

Basińska, B. (2000). *Strategie radzenia sobie z zagrożeniem kobiet z zaawansowaną chorobą nowotworową narządów rodnych*. Unpublished doctoral dissertations. Faculty of Social Sciences, The University of Gdańsk, Poland

Strategie radzenia sobie z zagrożeniem kobiet z zaawansowaną chorobą nowotworową narządów rodnych

Basińska Beata

Faculty of Social Sciences, The University of Gdańsk, Poland

GDAŃSK 2000

PRACA DOKTORSKA

**Strategie radzenia sobie z zagrożeniem kobiet z
zaawansowaną chorobą nowotworową narządów rodnych**

Basińska Beata

Wydział Nauk Społecznych - Instytut Psychologii
Uniwersytet Gdański

Gdańsk, 2000

Promotor: *dr hab. G. Chojnacka – Szawłowska, prof. UG*

Recenzenci: *dr hab. Z. Juczyński, prof. UŁ*
prof. dr hab. R. Kościelak

Tytuł doktora nauk humanistycznych w zakresie psychologii nadany uchwałą Rady Naukowej Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego z dnia 5 kwietnia 2001

Słowa kluczowe: poczucie koherencji, strategie radzenia sobie ze stresem, zagrożenie, choroba nowotworowa, czas przeżycia, ocena poznawcza, nowotwory narządów rodnych, pozytywne przewartościowanie, dewaluacja, zaprzeczanie, zdrowie, subiektywna ocena

Keywords: sense of coherence, coping with stress, threat, cancer disease, survival time, cognitive appraisal, gynecological cancer, positive, positive revaluation, devaluation, denial, health, subjective perception, women

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	5
1. MEDYCZNE I SPOŁECZNE ASPEKTY CHOROÓB NOWOTWOROWYCH	7
1.1. Epidemiologia opisowa i patogenezę chorób nowotworowych	7
1.2. Nowotwory narządów rodnych.....	8
1.2.1. Inwazyjny rak szyjki macicy	8
1.2.2. Rak trzonu macicy	9
1.3. Wiedza społeczna dotycząca chorób nowotworowych	10
1.4. Metody leczenia nowotworów narządów rodnych	13
1.5. Etapy chorowania na nowotwory	15
2. PSYCHOLOGICZNE KONCEPCJE STRESU	17
2.1. Modele stresu	17
2.2. Koherencyjna teoria stresu Antonovsky'ego	18
2.3. Transakcyjny model stresu Lazarusa	20
2.3.1. Założenia poznawczej teorii stresu.....	20
2.3.2. Zniekształcanie oceny	21
2.4. Stres ekstremalny	24
2.5. Choroba a stres.....	25
3. STRATEGIE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM	28
3.1. Strategie zaradcze	28
3.2. Style radzenia sobie z zagrożeniem	35
3.3. Determinanty radzenia sobie z zagrożeniem	38
3.4. Skuteczność radzenia sobie ze stresem.....	42
4. PSYCHOLOGICZNE UWARUNKOWANIA STANU ZDROWIA I CHOROBY	44
4.1. Zdrowie - ewaluacja podejścia w medycynie i psychologii	44
4.2. Dynamika zdrowia kobiety - menopauza	45
4.3. Doświadczenie stanu choroby	47
4.4. Związki pomiędzy stanem zdrowia a poczuciem koherencji - badania empiryczne.....	49
4.5. Zależność pomiędzy strategiami zaradczymi a procesem przystosowania w chorobie	51
5. ROLA PSYCHIKI W ETIOPATOGENEZIE CHOROÓB NOWOTWOROWYCH	55
5.1. Holistyczne podejście do chorób nowotworowych	55
5.2. Możliwości adaptacyjne w chorobie nowotworowej	59
5.2.1. Strategie radzenia sobie z zagrożeniem w chorobach nowotworowych ...	59
5.2.2. Strategie radzenia sobie ze stresem kobiet z chorobą nowotworową narządów rodnych	68
5.3. Jakość życia w chorobie nowotworowej	72
5.3.1. Jakość życia wśród chorych na nowotwory narządów rodnych.....	72
5.3.2. Funkcjonowanie seksualne kobiet leczonych z powodu nowotworów narządów rodnych	73
5.4. Psychoterapia w praktyce onkologicznej.....	77
5.4.1. Rola psychoterapii i modele pracy psychologicznej	77
5.4.2. Psychoterapia w trakcie leczenia.....	79
6. PROBLEMATYKA BADAŃ WŁASNYCH	82
6.1. Problematyka i cel badań.....	82
6.2. Badane zmienne i ich operacjonalizacja.....	86

6.3. Metody badawcze	87
6.3.1. "Skala Sposobów Radzenia Sobie" Urant i Czapińskiego	87
6.3.2. "Strategie oceny poznawczej" Davey'a	88
6.3.3. "Skala Orientacji Życiowej" Antonovsky'ego.....	89
6.3.4. Skale linearno - analogowe oceny zdrowia.....	89
6.3.5. Wywiad częściowo strukturalizowany	89
6.4. Charakterystyka grup badanych i organizacja badań	90
7. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH.....	94
7.1. Strategie radzenia sobie z zagrożeniem	94
7.1.1. Strategie zaradcze - analiza teoretyczna.....	94
7.1.2. Strategie zaradcze - analiza empiryczna.....	101
7.1.3. Sposoby radzenia sobie ze stresem choroby nowotworowej a czynniki medyczne.....	106
7.2. Poczucie koherencji	108
7.2.1. Poczucie koherencji w zdrowiu, zagrożeniu chorobą i w chorobie nowotworowej	108
7.2.2. Subiektywna oceny stanu zdrowia	111
7.3. Strategie sprzyjające adaptacji do choroby.....	116
7.3.1. Skuteczność zmagania się z chorobą nowotworową narządów rodnych	116
7.3.2. Strategie zaradcze motywujące do zdrowia	117
7.3.3. Długość czasu przeżycia w chorobie nowotworowej a zmienne biomedyczne i indywidualne.....	118
8. DYSKUSJA	120
8.1. Strategie zmagania się ze stresem utraty zdrowia	120
8.2. Rola poczucia koherencji	126
8.3. Skuteczność radzenia sobie ze stresem w chorobie nowotworowej	129
8.4. Podsumowanie wyników i wnioski.....	131
9. LITERATURA.....	133

WPROWADZENIE

Choroba nowotworowa należy do wydarzeń krytycznych, ponieważ jest sytuacją zagrażającą życiu. Zaburza funkcjonowanie człowieka na poziomie somatycznym, psychologicznym i społecznym. Stanowi istotną przyczynę zgonów ludzi bez względu na kraj pochodzenia i status ekonomiczny. Nowoczesne metody diagnostyczne i lecznicze, chociaż pozwoliły na zwiększenie odsetka trwałych wyleczeń, jednakże w dalszym ciągu możliwości medycyny są ograniczone. Znaczącą rolę odgrywa profilaktyka, dzięki której diagnozuje się większą liczbę stanów przedinwazyjnych choroby nowotworowej, co skutkuje podejmowaniem leczniczych zabiegów oszczędzających i wzrostem przeżywalności. Epidemiologia chorób nowotworowych związana jest również z rozwojem cywilizacyjnym. Wydłużanie życia społeczeństw sprzyja rozwojowi tych chorób, zwłaszcza w późnym wieku. Z tego powodu dwa najważniejsze nurty w onkologii to oddziaływania profilaktyczne oraz zwiększanie skuteczności terapii medycznej.

Postęp w medycynie nie jest proporcjonalny do zmian w świadomości społecznej dotyczącej raka. Na całym świecie ludzie boją się nowotworów. Rak jest utożsamiany z bólem, cierpieniem i śmiercią, zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się. Lęk jest ciągle nieodłącznym składnikiem choroby nowotworowej. Bogatsze społeczeństwa mają szansę na skuteczniejsze leczenie, co pozwala na powolne dokonywanie się zmian w powszechnym rozumieniu tych chorób.

Z punktu widzenia jednostki, profilaktyka jest walką o zachowanie życia. Sprzyja zapobieganiu chorobom, albo wykrywaniem ich w stanach małego zaawansowania. Zmiana społecznego obrazu choroby nowotworowej może pobudzać aktywność w oddziaływaniach zapobiegawczych. Zaprzeczanie czy odwracanie uwagi od problemu choroby nowotworowej nie sprzyja jej wczesnej wykrywalności. W związku z tym przesuwa się ciężar odpowiedzialności za własny stan zdrowia z osoby lekarza na pacjenta. Lekarz staje się doradcą, a kontakt z nim nie następuje wyłącznie w przypadku stwierdzenia patologicznych symptomów, ale służy oddziaływaniu zapobiegającemu utracie zdrowia oraz powiększaniu jego zasobów. Z tego powodu poszerzeniem nurtu profilaktycznego staje się promocja zdrowia. Zdrowie jest rozumiane nie jako brak choroby, ale rozbudowywanie potencjału sił witalnych i dobrostanu. Coraz częściej zwraca się uwagę na jedność psychofizyczną jednostki. Zachowanie i zwiększanie stanu zdrowia, zwłaszcza w krajach bogatych, stało się nadrzędną wartością.

Potencjał zdrowia wśród kobiet ma szczególne znaczenie z uwagi na charakterystykę ich życia oraz pełnione przez nie specyficzne role. Z badań demograficznych wynika, że w krajach rozwiniętych doszło do wydłużenia wieku życia oraz zmniejszenia przyrostu naturalnego. Kobiety żyją dłużej i rodzą mniej dzieci. Z tych powodów ich zdrowie ma szczególne znaczenie, a leczenie nowotworów narządów rodnych zyskuje ważną rolę. Nowotwory szyjki macicy sprzyjają ograniczeniom w pełnieniu przez kobiety roli prokreacyjnej, seksualnej i rodzicielskiej, natomiast wraz z nowotworami trzonu macicy ograniczają ich potencjał zdrowia i możliwości samorealizacji.

Drugi nurt związany jest z postępowaniem w leczeniu chorób nowotworowych. Coraz więcej pacjentów ma szansę być trwale wyleczonym, choć proporcje te w poszczególnych krajach są bardzo zróżnicowane. Choroba nowotworowa poza

znaczeniem osobistym stanowi ważny czynnik w zmianach w funkcjonowaniu społecznym. Jej leczenie powoduje częściowe bądź całkowite ograniczenie w podejmowaniu i realizowaniu ról społecznych. Często uniemożliwia działania w przedchorobowym zakresie. Zmienia funkcjonowanie w związkach interpersonalnych, w tym seksualnych, ogranicza pełnienie ról rodzicielskich, zawodowych, wypełnianiu kontaktów społecznych. Rak ciągle związany jest ze stygmatem. Wielokrotnie ludzie powtarzają przykłady osób, u których choroba kończyła się śmiercią, przy równoczesnym nie podejmowaniu rozmów o tych, co przeżyli. Byli pacjenci ukrywają fakt przebycia choroby nowotworowej najczęściej ze względów społecznych i zawodowych. Powszechne jest traktowanie osoby wyleczonej jako inwalidy, zamykając jej drogę powrotu do "normalnego" społeczeństwa. Zmiana w myśleniu społecznym o "zdrowych, chorych onkologicznie" jest niezwykle ważnym składnikiem rehabilitacji byłych pacjentów. Nie można pogodzić się z sytuacją, że osoba z diagnozą choroby nowotworowej nie może powrócić do właściwego sobie statusu społeczno - ekonomicznego i dobrostanu psychofizycznego. Leczenie dla samego sukcesu medycznego (pokonanie choroby) nie jest w pełni wartościowe, bez możliwości powrotu człowieka do pełni życia społecznego.

W niniejszej pracy podjęto problem, jakie strategie radzenia sobie z zagrożeniem życia są podejmowane przez chore na nowotwory narządów rodnych.

Koncepcja teoretyczna badań wywodzi się z interakcyjnego modelu stresu Lazarusa w połączeniu z podejściem salutogenetycznym Antonovsky'ego.

Praca składa się z dwóch głównych części; teoretycznej i empirycznej. Rozdział pierwszy przedstawia epidemiologię i patomechanizm chorób nowotworowych oraz sposoby leczenia nowotworów narządów rodnych. Uwzględniono w nim społeczny kontekst wiedzy dotyczącej raka. W rozdziale drugim przedstawiono współczesne modele stresu i rozumienie choroby jako sytuacji stresowej. Rozdział trzeci obejmuje przegląd literatury związany z problemem radzenia sobie z zagrożeniem. Porównano koncepcje radzenia sobie a stresem mające zastosowanie w stanie zdrowia, jak również odnoszące się do chorób przewlekłych i zagrażających życiu. Dynamika stanu zdrowia i choroby jest analizowana w rozdziale czwartym. Zwrócono w nim uwagę na rolę poczucia koherencji i radzenia sobie w stanach deficytu zdrowia fizycznego i psychicznego. Analizowano relacje pomiędzy subiektywną i obiektywną oceną zdrowia. Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych zaprezentowano w rozdziale piątym. Dotyczą one udziału czynników psychologicznych w etiopatogenezie raka oraz w radzeniu sobie z diagnozą i leczeniem. Rozpatrywano wpływ choroby nowotworowej na jakość życia pacjentów. Radzenie sobie w sytuacji zdiagnozowanego raka narządów rodnych porównano do podejmowanych umiejętności zaradczych w nowotworach o innych lokalizacjach. Podjęto próbę analizy zastosowania różnych form psychoterapii w przebiegu leczenia choroby nowotworowej.

Druga część pracy (rozdziały 6-8) obejmuje problematykę badań własnych, analizę wyników empirycznych i ich interpretację.

Celem nadrzędnym pracy jest zrozumienie motywów implementowanego procesu zaradczego przez kobiety chore na nowotwory narządów rodnych, aby w sposób skuteczny projektować i realizować oddziaływania psychoterapeutyczne.

1. MEDYCZNE I SPOŁECZNE ASPEKTY CHORÓB NOWOTWOROWYCH

1.1. *Epidemiologia opisowa i patogeneza chorób nowotworowych*

Badania statystyczne dotyczące nowotworów opierają się na analizie zachorowalności i umieralności. Według danych najczęstszymi nowotworami złośliwymi w krajach rozwiniętych są rak płuca, jelita grubego i żołądka, natomiast w krajach rozwijających się nowotwór szyjki macicy, żołądka, jamy ustnej oraz gardła (Bosch, Coleman, 1994).

Stały wzrost umieralności z powodu nowotworów złośliwych zależy jest od czynników demograficznych, a zwłaszcza zwiększenia się odsetka ludzi starszych. W krajach rozwiniętych współczynniki umieralności wśród mężczyzn są zwykle wyższe niż u kobiet, ponieważ zapadają oni na nowotwory gorzej rokujące. Dwa najczęstsze nowotwory kobiece: rak sutka i macicy posiadają dużo lepsze rokowanie. Wśród Polek współczynnik zachorowalności w 1994 na raka piersi, szyjki macicy i trzonu macicy wynosił odpowiednio 42,8/100 tys., 19,9/100 tys., 15,2/100 tys. (GUS 1997). W województwie gdańskim odnotowuje się wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe wśród kobiet, co jest zgodne z tendencją ogólnopolską (GUS 1997, 1998). W 1994 współczynnik zachorowalności wynosił 264,6/100 tys., co dawało siódme miejsce spośród 49 województw.

Nowotwory są drugą najczęstszą przyczyną zgonów po chorobach serca. Jednakże wiodącą przyczyną potencjalnie utraconych lat życia do wieku 65 lat są urazy i wypadki (Zatoński, Tyczyński, 1994; Zatoński, 1997). Ryzyko zgonu we wszystkich kategoriach wiekowych jest porównywalne pomiędzy krajami rozwiniętymi i rozwijającymi się. Współczynniki umieralności kobiet z powodu nowotworów złośliwych są stabilne i wykazują tendencje malejące prawie we wszystkich krajach Europy. W populacji Polek w latach 1963 - 1990 odnotowano wzrost umieralności z powodu czerniaka złośliwego skóry, nowotworów jelita grubego, trzustki i jajników oraz płuca. Od połowy lat siedemdziesiątych odnotowuje się spadek umieralności z powodu nowotworu szyjki macicy, żołądka i przełyku.

Zachorowanie na nowotwory u ludzi jest w znacznej mierze warunkowane czynnikami środowiskowymi (Drinkwater, Sugden, 1994; Lichtenstein, 2000). Są one rozumiane szeroko i obejmują zarówno ekspozycję na karcynogeny chemiczne lub wirusy, które indukują nowotwory bezpośrednio oraz czynniki modyfikujące ryzyko zachorowania na raka takie jak dieta, styl życia, zachowania seksualne. Ekspozycja na karcynogeny chemiczne może wynikać z antyzdrowotnego stylu życia akceptującego palenie papierosów, spożywanie produktów żywnościowych zawierających toksyny lub pracę w niektórych gałęziach przemysłu. Statystycznie istotny efekt czynników dziedzicznych obserwowano w przypadku trzech nowotworów: jelita grubego, piersi i prostaty (odpowiednio 35%, 27% i 42%). Wśród nowotworów o innej lokalizacji nie odnotowano takich zależności (Lichtenstein i in., 2000).

W rozwoju nowotworu wyróżnia się inicjację, promocję i progresję. W tym ostatnim rozpatruje się inwazję i przerzuty, które mogą być traktowane jako samodzielne etapy (Love, 1994). Czynniki wywołujące inicjację są substancjami mutogennymi, które zmieniają komponenty DNA w komórce lub jej strukturę. Czynniki promocyjne zmieniają ekspresję informacji genetycznej komórki. Promotorami są wysokokaloryczna lub wysokotłuszczowa dieta, alkohol, estrogeny, azbest oraz dym papierosowy. Kompletnym czynnikiem rakotwórczym, odpowiedzialnym zarówno za proces inicjacji, jak i promocji, jest dym papierosowy.

W procesie inicjacji dochodzi do zmiany informacji genetycznej zawartej w komórce jako wynik mutacji, efekt wpływu karcynogenu lub infekcji wirusowej. Skutkiem jest zapoczątkowanie procesu nowotworowego, a zmieniona komórka może namnażać się niezależnie od niektórych mechanizmów regulacyjnych i kontrolujących normalne rozmnażanie się komórek w tkankach. W fazie promocji, w trakcie rozmnażania się zmienionych komórek, pojawiają się ich warianty o zwiększonej autonomii wzrostu. Tempo ich pomnażania się jest znacznie szybsze niż komórek wtórnie zmienionych. Z czasem mogą przemieniać się w klony komórek nowotworowych. Przejawem progresji nowotworu, odpowiadającemu wystąpieniu cech złośliwości, jest pojawienie się klonów komórkowych posiadających potencjał do wzrostu inwazyjnego i tworzenia przerzutów. Faza symptomatologiczna pojawia się po około 2/3 czasu rozwoju choroby nowotworowej (Andres, Altheide, 1990).

Inicjacja jest procesem szybkim i nieodwracalnym wywołanym ekspozycją na czynnik rakotwórczy, natomiast promocja jest procesem wydłużonym, powstającym w wyniku powtarzalnej lub ciągłej ekspozycji na substancje, które same w sobie nie muszą być rakotwórcze ani zdolne do inicjacji takiego procesu. Promocja jest procesem odwracalnym, natomiast progresja nie, prawdopodobnie z uwagi na rozwój widocznych zmian kariotypowych w komórce nowotworowej. Wydają się one ważne dla inwazyjności nowotworów i są wprost związane z generowaniem i wzrostem przerzutów. W wyniku powstawania przerzutów dochodzi do śmierci pacjenta. Komórki nowotworowe mogą rozsiewać się poprzez układ krwionośny lub limfatyczny, przez wzrost miejscowy lub wszczepienie (Love, 1994).

1.2. Nowotwory narządów rodnych

1.2.1. Inwazyjny rak szyjki macicy

Rak szyjki macicy jest jednym z najczęstszych nowotworów u kobiet. Szacuje się roczną zachorowalność na 46000, co daje drugie miejsce pod względem zapadalności. W Polsce w 1991 zanotowano łącznie 3954 zachorowania (20,2/100tys.) i 2070 zgonów (10,6/100tys.) z tego powodu. W województwie gdańskim nowotwór narządu rodowego wśród kobiet jest drugim po raku sutka. W 1991 było 195 zachorowań i 77 zgonów, co daje standaryzowany współczynnik umieralności 8,4/100 tys. i 19 pozycję w kraju (Zatoński, Tyczyński, 1994).

Do czynników ryzyka zachorowania na nowotwór szyjki macicy należą: młody wiek inicjacji seksualnej, częste zmiany partnerów, większa liczba porodów. Zachorowalność na raka szyjki macicy wiąże się z warunkami społeczno - ekonomicznymi (wyższa w grupach populacji cechujących się niskim dochodem niż w grupach zamożnych). Zakażenia wirusowe leżą u podłoża wymienionych czynników ryzyka (Lichtenstein i in., 2000). Ten typ nowotworu rozwija się przede wszystkim pod wpływem czynników środowiskowych, do których zalicza się styl życia. Pacjentki są grupą zróżnicowaną wiekowo. Zwykle nie występują u nich inne choroby. Objawy nowotworu szyjki macicy nie są specyficzne. Należą do nich: upławy, ból i plamienia podczas stosunków, krwawienia, bóle okolicy krzyżowej i podbrzusza. Z tego względu obniża się prawdopodobieństwo zgłoszenia się pacjentki do lekarza w krótkim czasie po zauważeniu objawów (Markowska, 1999b).

Bez stosowania profilaktycznych badań przesiewowych prawdopodobieństwo zachorowania 20-letniej kobiety na inwazyjnego raka szyjki macicy w grupie

średniego ryzyka wynosi 250/10 tys., a prawdopodobieństwo zgonu 118/10 tysięcy (Eddy, 1990).

W krajach zachodnich zachorowalność i umieralność w ciągu ostatnich 30 lat zmalały, a zwiększyły się rozpoznania postaci preinwazyjnej (White, 1993). Proces ten zauważa się również w Polsce, a zwłaszcza malejącą, choć powoli, umieralność. Jednakże w dalszym ciągu Polska zajmuje jedno z najwyższych miejsc w Europie pod względem umieralności na nowotwory szyjki macicy (Zatoński, Tyczyński, 1996). Współczynniki umieralności z powodu nowotworów szyjki macicy są zróżnicowane w zależności od grupy wiekowej. Tylko w grupie kobiet w średnim wieku spadek jest znaczący. Natomiast w grupie kobiet młodych i po 65 roku życia trendu tego się nie stwierdza (Zatoński, Tyczyński, 1997).

Przeważającą postać nowotworów szyjki macicy stanowią raki płaskonabłonkowe. Rozwój postaci przedinwazyjnej trwa długo. Dowodem tego jest przeciętnie 10 lat młodszy wiek kobiet, u których rozpoznaje się postać przedinwazyjną. Średni wiek chorych na inwazyjnego raka szyjki macicy waha się od 46 do 52 lat, z dwoma szczytami zachorowalności pomiędzy 35-39 oraz 60-64 rokiem życia (Byrne i in., 1992; Markowska, 1999b; McVie, Hossfeld, 1994). W I stopniu zaawansowania według FIGO rak ograniczony jest wyłącznie do macicy. W stopniu II przechodzi poza macicę, ale nie dochodzi do ścian miednicy i nie zajmuje dolnej 1/3 części pochwy. W stopniu III dochodzi do ścian miednicy i / albo zajmuje 1/3 dolnej części pochwy i / albo wywołuje wodonercze lub dysfunkcjonalność nerki. Stopień IV daje nacieczenie pęcherza moczowego, odbytnicy albo szerzy się poza miednicę małą. Przerzuty odległe nie są często spotykane (McVie, Hossfeld, 1994).

1.2.2. Rak trzonu macicy

Rak trzonu macicy (błony śluzowej macicy) jest piątym co do częstości występowania nowotworem złośliwym u kobiet. Plasuje się po raku sutka, szyjki macicy, jelita grubego i żołądka (Markowska, 1999a).

W Polsce współczynnik zachorowalności w 1993 roku wynosił 10,9 (2858 zachorowań i 724 zgony), a w 1994 15,2 (Zatoński, Tyczyński, 1996). Liczba zachorowań w Polsce rośnie stopniowo od 1960 roku o około 2% rocznie (Wronkowski, Zwierko, Chmielarczyk, 1995). Podobne trendy zauważa się w skali światowej. W ostatnich latach w krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej stał się najczęstszym nowotworem narządu rodno. Na zamiany te składają się: wzrost liczby nowych zachorowań, obniżenie liczby inwazyjnych raków szyjki macicy oraz wzrost standardów środowiskowo-społecznych (Markowska, 1999a).

Ważną rolę w zachorowalności na raka trzonu macicy odgrywają czynniki hormonalne (Parazzini i in., 1991). Znaczenie ma egzogenna ekspozycja na estrogeny przy leczeniu hormonalnym w okresie okołomenopauzalnym oraz ekspozycja endogenna spowodowana takimi czynnikami jak: wczesna pierwsza miesiączka, późna menopauza, otyłość, guzy hormonalnie czynne. Progesteron i jego pochodne zmniejszają ryzyko zachorowalności, czym tłumaczy się ochronny wpływ ciąży i doustnych leków antykoncepcyjnych. Nowotwór trzonu macicy występuje zwykle u kobiet w wieku pomenopauzalnym (mediana 61 lat). Wśród wstępnych objawów najczęstszym jest krwawienie z dróg rodnych, co powoduje 75-90% rozpoznań we wczesnym stadium. Nowotwór ten charakteryzuje powolny wzrost i niewielka skłonność do przerzutów odległych. W efekcie rokowanie jest dobre (70-

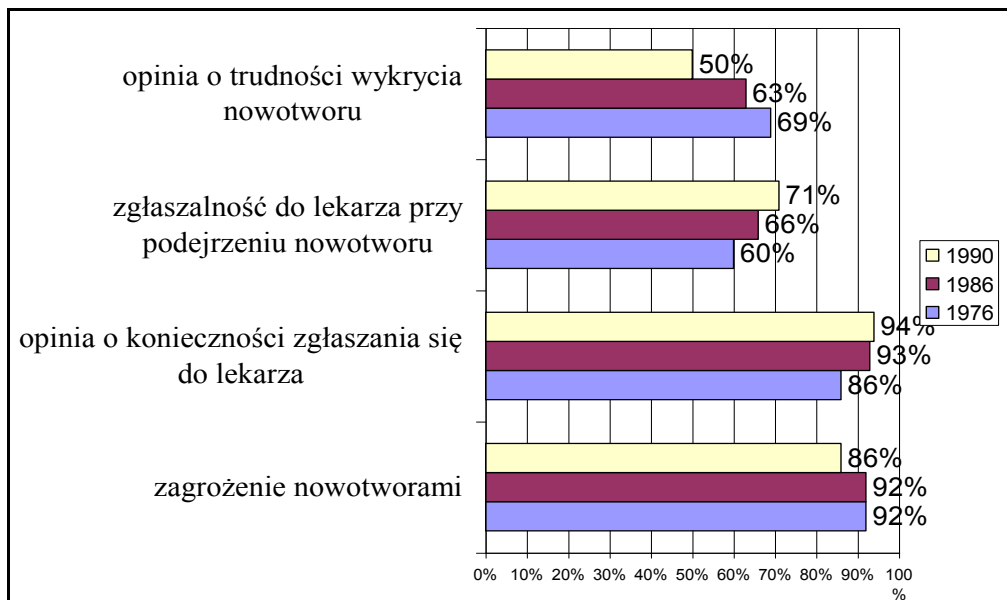
90% przeżyć pięcioletnich), a umieralność kilkakrotnie niższa od zachorowalności (Byrne i in., 1992; Markowska, 1999a; Zatoński, Tyczyński, 1996).

1.3. Wiedza społeczna dotycząca chorób nowotworowych

Zachowania prozdrowotne są podstawowym elementem profilaktyki chorób. Konieczne są następujące warunki wpływające na ich kontrolę: posiadanie wiadomości, umiejętności, nastawienie do podejmowania czynności prozdrowotnych oraz gotowość do stosowania zarówno wiedzy, jak i umiejętności.

Możliwość zachorowania na chorobę nowotworową 66% ankietowanych oceniało na takim samym poziomie jak u innych, natomiast na zawał serca 57% (Czapiński, 1998). Zadowoleni ze zdrowia spostrzegali mniejsze ryzyko zachorowania na nowotwór. W ten sam sposób oddziaływało złe samopoczucie i inne choroby (Chojnacka - Szawłowska, 1998). Młodzi mężczyźni lepiej oceniali własną kondycję zdrowotną niż kobiety (Zwoliński, 1997). Z danych GUS z 1996 (GUS, 1999) wynika natomiast, że 45% populacji ocenia stan zdrowia poniżej dobrego. Kobiety szacują je gorzej niż mężczyźni. W grupie wiekowej pomiędzy 45 a 64 rokiem życia, 82% kobiet opisuje zdrowie poniżej dobrego (przeciętnie 3,7 chorób). Dane te nie są zgodne z uzyskanymi przez Czapińskiego (1998).

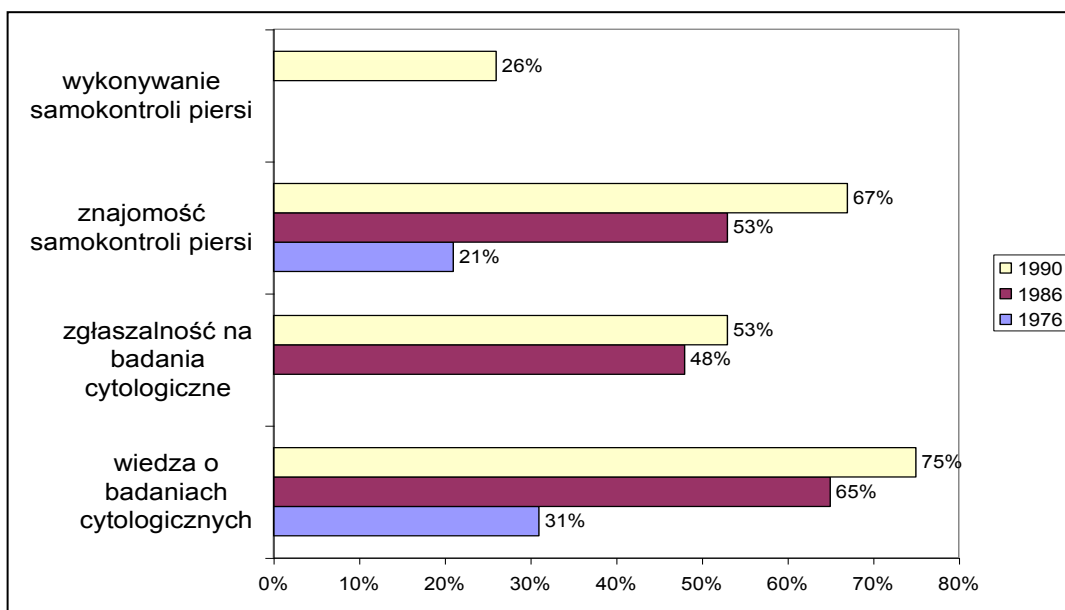
Uświadomienie polskiego społeczeństwa na temat chorób nowotworowych było przedmiotem badań prowadzonych przez Centrum Onkologii w Warszawie w latach 1976, 1986 i 1990 (Jokiel, 1994). Stwierdzono wiele pozytywnych zmian w posiadanej wiedzy dotyczącej nowotworów oraz zmianę stosunku do samej choroby, choć stan ten jest w dalszym ciągu niezadowolający (Rycina 1).



Rysunek 1. Zmiany w uświadomieniu społeczeństwa polskiego o nowotworach w latach 1976, 1986 i 1990 (Jokiel, 1994)

Opinia o uleczalności pojawiała się częściej niż w ubiegłym dziesięcioleciu i wyraźnie korelowała z faktem znajomości osoby wyleczonej. Głównym źródłem wiedzy o nowotworach była choroba w rodzinie (Adamczak, Godlewski, 1998). Posiadano przekonanie o uleczalności nowotworów w połowie zdiagnozowanych przypadków. Rosła potrzeba konieczności kontaktu z profesjonalną służbą zdrowia

w przypadku podejrzenia nowotworu oraz sama zgłaszalność do lekarza. Częściej deklarowano znajomość samokontroli piersi i wiedzę na temat badań cytologicznych oraz systematyczność ich podejmowania (Rycina 2) (Jokiel, 1994).



Rycina 2. Zmiany w uświadomieniu społeczeństwa polskiego o badaniach profilaktycznych w latach 1976, 1986 i 1990 (Jokiel, 1994)

Jak ilustrują powyższe dane, obserwuje się dysproporcję pomiędzy wiedzą dotyczącą badań profilaktycznych a ich podejmowaniem. Podając za GUS (1999), w 1995 badaniom cytologicznym poddało się 23,9% Polek, a mammograficznym 9,3%. Jest to różne od deklaracyjnych danych w badaniu Jokiel (1994). W regionie pomorskim wykonano mammografię dla 12,6% populacji, co daje najlepszą pozycję w kraju. Poprawa uświadomienia w zakresie profilaktyki tzw. nowotworów kobiecych dotyczyła przede wszystkim kobiet z wyższych warstw społecznych oraz w okresie aktywności seksualnej (Jokiel, 1994). Znajomość jednego z wczesnych objawów raka również wzrosła, ale wynik ten nie jest zadowalający (65% w 1990). Znacząco wzrosła opinia o niezaraźliwości nowotworów (do 89% w 1990). Opisane zmienne ujemnie korelowały z wiekiem, a dodatkowo z wykształceniem i statusem społecznym.

Chojnacka - Szawłowska (1998) we własnych badaniach uzyskała zdecydowanie gorsze wyniki. Stanowiły one ocenę rzeczywistej a nie deklarowanej wiedzy. Ponad połowa badanych nie potrafiła wymienić żadnego objawu choroby nowotworowej, a 32,3% znało tylko jeden. Jako pierwszy i najczęstszy podawano zgrubienie lub guzek. Natomiast długotrwała chrypka czy kaszel były bardzo rzadko wymieniane (2,79%). Zmiany w brodawce gruczołu piersiowego podawano sporadycznie (0,76%). W badaniach Nęcki i Górniaka (1999) najczęstszym symptomem nowotworu wymienianym przez ankietowanych był ból, w drugiej kolejności guzek. Stwarza to bardzo niekorzystną sytuację w diagnozowaniu nisko zaawansowanych nowotworów, a w szczególności płuca, krtani i piersi.

Wiedza na temat nowotworów nie zależała od poziomu wykształcenia, wieku czy stanu cywilnego (Chojnacka - Szawłowska, 1998). Mieszkańcy większych miast znali więcej objawów raka. Może to dowodzić szerszej dostępności i skuteczności akcji promocyjnych i uświadamiających w dużych ośrodkach miejskich oraz efektywności edukacji prowadzonej przez media. Lepsza znajomość symptomów

choroby wśród kobiet wydaje się być efektem przerwano tabu dotyczącego raka piersi. Działalność międzynarodowych organizacji (Europa Donna), stowarzyszeń byłych pacjentów (kluby Amazonki), aktywizacja prasy czy wreszcie publiczne mówienie o zachorowaniu i leczeniu choroby nowotworowej przez znane osoby, pozwoliły na znaczne otwarcie na tę problematykę oraz rozszerzenie się potrzeby oddziaływać profilaktycznych wśród kobiet z terenów o mniejszej dostępności zarówno do informacji na temat choroby, jak i specjalistycznych ośrodków (przychodni onkologicznych, specjalistycznych badań diagnostycznych).

Pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową wymieniali przeciętnie mniej objawów raka niż osoby, u których wykluczono chorobę bądź rozwinęła się ona do stadium ogniska pierwotnego. Wśród kobiet znajomość poszczególnych symptomów wiązała się z częstszym podejmowaniem badań kontrolnych. Chore kobiety potrafiły wymienić więcej objawów niż zdrowe, co sugeruje sytuacyjny charakter posiadanej wiedzy (Chojnacka - Szawłowska, 1998). Z drugiej strony opisuje się sytuacje związane z istnieniem "obronności poznawczej" korelującej z przeżywanym lękiem, który ma negatywny wpływ na funkcjonowanie poznawcze i behawioralne, zarówno kobiet i mężczyzn (Lambley, 1995). Pacjentki o wyższym natężeniu lęku osobowościowego z potwierdzonym rakiem sutka wymieniały znacząco mniej symptomów choroby. Podobne wyniki otrzymano wśród pacjentów obu płci z diagnozą zaawansowanej choroby nowotworowej. Z punktu widzenia leczenia zmniejszanie się lęku sytuacyjnego wraz z upływem czasu od dostrzeżenia objawów nie było korzystne (Chojnacka - Szawłowska, 1998). Najbardziej nasilony lęk sytuacyjny charakteryzował osoby zgłaszające się natychmiast, u których wykluczono chorobę nowotworową. Natomiast nie odnaleziono różnic w lęku osobowościowym w odniesieniu do stopnia zaawansowania choroby. Podsumowując, osoby zgłaszające się zbyt późno do onkologa defensywnie posiadają mniejszą wiedzę na temat choroby, ponieważ stanowi ona kolejne źródło zagrożenia. Próby obrony poznawczej i behawioralnej wyrażają się poprzez niechęć do myślenia, werbalizacji oraz unikanie badań lekarskich (Chojnacka - Szawłowska, 1998; Lambley, 1995).

Na postawę wobec choroby nowotworowej składają się poczucie zagrożenia chorobą (możliwość zachorowania), pesymizm terapeutyczny oraz czynnik ogólnomedyczny, czyli waga raka jako problemu (Nęcki, Górniak, 1999). Sytuację szczególnie obciążoną lękiem stanowił proces diagnostyczny choroby nowotworowej (de Walden - Gałuszko, 1992). Podejrzenie choroby i oczekiwanie na potwierdzenie diagnozy nowotworu wiązało się z realnym zagrożeniem życia oraz znaczących wartości. Często była to pierwsza konfrontacja ze śmiertelnością (Wirsching, 1994). W związku z tym zauważa się sytuacyjnie podwyższony lęk podczas procesu diagnozy, niepewność i obniżoną kontrolowalność (Chojnacka - Szawłowska, 1998). Obraz choroby nowotworowej prezentowany był jako schorzenie ciężkie, groźne i uciążliwe, a posiadana wiedza była niepełna i fragmentaryczna (Łosiak, 1999a). W polskich badaniach Łuczak i Roszaka (1990) 78,5% kobiet poddanych napromienianiu z powodu nowotworów narządów rodnych znalazło diagnozę, a 96,8% uświadamiało sobie powód pobytu w szpitalu. Z drugiej strony sama wiedza o rozpoznaniu była niewielka i zniekształcona, natomiast sposób leczenia określany był jako tajemniczy, stosowany w beznadziejnych przypadkach. Mimo negatywnego stosunku do leczenia i małej adekwatności informacji dotyczących choroby, większość pacjentek miała nadzieję na trwałą poprawę stanu zdrowia. Obraz choroby został ukształtowany we wczesnej fazie leczenia - po postępowaniu diagnostycznym

i ewentualnym zabiegu chirurgicznym. Obserwowano gwałtowny wzrost lęku przed rozpoczęciem każdego kolejnego etapu leczenia.

1.4. Metody leczenia nowotworów narządów rodnych

Radioterapia odgrywa znaczącą rolę w leczeniu nowotworów narządu rodnego u kobiet. Skuteczność napromieniania raka szyjki macicy we wczesnych stopniach zaawansowania jest porównywalna do wyników leczenia chirurgicznego, natomiast w późnych stopniach zaawansowania radioterapia jest metodą z wyboru w leczeniu tego nowotworu. Radioterapia jest też stosowana jako leczenie uzupełniające po leczeniu chirurgicznym (Urbański, Klimek, 1999).

Leczenie napromienianiem raka szyjki macicy, trzonu macicy i pochwy to kombinacja brachyterapii i teleterapii. Zastosowanie obu metod wynika z konieczności podania dawki terapeutycznej do obszaru całego narządu rodnego i regionalnych węzłów chłonnych zagrożonych przerzutami. Warunki anatomiczne narządu rodnego kobiety pozwalają na umieszczenie w macicy i w pochwie izotopów promieniotwórczych. Bardzo szybki spadek dawki otrzymanej z izotopów ze wzrostem odległości od miejsca założenia pozwala na ochronę narządów krytycznych: pęcherza i odbytnicy. Kombinacje brachyterapii i teleterapii pozostają nadal ogólnie akceptowaną formą leczenia tych nowotworów (Senkus - Konefka, 1994; Urbański, Klimek, 1999).

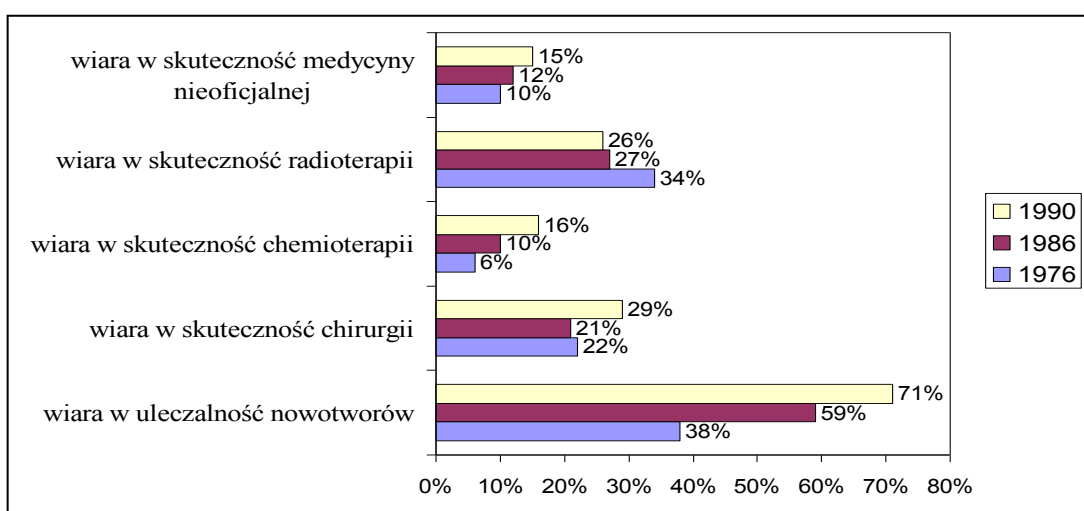
Brachyterapia zastosowana w leczeniu raka szyjki macicy uległa znacznym modyfikacjom w ostatnich latach. Początkowo używany izotop radu zastąpiony został przez izotopy irydu i cezu. Leczenie brachyterapią polega na założeniu aplikatorów dojamowych, zabezpieczonych przez tamponowanie. Brachyterapię aplikuje się w izolowanym pomieszczeniu (komora cezowa), z maksymalnym ograniczeniem ruchowym, a także utrudnieniach w komunikowaniu się z innymi, obniżeniem komfortu spożywania posiłku. Należy podkreślić, że ta metoda wiąże się z częstym występowaniem dolegliwości bólowych. Czas napromieniania jest zróżnicowany. Przeprowadzenie całej procedury zamyka się w ciągu jednej doby.

Celem teleterapii jest podanie do obszaru miednicy małej takiej dawki, aby łączna dawka w całym obszarze wynosiła 60 Gy, zaś dla narządów krytycznych nie przekroczyła 55 Gy. Wymaga to użycia terapii megawoltowej (cobalt-60, przyspieszacz liniowy), techniki wielopolowej (dwa pola przeciwstawne równoległe, cztery pola tzw. "box") i zastosowanie osłon w obszarze, który otrzymał wysoką dawkę z brachyterapii (Senkus - Konefka, 1994). Prawidłowo przeprowadzone leczenie i nie przekraczanie dawek tolerancyjnych na narządy krytyczne ma znaczny wpływ na zmniejszenie liczby powikłań - wczesnych (odczyn popromienny, dysfunkcje ze strony pęcherza, odbytnicy i układu pokarmowego: nudności, wymioty, brak łaknienia) i późnych (trwałe zaburzenia układu moczowego, odbytnicy, przetoki, suchość w pochwie) (Andersen, 1985; Flay, Matthews, 1995; Watkins Bruner i in., 1993). W napromienianiu nowotworów raka szyjki macicy i raka trzonu macicy skutki uboczne leczenia są zbliżone i zależne przede wszystkim od wieku pacjentki (Jereczek - Fossa, 1996). Inwazyjność i urazowość leczenia jest znaczna, zwłaszcza brachyterapii.

Aktualne doniesienia (Morris i in., 1999; Rose i in., 1999) wskazują na konieczność podjęcia nowej formy leczenia, jaką jest kombinacja radioterapii i chemioterapii, w przypadku nowotworów szyjki macicy. Równoczesne napromienianie z podawaniem cisplatyny może w znacznym stopniu wydłużyć bezwzględny czas przeżycia oraz czas przeżycia bez objawów choroby. Przeżycie

w 5-letnim okresie przy zastosowaniu radiochemioterpii wzrosło z 58% do 73% wszystkich leczonych, odpowiednio z 58% do 77% w niższym stopniu zaawansowania choroby oraz z 59% do 63% w przypadkach wysoko zaawansowanych (Morris i in., 1999). Z drugiej strony należy rozpatrzeć czy sumowanie metod leczenia będzie skutkowało proporcjonalnym wzrostem obciążenia fizycznego i psychicznego pacjentek. Wydaje się, że stres psychologiczny wynikający z choroby i leczenia przy równoczesnym stosowaniu dwóch metod spowoduje tylko nieznaczny jego wzrost, z uwagi na początkowy niski poziom wiedzy na temat zarówno napromieniania, jak i leczenia chemicznego.

Leczenie napromienianiem w percepcji społecznej odznacza się małym zaufaniem oraz koncentrowaniem się na negatywnych skutkach ubocznych, a nie na jej walorach leczniczych (Jokiel, 1994; Łuczak, Roszak, 1990). Mimo wzrostu wiary w uleczalność choroby nowotworowej Polacy pozostają nieufni do metod stosowanych przez medycynę (Rycina 3).



Rycina 3. Zmiany w uświadomieniu społeczeństwa polskiego o leczeniu nowotworów w latach 1976, 1986 i 1990 (Jokiel, 1994)

Jak ilustrują powyższe dane jako skuteczne leczenie wymieniano chirurgię i chemioterapię (wzrost wskaźników procentowych w stosunku do badań w roku 1976 i 1990, odpowiednio z 21% na 29% i 6% na 16%). Radioterapia staje się coraz mniej uznawana (34% i 27% w badaniach poprzednich w 1976 i 1986, 26% w badaniach z 1990). W badaniach Nęcki i Górniaka (1999) aż 50% ankietowanych nie знаło żadnej konwencjonalnej metody leczenia. Pacjentki chore na nowotwory narządów rodnych posiadały minimalną i zniekształconą wiedzę na temat leczenia (Łuczak, Roszak, 1990). Uważały je za „tajemnicze i okrutne”, stosowane w beznadziejnych przypadkach. Percepcja skuteczności wymienionych metod terapeutycznych dodatkowo korelowała z wykształceniem, statusem społecznym i zawodowym (Jokiel, 1994). Z drugiej strony niepokojący jest fakt wzrastającej wiary w korzystne oddziaływanie medycyny niekonwencjonalnej (odpowiednio 10%, 12%, 15% w 1976, 1986, 1990), zwłaszcza u osób starszych, o niższym statusie społecznym i wykształceniu.

Podsumowując, należy stwierdzić, iż o ile diagnoza choroby nowotworowej jest sytuacją stresową, to metody jej leczenia są kolejnym stresem o charakterze zagrożenia.

1.5. Etapy chorowania na nowotwory

Podstawowe reakcje na zachorowanie na chorobę nowotworową można prześledzić w kilku fazach. Kübler - Ross (1979) zwraca uwagę, że mogą pojawić się one jedna po drugiej, albo z pominięciem jednych, a ekspozycją innych. W początkowej fazie diagnozy spotyka się reakcję szoku i braku akceptacji choroby. Często reakcją jest ucieczka w samotność, izolacja, niechęć do podejmowania rozmowy na temat choroby. Trudności z akceptacją przekształcają się w gniew, bunt i przeciwstawianie się. Kolejno nadchodzi faza negocjacji i targowania się. W tej fazie są widoczne adaptacyjne procesy radzenia sobie. Następnie możemy mieć do czynienia z symptomami depresji jako wynikiem przeżywanego startu. Z drugiej strony jest to czas, w którym osoba chora może dokonać przewartościowania stawianych przed sobą celów. Efektem jest pogodzenie się z faktem choroby, jej spokojna akceptacja. Przejawia się to w aktywnej walce z chorobą lub współpracy z lekarzem. Nie można jednak zapominać, że wymienione reakcje mogą się powtarzać. Diagnoza nie jest odbierana przez pacjenta jako ostateczna i niezmienna, ale jako dynamiczny proces. Każde powikłanie po leczeniu oraz progresja choroby (najczęściej przerzuty) są traktowane jako inna choroba w sensie stawianej diagnozy. Podejście Kübler - Ross jest krytykowane za brak longitudinalnych obserwacji. Niektórzy uważają, że wyróżnione przez nią fazy są w istocie odrębnymi reakcjami poszczególnych pacjentów (Bishop, 2000).

Dwa różne modele przystosowania do choroby nowotworowej, Klingera i Shontza, opisał Sędek (1991). Znaczne podobieństwo do podejścia Kübler - Ross zauważa się w modelu przystosowywania się Klingera. W obliczu sytuacji nie poddającej się kontroli człowiek bezpośrednio reaguje pobudzeniem, następnie wrogością, depresją, by wrócić do normalnego funkcjonowania. Autor wskazuje, że fiksacja na jednym z etapów lub jego ominięcie jest przyczyną patologii. Odmienne poglądy prezentuje Shontz. Jego zdaniem stadia radzenia sobie z poważną chorobą występują w dwufazowym cyklu. Przeżywanie negatywnych emocji jest naprzemienne z unikaniem myślenia o sytuacji stresowej. Zmniejszenie intensyfikacji emocji i wycofywanie się jest podstawą efektywnej adaptacji. Badania empiryczne nie potwierdzają jednoznacznie słuszności jednego z przedstawionych modeli. Każdy z nich podkreśla negatywny znak i siłę uczuć w obliczu sytuacji traumatycznej. Brak ich ekspresji bądź uświadomienia przyczynia się do patologii. Model Shontza dodatkowo wskazuje na integralność ujemnych emocji z poznawczym unikaniem w sytuacji przeciążającej i niekontrolowalnej.

Oddzielnym problemem są fazy leczenia choroby nowotworowej (Juczyński, 2000). Pierwszym z nich jest proces diagnostyczny (zauważenie objawów podjęcie decyzji o konsultacji lekarskiej, badania diagnostyczne, potwierdzenie lub wykluczenie choroby). Kolejno podejmowane są poszczególne metody leczenia. Mogą być krótkotrwałe jak leczenie chirurgiczne, bądź długotrwałe jak radioterapia, czy cykliczne jak w przypadku chemioterapii. Leczenie może być realizowane w sposób samodzielny lub skojarzony, w środowisku szpitalnym lub ambulatoryjnie. Kolejnym ważnym etapem w terapii raka jest zakończenie leczenia i konieczność ponownego, nowego odnalezienia się w społeczności. Powrót do zdrowia, często zmienionego, ze stygmatem choroby nowotworowej wymaga od byłych pacjentów wielu zmian w pełnionych rolach małżeńskich, rodzinnych i zawodowych (Lerner, 1997; Miltz, 1997). Nierzadko, mimo leczenia, dochodzi do postępu choroby. Pacjent staje w obliczu zbliżającej się śmierci. Faza opieki hospicyjnej jest bardzo trudna z powodów somatycznych (dolegliwości bólowe), psychologicznych

(nieuniknioność śmierci) i społecznych (relacje interpersonalne, bliskie więzi) (de Walden - Gałuszko, 1992).

Dynamikę procesu reakcji na chorobę i leczenie u kobiet z rozpoznaniem raka szyjki i trzonu macicy doskonale opisali Łuczak, Kuczyński i Roszak (1995). Badane były leczone radioterapią samodzielną lub uzupełniającą po zabiegu chirurgicznym. W fazie rozpoznania, kobiety na wiadomość o chorobie nowotworowej reagowały szokiem, załamaniem systemu wartości, przeżywały konflikt między pełnionymi rolami rodzinnymi i zawodowymi a walką o odzyskanie zdrowia. Dolegliwości bólowe, krwawienia, badania diagnostyczne utrudniały realizację dotychczasowego trybu życia. Obserwowano pogorszenie jakości życia. Podjęcie leczenia pozwalało na odzyskanie nadziei i wiary w trwałą poprawę zdrowia. Osłabienie bądź zlikwidowanie symptomów choroby (ból i krwawienia) dawało w efekcie poprawę jakości życia. Przebywanie wśród osób znajdujących się w podobnej sytuacji wzmacniało poczucie bezpieczeństwa oraz przyspieszało adaptacyjność procesów zaradczych. Zakończenie leczenia w postaci napromieniania stawiało badane przed pytaniem o jego skuteczność. Powrót do otoczenia cechował lęk przed etykietą pacjenta chorego na raka. Brak bezpośredniej opieki medycznej stwarzało warunki do wzrostu hipochondryzacji (reakcje lękowe, panika). Dla kobiet aktywnych zawodowo trudne okazało się przejście na rentę. Obniżało się poczucie sensu życia i celów do realizacji z powodu ograniczeń w wykonywaniu prac domowych. Relacje małżeńskie i seksualne konfrontowały z poczuciem utraty atrybutów kobiecości (przerwana zdolność do prokreacji, zanik miesiączek, wejście w fazę klimakterium, brak macicy). Spośród badanych kobiet połowa podjęła współżycie seksualne w pierwszym roku po zakończeniu leczenia. Jednakże obawy przed nawrotem choroby, bólem i krwawieniem skłoniły aż jedną czwartą z nich do zrezygnowania z pożycia seksualnego. Stwierdzono obniżenie jakości życia z powodu poczucia odmienności. Postęp choroby pomimo zastosowanego leczenia wzmagał zależność od innych osób oraz poczucie bezradności. Jakość życia gwałtownie pogarszała się z powodu nasilającej się symptomatologii (ból, przetoki, progresja choroby). Skuteczna terapia przeciwbólowa pozwalała na podwyższenie jakości życia. Cytowane badania Łuczak i współautorów (1995) posiadają małą wartość psychometryczną (zastosowaną metodą była rozmowa psychologiczna), jednakże mają walor poznawczy przedstawiając dynamikę adaptacji i dysfunkcjonalności w przebiegu życia z chorobą nowotworową.

Podsumowując, każda z faz choroby i leczenia posiada swoją specyfikę. Można zauważyć, że fluktuacja natężenia symptomów choroby nowotworowej narządów rodnych (krwawienia, ból) oraz czynników emocjonalnych (lęk przed stygmatyzacją, nadzieja na odzyskanie zdrowia, lęk przed nawrotem choroby) są podstawowymi wyznacznikami decydującymi o subiektywnej jakości życia.

2. PSYCHOLOGICZNE KONCEPCJE STRESU

2.1. Modele stresu

We współczesnym ujęciu stres rozumiany jest jako zakłócenie lub antycypacja zakłócenia pomiędzy zasobami jednostki i wymaganiami ze strony otoczenia (Antonovsky, 1995a; Lazarus, 1993). Można ująć je w dwóch kategoriach: reakcji - transakcji oraz obiektywności - subiektywności.

Rozumienie stresu jako reakcji (Selye, 1979) jest jednostronne i traktuje się to podejście jako historyczne. Niewątpliwą zasługą biologicznego modelu Selye'go było wskazanie na istnienie "nieswoistych cech choroby" i uznanie ich za istotną właściwość stresu. Pogląd Selye'go został zakwestionowany przez Masona (za Makowska, Poprawa, 1996). Wykazał on, że układ endokrynnny reaguje w sposób zróżnicowany na odmienne typy zagrożeń. Mason podkreśla, że reakcja stresowa jest konsekwencją wzrostu pobudzenia emocjonalnego, zależnego od wyższych procesów poznawczych, odpowiedzialnych za ocenę stopnia zagrożenia. Podobnie uznali autorzy poznawczych teorii stresu (Folkman, Lazarus, 1988b; Lazarus 1986).

Aktualnie najczęściej ujmuje się stres jako relację pomiędzy jednostką a sytuacją. Niektórzy autorzy (Lazarus, 1986; Folkman, Lazarus, Dunkel - Schetter i in., 1986) podkreślają subiektywne znaczenie percepcji stresu. Podmiot decyduje o przyznaniu sytuacji statusu stresu (podejście fenomenologiczne). Inni (Hobfoll, 1989; Reykowski, 1966; Terelak, 1995; Tomaszewski, 1963) zakładają istnienie obiektywnych cech sytuacji stresu. W rozumieniu stricte poznawczym obiektywnymi są te sytuacje, które większość w populacji oceni jako zagrażające.

Tomaszewski (1963) podkreśla brak dopasowania i równowagi potrzeb podmiotu, warunków otoczenia i podjętych czynności. Reakcja wobec otoczenia, w którym istnieje zagrożenie lub rzeczywista utrata własnych sił oraz brak wzrostu po ich zainwestowaniu powoduje stres. Hobfoll (1989) przesuwając akcent z relacji na jednostkowe zasoby warunkujące radzenie sobie w sytuacjach trudnych. Różni się to od koncepcji dopasowania pomiędzy podmiotem a środowiskiem. Stres psychologiczny to reakcja na otoczenie, w którym występuje groźba, rzeczywista utrata sił lub brak zasobów spowodowany wcześniejszym ich wyeksploatowaniem. Do wystąpienia stresu wystarczy antycypacja, doświadczona strata lub niemożność odtworzenia zasobów. Antonovsky (1995a) łączy zgeneralizowane zasoby odpornościowe w odniesieniu do wszechobecności stresu, podkreśla istnienie stresu pozytywnego (eustres) i negatywnego (dystres), przez co nawiązuje do poglądów Selye'go (1979). Globalność stresu traktowana jako niespecyficzna reakcja organizmu na wszelkie wymagania, zbliża biologiczne, psychosomatyczne i psychologiczne teorie stresu (Terelak, 1995).

Obiektywność stresujących zdarzeń określa ich rodzaj: sytuacja traumy przebiegająca w ekstremalnych warunkach (stres obiektywny), ważne wydarzenia życiowe oraz drobne zdarzenia życia codziennego (stres subiektywny). Zarówno Antonovsky (1995a, 1997) i Hobfoll (1989) uwzględniają wagę kontekstu społecznego w rozumieniu transakcji stresowej. Wśród wielu definicji stresu psychologicznego pomija się poziom fizjologiczny. Stres to stan, na który składają się silne, negatywne emocje oraz towarzyszące im zmiany fizjologiczne i biochemiczne, przekraczające normalny poziom pobudzenia (Fąfrowicz, Marek, 1999; Strelau, 1996). Podejście to wydaje się uzupełniać dotychczasowe rozumienie relacji stresu pomiędzy środowiskiem a podmiotem jako całością. Dowody

o istnieniu związku pomiędzy funkcjonowaniem poznawczym i emocjonalnym a sprawnością immunologiczną, w kontekście zachowania zdrowia, nie powinny pomijać fizjologicznych aspektów reakcji na stawiane wymagania (Ader, 1990; Ciarkowska, 1992; Everly, Rosenfeld, 1992; Sadowski, Chmurzyński, 1989; Sheridan, Radmacher, 1998).

Choroba jako sytuacja stresowa znajduje wielostronne wyjaśnienie w modelu stresu Antonovsky'ego, którego pierwowzór można odnaleźć w transakcyjnym podejściu Lazarusa.

2.2. Koherencyjna teoria stresu Antonovsky'ego

Podstawowym pojęciem koncepcji Antonovsky'ego jest poczucie koherencji. Definiuje je jako "globalną orientację jednostki, wyrażającą stopień jej ogólnego, trwałego, choć dynamicznego poczucia pewności, że wewnętrzne i zewnętrzne środowiska są przewidywalne i że istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że sprawy potoczą się tak, jak można to sensownie przewidzieć". Jest to poznawczo - emocjonalny sposób spostrzegania rzeczywistości, pozwalający na odbieranie otaczających zjawisk jako zrozumiałych, poddających się kontroli i sensownych. Istotą jest efektywne radzenie, sobie czyli "behawioralna immunologia" (Antonovsky, 1997, s. 213 i 214).

Poczuciu koherencji przypisano trzy, w pewnym zakresie autonomiczne elementy: poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności (Antonovsky, 1995a). Zrozumiałość wiąże się z poznawczym aspektem sytuacji. Jest to stopień spostrzegania napływających bodźców jako informacji spójnych i ustrukturyzowanych. Pozwala to na antycypację określonych sytuacji, a w przypadku wystąpienia nagłych i nowych, skutkuje dążeniem do ich uporządkowania. Im bardziej stały jest ciąg doświadczeń życiowych, tym większa przewidywalność następnych. Logiczność lub jej brak jest tą cechą sytuacji, która kształtuje poczucie zrozumiałości. Drugim elementem jest poczucie zaradności. Jest to zakres dostrzeganych zasobów w celu sprostania wymaganiom (zbyt wysokim lub za niskim). Stanowi o poczuciu zdolności do zarządzania środkami, dzięki którym można aktywnie wpływać na sytuację. Równowaga przeciążenie - niedociążenie określa stopień dopasowania wielkości wymagań do indywidualnych możliwości sprostania im. Wielkość i częstość przeżywanych przez podmiot stanów skrajnych kształtuje wymiar zaradności. Trzecim komponentem jest poczucie sensowności. Wiąże się z emocjonalno - motywacyjnym stosunkiem do sytuacji i określa poziom poczucia, że życie ma sens, oraz że problemy i wymagania warte są wysiłku i zaangażowania. Udział w podejmowaniu decyzji ma wpływ na tworzenie się poczucia sensowności. Zwiększa to intensywność zaangażowania w sprawy, na które jednostka ma wpływ oraz poszerza obszar działań uznawanych za ważne. Poczuciu koherencji przypisuje się wymiary życia, które są subiektywnie znaczące dla danej jednostki. Koniecznymi są obszary własnego życia emocjonalnego, bliskich relacji interpersonalnych, podstawowej aktywności życiowej oraz zadań egzystencjalnych. Dla zachowania zdrowia efektywnym sposobem działania jest umiejętność zawężania granic i elastycznego wyłączania obszarów uznawanych za ważne. Wymiar granic jest dodatkowym komponentem poczucia koherencji.

Poczucie koherencji jest podstawą dla ogólnych zasobów odpornościowych. Antonovsky i współautorzy (1990) przyjmują zgodnie z koncepcją Ericksona, iż poczucie koherencji kształtuje się w toku doświadczenia życiowego, do końca stadium wczesnej dorosłości i może przebiegać w różnorodny sposób. Ludzie

wychowywani w odmiennych kulturach oraz pochodzący z różnych warstw społeczno - ekonomicznych mogą rozwinać podobny poziom poczucia koherencji, choć osadzeni w innym systemie znaczeń i wartości (Bowman, 1996).

Warunkiem silnego poczucia zaradności jest mocne poczucie zrozumiałości, choć nie gwarantuje ono dobrego radzenia sobie. W przypadku nierównowagi pomiędzy zaradnością i zrozumiałością, kierunek działania zależy od poczucia sensu. W związku z tym Antonovsky (1995a) wyróżnia jednostki o typach stabilnych i niestabilnych z tendencją do kierunkowej zmiany.

Podmiot posiada zgeneralizowane zasoby odpornościowe psychospołeczne i biologiczno - konstytucjonalne sprzyjające efektywnemu radzeniu sobie ze stresem (Antonovsky 1995a, 1997). Ich brak lub deficyt może stać się niezależnym źródłem stresu. Jest to odmienne niż w rozumieniu Hobfoll (1989), dla którego ochrona zasobów jest nadrzędna w transakcji stresowej. Według Antonovsky'ego (1995a) nie można utożsamiać stresu z napięciem emocjonalnym. Stresorem, pozytywnym lub negatywnym, jest element wprowadzający entropię, brak spójności, niedociążenie lub przeciążenie oraz brak wpływu na decyzje. Podkreśla się znaczenie nowości jako generatora dysonansu pomiędzy posiadanymi a potrzebnymi reakcjami zaradczymi. Uogólnione zasoby odpornościowe wspomagają ocenę i interpretację czynników stresowych. Autor wyróżnia stresory przewlekłe, ważne zdarzenia życiowe i dokuczliwe kłopoty codzienne. Stresory chroniczne opisuje jako sytuację stałą, względnie trwałą i ciągłą. Charakterystycznym jest długotrwały niedobór zasobów i niemożność pełnienia ról. To właśnie na nie brak jest wypracowanych, dostępnych sposobów. Istotne jest nie samo zdarzenie, ale przede wszystkim konsekwencje, które z sobą niesie. W ten sposób choroba nowotworowa przyjmuje cechy stresora przewlekłego. Sytuacje o charakterze przewlekłym dostarczają jednostce doświadczenia życiowego, charakteryzującego się tym, iż lokuje się ona bliżej jednego bądź drugiego krańca kontinuum zdrowie - choroba w poszczególnych sferach: zrozumiałości, zaradności i sensowności. Prowadzi to do umacniania lub osłabiania poczucia koherencji. Indywidualny potencjał odpornościowy i poziom poczucia koherencji wpływają na efektywność radzenia sobie z trudnościami, osiągnięcie zadowolenia z życia, dobrostan psychiczny. Poczucie koherencji jest właściwością, która w sytuacji zagrożenia mobilizuje (bądź demobilizuje) potencjalne zasoby zdrowotne. Jest dobrym predyktorem zaradności i jakości życia.

Kłopoty codzienne nie mają one znaczenia dla siły koherencji oraz zasobów odpornościowych (Antonovsky, 1995a). Natomiast Lazarus (1983) podkreśla ich wpływ na system wartości i możliwość realizowania celów. Zarówno zasoby i stresory wpływają bezpośrednio na funkcjonowanie podmiotu. Ukierunkowanie na spójność i niezależność to najważniejsze zasoby społeczno - środowiskowe (Billings, Moos, 1981).

Silne poczucie koherencji nie jest utożsamiane ze stylem radzenia sobie (Antonovsky, 1995a; Koniarek, Dudek, 1996). Osoby o takiej orientacji dokonują bardziej trafnej oceny charakteru i zakresu problemu. Spośród dostępnego repertuaru zasobów wybierają strategie najbardziej adekwatne do stresora. Silne poczucie koherencji sprzyja kształtowaniu aktywnego i adaptacyjnego stylu zaradczego w zmaganiu się ze stresem (Bowman, 1996; 1997). Czynnikiem znaczącym w procesie mobilizacji zasobów jest poziom poczucia sensowności.

2.3. Transakcyjny model stresu Lazarusa

2.3.1. Założenia poznawczej teorii stresu

W ujęciu poznawczym stresem jest spostrzeżenie przez człowieka własnej sytuacji jako rzeczywistości bądź antycypacyjnie uniemożliwiającej realizację ważnego stanu motywacyjnego, która powoduje wzmożenie afektu i uruchomienie procesów regulacyjnych w celu zminimalizowania tego stanu oraz optymalnej kontynuacji efektywnego funkcjonowania (Lazarus, 1986).

Jednym z podstawowych pojęć w teorii Lazarusa (1986) jest transakcja, czyli wymiana pomiędzy osobą (cechy osobowościowe, przekonania, wartości, umiejętności) a otoczeniem (wymagania, ograniczenia, zasoby). Stres psychologiczny wynika z relacji przystosowania i powstałej interakcji. Istotą zjawiska stresu psychologicznego jest zdolność do antycypacji przyszłych zdarzeń. Jednostka dokonuje oceny poznawczej bodźców poprzez ich uświadomienie, interpretację i ocenę (Folkman, Lazarus, 1986b; Folkman, Lazarus, Dunkel - Schetter i in., 1986; Lazarus 1986; 1992). Ocena pierwotna określa znaczenie sytuacji dla własnego położenia (Folkman, Lazarus, Dunkel - Schetter i in., 1986). Autor rozróżnia trzy rodzaje sądów: obojętnych, sprzyjająco - pozytywnych (wzbudzone są emocje pozytywne) oraz stresujących (etap 1). Te ostatnie można podzielić na krzywdę i stratę (poczucie dokonania się), zagrożenie (antycypacja negatywnych skutków) oraz wyzwanie (antycypacja opanowania sytuacji lub osiągnięcia zysków) (etap 2). Ocena sytuacji jako zagrożenia powoduje wystąpienie stresu psychologicznego. Ocena wtórna pojawia się po otrzymaniu informacji zwrotnych ze strony otoczenia. W tym przypadku wartościowaniu podlegają możliwości i zasoby jednostki. Procesy oceny poznawczej pierwotnej i wtórnej są współzależne.

Przystosowanie, czyli radzenie sobie występuje na trzech poziomach: społecznym (charakter interpersonalny z uwzględnieniem kontekstu społecznego), psychologicznym (subiektywna ocena znaczenia sytuacji przez podmiot) i fizjologicznym (stan mobilizacji do działania wywiera wpływ na fizjologiczne funkcjonowanie organizmu) (Heszen - Niejodek, 1996; Lazarus, 1986; Wrześniewski, 1997). Natomiast Siwak - Kobayashi (1997) włącza również poziom neurofizjologiczny i immunologiczny. Skuteczność na jednym poziomie nie implikuje efektywności na pozostałych (Wrześniewski, 1997).

Za początek procesu oceny Shalit (za Sęk, Ścigała, 1996) uznał określenie pewności i jednoznaczności bodźca (koherencja bodźca). W dalszej kolejności oceniana jest jego wartość, znaczenie, istotność sytuacji i stopień niebezpieczeństwa (etap oceny pierwotnej według Lazarusa) oraz zgodność zasobów ze spostrzeganymi wymogami zewnętrznymi. Antonovsky (1995a) zgadza się z Shalitem, który podkreśla wagę oceny końcowej. Im wyższa niejednoznaczność sytuacji tym większy wpływ osobowości na kształtowanie się oceny poznawczej (Lazarus, 1992; 1998c).

Emocje są wynikiem lub reakcją na rzeczywiste albo antycypowane transakcje z otoczeniem, w których pośredniczą procesy poznawcze (Folkman, Lazarus, 1988a). W reakcji na stresor są zjawiskiem wtórnym, ale mają naczelne znaczenie dla dalszego przebiegu transakcji (Folkman, Lazarus, 1988b; Lazarus, 1992). Lazarus (1998c) i Antonovsky (1995a) definiują w podobny sposób regulacyjną funkcję emocji. Emocja zawsze odnosi się do treści oceny poznawczej i dotyczy wpływu bodźca na dobrostan jednostki. W drugiej fazie oceny pierwotnej emocje pozytywne lub negatywne, ale zogniskowane, łatwiej poddają się regulacji, lepiej motywują i sprzyjają adekwatnemu działaniu ukierunkowanym

instrumentalnie. Ważną cechą zdaniem Lazarusa (1998c) jest stopień uświadomienia przeżywanych emocji. Antonovsky (Antonovsky, 1995a; Antonovsky i in., 1990; Langius, Björvell, Antonovsky, 1992) twierdzi, iż osoby o silniejszym poczuciu koherencji częściej przeżywają zogniskowane emocje, uświadamiają je sobie oraz adekwatnie lokują odpowiedzialność za zdarzenie, dotyczącą zarówno sukcesów, jak i porażek. Poczucie koherencji nie różnicuje siły przeżywanych emocji w obliczu zdarzeń o charakterze traumy. Lazarus (1998a; 1998b) neguje sekwencyjność oceny poznawczej. Twierdzi, że dla danego wzorca oceny uruchamiana jest specyficzna emocja. O sile pojawiających się uczuć decyduje ocena kosztów poprzez określenie zgodności z preferowanymi celami. Znak emocji wynika ze stopnia zbieżności z aktualnymi, ważnymi celami. Charakter danej transakcji wyznacza również proces radzenia sobie (Folkman, Lazarus, 1988b; Lazarus 1986). Są to dwa zasadnicze mediatory stresowych transakcji. Ich podstawowym celem jest utrzymanie bądź osiągnięcie dobrostanu oraz adaptacja do wymogów zewnętrznych i własnych.

Łącząc osiągnięcia Lazarusa i Antonovsky'ego, Sheridan i Radmacher (1998) zaproponowali interakcyjny model stresu w ujęciu systemowym. Stresor jest tym wszystkim, co stawia wymagania. Ocena poznawcza pierwotna dotyczy znaczenia stresora, natomiast ocena wtórna możliwości zasobów własnych. Te ostatnie rozumiane są podobnie do zasobów definiowanych przez Hobfolla (1989), zgeneralizowanych zasobów odpornościowych Antonovsky'ego (1995a) i odporności Kobasy. Reakcja krótkotrwała jest odpowiedzią na wymagania stawiane przez stresor. Zbliżona jest do pobudzenia. Ten element jest szczególnie ważny w sytuacjach doświadczeń ekstremalnych. Reakcja krótkotrwała obejmuje zachowania wchodzące w skład reakcji alarmowej według Sely'ego (1979). Radzenie sobie może ograniczyć się do zmagania się z reakcją krótkotrwałą. Następstwem są efekty neutralne, eustres lub dystres. Przedłużający się dystres, czyli nadmierne obciążenie lub przeciążenie, prowadzi do zaburzeń psychofizjologicznych. Występują one w stadium odporności i wyczerpania GAS Sely'ego (1979). Model Sheridana i Radmachera (1998) łączy podejście poznawcze z fizjologicznym.

2.3.2. Zniekształcanie oceny

W ocenie zagrożenia i podejmowania ryzyka ma udział inklinacja do nierealistycznego optymizmu. Przejawia się w przecenianiu prawdopodobieństwa pozytywnych konsekwencji zdarzeń i niedocenianiu negatywnych oraz pełni ważną rolę adaptacyjną przystosowując człowieka do sytuacji niebezpiecznych, groźących utratą cenionych wartości (Goszczyńska, 1997; Sędek, 1991). W sytuacji ryzyka, w której poczucie zagrożenia przekracza dopuszczalny próg tolerancji, ludzie radzą sobie na dwa sposoby. Pierwszy z nich to podjęcie działań zmniejszających zagrożenie, natomiast drugi to wprowadzanie działań symbolicznych ułatwiających adaptację. W tym ostatnim szczególną rolę odgrywa nierealistyczny optymizm, zwłaszcza, gdy zagrożenie jest antycypowane lub występuje incydentalnie. W przypadku braku wiedzy o przyczynach i skutkach oraz sposobach zapobiegania zagrożeniom może zostać uruchomiony mechanizm nierealistycznego pesymizmu. Efekt nierealistycznego optymizmu będzie osłabiony, gdy zagrożenie jest realne albo jest nowe i nieznanne. Pozostaje to w opozycji do poglądów Taylor (1984), dotyczących sytuacji diagnozy choroby nowotworowej.

Źródła rozbieżności w ocenie są szczególnie widoczne pomiędzy ekspertami i laikami (Goszczyńska, 1997). Wynika to z faktu posiadania różnego rodzaju informacji lub przypisywaniu im odmiennej wagi. Eksperti szacują ryzyko na

podstawie danych statystycznych. Laicy biorą pod uwagę okoliczności towarzyszące zagrożeniu oraz takie czynniki jak: "bezwzględność" negatywnych skutków, możliwość zapobiegania i sprawowania kontroli nad nimi, dystans czasowy dzielący zdarzenie od konsekwencji. U laików decyduje czynnik emocjonalny. Na ocenę zagrożenia wpływają cechy podmiotowe (zwłaszcza przeżywany lęk) i cechy sytuacji (wyrazistość zagrożenia). Wśród ludzi powszechnie jest dążenie do sprawowania kontroli nad zdarzeniami, zwłaszcza gdy dotyczą ważnych dla nich wartości (Heszen - Niejodek, 1996). Posiadanie wpływu zwiększa motywację do działania i do pewnego stopnia zwiększa też jego skuteczność (Goszczyńska, 1997). Kontrola to spostrzegana przez człowieka zależność pomiędzy własnym działaniem a osiąganymi wynikami. Wysoko oceniając kontrolowalność zdarzeń (wewnątrzsterowność) ludzie mogą akceptować wyższe ryzyko niż zewnątrzsterowni. Przy ocenie złożonych zagrożeń cechy osobowościowe odgrywają znacznie większą rolę.

Czynności poznawcze w sytuacji zagrożenia są selektywne, przez co sprzyjają aktywności do realizacji osobistych celów (Taylor, 1984). Zniekształcenia dotyczą wiedzy i oceny skutków działań poprzez stosowanie niewłaściwych reguł wnioskowania. Złudzenia są źródłem dobrego samopoczucia. U osób zdrowych psychicznie zauważa się trzy rodzaje złudzeń. Jest to skłonność do podtrzymywania nadmiernie pozytywnego wizerunku, przecenianie wpływu nad przebiegiem zdarzeń oraz nierealistyczny optymizm i wiara w sukces.

Iluzje są częścią systemu przekonań i nastawień o charakterze obronnym w zmaganiu się z chorobą nowotworową (Kubacka - Jasiocka, 1995b; Sędek, 1991, Taylor, 1984). System ten sprzyja poszukiwaniu znaczenia i pozytywnego sensu w zagrożeniu (zmiana atrybucji przyczyn), wzmacnianiu poczucia kontroli oraz dążeniem do odzyskania równowagi w samoocenie. Warunkiem efektywności obronnej systemu jest jego subiektywizm i zniekształcenia. Te ostatnie są wynikiem dokonywania specyficznych sądów w ocenie znanych faktów (Taylor, 1984). Badania zespołu Heszen (za Kubacka - Jasiocka, 1995b) przeciwstawiają się doniesieniom o powszechności i efektywności iluzji. Złudzenia mogą posiadać adaptacyjny charakter w trakcie radzenia sobie z procesem chorowania na różnych jego etapach, a nie z faktem choroby. Negatywny wpływ złudzeń to przede wszystkim zniekształcenie percepcji symptomów oraz odracanie działań sprzyjających zdrowieniu. Powszechność iluzji jest znaczna, gdy rozpatruje się poszczególne elementy obrazu choroby nowotworowej i postawy względem niej (selektywność procesu). Warto podkreślić, że obrony według Taylor (1984) dążą nie tylko do zaprzeczania (samooszukiwania), ale sprzyjają pozytywnemu przewartościowaniu oraz dystansowaniu się wobec zagrożenia. Obniżają napięcie i lęk, zwłaszcza w pierwszej fazie zmagania się, jak i w końcowej przy wyczerpaniu odporności. Ponadto obrony mogą być motorem do podjęcia realnej i efektywnej próby zmagania się z zagrożeniem (Grzeżołowska - Klarkowska, 1991). W fazie diagnozy choroby nowotworowej mogą być przyczyną zwlekania (Andersen i in., 1995).

Procesy obronne są zróżnicowane, gdyż ludzie tworzą odmienne koncepcje choroby. Zdaniem Kubackiej - Jasiockiej (1995b; 1999) mechanizmy represywne wpływają na obniżenie lęku, zarówno stanu, jak i cechy. Choć w niektórych sytuacjach (zlokalizowana choroba nowotworowa) paradoksalnie wzmagają lęk. Ponadto, mechanizmy obronne sprzyjały stałości percepcyjnej oraz zachowaniu własnych możliwości i sprawności intelektualnej. Celem obrony jest podtrzymywanie "ja" idealnego i przeciwstawianie się nadwartościowaniu "ja" realnego sprzed

choroby. Służy zachowaniu dotychczasowej tożsamości, pozostając efektywne na poziomie psychologicznym i społecznym, ale nie na somatycznym.

Przełożenie wybranej strategii na zachowanie spowoduje sprzężenie zwrotne, prowadzące do korekty ewentualnych błędów. Elastyczność i prawidłowość zmian jest efektem oceny trzeciorzędowej w rozumieniu Antonovsky'ego (1995a). Jednostka o słabym poczuciu koherencji może pomijać napływające informacje, nie będzie doceniała informacji podważających słuszność wcześniejszego wyboru. Spowoduje to sztywność procesu zaradczego w stosunku do napływających informacji. Jeden, stały, sztywno realizowany typ obrony jest nieadaptacyjny (Kubacka - Jasiocka, Wrona - Polańska, 1981).

Ocenę poznawczą jako wynik procesów przetwarzania informacji opisuje model wielopoziomowych reprezentacji umysłowych Greenwalda (1986). Model wyjaśnia paradoks samooszukiwania na poszczególnych poziomach przetwarzania informacji poprzez nieparadoksalne unikanie wiedzy. Brak zidentyfikowania specyficznego zagrożenia prowadzi do nie wyciągania wniosków. Niepożądane informacje pozostają nieznanne. Wiedzy unika się, a nie wypiera. Dostrzeganie zagrażających informacji i pomijanie ich zbliżone jest do obronności percepcyjnej. Antycypacja nie jest tym samym co wiedza. Greenwald (1986) wymienia trzy typy unikania. Przedświadoma analiza cech prowadzi do unikania nieświadomej wiedzy. Słabe zogniskowanie uwagi oraz brak zainteresowania informacjami sprzyja unikaniu treści przekazu. Podobne znaczenie ma brak zaangażowania (Antonovsky, 1995a). Ograniczenie zrozumienia, opracowania przekazu, cechuje unikanie niepożądanych wniosków. Najpowszechniejsze i bardzo efektywne unikanie ma charakter raczej behawioralny niż poznawczy. Charakteryzuje się unikaniem zdarzeń, mogących przynieść niepożądaną lub nieużyteczną wiedzę. Polega na braku kontaktu ze zdarzeniami poszerzającymi niekorzystne informacje, więc nie ma podstaw do podejrzenia świadomego unikania. Unikanie behawioralne wyprzedza nawet pierwszy poziom analizy związanej z identyfikacją obiektu. W ten sposób samooszukiwanie i unikanie związane jest bardziej ze słabością w przetwarzaniu informacji oraz przecenianiem i niedocenianiem określonych bodźców. Ocena poznawcza będzie w tym wypadku skutkiem przeprowadzonej analizy obarczonej błędami na poszczególnych poziomach. Zarówno Taylor (1984), jak i Greenwald (1986) podkreślają wagę błędów popełnianych w ocenie i podejmowaniu decyzji. Autorzy ci nie wskazują na świadome działania ze strony podmiotu zmierzające do zniekształcania faktów. Emocje mają wpływ na dokonywanie prawidłowych sądów. Zogniskowane stanowią płaszczyznę do uruchamiania mechanizmów zaradczych. Natomiast rozproszone uaktywniają mechanizmy obronne, sprzyjające zniekształceniom (Antonovsky, 1995a). Dążenie do nadania koherencji sytuacji jest podstawą pozytywnego radzenia sobie (Shalit za Antonovsky, 1995a; Sęk, Ścigała, 1996). Brak koherencji spostrzeganej sytuacji stanowi uniwersalny i pierwotny czynnik stresogenny. Za decydujące uznaje się poznawcze i emocjonalne uporządkowanie stresora i gotowość do konfrontacji (Antonovsky, 1997). W tym ujęciu wiedza jest traktowana jako element zasobów odpornościowych. Wśród osób o silnym poczuciu koherencji jest poszukiwana, gdy przewiduje się jej przydatność, w porównaniu do stanu, w którym prowadziłyby do przeciążenia (instrumentalny i emocjonalny charakter poszukiwania informacji). Wiedza i sprawność procesów poznawczych jest podstawą prawidłowo dokonywanych sądów.

2.4. Stres ekstremalny

Wzorzec określonych zmian powstałych w wyniku skrajnej traumy jest zespołem stresu pourazowego lub ostrego (Borys, 1996; Lis - Turlejska, 1992; 1998). Podkreśla się znaczenie sytuacji jako przeżycia pozostającego poza zakresem zwykłych ludzkich doświadczeń, które wiązałyby się z dystresem u prawie każdego. Charakterystyka stresora oraz cech reakcji stanowi pierwsze kryterium diagnostyczne (DSM IV). Pozostałe to grupy objawów dotyczące ponownego odtwarzania traumy, uporczywego unikania lub zmniejszania ogólnej reaktywności oraz utrzymujące się objawy zwiększonego pobudzenia. Jako wtórne traktuje się symptomy depresji, zaburzenia lękowe, zachowania impulsywne, uzależnienia i somatyzację. Centralnym mechanizmem zespołu stresu pourazowego jest tendencja do unikania uczuć związanych z traumą, czynności lub sytuacji przywołujących wspomnienia, niezdolność do przypominania sobie istotnych aspektów traumy.

Formowanie się zespołu stresu pourazowego wyjaśnia koncepcja psychoformatywna Liftona (za Lis - Turlejska, 1998). Podstawowym jest paradygmat życia i śmierci. Zdaniem wielu autorów (Kübler - Ross, 1979, Lis - Turlejska, 1998; Szewczyk, 1996) istnieje kulturowe tabu omijające problematykę śmierci, co zauważa się też w prowadzonych badaniach. Konfrontowanie się ze śmiercią może naruszać strukturę "ja". Ocalenie jest osiągnięciem i nie jest samo w sobie patologiczne, może stać się przyczyną wglądu i rozwoju. Objawy zaburzeń pourazowych są normalnym procesem adaptacyjnym procesem reakcji na nienormalną sytuację. Zerwanie ciągłości "ja" powoduje istnienie dwóch nakładających się na siebie struktur: sprzed doświadczenia traumatycznego oraz tworzonej po jego zakończeniu. Trudności adaptacyjne dobrze wyjaśnia poczucie koherencji Antonovsky'ego (1995a). Zadaniem ocalałego jest stworzenie nowych wewnętrznych form, które obejmują traumatyczne zdarzenie, co wymaga znalezienia sensu, by reszta życia nie była pozbawiona znaczenia.

Osoby zaadaptowane po przeżyciu sytuacji ekstremalnych cechowały się dobrym zadowoleniem z życia. W odróżnieniu od osób z symptomami depresji i dolegliwościami psychosomatycznymi, ich postępowanie charakteryzowało niestosowanie strategii unikania. Konfrontowanie się, czyli nieunikanie bodźców skojarzonych z traumatycznym doświadczeniem ma pozytywny wpływ na adaptację (Lis - Turlejska, 1998). Wyjaśnienia należy szukać w modelu przepracowania i zintegrowania doświadczenia traumatycznego (podejmowanie aktywności związanej z miejscem doznania urazu, jego uczestnikami, przekroczenie izolacji). Grupa samopomocy zapewnia wysokie wsparcie, które nie jest możliwe w normalnym otoczeniu społecznym poszkodowanego. Akceptacja grupy wzmacnia poczucie własnej wartości każdego uczestnika, który z kolei okazuje większą akceptację pozostałym członkom grupy (spirala adaptacyjna).

Zaawansowany syndrom pourazowy sprzyja posługiwaniu się myśleniem życzeniowym, samoobwinianiem i izolowaniem się, zarówno w związku z doświadczeniami z okresu traumy, jak i niedawnymi stresorami (Lis - Turlejska, 1993). Lis - Turlejska (1998) zwraca uwagę na propozycję Mikulincera i Floriana, polegającą na rozróżnieniu strategii polegającej na zmianie oceny i reorganizacji. Strategie reorganizacyjne obejmują dostosowanie istniejących struktur motywacyjnych i poznawczych do wymogów rzeczywistości. Strategie zmiany oceny dotyczą pozytywnej reinterpretacji zewnętrznych zdarzeń bez równoczesnej zmiany wewnętrznych struktur. Podczas gdy reorganizacja prowadzi do zaakceptowania nowej rzeczywistości, takiej jak strata, i włączenia jej do wewnętrznych struktur, zmiana oceny może służyć częściowemu zaprzeczaniu

zagrożeniu i jego oddzielania od wewnętrznych struktur. W oparciu o te rozważania proponuje się wyróżnienie czterech kategorii sposobów radzenia sobie: strategie skoncentrowane na problemie, ponowna ocena, reorganizacja, strategie unikania.

Podkreśla się adaptacyjną rolę aktywnych sposobów radzenia związanych ze zbliżaniem się i konfrontowaniem z traumą (Lis - Turlejska, 1998). Nieskuteczne są bierne sposoby radzenia sobie związane z przeżywaniem przykrych stanów emocjonalnych i ich ekspresją, przy jednoczesnym unikaniu kontaktu z bodźcami kojarzącymi się z urazem. Model stresu ekstremalnego przyjmuje istnienie obronnego unikania informacji związanych z traumą.

2.5. Choroba a stres

Istnieją dwa główne nurty w wyjaśnianiu związków pomiędzy stresem i stanem zdrowia (Dohrenwend i Dohrenwend za Czapiński, 1984). Pierwszy nurt dotyczy bezpośredniego, negatywnego wpływu stresorów na zdrowie. Drugi zawiera podejścia wiążące oddziaływanie zewnętrzne i predyspozycje podmiotu w utrzymywaniu zdrowia. W obu podejściach dominuje myślenie przyczynowo - skutkowe.

W opozycji do wymienionych pozostaje pogląd przyjmujące, że uprzednie, zawiązkowe symptomy chorobowe nasilają się pod wpływem doświadczania stresu. W ten sposób stres może być czynnikiem promocyjnym w patogenezie chorób nowotworowych. Według Epsteina (za Czapiński, 1991) podmiot dokonuje samoregulacji intensywności stresu poprzez jego "dawkowanie". Źródłem jest potrzeba poznawczej asymilacji doświadczeń emocjonalnych (zrozumienie zdarzenia) oraz dążenie do optymalnego poziomu pobudzenia jako jej warunku. Mechanizmem wyjaśniającym może być koncepcja poczucia koherencji Antonovsky'ego (1995a, 1997) oraz zniekształcenia oceny Taylor (1984) czy Greenwalda (1986).

Wymienione modele nawiązują do zasobów adaptacyjnych, jakie posiada jednostka. Zdaniem Sęk i Ścigały (1996) zasoby społeczne, psychiczne i biologiczne modyfikują ocenę stresorów i doświadczany stan stresu. Z drugiej strony zależą one od proporcji pomiędzy przeciążeniem i niedociążeniem, pewnej stałości i powtarzalności wzorów reakcji na różnorodne stresory oraz aktywności własnej podmiotu. Dzięki temu sposób radzenia sobie ze stresem będzie wywierał korzystny bądź nie wpływ na zdrowie.

Najczęściej podejmowanym do opisu stresu w stanach deficytu zdrowia jest model Lazarusa (1986). Na niedostatki możliwości jego empirycznej weryfikacji odnośnie do stanu choroby wskazuje Wrześniewski (1996). W modelu interakcyjnym podkreśla znaczenie trzech kategorii: stylu, strategii i procesu zaradczego (Wrześniewski, 1997). Dominującą rolę ma ocena poznawcza. Wpływają na nią sytuacja choroby (diagnoza, leczenie, rehabilitacja), stan psychofizyczny podmiotu, trwałe właściwości jednostki (cechy osobowościowe, inteligencja, płeć, wiek, wykształcenie), preferowany styl zaradczy oraz pozazdrowotny kontekst sytuacyjny podmiotu. Dokonana ocena poznawcza generuje odpowiednie strategie zaradcze modyfikowane stylem radzenia sobie. Interakcja poszczególnych czynników umieszcza sytuację stresu choroby w szerszym kontekście. Efektywność radzenia sobie będzie zależna od przyjętego wskaźnika skuteczności.

Procesualne podejście do radzenia sobie ze stresem choroby zaproponowane przez Leventhala (za Bishop, 2000; Heim, 1998; Taylor, 1992; Tobiasz - Adamczyk i in., 1999) składa się z kilku etapów i przebiega na dwóch równoległych poziomach.

Podstawowe etapy dotyczą zdefiniowania problemu chorobowego i emocji z nim związanych, zaplanowania działań związanych z radzeniem sobie z chorobą i własnym stanem emocjonalnym. Podmiot ocenia konsekwencje choroby oraz cele, jakie chce w związku z tym osiągnąć. Istotne jest sprzężenie zwrotne pomiędzy poziomem obiektywnym, jakim jest radzenie sobie z chorobą i leczeniem, a poziomem emocjonalnym, dotyczącym uczuć pojawiających się w związku z tym procesem. Zaletą modelu Leventhala jest włączenie subiektywnej koncepcji choroby do modelu radzenia sobie (Tobiasz - Adamczyk, Szafraniec, Bajka, 1999). Problem zdrowotny opisywany jest poprzez identyfikację przyczyn, dostrzeganie konsekwencji, ograniczeń i oceny rezultatów działania. Za jeden z ważniejszych elementów w tym podejściu uważa się schemat percepcji objawów (Heim, 1991; Heim, 1998; Taylor, 1992). Jednostka musi dokonać integracji dolegliwości i symptomów z reprezentacjami posiadanych chorób, ukształtować plan radzenia sobie poprzez planowanie i wykonanie procedur leczenia, zwłaszcza poprzez kontakt z profesjonalną służbą zdrowia. Model Leventhala łączy doświadczenie traumy diagnozy choroby nowotworowej wraz zagrożeniami wynikającymi z poszczególnych etapów chorowania i leczenia. Interakcja pomiędzy dwoma poziomami zaradczymi warunkuje sposób adaptowania się jednostki do trudnej sytuacji. Uzupełniającymi dla podejścia Leventhala są model poznawczej adaptacji do choroby Taylor (1984) oraz odraczania leczenia Andersen, Cacioppo i Roberts (1995).

Koncepcja Liftona (za Lis - Turlejska, 1998) wyjaśnia proces zmagania się z diagnozą choroby nowotworowej jako sytuacją stresu ekstremalnego (zagrożenie życia). Osoba, u której potwierdza się istnienie nowotworu, konfrontuje się ze śmiercią. Rak ma negatywną konotację społeczną (Jokiel, 1994). W dłuższej perspektywie czasowej przeżycie choroby nowotworowej jest równoznaczne poczuciu bycia ocalałym i u pewnej grupy pacjentów łączy się z poczuciem winy za to, że przeżyli ("nie mogę uwierzyć, że ja przeżyłem, a inni nie"). Natomiast u większości wiąże się z uwewnętrznieniem traumatycznego doświadczenia i radości z osiągniętego sukcesu. Choroba nowotworowa spełnia kryterium silnie traumatyzującego zdarzenia z uwagi na nagłość, zaskoczenie, nieprzewidywalność, wyobrażone zagrożenie życia oraz stygmatyzację (Adamczak, Sęk, 1997; Kubacka - Jasiocka, 1999; Sheridan, Radmacher, 1998). Może skutkować przerwaniem ciągłości wewnątrzpsychicznego "ja" czy konfrontacją z poczuciem bycia śmiertelnym. Zdarzenie to nie jest asymilowane przez dotychczasowe struktury poznawcze. Siła lęku dezintegracyjnego jest tym większa, im bardziej dochodzące informacje są mniej prawdopodobne i niezgodne z pojmowaniem rzeczywistości. Dezintegracja i syndromy psychopatologiczne są nieodłączną częścią procesu adaptacyjnego w chorobie nowotworowej (Dąbrowski, 1981; Kübler - Ross 1979; de Walden - Gałuszko, 1992). Celem radzenia sobie z traumą jest podtrzymanie zagrożonych lub odbudowanie zdeintegrowanych koncepcji świata, "ja", poczucia kontroli, poczucia sensu i woli życia oraz zintegrowanie traumatycznego zdarzenia poprzez poznawcze opracowanie, nadanie sensu i znaczenia (Lis - Turlejska, 1998). Poczucie winy zwykle nie jest wyraźnie zaznaczone, ale pojawia się pod postacią samoobwiniania za przyczyny choroby (Łosiak, 1999a). Fragmentacja "ja" tłumaczy proces częściowego bądź całościowego zaprzeczania chorobie. Poszukiwanie sensu choroby bądź nadania nowego znaczenia życiu stanowi o odbudowywaniu się poczucia sensowności w ujęciu Anonovsky'ego (1995a). Wdrukowalność śmierci wiąże się z takim przewartościowaniem i pozbyciem iluzji nieśmiertelności, która może pozytywnie wpływać na proces adaptacji. Psychiczne odrętwienie

w rozumieniu Liftona jest bliskie procesom obrony poprzez zaprzeczanie. Podejrzliwość, nieufność i gniew przejawia się zarówno w kontaktach z bliskimi, jak i z personelem leczącym. Wyrażne jest dążenie do bliskości, podtrzymywania kontaktu, z drugiej strony poczucie nieufności czy bieżące informacje są prawdziwe. Dotyczy to zwłaszcza chorych poddanych leczeniu radykalnemu (Kubacka - Jasiocka, 1999). Naruszona może zostać komunikacja interpersonalna w systemie rodzinnym. Odnalezienie sensu życia, nadanie nowego wymiaru jest podstawowym kryterium motywacyjnym w procesie zdrowienia i adaptacji w chorobie (Dąbrowski, 1981; Siegel, 1996).

3. STRATEGIE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

3.1. Strategie zaradcze

Sposoby, jakimi człowiek radzi sobie w sytuacji zagrożenia to wszystkie czynności poznawcze, behawioralne i część procesów fizjologicznych. W węższym podejściu reprezentowanym przez Lazarusa (1986), nie bierze się pod uwagę procesów fizjologicznych, a "radzenie sobie obejmuje poznawcze i behawioralne wysiłki zmierzające do sprostania wymogom zewnętrznym i/lub wewnętrznym, które w ocenie jednostki nadwierzają lub przekraczają możliwości, jakimi ona dysponuje". Celem radzenia sobie jest rozwiązanie problemu, poprzez zmianę własnego niekorzystnego działania lub zmianę zagrażającego otoczenia, oraz samoregulacja negatywnych emocji tak, by zostały pod kontrolą i nie doprowadziły do załamania się odporności psychicznej czy funkcjonowania społecznego. W przypadku, gdy obie funkcje są sprzeczne, ryzyko nieprzystosowania wzrasta. Podstawą dobrego radzenia sobie nie jest realizm, ale plastyczność. Radzenie jest celowym zachowaniem człowieka z uwzględnieniem czynników indywidualnych i sytuacyjnych oraz ich interakcji. Akcent przypada na sytuację, czyli na wymagania. Aktywność podjęta przez podmiot w konfrontacji z wymaganiami ocenianymi jako zagrożenie pełni (efektywnie bądź nie) funkcje zaradcze.

Jednostka dysponuje dwoma różnymi typami strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych (Lazarus, 1986; 1992). Poprzez strategie zadaniowe dąży się do zmiany sytuacji wywołującej stres. Celem strategii emocjonalnych jest zmiana wewnętrznego stanu stresu. Zespół Lazarusa (Folkman, Lazarus, Gruen, DeLongis, 1986) konsekwentnie wymienia te dwie funkcje radzenia sobie. Zakłada względną niezależności funkcji instrumentalnej i emocjonalnej. Istnieje natomiast możliwość realizowania obu funkcji przez dany sposób zaradczy. Autorzy wyróżnili empirycznie dwie formy strategii zorientowanej zadaniowo (planowe rozwiązywanie problemów oraz technika o charakterze konfrontacyjno - interpersonalnym) oraz sześć ukierunkowanych emocjonalnie (dystansowanie się, ucieczka - unikanie, samoobwinianie, samokontrola, poszukiwanie wsparcia społecznego oraz pozytywne przewartościowanie). W późniejszym czasie Lazarus (1992) do strategii instrumentalnych zalicza poszukiwanie wsparcia społecznego, samokontrolę oraz akceptację odpowiedzialności, które wcześniej oceniano jako ukierunkowane emocjonalnie. Wynika to z faktu przypisania innego, nadrzędnego celu poszczególnym sposobom. W tym momencie wsparcie społeczne nie realizuje funkcji emocjonalnej (poszukiwanie wsparcia emocjonalnego od innych), lecz jest działaniem skierowanym na zmianę sytuacji zewnętrznej z pomocą innych osób (poszukiwanie informacji i wyjaśnianie). W redukowaniu zagrożeń pozytywną rolę odgrywają przede wszystkim planowe rozwiązywanie problemów i pozytywne przewartościowanie, a negatywną dystansowanie się oraz zachowania konfrontacyjne. Inne techniki nie miały znaczącego wpływu na zmianę emocji związanych z sytuacją stresową. Ich skuteczność zależy od rodzaju problemu, dynamiki zdarzeń, kontekstu społecznego i indywidualnych dyspozycji człowieka (Lazarus, 1992).

Emocje modyfikowane są przez zachowania zaradcze (Folkman, Lazarus, 1988b; Lazarus, 1986). Należą do nich: działanie zmieniające obiektywne relacje między jednostką a otoczeniem, aktywność poznawcza, która wpływa na ukierunkowanie uwagi oraz zmieniająca znaczenie lub wagę sytuacji problemowej.

Sterowanie uwagą dotyczy odwrócenia uwagi, niedostrzegania źródeł stresu (unikanie) albo koncentrowania się na problemie (czujność). Unikanie przybiera różną postać osłabiając negatywne emocje. Skuteczność w dłuższej perspektywie zależy będzie od możliwości odroczenia czy zaniechania realne rozwiązanie problemu. Inną grupą są zachowania unikowe, nie posiadające adaptacyjnego charakteru (myślenie życzeniowe, spanie, nadużywanie substancji toksycznych, leków i używek). Mogą przynosić korzyści doraźne, ale nie długoterminowe. Koncentrowanie uwagi na problemie to zbieranie informacji lub planowanie czynności zmierzających do jego rozwiązania. Sprzyja zwiększeniu kontroli (poznawczej w pierwszym przypadku i rzeczywistej w drugim). Jeśli problem obiektywnie nie może być rozwiązany z uwagi na zasoby i możliwości jednostki, planowanie działań jest nieskuteczne.

Zmiana subiektywnego znaczenia lub wagi sytuacji problemowej dokonywana jest poprzez dystansowanie się i pozytywne przewartościowanie. Dystansowanie się oznacza wysiłki zmierzające do odebrania wartości celom, których realizacja została zagrożona. Osłabia emocjonalną wrażliwość na czynniki, które tworzą zagrożenie. W sytuacji, w której nie da się nic zrobić np. oczekiwanie na wyniki badań medycznych, jest to szczególnie użyteczne. Pozytywne przewartościowanie umożliwia reinterpretację sytuacji stresowej, tak by odebrać lub zmniejszyć stopień zagrożenia albo nadać mu pozytywny charakter (zmiana pierwotnej oceny sytuacji jako zagrożenia w wyzwanie). Przykładem są strategie porównywania oraz koncentrowanie się na korzystnych elementach sytuacji.

Sposoby radzenia sobie zorientowane na rozwiązanie problemu obejmują działania zmieniające obiektywne relacje człowieka z otoczeniem. Ich skuteczność zależy od zgodności rzeczywistego wyniku z pożądanym i jest mierzona pozytywną zmianą samopoczucia (Lazarus, 1986; 1992).

Wsparcie społeczne traktowane jest jako źródło radzenia sobie i jest zależne od indywidualnego stylu zaradczego. Poszukiwanie wsparcia społecznego może być samodzielną strategią zaradczą albo radzeniem poprzez system społeczny (Schreurs, Ridder 1997). Pośrednicząca rolę wsparcia, przede wszystkim emocjonalnego, w poznawczym modelu radzenia sobie akcentuje Sheridan i Radmacher (1998).

Porównanie radzenia sobie z zagrożeniem przez Polaków i Amerykanów dowodzi jego zróżnicowania (Folkman i in., 1986; Łosiak, 1992). Wspólnymi były czynniki: poszukiwanie wsparcia społecznego, strategie ukierunkowane na zadanie, dystansowanie się, ucieczka - unikanie. Pozostałe strategie różniły się wewnątrz wymienionych czynników. Amerykanie chętnie kontrolowali emocje i pozytywnie przeformułowali ocenę zdarzenia. Polacy byli ekspresyjni i stosowali odreagowanie emocjonalne. Itemy pozytywnego przewartościowania w grupie polskiej dotyczyły wiary i religii oraz były składową czynnika unikanie. Koncentracja na zadaniu według Folkman i Lazarusa, obejmowała konfrontację i planowe rozwiązywanie problemu. Strategie problemowe podejmowane przez Polaków bardziej dotyczyły mobilizacji zasobów, podejmowania ryzyka oraz planowego rozwiązywania problemu. W ten sposób konfrontacja nie była związana z agresją, lecz z aktywnością i podejmowaniem działań związanych z ryzykiem. Różnice w strategiach podejmowanych przez Polaków i Amerykanów wydają się mieć dwa zasadnicze aspekty dotyczące: ekspresji emocjonalnej i aktywnego, racjonalnego działania. Kontrola emocji, w przeciwieństwie do ich odreagowywania, związana jest z ukrywaniem negatywnych emocji i ewentualną ekspresją pozytywnych uczuć. Potwierdza to samodzielną strategii pozytywnego przewartościowania wśród Amerykanów. Strategie ukierunkowane na radzenie sobie

z zadaniem w populacji polskiej dotyczą aktywności, racjonalności i mobilizacji środków. Ekspresja negatywnych uczuć, zwłaszcza agresji jest jednym z motorów aktywności, co nie musi wzmacniać racjonalności i skuteczności tych strategii. Jest to tendencja do walki, a nie koniecznie do działania.

Polacy (badania Cofty, za Czapiński, 1992) nieznacznie częściej stosowali strategię zadaniową niż emocjonalną. Podejmowanie strategii ucieczkowej nie sprzyjało szczęściu: wiązało się z niższą samooceną i gorszą oceną bieżącego życia. Interakcja wszystkich trzech rodzajów strategii radzenia sobie z zagrożeniem pokazała, że najlepsze efekty daje korzystanie z dwóch, a nie z trzech strategii (Czapiński, 1992). Taktyki ucieczkowe skojarzone z emocjonalnymi sprzyjały pozytywnemu bilansowi doświadczeń emocjonalnych. Równie korzystne było łączenie strategii zadaniowej i emocjonalnej (poczucie szczęścia). Najgorsze zaś skutki niesło poleganie wyłącznie na strategii ucieczkowej bez podejmowania dwóch pozostałych. Powodowało to negatywny bilans doświadczeń emocjonalnych, najmniejsze zadowolenie z bieżącego życia i najsłabsze pragnienie życia. Było to widoczne zwłaszcza u mężczyzn. Natomiast kobiety stosujące strategię zadaniową miały niższą samoocenę i gorszy bilans doświadczeń emocjonalnych.

Badania ankietowe Piwowskiej - Pościk (1997) wykazały, że Polacy radzą sobie poprzez: zwracanie się do innych, rozwiązywanie problemów oraz wypieranie go ze świadomości (odpowiednio funkcja emocjonalna, instrumentalna i unikania). Ankietowani pokonywali trudności poprzez zaangażowanie w pracę, by zapomnieć o kłopotach (aktywność jako ucieczka), analizowali problem i planowali właściwe postępowanie (strategia instrumentalna), poszukiwali oparcia w religii (strategia emocjonalna), wykonywali czynności sprawiające przyjemność (kompensacja), zwracali się o pomoc do najbliższych (wsparcie społeczne), bagatelizowali problem (dewaluacja). Mniej niż 5% badanych piła alkohol, brała leki uspokajające albo stosowała relaks. Praca jako główny sens życia i religijność świadczą o znacznym zatowarzeniu społeczeństwa. Tylko 21% poszukiwało wsparcia u bliskich. Częściej robiły to kobiety niż mężczyźni. Zdaniem Czapińskiego (1992) celem strategii poszukiwania wsparcia jest dążenie do wyjaśnienia sytuacji, co nadaje jej instrumentalny charakter. Stosując podejście Lazarusa do podejmowanych przez Polaków strategii zadaniowych należy zaliczyć: analizę problemu i planowanie rozwiązanie, natomiast do ukierunkowanych emocjonalnie: religijność, poszukiwanie wsparcia, dewaluację, unikanie i podejmowanie aktywności jako ucieczki.

Wskazuje się również na odmienne wzory radzenia sobie w zależności od sytuacji oraz wieku badanych (Folkman i in., 1987). Pokonywanie stresu życia codziennego przez osoby w wieku średnim różniło się od radzenia sobie ze stresem egzaminacyjnym przez ludzi młodych. Ci ostatni częściej izolowali się, myśleli życzeniowo, koncentrowali się na pozytywnych aspektach sytuacji oraz redukowali odczuwane napięcie (preferencja strategii emocjonalnych). Młodzi inaczej niż starsi oceniali siłę stresu danego zdarzenia. Jest to dowodem interakcyjności wpływu sytuacji oraz cech podmiotu na sposoby radzenia sobie.

Strategia zadaniowa dominowała u ludzi wykształconych, młodszych oraz lepiej oceniających swoje zdrowie (Piwowska - Pościk, 1997). Wyparcie, kompensację i strategię religijną preferowały osoby mniej wykształcone (strategie emocjonalne i unikania), a ich stosowanie również rosło wraz z wiekiem. Mężczyźni częściej pomniejszali rangę problemu niż kobiety. Osoby oceniające własne zdrowie jako dobre rzadko podejmowały praktyki religijne jako sposób radzenia sobie ze stresem. Odmienne wyniki z uwagi na wykształcenie badanych uzyskała Chojnacka -

Szawłowska (1996). Wśród osób wykształconych stwierdziła zwiększone podejmowanie strategii emocjonalnych i unikania

Preferowanie strategii ze względu na płeć badanych również nie jest jednoznaczne. W badaniach dotyczących radzenia sobie wśród zdrowych (Łosiak, 1992) oraz chorych (Heijmans, 1998; Tobiasz - Adamczyk i in., 1999) nie odnotowano różnic pomiędzy radzeniem sobie podejmowanym przez kobiety i mężczyzn. Natomiast zdaniem innych, kobiety były mniej aktywne, ale prospołeczne (Hobfoll i in., 1994), poszukiwały wsparcia u bliskich i chętniej modliły się (Piwowarska - Pościk, 1997). Dystansowanie się i pozytywne przewartościowanie podejmowały celem ucieczki, natomiast wsparcie pełniło rolę zarówno emocjonalną i instrumentalną (Endler, Parker, 1990). Mężczyźni posiadali uboższy repertuar zaradczy z przewagą taktyk konfrontacyjnych, antyspołecznych (Hobfoll i in., 1994) oraz emocjonalnych (Chojnacka - Szawłowska, 1996) i dewaluacji (Piwowarska - Pościk, 1997). Zdaniem Czapińskiego (1992) obniżaniu poczucia dobrostanu wśród kobiet sprzyjało radzenie sobie zadaniowe, natomiast u mężczyzn unikanie. Sugeruje to przede wszystkim wpływ czynników sytuacyjnych i kontekstu społecznego

Zaprezentowane wyniki nie dają jednoznacznej odpowiedzi jak Polacy radzą sobie w obliczu trudnych sytuacji. Prawdopodobnie jest to między innymi konsekwencja niedoskonałości modelu Lazarusa. Autor początkowo badał strategie w odniesieniu do konkretnych sytuacji. W latach późniejszych skierował uwagę na radzenie sobie ze stresem dnia codziennego. Z tego powodu zaczęto mierzyć preferencję strategii w ogólnych stresujących zdarzeniach. Jest to bliskie pomiarom stylu zaradczy, a nie strategii. Ten kierunek został obrany w badaniach polskich autorów.

Drugim czynnikiem wpływającym na niejednoznaczność wyników jest stałe przypisanie jednej z dwóch funkcji poszczególnym sposobom zaradczy. Natomiast badania Łosiaka (1992) i Czapińskiego (1992) wskazały na różnice pomiędzy empiryczną i teoretyczną konstrukcją metod pomiaru strategii w ujęciu Lazarusa. Sam Lazarus (1986, 1992) przyznał, że strategie mogą pełnić równocześnie obie funkcje. Wydaje się, że zakładanie apriori celu poszczególnych taktyk będzie prowadziło do błędów. W podejściu Lazarusa zwraca się uwagę na zewnętrzne przejawy zachowania lub aktywności poznawczej. Brakuje pytania o cel aktywności w wymiarze indywidualnym.

W przeciwieństwie do funkcjonalnego podejścia Lazarusa pozostaje koncepcja hierarchicznej struktury radzenia sobie Haan, wywodząca się z psychoanalizy (za Heszen - Niejodek, 1997a; Suls, David, 1996). Centralne miejsce w tej koncepcji zajmują procesy ego, które zapewniają dynamiczną równowagę i ochronę "ja". Zakładano hierarchizację funkcjonowania od najbardziej zdrowego do patologicznego. Podejście to niesie z sobą wiele problemów. Wadą jest tendencja do tworzenia statycznych, jednowymiarowych typologii (stabilne style radzenia sobie). Ponadto, jednowymiarowe koncepcje sposobów radzenia sobie nie mogły przewidywać zachowań w specyficznych sytuacjach.

Każdy z procesów ego może przebiegać na trzech poziomach: radzenia sobie, obrony lub fragmentacji. Poziomy te są klasyfikowano na podstawie swoich formalnych właściwości. Radzenie sobie cechowała celowość, możliwość wyboru, elastyczność, logika, kontrolowalność, adekwatność ekspresji emocjonalnej. Obronę charakteryzowała przymusowość, sztywność, zniekształcenie rzeczywistości, zamaskowana ekspresja impulsów. Natomiast fragmentacja była automatyczna, oparta na rytuałach, emocjonalna i irracjonalna. Koncepcja Haan traktuje radzenie

sobie jako stojące najwyżej w hierarchii działań człowieka wobec trudności, zachowanie racjonalne i przystosowawcze. Wyjaśnia to relację pomiędzy mechanizmami obronnymi a radzeniem sobie. Podobne poglądy reprezentował Vaillant (za Suls, David, 1996) i Meissner (za Kokoszka, 1993) proponując cztery poziomy funkcjonowania zgodne z rozumieniem koncepcji psychodynamicznych. Wyróżniano poziom psychotyczny poprzez zaprzeczanie i zniekształcanie, niedojrzały z dysocjacją i odreagowaniem, neurotyczny z intelektualizacją i represją oraz najwyższy, dojrzały warunkujący mechanizmy obronne jako sposoby zaradcze racjonalne i przystosowawcze. Zalicza się do nich altruizm, humor, sublimację i supresję. Mechanizmy obronne występujące na niższych poziomach rozwojowych i wiążą się z mało racjonalną oceną sytuacji i zasobów własnych. Sammalanti i współpracownicy (1996) stwierdzili dodatnią zależność pomiędzy poczuciem koherencji a radzeniem sobie na dojrzałym poziomie oraz ujemną pomiędzy obronami neurotycznymi, borderline i niedojrzałymi. Funkcjonowanie na trzech niższych poziomach oceniali jako poważne deficyty w radzeniu sobie ze stresem. Podejściu psychodynamicznemu zarzuca się przede wszystkim słabość metodologiczną (badania pojedynczych osób tzw. studia przypadków), redundancję pomiędzy cechami osobowości a strategiami zaradczymi, brak predyktorów skuteczności mechanizmów.

Poszukując punktów wspólnych dla poznawczej i psychodynamicznej koncepcji można stwierdzić, że strategie zaradcze w rozumieniu Lazarusa odpowiadają radzeniu sobie w stopniu dojrzałym (Vaillant) lub poziomowi radzenia sobie (Haan). Koncepcja psychodynamiczna znajduje uzasadnienie dla podejmowanych przez podmiot konkretnych strategii z uwagi na czynniki osobowe. Wprowadzając stopień dojrzałości radzenia sobie można łatwiej nadać strategiom rzeczywisty instrumentalny bądź emocjonalny charakter.

Strategie radzenia sobie ukierunkowane są na pełnienie określonych funkcji, ale można ujmować je w zakresie poszczególnych sfer funkcjonowania człowieka: emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej. Podejście strukturalne zaproponowane przez Heima (1991) opisuje uruchamiane sposoby radzenia sobie ze stresem w chorobie nowotworowej.

Wśród strategii ukierunkowanych poznawczo autor wymienił: myślenie jako ucieczkę, akceptację - stoicyzm, dysymulację, zabezpieczanie własnego wizerunku, analizę problemu, relatywizację, religijność, nadawanie znaczenia, zamartwianie się, i waloryzację. Strategiami emocjonalnymi były: opór, odblokowanie emocjonalne, supresję, optymizm, bierną współpracę, fatalizm, samoobwinianie się i uwolnienie złości. Strategie te, bardziej niż pierwszą reakcją na chorobę, opisują emocjonalny stosunek do niej związany z postawami i wcześniejszymi doświadczeniami. Opór przeciwko chorobie i jej konsekwencjom, stawianie pytania, „dlaczego ja?” jest dominujący w pierwszej fazie zachorowania na nowotwór (por. Kübler - Ross, 1979). Optymizm, pewność siebie, że kryzys przeminie, jeśli podejmie się aktywną walkę odzwierciedla postawę „walczącego ducha”, natomiast rezygnacja, poddanie się i utrata nadziei - fatalizm (por. Greer, 1991; Watson i in., 1988; Juczyński, 1997). Pasywna współpraca jest odzwierciedleniem zewnętrznego umiejscowienia kontroli odnośnie do stanu zdrowia. Podejmowane strategie behawioralne to: zachowanie jako ucieczka, altruizm, aktywne unikanie, kompensacja, konstruktywne działanie, społeczne wycofanie się, podejmowanie inicjatywy, zdobywanie uwagi i opieki. Na podstawie tej klasyfikacji można mówić o celu poszczególnych strategii, zyskach i stratach, które mogą powodować. Konkretnym sposobom można przypisać funkcję instrumentalną, emocjonalną lub unikania zgodnie z ujęciem Lazarusa (Tabela 1).

Podejście zaproponowane przez Heima w znacznej mierze łączy psychodynamiczne rozumienie mechanizmów obronnych z poznawczym ujęciem strategii zaradczych.

Tabela 1. Porównanie strategii zaradczych w ujęciu Lazarusa i Heima.

STRATEGIE WEDŁUG LAZARUSA	STRATEGIE W UJĘCIU HEIMA		
	Poznawcze	Emocjonalne	Behawioralne
Instrumentalne	Analiza problemu		Przejawianie inicjatywy
Emocjonalne	Kontrola emocji* Akceptacja* Zamartwianie się Nadawanie znaczenia Waloryzacja	Samoobwinianie Opór Odblokowanie emocji Supresja Optymizm Bierna współpraca Fatalizm Uwalnianie złości	Poszukiwanie uwagi i opieki* Konstruktywne działanie* Kompensacja Społeczne wycofanie się
Ucieczki	Odwracanie uwagi Dyssymulacja Porównywanie		Podejmowanie aktywności Unikanie Altruizm

Funkcja przypisana poszczególnym strategiom nie musi być stała. Zaznaczono sposoby radzenia sobie z sytuacją choroby nowotworowej, którym według późniejszego rozumienia Lazarusa (1992) przypisywano charakter instrumentalny. Na uwagę zasługuje rozbudowany kontekst emocjonalnego radzenia sobie z chorobą nowotworową.

Strategie ukierunkowane na problem powodują deaktywację stresora poprzez działanie wprost na niego, podczas gdy strategie emocjonalne zawierają w sobie akceptację stresującej natury zagrożenia i jego nieuniknioność. Niektóre badania ujawniły trzeci rodzaj strategii zaradczych, które nie dają się łatwo wpasować w tę dychotomię. Dotyczą one zmiany myślenia o stresorze, jego ocenie i znaczeniu (Davey, 1993; Lazarus, 1986).

Pearlin i Schooler (1978) opisali trzy główne typy radzenia sobie. Pierwsze dwa są odpowiednikami radzenia sobie skierowanego na problem i na emocje. Funkcją trzeciego jest kontrolowanie znaczenia problematycznej sytuacji poprzez poznawczą neutralizację zagrożenia. Autorzy dowodzą, że może być to osiągnięte na trzy sposoby: przez pozytywne porównywanie (relatywizacja), selektywne ignorowanie (unikanie), oraz poprzez pomniejszanie wartości sytuacji (dewaluacja).

Pomniejszanie wartości stresora zbliżone jest do psychodynamicznego mechanizmu obronnego, jakim jest zaprzeczanie. Zwykle proces zaprzeczania nie jest spostrzegany jako prosta strategia unikania, ale jako forma samooszukiwania. Uważa się ją za efektywną w sytuacjach, gdzie zagrożenie jest niekontrolowalne, albo w czasie zbierania i organizowania zasobów radzenia (Kubacka - Jasiocka, 1995b; Lazarus, 1986; Sędek, 1991; Taylor, 1984).

Definicja zaprzeczania zaproponowana przez Carvera, Scheiera i Weintrauba (1989) pokrywa się z odrzuceniem istnienia stresora albo negowaniu jego rzeczywistości. Jest ono odmienne od procesu dewaluacji Pearlina i Schoolera (1978). Stwierdzono, że zaprzeczanie korelowało ze strategiami radzenia sobie ukierunkowanymi na nieangażowanie się (unikanie stresora) i nie było związane ze strategiami ukierunkowanymi instrumentalnie (Davey, 1993; Folkman, Lazarus, Dunkel - Schetter i wsp., 1986).

Folkman i Lazarus (Folkman i in., 1986) wprowadzili pozytywne przewartościowanie kreujące dodatnie znaczenie stresora poprzez ukierunkowanie na rozwój osobisty („zmieniłem się na lepsze”). Zamiast w prosty sposób zmniejszać znaczenie stresora jako źródła lęku, pozytywne przewartościowanie może nadawać mu dodatnie znaczenie. W tym sensie umożliwia to jednostce ocenę zdarzenia jako wyzwania i wspomaga koncentrację na strategiach instrumentalnych. Nie wydaje się być strategią zorientowaną na unikanie, ale ułatwia stosowanie strategii instrumentalnych przez reorganizowanie zasobów do rozwiązania problemu (Folkman, Lazarus, Dunkel - Schetter i wsp., 1986).

W porównaniu do zaprzeczania, dewaluacja i pozytywne przewartościowanie są zupełnie innymi sposobami zmieniającymi ocenę zagrożenia, które posiadają różne wartości funkcjonalne. Zaprzeczanie jest samookłamywaniem się, co do istnienia stresora. W rozumieniu Pearlina i Schoolera (1989) dewaluacja zagrożenia pozwala dostrzegać istnienie problemu, ale próbuje zneutralizować jego stresową naturę. Poprzez pozytywne przewartościowanie można zmienić charakter zagrożenia, które angażuje jednostkę w rozwiązywanie problemu. Davey (1993) również wiąże zaprzeczanie z unikaniem, a pozytywne przewartościowanie i dewaluację zagrożenia ze strategiami instrumentalnymi. Jednakże nie można wykluczyć, komponenty unikania zarówno w dewaluacji zagrożenia i pozytywnym przewartościowaniu ("mówiłem sobie, że poradzę sobie z problemem tak długo, jak w moim życiu będzie się dobrze układać", "próbowałem zignorować trudności poprzez dostrzeganie dobrych stron").

Dewaluacja zagrożenia może być procesem oceniania, który pozwala osobie stosującej strategię instrumentalne na rangowanie problemów (Davey, 1993). Mniej ważne zagrożenia mogą angażować zasoby zaradcze i odwracać uwagę od istotnych. Stwarza to możliwość organizowania własnych zasobów w celu przygotowania się do poradzenia sobie z trudniejszą sytuacją. Fakt, że zaprzeczanie i dewaluacja zagrożenia są związane odpowiednio z unikaniem i radzeniem instrumentalnym sugeruje, iż mogą być one różną wersją tej samej strategii zwlekania używanej przez odpowiednio, przystosowawcze unikanie i strategię ukierunkowaną na problem. Zarówno zaprzeczanie i dewaluacja zagrożenia są istotnie związane z powstrzymaniem się od działania.

Strategie skoncentrowane na problemie są przystosowawcze tylko wówczas, kiedy zagrożenie czy problem jest kontrolowalny i osoba przewiduje, że sobie z nim efektywnie poradzi. Gdy zagrożenie jest niekontrolowalne np. choroba terminalna, to strategię instrumentalne podtrzymują kontakt ze źródłem stresu. Dewaluacja zagrożenia może być strategią użytą przez osobę stosującą strategię problemowe do przerwania błędnego koła w sytuacji, kiedy zagrożenie postrzegane jest jako niekontrolowalne. Niektórzy autorzy (Seligman, 1993) twierdzą, że im większa kontrola, tym mniej lęku. Problemy kontrolowalne będą spostrzegane jako mniej zagrażające, mniej stresujące i będą angażować mniej uwagi. Potwierdza to korelacja pomiędzy dewaluacją zagrożenia i powstrzymaniem się od działania. Ostatecznie jedyną strategią ukierunkowaną na problem, której wyniki nie rosły w sytuacjach kontrolowalnych było poszukiwanie informacji (Davey, 1993). Badani deklaruwali stosowanie jej częściej w sytuacjach niekontrolowalnych niż kontrolowalnych, co potwierdza literatura mierząca strategię na dymensjach czujność - unikanie (por. Jaworowska - Obłój, Skuza, 1989). Sugeruje to, że w przeciwieństwie do innych strategii nastawionych na problem, poszukiwanie informacji może pełnić specyficzną, przystosowawczą funkcję w niekontrolowalnych sytuacjach np. zwiększa przewidywalność zagrożenia i nakłania jednostkę do poszukiwania innych

kompetentnych osób, które poradzą sobie z zagrożeniem (poszukiwanie pomocy u profesjonalistów w przypadku choroby, rozmowy z innymi chorymi).

Proces oceny pierwotnej jest zdeterminowany przez repertuar radzenia sobie o relatywnie trwałej hierarchicznej strukturze. Wyjaśnia to, dlaczego całkowite zaprzeczanie jest stosunkowo rzadko używane w porównaniu do strategii instrumentalnych. Hierarchiczna struktura strategii zaradczych pojawiająca się po pierwotnej ocenie zagrożenia mogłaby wyjaśniać, dlaczego dewaluacja zagrożenia nie wydaje się być główną cechą strategii radzenia sobie dopóki, decyzja o nieangażowaniu się w problem nie zapadnie.

Podsumowując, według Davey'a (1993) strategie skoncentrowane na ocenie zagrożenia są traktowane jako niezależny konstrukt modyfikujący znaczenie stresora (dewaluacja zagrożenia, zaprzeczanie i pozytywne przewartościowanie). Wszystkie trzy są relatywnie niezależne od innych strategii i samodzielnie wpływają na nie (Tabela 2).

Tabela 2. Korelacje pomiędzy strategiami zmiany znaczenia stresora a radzeniem sobie w ujęciu Moos i współautorów (Davey, 1993)

	Zaprzeczanie	Pozytywne przewartościowanie	Dewaluacja zagrożenia
Metody zaradcze			
Aktywne poznawcze		0,48	0,54
Aktywna behawioralna		0,43	0,37
Unikanie	0,32		
Strategie			
Logiczna analiza		0,26	0,24
Poszukiwanie informacji		0,24	0,23
Rozwiązywanie problemu		0,39	0,40
Regulacja emocji		0,49	0,59
Odraczanie działania		0,29	0,33

Legenda: $p < 0,01$; $p < 0,001$

Z przedstawionej tabeli wynika, że zaprzeczanie pełni zdecydowanie odmienną rolę od dewaluacji zagrożenia i pozytywnego przewartościowania. Może to sugerować ich wspólne podłoże. Wydaje się, że wszystkie trzy zawierają komponent zniekształcenia w ocenie rzeczywistości. Zaprzeczanie neguje istnienie stresora, czego nie można powiedzieć o dewaluacji i pozytywnym przewartościowaniu. Dwie ostatnie strategie zniekształcają ocenę zagrożenia odpowiednio poprzez pomniejszanie negatywnych aspektów i wzmacnianie dostrzeganych korzyści (neutralizacja stresora).

Wyłonienie trzeciego typu strategii, obok instrumentalnych i emocjonalnych, jakim jest zmiana znaczenia stresora może odgrywać bardzo ważną rolę w dynamice radzenia sobie z sytuacją zagrożenia. Zaprzeczanie, dewaluacja zagrożenia i pozytywne przewartościowanie odzwierciedla zróżnicowanie oceny transakcji stresowej i efektywności zaradczej.

3.2. Style radzenia sobie z zagrożeniem

Proces radzenia sobie przede wszystkim jest warunkowany charakterem sytuacji, jej specyfiki dla podmiotu (kontrolowalność, wartość, motywacja do osiągnięcia celu). W związku z tym pojawiło się pytanie czy istnieje indywidualna

tendencja, w rozumieniu cechy - dyspozycji, która będzie uwalniała poszczególne rodzaje strategii zaradczych z pominięciem specyfiki cech sytuacji, wyznaczając przebieg procesu radzenia sobie. Posiadany przez jednostkę, charakterystyczny dla niej i indywidualnie zróżnicowany repertuar strategii radzenia sobie z sytuacjami stresowymi tworzy styl radzenia sobie (Heszen - Niejodek, 1997a). Specyficzny styl radzenia sobie nie jest wrodzony, ale kształtuje się w toku dynamiki doświadczeń i zmian życiowych. W trakcie procesu radzenia sobie istnieje możliwość pojawienia się nowych form aktywności zaradczej, które w przypadku skutecznego przewyciężania stresu mogą ulec utrwaleniu i w ten sposób poszerzyć repertuar radzenia sobie.

Styl radzenia jest dyspozycją determinującą zachowanie w warunkach stresowych. W sytuacyjnym radzeniu sobie wykorzystywana jest tylko część spośród znanych jednostce strategii (Heszen - Niejodek, 1996). O możliwości wykorzystania strategii decydują wymogi sytuacji oraz możliwości wynikające ze stylu radzenia sobie. Ludzie mogą nawykowo stosować stałe wzorce w sytuacjach względnie do siebie podobnych. Styl jest tendencją do preferowania poszczególnych form zaradczych, a nie sztywnym schematem.

W celu opisu stylu radzenia sobie tak, aby można było dokonywać porównań interindywidualnych oraz prognozować rodzaj zachowania potrzebne były szerokie kryteria klasyfikacyjne. Nawiązywano do psychoanalitycznego konstruktów represja - sensytyzacja albo do funkcjonalności poszczególnych stylów.

Styl radzenia sobie ze względu na postawę w stosunku do bodźca jak i własnych reakcji opisała Miller (za Jaworowska - Obłój, Skuza, 1989; Heszen - Niejodek, 1997a, 1997c) w ramach koncepcji poznawczo - informacyjnych stylów radzenia sobie. Pierwszy z nich polega na koncentracji uwagi na stresorze oraz własnej reakcji. Podejmowane jest poszukiwanie, gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystywanie informacji dotyczących zdarzenia stresowego. Drugi styl opisywany jest jako odwracanie uwagi od stresora i własnych reakcji. Polega on na pomijaniu, wypieraniu, odrzucaniu, zaprzeczaniu, aktywnym unikaniu informacji o zdarzeniu, angażowaniu się w bezstresowe formy aktywności. Odwracanie uwagi rozumiane jest jako celowe zajmowanie się czymś innym oraz poprzez dysocjacje procesów poznawczych i emocjonalnych. W obrębie każdego stylu można wymienić dwa główne rodzaje strategii: poznawcze i behawioralne. W badaniach empirycznych dowiedziono niezależności dyspozycji do poszukiwania i unikania informacji. W oparciu o nie wyróżniono cztery style radzenia sobie. Pierwszy typ charakteryzuje się wysokimi wynikami w obu wymiarach. Osoby takie posiadają w swoim repertuarze dużą liczbę różnych strategii, zarówno ukierunkowanych na poszukiwanie, jak i unikanie informacji. Krohne (za Heszen - Niejodek, 1997a) ocenia ten styl jako nieskuteczny, ponieważ wzmaga lęk i sztywność reakcji. Zdaniem Heszen - Niejodek (1996; 1997a, 1997c) bogaty repertuar zaradczy sprzyja efektywności. Według Lazarusa (1986) najważniejsza jest plastyczność. Styl charakteryzujący się niskimi wartościami w zakresie obu dymensji wskazuje na ubogi repertuar strategii dostępnych jednostce. Zdaniem Krohne jest to styl nieobronny, efektywny i elastyczny. Nie powoduje uruchamiania poznawczego radzenia sobie, tylko bezpośrednie działania ukierunkowane na likwidację stresu. Odmiennego zdania jest Heszen - Niejodek (1996, 1997a) traktując taką preferencję jako słabo ukierunkowaną na osiągnięcie celu oraz nie dostosowaną do wymagań zewnętrznych. Można spodziewać się go u osób w depresji jako efekt deficytu zasobów zaradczych. Różnice o skuteczności wymienionych stylów wynikają

z podejmowanych przez Heszen - Niejodek i Krohne odmiennych koncepcji opisujących przyczyny, odpowiednio poznawczej Lazarusa i hierarchicznej Haan.

Dla wymiaru poszukiwania informacji mechanizmem wyjaśniającym jest nietolerancja niepewności, a w wymiarze poznawczego unikania - nietolerancja pobudzenia emocjonalnego (Krohne, za Heszen - Niejodek, 1997a). Elastyczność jako cecha stylu jest właściwością wtórną wynikającą z pozycji osoby w układzie wymiarów czujność - unikanie. Związek lęku i dymensji czujności powoduje uznanie stylów o wysokim wskaźniku na tym wymiarze za nieskuteczne w sytuacjach niekontrolowalnych (Zajączkowska, 1989). Unikanie będzie sprzyjało redukcji negatywnych emocji, co wpływa na instrumentalny aspekt późniejszych działań. To wyjaśnia również, dlaczego autorzy zorientowani poznawczo i psychodynamicznie odmiennie interpretują skuteczność strategii unikania.

Kolejna koncepcja nawiązuje do funkcji, jakie pełni radzenie sobie, w klasycznym ujęciu Lazarusa (1986). Endler i Parker (1990) opisują trzy style radzenia sobie: zorientowany na zadanie (zmianę sytuacji), zorientowany na emocje (redukcja napięcia emocjonalnego) oraz poprzez unikanie. Przeciwnie do modelu Lazarusa jako samodzielną dymensję wyróżniono unikanie, odbierając jej emocjonalny charakter. Wymienione style są niezależnymi od siebie dymensjami. Jednakże konkretne techniki zaradcze mogą pełnić dwa rodzaje funkcji zależnie od kontekstu sytuacyjnego. Podobnie jak Lazarus, autorzy twierdzą, że nie jest ważna treściowa charakterystyka stylu, ale cel, któremu służą. W opozycji do koncepcji Krohne (za Jaworowska - Obłój, Skuza, 1989) traktują styl unikania jako jedną dwubiegunową dymensję unikanie - konfrontacja.

Podjęcie Endlera i Parkera (1990) nie jest precyzyjne, ponieważ nie zakłada zależności pomiędzy unikaniem a radzeniem sobie skoncentrowanym zadaniowo i wewnątrznie. Sugeruje, że unikanie pozostaje w opozycji do aktywności w realizowaniu obu funkcji, choć sami wykazali, że styl unikania wiązał się z poszukiwaniem wsparcia społecznego oraz redukowaniem napięcia (instrumentalny i emocjonalny charakter). Badania Billings i Moos (1981) pozwoliły na wyróżnienie innych dymensji ze względu na metodę (aktywność lub jej brak na płaszczyźnie intrapsychicznej i behawioralnej) i cel radzenia sobie (zadaniowy i emocjonalny), co uzupełnia podjęcie Endlera i Parkera (por. Juczyński, Chrystowska - Jabłońska, 1999). Podsumowując dwupłaszczyznowy podział Billings i Moos (1981) nawiązuje do biologicznego wymiaru walki i ucieczki oraz funkcjonalnej interpretacji sposobów zaradczych według Lazarusa.

Style zaradcze zaproponowane przez Endlera i Parkera były przedmiotem badań odnośnie do stanu zdrowia. Wykazano związek pomiędzy stylem zadaniowym a strategiami zorientowanymi zadaniowo i pozytywnym przewartościowaniem oraz pomiędzy stylem emocjonalnym a myśleniem życzeniowym, dystansowaniem się, samooskarżaniem, izolacją i redukcją napięcia (Endler, Parker, 1990). Styl emocjonalny łączył się z gorszą oceną stanu zdrowia (Zwoliński, 1997) oraz ze słabszym poczuciem koherencji (Kosińska - Dec, Jelonkiewicz, 1997). Styl zadaniowy sprzyjał zdrowiu wyłącznie wśród mężczyzn (Zwoliński, 1997), podobnie jak wyższej ocenie życia (Czapiński, 1992). Natomiast u obu płci dodatnio korelował z poczuciem koherencji (Kosińska - Dec, Jelonkiewicz, 1997). Preferencja stylu unikania nie zależała od stanu zdrowia i globalnej orientacji życiowej. Sytuacje związane z zagrożeniem zdrowia aktywizują emocjonalny styl zaradczy (Kosińska - Dec, Jelonkiewicz, 1997; Scharloo i in., 1999).

Podjęcie Carvera, Scheiera i Weintrauba (1989) jest bardzo bliskie ujęciu Lazarusa. Autorzy jako jedyni konsekwentnie traktują wsparcie społeczne jako

niezależną dymensją zaradczą. Początkowo rozróżniali emocjonalne i instrumentalne wsparcie jako wymiary dyspozycji zaradczych. Stwierdzili stałość poszukiwania wsparcia w procesie zmagania się. Folkman i Lazarus (Lazarus, 1992) traktowali poszukiwanie, uzyskiwanie i wykorzystywanie wsparcia społecznego jako formę radzenia sobie, lecz w ostatnich latach interpretują je jako wymiar nadrzędny dla funkcji zaradczych. Wsparcie społeczne ma modyfikujący wpływ na skutki zdarzeń stresowych (Sheridan, Radmacher, 1998). Carver i Scheier wymienione dymensje uważają za style zaradcze, również stosują je jako strategie w rozumieniu Lazarusa.

Wpływ stylu radzenia sobie na zachowanie w sytuacji stresu prowadzi do względnej stałości tego zachowania. Zgodność pomiędzy stylem i podjętymi strategiami radzenia sprzyja skuteczności (Heszen - Niejodek, 1996; 1997a). Jednakże nie ma zależności pomiędzy stylem a strategiami zaradczymi w obliczu poważnej choroby somatycznej, ponieważ większą wagę posiada czynnik sytuacyjny niż osobowy. Styl jest znaczący w generowaniu strategii zaradczych w sytuacji umiarkowanego stresu (Mateusiak, 1996). W przeprowadzonym badaniu Carver i Scheier (1994) dokonali pomiaru stylu zaradczego oraz sytuacyjnego radzenia sobie z uwagi na poważny stres zawodowego i rodzinnego (Tabela 3).

Tabela 3. Korelacje pomiędzy stylem a strategiami radzenia sobie mierzone kwestionariuszem COPE (Carver, Scheier, 1994).

Skala COPE (styl - strategia)	Korelacja
Religijność	0,76*
Używanie alkoholu	0,50*
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,39*
Odreagowanie emocjonalne	0,37*
Poznawcze unikanie	0,34*
Pozytywne przewartościowanie	0,31
Akceptacja	0,30
Zaprzeczenie	0,28
Aktywne radzenie	0,25
Planowanie	0,24

Legenda: $p < 0,01$; * $p < 0,001$

Większość korelacji pomiędzy preferowanym stylem zaradczym a podjętymi strategiami była niska i nieistotna statystycznie. Świadczy to o przewadze czynnika sytuacyjnego w obserwowanych transakcjach stresowych. Stwierdzono zgodność dla dymensji posiadających cechy ucieczki (religijność, spożywanie alkoholu i poznawcze unikanie) oraz charakter emocjonalny (poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i odreagowanie emocjonalne). Inni autorzy wskazują na stałość radzenia sobie poprzez religijność i pozytywne przewartościowanie (Schwartz i in., 1999). Podważa to wcześniejsze doniesienia o prognostycznej roli stylu zaradczego w obliczu zagrożenia.

3.3. Determinanty radzenia sobie z zagrożeniem

Związki pomiędzy osobowością a preferencją strategii radzenia mierzone przede wszystkim w odniesieniu do stresów życia codziennego. Dotyczy to stresu o niskim lub umiarkowanym poziomie (Carver, Scheier, 1994). Wiele z zależności formułowanych teoretycznie sprawdzono empirycznie (David, Suls, 1999; Zawadzki i in., 1998). Sposoby, jakie ludzie podejmują, by sobie radzić z trudnościami

warunkują cechy osobowości (David, Suls, 1999; Suls, David, Harrey, 1996; Zawadzki i in., 1998).

Osoby ekstrawertywne częściej podejmowały aktywne radzenie sobie, preferowały liczne strategie instrumentalne, pozytywne przewartościowanie, optymizm i poszukiwanie wsparcia społecznego. Podwyższony czynnik neurotyzmu korelował bardziej ze strategiami emocjonalnymi niż zadaniowymi, poszukiwaniem emocjonalnego wsparcia społecznego i myśleniem życzeniowym (David, Suls, 1999). Endler i Parker (1990) wskazują na ujemny związek pomiędzy neurotyzmem i strategiami zadaniowymi u kobiet oraz unikaniem u mężczyzn. Podkreśla się bardzo szeroki repertuar zaradczy u tych osób. Natomiast w sytuacji konfliktów interpersonalnych neurotycy, z pozoru paradoksalnie, używali wiele strategii instrumentalnych (David, Suls, 1999). Wysoka ugodowość sprzyjała poszukiwaniu wsparcia społecznego i reinterpretacji, w mniejszym stopniu aktywnemu radzeniu sobie i planowaniu rozwiązania problemu. Otwartość negatywnie korelowała z religijnością, a pozytywnie z reinterpretacją i wykorzystywaniem humoru. Osoby o wysokim poziomie sumienności stosowały liczne strategie instrumentalne takie jak aktywne radzenie, planowanie, tłumienie rywalizacji, w małym stopniu podejmując strategie emocjonalne, ucieczki poprzez nadużywanie alkoholu i zaprzeczanie. Natomiast u kobiet chorych na raka piersi nie stwierdzono związku pomiędzy otwartością, ugodowością i sumiennością a stylem zaradczym (van Oudenhoven - van der Zee i in., 1999). Analizując literaturę można stwierdzić, że jedynie ekstrawersja i neurotyzm oraz ich interakcja wpływają na wysiłki zaradcze.

Właściwości struktury "ja" związane z samooceną, poczuciem tożsamości i kontroli, zwartością i integracją, określając wydarzenia jako odnoszące się do "ja", a przez to zagrażających, determinowały powstawanie i rozwijanie się emocji lęku w odpowiedzi na ocenę sytuacji stresowej. W ten sposób poczucie koherencji Antonowskyego może modyfikować nasilenie się symptomów lęku i depresji (Langius, Björvell, Antonovsky, 1992; Geyer, 1997; Mroziak, Czabała, Wójtowicz, 1997; Sack, Künsebeck, Lamprecht, 1997). Ważną rolę odgrywały obniżona samoocena, wyuczona bezradność, pesymizm - optymizm (Carver i in., 1993; Carver i in., 1994; Seligman 1993). Pesymizm był czynnikiem modyfikującym postrzeganie dobrostanu. Sprzyjał nadmiernym negatywnym emocjonalnym reakcjom oraz wzmagał wrażliwość na doświadczane zmiany. Powodował nasilenie odczuwanego dystresu. Stwierdzono zależności pomiędzy sposobami radzenia sobie a optymizmem, odpornością, poczuciem kontroli i samooceną (Tabela 4).

Tabela 4. Korelacje pomiędzy sposobami radzenia sobie a cechami osobowości (Carver, Scheier, Weintraub, 1989)

Strategie zaradcze (COPE)	Optymizm (LOT)	Kontrola (Rotter)	Samoocena (Rosenberg)	Odporność (Kobasa)
Aktywne radzenie	0,32	0,21	0,27	0,20
Planowanie rozwiązania	0,25	0,14	0,22	
Odraczenie działania	0,20			
Pozytywne przewartościowanie	0,41	0,16		0,23
Akceptacja	0,19			
Religijność	0,15			
Odreagowanie emocjonalne		-0,16		
Zaprzeczanie	-0,27	-0,19	-0,28	-0,21
Behawioralne unikanie	-0,34	-0,20	-0,31	-0,29
Poznawcze unikanie	-0,14	-0,12		

Legenda: poziom istotności $p < 0,01$

Optymizm sprzyjał aktywnemu radzeniu sobie, pozytywnemu przewartościowaniu, ograniczał zaprzeczanie i behawioralne unikanie. Poczucie kontroli wewnętrznej oraz wysoka samoocena wpływały przede wszystkim na podejmowane działania. Odporność przeciwdziałała stosowaniu zachowań ucieczkowych.

Spośród pięciu czynników Costy i McCrae neurotyzm może odgrywać ważną rolę w dezadaptacyjnym radzeniu sobie ze stresem (David, Suls, 1999; Suls, David, Harrey, 1996; Zawadzki i in., 1998). Neurotyczność sprzyjała narastaniu lęku oraz symptomów nerwicowych niewspółmiernie do poziomu zagrożenia. W połączeniu z czynnikiem introwersji skutkowało stanami lękowo - depresyjnymi. Wraz z ekstrawersją wznagała zachowania antyspołeczne. Wysoki poziom neurotyzmu przy niskim natężeniu ugodowości sprzyjał uzewnętrznianiu reakcji na stres oraz projekcji. Natomiast neurotyczność wraz z ugodowością współwystępowała z reakcjami uwewnętrznionymi i represją.

Patologię radzenia sobie rozpatruje się na dwóch płaszczyznach: poprzez niedostrzeganie zagrożenia oraz poprzez czynniki demobilizujące (Kubacka - Jasińska, 1995a). Obronność percepcyjna, procesy wypierania i zniekształcania zmniejszały czujność w poszukiwaniu informacji oraz zmieniały interpretację otrzymanych. Z drugiej strony osłabiało to proces motywacyjny i skutkowało niemożnością nadawania sensu sytuacji i zaniechaniem kontynuowania procesu radzenia sobie. Temu ostatniemu sprzyjało poczucie bezradności oraz stany depresyjne. Wzmacniane były sposoby bierne i nieaktywne środki agresywne i autodestrukcyjne.

Poczucie posiadania kontroli nad zagrożeniem było fundamentalną determinantą podejmowanych wysiłków radzenia sobie (Davey, 1993; David, Suls, 1999; Łosiak, 1992) (Tabela 5). Ocena siły stresorów miała znacznie w mniejszym stopniu.

Tabela 5. Charakterystyka strategii radzenia sobie w stresie życia codziennego preferowanych w sytuacjach o różnym poziomie kontroli

SYTUACJE STRESUJĄCE	
Niekontrolowalne	Kontrolowalne
Unikanie	Dewaluacja zagrożenia
Poszukiwanie informacji	Logiczna analiza
Emocjonalne odreagowanie	Rozwiązywanie problemu
	Samoobwinianie się
	Regulacja emocji

Zgodnie z teorią transakcyjną, dostrzegany brak kontroli nad wydarzeniem wpływał na odwracanie uwagi, odreagowanie emocjonalne, akceptację i poszukiwanie emocjonalnego wsparcia (strategie skoncentrowane na emocjach) oraz negatywnie do podejmowania bezpośredniej aktywności (radzenie sobie skoncentrowane na problemie) (Folkman, Lazarus, 1986). W konfrontacjach ocenianych jako niekontrolowalne osobiście, ale konieczne do zaakceptowania, korzystano z dystansowania, unikania i ucieczki. Jednakże brak kontroli sprzyjał poszukiwaniu informacji na temat zaistniałej sytuacji (Davey, 1993). W codziennych wysiłkach radzenia sobie ze zdarzeniami ocenianymi jako bezwzględne, w większym stopniu polegano na religijności i katarzis, a w mniejszym na korzystaniu z

akceptacji (David, Suls, 1999). W transakcjach ocenianych jako kontrolowalne podejmowano głównie strategie o charakterze instrumentalnym: konfrontowanie się, przejmowanie odpowiedzialności, planowe rozwiązywanie problemów, pozytywne przewartościowanie. Posiadanie kontroli nad sytuacją sprzyjało poszukiwaniu i przetwarzaniu informacji (dymensja czujności), ale powodowało obciążenie emocjonalne. W sytuacjach niekontrolowalnych dominującym był wymiar unikania, odwracania uwagi od stresora. Postrzeganie kontroli osobistej i dążenie do jej utrzymania uruchamiało strategie dewaluacji zagrożenia (Davey, 1993). Poczucie kontroli nad zagrożeniem wyjaśnia zmienność efektywności strategii instrumentalnych i unikania.

Ważne znaczenie w przebiegu procesu i wyborze formy radzenia sobie przypisuje się zasobom, właściwościom jednostki związanym z nią samą i jej relacjami społecznymi. Rolę zasobów można określić w kontekście oceny sytuacji stresowej jako zagrażającej, dostarczania przesłanek interpretacji zagrożenia, co wpływa na kształtowanie się poziomu lęku. Zasoby stanowiły podstawę wszystkich dostępnych jednostce strategii radzenia sobie, czyli repertuar środków, które można uruchomić w obliczu zagrożenia, determinowały decyzję o formie i sile taktyk zaradczych (Folkman, Lazarus, 1988b). Zdaniem Kubackiej - Jasiołki (1995a) zasoby można sprowadzić do kilku kategorii: zdrowie, umiejętności rozwiązywania problemów i ocena własnej skuteczności, właściwości struktury "ja" i systemu społecznego (powiązanie z systemem przekonań, poglądów i wartości), wsparcie społeczne oraz zasoby utylitarystyczne (status ekonomiczny i społeczny).

Pojęciem opisującym strukturę przekonań osobistych będących zasobem w radzeniu sobie ze stresem jest "koncepcja własnego życia" Kulczyckiego (za Poprawa, 1997). Korzystną dla zdrowia autor uznał afirmację własnego losu lub pogodną pogodzenie się. Jednostka traktuje trudności jako przeszkody do pokonania, naturalną konsekwencję biegu życia. Jest gotowa do aktywnego zmagania się. Negatywnymi były podejście powinnościowe, które aktywizowało zaburzenia nerwicowe i choroby psychosomatyczne oraz podejście skierowane na doraźne przyjemności i poszukiwanie uniwersalnych rozwiązań. To ostatnie uruchamiało strategie destrukcyjne łącznie z tendencją do uzależnień oraz nieprzystosowania społecznego. Podejście powinnościowe sprzyjało realizowaniu celów niezgodnych z preferowanymi przez podmiot, skierowane na przyjemności służyło pozyskiwaniu sukcesu w transakcjach krótkoterminowych, tak jak przy przecenianiu strategii unikania.

Ocena radzenia sobie dotyczy relacji zagrożenia i szkodliwości stresora w odniesieniu do wartości zaangażowanych w danym momencie. W badaniach własnych Łosiak (1992) stwierdził, że zaangażowane wartości, szanse osiągnięcia celu oraz znaczenie, jakie ma sytuacja, stanowią wyznacznik podejmowanych form radzenia sobie. Ocena sytuacji o małym znaczeniu dla jednostki powodowała częstsze podejmowanie strategii dystansowania się związanego z odsuwaniem od siebie problemu i unikania myślenia o nim (por. Davey, 1993). Natomiast sytuacja o dużym znaczeniu dla podmiotu wznagała procesy unikania i ucieczki, zwłaszcza w formie fantazjowania lub oddawania się marzeniom. Ocena szans na osiągnięcie celu również wpływała na podejmowane sposoby radzenia sobie. Jeżeli cel, zdaniem podmiotu, mógł być przez niego osiągnięty, wdrażano strategie zorientowane na problem. Niska ocena szans osiągnięcia zamierzonego wyniku skłaniała do podejmowania strategii unikania oraz odreagowania. Sytuacje dotyczące ważnych celów życiowych takich jak zdrowie, rodzina, praca zawodowa powodowały mobilizację sił i środków, którymi jednostka dysponowała.

3.4. Skuteczność radzenia sobie ze stresem

Skuteczność radzenia można opisać na trzech wymiarach bogactwo - ubóstwo strategii, adekwatność - nieadekwatność zależne od kontekstu sytuacyjnego i jego dynamiki oraz elastyczność - sztywność strategii (zmiennność, odwracalność, selektywność) (Kubacka - Jasiocka, 1995a).

Radzenie sobie jest wysiłkiem, stresem wytwarzanym przez podmiot. Jest to proces gospodarowania zasobami w formie nakładów i inwestycji w stosunku do poniesionych kosztów i osiągniętego zysku (Kubacka - Jasiocka, 1995a; Heszen - Niejodek, 1996; Ratajczak, 1996). Aktywność zaradcza różni się od normalnej ukierunkowanej na osiągnięcie celu, ponieważ przebiega w warunkach zakłócenia równowagi pomiędzy poszczególnymi elementami sytuacji oraz jest aktywnością utrudnioną i potencjalnie lub rzeczywiście zagrażającą. Psychologicznym kosztem procesu zaradczego jest lęk przed ewentualną stratą własnych zasobów, które są nietrafnie inwestowane. W wyniku radzenia sobie w sytuacji stresującej wyróżnia się cztery rodzaje ponoszonych strat (Ratajczak, 1996). W przypadku nadmiernych nakładów odczuwane jest poczucie krzywdy. Zbędnie zaangażowane zasoby generują poczucie winy. Rozczarowanie i niespełnione nadzieje są wynikiem nieskutecznych inwestycji. Wystawienie się na osąd publiczny lub niemożność zachowywania zgodnie z normami społecznymi powodują poczucie wstydu. Szacowanie kosztów nie jest bez znaczenia. Poprzez sprzężenie zwrotne wpływają na proces radzenia sobie i optymalizują go. Bilans zysku i strat modyfikuje przyszłe zachowania i sprzyja tworzeniu nowych schematów zaradczych. Poszerza to dotychczasowe możliwości jednostki.

Oceniając skuteczność występujących indywidualnie form radzenia sobie należy uwzględnić osiągnięcie przynajmniej jednego z warunków realnego rozwiązania problemu, osiągnięcia stawianego celu, zwalczenie zagrożenia, redukcji częściowej lub całkowitej napięcia oraz podtrzymanie samooceny i obrazu "ja" (Kubacka - Jasiocka, 1995b; Taylor, 1984). W sytuacji zbyt dużych kosztów emocjonalnych likwidacji problemu sprzyja przełączenie działania na regulację emocji i napięcia. Może spełniać to rolę wspomagającą planowe rozwiązywanie problemów (Davey, 1993; Kubacka - Jasiocka, 1995a, Tobiasz - Adamczyk i in., 1999).

O skuteczności radzenia sobie decyduje również dynamika i zmienność form zaradczych (plastyczność), ponieważ pełnią one różną rolę i mają odmienne znaczenie w kolejnych etapach procesu zmagania się (Heszen - Niejodek, 1996, 1997a; Lazarus, 1986). W związku z tym reakcje unikania, zwykle skuteczne w początkowym okresie wystąpienia zagrożenia, stosowane stale prowadzą do usztywniania zachowania i są przeszkodą do osiągnięcia celów. Konieczne jest uwzględnianie wzajemnych, obustronnych zależności pomiędzy różnymi poziomami zmagania się, zwłaszcza psychologicznego i społecznego. Brak plastyczności może implikować negatywne konsekwencje na poziomie somatycznym. Przykładem jest wzór zachowania A. Wrześniewski (1993) rozumie go jako sposób regulowania relacji z otoczeniem, natomiast Ragland i współpracownicy (1992) oraz Strelau (1996) jako styl radzenia sobie. Jest to chroniczna, powtarzalna reakcja na stres, skuteczna na poziomie społecznym i psychologicznym, obciążona znaczącymi kosztami zdrowotnymi na poziomie fizjologicznym.

Podsumowując, aby dany proces zaradczy określić jako skuteczny bierze się pod uwagę: zgodność pomiędzy strategiami i stylem zaradczym (waga jakości i ilości), percepcję sytuacji (adekwatność), plastyczność form radzenia sobie i ich dynamikę na poziomie psychologicznym, somatycznym i społecznym, percepcję

kontroli sytuacji oraz dążenie do utrzymania równowagi pomiędzy wymaganiami zewnętrznymi i zasobami własnymi. Jednakże głównym kryterium skuteczności zaradczej pozostają osiągnięcie celu i dobrostan (Czapiński, 1992; Lazarus, 1986; Taylor, 1984).

4. PSYCHOLOGICZNE UWARUNKOWANIA STANU ZDROWIA I CHOROBY

4.1. Zdrowie - ewaluacja podejścia w medycynie i psychologii

Szeroko rozumianą definicję zdrowia cytuje się za Światową Organizacją Zdrowia, według której „zdrowie to nie tylko brak choroby, lecz pełny dobrostan jednostki w sensie biologicznym, psychicznym i społecznym” (za Tobiasz - Adamczyk, 1998). Antonovsky (1995b) odnajduje w tej definicji elementy salutogeniczne. Zdrowie jest procesem dynamicznym, systemem wzajemnych relacji organizm - środowisko, potencjałem zdolności przystosowania się organizmu do wymogów środowiska (Bures, za Tobiasz - Adamczyk, 1998).

Psychologicznym zdefiniowaniem zdrowia jest koncepcja zdrowego pola życiowego, na którą składają się biologiczne, techniczne, społeczne i kulturowe czynniki otoczenia, stanowiące warunki zdrowia indywidualnego, wynikające z relacji pomiędzy jednostką a otoczeniem (Heszen - Niejodek, Broome, 1991). Zdrowie jest traktowane jako coś więcej niż brak patologii (Antonovsky, 1995a; Capra, 1987). Czynniki je określające są złożone i zależą zarówno od genetycznych, jak i psychospołecznych zasobów odpornościowych, między innymi wsparcia społecznego czy strategii radzenia sobie. Obniżenie czy „załamanie” stanu zdrowia jest wynikiem braku energii lub umiejętności sprostania wymaganiom i obciążeniom wewnętrznym czy zewnętrznym. Systemowe ujęcie zdrowia jako procesu ukierunkowanego na stałe przywracanie równowagi organizmu wskazuje na istnienie kontinuum zdrowie - choroba (Antonovsky, 1995a; Heszen - Niejodek, 1997b).

Dominującą orientacją w badaniach nad problematyką zdrowia i choroby była dotąd orientacja patogenetyczna, oparta na koncepcji homeostazy organizmu. Chorobę traktowano jako skutek zakłóceń w sprawnym działaniu mechanizmów homeostazy i to ona, a nie człowiek z określonym problemem medycznym, zajmowała główne miejsce (Capra, 1987; Heszen - Niejodek, 1997b). W modelu biomedycznym zdrowie definiowane jest jako kategoria zobiektywizowana (Sęk i wsp., 1992). Stan zdrowia to brak zakłóceń w biologicznych funkcjach organizmu. Podlega obiektywnym zasadom regulacji i jest zdeterminowane wrodzoną strukturą. Zależy od odporności biologicznej. Załamanie stanu zdrowia następuje, gdy organizm nie jest w stanie sprostać szkodliwym wpływom. W modelu biomedycznym zdrowie jest chorobą "zero" (Sheridan, Radmacher, 1998). Wieloletnie ukierunkowanie postępu w diagnozie i leczeniu chorób spowodowało brak zainteresowania ze strony medycyny bezobjawową chorobą "zdrowie".

W modelu holistyczno - funkcjonalnym o poziomie zdrowia decydują stresory i zgeneralizowane zasoby odpornościowe. Zasoby (Hobfoll, 1989) są swoistym potencjałem zdrowia, do którego należą energia fizjologiczna jednostki, odporność biologiczna organizmu, warunki otoczenia, wsparcie społeczne, prozdrowotne systemy wartości, a przede wszystkim cechy psychiczne podmiotu (wiedza i zdolność do racjonalnych decyzji, poczucie sprawstwa, optymizm). Wszystkie te elementy wyznaczają poczucie koherencji, które jest czynnikiem decydującym o poziomie zdrowia (Antonovsky, 1997).

Myślenie salutogenetyczne koncentruje się nie na poszukiwaniu i wykluczaniu czynników niekorzystnych, ale na rozpoznawaniu i aktywizowaniu takich właściwości jednostki, które sprzyjają dobremu zdrowiu (Antonovsky, 1995a). Z tego powodu zdrowie i chorobę traktuje się jako kontinuum rozciągające się od

"zdrowia (health ease) do choroby (dis-ease)" (Antonovsky, 1997, s.211). Skupienie się wokół czynników sprzyjających przemieszczaniu się w kierunku zdrowia oraz zasobach umożliwiających radzenie sobie ze stresem pozostaje w uzupełnieniu do podejścia patogenego. Bada się zasoby, które pomagają jednostce w radzeniu sobie z szerokim spektrum stresorów i czynników szkodliwych (Rodin, Salovey, 1997; Sęk, 1997; 1998; Sheridan, Radmacher, 1998; Wrześniewski, 1996). Antonovsky (1995b) podkreśla, że nie zawsze to, co jest funkcjonalne, użyteczne i pozytywne dla zdrowia jest etyczne i moralne. Stres jest wszechobecny, może być destrukcyjny albo pożądanym (Antonovsky, 1995a; Selye, 1979). Orientacja salutogenetyczna stwarza podstawy teoretyczne do szukania źródeł ujemnej entropii, sprzyjających aktywnej adaptacji do środowiska.

Przejście od modelu biomedycznego (paradygmatu psychologii medycznej) do biopsychospołecznego (paradygmatu psychologii zdrowia) wymaga przesunięcia podejmowania decyzji dotyczących zdrowia z osoby lekarza na pacjenta. Kryterium efektywności leczenia powinno być po pierwsze radzenie sobie pacjenta z chorobą i jej następstwami, a nie wyleczenie choroby, po drugie ukierunkowanie na promowanie zdrowia, a nie na unikanie choroby, po trzecie przyznanie pacjentowi aktywnej roli w relacji lekarz - pacjent (Heszen - Niejodek, Broome, 1991). Następnym traktowaniem jednostki jako podmiotu jest przypisanie jej swobody decydowania o własnym zachowaniu w dziedzinie zdrowotnej i odpowiedzialności za jego skutki. Poczucie osobistej odpowiedzialności za własne zdrowie jest źródłem motywacji do dbania o nie.

Przekonania natury holistyczno - funkcjonalnej mogą harmonijnie współistnieć z przekonaniem modelu biologicznego. Wśród ludzi istnieje przekonanie, że załamanie zdrowia następuje w sytuacji wyczerpania psychicznych i fizycznych zasobów, jednak nie wierzą w możliwość zachowania zdrowia w szkodliwych warunkach (Sęk i wsp., 1992). Przekonania zdrowotne nie były determinowane płcią, ale wykształceniem. Osoby z niższym wykształceniem, zwłaszcza kobiety, preferowały model biomedyczny. Starsze kobiety z wykształceniem podstawowym tolerowały brak sprawstwa i kontroli w sprawach własnego zdrowia. Im wyższe wykształcenie i młodszy wiek, tym większa preferencja modelu holistycznego. Wraz z wiekiem malało przekonanie o skuteczności własnego, aktywnego wpływu na zdrowie i chorobę.

4.2. Dynamika zdrowia kobiety - menopauza

Comiesięczny cykl hormonalny to jeden z podstawowych elementów składający się na bycie kobietą. W cyklu tym zachodzą radykalne zmiany od okresu dojrzewania, poprzez ciążę i menopauzę. Zmiany te są naturalne i wiążą się ze stanem zdrowia. Menopauza jest ostatnim tabu, o którym nawet kobiety mówią niechętnie. Objawy wyglądają jak koniec w sensie umierania, a nie jako przemiana.

Okres klimakterium należy rozpatrywać nie tylko w kontekście biologicznym, ale również w aspekcie psychologicznym i społecznym (Dąbrowska - Caban, 1997; Warelis, 1997). Z medycznego punktu widzenia jest to stan przejściowy pomiędzy pełną dojrzałością płciową a starością, związany z prawidłowym, fizjologicznym procesem starzenia się jajników. Do najbardziej charakterystycznych dolegliwości tego okresu należą: objawy naczynioruchowe - uderzenia gorąca z często towarzyszącym zaczerwienieniem skóry, zlewnymi potami i dreszczami, nocna potliwość związana z zaburzeniami układu wegetatywnego, kołatanie serca, bóle i zwroty głowy, bóle różnych okolic ciała,

zaburzenia snu (trudności z zasypianiem, wczesne i częste budzenie się, uczucie niewyspania), chwiejność emocjonalna, płaczliwość, spadek libido. Po menopauzie obserwuje się zmiany zanikowe w obrębie narządów rodnych w postaci zwężenia przedsionka pochwy, zmniejszenia jej nawilżenia, co może wpływać na osiąganą satysfakcję z życia seksualnego. W następstwie zaniku estrogenów występują zmiany ogólnoustrojowe: zwiększa się ilość cholesterolu, postępują zmiany miażdżycowe i zaburzenia gospodarki wapniowo - fosforanowej (Davis, 1996; Steiner, Yonkers, 1999). Narastają zagrożenia chorobowe takie jak osteoporoza, choroby krążenia i serca. Według rocznika statystycznego RP (1998) w wieku okołoklimakteryjnym Polka choruje przeciętnie na 3,7 chorób.

Niedobór estrogenów oddziałuje bezpośrednio na stan psychiczny (labilność emocjonalna, stany ciągłego napięcia psychicznego wraz z niepokojem ruchowym, nagle napady lęku, obniżenie progu wrażliwości na bodźce, stany depresyjne). Największe nasilenie dysfunkcji psychicznych występuje na krótko przed menopauzą i zmniejsza się w rok - dwa po ostatnim krwawieniu miesięczkowym. Nie znaleziono jednoznacznej odpowiedzi, czy trudności w funkcjonowaniu psychicznym są w większym stopniu zdeterminowane niedoborem hormonów czy czynnikami psychospołecznymi (Steiner, Yonkers, 1999).

We współczesnej kulturze europejskiej i amerykańskiej ceniony jest młody wiek i atrakcyjność seksualna. Menopauza wiąże się ze stratą zdolności do reprodukcji, dlatego jest symbolem utraty kobiecości. Zmiany zachodzące w ciele kobiety warunkują obraz jej własnej osoby. Nakładają się na zmieniające się w stosunku do niej wymagania w zakresie pełnionych ról rodzinnych i społecznych. Podobnie duże zmiany hormonalne występujące w trakcie ciąży i bezpośrednio po porodzie są akceptowane i tolerowane przez społeczeństwo. Elementów ochronno - opiekuńczych nie zauważa się w przypadku menopauzy (Borkowska - Tokarska, 1998; Dąbrowska - Caban, 1997).

W okresie klimakterium towarzyszą kobiecie ważne zmiany w rodzinie i życiu zawodowym. Problemy dotyczące życia rodzinnego wiążą się z usamodzielnieniem dzieci. Poczucie osamotnienia jest między innymi skutkiem wysokiej pozycji macierzyństwa w hierarchii wartości społecznych. Odejście dzieci z domu często jest sprawdzianem jakości związku małżeńskiego. W okresie menopauzalnym mogą pojawić się problemy związane z funkcjonowaniem seksualnym. Na ogół przekwitaniu towarzyszy zmniejszenie zainteresowania seksem (choćby z uwagi na mniejszą lubrykację czy dyspareunię), choć u niektórych kobiet aktywność seksualna ulega wzmożeniu. Czynnikiem zwiększającym sprawność seksualną są regularne stosunki z akceptowanym partnerem (Borkowska - Tokarska, 1998; Czubalski, 1995; Warelis, 1997).

Coraz częściej zgłaszaną trudnością jest obawa przed utratą pracy. Wynika to z poczucia bądź rzeczywistej mniejszej sprawności fizycznej w stosunku do młodych pracowników, czasami również sprawności intelektualnej (trudności w koncentracji uwagi, osłabienie pamięci świeżej, mniejsza elastyczność myślenia, co wpływa na podejmowanie decyzji.), która jest rekompensowana bogatym doświadczeniem zawodowym (Borkowska - Tokarska, 1998).

W badaniach przeprowadzonych w Anglii i Niemczech (za Czubalski, 1995) podkreśla się, że kobiety w okresie menopauzy posiadają gorszą samoocenę niż w wieku reprodukcyjnym. Podstawowymi symptomami dysfunkcji psychicznych są obniżony nastrój, wyższy lęk i fobie. Wśród pacjentek Poradni Chorób Menopauzy najsilniej odczuwanym problemem są trudności w relacjach z mężem oraz poczucie osamotnienia, mimo posiadanej rodziny. W dalszej kolejności pojawiają się

problemy związane z pracą i dolegliwości somatyczne. Wśród zmian w sferze psychicznej najczęściej wymieniano rozdrażnienie, znużenie i smutek (Łepecka - Klusek, Fiuk, Prusak, 2000). Im większe objawy klimakteryjne, takie jak uderzenia gorąca oraz zmiany w obrazie ciała, tym większy dystres i poczucie zmiany siebie w stosunku do okresu przed przekwitaniem (Reynolds, 1999). Nasilenie poczucia stresu wydaje się wiązać bardziej z postawami w stosunku do określonych objawów niż ze strategiami zaradczymi względem nich. Ważnym czynnikiem jest poczucie kontroli nad zmianami i objawami klimakteryjnymi. Spostrzegające kontrolę kobiety stosowały więcej, różnorodnych strategii radzenia sobie z fizycznymi, społecznymi i emocjonalnymi konsekwencjami menopauzy.

Podsumowując, okres menopauzy jest to czas wielkich zmian nie tylko biologicznych, ale i rodzinnych, zawodowych oraz społecznych. Zdaniem Borysenko (1999) zmiana w obrazie kobiecości i w relacjach rodzinnych mogą skutkować poczuciem osamotnienia i pustki, albo odnalezienia mocnej pozycji w tym nowym systemie, z uwagi na posiadaną mądrość życiową i doświadczenie. Troska o zdrowie w tym okresie staje się ważnym czynnikiem w dodaniu lat do życia oraz poprawie jego jakości. W modelu biomedycznym koncentrowano by się na leczeniu chorób lub osłabianiu ich skutków z pominięciem psychospołecznego aspektu funkcjonowania jednostki. Promocja zdrowia podczas menopauzy ukazuje jak ważne jest holistycznie - funkcjonalne podejście do zasobów zdrowia u kobiet.

4.3. Doświadczenie stanu choroby

Zmianom w samopoczuciu oraz normalnej aktywności życiowej odpowiadają przemiany w stanie zdrowia przebiegające według kryterium medycznego (zdrowie, choroba w stadium przedklinicznym, klinicznym, choroba rozpoznana, zmiany pod wpływem leczenia, stan po leczeniu). Psychospołeczne ujęcie stanu zdrowia uwzględnia następujące stany świadomości jednostki na podstawie jej samopoczucia: "czuję się zdrowy, jestem zdrowy, czuję się chory, jestem chory" (Kasl i Cobb za Tobiasz - Adamczyk, 1998). Samooceny stanu zdrowia opierają się na subiektywnych doświadczeniach związanych z ostrymi i przewlekłymi chorobami, poczuciem zmęczenia i bólu, jak również z obiektywnymi wyznacznikami zdrowia takimi jak chorobowość i obiektywna ocena lekarza (Tobiasz - Adamczyk i wsp., 1999). Ocena subiektywnego stanu zdrowia podejmowana jest pod wpływem dyskomfortu fizycznego, psychicznego i społecznego. Kluczowymi są percepowane objawy choroby, ból, znaczenie społeczne przypisywane chorobie i roli chorego. Stres wynikający z choroby i dyskomfort, jaki ona wnosi, etykietyzowanie związane z przewidywaną diagnozą mają dodatkowe znaczenie (Adamczak, Sęk, 1997). Z tego powodu problemy ludzi z chorobą nowotworową mogą być wyjaśniane w kategoriach ról i zachowań, choć podejście to jest zdecydowanie przestarzałe.

Istnieje rozbieżność pomiędzy subiektywnie i obiektywnie ocenianym stanem zdrowia. Subiektywne poczucie zdrowia wpływa na podejmowane decyzje terapeutyczne i może być wskaźnikiem potrzeb zdrowotnych (Andersen, 1985; Heim, 1998; Heszen - Niejodek, Broome, 1991; Tobiasz - Adamczyk i in., 1999). Subiektywne rozumienie zdrowia nie jest równoważne z obiektywnymi, medycznymi kryteriami (Dolińska - Zygmunt, 1996a; Tobiasz - Adamczyk, 1999). Heim (1991) podkreśla, że to sam podmiot ocenia w wyniku samoobserwacji czy stan zdrowia jest prawidłowy oraz czy objawy zostaną zinterpretowane jako chorobowe, przypisując im różny stopień niebezpieczeństwa lub zagrożenia. Warunkiem koniecznym kwalifikacji symptomów do konkretnej choroby jest

posiadanie jej reprezentacji (Leventhal, za Bishop, 2000; Taylor, 1992). Najczęściej o zmianie poczucia „jestem zdrowy - jestem chory” decyduje sama jednostka i od niej zależy podjęcie dalszych zachowań (Tobiasz - Adamczyk, 1998). Uświadomienie sobie symptomu i nadanie mu znaczenia, może zostać zignorowane lub pomniejszone, gdy choroba występuje nagle, w trakcie realizacji ważnych celów życiowych lub gdy zdrowiu jako wartości przypisuje się stosunkowo małe znaczenie. W przypadku podejrzenia choroby nieuleczalnej zaprzeczenie ma charakter samoobrony, gdy uznanie się za chorego jest tożsame z akceptacją zagrożenia (Taylor, 1984).

Za istotne uważa cztery wymiary choroby: czas trwania, zakres, możliwości wyleczenia i stopień niezdolności oraz potencjalna degradacja, a zwłaszcza naznaczenie społeczne (Friedson, za Tobiasz - Adamczyk, 1998). Choroba nowotworowa charakteryzuje się często długim czasem trwania, który w większości przeznaczony jest na proces leczenia, miejscowym występowaniem objawów z tendencją do ich globalizacji, niezadowolającymi możliwościami skutecznego wyleczenia. Natomiast degradacja społeczna (konieczna zamiana pozycji społecznej z uwagi na ograniczenie pełnienia ról) wynika nie tylko ze stopnia fizycznej niezdolności, ale przede wszystkim ograniczenia i wyznaczenia pozycji ze strony ludzi zdrowych. Takiemu ujęciu sprzeciwia się podejście salutogenetyczne (Lerner, 1997).

Pośredni wpływ na zachowania w chorobie mają zmienne demograficzne, ekonomiczno - społeczne (wykształcenie, zawód, sytuacja materialna), przeszłe doświadczenia z chorobą, aktualne obciążenie działaniem czynników stresowych (Andersen, 1985; Heszen - Klemens, 1979; Tobiasz - Adamczyk i in., 1999). Zwłaszcza dwie pierwsze znajdują biologiczne, psychologiczne i kulturowe uzasadnienie (Rodin, Salovey, 1997). Psychologiczny i behawioralny status określa stopień zwiększenia ryzyka zachorowalności i śmiertelności w chorobach nowotworowych (Andersen, 1993).

Nadanie znaczenia chorobie i ocena jej ciężkości była przedmiotem analiz licznych autorów (Jarosz, 1983; Juczyński, 1997; Lipowski, 1970; Taylor, 1984; Watson i in., 1988) Jarosz (1983) wśród reakcji określających stopień powagi choroby wyróżnia zaprzeczanie, pomniejszanie, wyolbrzymianie i akceptację. Trzy pierwsze typy reakcji są wyrazem traktowania choroby jako zagrożenia, co powoduje dalsze skutki dla procesu jej leczenia. Choroba oceniana jako kara może wyzwać postawę bierności i akceptacji zmiany sensu życia. Traktowana jako krzywda powoduje depresję i demobilizację. Może też być uznana za wyzwanie, jest jedną z wielu trudnych sytuacji do pokonania. Percepcja stanu choroby jako agresora będzie powodowała zwalczanie jej wszelkimi sposobami w celu zmniejszenia napięcia wynikającego z zagrożenia. Zdarza się traktowanie choroby jako ulgi uwalniającej od problemów i codziennych wymagań lub ucieczki w celu zwolnienia z wykonywania normalnych obowiązków. Sprzyja uzyskiwaniu korzyści emocjonalnych, społecznych czy materialnych. Podstawowe sposoby radzenia sobie z chorobą są pochodną oceny sytuacji i można je określić na kontinuum walki - uległości z elementami przeciwstawiania się czy buntu albo rezygnacji. Przystosowanie psychospołeczne w chorobie wyraża różny poziom nasilenia stresu i doświadczanych emocji oraz implikuje odmienne style i strategie zaradcze. Wobec choroby nowotworowej chorzy przyjmują postawę stoickiej akceptacji, zaprzeczania, bezradności i beznadziejności (poddania się), lękowego zaabsorbowania oraz postawę walczącego ducha (Greer, 1991; Watson i in., 1988). Juczyński (1997) łączy postawę walki i bezradności w jedno kontinuum z uwagi na ich przeciwstawność.

Poszukiwanie przyczyn choroby w celu podtrzymania struktury "ja" jest głównym celem poznawczej adaptacji (Taylor, 1984). Jednakże nie treść procesu atrybucji przyczynowej, umożliwia lepszą adaptację psychiczną i społeczną, ale samo nadanie znaczenia chorobie (dążenie do koherencji sytuacji) (Adamczak, Sęk, 1997). Pozytywne znaczenie choroby oraz przypisanie jej sensu wpływają na poczucie kontroli nad sytuacją oraz zapewniają większą satysfakcję z życia. Wydaje się, że ważniejsze w obrazie choroby nowotworowej będą elementy treściowe niż formalne (Heszen - Klemens, 1979).

4.4. Związki pomiędzy stanem zdrowia a poczuciem koherencji - badania empiryczne

Badania empiryczne wykazały, że poczucie koherencji jest związane ze stanem zdrowia korelacyjnie i predyktywnie (Antonovsky, 1993; Jelonkiewicz, 1996; Koniarek, Dudek, Makowska, 1993; Kosińska - Dec, Jelonkiewicz, 1997; Mroziak, 1994; Zwoliński, 1997). Osoby o wysokim poczuciu koherencji odbierają otaczającą rzeczywistość jako wyzwanie i są otwarte na informacje zwrotne, co nie stanowi dla nich subiektywnego zagrożenia. Skuteczne radzenie sobie zależy więc od poczucia koherencji jako całości. W patologii poziom koherencji jest niższy (Bidzan i wsp., 1999; Callahan, Pincus, 1995; Frommberg i wsp., 1999; Koniarek, Dudek, 1996; Koniarek, Dudek, Makowska, 1993; Makowska, 1998; Szymczak, Tratas, 1999). Osoby cierpiące na raka, schizofrenię, alkoholizm osiągały niskie wyniki poczucia koherencji mierzone skalą SOC Antonovsk'ego. Wynika stąd, że większą szansę na utrzymanie się na kontinuum bliżej bieguna zdrowie mają osoby o silniejszym poczuciu koherencji. Ono też umożliwia ludziom łatwiejsze unikanie zagrożeń i niebezpieczeństw zdrowotnych (Antonovsky, 1993; 1997). Sprzyja to większej dostępności do osobistych zasobów i umiejętnego ich wykorzystywania w trudnych sytuacjach. Schnayder i współpracownicy (1999) przynależą do grupy nielicznych autorów, którzy twierdzą, że niski poziom poczucia koherencji wynika z psychospołecznych konsekwencji problemów zdrowotnych. Podobny wniosek wyciąga Jelonkiewicz (1996) na podstawie dokonanego przeglądu badań. Obniżone poczucie koherencji jest wynikiem choroby, małej satysfakcji z życia rodzinnego i nadużywania strategii unikania. W tym przypadku słabe poczucie koherencji jest skutkiem, a nie przyczyną deficytów zdrowia. Antonovsky (1995a, s.153) nie wyklucza takiego podejścia. Przyjmuje, że stan zdrowia może być sam w sobie uogólnionym zasobem lub deficytem odpornościowym powodującym wzmocnienie lub osłabienie poczucia koherencji. Literatura światowa nie pozwala na jednoznaczne wyznaczenie zależności przyczynowo - skutkowej pomiędzy poczuciem koherencji i stanem zdrowia. Wydaje się, że ma ona charakter sprzężenia zwrotnego.

Warto zwrócić uwagę na korelację pomiędzy natężeniem poczucia koherencji ze skalami mierzącymi zdrowie psychiczne (Koniarek, Dudek, Makowska, 1993). Im słabsze poczucie koherencji, tym gorszy stan funkcjonowania badanych charakteryzujący się narastającym lękiem i depresją (Langius, Björvell, Antonovsky, 1992; Geyer, 1997; Sack, Kunsebeck, Lamprecht 1997). Osoby leczone z powodu nerwicy plasowały się bliżej bieguna oznaczającego zdrowie niż pacjenci z depresją (Mroziak, Czabała i Wójtowicz, 1997). Chore na depresję kobiety miały również najniższy poziom poczucia sensowności (Carstens, Spangenberg, 1997; Mroziak i in., 1997). Ogólny stan zdrowia subiektywnie był wyżej oceniany przez badane o silnym poczuciu koherencji. Te ostatnie częściej określały sytuację jako wyzwanie.

Styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach, w przeciwieństwie do stylu zadaniowego, pozytywnie korelował z lękiem i depresją. Zdaniem Langiusa, Björvella i Antonovsky'ego (1992) mocne poczucie koherencji wiązało się z niskim natężeniem lęku i wrogości. U osób z niskim poczuciem koherencji zespół stresu pourazowego silniej się rozwijał i dłużej utrzymywał (Frommberg i wsp., 1999). Poczucie zrozumiałości i zaradności pozwalało na lepsze poradzenie sobie z traumatycznym zdarzeniem. Natomiast poczucie koherencji nie wywierało ochronnego wpływu na reakcje emocjonalne w sytuacji traumy, odmiennie niż w pozostałych transakcjach zagrażających (Jelonkiewicz, 1996). Stwierdzono ujemny związek pomiędzy neurotyzmem a poczuciem koherencji (Frommberg i wsp., 1999; Gibson, Cook, 1996). Natomiast ekstrawersja i tolerancja frustracji kojarzona jest z silnym poczuciem koherencji. Podsumowując, niskie poczucie koherencji współwystępuje z objawami lęku, depresji i wrogości oraz cechami introwersji i neurotyzmu.

Poczucie koherencji wpływa na zdrowie w sposób pośredni, jak również bezpośredni. Bezpośrednio moderuje szkodliwe fizjologiczne skutki napięcia psychicznego wywoływane przez stres (Poppius i in., 1999). Dodatkowo zaobserwowano związek pomiędzy aktywnym spędzaniem czasu wolnego a wysokim poczuciem koherencji. Wydaje się to być zgodne z wynikami innych autorów, którzy u osób chorych z dolegliwościami fizycznymi lub ograniczonych w swojej aktywności obserwowali słabe poczucie koherencji. Nie stwierdzono związku pomiędzy zachowaniami antyzdrowotnymi (palenie papierosów) a poczuciem koherencji.

Płeć kształtowała odmienny wzorzec zależności pomiędzy poczuciem koherencji a zdrowiem. U kobiet stan zdrowia nie łączył się z poczuciem koherencji, tylko z negatywnymi doświadczeniami życiowymi. Wśród mężczyzn odnotowano przeciwną zależność (Carmel, za Jelonkiewicz, 1996). Wśród młodych mężczyzn ocena zdrowia wiązała się wyłącznie z poczuciem koherencji (Zwoliński, 1997). Natomiast na zdrowie kobiet pozytywny wpływ miało niepodjęcie emocjonalnego stylu radzenia sobie z zagrożeniem. Pośrednie oddziaływanie poczucia koherencji dotyczy pierwotnej oceny sytuacji stresowej oraz stylu radzenia sobie ze stresem. Badanie prospektywne wśród młodych kobiet i mężczyzn (Kosińska - Dec, Jelonkiewicz, 1997) potwierdziło stały pozytywny związek pomiędzy poczuciem koherencji a stylem zadaniowym w radzeniu sobie ze stresem oraz negatywny ze stylem emocjonalnym.

Poczucie koherencji jest również czynnikiem odpowiedzialny za jakość radzenia sobie. Sammallahti, Holi, Komulainen i Aalberg (1996) zastosowali dwie podobne metody mające różne podstawy teoretyczne: paradygmat salutogenetyczny (kwestionariusz poczucia koherencji Antonovsky'ego) i psychodynamiczny (kwestionariusz mechanizmów obronnych Bond'a). Wyniki były zgodne z oczekiwaniami. Skala Poczucia Koherencji była bardziej dokładna w określaniu, jak ludzie oceniają świat, kiedy radzą sobie dojrzałe, podczas gdy Skala Mechanizmów Obronnych, która jest głęboko osadzona w psychopatologii, była bardziej czuła w określeniu jak ludzie radzą sobie w sposób obronny.

Mechanizmy zaradcze odnoszą się do zdrowia psychicznego oraz jakości życia (Cederbald i in., 1995). Strategie rozwiązywania problemów, poszukiwania wsparcia społecznego i bycia optymistą były częściej podejmowane w stanie dobrego zdrowia psychicznego. Unikanie oraz odwracanie uwagi zależało od przeżywanego lęku i depresji, a nie od poczucia koherencji czy dolegliwości fizycznych związanych ze stanem zdrowia (Kosińska - Dec, Jelonkiewicz, 1997;

Wettergren i wsp., 1999). Zdaniem Sęk i Ściagały (1996) poczucie koherencji jest dobrym predyktorem adaptacyjnych mechanizmów zaradczych wraz z mechanizmami kontroli i procesami refleksyjności. Autorzy traktują je jako zasób w radzeniu sobie z chorobą. Poczucie koherencji było najlepszym korelatem zdrowia i dobrostanu psychicznego (Cederbald i in., 1995; Cederbald, Hannson, 1996). Poprzez satysfakcję z przebiegu leczenia wpływało na jakość życia zależną od stanu zdrowia (Guldvog, 1999). Stwierdzono, że w chorobach przewlekłych istnieją pozytywne związki pomiędzy poczuciem koherencji a ogólnym stanem zdrowia i aktywnością codzienną oraz negatywne odnośnie do dolegliwości bólowych i syndromu wyuczonej bezradności (Callahan, Pincus, 1995). Reasumując, poczucie koherencji związane jest ze zdrowiem fizycznym i psychicznym oraz ma pośredni wpływ na jakość i efektywność radzenia sobie.

4.5. Zależność pomiędzy strategiami zaradczymi a procesem przystosowania w chorobie

Choroba somatyczna narusza integralność cielesną, zmienia koncepcję samego siebie, zaburza równowagę emocjonalną, wpływa na środowisko społeczne chorego oraz powoduje niepewność poszczególnych źródeł wsparcia (Heim, 1991). Celem radzenia sobie w chorobie, w tym również nowotworowej, według Ledera (1997) powinno być:

- przywrócenie integracji ciała po jego uszkodzeniu,
- przywrócenie dobrostanu poprzez ustąpienie bólu i zmniejszenie dolegliwości,
- przywrócenie równowagi emocjonalnej,
- opracowanie perspektyw na przyszłość po ustąpieniu poczucia utraty kontroli,
- optymalna adaptacja do szczególnych warunków (hospitalizacji, metod leczenia),
- utrzymanie optymalnej jakości życia,
- godne przeżycie fazy terminalnej.

Przystosowanie rozumiane jest jako proces akceptacji doświadczonych zmian. Może charakteryzować go postawa bierności albo aktywności w próbach osiągania dalszych, korzystnych efektów. Podstawowym czynnikiem jest poczucie sprawowanej kontroli na nowym doświadczeniu, pojawiającymi się zmianami i możliwością ich modyfikowania (Reynolds, 1999; Whal i wsp., 1999). Drugą ważną zmienną jest poczucie dobrostanu psychicznego i satysfakcji z jakości życia. Zdaniem Heszen - Niejodek (1997a, s.11) przystosowanie do choroby najlepiej tłumaczy koncepcja Miller, wyjaśniająca modyfikację natężenia lęku. Im wyższa czujność, tym łatwiejsze dostrzeganie objawów jako chorobowych, szybsze podjęcie decyzji o kontakcie z lekarzem, przyjęcie diagnozy i wykonywanie zaleceń medycznych. Jednakże koncentrowanie się na sytuacji stresowej oraz poszukiwanie informacji mogą wzmacniać lęk. Potwierdzają to badania Desai, Bruce i Kasl (1999), którzy u kobiet z nisko zaawansowanym nowotworem piersi stwierdzili w przedchorobowej historii znaczącą liczbę diagnozy fobii. Unikanie może stać się również obroną przed lękiem. W sytuacjach niekontrolowalnych czujność jest bezużyteczna, ponieważ nie powoduje redukcji lęku. Należy podkreślić, że przebieg choroby zawiera stadia i aspekty zarówno kontrolowalne, jak i pozostające poza wpływem podmiotu. Z tego względu efektywność upatruje się w bogactwie strategii na obu dymensjach: koncentrowania i unikania (Heszen – Niejodek, 1997a).

Przystosowanie do roli chorego obejmuje kilka podstawowych typów zadań związanych z diagnozą choroby i procesem leczenia (Cohen, Lazarus, Moos, za Sheridan, Radmacher, 1998). Zmiana stylu życia sprzyja modyfikowaniu warunków

zewnętrznych wspierając proces zdrowienia. Pacjent musi przystosować się do pobytów w szpitalu, wykonywania inwazyjnych i bolesnych zabiegów oraz wykonywania zaleceń lekarskich. Ważne jest nawiązanie właściwej relacji i współpracy z personelem medycznym. Hospitalizacja i komunikacja lekarz - pacjent wymusza bierność i zależność ze chorego, co sprzyja uruchamianiu mechanizmów regresji oraz obronnego radzenia sobie (Leder, 1997). Kolejnymi zadaniami są utrzymanie satysfakcjonującego obrazu siebie, relacji społecznych i zachowanie względnej równowagi emocjonalnej. Chory podejmuje próby adaptacji do następstw choroby (utrata sprawności) oraz niepewności, jaką ona wprowadza w bieżące i przyszłe życie.

Wśród chorych najczęściej używaną i efektywną w sensie panowania nad objawami, była strategia emocjonalna bazująca na optymizmie i postrzeganiu kontroli (Whal i in., 1999). Aktywne rozwiązywanie problemów minimalizowało symptomy depresji i przeżywanie wewnętrznej złości oraz sprzyjało adaptacji i akceptacji niepełnosprawności. Natomiast strategię emocjonalne i poznawcze odcinanie się od problemu związane były z narastającym lękiem, depresją, zewnętrzną wrogością i brakiem akceptacji zmian chorobowych (Livneh i in., 1999). W procesie rehabilitacji następował wzrost radzenia sobie poprzez kompensację, akceptację - stoicyzm, podtrzymywanie zewnętrznego wizerunku, nadawanie znaczenia zdarzeniu i supresji uczuć. Z drugiej strony obserwowano mniejszą religijność, bunt, ekspresję emocjonalną, pasywną współpracę, izolację społeczną oraz analizowanie problemu (Włodarczyk, 1997). W ujęciu Heima (1991; 1997; 1998) za efektywne, niezależnie od fazy choroby, uznaje się radzenie poprzez zmierzanie się, otwarcie, analizę problemu, zaprzeczanie, stoicką akceptację, bunt i emocjonalne odreagowanie. Natomiast nieadekwatne są rezygnacja, całkowita bierność, samooskarżanie się i dyssymulacja. Zauważa się, że ekspresja emocji (wyrażanie emocji, odreagowanie, katharsis) oraz zaprzeczanie posiadają niejednorodną skuteczność w procesie adaptacji do choroby przewlekłej (Heim, 1998; Kubacka - Jasiocka, 1995b; Leder, 1997; Livneh i in., 1999; Taylor, 1984; Weitzer, 1997; Whal i in., 1999).

Liczba i różnorodność podejmowanych strategii rośnie wraz z poczuciem kontroli nad doświadczeniami (Reynolds, 1999) oraz w sytuacji choroby w porównaniu do stanu zdrowia (Cousson-Gelie, Taytard, 1999). Dotyczy to przede wszystkim zwiększenia radzenia sobie emocjonalnego. Wzrost strategii ukierunkowanych do wewnątrz odnotowuje się w sytuacji zwiększającego się dystresu z powodu choroby (Jean i wsp., 1999). Stwierdzono większą różnorodność strategii wśród osób uczestniczących w grupach wsparcia dla przewlekle chorych (Sexton i wsp., 1999). W sytuacji choroby większość podejmowanych strategii można ująć zgodnie z teorią Lazarusa jako instrumentalne i emocjonalne oraz skoncentrowane na poszukiwaniu wsparcia społecznego. Strategie pasywne częściej stosowały osoby o nasilonym lęku i większej dysfunkcjonalności w wykonywaniu codziennych czynności. Częstsze unikanie podejmowały osoby zmęczone.

Pośrednio strategię radzenia sobie wiążą się z obrazem choroby. Postrzeganie choroby jako długotrwałej wzmacnia poziom lęku. Poczucie znacznej ilości dolegliwości potęguje ból, zmęczenie i depresję. Wtórnie percepcja choroby wyzwała radzenie sobie poprzez unikanie, koncentrowanie się na emocjach oraz pasywne podejście do problemu (badania longitudinalne Scharloo i wsp., 1999). W oczekiwaniu na rozpoczęcie leczenia chemioterapią chorzy poszukiwali wsparcia społecznego, planowali rozwiązania problemów, stosowali samokontrolę i pozytywne przewartościowanie. Strategie te nie miały wpływu na redukcję stresu

przed leczeniem, ani na tolerancję leczenia czy efekty uboczne. Stres przed ważnym zabiegiem operacyjnym pomniejszono poprzez humor, duchowość i wsparcie ze strony osób, z którymi pozostawano w silnych więziach (Savage, Canody, 1999). Wśród pacjentów po zawale serca (Jakubowska - Winiecka, 1997) styl radzenia sobie słabo skoncentrowany na emocjach była najkorzystniejszy ze względu na przebieg rehabilitacji. Pacjenci charakteryzowali się pozytywną postawą wobec choroby na wstępie i na zakończeniu procesu rehabilitacji. Indywidualny styl zaradczy nie miał decydującego znaczenia w kształtowaniu się postaw wobec choroby.

Lęk przed zagrożeniem hamuje podejmowanie strategii skoncentrowanych na problemie (Gidron i wsp., 1999). Wraz z depresją sprzyja nieefektywnemu zaprzeczaniu i unikaniu (Spangenberg, Theron, 1999).

Pozytywna adaptacja do choroby nowotworowej kształtowała się u osób posiadających wsparcie społeczne, aktywnie podejmujących wysiłki zaradcze oraz stosujących postawę stoicyzmu. Złe przystosowanie charakteryzowało osoby osamotnione, z niewielką siecią wsparcia oraz uzewnętrzniające depresyjne zachowania zaradcze (Söllner i wsp. 1999).

Istnieje pewna liczba badań mierzących związki pomiędzy stylem radzenia sobie w chorobie a cechami osobowości. Ekstrawertywni i dobrze tolerujący frustrację chorzy na depresję chętniej podejmowali strategie instrumentalne, natomiast neurotyczni i z tendencją do izolacji strategie ukierunkowane na emocje (Uehara i wsp., 1999). Jest to zgodne z tym jak ludzie radzą sobie z trudnościami życia codziennego (David, Suls, 1999). Unikanie również pozostaje w relacji do ekstrawersji. Podsumowując, objawy lęku i depresji są często skutkiem neurotyzmu, izolacji oraz wiążą się z emocjonalnym stylem zaradczym. Społecznej adaptacji sprzyja ekstrawersja, tolerancja frustracji, styl zadaniowy oraz unikania. Pasywno - ucieczkowy styl radzenia sobie ze stresem wiąże się bezpośrednio ze strategiami emocjonalnymi i unikania.

Przeprowadzono analizę wielu badań w poszukiwaniu odpowiedzi czy istnieją specyficzne sposoby radzenia sobie w poszczególnych chorobach (Heim, 1998). Zauważa się niewielkie różnice pomiędzy radzeniem sobie w chorobach przewlekłych nie zagrażających życiu (reumatyzm) oraz zagrażających (nowotwory i zawał serca). Charakterystyka dotyczy skuteczności poszczególnych taktyk, a nie ich odmienności. W ten sposób unikanie i rezygnacja w chorobach zagrażających nie sprzyja adaptacji, natomiast w chorobach chronicznych może powodować pozytywne konsekwencje. Wskazuje się na odmienność sposobów zaradczych w poszczególnych fazach choroby: prewencji, diagnostyce, hospitalizacji (z uwzględnieniem postępowania chirurgicznego), progresji choroby, rehabilitacji czy okresu terminalnego. Zdaniem Heima realistyczna ocena sytuacji sprzyja dobremu dopasowaniu taktyk zaradczych. Można więc stwierdzić, że od czasu klasycznego badania Cassileth i współpracowników (1984) nie opisano nowych zależności. Nie ma wyraźnej specyfiki adaptacji do różnych chorób przewlekłych (nowotwory, cukrzyca, reumatyzm). W krótkim czasie od diagnozy pacjenci charakteryzują się gorszym zdrowiem psychicznym, przeżywają lęk i stany depresyjne oraz słabe poczucie kontroli nad sytuacją. W przypadku chorób nowotworowych o różnorodnej lokalizacji, po zakończeniu leczenia status psychologiczny pacjentów poprawiał się. Jest to szczególnie widoczne u osób starszych, leczonych radykalnie, odczuwających niewielkie dolegliwości fizyczne. Ogólne zdrowie psychiczne chorych jest podobne jak w populacji zdrowych.

Każda choroba ma swoje własne źródło stresu psychicznego, ale większość z nich jest wspólna (Cassileth i in., 1984; Dolińska - Zygmunt, 1996a, Heim, 1998; Jelonkiewicz, 1994; Lazarus, 1992; Miltz, 1997; Mroziak, 1994). Istniejące różnice zależą od indywidualnych cech osobowości oraz poznawczej oceny choroby.

5. ROLA PSYCHIKI W ETIOPATOGENEZIE CHORÓB NOWOTWOROWYCH

5. 1. Holistyczne podejście do chorób nowotworowych

Holistyczne podejście do chorób nowotworowych obejmuje dwa główne nurty: psychosomatyczny i somatopsychologiczny. Pierwszy z nich koncentruje się przede wszystkim wokół czynników psychicznych w etiologii raka, drugi bliższy naukom medycznym, skupia uwagę na reakcjach w odpowiedzi na chorobę i leczenie oraz skutkach, jakie z sobą niosą.

W starożytności dostrzegano psychosomatyczne aspekty chorób, wzajemny wpływ ciała i duszy (Arystoteles), popierano próby holistycznego traktowania leczenia (Platon). Patologię upatrywano w czynnikach wewnętrznych oraz wpływach środowiskowych (klimat, dieta). Podejście to można określić jako polietiologiczne i psychosomatyczne (Rigatos, 1992). W greckich poglądach medycznych za sprzyjające powstawaniu i rozwijaniu się choroby nowotworowej uważano czynniki endogenne, osobowościowe i ważne wydarzenia życiowe (śmierć osób bliskich), w powiązaniu z czynnikami genetycznymi i egzogennymi. Warunkiem zdrowia był stan homeostazy organizmu. Jego utrzymaniu służyła właściwa dieta, styl życia, nawyki oraz wysiłek fizyczny. Dzięki takiemu oddziaływaniu również przewlekłe choroby mogły pozostawać w stanie remisji (nosotrofia Herodicusa). Wszystkie wymienione elementy obserwuje się we współczesnych badaniach dotyczących chorób nowotworowych (Grossarth - Maticzek, Eysenck, 1990; Seligman, 1993; Wirsching, 1994; Zakrzewska, 1991)

W dziewiętnastym wieku ukształtowały się klasyczne teorie etiologii chorób nowotworowych, między innymi teoria predyspozycji. Zdaniem Rigatosa (1992) ujęcie to jest polietiologiczne i wprowadzające elementy psychofizjologiczne. Jednostka posiada wrodzone, dziedziczne skłonności do zachorowania na chorobę nowotworową, które mogą ujawnić się pod wpływem czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Termin predyspozycja obejmował swoim znaczeniem między innymi czynniki psychologiczne, temperamentalne i osobowościowe. Podkreślano konieczność leczenia organizmu jako całości. Holistyczne rozumienie choroby nowotworowej dotyczyło nie tylko mechanizmów jej powstawania, ale również sposobów leczenia.

Początek XX wieku to okres postępu technicznego, jak również rewolucji w myśleniu o człowieku, zwłaszcza za sprawą psychoanalizy. Nastąpił wyraźny rozdźwięk pomiędzy technologicznymi możliwościami diagnozy i leczenia chorób nowotworowych, a psychologicznym rozumieniem ich przyczyn oraz procesu zdrowienia. Biomedyczne podejście coraz bardziej bazowało na mechanistycznym rozumieniu choroby nowotworowej (choroba narządowa) w przeciwieństwie do podejścia stosowanego przez psychiatrów (choroba psychosomatyczna) (Capra, 1987; Luban - Plozza i in., 1995; Rigatos, 1992). Poglądy Evans, Alexandra czy Reicha były dość dalekie od medycznej perspektywy. Choć posiadały wielu zwolenników, miały niewielki wpływ na myślenie medyczne. W ten sposób postęp cywilizacyjny sprzyjał uprzedmiotowieniu chorego. Współcześnie ekonomika postępowania medycznego ponownie zwróciła uwagę na traktowanie podmiotowe pacjenta. Wcześniej koncentrowano się na problemie zachorowania, aktualnie na wspieraniu możliwości wyzdrowienia, coraz częściej łącząc te dwa aspekty.

Nurt psychoanalityczny dążył do uchwycenia konstelacji czynników psychologicznych, które w modelu polietiologicznym mogły pełnić ważną rolę w patogenezie chorób nowotworowych (Luban - Plozza i in., 1995; Zakrzewska, 1991). Związki pomiędzy emocjami a reakcjami fizjologicznymi opisywano za pomocą koncepcji psychosomatycznych. Za przyczynę choroby nowotworowej uznawano utratę bliskich więzi, słabą identyfikację płciową u kobiet, specyficzny psychologiczny wzór funkcjonowania oraz syndrom bezradności i beznadziejności.

Obszerna grupa badań opisywała efekty utraty znaczącej więzi emocjonalnej w okresie poprzedzającym rozwój nowotworu, roli pasywności, niezdolności do wyrażania agresji i wyzwalań "psychicznej energii" (za Rigatos, 1992; Simonton, Matthews-Simonton, Creighton, 1993; Zakrzewska, 1991). W tym rozumieniu nowotwór stawał się formą pasywnego samobójstwa powodowanego uczuciem smutku i rozpacz.

Specyfikę funkcjonowania pacjentek z nowotworami kobiecymi (nowotwory piersi lub narządów rodnych) kojarzono z dominującą pozycją matki w generacyjnej rodzinie. Charakteryzowała je słaba identyfikacja z rolą kobiety oraz złe przystosowanie w życiu seksualnym. Obserwowano też tendencje masochistyczne, powstrzymywanie się od zachowań seksualnych, trudności w trakcie ciąży i porodu, ambiwalencję uczuć macierzyńskich, niezdolność do wyrażania agresji i nierozwiązane konflikty z matką (Luban - Plozza i in., 1995; Zakrzewska, 1991).

Kontynuacją myślenia psychoanalitycznego było powiązanie osobowościowych predyspozycji do zachorowania na raka ze specyficznym stylem funkcjonowania emocjonalnego, charakteryzującego się rozbudowanymi mechanizmami represji, zaprzeczania i tłumienia. Określono go jako typ C (Grossarth - Maticzek, Eysenck, 1990; Zakrzewska, 1991). Przejawem były mała emocjonalność, niski poziom neurotyzmu, lęku, brak uczucia gniewu czy wybitny konformizm oraz kooperatywność, spokój, cierpliwość, nieasertywność, ukrywaniem negatywnych emocji, uległość wobec autorytetów. Za istotny uważano czynnik aleksytymii, czyli niezdolność do ekspresji uczuć, zwłaszcza negatywnych. Hamowanie i ukrywanie emocjonalnych trudności występuje w historii pacjentów z nowotworami płuc. Fakt ten uznano za wynik zmniejszonej emocjonalności w okresie dzieciństwa bądź przejaw zaprzeczania określonym zaburzeniem zachowania. Aleksytymia bliska była cesze określanej jako "brak nerwowości". W badaniach prospektywnych Grossartha-Maticzka i Eysencka (1990) najsilniej z zachorowaniem na nowotwór korelowały skale mierzące racjonalne i nieemocjonalne zachowania. Do wypierania uczuć lęku i gniewu częściej dochodziło u pacjentek ze zmianami złośliwymi niż niezłośliwymi. Bahnson (za Rogatis, 1992) za przejaw represji i zaprzeczania uznał niską hipochondrię, poczucie zdrowia i małe zaniepokojeniem ciałem. W relacjach społecznych wskazywano na dobrą adaptację chorych. Przejawiało się to uprzejmym zachowaniem, niezwykłym altruizmem, konformizmem, kooperatywnością, nadmiernym przestrzeganiem zasad religijnych i norm społecznych. Zaprezentowane wnioski z badań i obserwacji znalazły odzwierciedlenie w trójfazowym modelu karcinogenezy Baltrusha (za Dolinska - Zygmunt, 1996c). Podejście psychologów poznawczych spowodowało zbliżenie perspektywy medycznej, psychologicznej i fizjologicznej w rozumieniu chorób nowotworowych. W ujęciu poznawczym zwracano szczególną uwagę na wpływ stresu jako czynnika predysponującego do powstania i progresji choroby nowotworowej. Stres ostry powodował przyspieszenie rozwoju raka, a chroniczny zabezpieczał przed nim. Eysenck, ochronny wpływ stresu przewlekłego tłumaczy tzw. „skutkiem zaszczepienia”. Podkreśla się, że nie sam

stres zewnętrzny, ale sposób radzenia sobie z nim (w zasadzie niezdolność do radzenia) ma wpływ na rozwój nowotworów. Zgodnie z ujęciem poznawczym najważniejszą rolę przypisują indywidualnej ocenie sytuacji. Te same czynniki środowiskowe mogą być obciążające lub gratyfikujące dla danej jednostki (Zakrzewska, 1991). Podejście poznawcze pozwoliło na odmienne ujęcie cech związanych z osobowością typu C. Określono go jako styl radzenia sobie i zachowania charakterystyczny dla osób chorych na nowotwory złośliwe, w przeciwieństwie do wzoru A Friedmana, (Grossarth - Maticzek, Eysenck, 1990; Zakrzewska, 1991). Jest to konstelacja poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych tendencji, które stanowią opozycję do wzoru zachowania A i różnią się od typu zachowania B, definiowanego jako nieobecność wzoru A. Sugeruje się trzy liniowo ułożone konstrukty od wzoru A, przez B, do typu C. Osoby o typie C są skuteczne na poziomie społecznym, ale nie na biologicznym i psychologicznym, co sprzyja depresji i w konsekwencji prowadzi do nowotworu. Jednakże ostatnio opublikowane podsumowanie badań longitudinalnych Grossarth - Maticka i współpracowników (2000) obalają wcześniejsze doniesienia o predyktywnej roli osobowości w zachorowaniu na raka.

Kolejnym zespołem, obok syndromu mechanizmów obronnych, opisywanym w etiologii chorób nowotworowych jest poczucie bezradności i beznadziejności (Dolińska - Zygmunt, 1996b; Seligman, 1993). Stan ten pojawia się na podłożu predyspozycji osobowościowych i jest zmienną krytyczną w rozwoju raka. Poczucie bezradności i beznadziejności jest rodzajem "psychicznej impotencji", niezdolności do radzenia sobie w jakiegokolwiek sytuacji. W związku z tym przeżywane jest poczucie głębokiej frustracji. Zostało potwierdzone eksperymentalnie, iż wyuczona bezradność prowadzi do powstawania i rozwoju chorób nowotworowych. Depresja jest częstym czynnikiem w dynamice przebiegu raka (Hosaka, Akoi, 1996; Irvine i in., 1991; Levine i in., 1987; Majkowicz i in., 1997; Nordin, Glimelius, 1997; Valente, Saunders, 1997).

Przeprowadzono liczne badania, zarówno na zwierzętach jak i na ludziach, określające związek pomiędzy przeżywaniem stresu a sprawnością układu immunologicznego (Ader, 1990; Dąbkowska, Rybakowski, 1992; Hankała, 1993; Mausch, 1999; Todarello i in., 1997). Brak kontroli nad zdarzeniem osłabiał reakcję immunologiczną w postaci obniżania się liczby limfocytów T. Sytuacja straty lub jej antycypacja (śmierć współmałżonka, rozwód) wiązała się ze zmniejszeniem liczby komórek NK, a sprawność funkcjonowania układu immunologicznego wracała do normy po około roku. Podobne zależności odnotowano w stanie depresji i chorobach autoimmunizacyjnych (Hankała, 1993). Zaspokajanie potrzeb, stan zdrowia (choroba) i odporność immunologiczna pozostają w ścisłym związku (Mausch, 1999). Aktywność sprzyja wzrostowi odporności (Dąbkowska, Rybakowski, 1992). Demonstracja postawy walki zmniejsza ilość IgM w osoczu w przeciwieństwie do postawy bierności. Wyuczona bezradność wpływa na gorsze funkcjonowanie systemu immunologicznego, zarówno w warunkach eksperymentalnych i naturalnych (za Dolińska - Zygmunt, 1996c; Seligman, 1993). Stosowanie hipnozy, relaksacji i wizualizacji sprzyja równowadze immunologicznej (Hankała, 1993; Lekander, 1997; Simoton, Matthews-Simonton., Creighton, 1993). Wzrost wydzielania beta-endorfin i met-enkefalin wzmagają aktywność komórek NK. Sprawność systemu immunologicznego może być mediatorem pomiędzy osobowością a chorobą nowotworową (Todarello i in., 1997).

Zupełnie odmienne od tradycyjnego rozumienia chorób i ich etiologii zaproponowali Goleman (1995) i Bahne - Bahnson (za Siwak - Kobayashi, 1997).

Kluczową rolę pełni system immunologiczny. Choroby wynikające z autoagresji albo tworzy się przy osłabieniu systemu odpornościowego. Bahne - Bahnson, poza wskazaną wcześniej nadczynnością i niedoczynnością immunologiczną, wprowadził zewnętrzny i wewnętrzny czynnik chorobotwórczy. W ten sposób choroba nowotworowa wynika z oddziaływania czynników wewnętrznych w połączeniu z niedoczynnością immunologiczną. Relacja z obiektem Bahne - Bahnsona wiąże podejście psychodynamiczne ze współczesną psychofizjologią, endokrynologią i immunologią.

Opisywane mechanizmy psychofizjologiczne łączące wzory zachowania nie są w pełni jasne, ale dokonują się poprzez interakcję układu nerwowego, endokrynologicznego i immunologicznego. Fizjologiczne konsekwencje stresu wydają się być determinowane zdolnością do radzenia sobie, zwłaszcza behawioralnego (reakcje werbalne i motoryczne). Pionierskie badania Baltrusha pacjentów chorych na białaczkę odnoszą się do pierwszych doniesień z zakresu psychoneuroimmunologii (za Rogatis, 1992; Zakrzewska, 1990). Depresja to również zmiany neurohormonalne, zwiększone wydzielanie kortyzonu, zmiany w neuropeptydach i neurotransmiterach. Rozwój nowotworu fizjologicznie wyraża się poprzez bezpośrednie uszkodzenie DNA, a tym samym indukcję nieprawidłowych genetycznie komórek. Pośrednio wiąże się to z supresją funkcji układu immunologicznego, który nie jest w stanie zniszczyć komórek nieprawidłowych. Zmutowane i nieodbudowane DNA może być rozpoznane jako obce biologicznie i zniszczone przez komórki układu immunologicznego. Podjęcie to łączy funkcjonowanie układu immunologicznego ze stanem psychicznym jednostki i rozwojem choroby nowotworowej. Efekt wpływu czynników psychologicznych jest wyrazisty przede wszystkim w progresji, a nie w inicjacji procesu nowotworowego (Garssen, Goodkin, 1999).

Mimo wielu kontrowersji dotyczących wpływu czynników psychologicznych na powstawanie i rozwój choroby nowotworowej do zasług nurtu psychosomatycznego należy zaliczyć poszerzenie wiedzy dotyczącej związku pomiędzy emocjonalnym, fizjologicznym i immunologicznym poziomem funkcjonowania oraz wykorzystanie metod psychoterapii w pracy z chorymi.

Dominującym nurtem drugiej połowy XX wieku było podejście somatopsychologiczne, dążące do rozpoznawanie reakcji psychologicznych wywołanych przez chorobę nowotworową (Dolińska - Zygmunt, 1996b). Psychoonkologia stała się nauką interdyscyplinarną angażujących wielu specjalistów w opiece nad osobami z diagnozą choroby nowotworowej (Kübler - Ross, 1979; Rogatis, 1992; Rowland, Holland, 1989; Turuk - Nowak, 1999; de Walden - Gałuszko, 1992). Nastąpiła koncentracja nie na przyczynach choroby nowotworowej, ale na przebiegu chorowania. Pozwoliło to na pełniejsze, wieloaspektowe oddziaływanie w stosunku do pacjentów onkologicznych. Celem było zrozumienie wpływu czynników psychologicznych na zachowanie chorego oraz możliwości wyleczenia. Od lat siedemdziesiątych powstawały grupy samopomocy (kobiet po mastektomii, chorych ze stomią i laryngektomią, rodziców dzieci chorych na raka). Wiązało się to z większą autonomią i świadomością pacjentów oraz dążeniem do poprawy własnej kondycji psychofizycznej i jakości życia (Turuk - Nowak, 1999). Wcześniej opiekę i rozważania poszerzono o osoby w stanie terminalnym (Kübler - Ross, 1979). Umieranie i uczucia związane ze śmiercią stały się tematem systematycznych obserwacji, co wpłynęło na postawy w stosunku do umierających ludzi. Postęp w sferze metod i technik leczenia był przyczyną systematycznych badań nad jakością życia. Wywodziło się to z nurtu podmiotowego traktowania

człowieka, nie tylko pod kątem obserwowanych dolegliwości fizycznych, skuteczności leczenia, jak również funkcjonowania jednostki w jej środowisku psychospołecznym. Drugim czynnikiem wzmacniającym ten nurt oddziaływania była ekonomika leczenia i przywracania zdrowia pacjentom w celu ich powrotu do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Podstawowym celem medycyny w leczeniu chorób nowotworowych stała się efektywność leczenia przy zachowaniu sprawnego funkcjonowania i dobrej jakości życia pacjentów (Kiebert, 1997; de Walden - Gałuszko, 1997).

Rozumienie choroby nowotworowej przebiega na trzech płaszczyznach: psychosomatycznej, somatopsychologicznej i salutogenicznej (Dolińska - Zygmunt, 1996b). Przyjmuje się, że nowotwory są chorobami o polietiologicznej naturze, a proces zdrowienia wymaga podejścia psychofizjologicznego. Na pierwszy plan wysuwają się koncepcje stresu i radzenia sobie z nim oraz odmienne niż kartezjańskie definiowanie zdrowia. Zaprezentowane nurty w podejściu do choroby nowotworowej należy rozszerzyć o proces zdrowienia, wzbudzanie potencjału zdrowia, przekraczanie etapu wyleczenia.

5.2. Możliwości adaptacyjne w chorobie nowotworowej

5.2.1. Strategie radzenia sobie z zagrożeniem w chorobach nowotworowych

Diagnoza i leczenie choroby nowotworowej jest naturalną sytuacją poważnego stresu psychologicznego. Stres zawsze związany jest z silnymi, negatywnymi emocjami (Fąfrowicz, Marek, 1999; Strelau, 1996). Ocena natężenia stresu zależy od subiektywnej percepcji sytuacji i jej kategoryzacji, zwykle jako wyzwanie bądź zagrożenie. Realna ocena zdarzenia sprzyja wyborowi najlepiej dopasowanych taktyk zaradczych do konkretnej sytuacji (Heim, 1998). Podstawowym zagadnieniem podejmowanym przez badaczy jest poszukiwanie związku pomiędzy stresem a czynnikami psychicznymi i fizycznymi oraz sposobami sprzyjającymi jego redukcji.

Wysokie natężenie stresu psychologicznego u pacjentów z chorobą nowotworową często wiąże się z nasileniem lęku, zarówno stanu jak i cechy, neurotyzmu oraz depresji (Budín, 1998; Chen i in., 1996; Morasso, 1996). Brak objawów choroby w odczuciu pacjenta oraz czas od rozpoczęcia leczenia ujemnie korelowały z obciążeniem stresem. Przypisywanie przyczyn zachorowania czynnikom psychospołecznym wśród chorych na nowotwory płuc wpływało na podwyższanie się przeżywanego dystresu (Faller, Lang, Schilling, 1996). Pacjentów charakteryzowało nasilenie symptomów depresyjnych i mniejsza nadzieja. Wydaje się, że pesymistyczny styl wyjaśniania zdarzeń i depresyjny sposób radzenia sobie z chorobą (izolacja, opór, całkowity brak wybuchowości) nie służył adaptacji i pogłębiał poczucie stresu. Podobnie sądzą Van der Zee i współautorzy (2000), przypisując negatywnej interpretacji zdarzenia nadrzędną rolę dla procesu adaptacji. Należy podkreślić, że badani przez Faller, Lang i Schilling (1996) znajdowali się w krótkim czasie od diagnozy, czyli pozostawali w fazie uwrażliwienia emocjonalnego (trauma diagnozy).

Podobne wyniki dotyczące wysokiego poziomu stresu w fazie diagnozy choroby nowotworowej uzyskali inni autorzy (Cimprich, 1999; Compas i in., 1999; Hack, Degner, 1999). Zwiększony lęk i depresja w trakcie diagnozy ustępowały stopniowo wraz z upływem czasu (Compas i in., 1999). U młodszych pacjentek stres był wyraźniejszy (Cimprich, 1999; Compas i in., 1999; Eiseman, Lalos, 1999).

Silniejszy dystres współwystępował ze zmęczeniem, zaburzeniami snu, gorszą koncentracją uwagi, co skutkowało gorszym funkcjonowaniem poznawczym i nastrojem (Cimprich, 1999).

Dystres jest zależny od nasilenia objawów depresji i lęku jako skutku oceny sytuacji, podjętego procesu zaradczego, doświadczanych dolegliwości somatycznych oraz czasu pozostawania w nowej sytuacji (Sweet, Savoie, Lemyre, 1999). Poczuciu stresu psychologicznego oraz gorszej adaptacji sprzyjało radzenie sobie poprzez unikanie albo angażowanie się (Chen i in., 1996; Hack, Degner, 1999; McCaul i in., 1999). Podejmowanie działania (aktywne strategie radzenia sobie) pozostawało w relacji do mniejszego poczucia stresu emocjonalnego, zarówno wśród kobiet i mężczyzn (Hobfoll, 1994). Silne poczucie dystresu w chorobie nowotworowej niekorzystnie wpływało na proces przystosowania się (Budin, 1998). Gorsze poczucie stanu zdrowia może wynikać z czynników medycznych (np. stopień zaawansowania, rozległość zabiegu, długość cykli chemioterapii) i sytuacji psychospołecznej. Utrzymywanie się stresu psychologicznego było charakterystyczne dla zaawansowanej choroby nowotworowej, a zmienne społeczne czy demograficzne nie miały tu modyfikującego wpływu (Maunsell i in., 1992). Poczucie dobrostanu u pacjentek przed zabiegiem hysterektomii było pozytywnym predyktorem dla samopoczucia w dłuższym czasie po leczeniu (Eisemann, Lalos, 1999). Stres przedoperacyjny nie był modyfikowany przez podjęty rodzaj metody chirurgicznej (mastektomia i zabieg oszczędzający), mimo że nosły one odmienne skutki psychospołeczne (Cimprich, 1999). Znaczne obciążenie skutkami zabiegu operacyjnego oraz wynikające z tego trudności w funkcjonowaniu (Langius, Lind, 1995) powodowało spadek poczucia koherencji i wzrost lęku. Udzielane informacje i wsparcie ze strony personelu medycznego redukowało przede wszystkim problemy związane z leczeniem, w mniejszym stopniu z funkcjonowaniem w życiu po jego zakończeniu. Jednakże, ani poziom wsparcia, ani ilość otrzymanych informacji nie korelowały z natężeniem lęku, poczuciem koherencji czy oceną stanu zdrowia u tych chorych.

Z prezentowanych badań wynika, że poziom dystresu charakteryzuje się wzrostem lęku i depresji. Jest silnie związany z doświadczanymi dolegliwościami somatycznymi. W początkowej fazie diagnozy jest najwyższy i obniża się wraz z upływem czasu od zakońzonego leczenia. Istotne są doniesienia o braku bezpośredniego wpływu na siłę stresu zabiegów oszczędzających i o mniejszej rozległości. Podkreśla to znaczenie zagrożenia związanego z samą chorobą nowotworową. Objawy lęku i depresji mogą wynikać z cech osobowości albo być pochodną oceny sytuacji jako zagrożenia ważnych celów. Poczucie stresu rośnie, gdy chorzy stosują pesymistyczny styl wyjaśniania. Spirala dezadaptacyjna warunkowana jest zależnościami zwrotnymi pomiędzy odczuwanym stresem i poczuciem stanu zdrowia.

Drugim ważnym czynnikiem odzwierciedlającym poziom stresu psychologicznego jest nadzieja. Jako jej przeciwieństwo wskazuje się symptomy depresji. Jednakże nie jest to zależność jednoznaczna. Depresja może występować już w przedchorobowej historii pacjentów.

Nadzieja bezpośrednio negatywnie koreluje z poziomem depresji. W licznych badaniach (Hosaka, Akoi, 1996; Irvine i in., 1991; Majkovicz i in., 1997; Nordin, Glimelius, 1997; Valente, Saunders, 1997) odnotowuje się zróżnicowany odsetek depresji wśród pacjentów z rakiem od 20% do 56%. Według niektórych autorów (Hosaka, Akoi, 1996; Nordin, Glimelius, 1997) natężenie depresji u pacjentów nowotworowych nie odbiega od osób zdrowych oraz leczonych z powodu innych

chorób przewlekłych. Inne wyniki uzyskała Kubacka-Jasiecka (1984), gdzie poziom depresji wśród chorych na raka był wyższy niż u leczonych z powodu chorób o podobnym zagrożeniu życia. Rozbieżność tą mogą tłumaczyć zmienne kulturowe w percepcji choroby nowotworowej oraz dostępność i skuteczność stosowanych procedur medycznych (12 lat różnicy pomiędzy publikacjami powoduje znaczącą zmianę w postępie medycyny w zakresie leczenia nowotworów). Chorzy na raka częściej prezentowali symptomy depresji reaktywnej (w stanie przedoperacyjnym). Zaburzenia depresyjne pozostawały w relacji do cech osobowości, podczas gdy przeżywana złość była wynikiem nastroju. Nie tylko niejednolity sposób pomiaru objawów depresji sprzyja otrzymywaniu odmiennych wyników w badaniach. Znacznie wcześniej Levine, Silberfarb i Lipowski (1978) stwierdzili, że psychiatrzy stosujący kryteria DSM III znacząco częściej, w porównaniu do onkologów, stawiali diagnozę depresji.

Badania Kopczyńskiej-Tyszko (1984) sugerują związek pomiędzy poziomem depresji a wiekiem pacjentów, subiektywną oceną leczenia, aktywnością w szpitalu, zakresem informacji o chorobie i postępowaniu medycznym oraz oceną postaw najbliższych. Depresja częściej diagnozowana jest u pacjentów starszych oraz w fazie rozsiewu choroby (Levine, Silberfarb, Lipowski, 1978) i wiązała się z oceną sytuacji jako straty (Bjorck, Hopp, Jones, 1999). Nieleczona powoduje wzrost liczby wizyt klinicznych, wydłużenie hospitalizacji, obniżenie satysfakcji i jakości życia. Jest to, więc czynnik zmniejszający skuteczność oddziaływań medycznych, zwiększający jego koszty i przede wszystkim wpływający destruktywnie na samopoczucie i obraz siebie chorego (Valente, Saunders, 1997). Równocześnie depresja jest częstym zjawiskiem w przedchorobowej historii pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworu w momencie stawianej diagnozy (Desai i wsp., 1999). Występująca przed rozpoznaniem choroby nowotworowej sprzyja uwrażliwieniu na stres i przeciążeniu w obliczu nowego zagrożenia (Maunsell i in., 1992).

Zbliżony poziom nadziei odnotowano w grupie osób z nowo rozpoznaną chorobą nowotworową, jak i ze wznową (Ballard, 1997; Fehring, Miller, Shaw, 1997). Sugeruje to podobny charakter tych dwóch faz jako silnie stresujących.

Większą nadzieję na powrót do zdrowia posiadali chorzy mający partnera (Ballard, 1997). Ważne wydaje się rozpoznanie nie tylko strategii radzenia sobie w tej sytuacji, ale również źródeł wsparcia sprzyjających przystosowaniu (Budín, 1998). Dla chorych z zaawansowanym procesem nowotworowym była to rodzina, osoby z poza rodziny, system opieki zdrowotnej, własne poglądy oraz motywacja do walki o stan zdrowia. Jakobsson, Hallberg i Lov'en (1997) podkreślają, że u pacjentów z nowotworem prostaty wewnętrznym źródłem pozytywnej wizji życia była nadzieja, a zewnętrznym wsparcie w funkcjonowaniu fizycznym i psychologicznym udzielane przez partnerkę i rodzinę. Natomiast chorzy, bezpośrednio po uzyskaniu diagnozy, za wspierające uznali fakt zaproponowania leczenia. W tym okresie większość chorych poszukiwała wsparcia społecznego. W badaniach Harrison i współpracowników (1995) stwierdzono, że kobiety organizowały sieć wsparcia wśród rodziny, partnera, przyjaciół, angażując ich wszystkich równocześnie. Natomiast mężczyźni wskazywali tylko jedną taką osobę (45% badanych mężczyzn w stosunku do 25% chorych kobiet). Zauważalna jest większa aktywność wśród kobiet w uzyskiwaniu emocjonalnego i instrumentalnego wsparcia społecznego. Może wiązać się to z istniejącym mitem o znacznej odporności psychicznej i samowystarczalności mężczyzn w obliczu sytuacji trudnych. Z drugiej strony biorąc po uwagę wyniki badań Hannah i współautorów

(1992) wśród mężczyzn w długim czasie po zakończeniu leczenia z powodu nowotworów jąder nie odnotowano pogorszenia relacji małżeńskich ani rozpadu związku, co może świadczyć o sile wsparcia udzielanego przez partnerkę. Gorsze wyniki w tym względzie uzyskano wśród pacjentek leczonych z powodu raka szyjki macicy (Bergmark i in., 1999), gdzie około 12% badanych była samotna, ponieważ ich związki małżeńskie rozpadły się. Domniemaną przyczyną bezpośrednią, bądź decydującą o zakończeniu małżeństwa była choroba nowotworowa. Wcześniejsze badania amerykańskie (Schover, Fife, Gershenson, 1989) obejmujące znacznie mniejszą liczbę pacjentek z nowotworami narządów rodnych nie wskazywały na destabilizującą rolę choroby i leczenia na trwałość związku małżeńskiego.

Podsumowując, depresja jest znaczącym problemem w chorobach nowotworowych. Jest pochodną oceny sytuacji jako straty, ale może wynikać z przedchorobowej struktury osobowości pacjenta. Bez względu na przyczynę jej skutki są negatywne dla zdrowia fizycznego i przebiegu procesu leczenia. Znaczący wpływ na posiadanie nadziei wśród chorych ma zapewnienie instrumentalnego i emocjonalnego wsparcia ze strony bliskich.

Ważnym nurtem badań jest poszukiwanie związków pomiędzy podejmowanymi przez chorych na raka sposobów radzenia sobie a procesem przystosowania. Za główną miarę skuteczności radzenia sobie przyjmuje się obniżenie przeżywanego stresu (wzrost dobrostanu), poprzez redukcję lęku, depresji oraz wzrost nadziei.

Pozytywna adaptacja do leczenia cechowała kobiety z zaawansowanym nowotworem piersi stosujących styl ducha walki albo kontroli emocjonalnej (Classen i in., 1996). Preferencja stylu fatalistycznego i unikającego nie daje jednoznacznych wyników odnośnie do ich skuteczności. Wymienione style radzenia sobie wpływały na przeżywany nastrój. Zdaniem Schnoll, Harlow, Stolbach i Brandt (1998) strategię zaradcze są czynnikiem mediacyjnym pomiędzy stopniem zaawansowania choroby, wiekiem pacjentki i przystosowaniem psychologicznym. Młodsze, z mniejszym zaawansowaniem nowotworu piersi, preferowały strategię walczącego ducha, przy ograniczaniu strategii bezradności i beznadziejności, lękowego zaabsorbowania i fatalizmu, co sprzyjało dobremu radzeniu sobie. Zbliżoną zależność uzyskali Nordin i Glimelius (1997) wśród pacjentów z nowotworami jelit i żołądka poddanych leczeniu radykalnemu.

Dobrą efektywność w zmaganiu się z chorobą odnotowano u osób stosujących pozytywne iluzje, zwłaszcza nierealistyczny optymizm i nadmierną percepcję kontroli. Wiążą się one ze skutecznym przystosowaniem do wydarzeń stresowych, również w sytuacjach ekstremalnych (Taylor, Armor, 1996). Natomiast strategię odreagowywania emocjonalnego sprzyjały słabej adaptacji do choroby nowotworowej wśród kobiet (Compas i in., 1999). Również ograniczenie stosowania strategii unikania i aktywność w podejmowaniu decyzji o leczeniu powodowało lepsze przystosowanie (Hack, Degner, 1999). Stwierdzono, że chorzy leczeni paliatywnie częściej niż poddani postępowaniu radykalnemu unikali zagrażających informacji (Nordin, Glimelius, 1997), co miało pozytywny obronny charakter. Wśród starszych pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową (rak płuca, sutka, jelit) pozytywny nastrój i wyższy poziom nadziei wpływał z zinternalizowanej religijności i duchowości (Fehring, Miller, Shaw, 1997; Morris i in., 1992). Oznaką postawy nastawionej na radzenie sobie z chorobą była orientacja na życie i wyzdrowienie. Nadzieja i akceptacja choroby jako sytuacji niekontrolowalnej, której nie można zmienić, wpływały na aktywność w kierunku wyleczenia się (Tobiasz - Adamczyk i in., 1999). Optymizm sprzyjał mniejszemu lękowi i depresji

(Bjorek i in., 1999; Van der Zee i in., 2000). Longitudinalne badania pacjentek z nowotworem piersi pozwoliły na stwierdzenie, że nieskuteczne były strategie negatywnego, emocjonalnego zaabsorbowania takie jak: rezygnacja, zamartwianie się, unikanie, bez względu na metodę leczenia (chemio- i/lub radioterapia) oraz fazę leczenia (diagnozy lub hospitalizacji) czy rehabilitacji (readaptacja, wznowa choroby, faza terminalna) (Heim i in., 1993; 1997).

Umiejętne pokonywanie stresu w chorobie obserwowano w relacji do poznawczego i behawioralnego unikania, poszukiwania informacji (konceptcja Miller) oraz podejmowania strategii instrumentalnych (ujęcie Lazarusa). Wśród chorych na raka jelita grubego (Tobiasz - Adamczyk i wsp., 1999) odwracanie uwagi przyjmowało formy wzmożonej aktywności w domu i w pracy, poszukiwania towarzystwa innych ludzi, relaksacji, kierowania myśli na sprawy nie związane ze zdrowiem oraz próby zapominania o chorobie. Dwie pierwsze formy unikania były charakterystyczne również dla zdrowych w radzeniu sobie w ważnymi kłopotami życiowymi (Piwowarska - Pościk, 1997). Działania nastawione na rozwiązanie problemu poprzez poszukiwanie informacji obejmowało uzyskiwanie porad dotyczących dolegliwości u innych osób, porównywanie z poprzednimi doświadczeniami zdrowotnymi, poszerzanie informacji na temat choroby, aby zrozumieć swój stan zdrowia, planowanie możliwych działań w celu wyzdrowienia oraz aktywną współpracę z lekarzem. Instrumentalne radzenie sobie z objawami choroby skutkowało samoleczeniem, zmianą stylu życia, celowym wyborem lekarza, poszukiwaniem informacji, aby podjąć decyzję o konieczności leczenia. Natomiast dominujące radzenie sobie emocjonalne podejmowano poprzez pozytywne przewartościowanie (zrozumienie powagi choroby), akceptacji sytuacji (zgoda na uciążliwe badania diagnostyczne oraz metody leczenia), przyjęcie postawy walki z chorobą, poszukiwanie emocjonalnego wsparcia, zwracanie się w stronę religii jako źródła wsparcia. Zdaniem autorów zmiany w stanie emocjonalnym u chorych aktywizowały próby zaradcze. Istotną była również relacja pomiędzy potrzebą wsparcia w otoczeniu, a potrzebą działań instrumentalnych w celu uporania się z chorobą. Wymienione sposoby zaradcze można ująć w dwie kategorie: skierowane na zrozumienie choroby oraz radzenie sobie z procesem leczenia. Wydaje się zasadne wyróżnienie zmagania się z faktem choroby oraz z sytuacją postępowania medycznego, co jest zgodne z modelem Levethala radzenia sobie w chorobie. Leczenie można traktować jako aktywne radzenie sobie oraz nową sytuację stresową.

Pacjenci używający licznych sposobów radzenia sobie z zagrożeniem posiadali lepszą możliwość kontroli sytuacji i swojego wpływu na nią (Klang, Björvell, Cronqvist, 1996). Preferowali strategie konfrontacyjne w stosunku do emocjonalnych i zabezpieczających. Charakteryzowali się większą nadzieją i poczuciem zaradności, które stanowiło miarę samoskuteczności. Wraz z wiekiem i czasem trwania choroby rosła zarówno elastyczność repertuaru zaradczego, jak i poczucie koherencji. Podobne obserwacje uzyskała Bidzan i współautorzy (1999) odnośnie do radzenia sobie kobiet poddanych hysterektomii z powodu nowotworu szyjki macicy. Badane rok po zabiegu częściej stosowały strategie emocjonalne niż chore oczekujące na operację, łatwiej zmieniając swój stan wewnętrzny zależnie od wymagań sytuacyjnych. Inne badania wskazują na względną stabilność podejmowanych sposobów radzenia sobie w różnych fazach leczenia od momentu diagnozy choroby nowotworowej (Weis, Koch, Heckel, 1993). Jednakże większość badań opowiada się za znaczną zmiennością procesu radzenia sobie zależnie od zmieniającej się sytuacji (np. fazy leczenia, progresja czy remisja choroby). Ten ostatni wniosek podkreśla wagę poszczególnych czynników sytuacyjnych. Nie

można rozpatrywać generalnej sytuacji choroby nowotworowej pomijając jej poszczególne fazy: diagnostyczną, leczenia oraz remisji bądź progresji (Heim, 1998). Każda z nich zawiera odmienne wymagania, którym jednostka stara się sprostać w sposób sobie dostępny. Pierwsza faza stwierdzenia choroby jest najbardziej dezorganizującą dotychczasowe doświadczenia. Zwykle człowiek nie posiada gotowych możliwości zaradczych i adaptacyjnych. Natomiast wraz z upływem czasu mimo nowych, kolejnych zagrażających bądź pozytywnych zdarzeń związanych z chorobą nowotworową, chorzy bazują na doświadczeniu nabytym na etapie konfrontacji z diagnozą. Z tego powodu można mówić o zwiększeniu się repertuaru reakcji o charakterze przystosowawczym, czyli o elastyczności i skuteczności radzenia sobie.

Podsumowując, adaptacja do leczenia jest procesem dynamicznym, często zależnym od fazy leczenia bądź metody. Jednakże same procedury medyczne nie są same w sobie istotne. Podstawą jest oceniana przez pacjenta ich skuteczność i zaufanie w stosunku do prowadzonego postępowania. Z drugiej strony, etap i sposób leczenia wynika ze stopnia zaawansowania choroby. Ważnymi czynnikami w kształtowaniu się pozytywnej adaptacji są postawy wobec choroby (częściej aktywne niż pasywne), ocena choroby jako wyzwania oraz subiektywne poczucie wpływu i kontrolowalności na przebieg leczenia. Źródłem tych elementów wydaje się być czynnik optymizmu - pesymizmu, którego pochodną jest poziom nadziei, umiejętność organizowania systemu wsparcia społecznego oraz brak objawów pod postacią lęku i depresji. W dalszym ciągu niezadowolające jest stosowanie niejednorodnych i jednoaspektowych miar pozytywnego przystosowania do choroby nowotworowej (stan psychiczny, funkcjonowanie społeczne, poczucie dystresu).

W ostatnich latach podejmuje się również obserwacje, jak sposoby zaradcze wpływają na długość przeżycia. Odnosi się to do nurtu psychoneuroimmunologii, zakładającemu związek pomiędzy czynnikami psychologicznymi a sprawnością systemu immunologicznego.

Na wstępie warto przypomnieć pracę Spigela i zespołu (1989), którzy wśród kobiet z przerzutami z powodu raka piersi zastosowali podejście psychospołeczne. Odnotowali dłuższe przeżycie pacjentek o około 18 miesięcy w porównaniu do grupy kontrolnej. Kilkuletnie obserwacje longitudinalne kobiet po mastektomii (Buddeberg i wsp., 1996) pozwoliły na wysunięcie wniosku o braku związku pomiędzy strategiami radzenia sobie z chorobą (w ujęciu Lazarusa) a umieralnością. Natomiast była wyraźna zależność pomiędzy statusem histopatologicznym, pooperacyjną wielkością guza a umieralnością z powodu nowotworu piersi. Proces zmagania się z chorobą był zmienny. Dłużej w obserwacji pozostawały kobiety stosujące planowe rozwiązywanie problemów, ale i ten sposób nie był podejmowany stale. Radzący sobie aktywnie mieli dłuższe przeżycie, niż stosujący sposoby pasywne i depresyjne (Faller i wsp., 1999). Klasycy badań reakcji na chorobę nowotworową, Morris i współautorzy (1992) dowodzą, że dłuższy czas przeżycia oraz "czas wolny od objawów choroby" cechował stosujących postawę woli walki oraz zaprzeczania, w przeciwieństwie do postawy stoicyzmu (rozumianej jako fatalizm), bezradności i lękowego zaabsorbowania. Jednakże sami autorzy podkreślają wagę ogólnej postawy. Określili ją mianem "nastawienia na życie", które toczy się w sposób satysfakcjonujący mimo choroby. Drugą grupę pacjentów można opisać jako przeżywających traumę poprzez wdrukowanie śmierci. Na długość przeżycia nie miały wpływu czynniki społeczno - demograficzne, sposób leczenia czy faza życia (okres przed lub po menopauzie). Wnioskuje się, że parametry somatyczne, zwłaszcza symptomatologia, są znacznie ważniejsze w przebiegu

i leczeniu nowotworu piersi niż psychologiczne aspekty radzenia sobie z chorobą, choć rola tych ostatnich w dalszym ciągu nie jest w pełni wyjaśniona (Andersen, 1985, 1993; Lambley, 1993). Innego zadania jest zespół De Boer (De Boer i in., 1999), którzy na podstawie analizy literatury stwierdzili, że na przeżycie wpływa wsparcie i pozytywne relacje z innymi, a nie sposób radzenia sobie czy poczucie kontroli. Sugerują, że stres i proces zaradczy wpływa na jakość życia oraz "czas wolny od choroby".

Interesujące są badania dotyczące zróżnicowania radzenia sobie z chorobą nowotworową z uwagi na płeć pacjentów. Są kontynuacją problemu nurtującego badaczy już w odniesieniu do populacji zdrowych. Porównywano rodzaje strategii stosowane przez mężczyzn i kobiety, zarówno wśród zdrowych i chorych. Chore na raka (Angelopoulos, Tzivaridou, Nikolaou i Pavlidis, 1995) prezentowały niższe wyniki w ogólnej wrogości niż zdrowe, w przeciwieństwie do mężczyzn, gdzie pacjenci uzyskiwali wyższe wyniki niż zdrowi. Wewnętrzna wrogość była podwyższona w grupie chorych, zarówno u kobiet jak i u mężczyzn. Jednakże płeć różniła te osoby w sposobie wyrażania wrogości. Kobiety miały niższe wyniki w podskalach uzewnętrznianej wrogości, zwłaszcza w niekontrolowanej i impulsywnej wrogości, podczas gdy mężczyźni otrzymywali wyższe wyniki w wewnętrznej wrogości, zwłaszcza w poczuciu winy. Kobiety chore w stosunku do zdrowych uzyskiwały wyższe wyniki w skalach depresji i lęku oraz liczby ważnych stresujących zdarzeń. Natomiast mężczyźni nie różnili się istotnie od zdrowych, choć posiadali wyniki wyższe niż w grupie kontrolnej. W badaniach Tobiasz - Adamczyk i współpracowników (1999) u chorych na raka jelita grubego nie stwierdzono różnic w radzeniu sobie instrumentalnym i emocjonalnym ze względu na wiek i płeć. Powszechne było odwoływanie się do religii jako źródła wsparcia. Nasilone modlenie się jest zachowaniem szczególnie często obserwowanym u poważnie chorych, zwłaszcza wśród kobiet. Wydaje się, że nie ma odmiennego radzenia sobie z chorobą nowotworową wśród kobiet i mężczyzn.

Poczucie koherencji może być dobrą miarą skutecznego radzenia sobie i adaptacji do zmienionej sytuacji. Stało się fenomenem, który wiązano z wieloma zmiennymi indywidualnymi i medycznymi. Poszukiwano związku pomiędzy poczuciem koherencji a oceną jakości życia, sposobem leczenia czy fazą choroby. Poczucie koherencji było wyższe u pacjentów w lepszym stanie zdrowia, poczuciem dobrostanu psychicznego, lepszą jakością życia oraz u posiadających partnerów (Frosberg, Björvell, Cedermark, 1996). Stan subiektywnego samopoczucia po zabiegu z powodu raka żołądka lub jelit był oceniany gorzej niż przed zabiegiem. Jako przyczyny podawano utratę energii oraz trudności ze snem. Natomiast pozytywnie spostrzegano stopniowe ustępowanie symptomów choroby, czyli ból i dysfunkcje gastryczne. Wśród pacjentów z nowotworem krtani (Langius, Lind, 1995) odnotowano podobne zależności. Rozległość zabiegu i wielkość skutków ubocznych powodowało obniżanie się poczucia koherencji. Jest to zgodne z doniesieniami Schnayder i współpracowników (1999) oraz Jelonkiewicz (1996). Wśród pacjentów oczekujących na operację z powodu nowotworu płuc (Szymczak, Tartas, 1999) czy raka szyjki macicy (Bidzan i wsp., 1999) stwierdza się niski poziom poczucia koherencji. Wśród kobiet oczekujących na zabieg hysterektomii dotyczyło to przede wszystkim poczucia zrozumiałości, przy stosunkowo dobrze zachowanym poczuciu sensowności. Dane te świadczą nie tylko o zagrażającym charakterze leczenia chirurgicznego, ale też o kryzysie związanym z wczesną fazą leczenia choroby nowotworowej (zabieg chirurgiczny jako pierwsza metoda leczenia w trakcie lub po ustaleniu diagnozy). Stwierdzono znaczną stabilność poczucia

koherencji w trakcie leczenia (Sack i wsp., 1997). Natomiast zarysowuje się wyraźny związek pomiędzy wzmacnianiem się poczucia koherencji a zmniejszaniem się ilości skarg psychicznych. Pacjenci z chronicznymi chorobami układu moczowego (Klang, Björvell, Cronqvist, 1996) używający wielu sposobów radzenia sobie z zagrożeniem posiadali lepszą możliwość kontroli, odnajdywania się w sytuacji, co wyrażało się wysokim poczuciem zaradności oraz mieli większą nadzieję. Z poczuciem koherencji bardzo silnie korelowała zdolność do samotranscendencji (Coward, 1996), której poziom nie różnił się pomiędzy zdrowymi i chorymi na raka. Poczucie koherencji jest jednym z najlepszych pozytywnych korelatów zdrowia, dobrostanu psychicznego i możliwości samodzielnego podejmowania decyzji (Cederbald, Hannson, 1996; Geyer, 1997; Sack, Kunsbeck, Lamprecht, 1997).

Starsi wiekiem pacjenci mieli wyższe poczucie koherencji niż młodsi (Carsten, Spangenberg, 1997; Frosberg, Björvell, 1996), co jest widoczne również w populacji zdrowych.

Podsumowując, poczucie koherencji jest dobrym wskaźnikiem skuteczności radzenia sobie z zagrożeniem, korelatem zdrowia i dobrostanu psychicznego. Negatywnie koreluje z objawami lęku i depresji oraz z neurotyzmem. Zmniejszanie się dolegliwości fizycznych i psychicznych powstałych na skutek ubocznych efektów leczenia lub jego zasięgu czy rozległości wyraża się poprzez wzrost poczucia koherencji. Poczucie koherencji jest niskie w fazie diagnozy, przed zabiegiem chirurgicznym i po nim, gdy wiąże się z dużymi skutkami ubocznymi i zmianami. Wraz z ustępowaniem skarg somatycznych poczucie koherencji rośnie. Koherencja jest stosunkowo stabilna podczas procesu chorowania. Im wyższy jej poziom, tym bogatszy repertuar zaradczy pacjenta.

Analiza dotychczasowych badań dokonana przez Heima (1998) prowadzi do konkluzji o braku istotnych różnic pomiędzy radzeniem sobie chorobach nowotworowych o zróżnicowanym umiejscowieniu oraz ich podobieństwie do stosowanych w innych chorobach przewlekłych. Podsumowanie dotyczące efektywności sposobów radzenia sobie w sytuacji choroby nowotworowej dokonano w Tabeli 6.

Tabela 6. Skuteczność podejmowanych strategii zaradczych - przegląd literatury

STRATEGIE NIEKORZYSTNE	AUTORZY
Depresyjne i pesymizm	Bjorck i in., 1999; Desai i in., 1999; Faller i in., 1996; Heim i in., 1993; Heim i in., 1997; Irvine i in., 1991; Morris i in., 1992; Umegaki i in., 1993; Vallente, Saunders, 1997; Van der Zee i in., 1999;
Zamartwianie się	Hofwartner i in., 1992;
Odreagowanie emocjonalne, konfrontacja	Chen i in., 1996; Compas i in., 1999; Heim i in., 1993; Heim i in., 1997
Unikanie (w tym stosowanie używek)	Hack i Degner, 1999; Heim i in., 1993; Heim i in., 1997; Irvine i in., 1991; McCaul i in., 1999;
STRATEGIE KORZYSTNE	AUTORZY
Duch walki	Classen i in., 1996; Hofwartner i in., 1992; Morris i in., 1992; Schnoll i in., 1998
Kontrola emocjonalna	Classen i in., 1996; Schnoll i in., 1998
Iluzje i nadmierna kontrola, zaprzeczanie	Irvine i in., 1991; Kubacka - Jasiocka, 1995a; Kubacka - Jasiocka, 1999; Morris i in., 1992; Nordin, Glimelius, 1997; Taylor, 1984; Taylor, Armor, 1996
Duchowość, nadzieja	Ballard, 1997; Budin, 1998; Dein, Stygall, 1997; Fehring i in., 1997; Jakobsson i in., 1999; Klang i in., 1996; Steginga, Dunn, 1997; Tobiasz - Adamczyk i in., 1999; Trzebiatowska i in., 1997
Odwracanie uwagi, dystansowanie	Taylor, 1984; Tobiasz - Adamczyk i in., 1999
Instrumentalne, aktywne	Buddeberg i in., 1996; Faller i in., 1996; Heim, 1991; Klang i in., 1996; Tobiasz - Adamczyk i in., 1999
Pozytywne przewartościowanie	Buddeberg i in., 1996; Faller i in., 1996; Klang i in., 1996; Steginga, Dunn, 1997; Taylor, 1984; Tobiasz - Adamczyk i in., 1999; Trzebiatowska i in., 1997
Emocjonalne	Bidzan i in., 1999
Wsparcie społeczne	Hofwartner i in., 1992; Steginga, Dunn, 1997

Uzyskiwane różnice dotyczą odmiennej konceptualizacji procesu zaradczego oraz zastosowanych metod pomiaru (Heim, 1998). Dystansowanie się w ujęciu Lazarusa porównywane jest do bagatelizowania i myślenia życzeniowego Muthny i Kocha oraz zaprzeczania Greer. Ucieczka - unikanie Lazarusa jest podobnie opisywane przez Dunkel - Schetter, natomiast zdaniem Greer jest to postawa bezradności i beznadziejności, w ujęciu Shapiro - akceptacja i rezygnacja, według Heima odzwierciedla negatywną emocjonalność, a w podejściu Muthny i Kocha depresyjne przepracowanie. Samokontrola i konfrontacja Lazarusa odpowiada aktywnej samokontroli Heima, postawie walczącego ducha Greer, aktywnemu zorientowaniu na problem Muthny i Kocha, konfrontacji Shapiro i koncentracji na pozytywach Dunkel - Schetter. Czynniki osobowościowe oraz faza choroby mogą modyfikować sposoby radzenia sobie.

5.2.2. Strategie radzenia sobie ze stresem kobiet z chorobą nowotworową narządów rodnych

Zainteresowanie badaczy wzbudza problem sposobów radzenia sobie z chorobą dotykającą sfer intymnych takich jak bliskie więzi, seksualność, prokreacja, poczucie kobiecości. Poszukując literatury związanej z tematem radzenia sobie z chorobą nowotworową narządów rodnych korzystano z dwóch baz danych: MEDLINE oraz EMBASE. Osiągnięte wyniki były zbliżone. Szerszy zakres prac posiadał MEDLINE. Słowa kluczowe "rak szyjki macicy" i "psychologia" wystąpiły w 133 pracach opublikowanych w latach 1990 - 2000. Po odrzuceniu artykułów podejmujących zagadnienie badań skriningowych, oceniających zdrowie i leczenie w grupach odmiennych kulturowo (Latynoski, Tajki, Wietnamki, Afrykanki) oraz prace skierowane do pielęgniarek wskazujące na znaczenie stanu psychicznego pacjentek, pozostało 28 pozycji dotyczących stanów inwazyjnych oraz 19 przedinwazyjnych. Dodatkowo pozyskano 10 prac z zakresu psychologicznego funkcjonowania chorych na nowotwór trzonu macicy. Natomiast "adaptacja psychologiczna" była słowem kluczowym dla 14 pozycji, natomiast "radzenie sobie" dla 11. Należy podkreślić, że autorzy polscy częściej podejmują to zagadnienie (por. Bidzan., 1999; Chojnacka - Szawłowska, 1994a; 1994b; Heszen - Niejodek, 1997a; Juczyński, 2000; Łuczak, Roszak, 1990; Trzebiatowska i in., 1997; Turuk - Nowak, 1976).

Stres związany z diagnozą choroby nowotworowej narządów rodnych często ma charakter traumy (Carlsson i in., 1999; Lalos, 1997). Informacja o rozpoznaniu spowodowała kryzys u 93% kobiet i 81% ich partnerów (Lalos, 1997). Wiązało się to z przeżywaniem silnego lęku i złości. Ekspresja emocjonalna chorych kobiet nie zawsze była zrozumiała dla małżonków. Stwierdzono, że pacjentki poszukiwały informacji w celu wyjaśnienia i zrozumienia sytuacji, w której się znalazły. Nieadekwatna, zniekształcona wiedza utrudniała proces adaptacji (Carlsson i in., 1999). Ponadto z uwagi na zróżnicowany wiek chorych zagrożone były odmienne wartości i cele życiowe. Zgodnie z koncepcją rozwoju Ericksona młodsze przeżywały lęk związany z prokreacją i funkcjonowaniem w roli seksualnej, w średnim wieku problemy dotyczyły pełnienia ról rodzinnych, natomiast starsze pacjentki doznawały dystresu w sferze duchowej (Klemm, Guarnieri, 1996).

W związku z coraz powszechniej prowadzonymi badaniami skriningowymi możliwe jest zmniejszanie się liczby stawianych diagnoz choroby nowotworowej w wysokim stopniu zaawansowania na korzyść rozpoznań w stadium przedinwazyjnym. Spowodowało to poszerzenie wiedzy dotyczącej radzenia sobie z chorobą nowotworową, która z medycznego punktu widzenia powoduje małe zagrożenie życia. Pacjentki, u których stwierdzono dysplazję szyjki macicy konfrontowały się z diagnozą w podobny sposób jak chore na raka (Greimel i in., 1992).

Oczekiwanie na wyniki potwierdzające albo obalające diagnozę raka jest obciążone stresem. Dotyczy to również rozpoznań stanów przedinwazyjnych (Wardle, Pope, 1992; Lauer i in., 1999; Lauer, Rubin, 1991; Tomaino - Brunner i in., 1996). Kobiety martwiły się o swoje zdrowie i rozmyślały o poważnej chorobie. Wskazuje się, że samo oczekiwanie na wyniki badań medycznych może generować zespół stresu ostrego czy pourazowego. Brak lub niekompletne informacje dotyczące choroby są dodatkowym czynnikiem stresorodnym (Tomaino - Brunner i in., 1996; Carlsson i in., 1999). Z tego względu wczesna psychoedukacja może zapobiegać powikłaniom w sferze psychologicznej (Ferreira, 1998).

Subiektywne poczucie i doświadczenie powagi choroby było niezależne od obiektywnego stopnia jej zaawansowania. W grupach o zróżnicowanym stopniu dysplazji szyjki macicy reakcje poznawczo - emocjonalne nie różniły się, a obiektywne informacje nie miały na nie żadnego znaczenia. Pacjentki kierowały się irracjonalnymi poglądami, a nie obiektywnymi kryteriami (Greimel i in., 1992). Podobną zależność bardzo słabego związku pomiędzy zaawansowaniem choroby a reakcją na diagnozę stwierdzili Morris, Greer i Withe (1977).

Lęk i depresja są nieodłączną reakcją na diagnozę choroby nowotworowej narządów rodnych (Cull i in., 1993; Corney i in., 1992a; Lalos, Eisemann, 1999; Lutgendorf i in., 2000; Łuczak, Roszak, 1990; Ngan i in., 1994). Podobnie, jak w nowotworach o innej lokalizacji, liczba rozpoznań klinicznych lęku i depresji jest zróżnicowana w zależności od fazy leczenia i metody badania. Pozostaje niezależna od stopnia zaawansowania choroby (Lutgendorf i in., 2000). Jednym z przejawów lęku jest martwienie się o progresję choroby i przerzuty, nawet w długim czasie po zakończeniu leczenia (Klee, Thranov, Machin, 2000a). Częsty jest strach przed śmiercią (Steginga, Dunn, 1997). Zjawisko to dotyczyło również kobiet z bardzo niskim zaawansowaniem choroby czy w stanach przedinwazyjnych (Hawighorst - Knapstein i in., 1997; Lauver, Rubin, 1991).

Kobiety, uprzednio leczone chirurgicznie i napromienianiem z powodu nowotworu szyjki macicy, oceniały własną kondycję zdrowotną gorzej niż zdrowe (Chojnacka - Szawłowska, 1994b). Nasilenie lęku, zarówno stanu i cechy, nie osiągało poziomu patologicznego i nie zaburzało przystosowania oraz było zbliżone do natężenia lęku wśród zdrowych. Percepcja słabszego stanu zdrowia pozytywnie wpływała na podejmowanie zachowań prozdrowotnych zgodnych z zaleceniami lekarskimi (dieta, ćwiczenia fizyczne, badania kontrolne). Lęk uwarunkowany sytuacyjnie był redukowany poprzez metody relaksacyjne (bierne i aktywne formy spędzania czasu wolnego) oraz zawierające elementy unikania (sen). Jednakże inni zauważają ograniczanie aktywności w spędzaniu czasu wolnego (Ngan, Tang, Lau, 1994). Samoocena kobiet po hysterektomii była podobna jak u poddanych mastektomii oraz u zdrowych, ale z podwyższonym poziomem samoakceptacji. Zdaniem Chojnackiej - Szawłowskiej (1994a) może wskazywać to na stosowanie mechanizmów obronnych takich jak zaprzeczanie. Pozytywnej samoocenie i nadmiernie korzystnej samoakceptacji sprzyjają mechanizmy obronne i mniej adekwatny obraz własnej choroby.

W badaniach polskich zwraca się szczególną uwagę na radzenie sobie z sytuacją zabiegu hysterektomii z powodu nowotworu narządów rodnych. Kobiety z rozpoznaniem raka szyjki macicy próbowały przystosować się do sytuacji poprzez stosowanie strategii emocjonalnych (Trzebiatowska i wsp., 1997). W porównaniu z nimi zdrowe preferowały strategie zadaniowe. Była to próba przystosowania się do zaistniałej sytuacji oraz wyszukiwaniem w niej pozytywnych stron. Reinterpretacja sprzyjała duchowości i religijności. Ważną i często podejmowaną była strategia korzystania ze wsparcia społecznego. Poprzez stosowanie strategii instrumentalnych poszukiwano przyczyn sytuacji trudnych oraz kierowano się radą i opinią innych osób (strategia wyjaśniająca), planowano zmiany sytuacji oraz wypierano, racjonalizowano oraz szukano pozytywnych stron zdarzenia. Świadczy to o tym, że chore przystosowywały się przez szukanie korzyści, reinterpretację oraz wsparcie ze strony innych. Zmniejszony udział strategii zadaniowych wśród chorych w porównaniu do zdrowych można tłumaczyć bezradnością przeżywaną w obliczu zagrożenia i oceną stosunkowo małego wpływu na sytuację. Preferencja strategii emocjonalnych przed operacją jest ich zdaniem wynikiem lęku i depresyjnego

nastawienia, co obniża odporność (Bidzan i wsp., 1999). To wtórnie predysponuje do podejmowania strategii ucieczkowych. Wśród kobiet będących rok po leczeniu operacyjnym odnotowano wzrost używania strategii zadaniowych, co sprzyjało redukcji wcześniejszego lęku i obniżonego nastroju. Jednakże w dalszym ciągu w obrazie radzenia sobie najwyraźniejsze były strategie emocjonalne. Zwraca uwagę wzmożone podejmowanie strategii unikania w porównaniu do kobiet zdrowych (Chojancka - Szawłowska, 1996).

Strategie emocjonalne uzupełniane ucieczkowymi są dominujące w procesie radzenia sobie z chorobą nowotworową narządów rodnych (Bidzan, 1999; Chojancka - Szawłowska, 1994b; Lauver i in., 1999; Lutgendorf i in., 2000; Trzebiatowska i in., 1997). Dotyczy to zarówno stanów przedinwazyjnych, jak i zaawansowanych stadiów raka. Pacjentki znacząco częściej niż ich partnerzy dewaluowały zagrożenie oraz podejmowały poznawczą reorganizację. Podkreśla się korzystne znaczenie jakiegokolwiek aktywności w przeciwieństwie do zdecydowanie negatywnego wpływu na przystosowanie strategii biernych (Antoni, Goodkin, 1988; Zacharias i in., 1994). Po zakończeniu leczenia z powodu raka szyjki macicy preferowaną strategią było pozytywne myślenie (Steginga, Dunn, 1997). Optymizm sprzyjał radzeniu sobie w oczekiwaniu na wyniki badań diagnostycznych w stanach przedinwazyjnych (Antoni, Goodkin, 1988). Wsparcie emocjonalne, zwłaszcza od osób bliskich, sprzyjało lepszemu funkcjonowaniu psychicznemu bez względu na stopień zaawansowania choroby (Lauver i in., 1999; Steginga, Dunn, 1997; Trzebiatowska i in., 1997). Ekspresja emocjonalna, odreagowanie na pewno nie przynoszą natychmiastowych korzyści. W pierwszej kolejności skutkują pogorszeniem nastroju (Lalos, 1997; Lauver i in., 1999). Odwoływanie się do duchowości i religijności były strategiami preferowanymi przez chore z zaawansowaną chorobą nowotworową narządów rodnych (Gotay, 1984).

Unikanie wzmagало poczucie stresu i wpływało na obniżenie jakości życia wśród kobiet poddanych chemioterapii w zaawansowanym stadium raka (Lutgendorf i in., 2000). Natomiast odwracanie uwagi w trakcie oczekiwania na diagnozę poprawiało nastrój. Również, gdy rozpoznawano chorobę nowotworową, odwracanie uwagi było korzystne (Lauver i in., 1999).

Analiza literatury wskazuje, że chore na nowotwory narządów rodnych w małym stopniu podejmują strategie instrumentalne. Są one częstsze u kobiet w nisko zaawansowanym stadium raka i w stanach przedinwazyjnych (Gotay, 1984, Trzebiatowska i in., 1997). Główną funkcją strategii instrumentalnych jest wyjaśnienie sytuacji, co jest ściśle związane z poszukiwaniem i przetwarzaniem informacji (Carlsson i in., 1999; Trzebiatowska i in., 1997).

Efektywny sposób radzenia sobie zależał od adekwatności do zapotrzebowania na informację otrzymaną bezpośrednio przed i po badaniu (Greimel i in., 1992; Heszen - Niejodek, 1997a). Pacjentki zadowolone z uzyskanych informacji medycznych miały bardziej pozytywny obraz choroby i odczuwały mniejszy niepokój o przyszłość niż kobiety nieusatysfakcjonowane. Bardziej szczegółowych informacji oczekiwały kobiety z wyższym wykształceniem i o lepszym statusie ekonomicznym. Brak satysfakcji z otrzymanych informacji o diagnozie wydaje się być pierwszym predyktorem patologii w procesie radzenia sobie z chorobą nowotworową. Zdaniem Heszen - Niejodek (1997a) konieczna dla dobrostanu psychicznego jest zgodność pomiędzy otrzymywanymi informacjami a preferowanym stylem poznawczo - informacyjnym. Jakość uzyskanych informacji decyduje o redukcji lęku i minimalizuje jego wpływ na jakość życia (Umegaki, 1993).

Poczucie kontroli w chorobie wpływa na podejmowane sposoby radzenia sobie. Wyniki badań kobiet w dwa do pięciu lat po leczeniu nowotworu narządów rodnych dowodziły, że kobiety posiadające wewnętrzne poczucie kontroli częściej podejmują adaptacyjne formy radzenia sobie (Hofwartner i in., 1992). Podobnie, choć w mniejszym stopniu radzą sobie pacjentki, które posiadają zewnętrzne poczucie kontroli odnośnie do stanu zdrowia. Wewnętrzne poczucie kontroli wśród chorych na raka szyjki lub trzonu macicy wiązało się z adekwatnymi interakcjami społecznymi (Lalos, Eisemann, 1999). Pracownicy służby zdrowia byli też pomocni w odnajdywaniu się w nowej sytuacji zdrowotnej (Steginga, Dunn, 1997). Natomiast badane o zewnętrznym, losowym poczuciu kontroli stosowały zarówno efektywne, jak i nieskuteczne formy radzenia sobie. Kobiety czujące kontrolę nad sytuacją choroby były zdecydowane do walki z nią i oceniały sytuację bardziej pozytywnie niż kobiety z fatalistyczną postawą (Hofwartner i in., 1992). Pierwsze doświadczały pozytywnych zmian w swoim życiu pod wpływem choroby. Tym ostatnim prawdopodobnie uniemożliwiała to odnalezienie sensu w chorobie. Pacjentki, które przypisywały odpowiedzialność za przebieg choroby innym (zewnętrzna atrybucja przyczyn) interpretowały swoją sytuację w znacznie bardziej pozytywnym świetle. Aktywnie poszukiwały wsparcia społecznego i doświadczały dużego zaufania w stosunku do lekarzy (por. Czapiński, 1992; Seligman, 1993). Internalizacja poczucia kontroli była wyższa u pacjentek stosujących strategię konfrontacji i aktywnego działania oraz używających mechanizmy obronne. Zewnętrzne poczucie kontroli było związane z zaleganiem uczuć oraz nadmiernym przeżywaniem ich. Natomiast nie stwierdzono związku pomiędzy natężeniem depresji a poczuciem kontroli (Lalos, Eisemann, 1999). Podsumowując, poczucie kontroli nad sytuacją powodowało różną jej ocenę oraz wzmagало preferencję określonych sposobów radzenia sobie. Strategie zaradcze aktywne, instrumentalne i dewaluacji w powiązaniu z wewnątrzsterownością były bardziej efektywne niż inne. Poczucie kontroli w tym rozumieniu jest bliskie pojęciu zaradności Antonovsky'ego (1995a).

Zachowania seksualne w są ważnym czynnikiem w etiopatogenezie raka szyjki macicy. Wczesny wiek inicjacji seksualnej oraz większa liczba partnerów seksualnych sprzyja rozwojowi choroby. natomiast Lalos, Eisemann i Lalos (1997) dostrzegli charakterystyczną sylwetkę psychologiczną wśród części tej grupy chorych. Opisywano impulsywność, skłonność do irytacji, agresywność werbalną, niedostosowanie społeczne oraz tendencje do nadużywania alkoholu. Wydają się, że wymienione cechy są skutkiem antyzdrowotnych zachowań, a nie ich przyczyną. Uzupełniającymi mogą być poglądy wiążące sprawność funkcjonowania systemu immunologicznego z cechami osobowości. U osób wrażliwych dochodziło do szybszej promocji procesu nowotworowego. (Antoni, Goodkin, 1988; Filiberti i in., 1993; Goodkin, Antoni, Blaney, 1986; Todarello i in., 1994). Kobiety charakteryzujące się wrażliwością w porównaniu do wyciszonych silniej doświadczały stresu, ekspresyjnej reagowały na informacje o zagrożeniu życia, jak również stosowały pesymistyczne, pasywne i unikające sposoby zaradcze. Były bardzo zaniepokojone własnym zdrowiem. Badacze w ich zachowaniu podkreślają skłonność do konformizmu, co jest związane ze style radzenia sobie typu C. Również wśród chorych na nowotwór trzonu macicy, w porównaniu do cierpiących na raka szyjki macicy, diagnozowano tendencję do mniejszej emocjonalności, słabszej agresywności oraz większych umiejętności społecznych (Lalos, Eisemann, 1997; Lalos, Eisemann, 1999). Nie można jednak odpowiedzieć na pytanie, czy wymienione cechy chorych na raka endometrium wiązały się z przedchorobową osobowością, czy starszym wiekiem w tej grupie oraz często zdecydowanie

korzystniejszym rokowaniem. Natomiast wśród chorych na raka szyjki macicy zauważa się tendencje do zachowań antyzdrowotnych, mniejszej socjalizacji oraz słabszej kontroli emocjonalnej. Według opinii Eysencka byłby to typ osobowości skłonnej do uzależnień (Grossarth - Maticzek, Eysenck, 1990).

5.3. Jakość życia w chorobie nowotworowej

5.3.1. Jakość życia wśród chorych na nowotwory narządów rodnych

Podstawowym celem medycyny jest leczenie chorób, a w przypadku braku takiej możliwości przedłużenie życia w zadowalającym komforcie. Model biomedyczny powoduje koncentrację przede wszystkim na aspektach ważnych dla skuteczności leczenia i rokowania. Są to czynniki związane z chorobą (status zdrowia chorego, wielkość guza, typ histopatologiczny nowotworu, utrata wagi ciała) oraz z leczeniem (stabilność określonych parametrów biomedycznych). W związku z wprowadzeniem coraz nowocześniejszych, ale często bardziej toksycznych sposobów leczenia podejmowane były próby oszacowania jego wpływu na pacjenta w rozumieniu skutków ubocznych oraz ceny uzyskania poprawy zdrowia somatycznego (Kiebert, 1997). Poprawa kliniczna nie jest równoznaczna z subiektywną. W tym momencie pojęcie jakości życia ma nie tylko znaczenie w holistycznym ujmowaniu zdrowia jednostki, ale stanowi ważny aspekt oceny efektywności leczenia w sensie medycznym, funkcjonalnym i ekonomicznym. Definicję jakości życia można prezentować szeroko, uwzględniając wielowymiarowość egzystencji (Kiebert, 1997; de Walden - Gałuszko, 1997). W medycynie jest ona rozumiana w węższym znaczeniu jako jakość życia zależna od stanu zdrowia. Dotyczy subiektywnej oceny dokonanej przez pacjenta jego obecnego poziomu funkcjonowania i satysfakcji w odniesieniu do przyjętej przezeń idealnej sytuacji. Jest odczuwanym przez chorego stanem zdrowia. Należy rozumieć, że jakość życia zależna od stanu zdrowia wyklucza te dziedziny, dla których jest mało prawdopodobne, że mogłyby być zależne od postępowania medycznego (Kiebert, 1997).

Bezpośrednia ocena własnej sytuacji i swojego zdrowia przez osobę chorą uważana jest za najbardziej istotne i prawidłowe źródło informacji w porównaniu do metod obiektywnych dokonywanych przez specjalistów (lekarz, psycholog). Do podstawowych wymiarów jakości życia zalicza się obszary fizyczny, psychiczny, społeczny i sprawność ruchową. Ten ostatni został najlepiej poznany i opisany. Pojęcie jakości życia zależnej od stanu zdrowia możemy definiować jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez pacjenta. Należy zwrócić uwagę na konieczność rozróżnienia pomiędzy stanem zdrowia określonym na podstawie obiektywnie ocenionych objawów klinicznych, a jakością życia będącą subiektywną oceną pacjenta. Podkreśla się, że ogólna jakość życia nie pozostaje w prostej zależności od wskaźników stanu fizycznego lub sprawności ruchowej (de Walden - Gałuszko, 1997).

Podsumowując jakość życia to dziedziny ważne dla funkcjonowania chorego zależne od choroby oraz związane z leczeniem. Jest to pojęcie subiektywne i podlegające dynamicznej zmianie w czasie.

Wśród kobiet chorych na nowotwory narządów rodnych jakość życia nie różniła się z uwagi na ich wykształcenie, sytuację zawodową, status rodzinny i dietność. Wynik ten jest odmienny od dokonywanego na podstawie obserwacji (Chojnacka - Szawłowska, 1994b). Posiadanie partnera oraz dzieci nie kształtowało

odpowiednio funkcjonowania emocjonalnego, poczucia sensu i woli życia. Znajomość rozpoznania również nie wiązała się z jakością życia oraz nie modyfikowała, zarówno pozytywnych i negatywnych, emocji. Wyższe poczucie sensu życia charakteryzowało kobiety lepiej funkcjonujące emocjonalnie, o większej radości życia oraz wyższej globalnej jego jakości. Niskie poczucie sensu życia korelowało z depresją. Natomiast wolę życia obniżał lęk i depresja, a podwyższała poczucie radości życia i lepsze funkcjonowanie poznawcze. Poczucie sensu życia było niższe u chorych niż u zdrowych, a wśród kobiet szczególnie wiązało się z ogólną oceną jakości życia. Wyłącznie u leczonych z powodu nowotworów ginekologicznych w odniesieniu do innych nowotworów zlokalizowanych, odnotowano zależność pomiędzy umiejscowieniem poczucia kontroli. Chore odczuwały niższą jakość życia w przypadku braku wpływu na sytuację. Stwierdzono względną niezależność pomiędzy funkcjonowaniem psychicznym a jakością życia w porównaniu do silnego związku dla sfer somatycznych wśród chorych na raka (de Walden - Gałuszko, Majkowicz, 1994).

Trudności w funkcjonowaniu fizycznym dotyczą głównie zmęczenia oraz skutków ubocznych leczenia takich jak ból, dysfunkcje pęcherza i pochwy (Cull i in., 1993; Steginga, Dunn, 1997). Najpoważniejsze są w pierwszych trzech miesiącach po zakończeniu leczenia napromienianiem (Klee i in., 2000b). Pacjentki ograniczały formy spędzania czasu wolnego (Ngan, Tang, Lau, 1994). Globalna jakość życia i funkcjonowanie codzienne chorych na nowotwory narządów rodnych już nigdy nie były tak dobre jak u zdrowych (Cull i in., 1993; Greimel, Freidl, 2000; Klee i in., 2000a). Natomiast w stanach przedinwazyjnych bardzo wolno wracała do normy (Basta i in., 1999). Zauważono, że dobrostan emocjonalny nie zależał od wieku, zaawansowania choroby i jej lokalizacji w obrębie narządów rodnych (Greimel, Freidl, 2000). Ponadto funkcjonowanie emocjonalne było najgorsze w porównaniu do innych sfer (Juczyński, 2000). Ogólna jakość życia i dobrostan duchowy były lepsze u pacjentek starszych niż młodszych, mężatek niż samotnych oraz u osób znajdujących oparcie w wierze (Gioiella, Berkman, Robinson, 1998). Ważne jest spostrzeżenie Speca i współautorów (1994), że dotychczasowe badania jakości życia nie koncentrują się na najważniejszych aspektach wskazywanych przez chore. Kobiety po leczeniu nowotworu szyjki macicy za znaczące obszary, w których doświadczały zmian i trudności, uznały: odzyskiwanie poczucia normalności życia, doświadczanie inwazyjności zabiegów medycznych, kontrolę nad własnym ciałem oraz stopień przewidywalności choroby i leczenia.

Dla pacjentek leczonych z powodu nowotworów szyjki lub trzonu macicy jedną z głównych sfer jakości życia jest funkcjonowanie seksualne.

5.3.2. Funkcjonowanie seksualne kobiet leczonych z powodu nowotworów narządów rodnych

Wpływ metody leczenia (chirurgia lub radioterapia) na funkcjonowanie kobiet z rozpoznaniem nowotworu szyjki lub trzonu macicy był przedmiotem wielu badań (Andersen i in., 1996; Andersen i in., 1997; Corney i in., 1992a; Cull i in., 1993; Flay, Matthews, 1995; Ngan i in., 1994; Watkins Bruner i in., 1993; Schover, Fife, Gershenson, 1989; Steginga, Dunn, 1997; Yeo, Perera, 1995).

Zastosowane leczenie wpływało na ograniczenie aktywności seksualnej i obniżenie satysfakcji (Ngan i in., 1994). Mniejsze podejmowanie aktywności było spowodowane przede wszystkim spadkiem libido i gorszą kondycją fizyczną. Zmiany te tłumaczono jako skutek uboczny napromieniania. Do najważniejszych

Andersen (1985) zalicza redukcję funkcji jajników, atropię i stenozę pochwy. W dalszej kolejności jako powód dysfunkcji autorzy (Flay, Matthews, 1995; Yeo, Perera, 1995) wymieniają strach przed rozprzestrzenieniem choroby w wyniku aktywności seksualnej. Doświadczenie stosunku bezpośrednio po zakończeniu leczenia, zarówno u leczonych kobiet, jak i ich partnerów było bardzo negatywne i zdecydowanie obniżało seksualne pożądanie (Andersen i in., 1996; Andersen i in., 1997; Lalos i in., 1995; Schover, Fife, Gershenson, 1989). Istotne zamiany były widoczne w obniżeniu częstotliwości masturbacji i stosunków seksualnych, rzadszego przeżywania orgazmu, mniejszej satysfakcji z seksu, w tym również ze stosunków (Krumm, Lamberti, 1993). Poczucie skrócenia pochwy było częste u kobiet leczonych napromienianiem i chirurgicznie (Andersen, 1985; Flay, Matthews, 1995). Długość pochwy zmniejsza się po hysterektomii oraz przy znacznym zaawansowaniu choroby (Watkins Bruner i wsp., 1993). Kobiety odczuwające pożądanie seksualne w lepszym stopniu radziły sobie i rehabilitowały się, jak również, gdy ich partnerzy byli zaangażowani w leczenie od momentu diagnozy oraz gdy więź między nimi była silniejsza. Znaczącym predyktorem trudności seksualnych po leczeniu nowotworów ginekologicznych są przedchorobowe zachowania seksualne (mała różnorodność), rozległość choroby i wieloetapowość leczenia, nasilone symptomy menopauzy oraz słabe poczucie kobiecości i własnej seksualności (Andersen, Woods, Copeland, 1997). Często po przebytym leczeniu pacjentki miały obniżoną samoocenę w zakresie własnej atrakcyjności seksualnej, nie były zainteresowane sferą intymną oraz obawiały się reakcji ze strony partnera. Chore i ich partnerzy częściej nie inicjowali współżycia, co pozostaje w opozycji do poglądów, że same kobiety go unikały (Andersen i wsp., 1986).

Do czynników wpływających na aktywność seksualną po zabiegach ginekologicznych Wieczorek i Lew - Starowicz (1997a; 1997b) zaliczają zakres informacji na temat zabiegu i jego skutków, pooperacyjny stan psychiczny pacjentki oraz relacje partnerskie i przedchorobowe problemy seksualne. Zbieg hysterektomii zaburza spostrzeganie siebie w tradycyjnej roli kobiecej oraz dezintegruje obraz własnego ciała. Dysfunkcje w sferze seksualnej mogą być pochodną poczucia mniejszej wartości. Problemy w funkcjonowaniu seksualnym były poważniejsze u pacjentek o podwyższonym poziomie lęku, bez względu na czas, jaki upłynął od zabiegu hysterektomii (Corney i in., 1992b).

Chore na nowotwór szyjki macicy przechodziły wcześniejszą inicjację seksualną niż badane z nieonkologicznymi problemami ginekologicznymi (Andersen i in., 1986; Andersen i in., 1997). Jest to zgodne z etiologią raka szyjki macicy. Posiadały również bardziej ograniczony repertuar zachowań seksualnych. Z tego powodu propozycje ograniczenia tradycyjnej aktywności seksualnej po leczeniu na rzecz sposobów alternatywnych nie były przyjmowane z entuzjazmem. Dotyczyło to również zabiegów rekonstrukcji pochwy (Andersen, 1985). Chore na raka przed leczeniem odczuwały więcej lęków związanych ze sferą seksualną oraz przeżywały mniejsze podniecenie. Natomiast w obu badanych grupach częstotliwość podejmowanych stosunków oraz satysfakcja z życia seksualnego była podobna i określana jako dobra (Andersen i in., 1986; Andersen, Woods, Copeland, 1997).

Doświadczenie zmian w seksualności kobiet w pięcioletnim przeżyciu po leczeniu nowotworu szyjki macicy w niskim stopniu zaawansowania było przedmiotem badań Bergmark i współautorów (1999) (Tabela 7). Grupę porównawczą stanowiły kobiety bez ginekologicznej historii nowotworowej. Większość badanych podawała, że prowadzi regularne życie seksualne.

Tabela 7. Seksualność kobiet leczonych z powodu nowotworu szyjki macicy i zdrowych (Bergmark i in., 1999)

Zmienna	Chore na raka szyjki macicy (n=247)	Zdrowe (n=330)
Regularne współżycie	68%	72%
Zmniejszona lubrykacja	26%	11%
Skrócenie pochwy	26%	3%
Zmniejszona elastyczność pochwy	23%	4%
Dyspareunia	16%	2%
Znaczny stres z powodu zmian w pochwie	46%	8%

Różnice pomiędzy chorymi i zdrowymi odnośnie do jakości życia seksualnego (długość, elastyczność i nawilżenie pochwy, bolesne stosunki) są związane z leczeniem choroby nowotworowej oraz z objawami menopauzy. Razem powodują poczucie dystresu.

Kobiety leczone z powodów nowotworowych bardziej odczuwały słabą lubrykację i elastyczność pochwy oraz jej skrócenie. Dolegliwości te były wyraźniejsze w grupie kobiet młodszych (Andersen, 1985). Ponad jedna czwarta z nich odczuwała te zmiany jako źródło umiarkowanego lub znacznego dystresu (w porównaniu do 8% kobiet leczonych z powodu innego nowotworu). Zdaniem Andersen (1985) dysfunkcje seksualne nie muszą być subiektywnie oceniane jako dystres. Bolesne stosunki dotyczyły wyłącznie chorych z diagnozą raka szyjki macicy (Bergmark i in., 1999). Jedna trzecia badanych nie była zadowolona ze swojego aktualnego funkcjonowania seksualnego. Częstość przeżywania orgazmu i odczuwana przyjemność były podobne w obu grupach. Satysfakcja z życia seksualnego nie zależała od częstości podejmowanych kontaktów seksualnych (Bergmark i wsp., 1999; Andersen i in., 1986; Schover, 1993). Zwrócono również uwagę na fakt bezpłodności po leczeniu w grupie kobiet pozostających w wieku reprodukcyjnym. Dla jednej trzeciej badanych było to źródłem znacznego stresu. Natomiast utrata macicy nie powodowała negatywnych zmian w funkcjonowaniu seksualnym czy też w obrazie kobiecości. Znaczącymi wnioskami z obu prac dla interpretacji wielu wcześniejszych wyników empirycznych są sugestie dotyczące miary satysfakcji seksualnej. Częstość podejmowanych kontaktów nie jest adekwatną miarą dla satysfakcji z życia seksualnego (Bergmark i in., 1999). Zdaniem Andersen i współpracowników (1986) ocena zadowolenia ze współżycia intymnego zależy od więzi łączących partnerów oraz preferowanych form kontaktów seksualnych. Kobiety niezadowolone z własnego funkcjonowania seksualnego częściej były samotne (Andersen, 1985; Bergmark i in., 1999). Autorzy sugerują, że ich relacje z partnerem rozpadły się jako konsekwencja choroby nowotworowej. Podkreśla znaczenie reakcji partnera na diagnozę choroby nowotworowej (Andersen, 1985).

Partnerzy kobiet leczonych z powodu nowotworu narządów rodnych przeżywali kryzys psychologiczny już w momencie rozpoznania choroby, który objawiał się przede wszystkim dolegliwościami psychosomatycznymi. (Lalos i in.,

1995). Również nie potrafili rozmawiać o doświadczeniu choroby, ani z leczoną małżonką, ani z przyjaciółmi. Większość stwierdzała, że nie zna osoby, z którą mogłaby szczerze porozmawiać. Często pozostawali bierni bierni, licząc na to, że problemy same miną (Zacharias i in., 1994). Natomiast mężowie chorych na zaawansowany nowotwór szyjki macicy radzili sobie poprzez rozmowy z innymi na temat lęku przed chorobą (Gotay, 1984). Poczucie wyobcowania pogłębiał fakt, że mężczyźni nie otrzymywali podstawowych informacji o chorobie partnerki. Cull i zespół (1993) potwierdzają trudności w komunikacji partnerskiej. Prawie połowa badanych kobiet (44%) po zakończonym leczeniu nie potrafiła rozmawiać o swoich przeżyciach z partnerem. W dalszym ciągu koncentrowały się na chorobie, bały się jej nawrotu. Miały skłonność do oskarżania się czy obwiniania za zaistnienie choroby. Większość pacjentek w dalszym ciągu potrzebowała nowych informacji na temat choroby, leczenia i jak pomóc sobie w rehabilitacji.

W obrazie psychologicznym kobiet leczonych z powodu nowotworów ginekologicznych dominujące było poczucie trwałego znużenia i braku energii. Problem ten dotyczył około 50% kobiet leczonych chirurgicznie i uzupełniającą radioterapią z powodu wczesnego stadium raka szyjki macicy (Cull i in., 1993). Natomiast większość z nich nie powracała do sprawności przedchorobowej i stylu funkcjonowania, mimo długiego czasu od zakończenia leczenia.

Przeciętny poziom lęku i depresji oraz stresu psychologicznego był wyższy niż w populacji zdrowej. Kobiety przeżywały obniżenie samooceny i spadek poczucia własnej atrakcyjności (Cull i in., 1993). Nie stwierdzono natomiast związku pomiędzy funkcjonowaniem po leczeniu a statusem społecznym i wiekiem. Problemy psychologiczne i fizyczne korelowały z dysfunkcjami seksualnymi. W badaniach retrospektywnych chore na nowotwory ginekologiczne do psychospołecznych trudności zaliczały lęk, depresję oraz strach przed umieraniem (Steginga, Dunn, 1997). Natomiast w funkcjonowaniu fizycznym dyskomfort powodowało zmęczenie, ból, dysfunkcje ze strony pęcherza i pochwy. Podkreśla się, że u większości pacjentek dolegliwości w sferze seksualnej są adekwatne do wieku i doświadczanych symptomów z uwagi na menopauzę (Watkins Bruner i wsp., 1993).

Odnotowuje się dysfunkcje seksualne wśród kobiet leczonych z powodu dysplazji (Filiberti i in., 1993). Jedna trzecia badanych przeżywała lęk przed chorobą nowotworową i pogorszeniem się relacji z partnerem. Sposób leczenia nie wpływał na prezentowane postawy w tej sytuacji, ani na antycypowanie jej skutków. Autorzy (Filiberti i in., 1993; Todarello i wsp., 1994) uzasadniają to znaczeniem indywidualnych cech osobowości. Należy podkreślić, że kobiety z dysplazją (Greimel i in., 1992) były zdecydowanie młodsze (58% poniżej 30 roku życia) niż te, u których rozpoznaje się zaawansowaną chorobę nowotworową szyjki macicy. Powoduje to większe zagrożenie dla realizowania roli seksualnej, prokreacyjnej i relacji z partnerem. Z drugiej strony, zgodnie z poglądami Wirschinga (1994), można to odczytać jako zgeneralizowaną reakcję na diagnozę o chorobie zagrażającej życiu lub antycypacji takiej choroby.

Oceniano również problemy psychologiczne po hysterektomii z powodów nowotworowych i innych niż nowotwór (Anderson, 1993; Filiberti i in., 1991). Kobiety z diagnozą raka przeżywały dysfunkcje seksualne i utratę poczucia kobiecości z powodu usunięcia macicy. Większość przeżywała lęk przed nawrotem choroby. Rok po leczeniu chirurgicznym odczuwały obniżenie pożądania, podniecenia, możliwości osiągnięcia orgazmu i suchość w pochwie. Natomiast u kobiet leczonych z powodu innych schorzeń niż nowotwór dysfunkcje seksualne

występowały znacznie rzadziej, a wśród zdrowych były sporadyczne. Diagnozowane nienowotworowo doświadczały po zabiegu chirurgicznym wyłącznie przejściowych trudności seksualnych. Dla ponad 50% z nich własne życie seksualne nie było satysfakcjonujące.

Porównując psychologiczne funkcjonowanie kobiet, które poddano radykalnej mastektomii i hysterektomii (Umegaki i in. 1993) oceniono, że kobiety po zabiegu usunięcia macicy miały niższy pooperacyjny lęk, podwyższony poziom neurotyzmu i symptomów depresyjnych. Natomiast kobiety po amputacji piersi miały wysokie natężenie neurotyzmu, lęku i depresji. Wydaje się, że utrata piersi, jako widocznego atrybutu kobiecości w większym stopniu wpływa na nasilenie objawów psychopatologicznych bezpośrednio przed i po operacji, w porównaniu do zabiegu, którego efekty nie są w takim stopniu zewnętrznie zauważalne. Podobne wnioski wyciąga Chojnacka - Szawłowska (1994a). Wskazuje na zbliżony poziom lęku wśród kobiet poddanych mastektomii i hysterektomii. Natomiast u leczonych ginekologicznie stwierdza zawyżoną samoakceptację, co wiąże z mniej adekwatnym obrazem choroby i mniejszym, zewnętrznym kalectwem, a może raczej z mechanizmem kompensacji. Skutki hysterektomii najwyraźniej odczuwają chore będące w okresie przedmenopauzalnym, co wiąże się z redukcją funkcji hormonalnej jajników (Andersen, 1985).

Podsumowując, istotne zmiany w aktywności i satysfakcji seksualnej powstały jako rezultat leczenia. Radioterapia spowodowała dysfunkcje u połowy badanych kobiet. Skojarzone leczenie (chirurgiczne i radioterapia) dawało większe zaburzenia niż sama radioterapia. Kobiety po napromienianiu bardziej cierpiały na dolegliwości bólowe przy stosunku i osiągały mniejsze zadowolenie seksualne. Najmniej negatywnych konsekwencji w funkcjonowaniu seksualnym i psychospołecznym odnotowuje się po samodzielnym leczeniu chirurgicznym.

5.4. Psychoterapia w praktyce onkologicznej

5.4.1. Rola psychoterapii i modele pracy psychologicznej

Psychoonkologia w ciągu ostatnich trzech dziesięcioleci koncentrowała się głównie na obszarach: psychologicznych aspektów adaptacji do choroby, zapobieganiu zaburzeniom psychicznym u osób z chorobą nowotworową, jakości życia w czasie leczenia i po jego zakończeniu, wpływu czynników psychologicznych i cech osobowości mogących podwyższać ryzyko zachorowalności i śmiertelności. Aktualnie penetrowane są nowe obszary, które koncentrują się na osobie pacjenta, a nie na aspektach medycznych (Lambley, 1993). Dotyczą one wpływu choroby na rodzinę, roli wsparcia społecznego, dysfunkcji seksualnych związanych z przebyta chorobą i skutkami ubocznymi leczenia, problematyki długotrwałego przeżycia, interwencji behawioralnych redukujących zachowania antyzdrowotne. Podjęto też systematyczne badania opisujące, w jaki sposób interwencje psychologiczne wpływają na adaptację i obniżenie stresu oraz czy dają możliwość wydłużenia życia i poprawy jego jakości (Breitbart, Chochinov, 1998; Holland, Rowland, 1989).

Czynniki uniwersalne w psychoterapii chorego somatycznie są tożsame z elementami prawidłowej relacji lekarz - pacjent. Pomoc psychologiczna opiera się na opiece emocjonalnej i informacyjnej (Siwak - Kobayashi, 1997). Cele psychoterapii chorych onkologicznie zależne są przede wszystkim od fazy choroby i zastosowanej metody leczenia. Zdaniem Fiore (za Turuk - Nowak, 1999) są to:

- w trakcie diagnozy choroby nowotworowej - pomoc w akceptacji i zrozumieniu rozpoznania, podjęcie decyzji o leczeniu oraz rozpoznanie reakcji rodziny,
- w okresie przedoperacyjnym - premedykacja psychologiczna, wpływ na radzenie sobie z konsekwencjami zabiegu,
- we wczesnym okresie pooperacyjnym - odzyskanie dobrostanu psychicznego, adaptacja do faktu starty narządu i funkcji, jakie pełnił, przygotowanie do dalszego leczenia,
- w trakcie leczenia napromienianiem lub chemioterapią - zmniejszanie lęku przed skutkami ubocznymi leczenia, zapobieganie rezygnacji z leczenia, pomoc w przezwyciężaniu depresji z uwagi na nawroty choroby bądź przerzuty,
- pod koniec leczenia - pomoc w rehabilitacji, przejście do niezależności i samodzielności,
- w długim okresie po leczeniu - pomoc w zmaganiu się z lękiem przed wznową choroby i odległymi skutkami ubocznymi leczenia.

W terminalnej fazie choroby nowotworowej ważnymi są wsparcie psychiczne, zmaganie się z bilansem życiowym i pytaniami natury egzystencjalnej (Kübler - Ross, 1979; de Walden - Gałuszko, 1992). W tym okresie szczególną pomocą otacza się rodzinę chorego, przygotowującą się do żałoby po bliskim. Na wszystkich etapach zmagania się z chorobą nowotworową ważną rolę odgrywa praca nad komunikacją pomiędzy różnymi systemami, takimi jak: lekarz - pacjent, lekarz - rodzina, pacjent - rodzina (Leder, 1997).

Specyfikę problemów psychologicznych kobiet chorych na nowotwory narządów rodnych rozpatruje się w zakresie czterech kategorii, które dotyczą ich sytuacji życiowej (role małżeńskie, rodzinne, społeczne), trudności adaptacyjnych w trakcie i po leczeniu (zwłaszcza trudności emocjonalne i zaburzenia seksualne), obrazu choroby i postaw wobec niej oraz wpływu choroby na osobowość pacjentki (Chojnacka - Szawłowska, 1994a). Dominujący obszar zainteresowań zazwyczaj określony jest rodzajem nowotworu (rak szyjki macicy, rak trzonu macicy, nowotwory jajników) oraz specyfiką metod leczenia (chirurgia, radioterapia, chemioterapia).

Dotychczas najczęściej realizowany jest model konsultacyjny (specjalistyczny psychiatryczny bądź psychologiczny) działający na zasadzie interwencji kryzysowej. Ma on mniejszą możliwość wprowadzania trwałych zmian i poszerzania efektywności opieki psychologicznej w ginekologii onkologicznej. Ewaluacja w kierunku modelu interdyscyplinarnego będzie sprzyjała zwiększeniu efektywności i satysfakcji w pracy z pacjentem i jego rodziną.

Model zespołowy pracy psychologicznej zakłada istnienie psychologa w zespole leczącym (Basińska, 2000; Leder, 1997; Turuk - Nowak, 1990; Wirsching, 1994). Pozwala to na opanowywanie psychologicznych trudności pojawiających się u pacjenta w związku z przeżywaną chorobą i leczeniem (aspekt prewencyjny i profilaktyczny). Praca psychologiczna nie może być niezależna od oddziaływań lekarskich. Stała współpraca z zespołem leczącym lub ewentualnie z lekarzem prowadzącym jest jednym z podstawowych warunków decydujących o skuteczności interwencji psychologicznych. Zależność ta powoduje lepsze rozumienie potrzeb chorego przez lekarza oraz większą możliwość stosowania efektywnych metod oddziaływań psychologicznych (Heszen - Niejodek, 1990; Holland, Rowland, 1989; Rieger i in., 1998; Wirsching, 1994).

Do najczęstszych metod podejmowanych w trakcie leczenia należą praca indywidualna lub zespołowa oraz psychoterapia, edukacja (doradztwo) i interwencja

kryzysowa. Korzystne rezultaty przynoszą psychoterapia aktywna objawowa, psychoterapia racjonalna, techniki behawioralne: relaksacja, desensybilizacja, wizualizacja, hipnoza i techniki neurolingwistycznego programowania, psychoterapia podtrzymująca, psychoterapia rodzin, w tym małżeńska (Basińska, 1997; Chodak, Komornicki, 1993; Chodak, Radło, Sułko, 1995; Simonton, Mathews-Simonton, Creighton 1993; Turuk - Nowak, 1999; Wirga, 1998). W ostatnich latach wprowadzono wsparcie psychologiczne poprzez autoterapię i ruch samoopomocowy (Mastrovito, Moynihan, Parsonnet, 1989). Ograniczeniami w podejmowaniu określonych metod oddziaływania psychologicznego w pracy z chorym onkologicznie są zaawansowany wiek z obniżoną sprawnością psychofizyczną, niski poziom intelektualny, patologiczne cechy osobowości, współistniejące choroby somatyczne.

5.4.2. Psychoterapia w trakcie leczenia

Praca indywidualna koncentruje się wokół przepracowywania negatywnych emocji, zarówno metodami psychoterapii podtrzymującej, rzadziej wglądowej (Razavi i in., 1997; Turuk - Nowak, 1999). Psychoterapia krótkoterminowa opiera się na zasadach krótkoterminowej interwencji kryzysowej. Psychoterapia dynamiczna wskazana jest, gdy chory posiada znaczną motywację do poznania swoich uczuć i reakcji w celu dokonania zmian osobowości (Kokoszka, 1993; Razavi i in., 1997).

Kolejną metodą pracy z chorym onkologicznie jest otwarta rozmowa na temat choroby. Niedyrektywność wymaga dobrego przygotowania ze strony psychoterapeuty (Turuk - Nowak, 1999; Widera - Wysoczańska, 1997). Wpływa korzystnie na reinterpretację zdarzeń oraz reorganizację obrazu choroby. Zwykle jest to punkt zwrotny, ułatwiający akceptację choroby i przystosowanie do niej. Zmienia się postawa wobec choroby i leczenia z biernej na aktywną oraz z fatalistycznej na akceptującą. Jest to ważny cel w pracy psychoterapeutycznej, ponieważ choroba jest faktem dokonany i nieodwracalny. Jeżeli chory osiągnie wyleczenie, to w dalszym ciągu może zmagać się z stygmatyzacją ze strony innych ludzi (Lerner, 1997; Miltz, 1997). Metoda swobodnej rozmowy sprzyja odnajdywaniu osobistych sposobów zaradczych i wzmacnianiu własnej skuteczności.

Najczęściej zalecaną metodą behawioralną, choć nie stosowaną powszechnie, jest relaksacja. Znajduje zastosowanie w radzeniu sobie z bólem oraz w osłabianiu odruchu wymiotnego w trakcie chemioterapii. Techniki treningu autogennego Schultza i progresywnej relaksacji Jacobsona są polecane do redukcji stanu napięcia emocjonalnego i fizycznego. Dąży się do usamodzielnienia pacjentów w stosowaniu tych technik w celu zwiększenia ich skuteczność zaradczej po zakończeniu hospitalizacji. Ponadto techniki relaksacyjne są zwykle wprowadzające do metod desensybilizacji oraz wizualizacji (Turuk - Nowak, 1999).

W pracy psychoterapeutycznej wykorzystuje się również metody oparte na biologicznym sprzężeniu zwrotnym. Do najpopularniejszych należą odzwierciedlanie reakcji za pomocą wskaźników rezystancji skórnej, napięcia mięśniowego oraz mózgowych fal alfa. Podejmowane są dwa sposoby pracy nad wpływem kontroli emocjonalnej poprzez wyznaczniki fizjologiczne, poprzez obrazowanie oraz ich transformację na fale dźwiękowe (Everly, Rosenfeld, 1992; Sheedy, 1997).

W chorobie nowotworowej istnieje zazwyczaj negatywna atrybucja wydarzenia (diagnoza i leczenie), dlatego pomoc psychologiczna ułatwia wejście w fazę mobilizacji rezerw psychicznych. Owocuje to możliwością tworzenia nowych

rozwiązań, przezwyciężaniem poczucia zagrożenia i uzyskaniem równowagi wewnętrznej. Takie podejście w terapii pacjentów onkologicznych pozwala na zaplanowanie efektywnych i krótkich w wymiarze czasowym procedur pomocy psychologicznej. W literaturze podkreśla się wagę wizualizacji i pozytywnego myślenia jako efektywnych metod autosugestii wspierających w trakcie leczenia chorób somatycznych (Paul-Cavallier 1992; Simonton, Mathews-Simonton, Creighton 1993). Wizualizacja rozumiana jest jako proces aktywizowania doświadczeń zmysłowych i emocjonalnych w celu wykorzystania zgromadzonych zasobów psychicznych w procesie zdrowienia oraz jest ważnym krokiem w kierunku adaptacji do leczenia. Wzmacnia w pacjencie wiarę w skuteczność leczenia medycznego i siłę naturalnego systemu obronnego organizmu. Powoduje wzrost poczucia kontroli i sprawstwa. Wizualizacja odwołuje się do komunikacji prewerbalnej, opartej na języku snów, obrazów, symboli i metafor. Metoda ta jest stosowana jako wspomagająca leczenie medyczne w celu zmobilizowania organizmu do walki z chorobą i wywołania obrony immunologicznej (Lambley, 1995; Simonton, Mathews - Simonton, Creighton, 1993). Motywacja do zdrowienia oraz wzmacnianie systemu immunologicznego jest głównym jej atutem. Opiera się na pracy indywidualnej lub grupowej przy zastosowaniu metod relaksacji oraz wspomagania za pomocą środków multimedialnych, takich jak filmy i gry komputerowe (TBC Production Inc., 1993). Praca wizualizacją wzmaga zaangażowanie i aktywną współpracę ze strony pacjenta. Dzięki pracy wizualizacją można wzmocnić samoocenę, by chory uwierzył, że rozwiąże swoje problemy albo uzyskał nowe spojrzenie i poczucie, że może sobie z nimi radzić bardziej skutecznie, czyli by zyskał silniejsze poczucie koherencji (Antonovsky, 1995a). Wzbudza możliwość poczucia kontroli i wpływu na sytuację leczenia. Metoda wizualizacji znajduje zastosowanie w pracy z dziećmi i dorosłymi. Większość doniesień o jej skuteczności bazuje na studiach przypadków (Basińska, 1997; Chodak, 1995; Chodak, Komornicki, 1993; Chodak, Radło, Sułko, 1995), choć czynione są próby obiektywizacji badań (Simonton, Mathews-Simonton, Creighton 1993; Ziółko, Cisek, Danikiewicz, 1993). Wizualizacja wykorzystuje aktywność psychiczną, związki pomiędzy korą mózgową, układem limbicznym, podwzgórzem, układem immunologicznym i endokrynnym (Chodak, 1999; Simonton, Mathews - Simonton, Creighton, 1993). W celu wyjaśnienia fenomenu wizualizacji stosuje się teorię holograficzną mózgu.

Najszerze możliwości upatruje się w psychoterapii racjonalnej, doradztwie i edukacji, które mogą być stosowana przez wszystkich członków zespołu leczącego. Ich celem jest informowanie pacjenta o przebiegu leczenia i sprzyja kształtowaniu pozytywnej postawy względem niego. Zapobiega równocześnie urazom psychicznym powodowanym przez nieadekwatne informacje uzyskiwane od innych chorych (Turuk - Nowak, 1999). Wsparcie informacyjne jest głównym zadaniem personelu medycznego. Obniża stres i lęk przed śmiercią, wspomaga lepsze radzenie sobie ze skutkami ubocznymi po leczeniu napromienianiem z powodu nowotworów narządów rodnych (Gioiella, Berkman, Robinson, 1998; Klee, Thranov, Machin, 2000b; Steginga, Dunn, 1997). Psychodeukacja przynosi korzyści nawet w stanach przedinwazyjnych nowotworów szyjki macicy (Ferreira, 1998). Na korzyści wynikające z takiej interwencji psychologicznej realizowanej w sposób grupowy wskazują badania zespołu Spigel, Bloom, Kreamer i Gottheil (1989). W randomizowanej próbie pacjentek ze zmianami metastatycznymi z powodu raka piersi stwierdzili złagodzenie efektów choroby, zwłaszcza bólu, obniżenie lęku, depresji, poprawę w komunikowaniu się w rodzinie oraz z onkologiem. Znaczącym

efektem spotkań psychoterapeutycznych był brak społecznej alienacji chorych. Autorzy wnioskuje, że najważniejszą rolę odgrywało samo postępowanie psychoterapeutyczne, a nie czynniki psychospołeczne czy struktura osobowości pacjentek.

Warto nadmienić, że pomoc psychologiczna najczęściej była oferowana przez samych psychologów czy psychiatrów. Mimo problemów pacjentki często czuły opór przed konsultacją (Schuth i in., 1995). Ponad połowa nie życzyła sobie specjalistycznych porad (Ngan, Tang, Lau, 1994).

Korzystne efekty połączenia psychoedukacji i psychoterapii grupowej są wskazywane przez wielu autorów (Carlsson, Strang, 1996; Schover, Fife, Gershenson, 1989; Sivesind, Baile, 1997). Dotyczyły kondycji psychicznej pacjentek i jakości życia w trakcie leczenia nowotworów ginekologicznych oraz po jego zakończeniu. Tematami skoncentrowanymi wokół sfery seksualnej bardziej zainteresowane były kobiety młodsze, zamężne i lepiej wykształcone. Praca z pacjentkami osadzona była w modelu zespołowym. Podobnie zdanie na temat psychoedukacji i interwencji psychologicznych wśród chorych na nowotwory narządów rodnych mają Watkins Bruner i zespół (1993). Osiągnęli oni zaskakujący wynik zwiększenia liczby pacjentek aktywnych seksualnie po leczeniu z powodu nowotworu szyjki lub trzonu macicy niż przed chorobą poprzez stosowanie psychoedukacji.

Praca psychologiczna podczas pobytu w szpitalu może w zadowalającym stopniu zabezpieczyć prawidłową adaptację pacjentki po zakończeniu leczenia. Jednakże większość problemów związanych z relacjami małżeńskimi i seksualnymi ujawnia się zwykle po powrocie do środowiska rodzinnego. Z tego powodu ciężar pracy psychoterapeutycznej przesunięty jest na teren przychodni. Profilaktyka dysfunkcji seksualnych zaczyna się od rzetelnego informowania pacjentek na temat wpływu leczenia na funkcjonowanie seksualne. W trakcie radioterapii ginekologicznej należy brać pod uwagę ograniczenie aktywności seksualnej oraz późniejsze poczucie dyskomfortu. Personel medyczny powinien prowadzić edukację w zakresie przewycięzania tych negatywnych skutków (Gallo - Silver, 2000). Prawidłowość relacji małżeńskich może zapewnić równoczesne edukowanie partnera bądź praca z małżeństwem. Problemy w komunikacji pomiędzy partnerami są podstawową przyczyną konfliktów wynikających z rozumienia (bądź niezrozumienia) choroby i skutków ubocznych leczenia (Lalos, 1997; Lalos i in., 1995; Rieger i in., 1998; Wirsching, 1994; Zacharias i in., 1994). Ważny jest też problem wspierania małżonków (poradnictwo) w pokonywaniu trudności podczas rozmów z dziećmi czy innymi członkami rodziny. Rodzina jest systemem. Nie ma wyizolowanego chorego, który doświadcza sytuacji trudnych i radzi sobie z nimi. Choroba pacjenta dotyka całą rodzinę wymuszając na niej liczne zmiany. Dotyczy to sprawowania opieki nad chorym, zajmowania się dziećmi, zapewnienia stabilności finansowej rodzinie. Nadrzędnym jest przeżywanie zagrożenia utraty zdrowia i życia przez bliskich (Zacharias i in., 1994). Z tego powodu konfrontują się oni z uczuciem straty partnera, rodzica czy dziecka. Celem psychoterapii rodzin w psychoonkologii jest pomoc rodzinie w przepracowaniu własnych trudności emocjonalnych, powstałych na skutek choroby jednego z jej członków, wspomaga prawidłową komunikację oraz uczy rozumienia chorego, rozpoznawania jego potrzeb i skutecznej pomocy (Turuk - Nowak, 1999).

6. PROBLEMATYKA BADAŃ WŁASNYCH

6.1. Problematyka i cel badań

Sytuacja choroby nowotworowej posiada dwa ważne aspekty. Antycypacja diagnozy ma charakter ważnego zdarzenia życiowego, natomiast proces leczenia jest stresem przewlekłym (por. Antonovsky, 1995). Transakcje stresowe w obliczu choroby są odmienne od stresujących kłopotów codziennych, które nie mają większego wpływu dla zasobów odpornościowych (Antonovsky, 1995a; Lazarus, 1983). Sposoby zaradcze generowane dla sprostania sytuacji będą pochodną doświadczanych emocji wynikających z subiektywnej oceny sytuacji (Lazarus, 1998a; 1998b). Sytuacja zagrożenia chorobą nowotworową, jak i faktycznego jej doświadczania charakteryzuje się odmienną siłą stresu i możliwościami kontroli, co wpływa na uruchamianie strategii zaradczych (Davey, 1993; David, Suls, 1999; Goszczyńska, 1997; Łosiak, 1992; Reynolds, 1999; Whal i in., 1999). Wspólną cechą grupy zagrożonych chorobą i chorych jest naruszenie (lub antycypacja) integralności cielesnej, koncepcji samego siebie i równowagi emocjonalnej (Heim, 1991). Dotyczy to zmian w schemacie ciała (w nowotworach narządów rodnych zagrożenie lub utrata atrybutów seksualnych) oraz zmian w pełnionych rolach i relacjach (Nęcki, 1984). Lokalizacja narządowa powoduje, że włączane są odmienne obszary funkcjonowania psychologicznego, możliwości zaspokajania potrzeb i realizacji osobistych celów.

Zdrowie jest nie tylko brakiem choroby, lecz dobrostanem jednostki w rozumieniu holistycznym, określa poziom kompetencji życiowych (Antonovsky, 1995a; Heszen - Niejodek, Broome, 1991; Tobiasz - Adamczyk, 1998). Decydującym o poziomie zdrowia są indywidualne zasoby odpornościowe oraz poczucie koherencji (Antonovsky, 1997; Hobfoll, 1989). Subiektywne rozumienie zdrowia nie jest równoważne z kryteriami medycznymi (Dolińska - Zygmunt, 1996a; Heim, 1991; Tobiasz - Adamczyk, 1998). Stan zdrowia jest procesem dynamicznym, opisywanym za pomocą kontinuum pomiędzy idealnym zdrowiem a totalną chorobą (Antonovsky, 1995a; 1997). Stan choroby, straty zasobów jest sytuacją naturalnego stresu (Adamczak, Sęk, 1997; Antonovsky, 1997; Dolińska - Zygmunt, 1996a; Hobfoll, 1989; Lazarus, 1992).

Transakcyjny model stresu Lazarusa (1986) pozwala na opisanie percepcji sposobów radzenia sobie w sytuacji choroby nowotworowej narządów rodnych. Ma charakter fenomenologiczny i dynamiczny (Folkamn, Lazarus, Dunkel - Schetter i in., 1986). W ten sposób antycypacja zagrożenia utraty zdrowia lub życia powoduje wystąpienie stresu psychologicznego.

Jako cel pracy przyjęto, jakie strategie radzenia sobie z zagrożeniem życia są podejmowane przez chore na nowotwory narządów rodnych. Do badań empirycznych aplikowano transakcyjną teorię stresu Lazarusa i model zdrowia Antonovsky'ego.

Dotychczasowe badania nie dają jednoznacznej odpowiedzi, jaki rodzaj strategii radzenia sobie z zagrożeniem preferowany jest w sytuacji rzeczywistego zaistnienia choroby nowotworowej oraz stopnia jej zaawansowania. Zwykle opisywano aspekty ilościowe dotyczące sposobów zaradczych, a nie jakościowe. Nie koncentrowano się na znaczeniu strategii zmieniających wagę zdarzenia. Jest to istotne zwłaszcza w zrozumieniu skuteczności technik ucieczkowych. Rzadko podejmowano próbę opisu zmian radzenia sobie odnośnie do zmiennych

medycznych takich jak zaawansowanie procesu nowotworowego czy sposób leczenia w grupach o tym samym rozpoznaniu. Najczęściej porównywano chorych ze zdrowymi bez uwzględnienia specyfiki leczenia nowotworów. Najlepiej zostało poznane radzenie sobie w sytuacji diagnozy raka piersi oraz w przebiegu leczenia operacyjnego chorób nowotworowych. Ponadto uwagę skupiano nie na sposobach radzenia sobie przez chorych, ale na sile stresu, postawie wobec choroby, ewentualnie na patologii w zmaganiu się z chorobą nowotworową.

W niniejszych badaniach postanowiono sprawdzić:

1. Czy kobiety chore na nowotwory narządów rodnych różniły się od zagrożonych chorobą nowotworową i zdrowych rodzajem aktywowanych strategii zaradczych?

2. Czy w obrębie badanych grup występowała preferencja określonych sposobów zaradczych?

3. Jakie funkcje emocjonalne, poznawcze i behawioralne były włączone w proces radzenia sobie w obliczu choroby nowotworowej i zagrożenia nią?

4. Czy stopień klinicznego zaawansowania oraz odmienny sposób leczenia u kobiet z rozpoznaniem nowotworu narządów rodnych wiązał się z różnicą w podejmowanych strategiach zaradczych?

Charakter zagrożenia warunkuje naruszenie ważnych wartości. W związku z tym będą podejmowane odmienne strategie zaradcze i cele, którym mają służyć (Antonovsky, 1995a). Radzenie sobie jest też pochodną siły zdarzenia stresowego i możliwości jego kontroli (David, Suls, 1999; Goszczyńska, 1997). Stres związany z zagrożeniem zdrowia częściej generuje strategie ukierunkowane emocjonalnie niż zadaniowo (Lazarus, 1986). Brak poczucia wpływu również sprzyja radzeniu sobie poprzez strategie wewnętrzne. Poszczególne aspekty sytuacji związanej z chorobą nowotworową (diagnoza, etapy leczenia) i przewidywanie ich skutków (pozytywnych lub szkodliwych) kształtują poczucie kontrolowalności sytuacji. Strategie unikania podejmowane są w sytuacjach przeciążenia zasobów własnych, przewidywania poniesienia nadmiernych kosztów oraz niedostrzegania własnych możliwości zaradczych. Zniekształcenie oceny sytuacji stresowej może sprzyjać procesowi zaradczemu, jak również być skutkiem braku wiedzy dotyczącej skutków zdarzenia (Greenwald, 1986; Taylor, 1984). Przyjęto następujące hipotezy:

Hipoteza 1

Kobiety podejrzane o chorobę nowotworową i chore na raka narządów rodnych podejmują więcej strategii emocjonalnych i mniej zadaniowych niż zdrowe.

Hipoteza 2

Kobiety z rozpoznaną chorobą nowotworową narządów rodnych częściej stosują strategie unikania, zaprzeczania i dewaluacji stresu niż zagrożone rakiem i zdrowe.

Hipoteza 3

Radzenie sobie w sytuacji zdiagnozowanej choroby nowotworowej służy uporaniu się z negatywnym stanem emocjonalnym, natomiast w stanie zagrożenia dąży do zmiany sytuacji.

Hipoteza 4

Chore o niższym stopniu zaawansowania nowotworu szyjki lub trzonu macicy oraz leczone chirurgicznie częściej, niż w chorobie zaawansowanej i poddane

leczeniu samodzielną radioterapią, przejawiają strategie skoncentrowane na problemie.

Poczucie koherencji jest konstruktem, który wiąże się negatywnie z gorszym zdrowiem psychicznym i somatycznym. Badania dowodzą, że w sytuacji choroby natężenie poczucia koherencji jest niskie (Bidzan i in., 1999; Koniarek, Dudek, 1996, Makowska, 1998; Szymczak, Tartas, 1999). Nasila się lęk i symptomy depresji (Geyer, 1997; Koniarek, Dudek, Makowska, 1993; Langius, Björvell, Antonovsky, 1992; Mroziak, Czabała, Wójtowicz, 1997; Sack, Kunsebeck, Lamprecht, 1997). Nie ma jednoznacznej odpowiedzi, co do związku pomiędzy negatywnymi doświadczeniami życiowymi, poczuciem koherencji i stylem zaradczym a płcią (Jelonkiewicz, 1996; Kosińska - Dec, Jelonkiewicz, 1997). Niejednoznaczne jest przyczynowo - skutkowe powiązanie pomiędzy poczuciem koherencji a stresem (Antonovsky, 1995a; Jelonkiewicz, 1996; Schnyder i in., 1999). Uzupełniającym jest dostrzeżenie rozbieżności pomiędzy percepcją obiektywnych i subiektywnych wyznaczników zdrowia. Uzasadnia to postawienie w niniejszej pracy problemu:

5. Czy natężenie poczucia koherencji różni się u kobiet ze zdiagnozowanym rakiem narządów rodnych, podejrzanych o chorobę nowotworową i zdrowych?

6. Czy subiektywna ocena stanu zdrowia jest zgodna z obiektywną wśród chorych i zagrożonych chorobą nowotworową oraz jaki jest jej związek z poczuciem koherencji?

Przyjęto, więc założenie Antonovsky'ego (1995a), że poczucie koherencji wiąże się z gorszą kondycją psychofizyczną oraz z nadmiernymi wymogami stawianymi jednostce. Im jednostka jest usytuowana bliżej krańca "totalna choroba" ("dis-ease") tym cechuje ją słabsze poczucie koherencji.

Hipoteza 5

Kobiety zdrowe posiadają silniejsze poczucie koherencji niż zagrożone chorobą nowotworową, natomiast chore na raka charakteryzuje najslabsze poczucie koherencji.

Hipoteza 6

Pacjentki z zaawansowaną chorobą nowotworową posiadają niższe poczucie koherencji niż kobiety o mniejszym stopniu rozwoju choroby.

Subiektywne odczucie stanu fizycznego nie musi być zgodne z obiektywnym. Samoocena stanu zdrowia opiera się na osobistym doświadczeniu bieżących symptomów, wcześniejszych doświadczeń z przewlekłymi chorobami oraz z obiektywnymi wyznacznikami stanu zdrowia (Chojnacka - Szawłowska, 1998; Tobiasz - Adamczyk i in., 1999). Wśród kobiet zagrożonych chorobą nowotworową odczuwanie symptomów patologicznych może wzmacniać dostrzeganie niebezpieczeństwa, pod postacią zwiększonego prawdopodobieństwa choroby, jej negatywnych skutków i lęku społecznego (Adamczak, Sęk, 1997; Tobiasz - Adamczyk 1998). Poczucie koherencji jest związane z subiektywną percepcją kondycji fizycznej (Frosberg, Björvell, Cedermark, 1996; Langius, Lind, 1995). Przyjęto następujące hipotezy:

Hipoteza 7

W sytuacji zdiagnozowanej choroby nowotworowej stwierdza się większą rozbieżność pomiędzy subiektywną a obiektywną oceną zdrowia niż wśród antycypujących zagrożenie rakiem.

Hipoteza 8

Gorsze subiektywne samopoczucie fizyczne wiąże się z niższym poczuciem koherencji, a nie zależy od strategii radzenia sobie z zagrożeniem we wszystkich grupach kryterialnych.

Poczucie koherencji może być miarą jakości radzenia sobie z zagrożeniem (Sammallahti i in., 1996). Sprzyja realnej, nie zniekształconej ocenie sytuacji i doborowi najefektywniejszych strategii, które dążą do osiągnięcia dobrostanu (Antonovsky, 1995a; Heim, 1998; Koniarek, Dudek, 1996). Radzenie sobie z zagrożeniem w zasadzie dotyczy osób o niskim poczuciu koherencji, ponieważ zagrożeniem jest antycypacja negatywnych skutków (Folkman, Lazarus, Dunkel - Schetter i in., 1986). Pojawia się pytanie:

7. Które spośród strategii zmieniających znaczenie stresu sprzyjają adaptacji w grupie chorych na nowotwory narządów rodnych?

Techniki zadaniowe są skuteczne, pod warunkiem, że osiągnie się pożądaný wynik (Lazarus, 1986; 1992). Strategie emocjonalne nie sprzyjają dobrej adaptacji do choroby (Compas i in., 1999). Strategie unikania posiadają różnorodną wartość przystosowawczą w zależności od dalszych ocen sytuacyjnych (Hack, Degner, 1999; Nordin, Glimelius, 1997; Taylor, Armor, 1996; Tobiasz - Adamczyk i in., 1999). Wskazuje się na korzystne aspekty postaw woli walki i zaprzeczania (Juczyński, 1997; Morris i in., 1994). Poczucie sensowności sprzyja zaangażowaniu i wytrwałości w konfrontacji stresowej. Sprawia, że jednostka lepiej radzi sobie z porażkami (Antonovsky, 1995a; Fehring, Miller, Shaw, 1997; Jakobsson, Hallberg, Lov'en, 1997). Sytuacje o charakterze traumy bądź stresu ostrego sprzyjają podejmowaniu strategii zaprzeczania i unikania. Nadanie sensu zdarzeniu sprzyja jego przepracowaniu i włączeniu w strukturę "ja" (Lis - Turlejska, 1998).

Hipoteza 9

Strategie zaprzeczania wpływają na skuteczność zaradczą negatywnie, a dewaluacji zagrożenia pozytywnie.

Hipoteza 10

Motywacji do zdrowienia sprzyja dewaluacja zagrożenia, a negatywnie wpływa zaprzeczanie.

Badania związane z podejściem salutogenetycznym wskazują, na możliwość istnienia związku pomiędzy stanem zdrowia (w wymiarze obiektywnym) a poczuciem koherencji. Dotyczy to pośredniego wpływu zmiennych psychologicznych na sprawność systemu immunologicznego oraz długość czasu przeżycia (lub możliwości wyzdrowienia) (Ader, 1990; Hankała, 1993; Mausch, 1999; Morris i in., 1994; Sheridan, Radmacher, 1998; Simonton, Matthews-Simonton, Creighton, 1993).

8. Czy stopień poczucia koherencji wraz z podejmowanymi strategiami zaradczy wpływają na czas przeżycia w chorobie nowotworowej narządów rodnych?

Wpływ zmiennych medycznych na długość czasu przeżycia w chorobie jest jednoznaczny (Buddederg i in., 1996; Morris i in., 1999; Rose i in., 1999), natomiast rola czynników psychologicznych nie jest w pełni wyjaśniona (Andersen 1993; 1995; Juczyński, 1997; Lambley, 1995, Siegel, 1996; Simonton, Matthews-Simonton, Creighton, 1993). Istnieje natomiast prawdopodobieństwo, że zmienne takie jak poczucie koherencji i strategie radcze modyfikują jakość życia (Juczyński, 1997; Sammallahti i in., 1996).

Hipoteza 11

Wyższe poczucie koherencji sprzyja wydłużaniu czasu przeżycia u chorych na nowotwory narządów rodnych.

6.2. Badane zmienne i ich operacjonalizacja

Zmiennymi głównymi niezależnymi są stan zdrowia: choroba nowotworowa, zagrożenie chorobą nowotworową, zdrowie.

Za zmienne niezależne w grupie kobiet chorych na nowotwory narządów rodnych przyjęto aspekty medyczne: sposób leczenia (samodzielna lub uzupełniająca radioterapia) oraz stopień zaawansowania choroby (niższy albo wyższy).

Zmiennymi zależnymi pozostają strategie radzenia sobie z zagrożeniem w ujęciu Lazarusa: strategia zadaniowa, strategia emocjonalna i strategia uciezkowa oraz strategie według podejścia Davey'a: zaprzeczanie, pozytywne przewartościowanie, dewaluacja zagrożenia i powstrzymywanie się od działania. Do zmiennych zależnych zaliczono poczucie koherencji Antonovsky'ego (globalne poczucie koherencji SOC i jego składniki: poczucie zaradności, poczucie zrozumiałości, poczucie sensowności). Zmienną pośredniczącą jest subiektywna ocena własnej kondycji zdrowotnej dotycząca świadomości stanu zdrowia (świadomość choroby) i samopoczucia fizycznego odnośnie do stanu zdrowia (poczucie choroby).

W grupie chorych na nowotwory narządów rodnych wyróżniono skuteczność sposobów zaradczych w stresie choroby nowotworowej, motywację (zaangażowanie) w proces zdrowienia oraz czas przeżycia.

1. W celu operacjonalizacji zmiennej niezależnej głównej - stan zdrowia - przyjęto:
 - dla grupy chorych badanie histopatologiczne stwierdzające nowotwór oraz leczenie napromienianiem, z co najmniej 14 - dniową hospitalizacją,
 - dla grupy zagrożonych - pierwszą wizytę u onkologa z powodu guza w piersi; ale weryfikacja diagnostyczna wykluczyła proces nowotworowy,
 - dla zdrowych - aktualny zadowalający stan zdrowia (brak zdiagnozowanej choroby), w przeszłości brak historii onkologicznej, zaburzeń z kręgu "siódemki chicagowskiej" oraz zaburzeń psychicznych.
2. Zmienną metoda leczenia opisano:
 - leczenie samodzielne napromienianiem (kombinacja tele - i brachyterapii albo teleterapia),
 - leczenie uzupełniającym napromienianiem po zabiegu chirurgicznym (kombinacja tele - i brachyterapii).
3. Zmienną stopień zaawansowania choroby nowotworowej narządów rodnych (rak szyjki macicy i nowotwór trzonu macicy) sklasyfikowano jako:
 - niższy - według klasyfikacji FIGO stopień I i II,

- wyższy - według FIGO stopień III i IV.
4. Do pomiaru strategii zaradczych w ujęciu Lazarusa (zmienne zależne) wybrano kwestionariusz Urant i Czapińskiego "Skala Sposobów Radzenia Sobie". Do operacjonalizacji strategii według podejścia Daveya przyjęto kwestionariusz "Cognition Appraisal Startegy" (tłumaczenie G. Chojnacka - Szawłowska, wersja eksperymentalna).
 5. Do pomiaru globalnej orientacji życiowej i jej składników posłużył kwestionariusz A. Antonovsky'ego SOC-29 (wersja polska).
 6. Subiektywną ocenę stanu zdrowia określono za pomocą dwóch skal linearno – analogowych.
 6. Miarą skuteczności podjętych strategii zaradczych w grupie chorych na nowotwór narządów rodnych jest ogólny poziom koherencji Antonovsky'ego (wynik ogólny SOC-29). Za wskaźnik motywacji do zdrowienia (zaangażowania w proces powrotu do zdrowia) przyjęto poczucie sensowności (subskala SOC-29 Antonovsky'ego)
 7. Czas przeżycia oceniono na podstawie informacji uzyskanych z Biur Ewidencji Ludności przy Urzędzie Miasta lub Gminy właściwych dla miejsca zamieszkania leczonych w Klinice Onkologii i Radioterapii AM w Gdańsku. Ustalano datę zgonu albo potwierdzenie miejsca zameldowania.
- Analizę statystyczną wyników dokonano za pomocą programu komputerowego STATISTICA 5.0 w wersji polskiej.

6.3. Metody badawcze

W celu uzyskania weryfikacji postawionych hipotez do badań zastosowano następujące narzędzia badawcze.

6.3.1. "Skala Sposobów Radzenia Sobie" Urant i Czapińskiego

Kwestionariusz sposobów radzenia sobie w opracowaniu Urant i Czapińskiego (Czapiński, 1992), osadzony jest w koncepcji stresu i radzenia sobie w ujęciu Lazarusa i Folkman. Kwestionariusz zawiera 35 pytań różnicujących trzy rodzaje strategii: zorientowane na problem (strategie zadaniowe), zorientowane na emocje (strategie emocjonalne) z wyłączeniem ucieczkowych oraz strategie unikania. Jednocześnie można wyróżnić 11 rodzajów strategii, z czego pięć czynników opartych jest na więcej niż jednym itemie (Czapiński, 1992). Odpowiedzią diagnostyczną jest stwierdzenie "tak". Empiryczna struktura skali może być odmienna od teoretycznej. Autorzy w przeprowadzonych badaniach wyróżnili pięć rodzajów strategii: racjonalne planowanie określane jako strategia zadaniowa, poszukiwanie informacji i wsparcia jako strategia wyjaśniająca, godzenie się jako strategia rezygnacji, strategia religijna i strategia ucieczki. Badania przeprowadzone przez Coftę dowiodły dobrej rzetelności polskiej skali dla strategii zadaniowej i emocjonalnej, odpowiednio 0,679 i 0,631 oraz zadowalającej dla strategii ucieczkowej 0,454. Kwestionariusz był zastosowany w badaniach z zakresu psychologii społecznej i psychologii zdrowia, również na próbach reprezentatywnych dla populacji polskiej (Chojnacka - Szawłowska, 1996; Czapiński 1992; 1998).

6.3.2. "Strategie oceny poznawczej" Davey'a

Kwestionariusz "Strategie Oceny Poznawczej" (CAS) służy określeniu częstotliwości stosowania czterech typów strategii: zaprzeczania, dewaluacji zagrożenia, pozytywnego przewartościowania oraz powstrzymywania się od działania (odraczanie). Składa się z 25 itemów i czterech rodzajów odpowiedzi w zakresie częstotliwości podejmowanych strategii. Zastosowana wersja eksperymentalna została przetłumaczona przez prof. G. Chojancką – Szawłowską.

Strategie oceny poznawczej posiadają funkcję zmiany rozumienia stresora. Dewaluacja zagrożenia, pozytywne przewartościowanie i zaprzeczanie zostały zidentyfikowane przez Daveya (1993) jako niezależne konstrukty pozostające w odmiennych relacjach w stosunku do pozostałych strategii zaradczych. Każda z nich może być predyktorem dla innych sposobów radzenia sobie. W szczególności, dewaluacja zagrożenia i pozytywne przewartościowanie wiązały się z innymi strategiami zorientowanymi na rozwiązywanie problemu, podczas gdy zaprzeczanie korelowało z unikaniem problemu i izolowaniem. Dewaluacja zagrożenia nie była preferowana w sytuacjach postrzeganych jako wewnętrznie niekontrolowalne, natomiast zdecydowanie często stosowana przez osoby, które wierzyły, że posiadają mocną osobistą kontrolę nad problemem. W przeciwieństwie do tego zaprzeczanie znacząco częściej używały osoby cechujące się ubóstwem strategii zorientowanych na rozwiązanie zadania i małą wiarą w osobistą kontrolę nad sytuacją. Funkcją dewaluacji zagrożenia jest kontrola zrozumienia stresora, natomiast powstrzymywanie się od działania ma skutkować możliwością takiego użycia zaprzeczania, dewaluacji i przewartościowania stresora, by jednostka mogła zorganizować więcej źródeł uwalniających strategię skierowane na rozwiązywanie problemu.

Kwestionariusz składa się z

1. czterech stwierdzeń mierzących zaprzeczanie, pochodzących z kwestionariusza COPE Carver i współpracowników (1989),
2. siedmiu dotyczących pozytywnego przewartościowania ujętych jako podtest w kwestionariuszu Folkman i współpracowników (1986),
3. dziesięciu itemów określających dewaluację zagrożenia, opisanych przez Pearlin i Schooler (1978),
4. czterech strategii powstrzymywania się od działania z kwestionariusza COPE Carver i współpracowników (1989).

Davey (1993) za pomocą analizy czynnikowej uzyskał 8 czynników wyjaśniających 70% wariancji. Trzy czynniki: pozytywne przewartościowanie, dewaluacja zagrożenia i zaprzeczanie, odpowiadały oryginalnym subskałom z poszczególnych testów (15 itemów). Każda z pozycji posiadała ładunek czynnikowy większy niż 0,20. Zaprzeczanie nie korelowało z pozostałymi dwoma czynnikami. Natomiast dewaluacja zagrożenia i pozytywne przewartościowanie posiadały istotną umiarkowaną zależność. Rzetelność skali zaprzeczania, dewaluacji zagrożenia i pozytywnego przewartościowania była umiarkowana i wynosiła odpowiednio 0,63, 0,65 i 0,72.

W badaniach własnych zastosowano pełną wersję dla poszczególnych subskał, z uwagi na wagę strategii związanych z religijnością, zwłaszcza w grupie chorych (Tobiasz - Adamczyk i in., 1999; de Walden - Gałuszko, 1992).

6.3.3. "Skala Orientacji Życiowej" Antonovsky'ego

Skala Orientacji Życiowej SOC-29 A. Antonovsky'ego (1995a) służy do pomiaru natężenia poczucia koherencji, paradygmatu koncepcji salutogenezy. Uwzględnia trzy podskale: zrozumiałości, zaradności (sterowalności) i sensowności. Określa ona miejsce osoby na kontinuum zdrowie - choroba. Znalazła ona zastosowanie w licznych badaniach, w których stwierdzono dobrą rzetelność skal oraz jej zgodność z koncepcją salutogenezy (Antonovsky, 1993). Standaryzacja polska została wykonana w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Instytucie Psychologii Pracy w Łodzi oraz w Katedrze Psychoprofilaktyki Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu. Zgodnie z sugestią Antonovsky'ego, również w wersji polskiej otrzymano względną niezależność pomiędzy skalami. Każdy ze składników może pełnić rolę predyktora poczucia koherencji (Koniarek, Dudek, Makowska, 1993). Poczucie zrozumiałości korelowało z poczuciem zaradności i sensowności, odpowiednio 0,56 i 0,34. Natomiast poczucie sensowności i zaradności osiągnęło związek na poziomie 0,62. Uzyskano wysoką rzetelność wszystkich skal (współczynnik zgodności wewnętrznej podskal zawiera się pomiędzy 0,68 - 0,78, dla ogólnego poczucia koherencji 0,92). Analiza czynnikowa wersji polskiej w ograniczonym stopniu potwierdza przyjętą przez Antonovsky'ego koncepcję trzech czynników tworzących poczucie koherencji.

6.3.4. Skale linearno - analogowe oceny zdrowia

Zastosowano dwie skale linearno - analogowe (10 centymetrowe odcinki opisane na obu biegunach) służące ocenie własnego stanu zdrowia:

1. do oceny samopoczucia fizycznego na jednobiegunowej skali poczucia choroby (nie czuję się chora - czuję się zdecydowanie bardzo ciężko chora),
2. do oceny poznawczej interpretacji kondycji zdrowotnej na jednobiegunowej skali świadomości choroby (wiem, że nie jestem chora - wiem, że jestem zdecydowanie bardzo ciężko chora).

Pierwsza odwołuje się do siły przeżywanych dolegliwości związanych z chorobą i samopoczuciem fizycznym. Druga jest proporcjonalna do poznawczego opracowania informacji na temat choroby. Odzwierciedla adekwatny lub nie poziom poznawczej reprezentacji własnego zdrowia. Dotyczą odmiennych uwarunkowań koncepcji własnej choroby (Heszen - Klemens, 1979) i tworzą jej subiektywny obraz (Kubacka - Jasiocka, 1995a). W dalszym toku pracy, pierwsza skala umownie będzie nazywana "poczuciem choroby", natomiast druga "świadomością choroby". Skale linearno - analogowe znalazły zastosowanie w psychoonkologii do oceny stanu zdrowia, jakości życia, sprawności funkcjonowania i problemów psychologicznych (LASA Priestman i Baum, LASA Selby'ego, FLIC Schipera i współpracowników, za: Majkovicz 1994; Juczyński, Chrystowska - Jabłońska, 1999). Badania wskazywały na dobrą czułość i rzetelność tych skal, ale też na czasochłonny sposób obliczania wyników.

6.3.5. Wywiad częściowo strukturalizowany

Wywiad obejmował dane demograficzne: wiek, stan cywilny, dietność, miejsce zamieszkania, zatrudnienie i otrzymywane wsparcie społeczne. Dodatkowo zwracano uwagę na przeżywane emocje (zogniskowane - rozlane), refleksyjność, współistniejące zaburzenia psychiczne.

Na podstawie wywiadu medycznego zawartego w historii choroby ustalano: rozpoznanie (diagnoza oraz weryfikacja histopatologiczna), zaawansowanie choroby (według klasyfikacji FIGO), metody leczenia.

Celem wywiadu było przede wszystkim podjęcie decyzji o zakwalifikowaniu chorych do badań kwestionariuszowych. Szczególne znaczenie miało wykluczenie z próby osób z zaburzeniami psychicznymi (psychotyczne i osobowościowe zaburzenia leczone przed chorobą nowotworową) i zespołem psychoorganicznym. Ponadto warunkował dalsze oddziaływania psychoterapeutyczne i edukacyjne zgodnie ze standardami prowadzonymi w Klinice Onkologii i Radioterapii AMG.

6.4. Charakterystyka grup badanych i organizacja badań

Do badań psychologicznych wybrano trzy grupy kryterialne z uwagi na zajmowaną pozycję na kontinuum zdrowie - choroba. Nadrzędnym kryterium doboru do grupy był stan zdrowia. Pierwszą grupę, kliniczną stanowiły kobiety chore (n=118), drugą kontrolną kobiety zdrowe (n=79), trzecią, porównawczą zagrożone chorobą nowotworową (n=41).

Chore na nowotwór szyjki lub trzonu macicy były w trakcie leczenia napromienianiem w Klinice Onkologii i Radioterapii w Gdańsku (Kierownik prof. dr hab. med. Jacek Jassem). Dłuższy czas od diagnozy pozwolił na ukształtowanie obrazu choroby i adaptację do sytuacji choroby nowotworowej. Można określić według poglądów Antonovsky'ego (1995a), iż kobiety znajdowały się w procesie stresu przewlekłego. Badania były prowadzone w sposób indywidualny. Poprzedzono je wywiadem psychologicznym oraz jedną bądź kilkoma rozmowami określającymi adaptację do choroby i leczenia. Są to standardy postępowania psychologicznego w Klinice Onkologii i Radioterapii AM w Gdańsku. W toku dalszej pracy, chore poddano zróżnicowanym oddziaływaniom psychologicznym (psychoedukacja, porada, psychoterapia).

Grupę kobiet zdrowych stanowiło 79 osób. Aktualnie nie były leczone z powodu żadnej przewlekłej choroby somatycznej ani psychicznej. Podstawą zakwalifikowania do tej grupy był szczegółowy wywiad zdrowotny wykluczający przeszłość onkologiczną, jak również choroby u podłoża, których leży wyraźne tło psychosomatyczne (zgodnie z "siódmką chicagowską") (Luban - Plozza i in., 1995; Siwak - Kobayashi, 1997). Równocześnie starano się, by wykluczyć osoby będące w stanie traumy (nieprzepracowana żałoba po stracie bliskiej osoby). Jeżeli badana na skali linearno - analogowej "świadomość choroby" uzyskiwała wynik większy niż 30, prowadzono dalszy wyjaśniający wywiad. Sytuacje zagrażające w tej grupie posiadały charakter codziennych zdarzeń stresujących.

Dodatkowo wprowadzono **drugą grupę porównawczą kobiet zagrożonych nowotworem gruczołu piersiowego** (41 osób). Były to osoby antycypujące chorobę nowotworową. Zgłaszały się do lekarza onkologa z podejrzanymi zmianami w piersi po konsultacji internisty lub ginekologa. W wyniku procesu diagnostycznego został wykluczony proces chorobowy i nie podejmowano żadnego leczenia. Grupa ta określona zostałaby według Antonovsky'ego (1995a) jako przeżywająca "ważne zdarzenie życiowe", na które jednostka nie posiada gotowych wypracowanych strategii zaradczych lub według określenia Chojnackiej - Szawłowskiej (1997) grupą kobiet czujących się zagrożonymi przez raka. Jest to grupa antycypująca chorobę nowotworową, ale w obiektywnej ocenie pozostaje zdrowa. Badania przeprowadzono w Wojewódzkiej Przychodni Onkologicznej w Gdańsku (Kierownik: dr med. Ewa Solska) podczas pierwszej wizyty u chirurga - onkologa,

przed rozpoczęciem procesu diagnostycznego. Kwalifikacji badanych do grupy dokonywano po uzyskaniu informacji o wykluczeniu choroby nowotworowej. Badania przeprowadzono w sposób indywidualny. W zależności od danych uzyskanych z wywiadu, dotyczących percepcji symptomów i podejmowaniu decyzji z uwzględnieniem procesu odraczania działań zdrowotnych, udzielano wsparcia emocjonalnego i przeprowadzano psychoedukację.

Podsumowując, do grup kryterialnych włączono razem 238 kobiet: 118 chorych (50%), 79 zdrowych (33%) i 41 zagrożonych chorobą (17%). Badania prowadzono od listopada 1995 do stycznia 1998.

Czas przeżycia w grupie chorych na nowotwory narządów rodnych skontrolowano pomiędzy kwietniem i majem roku 2000. Za początek obserwacji przyjęto datę badania psychologicznego, natomiast datę ostatniej obserwacji określała odpowiedź ze strony Urzędów. Zgodnie z ustawą o wykorzystywaniu danych osobowych w celach naukowych (§ 43 Rozp. MSW Dz.U. 32 z 1984; p.705 Dz.U. 136 z dn. 09.12.1994; art.9, ust.31 Dz.U. 4/23 ze 01.1989) zwracano się do Biur Ewidencji Ludności o potwierdzenie miejsca zamieszkania ("obserwacje nieucięte" - chore żyjące) lub podanie daty zgonu ("obserwacje ucięte" - zgon) na podstawie Karty Osobistej Mieszkańca (KOM). Urzędy były właściwe dla miejsca zamieszkania chorych zgodnie z adresem podanym przy wypisie ze szpitala (baza danych "Archiwum" Klinika Onkologii i Radioterapii AMG). Spośród 118 badanych ustalono dane dotyczące czasu przeżycia dla 105. Wynikało to z niezgodności pomiędzy miejscem zamieszkania i stałego zameldowania niektórych chorych.

Rozpiętość wieku badanych w grupach kryterialnych nie była jednorodna i wynikała z naturalnej historii nowotworów. Wśród chorych na nowotwór narządów rodnych odnotowano rozkład bimodalny ze szczytem pomiędzy 40-45 rokiem życia oraz 55 a 60 (średnia 50,5 lat, rozrzut 26 - 72 rok życia). Odpowiada to grupom zwiększonego ryzyka zachorowania na raka szyjki i trzonu macicy. Grupa zagrożonych nowotworem piersi była przeciętnie w wieku 42 lat (zakres 20 - 64, modalna 44 rok życia), natomiast kobiety zdrowe w wieku 47 lat (od 31 do 65 roku życia, modalna 48 lat). Większość badanych była w okresie okołomenopauzalnym (średni wiek 48 lat, najlicniejsza grupa pomiędzy 40 a 50 rokiem życia). Szczegółowe dane społeczno - demograficzne zaprezentowano w Tabeli 8.

Tabela 8. Zmienne demograficzne w grupach kryterialnych

KRYTERIUM		ZDROWE liczebność (%)	CHORE liczebność (%)	ZAGROŻONE liczebność (%)
Stan cywilny:	Mężatka (staż małżeński - średnia)	68 (86%) (22 lata)	79 (67%) (25 lat)	32 (78%) (19 lat)
	Wdowa	3 (4%)	18 (15%)	2 (5%)
	Rozwódka	7 (9%)	15 (13%)	2 (5%)
	Panna	1 (1%)	6 (5%)	5 (12%)
Dzietność:	Brak	2 (3%)	12 (10%)	6 (15%)
	Jedno - dwoje	63 (78%)	68 (58%)	21 (51%)
	Trzy i więcej (3-7)	15 (19%)	38 (32%)	14 (34%)
Wykształcenie:	Podstawowe i zawodowe	12 (15%)	50 (42%)	18 (44%)
	Średnie	49 (62%)	52 (44%)	19 (46%)
	Wyższe	18 (23%)	16 (14%)	4 (10%)
Zatrudnienie:	Pracująca	64 (81%)	54 (46%)	28 (68%)
	Niepracująca	7 (9%)	14 (11%)	6 (15%)
	Rencistka	0 (0%)	21 (18%)	4 (10%)
	Emerytka	8 (10%)	29 (25%)	3 (7%)
Zamieszkanie:	Miasto	76 (96%)	92 (78%)	29 (70%)
	Wieś	3 (4%)	26 (22%)	12 (30%)

Badane w większości były mężatkami (75%), o zbliżonym stażu trwania związku (średnia 23 lata) i miały dzieci (92%). Zamieszkiwały w środowiskach miejskich (83%). Posiadały wykształcenie średnie (50%) lub niższe (34%). Grupa zdrowych i zagrożonych chorobą nowotworową była bardziej aktywna zawodowo (odpowiednio 81% i 68%). W grupie chorych odnotowano większą proporcję rencistek i emerytek (43%) niż w pozostałych grupach. Wszystkie badane posiadały wsparcie społeczne ze strony osób bliskich (rodzice, partner, dzieci) lub znajomych.

Grupę kliniczną stanowiło 118 kobiet leczonych z powodu nowotworu szyjki macicy (90 pacjentek - 76%) oraz nowotworu trzonu macicy (28 badanych - 24%). Wszystkie posiadały wynik badania histopatologicznego, potwierdzający rozpoznanie choroby nowotworowej oraz były hospitalizowane, przez co najmniej 14 dni (Tabela 9).

Tabela 9. Zmienne medyczne w grupie chorych na nowotwory narządów rodnych

KRYTERIUM		Liczebność (%)
Rozpoznanie	rak szyjki macicy	90 (80%)
	rak trzonu macicy	22 (20%)
Stopień zaawansowania choroby	Stopień I	30 (25%)
	Stopień II	24 (20%)
	Stopień III	45 (38%)
	Stopień IV	8 (7%)
	Brak danych	11 (10%)
Metoda leczenia	Radioterapia samodzielna	51 (43%)
	Chirurgia i radioterapia	67 (57%)
Teleterapia - źródło napromieniania	Przyspieszacz liniowy	54 (45%)
	Bomba kobaltowa	53 (45%)
	Przyspieszacz liniowy i bomba kobaltowa	11 (10%)
Brachyterapia izotopem Cs 117 - liczba aplikacji	Jedna	45 (38%)
	Dwie	32 (27%)
	Trzy	17 (14%)
	Zero	24 (21%)

Większość z nich (67 badanych - 57%) poddano wcześniej zabiegowi hysterektomii. Dla pozostałych (51 chorych - 43%) napromienianie było pierwszym sposobem leczenia. Stopień zaawansowania choroby był zróżnicowany. Z uwagi na rozległość zmian 54 badane (45%) zaliczono do grupy o niskim stopniu zaawansowania choroby (według klasyfikacji FIGO stopień I i II), a 53 (45%) o wysokim (według FIGO III i IV). Dla 11 chorych nie udało się na podstawie dokumentacji lekarskiej ustalić jednoznacznie zaawansowania choroby według tej klasyfikacji. Kobiety pozostawały w trakcie leczenia teleterapią za pomocą bomby kobaltowej (54 - 45%), przyspieszacza liniowego (53 - 45%) bądź metodą mieszaną (11 kobiet - 10%). Otrzymały od 14 do 34 frakcji (mediana 23 frakcje) po jednej dziennie. Równocześnie większość (94 chore) poddano zabiegowi brachyterapii izotopem cezu (79% badanych) w jednej (40%), dwóch (27%) albo trzech aplikacjach (12%). U 24 pacjentek (21%) zastosowano wyłącznie teleterapię. Przeciętna dawka promieniowania jonizującego podana w teleterapii wynosiła 4589 cGy (3000 - 6700 cGy), a w brachyterapii 3605 cGy (58 - 9000 cGy). Badane przebywały w szpitalu od 15 do 88 dni (średni czas hospitalizacji 50 dni).

7. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

7.1. Strategie radzenia sobie z zagrożeniem

7.1.1. Strategie zaradcze - analiza teoretyczna

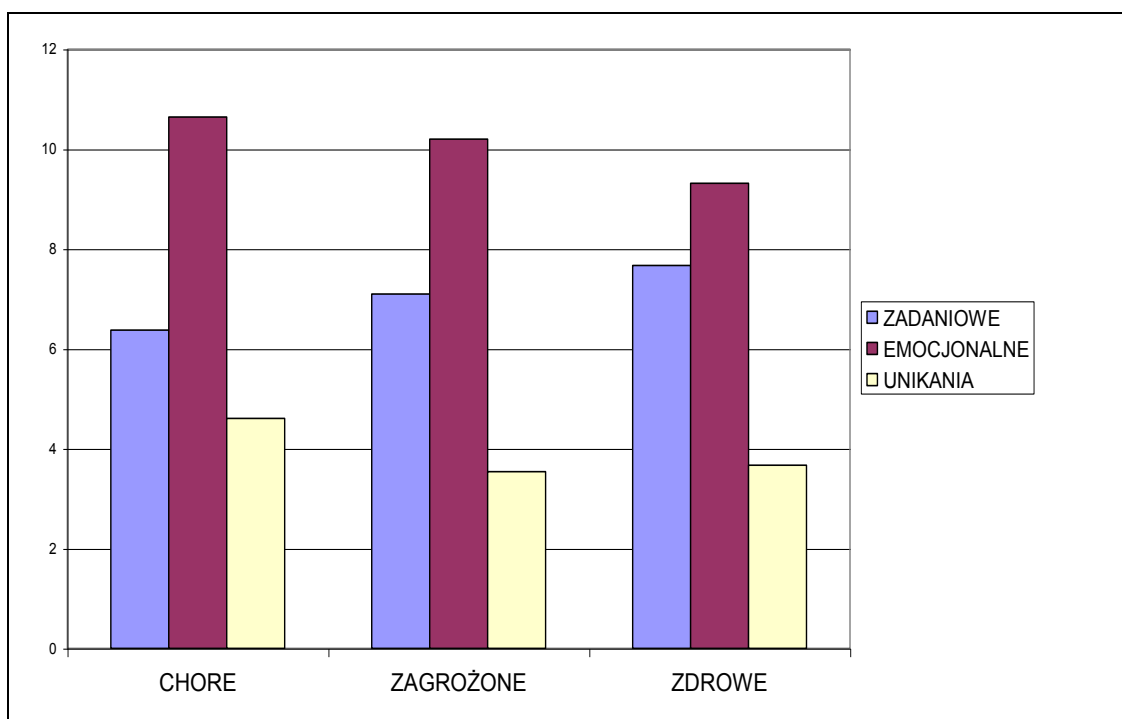
Przedmiotem badania było określenie struktury i funkcji radzenia sobie z zagrożeniem życia wśród kobiet chorych na nowotwór w porównaniu do zdrowych i zagrożonych chorobą. Dokonano pomiaru strategii zaradczych z uwagi na pełnioną funkcję (zadaniowa, emocjonalna i ucieczkowa) w ujęciu Lazarusa oraz zmianę oceny stresu (zaprzeczanie, dewaluacja zagrożenia, pozytywne przewartościowanie, powstrzymywanie się od działania) w poznawczym podejściu zaproponowanym przez Davey'a. W Tabeli 10 zaprezentowano wyniki średnie i odchylenia standardowe uzyskane w poszczególnych grupach kryterialnych.

Tabela 10. Sposoby radzenia sobie z zagrożeniem w grupach kobiet zdrowych, zagrożonych chorobą nowotworową i chorych

RODZAJE STRATEGII		CHORE	ZDROWE	ZAGROŻONE
		\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)
SSRS Urant Czapiński	Zadaniowa	6,37 (2,43)	7,67 (2,40)	7,10 (3,01)
	Emocjonalna	10,64 (3,13)	9,23 (2,57)	10,15 (2,38)
	Ucieczkowa	4,61 (1,35)	3,63 (1,78)	3,48 (1,62)
CAS Davey	Zaprzeczanie	9,20 (3,00)	7,96 (2,70)	9,10 (3,02)
	Dewaluacja zagrożenia	29,03 (5,21)	26,15 (6,06)	26,65 (5,23)
	Pozytywne przewartościowanie	19,17 (5,01)	19,12 (3,76)	19,05 (4,01)
	Odraczenie działania	8,76 (2,72)	8,98 (2,48)	8,98 (2,72)

Najmniej strategii ukierunkowanych na zadanie stosowały chore na nowotwór narządów rodnych ($\bar{x}=6,37$, $SD=2,43$). Kobiety w stanie zagrożenia chorobą nowotworową ($\bar{x}=7,67$, $SD=2,4$) i zdrowe ($\bar{x}=7,1$, $SD=3,01$) podejmowały radzenie sobie instrumentalne w podobnej mierze. Jednoczynnikowa analiza wariancji potwierdziła istnienie różnic w aktywizacji strategii instrumentalnych w badanych grupach ($F(2,231)=6,19$; $p=0,02$). Test porównywania średnich Duncana pozwolił na stwierdzenie różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupą zdrowych i chorych ($p=0,001$) w podejmowaniu radzenia skoncentrowanego na problemie. Natomiast dla zagrożonych chorobą nowotworową w stosunku do zdrowych oraz

chorych na raka nie stwierdzono różnic znamiennej statystycznie. Zmaganie się ze stresem ukierunkowane wewnętrznie rzadziej wykorzystywały zdrowe ($\bar{x}=9,23$; $SD=2,57$) niż zagrożone chorobą ($\bar{x}=10,15$; $SD=2,38$) i chore ($\bar{x}=10,64$; $SD=3,13$). Za pomocą testu ANOVA potwierdzono różnice zaistniałe pomiędzy grupami ($F(2,231)=5,12$; $p=0,007$). Rozbieżność dla strategii emocjonalnych pomiędzy zdrowymi i chorymi była znamienna ($p=0,008$). Wskazuje się na podobieństwo w uruchamianiu strategii emocjonalnych przez chore i antycypujące chorobę nowotworową. Również podejmowanie strategii ucieczkowych było odmiennie wśród badanych ($F(2,231)=11,88$; $p=0,0001$). Kobiety chore stosowały radzenie sobie poprzez unikanie zdecydowanie częściej ($\bar{x}=4,61$; $SD=1,35$) niż zdrowe ($\bar{x}=3,63$; $SD=1,78$) i zagrożone chorobą ($\bar{x}=3,48$; $SD=1,62$). Za pomocą testu Duncana potwierdzono istotność różnic odpowiednio na poziomie $p=0,001$ i $p<0,001$. Graficzną reprezentację wyników odnośnie do radzenia sobie w ujęciu Lazarusa zamieszczono na Rycinie 4.

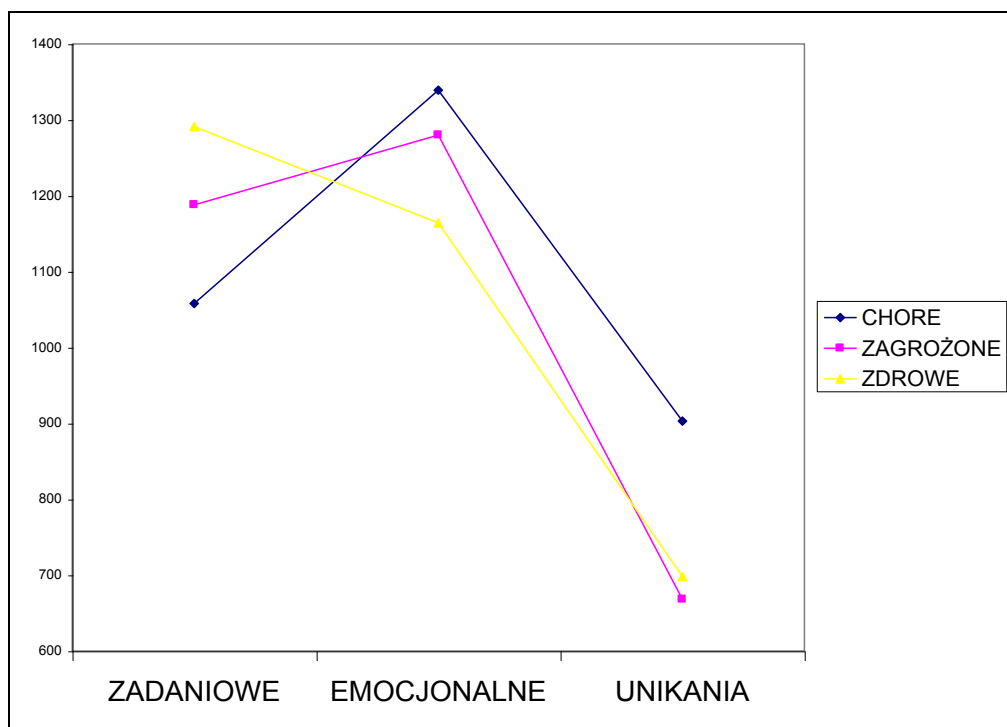


Rycina 4. Strategie radzenia sobie w modelu Lazarusa w badanych grupach

Stwierdzono wzrost strategii emocjonalnych i zmniejszenie strategii instrumentalnych w sytuacji deficytów zdrowia. Ważne jest, że w obliczu antycypacji choroby nowotworowej radzenie sobie poprzez unikanie było najrzadsze. Natomiast w sytuacji choroby nowotworowej narządów rodnych (strata zdrowia) znacząco częściej podejmowano unikanie niż w sytuacji zdrowia czy jego zagrożenia. Świadczy to o potrzebie aktywizowania tego typu strategii zaradczych przez chore.

Podobieństwo profili strategii zaradczych z uwagi na pełnioną funkcję mierzono za pomocą współczynnika Cohena w adaptacji Vegeliusa. Dla kobiet chorych w stosunku do zdrowych kształtowało się na poziomie umiarkowanym ($r=0,64$). Natomiast wśród zagrożonych chorobą w porównaniu do chorych było

wysokie, a do zdrowych bardzo wysokie i wynosiło odpowiednio $r=0,82$ i $r=0,94$ (Rycina 5).



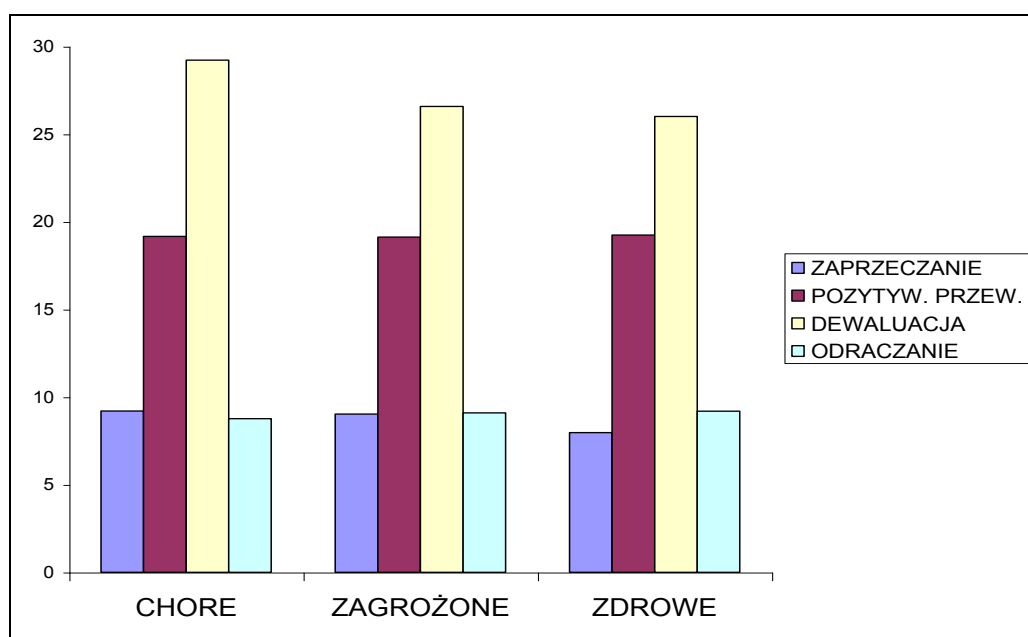
Rycina 5. Profile strategii zaradczych w modelu Lazarusa.

W sytuacji zdrowia profil radzenia sobie z trudnościami życia codziennego prezentowała linia prosta opadająca. Świadczy to o preferencji strategii instrumentalnych nad emocjonalnymi z najmniejszym udziałem ucieczkowych. W sytuacji antycypacji raka dominowały strategie emocjonalne i zadaniowe. Natomiast w chorobie nowotworowej profil wyrażał się odwróconą literą "V", czyli nastąpiła przewaga sposobów emocjonalnych w stosunku do instrumentalnych i unikania. Najważniejszym, zwłaszcza dla chorych na raka, jest spostrzeżenie, że zmiana dotyczy przede wszystkim strategii instrumentalnych i emocjonalnych. Choć radzenie sobie poprzez unikanie stresu było w tej grupie największe, jednakże nie dominujące. Może to wskazywać na pozytywny wpływ unikania w obliczu zagrożenia zdrowia i życia, jeżeli tylko występuje ono na poziomie umiarkowanym. Układ preferencji strategii emocjonalnych i zadaniowych uzupełnianych ucieczkowymi Czapiński (1992) uznał za korzystny w procesie radzenia sobie ze stresem.

Zmianę oceny stresu mierzono za pomocą kwestionariusza CAS Davey'a stosując pełne wersje subskal zaprzeczania i powstrzymywania się od działania według Carvera i współpracowników, pozytywnego przewartościowania Folkman oraz dewaluacji zagrożenia Perlina i Schooler'a. Za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji wykazano różnice istotne statystycznie w stosowaniu zaprzeczania ($F(2,226)=4,43$; $p=0,012$) i dewaluacji zagrożenia ($F(2,226)=8,08$; $p=0,004$). Pacjentki leczone napromienianiem znacząco częściej podejmowały zaprzeczanie i pomniejszanie (odpowiednio $\bar{x}=9,2$; $SD=3,0$ i $\bar{x}=29,23$; $SD=5,21$) niż kobiety pozostające w stanie zdrowia (odpowiednio $\bar{x}=7,96$; $SD=2,7$ i $\bar{x}=26,15$; $SD=6,06$). Kobiety zagrożone chorobą, równie chętnie jak leczone napromienianiem

deklarowały radzenie sobie poprzez zaprzeczanie ($\bar{x}=9,1$; $SD=3,02$), oraz było istotnie częstsze niż u pozostających w stanie zdrowia. Natomiast, podobnie jak zdrowe, w znacznie mniejszym stopniu niż chore, dewaluowały powagę sytuacji ($\bar{x}=2,65$; $SD=5,23$).

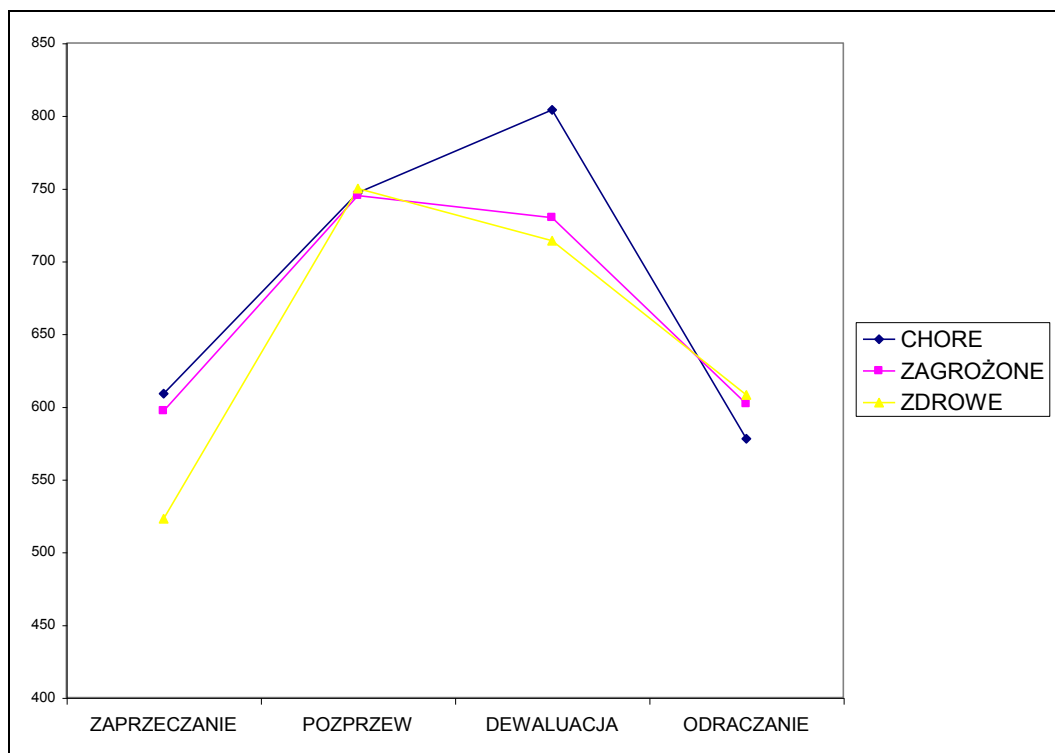
Za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji nie stwierdzono różnic pomiędzy badanymi grupami w podejmowaniu strategii pozytywnego przewartościowywania ($F(2,226)=0,01$; $p=0,98$) i odraczania działania ($F(2,226)=0,25$; $p=0,78$). Pozytywne przewartościowanie w grupie klinicznej, diagnozowanej i zdrowej pozostawało na zbliżonym poziomie i wynosiło odpowiednio $\bar{x}=19,17$ ($SD=5,01$), $\bar{x}=19,05$ ($SD=4,01$) i $\bar{x}=19,12$ ($SD=3,76$). Podobne wyniki uzyskano dla strategii powstrzymywania się od działania, gdzie kobiety chore osiągnęły $\bar{x}=8,76$ ($SD=2,72$), zdrowe $\bar{x}=8,98$ ($SD=2,48$), a zagrożone $\bar{x}=8,98$ ($SD=2,72$) (Rycina 6).



Rycina 6. Strategie zaradcze w ujęciu Davey'a w grupach kryterialnych

Dewaluacja zagrożenia była jedyną strategią zmiany znaczenia stresu, która rosła wraz ze zmieniającym się stanem zdrowia badanych. Wśród chorych na raka pomniejszanie stresu było najwyższe, choć antycypujące chorobę nowotworową również skłaniały się ku tej strategii. Wzrost radzenia sobie poprzez zaprzeczanie w sytuacji choroby nowotworowej i jej przewidywania w porównaniu do zdrowych może świadczyć o bardzo dużej sile przeżywanego stresu. W ten sposób samo zagrożenie zdrowia może być porównywalne ze stresem rzeczywistej jego utraty.

Stopień podobieństwa profilowego strategii zmiany znaczenia transakcji stresowej okazał się jednakowy i bardzo wysoki pomiędzy wszystkimi badanymi grupami ($r=0,99$) (Rycina 7).



Rycina 7. Profile radzenia sobie w ujęciu Davey'a w badanych grupach.

Bardzo pewna zależność świadczy o braku różnic w strukturze strategii zmieniającej wagę problemu podejmowanych przez badane ze wszystkich grup kryterialnych. Należy podkreślić, że wśród chorych dominująca była dewaluacja zagrożenia, natomiast zdrowe i zagrożone preferowały pozytywne przewartościowanie. Sugeruje to, że sytuacja choroby jest poważna, oceniana jako zagrożenie i zniekształcana poprzez pomniejszanie. Zdrowie bądź antycypacja jego straty sprzyjała zniekształcaniu poprzez nadwartościowanie aspektów pozytywnych tej sytuacji. Ta ostatnia zwłaszcza poprzez oczekiwanie korzystnego jej rozwiązania (wykluczenie choroby).

Stwierdzono istnienie zależności pomiędzy sposobami zaradczymi (Tabela 11). Niektóre z nich były charakterystyczne wyłącznie dla jednoznacznych pozycji na kontinuum zdrowie - choroba. Wielkość zależności w grupie zagrożonych chorobą wskazywała na kierunek zmian w zależności od transakcji stresowej. Inne korelacje pozostały niezależne od tego kryterium, świadcząc o stałości związku w podejmowanych przez kobiety strategiach zaradczych.

Tabela 11. Zależności pomiędzy strategiami zaradczymi w grupach kryterialnych.

RODZAJE STRATEGII	CHORE	ZAGROŻONE	ZDROWE
Strategie w ujęciu Lazarusa			
Zadaniowe x emocjonalne	0,64	0,45	NS
Zadaniowe x ucieczkowe	0,37	0,36	-0,24
Emocjonalne x ucieczkowe	0,45	NS	0,37
Strategia dewaluacji			
Dewaluacja x emocjonalne	0,38	0,43	0,32
Dewaluacja x ucieczkowe	0,45	0,34	0,41
Dewaluacja x odraczenie	0,34	0,38	0,54
Dewaluacja x zaprzeczanie	NS	NS	0,45
Strategia zaprzeczania			
Zaprzeczanie x zadaniowe	0,23	NS	NS
Zaprzeczanie x ucieczkowe	NS	NS	0,23
Zaprzeczanie x emocjonalne	0,35	NS	0,23
Zaprzeczanie x pozytywne przewartościowanie	NS	NS	0,31
Zaprzeczanie x dewaluacja zagrożenia	NS	NS	0,45
Zaprzeczanie x odraczenie	0,30	NS	0,26
Strategia pozytywnego przewartościowania			
Pozytywne przewartościowanie x dewaluacja	0,44	NS	0,30
Pozytywne przewartościowanie x emocjonalne	0,24	0,49	NS
Pozytywne przewartościowanie x ucieczkowe	0,26	0,50	NS

Legenda: poziom istotności statystycznej $p < 0,01$; pozostałe $p < 0,05$

Istnieje założenie o względnej rozdzielności funkcji poszczególnych strategii. Oczekiwano powiązań pomiędzy strategiami emocjonalnymi i unikania bez względu na grupę kryterialną. Związki wskazywane przez zespół Lazarusa uzyskano wyłącznie wśród zdrowych. Strategie zadaniowe i emocjonalne nie korelowały ze sobą. Te ostatnie w sposób wyraźny, lecz mało wzrastały wraz z unikaniem. Natomiast strategii zadaniowe były odwrotnie proporcjonalne do ucieczkowych. Można, więc przyjąć, że wśród kobiet w trakcie procesu diagnostycznego oraz podczas leczenia, podejmowane strategii realizowały obie funkcje, zewnętrzną i skierowaną na siebie. Zależność ta była umiarkowana i rosła wraz z deficytem zdrowia. Paradoksalny, w rozumieniu Lazarusa, wydaje się dodatni związek pomiędzy strategiami instrumentalnymi i unikania w grupach z przewidywanym i rzeczywistym deficytem zdrowia. Umiarkowana korelacja pomiędzy sposobami ukierunkowanymi wewnątrznie i unikaniem jest zgodna z koncepcją Lazarusa. Brak tej zależności wśród diagnozowanych z podejrzeniem procesu nowotworowego może świadczyć o tym, że unikanie nie pełni funkcji emocjonalnej, ale odwracającej uwagę od stresora.

W dalszej kolejności podjęto analizę zależności pomiędzy strategiami zmieniającymi ocenę interakcji stresowej, czyli zaprzeczaniem, pomniejszaniem oraz pozytywnym przewartościowaniem. Powstrzymanie się od działania tworzyło samodzielne, istotne związki z pozostałymi strategiami, będąc najbliższe dewaluacji zagrożenia. Podobną zależność uzyskał Davey (1993), co skłoniło go do pominięcia tej podskali z uwagi na jej podobieństwo do strategii pomniejszania. Jednakże jest to jedyny sposób zmiany znaczenia stresu odnoszący się do zachowania (pasywność) niż radzenia sobie poznawczego. Interesujące wydają się być znamienne

statystycznie związki pomiędzy czterema subskalami wyróżnionymi przez Davey'a w grupie zdrowych. Uzyskano umiarkowaną korelację pomiędzy zaprzeczaniem a pomniejszaniem ($r=0,45$) oraz niską z pozytywnym przewartościowaniem ($r=0,31$) i odraczaniem ($r=0,26$). Wydaje się, że kobiety zdrowe w radzeniu sobie ze stresem nie dokonywały pełnego rozróżnienia pomiędzy wymienionymi sposobami. Podkreślały ich funkcję ukierunkowaną na przeżywany stan wewnętrzny (dla zaprzeczania $r=0,23$, pomniejszania $r=0,32$).

Pomniejszanie wagi zagrożenia tworzyło małą lub istotną zależność ze strategiami ukierunkowanymi na emocje i unikanie w funkcjonalnym ujęciu Lazarusa bez względu na przynależność do grupy kryterialnej. W grupie kobiet pozostających w stanie choroby lub nią zagrożonych wyraźnie odróżniało się od zaprzeczania. Dodatkowo chore nie wiązały dewaluacji stresu z powstrzymywaniem się od działania.

Jak wspomniano wcześniej, zaprzeczanie wśród zdrowych pełniło funkcję emocjonalną oraz nie wydaje się być wyraźną, samodzielną strategią w porównaniu do innych, sprzyjających zmianie znaczenia transakcji stresowej. Dla grupy kobiet leczonych napromienianiem z powodu nowotworu narządów rodnych zaprzeczanie pozostawało niezależne od pomniejszania, powstrzymywania aktywności i pozytywnego przewartościowania. Pełniło obie funkcje, ukierunkowaną na radzenie sobie emocjonalne ($r=0,35$) i instrumentalne ($r=0,23$) w stopniu niskim. W grupie zagrożonych chorobą nowotworową nie odnotowano istotnych statystycznie zależności pomiędzy poszczególnymi rodzajami strategii.

Pozytywne przewartościowanie w obu grupach kobiet z deficytem zdrowia (diagnozowane w kierunku choroby nowotworowej i leczone z powodu nowotworu) pełniło funkcję skierowaną na siebie oraz unikania. Wśród zagrożonych chorobą zależnośći te były umiarkowane (odpowiednio $r=0,49$ i $r=0,50$), natomiast wśród chorych niskie (odpowiednio $r=0,24$ i $r=0,26$). Strategie dewaluacji zagrożenia sprzyjały w sposób istotny pozytywnemu przewartościowaniu u chorych ($r=0,44$), a wśród zdrowych w stopniu wyraźnym, choć małym ($r=0,30$). Pozytywna reinterpretacja nie wpływała na pomniejszanie wagi interakcji stresowej wśród zagrożonych chorobą.

Podsumowując, jednorodność funkcji pełnionych przez strategie zaradcze w modelu Lazarusa dotyczy kobiet zdrowych. Wśród będących w stanie niepełnego zdrowia stwierdza się, że spełniają one równocześnie obie funkcje, emocjonalną i instrumentalną. Pozytywne przewartościowanie i dewaluacja zagrożenia sprzyja wewnętrznemu radzeniu sobie ze stresem oraz odwracaniu uwagi od sytuacji stresowej. Zaprzeczanie u kobiet chorych na nowotwór jest niezależne od innych sposobów zmieniających ocenę transakcji stresowej oraz pełni obie funkcje opisane przez Lazarusa. Czynniki decydującymi o powstawaniu poszczególnych zależności wydają się dotyczyć charakteru sytuacji stresowej (rodzaj i kontrolowalność) oraz pierwotnej oceny nadanej przez podmiot (stopień naruszenia wartości i realizowanych celów).

Uzyskane wyniki badań pozwoliły na częściowe potwierdzenie hipotezy 1. Strategie emocjonalne były znacząco częściej, a zadaniowo istotnie rzadziej aktywizowane w obliczu choroby nowotworowej narządów rodnych w porównaniu do sytuacji zagrożenia rakiem i pełnego zdrowia. Hipoteza 2 dotyczyła podejmowania strategii zaprzeczania, dewaluacji i unikania. Rzeczywiście, jak przewidywano, chore na raka częściej niż zagrożone nowotworem i zdrowe wykorzystywały unikanie i dewaluację. Natomiast antycypujące utratę zdrowia i chore w podobny sposób, częściej niż zdrowe, zaprzeczały zagrożeniu.

Podsumowując, należy dodać, iż preferowanymi sposobami zmagania się z chorobą nowotworową wśród kobiet były strategie emocjonalne i dewaluacji zagrożenia, natomiast w obliczu przewidywania choroby, pozytywnego przewartościowania i ukierunkowane wewnętrznie. W stanie zdrowia dominowały strategii zadaniowe i pozytywnego przewartościowania.

7.1.2. Strategie zaradcze - analiza empiryczna

W dalszej kolejności dokonano analizy wyników wszystkich badanych osób za pomocą hierarchicznej analizy czynnikowej. Uzyskano dwa czynniki wtórne i siedem pierwszorzędowych. Czynniki drugorzędowe opisywały radzenie sobie skierowane na emocje i na zadanie. Pięć itemów zostało sklasyfikowanych odmiennie niż według kierunku teoretycznego podanego przez Urant i Czapińskiego. Są to pozycje numer 1, 11, 17, 25 i 34, które według autorów metody pełnią funkcję emocjonalną. W bieżącej analizie przypisano im charakter instrumentalny. Wymienione itemy dotyczą utrzymywania kontroli emocjonalnej, refleksji, poszukiwania przyczyn problemu oraz tworzenia dystansu i poszukiwanie wsparcia. Funkcją wymienionych strategii w przeprowadzonych badaniach jest zmiana sytuacji stresowej. Trzy czynniki pierwszorzędowe miały charakter instrumentalny, a cztery emocjonalne. Do strategii ukierunkowanych na radzenie sobie z sytuacją zewnętrzną zakwalifikowano: aktywność poznawczą (rozwiązywanie problemu), nadanie kontekstu (analiza przyczyn i skutków problemu) oraz aktywność związaną z innymi osobami (wsparciem społecznym w zakresie uzyskania rozwiązania jak również podtrzymania równowagi emocjonalnej). Sposoby skoncentrowane na radzeniu sobie z emocjami zawierały: religijność, fatalizm, dystansowanie się i pozytywne przewartościowanie. Dwa ostatnie posiadały funkcję zmiany oceny zagrożenia.

Wśród kobiet różniących się stanem zdrowia nie uzyskano podobnych czynników hierarchicznych, co świadczy o odmiennych celach zaradczych. Z tego powodu weryfikację hipotezy 3 dokonano za pomocą analizy czynnikowej metodą składowych głównych z rotacją varimax znormalizowaną. Oznaczano pozycje posiadające ładunek czynnikowy o wartości bezwzględnej większej niż 0,30.

W grupie chorych wyróżniono sześć czynników posiadających minimalną wartość wariancji własnej więcej, niż 1,50, które razem wyjaśniały 44,4% zmienności (Tabela 12).

Tabela 12. Analiza czynnikowa sposobów radzenia sobie w grupie chorych na nowotwory.

CZYNNIK	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Nazwa czynnika	Poszukiwanie wsparcia	Stoicyzm i akceptacja	Dystansowanie się	Aktywność zadaniowa	Poznawcza analiza problemu	Uzyskiwanie równowagi
Ładunek czynnikowy włączonych itemów (numer pozycji testowej)	0,76 (32) 0,64 (25) 0,54 (30) 0,47 (27) 0,46 (29) 0,38 (24)	0,72 (15) 0,63 (9) 0,62 (21) 0,57 (22) 0,53 (26) 0,50 (31) 0,47 (5) 0,46 (13) 0,44 (4)	-0,57 (12) -0,56 (8) 0,48 (34) 0,46 (33) 0,36 (28) -0,36 (13) -0,32 (14)	0,67 (6) -0,63 (7) 0,52 (10) 0,37 (20) -0,33 (18) -0,31 (4) -0,31 (28)	0,69 (16) 0,57 (19) 0,55 (17) 0,54 (11) 0,49 (10) 0,47 (18) 0,47 (35) 0,44 (34)	0,79 (1) 0,70 (2) 0,62 (3) 0,32 (23)
Wariancja własna	5,31	2,6	2,44	1,85	1,72	1,58
% ogółu wariancji	15,2%	7,5%	7,0%	5,3%	4,9%	4,5%
%skumulowanej wariancji własnej	15,2%	22,7%	29,7%	35,0%	39,9%	44,4%

Poszczególne strategie tworzyły następujące czynniki: (1) poszukiwanie pomocy i wsparcia, (2) stoicyzm i akceptacja, (3) dystansowanie się (skoncentrowanie na teraźniejszości), (4) aktywność ukierunkowana na rozwiązanie problemu, (5) poznawcza analiza problemu, (6) uzyskiwanie równowagi. Czynniki te dotyczą strategii aktywnych (1, 4 i 5), pasywnych (2) oraz emocjonalnych (dotyczących czasu teraźniejszego - 3 i 6).

W sytuacji zagrożenia chorobą nowotworową wskazano na siedem rodzajów strategii, które wyjaśniały 56,7% zmienności (Tabela 13). Z uwagi na wyrazistość czynników wybrano pozycje posiadające ładunek czynnikowy o wartości bezwzględnej większej niż 0,40. Analiza w tej grupie, z uwagi na jej małą liczebność, jest mniej prawomocna.

Tabela 13. Analiza czynnikowa sposobów radzenia sobie wśród zagrożonych chorobą nowotworową.

CZYNNIK	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Nazwa czynnika	Aktywne rozwiązywanie problemu	Poszukiwanie informacji poprzez innych	Emocjonalne dystansowanie się	Religijność	Fatalizm	Aktywne dystansowanie się	Stoicyzm i akceptacja
Ładunek czynnikowy włączonych itemów (numer pozycji testowej)	0,79 (1) 0,76 (2) 0,69 (6) 0,69 (35) 0,48 (19) 0,47 (16) -0,40 (17)	0,77 (30) 0,70 (27) 0,68 (32) 0,62 (29) 0,57 (12) 0,53 (25) 0,48 (26) 0,46 (19)	0,73 (14) 0,57 (34) 0,53 (23) 0,48 (31) 0,47 (24) 0,42 (22) 0,41 (3)	0,71 (13) 0,71 (15) 0,48 (5) 0,42 (3)	0,64 (8) 0,56 (4) 0,55 (21) -0,46 (22)	0,72 (20) 0,57 (11) 0,45 (19)	-0,69 (7) 0,62 (33) 0,46 (9) 0,42 (5)
Wariancja własna	5,41	3,1	2,83	2,45	2,32	1,97	1,72
% ogółu wariancji	15,5%	8,9%	8,1%	7,0%	6,6%	5,6%	4,9%
% skumul. wariancji własnej	15,5%	24,4%	32,5%	39,5%	46,1%	51,7%	56,6%

Wyróżniono: (1) aktywne rozwiązywanie problemu, (2) poszukiwanie informacji u innych, (3) emocjonalne dystansowanie się, (4) religijność, (5) fatalizm (bezzadność), (6) aktywność w celu zdystansowania się, (7) stoicyzm i akceptacja. Czynniki o pozycji 1, 2 i 6 zwierają strategię aktywne, 3 i 6 zmniejszające wagę stresora, 4, 5 i 7 związane są z akceptacją zaistniałego zagrożenia.

Wśród zdrowych uzyskano 7 czynników wyjaśniających 51,2% ogółu wariancji (Tabela 14).

Tabela 14. Analiza czynnikowa sposobów radzenia sobie w grupie zdrowych.

CZYNNIK	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Nazwa czynnika	Planowe rozwiązywanie problemu	Dystansowanie się	Fatalizm	Aktywność i wsparcie	Pozytywne przewartościowanie	Samokontrola - wyzwanie	Optymizm i akceptacja
Ładunek czynnikowy włączonych itemów (numer pozycji testowej)	0,75 (3) -0,72 (7) 0,68 (35) 0,60 (10) 0,59 (30) 0,48 (11) 0,45 (16) -0,32 (14)	0,63 (21) 0,62 (29) 0,58 (14) 0,54 (1) 0,50 (5) -0,33 (30) 0,31 (12)	0,69 (15) 0,56 (9) 0,56 (20) 0,54 (28) 0,53 (31) 0,44 (8) 0,42 (4) 0,39 (21)	0,73 (19) 0,68 (27) 0,57 (32) 0,54 (25) 0,52 (12) 0,52 (18)	0,65 (24) 0,57 (6) 0,45 (26) 0,38 (31) 0,33 (29)	0,75 (17) 0,49 (16) 0,46 (2) 0,40 (9) -0,39 (22) 0,38 (11) -0,38 (12) -0,35 (33)	0,60 (34) 0,59 (23) 0,58 (33) 0,53 (13) 0,46 (26) 0,42 (22)
Wariancja własna	4,35	3,65	2,51	2,28	1,82	1,71	1,58
% ogółu wariancji	12,5%	10,5%	7,2%	6,5%	5,2%	4,9%	4,5%
% skumul. wariancji własnej	12,5%	23,0%	30,2%	36,7%	41,9%	46,8%	51,3%

Uzyskane czynniki dotyczyły: (1) planowego rozwiązywania problemu, (2) dystansowania, (3) fatalizmu, (4) aktywności i wsparcia, (5) pozytywnego przewartościowania, (6) samokontroli i podjęcia wyzwania, (7) optymizmu i akceptacji.

Podsumowując, kobiety w różnym stanie zdrowia w odmienny sposób radziły sobie z zagrożeniem. Wielokrotnie poszczególne strategie pełniły zarówno emocjonalną i zadaniową funkcję. Wyraźniej kształtował się podział na strategie aktywne i pasywne, skoncentrowane na problemie i odwracające uwagę od problemu. Zbliża się to do podejścia Miller (za Zajązkowska, 1989) oraz Billings i Moos (1981). Niektóre z strategii odpowiadały postawom wobec zagrożenia opisywanym w literaturze: fatalizm i stoicyzm (Greer, 1991; Juczyński, 1997). Stwierdzono podejmowanie funkcji zmiany oceny poznawczej stresu.

Wśród chorych dominującymi były czynniki ukierunkowane wewnątrznie. Pacjentki poszukiwały wsparcia społecznego, próbowały zaakceptować sytuację oraz dystansowały się w stosunku do niego. W dalszej kolejności podejmowano strategie zadaniowe: poznawcze i behawioralne. Wśród zagrożonych rakiem dominowały strategie aktywne, poszukiwania informacji i wsparcia społecznego. W drugiej kolejności przyjmowano określoną postawę wobec zagrożenia, akceptacji bądź bezradności. Unikanie zagrożenia miało charakter behawioralny i emocjonalny. Emocjonalne unikanie sprzyjało dystansowaniu się wobec problemu. Zbliżało do realizacji funkcji zadaniowych i wpływających na akceptację sytuacji. Kobiety zdrowe w radzeniu sobie preferowały strategie zadaniowe i unikania w porównaniu do emocjonalnych. W Tabeli 15 przedstawiono sposoby radzenia sobie w poszczególnych grupach kryterialnych, pogrupowane z uwagi na podobieństwo pełnionych celów. W nawiasach podano pozycję czynnika uzyskanego w analizie statystycznej.

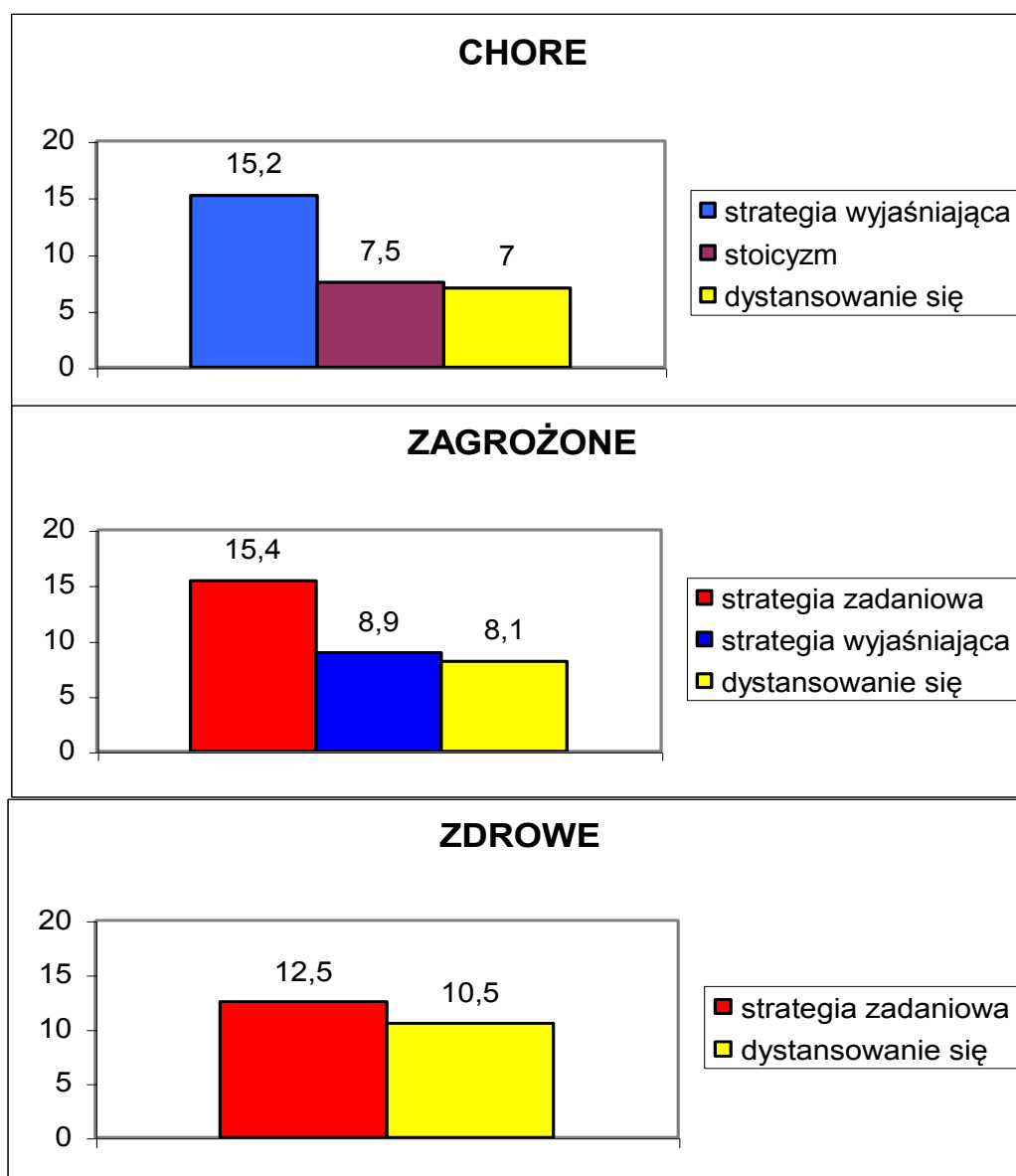
Tabela 15. Kategorie sposobów radzenia sobie w grupach kryterialnych.

CEL STRATEGII	CHORE	ZAGROŻONE	ZDROWE
Poszukiwanie informacji i wsparcia (strategia wyjaśniająca)	(1) wsparcie społeczne	(2) poszukiwanie informacji u innych ludzi	(4) aktywność i wsparcie
Postawa wobec zagrożenia	(2) stoicyzm	(4) religijność	(3) fatalizm
		(5) fatalizm	(5) pozytywne przewartościowanie
		(7) stoicyzm	(7) akceptacja i optymizm
Odwracanie uwagi od stresora lub pomniejszanie znaczenia (funkcja unikania)	(3) dystansowanie się	(3) emocjonalny dystans	(2) dystansowanie się
		(6) aktywne dystansowanie się	
Funkcja instrumentalna	(4) aktywne rozwiązywanie	(1) aktywne rozwiązywanie	(1) planowanie rozwiązywania
	(5) analiza problemu		
Funkcja emocjonalna	(6) uzyskiwanie równowagi		(6) samokontrola i wyzwanie

Legenda: w nawiasach podano pozycję czynnika w poszczególnych grupach kryterialnych

Analiza funkcji pełnionych przez poszczególne strategie prowadzi do następujących spostrzeżeń. Celem kobiet chorych na nowotwory narządów rodnych było przede wszystkim wyjaśnienie sytuacji stresowej o chronicznym charakterze

(w rozumieniu Shalita nadanie koherencji stresorowi). W drugiej kolejności badane przyjmowały odpowiednią postawę, najczęściej związaną z akceptacją utraty zdrowia oraz podejmowały próby zdystansowania się (odwracania uwagi). Zagrożone chorobą nowotworową, w obliczu ważnego zdarzenia życiowego, podejmowały wysiłki skierowane instrumentalnie (zmiana sytuacji), poszukiwały informacji i próbowały uzyskać emocjonalny dystans. Natomiast zdrowe w radzeniu sobie z kłopotami życia codziennego zmieniały sytuację stresową (funkcja instrumentalna) oraz dystansowały się (funkcja unikania). Dotychczasowa analiza wskazuje, że poszukiwanie wsparcia społecznego wiązało się bardziej z realizacją funkcji zadaniowej niż emocjonalnej. Reasumując, należy przyjąć zgodnie z zasadą Pareto, że niewielka liczba przyczyn jest odpowiedzialna za większość skutków. Z tego powodu decydujące znaczenie w zmaganiu się ze stresem mają tylko niektóre strategie (Rycina 8).



Rycina 8. Funkcje strategii zaradczych podejmowanych przez badane w grupach kryterialnych

W ten sposób na plan pierwszy w radzeniu sobie ze stresem choroby nowotworowej wysuwa się strategia wyjaśniająca, która sprzyja zrozumieniu i uporządkowaniu informacji na temat zdarzenia (radzenie sobie poznawcze według Heima, jak również podobieństwo do poczucia zrozumiałości Antonovsky'ego). Antycypacja choroby nowotworowej nie jest tym samym, co wiedza (nie jest to fakt) (por. Greenwald, 1986), dlatego zagrożone rakiem aktywnie próbują zmienić sytuację. Natomiast w radzeniu sobie ze stresem życia codziennego (w stanie zdrowia) znaczące są: radzenie sobie instrumentalne i dystansowanie się. Można wysnuć stwierdzenie, że w obliczu choroby nowotworowej najważniejsze jest poznawcze uporządkowanie informacji (wyjaśnienie). Jest to prawdopodobnie również związane z nadawaniem znaczenia przyczynom choroby. Niektórzy autorzy (Adamczak, Sęk, 1997; Taylor, 1984) uważają przypisywanie przyczyn za jeden z ważniejszych czynników związanych z akceptacją choroby, nawet, jeśli nie jest zachowana logika i poprawność konstruowanych wniosków. W sytuacji przewidywania zagrożenia zdrowia i życia, podobnie jak w stanie zdrowia, korzystne jest podejmowanie aktywnego zachowania. W ten sposób została potwierdzona hipoteza 3. Chore na raka szyjki albo trzonu macicy dążyły do wyjaśnienia sytuacji (poznawcze ustrukturyzowanie) i zaakceptowanie jej. Ma to przede wszystkim charakter emocjonalny, który służy organizowaniu zasobów w celach realizacji funkcji zadaniowych (podjęcie leczenia). Natomiast radzenie sobie z przewidywaniem choroby nowotworowej jest dążenie do zmiany sytuacji poprzez aktywne zaradzenie jej.

7.1.3. Sposoby radzenia sobie ze stresem choroby nowotworowej a czynniki medyczne

Wśród chorych na nowotwory narządów rodnych podjęto analizę radzenia sobie z uwagi na stopień zaawansowania choroby i metodę leczenia. W Tabeli 16 przedstawiono wyniki średnie dla strategii zaradczych podejmowanych przez chore leczone samodzielnie bądź uzupełniającym napromienianiem, o niskim i wysokim zaawansowaniu raka narządów rodnych.

Tabela 16. Strategie radzenia sobie z zagrożeniem a rodzaj leczenia i stopień zaawansowania choroby nowotworowej

METODA LECZENIA	RADIOTERAPIA UZUPEŁNIAJĄCA		RADIOTERAPIA SAMODZIELNA	
	Stopień niski	Stopień wysoki	Stopień niski	Stopień wysoki
Zaawansowanie choroby				
Strategie:	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}
Zadaniowe	6,55	6,66	6,46	6,15
Emocjonalne	11,27	10,57	10,62	10,04
Ucieczkowe	4,48	4,75	4,60	4,75
Pozytywne przewartościowanie	20,51	20,83	18,61	16,00
Dewaluacja	29,96	29,91	30,20	28,37
Zaprzeczenie	9,77	9,50	8,93	8,92
Odraczenie	9,13	8,92	8,53	8,71

Widoczne jest prawie jednakowe podejmowanie strategii zaradczych, zarówno wśród leczonych wyłącznie napromienianiem oraz po uprzedniej

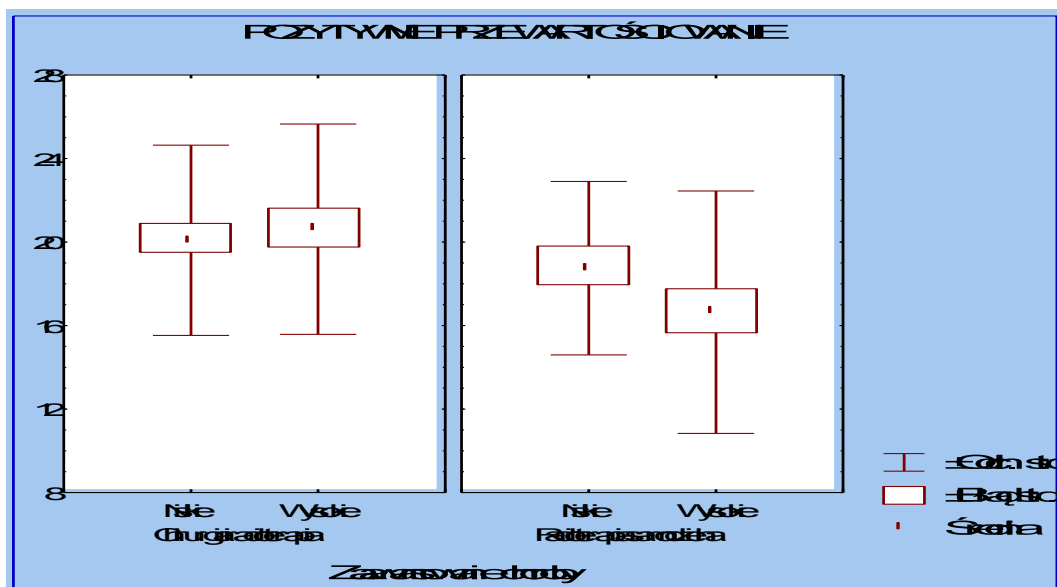
hysterektomii. Weryfikując hipotezę 4 nie stwierdzono wpływu zmiennych medycznych na kształtowanie się strategii zaradczych w grupie kobiet chorych na nowotwory narządów rodnych (Tabela 17).

Tabela 17. Strategii zaradcze a metoda leczenia i zaawansowanie choroby - zestawienie efektów MANOVA

ZESTAWIENIE EFEKTÓW MANOVA	INTERAKCJA (R _{rao} (7,91)=0,29 p=0,95)		LECZENIE (R _{rao} (7,91)=1,18 p=0,32)		ZAAWANSOWANIE (R _{rao} (7,91)=0,52 p=0,81)	
	F(df1,97)	Poziom p	F(df1,97)	Poziom p	F(df1,97)	Poziom p
Strategie zadaniowe	0,13	0,712	0,28	0,595	0,03	0,861
Strategie emocjonalne	0,07	0,789	0,67	0,413	1,23	0,269
Strategie unikania	0,00	0,930	0,01	0,930	0,54	0,462
Pozytywne przewartościowanie	1,77	0,186	6,04	0,02*	1,09	0,298
Dewaluacja	0,87	0,35	0,16	0,684	1,09	0,298
Odraczenie	0,17	0,675	0,17	0,679	0,01	0,913
Zaprzeczanie	0,08	0,777	0,19	0,658	0,06	0,807

Legenda: * różnice istotne statystycznie (p<0,05)

Świadczy to o postrzeganiu przez chore podobnych wymagań sytuacyjnych, bez względu na metodę leczenia i stopień zaawansowania choroby. Nie nastąpił efekt sumowania siły stresu przy zastosowaniu dwuetapowego leczenia. Choroba nowotworowa stanowiła znaczące zagrożenie bez względu na jej obiektywne, medyczne zaawansowanie. Jedyna różnica odnotowana w badaniach odnosiła się do pozytywnego przewartościowania w stosunku do zastosowanych metod leczenia (Rycina 9).



Rycina 9. Pozytywne przewartościowanie względem sposobu leczenia i stopnia zaawansowania choroby

Chore leczone radioterapią uzupełniającą po zabiegu operacyjnym, chętniej niż wyłącznie napromieniane, nadawały pozytywne znaczenie zaistniałej sytuacji

($F(1,97)=6,04$; $p=0,02$, odpowiednio $\bar{x}=20,6$ i $\bar{x}=17,3$), co upodabnia je do radzenia sobie jak w sytuacji zdrowia. Może sugerować to łatwiejszą antycypację sukcesu w przezwyciężeniu choroby nowotworowej. Prawdopodobnie jest to związane z oceną skuteczności zabiegu przez pacjentki ("cała choroba została usunięta"), jak również nie można wykluczyć znaczenia informacji (pozytywnych) uzyskanych od lekarza operującego. Zwłaszcza widoczne jest to w różnicy wyników dla strategii pozytywnego przewartościowania w wysokim zaawansowaniu choroby (hysterektomia i napromienianie $\bar{x}=20,8$; samodzielna radioterapia $\bar{x}=16,0$). Leczenie chirurgiczne choroby nowotworowej cieszy się większym społecznym zaufaniem niż leczenie napromienianiem. Z tego powodu może dochodzić do takiego przewartościowania sytuacji, że wiara w skuteczność zabiegów operacyjnych jest wyższa.

Podsumowując, nie potwierdzono hipotezy 4, ponieważ nie stwierdzono różnic w radzeniu sobie (ujęcie Lazarusa) ze stresem choroby z uwagi na stopień zaawansowania raka i zastosowane metody leczenia.

7.2. Poczucie koherencji

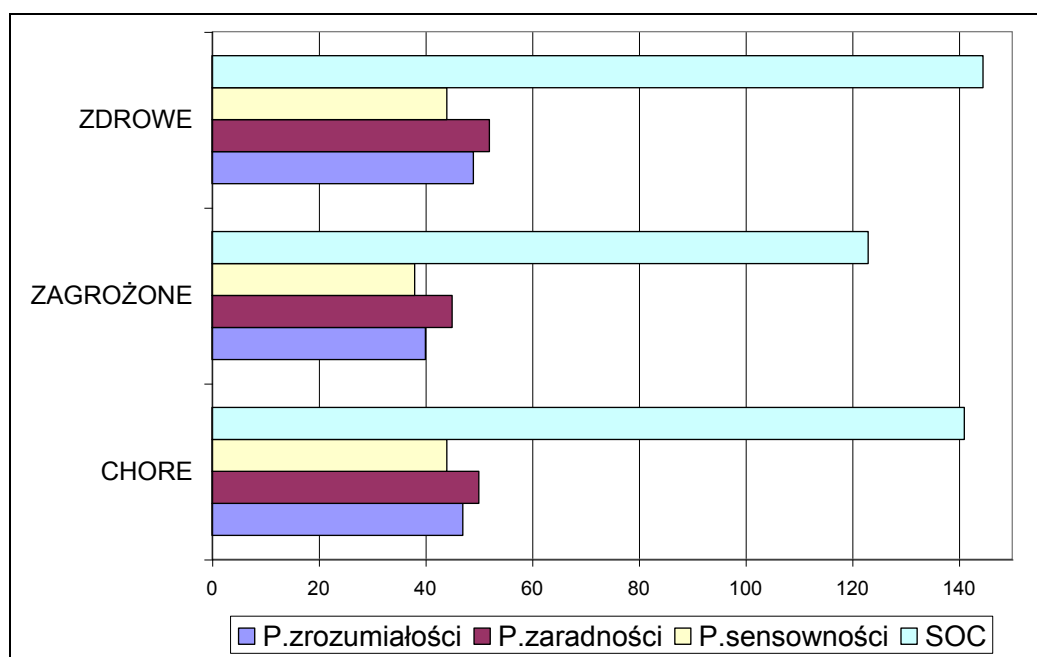
7.2.1. Poczucie koherencji w zdrowiu, zagrożeniu chorobą i w chorobie nowotworowej

Poczucie koherencji jak wiadomo odzwierciedla stopień zrozumiałości, przewidywalności zdarzeń w rzeczywistości, ich znaczenia dla podmiotu i umiejętności poradzenia sobie z ich zmiennością. W grupie kobiet chorych na nowotwory narządów rodnych przeciętny wynik globalnego poczucia koherencji mierzony kwestionariuszem SOC-29 Antonovsky'ego wynosił $\bar{x}=140,9$ ($SD=20,3$), przy poczuciu zrozumiałości $\bar{x}=46,8$ ($SD=9,0$), zaradności $\bar{x}=50,3$ ($SD=8,7$) i sensowności $\bar{x}=43,6$ ($SD=6,7$). Kobiety zdrowe uzyskały średnie natężenie poczucia koherencji $\bar{x}=144,5$ ($SD=17,0$), a poczucie zrozumiałości, sterowalności i sensowności wynosiły odpowiednio $\bar{x}=48,7$ ($SD=8,3$), $\bar{x}=52,0$ ($SD=7,4$), $\bar{x}=43,8$ ($SD=6,4$). W porównaniu do badań światowych, wyniki te odpowiadają osiąganym przez osoby zdrowe, pod względem fizycznym i psychicznym. Orientacja życiowa wśród kobiet zagrożonych chorobą nowotworową kształtowała się na poziomie $\bar{x}=123,0$ ($SD=18,6$), a średnie dla poszczególnych jej składników, czyli poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności przyjmowały odpowiednio $\bar{x}=40,1$ ($SD=8,8$), $\bar{x}=45,0$ ($SD=8,5$), $\bar{x}=38,0$ ($SD=8,0$). Zastosowana jednoczynnikowa analiza wariancji wykazała istnienie różnic pomiędzy badanymi grupami (Tabela 18).

Dabela 18. Różnice w poczuciu koherencji (SOC-29) w badanych grupach.

SOC-29	CHORE (N=79)	ZDROWE (N=75)	ZAGRO- ŻONE (N=41)	ANOVA	TEST ISTOTNOŚCI RÓŻNIC DUNCANA		
	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)	F(192,2) Poziom istotności	Chore : zdrowe	Chore : zagro- żone	Zdrowe : zagrożone
Poczucie koherencji	140,9 (20,3)	144,5 (17,0)	123,0 (18,6)	18,30 (0,000*)	NS	p<0,001	P<0,001
Poczucie zrozumiałości	46,8 (9,0)	48,7 (8,3)	40,1 (8,8)	13,36 (0,000*)	NS	p<0,001	P<0,001
Poczucie zaradności	50,3 (8,7)	52,0 (7,4)	45,0 (8,5)	9,93 (0,000*)	NS	p<0,001	P<0,001
Poczucie sensowności	43,6 (6,7)	43,8 (6,4)	38,0 (8,0)	11,39 (0,000*)	NS	p<0,001	P<0,001

Wśród kobiet chorych na nowotwory narządów rodnych i zdrowych średnie wyniki poziomu orientacji życiowej oraz wszystkich jej składników nie różniły się znamienne. Natomiast kobiety zagrożone rakiem uzyskały wyniki znacząco niższe w zakresie poczucia koherencji i jej komponentów, zarówno w stosunku do kobiet chorych, jaki i zdrowych (Rycina 10).



Rycina 10. Poczucie koherencji i jego składniki w grupach kryterialnych

Zdrowe i chore cechował podobny rozkład wyników dla bardzo niskiego (SOC<125) i wysokiego poczucia koherencji (SOC>154) ($\chi^2=2,67$; p=0,1). Wśród zagrożonych rakiem stwierdzono większą liczebnie grupę o zaniżonym poczuciu koherencji (chore - zagrożone $\chi^2=14,6$; p=0,0001). Wyniki te są odmienne od przewidywanych (brak potwierdzenia hipotezy 5). Poczucie koherencji nie zmniejsza się wraz z obiektywną utratą zdrowia. Natomiast w sytuacji zagrożenia chorobą nowotworową jest zdecydowanie niskie. Sugeruje to dwa rozwiązania. Po pierwsze antycypacja choroby jest doświadczeniem ekstremalnym, mogącym powodować

zachwianie poczucia koherencji wraz z rozwojem syndromu potraumatycznego bądź stresu ostrego. Może też odzwierciedlać utratę części zasobów odpornościowych, co sprzyja rozwijaniu się symptomatologii chorobowej. Pierwsze wyjaśnienie wskazuje na obniżanie się poczucia koherencji na skutek zagrożenia życia, drugie łączy się z podejściem psychoneuroimmunologicznym. W związku z brakiem danych z badań prospektywnych nie można powiedzieć się za jedną z nich.

Natomiast poczucie koherencji wśród chorych również jest inne niż oczekiwano, pozostając na poziomie podobnym jak u zdrowych. Wydaje się, że po pierwsze kryzys diagnozy choroby nowotworowej został przezwyciężony, a podjęcie leczenia sprzyjało wzmocnieniu poczucia koherencji. Ponadto globalna orientacja życiowa nie musiała zostać naruszona przez czynniki związane z chorobą (zmienna sytuacyjna – zagrożenie życia), co jest mniej prawdopodobne.

Za pomocą analizy MANOVA zweryfikowano hipotezę 6 (Tabela 19).

Tabela 19. Zmienne medyczne a poczucie koherencji wśród chorych na nowotwór narządów rodnych.

ZESTAWIENIE EFEKTÓW MANOVA	INTERAKCJA (Lambda Wilksa=0,72; R Rao (4,66)=6,51 p=0,0002)		LECZENIE (Lambda Wilksa=0,85; R Rao (4,66)=2,89 p=0,03)		ZAAWANSOWANIE (Lambda Wilksa=0,83; R Rao (4,66)= 3,67 p=0,014)	
	F(1,66)	Poziom p	F(1,66)	Poziom p	F(1,66)	Poziom p
Poczucie zrozumiałości	0,80	0,37	0,71	0,40	0,97	0,33
Poczucie zaradności	1,55	0,22	1,01	0,32	0,08	0,76
Poczucie sensowności	0,39	0,53	1,34	0,21	0,01	0,96
Poczucie koherencji	0,52	0,47	1,42	0,23	0,09	0,76

Nie stwierdzono związku pomiędzy poczuciem koherencji a zmiennymi medycznymi. Dostrzegalna jest tendencja pomiędzy poziomem globalnego poczucia koherencji a interakcją zmiennych medycznych (Tabela 20).

Tabela 20. Poziom poczucia koherencji a sposób leczenia i stopień zaawansowania nowotworu narządów rodnych.

METODA LECZENIA	RADIOTERAPIA UZUPEŁNIAJĄCA		RADIOTERAPIA SAMODZIELNA		TEST DUNCANA Poziom istotności
Zaawansowanie choroby	Stopień niski (1)	Stopień wysoki (2)	Stopień niski (3)	Stopień wysoki (4)	
Poczucie koherencji	137,44	139,56	147,00	141,88	NS
Poczucie zrozumiałości	46,14	45,94	50,0	45,82	NS
Poczucie zaradności	48,0	51,23	52,81	50,76	NS
Poczucie sensowności	42,3	42,33	44,18	45,29	NS

Zarysowały się następujące tendencje. Leczenie dwuetapowe wraz zabiegiem hysterektomii jest bardziej obciążające (niższe poczucie koherencji) niż samodzielna

radioterapia. Również niższe poczucie sensowności może świadczyć o pewnej utracie zaangażowania we własne sprawy życiowe. Kobiety z bardziej zaawansowaną chorobą nowotworową cechowało słabsze poczucie zrozumiałości. Prawdopodobnie jest to wynikiem doświadczanego większego poczucia zagrożenia życia oraz braku akceptacji takiego stanu. Należy przypomnieć, że opisane tendencje nie osiągnęły poziomu znamiennego statystycznie.

7.2.2. Subiektywna oceny stanu zdrowia

Hipotezę 7 weryfikowano na podstawie wyników dwóch skal linearno - analogowych służących ocenie stanu własnego zdrowia. Na pierwszej skali badane oceniały świadomość choroby, czyli stopień wiedzy, że są chore. Przyjęto, że świadomość ta będzie pochodną otrzymanych, przetworzonych i zinterpretowanych informacji. Powinna być zbliżona do poziomu posiadanej wiedzy na temat stanu zdrowia, zwłaszcza ze źródeł medycznych. Zakładano adekwatność do obiektywnego stopnia zaawansowania choroby i znaczenia czynników rokowniczych. Jednoczynnikowa analiza wariancji potwierdziła różnice pomiędzy wszystkimi badanymi grupami pod względem stopnia świadomości choroby ($F=38,061$, $p<0,001$). Kobiety chore na nowotwory szyjki lub trzonu macicy przypisywały sobie przeciętnie $\bar{x}=48,2$ ($SD=31,8$), zagrożone rakiem $\bar{x}=29,6$ ($SD=27,3$), natomiast zdrowe $\bar{x}=13,7$ ($SD=12,5$).

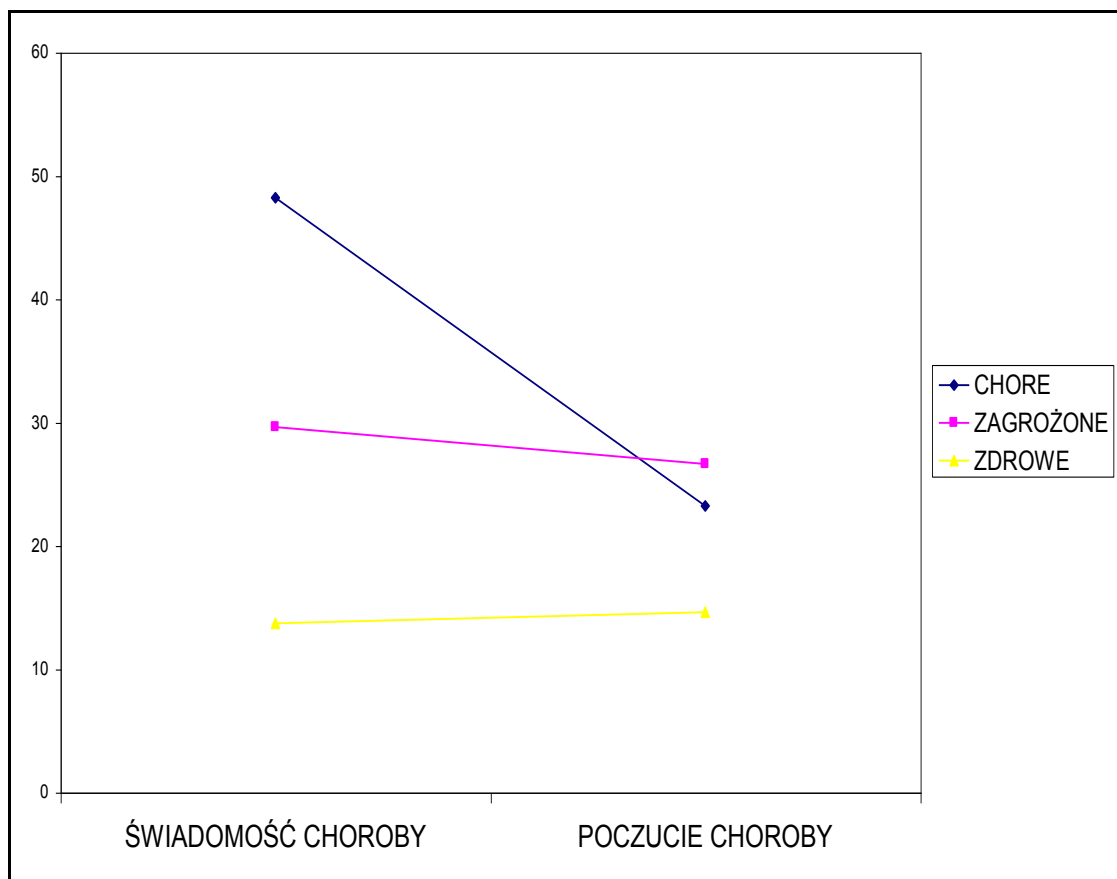
Druga skala miała na celu oszacowanie subiektywnego poczucia choroby. Głównym czynnikiem warunkującym ocenę była wielkość symptomów i ich wpływ na codzienne funkcjonowanie. Analiza wariancji wykazała istotność różnic ($F=5,5$; $p=0,004$) (Tabela 21).

Tabela 21. Ocena kondycji zdrowotnej przez zdrowe, chore i zagrożone chorobą nowotworową.

Ocena Kondycji zdrowotnej	Chore (1)	Zdrowe (2)	Zagrożone (3)	Test różnic Duncana (poziom istotności)			
	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)	F (2, 193) (poziom istotności)	1 : 2	1 : 3	2 : 3
Świadomość choroby	48,2 (31,8)	13,7 (12,5)	29,6 (27,3)	38,06 (0,000)	0,001	0,0001	0,001
Poczucie choroby	23,2 (23,9)	14,6 (26,1)	26,6 (26,1)	5,5 (0,004)	0,03	NS	0,003

Test "post hoc" Duncana wskazał na różnice znamienne statystycznie pomiędzy średnią w grupie kobiet zdrowych ($\bar{x}=14,6$; $SD=26,1$) w stosunku do chorych ($p=0,03$) oraz do zagrożonych chorobą ($p=0,003$). Kobiety leczone z powodu choroby nowotworowej oraz kobiety prezentujące niejasne symptomy chorobowe posiadały podobny stopień poczucia choroby, który wynosił odpowiednio $\bar{x}=23,2$ ($SD=23,9$) i $\bar{x}=26,6$ ($SD=26,1$). Kobiety zagrożone chorobą nowotworową prezentowały tendencję do wyższej oceny poczucia choroby. W tej grupie stwierdzono pewny związek pomiędzy poczuciem i świadomością choroby (R Spearmana= $0,88$; $p<0,001$), ale z medycznego punktu widzenia te badane były zdrowe. Prawdopodobnie odpowiedzialnym za nieadekwatną wiedzę i przewartościowanie objawów był lęk przed chorobą nowotworową. Również

kobiety zdrowe miały podobne i współzależne oceny pomiędzy przeżywaniem i świadomością deficytów zdrowia (R Spearmana=0,59; $p=0,001$), stosownie do wieku i problemów okresu okołomenopauzalnego. Jedynie w grupie chorych odnotowano niezgodność pomiędzy wiedzą dotyczącą własnej choroby nowotworowej i odczuwanymi w związku z tym objawami ($t(76)=6,7$; $p<0,001$). Dane zaprezentowano graficznie na Rycinie 11.



Rycina 11. Subiektywna ocena stanu zdrowia w grupach kryterialnych

Zidentyfikowano istotną, ale małą współzmienną obu kategorii oceniających subiektywny stan zdrowia. Chore czują się lepiej niż wskazuje na to powaga schorzenia. Niezgodność pomiędzy poznawczym, obiektywnym (świadomość choroby) a subiektywnym stanem choroby (dolegliwości fizyczne) jest często spotykanym zjawiskiem wśród chorych na nowotwory. Jest to również widoczne przy nadawaniu rangi poszczególnym skutkom ubocznym leczenia. Bardziej widoczne, zewnętrzne objawy jak utrata włosów czy odczyn popromienny powodują większy dyskomfort psychiczny niż na przykład leukopenia (Jassem, 1994).

Uzyskano potwierdzenie hipotezy 7. Świadomość choroby była zgodna z obiektywnym stanem zdrowia i różniła się w poszczególnych grupach badanych. Natomiast nasilenie poczucia choroby dotyczyło w podobny sposób zarówno kobiet leczonych z powodu raka macicy, jak i zagrożonych chorobą nowotworową. Wśród chorych na nowotwór szyjki bądź trzonu macicy odnotowano istotną rozbieżność pomiędzy świadomością a poczuciem w zakresie kondycji zdrowotnej. Chore w mniejszym stopniu odczuwały dolegliwości somatyczne niż wynikałoby to w stosunku do powagi choroby.

Równocześnie stwierdzono, że interakcja czynników medycznych była związana z subiektywną percepcją stanu zdrowia (Tabela 22).

Tabela 22. Ocena kondycji zdrowotnej a zmienne medyczne w grupie chorych na nowotwór narządów rodnych.

Zestawienie efektów MANOVA	Interakcja (Lambda Wilkas=0,91; R Rao (2,70)=3,6 p=0,03)		Leczenie (Lambda Wilkas=0,98; R Rao (2,70)=0,89 p=0,41)		Zaawansowanie (Lambda Wilksa=0,97; R Rao (2,70)= 1,17 p=0,31)	
	F(1,71)	Poziom p	F(1,71)	Poziom p	F(1,71)	Poziom p
Poczucie choroby	6,72	0,01*	0,42	0,51	1,47	0,23
Świadomość choroby	0,01	0,91	1,76	0,18	1,66	0,20

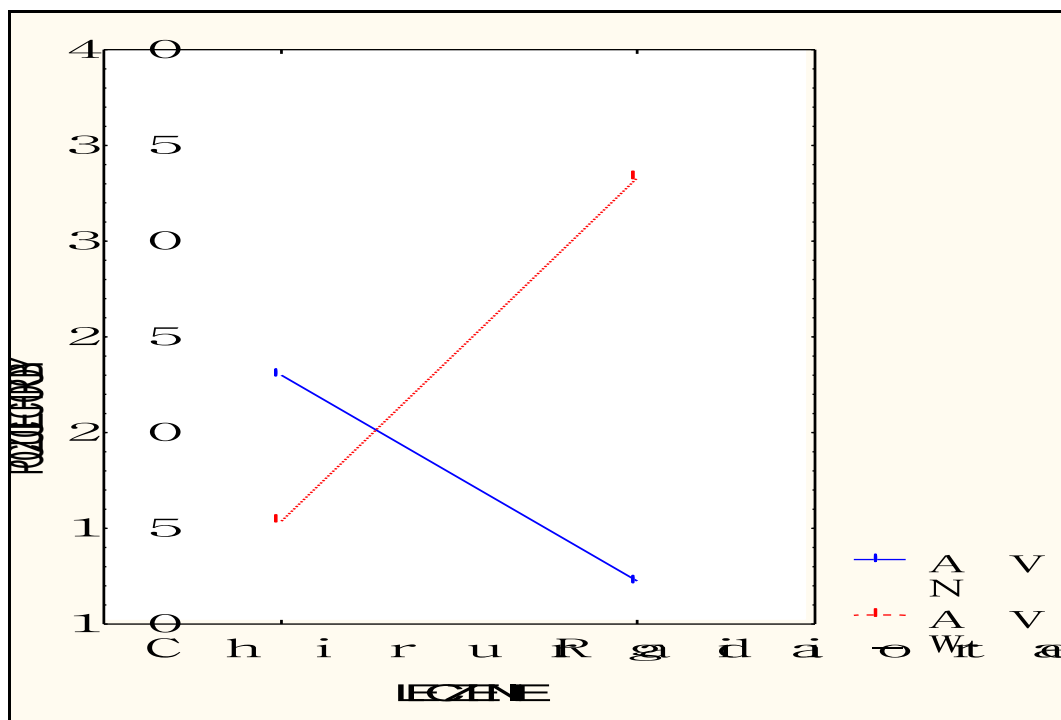
Legenda: * różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$)

Zmienność dotyczy interakcji pomiędzy zaawansowaniem choroby a metodą leczenia ($p=0,01$) (Tabela 23).

Tabela 23. Ocena kondycji zdrowotnej w grupie chorych a interakcja zmiennych medycznych.

Metoda leczenia	Radioterapia uzupełniająca po zabiegu chirurgicznym		Radioterapia samodzielna		Test różnic Duncana
	Stopień niski (1)	Stopień wysoki (2)	Stopień niski (3)	Stopień wysoki (4)	
Zaawansowanie choroby					
Świadomość choroby	39,14	48,12	48,41	58,95	NS
Poczucie choroby	23,00	15,37	12,25	33,30	2:4 $p=0,03$ 3:4 $p=0,01$

Zastosowanie leczenia chirurgicznego u kobiet z wysokim zaawansowaniem choroby wiąże się z niższym poczuciem choroby niż w przypadku samodzielnej radioterapii (test Duncana, $p=0,03$). Jest to niewłaściwe, ponieważ chore przeceniają efekty zabiegu chirurgicznego. Podobną zależność uzyskano w analizie wyników strategii pozytywnego przewartościowania. W samodzielnej radioterapii adekwatnie, w niższym stopniu choroby jest mniejsze jej poczucie, niż w stopniu wyższym (test Duncana, $p=0,01$). Zależność przedstawia Rycina 12.



Rycina 12. Wpływ zmiennych medycznych na ocenę kondycji zdrowotnej wśród chorych na nowotwory narządów rodnych

Otrzymane wyniki pozwalają na wysunięcie sugestii odnośnie do przypisywanego znaczenia zabiegowi hysterektomii. W chorobie o mniejszym zaawansowaniu zabiegowi chirurgicznemu przypisuje się dyskomfort fizyczny (dolegliwości związane z narkozą, samym zabiegiem oraz redukcją funkcji jajników) i psychiczny (utrata atrybutu kobiecości). Natomiast w nowotworach zaawansowanych leczeniu chirurgicznemu przypisywana jest większa skuteczność zwłaszcza w połączeniu z napromienianiem. W mniejszym stopniu chore koncentrowały się na skutkach ubocznych zabiegu, a być może przynosił on również ulgę w stosunku do wcześniej odczuwanych dolegliwości. Warto przypomnieć, że w percepcji społecznej spośród konwencjonalnych sposobów leczenia raka operacje budziły największe zaufanie (Jokiel, 1994).

W celu weryfikacji hipotezy 8 analizowano związki pomiędzy subiektywną oceną stanu zdrowia a poczuciem koherencji i stosowanymi strategiami radzenia sobie z zagrożeniem za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana (Tabela 4).

Tabela 24. Ocena kondycji zdrowotnej a poczucie koherencji i radzenie sobie w grupach kryterialnych

ZMIENNE	ŚWIADOMOŚĆ CHOROBY			POCZUCIE CHOROBY		
	Zdrowe (n=79)	Zagrożone (n=40)	Chore (n=75)	Zdrowe (n=79)	Zagrożone (n=40)	Chore (n=75)
	R Spermana (poziom p)	R Spermana (poziom p)	R Spermana (poziom p)	R Spermana (poziom p)	R Spermana (poziom p)	R Spermana (poziom p)
Strategie zadaniowe	-0,01 (0,94)	0,06 (0,71)	-0,01 (0,97)	-0,19 (0,09)	0,12 (0,44)	-0,03 (0,78)
Strategie emocjonalne	0,12 (0,27)	0,17 (0,27)	-0,06 (0,61)	0,04 (0,74)	0,21 (0,18)	0,13 (0,23)
Strategie unikania	0,01 (0,95)	0,07 (0,66)	-0,08 (0,45)	0,08 (0,47)	0,11 (0,49)	-0,08 (0,45)
Pozytywne przewartościowanie	0,05 (0,67)	0,12 (0,47)	-0,04 (0,67)	-0,03 (0,78)	0,18 (0,24)	0,10 (0,38)
Dewaluacja zagrożenia	-0,04 (0,71)	-0,02 (0,65)	0,02 (0,84)	-0,21 (0,06)	-0,19 (0,23)	-0,12 (0,31)
Powstrzymywanie się od działania	0,01 (0,94)	0,08 (0,58)	0,07 (0,50)	-0,11 (0,32)	0,14 (0,37)	0,07 (0,55)
Zaprzeczanie	0,06 (0,62)	-0,20 (0,21)	0,02 (0,81)	0,08 (0,50)	-0,24 (0,13)	0,01 (0,96)
Poczucie zrozumiałości	-0,14 (0,23)	-0,04 (0,77)	-0,18 (0,12)	-0,10 (0,39)	-0,11 (0,49)	-0,32 (0,001*)
Poczucie zaradności	-0,46 (0,001*)	0,11 (0,51)	-0,19 (0,10)	-0,32 (0,05*)	0,04 (0,81)	-0,34 (0,004*)
Poczucie sensowności	-0,22 (0,06)	-0,16 (0,29)	-0,01 (0,95)	-0,16 (0,17)	-0,11 (0,48)	-0,23 (0,06)
Poczucie koherencji	-0,36 (0,001*)	0,01 (0,99)	-0,16 (0,18)	-0,26 (0,02*)	-0,06 (0,73)	-0,38 (0,001*)

Legenda: * różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$)

Wśród kobiet zdrowych uzyskano jednolite, wyraźne, choć małe związki pomiędzy subiektywną oceną stanu zdrowia (zarówno świadomość i poczucie choroby) a globalnym poczuciem koherencji i zaradności. Wraz z obniżaniem się poczucia koherencji i zaradności rosła negatywna ocena własnego zdrowia. Wydaje się to być związane z percepcją kontroli w sytuacji trudnej. Chore leczone promieniowaniem jonizującym uzyskały podobne wyniki jak zdrowe, lecz wyłącznie w odniesieniu do poczucia choroby. Im większy dyskomfort fizyczny, tym niższe poczucie koherencji oraz dwa jego składniki: sterowalność i zrozumiałość. Ważniejsze od wiedzy było odczuwanie patologicznych objawów. U kobiet zagrożonych chorobą nowotworową nie stwierdzono zależności pomiędzy subiektywną oceną stanu zdrowia i poczuciem koherencji. Należy nadmienić, że podejmowane strategie zaradcze oraz poczucie sensowności w żadnej z badanych grup nie wiązały się z oceną kondycji zdrowotnej.

Podsumowując, stwierdzono wyraźny związek pomiędzy poczuciem choroby a poziomem koherencji w sytuacji jednoznacznej z medycznego punktu widzenia (zdrowie albo choroba). Szczególnie widoczne jest to w przypadku dostrzegania zasobów do sprostania stawianym wymaganiom. W sytuacji niejasnej i niepewnej, jaką jest faza diagnozowania choroby, nie wykazano zależności pomiędzy zmiennymi. Porównując sytuację diagnozy choroby nowotworowej do stresu ekstremalnego (lub ostrego) nie należało oczekiwać ochronnego wpływu poczucia koherencji pomiędzy oceną sytuacji i kondycji zdrowotnej. Nawet osoby o wysokim poczuciu koherencji w obliczu zdarzeń traumatycznych doświadczają bardzo silnych,

negatywnych emocji. Ważnym wydaje się brak zależności pomiędzy oceną stanu zdrowia a poczuciem sensowności. Sugeruje to, że zarówno świadomość, jak i poczucie gorszej kondycji zdrowotnej to warunek niewystarczający dla naruszenia zaangażowania i sensu życia. Doświadczanie choroby nowotworowej dezorganizuje poczucie zaradności i zrozumiałości. Jest to sytuacja, w obliczu, której ludzie odczuwają deficyt możliwości zaradczych. Prawdopodobnie jest to związane z poczuciem małego wpływu i kontroli odnośnie do zdarzenia. Ponadto wzrasta niejasność i wrażenie braku logiki. Z tego powodu uzasadniona jest próba radzenia sobie poprzez zaprzeczanie i bunt ("nie mogłam uwierzyć, że to mnie spotkało", "to było niemożliwe", "dlaczego mnie to spotkało") i jest odzwierciedleniem obniżającego się poczucia zrozumiałości. Wcześniejsze wyniki dotyczące podejmowanych strategii zaradczych wskazują na korzystne oddziaływanie sposobów służących wyjaśnianiu i dewaluacji zagrożenia.

Sposoby radzenia sobie ze stresem pozostawały niezależne od oceny stanu zdrowia bez względu na przynależność do grupy kryterialnej. Wynika z tego, że ludzie podejmują wysiłki zaradcze nie dlatego, że źle się czują czy są chorzy, ale ponieważ sytuację poważnej choroby doświadczają jako zagrożenie. Podkreśla się wtórny charakter wpływu zagrożenia na poczucie koherencji. Słabe poczucie koherencji jest bardziej skutkiem nadmiernych wymagań zewnętrznych.

7.3. Strategie sprzyjające adaptacji do choroby

7.3.1. Skuteczność zmagania się z chorobą nowotworową narządów rodnych

Za miarę kształtowania się pozytywnej adaptacji do choroby, po uruchomieniu sposobów radzenia sobie, uznano poczucie koherencji. Analiza regresji wyjaśniała 18% zmienności poczucia koherencji przez zaprzeczanie, dewaluację zagrożenia i odraczenie działania ($F(4,67)=7,62$; $p<0,001$). Im mniejsze było zaprzeczanie i hamowanie aktywności, przy jednoczesnym pomniejszaniu wagi stresora, tym bardziej poczucie koherencji podwyższało się. Szczegółowe dane zawarto w Tabeli 25.

Tabela 25. Efektywność strategii zaradczych w zmaganiu się z chorobą nowotworową narządów rodnych.

STRATEGIE	Beta	R	R ²	R ² zmiana	F-wprowadzane
Zaprzeczanie	-0,31*	0,32	0,10	0,10	8,89**
Dewaluacja	0,27*	0,40	0,16	0,06	5,32*
Odraczenie	-0,23*	0,46	0,21	0,05	6,67*

$p<0,05^*$ $p<0,01^{**}$

Podsumowanie regresji $R=0,46$ $R^2=0,21$ Poprawione $R^2= 0,18$; $F(3,75)=6,71$ $p<0,001$

Te trzy strategie wyjaśniają bardzo mały procent zmienności dla poczucia koherencji. Wskazuje to na znaczenie innych, nie ujętych w tym badaniu czynników, takich jak kontrolowalność zdarzenia oraz optymistyczny - pesymistyczny styl wyjaśniania. Strategie zaprzeczania i dewaluacji mają odmienną skuteczność zaradczą. Zaprzeczanie może być formą samookłamywania się lub niedojrzałym mechanizmem obronnym. Natomiast dewaluacja jest rodzajem zniekształcenia, polegającego na dostrzeżeniu stresora i osłabieniu jego siły. Powstrzymanie się od działania pozostaje w opozycji do pozytywnego znaczenia jakiegokolwiek aktywności w radzeniu sobie z chorobą nowotworową.

Analiza regresji segmentowej jeszcze wyraźniej podkreśla związek pomiędzy stabilizacją poczucia koherencji a strategiami radzenia sobie (75,3% wyjaśnionej wariancji). Do analizy wybrano dwie strategie o największej wadze uzyskanej w krokowej analizie regresji, czyli dewaluację zagrożenia i zaprzeczanie (Tabela 26).

Tabela 26. Segmentowa regresja liniowa SOC.

Stała B0	Zaprzeczanie	Dewaluacja	Stała B0	Zaprzeczanie	Dewaluacja	Punkt przełamania
110,2	-0,99	0,73	151,53	-0,17	0,20	140,2

R=0,87 Wyjaśniona wariancja: 75,26%

Przy obniżonym poczuciu koherencji ważne jest niestosowanie zaprzeczania i preferowanie dewaluacji zagrożenia. Podsumowując, zaprzeczanie i dewaluacja zagrożenia w odmienny sposób wpływają na siłę poczucia koherencji. Wzrostowi poczucia koherencji sprzyja pomniejszanie wagi problemu i dystansowanie się, natomiast zaprzeczanie obniża je. Badane o silnym poczuciu koherencji prawdopodobnie nie oceniały sytuacji jako zagrożenie. Z tego powodu wymienione sposoby zaradcze nie modyfikowały wysokiego poczucia koherencji. Badane o wyższym poczuciu koherencji podejmowały inne strategii zaradcze bądź pełniły one odmienną funkcję niż zmiana znaczenia sytuacji stresowej. Można przypuszczać, iż osoby o mocnym poczuciu koherencji nie zniekształcały zdarzenia, oceniając je realnie i adekwatnie. Hipoteza 9 została potwierdzona. Skuteczne w zmaganiu się ze stresem choroby były strategii pomniejszania wagi problemu, natomiast zaprzeczanie okazało się nieefektywne.

7.3.2. Strategie zaradcze motywujące do zdrowia

Poczucie sensowności określono jako czynnik decydujący o motywacyjnym aspekcie zaangażowania w proces zdrowienia i życia (hipoteza 10). Siedem rodzajów strategii wyjaśniały 23% zmienności poczucia sensu (analiza regresji $F(5,73)=5,67$; $p<0.01$) (Tabela 27).

Tabela 27. Podsumowanie regresji zmiennej poczucie sensowności

STRATEGIE	BETA	R	R ²	R ² zmiana	F-wprowadzane
Zaprzeczanie	-0,26*	0,33	0,11	0,11	9,21**
Dewaluacja	0,31*	0,40	0,16	0,05	5,08*
Odraczenie	-0,26*	0,46	0,22	0,06	5,02*
Strategie emocjonalne	-0,33*	0,48	0,23	0,01	1,64
Strategie zadaniowe	0,29*	0,53	0,28	0,05	4,80*

$p<0,05^*$ $p<0,01^{**}$

Podsumowanie regresji $R=0,53$ $R^2=0,28$ Poprawione $R^2=0,23$ $F(5,73)=5,67$ $p=0,00018$

Istotne statystycznie były: zaprzeczanie i odraczenie (związek ujemny) oraz dewaluacja zagrożenia i strategie zadaniowe (związek dodatni). Przede wszystkim zmniejszanie udziału strategii zaprzeczania i powstrzymywania się od działania, przy zaangażowaniu większej liczby strategii zadaniowych i dewaluacji zagrożenia przyczyniało się do wzrostu poczucia sensowności.

Podsumowując, zaangażowaniu w proces zdrowienia sprzyjają strategie ukierunkowane na zmianę sytuacji zewnętrznej oraz zniekształcanie oceny zdarzenia poprzez pomniejszanie wagi stresu. Zależność ta jako efektywna została opisana przez Davey'a (1993). W ten sposób strategia pomniejszania wagi problemu stwarza możliwość organizowania źródeł sprzyjających aktywizacji strategii

instrumentalnych. Natomiast niekorzystnie oddziałującymi na motywację do odzyskiwania zdrowia, sprzyjające pograżaniu się w chorobie, są strategie pasywne oraz zniekształcanie sytuacji poprzez zaprzeczanie jej. Strategie instrumentalne wiążą się z postrzeganym poczuciem kontroli, co prawdopodobnie dotyczy sytuacji podjęcia leczenia przy akceptacji faktu diagnozy raka.

7.3.3. Długość czasu przeżycia w chorobie nowotworowej a zmienne biomedyczne i indywidualne

Weryfikacji hipotezy 11 o wpływie czynników medycznych i osobowych na prawdopodobieństwo przeżycia dokonano za pomocą statystycznej analizy czasu przeżycia. Spośród 118 badanych uzyskano dane dotyczące 105 chorych. Czas od badania psychologicznego wynosił minimum dwa lata. Wśród 105 chorych na nowotwory narządów rodnych żyło 67% (n=70), a zmarło 33% (n=35). Mediana przeżycia wynosiła 909 dni (2 lata 6 miesięcy). Stwierdzono związek pomiędzy czasem przeżycia a zmiennymi medycznymi takimi jak stopień zaawansowania choroby i podjęty sposób leczenia (Tabela 28).

Tabela nr 28. Analiza czasu przeżycia w grupie chorych na nowotwory narządów rodnych z uwzględnieniem zaawansowania choroby i sposobu leczenia

Rodzaj obserwacji	METODA LECZENIA (N=100)			ZAAWANSOWANIE CHOROBY (N=97)		
	Liczba obserwacji	Skojarzona radioterapia (n=61)	Samodzielna radioterapia (n=39)	Liczba obserwacji	Niski (n=46)	Wysoki (n=51)
Obserwacje nieucięte (żyjące)	69 (69%)	49 (80%)	20 (51%)	68 (70%)	39 (85%)	29 (57%)
Obserwacje ucięte (zgon)	31 (31%)	12 (20%)	19 (49%)	29 (30%)	7 (15%)	22 (43%)
Funkcja przeżycia: Z=3,6; p=0,0003			Funkcja przeżycia: Z=2,7; p=0,007			

Prawdopodobieństwo przeżycia rośnie przy diagnozie niższego stopnia zaawansowania choroby oraz leczenia skojarzonego: chirurgicznego i uzupełniającej radioterapii (odpowiednio Z=2,7; p=0,007 oraz Z=3,6; p=0,0003), co jest zgodne z doniesieniami w literaturze medycznej (Klimek, Urbański, 1999; Rose i in., 1999).

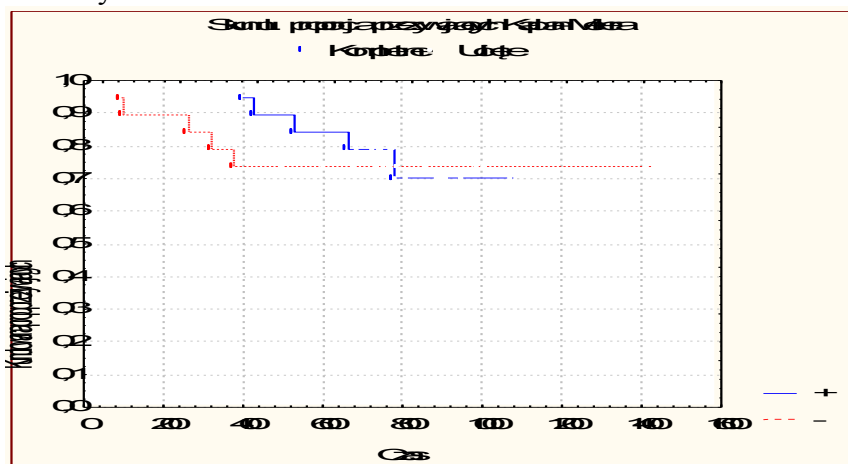
Chore o poczuciu koherencji wyższym niż przeciętne i niższym nie różniły się czasem przeżycia. Z tego powodu do dalszej analizy wybrano dwie skrajne grupy: kobiety o słabym (dolny kwartył SOC<125) i silnym (górnym kwartyłem SOC>154) poczuciu koherencji. Do grupy tej zakwalifikowano 38 chorych (Tabela 29).

Tabela nr 29. Analiza czasu przeżycia chorych na nowotwory narządów rodnych a poczucie koherencji.

SILA POCZUCIA KOHERENCJI		MOCNE SOC (>154)	SŁABE SOC (<125)
Liczba obserwacji	N=38	N=19	N=19
Obserwacje nieucięte (żyjące)	28 (74%)	14 (74%)	14 (74%)
Obserwacje ucięte (zgon)	10 (26%)	5 (26%)	5 (26%)

Mała liczebność grup powoduje, że ten punkt analizy ma niższą wartość. Jednakże całkowity brak różnic w długości czasu przeżycia chorych na nowotwory

narządów rodnych przemawia, za nadrzędną rolę czynników medycznych w rokowaniu ($Z=0,67$; $p=0,5$). Nie pozwala to na przyjęcie poglądów Antonovsky'ego o związku pomiędzy poczuciem koherencji a pozycją zajmowaną w obszarze zdrowia i choroby somatycznej. Wyniki w formie graficznej przedstawiono na Rycinie 13.



Legenda: + silne poczucie koherencji; - słabe poczucie koherencji

Rycina 13. Skumulowane prawdopodobieństwo czasu przeżycia w zależności od silnego i słabego poczucia koherencji w grupie chorych na nowotwory narządów rodnych.

Wyniki skłaniają do przyjęcia sugestii pojawiającej się w literaturze, że poczucie koherencji jest zmienną wpływającą przede wszystkim na jakość życia w chorobach nowotworowych.

Analizowano wpływ strategii zaprzeczania i dewaluacji zagrożenia na prawdopodobieństwo przeżycia w chorobie nowotworowej (Tabela 30).

Tabela 30. Analiza czasu przeżycia chorych na nowotwory narządów rodnych a radzenie sobie poprzez zaprzeczanie i dewaluację zagrożenia.

Rodzaj obserwacji	ZAPRZECZANIE (N=103)			DEWALUACJA ZAGROŻENIA (N=103)		
	Liczba obserwacji	Niskie zaprzeczanie (n=62)	Silne zaprzeczanie (n=41)	Liczba obserwacji	Silna dewaluacja (n=55)	Słaba dewaluacja (n=48)
Obserwacje nieucięte (żyjące)	69 (67%)	39 (63%)	30 (73%)	69 (67%)	38 (69%)	31 (65%)
Obserwacje ucięte (zgon)	34 (33%)	23 (37%)	11 (27%)	34 (33%)	17 (31%)	17 (35%)
	Funkcja przeżycia: $Z=-0,71$; $p=0,47$			Funkcja przeżycia: $Z=0,15$; $p=0,88$		

Stwierdzono brak wpływu strategii zaprzeczania i dewaluacji zagrożenia na długość czasu przeżycia. Te strategie, które są korzystne w początkowym etapie diagnozy i leczenia choroby nowotworowej, mogą być nieużyteczne czy wręcz szkodliwe, w przypadku wznowy czy progresji nowotworu.

Postawiona hipoteza dotycząca wpływu zmiennych, takich jak poczucie koherencji i strategie zaradcze, na długość czasu przeżycia w chorobie nowotworowej nie została potwierdzona. Wymienione zmienne nie miały wpływu na czas przeżycia, a znaczącymi były czynniki związane ze statusem histopatologicznym, zaawansowaniem choroby nowotworowej i jej leczeniem.

8. DYSKUSJA

8.1. Strategie zmagania się ze stresem utraty zdrowia

Podjęty w niniejszej pracy problem, jakie strategie radzenia sobie z zagrożeniem życia są aktywizowane w sytuacji choroby nowotworowej narządów rodnych, został zweryfikowany empirycznie. Ustalono, że obiektywne i subiektywne informacje o zagrożeniu życia uruchamiają odmienne sposoby zaradcze z tego rodzaju sytuacją. Mechanizmy te nie są uniwersalne dla stanu zdrowia, zagrożenia jego utraty oraz choroby. Zmieniały się w zależności od bliskości i realności konfrontacji z zagrożeniem życia. W ten sposób kobiety chore, zagrożone rakiem oraz zdrowe preferowały odmienne strategie zaradcze, które służyły realizacji zróżnicowanych celów. Dominującym był czynnik sytuacyjny – zagrożenie życia (Chojnacka – Szawlowska, 1998; Cimprich, 1999; Maunsell i in., 1992).

Poszczególne rodzaje strategii wśród badanych grup można było przyporządkować do pięciu kategorii z uwagi na pełnioną przez nie funkcję. Były to: wyjaśnianie, unikanie (dystansowanie), emocjonalne, instrumentalne i odzwierciedlające postawę wobec sytuacji trudnej. Jest to zgodne z koncepcją Lazarusa (1986), podejściem Czapińskiego (1992) oraz zespołu Watson (1988). Podobnych pięć kategorii sposobów zaradczych wyróżnił Czapiński (1992) za pomocą analizy czynnikowej. Określił je jako strategie zadaniowe, wyjaśniające (poszukiwania informacji i wsparcia), rezygnacji (pogodzenia się), religijności i unikania. Wśród chorych na nowotwory narządów rodnych dominował czynnik związany z wyjaśnianiem sytuacji poprzez aktywne poszukiwanie i przyjmowanie wsparcia instrumentalnego, w dalszej kolejności emocjonalnego (por. Harrison i in., 1995; Lauver i in., 1999; Steginga, Dunn, 1997). Uzupełniającymi były: gotowość godzenia się z sytuacją (akceptacja i stoicyzm) oraz dystansowanie (odwracania uwagi od źródła stresu) (por. Hack, Degner, 1999). Strategia zadaniowa zawierała aspekty instrumentalnego i poznawczego radzenia sobie. Funkcję emocjonalną pełniły strategie uzyskiwania równowagi i samokontroli wewnętrznej (por. Classen i in., 1996). Głównym zadaniem realizowanym przez chore na raka było zrozumienie sytuacji i jej akceptacja. Stwierdzono wielofunkcyjność poszczególnych sposobów zaradczych.

Badane w sytuacji antycypacji choroby nowotworowej preferowały strategie zadaniowe oraz poszukiwały wsparcia u innych ludzi (funkcja wyjaśniająca). Zagrożone dystansowały się nie tylko emocjonalnie, ale i poprzez podejmowanie specyficznych, odwracających uwagę zachowań. Na tym etapie jest już widoczna różnorodność postaw przyjmowanych wobec zagrożenia. Były to przede wszystkim zwrot w kierunku religijności, stoicyzmu (akceptacja) i fatalizmu (poddanie się). Cechowała je odmienna antycypacja sukcesu i porażki (por. Goszczyńska, 1997). Przewidywano negatywne rozwiązanie sytuacji (potwierdzenie choroby), pozytywne związane z nadzieją (wykluczenie choroby) albo realistyczne wiążące się z zewnętrznym poczuciem kontroli (brak wpływu na diagnozę). Podobne rozumienie sposobów zaradczych jako form przystosowawczych ma Watson i współpracownicy (1988), Greer (1991) i Juczyński (1997). Ich zdaniem, gdy choroba stanie się faktem, postawa fatalizmu będzie sprzyjać złej adaptacji do sytuacji. Najkorzystniejsza postawa "woli walki" wydaje się być reprezentowana przez strategie aktywne, pełniące funkcje zadaniowe i dystansujące. Unikanie realizowane jest poprzez angażowanie się w inne działania (aktywność jako ucieczka w rozumieniu Heima,

1991). Zdaniem David i Suls (1999) ekstrawertycy chętnie podejmują strategie instrumentalne i unikania, zwłaszcza pod postacią bezpośrednich działań. Uzyskane w niniejszym badaniu wyniki w grupie przewidujących chorobę nowotworową potwierdzają związek funkcji zadaniowej i unikania. Należałoby, więc zwrócić uwagę na temperamentalne uwarunkowania radzenia sobie w obliczu silnych stresujących zdarzeń. Czynniki wymienione odnośnie do sytuacji zagrożenia rakiem w znacznym stopniu odzwierciedlają postawę wobec choroby, która wpływa na kształtujący się jej obraz (Heszen - Klemens, 1979; Jarosz, 1983). Faza diagnozy jest podstawową w formowaniu się obrazu choroby. Jest odpowiedzią na ważne zdarzenie życiowe. Postawa wobec choroby nowotworowej kształtuje się od momentu dostrzeżenia pierwszych niepokojących symptomów i może mieć niewiele wspólnego z uzyskiwaniem obiektywnych informacji medycznych. Indywidualny lęk sytuacyjny oraz pesymistyczne przewidywanie jest odzwierciedleniem lęku społecznego dotyczącego chorób nowotworowych (Jokiel, 1994). Natomiast czy poszerzenie wiedzy w zakresie chorób nowotworowych spowoduje zmianę jej obrazu wśród Polaków stwierdzą badania analizujące skuteczność aktualnie prowadzonych akcji i programów promocji zdrowia.

Wśród kobiet zdrowych dominowały strategie realizujące funkcję instrumentalną i unikania. W tym przypadku, tak jak uważa Lazarus, stwierdzono przeciwstawność wymienionych strategii. Sposoby unikania wydają się być częścią strategii emocjonalnych (por. Czapiński, 1992). W obliczu kłopotów codziennych kobiety radziły sobie zadaniowo i unikająco (por. Piwowarska – Pościk, 1997). Prawdopodobnie, zdarzenia te nie angażowały ważnych wartości i mogły zostać odsunięte na pozycje marginalne, dlatego unikanie mogło dawać korzyści (por. Antonovsky, 1995a; Davey, 1993).

Podsumowując, zbiory dostępnych strategii zaradczych są zbliżone we wszystkich grupach badanych. Odmienna jest waga poszczególnych podzbiorów i ich konfiguracja. Wskazuje to na znaczący wpływ czynnika sytuacyjnego oraz oceny dokonanej przez podmiot. Zdecydowanie zróżnicowane natomiast są konkretne sposoby zaradcze podejmowane w obliczu zagrożenia oraz pełniona przez nie funkcja. Nadrzędnym wydaje się być cel, jaki mają realizować poszczególne strategie, a nie same izolowane sposoby. Mniej istotne jest pytanie, w jaki sposób na korzyść pytania, w jakim celu podejmowane jest radzenie sobie.

W sytuacjach jednoznacznych, zdrowia albo choroby, aktywizowano odmienne strategie zaradcze. Kobiety chore na raka znacząco częściej kierowały ku realizacji funkcji emocjonalnej oraz unikania, a rzadziej instrumentalnej w porównaniu do zdrowych (por. Bidzan i in., 1999; Chojnacka – Szawłowska, 1994b; Lauver i in., 1999; Lutgendorf i in., 2000; Trzebiatowska i in., 1997). Natomiast sytuacja antycypacji utraty zdrowia (faza diagnozy) była pośrednia pomiędzy tymi dwoma. Stwierdzono, że indukowała strategie ukierunkowane emocjonalnie wspomagane zadaniowymi. Jednakże są to wyniki ilościowe, które mają niewielką wartość. Analiza struktury radzenia sobie ze stresem wskazuje, że w chorobie preferowano strategie emocjonalne i dewaluacji zagrożenia, natomiast w zdrowiu instrumentalne i pozytywnego przewartościowania. Stan zagrożenia chorobą jako pośredni pomiędzy wymienionymi oraz niejednoznaczny (w trakcie diagnozy) nie warunkował specyficznej konfiguracji strategii. Podejmowane były strategie charakterystyczne zarówno dla zdrowych, jak i dla chorych. W interpretacji takiego zjawiska można wskazać dwa podejścia. Pierwszy związany jest z koherencją sytuacji opisywaną przez Shalita (za Antonovsky, 1995a), drugi z paradygmatem patogenicznym. Niejednoznaczność i niepewność sytuacji uruchamia bardzo

zróżnicowane sposoby (stosunkowo największe odchylenie standardowe w grupie zagrożonych w porównaniu do zdrowych i chorych). Prawdopodobnie preferencji określonych technik sprzyja przewidywanie optymistycznego rozwoju sytuacji. Badania dotyczące optymistycznego versus pesymistycznego stylu wyjaśniania, poziomu nadziei, przewidywania sukcesu a nie porażki, poczucia zaradności mogą wpłynąć na interpretację wyników w tej grupie (por. Antoni, Goodkin, 1988; Ballard, 1997; Bjorck i in., 1999; Fehring i in., 1997; Jakobsson i in., 1997; Morris i in., 1992; Nordin, Glimelius, 1997; Snoll i in., 1998; van der Zee i in., 2000). Wydaje się ważne stwierdzenie, że realistyczna ocena powoduje najlepiej dopasowane radzenie sobie (Heim, 1998). Zdaniem Antonovsky'ego (1995a) osoby o silnym poczuciu koherencji mają skłonność do adekwatnego oceniania sytuacji. Druga płaszczyzna interpretacji braku wyrazistości radzenia sobie w sytuacji zagrożenia zdrowia może być dokonana na mocy paradygmatu patogenicznego. Grupa ryzyka, jaką są kobiety zagrożone chorobą nowotworową jest w rzeczywistości grupą kobiet zdrowych. Dopiero rola chorego wymaga odmiennych strategii zaradczych i kształtuje nowe sposoby w obliczu nieznanych dotąd wyzwań bądź zagrożeń wynikających z pełnionej roli (Kasl, Cobb, za Tobiasz - Adamczyk, 1998). Faza diagnostyki wśród badanych wprowadzała w ich codzienne życie nowe zadania, ale nie powodowała konieczności odstąpienia od realizacji dotychczasowych.

Jako jeden z warunków sukcesu radzenia sobie Czapiński (1992) upatruje w podejmowaniu dwóch rodzajów strategii, a nie trzech. W ten sposób zdrowe i zagrożone chorobą spełniają warunek sprzyjający dobrostanowi. Minimalizacja strategii unikania jest szczególnie ważna w grupie antycypujących raka. Sprzyja realizowaniu celu, jakim jest podtrzymanie dobrego zdrowia, ogranicza możliwość zwlekania z podjęciem terapii (Andersen i in., 1995). Natomiast chore na nowotwór narządów rodnych preferowały strategie emocjonalne wspierane przez zdaniowe i ucieczki. Świadczy to o tym, że nadrzędnym celem radzenia sobie w chorobie nowotworowej jest poprawa komfortu psychicznego (zmniejszanie dyskomfortu emocjonalnego) oraz utrzymanie dotychczasowej struktury "ja". W podjętych badaniach w żadnej z grup kryterialnych nie stwierdzono dezadaptacyjnego radzenia sobie poprzez sztywne podejmowanie jednego typu strategii.

Porównano wyniki własne do uzyskanych przez innych polskich autorów (Bidzan i in., 1999; Chojnacka - Szawłowska, 1998, Tobiasz - Adamczak i in. 1999). Część z nich jest bardzo bliska niniejszym badaniom, ponieważ dotyczą chorych na raka z regionu gdańskiego. Stwarzają możliwość zwiększenia wiarygodności wyników, mimo celowego doboru badanych do grup kryterialnych. Szczegółowe dane zaprezentowano w Tabeli 31. Wyniki własne podano w nawiasach i zaznaczono kursywą.

Tabela nr 31. Analiza wyników sposobów zaradczych podejmowanych wśród zdrowych i chorych na nowotwory w literaturze polskiej (SSRS Urant i Czapiński).

AUTOR	GRUPA	STRATEGIA		
		Zadaniowa (\bar{x})	Emocjonalna (\bar{x})	Unikania (\bar{x})
Chojnacka - Szawłowska (1998)	Osoby zdrowe - próba ogólnopolska	7,0	9,4	3,4
Chojnacka - Szawłowska, Krzykowski (1996)	Kobiety (próba ogólnopolska) (<i>kobiety zdrowe</i>)	4,8 (7,7)	6,4 (10,2)	5,2 (3,5)
Chojnacka - Szawłowska (1998)	Pacjenci w fazie wczesnej diagnostyki	7,95	10,7	4,8
	Diagnozowani z wykluczoną chorobą nowotworową (<i>kobiety zagrożone chorobą nowotworową</i>)	8,6 (7,1)	11,8 (9,2)	5,4 (3,6)
Bidzan i wsp. (1999)	Chore przed zabiegiem histerektomii z powodu nowotworu (<i>chore w trakcie napromieniania</i>)	9,0 (6,4)	11,0 (10,6)	6,5 (4,6)
	Chore rok po leczeniu (histerektomia) z powodu nowotworu narządów rodnych (stopień I i II)	9,0	13,0	6,5

Legenda: (wyniki badań własnych w grupach kryterialnych)

Strategie podejmowane przez kobiety zdrowe odpowiadają próbie ogólnopolskiej bez uwzględnienia kryterium płci. Zagrożone chorobą porównano do pacjentów, u których w toku procesu diagnostycznego wykluczono chorobę nowotworową (Chojnacka - Szawłowska, 1998). Kobiety z podejrzeniem nowotworu piersi wykazywały mniejszą aktywność niż wszyscy pacjenci we wczesnej fazie diagnozy, ale proporcje strategii zaradczych można uznać za zbliżone. Wyniki chorych na nowotwory narządów rodnych w trakcie napromieniania odniesiono do grupy oczekujących na zabieg histerektomii oraz będących rok po zakończeniu leczenia chirurgicznego (Bidzan i wsp., 1999). Stwierdza się zróżnicowanie pomiędzy sposobami instrumentalnymi i unikania. Pacjentki w trakcie leczenia napromienianiem podejmowały mniej zadaniowych i uciezkowych sposobów niż w pozostałych dwóch opisanych grupach. Sytuacja aktywnego leczenia przeciwnowotworowego może powodować zmniejszenie liczby strategii zadaniowych. Możliwości zmiany sytuacji zewnętrznej są w zasadzie niewielkie. Jednakże, jak wskazuje Tobiasz - Adamczyk i współpracownicy (1999), wielu pacjentów podejmuje próby samoleczenia. Jest to proces korzystny, gdy dotyczy zmiany stylu życia, uczenia się umiejętności pokonywania stresu, prawidłowej współpracy z lekarzem, wprowadzaniu metod z kręgu medycyny niekonwencjonalnej. Konieczna jest integracja pomiędzy leczeniem medycznym oraz oddziaływaniami podejmowanymi przez chorego. Ciekawym jest wzrost strategii unikania przed i w rok po usunięciu macicy (Bidzan i wsp., 1999). O ile przed zabiegiem chirurgicznym chore mogły prezentować zespół stresu ostrego, to

po zabiegu zwiększone unikanie może świadczyć o nieprzepracowaniu tego patologicznego syndromu. Zależności takiej nie zaobserwowano w badaniach własnych. Może to sugerować korzystną rolę dalszego leczenia i pozostawania pod stałą, systematyczną opieką medyczną, co wzmacnia zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa (por. Hack, Degner, 1999; Tobiasz – Adamczyk i in., 1999).

Struktura strategii zmiany znaczenia transakcji stresowej była podobna we wszystkich badanych grupach. W analizie ilościowej ustalono, że chore na nowotwór i zagrożone częściej niż zdrowe zaprzeczały. Natomiast dewaluacja zagrożenia była charakterystyczna wyłącznie dla chorych. Można odwołać się w tu do modelu "dawkowania" stresu według Epsteina. Pozytywne przewartościowanie i powstrzymywanie się od działania było wśród badanych kobiet jednakowe. Należy nadmienić, że wśród zdrowych i zagrożonych chorobą pozytywne przewartościowanie było dominującą strategią modyfikowania stresu. Zaprzeczanie przez chore mogło być oczekiwane, ponieważ wynika to z siły źródła stresu (bliskie i rzeczywiste zagrożenie życia). W literaturze szeroko opisywany jest lęk przed chorobą nowotworową, co uzasadnia podejmowanie zaprzeczania przez diagnozowane (Jokiel, 1994; Kubacka - Jasiocka, 1995a; Wrona - Polańska, 1999; Łosiak, 1999b; Nęcki, Górniak, 1999). Warto podkreślić, że zaprzeczanie jako niedojrzały mechanizm obronny rzadko występuje u chorych (Davey, 1993). Zniekształcanie obrazu sytuacji lub w skrajnej formie odrzucanie części faktów poprzez zaprzeczanie wydaje się spełniać dwie funkcje, zarówno emocjonalną i w mniejszym stopniu instrumentalną. Zaprzeczanie może dotyczyć radzenia sobie z dyskomfortem emocjonalnym. Ponadto sprzyja zniekształcaniu rzeczywistości tworząc "pozytywną iluzję" (Sędek, 1991; Kubacka - Jasiocka, 1995b; Taylor, 1984; Taylor, Armor, 1996). Znamienne jest, że wśród kobiet zdrowych odnotowano istotne korelacje pomiędzy zaprzeczaniem a pozostałymi strategiami zmiany znaczenia oraz pomiędzy strategiami emocjonalnymi i unikania. Może to sugerować, że w stanie zdrowia zaprzeczanie pełni funkcję emocjonalno - ucieczkową oraz nadaje stresowi niską rangę.

Strategie dewaluacji zagrożenia w badanych grupach porównawczych pełniły emocjonalno - unikającą rolę. Zwykle wiąże się to z sytuacjami, które nie są kontrolowane osobiście (Davey, 1993; Folkman, Lazarus, 1986; Hofwartner i in., 1992). Dla zdrowych pomniejszanie zagrożenia było zbliżone do zaprzeczania i odrzucania działania. Zagrożone chorobą nowotworową dewaluację łączyły z powstrzymywaniem aktywności. Jest to w tej grupie szczególnie niekorzystne, tak jak i zaprzeczanie. Może wyjaśniać to problem zwlekania z podjęciem konsultacji medycznych przez chorych. Natomiast wśród napromienianych z powodu nowotworów narządów rodnych dewaluacja zagrożenia nie wiązała się ani z zaprzeczaniem ani z odrzucaniem. Zauważono umiarkowany związek pomiędzy pozytywnym przewartościowaniem a pomniejszaniem stresu. Sugeruje to, że pozytywne przewartościowanie może być modyfikacją mechanizmu dewaluacji. Dewaluacja zagrożenia polega na pomniejszaniu wagi zagrożenia, podczas gdy pozytywne przewartościowanie nie musi minimalizować znaczenia tylko eksponować jego korzystne strony. Fakt, że chore częściej zarówno zaprzeczały i pomniejszały wagę stresu może dowodzić istnienia kontinuum pomiędzy zaprzeczaniem a zmniejszaniem wartości zagrożenia poprzez minimalizację negatywów i maksymalizację pozytywów. Te trzy strategie w odmienny sposób służą zniekształcaniu rzeczywistości. Tę sugestię wzmacnia weryfikacja hipotezy o skuteczności strategii zaradczych. Osoby o niższym poczuciu koherencji dążyły do jego umocnienia poprzez strategię dewaluacji. Natomiast obniżaniu globalnego

poczucia koherencji sprzyjało zaprzeczanie. Wśród osób o silnym poczuciu koherencji nie zaobserwowano takiego związku. Zdaniem Antonovsky'ego (1995a) i Heima (1998) osoby o silnym poczuciu koherencji stosują strategii efektywne w stosunku do realnie postrzeganej sytuacji, czyli nie dokonują zniekształceń rzeczywistości. Ponadto, zgodnie z koncepcją Miller, radzenie sobie związane jest z redukcją lęku. Im większe natężenie lęku związanego z daną sytuacją, tym silniejsze zniekształcanie uzyskiwanych informacji (Chen i in., 1999; Hack, Degner, 1999; McCaul i in., 1999).

Należy rozważyć rolę zaprzeczania w radzeniu sobie chorobą nowotworową. Wydaje się, że nie musi ono pełnić funkcji odwracającej uwagę od procesu leczenia. Natomiast sprzyja negowaniu uczuć będących skutkiem faktu choroby. Nie jest ono prostym mechanizmem obronnym, całkowitego zaprzeczania zdarzeniu, tylko poznawczym mechanizmem negowania własnego stanu emocjonalnego. Z tego względu jest uzasadniona korelacja pomiędzy zaprzeczaniem a strategiami zadaniowymi u chorych. Odzwierciedla to podejście "wiem, że jestem chora, ale mówię sobie, że jestem zdrowa". Może być to wzmocnione poprzez niskie poczucie dyskomfortu fizycznego wynikającego z choroby (Cimprich, 1999; Langius, Lind, 1995). Dobrze tłumaczy to model choroby Leventhala. W ten sposób zaprzeczanie będzie dotyczyć emocjonalnego uporania się z faktem choroby, pozostające niezależne do zadaniowego radzenia sobie w procesie leczenia.

Wśród chorych na nowotwory narządów rodnych czynniki medyczne nie powodowały zmienności w zakresie sposobów radzenia sobie poza pozytywnym przewartościowaniem. Chore poddane uzupełniającej radioterapii po leczeniu chirurgicznym zdecydowanie częściej podejmowały pozytywne przewartościowanie niż w leczeniu samodzielnym napromienianiem. Świadczy to o dodawaniu wartości zabiegowi operacyjnemu. Większy wysiłek włożony w proces leczenia jest odbierany jako zwiększanie prawdopodobieństwa sukcesu. Zastosowanie dwóch, a nie jednej metody leczenia poważnej choroby może być spostrzegane jako skuteczniejsze. Nie można wykluczyć znaczenia informacji uzyskanych po zakończeniu tego etapu terapii. Z drugiej strony leczenie operacyjne cieszy się większym zaufaniem społecznym niż radioterapia, a percepcja jego skuteczności w ostatnich latach nie malała (Jokiel, 1994). Natomiast uzyskany brak różnic w sposobach zaradczych po uwzględnieniu zmiennych medycznych zbliża się do poglądów o dominującym znaczeniu zmagania się z przewlekłą, zagrażającą życiu chorobą nad specyfiką jej lokalizacji czy sposobów leczenia (Cassileth i wsp., 1989; Heim, 1998; Wirsching, 1994).

Sytuacja zdrowia, zagrożenia i choroby stawia przed ludźmi odmienne zadania i wymagania. Proces zaradczy w chorobie nowotworowej realizuje przede wszystkim funkcję emocjonalną, w znacznie mniejszym stopniu uzupełnioną instrumentalną i unikania. W sytuacji zagrożenia utraty zdrowia dąży się do minimalizowania strategii unikania. Sytuacja zdrowia sprzyja podejmowaniu strategii zadaniowych uzupełnianych emocjonalnymi. Sposób odnoszenia się do transakcji stresowej wśród chorych reguluje strategia zaprzeczania i dewaluacji zagrożenia. Zaprzeczanie wymuszane jest siłą zdarzenia stresowego. Z tego powodu nie jest spotykane wśród zdrowych. Może pełnić zarówno emocjonalną i instrumentalną funkcję. Dewaluacja zagrożenia jest sposobem charakterystycznym dla sytuacji choroby nowotworowej. Sprzyja życiu w mniejszym zagrożeniu niż oceniane przez osoby zdrowe.

Podejmując próbę odpowiedzi na pytanie, jakiemu celowi służy radzenie sobie w chorobie nowotworowej wyniki tej pracy wskazują na regulowanie emocji,

odzyskiwanie koherencji sytuacji (strategie wyjaśniające) poprzez dokonywanie zniekształceń (zaprzeczanie i dewaluacja). Przygotowuje to chorego do wprowadzania zmian wymuszonych chorobą, zarówno przy pozytywnym, jak i niekorzystnym rozwoju dalszej sytuacji zdrowotnej (zdrowienie albo umieranie).

8.2. Rola poczucia koherencji

Poczucie koherencji wśród zagrożonych chorobą nowotworową było istotnie niższe niż u zdrowych oraz chorych na raka szyjki lub trzonu macicy. Poszczególne składniki poczucia koherencji w tej grupie również pozostawały na najniższym poziomie. Należy wyjaśnić dwie kwestie. Po pierwsze, co spowodowało, że w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia, sytuacji antycypacji choroby nowotworowej, kobiety mają aż tak silnie obniżone poczucie koherencji. Drugie pytanie dotyczy chorych na nowotwór. Co sprawiło, że posiadają tak samo silne poczucie koherencji jak zdrowe.

Sytuacja diagnozy choroby nowotworowej, nawet z wykluczeniem procesu nowotworowego jest sytuacją traumatyczną (Cimprich, 1999; Compas i in., 1999; Hack, Degner, 1999; Lauver, Rubin, 1991; Lauver i in., 1999, Tomaino – Brunner i in., 1996; Wardle, Pope, 1992). Z tego powodu warto rozpatrywać ją w modelu sytuacji ekstremalnych (Lis - Turlejska, 1998). Choroba nowotworowa jest zdarzeniem nowym i nieznanym, a często i nagłym. Posiada bogatą charakterystykę doświadczenia traumy. Fazy zmagania się z diagnozą choroby nowotworowej opisane przez Kübler - Ross (1979) są zbliżone do modelu przepracowania żałoby Liftona (za Lis - Turlejska, 1998). W kryzysie mamy do czynienia z obniżonym poczuciem koherencji. Znacząca grupa wśród zagrożonych chorobą o bardzo słabym poczuciu koherencji, przy nielicznej o silnym poczuciu koherencji, może być tego dowodem. Sytuacja w trakcie fazy diagnostycznej jest zdarzeniem mającym cechy ostrego stresu, manifestującego się między innymi nasileniem lęku jako stanu. Brak jest gotowych schematów adaptacyjnych. Jest prawdopodobne, że kobiety te musiały na podstawie wcześniejszych doświadczeń antycypować zarówno behawioralne, poznawcze i przede wszystkim emocjonalne reakcje. Fakt subiektywnie odczuwanego i przeżywanego niebezpieczeństwa był ważniejszy od jego obiektywności. Jest to konfrontacja z własną śmiertelnością (Wirsching, 1994). W sytuacji stresu ekstremalnego poczucie koherencji nie posiada modyfikującego wpływu na siłę doświadczanych emocji. Nie chroni przed przeżywanym stresem, ale może zmieniać dalsze reakcje i proces radzenia sobie. Z medycznego punktu widzenia istnieją fazy zaawansowania choroby nowotworowej, ale nigdy na pewno nie można określić, czy decyzja diagnostyczna jest jednoznaczna i pewna (rozpoznanie fałszywie negatywne). Faza objawowa choroby nowotworowej jest ściśle związana z procesem progresji, a nie inicjacji czy promocji (Andreas, Altheide, 1990). Z tego powodu nawet w stanach przedinwazyjnych istnieje zagrożenie życia.

Można sugerować odmienne wyjaśnienie. Poczucie koherencji jest zasobem kształtującym zdrowie. Jest "behawioralną immunologią" (Antonovsky, 1995a). Wskazując na liczne prace dotyczące związków pomiędzy funkcjonowaniem systemu odpornościowego, nerwowego i stanem psychologicznym należy rozważyć czy słabe poczucie koherencji jest jedną z przyczyn progresji procesu nowotworowego (Mausch, 1999; Sheridan, Radmacher 1998). Obniżone poczucie koherencji nie byłoby, zatem skutkiem traumy zagrożenia zdrowia i życia, ale przyczyną starty zasobów zdrowotnych. Przez wielu autorów uznane jest za

przyczynę patologii (Antonovsky, 1995a). Autorka niniejszych badań skłania się jednak ku stwierdzeniu, że poziom poczucia koherencji bardziej jest pochodną komplikacji występujących w sytuacjach związanych z deficytem zdrowia oraz wagi sprężenia zwrotnego w dynamice stresu (por. Jelonkiewicz, 1996; Schnyder, 1999).

W grupie chorych na nowotwory narządów rodnych odnotowano podobne proporcje osób o niskim i silnym poczuciu koherencji, tak jak wśród zdrowych kobiet. Wydaje się, że rozpoczęty proces leczenia w porównaniu do fazy diagnozy spowodował przywrócenie przedchorobowego poziomu poczucia koherencji oraz ustępowanie zespołu stresu ostrego, z uwagi na upływ czasu oraz nadzieję, jaka daje wprowadzenie leczenia. Zmienne medyczne takie jak zaawansowanie choroby czy metoda leczenia nie miały znaczenia dla natężenia poczucia koherencji. Jest to uzasadnione, ponieważ poczucie koherencji jest względnie stałą orientacją indywidualną. Ponadto u kobiet łączy się z negatywnymi doświadczeniami życiowymi, a nie stanem zdrowia (Carmel, za Jelonkiewicz, 1996; Kosińska – Dec, Jelonkiewicz, 1997; Zwoliński, 1997). Najniższe wyniki na skali SOC-29 uzyskały chore leczone operacyjnie, w stosunku do wyłącznie napromienianych, w niskim stopniu zaawansowania choroby. Choć nie jest to różnica znamienna statystycznie tendencja może sugerować na obciążający wpływ postępowania chirurgicznego na dyskomfort emocjonalny w nowotworach ograniczonych miejscowo. Pacjenci oczekujący na operację z powodu nowotworu płuc oraz raka szyjki macicy (Bidzan i in., 1999; Szymczak, Skokowski, 1999) uzyskali podobne natężenie poczucia koherencji jak, badane przez autorkę tej pracy, kobiety zagrożone chorobą nowotworową, co w dalszym ciągu wskazuje na sytuacje traumy oraz naruszenia kondycji psychicznej (Bidzan i in., 1999; Callahan, Pincus, 1995; Frommberg i in., 1999). Według Koniarka, Dudka i Makowskiej (1993) wśród chorych onkologicznych badanych przez Antonovsky'ego stwierdzono najniższe poczucie koherencji. Wyniki uzyskane przez kobiety chore na raka szyjki lub trzonu macicy nie są zgodne z doniesieniami innych autorów. Osoby chore, w trakcie długotrwałego leczenia lub z zaawansowaną chorobą nowotworową, uzyskiwały stosunkowo niższe poczucie koherencji w porównaniu do osób zdrowych albo chorych leczonych metodami niezagrażającymi (Bidzan i in., 1999; Langius, Lind, 1995; Szymczak, Tartas, 1999). Uzyskane wyniki własne można interpretować w analogii do spostrzeżeń Chojnackiej - Szawłowskiej (1998). Autorka podkreśla, że u pewnej grupy osób dostrzegających symptomy raka wraz z upływem czasu maleje lęk sytuacyjny. Z tego powodu zwlekają z podjęciem leczenia i zgłaszają się z zaawansowaną chorobą nowotworową. Lęk jest znaczącym korelatem dla poczucia koherencji, dlatego jego niewielkie nasilenie może sprzyjać utrzymywaniu się globalnej orientacji życiowej na przeciętnym poziomie. Wydaje się jednak, że lepiej fakt podobnego natężenia poczucia koherencji u chorych i zdrowych wyjaśnia obserwacje osób chorych przewlekłe. Jest to zgodne z myśleniem salutogenetycznym. Osoby chore w pewnym czasie od diagnozy dokonują przewartościowania swoich potrzeb. Zmianie mogą ulec zarówno cele, do których dążą, jak i hierarchia wartości przez nich preferowanych. Wśród osób o stabilnym i wysokim poczuciu koherencji jest to sytuacja, w której uruchamiane są osobiste zasoby odpornościowe. Jednostka bez względu na swój stan fizyczny może w dalszym ciągu w jasny i logiczny sposób antycypować dalsze zdarzenia, mieć poczucie możliwości sprostania sytuacjom trudnym, które ją czekają, a przede wszystkim jest zaangażowana we własne życie, które samo w sobie jest dla niej wartością. Samo nadanie koherencji sytuacji skutkuje stabilizacją poczucia zrozumiałości, zaradności, a również w mniejszym stopniu sensowności. W modelu

salutogenetycznym osoba z chorobą nowotworową może zajmować pozycję bliżej bieguna zdrowie niż osoba bez objawów patologicznych. Jednakże w modelu patogenetycznym zawsze pozostanie w kategorii osób chorych, stygmatyzując relacje zwłaszcza interpersonalne. Można zacytować za Miltz (1997), że po skutecznym leczeniu nowotworu mamy do czynienia z grupą osób "zdrowych chorych onkologicznie". Łącząc uzyskane wyniki w zakresie poczucia koherencji u kobiet chorych i zagrożonych chorobą należałoby dokładniej rozpoznać, co ma wpływ na zmianę, jakie zasoby i jakie czynniki pozwalają na odzyskanie równowagi, poczucia zrozumiałości, możliwości sprostania trudnościom i wysokiego zaangażowania się w podejmowanie działań. W związku z tym model promocji zdrowia powinien zawierać "wielorakie działania mające na celu wzmocnienie fizycznego, umysłowego, emocjonalnego i duchowego dobrego samopoczucia z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb, przekonań, celów, sytuacji, zasobów własnych, preferencji i psychofizjologicznych reakcji pacjenta" (Lerner, 1997, s.101).

Rozwiązanie tego problemu może przybliżyć odpowiedź na kolejne pytanie. Czy subiektywna ocena stanu zdrowia jest zbieżna z obiektywną w grupie chorych i zagrożonych chorobą nowotworową? Zarówno chore, jak i zagrożone chorobą nowotworową posiadały podobne poczucie choroby (doświadczenie schematu symptomów w rozumieniu Levethala). Natomiast chore ukształtowały bardziej poważny poznawczy obraz choroby. Leczone napromienianiem nie miały zgodnego wizerunku poczucia i świadomości choroby. Subiektywne doświadczenie wynikające z symptomatologii pozostawało na podobnym poziomie jak u kobiet w trakcie diagnozy. Stwarza to rozdźwięk pomiędzy wiedzą a odczuciem powagi stanu zdrowia. Poczucie i świadomość choroby były niezależne od strategii zaradczych we wszystkich grupach kryterialnych. Natomiast poczucie choroby negatywnie wiązało się z ogólnym poczuciem koherencji oraz z poczuciem zrozumiałości i zaradności. Podobną zależność uzyskano u chorych na cukrzycę (Sanden – Eriksson, 2000). Jedynym czynnikiem nie wchodzącym w związek z poczuciem choroby było poczucie sensowności. Wśród zagrożonych chorobą nowotworową nie odnotowano takich związków. Równocześnie, poznawcza świadomość choroby u cierpiących na raka, nie korelowała z globalnym poczuciem koherencji ani z jego poszczególnymi składnikami, co jest bardzo istotne. Jak już nadmieniono, w literaturze istnieją dowody, że poczucie koherencji nie modyfikuje emocji w obliczu sytuacji traumy. Więc być może doświadczenie ekstremalne może zaniżać czasowo tą właściwość, powodując jego niestabilność. W przypadku prawidłowego przepracowania kryzysu dochodzi do odbudowania poczucia koherencji. Natomiast w przypadku choroby nowotworowej, w której rozwijają się niewielkie bądź krótkotrwałe dolegliwości fizyczne, poczucie koherencji może pozostawać na poziomie takim jak w stanie zdrowia. Poczucie choroby będzie zmienną pośredniczącą pomiędzy obiektywną powagą stanu zdrowia a utrzymywanym poczuciem koherencji. W grupie chorych na nowotwory narządów rodnych interakcja zmiennych medycznych powodowała różnicowanie w zakresie poczucia choroby. Adekwatnie chore leczone samodzielnie radioterapią w wysokim zaawansowaniu choroby miały jej najsilniejsze poczucie w stosunku do najniższego poczucia choroby wśród leczonych tą samą metodą w niskim stopniu wzrostu procesu nowotworowego. Natomiast zupełnie nieadekwatne było niskie poczucie choroby wśród leczonych z powodu zaawansowanego raka szyjki lub trzonu macicy operacyjnie i radioterapią. Jest to kolejny dowód o dowartościowywaniu leczenia chirurgicznego (lub informacji otrzymanych od chirurgów) przez chorych.

Podsumowując, wydaje się, że diagnoza choroby nowotworowej jest doświadczeniem traumatycznym, mogącym spowodować wystąpienie zespołu stresu pourazowego lub w mniejszym nasileniu zespołu stresu ostrego (DSM IV, 1994). W radzeniu sobie ze skutkami takiego stresu sprzyjają osobiste zasoby odpornościowe i generowane strategie zaradcze. Równorzędnymi celami radzenia sobie podczas diagnozy jest regulowanie negatywnych i silnych emocji (poprzez wyjaśnianie) oraz dążenie do odzyskania stanu zdrowia (strategie zadaniowe). W chorobie nowotworowej celem ważnym, ale drugoplanowym jest odzyskanie zdrowia w rozumieniu poprawy kondycji zdrowotnej. Na pierwszym miejscu jest utrzymywanie równowagi emocjonalnej, poprzez poznawcze ustrukturyzowanie. Stres diagnozy może warunkować ocenę zdarzenia jako straty dotychczasowej integralności fizycznej.

8.3. Skuteczność radzenia sobie ze stresem w chorobie nowotworowej

Traktując poczucie koherencji jako czynnik sprzyjający efektywności podejmowanych sposobów radzenia sobie z zagrożeniem można opisać, które strategie wspomagają skuteczne radzenie, a które je osłabiają. Za pomocą analizy regresji stwierdzono, że efektywność procesu zaradczego opisują strategie zagrożenia, odraczania i dewaluacji. Dwie pierwsze obniżają efekty, ostatnia wzmacnia je. Jeszcze wyraźniej wyznacza to analiza regresji segmentowej. W grupie chorych o niższym niż średnia poczuciu koherencji zaprzeczanie sprzyja jego osłabianiu, a dewaluacja zagrożenia wzmocnieniu. Davey (1993) traktuje dewaluację zagrożenia jako strategię sprzyjającą aktywizacji sposobów instrumentalnych. Poziom wyjaśnianej zmienności był niewielki, co świadczy, że w przeprowadzonych badaniach nie mierzono wielu zmiennych wspierających skuteczność. Zaobserwowano, co należy robić, aby być skutecznym w zmaganiu z chorobą nowotworową. Z drugiej strony ważnym może okazać się sama umiejętność pomniejszania stresu w celu mobilizacji sił do walki. Jeżeli stresor spostrzegany jest jako nadmierny, z którym nie można sobie poradzić, więc nie wzbudzi to motywacji do osiągnięcia ważnych dla siebie celów. Dewaluacja może dotyczyć również wybranych aspektów sytuacyjnych, takich jak zmieniające się relacje partnerskie (funkcjonowanie, rodzinne, seksualne, zaspakajanie funkcji prokreacyjnych) czy pełnienie ról społecznych i zawodowych. Ponadto, wniosek ten może znaleźć praktyczne zastosowanie w prowadzeniu psychoterapii chorych na nowotwory narządów rodnych. Dewaluacja zagrożenia życia może wiązać się z unikaniem wiedzy o samej chorobie. Natomiast nie wyklucza to aktywnego i zadaniowego podejścia do leczenia. W ten sposób pacjentki angażując się w proces leczenia, koncentrują uwagę na aktywnym zmaganiu się z chorobą, równocześnie unikając informacji i wiedzy o procesie nowotworowym. Można powiedzieć, iż jest to domykanie gestaltu, koncentrowanie się na „tu i teraz”, czyli jak się leczyć, jak wspomagać się w leczeniu.

Drugim ważnym problemem w aspekcie chorób nowotworowych jest wzbudzanie motywacji do zdrowienia. Strategie, które nie motywowały do osiągnięcia zdrowia to przede wszystkim zaprzeczanie, powstrzymywanie się od aktywności oraz strategie emocjonalne. Korzystny wpływ stwierdza się wśród strategii zadaniowych i dewaluacji zagrożenia. Dla zmiennej motywacji do zdrowia, jaką jest poczucie sensowności strategie zaradcze wyjaśniały 24% zmienności wariancji. W ten sposób dewaluacja zagrożenia jest częścią strategii zadaniowych bądź formuje możliwość ich podjęcia. Poczucie zaangażowania wymaga aktywnego radzenia

sobie, aby zmienić sytuację w takim kierunku by można było realizować ważne dla siebie cele. Zaprzeczanie i powstrzymywanie się od działania są częścią strategii emocjonalnych. Wynika z tego, że motywacji do zdrowia sprzyja angażowanie się w działalność zmierzającą do pozyskiwania zasobów odpornościowych, a nie koncentrowanie się na sobie. Jest to zbliżone do podejścia Kulczyckiego (za Poprawa, 1997), który wskazuje na wagę postawy „nastawionej na życie”. Natomiast według zespołu Watson (1988) najbardziej motywującym jest brak zgody na zaistniałą sytuację. Z tego punktu widzenia korzystne są postawy: woli walki i zaprzeczania, ponieważ sprzyjają powrotowi do przedchorobowego stylu życia („by było jak wcześniej” vs „nigdy nie będzie jak wcześniej”). Strategie związane z poczuciem sensowności dążą do nadania sytuacji choroby cech wyzwania dla własnego człowieczeństwa.

Wpływ zmiennych medycznych (kliniczne zaawansowanie choroby, sposób leczenia) na długość czasu przeżycia kobiet z nowotworami narządów rodnych był jednoznaczny. Niższe zaawansowanie choroby oraz leczenie skojarzone (zabieg chirurgiczny i napromienianie) sprzyjały wydłużeniu czasu życia. Natomiast poczucie koherencji nie miało tu znaczenia. Nie jest to zgodne z poglądami Antonovsky’ego (1995a) o związku pomiędzy poczuciem koherencji a pozycją zajmowaną na kontinuum zdrowie – choroba. Równocześnie, podejmowanie strategii zaradcze takie jak zaprzeczanie czy dewaluacja zagrożenia życia nie modyfikowały długości czasu przeżycia chorych. Wydaje się słuszne stwierdzenie niektórych autorów, że poczucie koherencji i podejmowane strategie zaradcze wpływają na jakość życia (Cederbald i in., 1995; Juczyński, 1997, Sammallahti i in., 1996).

Niniejsza praca nie jest pozbawiona niedociągnięć. W lepszym zrozumieniu radzenia sobie z zagrożeniem choroby nowotworowej pomogłyby badania podłużne, choćby retrospektywne. Dotyczy to dynamiki procesu zaradczego od momentu diagnozy raka, poprzez poszczególne etapy jego leczenia. Jednakże badania retrospektywne związane są z przeprowadzaniem długotrwałych procedur badawczych, co nie wywołuje entuzjazmu u chorych. Natomiast wywiady strukturalizowane mają znacznie mniejszą wartość psychometryczną. Ponadto, szczególnie chore zaprzeczające lub unikające informacji związanych z chorobą, są negatywnie nastawione do badań kwestionariuszowych, ponieważ wpływa to na aktywizację lęku oraz powoduje dyskomfort emocjonalny. Ważnym byłoby również kontrolowanie znaczących zmiennych takich jak styl wyjaśniania, poziom nadziei czy wpływ temperamentu (ekstrawersja i neurotyzm). Sprzyjałoby to oddzieleniu ogólnych czynników sytuacyjnych i osobowościowych. W pracy pominięto kontekst społeczny dotyczący doświadczanych zmian w relacjach małżeńskich, rodzinnych czy zawodowych. Zauważa się, że wzrasta liczba badań dotyczących radzenia sobie z chorobą nowotworową pacjenta przez osoby bliskie. Osoby badane, antycypujące chorobę nowotworową i chore na raka szyjki czy trzonu macicy, pochodziły z jednego ośrodka leczniczego. Sprzyja to ujednoliceniu zmiennych związanych z postępowaniem medycznym, zwłaszcza dotyczących relacji lekarz - pacjent. Badania wielośrodkowe być może pozwoliłyby na wyraźniejszą odpowiedź jak rzeczywiście chorzy oceniają leczenie chirurgiczne. Odnosi się to do poruszanego w niniejszej pracy problemu "nadwartościowania" zabiegu hysterektomii. Brakuje też powtórnych badań wśród kobiet zagrożonych nowotworem piersi. Dopiero one pozwoliłyby ustalić czy istniała wśród tej grupy tendencja do stabilizacji niskiego poczucia koherencji czy poziom ten był wynikiem doświadczanej traumy stygmatyzacji chorobą, w połączeniu z symptomatologią menopauzy, wpływając

zagrożąco na poczucie kobiecości. Z uwagi na etykę badań psychologicznych w grupie zagrożonych rakiem nie można było przeprowadzać pogłębionych wywiadów psychologicznych w celu dookreślenia, jakie było ich poczucie koherencji w przeszłości. Lęk w sytuacji antycypacji choroby nowotworowej ma kluczowe znaczenie. Jednych mobilizuje, u innych sprzyja tendencjom ucieczki przed problemem. W związku z tym wyłania się potrzeba dwóch odmiennych nurtów oddziaływania profilaktycznego w stosunku do wymienionych grup. Wydaje się, że rak stając się chorobą znaną, będzie wydawał się mniej groźny. W dalszym ciągu będzie wzbudzał silne i negatywne emocje, ale może spowodować przesunięcie ciężaru na promocję zdrowia. "Zdążyć przed rakiem" jest dobrym hasłem odzwierciedlającym salutogenetyczny nurt świadomości zdrowia.

8.4. Podsumowanie wyników i wnioski

Przeprowadzone badania pozwalają na dokonanie następującego podsumowania:

1. Sytuacja choroby nowotworowej sprzyja aktywizacji strategii ukierunkowanych na stan emocjonalny, unikanie wiedzy, zaprzeczanie i dewaluację zagrożenia życia.
2. Stopień zaawansowania choroby i sposób leczenia nie różnicują podejmowanych sposobów zaradczych w sytuacji choroby nowotworowej narządów rodnych.
3. Wśród kobiet chorych na nowotwory narządów rodnych preferowane są strategie emocjonalne i dewaluacji zagrożenia, natomiast u antycypujących chorobę strategie emocjonalne i pozytywnego przewartościowania.
4. Kobiety zagrożone chorobą charakteryzuje obniżone poczucie koherencji w stosunku do chorych na nowotwory narządów rodnych i zdrowych somatycznie.
5. Subiektywna ocena zdrowia nie jest zgodna z jej oceną poznawczą u kobiet chorych na nowotwory narządów rodnych, koreluje z poczuciem koherencji (poczucie zrozumiałości i zaradności) i jest niezależna od strategii zaradczych.
6. Skutecznemu radzeniu sobie z zagrożeniem sprzyja dewaluacja zagrożenia, a obniża ją zaprzeczanie i powstrzymywanie się od działania.
7. Motywacji do zdrowienia sprzyjają dewaluacja zagrożenia i strategie zadaniowe, a negatywnie wpływają strategie emocjonalne, zaprzeczania i odracanie działania.

Wnioski:

1. Dominującymi strategiami w zmaganiu się z chorobą nowotworową są strategie emocjonalne i dewaluacji zagrożenia zmierzające do poznawczego uporządkowania problemu.
2. Sposób leczenia nowotworów narządów rodnych oraz stopień ich zaawansowania nie zmienia sposobów radzenia sobie ze stresem choroby.
3. Obniżanie rangi sytuacji zagrażającej życiu okazuje się bardziej adaptacyjne aniżeli jej poznawcze zaprzeczanie.
4. Poczucie koherencji obniża się w stanach niepewności w porównaniu do sytuacji jednoznacznych dotyczących stanu zdrowia.
5. Czas przeżycia wśród kobiet chorych na nowotwory narządów rodnych zmienia się wraz ze stopniem zaawansowania choroby i pozostaje niezależny od poczucia koherencji i strategii zaradczych.

9. LITERATURA

- Adamczak M., Godlewski D. (1998). Młodzi Polacy o nowotworach. W: J. Jassem, J. Jaśkiewicz (red.): XIX Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Program naukowy. Streszczenia, 135. Gdańsk, 10-12 września 1998.
- Adamczak M., Sęk H. (1997). Znaczenie jakości życia w nowoczesnej opiece psychologicznej pacjentów onkologicznych. W: J. Meyza (red.): Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia, 248-60. Warszawa: Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie.
- Ader R. (1990). Psychoneuroimmunologia. Nowiny Psychologiczne, 1-2, 5-36.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersen B.L. (1985). Sexual functioning morbidity among cancer survivors. Current status and future research directions. *Cancer*, 55, 1835-42.
- Andersen B.L. (1993). Predicting sexual and psychologic morbidity and improving the quality of life for woman with gynecologic cancer. *Cancer*, 71, 1678-90.
- Adersen B.L., Cacioppo J.T., Roberts D.C. (1995). Delay in seeking a cancer diagnosis: delay stages and psychophysiological processes. *British Journal of Social Psychology*, 34, 33-52.
- Andersen B.L., Lachenbruch P.A., Anderson B., deProse Ch. (1986). Sexual dysfunction and sings of gynecologic cancer. *Cancer*, 57, 1880-86.
- Anderson B., Lutgendorf S. (2000). Quality of life as an outcome measure in gynecologic malignances. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 12, 1, 21-6.
- Andersen B.L., Woods X.A., Copeland L.J. (1997). Sexual self-schema and sexual morbidity among gynaecologic cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 2, 221-29.
- Andreas A., Altheide H.J. (1990). Rak: powstawanie i zapobieganie. Warszawa: PZWL.
- Angelopoulus N.V., Tzivariidou D., Nikolaou N., Pavlidis A.N. (1995). Mental symptoms, hostility features and stressful life events in people with cancer. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 1, 44-50.
- Antoni M.H., Goodkin K. (1988). Host moderator variables in the promotion of cervical cancer--I. Personality facets. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 3, 327-38
- Antonovsky A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Sciences and Medicine*, 36, 6, 725-33.
- Antonovsky A. (1995a). Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Fundacja IPN.
- Antonovsky A. (1995b). The moral and the healthy: identical, overlapping or orthogonal? *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 32, 1, 5-13.
- Antonovsky A. (1997). Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: I. Heszen - Niejodek, H. Sęk (red.): Psychologia zdrowia, 206-31. Warszawa: PWN.
- Antonovsky A., Sagy S., Adler I., Visel R. (1990). Attitudes toward retirement in an Israeli cohort. *International Journal of Aging Human Development*, 31, 1, 57-77.
- Ballard A., Green T., McCaa A., Logsdon M.C. (1997). A comparison of the level of hope in patients with newly diagnosed and recurrent cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24, 5, 899-904.

- Basińska B. (1997). Zastosowanie metody wizualizacji w trakcie leczenia choroby nowotworowej - studium przypadku. W: B. Block, W. Otrębski (red.): Człowiek nieuleczalnie chory. Lublin: Wydział Nauk Społecznych KUL.
- Basińska B. (2000). Psychoterapia w praktyce onkologicznej. Praca z kobietami chorymi na nowotwory narządów rodnych. W: L. Gapik (red.): Postępy Psychoterapii. Koncepcje i badania, tom 3, 182-188.
- Basta A., Sliwińska A., Krzysztopowicz W., Bereza K. (1999). Leczenie operacyjne wczesnych stanów nowotworowych szyjki macicy a jakość życia kobiety. *Przegląd Lekarski*, 56, 1, 76-80
- Bergmark K., Ävall-Lundqvist E., Dickamn P.W., Henningsohn L., Steineck G. (1999). Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *New England Journal of Medicine*, 340, 1383-9.
- Bidzan M., Smutek J., Zielonka A., Mielnik J., Jurczak - Czapicka M. (1999). Strategie radzenia sobie ze stresem u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu narządów rodnych. *Psychoonkologia*, 3, 41-8.
- Billings A.G., Moos R.H. (1981). The role of coping responses in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 157-89.
- Bishop G.D. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo ASTRUM.
- Bjorck J.P., Hopp D.P., Jones L.W. (1999). Prostate cancer and emotional functioning: Effects of mental adjustment, optimism and appraisal. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17, 1, 71-85.
- Borowska - Tokarska A. (1998). Psychologiczny obraz kobiety w okresie menopauzy. *Zdrowie Psychiczne*, 1-2, 120-33.
- Borys B. (1998). Zespół stresu pourazowego jako następstwo dramatycznych doświadczeń. W: K. Szawłowski (red.): *Rehabilitacja podstawy diagnostyki funkcjonalnej, usprawniania leczniczego i reintegracji społecznej*, 209-13. Gdańsk: Akademia Medyczna w Gdańsku.
- Borysenko J. (1999). *Księga życia kobiety: ciało, psychika, duchowość*. Gdańsk: GWP.
- Bosch F.X., Coleman M.P. (1994). Epidemiologia opisowa. W: Hossfeld D.K., Sherman C.D., Love R.R., Bosch F.X. (red.): *Podręcznik onkologii klinicznej*. International Union Against Cancer, 37-50, Warszawa: PWN.
- Bowman B.J. (1996). Cross-cultural validation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 5, 547-49.
- Bowman B.J. (1997). Cultural pathways toward Antonovsky's sense of coherence. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 2, 139-42.
- Breitbart W., Chochinov H.M. (1998). Psycho-oncology research: the road traveled, the road ahead. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 185-89.
- Buddeberg C., Sieber M., Wolf C., Landolt - Ritter C., Richter D., Steiner R. (1996). Are coping strategies related to disease outcome in early breast cancer? *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 255-64.
- Budin W.C. (1999). Psychosocial adjustment to breast cancer in unmarried women. *Research in Nursing and Health*, 21, 2, 155-66.
- Byrne J., Kessler I.G., Devesa S.S. (1992). The prevalence of cancer among adults in the United States: 1987. *Cancer*, 69, 2154-9.
- Callahan L.F., Pincus T. (1995). The sense of coherence scale in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 8, 28-35.
- Capra F. (1987). *Punkt zwrotny*. Warszawa: PIW.
- Carlsson M.E., Strang P.M. (1996). Educational group support for patients with gynaecological cancer and their families [see comments]. *Supportive Care in Cancer*, 4, 2, 102-9.

- Carlsson M.E., Strang P.M., Nygren U. (1999). Qualitative analysis of the questions raised by patients with gynecologic cancers and their relatives in an educational support group. *Journal of Cancer Education*, 14, 1, 41-6
- Carstens J.A., Spangenberg J.J. (1997). Major depression: a breakdown in sense of coherence? *Psychological Report*, 80, 3, 1211-20.
- Carver Ch.S., Pozo C., Harris S.D., Noregia V., Scheier M.F., Robinson D.S., Ketcham A.S., Moffat F.L.Jr., Clark K.C. (1993). Optimism, coping and distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 2, 375-90.
- Carver Ch.S., Pozo - Kaderman C., Harris S.D., Norriega V., Scheier M.F., Robinson D.S., Ketcham A.S., Moffat F.L.Jr., Clark K.C. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73, 4, 1213-20.
- Carver Ch.S., Scheier M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1, 184-95.
- Carver Ch.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 2, 267-83.
- Cassileth B.R., Lusk E.J., Strouse T.B., Miller D.S., Brown L.L., Cross P.A., Tenaglia A.N. (1984). Psychosocial status in chronic illness. A comparative analysis of six diagnostic groups. *The New England Journal of Medicine*, 311, 506-11.
- Cederbald M., Dahlin L., Hagnell O., Hansson K. (1995). Coping with life span crisis in a group at risk of mental and behavioral disorders: from the Lunby study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 5, 322-30.
- Cederbald M., Hansson K. (1996). Sense of coherence - a concept influencing health and quality of life in a Swedish psychiatric at-risk group. *Israel Journal of Medical Sciences*, 32, 3-4, 194-9.
- Chen D.D., David A., Thompson K., Smith C., Lea S., Fahy T. (1996). Coping strategies and psychiatric morbidity in women attending breast assessment clinics. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 3, 265-70.
- Chodak M. (1995). Zastosowanie metody pracy z wyobraźnią, wewnętrznym healerem oraz rola peak experiences w leczeniu chorób nowotworowych. *Psychoterapia Polska*, 4, 21-30.
- Chodak M. (1999). Wizualizacja - sztuka i możliwości terapii wyobrazeniowej. W: D. Kubacka - Jasięcka, W. Łosiak (red.): *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych*, 243-58. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Chodak M., Komornicki A. (1993). Przykład współpracy pacjenta, psychologa i lekarza w przypadku młodej kobiety chorej na nowotwór złośliwy. *Psychoterapia Polska*, 1, 21-33.
- Chodak M., Radło W., Sułko J. (1995). Współdziałanie metod neuropsychologicznego w procesie gojenia się ran po leczeniu operacyjnym. *Sztuka Leczenia*, t. 1, 1, 97-100.
- Chojnacka - Szawłowska G. (1994a). *Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*. Wrocław: Ossolineum.
- Chojnacka - Szawłowska G. (1994b). Jakość życia u kobiet z chorobą nowotworową narządów rodnych. W: K. de Walden – Gałuszko, M. Majkowicz (red.): *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Chojnacka - Szawłowska G. (1996). Wyniki pomiaru strategii zaradczych w populacji polskiej. *Maszynopis*, s. 5.

- Chojnacka - Szawłowska G. (1997a). Informowanie o rozpoznaniu choroby nowotworowej w opinii Polaków. *Psychoonkologia*, 1, 27-32.
- Chojnacka - Szawłowska G. (1997b). Wspomaganie chorych czujących się zagrożonymi przez raka. W: J. Meyza (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia*, 194-210. Warszawa: Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie.
- Chojnacka - Szawłowska G. (1998). *Rozpoznanie choroby nowotworowej. Uwarunkowania psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Ciarkowska W. (1992). *Psychofizjologiczna analiza aktywności poznawczej*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wrocław: Wyd. PAN.
- Cimprich B. (1999). Pretreatment symptoms distress in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer Nursing*, 22, 3, 185-94.
- Classen C., Koopman C., Angell K., Spiegel D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15, 6, 434-7.
- Compas B.E., Stoll MF., Thomsen A.H., Oppedisano G., Epping-Jordan J.E., Krag D.N. (1999). Adjustment to breast cancer: age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54, 3, 195-203.
- Corney R.H., Everett H., Howells A., Crowther M.E. (1992a). Psychological adjustment following major gynaecological surgery for carcinoma of the cervix and vulva. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 6, 561-8
- Corney R.H., Everett H., Howells A., Crowther M.E. (1992b). The care of patients undergoing surgery for gynaecological cancer: the need for information, emotional support and counselling. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 6, 667-71.
- Cousson-Gélie F., Taytard A. (1999). Coping strategies utilized by asthma patients. *Revue Des Maladies Respiratoires*, 16, 3, 353-9.
- Coward D.D. (1996). Self-transcendence and correlates in a healthy population. *Nursing Research*, 45, 2, 116-21.
- Cull A., Cowie V.J., Farquharson D.L., Livingstone J.R., Smart G.E., Elton R.A. (1993). Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment. *British Journal of Cancer*, 68, 1216-20.
- Czapiński J. (1984). Doświadczenia życiowe a choroba: wprowadzenie do problematyki. *Nowiny Psychologiczne*, 6-7, 39-55.
- Czapiński J. (1991). *Szczęście - złudzenie czy konieczność*. W: M. Kofta i T. Szustrowa (red.): *Złudzenia, które pozwalają żyć*, 201-54. Warszawa: PWN.
- Czapiński J. (1992). *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
- Czapiński J. (1998). *Jakość życia Polaków w czasie zmiany społecznej: raport końcowy z projektu badawczego: Związek między obiektywnymi i subiektywnymi wskaźnikami jakości życia w okresie transformacji systemowej*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
- Czubalski K. (1995). Psychosomatyczny aspekt okresu okołomenopauzalnego. *Ginekologia Polska*, 66, 12, 692-8.
- Davey G.C.L. (1993). A comparison of three cognitive appraisal strategies: the role of threat devaluation in problem-focussed coping. *Personality and Individual Differences*, 14, 4, 535-46.
- David J.P., Suls J. (1999). Coping efforts in daily life: role of big five traits and problem appraisals. *Journal of Personality*, 67, 2, 265-94.
- Davis S. (1996). *Zdrowie kobiety*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.

- Dąbkowska M., Rybakowski J. (1992). Stres, depresja i schizofrenia w aspekcie psychoneuroimmunologicznym. *Psychiatria Polska*, 26, 5, 347-56.
- Dąbrowska - Caban Z. (1997). Menopauza w świetle badań. *Problemy Rodziny*, 4, 38-45.
- Dąbrowski K. (1964). O dezintegracji pozytywnej. Szkic teorii rozwoju psychicznego poprzez nierównowagę psychiczną, nerwowość, nerwice i psychonerwice. Warszawa: PZWL.
- De Boer MF., Ryckamn R.M., Pruyn J.F.A., Van der Borne H.W. (1999). Psychosocial correlates of cancer relapse and survival: a literature review. *Patients Education and Counselling*, 37, 3, 215-30.
- DeLongis A., Folkman S., Lazarus R.S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 3, 486-95.
- Desai M.M., Bruce M.L., Kasl S.V. (1999). The effects of major depression and phobia on stage at diagnosis of breast cancer. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29, 1, 29-45.
- Dolińska - Zygmunt G. (1996a). Orientacja salutogeniczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego. W: G. Dolińska - Zygmunt (red). *Elementy psychologii zdrowia*, 17-30. *Acta Universitatis Wratislaviensis No 1818*, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dolińska - Zygmunt G. (1996b). Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych. W: G. Dolińska - Zygmunt (red). *Elementy psychologii zdrowia*, 177-95. *Acta Universitatis Wratislaviensis No 1818*, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Drinkwater N.R., Sugden B. (1994). Mechanizmy karcynogenezy. W: Hossfeld D.K., Sherman C.D., Love R.R., Bosch F.X. (red.): *Podręcznik onkologii klinicznej*. International Union Against Cancer, 8-23, Warszawa: PWN.
- Eddy D.M. (1990). Screening for cervical cancer. *Annales of Internationale Medicine*, 113, 214-26.
- Eisemann M., Lalos A. (1999). Psychosocial determinants of well-being in gynecologic cancer patients. *Cancer Nursing*, 22, 4, 303-6.
- Endler N.S., Parker J.D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 5, 844-54.
- Everly G., Rosenfeld R. (1992). Stres, przyczyny, terapia i autoterapia. Warszawa: PWN.
- Faller H., Bülzebruch H., Drings P., Lang H. (1999). Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Archives of General Psychiatry*, 56, 8, 756-62.
- Fąfrowicz M., Marek T. (1999). Verońska koncepcja źródeł stresu. W: J.F. Terelak (red.). *Źródła stresu. Teoria i badania*, 13-22. Warszawa: ATK.
- Fehring R.J., Miller J.F., Shaw C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24, 4, 663-71.
- Ferreira S.E. (1998). Cervical intraepithelial neoplasia diagnosis: emotional impact and nursing implications. *Clin Excell Nurse Pract*, 2, 4, 218-24.
- Filiberti A., Regazzoni M., Garavoglia M., Perilli C., Alpinelli P., Santoni G., Attili A., Stefanon B. (1991). Problems after hysterectomy. A comparative content analysis of 60 interviews with cancer and non-cancer hysterectomized women. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 12, 445-9.
- Flay L.D., Matthews J.H. (1995). The effects of radiotherapy and surgery of the sexual function of women treated for cervical cancer. *International of Journal Radiation Oncology, Biology, Physics*, 31, 399-404.

- Folkman S., Lazarus R.S. (1988a). Coping as mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 3, 466-75.
- Folkman S., Lazarus R.S. (1988b). The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Science and Medicine*, 26, 3, 309-17.
- Folkman S., Lazarus R.S., Dunkel - Schetter C., DeLongis A., Gruen R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 5, 992-1003.
- Folkman S., Lazarus R.S., Gruen R.J., DeLongis A. (1986). Appraisal coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 3, 571-9.
- Folkman S., Lazarus R.S. Pimley S., Novacek J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 2, 171-84.
- Forsberg C., Björvell H. (1997). Living with cancer: perceptions of well - being. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, 2, 109-15.
- Forsberg C., Björvell H., Cedermark B. (1996). Well-being and its relation to coping ability in patients with colo-rectal and gastric cancer before and after surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, 1, 35-44.
- Frommberger U., Stieglitz R.D., Straub S., Nyberg E., Schlickewei W., Berger M. (1999). The concept of "sense of coherence" and development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 4, 343-8.
- Gallo - Silver (2000). The sexual rehabilitation of persons with cancer. *Cancer Practice*, 8, 1, 10-5.
- Garsen B., Goodkin K. (1999). On the role immunological factors as mediators between psychosocial factors and cancer progression. *Psychiatry Research*, 85, 1, 51-61.
- Geyer S. (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Sciences and Medicine*, 44, 12, 1771-9.
- Gibson L.M., Cook M.J. (1996). Neuroticism and sense of coherence. *Psychological Report*, 79, 1, 343-9.
- Gidron Y., Gal R., Zahavi S. (1999). Bus commuters' coping strategies and anxiety from terrorism: an example of Israeli experience. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 1, 185-92.
- Gioiella M.E., Berkman B., Robinson M. (1998). Spirituality and quality of life in gynecologic oncology patients. *Cancer Practice*, 6, 6, 333-8
- Goleman D. (1995). Emotional intelligence. New york: Bantam Books.
- Goodkin K., Antoni M.H., Blaney P.H. (1986). Stress and hopelessness in the promotion of cervical intraepithelialneoplasia to invasive squamous cell carcinoma of the cervix. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 1, 67-76
- Goszczyńska M. (1997). Człowiek wobec zagrożeń. Uwarunkowania oceny i akceptacji ryzyka. Warszawa: Wydawnictwo „Żak”.
- Gotay C.C. (1984). The experience of cancer during early and advaced stages: the views of patients and their mates. *Social Sciences and Medicine*, 18, 7, 605-13
- Greenwald A.G. (1986). Samowiedza i samooszukiwanie. *Przegląd Psychologiczny*, 29, 2, 291-303.
- Greer S. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21, 43-9.
- Greimel E.R., Freidl W. (2000). Functioning in daily living and psychosocial well-being of female cancer patients. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gyneacology*, 21, 1, 25-30

- Greimel E., Girardi F., Freidl W., Reischenbacher K., Egger J. (1992). Precancerous stages of cervix cancer (CIN) - attitude and coping with disease. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 104, 13, 386-8.
- Grossarth - Maticek R., Eysenck H.J. (1990). Personality, stress and disease: description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*, 66, 355-73.
- Grossarth - Maticek R., Eysenck., H.J., Boyle G.J., Heeb J., Costa S.D., Diel I.J. (2000). Interaction of psychosocial and physical risk factors in the causation of mammary cancer, and its prevention through psychological methods of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1, 33-50.
- Grzegołowska - Klarkowska (1991). Samoobrona przez oszukiwanie się. W: M. Kofta i T. Szustrowa (red.): *Złudzenia, które pozwalają żyć*, 257-288. Warszawa: PWN.
- Guldvog B. (1999). Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *International Journal of Quality in Health Care*, 11, 3, 233-40.
- Hack T.F., Degner L.F. (1999). Coping with breast cancer: a cluster analytic approach. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54, 3, 185-94.
- Hamid P.N., Chan W.T. (1998). Locus of control and occupational stress in Chinese professionals. *Psychological Report*, 82, 7-9.
- Hankała A. (1993). Rola układu immunologicznego w przezwyciężaniu stresu. *Zdrowie Psychiczne*, 1-2, 64-8.
- Hannah M.T., Gritz E.R., Wellisch D.K., Fobair P., Hoppe R.T., Bloom J.R., Sun G.W., Varghese A., Cosgrove M.D., Spiegel D. (1992). Changes in marital and sexual functioning in long-term survivors and their spouses: testicular cancer versus hodgkin's disease. *Psycho-oncology*, 1, 2, 89-104.
- Harrison J., Maguire P., Pitceathly C. (1995). Confiding in crisis: gender differences in pattern of confiding among cancer patients. *Social Sciences and Medicine*. 41,9, 1255-60.
- Hawighorst - Knapstein S., Schönefuss G., Hoffman S.O., Kanpstein P.G. (1997). Pelvic exenteration: effects of surgery on quality of life and body image--a prospective longitudinal study. *Gynecological Oncology*, 66, 3, 495-500.
- Heim E. (1991). Coping and adaptation in cancer, 197-235. W: C.L. Cooper, M. Watson (red). *Cancer and stress: psychological, biological and coping studies*. London: Wiley and Sons.
- Heim E. (1998). Coping - Erkenntnisstand der 90er Jahre. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 48, 321-37.
- Heim E., Augustiny K.F., Schaffner L., Valach L. (1993). Coping with breast cancer over time and situation. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 523-42.
- Heim E., Valach L., Schaffner L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408-18.
- Heijmans M.J.W.M. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 1, 39-51.
- Heszen - Klemens I. (1979). *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich: Wydawnictwo PAN.
- Heszen - Niejodek I. (1996). *Stres i radzenie sobie - główne kontrowersje*. W: I. Heszen - Niejodek, Z. Ratajczak (red.): *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*, 12-43. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Heszen - Niejodek I. (1997a). *Style radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje*. *Czasopismo Psychologiczne*, 3, 1, 7-22.

- Heszen - Niejodek I. (1997b). Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych. W: I. Heszen - Niejodek, H. Sęk (red.): Psychologia zdrowia, 21-39. Warszawa: PWN.
- Heszen - Niejodek I. (1997c). Skuteczność radzenia sobie z chorobą somatyczną. W: L. Szewczyk (red.). Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i w chorobie, 11-12. Lublin: Akademia Medyczna.
- Heszen - Niejodek I., Broome A. K. (1991). Rozwój zastosowań psychologii do obszaru zdrowia i choroby; Przegląd Psychologiczny, 34, 1, 57-77.
- Hobfoll S.E. (1989). Zachowanie zasobów. Nowa próba konceptualizacji stresu. Nowiny Psychologiczne, 5-6, 24-49.
- Hobfoll S.E., Dunahoo C.L., Ben-Porath Y., Monnier J. (1994). Gender and coping: the dual axis model of coping. American Journal of Community Psychology, 22, 1, 49-82.
- Hofwartner B., Egger J., Greimel E., Freidl W., Lahousen M. (1992). Importance of locus of control in the disease adjustment process in women with genital cancer. Wiener Klinische Wochenschrift, 104, 13, 391-5.
- Holland J.C., Rowland J.H. (1989). Handbook of Psycho - Oncology: Psychological Care of the Patient with Cancer. New York: Oxford.
- Hosaka T., Akoi T. (1996). Depression among cancer patients. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 50, 6, 309-12.
- Irvine D., Brown B., Crooks D., Roberts J., Browne G. (1991). Psychosocial adjustment in women with breast cancer. Cancer, 97, 1097-117.
- Jakobsson L., Hallberg I.R., Lov'en L. (1997). Experiences of daily life and life quality in men with prostate cancer. An explorative study. Part I. European Journal of Cancer Care, 6, 108-16.
- Jarosz M. (1983). Psychologia lekarska. Warszawa: PZWL.
- Jassem J. (1994). W: K. de Walden - Gałuszko, M. Majkovicz. Jakość życia w chorobie nowotworowej, 69-77. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Jaworowska - Obłój Z., Skuza B. (1989). Proces radzenia sobie ze stresem. Zdrowie Psychiczne, 1-2, 89-98.
- Jean V.M., Paul R.H., Beatty W.W. (1999). Psychological and neuropsychological predictors of coping patterns by patients with multiple sclerosis. Journal of Clinical Psychology, 55, 1, 21-6.
- Jelonkiewicz I. (1994). Model Antonovsky'ego - odniesienie do wybranych koncepcji. Nowiny Psychologiczne, 3, 55-66.
- Jelonkiewicz I. (1996). Przegląd badań nad korelatami i regulacyjnymi funkcjami poczucia koherencji (przegląd literatury). Alkoholizm i Narkomania, 1, 22, 19-26.
- Jereczek - Fossa B. (1996). Ocena wyników skojarzonego leczenia chorych na raka trzonu macicy ze szczególnym uwzględnieniem powikłań popromiennych. Niepublikowana praca doktorska. Gdańsk: Akademia Medyczna.
- Jokiel M. (1994). Uświadomienie społeczeństwa polskiego o nowotworach w latach 1976, 1986 i 1990 oraz wpływające na nie czynniki. Medycyna 2000, 45-46, 5, 37-9.
- Juczyński Z. (1997). Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. Psychoonkologia, 1, 3-10.
- Juczyński Z., Chrystowska - Jabłońska B. (1999). Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową. Psychoonkologia, 5, 3-10.
- Juczyński Z. (2000). Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: K. de Wlden - Gałuszko (red.). Psychoonkologia, 23-43. Kraków: Kom. Red. - Wyd. Pol. Tow. Psychiatrycznego.

- Kiebert G.M. (1997). Jakość życia jako cel klinicznych triali. W: J. Meyza (red.): Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia, 43-57. Warszawa: Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie.
- Klang B., Björvell H., Cronqvist A. (1996). Patients with chronic renal failure and their ability to cope. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, 2, 89-95.
- Klee M., Thranov I., Machin D. (2000a). The patients' perspective on physical symptoms after radiotherapy for cervical cancer. *Gynecological Oncology*, 76, 1, 14-23
- Klee M., Thranov I., Machin D. (2000b). Life after radiotherapy: the psychological and social effects experienced by women treated for advanced stages cervical cancer. *Gynecological Oncology*, 76, 1, 5-13
- Klemm P.R., Guarnieri C. (1996). Cervical cancer: a developmental perspective. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 25, 7, 629-34
- Kokoszka A. (1993). Podstawowe pojęcia psychoanalitycznej psychoterapii. W: A. Kokoszka., P. Drozdowski (red.): Wprowadzenie do psychoterapii, 77-86. Kraków: Akademia Medyczna im. Mikołaja Kopernika w Krakowie.
- Koniarek J., Dudek B. (1996). Poczucie koherencji a postrzeganie relacji między warunkami pracy, stresem i samoocena stanu zdrowia. *Alkoholizm i Narkomania*, 1, 22, 65-74.
- Koniarek J., Dudek B., Makowska Z. (1993). Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego. *Przegląd Psychologiczny*, 34, 4, 491-502.
- Kopczyńska - Tyszko A. (1984). Reakcje emocjonalne osób z chorobą nowotworową w porównaniu z reakcjami innych chorych somatycznie. W: *Prace Psychologiczne, Zeszyt 1*, 163-84, Warszawa - Kraków: Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kosińska - Dec K., Jelonkiewicz I. (1997). Poczucie koherencji a style radzenia sobie - zmiany w czasie. W: L. Szewczyk (red.). *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i w chorobie*, 39-44. Lublin: Akademia Medyczna.
- Krumm S., Lamberti J. (1993). Changes in sexual behavior following radiation therapy for cervical cancer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 14, 51-63.
- Kubacka - Jasiocka D. (1984). Obraz samego siebie w chorobie nowotworowej i innych schorzeniach somatycznych. W: *Prace Psychologiczne, Zeszyt 1*, 111-136, Warszawa - Kraków: Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kubacka - Jasiocka D. (1995a). Z psychopatologii zmagania się ze stresem. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Psychologiczne, Zeszyt 12*, 25-46.
- Kubacka - Jasiocka D. (1995b). Złudzenia a zmaganie się z chorobą somatyczną - pytania i refleksje. *Sztuka Leczenia*, 1, 1, 69-79.
- Kubacka - Jasiocka D., Wrona - Polańska H. (1981). Obrona przed lękiem a koncepcja samego siebie pacjentów z chorobą nowotworową. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego*, 33.
- Kubacka - Jasiocka D (1999). Problematyka lęku i zmaganie się z lękiem w chorobie nowotworowej. W: D. Kubacka - Jasiocka, W. Łosiak (red.): *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych*, 143-82. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kübler - Ross E. (1979). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Warszawa: PAX.
- Lalos A. (1997). The impact of diagnosis on cervical and endometrial cancer patients and their spouses. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 18, 6, 513-9
- Lalos A., Eisemann M. (1997). Personality traits in women with endometrial or cervical cancer. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 18, 5, 383-6

- Lalos A., Eisemann M. (1999). Social interaction and support related to mood and locus of control in cervical and endometrial cancer patients and their spouses. *Supportive Care in Cancer*, 7, 2, 75-8
- Lalos A., Eisemann M., Lalos O. (1997). Personality differences between endometrial and cervical cancer patients in relation to sexual behavior. *Journal Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 18, 1, 53-8.
- Lalos A., Jacobsson L., Lalos O., Stendahl U. (1995). Experiences of the male partner in cervical and endometrial cancer - a prospective interview study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 16, 153-65.
- Lamb M.A., Sheldon T.A. (1994). The sexual adaptation of women treated for endometrial cancer. *Cancer Practice*, 2, 2, 103-13.
- Lambley P. (1993). The role of psychological processes in the aetiology and treatment of cervical cancer: a biopsychological perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 43-60.
- Lambley P. (1995). *Psychologia raka. Jak zapobiegać, jak przeżyć*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Langius A., Björvell H., Antonovsky A. (1992). The sense of coherence concept and its relation to personality traits in Swedish samples. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6, 3, 165-71.
- Langius A., Lind M.G. (1995). Well-being and coping in oral and pharyngeal cancer patients. *European Journal of Cancer. Part B, Oral Oncology*, 31 B, 4, 242-9.
- Lauer D.R., Baggot A., Kruse K. (1999). Women's experiences in coping with abnormal Papanicolaou results and follow-up colposcopy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 28, 3, 283-90.
- Lauer D., Rubin M. (1991). Women's concerns about abnormal Papanicolaou test results. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 20, 2, 154-9.
- Lazarus R.S. (1983). Utrapienia życiowe mogą być niebezpieczne dla zdrowia. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 8-15.
- Lazarus R.S. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 3-4,
- Lazarus R. (1992). Coping with stress of illness. *WHO Reg. Publ. Eur. Ser 44*, 11-31.
- Lazarus R. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-42.
- Lazarus R.S. (1998a). Uniwersalne zdarzenia poprzedzające emocje. W: P. Ekman, R.J. Davidson (red.): *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*, 146-54. Gdańsk: GWP.
- Lazarus R.S. (1998b). Ocena poznawcza. W: P. Ekman, R.J. Davidson (red.): *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*, 183-90. Gdańsk: GWP.
- Lazarus R.S. (1998c). Różnice indywidualne w zakresie emocji. W: P. Ekman, R.J. Davidson (red.): *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*, 279-83. Gdańsk: GWP.
- Leder S. (1997). Jakość życia a psychiatria konsultacyjna i psychoterapia. W: J. Meyza (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia*, 210-24. Warszawa: Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie.
- Lekander M., Furst C.J., Rotstein S., Hursti T.J., Fredrikson M. (1997). Immune effects of relaxation during chemotherapy for ovarian cancer. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 4, 185-91.
- Lerner M. (1997). Nowe możliwości w leczeniu nowotworów. W: A. Kaplun (red.): *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych. Odkrywanie nowej jakości zdrowia*, 90-107. Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy.
- Levine P.M., Silberfarb P.M., Lipowski Z.J. (1978). Mental disorders in cancer patients. *Cancer*, 42, 1385-91.

- Lichtenstein P., Holm N., Verkasalo P., Iliadou A., Kaprio J., Koskenvuo M., Pukkala E., Skytthe A., Hemminki K. (2000). Environmental and heritable factors in the causation of cancer. *The New England Journal of Medicine*, 343, 78-85.
- Lipowski Z.J. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, 1, 2, 91-102.
- Lis - Turlejska M. (1992). Psychologiczne aspekty skrajnie stresowych przeżyć. *Nowiny Psychologiczne*, 2, 65-76.
- Lis - Turlejska M. (1993). Radzenie sobie ze skutkami skrajnie traumatycznych przeżyć. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 77-86.
- Lis - Turlejska M. (1998). Traumatyczny stres. Koncepcje i badania. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Livneh H., Antonak R.F., Gerhardt J. (1999). Psychosocial adaptation to amputation: the role of sociodemographic variables, disability-related factors and coping strategies. *International Journal of Rehabilitation Research*, 22, 1, 21-31.
- Love R.R. (1994). Historia naturalna nowotworów u ludzi. W: Hossfeld D.K., Sherman C.D., Love R.R., Bosch F.X. (red.): Podręcznik onkologii klinicznej, 24-36. International Union Against Cancer, Warszawa: PWN.
- Luban - Plozza B., Plodinger W., Kroger F., Wasilewski B. (1995). Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Lutgendorf S.K., Anderson B., Rothrock N., Buller R.E., Sood A.K., Sorosky J.I. (2000). Quality of life and mood in women receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. *Cancer*, 89, 6, 1402-11
- Łazowski J. (red.) (1985). Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Warszawa: PZWL.
- Łepecka - Klusek C., Fiuk B., Prusak E. (2000). Przewycięzanie trudności okresu klimakterium. W: Gapik L. (red.): Postępy Psychoterapii. Koncepcje i badania. Tom III, s.197-202. Poznań:
- Łosiak W. (1992). Procesy radzenia sobie, ocena sytuacji i zaangażowanie wartości. *Przegląd Psychologiczny*, 35, 4, 485-95.
- Łosiak W. (1999a). Proces zmagania się ze stresem choroby przez pacjentów. W: D. Kubacka - Jasięcka, W. Łosiak (red.): Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych, 183-96. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Łosiak W. (1999b). Subiektywny obraz choroby u pacjentów. W: D. Kubacka - Jasięcka, W. Łosiak (red.): Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych, 67-78. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Łuczak J., Kuczyński M., Roszak A. (1995). Jakość życia w poszczególnych fazach choroby u kobiet leczonych z powodu nowotworu narządów płciowych. *Ginekologia Polska*, 66, 4, 216-19.
- Łuczak J., Roszak A. (1990). Co wiedza o swojej chorobie pacjenci leczenia w szpitalu onkologicznym. *Nowotwory*, 40, 1, 65-8.
- Majkowicz M., Trojanowski L., Skokowski J., Pankiewicz P. (1997). Lęk u pacjentek z rozpoznaniem guza gruczołu piersiowego zakwalifikowanych do operacji. *Psychoonkologia*, 1, 11-18.
- Makowska H. (1998). Radzenie sobie ze stresem w grupie leczących się alkoholików. *Przegląd Psychologiczny*, 3-4, 103-10.
- Makowska H., Poprawa R. (1996). Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: G. Dolińska - Zygmunt (red). Elementy psychologii zdrowia, 69-100. Acta Universitatis Wratislaviensis No 1818, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego.

- Markowska J. (1999a). Epidemiologia. W: J Markowska (red.): Rak błony śluzowej trzonu macicy, 11-35. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Markowska J. (1999b). Epidemiologia i etiopatogeneza raka szyjki macicy. W: J. Markowska (red.): Rak szyjki macicy, 11-21. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Mastrovito R., Moynihan R.T., Parsonnet L. (1989). Self - help and mutual support programmes. W: J.C. Holland, J.H. Rowland (red.): Handbook of Psychooncology. New York: Oxford University Press.
- Mateusiak J. (1996). Styl a strategie radzenia sobie ze stresem (na przykładzie pacjentów dializowanych i oczekujących na zabieg chirurgiczny) - doniesienie z badań. W: H. Skłodowski (red.): Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata, 121-4. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Maunsell E., Brisson J., Deschenes L. (1992). Psychological distress after initial treatment of breast cancer. Assessment of potential reisk factors. *Cancer*, 70, 120-5.
- Mausch K. (1999). Psychoimmunologia a choroby na podstawie niektórych badań. *Psychiatria Polska*, 2, 231-40.
- McCaul K.D., Sandgren A.K., King B., O'Donnell S., Branstetter A., Foreman G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psychooncology*, 8, 3, 230-6.
- McVie J.G., Hossfeld D.K. (1994). Rak narządów rodnych kobiety. W: Hossfeld D.K., Sherman C.D., Love R.R., Bosch F.X. (red.): Podręcznik onkologii klinicznej, 313-39. International Union Against Cancer, Warszawa: PWN.
- Miltz H. (1997). "Zdrowy chory człowiek". Cynizm społeczny czy nowe perspektywy? W: A. Kaplun (red.): Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych. Odkrywanie nowej jakości zdrowia, 16-22. Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy.
- Morasso G., Costantini M., Baracco G., Borreani C., Capelli M. (1996). Assessing psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire. *Oncology*, 53, 4, 295-302.
- Morris M., Eifel P.J., Lu J., Grigsby P.W., Levenbach C., Stevens R.E., Rotman M., Gershenson D.M., Mutch D.G. (1999). Pelvic radiation with concurrent chemotherapy compared with pelvic and para aortic radiation for cervical cancer. *The New England Journal of Medicine*, 340, 15, 1137-43.
- Morris T., Greer S., Whith P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy. *Cancer*, 40, 2381-7.
- Morris T., Pettingale K., Haybittle J. (1992). Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psycho - Oncology*, 1, 2, 105-14.
- Mroziak B. (1994). A. Antonovsky'ego koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji (SOC). *Nowiny Psychologiczne* 1, 5-16.
- Mroziak B., Czabała J.Cz., Wójtowicz S. (1997). Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Polska*, 3, 257-68.
- Nęcki Z. (1984). Postawy wobec chorób nowotworowych i ich przekształcenie. W: *Prace Psychologiczne, Zeszyt 1*, 13-57. Warszawa - Kraków: Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Nęcki Z., Górniak L. (1999). Przekonania i postawy społeczne wobec chorób nowotworowych. W: D. Kubacka - Jasiecka, W. Łosiak (red.): Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych, 101-24. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Ngan H.Y., Tang G.W., Lau O.W. (1994). Psychosocial study on Hong Kong Chinese with gynecological cancer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 15,2, 111-7
- Nordin K., Glimelius B. (1997). Psychological reactions in newly diagnosed gastrointestinal cancer patients. *Acta Oncologica*, 36, 803-10.
- van Oudenhoven - van der Zee K., Buunk B.P., Sauderman R., Botke G., at all. (1999). The Big Five and identification - contrast processes in social comparison in adjustment to cancer treatment. *European Journal of Personality*, 13, 4, 307-26.
- Parazzini F., LaVecchia C., Bocciolone L., Franceschi S. (1991). Review: the epidemiology of endometrial cancer. *Gynaecological Oncology*, 41, 1-16.
- Paul - Cavallier F.J. (1992). *Wizualizacja. Od obrazu do działania*. Poznań: Dom Wyd. Rebis.
- Pearlin L.E., Schooler C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Piwowska - Pościk L. (1997). Sposoby radzenia sobie ze stresem stosowane przez Polaków. *Humanizacja Pracy*, 6 (180), 45-52.
- Poppius E., Tenkanen L., Kalimo R., Heinsalmi P. (1999). The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. *Social Sciences of Medicine*, 49, 1, 109-20.
- Poprawa R. (1997). Osobiste zasoby w radzeniu sobie ze stresem. W: L. Szewczyk (red.): *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i w chorobie*, 33-38. Lublin: Akademia Medyczna.
- Ragland D.R., Brand R.J., Fox B.H. (1992). Type A/B behavior and cancer mortality: the confounding/mediating effect of covariates. *Psycho-Oncology*, 1, 225-34.
- Ratajczak Z. (1996). Stres - radzenie sobie - koszty psychologiczne. W: I. Heszen - Niejodek, Z. Ratajczak (red.): *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*, 65-87. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Razavi D., Delavaux N. (1997). Psychiatryczna rehabilitacja podczas i po leczeniu choroby nowotworowej. W: J. Meyza (red.): *Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia*, 183-193. Warszawa: Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie.
- Reykowski J. (1966). *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*. Warszawa: PWN.
- Reynolds F. (1999). Some relationships between perceived control and women's reported coping strategies for menopausal hot flashes. *Maturitas*, 32, 1, 25-32.
- Rieger E., Touyz S.W., Wain G.V. (1998). The role of the clinical psychologist in gynaecological cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 201-14.
- Rigatos G. (1992). *Psychosomatic aspects in cancer*. Hellenic Society of Psychosocial Oncology, Beaune.
- Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1997. (1998) *Roczniki Branżowe*, Warszawa: GUS.
- Rodin J., Salovey P. (1997). *Psychologia zdrowia*. W: I. Heszen - Niejodek, H. Sęk (red.): *Psychologia zdrowia*, 62-110. Warszawa: PWN.
- Rose P.G., Bundy B.N., Watkins E.B., Thigpen J.T., Deppe G., Maiman M.A., Clarke - Pearson D.K., Insalaco S. (1999). Concurrent cisplatin - based radiotherapy and chemotherapy for locally advanced cervical cancer. *The New England Journal of Medicine*, 340, 15, 1144-53.
- Sack M., Künsebeck H.W., Lamprecht F. (1997). Sense of coherence and psychosomatic treatment outcome. An empirical study of salutogenesis. *Psychotherapie, Psychosomatische, Medicinische Psychologie*, 47, 5, 149-55.

- Sadowski B., Chmurzyński J.A. (1989). *Biologiczne mechanizmy zachowania*. Warszawa: PWN.
- Sammallahti P.R., Holi M.J, Komulainen E.J., Aalberg V.A. (1996). Comparing two self-report measures of coping - the Sense of Coherence Scale and the Defense Style Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 5, 17-24.
- Sanden – Eriksson B. (2000). Coping with type – 2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 6, 1393-7.
- Savage L.S., Canody C. (1999). Life with ventricular assist device: the patient's perspective. *American Journal of Critical Care*, 8, 5, 340-3.
- Scharloo M., Kaptein A.A., Weinman J.A., Hazes J.M., Breedveld F.C., Rooijmans H.G. (1999). Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 26, 8, 1686-93.
- Schnoll R.A., Harlow L.L., Stolbach L.L., Brandt U. (1998). A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology*, 7, 69-77.
- Schnyder U., Büchi S., Mörgeli H., Sensky t., Klanghofer F. (1999). Sense of coherence - a mediator between disability and handicap? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 2, 102-10.
- Schover L.R., Fife M., Gershenson D.M. (1989). Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. *Cancer*, 63, 204-12.
- Schreurs K.M, de Ridder D.T. (1997). Integration of coping and social support perspectives: implicatins for the study of the adaptation to chronic diseases. *Clinical Psychological Review*, 17:1, 89-112.
- Schuth W., Eiche S., Hein A, Breckwoltd M. (1995). Psychological consultation at gynecological clinic--a luxury or a necessity? *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 55, 6, 312-8
- Schwartz J.E., Neale J., Marco C., Shiffman S., Stone A.A. (1999). Does trait coping exist? A momentary assessment approach to the evaluation of traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 2, 360-9.
- Seligman M.E.P. (1993). *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. Poznań: Media Rodzina.
- Selye H. (1979). *Stres okielznany*. Warszawa: PIW.
- Senkus - Konefka E. (1994). Czynniki warunkujące geometrię dojamowych aplikatorów ¹³⁷Cs i ich wpływ na rozkład dawki w obrębie miednicy małej u chorych leczonych napromienianiem z powodu rakaszyjki macicy. Niepublikowana praca doktorska. Gdańsk: Akademia Medyczna.
- Sexton D.L., Stephanie R.N., Calcasola S.L., Bottomley S.R., Funk M. (1999). Adults' experience with asthma and their reported uncertainty and coping strategies. *Clinical Nurse Specialist*, 1, 8-14.
- Sędek G. (1991). Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami, na które nie ma rady? W: M. Kofta i T. Szustrowa (red.): *Złudzenia, które pozwalają żyć*, 289-317. Warszawa: PWN.
- Sęk H. (1997). *Psychologia wobec promocji zdrowia*. W: I. Heszen - Niejodek, H. Sęk (red.): *Psychologia zdrowia*, 40-61. Warszawa: PWN.
- Sęk H. (1998). Psychology and health promotion. *Polish Psychological Bulletin*, 29, 1, 3-18.
- Sęk H., Ścigała I. (1996). Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym. W: I. Heszen - Niejodek, Z Ratajczak (red.): *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*, 133-50. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Sęk H., Ściagała I., Pasikowski T., Beisert M., Bleja A. (1992). Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania. *Przeгляд Psychologiczny*, 33, 3, 351-63.
- Sheedy P. (1997). *Mind games WaveRider. Lesson Plans. WaveAccess Rev 1.1*
- Sheridan Ch.L., Radmacher S.A. (1998). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Siegel B. (1996). *Życie, kochać, uzdrawiać*. Warszawa; Czytelnik.
- Simonton O.C., Matthews-Simonton S., Creighton J.L. (1993). *Triumf życia*. Warszawa: Wydawnictwo Medyczne Med. Tour. Press International.
- Sivesind D.M., Baile W.F. (1997). An ovarian cancer support group. *Cancer Practice*, 5, 4, 247-51.
- Siwak - Kobayashi M. (1997). Specyfika psychoterapii w zaburzeniach psychosomatycznych. W: L. Szewczyk (red.): *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i w chorobie*, 13-18. Lublin: Akademia Medyczna.
- Söllner W., Zschocke I., Zingg - Schir M., Stei B., Rumpold G., Fritsch P., Augustian M. (1999). Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics*, 40, 3, 239-50.
- Spangenberg J.J., Theron J.C. (1999). Stress and coping strategies in spouses of depressed patients. *Journal of Psychology*, 3, 253-62.
- Specia M., Robinson J.W., Goodey E., Frizzell B. (1994). Patients evaluate a quality of life scale: whose life is it anyway? *Cancer Practice*, 2, 5, 365-70
- Spiegel D., Bloom J.R., Kraemer H.C., Gottheil E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, October 14, 888-891.
- Stan zdrowia ludności Polski w przekroju regionalnym w 1996 roku. (1999). Warszawa: GUS.
- Steginga S.K., Dunn J. (1997). Women's experiences following treatment for gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24, 1403-8.
- Steiner M., Yonkers K.A. (1999). Depresja u kobiet: zaburzenia nastroju związane z cyklem rozrodczym.
- Strelau J. (1996). Temperament a stres. W: I. Heszen - Niejodek, Z. Ratajczak (red.): *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*, 88-132. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Suls J., David J.P. (1996). Coping and personality: third time's the charm? *Journal of Personality*, 64, 4, 993-1005.
- Suls J., David J.P., Harrey J.H. (1996). Personality and coping: three generations of research. *Journal of Personality*, 64, 4, 711-35.
- Sweet L., Savoie J.A., Lemyre L. (1999). Appraisals, coping, and stress in breast cancer screening: a longitudinal investigation of causal structure. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 31, 4, 240-53.
- Szewczyk K. (1996). Lęk, nicość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu. W: Gałuszko M., Szewczyk K. (red.): *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, 14-62. Warszawa - Łódź: Wydawnictwo naukowe PWN.
- Szymczak J., Skokowski J. (1999). Poczucie koherencji a lęk u chorych na nowotwór płuca oczekujący na operację i u osób zdrowych. *Psychoonkologia*, 4, 35-46.
- Szymczak J., Tartas M. (1999). Poczucie koherencji w chorobie nowotworowej i schizofrenii. *Psychoonkologia*, 3, 49-54.
- Taylor S.E. (1984). Przystosowanie do zagrażających wydarzeń. *Nowiny Psychologiczne*, 6-7, 15-37.

- Taylor S.E. (1992). Psychologia zdrowia: nauka i praktyka. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 37-56.
- Taylor S.E., Armor D.A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64, 4, 873-98.
- TBC Production Inc. (1993). "Who you became, the heart of healing" ("Tajemnica uzdrawiania"), part 1, TVP1, 1995.
- Terelak J.F. (1995). *Stres psychologiczny*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Tobiasz - Adamczyk B. (1998). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tobiasz - Adamczyk B., Szafraniec K., Bajka J. (1999). *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta*. Kraków: Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Todarello O., Casamassima A., Daniele S., Marinaccio M., Fanciullo F., Valentino L., Todesco N., Weisel S., Simone G., Marinaccio L. (1997). Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia: replication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 4, 208-13.
- Todarello O., Casamassima A., Marinaccio M., La-Pesa M.W., Caradonna L., Valentino L., Marinaccio L. (1994). Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 3-4, 199-204.
- Tomaino - Brunner C., Freda M.C., Runowicz C.D. (1996). "I hope I don't have cancer": colposcopy and minority women. *Oncology Nursing Forum*, 23, 1, 39-44.
- Tomaszewski T. (1963). *Wstęp do psychologii*. Warszawa: PWN.
- Trzebiatowska I., Majkowicz M., Zwaliński M., de Walden - Gałuszko K. (1997). Strategie przystosowania do choroby nowotworowej (doniesienie wstępne). *Psychoonkologia*, 1, 19-22.
- Turuk - Nowakowa T. (1976). Sytuacje stresowe u chorych na raka sutka i raka szyjki macicy leczonych napromienianiem. *Nowotwory*, 1, 61-7.
- Turuk - Nowakowa T. (1990). Postępowanie psychologa w chorobach nowotworowych. W: I. Heszen - Niejodek (red.): *Rola psychologa w diagnozie i leczeniu chorób somatycznych*, 159-94. Warszawa: PZWL.
- Turuk - Nowak T. (1999). Pomoc psychologiczna pacjentom onkologicznym. W: D. Kubacka - Jasięcka, W. Łosiak (red.): *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych*, 225-42. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Uehara T., Sakodo K., Sakodo M., Sato T., Someya T. (1999). Relationship between stress coping and personality in patients with major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 1, 26-30.
- Umegaki H., Minami C., Katou H., Kawasaki T., Fukunaga T., Shimizu A. (1993). Perioperative psychological status of patients undergoing radical mastectomy and total hysterectomy. *Masui*, 42, 4, 523-8.
- Urbański K., Klimek, M., Gasińska A. (1999). Radioterapia w raku szyjki macicy. W: J. Markowska (red.): *Rak szyjki macicy*, 155-77. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- de Walden - Gałuszko K. (1992). *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii*. Gdańsk: Uniwersytet Gdański.
- de Walden - Gałuszko K. (1997). Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. W: J. Meyza (red.): *Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia*, 77-84. Warszawa: Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie.

- Valente S.M., Saunders J.M. (1997). Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. *Cancer Nursing*, 20, 3, 168-77.
- van der Zee K., Buunk B., Sauderman R., Botke G., et al. (2000). Social comparison and coping with cancer treatment. *Personality and Individual Differences*, 28, 1, 17-34.
- Wardle J., Pope R. (1992). The psychological costs of screening for cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 7, 609-24
- Warelis M. (1997). Psychologia w gabinecie ginekologa. *Problemy Rodziny*, 3, 27-30.
- Watkins Bruner D., Lanciano R., Keegan M., Corn B., Martin E., Hanks G.E. (1993). Vaginal stenosis and sexual function following intracavitary radiation for the treatment of cervical and endometrial carcinoma. *International Journal of Radiation Oncology, Biology and Physics*, 27, 825-30.
- Watson M., Greer S., Young J., Inayat Q., Burgess C., Robertson B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-9.
- Weis J., Koch U., Heckel U. (1993). Processes of coping And adaptation in cancer. A prospective longitudinal study. Abstracts of Seventh Annual Meeting of the European Society of Psychosocial Oncology. Jerusalem, Israel 14-15.11.1993
- Weitzner M.A. (1997). Psycho-socjalne działanie i jakość życia pacjentek chorych na raka piersi. W: J. Meyza (red.): *Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia*, 225-48. Warszawa: Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie.
- Wettergren L., Langinus A., Björkholm M., Björvell M. (1999). Post-traumatic stress symptoms in patients undergoing autologous stem cell transplantation. *Acta Oncologica*, 38, 4, 475-80.
- Whal A., Moum T., Hanestad B.R., Wiklund I., Kalfoss M.H. (1999). Adapting the Jalowiec Coping Scale in Norwegian adult psoriasis. *Quality of Life Research*, 8, 5, 435-45.
- White L.N. (1993). An overview of screening and early detection of gynaecologic malignancies. *Cancer*, 71, 1400-5.
- Widera - Wysoczańska A. (1997). Dialog jako metoda poznawcza doświadczeń człowieka w klinicznych badaniach jakościowych. *Czasopismo Psychologiczne*, 3, 2, 99-112.
- Wieczorek K., Lew - Starowicz Z. (1997a). Obraz ciała i seksualność kobiet po operacyjnym usunięciu macicy. *Problemy Rodziny*, 3, 22-5.
- Wieczorek K., Lew - Starowicz Z. (1997b). Obraz ciała i seksualność kobiet po operacyjnym usunięciu przydatków. *Problemy Rodziny*, 4, 35-7.
- Wirga M. (1998). *Zwyciężyć chorobę*. Katowice: Dom Wydawniczo – Księgarski KOS.
- Wirsching M. (1994). Wprowadzenie perspektywy psychologicznej i społecznej w obręb onkologicznego systemu leczenia. W: M. Wirsching (red.): *Wokół raka*, 82-111. Gdańsk: GWP.
- Włodarczyk D. (1997). Wsparcie społeczne a strategie radzenia sobie ze stresem po zawale serca. W: L. Szewczyk (red.): *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i w chorobie*, 67-74. Lublin: Akademia Medyczna.
- Wronkowski Z., Zwierko M., Chmielarczyk W. (1995). Epidemiologia nowotworów złośliwych miednicy. *Nowotwory*, 45, 1, 26-32.
- Wrześniewski K. (1993). *Styl życia a zdrowie: Wzór Zachowania A*. Warszawa: PAN.
- Wrześniewski K. (1996). *Style a strategie radzenia sobie ze stresem*. *Problemy pomiaru*. W: I. Heszen - Niejodek, Z. Ratajczak (red.): *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*, 44-64. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Wrześniewski K. (1997). Radzenie sobie ze stresem a zawał serca - kilka uwag metodologicznych. W: L. Szewczyk (red.): Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i w chorobie, 53-58. Lublin: Akademia Medyczna.
- Yeo B.K., Perera I. (1995). Sexuality of women with carcinoma of the cervix. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 24, 676-8.
- Zacharias D.R., Gilg C.A., Foxall M.J. (1994). Quality of life and coping in patients with gynecological cancer and their spouses. *Oncology Nursing Forum*, 21, 1699-706.
- Zachorowania na nowotwory złośliwe. *Rocznik statystyczny RP*. (1998), s.260, rok LVIII. Warszawa: GUS.
- Zajączkowska B. (1989). Informacyjne style radzenia sobie ze stresem. *Teoria i badania. Zdrowie Psychiczne*, 1-2, 99-108.
- Zakrzewska T. (1991). Znaczenie stresu i radzenia sobie ze stresem w etiologii chorób nowotworowych. *Studia i materiały Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Olsztynie*, 26, 99-110.
- Zatoński W. (1997). Czy w demokracji żyje się zdrowiej? Zmiany w umieralności w Polsce po 1988 roku. Warszawa: Fundacja "Promocja zdrowia".
- Zatoński W., Tyczyński J. (1994). Nowotwory złośliwe w Polsce w roku 1991. Warszawa: Wyd. Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie.
- Zatoński W., Tyczyński J. (1996). Nowotwory złośliwe w Polsce w roku 1993. *Cancer in Poland in 1993*. Warszawa: Wyd. Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie.
- Zatoński W., Tyczyński J. (red.). (1997). *Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce w piętnastolecu 1980-1994*. Warszawa: Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej - Curie.
- Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M. (1998). Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Zwoliński M. (1997). Poczucie koherencji i styl radzenia sobie ze stresem a ocena własnego zdrowia przez dziewczęta i chłopców kończących szkołę średnią. W: L. Szewczyk (red.): Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i w chorobie, 45-52. Lublin: Akademia Medyczna.