

Radzenie sobie ze stresem w warunkach różnego stopnia zagrożenia zdrowia

Beata Basińska¹
Politechnika Gdańska

COPING WITH STRESS CAUSED BY DIFFERENT HEALTH HAZARD

Abstract. This paper is aimed at presenting coping strategies and the sense of coherence in women in different health condition. Participants were healthy women (n = 79), cancer threatened ones (n = 41) and women with gynaecological cancer (n = 118). The results show that in health deficit condition, emotion – focused coping is preferred, but in health condition, problem – focused strategies are used. Threat devaluation strategies predominate in cancer disease situation, while positive reappraisal is preferred by healthy and cancer threatened women. The sense of coherence is lowered in the situation of uncertainty in comparison to unambiguous health condition. The sense of coherence and ways of coping with threat undertaken during the course of treatment has no influence on the length of survival time in women with gynaecological cancer.

Diagnoza choroby nowotworowej wiąże się z doświadczeniem zagrożenia życia. Stres temu towarzyszący jest często traumą nie tylko dla pacjentek, lecz także ich rodzin. Przejawia się symptomami lęku i depresji (Lalos, Eisemann, 1999; Lutgendorf i in., 2000; Stanton i in., 2000). Wiele objawów somatycznych i psychologicznych przyczynia się do gorszej subiektywnej oceny stanu zdrowia (Forsberg, Björvell, 1997; Strang, Strang, 2001). Z tego powodu poczucie, że choroba jest poważna, może być niezależne od jej obiektywnego stopnia zaawansowania (Greimel i in., 1992; Lutgendorf i in., 2000). Przystosowanie się do choroby nowotworowej jest procesem akceptacji doświadczanych zmian. W związku z tym, celem radzenia sobie jest przywrócenie równowagi funkcjonowania organizmu po zastosowaniu inwazyjnego leczenia, odzyskanie równowagi emocjonalnej, dobrostanu oraz poczucia kontroli poprzez oszacowanie stopnia przewidywalności samej choroby nowotworowej i efektów jej leczenia (Leder, 1997).

W literaturze dotyczącej zmagania się ze stresem w ujęciu transakcyjnym wyróżnia się dwa główne typy strategii zaradczych: zorientowane instrumentalnie i ukierunkowane emocjonalnie (Folkman, Lazarus, 1988). Pierwsze – zadaniowe strategie – są podejmowane, gdy istnieje możliwość bezpośredniego oddziaływania na źródło stresu i jego zmiana. Celem drugich jest redukcja emocjonalnego dystresu. Znajdują one zastosowanie w sytuacjach, które trzeba zaakceptować. Większość sytuacji aktywizuje oba typy strategii zaradczych, a granica pomiędzy nimi jest nieostra. Wyróżniono też trzeci typ strategii zaradczych, związany z poznawczą zmianą znaczenia stresora (Davey, 1993), który charakteryzuje się zaprzeczaniem, dewaluacją zagrożenia, pozytywnym przewartościowaniem oraz powstrzymaniem się od działania. Zaprzeczanie przyczynia się do samooszukiwania, że stresor nie istnieje. Nadmierny stres jest neutralizowany przez dewaluację zagrożenia, podczas gdy pozytywne przewartościowanie nadaje sens problemowi i daje odwagę do poradzenia sobie z nim. Folkman i Lazarus (1988) uważają, że tego rodzaju strategie są częścią radzenia sobie ukierunkowanego emocjonalnie. W niniejszym artykule założono istnienie trzech typów strategii zaradczych: zadaniowych i emocjonalnych, zgodnie z poglądami Lazarusa, oraz trzeci, związany z poznawczą zmianą znaczenia stresora. Sytuacja choroby nowotworowej częściej aktywizuje emocjonalne radzenie sobie ze stresem niż radzenie sobie zorientowane zadaniowo (Kim i in., 2002; Lutgendorf i in., 2000; Stanton i in., 2000). Główną funkcją strategii instrumentalnych w chorobie jest poszukiwanie i przetwarzanie informacji w celu wyjaśnienia sytuacji (Carlsson i in., 1999). W zmaganiu się z zagrożeniem preferowane są: dewaluacja zagrożenia i unikanie. Unikanie uznano za nieefektywne, ponieważ wzmacnia poczucie stresu i wpływa na obniżenie jakości życia (Lutgendorf i in., 2000). Natomiast odwracanie uwagi jest korzystne, zwłaszcza w trakcie diagnozy (Lauver i in., 1999). Pozytywne przewartościowanie, stosowane po zakończeniu leczenia, sprzyja lepszej ocenie jakości życia (Lutgendorf i in. 2002).

Stan zdrowia jest zależny od poczucia koherencji korelacyjnie i predyktywnie. Poczucie koherencji zdefiniowano jako ufność, że świat jest przewidywalny (poczucie zrozumiałości), że są dostępne zasoby do radzenia sobie z zagrożeniami (poczucie zaradności) i warto się zaangażować (poczucie sensowności) (Antonovsky, 1995).

W podejściu salutogenetycznym zanegowano dychotomię zdrowia i choroby, a zaproponowano kontinuum *health ease – disease*. Warto zidentyfikować czynniki, które sprzyjają zdrowiu oraz uruchamiają zasoby do radzenia

¹ Adres do korespondencji: Politechnika Gdańska, Wydział Zarządzania i Ekonomii, ul. Narutowicza 11/12, 80-952 Gdańsk; e-mail: bbas@pg.gda.pl

BEATA BASIŃSKA

sobie ze stresem. Osoby cechujące się słabym poczuciem koherencji miały gorszą kondycję psychofizyczną, natomiast osoby o silnym poczuciu koherencji charakteryzowały się szerszym i efektywniejszym repertuarem zaradczym (Antonovsky, 1995; Ramfelt i in., 2000).

W ostatnich latach opublikowano prace wskazujące, że ważne zdarzenia życiowe mogą wpływać na siłę poczucia koherencji (Schnyder i in., 2000). Zidentyfikowano znaczące związki pomiędzy subiektywną percepcją zdrowia a poczuciem koherencji, zwłaszcza u kobiet (Nesbitt, Heidrich, 2000; Nillson i in., 2000). Tak więc stan zdrowia może być uogólnionym zasobem lub deficytem odpornościowym powodującym zmiany w poczuciu koherencji (Edman i in., 2001; Kivimäki i in., 2000; Sanden-Eriksson, 2000).

Celem niniejszego artykułu była:

- (1) ocena różnicowania częstości podejmowanych rodzajów strategii przez kobiety mające: stwierdzony nowotwór narządów rodnych, podejrzenie choroby nowotworowej oraz zdrowe;
- (2) ocena poziomu poczucia koherencji w tych trzech grupach;
- (3) ocena związków zachodzących pomiędzy sposobami zaradczymi i poczuciem koherencji a subiektywnym doświadczaniem objawów u kobiet z chorobą nowotworową;
- (4) analiza wpływu strategii zaradczych i poczucia koherencji na długość czasu przeżycia w chorobie nowotworowej narządów rodnych.

METODA

Osoby badane i przebieg badań

Badaną grupę stanowiło 238 kobiet: z chorobą nowotworową, z podejrzeniem nowotworu i zdrowe. Grupa kliniczna obejmowała 118 kobiet (średni wiek 50 lat) z rozpoznaniem nowotworu narządów rodnych, leczonych w Klinice Onkologii i Radioterapii AM w Gdańsku. Część z nich otrzymała napromienianie po zabiegu chirurgicznym (57%), pozostałe były poddane wyłącznie radioterapii (43%). Hospitalizacja trwała co najmniej 14 dni (średnio 50 dni).

Drugą grupę stanowiło 41 kobiet (średni wiek 44 lata) oczekujących na pierwszą wizytę w Wojewódzkiej Poradni Onkologicznej w Gdańsku. Zostały tam skierowane przez lekarza rodzinnego z powodu zmian w piersi (zgrubienie, guzek). W wyniku badań diagnostycznych wykluczono nowotwór i uznano je za zdrowe, o czym dowiadywały się podczas kolejnej wizyty u onkologa.

W trzeciej grupie znalazło się 79 zdrowych kobiet (średni wiek 48 lat), które ani obecnie, ani w przeszłości nie chorowały na żadne poważne choroby. Większość to mężatki (73%) średnio od 23 lat, mające dzieci (92%). Najczęściej mieszkaly one w miastach regionu pomorskiego.

Chore i zagrożone chorobą kobiety badano w klinice. Po przeprowadzeniu wywiadu prosiło się je o zgodę na udział w badaniach. Najpierw oceniały one aktualny stan zdrowia na skali analogowej, potem wypełniały skale radzenia sobie i poczucia koherencji. Tylko zdrowe kobiety wypełniały kwestionariusze anonimowo. Badania przeprowadzono indywidualnie w latach 1995-1998, a informacje o czasie przeżycia w grupie chorych zostały zgromadzone w roku 2000.

Zastosowane metody

Do pomiaru strategii zaradczych zastosowano dwie skale. Skala Sposobów Radzenia Sobie Urań i Czapińskiego (1992) odwołuje się do podziału radzenia sobie wprowadzonego przez Lazarusa. Pozwala na opis strategii zorientowanych na problem i ukierunkowanych emocjonalnie, z wyłączeniem strategii unikania oraz strategii ucieczka-unikanie. Strategie zmieniające znaczenie stresora oceniono za pomocą skali: Strategia Poznawczego Przewartościowania Daveya (1993), w tłumaczeniu G. Chojnackiej-Szawłowskiej. Pytania zawarto w czterech podskalach obejmujących zaprzeczanie, pozytywne przewartościowanie, dewaluację zagrożenia i powstrzymywanie się od działania.

Poczucie koherencji i jego trzy komponenty: poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności badano za pomocą polskiej wersji Skali Orientacji Życiowej (SOC-29) Antonovsky'ego (1995), zaadaptowanej przez zespoły Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi oraz Instytutu Psychologii UAM w Poznaniu. Wymienione narzędzia badawcze spełniają wymogi psychometryczne.

Do opisanych metod dołączono jedno pytanie oceniające subiektywne poczucie choroby, którego wyniki były określane za pomocą jednobiegunowej, wizualno-analogowej skali o długości 100 milimetrów. Jej krańce opisano następująco: „nie czuję się chora” versus „czuję się bardzo poważnie chora”.

Długość czasu przeżycia oceniono na podstawie informacji z Biura Ewidencji Ludności miasta lub gminy, właściwego dla miejsca zamieszkania pacjentek chorych na nowotwór narządów rodnych.

RADZENIE SOBIE ZE STRESEM

WYNIKI

Strategie radzenia sobie

W badaniu uzyskano znaczące różnice w strategiach zaradczych, zwłaszcza pomiędzy kobietami zdrowymi i chorymi na nowotwór. Szczegółowe wyniki zostały zaprezentowane w tabeli 1.

Kobiety chore znacznie rzadziej niż zdrowe podejmowały strategie instrumentalne oraz częściej stosowały strategie emocjonalne. Ponadto częściej stosowały unikanie niż kobiety zdrowe i zagrożone chorobą nowotworową.

Strategia zmiany znaczenia stresora, taka jak dewaluacja zagrożenia, była charakterystyczna dla grupy kobiet chorych stosujących ją częściej niż osoby zdrowe i zagrożone chorobą. Również zaprzeczanie było częściej podejmowane przez osoby chore niż zdrowe.

W kolejnym etapie porównano wzory radzenia sobie w sytuacjach zróżnicowanego stanu zdrowia. W tym celu zastosowano współczynnik podobieństwa profilowego Cohena w adaptacji Vegiliusa (Barańska, 1999), dzięki czemu wyrównano długość skal, co pozwoliło na udzielenie odpowiedzi na pytanie, który ze sposobów zaradczych był preferowany przez osoby z każdej z trzech grup. Ponadto zaistniała możliwość porównania pomiędzy grupami stopnia podobieństwa wzorów radzenia sobie.

Kobiety chore na nowotwory narządów rodnych preferowały radzenie sobie emocjonalne, uzupełniane strategiami instrumentalnymi i unikaniem. Ich profil zaradczy przyjął kształt odwróconej litery „V”. Zdrowe kobiety najczęściej podejmowały strategie zadaniowe, w dalszej kolejności strategie emocjonalne, a najrzadziej unikanie. Ich wzór zaradczy odzwierciedla linia prosta opadająca. Osoby zagrożone chorobą nowotworową chętnie wybierały strategie emocjonalne, uzupełniane zadaniowymi. Unikania używały tak samo rzadko jak kobiety zdrowe (rysunek 1).

BEATA BASIŃSKA

Tabela 1.

Strategie zaradcze wśród kobiet chorych, zagrożonych chorobą nowotworową i zdrowych

Strategie zaradcze (zakres skali)	Stan zdrowia			Test <i>t</i> Studenta		
	chore [1] M (SD)	zdrowe [2] M (SD)	zagrożone [3] M (SD)	[1]: [2] <i>t</i> (190)	[1]: [3] <i>t</i> (153)	[2]: [3] <i>t</i> (118)
Strategie zadaniowe (0-11)	6,37 (2,43)	7,67 (2,40)	7,10 (3,01)	-3,66*	-1,52	1,14
Strategie emocjonalne (0-15)	10,64 (3,13)	9,23 (2,57)	10,15 (2,38)	3,09**	0,83	-1,81
Ucieczka – unikanie (0-9)	4,61 (1,35)	3,63 (1,78)	3,48 (1,62)	4,19*	4,10*	0,41
Zaprzeczanie (4-16)	9,20 (3,00)	7,96 (2,70)	9,10 (3,02)	2,69**	0,32	-1,79
Dewaluacja zagrożenia (10-40)	29,03 (5,21)	26,15 (6,06)	26,65 (5,23)	3,74*	2,79**	-0,24
Pozytywne przewartościowanie (7-28)	19,17 (5,01)	19,12 (3,76)	19,05 (4,01)	-0,51	0,05	0,56
Odraczenie działania (4-16)	8,76 (2,72)	8,98 (2,48)	8,98 (2,72)	-1,44	-0,67	0,43

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

RADZENIE SOBIE ZE STRESEM

Oceniono także podobieństwo wzorów zaradczych w badanych grupach. Najmniej podobne wzory były w grupie kobiet zdrowych i chorych (podobieństwo umiarkowane; $r = 0,64$). Bardzo zbliżone były wzory zaradcze kobiet zdrowych i zagrożonych chorobą nowotworową ($r = 0,84$) oraz kobiet chorych na nowotwór i nim zagrożonych ($r = 0,82$). Wzory strategii zamiany znaczenia stresora były prawie identyczne we wszystkich trzech grupach ($r = 0,98$). Warto nadmienić, że kobiety zagrożone chorobą i zdrowe preferowały pozytywne przewartościowanie, a chore – dewaluację zagrożenia.

Następnie badano związki pomiędzy strategiami zaradczymi. Większość korelacji była słaba lub umiarkowana. Na rysunku 2 zaprezentowano te związki w grupie kobiet chorych na nowotwór i zdrowych.

Wśród kobiet chorych strategie zadaniowe były umiarkowanie powiązane z emocjonalnymi i słabo – z unikaniem, podczas gdy dwie ostatnie tworzyły umiarkowaną zależność pomiędzy sobą. Wszystkie korelacje były dodatnie. Związki pomiędzy strategiami wśród kobiet zdrowych były inne. Zaobserwowano niską, dodatnią korelację pomiędzy strategiami emocjonalnymi i unikaniem oraz ujemną korelację między strategiami zadaniowymi i unikania. Wśród kobiet zagrożonych chorobą nowotworową korelacje pomiędzy tymi trzema strategiami zaradczymi były słabe i nieistotne statystycznie.

Badano także związki pomiędzy szczegółowymi strategiami zmiany znaczenia stresora. Okazało się, że są one nieliczne. Dla kobiet chorych charakterystyczny był umiarkowany związek pomiędzy dewaluacją zagrożenia i pozytywnym przewartościowaniem ($r = 0,44$; $p < 0,01$). Wśród kobiet zdrowych odnotowano umiarkowanie pozytywną korelację pomiędzy dewaluacją zagrożenia i zaprzeczaniem ($r = 0,37$; $p < 0,01$). W grupie kobiet zagrożonych chorobą nowotworową nie stwierdzono żadnych istotnych statystycznie zależności.

Poczucie koherencji

Kolejne pytanie dotyczyło siły poczucia koherencji. Stwierdzono, że kobiety zagrożone chorobą nowotworową różniły się od zdrowych i chorych pod względem każdego z czynników poczucia koherencji. Szczegółowe wyniki są przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2.**Porównanie siły poczucia koherencji wśród kobiet chorych, zagrożonych chorobą i zdrowych**

SOC-29	Stan zdrowia			Test <i>t</i> Studenta		
	chore [1] M (SD)	zdrowe [2] M (SD)	zagrożone [3] M (SD)	[1]: [2] <i>t</i> (152)	[1]: [3] <i>t</i> (118)	[2]: [3] <i>t</i> (114)
Poczucie koherencji	141,40 (20,73)	145,22 (17,50)	123,02 (18,36)	-1,25	4,64*	6,27*
Poczucie zrozumiałości	46,70 (9,06)	48,51 (8,36)	40,05 (8,83)	-1,34	3,91*	5,21*
Poczucie zaradności	50,40 (8,66)	51,77 (9,18)	43,22 (10,54)	-1,30	3,19*	4,62*
Poczucie sensowności	43,60 (6,71)	42,44 (9,95)	37,98 (8,03)	-0,21	4,09*	4,32*

* $p < 0,001$

Analiza otrzymanych wyników nie wskazuje na różnice w sile poczucia koherencji i jego komponentów pomiędzy kobietami zdrowymi i chorymi na nowotwory. Wszystkie czynniki są na zbliżonym poziomie.

Sprawdzono również relacje pomiędzy subiektywnym poczuciem choroby a stosowaniem strategii zaradczych i poziomem poczucia koherencji. W grupie kobiet chorych na nowotwory narządów rodnych odnotowano negatywny związek pomiędzy subiektywnym doświadczeniem objawów i poczuciem koherencji ($r = -0,38$; $p < 0,01$), zwłaszcza dla komponentów poznawczych – zrozumiałości i zaradności (odpowiednio: $r = -0,34$; $p < 0,01$ i $r = -0,32$; $p < 0,01$). Im wyższe subiektywne poczucie dolegliwości, tym słabsze było poczucie zaradności i zrozumiałości. W grupie kobiet zagrożonych chorobą nowotworową nie stwierdzono zależności pomiędzy doświadczanymi dolegliwościami a poczuciem koherencji.

Ponadto nie odnotowano żadnych korelacji między subiektywnym doświadczeniem choroby a podejmowaniem strategii zadaniowych, emocjonalnych i unikania, zarówno w grupie chorych, jak i zagrożonych chorobą. Tylko w grupie kobiet chorych strategię zmiany znaczenia stresora i poczucie koherencji tworzyły nieliczne korelacje. Im poczucie koherencji było słabsze, tym częściej stosowano zaprzeczanie i powstrzymywanie się od działania (odpowiednio: $r = -0,31$ i $r = -0,24$; $p < 0,05$). Związek ten był wyraźniejszy dla poczucia zrozumiałości i sensowności. Dodatnią korelację odnotowano pomiędzy siłą poczucia koherencji i dewaluacją zagrożenia ($r = 0,23$; $p < 0,05$), co dotyczyło przede wszystkim poczucia zaradności.

Długość czasu przeżycia kobiet chorych na nowotwory narządów rodnych

Istotne jest to, czy siła poczucia koherencji i podejmowane strategie zaradcze podczas leczenia wpływają na długość czasu przeżycia kobiet chorych na nowotwory narządów rodnych. Zgromadzono informacje dotyczące 89% badanych kobiet chorych na nowotwory narządów rodnych, leczonych napromienianiem. Minimalny czas obserwacji wynosił dwa lata. Spośród 105 pacjentek, u których stwierdzono nowotwór, żyło 67% ($n = 70$), 33% zmarło ($n = 35$). Mediana czasu przeżycia wynosiła 2 lata i 6 miesięcy. Zastosowano analizę regresji metodą proporcjonalnego hazardu Coxa. Nie stwierdzono wpływu siły poczucia koherencji podczas leczenia napromienianiem na długość czasu przeżycia ($\chi^2 = 0,06$; $df = 1$; $p = 0,81$). Podobne rezultaty otrzymano w odniesieniu do strategii zaprzeczania i dewaluacji zagrożenia (odpowiednio: $\chi^2 = 2,19$; $df = 1$; $p = 0,14$ i $\chi^2 = 1,88$; $df = 1$; $p = 0,18$). Ani siła poczucia koherencji, ani podjęte strategie radzenia sobie ze stresem podczas leczenia napromienianiem nie miały wpływu na długość czasu przeżycia pacjentek z chorobą nowotworową narządów rodnych.

DYSKUSJA

RADZENIE SOBIE ZE STRESEM

Częstotliwość podejmowanych strategii radzenia sobie ze stresem różnego rodzaju pozostaje w relacji do stanu zdrowia. Kobiety chore na nowotwory narządów rodnych w porównaniu ze zdrowymi częściej stosowały strategie emocjonalne oraz rzadziej strategię zadaniową. Jest to zgodne z wynikami innych badań (Kim i in., 2002; Stanton i in., 2000). Unikanie było częściej używane w sytuacji choroby niż zdrowia i zagrożenia chorobą nowotworową. Jest prawdopodobne, że kobiety chore unikały zagrażających informacji dotyczących stanu zdrowia. Nie ignorowały one faktu choroby nowotworowej, ponieważ wszystkie podjęły leczenie. Podobnie zaprzeczanie było zdecydowanie częściej stosowane przez kobiety chore niż zdrowe. Zaprzeczanie, jako mechanizm obronny, może być formą samooszukiwania się. Jest pomocne w niekontrolowalnych oraz silnie angażujących i ważnych sytuacjach (Davey, 1993).

W sytuacjach związanych z deficytem zdrowia (choroba lub zagrożenie chorobą nowotworową) preferowane były strategie emocjonalne. W ten sposób kobiety radziły sobie z doświadczanymi negatywnymi emocjami. Jest to istotnym celem radzenia sobie w sytuacjach zagrożenia życia (Stanton i in., 2000).

W obliczu zagrażającej życiu choroby osoby badane preferowały dewaluację zagrożenia. Natomiast w stanie zdrowia lub podejrzenia choroby nowotworowej dominowały pozytywne przewartościowanie. Obie strategie w różny sposób zmieniają znaczenie stresora. Zdaniem Daveya (1993), pozytywne przewartościowanie zmierza do ponownej oceny sytuacji jako wyzwania, a nie zagrożenia, i jest bliskie instrumentalnym strategiom zaradczym. Dewaluacja zagrożenia neutralizuje znaczenie stresora i umożliwia uruchomienie strategii zadaniowych. Ta strategia pozwala uwierzyć w osobistą kontrolę nad stresem, w przeciwieństwie do zaprzeczania (Butow, Coates, Dunn, 2000).

Relacje pomiędzy strategiami zaradczymi u osób zdrowych i chorych różniły się. Jest możliwe, że to, iż zdarzenie jest poważne i nowe, jak np. choroba nowotworowa, powoduje, że emocje odgrywają główną rolę w kształtowaniu wysiłków zaradczych.

Kobiety chore i zdrowe cechowało podobne nasilenie poczucia koherencji. Również w innych badaniach stwierdzano silne poczucie koherencji wśród pacjentów (Edman i in., 2001; Ramfelt i in., 2000). Wyniki te nie są zgodne ze stwierdzeniem, że słabe poczucie koherencji jest charakterystyczne dla osób o gorszej kondycji zdrowotnej (Antonovsky, 1995). Z drugiej strony silne poczucie koherencji pomaga ludziom uniknąć złego przystosowania. Pozwala to przypuszczać, że osoby chore stosowały adekwatne strategie, sprzyjające przystosowaniu się do choroby zagrażającej życiu. Podobnie uważają Strang i Strang (2001), którzy poczucie sensowności traktują jako czynniki motywujące do walki o zdrowie i jakość życia.

Natomiast kobiety, u których podejrzewano chorobę nowotworową, w porównaniu z kobietami zdrowymi i chorymi, miały słabsze ogólne poczucie koherencji i jego wszystkie komponenty. W wielu badaniach opartych na idei Antonovsky'ego poczucie koherencji jest traktowane jako cecha osobowości będąca zasobem w radzeniu sobie ze stresem. Niektórzy autorzy sugerują, że jest to czynnik wrażliwy na szczególnie trudne zdarzenia, takie jak poważna choroba lub jej podejrzenie (Schnyder i in., 2000). W niniejszym artykule przyjmuje się, że poczucie koherencji jest pochodną komplikacji związanych z deficytem zdrowia. Ten wniosek jest wzmocniony wynikami świadczącymi o związku pomiędzy subiektywnym doświadczaniem objawów choroby i poczuciem koherencji wśród kobiet chorych. Gdy poczucie dolegliwości choroby było słabe, poczucie zrozumiałości i zaradności było silne. Podobne rezultaty otrzymano w innych pracach dotyczących osób chorych na nowotwory i inne przewlekłe choroby (Edman i in., 2001; Forsberg, Björvell, 1997; Sanden-Eriksson, 2000; Strang, Strang, 2001) oraz wśród osób zdrowych, starszych wiekiem (Forbes, 2001, Suominen i in., 2001). Związek ten jest wyraźny zwłaszcza u kobiet (Kivimäki i in., 2000; Nillson i in., 2000).

Poczucie koherencji może być związane z niepewnością. Z tego powodu silniejsze poczucie koherencji charakteryzowało kobiety będące w jednoznacznych sytuacjach (zdrowia albo choroby) niż w sytuacjach niejasności (podejrzenie choroby nowotworowej). Niepewność jest destrukcyjną siłą dla dobrostanu pacjentów. Główną rolę w prognozie rozwoju choroby nowotworowej odgrywają czynniki medyczne, takie jak stopień zaawansowania choroby w chwili diagnozy i zastosowane metody leczenia (Butow i in., 2000; Rose i in., 1999). W niniejszym artykule poczucie koherencji i strategię radzenia sobie z zagrożeniem nie były predyktorami długości czasu przeżycia wśród chorych kobiet. Jednakże należy przypomnieć, iż zmienne te były mierzone wyłącznie w trakcie leczenia. Wydaje się, że poczucie koherencji wpływa przede wszystkim na jakość życia, a nie na jego długość (Kivimäki i in., 2000; Nesbitt, Heidrich, 2000; Strang, Strang, 2001), nie jest więc predyktorem zdrowia kobiet, ale korelatem subiektywnej jego percepcji. Jest wrażliwe na ważne zdarzenia życiowe, w których antycypuje się zagrożenie zdrowia. Natomiast radzenie sobie w chorobie nowotworowej to przede wszystkim samokontrola stanu emocjonalnego i odzyskiwanie poczucia kontroli nad sytuacją.

BIBLIOGRAFIA

BEATA BASIŃSKA

- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.
- Barańska, Z. (1999). *Podstawy metod statystycznych dla psychologów. Ćwiczenia*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Butow, P. N., Coates, A. S., Dunn, S. M. (2000). Psychosocial predictors of survival: Metastatic breast cancer. *Annals of Oncology*, 11, 469-474.
- Butow, P. N., Hiller, J. E., Price, M. A., Thackway, S. V., Krickler, A., Tennant, C. C. (2000). Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 169-181.
- 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, 41-46.
- Czapiński, J. (1992). *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
- 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, 535-546.
- Edman, L., Larsen, J., Hägglund, H., Gardulf, A. (2001). Health-related quality of life, symptom distress and sense of coherence in adult survivors of allogeneic stem-cell transplantation. *European Journal of Cancer Care*, 10, 124-130.
- Folkman, S., Lazarus, R. (1988). Coping as a mediator of emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 3, 466-475.
- Forbes, D. A. (2001). Enhancing mastery and sense of coherence: Important determinants of health in older adults. *Geriatric Nursing*, 22, 29-32.
- Forsberg, C., Björvell, H. (1997). Living with cancer: Perceptions of well-being. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, 2, 109-115.
- 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, 386-388.
- Kim, H. S., Yeom, H. A., Seo, Y. S., Kim, N. C., Yoo, Y. S. (2002). Stress and coping strategies of patients with cancer. A Korean study. *Cancer Nursing*, 25, 425-431.
- Kivimäki, M., Feldt, T., Vahtera, J., Nurmi, J. E. (2000). Sense of coherence and health: Evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social Sciences and Medicine*, 50, 583-597.
- 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, 75-78
- Lauver, 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, 283-290.
- Leder, S. (1997). Jakość życia i psychiatria konsultacyjna i psychoterapia. [W:] J. Meyza (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia* (s. 210-241). Warszawa: Centrum Onkologii. Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie.
- 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, 1402-1411.
- Lutgendorf, S. K., Andersen, B., Ullrich, P., Johnsen, E. L., Buller, R. E., Sood, A. K., Sorosky, J. I., Ritchie, J. (2002). Quality of life and mood in women with gynecologic cancer: A one year prospective study. *Cancer*, 94, 131-140.
- Nesbitt, B. J., Heidrich, S. M. (2000). Sense of coherence and illness appraisal in older women's quality of life. *Research in Nursing and Health*, 23, 25-34.
- Nillson, B., Holmgren, L., Westman, G. (2000). Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden-gender and psychosocial differences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, 14-20.
- Ramfelt, E., Langius, A., Björvell, H., Nordström, G. (2000). Treatment decision-making and its relation to the sense of coherence and the meaning of the disease in a group of patients with colorectal cancer. *European Journal of Cancer Care*, 9, 158-165.
- 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, 1144-1153.
- 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, 1393-1397.
- Schnyder, U., Büchi, S., Sensky, T., Klanghofer, F. (2000). Antonovsky's sense of coherence: Trait or state. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 296-302.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., Sworowski, L. A., Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68, 875-882.
- Strang, S., Strang, P. (2001). Spiritual thoughts, coping and 'sense of coherence' in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine*, 15, 127-134.
- Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A., Koskenvuo, M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 77-86.