

**Ocena stresu w kategoriach wyzwania
u chorych po zawale serca
– próba syntezy na podstawie danych empirycznych***

Dorota Włodarczyk**

Zakład Psychologii Medycznej Akademii Medycznej w Warszawie

Kazimierz Wrześniewski

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

**STRESS APPRAISAL IN TERMS OF CHALLENGE IN MI PATIENTS
– AN ATTEMPT AT SYNTHESIS BASED ON EMPIRICAL DATA**

Abstract. The aim of the paper is to present the results of studies on one type of stress appraisal – stress appraisal in terms of challenge. The starting point of theoretical considerations was a critical analysis of the transactional theory of stress and coping by Lazarus and Folkman. The effect of this analysis is the interactional model of stress and coping that includes a new conceptualization of stress appraisal. This new approach distinguishes dispositional and situational stress appraisal.

In the paper an original questionnaire measuring stress appraisal is presented, as well as empirical data justifying the separation into two different kinds of appraisal in terms of challenge: “challenge-activity” and “challenge-passivity”. It was shown, that each of the mentioned types of challenge appraisal has a different impact on functioning.

Results of analyses seeking for some personality correlates that may be related to each of the distinguished types of dispositional appraisal in terms of challenge are also presented.

Conclusions drawn from the presented study concern a selected group of subjects, namely patients after their first myocardial infarction (MI), who participate in sanatorium rehabilitation. As it seems, verification of the obtained results in different groups of subjects may have a significant meaning for theory and practice.

* Praca częściowo finansowana z funduszu badań Akademii Medycznej w Warszawie: 02-2MB-W-04.

** Adres do korespondencji: Dorota Włodarczyk, Zakład Psychologii Medycznej Akademii Medycznej, ul. Trojdena 2, 02-109 Warszawa.

Celem pracy jest zapoznanie Czytelnika z rezultatami badań dotyczących jednego z rodzajów oceny stresu, jakim jest wyzwanie (zagadnienia dotyczące innych rodzajów oceny stresu zostały omówione w innym miejscu – zob. Włodarczyk, 2003; 2004). Większość z nich była realizowana w ostatnich latach pod kierunkiem Kazimierza Wrześniewskiego w ramach szerokiego programu badawczego na temat radzenia sobie ze stresem u chorych po zawale serca.

Punktem wyjścia rozważań teoretycznych była krytyczna analiza transakcyjnej koncepcji stresu i radzenia sobie R. Lazarusa i S. Folkman. Rezultatem tej analizy jest interakcyjny model radzenia sobie ze stresem (Wrześniewski, 2004). W modelu tym, podobnie jak w teorii Lazarusa i Folkman, zasadniczą rolę odgrywa sposób oceny stresu (Włodarczyk, 1999; 2003; Wrześniewski, 2004; Wrześniewski, Włodarczyk, 2001).

Poniżej przedstawione są główne tezy dotyczące oceny stresu w ujęciu Lazarusa i Folkman (1984), a także nowe podejście do tego problemu w interakcyjnym paradygmacie radzenia sobie ze stresem. Omówiono pokrótce sposób konstrukcji oryginalnego narzędzia do pomiaru oceny stresu. Przytoczono również badania chorych po zawale serca, których wyniki skłaniają do wyodrębnienia dwóch typów oceny stresu w kategoriach wyzwania. We wnioskach wskazano na poznawcze i aplikacyjne znaczenie otrzymanych wyników.

WYZWANIE JAKO JEDEN Z RODZAJÓW OCENY POZNAWCZEJ W TEORII STRESU LAZARUSA I FOLKMAN

Transakcyjna teoria stresu i radzenia sobie Lazarusa i Folkman (1984) należy do najbardziej znanych i najczęściej cytowanych teorii stresu zarówno w światowej, jak i polskiej literaturze przedmiotu (por. Heszen-Niejodek, 1996; 2000; Terelak, 1995). Z tego względu w niniejszym artykule zostały wyeksponowane tylko te jej elementy, które dotyczą oceny poznawczej i są niezbędne dla dalszego wywodu.

Ocena poznawcza rozumiana jest jako proces oceniający (ewaluacyjny), który wpływa na to, dlaczego i w jakim stopniu dana relacja pomiędzy jednostką a środowiskiem jest dla niej stresowa. Autorzy wyróżniają dwa funkcjonalnie różne rodzaje ocen: ocenę pierwotną i wtórną, niezbędne do pełnego zdefiniowania istotności adaptacyjnej danej transakcji. Celem oceny pierwotnej jest oszacowanie tego, co się dzieje lub działo oraz jakie to ma znaczenie dla człowieka. W przypadku oceny wtórnej wartościowaniu podlegają możliwości i zasoby radzenia sobie. Dana relacja może być potraktowana jako bez znaczenia, sprzyjająca (pozytywna) lub stresująca. W ocenie sytuacji jako stresującej wyróżniono trzy podtypy: (1) krzywda-strata (dotyczy poniesionych szkód i strat związanych z ważnymi obiektami i przedmiotami); (2) zagrożenie

(odnosi się do podobnych szkód, które jednak jeszcze nie wystąpiły i są przewidywane); (3) wyzwanie. Ocena o charakterze wyzwania wskazuje na możliwość opanowania trudnej sytuacji i zyskania czegoś. Ważnym elementem jest przekonanie o własnych kompetencjach i możliwościach radzenia sobie. Jednostka doświadcza wówczas mniej emocjonalnego obciążenia i może w większym stopniu czerpać z dostępnych zasobów¹. Towarzyszą jej zarówno emocje pozytywne, jak i negatywne.

W swoich pracach Lazarus kilkakrotnie podkreślał, że mimo pewnej sugestii w określeniach „pierwotna” i „wtórna” nie należy przyjmować, że któraś z tych ocen jest bardziej lub mniej ważna (por. Lazarus, 1991; 2000; Lazarus, Folkman, 1984). Pozostają one we wzajemnej interakcji i wspólnie wpływają na siłę i treść reakcji emocjonalnych (Lazarus, Folkman, 1984).

NOWA KONCEPTUALIZACJA OCENY STRESU: OCENA DYSPOZYCYJNA I SYTUACYJNA

Transakcyjna teoria stresu i radzenia sobie Lazarusa i Folkman (1984) jest koncepcją, do której badacze odwołują się najczęściej i która daje największe możliwości opisu i analizy problemu. Zdaniem niektórych autorów, transakcyjny charakter procesu radzenia sobie, implikujący wzajemne oddziaływanie między analizowanymi zmiennymi, stanowi poważną przeszkodę w przypadku empirycznej weryfikacji tej koncepcji (Schwarzer, Taubert, 1999; Wrześniewski, 1996). Pierwsza modyfikacja umożliwiająca uniknięcie teoretycznych i metodologicznych trudności polegała na rozróżnieniu trzech pojęć odnoszących się do radzenia sobie: stylu (rozumianego jako trwała, osobowościowa dyspozycja jednostki do określonego zmagania się z sytuacjami stresowymi), strategii (traktowanej jako poznawcze i behawioralne wysiłki podejmowane w konkretnej sytuacji) i procesu (rozumianego jako ciąg zmieniających się w czasie strategii) (Wrześniewski, 1996). Jak zauważa Heszen-Niejodek (2000), stanowisko takie oznacza zgodę na istnienie różnic indywidualnych w zakresie dyspozycji do radzenia sobie, ale nie wyklucza możliwości elastycznego dopasowywania zachowania do wymagań sytuacji.

¹ Lazarus (1991) przyrównuje wyzwanie do pojęcia „eustres” zaproponowanego przez Selye’go. Selye (1977) odróżnia eustres (stres konstruktywny, będący pozytywną siłą motywującą) od distresu (stresu destruktywnego, osłabiającego i dezorganizującego).

Wydaje się, że logiczną konsekwencją powyższej modyfikacji teorii Lazarusa i Folkman było analogiczne zdefiniowanie „drugiej zmiennej transakcyjnej”, jaką jest proces oceny poznawczej. Opierając się na obserwacjach klinicznych oraz danych z literatury, wyodrębniono dyspozycyjną i sytuacyjną ocenę stresu (por. Włodarczyk, 1999; Wrześniewski, Włodarczyk, 2001). Dyspozycyjna ocena stresu rozumiana jest jako trwała skłonność jednostki do oceniania w określony sposób własnych relacji z otoczeniem, natomiast sytuacyjna ocena stresu to ten aspekt oceny, który zależy głównie od aktualnych cech sytuacji. Drobną modyfikacją dotyczy również przyjętej nazwy. Zrezygnowano z określenia „poznawcza ocena stresu” na rzecz „ocena stresu”. Jest to zgodne zarówno z intencjami Lazarusa (2000), jak i współczesnymi teoriami dotyczącymi procesów oceniania, wartościowania, sądów ewaluacyjnych (Reykowski, 1988; Wojciszke, 1988).

Prace nad weryfikacją koncepcji dyspozycyjnej i sytuacyjnej oceny stresu rozpoczęto od konstrukcji Kwestionariusza Oceny Stresu – KOS (Włodarczyk, 1999; Wrześniewski, 2004; Wrześniewski, Włodarczyk, 2001). Został on opracowany przez Wrześniewskiego, Jakubowską-Winecką i Włodarczyk na podstawie dwóch niezależnych badań osób zdrowych ($N_1 = 612$; $N_2 = 367$). Zawiera on dwie tożsame pod względem treści części: część A (do badania oceny sytuacyjnej) i część B (do badania oceny dyspozycyjnej). W obu częściach znajdują się te same zestawy przymiotnikowych określeń używanych do opisu sytuacji stresowych (35 pozycji). Zasadniczą różnicę stanowi instrukcja. W części A osoby badane proszone są o ustosunkowanie się do wskazanej sytuacji i zaznaczenie na czteropunktowej skali (od 0 do 3) stopnia, w jakim każde określenie odnosi się do podanego zdarzenia, w części B zadaniem badanego jest zaznaczenie, w jakim stopniu podane przymiotniki są zgodne z tym, czego najczęściej doświadczają w sytuacjach trudnych.

W swej podstawowej wersji kwestionariusz zawiera trzy podskale odpowiadające trzem różnym rodzajom oceny sytuacji. Wyodrębnione one zostały na podstawie eksploracyjnej analizy czynnikowej, z ograniczeniem do trzech czynników, zgodnie z teoretyczną propozycją Lazarusa i Folkman. Spośród 35 określeń uzgodnionych przez sędziów kompetentnych tylko 21 zostało zakwalifikowanych do poszczególnych podskal, pozostałych 14 pełniło rolę buforową. Podskalę zagrożenie tworzyło 11 stwierdzeń, podskalę krzywda/strata – 4, a wyzwanie – 6. Chociaż narzędzie to charakteryzowało się zadowalającymi parametrami psychometrycznymi (por. Włodarczyk, 1999), to wskazane były dalsze analizy dotyczące różnych aspektów jego trafności, w odniesieniu do innych osób badanych.

**Dwa typy oceny o charakterze wyzwania:
wyzwanie-aktywność i wyzwanie-pasywność**

Dalsze prace nad weryfikacją koncepcji dyspozycyjnej i sytuacyjnej oceny stresu były prowadzone na podstawie badania osób po zawale serca na różnych etapach rekonwalescencji. Niezbędne było ponowne wykonanie analiz psychometrycznych (w tym analizy czynnikowej) w celu sprawdzenia, czy narzędzie spełnia odpowiednie kryteria psychometryczne przy zastosowaniu go w tej właśnie grupie. Krótki opis zastosowanej procedury i jej rezultaty zostały przedstawione poniżej.

Empiryczna weryfikacja koncepcji oceny stresu – rezultaty analizy czynnikowej. Zbadano 170 mężczyzn po pierwszym zawale serca, w wieku od 31 do 60 lat ($M = 49,19$; $SD = 5,35$), którzy przebywali na poszpitalnej rehabilitacji sanatoryjnej w ośrodkach w Łodzi i Inowrocławiu. W trakcie pobytu w sanatorium zostali oni poproszeni o wypełnienie kwestionariusza KOS. Wersję A (ocena aktualnej sytuacji związanej z przebytem zawalem serca) wypełniali dwukrotnie: na początku rehabilitacji i tuż przed jej zakończeniem, tj. około 20 dni po badaniu pierwszym. Wersję B (do badania dyspozycyjnej oceny stresu) wypełniali jeden raz, w drugim tygodniu pobytu w sanatorium.

Uzyskane wyniki poddano eksploracyjnej analizie czynnikowej bez ograniczania liczby czynników. Do wyodrębnienia czynników zastosowano metodę czynnika głównego² z rotacją ukośną Oblimin, która uwzględnia związki korelacyjne pomiędzy utworzonymi czynnikami (por. Brzeziński, 2003; Zakrzewska, 1994). Wykonano trzy niezależne analizy czynnikowe: dla dyspozycyjnej oceny stresu (DOS) i dla dwóch pomiarów sytuacyjnej oceny stresu (SOS). W przypadku analizy czynnikowej DOS i drugiego pomiaru SOS uzyskano po cztery czynniki, a w przypadku pierwszego pomiaru SOS – pięć czynników. Szczegółowa analiza pozycji zawartych w poszczególnych czynnikach wykazała, iż można wyodrębnić cztery ogólne czynniki, których skład jest bardzo podobny we wszystkich przeprowadzonych pomiarach (a więc i dla DOS, i SOS).

Kolejnym krokiem było przeprowadzenie eksploracyjnej analizy czynnikowej z ograniczeniem do czterech czynników (ponownie zastosowano metodę czynnika głównego i rotację Oblimin). Dla każdego pomiaru oceny stresu uzyskano w konsekwencji po cztery czynniki, do których włączone zostały wszystkie pozycje kwestionariusza. Poszczególne pozycje kwestionariusza były włączane do danego czynnika, jeżeli wartość ładunku czynnikowego była większa

² Podstawą tworzenia czynników jest tu tylko wariancja wspólna badanych zmiennych, przy eliminacji już na wstępie wariancji swoistej. Ostateczna liczba czynników jest redukowana w stosunku do zmiennych wyjściowych; dopuszczalne jest wyodrębnienie czynników skorelowanych i nieskorelowanych.

niż 0,40 przy jednocześnie niskich lub ujemnych wartościach ładunków czynnikowych w pozostałych czynnikach.

Następnym etapem było wyodrębnienie „zbioru pozycji wspólnych” dla danego czynnika, a więc wyodrębnienie tych pozycji kwestionariusza, które w danym czynniku we wszystkich pomiarach miały zadowalającą wartość ładunków czynnikowych. Powyżej opisana procedura doprowadziła do uzyskania następujących rezultatów. W skład czynnika I weszły pozycje: 4, 6, 8, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 31, 34, 35; w skład czynnika II – pozycje: 1, 5, 10, 11, 13, 32, 33; w skład czynnika III – pozycje: 19, 20, 22, 24, 29, 30; w skład czynnika IV – pozycje: 2, 3, 7, 12.

Zastosowana powyżej metoda doprowadziła do identyfikacji struktury czynnikowej kwestionariusza KOS i przygotowania czteroczynnikowego modelu wyjściowego, który następnie został poddany weryfikacji za pomocą konfirmacyjnej analizy czynnikowej. Metoda ta pozwala na oszacowanie dobroci dopasowania hipotetycznego modelu do danych empirycznych (por. Zakrzewska, 1994).

Przedstawiony powyżej model czteroczynnikowy był testowany za pomocą konfirmacyjnej analizy czynnikowej trzykrotnie, tzn. oddzielnie dla każdego pomiaru kwestionariuszem KOS. Przyjęto założenie, że czynniki główne mogą (nie muszą) być ze sobą skorelowane. Następnie eliminowano te pozycje kwestionariusza, których związki z danym czynnikiem były nieistotne statystycznie bądź miały charakter słaby. Ponadto, opierając się na wartościach wskaźników modyfikacji (*modification index*), dołączano ścieżki obrazujące zależności korelacyjne pomiędzy resztami regresji. Celem każdej analizy było uzyskanie modelu o najlepszych wskaźnikach dopasowania. Analizie poddano zalecane w literaturze przedmiotu wskaźniki dopasowania, takie jak GFI, AGFI, CFI, dla których pożądane wartości wahają się od 0,90 do 0,99 (Arbuckle, 1997).

Ostatecznym rezultatem analiz było uzyskanie modelu czynnikowego, który został potwierdzony we wszystkich trzech konfirmacyjnych analizach czynnikowych, tzn. dla DOS i dwóch pomiarów SOS. Jeżeli pojawiały się rozbieżności dotyczące zawartości danego czynnika, to podstawą decyzji o pozostawieniu lub usunięciu danej pozycji z modelu były rezultaty uzyskane w konfirmacyjnej analizie czynnikowej dla pomiaru DOS. W celu podkreślenia specyfiki kwestionariusza KOS przygotowanego na podstawie badania osób po zawale serca jest on dalej nazywany KOS-MI³. Ostateczny skład poszczególnych czynników został przedstawiony w tabeli 1.

³ Zarówno kwestionariusz KOS, jak i KOS-MI są dostępne u autorów: dwłodarczyk@poczta.onet.pl oraz kazw@engram.psych.uw.edu.pl

Tabela 1.

Pozycje kwestionariusza KOS-MI, włączone do poszczególnych czynników na podstawie trzech niezależnych confirmacyjnych analiz czynnikowych

Czynnik I	6, 8, 16, 17, 21, 25, 26, 27, 28
Czynnik II	2, 3, 7, 12
Czynnik III	1, 5, 11, 13, 32
Czynnik IV	19, 20, 24, 29, 30

Rezultaty analizy dotyczącej dyspozycyjnej oceny stresu pozwoliły na stwierdzenie, że dopasowanie testowanego modelu do danych empirycznych jest zadowalające; wskaźniki GFI, AGFI, CFI wynosiły odpowiednio: 0,90, 0,87, 0,99. Natomiast w analizach dotyczących sytuacyjnej oceny stresu wskaźniki te wynosiły: w pomiarze pierwszym – 0,90; 0,86; 0,98, a w drugim – 0,91; 0,87; 0,98. Uzyskane wskaźniki można określić jako dobre (GFI, CFI) lub dość dobre (AGFI).

Powyżej opisana procedura pozwoliła na przyjęcie czteroczynnikowej struktury kwestionariusza KOS-MI i wyodrębnienie czterech podskal, których skład został przedstawiony w tabeli 2. Podskala pierwsza, nazwana „zagrożenie”, składa się z dziewięciu pozycji opisujących sposób spostrzegania stresu, druga, składająca się z czterech pozycji, została określona jako krzywda/strata. Podskale trzecia i czwarta to: wyzwanie-aktywność i wyzwanie-pasywność, na które składa się po pięć określeń. Pozostałe pozycje (12) pełnią rolę buforową.

Podstawowe nazwy podskal zostały zachowane zgodnie z klasyfikacją rodzajów oceny wprowadzoną przez Lazarusa i Folkman. Jednakże w przypadku kategorii „wyzwanie” konieczna była modyfikacja i utworzenie dwóch różnych określeń. Podstawowym elementem różnicującym jest tu gotowość do działania i własnej aktywności lub jej brak.

Wartości współczynników α Cronbacha uzyskanych w trzech kolejnych analizach wahały się: dla podskali wyzwanie-aktywność od 0,63 do 0,79, dla wyzwanie-pasywność od 0,75 do 0,83, dla zagrożenia od 0,81 do 0,93, dla krzywdy/straty od 0,74 do 0,82. Rzetelność podskal, określoną na podstawie zgodności wewnętrznej, można więc uznać za zadowalającą.

Tabela 2.

Nazwy podskal kwestionariusza KOS-MI i określenia wchodzące w ich skład

Nazwa podskali	Określenia
Zagrożenie	lękowa, przerażająca, zatrważająca, budząca obawę, trwożąca, tragiczna, urazowa, groźna, niebezpieczna
Krzywdza/strata	krzywdząca, niezasłużona, powodująca żal, niesprawiedliwa
Wyzwanie-aktywność	mobilizująca, aktywizująca, prowokująca do walki, wyzwanie, pobudzająca do szukania wyjścia
Wyzwanie-pasywność	obietująca, szansą na zmianę, interesująca, ciekawa, optymistyczna

Jak wspomniano wcześniej, przy tworzeniu modelu teoretycznego przyjęto założenie, że czynniki ogólne mogą ze sobą korelować. Jest to związane z przekonaniem, że celem analizy czynnikowej nie jest narzucanie (wymuszanie) nieskorelowanych czynników, ale adekwatne odzwierciedlenie badanej rzeczywistości. Z przeprowadzonych analiz wynika, że istnieją dodatnie związki pomiędzy podskalami DOS zagrożenie i krzywdza/strata ($r_{(169)} = 0,57$; $p < 0,01$) oraz wyzwanie-aktywność i wyzwanie-pasywność ($r_{(169)} = 0,29$; $p < 0,01$), a także ujemne związki pomiędzy podskalami zagrożenie i wyzwanie-aktywność ($r_{(169)} = -0,16$; $p < 0,05$) oraz krzywdza/strata i wyzwanie-aktywność ($r_{(169)} = -0,25$; $p < 0,01$). Szczególną uwagę zwraca dość silny związek pomiędzy podskalami zagrożenie i krzywdza/strata. Być może wskazane byłoby poszukiwanie modelu, w którym tworzyłyby one jedną kategorię, jednak zarówno względy empiryczne, jak i teoretyczne przemawiają za zachowaniem odrębnych podskal z uwzględnieniem zależności zachodzących pomiędzy nimi.

Podsumowując, eksploracyjne i confirmacyjne analizy czynnikowe pozwoliły na wyłonienie dwóch odrębnych podskal o charakterze wyzwania, które pozostają ze sobą w umiarkowanym dodatnim związku. Można więc mówić o dwóch typach oceny o charakterze wyzwania: wyzwanie-aktywność i wyzwanie-pasywność. Oba typy oceny ujawniają się zarówno w jej aspekcie dyspozycyjnym, jak i sytuacyjnym. Wobec tego nasuwa się pytanie, czy takie zróżnicowanie w strukturze czynnikowej wiąże się z jakimiś różnicami w zakresie funkcjonowania człowieka?

W kolejnej części artykułu zostały zaprezentowane dane, które ukazują odmienne znaczenie funkcjonalne poszczególnych typów oceny stresu w kategoriach wyzwania.

Różnice w zakresie funkcjonowania w zależności od typu wyzwania. Badania mające na celu weryfikację koncepcji oceny stresu były prowadzone w grupie mężczyzn po pierwszym niepowikłanym zawale serca (Włodarczyk, 2003; 2004). Miały one na celu określenie zależności między poszczególnymi rodzajami dyspozycyjnej i sytuacyjnej oceny stresu a wybranymi obszarami psychologicznego funkcjonowania u osób, które przeżyły specyficzną sytuację stresową, jaką był zawał serca. Sprawdzano, jak rodzaj oceny stresu wpływa na cztery wyodrębnione wskaźniki funkcjonowania: emocje pozytywne, emocje negatywne, subiektywne poczucie choroby i adaptację do choroby, badane na różnych etapach rekonwalescencji (na początku i pod koniec rehabilitacji szpitalnej oraz pół roku po zawale serca). W pierwszych dwóch etapach brało udział 170 mężczyzn, natomiast w etapie trzecim – 75. We wszystkich analizach uwzględniano oba aspekty ocen stresu: dyspozycyjny i sytuacyjny.

Przy użyciu metody modelowania strukturalnego testowano zależności między poszczególnymi rodzajami oceny a psychologicznym funkcjonowaniem chorych na każdym z analizowanych etapów. Okazało się, że przed rozpoczęciem rehabilitacji dyspozycyjna i sytuacyjna ocena wyzwanie-aktywność wiązały się dodatnio z emocjami pozytywnymi, natomiast dyspozycyjna ocena wyzwanie-pasywność była powiązana, również dodatnio, z subiektywnym poczuciem choroby. Pod koniec rehabilitacji dyspozycyjna i sytuacyjna ocena wyzwanie-aktywność wiązały się z wysokim poziomem emocji pozytywnych i niskim poziomem emocji negatywnych (współczynniki ścieżek odpowiednio: 0,39 i -0,22). Natomiast dyspozycyjna i sytuacyjna ocena wyzwanie-pasywność wiązały się z wysokim poziomem emocji negatywnych (współczynnik ścieżki 0,27). Pół roku po zawale serca niekorzystna rola oceny o charakterze wyzwanie-pasywność wydaje się największa – wpływała na wysoki poziom emocji negatywnych i niski poziom adaptacji do choroby (współczynniki ścieżek odpowiednio: 0,24 i -0,22). Na tym etapie ocena wyzwanie-aktywność była związana dodatnio z adaptacją do choroby (współczynnik ścieżki: 0,29).

Ze względu na to, że omawiane badania miały charakter prospektywny, istniała możliwość sprawdzenia wartości predyktywnej poszczególnych rodzajów oceny, tzn. tego, czy na podstawie oceny dyspozycyjnej i oceny sytuacyjnej z etapów wcześniejszych można przewidywać funkcjonowanie chorych w okresie późniejszym. Jeśli chodzi o funkcjonowanie chorych pod koniec rehabilitacji, to wartość predyktywną miała jedynie ocena wyzwanie-aktywność, zarówno dyspozycyjna, jak i sytuacyjna, na etapie pierwszym i drugim. Wiązały się one dodatnio z emocjami pozytywnymi i ujemnie z emocjami negatywnymi

(współczynniki ścieżek odpowiednio: 0,37 i -0,16). Natomiast pół roku po zawale serca oba typy oceny o charakterze wyzwania były predyktorami adaptacji do choroby, przy czym dyspozycyjna ocena wyzwanie-aktywność, poprzez ocenę sytuacyjną, wpływała korzystnie na przystosowanie do choroby, natomiast dyspozycyjna ocena wyzwanie-pasywność wiązała się z jego pogorszeniem (współczynniki ścieżek odpowiednio: 0,29 i -0,24) (Włodarczyk, 2004).

Kolejne dane pochodzą z badań prowadzonych w grupie 70 chorych po zawale serca (wiek 34-59; $M = 50$; $SD = 6,11$), w których sprawdzano zależności między rodzajami oceny stresu a aktualną satysfakcją z życia. Zmienna ta była mierzona dwukrotnie, przed rozpoczęciem i pod koniec rehabilitacji sanatoryjnej (etap I i II), za pomocą Skali Satysfakcji z Życia (Juczyński, 2001). Stwierdzono dodatnie związki korelacyjne między dyspozycyjną oceną wyzwanie-aktywność a satysfakcją z życia, zarówno na I, jak i na II etapie (odpowiednio: $r_{(69)} = 0,35$; $p = 0,003$ i $r_{(69)} = 0,38$; $p = 0,001$), oraz zależności między sytuacyjną oceną wyzwanie-aktywność a satysfakcją z życia pod koniec rehabilitacji ($r_{(69)} = 0,26$; $p = 0,04$). Ocena wyzwanie-pasywność nie wiązała się istotnie z omawianą zmienną.

Podobne wyniki otrzymano w innych badaniach, w których sprawdzano zależności między oceną stresu a jakością życia w grupie 77 chorych po zawale serca przebywających w ośrodku sanatoryjnym; istotne związki dotyczyły tylko oceny wyzwanie-aktywność. Do pomiaru jakości życia zastosowano polską wersję kwestionariusza Mac New (Wróblewski, 2004). Umożliwia on określenie ogólnego wskaźnika jakości życia oraz trzech jego wymiarów: emocjonalnego, fizycznego i społecznego. W badanej grupie dyspozycyjna ocena wyzwanie-aktywność wiązała się istotnie z ogólnym wskaźnikiem jakości życia oraz z wymiarem emocjonalnym i fizycznym (współczynniki korelacji odpowiednio: 0,43; 0,30; 0,33). Również ocena aktualnej sytuacji związanej z zawałem serca jako wyzwanie-aktywność korelowała dodatnio ze wskaźnikami jakości życia (odpowiednio: 0,45; 0,26; 0,39; 0,30). Zależności dotyczące oceny wyzwanie-pasywność były bliskie zeru (w przypadku oceny sytuacyjnej) lub bardzo niskie (w przypadku oceny dyspozycyjnej).

Podsumowując opisane badania, można mówić o wyraźnej spójności wyników dotyczących dyspozycyjnej i sytuacyjnej oceny wyzwanie-aktywność. Wszystkie przytoczone badania potwierdzają jej dodatnie związki z pozytywnymi wskaźnikami funkcjonowania chorych (emocje pozytywne i adaptacja do choroby), z większą satysfakcją z życia i lepszą jego jakością. Choć wyniki dotyczące niekorzystnej roli oceny wyzwanie-pasywność są bardzo interesujące, to dotyczą one tylko niektórych wskaźników funkcjonowania chorych. W przypadku pomiaru jakości życia i satysfakcji z życia nie odnotowano istotnych zależności.

DWA TYPY DYSPOZYCYJNEJ OCENY STRESU O CHARAKTERZE WYZWANIA A WYBRANE ZMIENNE OSOBOWOŚCIOWE

Problem podjęty w tej części artykułu dotyczy związku wyodrębnionych dwóch typów dyspozycyjnej oceny stresu z innymi zmiennymi o charakterze podmiotowym.

Z teoretycznego punktu widzenia powyższe rozróżnienie dobrze koresponduje z propozycją Schwarzer'a (1994; 1999) dotyczącą optymizmu obronnego i funkcjonalnego (*defensive and functional optimism*). Optymizm obronny jest (analogicznie do wyzwania-pasywność) wyrazem zniekształconej percepcji zagrożenia (niedoszacowania) w celu poprawy samopoczucia i uniknięcia konieczności zajmowania się zagrażającymi informacjami („Jestem w bardzo dobrej formie i nie widzę powodów, aby obchodzić się ze sobą w jakiś szczególny sposób”). Natomiast optymizm funkcjonalny (analogicznie do wyzwania-aktywność) opiera się na przekonaniu, iż jest się w stanie poradzić sobie z zagrożeniami i wyzwaniami (optymistyczne przekonania o sobie samym), i jest konsekwencją ustanawiania i osiągania własnych celów. Przykładem takiej dyspozycji może być stwierdzenie pacjenta: „Wiem już, co powinienem zmienić w swoim życiu i mogę to zrobić bez problemu”.

Zaprezentowane poniżej rezultaty pochodzą z badań osób po zawale serca, u których określone zmienne osobowościowe były mierzone w trakcie rehabilitacji sanatoryjnej. Większość z nich ma charakter wstępny (mała liczebność grup), a wyniki opierają się na analizach korelacyjnych.

Poniżej (tabela 1) przedstawione zostały zależności między dwoma typami dyspozycyjnej oceny wyzwania a wymiarami osobowości mierzonymi za pomocą pięcioczynnikowego kwestionariusza osobowości Costy i McCrae'a (NEO-FFI, Zawadzki i in., 1998). Dane pochodzą z badania, w którym wzięły udział 72 osoby po pierwszym zawale serca w wieku od 34 do 59 ($M = 50,04$; $SD = 6,16$), 55 mężczyzn i 17 kobiet.

Przyjmując, zgodnie z intencjami autorów narzędzia, wymienione wymiary za podstawowe wymiary osobowości można stwierdzić, że wysokiemu poziomowi neurotyczności towarzyszy niski poziom dyspozycji do oceny stresu jako wyzwania-aktywność. Wysoka ekstrawersja jest związana z oboma typami wyzwania, jednak z wyzwaniem-aktywnością w znacznie większym stopniu. Analizowane dyspozycje nie są związane z pozostałymi wymiarami osobowości.

Tabela 3.

Współczynniki korelacji między dyspozycyjną oceną stresu (DOS) wyzwanie-aktywność i wyzwanie-pasywność a wymiarami osobowości według NEO-FFI ($N = 72$)

Wymiary osobowości	DOS wyzwanie-aktywność	DOS wyzwanie-pasywność
Neurotyczność	-0,45**	-0,16
Ekstrawersja	0,42**	0,23*
Otwartość na doświadczenie	0,16	0,09
Ugodowość	0,19	0,17
Sumienność	0,20	0,05

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Kolejne dane, jakie uzyskano w omawianych badaniach, dotyczą trwałych podmiotowych tendencji do przeżywania określonych stanów emocjonalnych: lęku, gniewu i ciekawości (tabela 4), mierzonych za pomocą kwestionariusza Spielbergera STPI (Wrześniewski, 1991).

Tabela 4.

Współczynniki korelacji między dyspozycyjną oceną stresu (DOS) wyzwanie-aktywność i wyzwanie-pasywność a wynikami kwestionariusza STPI – część II ($N = 72$)

Podskale STPI – część II	DOS wyzwanie-aktywność	DOS wyzwanie-pasywność
Lęk-cecha	-0,36**	-0,027*
Gniew-cecha	-0,11	0,07
Ciekawość-cecha	0,39**	0,14

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Wyniki dotyczące dyspozycyjnej oceny wyzwanie-aktywność są w pełni spójne z danymi przedstawionymi w tabeli 3. Koreluje ona dodatnio z podmiotowo uwarunkowaną ciekawością i ujemnie z lękiem-cechą. DOS wyzwanie-pasywność jest również powiązana ujemnie z tendencją do przeżywania lęku, ale nieco słabiej niż ocena wyzwanie-aktywność.

Następne wyniki odnoszą się do zmiennych, które często są uwzględniane w problematyce radzenia sobie ze stresem i zdrowia, tj. poczucia koherencji

(SOC-29 – Antonovsky, 1995) i poczucia własnej skuteczności (GSES – Juczyński, 2001). Dane te zostały uzyskane w omówionych w poprzedniej części badaniach 170 mężczyzn po zawale serca (tabela 5).

Tabela 5.
Współczynniki korelacji między dyspozycyjną oceną stresu (DOS) wyzwanie-aktywność i wyzwanie-pasywność a poczuciem koherencji i poczuciem własnej skuteczności ($N = 170$)

Skale	DOS wyzwanie-aktywność	DOS wyzwanie-pasywność
Poczucie koherencji	0,24**	0,07
Poczucie zrozumiałości	0,14	0,12
Poczucie sensowności	0,28**	0,02
Poczucie sterowalności	0,23**	0,06
Poczucie własnej skuteczności	0,37**	0,22**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Dyspozycyjna ocena wyzwanie-aktywność wiąże się z ogólnym poczuciem koherencji i dwoma jego wymiarami: poczuciem sensowności i poczuciem sterowalności. Nieco silniej koreluje z poczuciem własnej skuteczności. Z tą ostatnią zmienną powiązana jest również DOS wyzwanie-pasywność.

Kolejna zmienna osobowościowa, która zgodnie z założeniami teoretycznymi jest związana z oceną stresu, to styl radzenia sobie ze stresem (tabela 6). W grupie 120 mężczyzn po zawale serca była ona badana za pomocą kwestionariusza CISS Endlera i Parkera (Szczepaniak, Strelau, Wrześniewski, 1996).

Tabela 6.
Współczynniki korelacji między dyspozycyjną oceną stresu (DOS) wyzwanie-aktywność i wyzwanie-pasywność a stylami radzenia sobie ($N = 120$)

Rodzaj stylu	DOS wyzwanie-aktywność	DOS wyzwanie-pasywność
Skoncentrowany na zadaniu	0,60**	0,14
Skoncentrowany na emocjach	0,15	0,13
Skoncentrowany na unikaniu	0,09	0,20*
– odwracanie uwagi	0,06	0,05
– poszukiwanie kontaktów towarzyskich	0,26**	0,27**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Okazuje się, że DOS wyzwanie-aktywność jest silnie dodatnio powiązana ze stylem skoncentrowanym na zadaniu. Natomiast DOS wyzwanie-pasywność koreluje (choć w mniejszym nasileniu) z ogólnym wskaźnikiem stylu skoncentrowanego na unikaniu. Rezultaty te są spójne z podstawowym kryterium, jakie leżało u podstaw zróżnicowania obu typów wyzwania, tzn. z obecnością lub brakiem elementów aktywności i działania przy ocenie sytuacji. Oba typy wyzwania wiążą się również ze stylem skoncentrowanym na unikaniu poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Biorąc po uwagę różne funkcje, jakie może spełniać taki styl, wynik ten również wydaje się spójny. Zależność między DOS a stylami radzenia sobie okazała się szczególnie istotna z punktu widzenia lęku doświadczanego przez chorych w trakcie rehabilitacji. Wykazano to w badaniu, w którym relacje te porównywano w dwóch grupach chorych: pierwszej, w której nastąpił spadek poziomu lęku w czasie pobytu w sanatorium ($N = 86$), i drugiej, w której zaobserwowano jego wzrost w tym czasie ($N = 54$). Różnice polegały przede wszystkim na tym, że w grupie pierwszej DOS wyzwanie-aktywność dodatnio wiązała się ze stylem skoncentrowanym na zadaniu i stylem skoncentrowanym na unikaniu poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich, natomiast DOS zagrożenie korelowała dodatnio ze stylem skoncentrowanym na emocjach i stylem skoncentrowanym na unikaniu przez odwracanie uwagi. Grupa druga charakteryzowała się tym, że DOS zagrożenie wiązała się ujemnie ze stylem skoncentrowanym na zadaniu, a DOS krzywda/strata – dodatnio ze stylem skoncentrowanym na emocjach. Rola oceny wyzwanie-pasywność okazała się nieistotna (Włodarczyk, 2002).

Mówiąc o stylach radzenia sobie ze stresem, warto również wspomnieć o represyjnym stylu radzenia sobie. Zgodnie z interakcyjnym modelem radzenia sobie ze stresem, styl ten – jako przejaw dyspozycji do stosowania mechanizmu wyparcia – jest zaliczany właśnie do stylów radzenia sobie (Wrześniewski, 2004; Wrześniewski, Guzowska, 2002). Problemem jednak jest to, że – jak wykazała Guzowska (w druku) – różne narzędzia używane do pomiaru stosowania mechanizmów obronnych mierzą tak naprawdę nieco inne konstrukty. Autorka przeanalizowała trzy najczęściej stosowane narzędzia: metodę Weinbergera polegającą na stosowaniu kombinacji wyników uzyskanych na skali aprobaty społecznej i lęku (Weinberger i in., 1979), metodę wykorzystywaną przez Ostrowskiego (1999), w której stosuje się jedno pytanie z kwestionariusza Postaw Wobec Choroby Wrześniewskiego (1980), oraz kwestionariusz IBS-R/ED Spielbergera (1988) mierzący wymiar określany jako racjonalność-antyemocjonalność. Okazuje się jednak, że chcąc wyłonić osoby z wyraźną tendencją do stosowania mechanizmów obronnych, za pomocą powyższych metod za każdym razem uzyskuje się inną grupę osób. Dlatego, mówiąc o zależnościach między oceną stresu a represyjnym stylem radzenia sobie, nie

można pominąć zagadnień metodologicznych z nim związanych. Badania Guzowskiej (2002) były prowadzone w grupie 238 mężczyzn po zawale serca w wieku 31-60 lat ($M = 49,07$; $SD = 5,53$), przebywających na poszpitalnej rehabilitacji sanatoryjnej. Przy zastosowaniu metody Weinbergera wskaźnikiem represyjnego stylu radzenia sobie był wysoki wynik (powyżej średniej) w skali aprobaty społecznej i niski wynik (poniżej średniej) w skali lęku ($N = 49$). Pozostałe kombinacje wyników w tych skalach pozwalają ponadto na wyłonienie osób: słabo lękowych nieobronnych ($N = 37$), silnie lękowych nieobronnych ($N = 41$) i silnie lękowych obronnych ($N = 27$). Tak wyróżnione grupy zostały porównane pod względem wszystkich rodzajów dyspozycyjnej i sytuacyjnej oceny stresu. W tabeli 7 przedstawiono różnice dotyczące tylko ocen wyzwanie-aktywność i wyzwanie-pasywność.

Tabela 7.

Grupy wyróżnione za pomocą kryterium Weinbergera a poziom oceny wyzwanie-aktywność i wyzwanie-pasywność

Ocena stresu	R ($N = 49$)	LA ($N = 37$)	HA ($N = 41$)	DHA ($N = 27$)	F
DOS wyzwanie-aktywność	10,65	10,81	9,68	9,51	2,24 !
SOS wyzwanie-aktywność I	9,54	9,28	8,67	7,5	2,72*
SOS wyzwanie-aktywność II	10,77	10,02	8,80	8,25	5,91**
DOS wyzwanie-pasywność	5,08	5,94	6,10	6,55	1,64
SOS wyzwanie-pasywność I	3,85	4,31	3,95	4,00	0,17
SOS wyzwanie-pasywność II	4,14	5,00	4,65	5,00	0,61

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ! $p = 0,08$; DOS – dyspozycyjna ocena stresu, SOS – sytuacyjna ocena stresu, I – pomiar przed rozpoczęciem rehabilitacji, II – pomiar pod koniec rehabilitacji; R – osoby ze stylem represyjnym, LA – słabo lękowe nieobronne, HA – silnie lękowe nieobronne, DHA – silnie lękowe obronne

Okazało się, że grupy te są zróżnicowane pod względem poziomu poszczególnych rodzajów ocen, z wyjątkiem oceny wyzwanie-pasywność. Tym, co charakteryzowało osoby z represyjnym stylem radzenia sobie, jest słabe nasilenie ocen zagrożenie i krzywda/strata oraz wysokie oceny wyzwanie-aktywność. Różnice dotyczące poziomu oceny wyzwanie-pasywność w poszczególnych grupach nie były istotne statystycznie, jednak biorąc pod uwagę wartości średnie, okazały się one najniższe właśnie w grupie ze stylem represyjnym.

Zasadniczo odmienne rezultaty uzyskano przy użyciu metody Ostrowskiego. W tym przypadku do grupy posługującej się mechanizmem zaprzeczania zaliczano te osoby, które na stwierdzenie „Tak naprawdę to nie bardzo w to wierzę, że miałem zawał serca” odpowiadały: „zdecydowanie zgadzam się” lub

„zgadzam się”. Okazało się, że biorąc pod uwagę rodzaj oceny stresu, osoby zaprzeczające ($N = 71$) różnią się od osób niezaprzeczających ($N = 95$) głównie pod względem oceny wyzwania-pasywność. Jej poziom jest istotnie wyższy w tej pierwszej grupie zarówno przed rozpoczęciem rehabilitacji ($t_{(164)} = 3,45$; $p = 0,001$), jak i pod koniec pobytu w ośrodku ($t_{(164)} = 2,84$; $p = 0,005$).

Stosując kwestionariusz IBS-R/ED Spielbergera (1988) odnotowano z kolei, że osoby z wysokim poziomem dyspozycyjnej oceny wyzwania-aktywność (wyodrębnione na podstawie kryterium ćwiartkowego) mają wyższy poziom racjonalności-antyemocjonalności w porównaniu z osobami z niską tendencją do tego typu wyzwania ($t_{(71)} = 2,58$; $p = 0,01$).

Jak się okazało, uzyskane wyniki nie były spójne. Różne podejścia do pomiaru represyjnego stylu radzenia sobie znalazły odbicie w sprzecznych do pewnego stopnia wynikach. Nie pozwoliły one na sformułowanie jednoznacznych, ogólnych wniosków dotyczących zależności między oceną stresu a represyjnym stylem radzenia sobie.

Ostatnia grupa danych dotyczy osobowości stresowej, czyli tzw. osobowości typu D. Jest to zmienna stosunkowo niedawno opisana i zaliczana do grupy właściwości psychologicznych sprzyjających etiopatogenezie chorób somatycznych. Na osobowość typu D składają się dwa wymiary: negatywna emocjonalność, czyli tendencja do przeżywania negatywnych emocji, oraz hamowanie społeczne, czyli tendencja do powstrzymywania się od wyrażania tych emocji w kontaktach społecznych (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2004). Z badań Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (2004) przeprowadzonych w grupie 40 pacjentów kardiologicznych wynika, że oba typy oceny wyzwania korelują ujemnie z wymienionymi wymiarami osobowości typu D, a więc z negatywną emocjonalnością i hamowaniem społecznym. W przypadku oceny wyzwania-pasywność są to związki silniejsze (odpowiednio: $r_{(39)} = -0,43$; $p < 0,05$ i $r_{(39)} = -0,52$; $p < 0,01$) niż w przypadku oceny wyzwania-aktywność (odpowiednio: $r_{(39)} = -0,35$; $p < 0,05$ i $r = -0,30$; $p < 0,05$). Jeśli chodzi o ocenę sytuacyjną, to wyzwania-aktywność wiąże się ujemnie z negatywną emocjonalnością ($r_{(39)} = -0,33$; $p < 0,05$), a wyzwania-pasywność – z hamowaniem społecznym ($r_{(39)} = -0,41$; $p < 0,05$).

Wszystkie przedstawione powyżej badania dotyczyły określonej grupy osób, tj. chorych po zawale serca w różnych fazach leczenia i rekonwalescencji. Niewiele jest danych dotyczących oceny stresu, mierzonej za pomocą kwestionariusza KOS lub KOS-MI, prowadzonych w innych grupach klinicznych. Jedne z nielicznych to badania Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (2004), w których pomiar oceny stresu został prowadzony wśród osób zdrowych, pacjentów kardiologicznych i pacjentów z chorobą nowotworową (po 40 osób w każdej grupie). Wynika z nich, że badani z tych grup nie różnią się pod względem dyspozycyjnej oceny stresu wyzwania-aktywność. Stwierdzono natomiast is-

totnie wyższy poziom dyspozycyjnej oceny wyzwanie-pasywność u pacjentów z chorobą nowotworową w porównaniu z pacjentami kardiologicznymi.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Przedstawione analizy teoretyczne i dane empiryczne wskazują, że zasadne jest rozróżnianie dwóch typów oceny stresu w kategorii wyzwanie. Każdy z wyodrębnionych typów pełni odmienne funkcje. Osoby oceniające stres w kategorii wyzwanie-aktywność traktują go jako mobilizację i możliwość do podjęcia aktywnego działania w celu uporania się z trudnościami. Natomiast te osoby, które oceniają stres w kategorii wyzwanie-pasywność, także oczekują, że dana sytuacja może dostarczyć pewnych zysków, jednak zachowują bierność. Ich myślenie ma charakter życzeniowy, nie uruchamia konstruktywnych działań. Otrzymane wyniki dotyczące chorych po zawale serca wskazują, że ocena sytuacji w kategorii wyzwanie-aktywność sprzyja adaptacji do leczenia i rehabilitacji, natomiast wyzwanie-pasywność nie ma takich właściwości.

Wymienione dwa typy wyzwania zostały wyodrębnione na podstawie badań szczególnej grupy: osób po pierwszym zawale serca, przebywających na sanatoryjnej rehabilitacji poszpitalnej; w związku z tym uogólnianie wniosków z tych badań byłoby nieuzasadnione. Tym niemniej otrzymane wyniki, również te dotyczące osobowościowych uwarunkowań obydwóch typów oceny stresu w kategoriach wyzwania, są na tyle spójne w sensie psychologicznym, że zachęcają do dalszych badań. Potwierdzenie wniosków, oparte na danych z innych grup, może mieć znaczenie poznawcze i praktyczne. Z jednej strony może zmienić dotychczasowy interakcyjny model radzenia sobie ze stresem (Wrześniewski, 2004) i wyznaczyć nowe obszary badań, a z drugiej, w odniesieniu do chorych po zawale serca, przedstawione wyniki mogą już obecnie być wykorzystywane w przebiegu rehabilitacji. Chorzy, u których stwierdzona zostanie ocena sytuacji stresowej związanej z przebytem zawalem serca w kategorii wyzwanie-pasywność, wymagają szczególnej pomocy psychologicznej.

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.
- Arbuckle, J. L. (1997). *Amos user's guide, Version 3.6*. Chicago: Small Waters Corporation.
- Brzeziński, J. (2003). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Guzowska, M. (2002). *Relacja między represyjnym stylem radzenia sobie ze stresem a oceną poznawczą w grupie osób po zawale serca*. Lublin: XXXI Zjazd Naukowy PTP, 5-8 września.
- Guzowska M. (w druku). *Represyjny styl radzenia sobie ze stresem a emocje osób po zawale serca (porównanie operacjonalizacji Weinbergera i Spielbergera)*.
- 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* (s. 28-43). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. [W:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 465-493). Gdańsk: GWP.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2004). Pomiar predyspozycji osobowościowych sprzyjających etiopatogenezie chorób. [W:] K. Kosińska-Dec, L. Szewczyk (red.), *Rozwój – Zdrowie – Choroba. Aktualne problemy psychosomatyki* (s. 18-39). Warszawa: BELStudio.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (2000). Evolution of model of stress, coping and discrete emotions. [W:] V. H. Rice (red.), *Handbook of stress, coping and health* (s. 195-222). Thousand Oaks-London-New Delhi: Sage Publications, Inc.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2004). Osobowość stresowa (typ D) a ryzyko występowania chorób somatycznych. [W:] K. Kosińska-Dec, L. Szewczyk (red.), *Rozwój – Zdrowie – Choroba. Aktualne problemy psychosomatyki* (s. 5-17). Warszawa: BELStudio.
- Ostrowski, T. M. (1999). Psychologiczne determinanty i następstwa zaprzeczania choroby po zawale serca. *Przegląd Psychologiczny*, 42, 115-141.
- Reykowski, J. (1988). Źródła procesów ewaluacyjnych i ich funkcje regulacyjne. [W:] B. Wojciszke (red.), *Studia nad procesami wartościowania* (s. 36-54). Wrocław: Osolineum.
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology and Health*, 9, 161-180.
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. *Journal of Health Psychology*, 4, 2, 115-127.
- Schwarzer, R., Taubert, S. (1999). Radzenie sobie ze stresem: wymiary i procesy. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 17, 72-92.
- Selye, H. (1979). *Stres okiełznany*. Warszawa: PIW.
- Spielberger, Ch. D. (1988). *The Rationality / Emotional Defensiveness (R / ED) Scale. Preliminary Test Manual* (mps).

- Szczepaniak, P., Strelau, J., Wrześniewski, K. (1996). Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera. *Przegląd Psychologiczny*, 39, 187-210.
- Terelak, J. F. (1995). *Stres psychologiczny*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Weinberger, D. A., Schwartz, G. E., Davidson, R. J. (1979). Low-anxious, high-anxious, and repressive coping style: Psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 5, 67-75.
- Włodarczyk, D. (1999). Rola i miejsce oceny poznawczej w radzeniu sobie ze stresem. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 57-73.
- Włodarczyk, D. (2002). *Effects of dispositional cognitive appraisal and coping styles on the anxiety in patients after myocardial infarction*. Palma de Mallorca: 22nd International conference STAR, 12-14 lipiec (referat wygłoszony na konferencji).
- Włodarczyk, D. (2003). Ocena stresu jako element zasobów osobistych w radzeniu sobie ze stresem po zawale serca. [W:] Z. Juczyński, N. Ogińska (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 119-135). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Włodarczyk, D. (2004). Ocena stresu a wybrane obszary psychologicznego funkcjonowania chorych po zawale serca. [W:] K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.), *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania* (s. 107-129). Gdańsk: GWP.
- Wojciszke, B. (1988). Wpływ schematów na procesy ewaluacji. [W:] B. Wojciszke (red.), *Studia nad procesami wartościowania* (s. 54-86). Wrocław: Ossolineum.
- Wróblewski, Ł. (2004). *Represyjny styl radzenia sobie ze stresem a jakość życia u osób po zawale serca* (mps pracy magisterskiej, Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego).
- Wrześniewski, K. (1980). The development of a scale for assessing Attitudes Toward Illness in patients experiencing a myocardial infarction. *Social Sciences and Medicine*, 14, 127-132.
- Wrześniewski, K. (1991). Trójczynnikowy inwentarz stanów i cech osobowości. *Przegląd Lekarski*, 48, 222-225.
- Wrześniewski, K. (1997). Badanie subiektywnego stanu zdrowia za pomocą polskiej adaptacji The Nottingham Health Profile. [W:] J. Karski, H. Kirschner, J. Leowski (red.), *Współczesne potrzeby i możliwości pomiaru zdrowia* (s. 37-41). Warszawa: INGIS.
- Wrześniewski, K. (2000). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. [W:] I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 44-46). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wrześniewski, K. (2004). Interakcyjny model radzenia sobie ze stresem po zawale serca. [W:] K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.), *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania* (s. 69-83). Gdańsk: GWP.

- Wrześniewski, K., Włodarczyk, D. (2001). The role of cognitive appraisal in coping with stress after myocardial infarction: Selected theoretical and methodological issues. *Polish Psychological Bulletin*, 32, 109-114.
- Wrześniewski, K., Guzowska, M. (2002). Mechanizm obronny wyparcia a radzenie sobie ze stresem: wybrane zagadnienia teorii i pomiaru. [W:] I. Heszen-Niejodek (red.), *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem* (s. 109-131). Poznań: Wydawnictwo SPA.
- Zakrzewska, M. (1994). *Analiza czynnikowa w budowaniu i sprawdzaniu modeli psychologicznych*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., Śliwińska, M. (1998). *Inwentarz osobowości Neo-FFI Costy i McCrae*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.