherencji, ale także poczucia własnej skuteczności i wsparcia społecznego. Obserwacja ta wskazuje, że niezależnie od poziomu zasobów chorzy korzystają ze strategii skoncentrowanych na problemie, jednak dla zaktywizowania ochronnej funkcji strategii skoncentrowanych na emocjach i zminimalizowania kosztów posługiwania się dysfunkcjonalnymi strategiami radzenia sobie niezbędna jest obecność zasobów.

Interpretując obraz powiązań między zmiennymi, uzyskany w wyniku przeprowadzenia procedury analizy ścieżek, należy pamiętać, że wykonane analizy miały charakter eksploracyjny. Aby zyskać pewność, że odnotowane zależności między zmiennymi są stałe, konieczne byłoby powtórzenie badań wśród chorujących na te same choroby przewlekłe i zweryfikowanie, czy przedstawione modele będą ponownie dobrze dopasowane do uzyskanych danych. Przeprowadzenie tej procedury zapewni, że odnotowane zależności nie mają charakteru przypadkowego.

ROZDZIAŁ IX

ZNACZENIE ZASOBÓW DLA FUNKCJONOWANIA OSÓB PRZEWLEKLE CHORYCH

Wprowadzenie

Zakłada się, że przebieg transakcji stresowej i jej efekty modyfikowane są przez szereg czynników o charakterze podmiotowym i pozapodmiotowym, które określa się jako zasoby (por. Lazarus i Folkman, 1984; Łosiak, 2008; Sęk, 2012; Hobfoll, 2006). W opisywanych badaniach uwzględniono pięć zasobów mających potencjalne znaczenie dla funkcjonowania osób przewlekle chorych. Były to: poczucie koherencji, sprężystość psychiczna, ogólne poczucie własnej skuteczności, poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia oraz wsparcie społeczne.

Dla określenia ich znaczenia dla przebiegu transakcji stresowej w sytuacji zmagania się z chorobą przewlekłą wykonano trzy analizy. Aby zidentyfikować niespecyficzną rolę zasobów w zmaganiu się z chorobą przewlekłą: obliczono proste współczynniki korelacji pomiędzy zasobami a wskaźnikami funkcjonowania oraz wyodrębniono trzy grupy chorych, wykorzystując procedurę analizy skupień. Skupienia zostały wyróżnione na podstawie podobieństwa w natężeniu zasobów. Następnie porównano je pod względem oceny choroby, aktywności w chorobie oraz sposobu funkcjonowania w niej. Specyficzna rola zasobów została określona na podstawie obliczonych współczynników korelacji.

Dodatkowo, aby zweryfikować hipotezę, według której poczucie koherencji jest metazasobem zarządzającym wykorzystaniem innych zasobów, przeprowadzono analizę mediacji prostej, w której sprawdzono, czy zmiana ta mediuje związek między zasobami a funkcjonowaniem.

1. Niespecyficzna rola zasobów w zmaganiu się z chorobą przewlekłą

1.1. Związki między zasobami a funkcjonowaniem osób przewlekle chorych

Jeden z problemów postawionych w tej pracy dotyczył określenia znaczenia zasobów dla radzenia sobie z krytycznym wydarzeniem życiowym, jakim jest choroba przewlekła. Aby go rozwiązać, obliczono proste współczynniki korelacji pomiędzy zasobami a wskaźnikami funkcjonowania osób przewlekle chorych¹ oraz wyodrębniono grupy chorych o podobnej konfiguracji posiadanych zasobów i porównano je pod względem natężenia zmiennych uwzględnionych na poszczególnych etapach przebiegu transakcji stresowej.

Analiza związków pomiędzy zasobami wykazała, że każdy z wyodrębnionych zasobów wiąże się z funkcjonowaniem osób przewlekle chorych (tab. 41). Większość z nich łączył dodatni związek z akceptacją choroby (z wyjątkiem zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze przypadek), satysfakcją z życia i wypełnianiem ról społecznych, a ujemny związek z natężeniem depresji (z wyjątkiem zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze przypadek oraz inni ludzie).

Poczucie koherencji okazało się kluczowym zasobem dla akceptacji choroby ($r = 0,31$; $p < 0,01$), natężenia depresji ($r = -0,43$; $p < 0,01$) oraz wypełniania ról społecznych ($r = 0,22$; $p < 0,01$), wiązało się także pozytywnie z poczuciem zadowolenia z życia ($r = 0,38$; $p < 0,01$). Otrzymany obraz zależności potwierdza zatem hipotezę, że poczucie koherencji jest istotne dla zachowania i utrzymania zdrowia w sytuacji stresowej (por. Sęk, 2001b; Pasikowski, 2001b). Sprężystość psychiczna najsilniej wiązała się z poczuciem satysfakcji z życia ($r = 0,42$; $p < 0,01$), co wskazuje na duże znaczenie tego zasobu dla zachowania zdrowia (por. Sęk, Karczmarek, Ziarko, Pietrzykowska i Lewicka, 2012). Poczucie własnej skuteczności, wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia oraz wsparcie społeczne wiązały się zaś istotnie ze wszystkimi wskaźnikami funkcjonowania, jednak odnotowane współczynniki korelacji osiągały wartości niższe niż w przypadku poczucia koherencji i sprężystości psychicznej.

Najmniejsze znaczenie dla poziomu funkcjonowania ma zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, zarówno na wymiarze inni ludzie, jak i przypadek. W odniesieniu do tych zmiennych odnotowano nieistotne statystycznie związki z dwoma wskaźnikami funkcjonowania. Przekonanie

¹ Ze względu na obszerność zgromadzonego materiału empirycznego zrezygnowano z określania związków między zasobami a cechami krytycznego wydarzenia życiowego i aktywnością w chorobie przewlekłej.

Tabela 41. Związki między zasobami a funkcjonowaniem w chorobie przewlekłej – współczynniki korelacji *r*-Pearsona

Zmienna	Akceptacja choroby	Natężenie depresji	Poczucie zadowolenia z życia	Wypełnianie ról społecznych
Poczucie koherencji	0,31**	-0,43**	0,38**	0,22**
Sprężystość psychiczna	0,19**	-0,28**	0,42**	0,11**
Poczucie własnej skuteczności	0,22**	-0,33**	0,41**	0,18**
Wewnętrzne PUKZ	0,12**	-0,12**	0,25**	0,03
PUKZ – inni ludzie	-0,04	0,12**	0,22**	-0,17**
PUKZ – przypadek	-0,16**	0,26**	0,03	-0,20**
Wsparcie społeczne	0,16**	-0,34**	0,36**	0,18**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; PUKZ – poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia.

Źródło: opracowanie własne.

o odpowiedzialności innych ludzi za stan zdrowia nie łączyło się istotnie z akceptacją choroby, a przekonanie o wpływie przypadku na zdrowie nie korelowało z poczuciem zadowolenia z życia.

Jeśli chodzi o poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, zwłaszcza zewnętrznego, można postawić pytanie, czy przekonanie to jest zasobem, czy też deficytem zdrowotnym. Uważa się, że silne przekonanie o wewnętrznym poczuciu umiejscowienia kontroli jest czynnikiem sprzyjającym własnej aktywności, w tym zachowaniom chroniącym i umacniającym zdrowie. Osoby o wysokim wewnętrznym poczuciu umiejscowienia kontroli są zdolne oddziaływać na stan swojego zdrowia poprzez zapobieganie bądź kontrolę pojawiających się symptomów oraz rozwijanie pozytywnych zachowań zdrowotnych (Stucky i Greenblatt, 2008). Zanotowane zależności potwierdziły to przypuszczenie. Silne wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia sprzyjało bowiem poczuciu zadowolenia z życia i wypełnianiu ról społecznych oraz chroniło przed depresją.

Czasem jednak przekonania o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia traktuje się jako właściwość hamującą działania i utrudniającą realizowanie posiadanych celów, wzmagającą poczucie bezradności oraz przeżywanie depresji (Goetsch i Veltum, 2010). Uważa się, że podzielanie tych przekonań nie sprzyja zachowaniu zdrowia. Ten pogląd bywa jednak kwestionowany. Powszechnie przyjmowane jest założenie, że posiadanie silnego wewnętrznego poczucia kontroli zdrowia jest dobre, a zewnętrznego – złe. Jednak nie sprawdza się to w przypadku osób przewlekle chorych (Allison, 1991). Przykazywanie kontroli nad zdrowiem innym ludziom w sytuacji choroby przewlekłej może sprzyjać leczeniu (Lyons i Chamber-

lain, 2006). Uzyskany obraz zależności częściowo potwierdził to przypuszczenie. Silne przekonanie, że inni ludzie są odpowiedzialni za stan zdrowia sprzyjało zdrowiu, gdyż pozytywnie wiązało się z poczuciem zadowolenia z życia ($r = 0,22$; $p < 0,01$), a równocześnie utrudniało utrzymanie zdrowia, ponieważ przyczyniało się do wzrostu depresji ($r = 0,12$; $p < 0,01$) i zmniejszało zaangażowanie w wypełnianie ról społecznych ($r = -0,17$; $p < 0,01$). W świetle tych zależności trudno jednoznacznie stwierdzić, czy zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze inni ludzie jest zasobem w sytuacji choroby przewlekłej, czy też deficytem – może bowiem sprzyjać zadowoleniu z życia, a jednocześnie zwiększać poziom depresji i zmniejszać zaangażowanie w wypełnianie ról społecznych. Problem ten wciąż więc pozostaje otwarty.

Kontrowersja ta nie istnieje, gdy podzielane jest przekonanie, że stan zdrowia zależy od przypadku. Silne przekonania tego typu nie sprzyjają bowiem wypełnianiu ról społecznych ($r = 0,20$; $p < 0,01$), zwiększają prawdopodobieństwo depresji ($r = 0,26$; $p < 0,01$) oraz zmniejszają stopień akceptacji choroby ($r = -0,16$; $p < 0,01$). W odniesieniu do tego wymiaru poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia można mu raczej przypisać status deficytu zdrowotnego.

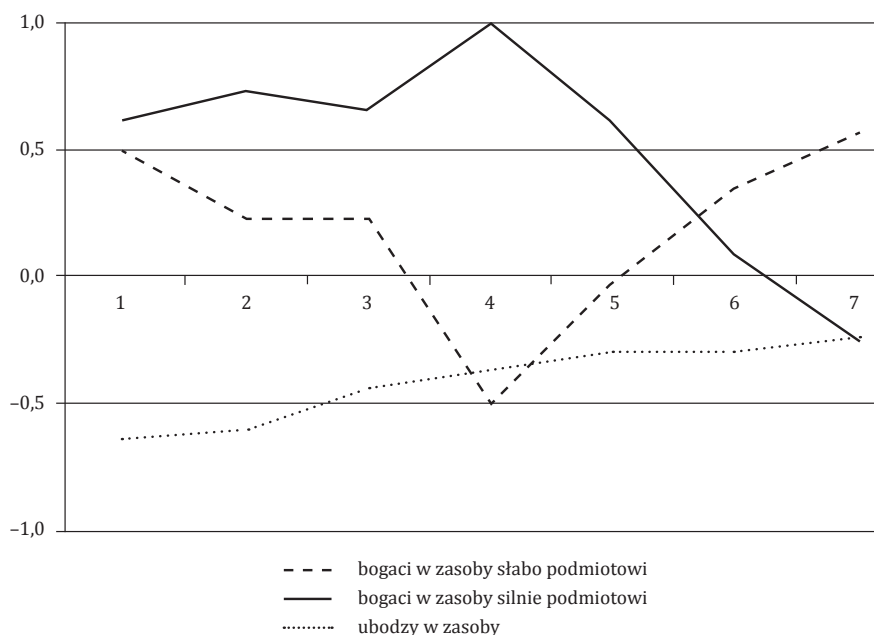
1.2. Postrzegana dostępność zasobów jako czynnik różnicujący funkcjonowanie osób przewlekle chorych

W celu wyodrębnienia grup osób charakteryzujących się odmienną konfiguracją zasobów zastosowano procedurę dwustopniowej analizy skupień (Gore, 2000). Zasadniczą jej część poprzedziło usunięcie przypadków odstających oraz wystandaryzowanie wyników uzyskanych w skalach mierzących poszczególne zasoby. Usunięto dwa przypadki jednozmienne (wyniki powyżej lub poniżej trzeciego odchylenia standardowego) i 45 przypadków wielozmienne (duża odległość Mahalanobisa; $p < 0,001$).

W pierwszym etapie wykonano hierarchiczną analizę skupień metodą aglomeracji Warda, opartą na kwadracie odległości euklidesowej, wyodrębniając: trzy, cztery, pięć oraz sześć skupień. Uzyskane skupienia zostały następnie ocenione pod względem ich trafności teoretycznej, kryterium „ekonomicznego” (skupienie musiało cechować się odmienną konfiguracją wymiarów, a nie jedynie ich natężeniem) oraz procentu wariancji poszczególnych zasobów wyjaśnianych przez dane skupienie (nie mniej niż 50% wyjaśnionej wariancji każdego z zasobów). Na ich podstawie zdecydowano, że optymalną liczbą wyodrębnionych skupień są trzy skupienia.

Drugi etap analizy skupień polegał na zastosowaniu wstępnych centrów skupień uzyskanych w analizie hierarchicznej jako punkty startowe dla ana-

lize skupień metodą k -średnich. Uzyskane rozwiązanie (rys. 13) pozwoliło na wyjaśnienie co najmniej 50% wariancji każdego z wziętych pod uwagę zasobów ($\eta^2 > 0,50$).



1 – sprężystość psychiczna; 2 – poczucie własnej skuteczności; 3 – wsparcie społeczne; 4 – poczucie koherencji; 5 – wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia; 6 – zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia – inni ludzie; 7 – zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia –przypadek.

Rysunek 14. Skupienia spostrzeganych zasobów w chorobie przewlekłej – wyniki dwustopniowej analizy skupień

Źródło: opracowanie własne.

Dzięki przeprowadzonej analizie skupień metodą k -średnich wyodrębniono trzy skupienia. Najwięcej chorych ($n = 243$; 40,5%) zostało zakwalifikowanych do grupy określonej jako „silnie podmiotowi bogaci w zasoby”. Chorych tych cechowało najwyższe natężenie pięciu zasobów. Były to: poczucie koherencji, poczucie własnej skuteczności, sprężystość psychiczna, wsparcie społeczne oraz wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia. Osoby z tej grupy w niewielkim stopniu podzielały przekonanie o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia na wymiarze przypadek i inni ludzie. Największa liczebność tego skupienia wskazuje, że osoby w sytuacji choroby przewlekłej nie są pozbawione dostępu do zasobów i do-

strzegają możliwość wykorzystania ich w procesie zmagania się z chorobą przewlekłą.

W grupie nazwanej „bogaci w zasoby słabo podmiotowi” znalazło się $n = 213$ osób (35,5%). Były one silnie przekonane, że stan ich zdrowia jest efektem przypadku i/lub oddziaływań ze strony innych. Osoby te cechowało najsłabsze poczucie koherencji i umiarkowane przekonania o możliwości wpływu na stan własnego zdrowia.

Trzecia z wyodrębnionych grup została określona jako „ubodzy w zasoby”. Była to grupa najmniej liczna – stanowiło ją $n = 191$ osób (24%). Osoby te cechowały najniższe wyniki w zakresie sprężystości psychicznej, poczucia własnej skuteczności, wsparcia społecznego, przekonań o wewnętrznym i zewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia oraz umiarkowany poziom poczucia koherencji.

Wyodrębnione grupy różniły się między sobą pod względem choroby, na którą cierpieli ich członkowie ($\chi^2 = 121,148$; $df = 4$; $p < 0,001$). Osoby chore na RZS przeważały w grupie osób bogatych w zasoby, ale słabo podmiotowych ($n = 92$; 50,3%)². Ich duży odsetek został również odnotowany w grupie osób ubogich w zasoby ($n = 89$; 38,0%). Jedynie dwóch pacjentów chorych na RZS znalazło się w grupie osób bogatych w zasoby i silnie podmiotowych. Sugeruje to, że chorujący na to schorzenie z powodu braku zasobów lub nieumiejętności ich wykorzystania mogą być dodatkowo narażeni na negatywne skutki choroby. W tej grupie przeważali chorzy cierpiący na chorobę niedokrwienną serca ($n = 94$; 51,9%). Najwięcej spośród chorujących na cukrzycę typu 1 zostało zakwalifikowanych do grupy ubogich w zasoby ($n = 91$; 38,9%).

Zmienne socjodemograficzne różnicowały również wyodrębnione grupy. Chorzy tworzący grupę osób bogatych w zasoby i silnie podmiotowych byli młodsi od pacjentów bogatych w zasoby i słabo podmiotowych ($M_I = 49,15$; $SD_I = 16,63$; $M_{II} = 44,32$; $SD_{II} = 16,48$; $M_{III} = 46,50$; $SD_{III} = 17,72$; $F = 3,3693$; $df_{wew} = 597$; $p = 0,025$; $\eta^2 = 0,128$) oraz chorowali krócej w porównaniu z pozostałymi dwiema grupami ($M_I = 10,95$; $SD_I = 9,34$; $M_{II} = 8,20$; $SD_{II} = 7,77$; $M_{III} = 10,49$; $SD_{III} = 9,77$; $F = 4,798$; $df_{wew} = 597$; $p = 0,009$; $\eta^2 = 0,083$). Zaobserwowane różnice wskazują, że wraz z czasem trwania choroby zmniejsza się postrzegana dostępność zasobów lub postrzegana możliwość oddziaływania na stan swojego zdrowia – chory dysponuje zasobami, ale nie wierzy, że na skutek własnych działań jest w stanie poprawić swoje funkcjonowanie.

Porównywane grupy chorych różniły się również od siebie pod względem poziomu wykształcenia ($\chi^2 = 40,132$; $df = 12$; $p < 0,001$), miejsca zamieszkania ($\chi^2 = 26,333$; $df = 8$; $p = 0,001$) i sytuacji zawodowej ($\chi^2 = 59,850$;

² Podane w nawiasach wartości procentowe odnoszą się liczebności poszczególnych skupień, w związku z tym nie sumują się do 100%.

Tabela 42. Przynależność do skupienia zasoby a przekonania na temat choroby (jednoczynnikowa ANOVA – test F)
($N = 600$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 597)

Zmienna	Bogaci w zasoby słabo podmiotowi ($n = 213$)	Bogaci w zasoby silnie podmiotowi ($n = 243$)	Uboży w zasoby ($n = 191$)	Analiza efektów międzygrupowych	Statystyki testu F		Siła efektu η^2
					F	p	
					$M (SD)$		
Subiektywne cechy choroby przewlekłej:							
- percepcja objawów	4,58 (2,82)	3,00 (2,61)	3,76 (2,52)	1>2; 1>3; 2<3	16,430	<0,001	0,033
- przekonania na temat choroby	23,10 (4,20)	22,76 (5,47)	23,66 (4,36)		2,007	0,135	-
- postrzegana ostrość - chroniczność	22,06 (3,70)	20,10 (3,96)	21,56 (3,49)	1>2; 2<3	13,958	<0,001	0,047
- postrzegane konsekwencje	20,27 (4,10)	23,86 (4,36)	21,30 (4,41)	1<3; 2>3	33,985	<0,001	0,063
- postrzegana samokontrola	17,99 (2,90)	20,50 (2,76)	18,08 (3,16)	1<2; 2>3	43,431	<0,001	0,037
- postrzegana kontrola leczenia	16,65 (3,72)	19,11 (4,16)	16,84 (3,67)	1<2; 2>3	23,855	<0,001	0,080
- poczucie spójności	13,40 (2,87)	11,20 (3,12)	12,36 (2,89)	1>2; 1>3; 2<3	25,446	<0,001	0,049
- postrzegana częstość występowania objawów							
- reprezentacja emocjonalna	19,55 (5,15)	16,57 (5,07)	20,31 (4,99)	1>2; 2<3	29,591	<0,001	0,081
Postrzegane przyczyny choroby:							
- psychologiczne	16,56 (5,00)	14,11 (4,81)	15,01 (4,81)	1>2; 1<3	11,912	<0,001	0,092
- czynniki ryzyka	17,96 (5,15)	17,14 (5,12)	17,09 (4,50)		1,942	0,144	-
Zobiektywizowane cechy choroby przewlekłej: dokuczliwość choroby	7,64 (2,64)	7,02 (2,67)	6,94 (2,18)	1>2; 1>3	4,650	0,010	0,057

1 – osoby bogate w zasoby słabo podmiotowe, 2 – osoby bogate w zasoby silnie podmiotowe, 3 – osoby ubogie w zasoby.

Źródło: opracowanie własne.

$df=14$; $p < 0,001$). Wśród pacjentów bogatych w zasoby i silnie podmiotowych najwięcej było osób z wykształceniem średnim zawodowym ($n=43$; 27,9%), mieszkających w mieście do 50 tys. mieszkańców ($n=54$; 35,1%) oraz będących na rencie i emeryturze ($n=85$; 55,2%). W grupie bogatych w zasoby i słabo podmiotowych ponad 1/4 osób ($n=51$; 25,1%) legitymowała się wykształceniem wyższym, mieszkała na wsi ($n=55$; 27,5%) i pracowała zawodowo ($n=94$; 46,8%). Chorzy ubodzy w zasoby to przede wszystkim osoby z wykształceniem wyższym ($n=61$; 32,8%), mieszkające w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców ($n=60$; 32,4%) i aktywne zawodowo ($n=97$; 52,4%). Taka charakterystyka demograficzna grupy „ubogiej w zasoby” jest pewnym zaskoczeniem, gdyż wysokie wykształcenie, mieszkanie w dużym mieście, bycie aktywnym zawodowo traktuje się jako zasoby o charakterze zewnętrznym. Uzyskane wyniki sugerują, że zasoby zewnętrzne nie idą w parze z zasobami wewnętrznymi. Wyodrębnione grupy okazały się homogeniczne pod względem płci ($\chi^2 = 5,499$; $df=2$; $p=0,064$) i stanu cywilnego ($\chi^2 = 15,484$; $df=10$; $p=0,115$).

Charakterystyka osób bogatych w zasoby silnie podmiotowych. Dla chorych wchodzących w skład tej grupy objawy choroby nie były zbyt uciążliwe i wyrażali oni przekonanie, że ich choroba jest raczej stanem przejściowym niż długotrwałym, dlatego nie spodziewali się jej nawrotów. Osoby te dostrzegały możliwość aktywnego włączenia się w proces leczenia oraz uważały, że mogą wpływać na stan własnego zdrowia poprzez własne działania. Nie koncentrowały się nadmiernie na konsekwencjach choroby, a choroba nie wzbudzała w nich zbyt wielu emocji negatywnych.

Wzorzec radzenia sobie chorych z tej grupy polegał na częstym korzystaniu ze strategii skoncentrowanych na problemie i emocjach oraz rzadkim sięganiu po dysfunkcyjne strategie radzenia sobie. Chorzy ci deklarowali również zmianę zachowań zdrowotnych, tj. przestrzeganie zaleceń lekarskich oraz dostosowanie stylu życia do wymagań stawianych przez chorobę. Pacjenci ci aktywnie radzili sobie z chorobą. Częściej niż osoby nieposiadające zasobów planowali swoją aktywność, rzadziej jednak od osób słabo podmiotowych korzystali ze wsparcia instrumentalnego. Z podobną częstotliwością jak osoby bogate w zasoby, ale słabo podmiotowe sięgały po strategie radzenia sobie oparte na emocjach (głównie pozytywne przewartościowanie i akceptację). Chorzy ci rzadko posługiwali się dysfunkcyjnymi strategiami radzenia sobie – rzadko zaprzeczali istniejącemu problemowi, nie sięgali po substancje psychoaktywne, aby radzić sobie z napięciem, i nie zaprzestawali rozpoczętych działań.

Osoby bogate w zasoby silnie podmiotowe miały najwyższe wskaźniki funkcjonowania. Cechował je najwyższy poziom akceptacji choroby, poczu-

cia zadowolenia z życia oraz wypełniania ról społecznych. Poziom depresji był u nich najniższy.

Charakterystyka osób bogatych w zasoby słabo podmiotowych.

Chorych wchodzących w skład tej grupy cechowała duża intensywność objawów choroby oraz przeświadczenie, że będą one pojawiały się ze znaczną częstotliwością. Na fakt zachorowania reagowali oni silnymi emocjami: lękiem, niepokojem, złością. Dodatkowo koncentrowali się na negatywnych konsekwencjach choroby, nie widząc możliwości przeciwdziałania im. Chorzy ci deklarowali, że nie rozumieją swojej choroby i nie dostrzegają możliwości oddziaływania na stan swojego zdrowia oraz aktywnego uczestniczenia w procesie leczenia. Uważali, że w rozwoju ich choroby pewną rolę odgrywają czynniki psychologiczne.

W tej grupie istniała tendencja do posługiwania się wszystkimi formami radzenia sobie. Chorzy korzystali ze strategii skoncentrowanych na problemie, strategii skoncentrowanych na emocjach oraz dysfunkcyjnych strategii radzenia sobie. Duże znaczenie miało dla nich poszukiwanie wsparcia instrumentalnego i emocjonalnego. Często angażowali się w czynności zastępcze. Wykonywali wiele zachowań zdrowotnych w sytuacji choroby. Taki wzorzec aktywności może sugerować, że posiadanie zasobów sprzyja różnym formom aktywności podejmowanej w obliczu choroby, a niewielka podmiotowość prowadzi do sięgania również po dysfunkcyjne strategie radzenia sobie.

Grupę tę charakteryzował umiarkowany poziom funkcjonowania. Chorzy w niewielkim stopniu akceptowali swoją chorobę, doświadczali symptomów depresji i mieli trudności z wypełnianiem ról społecznych, byli jednak dość zadowoleni z życia. W porównaniu z osobami bogatymi w zasoby silnie podmiotowymi chorzy z tej grupy uzyskiwali gorsze wskaźniki funkcjonowania, natomiast w porównaniu z osobami ubogimi w zasoby osiągnęli wyższy stopień satysfakcji z życia oraz porównywalny poziom depresji, akceptacji choroby i wypełniania ról życiowych. Warto przy tym podkreślić wysoki wskaźnik depresyjności, który zbliżał się do 20 pkt, co świadczy o umiarkowanej depresji. Wynik ten wskazuje, że posiadanie zasobów w sytuacji, gdy nie ma się umiejętności, aby je wykorzystać, nie sprzyja dobrej kondycji psychicznej, a wręcz przeciwnie – może prowadzić do obniżenia nastroju i zwiększenia ryzyka depresji.

Charakterystyka osób ubogich w zasoby. Chorzy z tej grupy, podobnie jak osoby bogate w zasoby słabo podmiotowe, reagowali na chorobę silnymi emocjami negatywnymi, nie rozumieli swojej choroby oraz nie dostrzegali możliwości oddziaływania na stan swojego zdrowia poprzez własną aktywność. Jednak w odróżnieniu do osób słabo podmiotowych nie zwracali uwagi na symptomy choroby i jej dynamikę.

Tabela 43. Przynależność do skupienia zasoby a aktywność w chorobie przewlekłej (jednoczynnikowa ANOVA – test F)
($N = 600$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 597)

Zmienna	Bogaci w zasoby słabo podmiotowi ($n = 213$)	Bogaci w zasoby silnie podmiotowi ($n = 243$)	Uboży w zasoby ($n = 191$)	Analiza efektów międzygrupowych	Statystyki testu F		Siła efektu η^2
					F	p	
Radzenie sobie skoncentrowane na problemie:	12,47 (2,75)	12,81 (2,54)	10,79 (2,85)	1>3; 2>3	33,611	<0,001	0,102
- aktywne radzenie sobie	4,29 (1,05)	4,80 (1,03)	3,80 (1,09)	1<2; 1>3; 2>3	44,941	<0,001	0,054
- planowanie	4,30 (1,12)	4,59 (1,08)	3,68 (1,25)	1>3; 2>3	32,135	<0,001	0,058
- poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	3,88 (1,48)	3,43 (1,51)	3,30 (1,42)	1>2; 1>3	8,524	<0,001	0,037
- radzenie sobie skoncentrowane na emocjach	16,57 (4,71)	16,44 (4,24)	13,95 (4,23)	1>3; 2>3	24,331	<0,001	0,142
- pozytywne przewartościowanie	3,75 (1,21)	3,40 (1,25)	3,19 (1,23)	1>3; 2>3	23,726	<0,001	0,051
- akceptacja	4,24 (1,18)	4,28 (1,16)	3,61 (1,24)	1>3; 2>3	21,181	<0,001	0,059
- zwrot ku religii	2,54 (2,01)	2,24 (1,91)	2,19 (1,90)		1,883	0,153	-
- poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	3,91 (1,55)	3,86 (1,58)	3,31 (1,46)	1>3; 2>3	10,073	<0,001	0,059
Dysfunkcjonalne radzenie sobie:	13,62 (5,14)	10,38 (5,43)	12,56 (5,02)	1>2; 2<3	18,620	<0,001	0,102
- czynności zastępcze	3,69 (1,40)	3,04 (1,61)	2,98 (1,42)	1>2; 1>3	13,929	<0,001	0,058
- zaprzeczanie	2,29 (1,55)	1,51 (1,70)	1,96 (1,43)	1>2; 2<3	11,432	<0,001	0,018
- zazywanie substancji psychoaktywnych	0,79 (1,34)	0,30 (0,78)	0,70 (1,19)	1>2; 2<3	9,825	<0,001	0,026
- zaprzestanie działań	1,61 (1,34)	1,14 (1,27)	1,86 (1,32)	1>2; 2<3	15,513	<0,001	0,022
Zachowania zdrowotne	65,50 (10,62)	65,27 (11,88)	59,69 (10,41)	1>3; 2>3	19,430	<0,001	0,190

1 – osoby bogate w zasoby słabo podmiotowe, 2 – osoby bogate w zasoby silnie podmiotowe, 3 – osoby ubogie w zasoby.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 44. Przynależność do skupienia zasoby a poziom funkcjonowania (jednoczynnikowa ANOVA – test F)
($N = 600$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 597)

Zmienna	Bogaci w zasoby słabo podmiotowi ($n = 213$)	Bogaci w zasoby silnie podmiotowi ($n = 243$)	Ubodzy w zasoby ($n = 191$)	Analiza efektów międzygrupowych	Statystyki testu F		Siła efektu η^2
					F	p	
	$M (SD)$						
Akceptacja choroby	24,34 (6,38)	28,07 (7,16)	23,87 (6,47)	1<2; 2>3	22,937	<0,001	0,060
Nateżenie depresji	19,74 (11,58)	9,70 (7,54)	21,37 (11,43)	1>2; 2<3	70,436	<0,001	0,183
Poczucie zadowolenia z życia	22,69 (5,12)	25,08 (4,48)	19,18 (5,03)	1<2; 1>3; 2<3	76,081	<0,001	0,145
Wypełnianie ról społecznych*	32,67 (9,85)	28,22 (10,79)	32,80 (9,09)	1>2; 2<3	13,322	<0,001	0,131

1 – osoby bogate w zasoby słabo podmiotowe, 2 – osoby bogate w zasoby silnie podmiotowe, 3 – osoby ubogie w zasoby; * niski wynik świadczy o efektywnym wypełnianiu ról społecznych.

Źródło: opracowanie własne.

Osoby, które deklarowały brak zasobów, cechowało rzadkie korzystanie ze strategii skoncentrowanych na problemie i emocjach oraz częste stosowanie strategii dysfunkcyjnych w radzeniu sobie z chorobą. Osoby te rzadko planowały swoje działania oraz mało aktywnie radziły sobie z trudnościami. Trudno im było również spojrzeć na swoją sytuację w innym świetle i ją zaakceptować. Ważne było dla nich uzyskiwanie wsparcia emocjonalnego oraz otrzymywanie otuchy i rozumienia, dlatego angażowały się w jego aktywne poszukiwanie. Podobnie do osób bogatych w zasoby słabo podmiotowych zaprzeczały istniejącym trudnościom, zażywały substancje psychoaktywne oraz rezygnowały z dążenia do realizacji zaplanowanych celów.

Osoby z tej grupy funkcjonowały najgorzej – były w niewielkim stopniu zadowolone ze swojego życia, miały tendencję do przeżywania depresji, nieakceptowania swojej choroby oraz trudności w pełnieniu ról społecznych.

Biorąc pod uwagę wielkość współczynnika η^2 , postrzeganie dostępnych zasobów najsilniej różnicowało poziom ich funkcjonowania. Dostępne zasoby wywierały silny efekt na poziom depresji ($\eta^2 = 0,183$), poczucie zadowolenia z życia ($\eta^2 = 0,145$) oraz wypełnianie ról społecznych ($\eta^2 = 0,131$). Wyniki te sugerują, że umiejętnie wykorzystywane zasoby są kluczowe dla funkcjonowania chorym.

W wielu przypadkach dostępność zasobów przekłada się na aktywność podejmowaną w obliczu choroby przewlekłej. Brak zasobów powoduje, że osoby chore rzadko korzystają ze strategii skoncentrowanych na problemie i/lub na emocjach. Jednak posiadanie i dostrzeganie dostępnych zasobów, lecz brak umiejętności korzystania z nich w największym stopniu zakłóca aktywność, ponieważ sprzyja stosowaniu strategii dysfunkcyjnych.

Można sądzić, że dla osób przewlekle chorych większym problemem jest nieumiejętność korzystania z istniejących zasobów niż ich brak. Jedynie około 25% badanych zostało zakwalifikowanych do grupy ubogich w zasoby. Zatem 75% chorych posiada zasoby, jednak blisko 36% z nich nie potrafi z nich korzystać. Wynik ten sugeruje, że w programach skierowanych do pacjentów przewlekle chorych w pierwszej kolejności należy uwzględnić oddziaływania stymulujące korzystanie z posiadanych zasobów, a dopiero później koncentrować się na ich pozyskiwaniu i umacnianiu.

2. Specyficzna rola zasobów w zmaganiu się z chorobą przewlekłą

W celu określenia specyficznego, czyli charakterystycznego dla danej choroby, wzorca relacji łączącej zasoby ze wskaźnikami funkcjonowania obliczono proste współczynniki korelacji *r*-Pearsona.

2.1. Związki zasobów z akceptacją choroby

Analizując związki między zasobami a stopniem akceptacji choroby, można zauważyć, że w tym aspekcie funkcjonowania zasoby odgrywają odmienną rolę w każdej z analizowanych chorób przewlekłych. W grupie chorych na cukrzycę odnotowano najwięcej (pięć) statystycznie istotnych zależności między zasobami a akceptacją choroby, natomiast w grupie chorych na chorobę niedokrwienną serca najmniej (jedynie dwie). W przypadku chorych na cukrzycę typu 1 zasobami dodatnio skorelowanymi z akceptacją choroby okazały się: poczucie koherencji, sprężystość psychiczna, poczucie własnej skuteczności oraz wsparcie społeczne, a ujemnie – poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze przypadek. Dla akceptacji własnej choroby u chorych na RZS pozytywną rolę odgrywało poczucie własnej skuteczności i wsparcie społeczne. Natomiast wysokie poczucie koherencji nie sprzyjało akceptacji stanu swojego zdrowia. W przypadku chorych na chorobę niedokrwienną serca poczucie koherencji wiązało się pozytywnie z akceptacją choroby a poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze przypadek – negatywnie.

Tabela 45. Związki między zasobami a akceptacją choroby – współczynniki korelacji *r*-Pearsona

Zmienna	Choroba niedokrwienna serca	Cukrzyca typu 1	Reumatoidalne zapalenie stawów
Poczucie koherencji	0,29**	0,39**	-0,15*
Sprężystość psychiczna	0,12	0,24**	0,13
Poczucie własnej skuteczności	0,10	0,21**	0,23**
Wewnętrzne PUKZ	-0,06	0,09	0,05
PUKZ – inni ludzie	-0,08	-0,00	-0,01
PUKZ – przypadek	-0,28**	-0,15*	0,03
Wsparcie społeczne	0,01	0,17**	0,15*

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; PUKZ – poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia.

Źródło: opracowanie własne.

Z uzyskanych danych wynika, że poczucie koherencji jest zasobem, który koreluje z akceptacją choroby we wszystkich trzech grupach badanych. Związek ten ma charakter wprost proporcjonalny wśród chorych na chorobę niedokrwienną serca ($r = 0,29$; $p < 0,01$) oraz cukrzycę typu 1 ($r = 0,39$; $p < 0,01$), natomiast odwrotnie proporcjonalny w przypadku chorych na RZS ($r = -0,15$; $p < 0,05$). Siła związku poczucia koherencji z akceptacją cho-

roby osiągnęła najwyższe wartości. Ich wysokość należy uznać za umiarkowaną.

Porównując siłę związków między akceptacją choroby a zasobami w poszczególnych grupach chorych (tab. 45) z siłą związków obliczonych dla całej badanej populacji (tab. 41), można zauważyć, że:

- znaczenie poczucia koherencji dla akceptacji choroby wzrosło wśród osób chorych na cukrzycę, zaś w grupie chorych na RZS jego wysoki poziom przestał sprzyjać akceptacji choroby;
- sprężystość psychiczna, czyli umiejętność elastycznego doboru strategii radzenia sobie, miała znaczenie dla wszystkich chorych. Jednak po analizie różnych schorzeń stwierdzono, że sprzyja akceptacji choroby tylko w grupie cukrzyków;
- poczucie własnej skuteczności miało podobne znaczenie dla akceptacji choroby wśród osób z cukrzycą typu 1 i RZS; nie miało zaś znaczenia wśród osób z chorobą niedokrwienną serca;
- po uwzględnieniu podziału na grupy chorych wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia przestało sprzyjać akceptacji choroby;
- zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia bardziej nie sprzyjało akceptacji choroby wśród pacjentów z chorobą serca; dla akceptacji choroby przez osoby z RZS zmienna ta była nieistotna;
- wsparcie społeczne przestało mieć znaczenie dla akceptacji choroby u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca; odgrywało zaś podobną rolę w populacji osób z cukrzycą i RZS.

Spostrzeżenia te wskazują, że uwzględnione w badaniu zasoby w każdej z chorób w inny sposób wiążą się z akceptacją choroby. Dodatkowo związki te w wielu przypadkach mają odmienny charakter niż te, które obserwuje się w całej populacji osób przewlekle chorych. Przemawia to zatem za potraktowaniem zasobów jako czynnika specyficznego, czyli mającego odmiennie znaczenie dla poziomu akceptacji choroby osób z różnymi schorzeniami.

2.2. Związki zasobów z natężeniem depresji

W przypadku poziomu depresji odnotowano najwięcej, bo aż 18 (na 21 możliwych), istotnych statystycznie związków pomiędzy nim a zasobami. Ich duża liczba potwierdza przypuszczenie, że zasoby są właściwościami, które chronią przed niekorzystnymi zjawiskami (por. Sęk, 2013).

Dla osób chorujących na RZS wszystkie uwzględnione zasoby pozostawały w związku z natężeniem depresji. Chronił przed nią wysoki poziom sprężystości psychicznej, poczucie własnej skuteczności oraz wsparcia społecznego, a predysponował wysoki poziom poczucia koherencji oraz wszystkie aspekty poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia.

Dla chorych na chorobę serca i cukrzycę otrzymano w zasadzie ten sam obraz zależności. Różnice między tymi dwiema grupami chorych dotyczyły siły odnotowanych związków; silniejsze zależności między zasobami a poziomem depresji odnotowano w grupie chorych na cukrzycę. Funkcję ochronną przed depresją pełnił wysoki poziom poczucia koherencji, sprężystości psychicznej, poczucia własnej skuteczności oraz wsparcia społecznego. Prawdopodobieństwo depresji zwiększało się wraz ze wzrostem zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia, z tą jedną różnicą, że dla poczucia depresji u chorych na cukrzycę typu 1 przekazywanie kontroli nad własnym zdrowiem innym osobom nie miało znaczenia.

Tabela 46. Związki między zasobami a natężeniem depresji – współczynniki korelacji *r*-Pearsona

Zmienna	Choroba niedokrwienna serca	Cukrzyca typu 1	Reumatoidalne zapalenie stawów
Poczucie koherencji	-0,51**	-0,65**	0,43**
Sprężystość psychiczna	-0,15*	-0,39**	-0,27**
Poczucie własnej skuteczności	-0,26**	-0,45**	-0,16*
Wewnętrzne PUKZ	-0,09	-0,12	0,14*
PUKZ – inni ludzie	0,16*	0,05	0,19**
PUKZ – przypadek	0,25**	0,25**	0,25**
Wsparcie społeczne	-0,26**	-0,33**	-0,34**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; PUKZ – poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia.

Źródło: opracowanie własne.

Otrzymany obraz zależności wskazuje, że zasoby pełnią odmienną funkcję w przypadku różnych chorób przewlekłych. W przypadku chorych na chorobę serca i cukrzycę mają znaczenie ochronne. Wysoki poziom zasobów zabezpiecza przed depresją. Rola zasobów w sytuacji chorowania na RZS nie jest już tak jednoznaczna, ponieważ wysoki poziom części z nich (sprężystość psychiczna, poczucie własnej skuteczności i wsparcie społeczne) chroni przed nią, a pozostałe predysponują do niej.

W przypadku poziomu depresji wydaje się również, że kluczowe jest poczucie koherencji, gdyż w każdej z chorób silnie się z nią wiąże. W największym stopniu chroni ono przed tym stanem pacjentów z cukrzycą ($r = -0,65$; $p < 0,01$) i chorobą niedokrwienną serca ($r = -0,51$; $p < 0,01$), ale w największym stopniu predysponuje do niej chorych na RZS ($r = 0,43$; $p < 0,01$).

Zestawiając siłę i kierunek związków między zasobami a natężeniem depresji obserwowanych w całej grupie chorych (tab. 41) ze związkami odnotowanymi dla poszczególnych grup chorych (tab. 46), można stwierdzić, że:

– poczucie koherencji chroni przed depresją osoby przewlekle chore, a jego funkcja ochronna przejawia się wśród chorych na chorobę niedokrwinną serca i cukrzycę typu 1, natomiast w grupie osób z RZS zaobserwowano relację odwrotną, to znaczy poczucie koherencji przyczyniało się do depresji;

– sprężystość psychiczna, poczucie własnej skuteczności, wsparcie społeczne oraz zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze przypadek pełnią podobną rolę w całej populacji osób chorych przewlekle i w każdej z grup wziętych pod uwagę;

– wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia przestaje chronić przed depresją pacjentów z chorobą niedokrwinną serca i cukrzycą typu 1, a przyczynia się do niej w grupie pacjentów z RZS;

– poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze przypadek przestaje mieć znaczenie dla poziomu depresji w grupie cukrzyków; wśród chorych na serce odgrywa mniejszą rolę, a podobne znaczenie ma dla pacjentów z RZS.

Można zatem przyjąć, że sprężystość psychiczna, poczucie własnej skuteczności, wsparcie społeczne oraz zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze przypadek są czynnikami niespecyficznymi, czyli mającymi podobne znaczenie dla poziomu depresji osób przewlekle chorych. Pozostałe zasoby można potraktować jako czynniki specyficzne, ponieważ siła i kierunek związków były odmienne, gdy zestawiono współczynniki korelacji dla całej próby i poszczególnych podgrup.

2.3. Związki zasobów z poczuciem satysfakcji z życia

Większość zasobów dodatnio koreluje z poziomem satysfakcji z życia. Odnotowano tylko jedno odstępstwo od tej reguły – wysoki poziom poczucia koherencji u osób cierpiących na RZS zwiększa prawdopodobieństwo obniżenia satysfakcji z życia ($r = -0,25$; $p < 0,01$). Zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze przypadek oraz na wymiarze inni ludzie (tylko u chorych na serce) nie wiąże się z satysfakcją z życia.

Najsilniejsze związki odnotowano między poczuciem koherencji a satysfakcją z życia. Wiązało się ono dodatnio z poziomem satysfakcji z życia wśród chorych na cukrzycę typu 1 ($r = 0,58$; $p < 0,01$) i chorobę niedokrwinną serca ($r = 0,45$; $p < 0,01$) a ujemnie – wśród chorych na RZS ($r = -0,25$; $p < 0,01$). Najsłabiej z satysfakcją z życia korelowało wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia. Wśród chorych na RZS wartość współczynnika korelacji wynosiła $r = 0,18$; $p < 0,05$; na cukrzycę $r = -0,19$; $p < 0,01$; na chorobę niedokrwinną serca $r = 0,25$; $p < 0,01$.

Tabela 47. Związki między zasobami a poczuciem zadowolenia z życia – współczynniki korelacji *r*-Pearsona

Zmienna	Choroba niedokrwienna serca	Cukrzyca typu 1	Reumatoidalne zapalenie stawów
Poczucie koherencji	0,45**	0,58**	-0,25**
Sprężystość psychiczna	0,35**	0,39**	0,46**
Poczucie własnej skuteczności	0,37**	0,43**	0,38**
Wewnętrzne PUKZ	0,25**	0,19**	0,18*
PUKZ – inni ludzie	0,12	0,22**	0,24**
PUKZ – przypadek	0,07	-0,01	0,02
Wsparcie społeczne	0,36**	0,38**	0,33**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; PUKZ – poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia.

Źródło: opracowanie własne.

Porównując siłę związków między poczuciem zadowolenia z życia z zasobami w poszczególnych grupach chorych (tab. 47) z siłą związków obliczonych dla całej badanej populacji (tab. 41), można zauważyć, że:

- poczucie koherencji sprzyja zadowoleniu z życia osób przewlekle chorych, jego funkcja ochronna zwiększa się u chorych na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę, natomiast w grupie osób z RZS pozostawało ono w związku odwrotnie proporcjonalnym z poczuciem zadowolenia z życia;

- sprężystość psychiczna, poczucie własnej skuteczności, wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze przypadek oraz wsparcie społeczne pełnią podobną rolę w całej populacji osób chorych przewlekle oraz w każdej z wziętych pod uwagę grup;

- wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia przestaje chronić przed depresją pacjentów z chorobą serca i cukrzycą, a zaczyna przyczyniać się do niej w grupie pacjentów z RZS;

- poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze inni ludzie przestaje mieć znaczenie dla poziomu zadowolenia z życia w grupie chorych na chorobę niedokrwienną serca; u pacjentów z cukrzycą typu 1 i RZS odgrywa podobną rolę jak u wszystkich osób przewlekle chorych.

Poczucie koherencji i poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze inni ludzie można potraktować jako zasoby specyficzne, odgrywające różną rolę w zmaganiu się z chorobą przewlekłą, ponieważ siła i kierunek związków były odmienne, gdy obliczano współczynniki korelacji dla całej próby i poszczególnych podgrup. Pozostałe zasoby, czyli sprężystość psychiczną, poczucie własnej skuteczności, wewnętrzne poczucie umiejscowie-

nia kontroli zdrowia, zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze przypadek oraz wsparcie społeczne, można potraktować jako czynniki niespecyficzne.

2.4. Związki zasobów z pełnieniem ról społecznych

Zasoby wzięte pod uwagę w badaniach w niewielkim stopniu pozwalają przewidzieć poziom pełnienia ról społecznych przez pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. W tej grupie chorych jedynie poczucie koherencji korelowało z wypełnianiem ról społecznych ($r = 0,24$; $p < 0,01$).

Więcej, bo po pięć istotnych związków zaobserwowano w grupie chorych na RZS i cukrzycę typu 1. Jednak inna konfiguracja zasobów tłumaczy wypełnianie ról społecznych w tych dwóch grupach chorych. Dla wypełniania ról społecznych przez osoby z cukrzycą i RZS wspólne i ważne okazały się poczucie koherencji, wsparcie społeczne oraz poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze przypadek. Tym, co różniło te dwie grupy chorych, było to, że u cukrzyków sprężystość psychiczna ($r = 0,22$; $p < 0,01$) i poczucie własnej skuteczności ($r = 0,31$; $p < 0,01$) pozostają w dodatnim związku z wypełnianiem ról społecznych, natomiast u osób z RZS są to niskie wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia ($r = -0,15$; $p < 0,05$) i niskie zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze inni ludzie ($r = -0,20$; $p < 0,01$).

Ponownie zaobserwowano, że poczucie koherencji w przypadku każdej z grup chorych najsilniej wiąże się z funkcjonowaniem osób przewlekle chorych i że związek ten jest odmienny w przypadku osób chorujących na różne choroby. Wysokie poczucie koherencji sprzyjało wypełnianiu ról społecznych przez osoby z chorobą niedokrwienną serca ($r = 0,24$; $p < 0,01$) i cukrzycą typu 1 ($r = 0,40$; $p < 0,01$), a utrudniało je w grupie chorych na RZS ($r = -0,29$; $p < 0,01$).

Porównując siłę związków między wypełnianiem ról społecznych a zasobami w poszczególnych grupach chorych (tab. 48) z siłą związków obliczonych dla całej badanej populacji (tab. 41), można zauważyć, że zmienia się znaczenie zasobów dla poziomu wypełniania ról społecznych w sytuacji chorowania na daną chorobę przewlekłą, czyli są one czynnikiem specyficznym. Zaobserwowano następujące zmiany w obrazie zależności:

- zmienił się kierunek zależności między poczuciem koherencji a wypełnianiem ról społecznych przez chorych na RZS,
- sprężystość psychiczna i poczucie własnej skuteczności przestały sprzyjać wypełnianiu ról społecznych w grupie chorych na serce i na RZS;

Tabela 48. Związki między zasobami a wypełnianiem ról społecznych – współczynniki korelacji *r*-Pearsona

Zmienna	Choroba niedokrwienna serca	Cukrzyca typu 1	Reumatoidalne zapalenie stawów
Poczucie koherencji	0,24**	0,40**	-0,29**
Sprężystość psychiczna	-0,01	0,22**	0,08
Poczucie własnej skuteczności	0,10	0,31**	0,12
Wewnętrzne PUKZ	0,07	0,04	-0,15*
PUKZ – inni ludzie	-0,04	-0,01	-0,20**
PUKZ – przypadek	-0,04	-0,24**	-0,21**
Wsparcie społeczne	-0,04	0,22**	0,22**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; PUKZ – poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia.

Źródło: opracowanie własne.

– wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia wśród chorych na RZS wiąże się odwrotnie proporcjonalnie z wypełnianiem ról społecznych;

– zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze inni ludzie przestaje sprzyjać wypełnianiu ról społecznych w grupie chorych na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę typu 1, a na wymiarze przypadek – w grupie chorych na serce;

– wsparcie społeczne przestaje sprzyjać wypełnianiu ról społecznych w grupie chorych na chorobę niedokrwienną serca.

2.5. Związki zasobów z funkcjonowaniem – podsumowanie

Podsumowując charakter związków między zasobami a różnymi aspektami funkcjonowania osób przewlekle chorych, można wysnuć kilka refleksji.

Poczucie koherencji wydaje się być zasobem o działaniu globalnym, to znaczy odgrywa ono istotną rolę w każdym z aspektów funkcjonowania osoby przewlekle chorej bez względu na chorobę. Jednak jego znaczenie dla osób z różnymi chorobami przewlekłymi jest odmienne. Chorym na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę typu 1 ułatwia ono funkcjonowanie. Osoby o wysokim poziomie tej zmiennej w większym stopniu akceptowały swoją chorobę i wypełniały role społeczne. Cechował je wyższy poziom zadowolenia z życia oraz niższy poziom depresji. Z kolei u chorych na RZS wysokie poczucie koherencji raczej utrudniało funkcjonowanie. Mechanizm działania poczucia koherencji jest związany z zarządzaniem wykorzystywanymi strategiami radzenia sobie. Uważa się, że osoby o silnym poczuciu

koherencji mają tendencję do korzystania ze strategii radzenia sobie skoncentrowanych na problemie, zaś osoby o niskim natężeniu tej cechy częściej korzystają ze strategii niekonfrontujących z nim, takich jak wycofanie się z obciążającej sytuacji lub pesymistyczne jej interpretowanie (Kravetz, Drory i Florian, 1993). Taki sposób wykorzystania strategii radzenia ma się przekładać na wskaźniki zdrowia fizycznego i psychicznego. Osoby o wysokim poczuciu koherencji osiągają wyższe pozytywne wskaźniki zdrowia (np. poczucie zadowolenia z życia), a niższe negatywne (np. poziom depresji i lęku). Opisany obraz zależności wielokrotnie został potwierdzony w badaniach (por. Sęk, 2001b; Wrześniewski, Łuszczynska-Cieślak i Włodarczyk, 2001; Ogińska-Bulik, 2005). Wyniki odnotowane w populacji chorych z chorobą niedokrwinną serca i cukrzycą typu 1 potwierdziły taki mechanizm działania poczucia koherencji. Nie znalazł on jednak odzwierciedlenia w wynikach chorych na RZS.

Pojawia się więc pytanie: Dlaczego poczucie koherencji działa w odmienny sposób w grupie pacjentów z RZS, nie sprzyjając ich funkcjonowaniu? Być może wywiera ono swój dobroczynny wpływ na zdrowie psychiczne w sytuacji, w której osoby, radząc sobie ze stresem choroby przewlekłej, potrafią skorzystać ze strategii radzenia sobie ukierunkowanych na rozwiązanie problemu i/lub regulację emocji. W sytuacji gdy chorzy radzą sobie za pomocą strategii dysfunkcyjnych, co obserwuje się w przypadku chorych na RZS (por. rozdział VII), prawdopodobnie zmniejsza się znaczenie poczucia koherencji jako czynnika sterującego przebiegiem radzenia sobie.

Inne wytłumaczenie tej zależności może być konsekwencją zestawienia natury poczucia koherencji z cechami charakterystycznymi RZS. Poczucie koherencji jest właściwością, która sprzyja aktywnemu działaniu w sytuacji stresu, głównie dzięki aktywizującej funkcji poczucia sensowności (Sęk, 2001b). Jednak chorowanie na RZS wiąże się z dużym stopniem bezradności i bezsilności wynikającym z postępu choroby i pojawiającej się w jej konsekwencji niepełnosprawności. Ten rodzaj dynamiki, to znaczy zestawienie potrzeby aktywności w sytuacji trudnej z brakiem możliwości działania wynikającym z ograniczeń natury somatycznej, może prowadzić do gorszego funkcjonowania osób z wysokim poczuciem koherencji chorujących na RZS.

Hipotezę o kluczowym znaczeniu poczucia koherencji dla przebiegu transakcji stresowej potwierdzają wyniki przeprowadzonej analizy skupień. Poczucie koherencji, obok wewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia, było zmienną, która różnicowała przebieg transakcji stresowej u osób z różną dostępnością zasobów. Osoby mające dostęp do zasobów oraz wysokie poczucie koherencji cechowały wyższe wskaźniki funkcjonowania oraz postrzeganie choroby jako sytuacji mniej obciążającej. Wynika z tego, że nie sama dostępność zasobów, takich jak poczucie własnej sku-

teczności, sprężystość psychiczna czy umiejscowienie kontroli zdrowia, ale wysoki poziom poczucia koherencji i związana z nim tendencja do aktywnego mierzenia się z trudnościami modyfikuje przebieg transakcji stresowej.

Wydaje się, że sprężystość psychiczna, poczucie własnej skuteczności oraz wsparcie społeczne mają podobne znaczenie dla funkcjonowania chorych. Sprzyjają poczuciu dobrostanu, chronią przed depresją i zwiększając satysfakcję z życia. W przypadku chorych na cukrzycę i RZS sprzyjają również akceptacji choroby i wypełnianiu ról społecznych. Wyniki te są zgodne z obserwacjami poczynionymi wcześniej, które wskazują na pozytywną rolę wymienionych zasobów w adaptacji do choroby przewlekłej (por. Sęk, Karczmarek, Ziarko, Pietrzykowska i Lewicka, 2012; Pineda Olvera, Stewart, Galindo i Stephens, 2007; Penninx i in., 1998).

Znaczenie poczucia umiejscowienia kontroli jest następujące: wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia sprzyja wysokiemu poziomowi satysfakcji z życia w przypadku wszystkich chorych. Jednak podzielanie przekonań tego typu nie jest jednoznacznie pozytywne. Jeśli posiadają je pacjenci z RZS, to predysponuje ich ono do depresji. Poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie w sytuacji, którą trudno zmienić, skutkuje zatem znacznym obniżeniem nastroju i wystąpieniem symptomów depresyjnych.

Z kolei znaczenie zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze inni ludzie nie jest niejednoznacznie negatywne. Co prawda zwiększa prawdopodobieństwo wzrostu poziomu depresji wśród pacjentów z chorobą niedokrwinną serca i RZS oraz utrudnia wypełnianie ról społecznych przez osoby z RZS, ale sprzyja satysfakcji z życia chorych na cukrzycę typu 1 i RZS.

Postrzeganie stanu zdrowia jako konsekwencji działania przypadku ma zdecydowanie negatywne następstwa dla funkcjonowania, nasila bowiem prawdopodobieństwo wystąpienia depresji, zmniejsza akceptację choroby i utrudnia wypełnianie ról społecznych. Wyniki te wskazują, że w sytuacji kryzysu zdrowotnego nie zawsze korzystne jest branie odpowiedzialności za swoje zdrowie i postrzeganie siebie jako osoby, której zachowanie w głównej mierze decyduje o stanie zdrowia. W niektórych sytuacjach, głównie wtedy, gdy choroba w znacznym stopniu upośledza codzienną aktywność, korzystniejsze jest zaufanie specjalistom i pozwolenie, by to oni zajmowali się pacjentem w sytuacji choroby.

Uwzględnione zasoby częściej pozwalały przewidzieć emocjonalne funkcjonowanie pacjentów niż funkcjonowanie poznawcze i behawioralne. Dla poziomu depresji i poczucia satysfakcji z życia odnotowano odpowiednio: 18 i 17 istotnych korelacji. Dla akceptacji choroby i wsparcia społecznego było ich 9 i 11.

Tabela 49. Specyficzna i niespecyficzna rola zasobów dla funkcjonowania osób przewlekle chorych

Zmienna	Akceptacja choroby	Natężenie depresji	Poczucie zadowolenia z życia	Wypełnianie ról społecznych
Poczucie koherencji	specyficzna	specyficzna	specyficzna	specyficzna
Sprężystość psychiczna	specyficzna	niespecyficzna	niespecyficzna	specyficzna
Poczucie własnej skuteczności	specyficzna	niespecyficzna	niespecyficzna	specyficzna
Wewnętrzne PUKZ	specyficzna	specyficzna	niespecyficzna	niespecyficzna
PUKZ – inni ludzie	niespecyficzna	specyficzna	specyficzna	specyficzna
PUKZ – przypadek	specyficzna	niespecyficzna	niespecyficzna	specyficzna
Wsparcie społeczne	specyficzna	niespecyficzna	niespecyficzna	specyficzna

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; PUKZ – poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia.

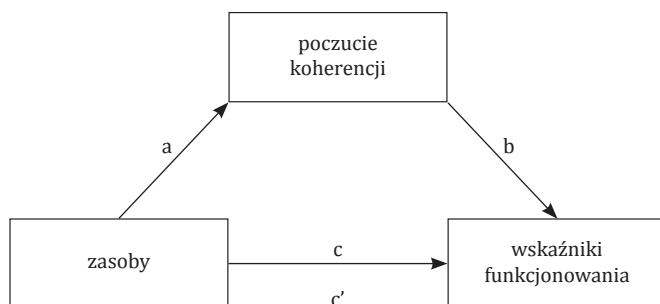
Źródło: opracowanie własne.

Otrzymany obraz zależności, zwłaszcza zestawienie związków między zasobami a wskaźnikami funkcjonowania w sytuacji chorowania na różne choroby (tab. 49), sugeruje, że pełnią one odmienną funkcję w przypadku chorowania na różne schorzenia. W zależności od obciążeń i trudności wywoływanych przez poszczególne choroby ludzie korzystają z odmiennych zasobów umożliwiających im życie z chorobą. Trudno wskazać zasób, który byłby jednoznacznie korzystny dla funkcjonowania chorych niezależnie od choroby. Poczucie koherencji mogłoby pełnić taką rolę, gdyby nie to, że jego wysoki poziom nie sprzyja funkcjonowaniu chorych na RZS. Pozostałe zasoby z kolei w różny sposób przekładają się na poziom poszczególnych wskaźników funkcjonowania.

3. Poczucie koherencji jako metazasób

Przedstawione wyniki wskazują na kluczową rolę poczucia koherencji dla funkcjonowania osób przewlekle chorych. W związku z tym zdecydowano się przeprowadzić pogłębione analizy mające na celu stwierdzenie, czy poczucie koherencji zarządza wykorzystaniem innych zasobów. Z taką tezą można spotkać się w literaturze poświęconej roli poczucia koherencji w procesie zmagania się ze stresem (por. Sęk, 2001b; Pasikowski, 2001a; Worsztynowicz, 2001).

Aby sprawdzić hipotezę o mediującej roli poczucia koherencji w związku między zasobami a funkcjonowaniem osób przewlekle chorych wykonano analizę mediacji w sposób zalecany przez Kristophera J. Prechera i An-



a – współczynnik wpływu predyktora na mediator, b – współczynnik wpływu mediatora na zmienną wynikową, c – współczynnik całościowego wpływu predyktora na zmienną wynikową (bez kontroli mediacji), c' – współczynnik bezpośredniego wpływu predyktora na zmienną wynikową.

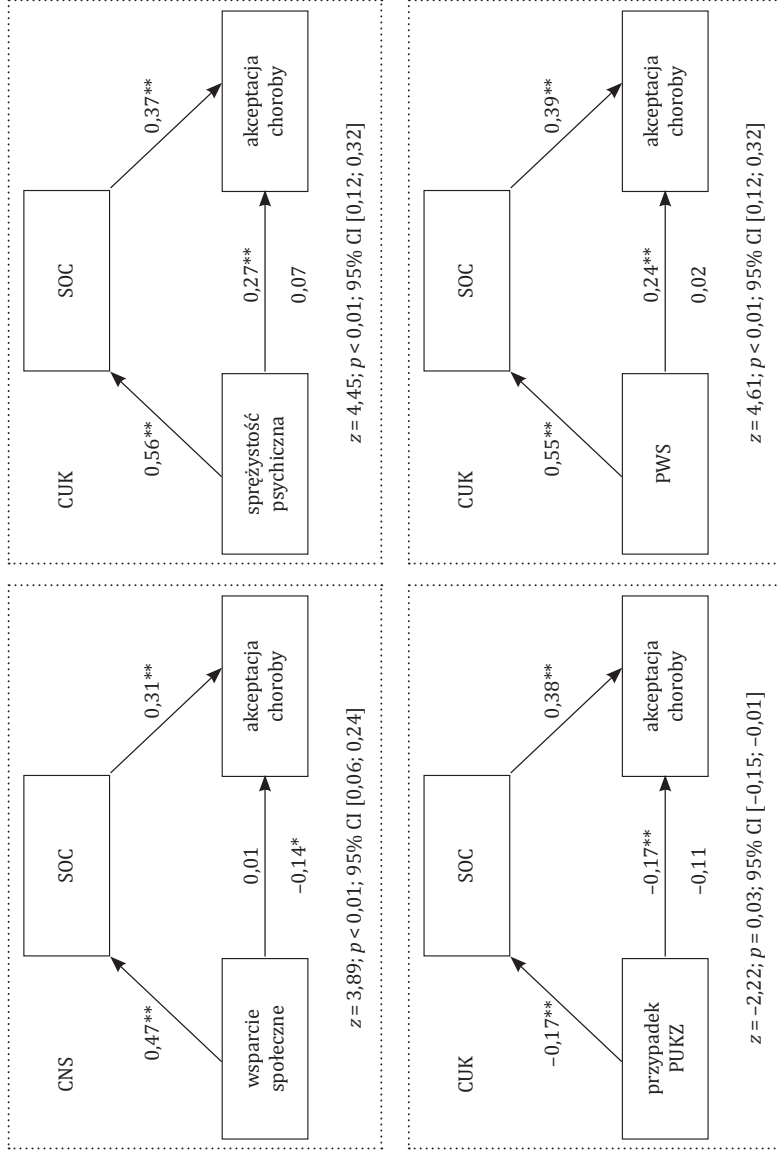
Rysunek 15. Hipotetyczny model mediacji prostej

Źródło: opracowanie własne.

drew F. Hayes (2008, 2004; Hayes, 2013). Procedura mediacji umożliwia m.in. testowanie modeli o trójzmiennowej strukturze, w których zmienna niezależna (predyktor) pozostaje w związku ze zmienną zależną (wynikową) za pośrednictwem trzeciej zmiennej (mediator). Mediacja jest zatem interpretowana jako zależność między dwiema zmiennymi zachodząca za pośrednictwem trzeciej zmiennej. Wyniki analizy mediacji mogą wskazywać na istnienie mediacji pełnej lub częściowej. Z mediacją pełną mamy do czynienia, gdy wprowadzenie mediatora do równania ujawnia bądź znosi bezpośredni związek między zmienną niezależną bądź zależną. Z kolei mediacja częściowa ma miejsce, gdy związek między zmienną niezależną a zależną po uwzględnieniu mediatora jest wzmacniany lub osłabiany. W procedurze mediacji uwzględnia się następujące współczynniki: a – współczynnik wpływu predyktora na mediator, b – współczynnik wpływu mediatora na zmienną wynikową, c – współczynnik całościowego wpływu predyktora na zmienną wynikową (bez kontroli mediacji), c' – współczynnik bezpośredniego wpływu predyktora na zmienną wynikową (po wprowadzeniu mediatora) (rys. 15).

3.1. Poczucie koherencji jako mediator związku między zasobami a akceptacją choroby

Zgodnie z oczekiwaniami poczucie koherencji mediowało związek między zasobami a akceptacją choroby. Taką mediację zaobserwowano w grupie chorych na serce i cukrzycę typu 1. W przypadku chorych na chorobę niedokrwienną poczucie koherencji jest mediatorem relacji między wsparciem



SOC – poczucie koherencji; PWS – poczucie własnej skuteczności; PUKZ – poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia; CNS – choroba niedokrwienna serca; CUK – cukrzyca; * p < 0,01, ** p < 0,05.

Rysunek 16. Mediacyjny udział poczucia koherencji w relacji między zasobami a akceptacją choroby (choroba niedokrwienna serca i cukrzyca)

Źródło: opracowanie własne.

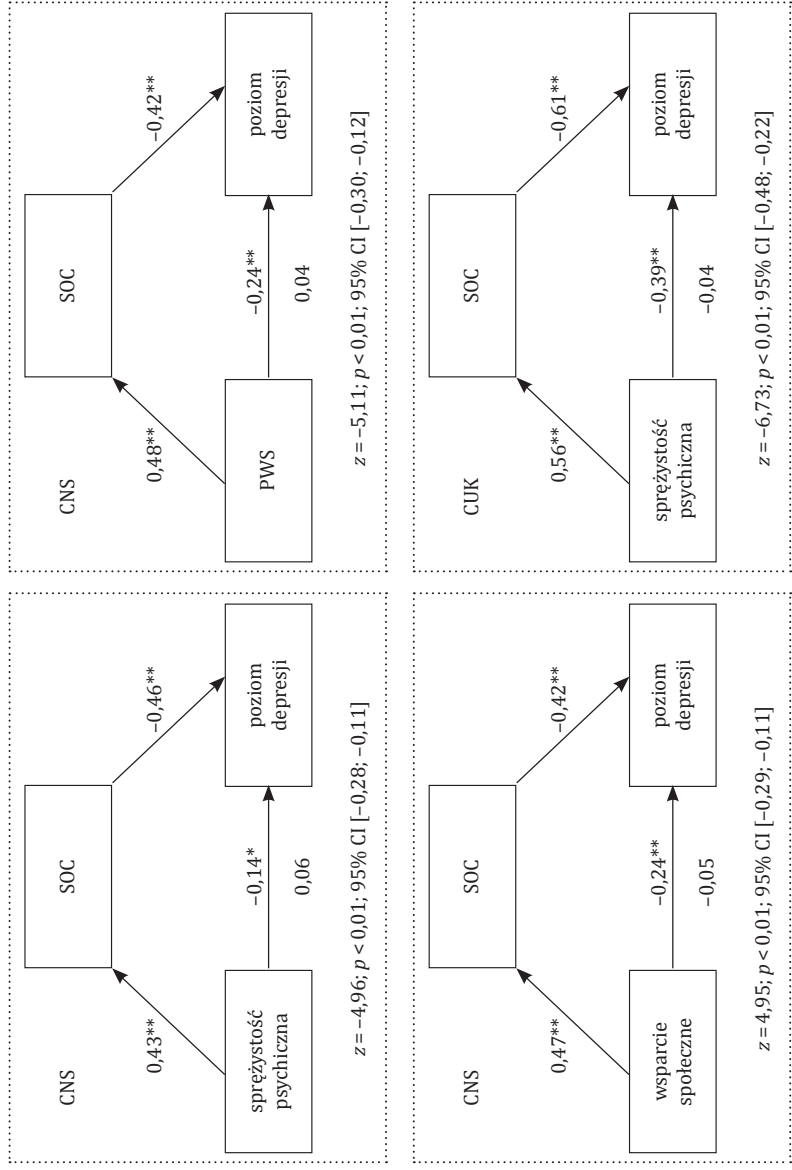
społecznym a akceptacją choroby. Wyniki wskazują istnienie efektu supresyjnego. Z jednej strony wsparcie społeczne nie sprzyja akceptacji choroby, z drugiej zaś – wiąże się pozytywnie z poczuciem koherencji, które sprzyja akceptacji choroby. Uwzględnienie obu tych ścieżek sugeruje, że wsparcie społeczne nie sprzyjałoby akceptacji choroby, gdyby nie uruchamiało poczucia koherencji (rys. 16).

W grupie chorych na cukrzycę poczucie koherencji okazało się mediatorem w trzech przypadkach. Mediuje ono związek między sprężystością psychiczną, poczuciem własnej skuteczności oraz zewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze przypadek a akceptacją choroby. Otrzymane wyniki wskazują, że silne poczucie koherencji znosi bezpośredni związek między zasobami a akceptacją choroby. Wszystkie zaobserwowane mediacje były mediacjami pełnymi, tj. związek bezpośredni stawał się nieistotny statystycznie. Osoby o wysokim poziomie sprężystości psychicznej i poczucia własnej skuteczności w większym stopniu akceptują własną chorobę dzięki temu, że cechuje je wysoki poziom poczucia koherencji. Podzielanie przekonania o wpływie przypadku na stan zdrowia nie sprzyja akceptacji choroby, jednak efekt ten zanika po uwzględnieniu poczucia koherencji. Dzieje się tak, ponieważ osoby o zewnętrznej lokalizacji kontroli zdrowia nie korzystają z poczucia koherencji, które sprzyja zaakceptowaniu swojej choroby.

3.2. Poczucie koherencji jako mediator związku między zasobami a natężeniem depresji

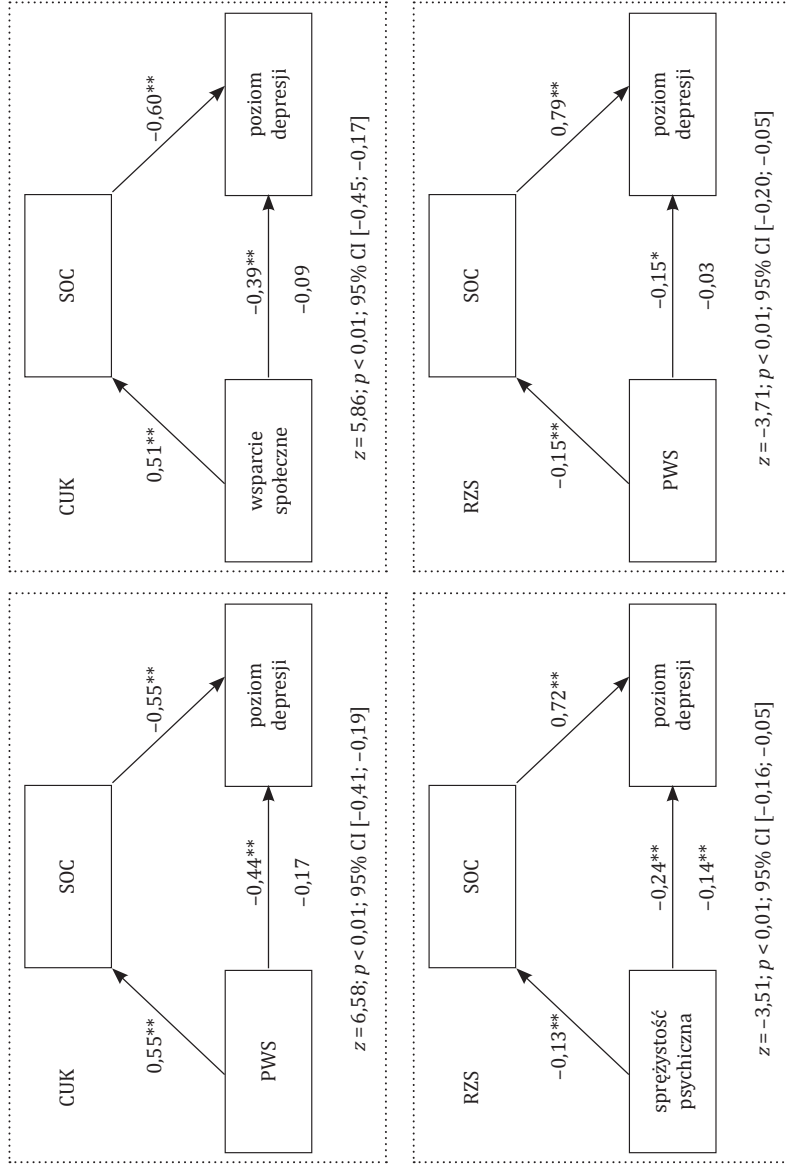
W przypadku testowania hipotezy o mediującej roli poczucia koherencji w związku między zasobami a poziomem depresji stwierdzono, że mediacja miała miejsce w dziesięciu przypadkach. Po trzy z nich zaobserwowano w grupie chorych na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę, a cztery wśród chorych na RZS.

Dla grupy chorych na serce i cukrzycę zaobserwowano podobny wzorzec zależności (rys. 17). Poczucie koherencji mediowało związek między sprężystością psychiczną, poczuciem własnej skuteczności i wsparciem społecznym a poziomem depresji. W każdym z zaobserwowanych przypadków posiadanie zasobów sprzyjało niskiemu poziomowi depresji dzięki temu, że zasób ten aktywizował jednocześnie poczucie koherencji, które wiązało się negatywnie z poziomem depresji. Można przyjąć, że poczucie koherencji sprzyjało efektywnemu wykorzystaniu posiadanego zasobu. W omawianym przypadku mamy do czynienia z mediacjami pełnymi, ponieważ został zniesiony związek między każdym z wymienionych zasobów a poczuciem depresji. Oznacza to, że nie ma potrzeby wprowadzania dodatkowej zmiennej



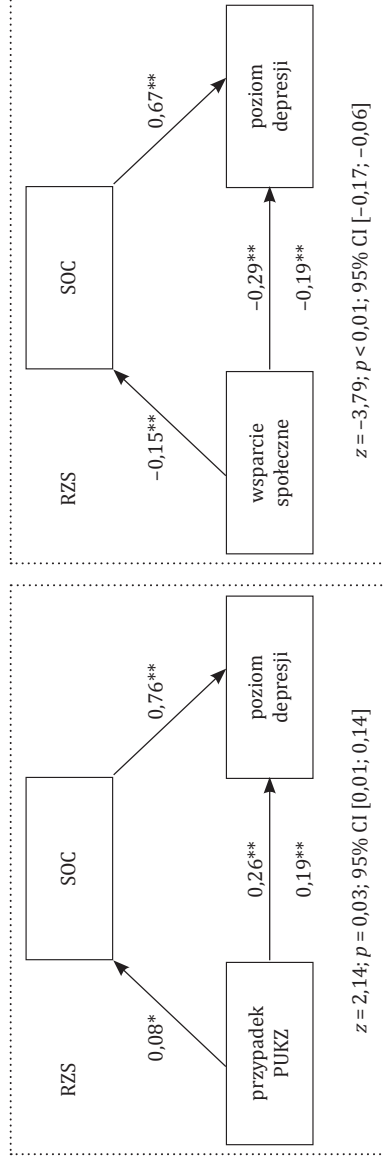
Rysunek 17a. Medyacyjny udział poczucia koherencji w relacji pomiędzy zasobami a poziomem depresji (choroba niedokrwienna serca i cukrzyca typu 1)

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 17b. Mediacyjny udział poczucia koherencji w relacji pomiędzy zasobami a poziomem depresji (choroba niedokrwienna serca i cukrzyca typu 1)

Źródło: opracowanie własne.



SOC – poczucie koherencji; PWS – poczucie własnej skuteczności; PUKZ – poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia; CNS – choroba niedokrwienna serca; CUK – cukrzyca; RZS – reumatoidalne zapalenie stawów; * $p < 0,01$, ** $p < 0,05$.

Rysunek 17c. Mediacyjny udział poczucia koherencji w relacji pomiędzy zasobami a poziomem depresji (choroba niedokrwienna serca i cukrzyca typu 1)

Źródło: opracowanie własne.

do modelu. Poczucie koherencji wystarcza bowiem do zrozumienia zależności zachodzących między zasobami a poziomem depresji.

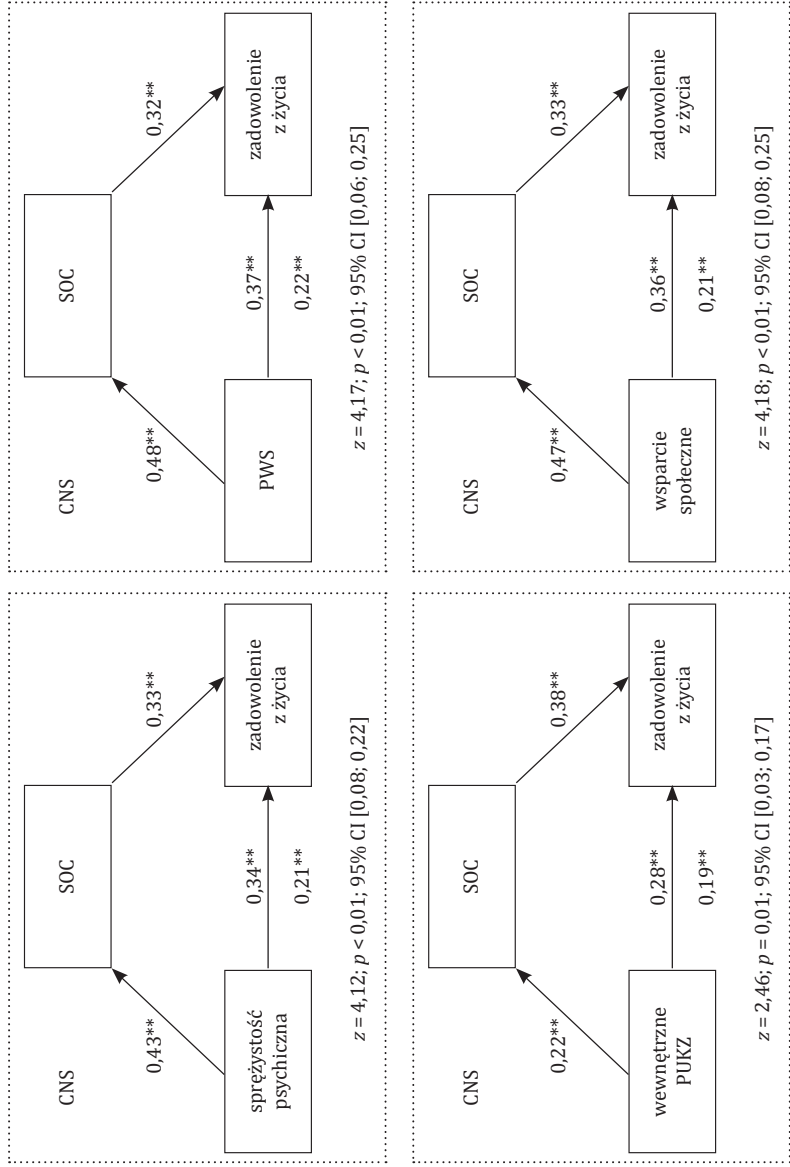
Z odmienną sytuacją mamy do czynienia w przypadku chorych na RZS. Co prawda w tej grupie poczucie koherencji również mediowało związek między zasobami a natężeniem depresji, jednak sprzyjało wysokiemu poziomowi depresji, a nie chroniło przed nią. Zaobserwowano podobny schemat relacji łączący zasoby, poczucie koherencji oraz poziom depresji. Osoby chore na RZS, które posiadają zasoby, nie aktywizują poczucia koherencji, na skutek czego wzrasta u nich poziom depresji. Tylko osoby przekonane, że stan ich zdrowia jest kwestią przypadku, potrafiły zaktywizować poczucie koherencji. Wówczas także wzrastał poziom depresji. Z wyjątkiem modelu, w którym poczucie koherencji w pełni mediowało związek między poczuciem własnej skuteczności a poziomem depresji, pozostałe zaobserwowane mediacje były częściowe. Oznacza to, że relacja między zasobami a poziomem depresji może być bezpośrednia lub uczestniczą w niej inne niewzględnione w modelu zmienne.

3.3. Poczucie koherencji jako mediator związku między zasobami a satysfakcją z życia

Poczucie koherencji pełniło rolę mediatora w relacji między zasobami a poczuciem zadowolenia z życia w dziesięciu przypadkach. Czterokrotnie miało to miejsce w grupie chorych na cukrzycę i chorobę niedokrwinną serca i dwukrotnie wśród osób z RZS (rys. 18).

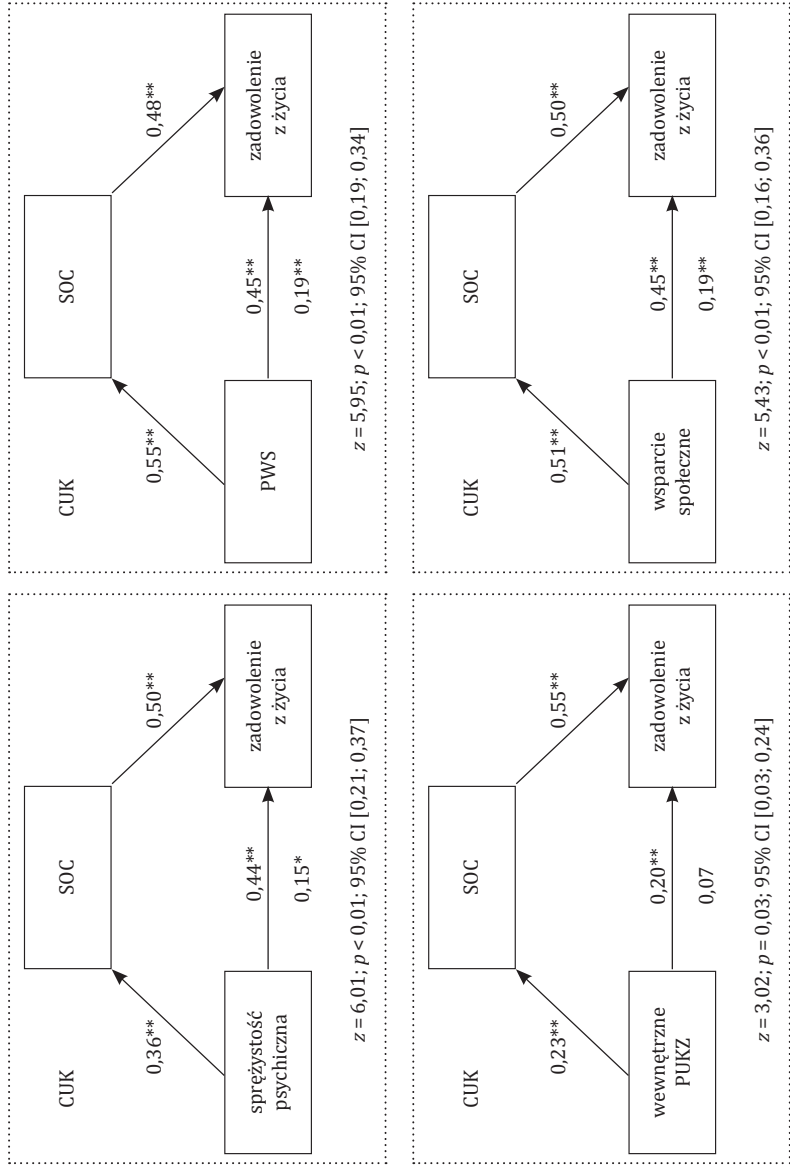
W grupie chorych na serce poczucie koherencji mediowało związek między sprężystością psychiczną, poczuciem własnej skuteczności, wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowia i wsparciem społecznym a poczuciem zadowolenia z życia. Zaobserwowane mediacje miały charakter częściowy. Wymienione zasoby sprzyjały zadowoleniu z życia dzięki temu, że uruchamiały jednocześnie poczucie koherencji. Osoby z wysokim poziomem zasobów osiągały wyższy poziom satysfakcji na skutek tego, że występuje u nich jednocześnie wysoki poziom koherencji, który sprzyja poczuciu zadowolenia z życia. Taki sam wzorzec mediacji został zaobserwowany w grupie chorych na cukrzycę.

W przypadku chorych na RZS poczucie koherencji mediowało związek między poczuciem własnej skuteczności i wsparciem społecznym a zadowoleniem z życia. Osoby o wysokim poziomie poczucia własnej skuteczności oraz wsparcia społecznego uzyskują wyższy wskaźnik zadowolenia z życia. Jednakże wsparcie społeczne w tej grupie osób wiąże się z niższym poczuciem koherencji, które z kolei nie sprzyja ich zadowoleniu z życia.



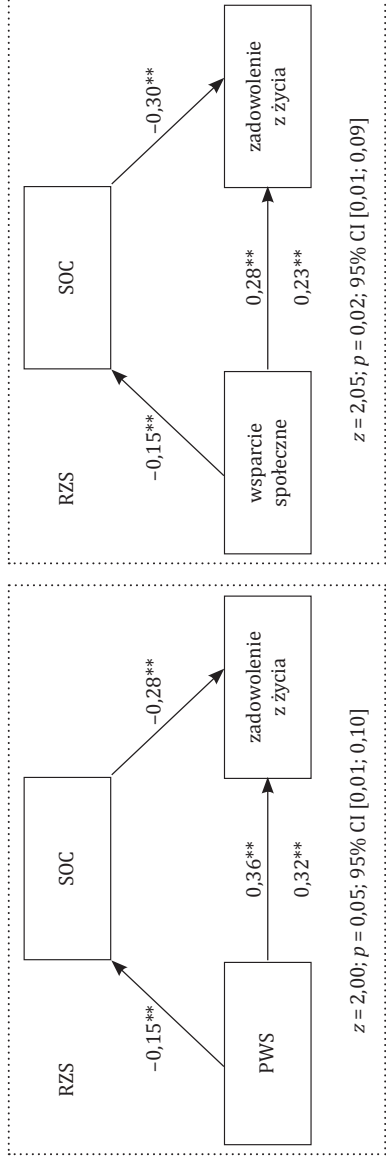
Rysunek 18a. Mediacyjny udział poczucia koherencji w relacji pomiędzy zasobami a zadowoleniem z życia (choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu 1 i reumatoidalne zapalenie stawów)

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 18b. Mediacyjny udział poczucia koherencji w relacji pomiędzy zasobami a zadowoleniem z życia (choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu 1 i reumatoidalne zapalenie stawów)

Źródło: opracowanie własne.



SOC – poczucie koherencji; PWS – poczucie własnej skuteczności; PUKZ – poczucie umieszczenia kontroli zdrowia; CHN – choroba niedokrwienna serca; CUK – cukrzyca; * $p < 0,01$, ** $p < 0,05$.

Rysunek 18c. Mediacyjny udział poczucia koherencji w relacji pomiędzy zasobami a zadowoleniem z życia (choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu 1 i reumatoidalne zapalenie stawów)

Źródło: opracowanie własne.

3.4. Poczucie koherencji jako mediator związku między zasobami a wypełnianiem ról społecznych

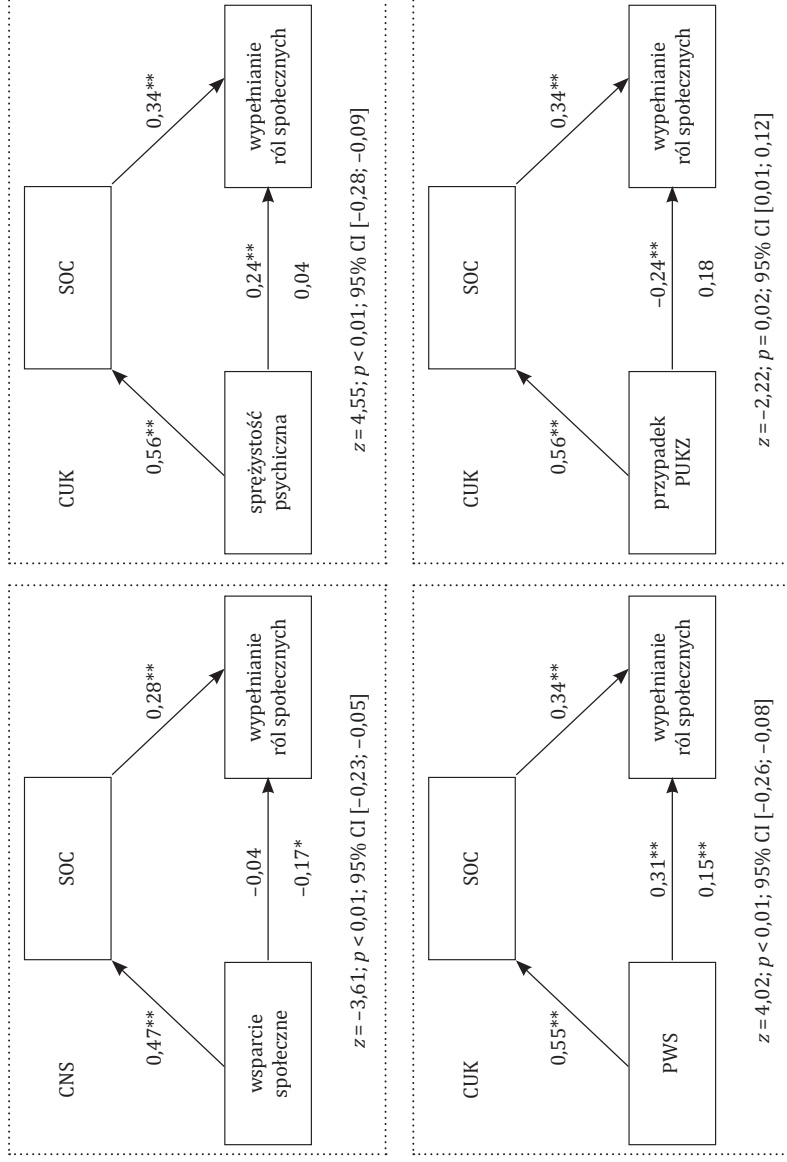
Podobnie jak w przypadku poprzednich aspektów funkcjonowania chorych, poczucie koherencji okazało się mediatorem niektórych związków między zasobami a wypełnianiem ról społecznych. Zaobserwowano jedną mediację w grupie chorych na chorobę niedokrwienną serca, dwie w grupie osób z RZS i cztery wśród osób chorych na cukrzycę (rys. 17).

We wszystkich przypadkach poczucie koherencji było mediatorem relacji między wsparciem społecznym a wypełnianiem ról społecznych. Potraktowanie poczucia koherencji jako mediatora skutkowało tym, że obniżało się zaangażowanie w wypełnianie ról społecznych u osób o wysokim poziomie wsparcia społecznego. Mechanizm tego zjawiska był odmienny dla każdej z chorób. W przypadku pacjentów z chorobą niedokrwienną serca uwzględnienie poczucia koherencji spowodowało, że wysoki poziom wsparcia społecznego zaczął utrudniać wypełnianie ról społecznych. Natomiast w grupach chorych na cukrzycę i RZS wysokie wsparcie społeczne przestało sprzyjać ich wypełnianiu. U osób chorych na cukrzycę charakter relacji między wsparciem społecznym a wypełnianiem ról społecznych uległ zmianie na skutek tego, że osoby o silnym wsparciu społecznym potrafią skorzystać z poczucia koherencji, które sprzyja wypełnianiu ról społecznych, natomiast pacjenci z RZS o wysokim poziomie wsparcia społecznego nie mobilizują poczucia koherencji, które nie sprzyja wypełnianiu przez nich ról społecznych.

Zaobserwowano też, że w grupie chorych na cukrzycę i RZS poczucie koherencji mediuje związek między przekonaniem o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia na wymiarze przypadek a wypełnianiem ról społecznych. Podzielanie przekonania, że zmiana stanu zdrowia jest dziełem przypadku, utrudniało wypełnianie ról społecznych. Uwzględnienie poczucia koherencji w równaniu znosiło tę zależność wśród pacjentów z cukrzycą i osłabiało ją u chorych na RZS.

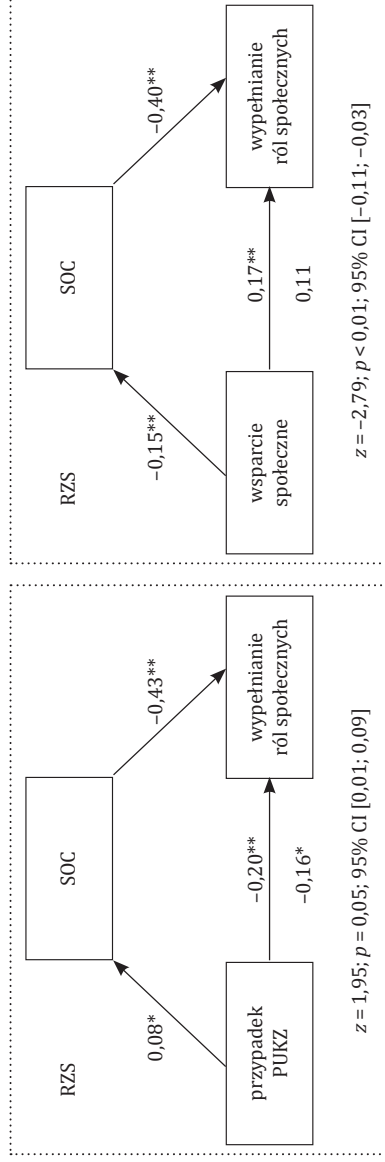
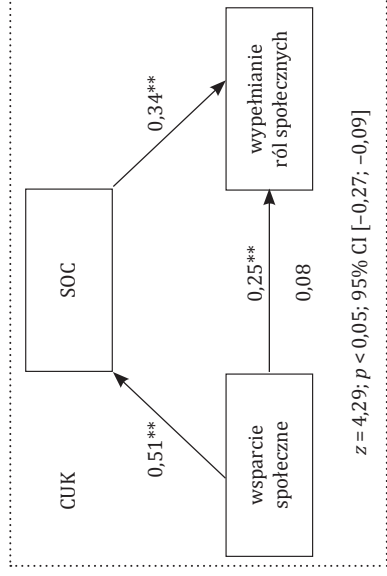
Ponadto u chorych na cukrzycę poczucie koherencji mediuowało związek między sprężystością psychiczną i poczuciem własnej skuteczności a wypełnianiem ról społecznych. W obu przypadkach uwzględnienie poczucia koherencji skutkowało osłabieniem relacji między danym zasobem a pełnieniem ról społecznych.

Wyniki uzyskane w analizie mediacji pozwalają stwierdzić, że rola poczucia koherencji jako mediatora w relacji między zasobami a wskaźnikami funkcjonowania odtwarza się w większości zaobserwowanych mediacji. Zasoby pełnią funkcję ochronną dzięki temu, że uruchamiają poczucie koherencji, co oznacza, że osoby o wysokim poziomie zasobów uzyskują wyższe



Rysunek 19a. Mediacyjny udział poczucia koherencji w relację pomiędzy zasobami a wypełnianiem ról społecznych (choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu 1 i reumatoidalne zapalenie stawów)

Źródło: opracowanie własne.



SOC – poczucie koherencji; PWS – poczucie własnej skuteczności; PUKZ – poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia; CHN – choroba niedokrwienna serca; CUK – cukrzyca; RZS – reumatoidalne zapalenie stawów; * $p < 0,01$, ** $p < 0,05$.

Rysunek 19b. Mediacyjny udział poczucia koherencji w relacji pomiędzy zasobami a wypełnianiem ról społecznych (choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu 1 i reumatoidalne zapalenie stawów)

Źródło: opracowanie własne.

wskaźniki funkcjonowania, gdy mają jednocześnie silne poczucie koherencji. Odstępstwo od tej reguły odnotowano wśród chorych na RZS. W ich przypadku, gdy relacja między zasobem a wskaźnikiem funkcjonowania mediodwana jest przez poczucie koherencji, skutkuje to gorszym poziomem funkcjonowania. Odstępstwo zauważono również w grupie pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca, gdy analizowano związki między wsparciem społecznym a akceptacją choroby i wypełnianiem ról społecznych.

Otrzymany obraz zależności między zmiennymi uwzględnionymi w modelu potwierdza hipotezę, że poczucie koherencji pozwala na gospodarowanie zasobami poprzez ich aktywizowanie (por. Pasikowski, 2001b). Wydaje się, że ma to miejsce jedynie w sytuacji, którą chory postrzega jako podatną na modyfikację, czyli w sytuacji chorowania na serce i cukrzycę (por. rozdział VII). Przestaje ono jednak pełnić taką funkcję, gdy sytuacja postrzegana jest przez osoby jako trudna do opanowania i zmiany, w której osobiste wysiłki nie przyniosą oczekiwanego rezultatu. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że poczucie koherencji prowadzi do wycofania „zaangażowania z sytuacji, w których szanse na powodzenie są minimalne” (Pasikowski, 2001b, s. 47). Proces ten ma miejsce w grupie chorych na RZS. Można przyjąć, że w ich przypadku wysokie poczucie koherencji przyczynia się do braku zaangażowania zasobów w radzenie sobie z wymaganiami stawianymi przez chorobę. Takie działanie może prowadzić do wolniejszego wyczerpywania się zasobów w trakcie radzenia sobie z RZS. Zatem poczucie koherencji, nie mobilizując zasobów, chroni je przed zbyt szybkim wyczerpaniem.

Na odmienną funkcję i mechanizm działania poczucia koherencji w różnych chorobach przewlekłych wskazuje również charakter związków łączących tę zmienną z innymi zasobami. W dotychczasowych badaniach prowadzonych na populacji osób zdrowych obserwowano, że poczucie koherencji łączy wprost proporcjonalny związek z takimi zasobami, jak: poczucie sprawstwa, wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli i poczucie własnej skuteczności (por. Sęk, 2001b). W przypadku osób przewlekłe chorych odnotowano, że poczucie koherencji w zależności od choroby, na którą cierpi pacjent, w różny sposób łączy się z zasobami (tab. 50). W przypadku choroby niedokrwiennej serca i cukrzycy typu 1 zanotowano wyniki spójne z wcześniejszymi obserwacjami, tzn. poczucie koherencji dodatnio łączyło się z zasobami. Natomiast w przypadku chorych na RZS związek ten miał odmienny charakter. Poczucie koherencji pozostawało w negatywnym związku z poczuciem własnej skuteczności, sprężystości psychiczną oraz wsparciem społecznym oraz dodatni z poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze przypadek. Nie wchodziło zaś w interakcję z wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowia. Taki obraz zależ-

Tabela 50. Związki między poczuciem koherencji a zasobami w poszczególnych grupach chorych – współczynniki korelacji r -Pearsona

Zmienna	Choroba niedokrwienna serca	Cukrzyca typu 1	Reumatoidalne zapalenie stawów
Sprężystość psychiczna	0,40**	0,49**	-0,29**
Poczucie własnej skuteczności	0,44**	0,50**	-0,30**
Wewnętrzne PUKZ	0,18**	0,20**	0,06
PUKZ – inni ludzie	0,04	0,13	-0,04
PUKZ – przypadek	-0,16*	-0,16*	0,16*
Wsparcie społeczne	0,42**	0,41**	-0,34**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; PUKZ – poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia.

Źródło: opracowanie własne.

ności wskazuje, że poczucie koherencji aktywizuje wykorzystanie zasobów u chorych na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę typu 1, a hamuje je u chorych na RZS. Analizując te wyniki, należy pamiętać, że osoby z RZS osiągnęły niższy wynik w poziomie poczucia koherencji od osób z chorobą niedokrwienną serca (o 24,63 pkt) i chorych na cukrzycę typu 1 (16,25 pkt) (por. rozdział VII). Cechował je zatem deficyt tego zasobu.

Poczucie koherencji częściej pełni funkcję mediatora w przypadku emocjonalnych wskaźników funkcjonowania niż wskaźników poznawczych i behawioralnych. Obserwacja ta wskazuje na jego znaczenie dla zdrowia psychicznego i jest zgodna z wcześniejszymi ustaleniami (Sęk, 2001b).

W przypadku różnych chorób poczucie koherencji mediowało związek między zasobami a wskaźnikami z różną częstotliwością – miało to miejsce 14 razy w grupie chorych na cukrzycę typu 1, 9 razy wśród chorych z chorobą niedokrwienną serca i 8 razy wśród osób z RZS. Najmniejsza liczba zaobserwowanych mediacji w grupie chorych z RZS może sugerować, że poczucie koherencji nie odgrywa pozytywnej roli w sytuacjach beznadziejnych. Jako taką sytuację można potraktować RZS, ponieważ w zaawansowanej postaci choroby destrukcja stawów jest tak znaczna, że wyłącza człowieka z wielu form aktywności.

Zaobserwowano, że poczucie koherencji z różną częstotliwością pełniło funkcję mediatora między poszczególnymi zasobami a wskaźnikami funkcjonowania. Ośmiokrotnie mediowało relację między poczuciem własnej skuteczności a wsparciem społecznym oraz wskaźnikiem funkcjonowania. Siedem razy miało miejsce w przypadku sprężystości psychicznej i po cztery – w przypadku wewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia i zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia na wymiarze przypadek.

ROZDZIAŁ X

DETERMINANTY ZMIAN W FUNKCJONOWANIU OSÓB PRZEWLEKLE CHORYCH

Wprowadzenie

Prowadzone badania miały charakter podłużny. Pomiar funkcjonowania osób przewlekle chorych został dokonany trzykrotnie. Dzięki temu można było prześledzić zmiany zachodzące w funkcjonowaniu chorych. Pierwszy pomiar wykonano w momencie rozpoczęcia hospitalizacji, czyli w chwili wystąpienia kryzysu zdrowotnego, manifestującego się rzutem choroby. Drugi przeprowadzono po zakończeniu pobytu w szpitalu, czyli wtedy, gdy kryzys ten został zażegnany, a trzeci odbył się pół roku po opuszczeniu szpitala, a więc w czasie remisji choroby. Zebrane dane umożliwiły określenie zmian w funkcjonowaniu pacjentów, jakie następują między wystąpieniem kryzysu zdrowotnego a remisją choroby. Interesowano się również tym, jakie czynniki je determinują.

Dla określenia, czy nastąpiła zmiana w zachowaniu chorych cierpiących na różne choroby przewlekłe (posługując się testem t dla danych zależnych), sprawdzono, czy zaobserwowane różnice w poziomie wskaźników funkcjonowania (stopnia akceptacji choroby, natężenia depresji, poczucia zadowolenia z życia oraz wypełniania ról społecznych) są istotne statystycznie. Aby zidentyfikować zmienne związane z zaobserwowanymi zmianami, określono różnicę we wskaźnikach funkcjonowania między pierwszym a drugim pomiarem oraz pierwszym a trzecim pomiarem, a następnie rozwiązano równania regresji, w których po stronie zmiennych zależnych znalazła się odnotowana wielkość zmiany, a po stronie zmiennych niezależnych – zmienne określone jako ważne dla kolejnych etapów transakcji stresowej.

W prowadzonych analizach uwzględniono dane 77 osób z chorobą niedokrwinną serca, 55 z cukrzycą typu 1 oraz 51 z reumatoidalnym zapaleniem stawów, które wzięły udział we wszystkich trzech etapach badań.

1. Zmiany w funkcjonowaniu osób przewlekle chorych

W celu sprawdzenia, czy nastąpiła zmiana w zachowaniu osób przewlekle chorych, dwukrotnie przeprowadzono porównania za pomocą testu t dla prób zależnych. W pierwszej analizie wykorzystano dane zebrane w chwili rozpoczęcia i zakończenia hospitalizacji. Miała ona na celu określenie, czy leczenie szpitalne przekłada się na funkcjonowanie badanych. W drugiej posłużono się danymi zebranymi na początku hospitalizacji i pół roku po jej zakończeniu. Zdecydowano się uwzględnić te dwa pomiary, ponieważ moment rozpoczęcia hospitalizacji potraktowano jako czas rzutu choroby, charakteryzujący się największą destabilizacją funkcjonowania, a okres pół roku po niej – jako okres remisji, w którym aktywność chorych ulega poprawie. Interesowano się więc tym, jak zmienia się zachowanie osób przewlekle chorych w różnych sytuacjach zdrowotnych (rys. 20).

1.1. Zmiany w funkcjonowaniu następujące w trakcie hospitalizacji

W trakcie leczenia szpitalnego zaobserwowano wzrost poziomu akceptacji choroby w grupie chorych na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę typu 1 oraz obniżenie poziomu depresji wśród chorych na cukrzycę. W żadnej z grup chorych nie odnotowano zmian w zakresie poczucia satysfakcji z życia i wypełniania ról społecznych. Funkcjonowanie chorych na RZS nie uległo zmianie podczas pobytu w szpitalu (tab. 51).

Otrzymane wyniki wskazują, że hospitalizacja tylko w nielicznych przypadkach zmienia poznawcze, emocjonalne i behawioralne funkcjonowanie osób przewlekle chorych. Dwie z trzech odnotowanych zmian dotyczyły poznawczego aspektu funkcjonowania. Chorzy z chorobą niedokrwienną serca oraz cukrzycą typu 1 w momencie zakończenia leczenia szpitalnego deklarowali wyższy poziom akceptacji choroby niż w chwili przyjęcia do szpitala. Zmiana ta prawdopodobnie wynika ze specyfiki leczenia, jakiemu byli oni poddawani. Pacjenci ci byli leczeni przez zespoły interdyscyplinarne, w których współpracują ze sobą lekarze, psycholodzy, dietetycy i fizjoterapeuci. Byli więc poddawani oddziaływaniom o charakterze medycznym i pozamedycznym. Z kolei chorzy na RZS byli leczeni jedynie na bazie procedur medycznych. Wydaje się, że włączenie do leczenia innych specjalistów może mieć pozytywne znaczenie dla wzrostu zrozumienia i akceptacji swojej choroby.

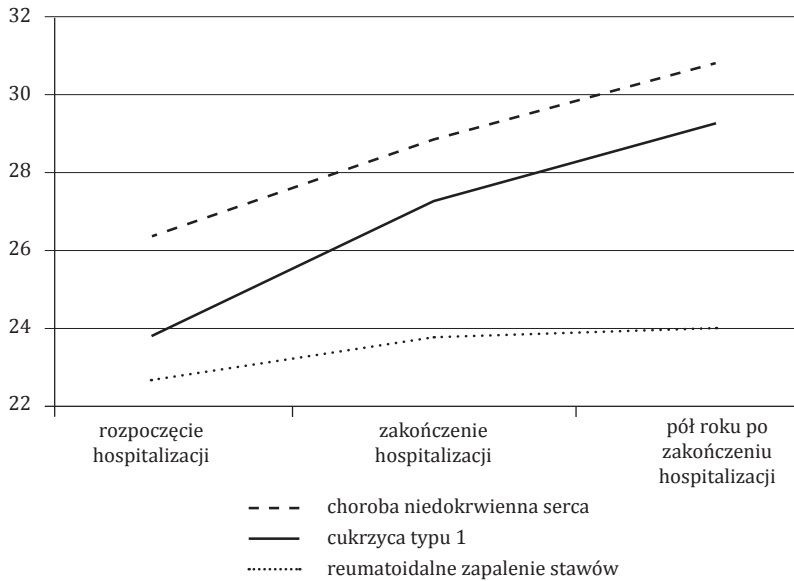
Trzecia z zaobserwowanych zmian dotyczyła zmniejszenia natężenia depresji wśród pacjentów z cukrzycą. Pojawia się pytanie: Dlaczego w tej grupie chorych doszło do obniżenia wskaźnika depresji podczas leczenia

Tabela 51. Zmiany w funkcjonowaniu osób przewlekle chorych następujące między rozpoczęciem hospitalizacji a jej zakończeniem (wyniki testu t dla prób zależnych) (df choroba niedokrwienna serca = 76, df cukrzyca = 54, df RZS = 50)

Choroba	Pomiar w momencie rozpoczęcia hospitalizacji	Pomiar w momencie zakończenia hospitalizacji	Statystyki testu t		Siła efektu d -Cohena
			t	p	
	$M (SD)$				
	akceptacja choroby				
Choroba niedokrwienna serca	26,56 (6,56)	29,00 (6,69)	-3,361	0,001	0,37
Cukrzyca typu 1	23,94 (7,61)	27,45 (7,61)	-3,272	0,002	0,46
Reumatoidalne zapalenie stawów	22,81 (7,13)	23,95 (8,06)	-1,277	0,208	-
	poziom depresji				
Choroba niedokrwienna serca	14,55 (10,29)	12,91 (9,82)	1,485	0,142	-
Cukrzyca typu 1	18,87 (12,27)	16,33 (12,01)	2,367	0,022	0,21
Reumatoidalne zapalenie stawów	21,32 (10,70)	20,51 (12,35)	0,908	0,368	-
	poczucie zadowolenia z życia				
Choroba niedokrwienna serca	23,07 (5,03)	22,84 (5,69)	0,362	0,719	-
Cukrzyca typu 1	20,14 (6,26)	21,18 (6,60)	-1,812	0,076	-
Reumatoidalne zapalenie stawów	19,86 (5,36)	20,88 (5,54)	-1,507	0,138	-
	wypełnianie ról społecznych*				
Choroba niedokrwienna serca	33,29 (9,49)	33,40 (10,06)	0,108	0,914	-
Cukrzyca typu 1	25,41 (9,61)	24,79 (10,90)	0,475	0,637	-
Reumatoidalne zapalenie stawów	34,41 (10,71)	34,11 (13,01)	0,418	0,678	-

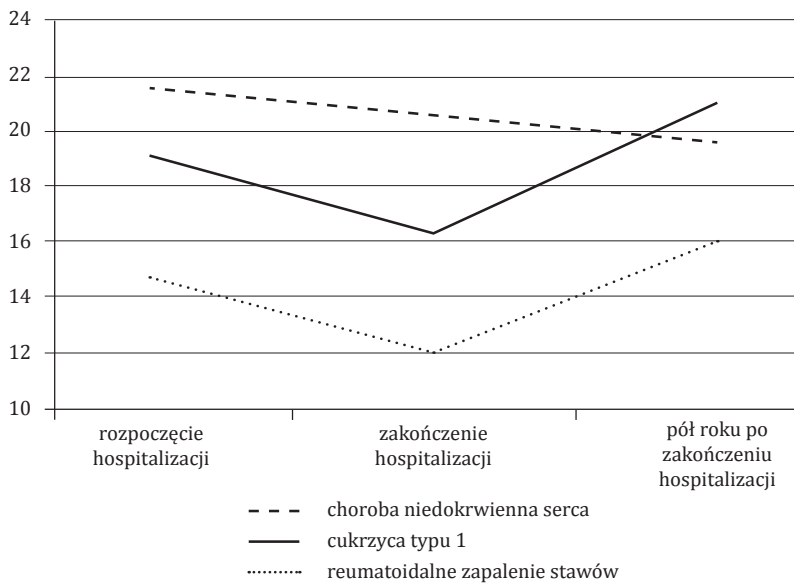
* wysoki wynik świadczy o niewypełnianiu ról społecznych.

Źródło: opracowanie własne.



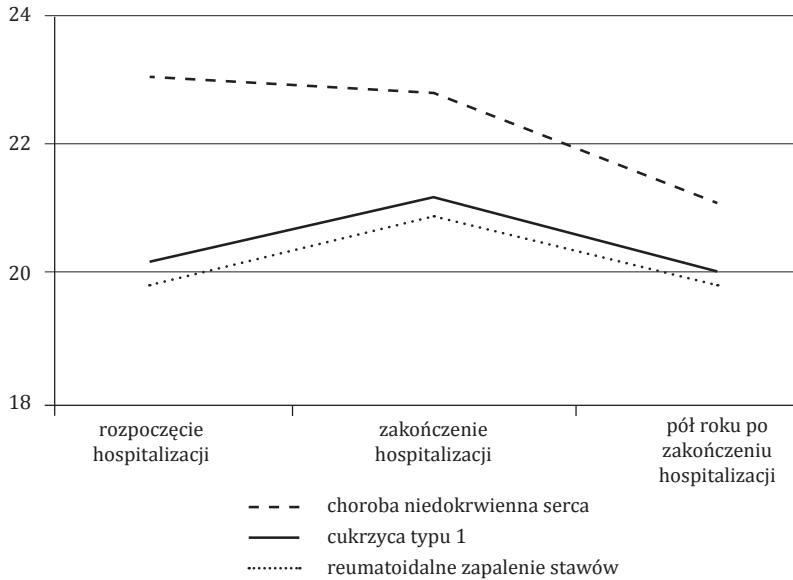
Rysunek 20. Zmiany w akceptacji własnej choroby – średnie wyniki otrzymane w momencie rozpoczęcia hospitalizacji, jej zakończenia i pół roku po opuszczeniu szpitala

Źródło: opracowanie własne.



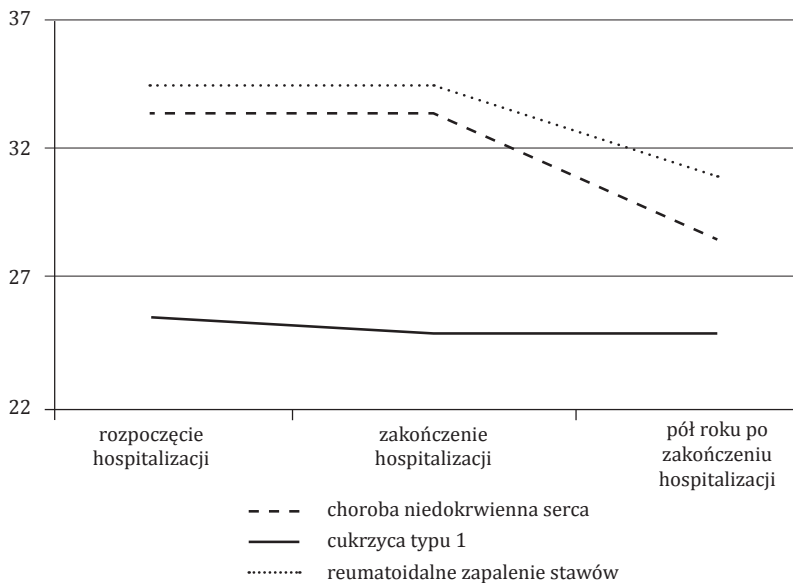
Rysunek 21. Zmiany w natężeniu depresji – średnie wyniki otrzymane w momencie rozpoczęcia hospitalizacji, jej zakończenia i pół roku po opuszczeniu szpitala

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 22. Zmiany w poczuciu zadowolenia z życia – średnie wyniki otrzymane w momencie rozpoczęcia hospitalizacji, jej zakończenia i pół roku po opuszczeniu szpitala

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 23. Zmiany w wypełnianiu ról społecznych – średnie wyniki otrzymane w momencie rozpoczęcia hospitalizacji, jej zakończenia i pół roku po opuszczeniu szpitala

Źródło: opracowanie własne.

szpitalnego? Porównując średnie wyniki depresji w każdej z grup na początku leczenia, można zauważyć, że u pacjentów chorych na chorobę niedokrwinną serca natężenie depresji kształtowało się na poziomie 14,55 pkt, wśród chorych na cukrzycę typu 1 – 18,87 pkt, a u pacjentów z RZS – 21,32 pkt. Wartość wskaźnika depresji charakteryzująca chorych na chorobę niedokrwinną serca świadczy o tym, że pacjentom tym nie dokuczają depresja (Craig i van Natta, 1978). Trudno więc było oczekiwać, aby w grupie osób „niedepresyjnych” doszło do jej obniżenia.

Z kolei wyniki odnotowane u pacjentów chorych na cukrzycę i RZS można potraktować jako wskaźnik podwyższenia poziomu depresji. Zmniejszenie się depresji z poziomu klinicznego do poziomu nieklinicznego zaobserwowano wśród chorych na cukrzycę. Zmiana taka nie nastąpiła u pacjentów z RZS. Być może wynikało to z charakteru depresji. Prawdopodobnie bowiem wśród osób z cukrzycą typu 1 depresja miała charakter reaktywny, wynikający z pogorszenia stanu zdrowia i konieczności hospitalizacji; chorujący na cukrzycę byli osobami młodymi, z wyższym wykształceniem oraz aktywnymi zawodowo. Wśród pacjentów z RZS depresja miała raczej chroniczny charakter, o czym świadczy charakterystyka próby. W tej grupie chorych przeważały osoby z wykształceniem podstawowym bądź zawodowym, pozostające na rencie, powyżej 50. roku życia. Wyniki wcześniejszych badań wskazują na podwyższoną depresję jako jeden z podstawowych problemów psychicznych osób chorych na RZS (Katz i Yelin, 1993; Uguz, Akman, Kucuksarac i Tufekci, 2009). Jeśli prawdziwe jest to założenie, to nie dziwi obniżenie wysokości wskaźnika depresji wśród chorych na cukrzycę. Kompleksowe leczenie, jakiemu zostali poddani, mogło sprzyjać powrotowi do równowagi psychicznej.

Nie dziwi również brak zmian w wypełnianiu ról społecznych i poziomie zadowolenia z życia. Okres hospitalizacji to czas wyłączenia się z normalnego życia i związanych z nim obowiązków. W tym czasie pacjent jest zwolniony z większości powinności społecznych. Nie mogła więc w tym czasie zajść zmiana w wypełnianiu ról społecznych. Z podobnych względów trudno było oczekiwać zmiany w poziomie zadowolenia z życia. Środowisko szpitalne jest bowiem ubogie w normalne życiowe sytuacje związane z bliskimi kontaktami z innymi ludźmi, realizacją celów czy angażowaniem się w czynności, które lubi się wykonywać i które są źródłem satysfakcji i szczęścia.

1.2. Zmiany w funkcjonowaniu następujące między zakończeniem hospitalizacji a półroczem po jej zakończeniu

W grupie chorych na serce odnotowano zmianę we wszystkich aspektach funkcjonowania. Chorzy ci w większym stopniu akceptowali swoją chorobę

i wypełniali role społeczne. Byli jednak mniej zadowoleni z życia i odczuwali więcej objawów depresyjnych (tab. 52). Wśród chorych na cukrzycę typu 1 odnotowano jedną zmianę w funkcjonowaniu – doświadczali oni silniejszych objawów depresyjnych. Funkcjonowanie chorych na RZS w żadnym z aspektów nie uległo zmianie.

Porównanie wyników uzyskanych w prezentowanych badaniach z obserwacjami z wcześniejszych badań jest niezwykle trudne. Jak zauważyli Tapash Roy i Cathy E. Lloyd (2012), analizując zjawisko depresji wśród pacjentów chorych na cukrzycę, większość prowadzonych badań ma charakter przekrojowy, a nie podłużny, co uniemożliwia uchwycenie zmian następujących w czasie trwania choroby. Spostrzeżenie to można również odnieść do innych zastosowanych w badaniach wskaźników funkcjonowania oraz grup chorych. Wprawdzie istnieją badania longitudinalne, np. nad zjawiskiem depresji wśród pacjentów z RZS, jednak ich autorzy często ograniczają się jedynie do podania wartości natężenia depresji w różnych momentach trwania choroby, nie sprawdzając, czy zanotowane różnice są istotne statystycznie (Smith, Christensen, Peck i Ward, 1994; Nicassio i Wallston, 1992; Martens i in., 2005). Ten stan rzeczy powoduje, że trudno odwołać się do zmian w funkcjonowaniu osób chorych przewlekłe następujących wraz z czasem trwania choroby.

Większość zaobserwowanych zmian dotyczyła zachowania osób z chorobą niedokrwinną serca. Po wypisaniu ze szpitala i powrocie do codziennego życia pogorszeniu uległo ich emocjonalne funkcjonowanie. Przejawiało się to wyższym poziomem depresji i mniejszym zadowoleniem z życia. Prawdopodobnie obniżenie tych wskaźników wynika z konfrontowania się chorych z ograniczeniami, jakie są skutkiem zawału serca. Jego przebycie jest głębokim kryzysem zdrowotnym, który w znacznym stopniu dezorganizuje dotychczasowe życie, co może przekładać się na pogorszenie kondycji emocjonalnej. Jednakże otrzymane wyniki wskazują, że wraz z upływem czasu, jaki minął od zawału, chorzy lepiej funkcjonują poznawczo – w większym stopniu rozumieją i akceptują swoją chorobę, oraz behawioralnie – po okresie załamania w wypełnianiu ról społecznych związanym z hospitalizacją znów zaczynają je realizować. Prawdopodobnie po wyjściu z szoku związanym z bezpośrednim zagrożeniem życia są w stanie lepiej rozumieć swój stan i mimo ograniczeń z nim związanych potrafią ponownie realizować cele społeczne.

To, że w przypadku chorych na serce zaobserwowano zmiany we wszystkich wskaźnikach funkcjonowania, pozwala na postawienie pytania: Co takiego charakterystycznego jest dla sytuacji przebycia zawału serca, że odbija się ona na różnych aspektach życia chorych?

Tabela 52. Zmiany w funkcjonowaniu osób przewlekłe chorych następujące między zakończeniem hospitalizacji a półroczem po jej zakończeniu (wyniki testu t dla prób zależnych) (df choroba niedokrwienna serca = 76, df cukrzyca = 54, df RZS = 50)

Choroba	Pomiar w momencie zakończenia hospitalizacji	Pomiar pół roku po zakończeniu hospitalizacji	Statystyki testu t		Siła efektu η^2
			t	p	
akceptacja choroby					
Choroba niedokrwienna serca	29,00 (6,69)	30,93 (5,98)	-2,935	0,004	0,30
Cukrzyca typu 1	27,45 (7,61)	29,31 (6,95)	-1,749	0,086	-
Reumatoidalne zapalenie stawów	23,95 (8,06)	24,19 (7,31)	-0,173	0,864	-
poziom depresji					
Choroba niedokrwienna serca	12,91 (9,82)	15,93 (11,66)	-2,803	0,006	0,28
Cukrzyca typu 1	16,33 (12,01)	20,80 (13,77)	-2,561	0,014	0,35
Reumatoidalne zapalenie stawów	20,51 (12,35)	19,71 (13,35)	0,398	0,692	-
poczucie zadowolenie z życia					
Choroba niedokrwienna serca	22,84 (5,69)	21,14 (5,15)	2,704	0,008	0,31
Cukrzyca typu 1	21,18 (6,60)	20,06 (6,05)	1,457	0,151	-
Reumatoidalne zapalenie stawów	20,88 (5,54)	19,83 (6,67)	1,139	0,261	-
wypełnianie ról społecznych*					
Choroba niedokrwienna serca	33,40 (10,06)	28,64 (9,42)	3,337	0,001	0,49
Cukrzyca typu 1	24,79 (10,90)	24,59 (9,86)	0,132	0,896	-
Reumatoidalne zapalenie stawów	34,11 (13,01)	31,43 (11,95)	1,572	0,123	-

* wysoki wynik świadczy o niewypełnianiu ról społecznych.

Źródło: opracowanie własne.

U chorych z cukrzycą zaobserwowano wzrost natężenia depresji w ciągu pół roku po opuszczeniu szpitala. Chorzy ci odczuwali więcej smutku i przygnębienia, byli przekonani, że nic im nie wychodzi, a ich życie jest nieudane. W tej grupie chorych pojawiają się następujące zmiany w poziomie depresji: pobyt w szpitalu sprzyja zmniejszeniu jej natężenia, a codzienne życie z chorobą prowadzi do jej pogłębienia.

Analizując zmiany w zachowaniu przewlekle chorych, warto zwrócić uwagę na pewną prawidłowość. Nie zaobserwowano żadnej zmiany istotnej statystycznie w funkcjonowaniu chorych na RZS. Nie miały one miejsca ani między momentem rozpoczęcia hospitalizacji a jej zakończeniem, ani w półroczu po zakończeniu leczenia szpitalnego. Ponieważ chorzy ci uzyskiwali najniższe wskaźniki funkcjonowania (z wyjątkiem wypełniania ról społecznych), można wnioskować, że nastąpiło trwałe przystosowanie się do choroby i ograniczeń z niej wynikających, przejawiające się znacznym i trwałym pogorszeniem aktywności. Niskie wskaźniki funkcjonowania i utrzymywanie się ich w okresie po zakończeniu hospitalizacji jeszcze raz potwierdzają spostrzeżenie, że RZS jest chorobą w największym stopniu dezorganizującą życie pacjentów nią dotkniętych.

Brak zmian w funkcjonowaniu chorych na RZS skłania do rozważenia kwestii, dlaczego nie zaobserwowano zmian w ich aktywności. Można przypuszczać, że jest to związane z przebiegiem procesu chorobowego i zmianami w stanie stawów, które prowadzą do niepełnosprawności. Obserwuje się, że po pięciu latach od rozpoznania RZS zdolność do pracy traci około połowa pacjentów, a po dziesięciu latach – ponad 90%. Zestawiając te dane ze średnią długością choroby w badanej próbie, która wynosiła 12,39 roku, można stwierdzić, że wśród badanych przeważały osoby z zaawansowaną postacią choroby, w której wykonywanie codziennych zajęć jest znacznie utrudnione bądź niemożliwe i jest to sytuacja trwająca od dłuższego czasu. Wydaje się, że zmiany związane z pogorszeniem funkcjonowania, przejawiające się akceptacją choroby, poziomem depresji i satysfakcji z życia oraz wypełnianiem ról społecznych, które mogły zajść, już nastąpiły, a chorzy osiągnęli najniższy z możliwych poziomów aktywności. Z drugiej strony brak zmian w funkcjonowaniu może wynikać z niedostępności bądź wyczerpania zasobów (por. rozdział VII i IX), które mogłyby pozytywnie oddziaływać na poziom życia chorych.

Zestawiając obserwacje dotyczące zmiany funkcjonowania osób chorych na chorobę niedokrwienną serca i RZS, można przyjąć, że ich sytuacja jest diametralnie różna. Ci pierwsi, mimo poważnego kryzysu zdrowotnego związanego z przebytym zawałem serca i bezpośrednim zagrożeniem życia, potrafią wypracować postawę akceptującą chorobę oraz powrócić do pełnienia ról społecznych. Na gorsze zmienia się jednak ich funkcjonowanie

emocjonalne, rośnie poziom depresji i spada zadowolenie z życia (tab. 52). U tych drugich brak jest jakichkolwiek zmian w codziennej aktywności. Wydaje się więc, że choroba stała się dla nich wydarzeniem trwale dezorganizującym życie.

Zaobserwowane zmiany w funkcjonowaniu, zwłaszcza osób chorych na chorobę niedokrwienną serca, skłaniają do postawienia pytania: Jakie czynniki wiążą się ze zmianą zachowań w trakcie trwania choroby przewlekłej?

2. Determinanty zmiany w funkcjonowaniu osób przewlekle chorych

W celu zidentyfikowania zmiennych powiązanych ze zmianą funkcjonowania w sytuacji choroby przewlekłej przeprowadzono następującą procedurę. W pierwszym kroku obliczono wskaźnik zmiany funkcjonowania (δ), odejmując wyniki jego wskaźników otrzymane w momencie zakończenia hospitalizacji od wyników uzyskanych w chwili przyjęcia do szpitala. Także od wyników zebranych na początku pobytu w szpitalu odjęto wynik odnotowany pół roku po zakończeniu leczenia szpitalnego. W drugim kroku zaprojektowano i obliczono równania regresji, w których po stronie zmiennych zależnych umieszczono kolejno: (1) poziom zmiany akceptacji choroby, (2) poziom zmiany satysfakcji z życia, (3) poziom zmiany natężenia depresji, (4) poziom zmiany w wypełnianiu ról społecznych. Do równania jako zmienne zależne wprowadzono jedynie te wskaźniki zmiany, które okazały się istotne statystycznie (tab. 51 i 52). Po stronie zmiennych niezależnych uwzględniono zmienne związane z przebiegiem transakcji stresowej: oceną choroby, aktywnością w jej trakcie i postrzeganiem dostępnych zasobów (szczegółowa lista zmiennych znajduje się w rozdziale VIII).

2.1. Predyktory zmiany między początkiem a końcem hospitalizacji

Opisana wyżej procedura pozwoliła na zidentyfikowanie zmiennych powiązanych ze zmianą poziomu akceptacji choroby u pacjentów cierpiących na chorobę niedokrwienną serca i natężenia depresji u pacjentów z cukrzycą.

Wzrostowi akceptacji choroby u pacjentów chorych na serce podczas leczenia szpitalnego sprzyja brak koncentracji na doznawanych symptomach ($\beta = -0,22$; $p = 0,002$), poczucie, że rozumie się swoją chorobę ($\beta = 0,17$; $p = 0,011$), oraz nierozważanie przyczyn zachorowania jako konsekwencji własnego zachowania i działających czynników ryzyka ($\beta = -0,16$; $p = 0,022$) (tab. 53). Zestaw tych trzech zmiennych wyjaśniał jedynie 9% zaobserwowanej zmiany w akceptacji choroby.

Tabela 53. Predyktory zmiany poziomu akceptacji choroby między rozpoczęciem hospitalizacji i jej zakończeniem wśród pacjentów chorych na chorobę niedokrwinną serca i cukrzycę typu 1 – analiza regresji metodą krokową

Zmienna	β	t	p
Choroba niedokrwinną serca ($df=76$)			
PTC – symptomy	-0,22	-3,194	0,002
PTC – spójność	0,17	2,562	0,011
PTC – ryzyko	-0,16	-2,314	0,022
$R^2 = 0,09; F = 7,976^{**}$			
Cukrzyca typu 1			
Żadna z uwzględnionych zmiennych nie została wprowadzona do równania.			

Podano skorygowane wartości współczynnika R^2 . PTC – przekonania na temat choroby.

Źródło: opracowanie własne.

Żadna ze zmiennych wprowadzonych do równania nie pozwoliła przewidzieć stopnia zmiany akceptacji choroby wśród pacjentów z cukrzycą.

Tabela 54. Predyktory zmiany poziomu depresji między rozpoczęciem hospitalizacji pacjentów i jej zakończeniem wśród pacjentów chorych na cukrzycę typu 1 – analiza regresji metodą krokową

Zmienna	β	t	p
Cukrzyca typu 1 ($df=53$)			
Poczucie własnej skuteczności	0,20	2,967	0,003
Czynności zastępcze	-0,16	-2,347	0,020
PUKZ – inni ludzie	-0,14	-1,990	0,048
$R^2 = 0,08; F = 6,588^{**}$			

Podano skorygowane wartości współczynnika R^2 . PUKZ – poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia.

Źródło: opracowanie własne.

Obniżenie poziomu depresji u pacjentów z cukrzycą w trakcie hospitalizacji pozwalają przewidzieć trzy zmienne: wysokie poczucie własnej skuteczności ($\beta = 0,20; p = 0,003$), brak angażowania się w czynności zastępcze ($\beta = -0,16; p = 0,020$) oraz nieprzypisywanie odpowiedzialności za własne zdrowie innym ludziom ($\beta = -0,14; p = 0,048$) (tab. 54). Zmienne te pozwalają przewidzieć 8% zaobserwowanej zmiany w poziomie depresji.

2.2. Predyktory zmiany między zakończeniem hospitalizacji a półroczem po jej zakończeniu

Przeprowadzona analiza regresji umożliwiła zidentyfikowanie czynników powiązanych ze zmianą poziomu akceptacji choroby, satysfakcji z życia i wy-

pełnienia ról społecznych u osób z chorobą niedokrwienną serca oraz poziomu akceptacji choroby u chorych na cukrzycę.

Zwiększeniu akceptacji choroby u chorych na serce sprzyjało radzenie sobie z trudnościami związanymi z zachowaniem za pomocą strategii planowania ($\beta = 0,32$; $p = 0,004$) oraz rzadkie korzystanie ze strategii obwiniania się ($\beta = -0,32$; $p = 0,005$). Te dwie zmienne pozwalały wyjaśnić 16% wzrostu akceptacji choroby (tab. 55).

Tabela 55. Predyktory zmiany poziomu akceptacji choroby wśród pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę typu 1 – analiza regresji metodą krokową

Zmienna	β	t	p
Choroba niedokrwienna serca ($df=76$)			
Planowanie	0,32	2,958	0,004
Obwinianie się	-0,32	-2,908	0,005
$R^2 = 0,16$; $F = 7,079^{**}$			

Podano skorygowane wartości współczynnika R^2 .

Źródło: opracowanie własne.

Okazało się, że zwiększenie natężenia depresji u chorych na chorobę serca jest związane z niską sprężystością psychiczną ($\beta = -0,26$; $p = 0,004$), a u chorych na cukrzycę typu 1 – z nieposługiwaniem się poczuciem humoru w sytuacjach zwiększonego napięcia emocjonalnego ($\beta = -0,32$; $p = 0,026$). Zmienne te wyjaśniają odpowiednio 7% i 10% wariacji odnotowanej zmiany (tab. 56).

Tabela 56. Predyktory zmiany poziomu depresji wśród pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę typu 1 – analiza regresji metodą krokową

Zmienna	β	t	p
Choroba niedokrwienna serca ($df=76$)			
Sprężystość psychiczna	-0,26	-2,301	0,024
$R^2 = 0,07$; $F = 5,293^*$			
Cukrzyca ($df=54$)			
Poczucie humoru	-0,31	-2,303	0,026
$R^2 = 0,10$; $F = 5,303^*$			

Podano skorygowane wartości współczynnika R^2 .

Źródło: opracowanie własne.

Obniżenie poziomu satysfakcji z życia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca wiązało się z traktowaniem choroby jako stanu przejściowego ($\beta = 0,53$; $p < 0,001$), silnym wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowia ($\beta = 0,37$; $p < 0,001$) oraz nieprzypisywaniem sobie odpo-

wiedzialności za rozwój choroby, wynikającej z wcześniejszej ekspozycji na czynniki ryzyka ($\beta = 0,27$; $p = 0,014$). Ten zestaw zmiennych wyjaśniał 28% zmiany, jaka nastąpiła w zakresie satysfakcji z życia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca (tab. 57).

Tabela 57. Predyktory zmiany poziomu zadowolenia z życia wśród pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca – analiza regresji metodą krokową

Zmienna	β	t	p
Choroba niedokrwienna serca ($df = 76$)			
PTC – ostrość – chroniczność	0,53	4,910	<0,001
PUKZ – wewnętrzne	0,37	3,393	0,001
PTC – ryzyko	-0,27	-2,518	0,014
$R^2 = 0,28$; $F = 9,502^{**}$			

Podano skorygowane wartości współczynnika R^2 . PUKZ – poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia; PTC – przekonania na temat choroby.

Źródło: opracowanie własne.

Ze wzrostem zaangażowania w wypełnianie ról społecznych przez pacjentów z chorobą niedokrwienną serca wiązało się niewielkie przekonanie o możliwości wywierania wpływu na stan zdrowia poprzez własną aktywność ($\beta = -0,26$; $p = 0,021$) i wysoki poziom wsparcia społecznego ($\beta = 0,25$; $p = 0,024$). Zmienne te wyjaśniały 12% zmiany w wypełnianiu ról społecznych (tab. 58).

Tabela 58. Predyktory zmiany poziomu wypełniania ról społecznych wśród pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca – analiza regresji metodą krokową

Zmienna	β	t	p
Choroba niedokrwienna serca ($df = 76$)			
IPQ_R samokontrola	-0,26	-2,352	0,021
Wsparcie społeczne	0,25	2,304	0,024
$R^2 = 0,12$; $F = 5,081^{**}$			

Podano skorygowane wartości współczynnika R^2 .

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki wskazują, jakie zmienne pozwalają przewidzieć zmiany w funkcjonowaniu chorych na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę typu 1. Wnioski płynące z analiz w dużym stopniu odnoszą się do pacjentów z chorobą serca. W tej grupie odnotowano większość różnic w funkcjonowaniu. Analizując listę zmiennych determinujących zaobserwowane zmiany, należy zwrócić uwagę, że stosunkowo duże znaczenie dla przewidywania zmian w funkcjonowaniu ma reprezentacja choroby, a zwłaszcza

te jej aspekty, które odnoszą się do percepcji objawów, rozumienia choroby, traktowania jej jako stanu przejściowego oraz postrzegania jej jako konsekwencji działania czynników ryzyka. W prowadzonych wcześniej badaniach różne aspekty reprezentacji choroby pozwalały przewidzieć późniejsze funkcjonowanie chorych. Na przykład Louise Sharpe, Tom Sensky i Simon Allard (2001) zaobserwowali, że jednym z czynników pozwalających wnioskować o późniejszym poziomie depresji u osób z RZS jest koncentracja na konsekwencjach choroby. Otrzymane wyniki wskazują, że reprezentacja choroby jest także predyktorem zmian zachowania chorych na chorobę niedokrwienną serca i pozwala przewidywać poziom akceptacji choroby, zadowolenia z życia i wypełniania ról społecznych.

Okazało się również, że rzadkie korzystanie z dysfunkcyjnych strategii radzenia sobie, takich jak: poczucie humoru, obwinianie się i czynności zastępcze, może wyjaśniać zaobserwowane zmiany w aktywności. Relatywnie mniejsze znaczenie miały zasoby. Wyniki wskazują na pewną rolę poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia i sprężystości psychicznej dla przewidywania zmian w funkcjonowaniu.

Wielkość uzyskanych współczynników determinacji jest niewielka – w przypadku zmian zachowania w czasie leczenia szpitalnego zawierają się w przedziale od $R^2 = 0,08$ do $R^2 = 0,09$, a w przypadku zmian następujących po wypisaniu – $R^2 = 0,07$ do $R^2 = 0,28$. W zestawieniu z wielkością tych samych współczynników otrzymanych w rozwiązaniach równań regresji wyjaśniających funkcjonowanie osób przewlekle chorych, które wynosiły od $R^2 = 0,16$ do $R^2 = 0,44$ (por. rozdział VIII), można przyjąć, że zaproponowany model lepiej nadaje się do wyjaśniania aktualnej aktywności chorych niż do przewidywania zmian w tym zakresie. Pojawia się więc pytanie: Dlaczego uwzględnione w modelu zmienne w mniejszym stopniu sprawdziły się w wyjaśnianiu zmian w funkcjonowaniu osób przewlekle chorych? Prawdopodobnie było to związane z tym, że transakcyjny model stresu, który stanowił podstawę projektowanych badań, koncentruje się na procesach zachodzących w ramach trwającej transakcji stresowej i jest użyteczny do zrozumienia aktualnie przebiegających procesów zmagania się z krytycznym wydarzeniem życiowym oraz jego bezpośrednich następstw (Filipp, 2006). W świetle uzyskanych wyników można stwierdzić, że model ten w mniejszym stopniu pozwala przewidywać zmiany w funkcjonowaniu oddalone w czasie. Pojawia się więc problem: Jeśli ocena wydarzenia, aktywność w jego trakcie oraz postrzegane zasoby są czynnikami umożliwiającymi jedynie w niewielkim stopniu przewidywanie zachodzących zmian w funkcjonowaniu osób przewlekle chorych, to co je determinuje?

Analizując zmienne pozwalające przewidzieć zmiany zachowania chorych, warto zauważyć, że poczucie koherencji w żadnym przypadku nie

pozwalalo ich przewidziec. W porownaniu z wynikami analiz prezentowanymi w rozdziale VIII, w ktorzych poczucie koherencji okazalo sie istotnym predyktorem funkcjonowania chorych, wyniki te zastanawiaja. Wydaje sie, ze silne poczucie koherencji jest zmienna, ktora w duzym stopniu pozwala wyjasnic procesy zachodzace w momencie konfrontacji z krytycznym wydarzeniem zyciowym (zwlaszcza zarzadzanie zasobami), jednak traci ono na znaczeniu, gdy probuje sie przewidziec przyszle funkcjonowanie osob znajdujacych sie w sytuacji trudnej.

ROZDZIAŁ XI

WNIOSKI Z BADAŃ

Wprowadzenie

Celem przeprowadzonych badań była charakterystyka procesu zmagania się z krytycznym wydarzeniem życiowym, jakim jest choroba przewlekła. Starano się określić, w jakich obszarach procesy zachodzące w trakcie zmagania się z chorobą są podobne, a w jakich zróżnicowane u osób z chorobą niedokrwienną serca, cukrzycą typu 1 i reumatoidalnym zapaleniem stawów.

Przeprowadzone badania, ze względu na swój szeroki zakres, dostarczyły wielu informacji na temat przebiegu transakcji stresowej u osób cierpiących na różne choroby przewlekłe. W podsumowaniach rozdziałów prezentujących wyniki analiz sukcesywnie je dyskutowano. Otrzymane zależności odniesiono do danych przedstawionych w literaturze oraz teorii stresu psychologicznego. Nie zawsze jednak udało się omówić uzyskane wyniki w odniesieniu do wcześniej zgromadzonych danych. Przyczyną tego była niewielka liczba publikacji poświęconych danemu zagadnieniu. Miało to miejsce szczególnie często w przypadku analizowania danych dotyczących przebiegu transakcji stresowej u osób chorujących na cukrzycę. Jest to grupa chorych, w której rozpoznano wiele procesów zachodzących w dzieciństwie i adolescencji, a więc w czasie, kiedy jej kontrolą obarczeni są rodzice bądź opiekunowie dziecka. Stosunkowo niewiele badań dotyczy tego, jak radzą sobie z nią dorośli i jak wpływa ona na ich późniejsze życie. Inną przyczyną trudności w odniesieniu uzyskanych wyników do wcześniejszych doniesień była różnorodność w stosowaniu narzędzi badawczych wykorzystywanych do pomiaru tej samej zmiennej. Trudność ta uwypukliła się szczególnie silnie na etapie analizowania aktywności, jaką chorzy podejmują w trakcie swojej choroby. Sposób operacjonalizacji i pomiaru radzenia sobie jest silnie zróżnicowany. W związku z tym poszczególni badacze posługują się odmiennymi sposobami rozumienia i pomiaru tego zjawiska, co utrudnia generalizowanie wniosków.

Niniejsze podsumowanie zostanie przedstawione w trzech punktach. W pierwszej kolejności zostaną omówione wnioski z badań w odniesieniu do transakcyjnej teorii stresu. Następnie zostanie zarysowany obraz przebiegu transakcji stresowej u chorych z różnymi schorzeniami. Na końcu będą przedstawione możliwe sposoby wykorzystania wyników tych badań w pracy z pacjentem chorym przewlekle.

1. Przebieg transakcji stresowej u osób przewlekle chorych

Podstawowy problem podjęty w referowanych badaniach był związany ze znalezieniem odpowiedzi na pytanie, czy przebieg transakcji stresowej jest podobny, czy też różny u osób chorujących na odmiennie schorzenia przewlekle. Starano się również określić, które z uwzględnionych zmiennych pełnią specyficzną, a które niespecyficzną rolę w zmaganiu się z chorobą przewlekle.

W testowanym modelu zostały uwzględnione cztery elementy transakcji stresowej. Pierwszy stanowiła ocena krytycznego wydarzenia życiowego, jakim jest choroba przewlekle. Była ona rozumiana jako ustosunkowanie się do własnej choroby przejawiające się w jej poznawczej reprezentacji. Drugim była aktywność podejmowana przez chorych. Miała ona formę radzenia sobie oraz zachowań zdrowotnych w sytuacji choroby. Trzecim były zasoby, do których zaliczono: poczucie koherencji, poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, poczucie własnej skuteczności, sprężystość psychiczną oraz wsparcie społeczne. Potraktowano je jako czynniki modyfikujące przebieg transakcji stresowej. Ostatnim z elementów były efekty transakcji stresowej przejawiające się w poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym funkcjonowaniu chorych. Przejawem poznawczego aspektu funkcjonowania był poziom akceptacji choroby, emocjonalny aspekt ujawniał się w natężeniu depresji i stopniu zadowolenia z życia, a behawioralny – w stopniu realizacji ról społecznych.

2. Ogólne wnioski z badań

Najważniejsze wnioski płynące z badań można sformułować w postaci następujących stwierdzeń:

1. Ludzie w różny sposób oceniają fakt bycia chorym przewlekle. Przejawia się to w odmienności treści zawartych w poznawczej reprezentacji choroby. Chorzy na RZS skupiają się na kwestiach związanych z objawami choroby, ich intensywnością, częstotliwością, reakcją emocjonalną na nie oraz brakiem wpływu na stan swojego zdrowia. Pacjenci chorzy na cukrzycę

akcentują chroniczność swojego stanu. Osoby z chorobą niedokrwinną serca koncentrują się natomiast na odkryciu przyczyn swojej choroby, podkreślając znaczenie czynników ryzyka i czynników psychologicznych.

2. Można zidentyfikować wzorzec postrzegania choroby korzystny dla funkcjonowania badanych. Bez względu na to, na jaką chorobę cierpią pacjenci, korzystne dla ich dobrego funkcjonowania jest niekoncentrowanie się na objawach choroby, jej przebiegu i konsekwencjach. Dobremu funkcjonowaniu nie sprzyja też zbyt silna reakcja emocjonalna wywołana przez fakt zachorowania. Z drugiej strony dostrzeżenie możliwości wpływu na stan swojego zdrowia poprzez codzienną aktywność i włączenie się w proces leczenia jest korzystne dla życia pacjentów.

3. W badaniach interesowano się znaczeniem obiektywnych, zobiektywizowanych i subiektywnych cech choroby jako krytycznego wydarzenia życiowego. Wykazano, że podział ten jest użyteczny, ponieważ analizowanie przebiegu transakcji stresowej przez pryzmat każdej z właściwości krytycznego wydarzenia życiowego pozwala wnioskować o jej przebiegu i efektach. Obiektywne cechy krytycznego wydarzenia pozwoliły uchwycić różnice w przebiegu transakcji stresowej w sytuacji chorowania na odmienne choroby przewlekłe (por. rozdział VII). Subiektywne cechy krytycznego wydarzenia życiowego, rozumiane jako poznawcza reprezentacja choroby, umożliwiały przewidywanie, kto będzie funkcjonował w chorobie źle, kto dobrze, a kto w umiarkowany sposób. Z kolei znaczenie zobiektywizowanych cech krytycznego wydarzenia życiowego ujawniło się w analizach dokonywanych w poszczególnych grupach chorych. Zmienna ta jest przydatna do prognozowania nasilenia większości aspektów funkcjonowania w każdej z grup chorych (por. rozdział VIII).

4. Przeprowadzone analizy wykazały, że chorzy cierpiący na różne choroby mają podobne wzorce aktywności w jej trakcie, wyrażające się stosowaniem podobnych strategii radzenia sobie i zachowań zdrowotnych, z jedną różnicą: pacjenci chorzy na RZS wykazywali silniejszą tendencję do posługiwania się dysfunkcjonalnymi strategiami radzenia sobie.

5. Analizując strukturę strategii radzenia sobie, różnicującą osoby dobrze, umiarkowanie i źle funkcjonujące, można stwierdzić, że zdecydowanie negatywne skutki powoduje częste korzystanie ze strategii, jakimi są używanie substancji psychoaktywnych i zaprzestanie działań. Można je więc potraktować jako czynniki niespecyficzne, mające zdecydowanie niekorzystne znaczenie dla funkcjonowania wszystkich chorych.

6. Analiza mechanizmu działania grup strategii radzenia sobie (skoncentrowanych na problemie, emocjach i dysfunkcjonalnych) ujawniła, że w różny sposób przekładają się one na funkcjonowanie osób chorych na odmienne choroby przewlekłe. Można je potraktować jako czynnik specyficzny,

czyli pełniący różną funkcję w każdej z grup chorych. Znaczenie poszczególnych grup strategii radzenia sobie dla poziomu funkcjonowania ujawniało się w relacjach zachodzących za pośrednictwem zasobów. Prawidłowość ta szczególnie często występowała w przypadku strategii skoncentrowanych na emocjach. Na przykład u chorych na RZS strategie skoncentrowane na emocjach wywierają bezpośredni pozytywny wpływ na poczucie zadowolenia z życia. Z kolei u chorych na cukrzycę i chorobę niedokrwienną serca relacja łącząca strategie skoncentrowane na emocjach z poczuciem zadowolenia z życia przebiega za pośrednictwem poczucia koherencji.

7. Największe natężenie zachowań zdrowotnych w sytuacji choroby deklarowali pacjenci po przebytych zawale serca. Wynika to najprawdopodobniej z tego, że w chwili badania znajdowali się na turnusie rehabilitacji kardiologicznej, którego istotnym elementem są oddziaływania zachęcające do zmiany stylu życia. W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że ta forma aktywności nie odgrywa większej roli dla późniejszego funkcjonowania chorych. Jej umiarkowane znaczenie dla satysfakcji z życia i wypełniania ról społecznych odnotowano w grupie chorych na RZS. Zachowania zdrowotne miały również znaczenie dla poziomu depresji wśród chorych na cukrzycę.

8. Analiza wielkości współczynników determinacji, uzyskanych zarówno w wyniku rozwiązania równań regresji, jak i przeprowadzenia analizy ścieżek, sugeruje, że wykorzystany w badaniach zestaw zmiennych w większym stopniu pozwala wyjaśnić funkcjonowanie emocjonalne (zarówno poziom zadowolenia z życia, jak i poziom depresji) niż funkcjonowanie poznawcze i behawioralne osób przewlekle chorych.

9. Obecność zasobów zmienia przebieg zmagania się ze stresem choroby przewlekłej. Ich wysoki poziom optymalizował jej przebieg. Przejawiało się to w ocenie faktu zachorowania, preferowanych formach aktywności oraz efektach transakcji stresowej. Wysoki poziom zasobów prowadził do:

- postrzegania swojej choroby jako sytuacji zrozumiałej, możliwej do opanowania, niewzbudzającej silnych emocji, niepowodującej wielu negatywnych skutków i niebędącej zbyt uciążliwą,

- przewagi wykorzystania strategii skoncentrowanych na problemie i rzadkiego posługiwania się dysfunkcjonalnymi strategiami radzenia sobie oraz dużego nasilenia zachowań prozdrowotnych w sytuacji choroby,

- wyższego poziomu funkcjonowania przejawiającego się brakiem symptomów depresji, wysokim poziomem satysfakcji z życia, akceptacji swojej choroby oraz wypełniania ról społecznych. Odnotowana wielkość współczynników determinacji sugeruje, że dostęp do zasobów ma większe znaczenie dla funkcjonowania chorych niż ocena sytuacji i aktywność w jej trakcie.

10. W świetle uzyskanych wyników można stwierdzić, że zasoby odgrywają inną rolę w sytuacji chorowania na chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę typu 1 i RZS. Zasobem, który miał duże znaczenie w porównywanych grupach, było poczucie koherencji – jego wysoki poziom u chorych na serce i cukrzycę sprzyjał dobremu funkcjonowaniu, natomiast utrudniał je chorym na RZS.

11. Uzyskane wyniki potwierdzają przypuszczenie, że poczuciu koherencji można przypisać status metazasobu, czyli zasobu zarządzającego wykorzystaniem innych zasobów. Wskazują na to wyniki uzyskane w analizach mediacji prostej. Na istotne znaczenie poczucia koherencji dla przebiegu transakcji stresowej wskazują również wyniki uzyskane w analizie ścieżek. Stwierdzono w niej, że w wielu przypadkach poczucie koherencji pośredniczy między strategiami radzenia sobie a poziomem depresji, satysfakcji z życia, akceptacji choroby i wypełniania ról społecznych. W przypadku jego niskiego poziomu strategii radzenia sobie nie oddziałują na funkcjonowanie chorych.

12. Zmienne uwzględnione w testowanym modelu w niewielkim stopniu pozwalają przewidzieć zmiany zachodzące w radzeniu sobie z chorobą. Można przypuszczać, że zmienne wywodzące się z transakcyjnego modelu stresu pozwalają dość dobrze wyjaśniać procesy zachodzące w chwili prowadzenia pomiaru. Umożliwiają one również określenie tego, do jakich konsekwencji może doprowadzić określony sposób oceny wydarzenia, aktywność w jego obliczu oraz dostęp do zasobów. Czynniki te są jednak w niewielkim stopniu użyteczne do prognozowania zmian. Implikuje to pytanie, jakie inne zmienne oddziałują na człowieka chorego, przyczyniając się do zmian w jego funkcjonowaniu? Można postawić hipotezę, że kierunek zmiany będzie zależał od czynników związanych ze środowiskiem społecznym, w którym przebywa chory (rodziną, grupą wsparcia, pracą).

3. Szczegółowe wnioski z badań na temat przebiegu transakcji stresowej

3.1. Stres i radzenie sobie u osób z chorobą niedokrwienną serca

Na poszczególnych etapach transakcji stresowej osób z chorobą niedokrwienną serca zaobserwowano następujące prawidłowości:

1. Po przebytych zawale serca chorzy koncentrują się na odkrywaniu przyczyn choroby. Stan swojego zdrowia wyjaśniają oddziaływaniem czynników ryzyka (takich jak zła dieta, brak ruchu, nadmierne korzystanie z używek) oraz czynników psychologicznych (cech osobowości, przeżywanych stanów emocjonalnych, nastawienia do świata). Pozostałe elementy ustos-

sunkowania się do swojej choroby nie są szczególnie rozbudowane. Chorzy ci nie rozważają, jak choroba rozwinie się w przyszłości oraz jak odbije się na ich życiu. Nie widzą też możliwości aktywnego włączenia się w proces leczenia. Uwypuklenie tych elementów reprezentacji choroby nie dziwi. Chorzy znajdowali się w sytuacji silnego kryzysu zdrowotnego związanego z bezpośrednim zagrożeniem życia. W tej sytuacji skupiają się na znalezieniu odpowiedzi na pytanie: Dlaczego mnie to spotkało? Inne kwestie związane z chorobą schodzą zaś na dalszy plan. Być może jest to związane z tym, że nie doświadczyli oni jeszcze zmian życiowych spowodowanych przebyciem zawałem serca. Szok wywołany zagrożeniem życia sprawia, że nie dostrzegają oni możliwości powrotu do zdrowia (np. skorzystania z rehabilitacji kardiologicznej). Niektóre z wymiarów ustosunkowania się do własnej choroby pozwalały przewidzieć późniejsze funkcjonowanie osób po zawale. I tak przypisywanie znaczenia w rozwoju choroby czynnikom ryzyka nie sprzyjało akceptacji choroby ani satysfakcji z życia. Koncentracja na przeżywanych emocjach zmniejszała satysfakcję z życia oraz zwiększała intensywność odczuwanych symptomów depresyjnych.

2. Osoby po przebyciu zawale serca, podejmując aktywność ukierunkowaną na radzenie sobie z chorobą i jej konsekwencjami, deklarują silne zaangażowanie się w zachowania zdrowotne w sytuacji choroby, obejmujące zmianę stylu życia oraz przestrzeganie zaleceń lekarskich. Uważają, że nie potrzebują wiele wsparcia społecznego, zarówno emocjonalnego, jak i instrumentalnego, aby radzić sobie z chorobą. Wydaje się, że dominuje u nich tendencja do posługiwania się strategiami radzenia ukierunkowanymi na przewyciężenie problemu oraz poradzenie sobie z emocjami. Aktywność podejmowana w obliczu choroby wyznacza poziom ich funkcjonowania. Posługiwanie się strategią akceptacji sprzyja pogodzeniu się z chorobą. Dla wysokiego poziomu satysfakcji z życia ważne jest niekoncentrowanie się na emocjach oraz zaangażowanie się w czynności zastępcze pozwalające zapomnieć o stanie zdrowia. Podejmowana przez nich aktywność nie ma większego znaczenia dla poziomu depresji i stopnia wypełniania ról społecznych.

3. Osoby te cechuje najwyższa deklarowana dostępność większości zasobów, w tym wysoki poziom poczucia koherencji, wewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia, poczucia własnej skuteczności i sprężystości psychicznej. Duża dostępność zasobów może wynikać z tego, że pełnoobjawowa choroba jest dla nich sytuacją nową, w której zasoby nie uległy jeszcze wyczerpaniu. Przeprowadzone analizy ujawniły, że dostępność zasobów ma dość duże znaczenie dla funkcjonowania chorych. Wysokie poczucie koherencji okazało się czynnikiem sprzyjającym ich dobremu funkcjonowaniu: wysokiej akceptacji choroby, satysfakcji z życia i wypełnianiu ról społecznych. Chroniło też przed wystąpieniem depresji. Dla wysokiej satysfak-

cji z życia sprzyjające okazały się wysoki poziom wsparcia społecznego oraz silne wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia. Natomiast wysokiemu poziomowi depresji sprzyjała duża sprężystość psychiczna, czyli zdolność do posługiwania się różnorodnymi strategiami radzenia sobie w zależności od wymagań sytuacji.

4. Analiza wskaźników funkcjonowania w chorobie ujawniła, że przebyty kryzys doprowadził do załamania w wypełnianiu ról społecznych. Chorzy na chorobę niedokrwienną serca gorzej realizują role rodzinne, zawodowe i przyjacielskie, choć jest to pogorszenie przejściowe, ponieważ pół roku po zakończeniu leczenia szpitalnego zaobserwowano poprawę w tym względzie. Chorych tych cechuje wysoki poziom akceptacji choroby, zadowolenia z życia oraz niski poziom depresji. Zmianie na gorsze ulega natomiast stan emocjonalny osób po zawale – zaobserwowano wzrost poziomu depresji, co może być spowodowane koniecznością codziennego konfrontowania się z ograniczeniami spowodowanymi przez chorobę.

3.2. Stres i radzenie sobie u osób z cukrzycą typu 1

W przebiegu transakcji stresowej osób chorych na cukrzycę typu 1 badania wykazały następujące prawidłowości:

1. W zakresie oceny choroby osoby chore na cukrzycę zwracają uwagę przede wszystkim na chroniczność swojego stanu, na to, że będzie on im towarzyszył do końca życia. Postrzegają swoją chorobę jako zjawisko podlegające ich osobistej kontroli. Są przekonani, że potrafią opanować objawy choroby i aktywnie włączyć się w proces leczenia. Mają też poczucie, że rozumieją własną chorobę. Odczuwane objawy nie stanowią dla nich większego problemu, nie dociekają przyczyn swojego stanu zdrowia, ponieważ są one dla nich w pełni zrozumiałe. Choroba nie wzbudza w nich silniejszych emocji. Wydaje się, że takie podejście do własnej sytuacji zdrowotnej jest nieobciążające dla chorych. Okazało się, że poznawcza reprezentacja choroby w niewielkim stopniu wiąże się ze wskaźnikami funkcjonowania w jej trakcie. Jedynie koncentracja na konsekwencjach choroby przekłada się na emocjonalne funkcjonowanie pacjentów. Ci chorzy, którzy nie rozważali negatywnego wpływu choroby na swoje życie, odczuwali mniej symptomów depresji, ale równocześnie czerpali mniejszą satysfakcję z życia.

2. Pacjenci z cukrzycą poszukują głównie wsparcia ze strony innych. Ważne jest dla nich otrzymywanie zarówno wsparcia emocjonalnego, jak i instrumentalnego. Stosunkowo rzadko szukają pocieszenia w religii, rzadko też sięgają po dysfunkcjonalne strategie radzenia sobie. Ponadto wprowadzają najmniej zmian do swojego stylu życia, co może być jednak związane z tym, że chorują od najmłodszych lat i choroba jest dla nich naturalnym

stanem, z którym nauczyli się żyć i który nie powoduje większych zakłóceń w ich funkcjonowaniu. To, w jaki sposób chorzy radzą sobie z chorobą, ma przełożenie na poziom ich aktywności. Radzenie sobie za pomocą substancji psychoaktywnych nie sprzyja zaakceptowaniu jej oraz utrudnia wypełnianie ról społecznych. Dodatkowo chorzy, którzy często posługują się strategią zaprzestania działań, nie wypełniają ról społecznych. Dla emocjonalnego aspektu funkcjonowania istotna jest umiejętność uzyskiwania wsparcia społecznego, która sprzyja satysfakcji z życia. Poziom depresji u nich wzrasta, gdyż nie korzystają oni ze strategii akceptacji choroby i nie podejmują zachowań zdrowotnych w sytuacji choroby.

3. Osoby chorujące na cukrzycę uważają, że mają dostęp do zasobów. Ich zasoby są na podobnym poziomie jak u pacjentów po przebytych zawale serca. Charakteryzuje ich jednak słabsze poczucie koherencji oraz słabsze wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, co może ograniczać ich zdolność do radzenia sobie z wymaganiami choroby. Są też w mniejszym stopniu gotowi przekazać kontrolę nad własnym zdrowiem innym ludziom, ponieważ są przekonani, że sami są odpowiedzialni za przebieg procesu leczenia. Wydaje się, że dostępność zasobów jest czynnikiem o kluczowym znaczeniu dla zachowań tej grupy chorych. Różny ich zestaw sprzyjał wysokiemu poziomowi funkcjonowania. Każdy ze wskaźników wzrastał, jeśli chorego cechował wysoki poziom poczucia koherencji. Dla wysokiej satysfakcji z życia korzystne okazało się także wysokie poczucie własnej skuteczności, a wsparcie społeczne chroniło przed wystąpieniem symptomów depresji.

4. Poziom wskaźników funkcjonowania świadczy o tym, że pacjenci z cukrzycą na tle innych chorych, zwłaszcza osób z RZS, funkcjonują na relatywnie wysokim poziomie. Deklarowali oni jedynie nieznacznie niższe zadowolenie z życia niż pacjenci po przebytych zawale serca. W funkcjonowaniu tych chorych zaobserwowano zmiany w nastroju, tj. po zakończeniu hospitalizacji wzrósł u nich poziom depresji. Może to świadczyć o dużej potrzebie kontaktu z personelem medycznym i innymi chorymi, którzy pełnią funkcję ochronną. To przypuszczenie wsparte jest informacją, że chorzy ci intensywnie poszukują wsparcia społecznego.

3.3. Stres i radzenie sobie u osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów

U chorych na RZS można zidentyfikować następujące cechy charakterystyczne przebiegu transakcji stresowej:

1. Chorzy ci, oceniając własną chorobę podkreślają, że jest ona dla nich niezwykle obciążająca. Przejawia się to w tym, że odczuwają objawy choroby jako bardzo dokuczliwe i mają świadomość, że będą im one towarzyszyć do

końca życia. Dostrzegają również wiele negatywnych konsekwencji zachowania, które dotyczą zarówno ich samych, jak i ich najbliższych. Uważają, że nie mają zbyt dużego wpływu na stan swojego zdrowia, w niewielkim stopniu dostrzegają możliwość aktywnego włączenia się w proces leczenia lub łagodzenia objawów poprzez własne działania. Choroba wywołuje w nich wiele trudnych emocji, takich jak: złość, lęk, przygnębienie, poczucie bezradności i bezsilności. Niektóre z elementów poznawczej reprezentacji choroby wyznaczają poziom ich późniejszego funkcjonowania, np. rozważanie konsekwencji choroby utrudnia jej zaakceptowanie i wypełnianie ról społecznych. Przekonanie, że choroba jest stanem permanentnym, wiązało się z niższym poziomem satysfakcji z życia, a przypisywanie sobie, własnym cechom i zachowaniom odpowiedzialności za rozwój choroby prowadziło do wyższego poziomu depresji.

2. W sferze aktywności chorych na RZS w trakcie choroby na pierwszy plan wysuwa się wysoki poziom dysfunkcjonalnego radzenia sobie. Chorzy ci mają tendencję do przerywania aktywności, angażowania się w czynności zastępcze i negocjowania istniejących trudności. Ponadto wiele wysiłku wkładają w regulację emocji. Czynią to za pomocą angażowania się w praktyki religijne i poszukiwania wsparcia emocjonalnego. Ważne jest dla nich również poszukiwanie wsparcia instrumentalnego. Zachowania zdrowotne chorych na RZS są na umiarkowanym poziomie. Sposób, w jaki pacjenci ci radzą sobie z chorobą przewlekłą, przekłada się na ich funkcjonowanie. Okazało się, że duże znaczenie mają dla nich strategie zaliczone do grupy radzenia sobie skoncentrowanego na problemie, a więc te, z których chorzy na RZS korzystają stosunkowo rzadko. Szczególnie wartościowa byłaby w ich przypadku umiejętność spojrzenia na swoje problemy z innej perspektywy, czyli strategia pozytywnego przewartościowania. Korzystanie z tej strategii sprzyjało wysokiej satysfakcji z życia, niskiej depresji oraz wypełnianiu ról społecznych. Oprócz tego dla wysokiej satysfakcji z życia istotne okazały się zachowania zdrowotne w sytuacji choroby, zwrot ku religii oraz brak planowania przyszłych działań. Dla niskiego poziomu depresji ważne było nieobwinianie się i zaprzestanie aktywności. Wykonywaniu ról społecznych nie sprzyjało sięganie po substancje psychoaktywne oraz zachowania zdrowotne. Żadna ze strategii radzenia sobie nie wiązała się bezpośrednio z poziomem akceptacji choroby.

3. Dla chorych na RZS charakterystyczne jest wyczerpanie zasobów. W porównaniu z innymi chorymi cechuje ich niski poziom: poczucia koherencji, poczucia własnej skuteczności, sprężystości psychicznej, wewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia oraz wsparcia społecznego. Dla funkcjonowania tych chorych szczególnie istotne okazały się dwa zasoby: poczucie własnej skuteczności i wsparcie społeczne. Przekonanie o wła-

snej skuteczności zwiększało poziom akceptacji choroby i poczucie zadowolenia z życia (sprzyjał jej również wysoki poziom sprężystości psychicznej). Z kolei brak wsparcia społecznego prowadził do wyższego poziomu depresji i gorszego wypełniania ról społecznych. Warte podkreślenia jest też to, że poczucie koherencji w tej grupie chorych w różny sposób łączy się ze wskaźnikami funkcjonowania – podczas gdy u chorych na serce i cukrzycę sprzyja dobremu funkcjonowaniu, jego wysoki poziom u osób z RZS pogarsza je.

4. Na tle innych chorych osoby z RZS funkcjonują najgorzej. Charakteryzuje je niewielka akceptacja choroby i duże natężenie depresji. W podobnym stopniu jak osoby z chorobą niedokrwienną serca realizują role społeczne i w podobnym stopniu jak osoby z cukrzycą są zadowolone z życia.

4. Propozycje wykorzystania wyników badań w pracy z osobą chorą somatycznie

Bazując na wynikach przeprowadzonych badań, można sformułować zalecenia dla osób zaangażowanych w proces leczenia, których przestrzeganie wspomogłoby pacjentów w ich zmaganiu się z chorobą. Zalecenia te zostaną określone oddzielnie dla pacjentów z poszczególnymi schorzeniami. Uwzględniono w nich też kolejne etapy radzenia sobie z krytycznym wydarzeniem życiowym, jakim jest choroba przewlekła.

4.1. Zalecenia opieki zdrowotnej dla osób z chorobą niedokrwienną serca

Metody pracy psychologicznej z chorym po zawale serca doskonalone są od wielu lat. Obejmują one takie formy pracy, jak: edukacja zdrowotna i rehabilitacja kardiologiczna (Heszen i Sęk, 2007). W tej ostatniej wyróżnia się trzy okresy pracy z pacjentem: szpitalny, poszpitalny wczesny i poszpitalny późny, różniące się celami. Celem głównym pracy w okresie szpitalnym jest podjęcie działań sprzyjających wykształceniu u pacjentów postawy korzystnej wobec leczenia i rehabilitacji (Wrześniewski, 1986; 1990). Analiza cech związanych z oceną choroby i jej późniejszym znaczeniem dla funkcjonowania pacjentów pozwala sformułować następujące wskazania do pracy z pacjentem odnoszące się do okresu szpitalnego:

1. Pacjenci po przebytych zawale serca zagrożeni są kolejnym, o ile nie wyeliminują ze swojego stylu życia zachowań ryzykownych. Przyjmuje się, że zachowania te są pochodną przekonań posiadanych przez chorych. W świetle wyników badań chorzy po zawale w umiarkowanym stopniu dostrzegają możliwość wpływu na stan zdrowia poprzez własne codzienne

działania oraz aktywne uczestnictwo w procesie leczenia. W związku z tym warto w okresie po zawale serca, czyli wtedy, gdy ma miejsce rehabilitacja kardiologiczna, pracować nad wzbudzeniem motywacji do udziału pacjentów w leczeniu. Trzeba w nich kształtować przekonanie, że własne prozdrowotne zachowanie jest czynnikiem chroniącym ich przed nawrotem choroby i że każdy z nich jest w stanie włączyć się aktywnie w proces leczenia poprzez wyeliminowanie behawioralnych czynników ryzyka.

2. Zaobserwowano, że osoby po zawale serca mają tendencję do wyjaśniania przyczyn swojej choroby jako skutku własnych cech psychicznych oraz działających czynników ryzyka, często o charakterze behawioralnym. Taki sposób atrybucji uwarunkowań choroby może sprzyjać przyjęciu odpowiedzialności za stan swojego zdrowia, a tym samym zwiększyć prawdopodobieństwo zmiany antyzdrowotnych elementów stylu życia. Z drugiej strony przypisywanie osobistym właściwościom i zachowaniom znaczącego udziału w rozwoju choroby niesie ryzyko wzbudzenia negatywnych stanów emocjonalnych, np. poczucia winy lub złości na siebie. Dlatego w pracy z pacjentami po zawale serca ważne jest takie informowanie ich o przyczynach choroby, które nie będzie wywoływać w nich emocji negatywnych. Ten obszar pracy jest istotny, ponieważ dokonywanie atrybucji przyczyn choroby w kategoriach czynników ryzyka zmniejsza stopień jej akceptacji oraz zadowolenia z życia.

3. W pracy z osobami po zawale serca konieczne jest stworzenie im warunków do wyrażenia emocji wywołanych przez chorobę. Przeprowadzone analizy wskazują bowiem, że wraz ze wzrostem emocji negatywnych zwiększa się poziom depresji, a zmniejsza poziom satysfakcji z życia. Dlatego w pracy z tą grupą chorych warto korzystać z dorobku psychologii pozytywnej w zakresie wzbudzania emocji pozytywnych, a nie koncentrować się na negatywnych stanach afektywnych.

4. Analizując znaczenie różnych form aktywności dla funkcjonowania osób po przebytych zawale serca, można stwierdzić, że jego poprawie sprzyja umiejętność posługiwania się dwiema strategiami radzenia sobie. Korzystanie ze strategii akceptacji pomagało w zaakceptowaniu swojej choroby, a zaangażowanie się w czynności zastępcze sprzyjało satysfakcji z życia. W związku z tym celowe wydaje się włączenie do oddziaływań psychologicznych prowadzonych w ośrodkach rehabilitacji kardiologicznej takich form pracy, które pozwolą pacjentom pogodzić się ze stanem swojego zdrowia oraz będą przenosić uwagę pacjenta z choroby na inne sfery życia związane z pozytywnymi doznaniem.

5. Poziom zasobów wśród chorych na chorobę niedokrwinną serca był wysoki. Należy jednak pamiętać, że pomiar został dokonany w sytuacji kryzysu zdrowotnego, który znacząco oddziałuje na późniejsze życie chorych.

Może on być początkiem wyczerpywania się zasobów. Dlatego w oddziaływaniach psychologicznych warto uwzględniać prace mające na celu zachowanie posiadanych zasobów i optymalne gospodarowanie nimi.

6. Analiza wskaźników funkcjonowania dowodzi, że chorzy po zawale serca deklarują niski poziom realizowania ról społecznych. Wynik ten jest zgodny z oczekiwaniami, ponieważ po przejściu incydentu wieńcowego zagrożającego życiu trudno oczekiwać, aby chorzy pełnili role społeczne na dotychczasowym poziomie. Spostrzeżenie to sugeruje potencjalny obszar pracy z chorymi, mający na celu zachęcanie ich do ponownego uczestnictwa w świecie społecznym. Zaobserwowano też, że w okresie poszpitalnym pogarsza się funkcjonowanie emocjonalne pacjentów, przejawiające się wzrostem poziomu depresji i obniżeniem zadowolenia z życia. Dlatego wskazane jest podjęcie takich działań, które mają na celu budowanie i podtrzymywanie pozytywnych stanów emocjonalnych.

4.2. Zalecenia dla osób z cukrzycą typu 1

Praca psychologiczna z osobami chorymi na cukrzycę koncentruje się na zmianie tych elementów stylu życia, które mogą prowadzić do gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia (m.in. kontroli poziomu glukozy we krwi, zmiany diety, systematycznej aktywności fizycznej). Dlatego dąży się do rozwijania u tych pacjentów poczucia wpływu na przebieg choroby. Cel ten osiąga się poprzez: informowanie pacjentów o chorobie i jej przebiegu, wspólne ustalanie celów zdrowotnych, wspieranie w redukowaniu anityzdrowotnych elementów stylu życia, kształtowanie i utrzymywanie strategii radzenia sobie nakierowanych na rozwiązywanie problemów związanych z chorobą (Boyer, 2007). Odnosząc wyniki badań do celów pracy z chorymi na cukrzycę, warto zwrócić uwagę na poniższe kwestie:

1. Analizując znaczenie reprezentacji choroby dla pacjentów cierpiących na cukrzycę, trudno formułować jednoznaczne zalecenia. Uwagę zwraca to, że pacjenci ci silnie koncentrują się na chroniczności swojej choroby i jej konsekwencjach, lecz przekonanie to nie wiąże się z ich późniejszym funkcjonowaniem. Koncentracja na konsekwencjach choroby obniża zarówno satysfakcję z życia, jak i poziom depresji. Obserwacja ta skłania do postawienia pytania: Przy udziale jakich czynników rozważanie konsekwencji choroby chroni przed depresją, a w jakich warunkach zmniejsza satysfakcję z życia? Odpowiedź na te pytania pomoże sformułować zalecenia dotyczące pracy nad reprezentacją choroby w przypadku cukrzyków.

2. Analiza aktywności osób chorych na cukrzycę wykazała, że dla poprawy ich funkcjonowania ważne jest nauczenie się korzystania z pewnych form aktywności i rezygnacji z innych. Na przykład dla zdrowszych zacho-

wań tych pacjentów korzystne jest uczenie ich poszukiwania i mobilizowania dostępnego wsparcia społecznego. Wydaje się, że stosowanie tych strategii pozwala im regulować swoje funkcjonowanie emocjonalne, zwłaszcza wzbudzać pozytywne stany emocjonalne, przejawiające się wysoką satysfakcją z życia. Z drugiej strony, ważne wydaje się uczenie chorych rozładowywania napięć powodowanych przez chorobę bez pomocy substancji psychoaktywnych. Osoby, które radziły sobie z trudnościami, korzystając z tej strategii, w mniejszym stopniu akceptowały stan swojego zdrowia i realizowały role społeczne. Dla tej grupy chorych niekorzystne jest także częste posługiwanie się strategią akceptacji, ponieważ zwiększa ona poziom depresji. Chorych na cukrzycę warto zachęcać i wspierać w podejmowaniu zachowań zdrowotnych w sytuacji choroby, ponieważ dzięki zaangażowaniu się w nie odczuwają oni mniej negatywnych stanów emocjonalnych i aktywnie uczestniczą w utrzymywaniu dobrego stanu zdrowia.

3. Poziom zasobów u osób z cukrzycą, pomimo długiego czasu trwania choroby, jest wysoki i umożliwia radzenie sobie ze stawianymi przez nią wymaganiem. W związku z tym nie wydaje się konieczne włączanie do pracy psychologicznej oddziaływań o charakterze kultywującym bądź zwiększającym poziom zasobów. Zalecenie to w świetle wyników badań w największym stopniu dotyczy pacjentów z cukrzycą, ale można je odnieść także do chorych na RZS i chorobę niedokrwienną serca.

4. Otrzymane wskaźniki funkcjonowania chorych na cukrzycę sugerują, że jest to grupa działająca relatywnie dobrze. Wydaje się, że chorym tym można zaproponować dwa typy oddziaływań: po pierwsze, działania promujące zdrowie, mające na celu zwiększenie zadowolenia z życia, po drugie, w związku ze wzrostem poziomu depresji po opuszczeniu szpitala, działania profilaktyczne przyczyniające się do ochrony przed tym zaburzeniem. Zestawiając te informacje z silną tendencją tych chorych do poszukiwania wsparcia społecznego, korzystne wydaje się dalsze wspieranie i rozwijanie istniejących grup samopomocowych.

4.3. Zalecenia dla osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów

W podręcznikach poświęconych pracy psychologicznej z pacjentami chorymi na RZS podkreśla się, że podstawowym celem pracy z nimi jest uczenie się radzenia sobie z bólem oraz stresorami mającymi wpływ na zaostrzenie się objawów choroby (Smith i Dalen, 2007).

1. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że sposób postrzegania choroby przez pacjentów z RZS wydaje się najbardziej obciążający. Wiąże się to z tym, że pacjenci ci w swoim myśleniu o chorobie akcentują treści związane z negatywnymi skutkami choroby i brakiem wpływu

na przebieg procesu leczenia. Przeżywają też intensywne emocje negatywne spowodowane stanem swojego zdrowia. Ważne wydaje się więc stworzenie tym chorym warunków do przeżywania i wyrażania emocji, głównie lęku, bezsilności, złości, doświadczanych podczas choroby, ponieważ mogą one prowadzić do nasilenia dolegliwości bólowych.

2. Warto też podejmować działania, które pozwolą chorym odbudować przekonanie, że w efekcie swoich działań mogą uczynić chorobę znośniejszą i być aktywni w procesie leczenia. Trzeba jednak pamiętać, że u chorych tych najczęściej ma miejsce znaczne zniszczenie stawów, w związku z tym zakres ich potencjalnej aktywności jest niewielki. Sukcesem dla nich będzie wykonywanie nawet prostych życiowych czynności. Przekonania o braku wpływu na stan swojego zdrowia są więc w pełni uzasadnione, wielu chorych dotyka bowiem niepełnosprawność utrudniająca wykonywanie zwykłych, codziennych czynności.

3. Chorzy na RZS wykazują silną tendencję do posługiwania się strategiami, które nie są skoncentrowane na bezpośrednim radzeniu sobie z problemem, jakim jest choroba. Wydaje się to korzystne, ponieważ w związku ze specyfiką RZS pacjenci ci mają niewielką szansę na przewyciężenie objawów choroby i poradzenie sobie ze wszystkimi jej konsekwencjami. Istotna dla nich jest więc umiejętność zdystansowania się od swojej sytuacji zdrowotnej, czemu sprzyja posługiwanie się takimi strategiami, jak zwrot ku religii oraz pozytywne przewartościowanie. Korzystanie z nich reguluje funkcjonowanie emocjonalne chorych poprzez wzbudzenie emocji pozytywnych i zmniejszenie intensywności negatywnych. Dla chorych tych ważne jest również bycie aktywnym w obliczu choroby, przejawiające się korzystaniem ze strategii: aktywne radzenie sobie (zmniejsza poziom depresji) i zaangażowanie się w zachowania zdrowotne (zwiększa satysfakcję z życia). Warto jednak pamiętać, że nie mogą oni być aktywni we wszystkich sferach życia. Zaobserwowano bowiem, że zbytnia koncentracja na zachowaniach zdrowotnych zmniejsza zaangażowanie w realizowanie ról społecznych. Wynik ten nie dziwi, gdyż chorzy ci w związku z silnymi dolegliwościami bólowymi i dysfunkcją stawów mogą być aktywni prawdopodobnie tylko w wybranych obszarach życia. W pracy z tymi chorymi ważne wydaje się obniżanie napięcia emocjonalnego, powstającego w wyniku obwiniania się. Korzystanie z tej strategii zwiększało bowiem poziom depresji. Wydaje się, że chorych na RZS nie należy stymulować do radzenia sobie skoncentrowanego na problemie, np. zachęcać ich do planowania, ponieważ zmniejsza to ich satysfakcję z życia.

4. Przeprowadzone analizy wykazały, że chorzy na RZS znajdują się w sytuacji wyczerpania zasobów. Na tle innych chorych mieli najniższy poziom wszystkich mierzonych zasobów. Wskazane wydaje się więc skierowanie do

nich programów pomocy psychologicznej, której jednym z elementów jest odbudowywanie poczucia własnej skuteczności i wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia, a więc zasobów, które umożliwią chorym angażowanie się w proces leczenia. Oprócz tego wskazane są takie formy pracy, w których chorzy będą odczuwać wsparcie społeczne.

5. Według wyników badań chorzy na RZS funkcjonują na najniższym poziomie. Szczególnie niskie wyniki uzyskują w obszarze emocjonalnym. Wskazane jest więc, aby zaproponować im takie oddziaływania psychologiczne, które przyczynią się do poprawy ich funkcjonowania emocjonalnego. Jest to szczególnie ważne, ponieważ w obecnym sposobie leczenia pacjentów z RZS w niewielkim stopniu uwzględnia się oddziaływania psychologiczne. Pacjenci z cukrzycą i chorobą niedokrwienną serca, jeśli tylko chcą, mogą skorzystać z pomocy psychologicznej, natomiast dla chorych na RZS jest ona trudniej dostępna.

Przeprowadzone badania i dokonane analizy opisujące przebieg transakcji stresowej u osób cierpiących na różne choroby przewlekłe upoważniają do postawienia tezy, że pomoc osobom chorym przewlekłe, zwłaszcza pomoc psychologiczna, powinna być zróżnicowana ze względu na schorzenie, by sprzyjać tworzeniu lepszych warunków do leczenia, a także poprawie dobrostanu pacjentów.

BIBLIOGRAFIA

- Aaronson, L. S., Teel, C. S., Sassmeyer, V., Neuberger, G. B., Pallikkathayil, L., Pierce, J., Wingate, A. (1999). Defining and measuring fatigue. *Journal of Nursing Scholarship*, 31, 45–50. doi:10.1111/j.1547-5069.1999.tb00420.x.
- Abbas, A. E., Brodie, B., Stone, G., Cox, D., Berman, A., Brewington, S., Dixon, S., O'Neill, W. W., Grines, C. L. (2004). Frequency of returning to work one and six months following percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 94, 1403–1405. doi:10.1016/j.amjcard.2004.08.014.
- Affleck, G., Tennen, H., Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Kashikar-Zuck, S., Wright, K., Starr, K., Caldwell, D. S. (1999). Everyday life with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: Independent effects of disease and gender on daily pain, mood, and coping. *Pain*, 83, 601–609. doi:10.1016/S0304-3959(99)00167-0.
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 273–279.
- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., Higgins, P. (1990). Temporal patterning of stressful events and RA disease activity: A prospective study of 3000 person-days. *Arthritis Care and Research*, 3, 9–15.
- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., Higgins, P. (1991). Individual differences in the day to day experience of chronic pain: A prospective daily study of rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 10, 419–426. doi. 10.1037/0278-6133.10.6.419.
- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., Higgins, P. (1994). Person and contextual features of daily stress reactivity: Individual differences in relations of undesirable daily events with mood disturbance and chronic pain intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 329–340. doi:10.1037/0022-3514.66.2.329.
- Ahola, A. J., Saraheimo, M., Forsblom, C., Hietala, K., Groop, P. H., The Finn Diane Study Group. (2010). The cross-sectional associations between sense of coherence and diabetic microvascular complications, glycaemic control, and patients' conceptions of type 1 diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 142–154. doi:10.1186/1477-7525-8-142.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.
- Alamanos, Y., Voulgari, P. V., Drosos, A. A. (2006). Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American College of Rheumatology Criteria:

- A systematic review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 36, 182–188. doi: 10.1016/j.semarthrit.2006.08.006.
- Albarran, J. W., Clarke, B. A., Crawford, J. (2007). 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1292–1301. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01777.x.
- Albers, J. M., Kuper, H. H. van, Riel, P. L. van, Prevoo, M. L., Hof, M. A. van't, Gestel, A. M., Severens, J. L. (1999). Socio-economic consequences of rheumatoid arthritis in the first years of the disease. *Journal of Rheumatology*, 38, 423–430. doi:10.1093/rheumatology/38.5.423.
- Aldwin, C. A. (2007). *Stress, Coping, and Development. An Integrative Perspective*. Nowy Jork – Londyn: The Guilford Press.
- Allaire, S. H., Anderson, J. J., Meenan, R. F. (1996). Reducing work disability associated with rheumatoid arthritis: Identification and additional risk factors and persons likely to benefit from intervention. *Arthritis Care and Research*, 9, 349–357.
- Allison, K. R. (1991). Theoretical issues concerning the relationship between perceived control and preventive health behavior. *Health Education Research*, 6, 141–151. doi:10.1093/her/6.2.141.
- Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Mosconi, P., Rasmussen, N. L., Bullinger, M., Fukuhara, S., Kaasa, S., Lepke, A. and the IQOLA Project Group. (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research*, 13, 283–298. doi:10.1023/B:QURE.0000018472.46236.05.
- Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: the coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066–1074. doi:10.1037/0022-3514.59.5.1066.
- Anderson, B., Brackett, J., Ho, J., Laffel, L. (1999). An office-based intervention to maintain parent-adolescent teamwork in diabetes management. Impact on parent involvement, family conflict, and subsequent glycemic control. *Diabetes Care*, 22, 713–721. doi:10.2337/diacare.22.5.713.
- Andresen, E. M., Malmgren, J. A., Carter, W. B., Patrick, D. L. (1994). Screening for depression in well older adults: Evaluation of a short form of the CES-D. *American Journal of Preventive Medicine*, 10, 77–84.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa: Fundacja IPN.
- Antonovsky, A. (1997). Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: I. Hesen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (ss. 206–231). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Arbluckle, J. L. (2003). *Amoss 5.0. User's Guide*. Chicago: SPSS.
- Armitage, Ch. J., Conner, M. (2000). Social Cognition Models and Health Behavior: A structured review. *Psychology and Health*, 15, 173–189. doi:10.1080/08870440008400299.
- Asadi-Pooya, A. A., Schilling, C. A., Glosser, D., Tracy, J. I., Sperling, M. R. (2007). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215. doi:10.1037/0033-295x.84.2.191.

- Babińska, M. A., Zalewska-Rydzkowska, D., Junik, R., Skibicka, M. (2007). Przewidywanie stosowania się do zaleceń dietetycznych przez chorych na cukrzycę typu 1 – związek z umiejscowieniem kontroli zdrowia. *Diabetologia Praktyczna*, 8, 419–424.
- Bagozzi, R. P. (1992). The self-regulation of attitudes, intentions, and behavior. *Social Psychology Quarterly*, 55, 178–204. doi: 10.2307/2786945.
- Baltes, M. M., Land, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging*, 17, 433–443.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215. doi: 10.1037/0033-295x.84.2.191.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barlow, J. H., Cullen, L. A., Rowe, I. F. (1999). Comparison of knowledge and psychological well-being between patients with a short disease duration (1 year) and patients with more established rheumatoid arthritis (10 years duration). *Patient Education and Counseling*, 38, 195–203. doi:10.1016/S0738-3991(98)00144-X.
- Barnard, K. D., Skinner, T. C., Peveler, R. (2006). The prevalence of comorbid depression in adults with type 1 diabetes: Systematic literature review. *Diabetic Medicine*, 23, 445–448.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H. (2006). *Planning health promotion programs. an intervention mapping approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, A Wiley Imprint.
- Bartlett, D. (2002). *Stress. Perspectives and processes*. Buckingham – Filadelfia: Open University Press.
- Baumann, L., Cameron, L., Zimmerman, R., Leventhal, H. (1989). Illness representations and matching labels with symptoms. *Health Psychology*, 8, 449–470. doi:10.1037/0278-6133.8.4.449.
- Bąk-Sosnowska, M. (2011). *Choroby przewlekłe – dlaczego zmieniają życie i jak sobie z nimi radzić?* http://www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/4890_choroby_przewlek%C5%82e_dlaczego.html [25.09.2013].
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare NJ: Slack Press.
- Bedyńska, S., Książek, M. (2012). *Statystyczny drogowskaz 3. Praktyczny przewodnik wykorzystania modeli regresji oraz równań strukturalnych*. Warszawa: Wyd. Akademickie Sedno.
- Belza, B. L. (1995). Comparison of self-reported fatigue in rheumatoid arthritis and controls. *The Journal of Rheumatology*, 22, 639–643.
- Belza, B. L., Henke, C. J., Yelin, E. H., Epstein, W. V., Gilliss, C. L. (1993). Correlates of fatigue in older adults with rheumatoid arthritis. *Nursing Research*, 42, 93–99. doi:10.1097/00006199-199303000-00006.
- Bennett, K. K., Boothby, J. L. (2007). Coping and heart disease: Implications for prevention and treatment. W: E. Martz, H. Livneh (red.), *Coping with chronic illness and disability theoretical, empirical, and clinical aspects* (ss. 267–287). Nowy Jork: Springer.
- Berg, C. A., Meegan, S. P., DeViney, F. P. (1998). A social contextual model of coping with everyday problems across the lifespan. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 239–261. doi:10.1080/016502598384360.

- Bergman, E., Bertero, C. (2003). „Grasp life again”. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursin*, 2, 303–310. doi:10.1016/S1474-5151(03)00098-7.
- Berlin, J. A., Colditz, G. A. (1990). A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 132, 612–628.
- Bernstein, N. R. (1990). *Objective bodily damage: Disfigurement and dignity*. Nowy Jork: Guilford Press.
- Billings, A. G., Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139–157. doi:10.1007/BF00844267.
- Billings, A. G., Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877–891. doi:10.1037/0022-3514.46.4.877.
- Birmelé, B., Le Gall, A., Sautenet, B., Aguerre, C., Camus, V. (2012). Clinical, sociodemographic, and psychological correlates of health-related quality of life in chronic hemodialysis patients. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 53, 30–37. doi:10.1016/j.psych.2011.07.002.
- Bishop, G. D. (1993). The sense of coherence as a resource in dealing with stress. *Psychologia*, 36, 259–263.
- Björk, M., Gerdle, B., Thyberg, I., Peolsson, M. (2008). Multivariate relationships between pain intensity and other aspects of health in rheumatoid arthritis – cross sectional and five year longitudinal analyses (the Swedish TIRA project). *Disability and Rehabilitation*, 30, 1429–1438. doi:10.1080/09638280701623356.
- Block, J., Kremen, A. M. (1996). IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349–361. doi:10.1037/0022-3514.70.2.349.
- Bolanowski, J., Wrzosek, Z. (2007). *Choroby reumatyczne. Podręcznik dla studentów fizjoterapii*. Wrocław: Wyd. AWF we Wrocławiu.
- Bombardier, C. H., D'Amico, C., Jordan, J. S. (1990). The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 297–304.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20–28. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20.
- Boyer, B. A. (2007). Diabetes. W: B. A. Boyer, A. I. Paharia (red.), *Comprehensive handbook of clinical health psychology* (ss. 179–200). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Brekke, M., Hjortdahl, P., Kvien, T. K. (2003). Changes in self-efficacy and health status over 5 years: A longitudinal observational study of 306 patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 49, 342–348. doi:10.1002/art.11112.
- Brenner, G. F., Melamed, B. G., Panush, R. S. (1994). Optimism and coping as determinants of psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1, 115–134. doi:10.1007/BF01999741.
- Brink, E., Persson, L. O., Karlson, B. W. (2009). Coping with myocardial infarction: Evaluation of a coping questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 792–800. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00666.x.
- Brodin, N., Eurenus, E., Jensen, I., Nisell, R., Opava, C. H., The Para Study Group. (2008). Coaching patients with early rheumatoid arthritis to healthy physical ac-

- tivity: A multicenter, randomized, controlled study. *Arthritis & Rheumatism*, 59, 325–331. doi:10.1002/art.23327.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53–64. doi:10.1016/0304-3959(87)90006-6.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M., Wallston, K. A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 652–657. doi:10.1037/0022-006X.57.5.652.
- Brzezińska, A. (2000). *Społeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Scholar.
- Burish, T. G., Bradley, L. A. (1983). Coping with chronic disease: Definitions and issues. W: T. G. Burish, L. A. Bradley (red.), *Coping with chronic disease: Research and applications* (ss. 3–12). Nowy Jork: Academic Press.
- Burke, H. M., Zautra, A. J., Davis, M. C., Schultz, M. S., Reich, J. W. (2003). Arthritis and musculoskeletal conditions. W: A. M. Nezu, C. M. Nezu, P. A. Geller (red.), *Handbook of psychology* (t. IX, ss. 169–191). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Burton, W., Morrison, A., Maclean, R., Ruderman, E. (2006). Systematic review of studies of productivity loss due to rheumatoid arthritis. *Occupational Medicine*, 56, 18–27. doi:10.1093/occmed/kqi171.
- Bury, M. (1988). Meanings at risk: The experience of living with arthritis. W: R. Anderson, M. Bury (red.), *Living with chronic illness* (ss. 89–116). Londyn: Unwin Hyman.
- Byrne, D. (1961). The repression-sensitization scale: Rationale, reliability, and validity. *Journal of Personality*, 29, 334–349. doi:10.1111/j.1467-6494.1961.tb 01666.x.
- Çakirbay, H., Bilici, M., Kavakçı, Ö., Çebi, A., Güler, M., Tan, Ü. (2004). Sleep quality and immune functions in rheumatoid arthritis patients with and without major depression. *International Journal of Neuroscience*, 114, 245–256. doi:10.1080/0020745049026947.
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Callahan, L. F., Cordray, D. S., Wells, G., Pincus, T. (1996). Formal education and five-year mortality in rheumatoid arthritis: Mediation by helplessness scale score. *Arthritis Care and Research*, 9, 463–472. doi:10.1002/art.1790090608.
- Cameron, L., Leventhal, E. A., Leventhal, H. (1993). Symptom representations and affect as determinants of care seeking in a community-dwelling, adult sample population. *Health Psychology*, 12, 171–179. doi:10.1037/0278-6133.12.3.171.
- Carlisle, A. C. S., John, A. M. H., Fife-Schaw, C., Lloyd, M. (2005). The self-regulatory model in women with rheumatoid arthritis: Relationships between illness representations, coping strategies, and illness outcome. *British Journal of Health Psychology*, 10, 571–587. doi:10.1348/135910705X52309.
- Carmin, Ch. N., Ownby, R. L., Wiegartz, P. S., Kondos, G. T. (2008). Women and noncardiac chest pain: Gender differences in symptom presentation. *Archives of Women's Mental Health*, 11, 287–293. doi:10.1007/s00737-008-0021-x.
- Carr, A. (2009). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Carr, B. H., Ghormley, M. R., Juncker, B. D., McCarthy, C. J., Fouladi, R. T., Worchel, J. (2003). Psychosocial variables as predictors of psychological stress-induced is-

- chemia in the laboratory. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10, 79–89. doi:10.1023/A:1023337920336.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92–100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267.
- Çeliker, R., Borman, P. (2001). Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: A comparison of psychological disturbance and life satisfaction. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 9, 35–45.
- Celinski, M. J., Antoniazzi, M. (2001). *Resourcefulness for recovery inventory*. Durham, NC: Cognisyst.
- Celinski, M. J., Gow, K. M. (2005). Trauma clients: How understanding disintegration can help to restore resourcefulness of the self. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 33, 195–217.
- Chojnowski, P., Wasyluk, J., Grabska-Liberek, I. (2009). Cukrzyca – epidemiologia i patogenez. *Postępy Nauk Medycznych*, 6, 422–428.
- Christensen, A. J., Moran, P. J., Lawton, W. J., Stallman, D., Voigts, A. (1997). Monitoring attentional style and medical regimen adherence in hemodialysis patients. *Health Psychology*, 16, 256–262.
- Chronister, J., Chan, F. (2007). Hierarchical coping: A conceptual framework for understanding coping within the context of chronic illness and disability. W: E. Martz, H. Livneh (red.), *Coping with chronic illness and disability theoretical, empirical, and clinical aspects* (ss. 49–71). Nowy Jork: Springer.
- Chun, C. A., Moos, R. H., Cronkite, R. C. (2006). Culture: A fundamental context for the stress and coping paradigm. W: P. T. P. Wong, L. C. J. Wong (red.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (ss. 29–54). Nowy Jork: Springer Science and Business Media.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Lynch, M., Holt, K. D. (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology*, 5, 629–647. doi:10.1017/S0954579400006209.
- Cohen, F., Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. W: G. C. Stone, F. Cohen, N. E. Adler (red.), *Health psychology: A handbook* (ss. 217–254). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Cohen, H., Benjamin, J., Geva, A. B., Matar, M. A., Kaplan, Z., Kotler, M. (2000). Autonomic dysregulation in panic disorder and in post-traumatic stress disorder: Application of power spectrum analysis of heart rate variability at rest and in response to recollection of trauma or panic attacks. *Psychiatry Research*, 96, 1–13.
- Cohen, M., Kanter, Y. (2004). Relation between sense of coherence and glycemic control in type 1 and type 2 diabetes. *Behavioral Medicine*, 29, 175–183. doi:10.3200/BMED.29.4.175-185.
- Compas, B. E., Barnez, G. A., Malcarne, V., Worshame, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47, 23–34. doi:10.1111/j.1540-4560.1991.tb01832.x.
- Compas, B. E., Worshame, N., Ey, S., Howell, D. C. (1996). When mom or dad has a cancer: II. Coping, cognitive appraisals and psychological distress in children

- of cancer patients. *Health Psychology, 15*, 167–175. doi:10.1037/0278-6133.15.3.167.
- Connors, J., Casey, P. (2006). Sex, body-esteem and self-esteem. *Psychological Reports, 98*, 699–704.
- Coolidge, F. L., Segal, D. L., Hook, J. N., Stewart, S. (2000). Personality disorders and coping among anxious older adults. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 157–172. doi:10.1016/S0887-6185(99)00046-8.
- Cooper, C., Katona, C. O. M., Livingston, G. (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*, 929–936. doi:10.1002/gps.2007.
- Coty, M. B., Wallston, K. A. (2008). Roles and well-being among healthy women and women with rheumatoid arthritis. *Journal of Advanced Nursing, 63*, 189–198. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04661.x.
- Courvoisier, D. S., Nussbeck, F. W., Eid, M., Geiser, C., Cole, D. A. (2006). Analyzing the convergent and discriminant validity of states and traits: development and applications of multimethod latent state-trait models. *Psychological Assessment, 20*, 270–280. doi:10.1037/a0012812.
- Covic, T., Tyson, G., Spencer, D., Howe, G. (2006). Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 469–476. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.09.011.
- Covington, E. C. (1991). Depression and chronic fatigue in the patient with chronic pain. *Primary Care, 18*, 341–358.
- Cox, D. J., Irvine, A., Gonder-Frederick, L. A., Nowacek, G., Butterfield, J. (1987). Fear of hypoglycemia: Quantification, validation, and utilization. *Diabetes Care, 10*, 617–621. doi:10.2337/diacare.10.5.617.
- Coyne, S., Syme, D. A. F. (1991). Couples coping with myocardial infarction: A contextual perspective on wives distress. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 404–412. doi:10.1037/0022-3514.61.3.404.
- Craig, T. J., Natta, P. A. van (1978). Recognition of depressed affect in hospitalized psychiatric patients: Staff and patient perceptions. *Diseases of the Nervous System, 10*, 561–566.
- Croft, P., Rigby, A. S., Boswell, R., Schollum, J., Silman, A. (1993). The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *The Journal of Rheumatology, 20*, 710–713.
- Croyle, R. T., Ditto, P. M. (1990). Illness cognition and behavior: An experimental approach. *Journal of Behavioral Medicine, 13*, 31–52. doi:10.1607-7715/90/0200-0031506.00/0.
- Crystal, L. P., Amy, L. A. (2006). Meaning making and growth: New directions for research on survivors of trauma. *Journal of Loss & Trauma, 11*, 389–407. doi: 10.1080/15325020600685295.
- Curtis, R., Groarke, A. M., Coughlan, R., Gsel, A. (2004). The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: A 1 year follow up. *Psychology, Health & Medicine, 9*, 456–475. doi:10.1080/1354850042000267058.
- Dashiff, C., Bartolucci, A., Wallander, J., Abdullatif, H. (2005). The relationship of family structure, maternal employment, and family conflict with self-care adherence

- of adolescents with type 1 diabetes. *Families, Systems, & Health Copyright*, 23, 66–79. doi: 10.1037/1091-7527.23.1.66.
- Davidson, M., Boland, E. A., Grey, M. (1997). Teaching teens to cope: Coping skills training for adolescents with insulin dependent diabetes mellitus. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 2, 65–72. doi:10.1111/j.1744-6155.1997.tb00062.x.
- Davidson, M., Penney, E. D., Muller, B., Grey, M. (2004). Stressors and self-care challenges faced by adolescents living with type 1 diabetes. *Applied Nursing Research*, 17, 72–80. doi:10.1016/j.apnr.2004.02.006.
- Davios, R. D., Linden, W., Habibi, H., Klinke, P., Nadcau, C., Phaneuf, D. C., Lepage, S., Dessain, P., BuUars, J. (1993). Relative importance of psychologic traits and severity of ischemia in causing angina during treadmill exercise. *Journal of the American College of Cardiology*, 21, 331–336. doi:10.1016/0735-1097(93)90671-M.
- Davis, A. M., Palaganas, M. P., Badley, E. M., Gladman, D. D., Inman, R. D., Gignac, M. A. (2011). Measuring participation in people with spondyloarthritis using the social role participation questionnaire. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 70, 1765–1769. doi:10.1136/ard.2010.149211.
- Day, R. C., Freedland, K. E., Carney, R. M. (2005). Effects of anxiety and depression on heart disease attributions. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 24–29. doi:10.1207/s15327558ijbm1201_4.
- DeLongis A., Puterman, E. (2007). Coping skills. W: G. Finks (red.), *Encyklopedia of Stress* (t. I, ss. 578–583). Londyn – Elsevier: Academic Press.
- Demirchyan, A., Petrosyan, V., Thompson, M. E. (2011). Psychometric value of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) scale for screening of depressive symptoms in Armenian population. *Journal of Affective Disorders*, 133, 489–498. doi:10.1016/j.jad.2011.04.042.
- Dempsey, J., Dracup, K., Moser, D. (1995). Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, 24, 444–456. doi:10.1016/S0147-9563(95)80022-0.
- Derlega, V. J., Robinett, I., Winstead, B. A., Saadeh, G. M. (2005). Psychological impact of comparing oneself to other persons with diabetes. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 293–311. doi:10.1080/15325020590928234.
- DeVon, H. A., Ryan, C. J. (2005). Chest pain and associated symptoms of acute coronary syndromes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20, 232–238.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality & Social Assessment*, 49, 71–75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Diener E., Fujita, F. (1995). Resources, personal striving and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926–935. doi:10.1037/0022-3514.68.5.926.
- DiMatteo, M. R. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations. *Journal of the American Medical Association*, 271, 79–80.
- Dirik, G., Karanci, A. N. (2010). Psychological distress in rheumatoid arthritis patients: An evaluation within the conservation of resources theory. *Psychology and Health*, 25, 617–632. doi:10.1080/08870440902721818.
- Dłużniewski, M. (2003). Choroba niedokrwienca serca – podstawowe mechanizmy i definicje. Implikacje dla lekarza praktyka. W: M. Dłużniewski, A. Mamcarz, P. Krzyżak (red.), *Kardiologia praktyczna dla lekarzy rodzinnych i studentów me-*

- dycyny. *Choroba niedokrwienna serca* (t. III, cz. 1, ss. 51–60). Warszawa: Akademia Medyczna.
- Doeglas, D. M., Suurmeijer, Th. P. B. M., Heuvel, W. J. A. van den, Krol, B., Rijswijk, M. A. van, Leeuwen, M. H. van, Sanderman, R. (2004). Functional ability, social support, and depression in rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*, *13*, 1053–1065. doi:10.1023/B:QURE.0000031339.04589.63.
- Doering, L. V., Dracup, K., Caldwell, M. A., Moser, D. K., Erickson, V. S., Fonarow, G., Hamilton, M. (2004). Is coping style linked to emotional states in heart failure patients? *Journal of Cardiac Failure*, *10*, 344–349. doi:10.1016/j.cardfail.2003.10.001.
- Domachowski, W. (1984). Poczucie umiejscowienia kontroli jako wymiar osobowości. W: W. Domachowski, S. Kowalik, J. Miluska (red.), *Z zagadnień psychologii społecznej* (ss. 37–53). Warszawa: PWN.
- Dow, K. H., Ferrell, B. R., Haberman, M. R., Eaton, L. (1999). The meaning of quality of life in cancer survivorship. *Oncology Nursing Forum*, *26*, 519–528.
- Downe-Wamboldt, B. L., Melanson, P. M. (1995). Emotions, coping, and psychological well-being in elderly people with arthritis. *Western Journal of Nursing Research*, *17*, 250–265. doi:10.1177/019394599501700302.
- Dracup, K., Moser, D. (1997). Beyond sociodemographics: factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, *26*, 253–262. doi:10.1016/S0147-9563(97)90082-0.
- Drewes, A. M., Svendsen, L., Taagholt, S. J., Bjerregard, K., Nielsen, K. D., Hansen, B. (1998). Sleep in rheumatoid arthritis: A comparison with healthy subjects and studies of sleep/wake interactions. *British Journal of Rheumatology*, *37*, 71–91. doi:10.1093/rheumatology/37.1.71.
- Driel, R. C. van, Op den Velde, W. (1995). Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *8*, 151–159. doi:10.1007/BF02105413.
- Dropkin, M. J. (1999). Body image and quality of life after head and neck cancer surgery. *Cancer Practice*, *7*, 309–313. doi: 10.1046/j.1523-5394.1999.76006.x.
- Drory, Y., Kravetz, S., Florian, V. (1999). Psychosocial adjustment in patients after a first acute myocardial infarction: The contribution of salutogenic and pathogenic variables. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *80*, 811–818. doi:10.1016/S0003-9993(99)90232-0.
- Drwal, R. Ł. (1978). Poczucie kontroli jako wymiar osobowości – podstawy teoretyczne, techniki badawcze i wyniki badań. W: L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii* (seria III, t. III, ss. 307–337). Warszawa: PWN.
- Duangdao, K. M., Roesch, S. C. (2008). Coping with diabetes in adulthood: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*, 291–300. doi:10.1007/s10865-008-9155-6.
- Dubouloz, C. J., Vallerand, J., Laporte, D., Ashe, B., Hall, M. (2008). Occupational performance modification and personal change among clients receiving rehabilitation services for rheumatoid arthritis. *Australian Occupational Therapy Journal*, *55*, 30–38. doi:10.1111/j.1440-1630.2006.00639.x.
- Egede, L. E. (2005). Effect of depression on self-management behaviors and health outcomes in adults with type 2 diabetes. *Current Diabetes Reviews*, *1*, 235–243. doi:10.2174/157339905774574356.

- Elderen, T. van, Maes, S., Dusseldorp, E. (1999). Coping with coronary heart disease: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 175–183. doi: 10.1016/S0022-3999(99)00024-0.
- El-Miedany Y. M., El-Rasheed A. H. (2002). Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine*, 69, 300–306. doi:10.1016/S1297-319X(02)00368-8.
- Else-Quest, N. M., LoConte, N. L., Schiller, J. H., Hyde, J. S. (2009). Perceived stigma, self-blame, and adjustment among lung, breast and prostate cancer patients. *Psychology and Health*, 24, 949–964. doi:10.1080/08870440802074664.
- Endler, N. S., Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844–854. doi: 10.1037/0022-3514.58.5.844.
- Eurenius, E., Stenström, C. H., The Para Study Group. (2005). Physical activity, physical fitness, and general health perception among individuals with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 53, 48–55. doi:10.1002/art.20924.
- Evans, E. J., Wickstrom, B. (1999). Subjective fatigue and self-care in individuals with chronic illness. *Medical-Surgical Nursing*, 8, 363–369.
- Evers, A. W., Kraaimaat, R. W., Geenen, R., Bijlsma, J. W. J. (1998). Psychosocial predictors of functional change in recently diagnosed rheumatoid arthritis patients. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 179–193. doi:10.1016/S0005-7967(98)0019-9.
- Evers, A. W., Kraaimaat, R. W., Geenen, R., Jacobs, J. W. Bijlsma, J. W. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1295–310. doi:10.1016/S0005-7967(03)00036-6.
- Everts, B., Karlson, B., Warborg, P., Hedner, T., Herlitz, J. (1996). Localisation of pain in suspected myocardial infarction in relation to final diagnosis, age, sex and type of infarction. *Heart & Lung*, 35, 430–437. doi:10.1016/S0147-9563(96)80043-4.
- Falvo, D. R. (2005). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Sudbury, Mass. – Boston – Toronto – Londyn – Singapore: Jones & Bartlett Publ.
- Farkaš, J., Černe, K., Lainščak, M., Keber, I. (2008). Return to work after acute myocardial infarction – listen to your doctor! *International Journal of Cardiology*, 130, e14-6. doi:10.1016/j.ijcard.2007.07.041.
- Farrell, S. P., Hains, A. A., Davies, W. H., Smith, P., Parton, E. (2004). The impact of cognitive distortions, stress, and adherence on metabolic control in youths with type 1 diabetes. *Journal of Adolescent Health*, 34, 461–467. doi:10.1016/S1054-139X(03)00215-5
- Felton, B. J., Revenson, T. A., Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine*, 18, 889–898. doi:10.1016/0277-9536(84)90158-8.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., Otisgreen, S., Garcia, N. (1998). Quality of life in breast cancer part II: Psychological and spiritual well-being. *Cancer Nursing*, 21, 1–9.
- Fex, E., Larsson, B. M., Nived, K., Eberhardt, K. (1998). Effect of rheumatoid arthritis on work status and social and leisure time activities in patients followed 8 years from onset. *The Journal of Rheumatology*, 25, 44–50.

- Fifield, J., Mcquillan, J., Armeli, S., Tennen, H., Reisine, S., Affleck, G. (2004). Chronic strain, daily work stress and pain among workers with rheumatoid arthritis: Does job stress make a bad day worse? *Work & Stress*, 18, 275–291. doi:10.1080/02678370412331324996.
- Fifield, J., Mcquiuan, J., Tennan, H., Sheehan, T.J., Reisine, S., Hesselbrock V., Rothfield, N. (2001). History of affective disorder and the temporal trajectory of fatigue in rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 34–41. doi:10.1207/S15324796ABM2301_6.
- Figueiras, M. J., Weinman, J. (2003). Do similar patient and spouse perceptions of myocardial infarction predict recovery? *Psychology & Health*, 18, 201–216. doi:10.1080/0887044021000057266.
- Filipp, S.-H. (2006). *Kritische Lebensereignisse*. Monachium: Urban & Schwarzenberg.
- Finan, P., Zautra, A., Tennen, H. (2008). Daily diaries reveal influence of pessimism and anxiety on pain prediction patterns. *Psychology and Health*, 23, 551–568. doi:10.1080/08870440802108892.
- Fishbain, D. A., Cole, B., Cutler, R. B., Lewis, J., Rosomoff, H. L., Fosomoff, R. S. (2003). Is pain fatiguing? A structured evidence-based review. *Pain Medicine*, 4, 51–62. doi:10.1046/j.1526-4637.2003.03008.x.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA.: Addison-Wesley.
- Fok, S. K., Chair, S. Y., Lopez, V. (2005). Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 173–181. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03277.x.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45, 1207–1221. doi:10.1016/S0277-9536(97)00040-3.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress Coping*, 21, 3–14. doi:10.1080/10615800701740457.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219–239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Ageing*, 2, 171–184. doi:10.1037/0882-7974.2.2.171.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647–654. doi:10.1037//0003-066X.55.6.647.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–74. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141456.
- Fowers, B. J. (1994). Perceived control, illness status, stress, and adjustment to cardiac illness. *The Journal of Psychology*, 128, 567–576. doi:10.1080/00223980.1994.9914914.
- Fredman, L., Hawkes, W. G., Black, S. Bertrand, R. M., Magaziner, J. (2006). Elderly patients with hip fracture with positive affect have better functional recovery over 2 years. *Journal of the American Geriatric Society*, 54, 1074–1081. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00786.x.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300–319. doi:10.1037/1089-2680.2.3.300.

- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, *56*, 218–226. doi:10.1037//0003-066X.56.3.218.
- Fredrickson, B. L., Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, *12*, 191–220. doi:10.1080/026999398379718.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, Ch. W., Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the united states on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 365–376. doi:10.1037/0022-3514.84.2.365.
- Freedland, K. E., Carney, R. M., Krone, R. J., Smith, L. J., Rich, M. W., Eiscnkramer, G., Fisher, K. C. (1991). Psychological factors in silent myocardial ischemia. *Psychosomatic Medicine*, *53*, 13–24.
- Frijda, N. H. (1987). Emotion, cognitive structure, and action tendency. *Cognition and Emotion*, *1*, 115–143. doi:10.1080/02699938708408043.
- Fromm, K., Andrykowski, M., Hunt, J. (1996). Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: Implications for quality of life assessment. *The Journal of Behavioral Medicine*, *19*, 221–240. doi:10.1007/BF01857767.
- Fyrand, L., Moum, T., Finset, A., Wichstrøm L., Glennås, A. (2001). Social support in female patients with rheumatoid arthritis compared to healthy controls. *Psychology, Health & Medicine*, *6*, 429–439. doi:10.1080/13548500126538.
- Gabriel, S. E., Crowson, C. S., Campion, M. E., O'Fallon, W. N. (1997). Indirect and non-medical costs people with rheumatoid arthritis compared with nonarthritic controls. *Journal of Rheumatology*, *24*, 43–48.
- Gander, M. L., Kanel, R. von (2006). Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: Frequency, outcome, and atherosclerotic mechanisms. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, *13*, 165–172. doi:10.1097/01.hjr.0000214606.60995.46.
- Gärtner, G. (2006). Anforderungsbewältigung im aktuellen gesellschaftlichen Wandlungsprozess. Niepublikowana rozprawa doktorska: University of Leipzig, Germany.
- Gerber, Y., Koren-Morag, N., Myers, V., Benyamini, Y., Goldbourt, U., Drory, Y. (2011). Long-term predictors of smoking cessation in a cohort of myocardial infarction survivors: a longitudinal study. *European Journal of Preventive Cardiology*, *18*, 533–541. doi:10.1177/1741826710389371.
- Geuskens, G. A., Burdorf, A., Hazes, J. M. (2007). Consequences of rheumatoid arthritis for performance of social roles-a literature review. *The Journal of Rheumatology*, *34*, 1248–1260.
- Gilworth, G., Chamberlain, M. A., Harvey, A., Woodhouse, A., Smith, J., Smyth, M. G., Tennant, A. (2003). Development of a work instability scale for rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, *49*, 349–354. doi:10.1002/art.11114.
- Glattacker, M., Opitz, U., Jäckel, W.H. (2010). Illness representations in women with fibromyalgia. *British Journal of Health Psychology*, *15*, 367–387. doi:10.1348/135910709X466315.

- Gniazdowski, A. (1990). Zachowania zdrowotne – strategiczny problem ochrony zdrowia. W: A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne. Próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego* (ss. 9–22). Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera.
- Gobelet, C., Luthi, F., Al-Khodairy, A. T., Chamberlain, M. A. (2007). Work in inflammatory and degenerative joint diseases. *Disability and Rehabilitation*, 29, 1331–1339. doi:10.1080/09638280701315094.
- Goetsch, V. L., Veltum, L. (2010). Personality. Psychophysiological measures. W: N. A. Piotrowski (red.), *Psychology and Mental Health* (ss. 1394–1398). Pasadena – Hackensack: Salem Press.
- Goldman, S. L., Whitney-Saltiel, D., Granger, J., Rodin, J. (1991). Children's representations of 'everyday' aspects of health and illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 747–766. doi:10.1093/jpepsy/16.6.747.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. W: W. Stroebe, M. Hewstone (red.), *European review of social psychology* (ss. 141–185). Chichester: Wiley.
- Goodenow, C., Reisine, S. T., Grady, K. E. (1990). Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 9, 266–284. doi:10.1037/0278-6133.9.3.266.
- Goodheart, C., Lansing, M. (1997). *Treating people with chronic disease: A psychological guide*. Waszyngton: American Psychological Association.
- Gore, P. A. (2000). Cluster analysis. W: H. E. A. Tinsley, S. D. Brown (red.), *Handbook of applied multivariate statistics and mathematical modeling* (ss. 297–321). San Diego: Academic Press.
- Greenberg, M. (1995). Cognitive processing of traumas: The role of intrusive thoughts and reappraisals. *Journal of Applied Social Psychology*, 5, 1262–1296. doi:10.1111/j.1559-1816.1995.tb02618.x.
- Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1053–1060. doi:10.1016/S0022-3999(02)00417-8.
- Griva, K., Myers, L. B., Newman, S. (2000). Illness perceptions and self-efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology and Health*, 15, 733–750. doi:10.1080/08870440008405578.
- Groarke, A. M., Curtis, R., Coughlan, R., Gsel, A. (2005). The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: A longitudinal study. *Psychology and Health*, 20, 597–613. doi:10.1080/14768320500094177.
- Gruber-Baldini, A. L., Ye, J., Anderson, K. E., Shulman, L. M. (2009). Effects of optimism/pessimism and locus of control on disability and quality of life in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 15, 665–669. doi:10.1016/j.parkreldis.2009.03.005.
- Gruszczyńska, E. (2007). Susan Folkman rozszerzenie klasycznego modelu stresu i radzenia sobie. O roli znaczenia emocji pozytywnych. *Studia Psychologica UKSW*, 7, 285–298.
- Gruszczyńska, E. (2013). State affect and emotion-focused coping: Examining for correlated change and causality. *Anxiety, Stress, and Coping*, 26, 103–119. doi:10.1080/10615806.2011.633601.

- Gruszczyńska, E., Kroemeke, A. (2009). Coping after myocardial infarction. The mediational effects of positive and negative emotions. *Polish Psychological Bulletin*, 40, 38–45. doi:10.2478/s10059-009-0006-2.
- Gruz, L. N., Almeida-Fleck, M. P. de, Polanczyk, C. A. (2010). Depression as a determinant of quality of life in patients with chronic disease: Data from Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 953–961. doi:10.1007/s00127-009-0141-2.
- Gumułka, W. S., Rewerski, W. (red.) (1990). *Encyklopedia zdrowia*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Guzowska, M. (2004). Represyjny styl radzenia sobie ze stresem a postawa wobec choroby u osób po zawale serca. W: K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.), *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania* (ss. 129–150). Gdańsk: GWP.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending: Processes of self-environment organization*. Nowy Jork: Academic Press.
- Hagger, M. S., Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, 141–184. doi:10.1080/088704403100081321.
- Hamilton, N. A., Catley, D., Karlson, C. (2007). Sleep and the affective response to stress and pain. *Health Psychology*, 26, 288–295. doi:10.1037/0278-6133.26.3.288.
- Hamlett, K. W., Murphy, M., Hayes, R., Doershuk, C. F. (1996). Health independence and developmental tasks of adulthood in cystic fibrosis. *Rehabilitation Psychology*, 41, 149–160. doi:10.1037/0090-5550.41.2.149.
- Harris, E. D. (1993). Clinical features of rheumatoid arthritis. W: W. N. Kelley, E. D. Harris, Jr., S. Ruddy, C. B. Sledge (red.), *Textbook of rheumatology* (ss. 874–891). Filadelfia: Saunders.
- Hawley, D., Wolfe, F. (1997). Fatigue and musculoskeletal pain. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 8, 101–109.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis. A regression-based approach*. Nowy Jork: Guilford Press.
- Herrmann, M., Curio, N., Petz, Morrison, T., Synowitz, H., Wagner, S., Bartels, C., Wallesch, C. W. (2000). Coping with illness after brain diseases a comparison between patients with malignant brain tumors, stroke, Parkinson's disease and traumatic brain injury. *Disability and Rehabilitation*, 22, 539–546. doi:10.1080/096382800416788.
- Heszen, I. (2008). Emocje pozytywne a radzenie sobie ze stresem. W: I. Heszen, J. Życińska (red.), *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji* (ss. 139–150). Warszawa: Academica.
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Heszen-Klemens, I. (1983). *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego.
- Heszen-Klemens, I. (1979). *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław: Ossolineum.
- Heszen-Niejodek, I. (1996). Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: I. Heszen-Niejodek, R. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (ss. 12–43). Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego.

- Heszen-Niejodek, I. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (ss. 465–492). Gdańsk: GWP.
- Hewlett, S., Cockshott, Z., Duddy, J., Hehir, M., Lock, V., Mitchell, K. (2002). Anxiety is more common than depression in arthritis. *Rheumatology*, 41 (Suppl. 2), 23.
- Hickey, M., Owen, S., Froman, R. (1992). Instrument development: Cardiac diet and exercise self-efficacy. *Nursing Research*, 41, 347–351.
- Hobfoll, S. E. (2006). *Stres, kultura i społeczeństwo. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: GWP.
- Hobfoll, S. E., Lerman, M. (1988). Personal relationships, personal attributes, and stress resistance: mothers' reactions to their child's illness. *American Journal of Community Psychology*, 16, 565–589. doi:10.1007/BF00922772.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. W: M. Zeidner, N. S. Endler (red.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (ss. 24–43). Nowy Jork: Wiley & Sons.
- Holland, J. C., Goen-Piels, J. (2000). Principles of psycho-oncology. W: J. C. Holland, E. Frei (red.), *Psychological care of the patient with cancer* (ss. 222–239). Nowy Jork: Oxford University Press.
- Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 121–132.
- Hołub, G. (2007). Etyczna problematyka chorób przewlekłych. *Medycyna Praktyczna*, 2, 165–168.
- Hootman, J. M., Macera, C. A., Ham, S. A., Helmick, C. G., Sniezek, J. E. (2003). Physical activity levels among the general US adult population and in adults with and without arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 49, 129–135. doi:10.1002/art.10911.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. Nowy Jork: Jason Aronson.
- Huffman, J. C., Pollack, M. H. (2003). Predicting panic disorder among patients with chest pain: An analysis of the literature. *Psychosomatics*, 44, 222–236. doi:10.1176/appi.psy.44.3.222.
- Huijbrechts, I. P. A. M., Duivenvoorden, H. J., Deckers, J. W., Leenders, I. C. M., Pop, G. A. M., Passchier, J., Erdman, R. A. M. (1996). Modification of smoking habits five months after myocardial infarction: Relationship with personality characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 369–378. doi:10.1016/0022-3999(95)00609-5
- Hurwicz, M. L., Berkanovic, E. (1993). The stress process in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 20, 1836–1845.
- Huyser, B. A., Parker, J. C., Thoreson, R., Smarr, K. L., Johnson, J. C., Hoffman, R. (1998). Predictors of subjective fatigue amongst individuals with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 41, 2230–2237. doi:10.1002/1529-0131(199812)41.
- Isaksson-Mettävaino, B., Ahlgren C. (2004). Facilitating factors for work return in unemployed with disabilities: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11, 17–25. doi:10.1080/1138120410019054.
- Jackson, L., Leclerc, J., Erskine, Y., Linden, W. (2005). Getting the most out of cardiac rehabilitation: A review of referral and adherence predictors. *Heart*, 91, 10–14. doi: 10.1136/hrt.2004.045559.

- Jakubowska-Winecka, A. (2004). Styl a strategia radzenia sobie ze stresem po zawale serca. W: K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.), *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania* (ss. 83–106). Gdańsk: GWP.
- Jankowski, K. (2006). *Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem łuszczycy*. Lublin: Polihymnia.
- Jiang, W., Alexander, J., Christopher, E., Kuchibhatla, M., Gauden, L. H., Cuffe, M. S., Blazing, M. A., Davenport, C., Califf, R. M., Krishnan, R. R., O'Connor, C. M. (2001). Relationship of depression to increased risk for mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Archives of Internal Medicine*, *161*, 1849–1856. doi:10.1001/archinte.161.15.1849.
- Jones, R. C., Chung, M. C., Berger, Z., Campbell, J. L. (2007). Prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with previous myocardial infarction consulting in general practice. *British Journal of General Practice*, *57*, 808–810.
- Jonsson, P. M., Sterky, G., Gåfvels, C., Östman, J. (2000). Gender equity in health care: The case of Swedish diabetes care. *Health Care for Women International*, *21*, 413–431. doi:10.1080/07399330050082245.
- Joyce, P., Yi-Frazier, J. P., Smith, R. E., Vitaliano, P. P., Yi, J. C., Mai, S., Hillman, M., Weinger, K. (2010). A person-focused analysis of resilience resources and coping in patients with diabetes. *Stress and Health*, *26*, 51–60. doi:10.1002/smi.1258.
- Juczyński, Z. (1998). Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, *14*, 54–63.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kaczmarek, Ł. (2009). Resiliency, stress appraisal, positive affect and cardiovascular activity. *Polish Psychological Bulletin*, *40*, 46–53.
- Kaczmarek, Ł. (2011). Kwestionariusz Sprężystości Psychicznej – polska adaptacja Ego Resiliency Scale. *Czasopismo Psychologiczne*, *17*, 263–265.
- Kaczmarek, Ł., Sęk, H., Ziarko, M. (2011). Sprężystość psychiczna i zmienne pośredniczące w jej wpływie na zdrowie. *Przegląd Psychologiczny*, *54* (1), 29–46.
- Kaniasty, K. (2003). *Kłęska żywiołowa czy katastrofa społeczna? Psychospołeczne konsekwencje polskiej powodzi 1997 roku*. Gdańsk: GWP.
- Kaniasty, K., Norris, F. H. (1993). A test of the social support deterioration model in the context of natural disaster. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64*, 395–408. doi:10.1037/0022-3514.64.3.395.
- Kannel, W. B., McGee, D. L. (1979). Diabetes and cardiovascular risk factors: The Framingham study. *Circulation*, *59*, 8–13.
- Karlsen, B., Bru, E. (2002). Coping styles among adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, *3*, 245–259. doi:10.1080/13548500220139403.
- Karlsen, B., Idsoe, T., Hanestad, B. R., Murberg, T., Bru, E. (2004). Perceptions of support, diabetes-related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, *1*, 53–70. doi:10.1080/13548500310001637751.

- Kash, K. M., Lerman, C. (1998). Psychological, social, and ethical issues in gene testing. W: J. C. Holland (red.), *Psycho-oncology* (ss. 196–207). Nowy Jork: Oxford University Press.
- Katz, P. P., Yelin, E. H. (1993). Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, *20*, 790–796.
- Kazemi-Saleh, D., Pishgoo, B., Farrokhi, F., Fotos, A., Assari, S. (2008). Sexual function and psychological status among males and females with ischemic heart disease. *The Journal of Sexual Medicine*, *5*, 2330–2337. doi:10.1111/j.17436109.2008.00788.x.
- Kearney, M. (1999). *Understanding women's recovery from illness and trauma* (t. IV). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Egert, J., Affleck, G., Sullivan, M. J., Caldwell, D. S. (2000). The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: The role of catastrophizing. *Pain*, *87*, 325–334. doi:10.1023/A:1005459110063.
- Keefe, F. J., Smith, S. J., Buffington, A. L. H., Gibson, J., Studts, J. L., Caldwell, D. S. (2002). Recent advances and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 640–655. doi:10.1037/0022-006X.70.3.640.
- Khan, J. J. B., Albarran, J. W., Lopez, V., Chair, S. Y. (2010). Gender differences on chest pain perception associated with acute myocardial infarction in Chinese patients: A questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, *19*, 2720–2729. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03276.x.
- King, B. M., Minium, E. W. (2009). *Statystyka dla psychologów i pedagogów*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Kinney, J., Leaton, G. (1996). *Zrozumieć alkohol*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Kirkcaldy, B. D., Siefen, R. G., Merbach, M., Rutow, N., Brähler, E., Wittig, U. (2007). A comparison of general and illness-related locus of control in Russians, ethnic German migrants and Germans. *Psychology, Health & Medicine*, *12*, 364–379. doi:10.1080/13548500600594130.
- Kissane, D. W., White, K., Cooper, K., Vitetta, L. (2004). *The Psychosocial Impact in the Areas of Body Image and Sexuality for Women with Breast Cancer*. Camperdown, NSW: National Breast Cancer Centra.
- Knappe, S., Pinguart, M. (2009). Tracing criteria of successful aging? Health locus of control and well-being in older patients with internal diseases. *Psychology, Health & Medicine*, *14*, 201–212. doi:10.1080/13548500802385717.
- Knoll, N., Schwarzer, R. (2004). Prawdziwych przyjaciół... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne stres i zdrowie* (ss. 49–67). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Kool, M. B., Geenen, R. (2012). Loneliness in patients with rheumatic diseases: The significance of invalidation and lack of social support. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, *146*, 229–241. doi:10.1080/00223980.2011.606434.
- Koopmans, B., Pouwer, F., Bie, R. A. de, Rooij, E. S. van, Leusink, G. L. (2009). Depressive symptoms are associated with physical inactivity in patients with type 2 dia-

- betes. The DIAZOB Primary Care Diabetes study. *Family Practice*, 26, 171–173. doi:10.1093/fampra/cmp016.
- Kościelak, R. (2010). *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*. Kraków: Impuls.
- Kosciulek, J. F. (2007). The social context of coping. W: E. Martz, H. Livneh (red.), *Coping with chronic illness and disability theoretical, empirical, and clinical aspects* (ss. 73–88). Nowy Jork: Springer.
- Kowalik, S. (2005). Modele diagnozy psychologicznej. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. I, ss. 181–192). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Kowalik, S., Brzeziński, J. (1991). Diagnoza kliniczna. W: H. Sęk (red.), *Spółeczna psychologia kliniczna* (ss. 213–239). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Kozaka, J. (2010). Radzenie sobie ze stresem choroby – współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkologia*, 2, 60–69.
- Kraaimaat, F. W., Evers, A. W. M. (2003). Pain-coping strategies in chronic pain patients: Psychometric characteristics of the Pain-Coping Inventory (PCI). *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 343–363. doi:10.1207/S15327558IJBM1004_5.
- Kravetz, S., Drory, Y., Florian, V. (1993). Hardiness and sense of coherence and their relation to negative affect. *European Journal of Personality*, 7, 233–244. doi:10.1002/per.2410070404.
- Krętowski, A. (2006). Etiopatogeneza cukrzycy typu I. W: J. Sieradzki (red.), *Cukrzyca* (ss. 220–239). Gdańsk: Via Medica.
- Kroemeke, A. (2013). Dynamika objawów depresji po zawale serca. Znaczenie zmian w poziomie nadziei. *Psychiatria Polska*, 47, 799–810.
- Kroemeke, A. (2010). Rola pozytywnych i negatywnych stanów afektywnych w procesie radzenia sobie ze stresem osób po zawale serca. *Psychologia Jakości Życia*, 9, 1–19.
- Krohne, H. W. (1989). The concept of coping modes: Relating cognitive person variables to actual coping behavior. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 11, 235–248. doi:10.1016/0146-6402(89)90027-1.
- Krzemińska-Dąbrowska, I., Sudoł, K., Moskalewicz, B. (2007). Problemy zdrowia psychicznego chorych na reumatyzm. *Reumatologia*, 45, 215–218.
- Kuijjer, R. G., Ridder, D. T. D. de (2003). Discrepancy in illness-related goals and quality of life in chronically ill patients: The role of self-efficacy. *Psychology and Health*, 18, 313–330. doi:10.1080/0887044031000146815.
- Kuijpers, P. M. J. C., Dennollet, J., Wellens, H. J. J., Crijns, H. M., Honig, A. (2007). Noncardiac chest pain in the emergency department: The role of cardiac history, anxiety or depression and type D personality. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 14, 273–279. doi:10.1097/HJR.0b013e32801da0fc.
- Kulczycki, M. (1971). *Psychologiczne problemy człowieka chorego. Z zagadnień współpracy pracownika służby zdrowia z pacjentem*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Kvam, S. H., Lyons, J. S. (1991). Assessment of coping strategies, social support, and general health status in individuals with diabetes mellitus. *Psychological Reports*, 68, 623–632. doi:10.2466/PRO.68.2.623-632.
- Kwiatkowska, M. W. (red.). (2009). *RZS poradnik*. Warszawa: Instytut Reumatologii. <http://www.rzs.pl/FlippingBook/pdf/poradnik.pdf> [15.11.2011].

- Kymerley, K., Boothby, B., Boothby, J. L. (2007). Coping and heart disease: Implications for prevention and treatment. W: E. Martz, H. Livneh (red.), *Coping with chronic illness and disability theoretical, empirical, and clinical aspects* (ss. 267–287). Nowy Jork: Springer.
- Lacaille, D., White, M. A., Backman, C. L., Gignac, M. A. (2007). Problems faced at work due to inflammatory arthritis: new insights gained from under standing patients perspective. *Arthritis and Rheumatism*, 57, 1269–1279. doi:10.1002/art.23002.
- Ladwig, K. H., Baumert, J., Marten-Mittag, B., Kolb, C., Zrenner, B., Schmitt, C. (2008). Posttraumatic stress symptoms and predicted mortality in patients with implantable cardioverter-defibrillators: Results from the prospective living with an implanted cardioverter-defibrillator study. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1324–1330. doi:10.1001/archpsyc.65.11.1324.
- Ladwig, K. H., Roll, G., Breithardt, G., Borggrcfe, M. (1999). Extracardiac contributions to chest pain perception in palients 6 months alter acute myocardial infarction. *American Heart Journal*, 137, 528–534. doi:10.1016/S0002-8703(99)70502-8.
- Laidmäe, V. I., Leppika, L., Tulvaa, T., Hääl, M. L. (2009). Disease-related social and family life: people coping with rheumatoid arthritis in Estonia. *Critical Public Health*, 19, 87–105. doi:10.1080/09581590802375871.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beeveres, D. G., Lip, G. Y. H. (2002). The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 7, 11–21. doi:10.1348/135910702169321.
- Lankveld, W. van, Ruiterkamp, G., Näring, G., Rooij, D. J. de (2004). Marital and sexual satisfaction in patients with RA and their spouses. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 33, 405–408. doi:10.1080/03009740410010317.
- Larsen, J. T., Hemenover, S. H., Norris, C. J., Cacioppo, J. T. (2002). Turning adversity to advantage: On the virtues of the coactivation of positive and negative emotions. W: L. G. Aspinwall, U. M. Staudinger (red.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (ss. 211–226). Waszyngton: American Psychological Association.
- Lau-Walker, M. (2007). Importance of illness beliefs and self-efficacy for patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 187–198. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04398.x.
- Lazarus, R. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 3–4, 2–39.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., Launier, R. (1978). Stress related transactions between person and environment. W: L. A. Pervin, M. Lewis (red.), *Perspectives in international psychology* (ss. 287–327). Nowy Jork: Plenum.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nowy Jork: Springer.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141–170. doi:10.1002/per.2410010304.
- Lee, I. M., Hsieh, C. C., Paffenbarger, R. S. (1995). Exercise intensity and longevity in men. *The Harvard Alumni Health Study*, 273, 1179–1184. doi:10.1001/jama.1995.03520390039030.
- Lefebvre, J. C., Keefe, F. J., Affleck, G., Raezer, L. B., Starr, K., Caldwell, D. S., Tennen, H. (1999). The relationship of arthritis self-efficacy to daily pain, daily mood,

- and daily pain coping in rheumatoid arthritis patients. *Pain*, 80, 425–435. doi: 10.1016/S0304-3959(98)00242-5.
- Lenio, J. A. (2006). Analysis of the transtheoretical model of behavior change. *Journal of Student Research*, 4, 73–86.
- Lespérance, F., Frasure-Smith, N., Juneau, M., Theroux, P. (2000). Depression and 1-year prognosis in unstable angina. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1354–1360. doi:10.1001/archinte.160.9.1354.
- Letzring, T. D., Block, J., Funder, D. C. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, 39, 395–422. doi:10.1016/j.jrp.2004.06.003.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. W: K. J. Petrie, J. A. Weinman (red.), *Perceptions of health and illness* (ss. 1–18). Amsterdam: Harwood.
- Leventhal, H., Brissette, I., Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. W: L. D. Cameron, H. Leventhal (red.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (ss. 42–65). Londyn: Routledge.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., Leventhal, E. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. Special issue: Cognitive perspectives in health psychology. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143–163.
- Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E., Ozakinci, G. (2005). Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. W: S. Sutton, A. Baum, M. Johnston (red.), *The Sage handbook of health psychology* (ss. 197–240). Londyn – Thousand Oaks – New Delhi: Sage.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health and behaviour: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health*, 13, 717–733. doi:10.1080/08870449808407425.
- Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D. (1980). The commonsense representation of illness danger. W: S. Rachman (red.), *Medical psychology* (t. II, ss. 7–30). Nowy Jork: Pergamon.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. W: A. Baum, S. E. Taylor, J. E. Singer (red.), *Handbook of psychology and health: Social psychological aspects of health* (t. IV, ss. 219–252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Leventhal, H., Patrick-Miller, L. (2005). Emocje a choroby somatyczne – przyczyny i wskaźniki podatności na zachorowanie. W: M. Lewis, J. M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji* (ss. 657–675). Gdańsk: GWP.
- Leventhal, H., Prohaska, T. R., Hirschman, R. S. (1985). Preventive health behavior across the life span. W: J. C. Rosen, L. J. Solomon (red.), *Prevention in health psychology* (ss. 33–58). Hanover, NH: University Press of New England.
- Lin, N., Ye, X., Ensel, W. M. (1999). Social support and depressed mood: A structural analysis. *Journal of Health & Social Behavior*, 40, 344–359.
- Livneh, H., Martz, E. (2007). An introduction to coping theory and research. W: E. Martz, H. Livneh (red.), *Coping with chronic illness and disability theoretical, empirical, and clinical aspects* (ss. 3–28). Nowy Jork: Springer Science and Business Media.

- Lorig, K., Chastain, R. L., Ung, E., Shoor, S., Holman, H. R. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 37–44. doi:10.1002/anr.1780320107.
- Lowel, R., Cockshott, Z., Greenwood, R., Kirwan, J. R., Almeida, C., Richards, P., Hewlett, S. (2008). Self-efficacy as an appraisal that moderates the coping-emotion relationship: Associations among people with rheumatoid arthritis. *Psychology and Health*, 23, 155–174. doi:10.1080/14768320601139160.
- Lundman, B., Norberg, A. (1993a). Coping strategies in people with insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Educator*, 19, 198–204. doi:10.1177/014572179301900306.
- Lundman, B., Norberg, A. (1993b). The significance of a sense of coherence to subjective health in persons with insulin-dependent diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 381–386. doi:10.1046/j.1365-2648.1993.18030381.x.
- Lustman, P. J., Clouse, R. E. (2005). Depression in diabetic patients: The relationship between mood and glycemic control. *Journal of Diabetes and its Complications*, 19, 113–122. doi:10.1016/j.jdiacomp.2004.01.002.
- Lyons, A. C., Chamberlain, K. (2006). *Health psychology: A critical introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Łosiak, W. (2007). *Natura stresu. Spojrzenie z perspektywy ewolucyjnej*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Łosiak, W. (2008). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wyd. Akademickie i Profesjonalne.
- Łosiak, W. (2011). Klasyfikacja form radzenia sobie ze stresem oparta na kryterium celu i metody działania. Próba weryfikacji empirycznej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 16 (1), 44–53.
- Łuszczzyńska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: GWP.
- Łuszczzyńska, A., Cieślak, R. (2009). Mediated effects of social support for healthy nutrition: Fruit and vegetable intake across 8 months after myocardial infarction. *Behavioral Medicine*, 35, 30–37. doi:10.3200/BMED.35.1.30-38.
- Łuszczzyńska-Cieślak, A., Włodarczyk, D., Wrześniewski, K. (2001). Poczucie koherencji a zmiany emocjonalne u chorych poddanych rehabilitacji po zawale serca. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (ss. 177–190). Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora.
- Maalouf, H. K., Mason, K. I. (2008). *Ethnic disparities in the association between spirituality and resiliency in HIV-infected adults*. Referat wygłoszony podczas konferencji American Psychological Association.
- Machado R. A., Ortiz, M. T., Ruiz, M. S. (2010). Predictors of quality of life in patients with type 1 diabetes mellitus. *Clinica y Salud*, 21, 35–47. doi:10.5093/cl2010v21n1a4.
- Małdyk, P. (2008). Reumatoidalne zapalenie stawów. W: T. Sz. Gaździk (red.), *Ortopedia i traumatologia* (t. II, ss. 510–517). Warszawa: PZWL.
- Mancuso, C. A., Rincon, M., Sayles, W., Paget, S. A. (2006). Psychosocial variables and fatigue: A longitudinal study comparing individuals with rheumatoid arthritis and healthy controls. *Journal of Rheumatology*, 33, 1496–1502.
- Manne, S. (2003). Coping and social support. W: A. M. Nezu, C. M. Nezu, P. A. Geller (red.), *Handbook of psychology: Health psychology* (t. IX, ss. 51–74). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.

- Manne, S. L., Zautra, A. J. (1989). Spouse criticism and social support: Their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality & Social Psychology*, 56, 608–617. doi: 10.1037/0022-3514.56.4.608.
- Marshall, S. J., Biddle, S. J. H. (2001). The transtheoretical model of behavior change: A meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 229–246. doi:10.1207/S15324796ABM2304_2.
- Martens, M. P., Vandyke, M., Parker, J. C., Smarr, K. L., Hewett, J. E., Hewett, J. E., Walker, S. E. (2005). Analyzing reliability of change in depression among persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism: Arthritis Care & Research*, 53, 973–978. doi:10.1002/art.21578.
- Martz, E., Livneh, H. (red.) (2007). *Coping with chronic illness and disability theoretical, empirical, and clinical aspects*. Nowy Jork: Springer Science and Business Media.
- McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919–928. doi:10.1037/0022-3514.46.4.919.
- McSweeney, J. C., Cody, M., O' Sullivan, P., Elberson, K., Moser, D. K., Garvin, B. J. (2003). Women's early warning symptoms of acute myocardial infarction. *Circulation*, 108, 2619–2623. doi:10.1161/01.CIR.0000097116.29625.7C.
- MedicineNet (2009a). *Definition of illness, chronic*. <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=3903> [1.07.2009].
- MedicineNet (2009b). *Definition of chronic illness*. <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=2731> [1.07.2009].
- Mednick, L., Cogen, F. R., Streisand, R. (2004). Satisfaction and quality of life in children with type 1 diabetes and their parents following transition to insulin pump therapy. *Children's Health Care*, 33, 169–183. doi:10.1207/s15326888chc3303_1.
- Meenan, R. F., Yelin, E. H., Nevitt, M., Epstein, W. V. (1981). The impact of chronic disease: A sociomedical profile of rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 24, 544–549. doi:10.1002/art.1780240315.
- Mella, B. L. F., Bértolo, M. B., Dalgarrondo, P. (2010). Depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, 257–263. doi:10.1590/S1516-44462010005000021.
- Mendelson, B. K., McLaren, L., Gauvin, L., Steiger, H. (2002). The relationship of self-esteem and body-esteem in women with and without eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 318–323. doi:10.1002/eat.10011.
- Meske, S., Lamparter-Lang, R. (1997). *Reumatoidalne zapalenie stawów. Rozpoznanie – leczenie – samokontrola*. Warszawa: PZWL.
- Meyer, D., Leventhal, H., Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115–135. doi:10.1037/0278-6133.4.2.115.
- Mika, S. (1982). *Psychologia społeczna*. Warszawa: PWN.
- Milam, J. (2006). Posttraumatic growth and HIV disease progression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 817–827. doi:10.1037/0022-006X.74.5.817.
- Miller, S. (1980). When is a little information a dangerous thing? Coping with stressful events by monitoring vs. blunting. W: S. Levine, H. Ursin (red.), *Coping and health* (ss. 145–170). Nowy Jork: Plenum.

- Miller, S. M. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345–353. doi:10.1037/0022-3514.52.2.345.
- Miller, S. M. (1995). Monitoring versus blunting styles of coping influence the information patients want and need about cancer: Implications for cancer screening and management. *Cancer*, 76, 167–177.
- Miller, S. M., Fang, C. Y., Manne, S. C., Engstrom, P. F., Daly, M. B. (1999). Decision making about prophylactic oophorectomy among at-risk women: Psychological influences and implications. *Gynecologic Oncology*, 75, 406–412. doi:10.1006/gy no.1999.5611.
- Miller, S. M., Schnoll, R. A. (2005). Gdy wiedzieć znaczy czuć – poznawczo-emocjonalne podejście do radzenia sobie ze stresem zdrowotnym. W: M. Lewis, J. M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji* (ss. 676–700). Gdańsk: GWP.
- Milner, K. A., Vaccarino, V., Arnold, A. M., Funk, M., Goldberg, R. J. (2004). Gender and age differences in chief complaints of acute myocardial infarction (Worcester heart attack study). *The American Journal of Cardiology*, 93, 606–608. doi: 10.1016/j.amjcard.2003.11.028.
- Mittag, O., Kolenda, K. D., Nordman, K. J., Bernien, J., Maurischat, C. (2001). Return to work after myocardial infarction/coronary artery bypass grafting: Patients' and physicians' initial viewpoints and outcome 12 months later. *Social Science & Medicine*, 52, 1441–1450. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00250-1.
- Mojs, E., Ziarko, M., Kaczmarek, Ł., Samborski, W. (2011). Poziom lęku i jego wyznaczniki u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska*, 76, 219–224.
- Moldovan, R. (2009). An analysis of the impact of irrational beliefs and illness representation in predicting distress in cancer and type II diabetes patients. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 13, 179–193.
- Monaghan, S. M., Sharpe, L., Denton, F., Levy, J., Schrieber, L., Sensky, T. (2007). Relationship between appearance and psychological distress in rheumatic diseases. *Arthritis & Rheumatism*, 57, 303–309. doi:10.1002/art.22553.
- Moore, G. M., Franzcp, N., Hennessey, P., Kunz, N. M., Ferrando, S., Rabkin, J. G. (2000). Kaposi's sarcoma: The scarlet letter of AIDS. The psychological effects of a skin disease. *Psychosomatics*, 41, 360–363. doi:10.1176/appi.psy.41.4.360.
- Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory: Adult form manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Moos, R. H. (1995). Development and applications of new measures of life stressors, social resources, and coping responses. *European Journal of Psychological Assessment*, 11, 1–13. doi:10.1027/1015-5759.11.1.1.
- Moos, R. H., Schaefer, J. A. (1984). The crisis of physical illness. W: R. H. Moos (red.), *Coping with physical illness* (ss. 3–26). Nowy Jork: Plenum.
- Moos, R. H., Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. W: L. Goldberger, S. Breznitz (red.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (ss. 234–257). Nowy Jork: Free Press.
- Morrison, V., Bennett, P. (2009). *An introduction to health psychology*. Harlow England: Pearson Education.

- Morse, J. M., Johnson, J. L. (1991). Towards a theory of illness: The Illness Constellation Model. W: J. M. Morse, J. L. Johnson (red.), *The illness experience* (ss. 315–342). Londyn: Sage.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Hornec, R., Cameron, L. D., Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*, 1–16. doi:10.1080/08870440290001494.
- Motzer, S., Stewart, B. (1996). Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. *Research in Nursing & Health, 19*, 287–298. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(199608)19.
- Mullen, B., Suls, J. (1982). The effectiveness of attention and rejection coping styles: A meta-analysis of temporal differences. *Journal of Psychosomatic Research, 26*, 43–49. dx.doi.org/10.1016.0022-3999(82)90061-7.
- Murberg, T. A., Bru, E. (2001). Coping and mortality among patients with congestive heart failure. *International Journal of Behavioral Medicine, 8*, 66–79. doi:10.1207/S15327558IJBM0801_05.
- Murphy, H., Dickens, C., Creed, F., Bernstein, R. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research, 46*, 155–164.
- Mustafa, S. S., Looper, K. J., Zekowitz, P., Purden, M., Baron, M., McGill Early Arthritis Research Group (2012). Role overload, pain and physical dysfunction in early rheumatoid or undifferentiated inflammatory arthritis in Canada. *Biopsychosocial Medicine, 6*, 6–13. doi:10.1186/1751-0759-6-13.
- Myers, V., Drory, Y., Gerber, Y. (2011). Sense of coherence predicts post-myocardial infarction trajectory of leisure time physical activity: A prospective cohort study. *BMC Public Health, 11*, 708. doi:10.1186/1471-2458-11-708.
- Neugebauer, A., Katz, P. P., Pasch, L. A. (2003). Effect of valued activity disability, social comparisons, and satisfaction with ability on depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *Health Psychology, 3*, 253–262. doi:10.1037/0278-6133.22.3.253.
- Newman, S., Fitzpatric, R., Revenson, T. A., Skevington, S., Williams, G. (1996). *Understanding rheumatoid arthritis*. Londyn: Routledge.
- Nicassio, P. M., Wallston, K. A. (1992). Longitudinal relationships among pain, sleep problems, and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 514–520. doi:10.1037/0021-843X.101.3.514.
- Niebrzydowski, J. (2012). *Jak leczyć reumatoidalne zapalenie stawów. Poradnik dla chorych*. Konin: Psychoskok.
- Niemcryk, S. J., Speer, M. A., Travis, L. B., Gary, H. E. (1990). Psychosocial correlates of haemoglobin A1c in young adults with type I diabetes. *Journal of Psychosomatic Research, 34*, 617–627. doi:10.1016/0022-3999(90)90105-D.
- Nortvedt, M. W., Riise, T., Mæland, J. G. (2005). Multiple sclerosis and lifestyle factors: The hordaland health study. *Neurological Sciences, 26*, 334–339. doi:10.1007/s10072-005-0498-2.
- Ogden, J. (2007). *Health psychology a textbook*. Berkshire: Open University Press, McGraw-Hill.
- Ogińska, N. (2005). The role of personal and social resources in preventing adverse health outcomes in employees of uniformed professions. *International Journal of Occupational and Environmental Health, 18*, 233–240.

- Ogińska-Bulik, N. (2013). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Difin.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość – stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Oguma, Y., Sesso, H. D., Paffenbarger, R. S., Lee, I. M. (2002). Physical activity and all cause mortality in women: A review of the evidence. *British Journal of Sports Medicine*, 36, 162–172. doi:10.1136/bjism.36.3.162.
- O’Hea, E. L., Moon, S., Grothe, K. B., Boudreaux, E., Bodenlos, J. S., Wallston, K., Brantley, F. J. (2009). The interaction of locus of control, self-efficacy, and outcome expectancy in relation to HbA1c in medically underserved individuals with type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 106–117. doi:10.1007/s10865-008-9188-x.
- Okulicz-Kozyran, K., Pisarska, A. (2001). Poczucie własnej skuteczności a używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. Badania pilotażowe. *Alkoholizm i Narkomania*, 14, 565–577.
- Olsen, B., Berg, C. A., Wiebe, D. J. (2008). Dissimilarity in mother and adolescent illness representations of type 1 diabetes and negative emotional adjustment. *Psychology and Health*, 23, 113–129. doi:10.1080/08870440701437343.
- Ortiz, M. T. A., Díaz, F. F. C., Romero, A. M., Adana Navas, M. S. de, Domínguez-López, M., Gonzalo-Marín, M., Hernández, M. J. T., González-Romero, S. V., Rojo-Martínez, S., Escofet, G., Casimiro-Soriguer, F. J. (2010). Impact of intensive therapy with continuous subcutaneous insulin infusion on quality of life in patients with type 1 diabetes. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 15, 1–19. doi:10.1111/j.1751-9861.2010.00049.x.
- Ostrowski, T. (2004). Choroba niedokrwienna serca w perspektywie egzystencjalnej. W: K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.), *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania* (ss. 151–172). Gdańsk: GWP.
- Otto-Buczowska, E. (1995). *Kompendium diabetologii*. Warszawa: Wyd. Fundacji Büchnera.
- Pachankis, J. E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, 133, 328–345. doi:10.1037/0033-2909.133.2.328.
- Pakenham, K. I., Rinaldis, M. (2001). The role of illness, resources, appraisal, and coping strategies in adjustment to HIV/AIDS: The direct and buffering effects. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 259–279. doi:10.1023/A:1010718823753.
- Paprocka-Borowicz, M., Zawadzki, M. (2007). *Fizjoterapia w chorobach układu ruchu*. Wrocław: Górnicki Wyd. Medyczne.
- Park, C. L., Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 2, 115–144. doi:10.1037/1089-2680.1.2.115.
- Parker, J. C., Smarr, K. L., Buescher, K. L., Phillips, L. R., Frank, R. G., Beck, N. C., Anderson, S. K., Walker, S. E. (1989). Pain control and rational thinking: Implications for rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 984–990. doi:10.1002/anr.1780320807.
- Parrish, B. P., Zautra, A. J., Davis, M. C. (2008). The role of positive and negative interpersonal events on daily fatigue in women with fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and osteoarthritis. *Health Psychology*, 27, 694–702. doi:10.1037/0278-6133.27.6.694.
- Pasikowski, T. (2000). *Stres i zdrowie*. Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora.

- Pasikowski, T. (2001a). Kwestionariusz Poczucia Koherencji dla dorosłych (SOC-29). W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (ss. 71–85). Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora.
- Pasikowski, T. (2001b). Struktura i funkcje poczucia koherencji: Analiza teoretyczna i empiryczna weryfikacja. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (ss. 43–56). Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora.
- Pasikowski, T., Sęk, H. (2004). Zasoby w procesie adaptacji do stresu wydarzeń życiowych w warunkach przemian makrospołecznych. W: T. Maruszewski (red.), *Adaptacja do zmian. Kolokwia psychologiczne* (ss. 157–172). Warszawa: Instytut Psychologii PAN.
- Paterson, T. S. E., O'Rourke, N., Elmer, E., Shapiro, R. J., Thornton, W. L. (2011). The composition and structure of depressive symptomatology in renal disease. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 43, 318–327. doi:10.1037/a0025104.
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337–356.
- Pearlin, L. I., Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2–21.
- Pedersen, B. K., Saltin, B. (2006). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 16, 3–63. doi:10.1111/j.1600-0838.2006.00520.x.
- Pennebaker, J. W. (1982). Social and perceptual factors affecting symptom reporting and mass psychogenic illness. W: M. J. Colligan, J. W. Pennebaker, L. R. Murphy (red.), *Mass psychogenic illness: A social psychological analysis* (ss. 139–153). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Penninx, B. W., Tilburg, T. van, Boeke, A. J., Deeg, D. J., Kriegsman, D. M., Eijk, J. T. van (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: Different for various chronic diseases? *Health Psychology*, 17, 551–558. doi:10.1037/0278-6133.17.6.551.
- Penque, S., Halm, M., Smith, M., Deutsch, J., Roekel, M. van, McGlaughlin, L., Dzubay, S., Doll, N., Beahrs, M. (1998). Women and coronary disease: Relationship between descriptors of signs and symptoms and diagnostic treatment and course. *American Journal of Critical Care*, 7, 75–182.
- Petrie, K. J., Weinman, J. (2003). More focus needed on symptom appraisal. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 401–413. doi:10.1016/S0022-3999(02)00461-0.
- Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N., Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: A longitudinal study. *British Medical Journal*, 312, 1191–1194.
- Petrie, K., Buick, D., Weinman, J., Booth, R. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 537–543. doi:10.1016/S0022-3999(99)00054-9.
- Pidgeon, V. (1989). Compliance with chronic illness regimens: School-aged children and adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 4, 36–47.
- Pineda-Olvera, A. E., Stewart, S. M., Galindo, L., Stephens, J. (2007). Diabetes, depression, and metabolic control in Latinas. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 13, 225–231. doi:10.1037/1099-9809.13.3.225.

- Piper, B. F. (1989). Fatigue: Current bases for practice. W: S. G. Funk, E. M. Tornquist, M. T. Champagne, L. A. Copp, R. A. Wiese (red.), *Key aspects of comfort: Management of pain, fatigue and nausea* (ss. 187–198). Nowy Jork: Springer.
- Plotnikoff, R. C. (2006). Physical activity in the management of diabetes: Population-based issues and approaches. *Canadian Journal of Diabetes*, 30, 52–62. doi: 10.1016/S1499-2671(06)01009-4.
- Plotnikoff, R. C., Lippke, S., Johnson, S. T., Courneya, K. S. (2010). Physical activity and stages of change: A longitudinal test in types 1 and 2 diabetes samples. *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 138–149. doi:10.1007/s12160-010-9193-5.
- Pollard, L. C., Choy, E. H., Gonzalez, J., Khoshaba, B., Scott, D. L. (2006). Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain, not disease activity. *Rheumatology*, 45, 885–889. doi:10.1093/rheumatology/kel021.
- Poprawa, R. (2008). Samoocena jako miara podmiotowych zasobów radzenia sobie i szczęścia człowieka. W: I. Heszen, J. Życińska (red.), *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji* (ss. 103–121). Warszawa: Academica.
- Preacher, K. J., Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, Computers*, 36, 717–731. doi:10.3758/BF03206553.
- Preacher, K. J., Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 30, 879–891. doi:10.3758/BRM.40.3.879.
- Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390–395. doi:10.1037/0022-006X.51.3.390.
- Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 184–218.
- Pszczółowski, T. (1978). *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*. Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Quinn, D. M., Chaudoir, S. R. (2009). Living with a concealable stigmatized identity: The impact of anticipated stigma, centrality, salience and cultural stigma on psychological distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 634–651. doi:10.1037/a0015815.
- Radanov, B. P., Schwarz, H. A., Frost, S. A., Augustiny, K. F. (1997). Relationship between self-rated functional status and psychosocial stress in patients suffering from rheumatoid arthritis. *Psychotherapy Psychosomatics*, 66, 252–257. doi:10.1159/000289143.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401. doi: 10.1177/014662167700100306.
- Radnitz, C. L., Tiersky L. (2007). Psychodynamic and cognitive theories of coping. W: E. Martz, H. Livneh (red.), *Coping with chronic illness and disability theoretical, empirical, and clinical aspects* (ss. 29–48). Nowy Jork: Springer.
- Rapoff, M. A. (2010). *Adherence to pediatric medical regimens*. Nowy Jork: Springer.
- Repetti, R. (1993). Short-term effects of occupational stressors on daily mood and health complaints. *Health Psychology*, 12, 125–131. doi:10.1037/0278-6133.12.2.125.

- Revenson, T. A., Felton, B. J. (1989). Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 344–348. doi:10.1037/0022-006X.57.3.344.
- Ridder, D. de (2004). Chronic illness. W: A. Kaptein, J. Weinman (red.), *Health psychology* (ss. 207–233). Oxford: Blackwell.
- Riemsma, R. P., Rasker, J. J., Taal, E., Griep, E. N., Wouters, J. M. G. W., Wiegman, O. (1998). Fatigue in rheumatoid arthritis: The role of self-efficacy and problematic social support. *British Journal of Rheumatology*, 37, 1042–1046. doi:10.1093/rheumatology/37.10.1042.
- Rodfrey, J. R., Wenger, N. K. (2010). Toward optimal health: Advances in the cardiovascular care of women. *Journal of Women's Health*, 19, 659–664. doi:10.1089/jwh.2010.1957.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93–114. doi:10.1080/00223980.1975.9915803.
- Rohrbaugh, M. J., Cranford, J., Shobam, V., Nicklas, J., Sonnega, J., Coyne, J. C. (2002). Couples coping with congestive heart failure: Role and gender differences in psychological distress. *Journal of Family Psychology*, 16, 3–13. doi:10.1037/0893-3200.16.1.3.
- Rose, G. L., Suls, J., Green, P. J., Lounsbury, P., Gordon, E. (1996). Comparison of adjustment, activity, and tangible social support in men and women patients and their spouses during the six months of post-myocardial infarction. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 264–272. doi:10.1007/BF02895288.
- Roth, S. Cohen, L. J. (1986). Approach avoidance and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813–819. doi:10.1037/0003-066X.41.7.813.
- Roy, T., Lloyd, C. E. (2012) Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 142, S8–S21. doi:10.1016/S0165-0327(12)70004-6.
- Rozema, H., Völlink, T., Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 849–857. doi:10.1002/pon.1488.
- Rubin, R. R., Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 15, 205–218. doi:10.1002/(SICI)1520-7560(199905/06)15.
- Rudisch, B., Nemeroff, C. (2003). Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biological Psychiatry*, 54, 227–240. doi:10.1016/S0006-3223(03)00587-0.
- Sacco, W. P., Wells, K. J., Friedman, A., Matthew, R. Perez, S., Vaughan, C. A. (2007). Adherence, body mass index, and depression in adults with type 2 diabetes: The mediational role of diabetes symptoms and self-efficacy. *Health Psychology*, 26, 693–700. doi:10.1037/0278-6133.26.6.693.
- Saint-Maurice, C., Miller, A., Meynadier, J. (1998). *Ból, diagnostyka, leczenie, prewencja*. Warszawa: Gebethner i S-ka.
- Sanden-Eriksson, B. (2000). Coping with type 2 diabetes: The role of sense of coherence compared with active management. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1393–1397. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01410.x.
- Sawyer, S. M., Aroni, R. A. (2003). Sticky issue of adherence. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 39, 2–5. doi:10.1046/j.1440-1754.2003.00081.x.

- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J. A., Hazes, J. M. W., Breedveld, F. C., Rooijmans, H. G. M. (1999). Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, *26*, 1686–1693.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J. A., Hazes, J. M., Williams, L. N. A., Bergman, W., Rooijmans, H. G. M. (1998). Illness perceptions coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, *44*, 573–585. doi:10.1016/S0022-3999(97)00254-7.
- Scheidt, S. (1996). A whirlwind tour of cardiology for the mental health professional. W: R. Allan, S. Scheidt (red.), *Heart and mind: The practice of cardiac psychology* (ss. 15–62). Waszyngton: American Psychological Association.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. (1988). A model of behavioral self-regulation: Translating intention into action. W: L. Berkowitz (red.), *Advances in experimental social psychology* (ss. 303–346). Nowy Jork: Academic Press.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *157*, 1024–1040. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1024.
- Schiaffino, K. M., Shawarzyn, M. A., Blum, D. (1998). Examining the impact of illness representations on psychological adjustment to chronic illnesses. *Health Psychology*, *17*, 262–268. doi:10.1037/0278-6133.17.3.262.
- Schmidt-Pedersen, S., Domburg, R. T. van, Larsen, M. L. (2004). The effect of low social support on short-term prognosis in patients following a first myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Psychology*, *45*, 313–318. doi:10.1111/j.1467-9450.2004.00410.x.
- Schooler, T. Y. (2001). Disasters, coping with. W: N. J. Smelser, P. B. Baltes (red.), *The international encyclopedia of the social and behavioral sciences* (t. VI, ss. 3713–3718). Oxford: Elsevier.
- Schram, M. T., Baan, C. A., Pouwer, F. (2009). Depression and quality of life in patients with diabetes: A systematic review from the European depression in diabetes (EDID) research consortium. *Current Diabetes Reviews*, *5*, 112–119. doi:10.2174/157339909788166828.
- Schwartz, M. B., Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, *1*, 43–56. doi:10.1016/S1740-1445(03)00007-X.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and the new model. W: R. Schwarzer (red.), *Self-efficacy: Thought control of action* (ss. 217–242). Waszyngton: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (1997). Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (ss. 175–205). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Schwarzer, R. (2001a). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science*, *10*, 47–51. doi:10.1111/1467-8721.00112
- Schwarzer, R. (2001b). Stress, resources, and proactive coping. *Applied Psychology: An International Review*, *50*, 400–407.

- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. W: J. Weinman, S. Wright, M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (ss. 35–37). Windsor: NFER-NELSON.
- Schwarzer, R., Schulz, U. (2003). Stressful life events. W: A. M. Nezu, C. M. Nezu, P. A. Geller (red.), *Handbook of psychology: Health psychology* (t. IX, ss. 27–50). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Schwarzer, R., Taubert, S. (1999). Radzenie sobie ze stresem: wymiary i procesy. *Pro-mocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 17, 72–92.
- Searle, A., Norman, P., Thompson, R., Vedhara, K. (2007). A prospective examination of illness beliefs and coping in patients with type 2 diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 12, 621–638. doi:10.1348/135910706X164935.
- Seligman M. E. P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14. doi:10.1037/0003-066X.55.1.5.
- Seligman, M. E. P., Walter, E. F., Rosenhan, D. L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Reading, MA: Butterworths.
- Selye, H. (1978). *Stres okiełznany*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Senol-Durak, E., Ayvaşık, H. B. (2010). Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: Perceived social support, perception of the event and coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 150–158. doi:10.1007/s10880-010-9192-5.
- Seo, O. H., Sook, W. (2003). Decreasing pain and depression in a health promotion program for people with rheumatoid arthritis. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 127–132. doi:10.1111/j.1547-5069.2003.00127.x.
- Sertoz, O. O., Doganavsargil, O., Elbi, H. (2009). Body image and self-esteem in somatizing patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 508–515. doi:10.1111/j.1440-1819.2009.01994.x.
- Sęk, H. (1991). Procesy twórczego zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi a zdrowie psychiczne. W: H. Sęk (red.), *Twórczość i kompetencje a zdrowie psychiczne* (ss. 31–41). Poznań: Wyd. Naukowe UAM.
- Sęk, H. (2000). Zdrowie behawioralne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (t. III, ss. 533–553). Gdańsk: GWP.
- Sęk, H. (2001a). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Scholar.
- Sęk, H. (2001b). Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (ss. 23–42). Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora.
- Sęk, H. (2001c). O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego. W: L. Cierpiątkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczne i psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia* (ss. 13–32). Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora.
- Sęk, H. (2003). Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (ss. 17–32). Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego.
- Sęk, H. (2005). Orientacja patogenetyczna literaturze salutogenetyczna w psychologii klinicznej. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. I, ss. 39–54). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.

- Sęk, H. (2008). Udział pozytywnych emocji w osiąganiu zdrowia. W: I. Heszen, J. Życińska (red.), *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji* (ss. 73–102). Warszawa: Academica.
- Sęk, H. (2012). Zastosowanie teorii zachowania zasobów S. Hobfolla do interpretacji mechanizmów działania zasobów w świetle wybranych badań z zakresu psychologii zdrowia. W: E. Bielawska-Batorowicz, B. Dudek (red.), *Teoria zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla* (ss. 65–80). Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2004) Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (ss. 11–28). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Sęk, H., Frydrychowicz, M. (2009). *Poczucie własnej skuteczności a jakość życia w chorobie reumatycznej*. Referat wygłoszony podczas VIII Ogólnopolskiej Konferencji Sekcji Psychologii Zdrowia PTP pt. „Psychologia zdrowia – konteksty i pogranicza”. Zakopane, 15–17 maja 2009. Organizator: Sekcja Psychologii Zdrowia PTP, Uniwersytet Śląski.
- Sęk, H., Kaczmarek, Ł., Ziarko, M., Pietrzykowska, E., Lewicka, J. (2012). Sprężystość psychiczna a dobrostan w chorobie przewlekłej – mediująca rola podmiotowego umocowania i radzenia sobie. *Polskie Forum Psychologiczne*, 17, 327–343.
- Sęk, H., Ziarko, M. (2009). Utilization of resources in coping with chronic illness. *Po-lish Psychological Bulletin*, 40, 6–12.
- Shanfield, S. B. (1990). Return to work after an acute myocardial infarction: A review. *Heart & Lung* 19, 109–117.
- Sharma, M. (2010). Coping chronic illness. W: N. A. Piotrowski (red.), *Salem health. Psychology and mental health* (ss. 490–495). Pasadena, CA – Hackensack, NJ: Salem Press.
- Sharpe, L., Sensky, T., Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis: The predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 713–719. doi:10.1016/S0022-3999(01)00266-5.
- Shaver, P. R., Brennan, K. A. (1991). Measures of depression and loneliness. W: J. P. Robinson, P. R. Shaver, L. S. Wrightsman (red.), *Measures of personality and social psychological attitudes: Measures of social psychological attitudes* (t. I, ss. 195–290). San Diego – Londyn: Elsevier.
- Shemesh, E., Yehuda, R., Milo, O., Dinur, I., Rudnick, A., Vered, Z. (2004). Posttraumatic stress, nonadherence, and adverse outcome in survivors of a myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 66, 521–526. doi:10.1097/01.psy.0000126199.05189.86.
- Sheridan, C. L., Radmacher, S. A. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Shiota, M. N. (2006). Silver linings and candles in the dark: Differences among positive coping strategies in predicting subjective well-being. *Emotion*, 6, 335–339. doi:10.1037/1528-3542.6.2.335.
- Shnek, Z. M., Irvine, J., Stewart, D., Abbey, S. (2001). Psychological factors and depressive symptoms in ischemic heart disease. *Health Psychology*, 20, 141–145. doi:10.1037//0278-6133.20.2.141.
- Siciński, A. (2002). *Styl życia. Kultura wyboru*. Warszawa: IFiS PAN.

- Sieradzki, J. (2006). Podział i diagnostyka cukrzycy. W: J. Sieradzki (red.), *Cukrzyca* (ss. 142–150). Gdańsk: Via Medica.
- Skevington, S. (1986). Psychological aspects of pain in rheumatoid arthritis: A review. *Social Science and Medicine*, 23, 567–576. doi:10.1016/0277-9536(86)90150-4.
- Słownik języka polskiego* (1989) (t. III). Warszawa: PWN.
- Smith, B. W., Dalen, J. (2007). Coping with arthritis: From vulnerability to resilience. W: E. Martz, H. Livneh (red.), *Coping with chronic illness and disability theoretical, empirical, and clinical aspects* (ss. 153–171). Nowy Jork: Springer.
- Smith, C. A., Wallston, K. A., Dwyer, K. A., Dowdy, S. W. (1997). Beyond good and bad coping: A multidimensional examination of coping with pain in persons with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 11–21. doi:10.1007/BF02883422.
- Smith, G., Wallston, K. A. (1996). An analysis of coping profiles and adjustment in persons with rheumatoid arthritis. *Anxiety, Stress and Coping*, 9, 107–122. doi:10.1080/10615809608249395.
- Smith, T. W., Christensen, A. J., Peck, J. R., Ward, J. R. (1994). Cognitive distortion, helplessness, and depressed mood in rheumatoid arthritis: A four-year longitudinal analysis. *Health Psychology*, 13, 213–217. doi:10.1037/0278-6133.13.3.213.
- Smorti, M. (2012). Adolescents' struggle against bone cancer: An explorative study on optimistic expectations of the future, resiliency and coping strategies. *European Journal of Cancer Care*, 21, 251–258. doi:10.1111/j.1365-2354.2011.01271.x.
- Snyder, C. R., Dinoff, B. L. (1999). Coping: Where have we been? W: C. R. Snyder (red.), *Coping: The psychology of what works* (ss. 3–19). Nowy Jork: Oxford University Press.
- Soderman, E., Lisspers, J., Sundin, O. (2007). Impact of depressive mood on lifestyle changes in patients with coronary artery disease. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, 412–417. doi:10.2340/16501977-0064.
- Sperry, L. (2009). *Treatment of chronic medical conditions cognitive-behavioral therapy strategies and integrative treatment protocols*. Waszyngton: American Psychological Association.
- Spertus, J. A., McDonell, M., Woodman, C. L., Fihn, S. D. (2000). Association between depression and worse disease-specific functional status in outpatients with coronary artery disease. *American Heart Journal*, 140, 105–110.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C., Gottheil, E. (1989). Effects of psychological treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2, 888–891.
- Spindler, H., Pedersen, S. S. (2005). Posttraumatic stress disorder in the wake of heart disease: Prevalence, risk factors, and future research directions. *Psychosomatic Medicine*, 67, 715–723. doi:10.1097/01.psy.0000174995.96183.9b.
- Spitz, P. W. (1984). The medical, personal, and social costs of rheumatoid arthritis. *Nursing Clinics of North America*, 19, 575–582.
- Stepoe, A., Ayers, S. (2005). Stress, health and illness. W: S. Sutton, A. Baum, M. Johnston (red.), *The Sage handbook of health psychology* (ss. 169–196). Londyn – Thousand Oaks – New Delhi: Sage.
- Stone, A. A., Broderick, J. E., Porter, L. S., Kaell, A. T. (1997). The experience of rheumatoid arthritis pain and fatigue: Examining momentary reports and correlates over one week. *Arthritis Care & Research*, 10, 185–193. doi:10.1002/art.1790100306.

- Stone, A. A., Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892–906. doi: 10.1037/0022-3514.46.4.892.
- Stone, M. A., Khunti, K., Squire, I., Paul, S. (2008). Impact of comorbid diabetes on quality of life and perception of angina pain in people with angina registered with general practitioners in the UK. *Quality of Life Research*, 17, 887–894. doi: 10.1007/s11136-008-9363-0.
- Strelau, J. (1996). Temperament a stres. Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: I. Heszen-Niejodek, R. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (ss. 88–132). Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego.
- Stucky, K., Greenblatt, J. (2008). Chronic obstructive pulmonary disease. W: B. A. Boyer, A. I. Pahlia (red.), *Comprehensive handbook of clinical health psychology* (ss. 277–300). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Syska-Sumińska, J., Grzywanowska-Łaniewska, I., Dłużniewski, M. (2003). Stabilna dusznica bolesna. W: M. Dłużniewski, A. Mamcarz, P. Krzyżak (red.), *Kardiologia praktyczna dla lekarzy rodzinnych i studentów medycyny. Choroba niedokrwienna serca* (t. III, cz. 1, ss. 174–186). Warszawa: Akademia Medyczna.
- Szmatka, J. (1980). *Jednostka i społeczeństwo. O zależnościach zjawisk indywidualnych od społecznych*. Warszawa: PWN.
- Szmatka, J. (1989). *Małe struktury społeczne*. Warszawa: PWN.
- Światowiec, A., Krzyżak, P. (2003). Epidemiologia choroby niedokrwiennej. W: M. Dłużniewski, A. Mamcarz, P. Krzyżak (red.), *Kardiologia praktyczna dla lekarzy rodzinnych i studentów medycyny. Choroba niedokrwienna serca* (t. III, cz. 1, ss. 38–50). Warszawa: Akademia Medyczna.
- Talbot, F., Nouwen, A., Gauthier, J. (1996). Is health locus of control a 3-factor or a 2-factor construct? *Journal of Clinical Psychology*, 52, 559–568. doi:0.1002/(SICI)1097-4679(199609)52.
- Talbot, F., Nouwen, A., Gingras, J., Gosselin, M., Audet, J. (1997). The assessment of diabetes-related cognitive and social factors: The Multidimensional Diabetes Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 291–309. doi:10.1023/A:1025508928696.
- Tavris, C., Wade, C. (1999). *Psychologia. Podejścia oraz koncepcje*. Poznań: Zys i S-ka.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161–1173. doi:10.1037/0003-066X.38.11.1161.
- Taylor, S. E. (1989). *Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind*. Nowy Jork: Basic Books.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 15, 1–18. doi:10.1207/s15327965pli15_01_01.
- Terelak, J. F. (1995). *Stres psychologiczny*. Bydgoszcz: Branta.
- The Chronic Illness Alliance (2006). <http://www.chronicillness.org.au> [15.09.2006].
- Thompson, S. C., Kyle, D. J. (2000). The role of perceived control in coping with the losses associated with chronic illness. W: J. H. Harvey, E. D. Miller (red.), *Loss and trauma: General and close relationship perspectives* (ss. 131–145). Filadelfia: Routledge.

- Thor, P. (2001). *Podstawy patofizjologii człowieka*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Thuné-Boyle, I. C. V., Myers, L., Newman, S. P. (2006). The role of illness beliefs, treatment beliefs and perceived severity of symptoms in explaining distress in cancer patients during chemotherapy treatment. *Behavioral Medicine*, 32, 19–29. doi: 10.3200/BMED.32.1.19-29.
- Tomich, P. L., Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23, 16–23. doi:10.1037/0278-6133.23.1.16.
- Trehanne, G. J., Lyons, A. C., Booth, D. A., Kitas, G. D. (2007). Psychological well-being across 1 year with rheumatoid arthritis: Coping resources as buffers of perceived stress. *British Journal of Health Psychology*, 12, 323–345. doi:10.1348/135910706X109288.
- Trehanne, G. J., Lyons, A. C., Hale, E. D., Goodchild, C. E., Booth, D. A., Kitas, G. D. (2008). Predictors of fatigue over 1 year among people with rheumatoid arthritis. *Psychology, Health & Medicine*, 13, 494–504. doi:10.1080/13548500701796931.
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320–333. doi:10.1037/0022-3514.86.2.320.
- Tylka, J., Piotrowicz, R. (2009). Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiologia Polska*, 67, 1166–1169.
- Tymińska-Sędek, K. (2004). Nowoczesne metody leczenia choroby niedokrwiennej serca. W: K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.), *Choroba niedokrwiennej serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania* (ss. 21–42). Gdańsk: GWP.
- Ubbialia, A., Donatia, D., Chiorric, C., Bregania, V., Cattaneo, E., Maffea, C., Visintini, R. (2008). The usefulness of the Multidimensional Health Locus of Control Form C (MHLC-C) for HIV subjects: An Italian study. *AIDS Care*, 20, 495–502. doi:10.1080/09540120701867115.
- Uguz, F., Akman, C., Kucuksarac, S., Tufekci, O. (2009). Anti-tumor necrosis factor: A therapy is associated with less frequent mood and anxiety disorders in patients with rheumatoid arthritis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 50–55. doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01905.x.
- United Nations. (2009). *General description*. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/diswpa04.htm> [30.06.2009].
- Ursin, H. (1980). Personality, activation, and somatic health: A new psychosomatic theory. W: S. Levine, H. Ursin (red.), *Coping and health* (ss. 259–279). Nowy Jork: Plenum.
- Valkamo, M., Koivumaa-Honkanen, H.-T., Hintikka, J., Niskanen, L., Honkalampi, K., Viinamäki, H. (2003). Life satisfaction in patients with chest pain subsequently diagnosed as coronary heart disease – connection through depressive symptoms? *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 12, 1099–1105. doi:10.1023/A:1026127232157.
- Verbrugge, L. M., Juarez, L. (2006). Profile of arthritis disability: II. *Arthritis & Rheumatism-Arthritis Care and Research*, 55, 102–113. doi:10.1002/art.21694.
- Viitanen, J., Ronni, S., Ala-Peijari, S., Uoti-Reilama, K., Kautiainen, H. (2000). A comparison of self-estimated symptoms and impact of disease in fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 8, 21–33.

- Vitaliano, P. P., DeWolfe, D., Maiuro, R. D., Russo, J., Katon, W. (1990). Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship of coping and depression: A test of the hypothesis of fit. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 582–590.
- Vitaliano, P. P., Maiuro, R. D., Russo, J., Katon, W., DeWolfe, D., Hall, G. (1990). Coping profiles associated with psychiatric, physical health, work and family problems. *Health Psychology*, *9*, 348–376. doi:10.1037/0278-6133.9.3.348.
- Wainwright, N. W., Surtees, P. G., Welch, A. A., Luben, R. N., Khaw, K. T., Bingham, S. A. (2008). Sense of coherence, lifestyle choices and mortality. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *62*, 829–831. doi:10.1136/jech.2007.066464.
- Wallston, K. A., Malcarne, V. L., Flores, L., Hansdottir, I., Smith, C. A., Stein, M. J., Weisman, M. H., Clements, P. J. (1999). Does God determine your health? The God Locus of Health Control Scale. *Cognitive Therapy and Research*, *23*, 131–142. doi:10.1023/A:1018723010685.
- Wallston, K. A., Stein, M. J., Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLC scales: A condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, *63*, 534–553. doi:10.1207/s15327752jpa6303_10.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHCL) Scales. *Health Education. Monographs, IV*, 160–170. doi:10.1177/109019817800600107.
- Watkins, K. W., Connell, C. M., Fitzgerald, J. T., Klem, L., Hickey, T., Ingersoll-Dayton, B. (2000). Effects of adults' self regulation on quality of life outcomes. *Diabetes Care*, *23*, 1511–1515. doi:10.2337/diacare.23.10.1511.
- Weil, Z. M., Norman, G. J., Barker, J. M., Su, A. J., Nelson, R. J., DeVries, A. C. (2008). Social isolation potentiates cell death and inflammatory responses after global ischemia. *Molecular Psychiatry*, *13*, 913–915. doi:10.1038/mp.2008.70.
- Weinberger, D. A., Schwartz, G. E. (1990). Distress and restraint as superordinate dimensions of self-reported adjustment: A typological perspective. *Journal of Personality*, *58*, 381–417. doi: 10.1111/j.1467-6494.1990.tb00235.x.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, *11*, 431–445. doi:10.1080/08870449608400270.
- Welch, G. W. (1994). The diabetes coping measure: A measure of cognitive and behavioural coping specific to diabetes (Appendix: newly designed scales). W: C. Bradley (red.), *Handbook of psychology and diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice* (ss. 391–404). Londyn: Harwood Academic.
- Welch, G. W., Jacobson, A. M., Polonsky, W. H. (1997). The problem areas in Diabetes Scale: An evaluation of its clinical utility. *Diabetes Care*, *20*, 760–766. doi:10.2337/diacare.20.5.760.
- Wheeler, K., Wagaman, A., McCord, D. (2012). Personality traits as predictors of adherence in adolescents with type I diabetes. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *25*, 66–74. doi:10.1111/j.1744-6171.2012.00329.x.
- White, M., Wrigley, M., LaGory, J., Fine, P., Maisiak, R., Straaton, K. (1995). The effect of return to work on depression among unemployed persons with arthritis and related usculoskeletal disorders. *Arthritis & Rheumatism*, *38*, 316–328.

- Whitmarsh, A., Koutantji, M., Sidell, K. (2003). Illness perceptions, mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation. *British Journal of Health Psychology*, 8, 209–221. doi:10.1348/135910703321649178.
- Włodarczyk, D. (2004). Ocena stresu a wybrane obszary psychologicznego funkcjonowania chorych po zawale serca. W: K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.), *Choroba niedokrwienne serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania* (ss. 107–127). Gdańsk: GWP.
- Wojtyna, E. (2012). *Poznawcze, afektywne i społeczne uwarunkowania stosowania się do zaleceń lekarskich przez chorych na cukrzycę typu 2*. Niepublikowana praca doktorska. Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Wolfe, F., Hawley, D. J. (1988). The long-term outcomes of rheumatoid arthritis. Work disability: A prospective 18-year study of 823 patients. *The Journal Rheumatology*, 25, 2108–2117.
- Wolfe, F., Hawley, D. J., Wilson, K. (1996). The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *Journal of Rheumatology*, 23, 1407–1417.
- Wolfe, F., Michaud, K. (2009). Predicting depression in rheumatoid arthritis: The signal importance of pain extent and fatigue, and comorbidity. *Arthritis Care Research*, 61, 667–673. doi:10.1002/art.24428.
- Wong, P. T. P., Reker, G. T., Peacock, E. J. (2006). A resource-congruence model of coping and the development of the coping schemas inventory. W: P. T. P. Wong, L. C. J. Wong (red.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (ss. 223–285). Nowy Jork: Springer Science and Business Media.
- World Health Organization (1980). *Classification of impairments, disabilities and handicaps*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2005). *Preventing chronic diseases: A vital investment: WHO global report*. Public Health Agency of Canada.
- World Health Organization (2009). http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/ [29.06.2009].
- World Health Organization (2011). The atlas of heart disease and stroke. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/ [10.11.2011].
- World Health Organization (2011). International classification of functioning. <http://www.who.int/classifications/icf/en/> [29.07.2011].
- Worsztynowicz, A. (2001). Doświadczenie wsparcia społecznego a poczucie koherencji. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (ss. 151–164). Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora.
- Wrona-Polańska, H. (2011). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny model zdrowia po transplantacji szpiku kostnego*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wrześniewski, K. (1986). *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca*. Warszawa: PZWL.
- Wrześniewski, K. (1990). O niektórych problemach pracy psychologa z pacjentem kardiologicznym na przykładzie chorych z zawałem serca. W: I. Heszen (red.), *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych* (ss. 110–127). Warszawa: PZWL.
- Wrześniewski, K. (1993). *Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania A*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN.

- Wrześniewski, K. (1996). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: I. Heszen-Niejodek, R. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (ss. 45–64). Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego.
- Wrześniewski, K. (2000). Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki: Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (ss. 493–512). Gdańsk: GWP.
- Wrześniewski, K., Łuszczynska-Cieślak, A., Włodarczyk, D. (2001). Poczucie koherencji a zmiany emocjonalne u chorych poddanych rehabilitacji po zawale serca. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (ss. 177–189). Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora.
- Yeh, Ch. J., Kwong Arora, A., Wu, K. A. (2006). A new theoretical model of collectivistic coping. W: P. T. P. Wong, L. C. J. Wong (red.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (ss. 55–72). Nowy Jork: Springer Science and Business Media.
- Yeragania, V. K., Rooseb, S., Mallavarapuc, M., Radhakrishnaa, R. K. A., Pesceb, V. (2002). Major depression with ischemic heart disease: Effects of paroxetine and nortriptyline on measures of nonlinearity and chaos of heart rate. *Neuropsychobiology*, 46, 125–135. doi:10.1159/000066390.
- Zabłocki, J. (1997). *Wprowadzenie do rewalidacji*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151–175. doi:0003-066X/80/3 S02-0151\$00.75.
- Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39, 117–123.
- Zautra, A. J., Burleson, M. H., Smith, C. A., Blalock, S. J., Wallston, K. A., DeVellis, R. F., DeVellis, B. M., Smith, T. W. (1997). Arthritis and perceptions of quality of life: An examination of positive and negative affect in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 14, 399–408. doi:10.1037/0278-6133.14.5.399.
- Zautra, A. J., Hamilton, N. A., Potter, P., Smith, B. (1999). Field research on the relationship between stress and disease activity in rheumatoid arthritis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 87, 397–412. doi:10.1111/j.1749-6632.1999.tb07664.x.
- Zautra, A. J., Hoffman, J. M., Matt, K. S., Yocum, D., Potter, P. T., Castro, W. L., Roth, S. (1998). An examination of individual differences in the relationship between interpersonal stress and disease activity among women with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 11, 271–279. doi:10.1002/art.1790110408.
- Zautra, A. J., Parrish, B. P., Puymbroeck, C. M. van, Tennen, H., Davis, M. C., Reich, J. W., Irwin, M. (2007). Depression history, stress, and pain in rheumatoid arthritis patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 187–197. doi:10.1007/s10865-007-9097-4.
- Zautra, A. J., Smith, B. W. (2001). Depression and reactivity to stress in older women with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Psychosomatic Medicine*, 63, 687–696.
- Ziarko, M. (2006). *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych. Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje*. Poznań: Bogucki Wyd. Naukowe.
- Ziarko, M., Kaczmarek, Ł. (2011). Resources in coping with a chronic illness: The example of recovery from myocardial infarction. W: K. M. Gow, M. J. Celinski (red.),

- Continuity versus creative response to challenge: The primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy* (ss. 379–394). Hauppauge, NY: Nova Science Publ.
- Ziarko, M., Kaczmarek, Ł., Haładziński, P. (2013). Polish version of Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D): Results of the preliminary study on the psychometric properties of the scale. *Current Issues in Personality Psychology*, 1, 51–61. doi:10.5114/cipp.2013.40637.
- Ziarko, M., Kaczmarek, Ł., Mojs, E., Atarowska, M., Samborski W. (2011). Czynniki moderujące związek lęku z neurotyzmem u osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia*, 49, 162–168.
- Ziarko, M., Mojs, E., Piasecki, B., Samborski, W. (2014). The mediating role of dysfunctional coping in the relationship between beliefs about the disease and the level of depression in patients with rheumatoid arthritis. *The Scientific World Journal*, 1–6. doi:10.1155/2014/585063.
- Zich, J. M., Attkisson, C. C., Greenfield, T. K. (1990). Screening for depression in primary care clinics: The CES-D and the BDI. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 20, 259–277. doi:10.2190/LYKR-7VHP-YJEM-MKM2.
- Zimbardo P. G. (1999). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Zimmermann-Górska, I. (1989). *Choroby reumatyczne. Podręcznik dla studentów*. Warszawa: PZWL.

SPIS RYSUNKÓW

1. Transakcja stresowa i radzenie sobie w procesualnym ujęciu Lazarusa i Folkman
2. Uproszczony model krytycznych wydarzeń życiowych
3. Geneza obiektywnych, zobiektywizowanych i subiektywnych cech krytycznego wydarzenia życiowego
4. Zdroworozsądkowy model choroby
5. Podział sposobów konceptualizacji pojęcia radzenia sobie
6. Przebieg procesu radzenia sobie z chorobą przewlekłą – konceptualizacja modelu badań własnych
7. Skupienia funkcjonowania w chorobie przewlekłej – wyniki analizy skupień metodą *k*-średnich
8. Model strukturalny uwarunkowań poczucia zadowolenia z życia i depresji w grupie chorych na chorobę niedokrwienną serca
9. Model strukturalny uwarunkowań poczucia zadowolenia z życia i depresji w grupie chorych na cukrzycę typu 1
10. Model strukturalny uwarunkowań poczucia zadowolenia z życia i depresji w grupie chorych na reumatoidalne zapalenie stawów
11. Model strukturalny uwarunkowań akceptacji choroby oraz wypełniania ról społecznych w grupie chorych na chorobę niedokrwienną serca
12. Model strukturalny uwarunkowań akceptacji choroby oraz wypełniania ról społecznych w grupie chorych na cukrzycę typu 1
13. Model strukturalny uwarunkowań akceptacji choroby chorych oraz wypełniania ról społecznych w grupie chorych na reumatoidalne zapalenie stawów
14. Skupienia spostrzeganych zasobów w chorobie przewlekłej – wyniki dwustopniowej analizy skupień
15. Hipotetyczny model mediacji prostej
16. Mediacyjny udział poczucia koherencji w relacji między zasobami a akceptacją choroby (choroba niedokrwienna serca i cukrzyca)
17. Mediacyjny udział poczucia koherencji w relację pomiędzy zasobami a poziomem depresji (choroba niedokrwienna serca i cukrzyca typu 1)
18. Mediacyjny udział poczucia koherencji w relację pomiędzy zasobami a zadowoleniem z życia (choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu 1 i reumatoidalne zapalenie stawów)
19. Mediacyjny udział poczucia koherencji w relację pomiędzy zasobami a wypełnianiem ról społecznych (choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu 1 i reumatoidalne zapalenie stawów)

20. Zmiany w akceptacji własnej choroby – średnie wyniki otrzymane w momencie rozpoczęcia hospitalizacji, jej zakończenia i pół roku po opuszczeniu szpitala
21. Zmiany w natężeniu depresji – średnie wyniki otrzymane w momencie rozpoczęcia hospitalizacji, jej zakończenia i pół roku po opuszczeniu szpitala
22. Zmiany w poczuciu zadowolenia z życia – średnie wyniki otrzymane w momencie rozpoczęcia hospitalizacji, jej zakończenia i pół roku po opuszczeniu szpitala
23. Zmiany w wypełnianiu ról społecznych – średnie wyniki otrzymane w momencie rozpoczęcia hospitalizacji, jej zakończenia i pół roku po opuszczeniu szpitala

SPIS TABEL

1. Porównanie głównych przyczyn zgonów w latach 1900–2004
2. Zestawienie rozumienia chorób przewlekłych ujęte w różnych definicjach
3. Kryteria klasyfikacyjne chorób przewlekłych
4. Przykładowe cechy obiektywne, zobiektywizowane i subiektywne choroby przewlekłej
5. Cechy obiektywne, zobiektywizowane i subiektywne choroby przewlekłej w przypadku choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy typu 1 i reumatoidalnego zapalenia stawów
6. Radzenie sobie w ujęciu mikroanalitycznym – przykładowe typologie radzenia sobie
7. Radzenie sobie w ujęciu mikroanalitycznym – przykładowe klasyfikacje sposobów radzenia sobie w oparciu o różne dymensje
8. Podział strategii radzenia sobie w ujęciu Moosa
9. Radzenie sobie w ujęciu makroanalitycznym – przykładowe style radzenia sobie
10. Potencjalne negatywne następstwa choroby przewlekłej
11. Zestawienie zasobów istotnych dla zmagania się z chorobą przewlekłą – definicje i funkcje
12. Porównanie ogólnego i specyficznego rozumienia poczucia własnej skuteczności
13. Zmienne związane z charakterystyką choroby przewlekłej i ich operacjonalizacja
14. Statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności zmiennych związanych z percepcją choroby przewlekłej
15. Zmienne związane z aktywnością w sytuacji choroby przewlekłej i ich operacjonalizacja
16. Statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności zmiennych związanych z aktywnością w chorobie przewlekłej
17. Zmienne związane z funkcjonowaniem w chorobie przewlekłej i ich operacjonalizacja
18. Statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności zmiennych związanych z funkcjonowaniem w chorobie przewlekłej
19. Zasoby i ich operacjonalizacja
20. Statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności mierzonych zasobów
21. Charakterystyka badanej próby – porównania w zakresie zmiennych demograficznych. Wyniki testu t i chi^2
23. Wyniki procedury analizy braków danych – model EM

24. Typ choroby a przekonania na jej temat (jednoczynnikowa ANOVA – test objawów) ($N = 647$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 644)
25. Typ choroby a aktywność w sytuacji kryzysu zdrowotnego (jednoczynnikowa ANOVA – test F) ($N = 647$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 644)
26. Typ choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej (jednoczynnikowa ANOVA – test F) ($N = 647$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 644)
26. Typ choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej (jednoczynnikowa ANOVA – test F) ($N = 647$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 644)
27. Typ choroby a zasoby w chorobie przewlekłej (jednoczynnikowa ANOVA – test F) ($N = 647$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 644)
28. Przynależność do skupienia funkcjonowanie a przekonania na temat choroby (jednoczynnikowa ANOVA – test F) ($N = 584$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 581)
29. Przynależność do skupienia funkcjonowanie a aktywność w chorobie przewlekłej (jednoczynnikowa ANOVA – test F) ($N = 584$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 581)
30. Przynależność do skupienia funkcjonowanie a zasoby w chorobie przewlekłej (jednoczynnikowa ANOVA – test F) ($N = 584$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 581)
31. Predyktory akceptacji choroby u pacjentów chorych na chorobę niedokrwinną serca, cukrzycę typu 1 i RZS – analiza regresji metodą krokową
32. Predyktory satysfakcji z życia u pacjentów chorych na chorobę niedokrwinną serca, cukrzycę typu 1 i RZS – analiza regresji metodą krokową
33. Predyktory poziomu depresji u pacjentów chorych na chorobę niedokrwinną serca, cukrzycę typu 1 i RZS – analiza regresji metodą krokową
34. Predyktory wypełniania ról społecznych u pacjentów chorych na chorobę niedokrwinną serca, cukrzycę typu 1 i RZS – analiza regresji metodą krokową
35. Rozwiązanie równania strukturalnego w postaci wystandaryzowanej (korelacji) funkcjonowania emocjonalnego chorych na chorobę niedokrwinną serca
36. Rozwiązanie równania strukturalnego w postaci wystandaryzowanej (korelacji) funkcjonowania emocjonalnego dla chorych na cukrzycę typu 1
37. Rozwiązanie równania strukturalnego w postaci wystandaryzowanej (korelacji) funkcjonowania emocjonalnego chorych na reumatoidalne zapalenie stawów
38. Rozwiązanie równania strukturalnego w postaci wystandaryzowanej (korelacji) funkcjonowania poznawczego i behawioralnego chorych na chorobę niedokrwinną serca
39. Rozwiązanie równania strukturalnego w postaci wystandaryzowanej (korelacji) funkcjonowania poznawczego i behawioralnego chorych na cukrzycę typu 1
40. Rozwiązanie równania strukturalnego w postaci wystandaryzowanej (korelacji) funkcjonowania poznawczego i behawioralnego chorych na reumatoidalne zapalenie stawów
41. Związki między zasobami a funkcjonowaniem w chorobie przewlekłej – współczynniki korelacji r -Pearsona
42. Przynależność do skupienia zasoby a przekonania na temat choroby (jednoczynnikowa ANOVA – test F) ($N = 600$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 597)

43. Przynależność do skupienia zasoby a aktywność w chorobie przewlekłej (jednoczynnikowa ANOVA – test F) ($N = 600$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 597)
44. Przynależność do skupienia zasoby a poziom funkcjonowania (jednoczynnikowa ANOVA – test F) ($N = 600$, df międzygrupowe = 2, df wewnątrzgrupowe = 597)
45. Związki między zasobami a akceptacją choroby – współczynniki korelacji r -Pearsona
46. Związki między zasobami a natężeniem depresji – współczynniki korelacji r -Pearsona
47. Związki między zasobami a poczuciem zadowolenia z życia – współczynniki korelacji r -Pearsona
48. Związki między zasobami a wypełnianiem ról społecznych – współczynniki korelacji r -Pearsona
49. Specyficzna i niespecyficzna rola zasobów dla funkcjonowania osób przewlekle chorych
50. Związki między poczuciem koherencji a zasobami w poszczególnych grupach chorych – współczynniki korelacji r -Pearsona
51. Zmiany w funkcjonowaniu osób przewlekle chorych następujące między rozpoczęciem hospitalizacji a jej zakończeniem (wyniki testu t dla prób zależnych) (df choroba niedokrwienna serca = 76, df cukrzyca = 54, df RZS = 50)
52. Zmiany w funkcjonowaniu osób przewlekle chorych następujące między zakończeniem hospitalizacji a półroczem po jej zakończeniu (wyniki testu t dla prób zależnych) (df choroba niedokrwienna serca = 76, df cukrzyca = 54, df RZS = 50)
53. Predyktory zmiany poziomu akceptacji choroby między rozpoczęciem hospitalizacji i jej zakończeniem wśród pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę typu 1 – analiza regresji metodą krokową
54. Predyktory zmiany poziomu depresji między rozpoczęciem hospitalizacji pacjentów i jej zakończeniem wśród pacjentów chorych na cukrzycę typu 1 – analiza regresji metodą krokową
55. Predyktory zmiany poziomu akceptacji choroby wśród pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę typu 1 – analiza regresji metodą krokową
56. Predyktory zmiany poziomu depresji wśród pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę typu 1 – analiza regresji metodą krokową
57. Predyktory zmiany poziomu zadowolenia z życia wśród pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca – analiza regresji metodą krokową
58. Predyktory zmiany poziomu wypełniania ról społecznych wśród pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca – analiza regresji metodą krokową