KAMILLA BARGIEL-MATUSIEWICZ

PRZEWLEKŁY STRES ZWIĄZANY Z DIALIZOTERAPIĄ

ZASTOSOWANIE INTERWENCJI PSYCHOLOGICZNYCH

WYDAWNICTWA UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO
WUW

PRZEWLEKŁY STRES ZWIĄZANY Z DIALIZOTERAPIĄ

KAMILLA BARGIEL-MATUSIEWICZ

PRZEWLEKŁY STRES ZWIĄZANY Z DIALIZOTERAPIĄ

ZASTOSOWANIE INTERWENCJI PSYCHOLOGICZNYCH

WYDAWNICTWA UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO
WUW
Warszawa 2014

Recenzenci
prof. dr hab. Helena Sęk
prof. dr hab. Bogdan Zawadzki

Redaktor prowadzący
Małgorzata Yamazaki

Redakcja i opracowanie indeksów
Iwona Zarzycka

Redakcja techniczna
Zofia Kosińska

Korekta
Elwira Wyszyńska

Projekt okładki i stron tytułowych
Wojciech Markiewicz

Skład i łamanie
LOGOSCRIPT

ISBN 978-83-235-1467-1
ISBN 978-83-235-1475-6 (PDF)

© Copyright by Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2014

Publikacja dofinansowana przez Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego
00-497 Warszawa, ul. Nowy Świat 4
www.wuw.pl; e-mail: wuw@uw.edu.pl
Dział Handlowy WUW: tel. (48 22) 55-31-333
e-mail: dz.handlowy@uw.edu.pl
Księgarnia internetowa: www.wuw.pl/ksiegarnia

Wydanie 1

Spis treści

Podziękowania 7

Wstęp 9

ROZDZIAŁ 1. **Ewolucja koncepcji stresu** 13

ROZDZIAŁ 2. **Radzenie sobie ze stresem oraz jego efektywność** 21

2.1. Płaszczyzny analizy oraz formy działań zaradczych 21
2.2. Efektywność radzenia sobie ze stresem 31

ROZDZIAŁ 3. **Psychologiczna charakterystyka sytuacji choroby** 41

3.1. Ogólne znaczenie kontekstu sytuacyjnego 41
3.2. Przewlekła choroba somatyczna jako źródło stresu psychologicznego. . 44
3.3. Sytuacja pacjentów hemodializowanych 47

ROZDZIAŁ 4. **Rola oceny poznawczej sytuacji** 53

4.1. Podstawy filozoficzne pojęcia oceny poznawczej 53
4.2. Geneza psychologicznego ujęcia konstruktu oceny poznawczej 55
4.3. Współczesne psychologiczne ujęcie konstruktu oceny poznawczej 57

ROZDZIAŁ 5. **Hedonizm i eudajmonizm jako konteksty doświadczania dobrostanu** 65

5.1. Podstawowe pojęcia stosowane w zakresie problematyki dobrostanu . . 65
5.2. Charakterystyka nurtu hedonistycznego 68
5.3. Charakterystyka nurtu eudajmonistycznego 69

ROZDZIAŁ 6. **Interwencje psychologiczne jako próby oddziaływania na poznawcze, emocjonalne i behawioralne aspekty radzenia sobie ze stresem** 73

ROZDZIAŁ 7. **Zastosowanie interwencji poznawczej i poznawczo-narracyjnej** 79

7.1. Uzasadnienie podjęcia badań oraz procedura badawcza 79

7.2. Hipotezy 82
7.3. Charakterystyka grupy badawczej 83
7.4. Opis narzędzi badawczych 85
7.5. Uzyskane wyniki 88
7.5.1. Akceptacja choroby i poczucie własnej skuteczności 88
7.5.2. Emocje zagrożenia, korzyści, krzywdy i wyzwania 90
7.5.3. Ocena sytuacji choroby i dializoterapii 90
7.5.4. Lęk – cecha i stan 94
7.5.5. Porównania międzygrupowe 95
7.6. Omówienie wyników 98
7.7. Podsumowanie 103

ROZDZIAŁ 8. **Relacje między oceną poznawczą, poczuciem własnej skuteczności, emocjami oraz akceptacją choroby** 105

ROZDZIAŁ 9. **Zastosowanie interwencji hedonistycznej i eudajmonistycznej** 111
9.1. Uzasadnienie podjęcia badań oraz procedura badawcza 111
9.2. Hipotezy 114
9.3. Charakterystyka grupy badawczej 116
9.4. Opis narzędzi badawczych 118
9.5. Uzyskane wyniki. 119
9.5.1. Stan emocjonalny. 120
9.5.2. Ocena sytuacji choroby i dializoterapii 122
9.5.3. Zadowolenie z życia i akceptacja choroby 124
9.5.4. Strategie radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą 126
9.6. Omówienie wyników 128
9.7. Podsumowanie 136

ROZDZIAŁ 10. **Relacje między oceną poznawczą, emocjami, strategiami radzenia sobie, akceptacją choroby i zadowoleniem z życia** 141

ROZDZIAŁ 11. **Interwencja psychologiczna jako moderator zależności między oceną sytuacji a emocjami** 153

ROZDZIAŁ 12. **Podsumowanie badań własnych** 165

Bibliografia 181

Indeks osób. 195

Indeks rzeczowy 200

Summary. 203

Podziękowania

Chciałabym serdecznie podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do powstania niniejszej książki:

Pani Profesor Irenie Heszen, która była moim przewodnikiem w naukowych dociekaniach na płaszczyźnie psychologii zdrowia.

Pani Profesor Ewie Czerniawskiej, Dziekanowi Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, za wspieranie moich inicjatyw oraz stwarzanie klimatu sprzyjającego rozwojowi naukowemu.

Pani Profesor Ewie Pisuli, Kierownikowi Zakładu Psychologii Rehabilitacyjnej, za wspieranie mnie w wielu działaniach oraz stwarzanie życzliwej atmosfery współpracy w naszym Zakładzie.

Pani Profesor Helenie Sęk oraz Panu Profesorowi Bogdanowi Zawadzkiemu, którzy byli recenzentami niniejszej pracy i utwierdzili mnie w przekonaniu co do słuszności wyboru przedmiotu badań, a także udzielili wielu cennych rad.

Pani Profesor Barbarze Bokus, przewodniczącej Komisji ds. Wydawnictw Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, za życzliwe wsparcie w zakresie procedur związanych z planowaniem wydania niniejszej książki.

Członkom Sekcji Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego za możliwość wspólnych spotkań oraz inspirujących dyskusji.

Pani Redaktor Iwonie Zarzyckiej oraz całemu zespołowi pracowników Wydawnictw Uniwersytetu Warszawskiego za pomoc w przygotowaniu tej książki do druku.

Magistrantom, którzy uczestniczyli w projektach badawczych omawianych w niniejszej pracy. W prowadzeniu badań brały udział Panie: Aleksandra Rey, Aleksandra Komosińska, Edyta Derdzińska, Magdalena Kowalska, Emilia Kolada, Agata Tatarska, Iwona Koc, Magdalena Robak, Anna Kozłowska, Monika Cebelińska oraz Ewa Białecka.

Szczególne podziękowania składam Osobom Badanym, dzięki których zaangażowaniu i determinacji możliwa była empiryczna weryfikacja stawianych hipotez.

* * *

Prezentowane w książce badania były częściowo finansowane ze środków na naukę przyznanych autorce w ramach:

Grantu 2008–2011 Proces radzenia sobie z chronicznym stresem związanym z chorobą somatyczną. Możliwość zastosowania interwencji psychologicznej (Grant MNiSW: N N106 069935) oraz projektu Badań Własnych 2008: Wpływ interwencji psychologicznej na stan emocjonalny oraz ocenę poznawczą sytuacji choroby w grupie pacjentów leczonych dializami (BW: 180632/08).

Wstęp

Przewlekła choroba jest doświadczeniem wielopłaszczyznowym, dlatego analiza radzenia sobie z jej konsekwencjami również wymaga wieloaspektowości. Dla dotkniętej chorobą jednostki, oprócz stosowania się do zaleceń medycznych, istotne jest odpowiednie gospodarowanie wewnątrzpodmiotowymi zasobami w taki sposób, aby w dłuższej perspektywie czasu możliwe było jej optymalne funkcjonowanie. Pomoc psychologiczna w tym zakresie jest ważnym elementem interdyscyplinarnych oddziaływań. Jedną z jej form są interwencje psychologiczne. Wielu współczesnych badaczy wskazuje na zasadność weryfikacji skutków oddziaływań interwencji psychologicznych dla przebiegu radzenia sobie ze stresem oraz osiągania dobrostanu.

Celem dwóch pierwszych przedstawionych w niniejszej pracy interwencji psychologicznych było oddziaływanie na poziom akceptacji choroby, poczucie własnej skuteczności, ocenę poznawczą sytuacji choroby i leczenia oraz doświadczane emocje. Interwencje te są osadzone w poznawczej teorii stresu psychologicznego, współczesnych badaniach dotyczących narracyjnego konstruowania rzeczywistości oraz podejściu ericksonowskim.

Inspiracją dla skonstruowania kolejnych zaprezentowanych w książce interwencji była współczesna teoria stresu psychologicznego oraz psychologia pozytywna, czyli nurt teoretyczno-empiryczny, w ramach którego analizowane są uwarunkowania dobrostanu psychicznego, szczęścia. Poddano analizie ewentualny wpływ interwencji na poziom akceptacji choroby, zadowolenie z życia, ocenę poznawczą sytuacji choroby i leczenia, doświadczane emocje oraz sposoby radzenia sobie ze stresem.

Uzasadniając podjęcie niniejszych badań, warto przytoczyć sformułowany przez Susan Folkman (2009) i Irenę Heszen (2013) postulat, aby wnioski z badań naukowych osadzonych w paradygmacie stresu psychologicznego w coraz większym stopniu przenoszone były na poziom praktycznych oddziaływań w stosunku do grup osób doświadczających stresu. Autorki zwracają również

uwagę, iż funkcjonowanie w stresie warto badać w konkretnych kontekstach sytuacyjnych, a wnioski i podsumowania do nich właśnie odnosić.

Niniejsze badania zostały odniesione do grupy pacjentów poddawanych dializoterapii, która jest procesem wieloletnim. Pacjenci znajdują się w związku z tym w sytuacji przewlekłego stresu, co potwierdza również wiele badań uwzględniających zmienne psychologiczne.

ROZDZIAŁ 1

Ewolucja koncepcji stresu

Wszechobecność stresu w naszym życiu sprawia, iż nie dziwi fakt uczynienia zeń przedmiotu badań naukowych. Problematyka stresu łączy przedstawicieli różnych dyscyplin zajmujących się człowiekiem, przede wszystkim medycyny, socjologii i psychologii. Początki badań nad stresem wiążą się z osobą kanadyjskiego fizjologa pochodzenia węgierskiego Hansa Selye'go (1963), który pojęciem tym posłużył się, określając niespecyficzną reakcję organizmu, będącą odpowiedzią na działanie bodźców szkodliwych. Selye'mu przypisuje się najbardziej doniosły wkład w badania nad stresem biologicznym, jednak jego poglądy poddano krytyce. Zarzucano mu niedostateczne uwzględnianie czynników psychologicznych, przedstawiane były również dowody dotyczące specyficzności reakcji organizmu w odpowiedzi na konkretne czynniki szkodliwe.

Pierwsze próby definiowania zjawiska stresu na gruncie psychologii polegały na ujmowaniu go w kategoriach bodźca, sytuacji lub wydarzenia zewnętrznego o określonych właściwościach, któremu przypisywano obiektywną wartość stresora (Reykowski, 1966). Zgodnie z tym ujęciem stresem psychologicznym jest zmiana otoczenia, która u przeciętnej jednostki wywołuje wysoki stopień pobudzenia emocjonalnego oraz zakłóca normalne funkcjonowanie (Janis, 1958). Do tego ujęcia nawiązuje znana koncepcja zmian życiowych Holmesa i Rahe'ego (1967), która zawiera opis wydarzeń wymagających podjęcia wysiłków przystosowawczych.

Odmienne podejście polega na utożsamianiu stresu z reakcją wewnętrzną podmiotu, zwłaszcza z reakcjami emocjonalnymi. Ten sposób rozumienia stresu wywodzi się z nauk medycznych, w obrębie których nadal jest powszechnie akceptowany. Przykładem może być wspomniana koncepcja Selye'go czy ujęcie Mechanica (1968), określające stres jako reakcję dyskomfortu. Większość autorów uważa jednak to podejście za jednostronne i niewystarczające.

Kolejnym etapem ewolucji, której poddany został paradygmat stresu psychologicznego, jest współczesne rozumienie zjawiska stresu jako złożonej relacji

między podmiotem a otoczeniem. To interakcyjne podejście do zagadnienia stresu oznacza koncentrację zarówno na sytuacyjnych, jak i indywidualnych uwarunkowaniach stresu, a także na wzajemnych powiązaniach między tymi obszarami. Podejście obiektywistyczne zostało zatem uzupełnione podejściem fenomenologicznym, w którym przedmiotem naukowej analizy jest subiektywne doświadczenie jednostki. Akcentowanie podmiotowości człowieka w sytuacji stresu odnaleźć można w wielu koncepcjach teoretycznych (Antonovski, 1979, 1995; Bandura, 1977, 1997; Hobfoll, 1998/2006; Tomaszewski, 1963, 1975). Podejście interakcyjne odwołuje się do obu wymienionych wcześniej czynników (zewnętrznych oraz wewnętrznych), uwzględnia także czynnik pośredniczący w postaci oceny sytuacji przez podmiot. Zgodnie z tym ujęciem stres nie jest umiejscawiany ani w jednostce, ani w otoczeniu, lecz dotyczy ich wzajemnych relacji (transakcji) i jest definiowany jako zakłócenie lub zapowiedź zakłócenia równowagi między możliwościami jednostki a wymaganiami otoczenia (Heszen-Niejodek, 2000b).

W polskiej literaturze psychologicznej odnaleźć można kilka propozycji ujęcia relacyjnego. Pierwszą z nich jest koncepcja Tadeusza Tomaszewskiego (1963, 1966). Posługuje się on pojęciem sytuacji trudnej – termin uznawany niegdyś za synonim stresu. Sytuacja trudna została przez niego zdefiniowana jako brak wzajemnego dostosowania potrzeb, warunków i czynności. Aby w pełni uzmysłowić sobie ładunek treściowy tej definicji, należałoby odwołać się do jej ogólnego kontekstu – teorii sytuacji, której głównym aspektem jest traktowanie człowieka jako podmiotu sytuacji, kreatora interpretacji. „Inaczej mówiąc sytuacja jest zawsze czyjaś i nie da się określić bez podania jej podmiotu. Jeśli w danym układzie uczestniczy więcej niż jeden człowiek, to układ powinien być rozpatrywany ze względu na każdą z osób, w każdym z tych przypadków sytuacja może być inna" (Tomaszewski, 1975, s. 18). Widzimy zatem, iż o charakterze sytuacji stanowi jednostka w nią uwikłana, a dokładnie rzecz ujmując, dokonana przez nią interpretacja okoliczności, określana przez Richarda Lazarusa (1980, 1993a, b) mianem oceny poznawczej. Adekwatnie do niej podjęte zostają odpowiednie działania nazywane przez Tomaszewskiego (1975) aktywnością podstawową. Nie należy tego ujęcia utożsamiać ze skrajnym subiektywizmem, polegającym na identyfikowaniu sytuacji z jej percepcją. Wręcz przeciwnie, autor tej koncepcji sytuację widzi znacznie szerzej. Zawiera ona zarówno elementy obiektywne, jak i treści przypisane im przez jednostkę. Dopiero uwzględnienie obu zbiorów danych gwarantuje pełne zrozumienie sytuacji.

Koncepcję stresu opracował również Janusz Reykowski (1966). Jego zdaniem stres nie jest immanentną cechą bodźców. Mogą one przyjmować wartość stresorów jedynie w relacji do „aktualnych dążeń, oczekiwań człowieka oraz do jego stałych cech, takich jak potrzeby, schematy poznawcze, cechy fizyczne, wartości" (s. 210). Ustalenie, czy dany czynnik jest stresorem, wymaga znajomości

aktualnego kierunku dążeń człowieka oraz jego stałych właściwości. Reykowski docenia rolę spostrzegania czynników stresowych przez człowieka, jednak nie włącza sposobu percepcji sytuacji do definicji stresu, którą formułuje w kategoriach obiektywnych. Warto również zwrócić uwagę na propozycję Jana Strelaua (1996). Autor definiuje stres jako stan, z którym ściśle wiążą się negatywne emocje oraz sprzężone z nimi zmiany fizjologiczne. Przyczynami jego zaistnienia są: brak równowagi między wymaganiami otoczenia a możliwościami ich spełnienia przez jednostkę oraz motywacja do stawienia czoła napotkanym trudnościom. Ujęcie to stanowi przykład podejścia relacyjnego, gdyż stres traktowany jest jako wynik interakcji między wymaganiami a możliwościami, zarówno rzeczywistymi, jak i spostrzeganymi (Heszen-Niejodek, 2000b).

Największe zasługi w rozpowszechnieniu relacyjnego ujęcia stresu przypisuje się Richardowi S. Lazarusowi, który wraz ze współpracownikami opracował wciąż rozwijaną transakcyjną koncepcję stresu i radzenia sobie (Lazarus, 1980, 1993a, b; Lazarus, Folkman, 1984, 1987). Wspólnie z zespołem prowadził badania od lat pięćdziesiątych ubiegłego wieku, początkowo w formie eksperymentów laboratoryjnych. W związku z krytyką podejścia eksperymentalnego, jaka miała miejsce w latach osiemdziesiątych, przedmiotem jego badań nad stresem stały się naturalne sytuacje. Od czasu opublikowania monografii pt. *Psychological stress and the coping process* (1966) koncepcja Lazarusa rozwijała się, a także ulegała częściowej transformacji. W niniejszej pracy wykorzystywana jest jej wersja opracowana w latach osiemdziesiątych (Lazarus, Folkman, 1984), która wywarła ogromny wpływ na badania w dziedzinie stresu i do dziś jest akceptowana w kręgach naukowych, a także jej zmodyfikowana wersja autorstwa Susan Folkman (Folkman, 1997; Folkman, Moskowitz, 2000, 2004, 2006).

Podstawowym wątkiem rozważań Lazarusa jest znaczenie kontekstu sytuacyjnego oraz relacji jednostka–otoczenie dla wszelkich form aktywności człowieka. Istota rozumienia przez niego stresu polega na ujmowaniu go w kategoriach relacji między człowiekiem a otoczeniem, „która oceniana jest przez daną osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi" (Lazarus, Folkman, 1984, s. 19). Stres nie wynika ani jedynie z obiektywnych warunków, ani nie zależy tylko od jednostki, ale jest uwarunkowany zarówno przez cechy środowiska, jak i przez właściwości podmiotu. Poznawczo-relacyjna teoria stresu akcentuje fakt, iż interakcja między człowiekiem a otoczeniem ma charakter ciągły i wzajemny. Lazarus, określając tę relację, posługuje się terminem transakcja, który ma dwojaki sens. Przede wszystkim oznacza, że nie tylko elementy środowiska wpływają na jednostkę, lecz także podmiot oddziałuje na otoczenie. Transakcja między tymi dwiema grupami zmiennych stanowi nową jakość psychologiczną, której własności nie da się sprowadzić do sumy elementów składowych. Lazarus podkreśla także, iż

o ile w kontekście posługiwania się terminem interakcja, zmienne przyczynowe zachowują swoją odrębność, to koncepcja transakcyjna zakłada powstanie nowego poziomu analizy opisywanej relacji, na którym zanika odrębność poszczególnych zmiennych, ulegają one transformacji. Istotę tego zjawiska oddaje twierdzenie psychologii postaci, zgodnie z którym całość nie jest prostą sumą części (Koffka, 1935; Wertheimer, 1978).

Lazarus (1980, 1993a, b) zakłada, iż na złożone procesy emocjonalne składają się poprzedzające czynniki przyczynowe, procesy pośredniczące oraz skutki. Czynniki poprzedzające stanowią z jednej strony zmienne osobowe, takie jak przekonania, poziom motywacji, z drugiej strony zaś zmienne środowiskowe, takie jak wymagania czy ograniczenia sytuacyjne. Procesy pośredniczące odnoszą się do oceny poznawczej sytuacji, a także do podejmowanych prób radzenia sobie. Przeżycia stresowe oraz rezultaty radzenia sobie przynoszą bezpośrednie skutki w postaci emocji, zmian fizjologicznych, a także skutki odległe, dotyczące funkcjonowania na poziomie psychologicznym, somatycznym oraz społecznym.

W koncepcji Lazarusa akcent pada nie tylko na stałe aspekty relacji osoba–otoczenie, lecz także na dynamikę tej relacji, zmiany zachodzące w jej obrębie. Autor posługuje się pojęciem procesu, które zawiera dwa elementy: rzeczywistą wymianę między osobą a otoczeniem oraz zmienność tej wymiany w czasie. Transakcje stresowe mogą być krótkimi epizodami albo też długim, skomplikowanym procesem osiągania równowagi. Zdaniem Lazarusa (1980) najlepszym modelem tak rozumianego procesu radzenia sobie jest przeżywanie żałoby związanej z utratą bliskiej osoby. Proces ten może trwać bardzo długo, nawet kilka lat, i obejmować wiele zmian psychologicznych. Pierwszym etapem jest stan oszołomienia, zagubienia, po którym następuje pełne uświadomienie sobie straty, pogodzenie się z nią. Z upływem czasu, po okresie obniżonego nastroju, wycofania możliwe jest odzyskanie radości życia, motywacji do poszukiwania nowych obszarów zaangażowania.

Kryterium wystąpienia stresu stanowi ocena poznawcza sytuacji dokonana przez podmiot. Polega ona na ustaleniu relacji między wymaganiami, ograniczeniami i zasobami otoczenia a indywidualnymi cechami jednostki. Mamy zatem do czynienia w koncepcji Lazarusa z podejściem fenomenologiczno-poznawczym. Człowiek przez cały czas dokonuje oceny poszczególnych sytuacji, koncentrując się przede wszystkim na tych aspektach, które są ważne ze względu na szeroko rozumiane poczucie dobrostanu. Sytuację można ocenić jako obojętną, sprzyjająco-pozytywną bądź jako stresującą. W ostatnim z przypadków można wyodrębnić ocenę pierwotną, która umożliwia jednostce odpowiednią kwalifikację zaistniałych okoliczności, oraz ocenę wtórną, która pozwala jednostce ocenić możliwości podjęcia działań zaradczych (Lazarus, Folkman, 1984).

Lazarus (1980) postuluje, aby w badaniach nad stresem uwzględniać trzy poziomy analizy: społeczny, dotyczący relacji między jednostką a otoczeniem; psychologiczny, związany z oceną sytuacji, reakcjami emocjonalnymi i organizacją zachowania; fizjologiczny, odnoszący się do poziomu pobudzenia. Jego zdaniem, niedocenianie w badaniach zarówno wzajemnego oddziaływania tych poziomów, jak i ich względnej niezależności, może przyczyniać się do nieprawidłowej interpretacji wyników.

Współcześnie transakcyjne ujmowanie stresu jest szeroko akceptowane w kręgach naukowych. Niektórzy badacze formułują jednak zastrzeżenia wobec tego podejścia. Dotyczą one m.in. problemu pomiaru wewnętrznego doświadczenia jednostki przez użycie metod retrospektywnych. Niemniej metody typu samoopisowego wydają się, jak dotąd, najlepszym źródłem informacji o procesach psychicznych człowieka, umożliwiającym poznanie ich przebiegu. Mimo istniejących ograniczeń, na podstawie tej teorii wciąż podejmowane są badania empiryczne. Pozwala ona bowiem, dzięki odpowiedniemu poziomowi ogólności, na ujmowanie funkcjonowania człowieka w specyficznych sytuacjach stresowych (Heszen-Niejodek, 1996, 1997; Heszen, Sęk, 2007).

We współczesnych wersjach modelu transakcyjnego w procesie radzenia sobie ze stresem coraz większe znaczenie przypisuje się pozytywnym emocjom doświadczanym przez podmiot (Folkman, Moskowitz, 2000, 2004, 2006).

Susan Folkman w 1997 r. zaproponowała włączenie emocji do klasycznego modelu (Lazarus, Folkman, 1984) w ramach trzech niezależnych płaszczyzn. Pierwsza z nich dotyczy pozytywnych emocji jako rezultatu radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu. Druga dotyczy dążenia osób doznających długotrwałego stresu do przeżywania pozytywnych stanów emocjonalnych, by uzyskać przynajmniej krótkie poczucie ulgi. Trzecia ścieżka włączenia do tradycyjnego modelu pozytywnych emocji jest związana z wpływem pozytywnych stanów emocjonalnych na ocenę sytuacji i radzenie sobie. Doświadczane emocje pozytywne mogą modyfikować zwrotnie percepcję sytuacji stresowej, a co za tym idzie, podejmowane działania.

Ważna dla współczesnego rozumienia stresu jest również Teoria Zachowania Zasobów Stevana Hobfolla (1989, 1998/2006). Hobfoll ujmuje stres jako zjawisko obiektywne, gdyż jego zdaniem zasoby stanowiące kluczowy element jego koncepcji stresu są zdefiniowane obiektywnie. Ich ochrona, utrzymanie, promowanie i zdobywanie to elementy aktywności człowieka. Stres związany jest z utratą zasobów, ryzykiem ich utraty, a także z sytuacją, kiedy inwestowanie zasobów nie przynosi zamierzonych efektów. Ważną implikacją teorii Hobfolla (1998/2006) jest fakt, że na utratę zasobów są narażone szczególnie te osoby, które posiadają ich niewiele. W tej sytuacji utrata zasobów zwykle pociąga za sobą konsekwencje w postaci kolejnych strat, ponieważ brak odpowiednich rezerw nie pozwala na inwestycje w celu odzyskania utraconych dóbr lub

przynajmniej skompensowanie ich niedoborów. Ta prawidłowość może być wyjaśnieniem bierności niektórych osób w stresujących sytuacjach. Bierność ta może wynikać z tendencji do ochrony zasobów.

Dysponując natomiast dużą pulą zasobów, łatwiej przeciwdziałać zagrożeniom, odbudowywać braki w zakresie cenionych dóbr oraz zdobywać kolejne zasoby.

Dyskusyjną kwestią jest przypisanie przez Hobfolla atrybutu obiektywności zjawisku stresu poprzez przyjęcie założenia dotyczącego obiektywnej wartości zasobów. Zgodnie z relacyjną koncepcją wartości (Kozielecki, 1987; Scheibe, 1970) poszczególne zasoby mają taką wartość, jaka wynika z istniejącej w danym momencie relacji między potrzebami, celami jednostki a cechami sytuacji. Wskazuje to na dużą dynamikę wartościowania poszczególnych zasobów oraz wielowymiarowość ocen. Percepcja utraty czy pozyskania określonych zasobów może także zmieniać się na przestrzeni czasu. Ma na to wpływ wiele mechanizmów psychologicznych, np. mechanizmy obronne, przede wszystkim racjonalizacja (Freud, 1933/1995; Freud, 1936/1997), zjawisko adaptacji afektywnej nazywane hedonistycznym kołowrotem (Diener, Lucas, Scolon, 2006), a także radzenie skoncentrowane na znaczeniu (Folkman, Moskowitz, 2000, 2006). Ilustracją tej dynamiki może być sytuacja utraty danego zasobu, której podmiot nadał szczególny sens, przypisał określonemu wydarzeniu pozytywną wartość i od pewnego momentu traktuje to doświadczenie jako zasób umożliwiający np. rozwój osobisty, reorganizację priorytetów. Przykładem może być utraty pracy – sytuacja, która jest początkowo interpretowana negatywnie. Jej interpretacja może z czasem się zmienić, jeśli przyczyni się do podjęcia dodatkowej edukacji, nabycia nowych umiejętności, a w efekcie do znalezienia nowej, bardziej atrakcyjnej niż poprzednia pracy. Na dynamikę wartościowań wskazują także tacy autorzy, jak Tomaszewski (1975), Obuchowski (1993) czy Hermans (Hermans i Hermans-Jansen, 2000).

Niniejszy rozdział miał wprowadzić Czytelnika w problematykę stresu psychologicznego. W kolejnych rozdziałach zostanie natomiast uszczegółowiony zakres tematyczny, który posłużył jako główny kontekst teoretyczny podjętych badań własnych.

2.1. Płaszczyzny analizy oraz formy działań zaradczych

2.2. Efektywność radzenia sobie ze stresem

ROZDZIAŁ 2

Radzenie sobie ze stresem oraz jego efektywność

2.1. Płaszczyzny analizy oraz formy działań zaradczych

Człowiek przeżywający stres motywowany jest do podjęcia działań mających przywrócić zakłóconą równowagę między wymogami sytuacyjnymi a własnymi możliwościami sprostania im. Aktywność ta określana jest mianem radzenia sobie. Pojęcie radzenia sobie odnosi się do szerokiej gamy zachowań, procesów intrapsychicznych i jest definiowane jako „całokształt wysiłków, zarówno poznawczych, jak i behawioralnych, podejmowanych w celu poradzenia sobie z określonymi zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, ocenianymi przez podmiot jako obciążające lub przekraczające jego zasoby" (Lazarus, Folkman, 1984, s. 141). Proces radzenia sobie w tym ujęciu odnosi się do podejmowania celowych działań ukierunkowanych na opanowanie stresu. Działania te mogą pełnić funkcję instrumentalną, czyli zorientowaną na zaistniały problem, lub też funkcję samoregulacji emocji, która zwykle polega na obniżaniu przykrego napięcia emocjonalnego. Do podjęcia wysiłków zaradczych nie jest konieczna adekwatna czy realistyczna ocena sytuacji stresowej, a cel działania nie musi być w pełni uświadamiany.

Na wstępie prezentacji sposobów radzenia sobie ze stresem ważne jest wskazanie płaszczyzn możliwych do analizy. Termin radzenie sobie ma bowiem trzy uzupełniające się odniesienia znaczeniowe. Może być rozpatrywany jako: proces, strategia i styl. Pierwsze ujęcie odnosi się do całości aktywności podejmowanej przez człowieka w określonej sytuacji stresowej. Tak rozumiane radzenie sobie jest złożone i dynamiczne, obejmuje pewien okres, czasami długi, oraz oddziałuje na pierwotną strukturę sytuacji, powodując jej modyfikację w różnym zakresie i stopniu. W przebiegu czasowym procesu można wyodrębnić mniejsze jednostki aktywności, często różniące się między sobą jakościowo. Określa się je jako strategie lub sposoby radzenia sobie. Są to konkretne rodzaje zachowań lub procesów intrapsychiczych.

Tendencja do nawykowego stosowania określonych strategii w różnorodnych sytuacjach jest określana jako styl radzenia sobie (Zeidner, 1994). Można również mówić o indywidualnym zróżnicowaniu dyspozycji wpływających na zachowanie w sytuacji stresu (Endler, Parker, 1990). Inny sposób definiowania stylu radzenia sobie polega na traktowaniu go jako zbioru strategii stanowiących repertuar możliwych zachowań jednostki. W obliczu konfrontacji stresowej uruchamiana jest część schematów działań. Podstawowym warunkiem zastosowania konkretnej strategii jest jej obecność w dyspozycyjnym repertuarze jednostki (Heszen-Niejodek, 1996; Heszen, 2013).

Zachowania zaradcze mogą przybierać różne formy. W literaturze z tej dziedziny znaleźć można wiele różnorodnych klasyfikacji radzenia sobie, które służą ujęciu całokształtu naszych zmagań ze stresem. Lazarus (1980) wyróżnił cztery podstawowe kategorie radzenia sobie. Należą do nich:

1. Bezpośrednie działania. Kategoria ta dotyczy wszelkich czynności, poza aktywnością poznawczą, które służą pokonywaniu stresu.
2. Powstrzymywanie się od działania. Czasami specyficzne wymogi sytuacji powodują, że korzystniejsze jest powstrzymywanie się od pewnych rodzajów aktywności. Dotyczy to szczególnie działań, które w danych okolicznościach mogłyby zakłócić prawidłowy przebieg procesu radzenia sobie ze stresem.
3. Poszukiwanie informacji. Sposób ten wiąże się z analizą właściwości sytuacji, co służy poszerzeniu wiedzy istotnej z uwagi na optymalizację efektów dalszych działań zaradczych. Dodatkowe informacje zwiększają prawdopodobieństwo uwzględnienia wszystkich ważnych aspektów zaistniałej sytuacji, umożliwiając podejmowanie racjonalnych decyzji.
4. Procesy intrapsychiczne. Najczęściej służą one poprawieniu samopoczucia przez redukcję lub minimalizację przykrych emocji. Zaliczyć do nich możemy m.in. mechanizmy obronne.

W tym kontekście należy przedstawić szerzej funkcje, jakie, zdaniem Lazarusa i Folkman (1984), pełni radzenie sobie. Jak już wspomniano, autorzy ci wyróżnili radzenie sobie skoncentrowane na problemie, które pełni funkcję instrumentalną, inaczej – zadaniową – i ma na celu poprawę relacji podmiotu z otoczeniem. Drugą funkcją jest natomiast samoregulacja emocji, sprowadzająca się do obniżania przykrego napięcia i łagodzenia negatywnych stanów emocjonalnych. Należy uwzględnić fakt, iż obie funkcje nie są całkowicie niezależne. Podczas analizy sytuacji stresowej możemy obserwować, jak wzajemnie się przeplatają i oddziałują na siebie. W niektórych przypadkach ta sama forma radzenia sobie może służyć spełnianiu obu funkcji. Na przykład przygotowywanie się do egzaminu spełnia funkcję zadaniową przez zwiększenie praw-

dopodobieństwa uzyskania pozytywnej oceny z egzaminu, jednocześnie redukując lęk i niepewność przed egzaminem. Podobnie przedstawia się sytuacja w zakresie stresu związanego z przewlekłą chorobą somatyczną. Przestrzeganie zaleceń lekarskich umożliwia ustabilizowanie stanu fizycznego organizmu, a jednocześnie może zmniejszać lęk przed samą chorobą oraz powikłaniami. Bywają sytuacje, gdy obie funkcje realizowane są naprzemiennie, uzupełniając się w dłuższym okresie. Mamy również do czynienia z przypadkami, gdy określona forma radzenia sobie spełnia jedną z wymienionych funkcji, pozostając neutralną wobec drugiej. Jako przykład może posłużyć stosowanie mechanizmów obronnych w sytuacjach niekontrolowalnych. Powodują one poprawę stanu emocjonalnego, nie wywołując zmiany w zakresie obiektywnego położenia jednostki. Istnieje także możliwość, iż dany sposób radzenia sobie może sprzyjać realizacji jednej funkcji, utrudniając lub uniemożliwiając spełnienie drugiej. Jako ilustrację tej zależności przytoczyć można przykład spożywania alkoholu, która to czynność służy obniżeniu napięcia emocjonalnego. Z reguły nie sprzyja natomiast efektywnej realizacji zadania, a w pewnych okolicznościach może doprowadzić do zaprzestania aktywności ukierunkowanej na osiągnięcie zamierzonego celu.

Dla części badaczy nie jest jasne, jakie konkretne zachowania powinny być ujmowane w ramach tak szeroko pojmowanych kategorii (Schwarzer, 2001). Pojawiają się również opinie, że kategorie te są zbyt ogólnikowe i niewystarczające do opisania różnic indywidualnych pojawiających się w kontekście radzenia sobie ze stresem. Wykorzystanie analizy czynnikowej w wielu badaniach pozwoliło na wyodrębnienie znacznie większej liczby niezależnych czynników opisujących zmagania ze stresem (Carver, Scheier, Weintraub, 1989).

Inną propozycją jest klasyfikacja strategii zaradczych zaproponowana przez Zofię Ratajczak (1996), która również zwraca uwagę na dynamikę procesu radzenia sobie. W ujęciu tym mamy do czynienia z pewną sekwencją działań, u podłoża której leży rozwój sytuacji zagrożenia. Autorka wyróżnia:

- Strategie prewencyjne, mające zapobiegać niekorzystnym sytuacjom. Ta strategia, przez umożliwienie wcześniejszych przygotowań, pozwala na zminimalizowanie psychologicznych kosztów radzenia sobie w momencie wystąpienia trudności.
- Strategie ataku, walki z bezpośrednim zagrożeniem, które wiążą się z wysokimi kosztami psychologicznymi. Ich stosowanie jest najbardziej zasadne w sytuacji, gdy dysponujemy odpowiednimi zasobami, istotnymi w kontekście zaistniałych wymagań.
- Strategie obrony siebie, związane z oszczędnym wydatkowaniem własnej energii oraz posiadanych środków, w oczekiwaniu, aż zagrożenie ustąpi.

Pojawiają się one, gdy siła i wielkość zagrożenia przewyższają zdolności podmiotu w zakresie opanowania sytuacji.
– Strategie ucieczki, które bywają stosowane w sytuacjach poczucia braku istnienia jakiegokolwiek innego rozwiązania.

Zdaniem autorki najbardziej wartościowym elementem zasobów zaradczych jest swego rodzaju metakompetencja, polegająca na umiejętności elastycznego stosowania poszczególnych strategii, w odpowiedzi na obiektywne zmiany otoczenia.

Ciekawe ujęcie radzenia sobie ze stresem odnaleźć można w koncepcji Ralfa Schwarzera (2001; Schwarzer, Taubert, 1999; Schwarzer, Knoll, 2003). Klasyfikacja, którą się posługuje, pod względem formalnym wykazuje podobieństwo z dwiema przedstawionymi wcześniej. Również w tym wypadku kryterium czasowe, przebieg sytuacji stresowej stanowią podstawę wyodrębnienia poszczególnych kategorii. Nowatorstwo tego ujęcia polega na posłużeniu się nowym terminem (radzenie proaktywne), którego zakres treściowy nie pokrywa się z dotychczas stosowanymi kategoriami. Radzenie proaktywne zostanie omówione w zestawieniu z pozostałymi kategoriami sposobów radzenia sobie, którymi Schwarzer wraz z zespołem się posługuje. Należą do nich:

1. Reaktywne radzenie sobie odnoszące się do zdarzeń, które wystąpiły w przeszłości i oceniane są głównie jako krzywda lub strata według klasyfikacji Lazarusa (1980, 1991). Wśród sytuacji wywołujących reaktywne radzenie sobie wymienić możemy utratę pracy czy poważną chorobę. Radzenie sobie polega w tym wypadku na skompensowaniu zaistniałej szkody lub przynajmniej na złagodzeniu istniejącego problemu. Innym sposobem jest przeformułowanie sytuacji, dostosowanie celów do zmienionej sytuacji życiowej.
2. Antycypacyjne radzenie sobie służy przygotowaniu się na zdarzenia, co do których mamy pewność, iż będą miały miejsce. Postępowanie w wypadku spodziewanego zagrożenia obejmuje ocenę czynników przyczyniających się do zaistnienia sytuacji stresowej, szacowanie szkód, ocenę skuteczności radzenia sobie w danych okolicznościach, zasobów społecznych oraz osobistych. Ten dynamiczny proces prowadzi do ciągłej analizy potencjalnych sposobów radzenia sobie w kontekście ich efektywności oraz ponoszonych kosztów.
3. Prewencyjne radzenie sobie polega na przygotowaniach do zagrażających zdarzeń, których wystąpienie nie jest pewne, a ich charakter nie jest do końca określony. Człowiek może jedynie w przybliżeniu oszacować, jakie zasoby czy umiejętności będą przydatne w przyszłej sytuacji[1].

[1] Por. L. G. Aspinwall, S. E. Taylor (1997).

4. Proaktywne radzenie sobie obejmuje autonomiczne i samodzielne stawianie sobie celów stanowiących wyzwanie oraz ich konsekwentną realizację. Jednostka proaktywna dąży do ulepszenia swego życia oraz otoczenia, nie poprzestając jedynie na reagowaniu na przeszłe lub przewidywane przeciwności losu. Samodzielne podejmowanie działań wynika z chęci poprawy istniejących warunków życiowych, a także stworzenia sposobności do rozwoju osobistego. Fakt zaangażowania w realizację samodzielnie wyznaczonych celów może ułatwiać zachowanie dystansu wobec nieistotnych stresorów, które mogłyby powodować dyskomfort, gdyby człowiek nie koncentrował się na ważnych wyzwaniach.

Podobne podejście do zagadnienia proaktywnego radzenia sobie prezentują Esther R. Greenglass i Lisa Fiksenbaum (2009). Natomiast Susan Folkman (2009) zwraca uwagę, że dalszych badań wymaga kwestia możliwości traktowania tendencji do radzenia proaktywnego jako stałej cechy jednostki. Z całą pewnością pojęcie proaktywnego radzenia sobie wzbogaca ogląd omawianego zagadnienia. Można jednak zastanawiać się, czy jego zakres treściowy nie wykracza zanadto poza granice ogólnie przyjętego rozumienia zjawiska stresu i radzenia sobie z nim. Gdyby bowiem konsekwentnie posługiwać się terminem proaktywnego radzenia sobie, obok pozostałych działań zaradczych, uzyskalibyśmy obraz człowieka permanentnie zmagającego się ze stresem, a niemal każda aktywność stanowiłaby jedną z form radzenia sobie z nim.

W niniejszej pracy radzenie sobie ze stresem analizowane jest przede wszystkim z perspektywy konkretnych zachowań, strategii. Rozpatrywana jest głównie zależność między rodzajem dokonanej oceny poznawczej, przeżywanymi emocjami a strategiami stosowanymi w trakcie procesu radzenia sobie z przewlekłym stresem związanym z chorobą somatyczną, a także dynamika zmian w zakresie radzenia sobie w kontekście wykorzystania interwencji psychologicznych.

Podział sposobów radzenia sobie, zaprezentowany niżej z uwagi na przydatność w procesie analizy omawianych zależności, jest syntezą ujęć najczęściej cytowanych w różnych pracach. Zasadniczy schemat proponowanego podziału opiera się na rozróżnieniu dwóch podstawowych grup, wywodzących się z klasycznej psychoanalizy (Miller, 1990). Opisu poszczególnych strategii dokonano z wykorzystaniem terminologii zaproponowanej przez Normana S. Endlera i Jamesa D. A. Parkera (Endler, Parker, 1990; Parker, Endler, 1992), Richarda S. Lazarusa (1980) oraz Susan Folkman i Judith Moskowitz (2000, 2004, 2006).

Można wyodrębnić dwie główne grupy strategii. Do pierwszej z nich należą wszelkie przejawy aktywności zmierzającej do bezpośredniej konfrontacji z sytuacją stresową oraz z własnymi reakcjami na nią. Mamy do czynienia z działaniami związanymi z poszukiwaniem, gromadzeniem, przetwarzaniem oraz

wykorzystywaniem informacji dotyczących wydarzenia stresowego, to m.in. (Folkman, Lazarus, 1985; Scherer, Drumheller, Owen, 1994):

- rozwiązywanie problemu, koncentracja na zadaniu, analiza sytuacji w celu jej lepszego zrozumienia, podejmowanie wysiłku, by zwiększyć prawdopodobieństwo sukcesu;
- rezygnacja z alternatywnych aktywności;
- poszukiwanie wsparcia społecznego (instrumentalnego oraz informacyjnego), korzystanie z pomocy innych osób poprzez uzyskiwanie od nich m.in. informacji ułatwiających radzenie sobie z sytuacją problemową.

Drugą grupę stanowią strategie polegające na odwracaniu uwagi od stresora oraz własnych reakcji. Może zatem mieć miejsce pomijanie, odrzucanie, wypieranie, zaprzeczanie informacjom związanym z wydarzeniem stresowym lub też angażowanie się w alternatywne formy aktywności. Możemy wymienić m.in. takie zachowania:

- dystansowanie się, podejmowanie prób zapomnienia o zaistniałej sytuacji, pomniejszania jej znaczenia;
- unikanie, dystrakcja, uciekanie od problemu będącego źródłem stresu poprzez podejmowanie alternatywnych form aktywności np.: przeznaczanie więcej czasu na sen, rozrywkę, obowiązki domowe;
- myślenie życzeniowe, fantazjowanie, wyobrażanie sobie pomyślnego obrotu spraw;
- poszukiwanie wsparcia społecznego (emocjonalnego), pocieszanie się sympatią i zrozumieniem ze strony innych.

Folkman i Moskowitz (2006) zwracają uwagę na dodatkowy rodzaj strategii radzenia sobie ze stresem, mianowicie radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu (*meaning-focused coping*). Nie jest ono przeciwstawne wobec radzenia skoncentrowanego na problemie lub emocjach (Folkman, 1997). Już wcześniej zwracano uwagę na możliwość pełnienia różnych funkcji przez określone działanie (m.in. Lazarus, Folkman, 1984). Folkman i Moskowitz (2006) omawiają pięć rodzajów radzenia skoncentrowanego na znaczeniu:

- reorganizacja celów, priorytetów (*reordering priorities*),
- poszukiwanie realistycznych celów (*adaptive goal processes*),
- odnajdywanie korzyści w stresujących sytuacjach (*benefit finding*),
- przypominanie sobie o korzyściach (*benefit reminding*),
- napełnianie zwykłych zdarzeń pozytywnym znaczeniem (*infusing ordinary events with positive meaning*).

W tym ujęciu duże znaczenie przypisuje się, jak wspomniano w poprzednim rozdziale, doświadczaniu pozytywnych emocji. Na ich ważną rolę zwracali uwagę już ponad trzydzieści lat temu Lazarus, Kanner i Folkman (1980). Podkreślali oni, iż pozytywne emocje mogą być pomocne w podtrzymywaniu wysiłków związanych z radzeniem sobie, mogą generować sytuacje zapewniające odpoczynek psychiczny po trudnych, nieprzyjemnych doświadczeniach, a także umożliwiają odbudowę wyczerpanych zasobów. Jednak w tamtym okresie dominował pogląd, iż przeżywanie pozytywnych emocji nie wnosi nic wartościowego do sytuacji, raczej demotywuje niż zachęca do działania i dokonywania zmian na lepsze. Przede wszystkim to negatywnym emocjom przypisywano adaptacyjne, motywacyjne funkcje, np. powszechnie przyjmuje się, że strach motywuje do ucieczki lub podjęcia innych działań ochronnych (Frijda, 1988).

Szczegółową analizę pozytywnych konsekwencji doświadczania pozytywnych emocji przedstawiła Barbara Fredrickson (1998, 2006). Podkreśla ona, że szczególnie w długotrwałych sytuacjach stresowych emocje pozytywne mogą pełnić wiele adaptacyjnych funkcji: pozwalają odbudowywać zasoby fizyczne, intelektualne i społeczne, a także poszerzają zakres uwagi oraz działania. Emocje pozytywne mogą również w pewnym stopniu niwelować psychologiczne oraz fizjologiczne skutki stresujących zdarzeń. Eksperyment dotyczący tego zagadnienia polegał na ekspozycji filmów o zróżnicowanym wydźwięku emocjonalnym (Fredrickson, Levenson, 1998). Wszyscy uczestnicy oglądali najpierw film wywołujący strach. Następnie zostali podzieleni na cztery grupy, z których każdej wyświetlono inny film: neutralny, smutny, wywołujący zadowolenie oraz wywołujący rozbawienie. Na podstawie monitorowania reakcji sercowo-naczyniowej (*cardiovascular*) stwierdzono, iż badani najszybciej odzyskiwali stan równowagi po filmach wywołujących zadowolenie oraz rozbawienie.

W innych badaniach, w których analizowano funkcje układu neuroendokrynnego (Epel, McEwen, Ickovics, 1998), wykazano natomiast, że u kobiet, które potrafiły odnaleźć pozytywny wydźwięk traumatycznych wydarzeń, występowała bardziej korzystna dla zdrowia reakcja hormonalna. Wykazano także, iż pozytywne emocje zapobiegają ruminacjom negatywnych myśli i emocji (Zautra, Reich, Guarnaccia, 1990).

Doświadczanie pozytywnych emocji wydaje się szczególnie istotne w sytuacji przewlekłego stresu, gdy pojawia się ryzyko wyczerpania się zasobów, jakimi dysponuje jednostka, a także jej otoczenie społeczne (Łosiak, 2008).

Przykładem badań, które ujmują zagadnienie dynamiki emocji w sytuacji długoterminowego stresu, są często przytaczane w literaturze przedmiotu opublikowane w 1997 r. badania Folkman. Dotyczą one partnerów osób chorych na AIDS. Okazało się, że partnerzy terminalnie chorych osób co prawda doświadczali wielu negatywnych emocji, jednak nie był to jedyny wymiar ich reakcji emocjonalnych. Okazało się, że doświadczali również emocji pozytywnych.

Poza tygodniami poprzedzającymi i następującymi bezpośrednio po śmierci osoby zakażonej HIV, partnerzy doświadczali pozytywnych stanów emocjonalnych z częstotliwością zbliżoną do częstotliwości występowania negatywnych emocji.

Dowodzi to niezależności do pewnego stopnia emocji pozytywnych i negatywnych (Folkman, Moskowitz, 2000; Folkman, 2009). Także wielu innych autorów dowodzi współwystępowania pozytywnych emocji w stresie (Feldman Barrett, Russell, 1998; Russell, Carroll, 1999; Viney, 1986; Wortman, Silver, 1987).

Stopień niezależności emocji pozytywnych i negatywnych nie jest jednak wartością stałą, lecz zależy od dwóch głównych czynników. Pierwszym z nich jest waga przypisywana danemu celowi. Drugim natomiast jest intensywność reakcji emocjonalnej: im bardziej intensywna jest reakcja emocjonalna, tym silniejsza jest odwrotność relacji między pozytywnymi i negatywnymi emocjami. Zatem im silniejsze są emocje negatywne bądź pozytywne, tym mniejsze prawdopodobieństwo równoczesnego występowania emocji o przeciwnym znaku (Diener, Emmons, 1984; Diener, Sandvic, Pavot, 1991; Watson, 1988).

Warto zwrócić uwagę, że w analizach chronicznego stresu nie tyle istotne jest współwystępowanie emocji pozytywnych i negatywnych w określonym momencie, ile raczej ich współwystępowanie w dłuższej perspektywie czasu (Folkman, Moskowitz, 2000), co wiąże się z możliwościami odbudowywania zasobów dzięki doświadczaniu pozytywnych emocji. W dłuższej perspektywie czasu pozytywne emocje pełnią ważną rolę adaptacyjną (Fredrickson, 1998, 2001, 2003).

Jaka zatem jest geneza pozytywnych emocji w stresującej sytuacji? Zdaniem Folkman i Moskowitz (2000, 2006) istnieje kilka głównych dróg, które do tego mogą prowadzić.

Jednym z efektów opisywanego od dawna w literaturze przedmiotu radzenia skoncentrowanego na problemie (*problem-focused coping*) (Lazarus, Folkman, 1984) jest występowanie pozytywnych emocji. Głównym celem tej strategii jest dążenie do realnej poprawy sytuacji. Podejmowane działania są ściśle ukierunkowane na problem, który się pojawił, natomiast dodatkowym efektem mogą być emocje pozytywne. Istotną kwestią w tym kontekście jest możliwość kontrolowania sytuacji. Przez wiele lat uważano, że radzenie skoncentrowane na problemie jest zasadne w sytuacjach podlegających kontroli podmiotu. Jeżeli natomiast sytuacja jest tej cechy pozbawiona, to tego typu strategia jest nieadekwatna (Miller, 1987, 1990). W tym ujęciu poziom kontroli sytuacji miał status obiektywnego czynnika. Nowsze badania naukowe wskazują jednak, że nawet w sytuacjach, których główny aspekt znajduje się poza kontrolą podmiotu, występują dodatkowe wymiary sytuacji, w których kontrola ta jest zachowana. W przytaczanych wcześniej badaniach dotyczących opie-

kunów osób chorych na AIDS (Folkman, 1997) wykazano, że mimo iż główny aspekt sytuacji (czyli możliwość przywrócenia zdrowia swoim partnerom) znajdował się poza ich kontrolą, to dostrzegali inne wymiary, w ramach których mieli wpływ na to, co się dzieje. Można tu wymienić: podawanie leków czy zmianę pościeli chorego. Realizacja tego typu zadań ułatwia utrzymanie poczucia mobilizacji, zaangażowania, a także uzyskiwanie pozytywnych informacji zwrotnych od osób, które doceniają podejmowane działania.

Duże znaczenie zaangażowania podmiotu w określoną sytuację dla jego kondycji psychofizycznej akcentowane jest także w innych teoriach, na przykład w koncepcji *mindfulness* (Langer, 2002; Kabat-Zinn, 2005; Shapiro, Brown, Biegel, 2007; Weinstein, Brown, Ryan, 2009) czy teorii *flow* (Nakamura, Csikszentmihalyi, 2002, 2005).

Pozytywne emocje są także efektem opisanego wcześniej radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu *meaning-focused coping* (Folkman, 1997; Park, Folkman, 1997; Folkman, Moskowitz, 2000, 2006). Autorki podkreślają, że oba rodzaje radzenia sobie (radzenie skoncentrowane na problemie i skoncentrowane na znaczeniu) nie są do końca rozłączne. Radzenie skoncentrowane na znaczeniu można najogólniej zdefiniować jako próby odnalezienia, przypisania pozytywnych treści związanych z trudną sytuacją. Jak wcześniej wspomniano, strategia ta może przybierać kilka form. Powszechnie znaną formą jest pozytywne przewartościowanie. Jest ono związane z odkrywaniem możliwości osobistego rozwoju. Umożliwia dostrzeżenie pozytywnych aspektów trudnej sytuacji; jej korzystnego wpływu na pewne wymiary funkcjonowania. Nie zawsze strategia ta bezpośrednio wpływa na poziom pozytywnych emocji. Pozytywne przewartościowanie może przybrać formę dewaluacji ważnych celów, które okazały się niemożliwe do osiągnięcia. Wówczas celem jest raczej redukcja dystresu niż generowanie pozytywnych emocji (Folkman, Moskowitz, 2000).

W pracach Folkman i Moskowitz (2000, 2006) pojawia się również określenie *benefit finding*, czyli odnajdywanie korzyści w stresujących sytuacjach. Ta strategia wydaje się jednak treściowo bardzo zbliżona do pozytywnego przewartościowania.

Powiązana z nią jest również strategia nazywana przypominaniem sobie o korzyściach (*benefit reminding)*. Jest ona związana z wysiłkiem poznawczym, dzięki któremu dostrzeżone w pewnym momencie pozytywy mogą być stale obecne w świadomości podmiotu, wpływając korzystnie na bieżącą percepcję własnej sytuacji.

Kolejną formą radzenia skoncentrowanego na znaczeniu jest reorganizacja celów (Folkman, Moskowitz, 2006). W sytuacji, kiedy niektóre ważne do tej pory cele okazują się niemożliwe do realizacji, adaptacyjną formą radzenia sobie jest weryfikacja dążeń w taki sposób, aby wykorzystać posiadane zasoby oraz możliwości, jednocześnie rezygnując z dążeń, które stały się nierealne.

Konsekwencją przewlekłej choroby somatycznej może być utrudnienie bądź uniemożliwienie realizacji ważnych celów, m.in. zawodowych, ale również związanych z życiem osobistym (Heszen-Niejodek, 2000a). Istotny wpływ na aktywność życiową osób, których sprawność została ograniczona w wyniku choroby somatycznej, mają nie tylko czynniki obiektywne, ale również obraz choroby[2], jaki powstaje w umyśle danej osoby (Heszen-Klemens, 1979). Wiele najnowszych badań potwierdza znaczenie poznawczej reprezentacji choroby w kontekście działań podejmowanych przez pacjentów (Heszen, 2013).

Poziom niepełnosprawności związanej z przewlekłymi chorobami somatycznymi, zdaniem wielu autorów, zależy w większym stopniu od kondycji psychicznej chorego i jego interpretacji choroby niż od samego stanu fizycznego (Witorzeńć, 1992a; Nesse, 2000). George R. Parkerson i Robert A. Gutman (1997) stwierdzili, że depresja i lęk są czynnikami pierwszorzędowymi i mają większy wpływ na powstanie niepełnosprawności niż specyfika zaburzenia somatycznego.

Podczas analizy aktualnej sytuacji przez osobę chorą ważne jest w związku z tym prawidłowe oszacowanie możliwości w zakresie realizacji celów w taki sposób, aby nie wyznaczać sobie zbyt wygórowanych dążeń ani też nie zaniżać nadmiernie oczekiwań związanych z własnym rozwojem osobistym, społecznym i zawodowym.

Inną możliwością w ramach radzenia skoncentrowanego na znaczeniu jest „napełnianie znaczeniem" zwykłych zdarzeń (*infusing ordinary events with meaning)* (Folkman, Moskowitz, 2000). Polega na przypisywaniu codziennym, zwyczajnym aspektom życia głębszej treści, np. wspólnemu oglądaniu zachodu słońca, pięknych kwiatów itp. Jest to związane z wysiłkiem poznawczym podmiotu, który świadomie nadaje szczególne znaczenie wybranym sytuacjom, kreując ich nową jakość. Oprócz „napełniania znaczeniem" przypadkowo pojawiających się sytuacji, jest możliwe również planowanie, przygotowywanie tego typu wydarzeń (Folkman i Moskowitz, 2000). W badaniach nad opiekunami osób chorych na AIDS (Folkman, 1997) wykazano, iż prawie wszyscy relacjonowali obecność tego typu radzenia sobie w okresie opieki nad chorymi oraz w czasie żałoby. Zdaniem Folkman i Moskowitz (2000, 2006) radzenie skoncentrowane na znaczeniu jest w niewystarczającym stopniu uwzględniane w stosowanych obecnie narzędziach do pomiaru strategii radzenia sobie. Ważnym pytaniem, jakie stawiają autorki, jest to, jakie są możliwości nabycia umiejętności stosowania wymienionych wyżej mechanizmów. Jednym ze sposobów ich kształtowania może być interwencja psychologiczna (Folkman, Moskowitz, 2004).

Czynnikiem, który w literaturze przedmiotu opisywany jest również jako istotny w kontekście radzenia sobie ze stresem, jest poczucie własnej skutecz-

[2] Por. koncepcja choroby (Kulczycki, 1971); teoria choroby (Leventhal, Meyer, Nerenz, 1980).

ności (*self-efficacy*), czyli przekonanie jednostki, że może podjąć działania niezbędne do osiągnięcia zamierzonych wyników w określonej sytuacji życiowej (Bandura, 1997, 1977/2007). Albert Bandura wyraźnie zaznacza różnicę między przekonaniem, że dane zachowania przynoszą pewien efekt, a przekonaniem podmiotu, że posiada on zdolności, aby działania te wykonać.

Osoby mające wysokie poczucie własnej skuteczności przejawiają zwykle wyższą motywację do podejmowania zachowań zaradczych oraz ich kontynuowania mimo różnego typu trudności. Natomiast z niskim poczuciem własnej skuteczności wiążą się zwykle poczucie bezradności i pesymistyczne podejście do trudnych sytuacji. Prowadzi to do braku konstruktywnej aktywności lub przedwczesnego zaprzestania podjętych wysiłków (Poprawa 2001; Schwarzer, 2001).

Konstruktem powiązanym z poczuciem własnej skuteczności jest lokalizacja poczucia kontroli (*locus of control*) – wewnętrzna versus zewnętrzna. Jest to przekonanie o wpływie na sytuację czynników wewnątrzpodmiotowych bądź też czynników zewnętrznych (Rotter, 1954; Levenson, 1973). Jak podkreślają Irena Heszen i Helena Sęk (2007), ważna różnica między oboma konstruktami dotyczy ich genezy. Przekonanie o własnej skuteczności, w porównaniu z poczuciem umiejscowienia kontroli, jest w większym stopniu zależne od aktywności własnej podmiotu.

W związku z prezentacją poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem oraz zagadnienia poczucia własnej skuteczności nasuwa się pytanie o efektywność działań podejmowanych w obliczu stresu.

2.2 Efektywność radzenia sobie ze stresem

Znaczenie terminu efektywność radzenia wydaje się tak oczywiste, że trudno znaleźć w literaturze jego definicję. Ogólnie można stwierdzić, że rozwiązanie transakcji stresowej jest najbardziej efektywne, gdy proces radzenia jest w maksymalnym stopniu dostosowany do wymagań sytuacji stresowej. Z metodologicznego punktu widzenia, w kontekście oceny efektywności radzenia ze stresem, nieodzowne jest odróżnienie przebiegu procesu od jego ostatecznego wyniku, gdyż są to dwa różne aspekty, bynajmniej nietożsame ze sobą. Analiza efektywności procesu radzenia sobie bez względu na wynik wiąże się z oceną tak zwanej dobroci dopasowania (*goodness of fit* – Folkman, 1992). Możemy również ujmować efektywność procesu radzenia jako osiągnięcie trwałego rozwiązania problemu.

Przyjrzyjmy się najpierw efektywności procesu radzenia. Obejmuje on pewien okres, podczas którego stosowane są różne strategie. Jego efektywność, zgodnie ze wspomnianym modelem dobroci dopasowania, zależy od poziomu

adekwatności w dwóch następujących relacjach: obiektywna sytuacja – jej ocena oraz ocena – radzenie sobie. Adekwatność oceny sytuacji stresowej powinna dotyczyć oceny pierwotnej (czyli takiej, która umożliwia jednostce odpowiednią kwalifikację zaistniałych okoliczności, ewentualne określenie ich jako stresujących) oraz oceny wtórnej (czyli takiej, która pozwala jednostce ocenić możliwości podjęcia działania eliminującego przyczyny stresu lub łagodzącego jego skutki bądź też prowadzącego do osiągnięcia korzyści). Prawidłowe oszacowanie sytuacji implikuje dobór określonych strategii radzenia, odpowiednich do dokonanej oceny. Możemy mówić, iż proces radzenia jest efektywny, gdy jest on dostosowany do wymogów sytuacji. Efektywność procesu radzenia sobie można również odnieść do stanu końcowego. Jego wariant optymalny ma postać trwałego rozwiązania problemu, które samo w sobie nie przyczynia się do zaistnienia kolejnych stresujących okoliczności oraz umożliwia doświadczanie pozytywnych emocji (Heszen-Niejodek, 2000b; Heszen, 2013).

Ocena efektywności poszczególnych sposobów radzenia sobie opiera się na założeniu, że pewne strategie radzenia sobie są lepsze od innych. Jako przykład takiego sposobu myślenia może posłużyć popularny niegdyś pogląd, iż jedynymi skutecznymi sposobami pokonywania stresu są mechanizmy racjonalne, w odróżnieniu od mało konstruktywnych mechanizmów obronnych. Jedną ze współczesnych prób odnalezienia najbardziej adaptacyjnych sposobów radzenia sobie jest rozróżnienie, jakiego dokonują Holahan i inni (1996). Posługując się podziałem strategii radzenia ze względu na kryterium zbliżanie – unikanie, dochodzą do wniosku, iż ogólnie bardziej adaptacyjne jest radzenie sobie konfrontacyjne. Większą ostrożność w formułowaniu wniosków wykazują Moshe Zeidner i Donald Saklofske (1996). Opierając się na omówionym wcześniej podziale zaproponowanym przez Endlera i Parkera (1990), stwierdzają, że w odniesieniu do każdego rodzaju strategii można znaleźć dowody przemawiające za jej skutecznością oraz świadczące o jej negatywnym wpływie na przystosowanie. Być może należy więc uznać pogląd wyrażany w wielu pracach przez Lazarusa i jego współpracowników, iż ocenianie efektywności poszczególnych strategii radzenia sobie bez uwzględnienia kontekstu sytuacyjnego oraz właściwości osoby (z uwzględnieniem stylu radzenia sobie ze stresem) jest bezcelowe. Na konieczność uwzględniania szerokiego kontekstu radzenia sobie, łącznie z jego efektami ubocznymi, zwraca uwagę także Władysław Łosiak (2008). Przytacza on wnioski badaczy, którzy wskazują na narastające zmęczenie i wyczerpanie zasobów energetycznych, pojawiające się w efekcie podejmowanych działań zaradczych. Może również nastąpić uszczuplenie zasobów materialnych i społecznych (Lepore, Evans, 1996; Cohen i in., 1986; za: Łosiak, 2008).

W literaturze przedmiotu wciąż jednak jest obecne pytanie dotyczące możliwości uniwersalnej oceny adaptacyjności poszczególnych strategii radzenia

sobie oraz próby odpowiedzi na nie. Do nieadaptacyjnych strategii zaliczane bywają najczęściej: unikanie, zaprzeczanie, zaprzestanie działań zaradczych (Curtis i in., 2004), pasywne radzenie sobie i katastofizowanie (Zautra, Reich, Guarnaccia, 1990; Zautra i in., 1995), obwinianie siebie, wentylowanie negatywnych emocji (Revenson i Felton, 1989) oraz myślenie życzeniowe (Manne, Zautra, 1989; Revenson i Felton, 1989).

Do adaptacyjnych sposobów zaradczych zaliczane są zwykle: aktywne radzenie sobie, poznawcze i behawioralne radzenie sobie (Abraido-Lanza, Vásquez, Echeverria, 2004; Curtis i in., 2004; Treharne i in., 2007; Zautra i in., 1995), poszukiwanie informacji (Curtis i in., 2004; Manne, Zautra, 1989; Revenson i Felton, 1989), pozytywna poznawcza reinterpretacja, planowanie i akceptacja (Curtis i in., 2004; Manne, Zautra, 1989).

W kontekście oceny efektów, uważa się, że adaptacyjne sposoby radzenia sobie powiązane są z poczuciem dobrostanu (Abraido-Lanza, Vásquez, Echeverria, 2004; Treharne i in., 2007), podwyższeniem pozytywnego afektu (Curtis i in., 2004; Revenson i Felton, 1989; Zautra i in., 1995), obniżeniem negatywnego afektu (Abraido-Lanza, Vásquez, Echeverria, 2004; Revenson i Felton, 1989; Zautra i in., 1995), a także z lepszą kontrolą bólu i poczuciem własnej skuteczności (Abraido-Lanza, Vásquez, Echeverria, 2004). Jako ich efekt wymieniana jest także aktywność na płaszczyźnie społecznej, utrzymywanie kontaktów towarzyskich (Curtis i in., 2004).

Natomiast zachowania nieadaptacyjne są związane z obniżeniem pozytywnego afektu (Revenson i Felton, 1989; Zautra i in., 1995), wyższym negatywnym afektem (Curtis i in., 2004; Revenson i Felton, 1989; Zautra i in., 1995), depresją i lękiem (Curtis i in., 2004).

Jak widać, zasadniczą osią kwalifikowania strategii radzenia sobie do kategorii efektywne bądź nieefektywne jest zaangażowanie versus jego brak w rozwiązywanie problemu. Możliwości działania mają związek z poczuciem kontroli w określonej sytuacji. Dlatego warto w tym miejscu przytoczyć hipotezy dotyczące zagadnienia efektywności sformułowane przez Susanne M. Miller (1987, 1990). Są one stricte związane z zagadnieniem sprawowania przez podmiot kontroli nad okolicznościami, w których się znajduje. Pierwsza z nich – hipoteza minimaxu – dotyczy sytuacji kontrolowalnych; zgodnie z nią jednostka motywowana jest pragnieniem zminimalizowania zagrożenia i w związku z tym może poszukiwać informacji na temat zagrażających okoliczności oraz konfrontować się z nimi, umożliwia to bowiem poprawę sytuacji. Hipoteza unikania dotyczy natomiast sytuacji niekontrolowalnych. Zgodnie z nią poszukiwanie informacji o zagrożeniu w tego typu sytuacji jest mało efektywne, gdyż jednostka nie ma wpływu na bieg wydarzeń. Należy jednak wziąć pod uwagę również indywidualne preferencje jednostek w postaci stylu radzenia sobie ze stresem i poddać analizie ich wpływ na efektywność radzenia sobie, szczególnie

w sytuacji rozbieżności charakteru sytuacji oraz indywidualnych preferencji. Można sformułować wniosek, że efektywność radzenia sobie rozpatrywana na płaszczyźnie konfrontacji oraz unikania – przynajmniej w pewnych okolicznościach – zależy w większym stopniu od zgodności stosowanych strategii z indywidualnym stylem radzenia sobie niż z wymogami sytuacji rozpatrywanymi z uwagi na możliwości sprawowania nad nią kontroli. Wskazuje na to chociażby eksperyment (Miller, Mangan, 1983) dotyczący informowania pacjentek ginekologicznych na temat procedury diagnostycznej. Jak wspomniano już wcześniej, każdą sytuację można analizować na różnych wymiarach. W percepcji jednostki pewne aspekty sytuacji mogą być poza jej kontrolą, podczas gdy w ramach innych możliwe są działania przynoszące oczekiwane rezultaty.

Możemy także wyróżnić trzy odrębne, lecz częściowo współzależne płaszczyzny analizy efektywności radzenia sobie ze stresem (Lazarus, 1980):

- poziom psychologiczny, który wiąże się ze spostrzeganiem i oceną zdarzenia przez jednostkę, co wpływa na stan emocjonalny oraz na podejmowane działania;
- poziom społeczny, który dotyczy m.in. aktywności w zakresie pełnionych ról społecznych, relacji z innymi osobami;
- poziom fizjologiczny wiąże się natomiast ze stopniem pobudzenia organizmu, mobilizacji do działania.

Mówiąc o stresie, nie możemy automatycznie przechodzić z jednego poziomu analizy na inny czy wnioskować o zaistnieniu stresu, efektywności radzenia sobie z nim w jednym obszarze na podstawie wskaźników związanych z inną sferą. Możliwe jest uniknięcie tego rodzaju błędów poprzez rozdzielenie poszczególnych poziomów analizy (Heszen-Niejodek, 1996; Lazarus, 1980).

Wśród kryteriów rozpatrywania efektywności radzenia sobie ze stresem można wymienić także moment czasowy. Uwzględnienie perspektywy czasowej daje możliwość oceny zaistniałego rozwiązania nie tylko bezpośrednio po zakończeniu sytuacji stresowej, ale również po upływie pewnego czasu. Stan osiągnięty jako efekt końcowy transakcji może wydawać się zadowalający, jednak w perspektywie czasu mogą się ujawnić poniesione przez jednostkę koszty, np. zdrowotne.

Analiza efektywności staje się jeszcze bardziej złożona, jeśli weźmiemy pod uwagę chroniczny stres. Wówczas punktem odniesienia przestaje być moment zakończenia sytuacji stresowej, gdyż obecność stresu jest permanentna. Zmieniać się może natomiast jego natężenie, zakres wpływu na funkcjonowanie podmiotu.

Przykładem może być przewlekła choroba somatyczna, np. niewydolność nerek wymagająca dializoterapii czy cukrzyca. Wówczas zmaganie się ze stresem

jest wpisane w codzienne życie osoby chorej. Z tej perspektywy warto zwrócić uwagę, że niektóre strategie określane przez wielu autorów jako nieadaptacyjne mogą być korzystne dla podmiotu w sytuacjach, kiedy brak możliwości przyjęcia innych sposobów radzenia sobie. Heszen-Niejodek (2000b) zwraca uwagę, że unikanie informacji może redukować lęk wynikający z nadmiernego skupienia na chorobie. Natomiast zachowania unikowe mogą być korzystne w odniesieniu do aspektów niekontrolowalnych. Radzenie sobie skoncentrowane na problemie w sytuacji braku kontroli jest zwykle uważane za nieadaptacyjne (Lazarus, Folkman, 1984). To zgodne z tezą Hobfolla (1998/2006), który uważa, że korzystne jest niepodejmowanie działań zmierzających do odzyskania utraconych zasobów, jeśli brak środków niezbędnych do działania. Zmniejszenie intensywności wysiłków zaradczych chroni wówczas podmiot przed nadmiernym wydatkowaniem energii, a tym samym przed autodestrukcją.

Warto również podkreślić, że w przeszłości radzenie sobie było zwykle oceniane w kontekście regulacji dystresu (Folkman, Moskowitz, 2000). Mniej natomiast zwracano uwagę na pozytywne aspekty stresu. Co prawda w drugiej połowie XX w. m.in. Abraham Maslow (1954, 1986), Gerald Caplan (1964), Aaron Antonovsky (1979) czy Victor E. Frankl (1978) rozpatrywali zagadnienie rozwoju osobowości w związku z trudnymi sytuacjami, jednak były to bardziej rozważania kliniczne lub filozoficzne.

Szczególnie dużo badań naukowych poświęconych pozytywnym aspektom stresu, w tym stresu traumatycznego, prowadzono na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat. Dużą popularność zdobyło pojęcie wzrostu potraumatycznego, czyli pozytywnego przewartościowania życia w wyniku radzenia sobie z traumą, zaproponowane przez Richarda G. Tedeschiego i Lawrence'a G. Calhouna w 1996 r. Według autorów wzrost potraumatyczny (*posttraumatic growth*) to doświadczenie pozytywnej zmiany, pojawiające się jako rezultat walki z ekstremalnie kryzysowymi wydarzeniami w życiu jednostki. Doświadczenie to przejawia się na różne sposoby, w trzech głównych dziedzinach: sposobie postrzegania siebie, relacjach z innymi oraz przyjętej filozofii życiowej.

Wcześniej pojawiały się także inne określenia mające na celu uchwycenie tego zagadnienia. Tedeschi i Calhoun (2004a) przed wprowadzeniem terminu „wzrost potraumatyczny" używali m.in. następujących określeń: postrzegane korzyści; pozytywne aspekty; transformacja traumy. Inni autorzy natomiast pisali m.in. o: wymagającej przemianie (*stren conversion*) (Finkel, 1974, 1975); pozytywnych zmianach psychologicznych (*positive psychological changes*) (Yalom i Lieberman, 1991); odczuwanych korzyściach (*construing benefits*) (McMillen, Zuravin, Rideout, 1995; Tennen i in., 1992); wzroście związanym ze stresem (*stress-related growth*) (Park, Cohen, Murch, 1996; Park i in., 2008), rozkwicie (*flourishing*) (Ryff, Singer, 1998); rozkwitaniu (*thriving*) (O'Leary, Ickovics, 1995); czy o pozytywnych skutkach ubocznych (*positive by-products*)

(McMillen i in., 2001); odkrywaniu znaczenia (*discovery of meaning*) (Bower i in., 1998).

W paradygmacie stresu Richarda Lazarusa (1980, 1993a, b) również można wskazać wątki związane z pozytywną stroną stresu. Należy do nich ocena stresu jako wyzwania. Ta forma oceny zawiera w sobie założenie o możliwości korzystnego wyniku, jednak istnieje również pewne ryzyko niepowodzenia. Wyzwanie na poziomie emocjonalnym to: podekscytowanie, satysfakcja, zapał, ale również martwienie się, niepewność (Bargiel-Matusiewicz i in., 2004; Heszen, Sęk, 2007). Tego typu sytuacja dostarcza okazji do testowania swoich umiejętności radzenia sobie, a także nabywania nowych umiejętności. Pozytywnym aspektem jest także moment zakończenia sytuacji stresowej. Jeśli jest ono korzystne dla podmiotu, pojawia się poczucie zadowolenia, ulgi (Folkman, Moskowitz, 2000). Więcej informacji na temat znaczenia oceny sytuacji stresowej zostanie przedstawionych w podrozdziale 3.1.

Jak wspomniano w rozdziale 1, jednym z czynników decydujących o efektywności radzenia sobie ze stresem jest zdolność doświadczania pozytywnych emocji, co wiąże się z możliwościami odbudowywania zasobów (Folkman, Moskowitz, 2000, Fredrickson, 1998, 2001, 2003). Ma to szczególnie duże znaczenie w sytuacji przewlekłego stresu związanego z chorobą somatyczną. Wówczas oprócz radzenia skoncentrowanego na problemie istotne jest odpowiednie gospodarowanie zasobami jednostki, aby mogła ona utrzymywać na odpowiednim poziomie motywację do realizowania zaleceń lekarskich, stałego dbania o własne zdrowie. W grupie pacjentów chorujących przewlekle wahania nastroju czy też przedłużający się stan obniżonego nastroju mogą niekorzystnie wpływać na stan zdrowia, czyli utrudniać realizację głównego celu. Zjawisko to jest szczególnie wyraźne u pacjentów wymagających dializoterapii[3] (Bargiel-Matusiewicz, Duława, 2005; McDade-Montez, Christensen, Cvengros, 2006; Witorzeńć, 1992a, b).

Model poszerzania i budowania zasobów – *Broaden and Build Model of Positive Emotions* – autorstwa Barbary Fredrickson (Fredrickson, 1998, 2001, 2003) pokazuje sposób, w jaki pozytywne emocje umożliwiają adaptację i konstruktywne funkcjonowanie w sytuacji przewlekłego stresu. Zdaniem autorki emocje pozytywne poszerzają zakres percepcji, podmiot dostrzega więcej aspektów okoliczności, w których się znalazł; towarzyszy temu poszerzenie repertuaru możliwych działań. Pomagają również budować zasoby: fizyczne, intelektualne oraz społeczne. Występowanie pozytywnych stanów emocjonalnych zapobiega także utrzymywaniu się negatywnych stanów afektywnych.

---

[3] Szczegółowa charakterystyka psychologicznej sytuacji pacjentów dializowanych znajduje się w rozdziale 3.

Przykładem możliwości wzbudzania pozytywnych emocji jest opisywany przez Helenę Sęk program optymistycznego radzenia sobie ze stresem autorstwa Reschke i Schrödera (2000; za: Sęk, 2008). Celem programu jest kształtowanie umiejętności świadomego wywoływania pozytywnych emocji, które mogą ułatwiać radzenie sobie z codziennym stresem. Elementem programu jest między innymi zwiększanie świadomości przyjemności zmysłowych, rozwijanie kompetencji emocjonalnej oraz optymistycznych nastawień.

W kontekście roli pozytywnych emocji w procesie radzenia sobie ze stresem warto zwrócić uwagę na koncepcję *resilience*, której wydźwięk jest zbliżony do treści przedstawionych wyżej teorii (Tugade, Fredrickson, 2004; Leipold, Greve, 2009). Termin *resilience* jest różnie tłumaczony w polskiej literaturze przedmiotu. Irena Heszen i Helena Sęk (2007, s. 173) podają, że jest to „zespół umiejętności skutecznego radzenia sobie ze stresem o dużym nasileniu, polegający na giętkim (elastycznym), twórczym radzeniu sobie z przeciwnościami; główną rolę odgrywa tu zdolność do oderwania się (*bounce-back*) od negatywnych doświadczeń i zdolność do wzbudzania pozytywnych emocji".

W odniesieniu do efektywności radzenia sobie ze stresem związanym z przewlekłą chorobą somatyczną można stwierdzić, że szczególnie istotne są dwa aspekty, po pierwsze – instrumentalne radzenie sobie związane ze specyfiką danego schorzenia, i po drugie – zaakceptowanie sytuacji trudnej, które pełni m.in. ważną funkcję regulacyjną na poziomie emocjonalnym. Jak wcześniej wspomniano, specyfika przewlekłego stresu wiąże się z koniecznością odpowiedniego gospodarowania zasobami podmiotu, w czym, jak wykazano, ważną rolę odgrywają pozytywne emocje (Fredrickson, 1998, 2001, 2003).

Akceptacja przewlekłej choroby ułatwia doświadczanie pozytywnych emocji oraz podejmowanie konstruktywnych działań. Należy zaznaczyć, iż akceptacja choroby jest w tym ujęciu rozumiana jako przystosowanie do choroby, zachowanie poczucia własnej wartości pomimo ograniczeń związanych z chorobą (Revenson i Felton, 1989; Juczyński, 2009).

Większość naukowców uważa, że akceptacja choroby jest czynnikiem koniecznym do optymalnego funkcjonowania w przewlekłej chorobie (Telford, Kralik, Koch, 2006). W innych źródłach wiązana jest ona także z lepszym przystosowaniem do zmienionych warunków życia, utożsamianym z większą pewnością siebie, niższą postrzeganą dyskryminacją czy mniejszą wrogością wobec innych (Li, Moore, 1998). Wyniki te pozwalają postawić hipotezę o związku akceptacji z poziomem dobrostanu psychicznego u osób chorych somatycznie.

Yuka M. Nakamura i Ulrich Orth (2005) traktują to pojęcie jako adaptację do niezmiennej negatywnej sytuacji poprzez utrzymywanie dobrego samopoczucia i zdolności do działania. Oznacza to stawianie czoła realiom sytuacji, nawet jeśli nie jest zgodna z oczekiwaniami podmiotu. Duże znaczenie akcep-

tacji choroby w kontekście jakości życia wykazane zostało w badaniach Juczyńskiego i Adamiaka (2000; za: Juczyński, 2009) nad osobami chorymi na stwardnienie rozsiane. Oprócz akceptacji choroby istotne okazały się takie czynniki, jak: atrybucja przyczyn, spostrzegane wsparcie społeczne, strategie radzenia sobie z chorobą. W badaniu dotyczącym adaptacji do sytuacji choroby u osób z niewydolnością nerek akceptacja choroby również okazała się istotnym czynnikiem (Wright, Kirby, 1999). Według tych badaczy wpływ na akceptację mają czynniki poznawcze i emocjonalne. Ich zdaniem, akceptacja choroby może przyjmować dwie formy: aktywną i pasywną, zależnie od tego, jak pacjent interpretuje chorobę, a także od stopnia integracji jego osobowości. Pacjenci aktywnie akceptujący swoją chorobę włączają ją w codzienne życie, nie pozwalając jednocześnie, aby zdominowała jego wszystkie płaszczyzny. Natomiast osoby pasywnie akceptujące swoją chorobę rezygnują z wielu aktywności przejawianych przed zachorowaniem, pozwalając, aby choroba i leczenie zajęły centralne miejsce w ich życiu. Osoby te postrzegają siebie głównie przez pryzmat choroby i mają gorsze samopoczucie niż osoby aktywnie akceptujące swoją sytuację zdrowotną.

W badaniach Groomesa i Leahy (2002), przeprowadzonych wśród osób z różnego typu niepełnosprawnościami, akceptacja rozumiana jako przystosowanie do choroby korelowała pozytywnie z radzeniem sobie skoncentrowanym na problemie. Natomiast w badaniach Abraido-Lanzy i współpracowników (2004), które dotyczyły chorych na reumatoidalne zapalenie stawów, przystosowanie do choroby korelowało dodatnio z poczuciem dobrostanu oraz ujemnie z nasileniem symptomów depresyjnych i odczuwaniem bólu.

3.1. Ogólne znaczenie kontekstu sytuacyjnego

3.2. Przewlekła choroba somatyczna jako źródło stresu psychologicznego

3.3. Sytuacja pacjentów hemodializowanych

R O Z D Z I A Ł 3

Psychologiczna charakterystyka sytuacji choroby

3.1. Ogólne znaczenie kontekstu sytuacyjnego

Egzystencja człowieka przebiega zawsze w określonym kontekście sytuacyjnym, który stanowi jej istotny wymiar. Ocena stresu oparta jest m.in. na percepcji sytuacji, wymagań, jakie się z nią wiążą. Wydaje się zatem ważne uwzględnienie tej płaszczyzny w procesie analizy naszego funkcjonowania. Zacznijmy od zdefiniowania pojęcia sytuacji. Za Tadeuszem Tomaszewskim (1975, s. 17) sytuację człowieka możemy opisać jako „układ jego wzajemnych stosunków z innymi elementami środowiska w określonym momencie czasu". Jak widzimy, pojęcie sytuacji jest bardzo złożone. Zgodnie z podaną definicją, sytuację określają jej elementy, ich cechy, stan oraz zachodzące między nimi relacje. Człowiek, ze względu na którego sytuacja jest analizowana, stanowi jej podmiot. Dlatego sytuacja jest zawsze czyjaś i nie można jej określić bez podania podmiotu. Jeśli w określonej sytuacji uczestniczy więcej osób, to ze względu na każdą z nich możemy przeprowadzić odrębną analizę. Istotne znaczenie ma fakt, że człowiek jako podmiot sytuacji stanowi jeden z jej elementów, a zatem jego sytuacja jest określona zarówno przez cechy i stany elementów otoczenia, jak i właściwości jego samego.

Przyjrzyjmy się strukturze sytuacji, jej poszczególnym aspektom. Dwa podstawowe dla sytuacji człowieka rodzaje zachowania: reaktywne i celowe, związane są z podstawowymi wariantami struktury sytuacji: stymulacyjnym i zadaniowym. Strukturą stymulacyjną nazywany jest taki układ jej elementów, które w danym momencie działają na podmiot jako bodźce, wywołując jego reakcje. Oddziaływanie sytuacji jako układu stymulacyjnego może mieć charakter niespecyficzny lub specyficzny. Oddziaływanie niespecyficzne polega na regulacji ogólnego poziomu aktywacji, wpływa na gotowość do reagowania na określone bodźce. Specyficzne działanie stymulacyjne wiąże się natomiast z faktem, że sytuacja rozpatrywana jako całość lub jej poszczególne elementy wy-

wołują określone reakcje organizmu, np. ruch oczu w kierunku bodźca. Strukturę sytuacji zadaniowej można natomiast scharakteryzować jako układ wartości i możliwości. Wartością w tym kontekście nazywamy standard, określający kierunek aktywności człowieka, możliwością zaś stan rzeczy, od którego zależy, czy dana wartość zostanie osiągnięta. Na przykład w sytuacji egzaminacyjnej wartością, do której dąży student, jest zdanie egzaminu, możliwości zaś wiążą się z posiadaniem odpowiednich podręczników, czasu i miejsca na przyswojenie wiedzy, motywacją do pracy. Mówiąc o sytuacji jako o układzie wartości i możliwości, bierzemy pod uwagę wartości i możliwości w odniesieniu do ściśle określonego kontekstu. Zdarza się bowiem, iż w pewnych okolicznościach wartości nabierają przedmioty, zjawiska pozbawione jej w innych sytuacjach (Tomaszewski, 1975, s. 17).

Określony układ stosunków człowieka z otaczającym go światem może być rozpatrywany pod kątem różnych wartości, celów czy zadań. Sytuacja może być korzystna dla pewnego rodzaju aktywności, niesprzyjająca zaś dla realizacji innego typu zadań. Pomyślny lub niepomyślny charakter sytuacji człowieka (ze względu na określony rodzaj aktywności) jest związany z konfiguracją wartości oraz możliwości reprezentowanych przez tę sytuację. Jeśli w określonej sytuacji człowiek staje wobec zadań, które są dla niego możliwe do wykonania za pomocą określonych czynności, mamy do czynienia z sytuacją sprzyjającą, w przeciwnym razie mówimy o zaistnieniu sytuacji niesprzyjającej.

Ważne wydaje się zdefiniowanie pojęcia sytuacji normalnej, aby na tej podstawie wyodrębnić następnie kategorie sytuacji odbiegających od stanu normalnego. O sytuacji normalnej mówimy wówczas, gdy mamy do czynienia ze stabilizacją jej wewnętrznej organizacji, wzajemnym dostosowaniem poszczególnych elementów: zadań, jakie mają być realizowane; warunków, w jakich dokonuje się ich realizacja; stosowanych metod oraz cech samego podmiotu. Sytuację normalną należy odróżnić od sytuacji optymalnej, w której zarówno przebieg czynności, jak i ich wyniki znajdują się na poziomie najwyższym z możliwych. Taki stan jest jednak trudny do osiągnięcia, dlatego pojęcie sytuacji optymalnej jest w zasadzie pojęciem teoretycznym, określającym warunki, do jakich można się w większym lub mniejszym stopniu jedynie zbliżać.

Jeżeli wewnętrzna równowaga sytuacji normalnej zostanie zakłócona, powodując niekorzystne zmiany w przebiegu aktywności podstawowej, a co za tym idzie – obniżenie prawdopodobieństwa osiągnięcia pożądanych rezultatów, mamy do czynienia z sytuacją trudną. Zależnie od rodzaju zakłóceń sytuacji normalnej, możemy wyróżnić pięć głównych rodzajów sytuacji trudnych.

– Sytuacją deprywacji nazywamy okoliczności, w których podmiot pozbawiony jest zasobów określonej kategorii, niezbędnych do jego normalnego funkcjonowania. Innymi słowy, pewne podstawowe potrzeby jednostki

pozostają niezaspokojone. Mogą to być potrzeby fizjologiczne, np. głód, pragnienie, jak też potrzeby psychiczne, np. przynależności, uznania.
- Sytuacje przeciążenia powstają wówczas, gdy trudność zadania znajduje się na granicy możliwości podmiotu. Może to dotyczyć różnych płaszczyzn funkcjonowania. Jako przykład można przytoczyć sytuację, w której osoba o niskich kwalifikacjach staje przed zadaniem, którego wykonanie możliwe jest jedynie w wypadku posiadania specjalnych umiejętności.
- Sytuacje utrudnienia powstają, gdy prawdopodobieństwo wykonania zadania zostaje obniżone wskutek pojawienia się elementów zbędnych, które nazywane są przeszkodami, lub w wyniku niedostatku elementów potrzebnych, mówimy wtedy o brakach.

Okoliczności prowadzą zwykle do dezorganizacji sytuacji przez zakłócenie przebiegu czynności orientacyjnych, decyzyjnych i wykonawczych. Przeszkody mogą utrudniać wykonanie czynności zarówno na płaszczyźnie fizycznej (np. zamknięte wejście, ciasne pomieszczenie ograniczające swobodę ruchów), jak i mentalnej (np. bodźce rozpraszające uwagę, reguły wykluczające stosowanie pewnych metod). Braki utrudniające[4] mogą występować w dwóch postaciach. Pierwszy rodzaj to braki przedmiotowe dotyczące odpowiednich materiałów, narzędzi czy środków. Drugi wariant stanowią braki informacyjne polegające na przykład na dopływie niepełnych informacji lub na całkowitym ustaniu ich dopływu.

- Sytuacjami konfliktowymi nazywamy okoliczności, w których człowiek poddany zostaje oddziaływaniu przeciwstawnych sił. Mogą to być zarówno siły fizyczne, jak i sprzeczne naciski społeczne lub moralne.
- Sytuacje zagrożenia występują natomiast, gdy zwiększa się prawdopodobieństwo naruszenia wartości cenionych przez podmiot. Mogą to być, np.: pozycja społeczna, posiadane dobra materialne, zdrowie. Zagrożenie może być wynikiem zarówno układu zewnętrznych elementów sytuacji, jak i wewnętrznego stanu człowieka.

W kontekście omawianego zagadnienia ważnym aspektem wydaje się zakres sprawowania kontroli nad sytuacją. Dokładne oszacowanie stopnia, w jakim możliwe jest wywieranie wpływu na okoliczności, często może sprawiać trudność, jednak dla celów teoretycznych, zachowania jasności wywodu często wyodrębnia się dwie przeciwstawne kategorie: sytuacje kontrolowalne i niekontrolowalne. W sytuacjach pierwszego typu jednostka poprzez swoją aktywność może modyfikować ich przebieg oraz wpływać na stan końcowy.

[4] Należy odróżniać je od braków deprywacyjnych.

W sytuacjach niekontrolowalnych podejmowane działania nie przynoszą skutku w postaci zmiany obiektywnych warunków, dlatego bardziej efektywne wydają się strategie służące zmniejszeniu obciążenia emocjonalnego (Heszen-Niejodek, 1996). Jak wspomniano, współczesne badania naukowe wskazują, że nawet w sytuacjach, których główny aspekt znajduje się poza kontrolą podmiotu, występują dodatkowe wymiary sytuacji, w których kontrola ta może być zachowana. Wiele zależy od tego, czy podmiot potrafi je dostrzec (Folkman, 1997).

Omawiane kategorie sytuacji trudnych nie wykluczają się wzajemnie, gdyż trudności różnego typu mogą występować równocześnie. Należy pamiętać, że samo pojęcie trudności jest pojęciem relatywnym. To, co dla jednej osoby stanowi trudność, dla innej może być zadaniem stosunkowo łatwym do wykonania. Trudność może występować również jako stan przejściowy, związany np. ze zmęczeniem, obniżoną kondycją psychofizyczną. Ponieważ, jak wcześniej wspomniano, człowiek jest elementem sytuacji, w jakiej się znajduje, jego stan wpływa na jej ogólny charakter, pozostałe zaś elementy składowe mają moc modyfikowania jego stanu (Tomaszewski, 1975). Widzimy zatem, w jak dużym stopniu obraz sytuacji zależy od wzajemnych oddziaływań między jej składnikami, wśród których szczególną rolę przypisać należy jednostce będącej podmiotem sytuacji.

Magnussonowi (1976; Magnusson, Ekehammar, 1978; Stattin, Magnusson, 1980), reprezentującemu interakcyjne podejście do zagadnienia funkcjonowania jednostki w sytuacji, udało się zawrzeć istotę tego ujęcia w kilku tezach. Otóż jego zdaniem obiektywne właściwości sytuacji do pewnego stopnia wywierają wpływ na zachowanie jednostki. Rodzaj tego wpływu jest odmienny w poszczególnych sytuacjach. Istotne w tym kontekście są takie atrybuty sytuacji, jak np.: siła związanych z nią bodźców, ich jednoznaczność vs niejednoznaczność, poziom istotności. Stopień, w jakim sytuacja determinuje zachowania, jest różny dla poszczególnych jednostek. Zarówno rodzaj, jak i stopień oddziaływania sytuacji na postępowanie jednostki, zależą od znaczenia, jakie przypisuje ona danym okolicznościom. Poszczególne osoby przypisywać mogą zupełnie odmienne znaczenie tej samej sytuacji. Wiedza dotycząca indywidualnej percepcji sytuacji jest zatem podstawowym warunkiem zrozumienia zachowań jednostek oraz przewidywania wyborów strategii radzenia sobie ze stresem.

3.2. Przewlekła choroba somatyczna jako źródło stresu psychologicznego

Najczęściej choroba somatyczna stanowi przyczynę zakłóceń w obrębie różnych sfer życia, poczynając od sfery doznań fizycznych, pojawiających się dolegliwości, poprzez płaszczyznę głównej aktywności życiowej, na sferze wartości, do

jakich dąży jednostka, skończywszy (Heszen-Niejodek, 2000a; Heszen, Sęk, 2007; Wrześniewski, 2004). Dlatego słuszne wydaje się rozpatrywanie choroby somatycznej w kontekście problematyki stresu i radzenia sobie. Choroba może poważnie ograniczać pełnienie ról rodzinnych i zawodowych, a także realizację zainteresowań i planów życiowych (Chan i in., 2005; Heszen, Sęk, 2007). W teorii czynności Tadeusza Tomaszewskiego zdrowie uznane jest za jedną z pozytywnych wartości, do której człowiek dąży. Z kolei choroba, traktowana jako przeciwieństwo zdrowia, jest wartością negatywną, której człowiek unika (Tomaszewski, 1975).

Zdrowie może być wartością autoteliczną, kiedy traktowane jest jako ważne samo w sobie, bez względu na okoliczności. Może stanowić również wartość instrumentalną. Wówczas jednostka skłonna jest traktować zdrowie jako środek do osiągania innych celów. Może również zdecydować się na poświęcenie zdrowia, czyli narażenie się na utratę bądź pogorszenie zdrowia, aby osiągnąć inny, ważniejszy cel (Heszen, Sęk, 2007).

Zdaniem Niny Ogińskiej-Bulik i Zygfryda Juczyńskiego (2008) w kulturze europejskiej zdrowie jest przede wszystkim wartością instrumentalną, pozwalającą na osiąganie innych celów. Wartość zdrowia doceniana jest najczęściej, gdy choroba uniemożliwia realizację ważnych planów.

Z badań Krzysztofa Puchalskiego (1997) wynika z kolei, że większość osób traktuje zdrowie jako wartość autoteliczną.

Poznanie diagnozy przewlekłej choroby może być przyczyną silnego stresu. Według George'a D. Bishopa (2000) można rozpatrywać ten moment w kategoriach kryzysu psychologicznego, czyli sytuacji nagłej, w której nastąpiły zmiany tak istotne, niekorzystne i odmienne od dotychczas doświadczanych, że stosowane zwykle sposoby radzenia okazują się niewystarczające. Jest to stan dezorganizacji generujący wysoki poziom poczucia bezradności. Pojawia się wiele negatywnych emocji, takich jak lęk, gniew czy poczucie winy (Kubacka-Jasiecka, 2010).

Odnosząc okoliczność poznania diagnozy przewlekłej choroby do teorii stresu Lazarusa i Folkman (1984, 1987), można zakładać, iż większość osób ocenia tę sytuację jako zagrożenie. Obserwacje kliniczne, zgodnie z którymi, jak już wspomniano, pierwsza reakcja na diagnozę jest zwykle nasycona silnymi negatywnymi emocjami, mogą sugerować, że ma to związek z negatywną oceną pierwotną, która z czasem ustępuje miejsca ocenie wtórnej. Dzięki temu kryzys jest stanem przejściowym, intensywność emocji z czasem się zmniejsza, a zdolności adaptacyjne podmiotu umożliwiają rozpoczęcie poszukiwania konstruktywnych rozwiązań (Bishop, 2000). Duże znaczenie należy przypisać uzyskaniu przez pacjenta adekwatnych informacji dotyczących danej jednostki chorobowej, rokowań, a także możliwych procedur medycznych czy też zmian w zakresie stylu życia, które mogą mieć korzystny wpływ na stan zdrowia.

W przypadku choroby przewlekłej poradzenie sobie w chwili kryzysu związanego z poznaniem diagnozy oznacza dopiero początek wysiłków, które będą się wiązały z przystosowaniem do wymogów i ograniczeń, jakie choroba wniesie do codziennego życia. Pojęcie choroby przewlekłej obejmuje kilka wspólnych cech. Są to: długi czas trwania – od kilkunastu tygodni wzwyż, przebieg łagodniejszy niż w stanie ostrym, zwykle trwałe dysfunkcje oraz konieczność stałego leczenia (Jarosz, 1988). Zależnie od specyfiki danego schorzenia, w trakcie jego przebiegu mogą występować fazy remisji lub też okresy pogorszenia, wymagające np. bardziej radykalnych metod leczenia, wykonania odpowiednich zabiegów czy operacji (Heszen, Sęk, 2007). W związku z tym natężenie stresu, jak również stosowanie określonych metod radzenia sobie cechuje pewna dynamika, obraz psychologicznych konsekwencji choroby nie jest jednolity.

Jak wspomniano, choroba może stanowić przeszkodę w realizacji ważnych celów, pociągając za sobą konieczność ich modyfikacji lub też rezygnacji z niektórych. Może niekorzystnie wpływać na aktywność zawodową, w pewnych sytuacjach powodując konieczność przejścia na rentę lub wcześniejszą emeryturę (Bargiel-Matusiewicz, Sabat, 2005). Efektem tego może być pogorszenie sytuacji materialnej chorego. Konsekwencje pogorszenia stanu zdrowia mogą być powodem problemów małżeńskich, a także w relacjach z dziećmi (Bishop, 2000). Zmiany w codziennym funkcjonowaniu, np. wizyty w szpitalu czy rehabilitacja, stają się obciążeniem dla członków rodziny. Bishop (2000) pisze również o zaburzeniu funkcjonowania społecznego w szerszym znaczeniu. Osoby chore często wycofują się z kontaktów społecznych z powodu skutków choroby, takich jak ból czy osłabienie, ale także z powodu spadku poczucia własnej atrakcyjności fizycznej w związku z niekorzystnymi zmianami w wyglądzie.

W pewnym zakresie także postęp medycyny przyczynia się do zwiększenia stresu u pacjentów. Rozwój skomplikowanych metod i narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych sprawia, że wzrasta lęk pacjentów, którzy nie zawsze rozumieją mechanizmy ich działania. Obniża to i tak już zachwiane poczucie bezpieczeństwa oraz poczucie kontroli (Heszen-Niejodek, Wrześniewski, 2000). Szczególny stres i poczucie zagrożenia wywołuje u pacjentów uzależnienie ich zdrowia i życia od sprawności działania maszyn, jak w wypadku hemodializy (Bargiel-Matusiewicz, 2006).

Warto jednak zaznaczyć, że doświadczenia związane z chorobą somatyczną mogą przyczyniać się do szeroko rozumianego rozwoju osobowości. Można tu wspomnieć np. o omawianym wcześniej zjawisku wzrostu potraumatycznego (Tedeschi, Calhoun, 2004a, b) czy stosowaniu radzenia skoncentrowanego na znaczeniu (Folkman, Moskowitz, 2006).

3.3. Sytuacja pacjentów hemodializowanych

Przewlekła niewydolność nerek jest zespołem chorobowym, który powstaje w efekcie pierwotnych lub wtórnych nefropatii (Bereza, 2005). Funkcją nerek jest wydalanie azotowych produktów przemiany materii oraz innych zbędnych i szkodliwych związków, a także usuwanie nadmiaru wody i soli. Jest to działalność zewnątrzwydalnicza związana z tworzeniem moczu. Nerki uczestniczą też w czynności wewnątrzwydalniczej, wytwarzając reninę i erytropoetynę. Biorą też udział w regulacji przemiany wapniowo-fosforanowej w organizmie (Hoser, 1997). Gdy nerki nie spełniają swojej funkcji, a działanie środków farmakologicznych przestaje być skuteczne, konieczne staje się rozpoczęcie leczenia niewydolności nerek za pomocą dializ.

Można wyróżnić trzy etapy niewydolności nerek: utajoną niewydolność nerek, wyrównaną przewlekłą niewydolność nerek i niewyrównaną przewlekłą niewydolność nerek, której etapem końcowym jest mocznica przewlekła. Ostatnie stadium choroby wymaga leczenia powtarzanymi dializami pozaustrojowymi, otrzewnowymi lub transplantacji nerki. Terapia zastępująca działanie nerek stwarza możliwość m.in. oczyszczenia krwi z toksycznych produktów przemiany materii, regulacji gospodarki wapniowo-fosforowej. W ramach przygotowań pacjenta do hemodializy następuje chirurgiczne przygotowanie przetoki tętniczo-żylnej (Bereza, 2005).

W czasie kilkugodzinnego zabiegu hemodializy następuje usunięcie nadmiaru wody i oczyszczenie krwi z końcowych produktów metabolizmu. Odbywa się to przez oddziaływanie na krew chorego płynu dializacyjnego, którego skład elektrolitowy jest podobny do składu osocza zdrowej osoby. Krew i płyn są oddzielone półprzepuszczalną błoną, a przez zawarte w niej kanały filtracyjne zachodzi wymiana substancji (Bereza, 2009).

Postęp medycyny w zakresie leczenia osób ze schyłkową niewydolnością nerek niewątpliwie daje szanse przedłużenia życia tej grupy pacjentów o wiele lat. Niestety ta forma leczenia nie umożliwia całkowitej substytucji funkcji nerek, a także niesie ze sobą pewne skutki uboczne. Dlatego w sytuacji stosowania hemodializy w miarę upływu czasu dochodzi do powolnego i systematycznego pogarszania się stanu zdrowia, obniżania kondycji psychofizycznej (Harciarek i in., 2009, 2010). Najczęstszymi powikłaniami są objawy związane z układem krążenia wynikające z obciążenia pracy serca i uszkodzeń naczyń krwionośnych. Pojawiają się zaburzenia w funkcjonowaniu układu hormonalnego oraz nieprawidłowości w układzie kostnym będące konsekwencją braku równowagi wapniowo-fosforowej (Bereza, 2005).

Osoby ze schyłkową niewydolnością nerek to specyficzna grupa chorych. Ich dotychczasowy tryb życia zmienia się radykalnie. Konieczne jest przestrzeganie diety, kontrolowanie ilości przyjmowanych płynów. W wypadku pacjen-

tów hemodializowanych uciążliwa jest również konieczność odwiedzania stacji dializ około trzech razy w tygodniu po kilka godzin. Postęp w stosowaniu dializ pozwala na funkcjonowanie tej grupy pacjentów w zadowalającym stanie somatycznym przez wiele lat (Barnett i in., 2008; Tsay, Lee, Lee, 2005). Jednak stałe dostosowywanie się do licznych ograniczeń ma znaczący wpływ na funkcjonowanie w środowisku zawodowym i społecznym, a także na percepcję samego siebie. Osoby poddawane dializoterapii muszą dokonać reorganizacji swoich dotychczasowych obowiązków, pełnionych ról, a także sposobu spędzania wolnego czasu (Bereza, 2007; Wlazło i in., 2008). Pacjentom sprawia trudność kontynuowanie pracy na dotychczasowym stanowisku, co wynika z konieczności uczestniczenia w trwających kilka godzin zabiegach dializy odbywających się trzy do czterech razy w tygodniu. Możliwości rozwoju zawodowego także są ograniczone (Majkowicz i in., 2009; Chan i in., 2005). Przejście na rentę oznacza nie tylko obniżenie poziomu dochodów, ale również często utratę możliwości samorealizacji, ograniczenie płaszczyzny kontaktów społecznych. Brak aktywności zawodowej może też zmienić sposób postrzegania chorej osoby w rodzinie, zmienić strukturę relacji rodzinnych (Steciwko, Rutkowski, Domagała, 2002).

Pacjenci poddawani hemodializie często obawiają się, że są lub staną się obciążeniem dla pozostałych członków rodziny (Bereza, 2007). Młodsi pacjenci analizują swoje możliwości znalezienia partnera życiowego, zastanawiają się nad kwestią posiadania dzieci (Steciwko, Rutkowski, Domagała, 2002). Wielu autorów podaje, że znaczny odsetek chorych dializowanych ujawnia obecność lęku i martwi się o swoją przyszłość. Zaburzenia lękowe objawiają się m.in. jako obniżenie libido oraz zaburzenia snu (McDade-Montez, 2006; Witorzeńć, 1992a).

Pacjenci dializowani mogą spotykać się z niezrozumieniem w różnych sytuacjach społecznych, a nawet być narażeni na stygmatyzację, która może wynikać z błędnego interpretowania blizn i wyglądu skóry związanych z dializoterapią jako efektu uzależnienia od przyjmowanych dożylnie środków psychoaktywnych. W związku ze zmianami w obrębie ciała obniża się poczucie własnej atrakcyjności, co może z kolei powodować stopniowe wycofywanie się z życia towarzyskiego (Bereza, 2007; Steciwko, Rutkowski, Domagała, 2002). Jeżeli weźmiemy pod uwagę znaczenie obrazu ciała dla poczucia własnej tożsamości, możemy zdać sobie sprawę, w jaki sposób niekorzystne zmiany w jego obrębie mogą zakłócać funkcjonowanie jednostki w wielu sferach życia (Schier, 2009).

Wśród problemów psychologicznych zidentyfikowanych jako typowe dla tej grupy chorych, jako główny wymieniany jest obniżony nastrój. Objawy, które zwykle występują w depresji, nabierają szczególnego znaczenia u pacjentów leczonych dializami. Utrata apetytu u tych chorych może prowadzić do pogłębienia istniejących już zakłóceń metabolicznych. Brak motywacji oraz osłabienie

mogą prowadzić do zaniedbań w zakresie stosowania zaleceń lekarskich. Znaczenie samopoczucia dla przestrzegania zaleceń lekarskich, np. dotyczących diety, podkreśla wielu autorów. Obniżenie nastroju może prowadzić nawet do zaniechania leczenia. Maria Witorzeńć (1992a) stwierdziła w swoich badaniach, że aż pięćdziesiąt siedem procent pacjentów rozważa przerwanie poddawania się dializom. W nowszych badaniach pod kierunkiem Elizabeth McDade-Montez (2006) stwierdzono, iż w okresie do czterech lat od wystąpienia symptomów depresji osiemnaście procent osób zrezygnowało z dializ, co może być traktowane jako forma samobójstwa. Taki sposób interpretowania rezygnacji z dializoterapii oraz niestosowania się do zaleceń lekarskich budzi jednak kontrowersje w literaturze przedmiotu (Makara-Studzińska i in., 2007). Zaprzestaniu udziałowi w dializoterapii sprzyja także doświadczanie przewlekłego bólu, któremu towarzyszy zwykle drażliwość, niepokój oraz poczucie braku zdolności do poradzenia sobie ze stresem (Davison, Jhangri, 2005).

Wśród osób dializowanych, te, które są aktywne zawodowo, mają lepsze samopoczucie i są mniej narażone na ryzyko rozwoju depresji. Podobny wpływ na stan psychiczny chorych ma wypełnianie obowiązków domowych. Podejmowanie różnego typu działań niezwiązanych z chorobą pomaga przezwyciężyć przekonanie o konieczności podporządkowania całego swojego życia leczeniu (Afeltowicz, 1996).

Inni autorzy wskazują na różnice w danych na temat rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych w tej grupie (Makara-Studzińska i in., 2007). Jak podają, zaburzenia depresyjne są najczęściej występującym zaburzeniem psychicznym u osób dializowanych. U części osób zaburzenia lękowe i depresja występują jednak jeszcze przed rozpoczęciem dializ. Prawdopodobnie są one skutkiem stresu związanego z chorobą, a nie reakcją na dializoterapię. Prawidłowe diagnozowanie depresji może być też utrudnione ze względu na brak odpowiednich narzędzi przesiewowych, niewystarczające przeszkolenie personelu w kierunku rozpoznawania objawów depresyjnych, podobieństwo niektórych objawów somatycznych w depresji i innych chorobach somatycznych. Część pacjentów zaprzecza wystąpieniu obniżonego nastroju, koncentrując się wyłącznie na objawach somatycznych (Majkowicz, Steciwko, Sapilak, 2008).

Kolejnym poważnym problemem na płaszczyźnie psychologicznej jest poczucie straty. U chorych leczonych powtarzanymi dializami istnieje wiele obszarów życia, w obrębie których następują straty. Dotyczą one pozycji zawodowej i społecznej, gdyż taka forma leczenia zwykle ogranicza aktywność na tych płaszczyznach. Bardzo istotnym problemem jest obniżenie statusu materialnego, często prowadzące do kolejnych utrat: konieczności zmiany trybu życia, nawyków, rezygnacji z hobby. Równie istotne mogą być utraty dotyczące wyobrażeń na swój temat, zmiany w zakresie obrazu samego siebie oraz poczucia pewności siebie (Bargiel-Matusiewicz, Sobota, Wilczyńska, 2010).

Opisane straty można odnieść do przedstawionej wcześniej Teorii Zachowania Zasobów Stevana Hobfolla (1989, 1998/2006). Pozwala ona lepiej zrozumieć stresogenny potencjał związany ze zmianami, jakie w wyniku podjęcia dializoterapii pojawiają się w życiu pacjentów.

Badania Donny L. Mapes i współpracowników (2003), prowadzone w Stanach Zjednoczonych, Europie i Japonii w grupie ponad siedemnastu tysięcy pacjentów poddawanych dializoterapii, wykazały, że niższe poczucie jakości życia jest silnym predyktorem ryzyka hospitalizacji, a nawet śmierci. Podobne wyniki uzyskali Antonio A. Lopes i współpracownicy (2007). Wykazano wyraźny związek stanu psychicznego pacjentów z przebiegiem choroby.

Z badań Bernardy Berezy (2007) wynika, że sam udział w zabiegu hemodializy jest dla co trzeciej osoby źródłem niepokoju. Pacjentowi trudno przewidzieć, jakie będzie jego samopoczucie po zabiegu. Obciążające emocjonalnie może być oczekiwanie na niekorzystne zmiany oraz poczucie bezsilności wobec nich. Pacjenci poddawani hemodializom wiele aspektów swojej sytuacji zdrowotnej postrzegają jako zagrażające oraz mają poczucie, że trudno sobie z nimi poradzić (Garcia-Llana, Remor, Selgas, 2013; White, 2001; Zawadzka, 2005). Może to świadczyć o tym, że wiele osób skupia się na negatywnych aspektach dializoterapii. Oznacza to, że prawdopodobnie w ocenach poznawczych tej sytuacji dominują zagrożenie i strata, a percepcja sytuacji jako wyzwania czy korzyści jest mniej nasilona. Analizując szczegółowo percepcję sytuacji dializoterapii, warto zwrócić uwagę na pewien bardzo istotny aspekt. W sensie medycznym ta forma leczenia ratuje życie osób ze schyłkową niewydolnością nerek. A dostępność dializoterapii dla wszystkich osób, które jej wymagają, jest ogromnym sukcesem na poziomie medycznym oraz organizacyjnym (Bereza, 2009). Można natomiast odnieść wrażenie, iż z biegiem czasu pacjenci skupiają się coraz bardziej na niedogodnościach związanych z tą formą leczenia. Obrazuje to wypowiedź jednej z pacjentek, która brała udział w badaniach omawianych w dalszej części książki: „Dializy dają życie, ale zabierają wolność".

Dotychczasowe badania wskazują, iż specjalistyczna pomoc psychologiczna oraz wsparcie rodziny i przyjaciół mają związek z mniejszym nasileniem obaw związanych z dializoterapią (Bereza, 2007). Majkowicz i współautorzy (2008) opisują trzy rodzaje wsparcia, jakiego ich zdaniem można udzielać pacjentom dializowanym. Pierwszym z nich jest wsparcie emocjonalne, którego podstawę stanowi życzliwość, empatia. Wsparcie praktyczne dotyczy natomiast pomocy w rozwiązywaniu codziennych problemów, może polegać na udzielaniu rad w zakresie radzenia sobie z określoną trudnością. Trzeci rodzaj wsparcia polega na integracji społecznej, posiadaniu sieci powiązań z innymi osobami, umożliwiającej podejmowanie wspólnych działań.

Obawy osób poddawanych dializom dotyczą także kwestii ewentualnego przeszczepu nerki (Majkowicz, Steciwko, Sapilak, 2008). Do grupy pacjentów

oczekujących na przeszczep kwalifikowane są przede wszystkim te osoby, u których możliwe jest wyrównanie przewlekłej niewydolności nerek i które nie cierpią na dodatkowe schorzenia. Wielu pacjentów nie spełnia tych kryteriów. Dodatkowym problemem jest fakt, iż liczba osób oczekujących na przeszczep jest większa niż liczba potencjalnych dawców (Bereza, 2005; Hryszko, Myśliwiec, 2000).

Wlazło i współautorzy (2008) zakładają, że uczestnictwo pacjentów w warsztatach opierających się na technikach poznawczo-bahawioralnych lub w treningach radzenia sobie ze stresem może przyczyniać się do ich lepszego funkcjonowania psychospołecznego. Podobne wnioski płyną z badań prezentowanych w dalszych rozdziałach.

4.1. Podstawy filozoficzne pojęcia oceny poznawczej

4.2. Geneza psychologicznego ujęcia konstruktu oceny poznawczej

4.3. Współczesne psychologiczne ujęcie konstruktu oceny poznawczej

R O Z D Z I A Ł 4

Rola oceny poznawczej sytuacji

4.1. Podstawy filozoficzne pojęcia oceny poznawczej

Wkraczając w problematykę dotyczącą oceny sytuacji, warto spojrzeć na zagadnienie świadomości człowieka, jego zdolności poznawania świata z szerszej perspektywy. Zainteresowanie tematyką świadomości w psychologii poprzedzają liczne rozważania poświęcone tej kwestii w wielusetletniej historii rozwoju myśli filozoficznej. Aby odnaleźć korzenie problematyki samoświadomości podmiotu, percepcji sytuacji, której efektem jest ocena poznawcza, należałoby pokrótce przedstawić poglądy tych filozofów, którzy wywarli największy wpływ na współczesne pojmowanie tego zagadnienia.

Ogromny wkład na tym polu należy przypisać niewątpliwie Kartezjuszowi. Udało mu się wykazać, że choć wszystkie treści ludzkiego umysłu podlegają wątpieniu, to niepodważalny jest fakt istnienia samej świadomości. „Czymże jestem?" – pyta Kartezjusz – „Rzeczą myślącą; ale co to jest? Jest to rzecz, która wątpi, pojmuje, twierdzi, przeczy, chce, nie chce, a także wyobraża sobie i czuje" (Descartes, 1958, s. 18). Teza ta stała się podstawowym twierdzeniem ontologicznym Kartezjusza. Na jej podstawie można zobaczyć, jak ważną rolę przypisuje on zdolności uświadamiania sobie myśli i emocji (Tatarkiewicz, 1993). Sama ich treść niekoniecznie musi jednak być adekwatna do rzeczywistości. Pojawia się zatem pytanie, na ile nasza percepcja świata ma związek z jego obiektywnymi cechami. Czy w ogóle jesteśmy w stanie je uchwycić? Zadając te pytania, przechodzimy od rozważań ontologicznych do epistemologii, która zajmuje się analizą wzajemnego stosunku przedmiotu i podmiotu, by uzyskać odpowiedź na pytanie, co jest treścią naszego poznania (Bańka, 1990, 1991). Badania i rozważania, zarówno na polu psychologii, jak i filozofii, wskazują, że obraz świata powstający w naszym umyśle jest jedynie aproksymatywny w stosunku do pierwowzoru, nigdy nie jest jednak jego dokładnym odzwierciedleniem. Wynika to z prostego faktu, że nie jest możliwa bezpośrednia inte-

rioryzacja przedmiotu poznania do naszego umysłu. Konieczny jest proces transformacji, którego efektem jest reprezentacja poznawcza obiektu. Dokonywana transformacja niesie ze sobą ryzyko błędów. Można powiedzieć, że atrybuty, jakie przypisujemy danemu przedmiotowi (na podstawie aktów percepcyjnych), niekoniecznie są tożsame z cechami, które określają ów przedmiot obiektywnie. Dzieje się tak, gdyż przedmiot percepcji dany jest podmiotowi poznającemu wyłącznie jako przedstawienie, poza które nie może wyjść. Trzeba zdawać sobie sprawę z faktu, iż nie analizujemy cech samego przedmiotu, lecz wytwory umysłu: wyobrażenia, projekcje na temat tychże cech. W działaniach kierujemy się obrazem świata, jaki powstaje w naszym umyśle, dlatego tak ważna jest analiza procesów poznawczych, zrozumienie błędów, jakie nieuchronnie się z nimi wiążą. Dowody świadomości ograniczeń dotyczących naszego poznania można odnaleźć w różnych systemach filozoficznych – począwszy od starożytności aż po współczesność.

Z uwagi na tematykę niniejszej pracy warto przytoczyć koncepcję błędów poznawczych Francisa Bacona (1955). W swej teorii złudzeń opisał on cztery kategorie błędów, które nie pozwalają nam dociec istoty rzeczywistości. Pierwszy rodzaj to złudzenia plemienne wspólne całemu rodzajowi ludzkiemu. Człowiek, poznając świat, nie może oderwać się od swej natury, która ogranicza spektrum jego doświadczenia, co ma związek z budową naszego ciała, funkcjonowaniem umysłu. Ulegamy również złudzeniom jaskini, które są złudzeniami indywidualnymi, uwarunkowanymi procesem wychowania, wpływami otoczenia. Złudzenia rynku spowodowane są natomiast przez język, takie jego cechy, jak niedokładność, wieloznaczność. Ostatnią kategorię stanowią złudzenia teatru polegające na bezkrytycznym przyjmowaniu niektórych tradycji, poglądów (Tatarkiewicz, 1993).

Poruszając problematykę epistemologii, nie sposób nie przytoczyć przełomowej koncepcji Immanuela Kanta (1986a, b). Wcześniej przyjmowano, iż poznanie stosuje się do przedmiotów. Kant natomiast doszedł do wniosku, że to przedmioty, aby zostać poznanymi, muszą dostosować się do naszego poznania. Rozpoczynając analizę tego zagadnienia od poziomu zmysłów, co było typowe, Kant wywodzi myśl zupełnie oryginalną. Podczas gdy rozum wytwarza pojęcia ogólne, zmysły dostarczają nam wyobrażeń jednostkowych. Wynikiem pobudzenia zmysłów jest wrażenie. Nie stanowi ono jednak jedynego składnika wyobrażeń, bowiem po wyłączeniu wrażeń zostają jeszcze dwa inne czynniki: przestrzeń i czas. Wszelkich wrażeń doznajemy w przestrzeni i czasie, lecz one same nie są ich przedmiotem. Odbierając wrażenia, ujmujemy je w pewien porządek, bądź jako równoległe względem siebie (porządek przestrzeni), bądź też jako następujące po sobie (porządek czasu). Jeśli przestrzeń i czas są formami, w które ujmujemy wszystko, co dane jest zmysłom, to nigdy nie jest możliwe poznanie czegokolwiek, co nie byłoby przestrzenne lub czasowe. Zdaniem

Kanta (1986a, b), przestrzeń i czas nie istnieją obiektywnie, lecz są formami subiektywnymi umiejscowionymi w podmiocie poznającym. W związku z tym dotyczą tylko zjawisk, za to wszystkich. W wyniku tego doświadczenie ukazuje nam przestrzeń i czas jako realne. Transcendentalna analiza wskazuje natomiast, że nie możemy rozważać ich niezależnie od doświadczenia.

4.2. Geneza psychologicznego ujęcia konstruktu oceny poznawczej

Procesy poznawcze i ich charakterystyka stanowią również przedmiot analiz w obszarze psychologii. Dualizm, polegający na rozróżnieniu substancji rozciągłej (*res extensa*) oraz substancji myślącej (*res cogitans*), wprowadzony przez Kartezjusza, przetrwał również w obrębie tej nauki. Można go na przykład odnaleźć w pozornie monistycznym behawioryzmie, który świadomości odmawia możliwości bycia przedmiotem nauki. Zwolennicy behawioryzmu koncentrują się na zachowaniu, ignorując zjawisko intencjonalności (Pöppel, Edingshaus, 1998). Nie usiłują wyjaśniać umysłu w kategoriach nauk przyrodniczych, lecz raczej dyskwalifikują go jako przedmiot badań naukowych. Wielu psychologów niebędących behawiorystami także wyznaje dualizm. Zwykle nie jest to dualizm substancji, lecz raczej dualizm własności. Mimo iż przyznają, że mózg i umysł wywodzą się z tej samej materialnej substancji, twierdzą zarazem, że właściwości psychologicznych nie da się opisać w tych samych kategoriach, których używamy do opisu właściwości obiektów fizycznych, w tym mózgu. Dobry przykład dualizmu tego typu stanowią późniejsze prace Freuda (1933).

W ciągu kilku ostatnich dziesięcioleci teoretycy psychologii poznawczej (*cognitive psychology*) oraz nauki o poznaniu (*cognitive science*) podejmowali próby wyzwolenia się z ograniczeń behawioryzmu. Postanowili oni nie negować faktu istnienia funkcji umysłowych, ich roli w naszym działaniu. Została stworzona koncepcja reprezentacji struktur poznawczych opierająca się na zbiorze założeń teorii zwanej funkcjonalizmem. Zgodnie z nią ludzkie zachowanie jest determinowane przez wiedzę, która jest złożona z symbolicznych reprezentacji umysłowych podlegających ciągłym przekształceniom (Blakemore, Greenfield, 1987). Można powiedzieć, że procesy poznawcze pozwalają nam na uchwycenie stałości i ciągłości w stale zmieniającym się świecie, umożliwiając zorganizowanie i ukierunkowanie naszego zachowania. Mówiąc o procesach poznawczych, nie sposób nie podkreślić naszej aktywnej roli w konstruowaniu obrazu świata fizycznego, społecznego, obrazu nas samych. Polega ona m.in. na selektywnym organizowaniu odbieranych informacji, interpretowaniu ich, kierowaniu naszej uwagi w poszukiwaniu bodźców istotnych w określonej sytuacji (Falkowski, 2000; Nęcka, 2000; Obuchowski, 2004). Nasz umysł posiada względnie stałe właściwości, które nazywane są niezmiennikami antropicznymi.

Zalicza się do nich inteligencję, systemy pamięci trwałej i świeżej, zdolności specjalne, możliwości myślenia twórczego, kompetencje językowe, szybkość przetwarzania informacji. Dla uporządkowania terminologii podstawowe niezmienniki, za Józefem Kozieleckim (1987), nazywane będą kompetencjami umysłu. Mają one dwie zasadnicze cechy. Pierwszą z nich jest treść, której uwzględnienie pozwala na wyróżnienie całej rodziny kompetencji, takich jak zdolności asymilowania informacji z otoczenia, możliwości ich generowania i komunikowania za pomocą języka. Druga cecha kompetencji umysłu to określony poziom, wyznaczany przez ich wartość graniczną, której w zasadzie nie można przekroczyć. W zakresie pewnych kompetencji istnieją zasadnicze różnice indywidualne, a poziom kompetencji może się zmieniać w toku uczenia się i rozwiązywania problemów[5]. Opisywane kompetencje tworzą pewną całość. Obniżenie lub zaburzenie jednej z nich w trakcie choroby utrudnia przystosowanie się podmiotu do środowiska i hamuje jego rozwój. Na przykład osłabienie zdolności zapamiętywania znacznie utrudnia orientację w otoczeniu. Jednocześnie zmniejsza również skuteczność innych procesów, takich jak wnioskowanie, rozwiązywanie problemów. Fakty te wskazują, iż umysł jest pewną całością. Poznanie jego poszczególnych kompetencji i parametrów nie oznacza jeszcze poznania całej struktury.

Psychologowie badający umysł stawiają pytania dotyczące m.in. jego niezawodności i ograniczeń. Poglądy na ten temat zmieniały się w różnych epokach historycznych. W Oświeceniu umysł uważano za układ racjonalny i niezawodny, który odpowiednio wykorzystany pozwoli rozwiązać wszelkie problemy ludzkości. W czasach Romantyzmu znacznie większą wagę przypisywano strukturom emocjonalo-motywacyjnym. Choć w naszych czasach kontrowersje te nie wygasły, badania naukowe pozwoliły bardziej realistycznie spojrzeć na strukturę i organizację umysłu ludzkiego (Obuchowski, 2004).

Duże uznanie zyskała teza, iż możliwości umysłu ludzkiego są ograniczone, gdyż często jest on układem zawodnym. Herbert A. Simon (1957, s. 198) twierdzi, że: „Zdolności umysłu człowieka do formułowania i rozwiązywania złożonych problemów są bardzo małe w porównaniu z wielkością tych problemów. Dlatego rozwiązania formułowane przez człowieka nie spełniają kryteriów obiektywnej racjonalności, często nawet nie zbliżają się do niej". Simon (1979) posługuje się kryterium ograniczonej racjonalności (*bounded rationality*). Człowiek zwykle nie jest zdolny do ujęcia w procesach analizy wszystkich teoretycznie możliwych rozwiązań. Dlatego tworzy uproszczone reprezentacje zadań, redukując za pomocą pewnych heurystyk ogromną liczbę kombinacji. Dzięki temu może podjąć decyzję w stosunkowo krótkim czasie, ryzykując jednak, że przeoczy najlepsze rozwiązania. Taki sposób postępowania pozwala

[5] Por. W. Mischel (1973).

zwykle na wybór satysfakcjonującego rozwiązania, które niekoniecznie jest jednak optymalne. Jak widać, funkcjonowanie na poziomie poznawczym stanowi istotne ogniwo między światem zewnętrznym, docierającymi do nas bodźcami a podejmowanymi przez nas działaniami.

Odnosząc przedstawioną w niniejszym rozdziale problematykę do teorii stresu i radzenia sobie, należy wskazać na znaczenie oceny poznawczej.

4.3. Współczesne psychologiczne ujęcie konstruktu oceny poznawczej

Ocena poznawcza sytuacji polega na ustaleniu relacji między cechami jednostki a wymaganiami, ograniczeniami i zasobami otoczenia. Człowiek przez cały czas dokonuje oceny poszczególnych sytuacji, koncentrując się przede wszystkim na tych aspektach, które są ważne z uwagi na szeroko rozumiane poczucie dobrostanu. Proces nadawania znaczenia określonej transakcji, wartościowania własności sytuacji nazywany jest oceną pierwotną. Natomiast proces, w którym wartościowaniu podlegają zasoby, możliwości podmiotu, określany jest jako ocena wtórna. Zdaniem Lazarusa (1980, 1993a, b) ocena pierwotna jest zależna od czynników sytuacyjnych oraz osobowościowych.

Do pierwszej grupy zalicza się częstość sytuacji stresowych. Rzadkie występowanie sytuacji trudnych będzie powodowało, iż każdorazowo przypisywana będzie im większa waga niż w wypadku częstego zmagania się z przeciwnościami losu. Kolejnym czynnikiem z tej grupy jest czas między sygnałem niebezpieczeństwa a jego zaistnieniem. Im czas jest krótszy, tym silniejsze staje się doświadczenie stresu. Ostatnim czynnikiem sytuacyjnym jest dwuznaczność. Niejasność okoliczności zwiększa poziom stresu.

W procesie dokonywania oceny pierwotnej istotne są również czynniki osobowościowe. Do tej grupy zalicza się strukturę motywacyjną jednostki. Natężenie stresu wiąże się w tym przypadku z umiejscowieniem dążenia, którego realizacja jest zagrożona w hierarchii wartości jednostki. Im większą wagę człowiek przypisuje danemu celowi, w tym większy stopniu zagrożenie jego osiągnięcia będzie oceniane jako sytuacja stresująca. Równie istotny jest system przekonań danej jednostki, gdyż stanowi on źródło informacji dotyczących potencjalnych zagrożeń. Do ostatniej grupy czynników osobowościowych należą: możliwości intelektualne, wykształcenie czy doświadczenie życiowe. O sile przeżywanego stresu nie decydują zatem jedynie obiektywne właściwości sytuacji, lecz również sposób, w jaki człowiek sytuację tę postrzega, a zatem czynniki subiektywne (Kofta, 1973; Lazarus, 1980; Maruszewski, 1981).

Sytuacja może zostać przez jednostkę uznana za obojętną, sprzyjająco-pozytywną lub stresującą. Z sytuacją sprzyjająco-pozytywną związane są emocje

pozytywne, np.: radość, satysfakcja. Sytuacja obojętna nie wywołuje wyraźnych uczuć. Silne emocje wiążą się natomiast z sytuacją, w której wymagania postrzegane są jako będące na granicy lub przekraczające możliwości poradzenia sobie – czyli z sytuacją stresującą. Uwzględnienie poznawczej oceny podmiotu w definicji stresu czyni z niej definicję stresu psychologicznego. Na poziomie społecznym stres wiąże się z wymaganiami pochodzącymi z systemu społecznego, które wyczerpują lub przekraczają zasoby jednostki. Na poziomie somatycznym stres stwarza bezpośrednie wymagania fizyczne, możliwości sprostania którym są ograniczone, lub też podmiot jest ich całkowicie pozbawiony.

Oceny sytuacji jako stresującej można dokonać w trzech kategoriach:

1. krzywda/strata (gdy zostały utracone jakieś wartości);
2. zagrożenie (gdy ich utrata jest antycypowana);
3. wyzwanie (podmiot zakłada możliwość sprostania wymaganiom otoczenia, jednocześnie doświadcza poczucia niepewności).

Człowiek doświadczający krzywdy lub straty poniósł jakąś szkodę. Mogą to być na przykład: utrata cennych dóbr materialnych, dotychczasowej pozycji społecznej czy obniżenie poczucia własnej wartości. Pojawiają się wówczas uczucie bezradności, lęk, depresja[6].

Należy podkreślić, że sytuacja wyzwania różni się od wcześniej wyróżnionej sytuacji sprzyjająco-pozytywnej. Wyzwanie jest bowiem podtypem sytuacji stresowej i zawiera w sobie pewną ambiwalencję, gdyż wiąże się zarówno z emocjami pozytywnymi, np. nadzieją, zapałem, jak i negatywnymi, takimi jak: niepewność, martwienie się. Oprócz potencjalnych korzyści ten rodzaj sytuacji niesie ze sobą również niebezpieczeństwo przekroczenia lub wyczerpania zasobów posiadanych przez jednostkę. Podmiot ocenia sytuację jako trudną, ale jednocześnie jest przekonany, że wykorzystanie lub zdobycie pewnych umiejętności daje realną szansę na sprostanie wymaganiom. Każdy z tych składników oceny poznawczej może w inny sposób wpływać na proces radzenia sobie ze stresem. Postrzeganie sytuacji jako zagrożenia natomiast ma miejsce wówczas, gdy osoba odbiera otoczenie jako niebezpieczne oraz zakłada, że jej samej brak zasobów do zapanowania nad nim. Towarzyszą temu z reguły negatywne emocje, takie jak: lęk, martwienie się.

Jeśli w wyniku oceny pierwotnej relacja zostanie uznana za stresową, zostaje zapoczątkowany proces poznawczy nazywany oceną wtórną. Wiąże się z nim szacowanie własnych możliwości radzenia sobie w zaistniałych okolicznościach. Następuje przegląd wszystkich dostępnych jednostce zasobów umiejscowionych w niej samej i w otoczeniu. Ocena wtórna odnosi się zarówno do źródeł stresu,

---

[6] Por. Beck, Clark (1988).

jak i do własnych zasobów. Uwarunkowana jest ona trzema czynnikami: postacią oceny pierwotnej, czynnikami sytuacyjnymi oraz wyznacznikami osobowościowymi. Procesy składające się na ocenę pierwotną i wtórną są współzależne. Jedyna różnica między nimi dotyczy treści, do jakich się odnoszą. Optymistyczna ocena możliwości działania może na przykład spowodować, że sytuacja stresowa postrzegana początkowo jako zagrożenie zostanie ostatecznie odebrana jako wyzwanie. Gdy natomiast poszukiwania informacji, na których mogłyby zostać oparte działania adaptacyjne, kończą się niepowodzeniem albo prowadzą do przekonania, że nie jest możliwe podjęcie jakiejkolwiek aktywności, wówczas poczucie zagrożenia znacznie wzrasta. Znaczenie oceny wtórnej w koncepcji Lazarusa polega na tym, że na jej podstawie następuje ukierunkowanie aktywności zmierzającej do rozwiązania transakcji stresowej. Ocena pierwotna i wtórna współtworzą pełny obraz właściwości sytuacji oraz możliwości jej modyfikacji (Smith, Lazarus, 1990; Lazarus, 1993a, b). Zdaniem Ralfa Schwarzera (Schwarzer, Taubert, 1999), ze względu na to, że oba rodzaje ocen często występują jednocześnie, zamiast określeń pierwotna i wtórna bardziej trafne byłoby stosowanie terminów ocena wymagań oraz ocena zasobów.

Koncepcja stresu Lazarusa i Folkman (Lazarus, 1980, 1993a; Lazarus, Folkman, 1984, 1987) oraz związane z nią ujęcie oceny poznawczej są ważną podstawą teoretyczną modeli badawczych prezentowanych w dalszej części książki. Zasadniczym atutem tej koncepcji jest zgodność z założeniami najważniejszych koncepcji z zakresu epistemologii (Bańka, 1990, 1991). Lazarus podkreśla również, że ocena poznawcza nie musi być trafnym odzwierciedleniem rzeczywistości, co jest zgodne z opisanym wcześniej kryterium ograniczonej racjonalności (Simon, 1979).

Zwrócenie uwagi na dynamikę w zakresie oceny poznawczej pozwala lepiej rozumieć złożoność mechanizmów radzenia sobie, które w dużym stopniu są jej pochodną. Zdaniem autorki, rozumienie sytuacji pacjentów przewlekle chorych somatycznie wymaga przede wszystkim znajomości specyfiki ich percepcji okoliczności, w jakich się znaleźli. Wielowymiarowość sytuacji natomiast (Folkman, 1997), w połączeniu z poznawczymi predyspozycjami człowieka (Simon, 1979; Nęcka, 2000; Obuchowski, 2004), sprawia, że obiektem uwagi w danym momencie czy nawet w dłuższym okresie jest tylko część wymiarów, elementów sytuacji, czy nawet tylko jeden z nich. Przykładem może być dynamika oceny poznawczej dializoterapii (Reichsman, Levy, 1972; Witorzeńć, 1992b). W początkowym okresie, który w przybliżeniu może trwać około pół roku, pacjenci zwykle dobrze oceniają swój stan fizyczny i emocjonalny, doceniają fakt, że dializoterapia umożliwia życie, mimo daleko posuniętych dysfunkcji nerek. Później często następuje pogorszenie stanu psychicznego, wzrost niezadowolenia. Ten etap może trwać od trzech do trzynastu miesięcy, a po nim następuje względna adaptacja do sytuacji dializoterapii. Jednak, jak wspomniano

w rozdziale czwartym, wielu pacjentów długoterminowy przez długi okres doświadcza dyskomfortu psychicznego (Bereza, 2007; Makara-Studzińska i in., 2007; Mapes i in., 2003).

Warto również przywołać ujęcie oceny poznawczej sytuacji proponowane przez Davida Magnussona (1976; Magnusson, Ekehammar, 1978; Stattin, Magnusson, 1980). Podkreśla on, że kluczową rolę w procesie wyboru strategii działania pełni indywidualny sposób postrzegania danej sytuacji, jej interpretowania. Ta sama sytuacja może mieć odmienne znaczenie dla różnych osób, ponieważ jej psychologiczny, subiektywny obraz w odniesieniu do poszczególnych jej uczestników może znacznie się różnić, mimo identycznych warunków, w których te osoby się znajdują. Magnusson, rozważając pogląd niektórych psychologów (Hartshorne, May, 1928; Mischel, 1968; za: Magnusson, Ekehammar, 1978), zgodnie z którym podobne sytuacje wywołują podobne zachowania, konstatuje, że podobieństwo, o którym mówią, nie może być rozumiane jako atrybut obiektywnie przysługujący sytuacji, lecz jako wynik indywidualnej percepcji. Dopiero takie rozumienie tej kwestii czyni przytoczoną tezę adekwatną do rzeczywistego stanu rzeczy. Przedstawiony wyżej sposób ujmowania zagadnienia funkcjonowania jednostki w otaczającym ją świecie stanowi istotę podejścia interakcyjnego. Głównym przedmiotem zainteresowania przedstawicieli tego nurtu jest percepcja sytuacji, aczkolwiek badacze zwracają uwagę, że w procesie analizy nie należy bynajmniej pomijać obiektywnej, fizycznej charakterystyki uwarunkowań sytuacyjnych. Interpretacja zaistniałych okoliczności jest, ich zdaniem, pochodną zarówno cech osobowości podmiotu, jak i obiektywnych własności sytuacji. Dopiero uwzględnienie wszystkich wymienionych aspektów daje możliwość pełnego zrozumienia zależności istniejących w omawianym obszarze.

Także w koncepcji Aarona Antonovsky'ego (1984, 1987) ocena poznawcza sytuacji zajmuje poczesne miejsce. Autor ten w nawiązaniu do trójfazowego procesu zmagania się ze stresem Lazarusa (1980) powołuje się na Model Integracyjnej Oceny Sytuacji opracowany przez szwedzkiego badacza Bena Shalita (1982; za: Antonovsky, 1987). Zakłada on, iż im bardziej spójny obraz sytuacji wytworzy jednostka, tym lepiej potrafi oddziaływać na otoczenie. Innymi słowy, proces oceny sytuacji ściśle wiąże się z szacowaniem stopnia spójności poszczególnych bodźców będących składnikami sytuacji. Percepcja sytuacji jest zatem, tak jak w koncepcji Lazarusa czy Magnussona, punktem wyjścia do uruchomienia strategii zaradczych, warunkując jednocześnie efektywność procesu radzenia sobie.

Wielu współczesnych badaczy przyjmuje założenie dotyczące odgrywania przez ocenę poznawczą roli głównej determinanty w stosunku do przeżywanych emocji (m.in. Ellsworth, Scherer, 2003; Frijda, Kuipers, Schure, 1989; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009; McCuaig Edge, Ivey, 2012). Wciąż otwarta pozostaje

jednak kwestia generalizacji założenia dotyczącego przyczynowości oceny poznawczej w stosunku do podejmowanych działań zaradczych i doświadczanych emocji (Bouchard, Guillemette, Landry-Léger, 2004; Heszen, 2013).

Trudności w zakresie udzielenia jednoznacznych odpowiedzi dotyczących związków między oceną poznawczą a podejmowanymi działaniami mogą być związane m.in. ze specyfiką pomiaru tych zmiennych. Jest na przykład możliwe, że osoby badane, odpowiadając na pytania związane z oceną poznawczą, przyjmują nieco inną perspektywę czasową niż w odniesieniu do strategii radzenia sobie. Mianowicie specyfika oceny poznawczej powoduje koncentrację na jej aktualnym w danym momencie wariancie. Natomiast w odpowiedziach dotyczących strategii radzenia sobie uwzględniany może być dłuższy okres w związku z tym, że wiele działań zaradczych rozkłada się w czasie. Zatem oszacowanie częstotliwości stosowania przynajmniej niektórych strategii może nie być faktycznie powiązane z oceną poznawczą, która miała bezpośredni związek z ich podjęciem.

Inna trudność może być związana ze wspomnianym wcześniej faktem wielowymiarowości sytuacji. Przykładem są omawiane już badania nad opiekunami osób chorych na AIDS (Folkman, 1997). Odnotowano w nich współistnienie w świadomości badanych osób zarówno elementów niekontrolowanych, jak i obszarów, w których mogli wykazywać się sprawczością w odniesieniu do sytuacji sprawowania opieki nad osoba chorą. Te dwa różne warianty sytuacji są związane z odmiennymi strategiami działania. Zatem niespójność wyników uzyskiwanych w niektórych badaniach może być efektem zbyt mało precyzyjnego pomiaru oceny poznawczej, który to pomiar nie pozwala na ujęcie pełnego spektrum oceniania sytuacji.

Wnikliwą analizę znaczenia oceny poznawczej w kontekście radzenia sobie ze stresem przedstawiają Genevieve Bouchard, Annie Guillemette i Nicole Landry-Léger (2004). Autorki wykazały, że w kontekście stresu egzaminacyjnego im bardziej pozytywna jest ocena poznawcza sytuacji (świadomość posiadanych zasobów potrzebnych do radzenia sobie), tym większa częstość stosowania radzenia sobie skoncentrowanego na problemie. Natomiast im bardziej studenci postrzegają egzamin jako zagrożenie, tym większa jest częstość stosowania strategii dystansowanie się/unikanie.

Warto przytoczyć również wnioski z badań dotyczących dynamiki ocen poznawczych i powiązanych z nimi emocji. Zagadnienie to analizują Madeline Lee Pe i Peter Kuppens (2012). Autorzy opisują prawidłowości dynamiki emocji doświadczanych w życiu codziennym, wykazując duże znaczenie oceny poznawczej, która może wzmacniać (*augment*) lub osłabiać (*blunt*) poszczególne emocje. Podkreślają że, wzorce/schematy poznawcze, w wyniku których pojawiają się określone emocje, nie są identyczne u wszystkich osób. Proponują, aby wzmacniający bądź osłabiający efekt wpływu oceny poznawczej na następujące

po sobie stany emocjonalne rozważyć jako możliwe wyjaśnienie między innymi buforowego działania pozytywnych emocji w sytuacji przewlekłego stresu (Folkman, Moskowitz, 2000). Korzystając z wyjaśnienia zaproponowanego przez Pe i Kuppensa (2012), można przyjąć, że radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu, o którym piszą Folkman i Moskowitz (2000, 2006), umożliwia wykorzystywanie przez podmiot bardziej konstruktywnych wzorców poznawczych, a dzięki temu umożliwia osłabienie negatywnych stanów emocjonalnych i ułatwia przeżywanie pozytywnych emocji, które z kolei mogą być wzmacniane przez kolejne oceny.

Duże znaczenie ocenie poznawczej sytuacji przypisuje się również w niektórych podejściach kliniczno-terapeutycznych. Można tu wymienić m.in.: terapię poznawczą (Beck, 1976, 1993), terapię narracyjną (Morgan, 2000) czy terapię ericksonowską (Erickson, 1994). Nie zawsze stosowana w ich opisie terminologia pokrywa się z aparatem pojęciowym pochodzącym z poznawczej teorii stresu (Lazarus, Folkman 1984), jednak zakres treściowy, sposób ujmowania znaczenia tego konstruktu wydaje się bardzo zbliżony. Celem terapii poznawczej jest zmiana wzorców myślenia. Aaron T. Beck (1976, 1993) podkreśla, że poprawa samopoczucia, funkcjonowania psychospołecznego jest często możliwa dopiero po dokonaniu zmian w zakresie nieprzystosowawczych przekonań. Również w terapii narracyjnej celem jest zmiana sposobu postrzegania sytuacji w taki sposób, aby ułatwić podmiotowi dostęp do posiadanych zasobów i umiejętności oraz sposobów ich wykorzystania w radzeniu sobie z trudnościami (Morgan, 2000). Przeformułowanie postrzegania sytuacji w kierunku zwiększenia świadomości posiadanych zasobów umożliwiających poradzenie sobie jest także jednym z celów terapii ericksonowskiej (Erickson, 1994). Twórcy tych podejść nie posługują się explicite terminem ocena poznawcza, jednakże przyjmują wiele założeń, które są zbieżne z ujmowaniem tego konstruktu przez Lazarusa i jego kontynuatorów (Lazarus, 1980; Lazarus, Folkman, 1984).

Interwencje psychologiczne zaprezentowane w rozdziale siódmym mają rodowód poznawczy. Odwołują się również do podejść kliniczno-terapeutycznych wymienionych w poprzednim akapicie. Natomiast interwencje przedstawione w rozdziale dziewiątym odwołują się także do psychologii pozytywnej, współczesnych badań nad uwarunkowaniami dobrostanu. Ten kontekst teoretyczny zostanie przybliżony Czytelnikowi w następnym rozdziale.

5.1. Podstawowe pojęcia stosowane w zakresie problematyki dobrostanu

5.2. Charakterystyka nurtu hedonistycznego

5.3. Charakterystyka nurtu eudajmonistycznego

ROZDZIAŁ 5

Hedonizm i eudajmonizm jako konteksty doświadczania dobrostanu

5.1. Podstawowe pojęcia stosowane w zakresie problematyki dobrostanu

We współczesnych badaniach poświęconych radzeniu sobie ze stresem (Folkman, Moskowitz, 2000, 2006; Fredrickson, 2006) coraz większą wagę przypisuje się pozytywnym emocjom. Równolegle w ramach tzw. psychologii pozytywnej prowadzone są badaniach nad korelatami szczęścia, dobrostanu psychicznego (Diener, Lucas, 1999; Diener, Lucas, Oishi, 2005; Ryff, 1989; Seligman, 2002a, b). Psychologia pozytywna rozwinęła się na styku innych nurtów psychologicznych, kładąc nacisk na rozwój człowieka, odkrywanie oraz wzmacnianie jego potencjału (Czapiński, 2007).

W obrębie tego obszaru rozwijają się: nurt hedonistyczny, którego przedstawiciele skupiają się na nastroju, bilansie doznań emocjonalnych, poczuciu satysfakcji (Diener, Lucas, 1999; Diener, Lucas, Oishi, 2005) oraz nurt eudajmonistyczny akcentujący znaczenie poczucia sensu, hierarchii wartości, długofalowych celów (Ryff, 1989; Seligman, 2002a, b).

Można wykazać, że psychologia pozytywna i psychologia zdrowia są w dużym stopniu ze sobą powiązane (Trzebińska, 2008). Głównym punktem ich styczności jest poszukiwanie warunków optymalnego funkcjonowania człowieka i wychodzenie poza obszar psychopatologii. Podobieństwem jest także empiryczny charakter obu dziedzin oraz staranność w zachowaniu standardów metodologicznych (Trzebińska, 2008). Ugruntowane w psychologii przekonanie o niekorzystnym wpływie na zdrowie długotrwałych negatywnych stanów emocjonalnych uzupełnia się obecnie o świadomość korzystnego wpływu pozytywnych emocji, optymistycznego nastawienia i nadziei (Heszen, Sęk, 2007). Dostrzegalny jest on w takich obszarach, jak umiejętność pozyskiwania wsparcia społecznego, aktywne poszukiwanie rozwiązania, czyli gotowość podjęcia leczenia, oraz konsekwencja w jego realizacji, a także somatyczny przebieg cho-

roby. Istotna dla przebiegu choroby jest także motywacja do zgłoszenia się do lekarza w wypadku odczuwania dolegliwości oraz stosowania się do zaleceń. Osoby uznające swoją chorobę za trwały stan, na który nie mają wpływu, są zdecydowanie mniej skłonne do poszukiwania sposobów poprawy zdrowia niż optymiści, przekonani o możliwości wpływu na swoje zdrowie (Seligman, 2007).

Wiele badań poświęcono relacji między dobrostanem psychicznym a zdrowiem. Metaanaliza dokonana przez Okuna i innych (1984) wykazała, że korelują one na umiarkowanym poziomie 0,32. Siła związku między tymi zmiennymi zależy jednak od przyjętego sposobu oceny zdrowia somatycznego. Siła korelacji zwiększa się, gdy pod uwagę brane są jedynie subiektywne oceny zdrowia. Związek ten jest znaczący między innym dlatego, że poczucie szczęścia może wpływać na subiektywną ocenę zdrowia (Diener, Lucas, Oishi, 2005). Nie świadczy to jednak o braku związku z oceną obiektywną. Czapiński (2005a) przytacza wiele badań, w których poziom dobrostanu miał związek z liczbą wizyt u lekarza czy w szpitalu, długością zwolnień lekarskich czy długością życia. Brakuje jednak wciąż pełnej jednoznaczności co do kierunku zależności między zdrowiem a dobrostanem.

Dlatego zostaną omówione wybrane zagadnienia psychologii pozytywnej z uwzględnieniem wartości cenionych w nurcie hedonistycznym i eudajmonistycznym oraz możliwości konstruowania pozytywnych interwencji psychologicznych w obszarze psychologii zdrowia.

Istnieje kilka pojęć odnoszących się do dobrego życia, które są używane zamiennie ze względu na podobieństwo znaczeniowe. W psychologii pozytywnej najczęściej używanym terminem związanym z oceną życia jest dobrostan (*well-being*) odwołujący się do korzystnych elementów sytuacji człowieka i opisywany za pomocą oceny stanu psychicznego i właściwości osoby. Diener, Lucas i Oishi (2005) definiują dobrostan jako ocenę życia, która „obejmuje zarówno emocjonalne reakcje na zdarzenia, jak i poznawcze osądy dotyczące zadowolenia i spełnienia" (s. 35). Wystrzegają się oni wyznaczania wymiarów, jakie miałby on zawierać, opierając się na stanowisku, że każdy sam powinien określić, co jest dla niego ważne, a najlepsza jest jak najszersza definicja. Należy jednak podkreślić, że w tym ujęciu pojęcie dobrostanu jest podrzędne względem pojęcia jakości życia. Pierwsze z nich odnosi się bowiem jedynie do subiektywnego stanu psychicznego osoby, podczas gdy drugie obejmuje także inne aspekty położenia człowieka – czynniki zewnętrzne i makrospołeczne (Trzebińska, 2008). Według Janusza Czapińskiego (2001), czynniki społeczno-demograficzne najczęściej analizowane przez badaczy zajmujących się tą tematyką, to: wiek, płeć, zdrowie fizyczne, status społeczny, miejsce zamieszkania, sytuacja zawodowa i rodzinna, wsparcie społeczne, religia, ważne wydarzenia życiowe, rozwój gospodarczy kraju zamieszkania.

Ocena jakości życia nie jest więc *stricte* oceną psychologiczną, ponieważ w centrum zainteresowań psychologii jako nauki znajdują się stany wewnętrzne i jako taka psychologia opiera się głównie na subiektywnych ocenach (Kashdan, Biswas-Diener, King, 2008).

Kolejnym stosowanym pojęciem jest szczęście. Wydaje się ono uniwersalnym celem i podstawową wartością życia każdego człowieka. Ze względu na intuicyjny charakter i mnogość znaczeń jest trudne do zdefiniowania. Władysław Tatarkiewicz (1990) wyróżnił cztery podstawowe rodzaje szczęścia (sposoby jego rozumienia): pomyślny układ wydarzeń, subiektywny stan błogiej radości, szczęście wynikające z posiadania największej miary dóbr (moralnych, etycznych i innych) dostępnych człowiekowi oraz zadowolenie z pełni swojego życia.

W tym rozumieniu dobrostan odpowiadałby jedynie ostatniemu rozumieniu szczęścia. Dlatego w literaturze przedmiotu używa się obecnie przede wszystkim pojęcia dobrostan, które jest bardziej precyzyjne niż pojęcie szczęścia. Jest to zgodne z podnoszonym przez naukowców postulatem wystrzegania się zbyt abstrakcyjnego języka (Kashdan, Biswas-Diener, King, 2008). Czapiński (2001) jako główne przejawy szczęścia wymienia: subiektywnie odczuwany pozytywny bilans doświadczeń, czyli pozytywna poznawcza ocena własnego życia i przyszłości oraz przewaga przyjemnych doznań na poziomie emocjonalnym. Carol Ryff (1985, za: Ryff, Singer, 2005) w swoim modelu wymienia sześć wymiarów oceny własnego życia. Są to: samoakceptacja, rozwój osobisty, autonomia, pozytywne relacje z innymi, panowanie nad otoczeniem, życiowy cel. Naraża się jednak tym samym na ryzyko zbytniego uproszczenia – czyniąc poszczególne elementy składowymi ogólnego konstruktu – ogranicza możliwość analizowania ich jako jego efektów czy korelatów. Badania wykazały ponadto istnienie jedynie umiarkowanego związku między ogólnym dobrostanem a poszczególnymi jego dziedzinami (Kashdan, Biswas-Diener, King, 2008).

Jednym ze sposobów analizy tego, co jest dobre dla ludzi, jest wartościowanie przebiegu życia w dwóch ujęciach, mających początek w starożytnych systemach filozoficznych: hedonizmie i eudajmonizmie. Dobro w ujęciu hedonistycznym koncentruje się wokół przyjemności życia. Osiągnięcie dobrostanu wiąże się zatem z doznaniami, które przynoszą przyjemność. W tym podejściu uznaje się, że człowiek ma dobre życie, jeśli odczuwa zadowolenie. Eudajmonistyczne dążenie do dobra to osiąganie tego, co jest warte starań i zgodne z naszą naturą. Eudajmonizm utożsamia bowiem dobre życie z posiadaniem wartościowych przymiotów, dzięki którym można realizować swój potencjał (Czapiński, 2005c; Trzebińska, 2008).

Niektórzy autorzy, między innymi Jack J. Bauer, Dan P. McAdams i April R. Sakaeda (2005), traktują wymiar eudajmonistyczny i hedonistyczny jako odmienne formy dobrostanu. Ich zdaniem eudajmonistyczne szczęście ma związek

z dojrzałością na poziomie poznawczym i społecznym. Szczęście hedonistyczne jest natomiast związane z zadowoleniem z życia oraz pozytywnymi relacjami z otoczeniem.

5.2. Charakterystyka nurtu hedonistycznego

Nurt hedonistyczny zapoczątkował w filozofii żyjący na przełomie V i IV wieku p.n.e. Arystyp z Cyreny, uczeń Sokratesa. Arystyp i inni cyrenaicy określali szczęście jako doznawanie przyjemności cielesnych, zmysłowych (Reale, 1994; Tatarkiewicz, 1990). W tym ujęciu dobro ciała jest dobrem najwyższym, a przyjemności cielesne są cenniejsze od intelektualnych czy duchowych. Wśród założeń teoretycznych cyrenaizmu było przekonanie, że nie jest możliwe poznanie rzeczywistości. Dostępne są nam jedynie wrażenia, doznania. Według Giovanniego Reale (1994) cyrenaicy są zatem fenomenalistami, ponieważ zakładają, że wrażenia zmysłowe nie ujawniają swego przedmiotu, a dodatkowo są subiektywne i nie ma możliwości pełnego ich przekazania innym osobom[7].

Z tej perspektywy widać, że spłycane, często potoczne rozumienie hedonizmu wyłącznie jako dążenia do przyjemności, nie oddaje głębszych treści związanych ze starożytną wersją tej doktryny. Doznania zmysłowe są traktowane jako jedyny dostępny człowiekowi poziom doświadczania świata. Wszelkie treści wychodzące poza ten obszar są obarczone wysokim ryzykiem błędu percepcyjnego.

W związku z tym na poziomie epistemologicznym doznania zmysłowe są jedyną prawdą dostępną człowiekowi. Zwiększa to przypisywaną im wartość, równocześnie obniżając wartość iluzorycznych celów spoza świata doznań zmysłowych. Arystyp podkreśla także znaczenie rozwagi i umiaru w poszukiwaniu przyjemności zmysłowych (Reale, 1994). Nie mamy zatem do czynienia z propagowaniem dążenia do przyjemności zmysłowej za wszelką cenę i bez względu na okoliczności.

Około sto lat po szkole cyrenajskiej powstała szkoła epikurejska, która nadała inne znaczenie hedonizmowi. Pojawiło się w jej obrębie pojęcie pożytku. Pożytek oznacza przyjemność, która jest wolna od ryzyka wystąpienia negatywnych konsekwencji. To drugie ujęcie nazwano później utylitaryzmem, natomiast nazwa hedonizm jest zwykle używana w odniesieniu do cyrenajskiego typu hedonizmu (Tatarkiewicz, 1990).

Charakterystyczne dla nurtu hedonistycznego jest założenie, że podmiot sam ustala kryteria przyjemności, spełnienia i dobra. Nieistotne jest natomiast to, w jaki sposób osiąga zadowolenie (Czapiński, 2005c). Od początku nurt ten

[7] Nie chodzi tu o nowożytne rozumienie fenomenalizmu wg Davida Hume'a (Reale, 1994).

był dominujący w badaniach nad dobrostanem, ze względu na jego łatwiejszą weryfikację empiryczną. Metodami wykorzystywanymi przez psychologów w nurcie hedonistycznym są kwestionariusze, próbki doświadczeń, stosunek pozytywnych wspomnień do negatywnych, sprawozdania osób trzecich (Diener, Lukas, Oishi, 2005). Najprostszym stosowanym sposobem pomiaru szczęścia jest proszenie badanych o ocenę własnego życia.

Ważnym efektem prac psychologów hedonistycznych było stwierdzenie względnej niezależności emocji pozytywnych i negatywnych, uważanych wcześniej za dwa bieguny tej samej osi. To odkrycie ukazuje, że eliminacja stanów negatywnych (będąca do tej pory głównym celem psychologii klinicznej) jest niewystarczająca i konieczne jest zwrócenie uwagi na możliwość wzbudzania pozytywnych emocji (Bradburn, 1969; Diener, Lukas, Oishi, 2005).

Psychologowie działający w nurcie hedonistycznym podkreślają demokratyczny charakter tego podejścia. Naukowcy nie występują w nim jako eksperci, którzy mają większą wiedzę na temat ludzkich odczuć, lecz szanują prywatne opinie i przekonania na temat własnej osoby (Diener, Lukas, Oishi, 2002; Waterman, 2005; Waterman, Schwartz, Conti, 2008).

5.3. Charakterystyka nurtu eudajmonistycznego

We współczesnej filozofii i psychologii nurt eudajmonistyczny przeciwstawiany jest hedonistycznemu. Natomiast w starożytności termin eudajmonizm miał szersze znaczenie i oznaczał pogląd, że szczęście to najwyższe i ostateczne dobro (Reale, 1994).

Współczesne rozumienie eudajmonizmu wywodzi się przede wszystkim z koncepcji Arystotelesa, którego życie przypada na IV wiek p.n.e. Podobne rozumienie szczęścia można już jednak odnaleźć w koncepcjach Sokratesa i Platona. Zdaniem Arystotelesa pragnienie szczęścia jest czymś powszechnym i naturalnym, a miarą szczęścia jest samorealizacja, urzeczywistnianie pozytywnych treści (Reale, 1994). W ujęciu eudajmonistycznym zasady oceny życia są bardziej obiektywne, gdyż zdaniem Arystotelesa istnieje kryterium ontologiczne umożliwiające wyróżnienie przyjemności wyższych (działania teoretyczno-kontemplacyjne) oraz niższych (wegetatywno-zmysłowe). Pierwsza z tych dwóch kategorii umożliwia doświadczanie szczęścia (Reale, 2004).

Współcześnie jednym z głównych propagatorów nurtu eudajmonistycznego jest Martin Seligman (2002a, b), który wprowadził analogiczne rozróżnienie na to, co dostarcza przyjemności, oraz to, co jest gratyfikujące. To, co wzmacnia w człowieku kardynalne cnoty, trwale wzbogaca go intelektualnie, duchowo, jest gratyfikujące, czyli dostarcza prawdziwego szczęścia. Reszta to jedynie chwilowe zmysłowe przyjemności. Jeden z najbardziej systematycznie opracowanych

katalogów cnót został stworzony przez Petersona i Seligmana (2004). Wymieniają oni następujące cnoty: człowieczeństwo, powściągliwość, mądrość, godziwość, odwaga i transcendencja.

Bardziej rozbudowany wariant proponuje Ewa Trzebińska (2008). Autorka wymienia następujące cnoty-cechy: przebaczenie, wdzięczność, duchowość, mądrość, miłość, inteligencja emocjonalna i kreatywność emocjonalna, poczucie sensu, nadzieja, poczucie własnej wartości, poczucie własnej skuteczności, poczucie własnej kontroli oraz pokora.

W nurcie eudajmonistycznym subiektywny dobrostan rozumiany jest jako poczucie sensu, świadomość realizacji wartościowych celów. Dobrostan zależy od poznawczej transformacji doświadczeń jednostki, zgodnie z jej celami i hierarchią wartości (Czapiński, 2005c). Dążenie do szczęścia ma w tym ujęciu wydźwięk prospołeczny, cele jednostki służą również dobru innych. Ten aspekt wyraźnie odróżnia eudajmonizm od hedonizmu, gdyż już Arystyp wykazywał, że służenie społeczeństwu, interesom państwa wymaga zwykle od jednostki rezygnacji z jej osobistego szczęścia, zadowolenia (Reale, 1994).

Roy F. Baumeister i Kathleen D. Vohs (2002) stworzyli model, który poczucie sensu życia opisuje jako zaspokojenie czterech egzystencjalnych potrzeb człowieka: potrzeby posiadania celu, realizowania ważnych wartości, poczucia sprawowania kontroli oraz samoakceptacji.

Dotychczasowe doświadczenia badawcze wskazują, że rozróżnianie hedonizmu i eudajmonizmu na poziomie teoretycznym nie zawsze udaje się przenieść na poziom operacjonalizacji zmiennych (Deci, Ryan, 2008; Kashdan, Biswas-Diener, King, 2008). Badania wskazują również na istnienie korelacji między hedonistycznym i eudajmonistycznym wymiarem szczęścia (Kashdan, Biswas-Diener, King, 2008). Waterman (1993) uzyskał silne korelacje między tymi wymiarami na poziomie 0,71–0,86. Kashdan, Biswas-Diener i King (2008) sugerują, że pełne rozumienie dobrostanu wymaga uwzględniania zarówno hedonistycznego, jak i eudajmonistycznego wymiaru. Ewa Trzebińska (2008) również uważa, że dopiero synteza tych ujęć daje pełny obraz szeroko rozumianego szczęścia. Jako przykład syntezy w tym zakresie podaje koncepcję Kennona M. Sheldona (2004; za: Trzebińska, 2008). Autor ten ocenia jakość życia na podstawie stopnia integracji trzech poziomów funkcjonowania: neurobiologicznego, psychicznego i społeczno-kulturowego.

Jako syntezę ujęcia hedonistycznego i eudajmonistycznego można również traktować propozycję pełnego opisu dobrostanu Seligmana (2002a, b), który wymienia trzy postacie szczęścia. Są to: pozytywne emocje, poczucie sensu i zaangażowanie. Można zatem uznać, iż pierwsza z nich do pewnego stopnia reprezentuje hedonistyczne ujęcie szczęścia, aczkolwiek należy zwrócić uwagę, że pozytywne emocje mogą być pochodną nie tylko doświadczania przyjemności, ale również realizacji ważnych celów, działań, którym podmiot nadaje

sens (Folkman i Moskowitz, 2000, 2006). Dwie pozostałe postacie szczęścia, czyli poczucie sensu i zaangażowanie, mogą reprezentować ujęcie eudajmonistyczne.

Związek wymiaru eudajmonistycznego oraz hedonistycznego można odnaleźć także w opisanym wcześniej modelu poszerzania i budowania zasobów Barbary Fredrickson (1998, 2001, 2003). Zdaniem autorki emocje pozytywne pomagają również budować zasoby: fizyczne, intelektualne oraz społeczne, a także poszerzają zakres percepcji. Można zatem wnioskować, że pozytywne doznania z poziomu hedonistycznego wspomagają rozwój zasobów, które służą doświadczaniu szczęścia w wymiarze eudajmonistycznym. Jednym z warunków takiego wzajemnego oddziaływania obu wymiarów jest prawdopodobnie zachowywanie umiaru w dążeniu do hedonistycznego szczęścia. Na taką konieczność wskazywał już Arystyp (za: Reale, 1994), który negatywnie oceniał przesadę w tym zakresie. Jako drugi warunek można potraktować przypisywanie wartości rozwojowi osobistemu oraz realizacji ważnych celów, bez jednoczesnego negowania wartości codziennych przyjemności.

Jako koncepcję szczęścia, która znajduje miejsce zarówno dla wymiaru eudajmonistycznego, jak i hedonistycznego, można również traktować Cebulową Teorię Szczęścia Janusza Czapińskiego (2005b). Z trzech warstw, które budują poczucie szczęścia, najbardziej zewnętrzne jest pole hedonizmu, w obrębie którego znajdują się bieżące doświadczenia afektywne oraz satysfakcje cząstkowe dotyczące wielu aspektów życia, np. pracy zawodowej, miejsca zamieszkania, bliskich relacji interpersonalnych. Środkową warstwę stanowi połączenie aspektów hedonistycznych (bilans afektywny i oceny poznawcze) oraz eudajmonistycznych (poczucie sensu, znaczenia życia, integracja i interpretacja zdarzeń). Natomiast najbardziej wewnętrzną i jednocześnie najbardziej stabilną warstwę stanowi wola życia. Jest ona w dużym stopniu zdeterminowana genetycznie. Zatem konstrukt woli życia w Teorii Cebulowej odpowiada rozumieniu szczęścia przez zwolenników genetycznych teorii szczęścia (Easterlin, 1995, 1997; Lykken, Tellegen, 1996; Lykken, 1999).

ROZDZIAŁ 6

Interwencje psychologiczne jako próby oddziaływania na poznawcze, emocjonalne i behawioralne aspekty radzenia sobie ze stresem

Pomoc psychologiczna udzielana chorym somatycznie może przybierać różne formy (Heszen, Sęk, 2007), od promocji zdrowia i upowszechniania wśród chorych wiedzy psychologicznej, przez różne rodzaje terapii psychologicznej, aż po służenie jedynie jako głos doradczy w grupach samopomocy. Szczególnym rodzajem wsparcia są interwencje psychologiczne skierowane do konkretnych grup pacjentów; ich głównym celem jest poprawa dobrostanu. Ważną rolę w tym kontekście odgrywają zależności somatopsychiczne, które określają specyfikę sytuacji i radzenia sobie z nią w poszczególnych grupach osób chorych (Wrona-Polańska, 2008).

Przed omówieniem zagadnienia interwencji psychologicznych kierowanych do pacjentów chorych somatycznie warto wskazać szerszy kontekst stosowanych współcześnie interwencji psychologicznych.

Na zasadność weryfikacji skutków oddziaływań interwencji psychologicznych dla przebiegu radzenia sobie ze stresem oraz osiągania dobrostanu wskazują tacy autorzy, jak: Diener, Lucas, Oishi (2005), Folkman, Moskowitz (2004), Fordyce (1983), Seligman, Reivich, Jaycox, Gillham (1995), Seligman, Rashid, Parks (2006), Linley, Joseph (2007).

Jednym z ważnych założeń, przyjmowanych przez badaczy podejmujących próby stosowania interwencji psychologicznych do poprawy dobrostanu psychicznego, jest przekonanie o możliwości modyfikacji tej zmiennej. Mimo dowodów na istnienie czynników stabilizujących poczucie szczęścia w dłuższym okresie (m.in. uwarunkowania genetyczne; stabilność cech osobowości; zjawisko adaptacji hedonistycznej), większość autorów zwraca uwagę na istnienie podzakresu podlegającego modyfikacjom (np. Diener, 1984; Lyubomirsky, Sheldon, Schkade, 2005; Trzebińska, 2008).

Zakładana rozpiętość modyfikowalnego podzakresu różni się nieco w ujęciach poszczególnych autorów. Warto jednak zaznaczyć, iż nawet wnioski wynikające z koncepcji podkreślającej istotne znaczenie genów dla poziomu

szczęścia, nie implikują pełnego determinizmu w tym zakresie. David Lykken (1999) podkreśla, że geny wpływają na odczuwane szczęście pośrednio, poprzez wpływ na specyfikę doświadczeń jednostki. Specyfika ta jest pochodną przede wszystkim czynników temperamentalnych oraz osobowościowych: ekstrawersji i neurotyzmu. W związku z tym poprzez świadome działania można modyfikować wpływ związany z czynnikami genetycznymi.

Sonja Lyubomirsky, Kennon M. Sheldon i David Schkade (2005) w zaproponowanym przez siebie modelu przypisują wrodzonemu potencjałowi pięćdziesięcioprocentowy udział w poczuciu szczęścia. Udział dziesięcioprocentowy przypisują natomiast okolicznościom. Przez okoliczności rozumieją: zmienne demograficzne, miejsce zamieszkania i warunki życia. Natomiast działaniom intencjonalnym przypisują czterdziestoprocentowy udział w dobrostanie jednostki. Tę kategorię cechuje intencjonalność oraz konieczność podjęcia wysiłku. Należą do niej zarówno aktywności behawioralne, poznawcze, jak i wolicjonalne.

Kennon M. Sheldon i Sonja Lyubomirsky (2007) podkreślają, że podczas tworzenia programów interwencyjnych należy brać pod uwagę wiele czynników wpływających na ich skuteczność, m.in. optymalną częstotliwość działań zmierzających do poprawy dobrostanu; ich dopasowanie do preferencji podmiotu; odpowiednie osadzenie w kulturze.

Warto przytoczyć dwa eksperymenty przeprowadzone przez Sonję Lyubomirsky wraz z zespołem (Lyubomirsky, Tkach, Yelverton, 2004; za: Trzebińska, 2008) wśród studentów college'u.

W pierwszym z nich proszono studentów, aby wykonywali pięć tzw. dobrych uczynków w tygodniu. W tej kategorii znajdowały się zachowania korzystne dla innych osób, np. honorowe krwiodawstwo, odwiedziny u chorej osoby. Po sześciotygodniowym stosowaniu zaleceń związanych z tą interwencją, uzyskano potwierdzenie jej skuteczności, przynajmniej w krótkoterminowym wymiarze. U osób poddanych interwencji stwierdzono podniesienie poziomu dobrostanu, podczas gdy w grupie kontrolnej w tym samym czasie obniżył się on.

W drugim eksperymencie zadaniem osób poddawanych interwencji było zliczanie pozytywnych sytuacji, które je spotkały. Zadanie to miało dwa warianty: wykonywanie go trzy razy w tygodniu bądź tylko raz na tydzień. Badanie również trwało sześć tygodni i uwzględniało udział grupy kontrolnej. Wynik wskazujący na wzrost dobrostanu uzyskano jedynie w grupie wykonującej zalecane w interwencji zadanie raz w tygodniu.

W literaturze przedmiotu często przywoływana jest również interwencja Martina Seligmana (2002a) zrealizowana z wykorzystaniem internetu. Osoby badane wykonywały pięć zadań, które miały na celu: ułatwienie przeżywania wdzięczności, zwiększenie świadomości mocnych stron swojej osobowości oraz pozytywnych aspektów własnego życia, odniesionych sukcesów. Rezultaty wy-

kazały, że w perspektywie krótkoterminowej wszystkie ćwiczenia wpłynęły korzystnie na dobrostan uczestników badania (zwiększenie poziomu szczęścia oraz obniżenie poziomu depresji), natomiast najdłużej utrzymywały się pozytywne rezultaty ćwiczeń służących wykorzystywaniu w nowy sposób swoich najważniejszych pozytywnych cech oraz analizie korzystnych sytuacji w swym życiu. Przedstawiony program po pewnych modyfikacjach jest obecnie stosowany pod nazwą Pozytywna Psychoterapia (Seligman, Rashid, Parks, 2006).

Warto zauważyć, iż mimo nieco odmiennego aparatu pojęciowego, podobne idee są propagowane w ramach różnych nurtów współczesnej psychologii. Cele omówionych interwencji są w dużym stopniu zbieżne m.in. z przedstawioną wcześniej koncepcją poszerzania i budowania zasobów (*Broaden and Build Model of Positive Emotions)* Barbary Fredrickson (1998, 2001, 2003), czy z koncepcją *mindfulness* (Shapiro, Brown, Biegel, 2007; Kabat–Zinn, 2005).

Bishop, Lau i Shapiro (2004) wskazują, że konstrukt *mindfulness* dotyczy dwóch głównych czynników: samoregulacji uwagi oraz specyficznej orientacji na doświadczenie charakteryzującej się ciekawością, otwartością i akceptacją. Dzięki temu poszerzone jest pole uwagi, co pozwala widzieć więcej szczegółów, dodatkowe rozwiązania (których dostrzeżenie utrudnia schematyczny sposób oceniania okoliczności) (Kabat-Zinn, 2005).

Ellen Langer (2002) również podkreśla, że wiele negatywnych ocen własnego życia wynika z automatycznych i schematycznych ocen, opartych często na zewnętrznych kryteriach. Refleksyjność umożliwia zdystansowanie się wobec wymienionych czynników i większą niezależność podmiotu w ocenianiu własnej sytuacji.

Praktyka *mindfulness* nie jest związana z żadną religią i może być stosowana przez każdą osobę bez względu na wyznanie czy kulturę, w jakiej żyje lub się wychowała (Kabat-Zinn, 2005).

Na podstawie koncepcji uważności powstał nowy nurt w psychoterapii poznawczo-behawioralnej, tzw. trzecia fala, na którą składają się między innymi *Mindfulness-Based Stress Reduction* (Kabat-Zinn, 2005), czyli program redukcji stresu oparty na uważności, *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (Segal, Williams, Teasdale, 2013), czyli terapia poznawcza oparta na uważności, której celem jest zapobieganie nawrotom depresji, *Acceptance and Commitment Therapy* (Hayes, Strosahl, Wilson, 2012), czyli terapia akceptacji i zaangażowania. Jest ona również wykorzystywana przez inne szkoły psychoterapeutyczne, takie jak Gestalt, nurt psychodynamiczny czy terapia zorientowana na proces.

Nadal prowadzone są badania związane z konstruktem *mindfulness*. Najdłużej, bo już od lat siedemdziesiątych XX w., jest stosowany ośmiotygodniowy program *Mindfulness-Based Stress Reduction* (Dobkin, Irving, Amar, 2012; Goleman, Schwartz, 1976; Kabat-Zinn, 2005). MBSR jest pierwszą interwencją psychologiczną opartą na technikach uważności, która zapoczątkowała cały

nurt terapii trzeciej fali. Badania eksperymentalne wykazują jego skuteczność. Na przykład Oman i współpracownicy (2008) porównywali grupę studentów, którzy uczestniczyli w programie MBSR, ze studentami, którzy byli dopiero na liście osób oczekujących na udział w programie. Wyniki wykazały, że poziom postrzeganego stresu u uczestników obu programów znacznie się obniżył po zakończeniu programu oraz w porównaniu do grupy kontrolnej, wzrosła natomiast skłonność do wybaczania. Różnica ta nadal była istotna po dwóch miesiącach od czasu zakończenia programu.

Interwencje psychologiczne kierowane do pacjentów chorych somatycznie powinny opierać się na uniwersalnych zasadach wypracowanych na podstawie badań naukowych, a także uwzględniać specyfikę sytuacji danej grupy pacjentów. Grupami, do których są one najczęściej adresowane, są pacjenci kardiologiczni oraz onkologiczni (Cosette, Frasure-Smith, Lespérance, 2001; Gaston-Johansson i in., 2000; Linden, Stossel, Maurice, 1996; Trzcieniecka-Green, Steptoe, 1996; Trzcieniecka-Green, 2002). Wobec pacjentów dializowanych podjęto do tej pory jedynie nieliczne próby stosowania interwencji psychologicznych (Bargiel-Matusiewicz, Duława, 2005; Tsay, Lee, Lee, 2005). Więcej takich prób podjęto wobec osób chorych na stwardnienie rozsiane, ich wyniki często były jednak niekonkluzywne (Schwartz, Rogers, 1994; Schwartz, 1999; Rigby, Thornton, Young, 2008). Słabością stosowanych w medycynie interwencji psychologicznych jest w wielu wypadkach ich niewystarczające osadzenie w teorii psychologicznej.

W badaniach Browna i Ryana (2003) przeprowadzonych wśród pacjentów onkologicznych (kobiety chorujące na raka piersi oraz mężczyźni chorujący na raka prostaty) odnotowano obniżenie poziomu postrzeganego stresu dzięki udziałowi w *Mindfulness-Based Stress Reduction*. Wykazano także, że uważność koreluje dodatnio z inteligencją emocjonalną, otwartością na doświadczenie, tendencją do angażowania się w samopoznanie oraz satysfakcją z życia, ujemnie natomiast – ze zmienną aprobaty społecznej i nadmierną samokontrolą.

W badaniach niezwiązanych bezpośrednio z nurtem *mindfulness* także pojawia się wątek percepcji własnej sytuacji, konstruktywnego radzenia sobie. Za przykład posłużyć może Program Treningu Adaptacji (Tsay, Lee, Lee, 2005), którego celem jest poprawa radzenia sobie w chorobie poprzez zmianę sposobu oceniania własnej sytuacji w grupie pacjentów poddawanych dializom. Program ten oparty jest na koncepcji stresu Lazarusa i Folkman (1984) oraz zasadach terapii poznawczo-behawioralnej (Beck, 1993). Po ośmiotygodniowej interwencji uczestnicy wykazywali zmniejszenie odczuwanego stresu, niższy poziom depresji oraz wyższą jakość życia. Pacjenci twierdzili, że dzięki udziałowi w programie lepiej radzą sobie ze stresorami związanymi z chorobą, jak również tymi niezwiązanymi z nią bezpośrednio. Twierdzili także, że w większym stopniu postrzegają sytuację choroby i leczenia jako wyzwanie, z którym można

sobie poradzić. Korzystne efekty programu stwierdzono również trzy miesiące po jego zakończeniu.

Jak wcześniej wspomniano, grupą, do której często adresowane są interwencje psychologiczne, są pacjenci kardiologiczni. Wykazano m.in., że interwencje ukierunkowane na radzenie sobie ze stresem umożliwiają obniżenie poziomu dystresu w tej grupie pacjentów (Linden, Stossel, Maurice, 1996). W innych badaniach (Cosette, Frasure-Smith, Lespérance, 2001) wykazano, że interwencja, której celem było obniżenie poziomu stresu (przez rozpoznanie jego źródeł, wsparcie, oddziaływania edukacyjne w zakresie zmiany percepcji sytuacji), wpływała korzystnie na prognozy długoterminowe, przyczyniała się do niższych wskaźników śmiertelności oraz niższego poziomu depresji. Jednak nie we wszystkich badaniach wykazano efektywność tego typu interwencji (Jones, West, 1996).

Programem opartym na szczegółowej analizie funkcjonowania psychospołecznego pacjentów kardiologicznych jest interwencja psychologiczna autorstwa Anny Trzcienieckiej-Green (2002). Głównym celem jest rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem. Podczas cotygodniowych spotkań grupowych pacjenci uczą się m.in.: radzenia sobie z presją czasu, z własnymi negatywnymi emocjami czy korzystania ze wsparcia innych osób.

Podsumowując dotychczasowe wątki, warto przytoczyć sformułowany przez Susan Folkman (2009) postulat, aby wnioski z badań naukowych osadzonych w paradygmacie stresu psychologicznego w coraz większym stopniu przenoszone były na poziom praktycznych oddziaływań w stosunku do grup osób doświadczających stresu. Folkman zwraca również uwagę, że funkcjonowanie w stresie warto badać w konkretnych kontekstach sytuacyjnych, a wnioski i podsumowania do nich właśnie odnosić.

Próbą realizacji obu tych postulatów są przedstawione w drugiej części książki – badania własne.

7.1. Uzasadnienie podjęcia badań
oraz procedura badawcza
7.2. Hipotezy
7.3. Charakterystyka grupy badawczej
7.4. Opis narzędzi badawczych
7.5. Uzyskane wyniki
7.5.1. Akceptacja choroby i poczucie własnej skuteczności
7.5.2. Emocje zagrożenia, korzyści, krzywdy i wyzwania
7.5.3. Ocena sytuacji choroby i dializoterapii
7.5.4. Lęk – cecha i stan
7.5.5. Porównania międzygrupowe
7.6. Omówienie wyników
7.7. Podsumowanie

R O Z D Z I A Ł 7

Zastosowanie interwencji poznawczej i poznawczo-narracyjnej

7.1. Uzasadnienie podjęcia badań oraz procedura badawcza

Jak wykazano w poprzednich rozdziałach, przewlekła choroba jako złożone doświadczenie wymaga analizy w wielu aspektach (Heszen, Sęk, 2007; Heszen, 2013; Wrona-Polańska, 2008, 2011). Pomoc psychologiczna dla dotkniętej chorobą jednostki jest ważnym elementem interdyscyplinarnych oddziaływań. Na zasadność weryfikacji skutków interwencji psychologicznych, dla przebiegu radzenia sobie ze stresem oraz osiągania dobrostanu wskazują tacy autorzy, jak: Diener, Lucas, Oishi (2002), Folkman, Moskowitz (2004), Fordyce (1983), Moskowitz (2011), Seligman, Reivich, Jaycox, Gillham (1995), Seligman, Rashid, Parks (2006).

Celem pierwszych dwóch z przedstawionych w niniejszej książce interwencji psychologicznych było oddziaływanie na poziom akceptacji choroby, poczucie własnej skuteczności, ocenę poznawczą sytuacji choroby i leczenia, oraz doświadczane emocje. Propozycja prowadzenia interwencji w grupie pacjentów dializowanych została opublikowana w 2005 r. (Bargiel-Matusiewicz, Duława, 2005). Przeprowadzono również badania pilotażowe, w których wykazano, że skrócony wariant interwencji (wariant poznawczy) obniża poziom lęku jako stanu, a także zmniejsza intensywność oceniania sytuacji choroby i leczenia jako straty i zagrożenia, natomiast sprzyja postrzeganiu tej sytuacji jako wyzwania (Bargiel-Matusiewicz, Trzcieniecka-Green, Kozłowska, 2011).

Oddziaływania psychologiczne skierowane były do dwóch grup eksperymentalnych, które poddano interwencjom: poznawczej oraz poznawczo-narracyjnej. W planie eksperymentu uwzględniono grupę kontrolną. Wszystkie trzy grupy były dwukrotnie badane przy użyciu tych samych narzędzi badawczych. Narzędzia te omawiane są w dalszej części rozdziału.

Pierwsza grupa eksperymentalna (poddana interwencji poznawczej) wykonywała zadanie polegające na słuchaniu dwukrotnie w ciągu dnia, w okresie

trzech tygodni, płyty CD z nagraną interwencją. Czas odtwarzania nagrania to dwadzieścia minut. Nagrana interwencja ma rodowód poznawczy. Odwołuje się do konstruktu oceny poznawczej (Lazarus, Folkman, 1984), a także do założeń terapii poznawczej (Beck, 1976, 1993) oraz ericksonowskiej (Erickson, 1994). Wykorzystano w niej metafory terapeutyczne, które mają na celu przeformułowanie oceny poznawczej sytuacji choroby i leczenia w kierunku jej bardziej konstruktywnego postrzegania (Erickson, 1994; Morgan, 2000). Uważa się, że metafory terapeutyczne ułatwiają dokonanie poznawczej rekonstrukcji, spojrzenie z odmiennej perspektywy na dany obszar, a tym samym często uzyskanie dostępu do niewykorzystywanych wcześniej metod radzenia sobie (Barker, 1985; Gonçalves, Craine, 1990; Kopp, Craw, 1998).

W niniejszych badaniach wykorzystano następujące metafory terapeutyczne:

- Ptaki, które doświadczają wolności, a w momentach pogorszenia pogody szukają na pewien czas schronienia.
  Wiele osób dializowanych prowadzi codzienne życie w sposób bardzo zbliżony do zwykłego trybu życia w społeczności, w której funkcjonują. Pracują zawodowo (częściej w niepełnym wymiarze czasu), mają współmałżonków, dzieci. Badania naukowe wskazują jednak, że na poziom ich zadowolenia z życia niekorzystny wpływ ma poczucie ograniczonej wolności, związane z koniecznością spędzania w stacji dializ średnio ok. 5 godzin trzy razy w tygodniu.
  Poczucie ograniczenia odnośnie do swobodnego dysponowania swoim czasem często powoduje rezygnację z wielu aktywności, które przy odpowiedniej motywacji i nastawieniu mogliby wykonywać. Metafora ptaków, które w okresie deszczu, burzy muszą się schronić w bezpiecznym miejscu po to, by w momencie poprawy pogody znów cieszyć się wolnością, jest analogią dializoterapii. Metafora ta ma na celu uświadomienie osobom dializowanym wartości wolności, swobody, którą posiadają w okresach pomiędzy dializami. Analogia deszczu i chowających się przed nim ptaków, poprzez odwołanie się do naturalnych w przyrodzie zjawisk, może również uczynić sytuację dializoterapii bardziej neutralną w odbiorze.
- Odnaleziony skarb.
  Metafora ta ma uzmysłowić pacjentom wartość codziennych, drobnych przyjemności, a tym samym zwiększyć natężenie przeżywanych emocji pozytywnych.
- Spacerujący ludzie w parku.
  Obraz ten oraz sugestia przywołania ze swojej pamięci serdecznych, miłych osób ma na celu zwiększenie świadomości posiadanych źródeł wsparcia społecznego.

Druga grupa eksperymentalna (poddana interwencji poznawczo-narracyjnej), podobnie jak grupa pierwsza, słuchała dwukrotnie w ciągu dnia, w okresie trzech tygodni, płyty CD z nagraną interwencją. W tym czasie osoby z drugiej grupy eksperymentalnej spotykały się także dwa razy w tygodniu z psychologiem (ewentualnie studentem ostatniego roku na kierunku psychologia). Spotkania trwały około godziny, a każde z nich było poświęcone innemu tematowi. Zagadnienia omawiane podczas spotkań to: analiza najważniejszych obszarów w życiu; budowanie ich hierarchii; ocena stopnia wpływu choroby i leczenia na poszczególne obszary; analiza własnych zalet i osiągnięć; ocena dostępności wsparcia społecznego; opracowanie listy drobnych przyjemności, które mogą poprawiać nastrój; oraz podsumowanie wniosków z poszczególnych spotkań. Ta część interwencji była w dużym stopniu oparta na założeniach dotyczących zdolności jednostki do budowania autonarracji. Analiza przez pacjentów wybranych do omówienia obszarów tematycznych miała na celu ułatwienie im rekonstrukcji ocen własnej sytuacji, gdyż, jak podkreśla wielu autorów, jest to istotny czynnik w kontekście adaptacji do trudnej sytuacji (McAdams, 2008; Meichenbaum, Fitzpatrick, 1993; Trzebiński, 2002). Jak już wcześniej wspomniano, w terapii narracyjnej celem jest zmiana sposobu postrzegania sytuacji w taki sposób, aby ułatwić podmiotowi dostęp do posiadanych zasobów i umiejętności oraz sposobów ich wykorzystania w radzeniu sobie z trudnościami (Morgan, 2000).

Zadaniem psychologów/magistrantów było stosowanie aktywnego słuchania podczas wykonywania zadań przez pacjentów.

Osoby z obu grup eksperymentalnych wypełniały dzienniczki, w których zaznaczały każdego dnia, czy zgodnie za zaleceniami dwukrotnie słuchały nagranej interwencji psychologicznej.

Grupa kontrolna nie była poddawana interwencji psychologicznej. W grupie tej wykonano jedynie dwukrotny pomiar badanych zmiennych w tym samych czasie co w grupach eksperymentalnych pierwszej i drugiej.

Badani podzieleni byli na trzy grupy: grupę kontrolną (bez stosowania wobec nich interwencji psychologicznej), pierwszą grupą eksperymentalną, którą poddano interwencji poznawczej, i drugą grupę eksperymentalną, którą poddano interwencji poznawczo-narracyjnej (rozbudowany wariant interwencji). Badania miały charakter prospektywny. Zrealizowano je w warunkach naturalnych. W badaniu udział brali pacjenci dializowani od co najmniej 6 miesięcy. Badania przeprowadzono w stacjach dializ na terenie województwa mazowieckiego, podlaskiego oraz śląskiego.

7.2. Hipotezy

Hipoteza I: Oczekuje się, że między pierwszym i drugim pomiarem wzrośnie poziom akceptacji choroby w pierwszej grupie eksperymentalnej i w drugiej grupie eksperymentalnej, natomiast w grupie kontrolnej poziom ten się nie zmieni.

Oczekuje się, iż poziom akceptacji choroby w pomiarze drugim będzie wyższy w grupach eksperymentalnych niż w grupie kontrolnej.

Hipoteza II: Oczekuje się, że między pierwszym i drugim pomiarem wzrośnie poziom poczucia własnej skuteczności w pierwszej grupie eksperymentalnej i w drugiej grupie eksperymentalnej, natomiast w grupie kontrolnej poziom ten się nie zmieni.

Oczekuje się, że poziom poczucia własnej skuteczności w pomiarze drugim będzie wyższy w grupach eksperymentalnych niż w grupie kontrolnej.

Hipoteza III: Oczekuje się, że między pierwszym i drugim pomiarem zmniejszy się natężenie emocji zagrożenia w pierwszej grupie eksperymentalnej i w drugiej grupie eksperymentalnej, natomiast w grupie kontrolnej natężenie emocji zagrożenia się nie zmieni.

Oczekuje się, że natężenie emocji zagrożenia w pomiarze drugim będzie mniejsze w grupach eksperymentalnych niż w grupie kontrolnej.

Hipoteza IV: Oczekuje się, że między pierwszym i drugim pomiarem zwiększy się natężenie emocji korzyści w pierwszej grupie eksperymentalnej i w drugiej grupie eksperymentalnej, natomiast w grupie kontrolnej natężenie emocji korzyści się nie zmieni.

Oczekuje się, że natężenie emocji korzyści w pomiarze drugim będzie większe w grupach eksperymentalnych niż w grupie kontrolnej.

Hipoteza V: Oczekuje się, że między pierwszym i drugim pomiarem zmniejszy się natężenie emocji krzywdy/straty w pierwszej grupie eksperymentalnej i w drugiej grupie eksperymentalnej, natomiast w grupie kontrolnej natężenie emocji krzywdy/straty się nie zmieni.

Oczekuje się, że natężenie emocji krzywdy/straty w pomiarze drugim będzie mniejsze w grupach eksperymentalnych niż w grupie kontrolnej.

Hipoteza VI: Oczekuje się, że między pierwszym i drugim pomiarem zwiększy się natężenie emocji wyzwania w pierwszej grupie eksperymentalnej i w drugiej grupie eksperymentalnej, natomiast w grupie kontrolnej natężenie emocji wyzwania się nie zmieni.

Oczekuje się, że natężenie emocji wyzwania w pomiarze drugim będzie większe w grupach eksperymentalnych niż w grupie kontrolnej.

Hipoteza VII: Oczekuje się, że między pierwszym i drugim pomiarem zmniejszy się nasilenie oceny sytuacji jako zagrożenia w pierwszej grupie eksperymentalnej i w drugiej grupie eksperymentalnej, natomiast w grupie kontrolnej nasilenie oceny jako zagrożenia się nie zmieni.

Oczekuje się, że nasilenie oceny sytuacji jako zagrożenia w pomiarze drugim będzie mniejsze w grupach eksperymentalnych niż w grupie kontrolnej.

Hipoteza VIII: Oczekuje się, że między pierwszym i drugim pomiarem zwiększy się nasilenie oceny sytuacji jako wyzwania w pierwszej grupie eksperymentalnej i w drugiej grupie eksperymentalnej, natomiast w grupie kontrolnej nasilenie oceny jako wyzwania się nie zmieni.

Oczekuje się, że nasilenie oceny sytuacji jako wyzwania w pomiarze drugim będzie większe w grupach eksperymentalnych niż w grupie kontrolnej.

Hipoteza IX: Oczekuje się, że między pierwszym i drugim pomiarem zmniejszy się nasilenie oceny sytuacji jako straty w pierwszej grupie eksperymentalnej i w drugiej grupie eksperymentalnej, natomiast w grupie kontrolnej nasilenie oceny jako straty się nie zmieni.

Oczekuje się, że nasilenie oceny sytuacji jako straty w pomiarze drugim będzie mniejsze w grupach eksperymentalnych niż w grupie kontrolnej.

Hipoteza X: Oczekuje się, że między pierwszym i drugim pomiarem zmniejszy się nasilenie lęku jako stanu w pierwszej grupie eksperymentalnej i w drugiej grupie eksperymentalnej, natomiast w grupie kontrolnej nasilenie oceny jako straty się nie zmieni. Natomiast nasilenie lęku jako cechy nie zmieni się w żadnej z badanych grup.

Oczekuje się, że nasilenie lęku jako stanu w pomiarze drugim będzie mniejsze w grupach eksperymentalnych niż w grupie kontrolnej.

7.3. Charakterystyka grupy badawczej

Przebadano 103 osoby, 50 kobiet i 53 mężczyzn, w wieku 22–75 lat (M = 50,95; SD = 11,44), 36 osób z pierwszej grupy eksperymentalnej, 17 kobiet i 19 mężczyzn, w wieku 22–72 lat (M = 47,86; SD = 10,60), 31 osób z drugiej grupy eksperymentalnej, 17 kobiet i 14 mężczyzn, w wieku 36–75 lat (M = 52,77; SD = 10,62) oraz 36 osób z grupy kontrolnej, 16 kobiet i 20 mężczyzn, w wieku 24–75 lat (M = 52,47; SD = 12,53).

Osoby badane z pierwszej grupy eksperymentalnej korzystały z dializoterapii przez okres od pół roku do 22 lat (M = 5,48; SD = 5,47). Osoby badane z drugiej grupy eksperymentalnej korzystały z dializoterapii przez okres od 7 miesięcy do 22 lat (M = 5,32; SD = 5,66). Osoby badane z grupy kontrolnej korzystały z dializoterapii przez okres od 7 miesięcy do 18 lat (M = 3,70; SD = 3,57).

W przypadku dwóch osób z grupy kontrolnej oraz jednej osoby z pierwszej grupy eksperymentalnej dializowani byli również członkowie rodziny.

W tabeli 1 przedstawiono rozkład częstości dla poziomu wykształcenia osób badanych. Najwięcej osób badanych w każdej z porównywanych grup miało wykształcenie średnie.

TABELA 1. Rozkład częstości – wykształcenie osób badanych

	Grupa							
	kontrolna		eksperymentalna 1		eksperymentalna 2		ogółem	
Wykształcenie	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Podstawowe	4	11,1	2	5,6	5	16,1	11	10,7
Zawodowe	9	25,0	11	30,6	10	32,3	30	29,1
Średnie	14	38,9	15	41,7	13	41,9	42	40,8
Wyższe niepełne	1	2,8	3	8,3	1	3,2	5	4,9
Wyższe	8	22,2	5	13,9	2	6,5	15	14,6
Ogółem	36	100	36	100	31	100	103	100

N – liczba osób; % – procent grupy

W tabeli 2 przedstawiono rozkład częstości dla stanu cywilnego osób badanych. Najwięcej osób badanych w każdej z porównywanych grup pozostawało w stałym związku.

W tabeli 3 przedstawiono rozkład częstości dla miejsca zamieszkania osób badanych. Większość osób z drugiej grupy eksperymentalnej mieszkało na wsi. Najwięcej osób z pierwszej grupy eksperymentalnej i z grupy kontrolnej mieszkało w dużym mieście.

TABELA 2. Rozkład częstości – stan cywilny osób badanych

	Grupa							
	kontrolna		eksperymentalna 1		eksperymentalna 2		ogółem	
Stan cywilny	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Panna/kawaler	3	8,3	5	13,9	2	6,5	10	9,7
Rozwód	3	8,3	1	2,8	0	0,0	4	3,9
Separacja	0	0,0	2	5,6	4	12,9	6	5,8
Stały związek	28	77,8	24	66,7	21	67,7	73	70,9
Wdowa/wdowiec	2	5,6	4	11,1	4	12,9	10	9,7
Ogółem	36	100	36	100	31	100	103	100

N – liczba osób; % – procent grupy

TABELA 3. Rozkład częstości – miejsce zamieszkania osób badanych

	Grupa							
	kontrolna		eksperymentalna 1		eksperymentalna 2		ogółem	
Miejsce zamieszkania	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Wieś	12	33,3	13	36,1	16	51,6	41	39,8
Małe miasto	11	30,6	9	25,0	10	32,3	30	29,1
Duże miasto	13	36,1	14	38,9	5	16,1	32	31,1
Ogółem	36	100	36	100	31	100	103	100

N – liczba osób; % – procent grupy

7.4. Opis narzędzi badawczych

Do badań wykorzystano następujące narzędzia:

Kwestionariusz Stanu Emocjonalnego
Bada on emocjonalny aspekt oceny sytuacji. Zawiera 15 przymiotników; osoba badana ocenia, na skali 1–7, na ile trafnie określają jej obecne przeżycia. Cztery skale narzędzia są rzetelne, odpowiednio na poziomie: Emocje Zagrożenia (niepewność, lęk, martwienie się, bezradność) *alfa* Cronbacha 0,87, Emocje

Korzyści (optymizm, radość, zadowolenie, ulga) *alfa* Cronbacha 0,82, Emocje Krzywdy/Straty (złość, rozczarowanie, przygnębienie) *alfa* Cronbacha 0,77 oraz Emocje Wyzwania (podekscytowanie, satysfakcja, zapał) *alfa* Cronbacha 0,74 (Heszen-Niejodek, Januszek, Gruszczyńska, 2001).

Skala Akceptacji Choroby

Akceptacja choroby ma szczególne znaczenie dla funkcjonowania osób przewlekle chorych. Jej poziom wyznacza przystosowanie do trybu życia związanego z konsekwencjami dysfunkcji somatycznej. W celu uzyskania informacji na temat tej zmiennej został wykorzystany Kwestionariusz Akceptacji Choroby – AIS. Kwestionariusz ten zawiera stwierdzenia opisujące negatywne konsekwencje choroby. Im większa jest ich akceptacja, tym lepsze jest przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Odpowiedzi udzielane są w skali pięciopunktowej. Wskaźnik rzetelności (*alfa* Cronbacha) wynosi 0,85. Autorami Kwestionariusza AIS są: Felton, Revenson i Hinrichsen. Polską adaptację wykonał Zygfryd Juczyński (2009).

Kwestionariusz Oceny Sytuacji

Ocena poznawcza odgrywa kluczową rolę w paradygmacie stresu Lazarusa. Autor ten jednak nie opracował narzędzia do jej pomiaru. Kwestionariusz do badania oceny poznawczej skonstruowany został w zespole Kazimierza Wrześniewskiego i nosi nazwę Kwestionariusz Oceny Sytuacji KOS. W niniejszych badaniach wykorzystano wersję zmodyfikowaną przez zespół Ireny Heszen-Niejodek. Narzędzie składa się z 33 określeń opisujących aktualną sytuację. Odnosi się do poznawczej oceny dobrostanu psychicznego. Zadaniem badanego jest ustosunkowanie się do każdego z określeń na czteropunktowej skali. Sumując wyniki na odpowiednich skalach, uzyskuje się następujące wskaźniki: Zagrożenie, przykładowe itemy: sytuacja jest dla mnie niebezpieczna, zatrważająca, niepewna (współczynnik *alfa* Cronbacha 0,92); Wyzwanie, przykładowe itemy: sytuacja jest dla mnie mobilizująca, aktywizująca, pobudzająca do szukania wyjścia (α = 0,88) oraz Krzywda/strata, przykładowe itemy: sytuacja jest dla mnie niezasłużona, niesprawiedliwa, dotkliwie bolesna (α = 0,89) (Heszen-Niejodek, Januszek, Gruszczyńska, 2001).

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności

Skala ta jest narzędziem, składającym się z 10 pytań i nawiązuje do koncepcji oczekiwań i własnej skuteczności opracowanej przez Bandurę (1977), rozumianej jako kontrola własnych działań. Dotyczy to specyficznych obszarów działania, ale może również wyrażać się ogólnym przekonaniem co do szczególnej roli w sytuacjach nowych czy problemowych. Omawiane narzędzie pozwala przewidywać intencje i działania w różnych obszarach ludzkiej aktywności.

Przekonania jednostki dotyczące skuteczności wpływają na ocenę jej osobistych zasobów w sytuacji stresowej – im silniejsze owe przekonania, tym wyższe cele i silniejsze zaangażowanie jednostki, nawet w obliczu ewentualnych porażek. Nadmienia się jednak, że rolę regulacyjną owe przekonania spełniają wówczas, gdy uwzględniają rzeczywiste możliwości jednostki, nie wywołując nierealistycznych oczekiwań i rozczarowań. Rzetelność i trafność narzędzia jest zadowalająca. GSES składa się z 10 pytań wchodzących w skład jednego czynnika. Skala ta mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Badany może zaznaczyć odpowiedź od 1 do 4: 1 – nie, 2 – raczej nie, 3 – raczej tak, 4 – tak. Suma zebranych punktów skali stanowi „ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności" i może mieścić się w granicach od 10 do 40 punktów. Im wyższy wynik uzyskany przez osobę, tym większe poczucie jej skuteczności (Juczyński, 2009).

Kwestionariusz STAI

Inwentarz do Pomiaru Lęku jako Stanu i jako Cechy (*State-Trait Anxiety Inventory – STAI*) opracowany przez Spielbergera, Gorsucha i Lushene'a (Spielberger, 1983, 1985). Jest to metoda samoopisowa, złożona z dwu oddzielnych, 20-itemowych skal, z których jedna (X-1) przeznaczona jest do pomiaru lęku jako stanu, druga (X-2) do pomiaru lęku jako cechy.

Każda skala testu zawiera krótką instrukcję, w której wyjaśniony jest ogólnie cel badania oraz sposób wypełniania kwestionariusza. STAI jest metodą pozwalającą na dokonanie pomiaru w sposób szybki i łatwy. Można stosować go zarówno w badaniach indywidualnych, jak i grupowych. Czas potrzebny na wypełnienie obu skal kwestionariusza nie przekracza 15 minut w wypadku, kiedy osobami badanymi są studenci, i 20 minut, w wypadku badania osób o niższym wykształceniu lub wykazujących zaburzenia emocjonalne. Skala przeznaczona do pomiaru lęku jako stanu może być stosowana ze zmienioną instrukcją, można używać jej kilkakrotnie w krótkich odstępach czasu, a nawet dopuszczalny jest podział jej na kilka 4–5-itemowych podskal. Wskaźnik rzetelności obu podskal (*alfa* Cronbacha) uzyskany w badaniach osób dorosłych w wypadku większości grup wiekowych wynosi powyżej 0,80 (Wrześniewski i in., 2006).

W kolejnym podrozdziale zostaną przedstawione rezultaty porównań wyników uzyskanych w pierwszej i drugiej fazie, w celu wykazania dynamiki zmian, która może być efektem stosowanych interwencji psychologicznych. Następnie zaprezentowane zostaną porównania międzygrupowe, by zidentyfikować różnice między grupami. Natomiast w rozdziale 8 będą omówione relacje między badanymi zmiennymi w pierwszej fazie pomiaru. Celem będzie zobrazowanie struktury relacji między zmiennymi na poziomie wyjściowym, czyli przed poddaniem osób badanych oddziaływaniom związanym z interwencjami psychologicznymi.

7.5. Uzyskane wyniki

Obliczenia wykonane zostały przy pomocy pakietu statystycznego SPSS for Windows, wersja 20.0 PL. Skuteczność prowadzonych interwencji zweryfikowano na podstawie analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami. Jako czynnik wewnątrzobiektowy analizowano wartości pomiarów otrzymane w dwóch fazach. Jako czynnik międzyobiektowy analizowano przynależność do jednej z trzech porównywanych grup. Przeprowadzone analizy dotyczyły akceptacji własnej choroby, poczucia własnej skuteczności, emocji, oceny poznawczej i lęku.

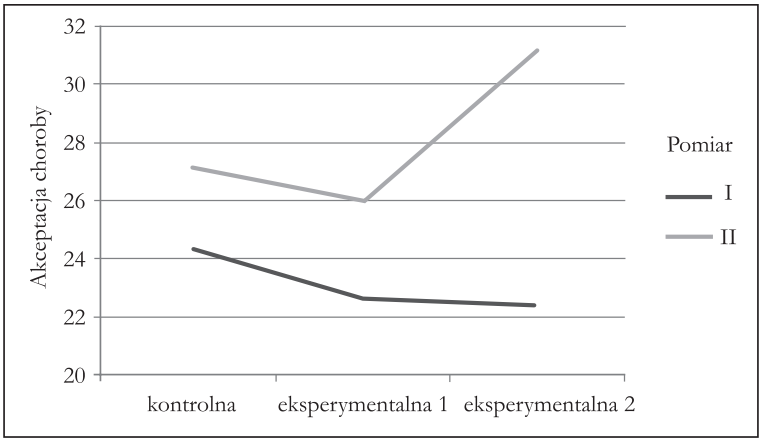
7.5.1. Akceptacja choroby i poczucie własnej skuteczności

W tabeli 4 przedstawiono średnie wartości wskaźników akceptacji choroby i poczucia własnej skuteczności w obu fazach pomiaru w trzech porównywanych grupach. Zestawienie uzupełniono wynikami testu istotności statystycznej efektu interakcyjnego w analizie wariancji z powtarzanymi pomiarami.

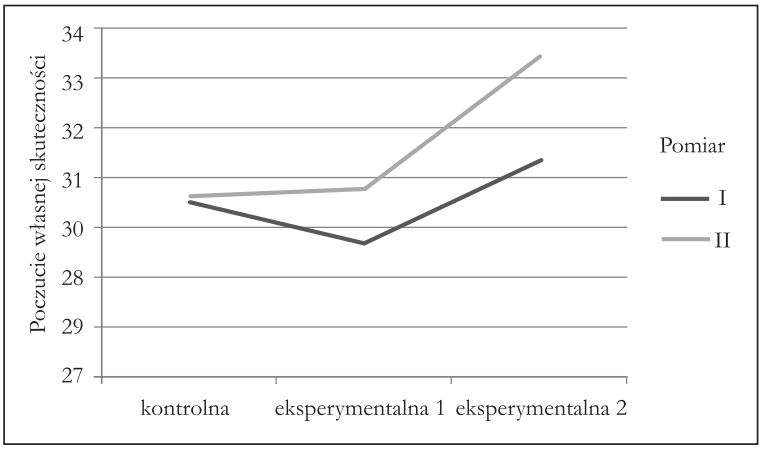
TABELA 4. Średnie wskaźników akceptacji choroby i poczucia własnej skuteczności w obu fazach pomiaru w trzech porównywanych grupach wraz z testem istotności statystycznej

Wskaźnik	**Grupa**		**Faza pomiaru**				
			I	**II**	**F**	**Df**	**P**
Akceptacja Choroby	kontrolna	M	24,29	27,03	9,61	2,98	0,000
		SD	6,88	7,85			
	eksperymentalna 1	M	22,66	26,00			
		SD	7,32	7,24			
	eksperymentalna 2	M	22,39	31,19			
		SD	7,80	5,27			
Własna Skuteczność	kontrolna	M	30,51	30,63	2,54	2,97	0,084
		SD	5,46	5,17			
	eksperymentalna 1	M	29,71	30,79			
		SD	4,42	4,04			
	eksperymentalna 2	M	31,32	33,45			
		SD	5,04	3,69			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna



RYCINA 1. Średnie wartości wskaźnika akceptacji choroby w dwóch pomiarach w porównywanych grupach



RYCINA 2. Średnie wartości poczucia własnej skuteczności w dwóch pomiarach w porównywanych grupach

Na rycinach 1 i 2 przedstawiono średnie wartości analizowanych wskaźników w dwóch pomiarach w porównywanych grupach.

Średnie wartości poziomu akceptacji choroby otrzymane w II pomiarze były wyższe od średnich wartości otrzymanych w I pomiarze. Dotyczy to grupy kontrolnej, $F(1,34) = 8,67$, $p < 0,01$, d = 0,37, pierwszej grupy eksperymentalnej, $F(1,34) = 8,37$, $p < 0,01$, d = 0,46, i drugiej grupy eksperymentalnej, $F(1,30) = 68,63$, $p < 0,001$, d = 1,32. W drugiej grupie eksperymentalnej wzrost poziomu akceptacji choroby był najwyższy.

Średnia wartość poziomu poczucia własnej skuteczności otrzymana w II pomiarze była wyższa od średniej wartości otrzymanej w I pomiarze wyłącznie

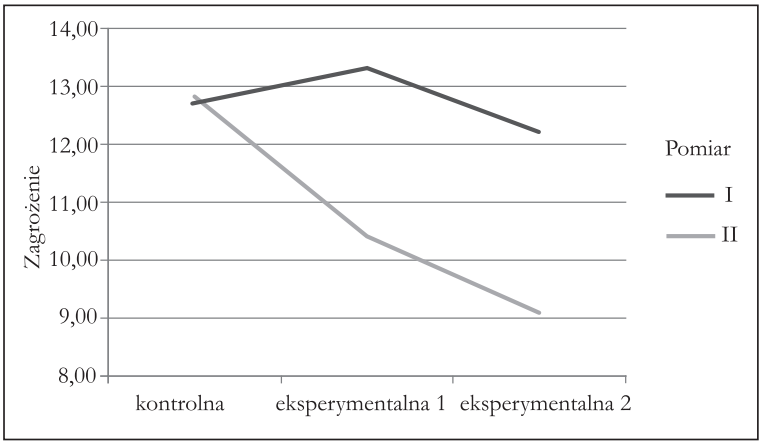
w drugiej grupie eksperymentalnej, $F(1,30) = 7,78$, $p < 0,01$, d = 0,48. Różnice między I i II pomiarem otrzymane w grupie kontrolnej, $F(1,34) = 0,06$, $p > 0,05$, i w pierwszej grupie eksperymentalnej, $F(1,33) = 2,87$, $p > 0,05$, były nieistotne statystycznie.

7.5.2. Emocje zagrożenia, korzyści, krzywdy i wyzwania

W tabeli 5 przedstawiono średnie wartości wskaźników emocji w obu fazach pomiaru w trzech porównywanych grupach. Zestawienie uzupełniono wynikami testu istotności statystycznej efektu interakcyjnego w analizie wariancji z powtarzanymi pomiarami.

Otrzymano istotny statystycznie efekt interakcyjny wyłącznie dla nasilenia zagrożenia. Na rycinie 3 przedstawiono średnie wartości tego wskaźnika.

Średnie wartości nasilenia zagrożenia w I i II pomiarze w grupie kontrolnej były do siebie zbliżone, $F(1,35) = 0,01$, $p > 0,05$, natomiast w pierwszej grupie eksperymentalnej, $F(1,35) = 5,57$, $p < 0,05$, d = 0,49 i w drugiej grupie eksperymentalnej, $F(1,30) = 11,48$, $p < 0,01$, d = 0,65 średnia nasilenia zagrożenia była niższa w II pomiarze niż w I.



RYCINA 3. Średnie wartości nasilenia emocji zagrożenia w dwóch pomiarach w porównywanych grupach

7.5.3. Ocena sytuacji choroby i dializoterapii

W tabeli 6 przedstawiono średnie wartości wskaźników oceny sytuacji w obu fazach pomiaru w trzech porównywanych grupach. Zestawienie uzupełniono wynikami testu istotności statystycznej efektu interakcyjnego w analizie wariancji z powtarzanymi pomiarami.

TABELA 5. Średnie wskaźników emocji w obu fazach pomiaru w trzech porównywanych grupach wraz z testem istotności statystycznej

Emocje	Grupa		Faza pomiaru				
			I	II	F	Df	P
Zagrożenie	kontrolna	M	12,72	12,81	3,83	2,100	0,038
		SD	5,73	6,02			
	eksperymentalna 1	M	13,31	10,42			
		SD	6,48	5,37			
	eksperymentalna 2	M	12,19	9,10			
		SD	5,79	3,41			
Korzyść	kontrolna	M	15,22	16,19	1,66	2,100	0,195
		SD	3,94	4,83			
	eksperymentalna 1	M	16,31	18,11			
		SD	4,48	3,32			
	eksperymentalna 2	M	16,23	18,94			
		SD	4,63	2,56			
Krzywda/ Strata	kontrolna	M	8,92	8,44	2,40	2,100	0,251
		SD	5,27	4,72			
	eksperymentalna 1	M	9,31	7,50			
		SD	5,49	4,27			
	eksperymentalna 2	M	8,68	6,23			
		SD	5,56	2,68			
Wyzwanie	kontrolna	M	9,42	9,53	2,02	2,100	0,138
		SD	3,86	3,61			
	eksperymentalna 1	M	10,83	11,11			
		SD	3,40	3,67			
	eksperymentalna 2	M	10,32	12,00			
		SD	3,28	2,62			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna

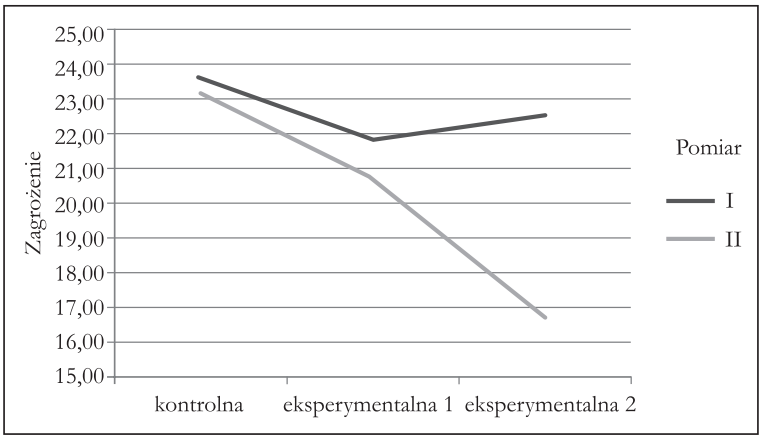
TABELA 6. Średnie wskaźników ocen w obu fazach pomiaru w trzech porównywanych grupach wraz z testem istotności statystycznej

Oceny	Grupa		Faza pomiaru				
			I	II	F	Df	P
Zagrożenie	kontrolna	M	23,62	23,15	6,76	2,95	0,002
		SD	6,61	6,52			
	eksperymentalna 1	M	21,82	20,76			
		SD	6,57	7,26			
	eksperymentalna 2	M	22,58	16,77			
		SD	6,86	4,55			
Wyzwanie	kontrolna	M	32,00	32,85	10,47	2,94	0,000
		SD	6,83	6,71			
	eksperymentalna 1	M	31,12	36,12			
		SD	6,22	6,27			
	eksperymentalna 2	M	32,45	39,84			
		SD	6,53	4,30			
Strata	kontrolna	M	14,32	14,53	9,51	2,96	0,000
		SD	4,56	4,16			
	eksperymentalna 1	M	14,03	12,94			
		SD	4,16	4,59			
	eksperymentalna 2	M	13,65	10,16			
		SD	4,36	2,49			

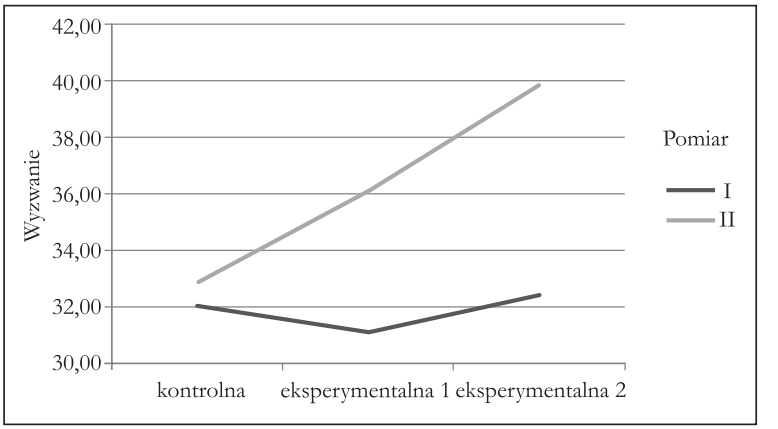
M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna

Na rycinach 4–6 przedstawiono średnie wartości analizowanych wskaźników.

Średnia wartość poziomu oceny zagrożenia otrzymana w II pomiarze była niższa od średniej wartości otrzymanej w I pomiarze wyłącznie w drugiej grupie eksperymentalnej, $F(1,30) = 28,18$, $p < 0,001$, d = 0,65. Różnice między I i II pomiarem otrzymane w grupie kontrolnej, $F(1,33) = 0,19$, $p > 0,05$, i w pierwszej grupie eksperymentalnej, $F(1,32) = 0,83$, $p > 0,05$, były nieistotne statystycznie.



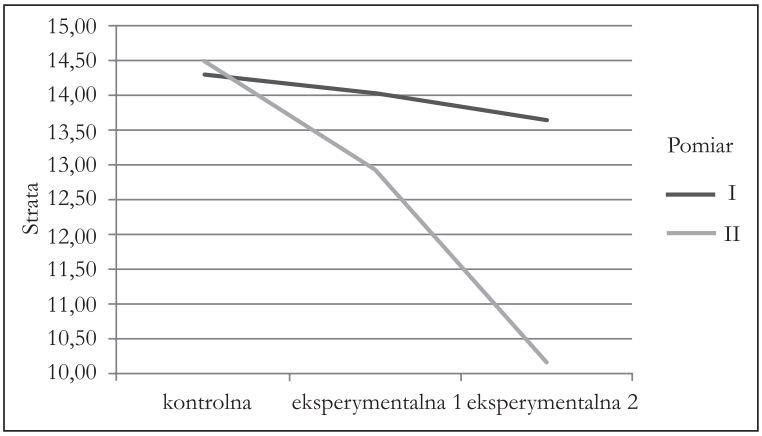
RYCINA 4. Średnie wartości nasilenia oceny zagrożenia w dwóch pomiarach w porównywanych grupach



RYCINA 5. Średnie wartości nasilenia oceny wyzwania w dwóch pomiarach w porównywanych grupach

Średnie wartości nasilenia oceny wyzwania w I i II pomiarze w grupie kontrolnej były do siebie zbliżone, $F(1,32) = 0,06$, $p > 0,05$, natomiast w pierwszej grupie eksperymentalnej, $F(1,32) = 17,91$, $p < 0,001$, d = 0,80, i w drugiej grupie eksperymentalnej, $F(1,30) = 52,35$, $p < 0,001$, d = 1,34, średnia wartość oceny wyzwania była wyższa w II pomiarze niż w I.

Średnie wartości nasilenia oceny straty w I i II pomiarze w grupie kontrolnej były do siebie zbliżone, $F(1,33) = 0,11$, $p > 0,05$, natomiast w pierwszej grupie eksperymentalnej, $F(1,33) = 4,84$, $p < 0,05$, d = 0,25, i w drugiej grupie eksperymentalnej, $F(1,30) = 26,27$, $p < 0,001$, d = 0,98, średnia wartość oceny straty była niższa w II pomiarze niż w I.



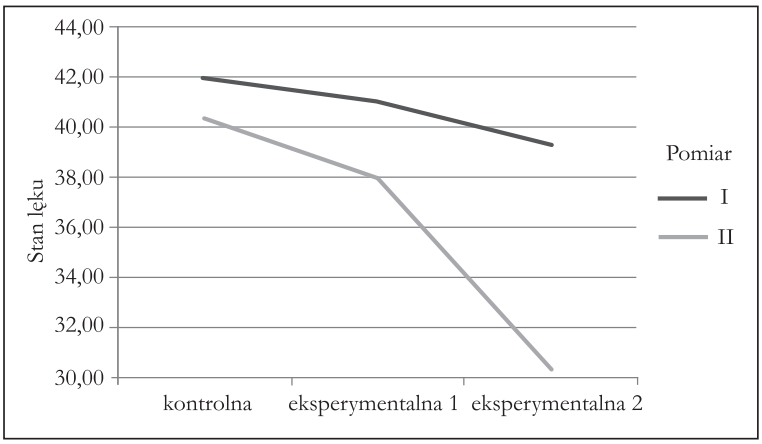
RYCINA 6. Średnie wartości nasilenia oceny straty w dwóch pomiarach w porównywanych grupach

7.5.4. Lęk – cecha i stan

W tabeli 7 przedstawiono średnie wartości wskaźników lęku w obu fazach pomiaru w trzech porównywanych grupach. Zestawienie uzupełniono wynikami testu istotności statystycznej efektu interakcyjnego w analizie wariancji z powtarzanymi pomiarami.

Na rycinie 7 przedstawiono średnie wartości wskaźników lęku stanu.

Średnie wartości nasilenia stanu lęku w I i II pomiarze w grupie kontrolnej były do siebie zbliżone, $F(1,33) = 1,27$, $p > 0,05$, natomiast w pierwszej grupie eksperymentalnej, $F(1,33) = 3,35$, $p = 0,076$, d = 0,31 i w drugiej grupie



RYCINA 7. Średnie wartości nasilenia stanu lęku w dwóch pomiarach w porównywanych grupach

TABELA 7. Średnie wskaźników lęku – stanu i cechy w obu fazach pomiaru w trzech porównywanych grupach wraz z testem istotności statystycznej

Lęk – stan i cecha	Grupa		Faza pomiaru				
			I	II	F	Df	P
Stan Lęku	kontrolna	M	41,94	40,32	5,23	2,96	0,007
		SD	14,00	13,02			
	eksperymentalna 1	M	41,06	37,94			
		SD	10,58	9,28			
	eksperymentalna 2	M	39,32	30,35			
		SD	13,43	6,90			
Cecha Lęku	kontrolna	M	43,29	43,32	0,21	2,91	0,814
		SD	9,92	9,66			
	eksperymentalna 1	M	44,13	43,09			
		SD	8,47	8,73			
	eksperymentalna 2	M	42,71	42,16			
		SD	10,05	9,42			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna

eksperymentalnej, $F(1,30) = 22,59$, $p < 0,001$, d = 0,84, średnia wartość nasilenia stanu lęku była niższa w II pomiarze niż w I.

Wykonano również dodatkową analizę statystyczną mającą wykazać ewentualne znaczenie uwarunkowań indywidualnych (lęk jako cecha) dla efektywności stosowanych interwencji. Wykazano, że dla zmiennej lęk jako stan istotną statystycznie współzmienną było nasilenie cechy lęku, $F(1,85) = 21,67$, $p < 0,001$. Stwierdzono, że nasilenie cechy lęku korelowało ujemnie z różnicą między II i I pomiarem stanu lęku w pierwszej grupie eksperymentalnej, $r(30) = -0,46$, $p < 0,01$, i w drugiej grupie eksperymentalnej, $r(30) = -0,75$, $p < 0,001$.

7.5.5. Porównania międzygrupowe

W tabeli 8 przedstawiono średnie wartości wskaźników akceptacji własnej choroby, poczucia własnej skuteczności, emocji, oceny sytuacji i lęku otrzymanych w I pomiarze w trzech porównywanych grupach wraz z wartościami jednoczynnikowej analizy wariancji. Nie zanotowano różnic istotnych statystycznie.

TABELA 8. Średnie wartości wskaźników akceptacji własnej choroby, poczucia własnej skuteczności, emocji, oceny sytuacji i lęku otrzymanych w I pomiarze w trzech porównywanych grupach wraz z testem istotności statystycznej

Zmienne			Grupa					
			K	E1	E2			
			n = 35	n = 36	n = 31	F	Df	P
Akceptacja Choroby		M	24,29	22,66	22,39	0,67	2,98	0,515
		SD	6,88	7,32	7,80			
Poczucie własnej skuteczności		M	30,51	29,71	31,32	0,85	2,97	0,431
		SD	5,46	4,42	5,04			
Emocje	Zagrożenie	M	12,72	13,31	12,19	0,29	2,100	0,752
		SD	5,73	6,48	5,79			
	Korzyść	M	15,22	16,31	16,23	0,68	2,100	0,509
		SD	3,94	4,48	4,63			
	Krzywda/ strata	M	8,92	9,31	8,68	0,12	2,100	0,891
		SD	5,27	5,49	5,56			
	Wyzwanie	M	9,42	10,83	10,32	1,48	2,100	0,232
		SD	3,86	3,40	3,28			
Ocena	Zagrożenie	M	23,62	21,71	22,58	0,70	2,96	0,498
		SD	6,61	6,51	6,86			
	Wyzwanie	M	32,00	31,32	32,45	0,25	2,95	0,782
		SD	6,83	6,24	6,53			
	Strata	M	14,32	14,00	13,65	0,20	2,97	0,821
		SD	4,56	4,10	4,36			
Lęk	Stan Lęku	M	41,94	40,80	39,32	0,35	2,97	0,709
		SD	14,00	10,54	13,43			
	Cecha Lęku	M	43,56	44,24	42,71	0,21	2,93	0,810
		SD	9,88	8,37	10,05			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testu; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna; E1 – grupa eksperymentalna 1; E2 – grupa eksperymentalna 2; K – grupa kontrolna

TABELA 9. Średnie wartości wskaźników zachowań zdrowotnych, akceptacji własnej choroby, poczucia własnej skuteczności, emocji, oceny sytuacji i lęku otrzymanych w II pomiarze w trzech porównywanych grupach wraz z testem istotności statystycznej

Zmienne			Grupa					
			K	E1	E2			
			n = 35	n = 36	n = 31	F	Df	P
Akceptacja Choroby		M	27,03	26,03	31,19	5,14**	2,99	0,008
		SD	7,85	7,14	5,27			
Poczucie własnej skuteczności		M	30,63	31,08	33,45	3,82*	2,99	0,025
		SD	5,17	4,17	3,69			
Emocje	Zagrożenie	M	12,81	10,42	9,10	4,56*	2,100	0,013
		SD	6,02	5,37	3,41			
	Korzyść	M	16,19	18,11	18,94	4,82*	2,100	0,010
		SD	4,83	3,32	2,56			
	Krzywda/ strata	M	8,44	7,50	6,23	2,51	2,100	0,086
		SD	4,72	4,27	2,68			
	Wyzwanie	M	9,53	11,11	12,00	4,69*	2,100	0,011
		SD	3,61	3,67	2,62			
Ocena	Zagrożenie	M	23,08	20,66	16,77	8,25***	2,99	0,001
		SD	6,96	7,06	4,55			
	Wyzwanie	M	32,00	31,32	32,45	0,25	2,95	0,782
		SD	6,83	6,24	6,53			
	Strata	M	14,46	12,80	10,16	10,14***	2,98	0,001
		SD	4,12	4,59	2,49			
Lęk	Stan Lęku	M	40,72	38,17	30,35	9,25***	2,99	0,001
		SD	12,95	9,24	6,90			
	Cecha Lęku	M	43,82	42,48	42,16	0,28	2,94	0,755
		SD	9,57	9,28	9,42			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testu; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna; E1 – grupa eksperymentalna 1; E2 – grupa eksperymentalna 2; K – grupa kontrolna

W tabeli 9 przedstawiono średnie wartości wskaźników akceptacji własnej choroby, poczucia własnej skuteczności, emocji, oceny sytuacji i lęku otrzymanych w II pomiarze w trzech porównywanych grupach wraz z wartościami jednoczynnikowej analizy wariancji.

Na podstawie wartości testów kontrastów stwierdzono, że istotne statystycznie różnice między grupą eksperymentalną pierwszą a grupą kontrolną zachodziły w zakresie emocji zagrożenia, $t(69{,}12) = 1{,}78$, $p = 0{,}080$, emocji korzyści, $t(62) = -1{,}96$, $p = 0{,}054$, i emocji wyzwania, $t(100) = -1{,}99$, $p < 0{,}05$. Średnie wartości nasilenia emocji korzyści i wyzwania były wyższe w grupie eksperymentalnej pierwszej niż w grupie kontrolnej, natomiast średnia wartość nasilenia emocji zagrożenia była niższa w grupie eksperymentalnej pierwszej niż w grupie kontrolnej.

Opierając się również na wartościach testów kontrastów, stwierdzono, że istotne statystycznie różnice między grupą eksperymentalną drugą a grupą kontrolną dotyczyły akceptacji choroby, $t(99) = -2{,}45$, $p < 0{,}05$, poczucia własnej skuteczności, $t(99) = -2{,}59$, $p < 0{,}05$, emocji zagrożenia, $t(56{,}75) = 3{,}16$, $p < 0{,}005$, emocji korzyści, $t(54{,}69) = -2{,}60$, $p < 0{,}01$, krzywdy/straty, $t(100) = 2{,}24$, $p < 0{,}05$, wyzwania, $t(100) = -3{,}00$ $p < 0{,}005$, oceny zagrożenia, $t(99) = 4{,}05$, $p < 0{,}01$ i straty, $t(98) = 4{,}48$, $p < 0{,}01$, a także nasilenia stanu lęku stanu, $t(99) = 4{,}17$, $p = 0{,}01$. Średnie wartości akceptacji własnej choroby i poczucia własnej skuteczności również były wyższe w grupie eksperymentalnej drugiej. Średnie wartości nasilenia emocji korzyści i wyzwania były wyższe w grupie eksperymentalnej drugiej, natomiast średnie wartości nasilenia emocji zagrożenia i krzywdy/straty były wyższe w grupie kontrolnej. Średnie wartości oceny zagrożenia i straty oraz poziomu stanu lęku były niższe w grupie eksperymentalnej drugiej niż w grupie kontrolnej.

7.6. Omówienie wyników

Średnie wartości poziomu akceptacji choroby otrzymane w II pomiarze były wyższe od średnich wartości otrzymanych w I pomiarze. W grupie kontrolnej różnica między średnim poziomem akceptacji w I pomiarze a poziomem w II pomiarze wyniosła 2,74; w grupach eksperymentalnych pierwszej i drugiej odpowiednio 3,34 i 8,8.

Wzrost poziomu tej zmiennej w grupie kontrolnej może świadczyć o niespecyficznym wpływie procedury badawczej na akceptację choroby lub działaniu innych czynników, które znajdowały się poza kontrolą badacza. Specyficzny wpływ rozszerzonej wersji interwencji był jednak bardziej wyraźny niż oddziaływanie niespecyficznych czynników, gdyż w drugiej grupie eksperymentalnej poziom akceptacji choroby był w II fazie pomiaru istotnie wyższy niż

w grupie kontrolnej. Można zatem stwierdzić, że hipoteza I została potwierdzona częściowo, mianowicie w zakresie zakładanego wpływu interwencji poznawczo-narracyjnej.

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że oba warianty interwencji psychologicznej, zarówno pierwszy, jak i drugi, wpłynęły korzystnie na akceptację sytuacji choroby i leczenia odbiorców oddziaływań. Fakt, że jednak tylko w drugiej grupie eksperymentalnej poziom akceptacji choroby był w II pomiarze wyższy niż w grupie kontrolnej, może wskazywać, iż dwutorowe oddziaływania realizowane w ramach drugiego wariantu interwencji prawdopodobnie są bardziej skuteczne. Drugi wariant interwencji, oprócz oddziaływań związanych z metaforami terapeutycznymi, wykorzystuje zdolność jednostki do budowania autonarracji. Tematy, które były poruszane w rozmowach z pacjentami w ramach drugiej interwencji, to m.in.: analiza najważniejszych obszarów w życiu; budowanie ich hierarchii; ocena stopnia wpływu choroby i leczenia na poszczególne obszary; analiza swoich zalet i osiągnięć.

Analiza wymienionych obszarów tematycznych może sprzyjać rekonstrukcji ocen własnej sytuacji (Trzebiński, 2002). Wielu autorów wskazuje także, iż narracyjne strukturalizowanie ważnych dla jednostki przeżyć jest bardzo istotnym czynnikiem w kontekście radzenia sobie i adaptacji do trudnej sytuacji (McAdams, 2008; Meichenbaum, Fitzpatrick, 1993).

Podniesienie poziomu akceptacji choroby z pewnością jest ważnym efektem ze względu na ogromne znaczenie przystosowania do długotrwałej sytuacji leczenia. Przede wszystkim daje możliwość podejmowania konstruktywnych działań oraz doświadczania pozytywnych emocji (Nakamura, Orth, 2005; Revenson, Felton, 1989; Telford, Kralik, Koch, 2006).

Średnia wartość poziomu poczucia własnej skuteczności otrzymana w II pomiarze była wyższa od średniej wartości otrzymanej w I pomiarze wyłącznie w drugiej grupie eksperymentalnej. Różnice między I i II pomiarem otrzymane w grupie kontrolnej i w pierwszej grupie eksperymentalnej były nieistotne statystycznie. Jednocześnie tylko w drugiej grupie eksperymentalnej w II pomiarze poziom własnej skuteczności był wyższy niż w grupie kontrolnej. Oznacza to, iż hipoteza II została potwierdzona częściowo, mianowicie w zakresie zakładanego wpływu interwencji poznawczo-narracyjnej.

Można zatem wnioskować, iż rozbudowana wersja interwencji psychologicznej, czyli wariant drugi interwencji, korzystnie wpływa na poczucie własnej skuteczności.

Prawdopodobnie, tak jak w odniesieniu do akceptacji choroby, miała na to wpływ stymulacja autonarracji poprzez zachęcanie pacjentów do analizy wymienionych wcześniej tematów. Jak wskazują Schank i Abelson (1995), omawianie z innymi osobami własnych doświadczeń wpływa zwrotnie na treść wspomnień. Analiza poszczególnych aspektów własnej sytuacji umożliwia ich

reinterpretację (Morgan, 2000; Trzebiński, 2002). Można zatem zakładać, że ukierunkowanie tematyczne związane z drugim wariantem interwencji umożliwia przeformułowanie wielu aspektów własnych doświadczeń, między innymi związanych z sytuacją leczenia, w kierunku zwiększenia poczucia wpływu na własne życie.

Z uwagi na fakt, iż jednym z kryteriów doboru tematów do rozmów z pacjentami było ukierunkowanie ich na posiadane zasoby (wewnątrzpodmiotowe i zewnątrzpodmiotowe), efektem jest większe natężenie percepcji siebie jako osoby zdolnej do podejmowania adekwatnych działań zaradczych (Poprawa, 2001; Schwarzer, 2001).

Na podstawie literatury przedmiotu można zakładać, że z akceptacją choroby oraz poczuciem własnej skuteczności powiązana jest ocena poznawcza sytuacji choroby i leczenia oraz doświadczane emocje (Folkman, Moskowitz, 2006; Parkerson, Gutman, 1997; Abraido-Lanza, Vásquez, Echeverria, 2004; Treharne i in., 2007).

W badaniach uzyskano potwierdzenie wielu związków między tymi zmiennymi. Stwierdzono między innymi, że poczucie własnej skuteczności koreluje dodatnio z akceptacją choroby, ujemnie natomiast z oceną sytuacji leczenia w kategoriach straty. Wykazano także, że poziom stanu lęku koreluje ujemnie z poczuciem własnej skuteczności i z oceną sytuacji w kategoriach wyzwania. Emocje związane z poczuciem straty, podobnie jak emocje zagrożenia, korelują ujemnie z poczuciem własnej skuteczności. Emocje korzyści natomiast korelują dodatnio z poczuciem własnej skuteczności i z oceną sytuacji w kategoriach wyzwania. Więcej informacji na temat relacji między poszczególnymi zmiennymi znajduje się w kolejnym podrozdziale. Najpierw jednak zostanie przedstawiona analiza zmian, jakie wystąpiły pomiędzy fazami pomiaru w zakresie emocji oraz oceny poznawczej.

W zakresie czterech grup emocji badanych przy użyciu Kwestionariusza Stanu Emocjonalnego opartego na koncepcji stresu Lazarusa i Folkman (1984) zmiany związane z interwencjami psychologicznymi odnotowano tylko w odniesieniu do emocji zagrożenia.

Średnie wartości nasilenia emocji zagrożenia w I i II pomiarze w grupie kontrolnej były zbliżone, natomiast w pierwszej i drugiej grupie eksperymentalnej średnia wartość nasilenia emocji zagrożenia była niższa w II pomiarze niż w I. Nasilenie emocji zagrożenia w II pomiarze było, zarówno w pierwszej, jak i drugiej grupie eksperymentalnej, mniejsze niż w grupie kontrolnej. Potwierdza to hipotezę III. Nie zostały natomiast potwierdzone hipotezy IV, V i VI, gdyż nie zmieniły się w sposób istotny emocje korzyści, krzywdy/straty i wyzwania.

Średnia wartość poziomu oceny zagrożenia otrzymana w II pomiarze była niższa od średniej wartości otrzymanej w I pomiarze wyłącznie w drugiej grupie eksperymentalnej. W II pomiarze wartość tej zmiennej była niższa w drugiej

grupie eksperymentalnej niż w grupie kontrolnej. Różnice między I i II pomiarem otrzymane w grupie kontrolnej i w pierwszej grupie eksperymentalnej były nieistotne statystycznie. Hipoteza VII została zatem potwierdzona częściowo, mianowicie w zakresie zakładanego wpływu interwencji poznawczo-narracyjnej.

Korzystny efekt uzyskano także w odniesieniu do oceny w kategorii straty, której nasilenie zmniejszyło się. Średnie wartości nasilenia oceny straty w I i II pomiarze w grupie kontrolnej były zbliżone, natomiast w pierwszej grupie eksperymentalnej i w drugiej grupie eksperymentalnej średnia wartość oceny straty była niższa w II pomiarze niż w I.

Zarówno w pierwszej, jak i drugiej grupie eksperymentalnej nasilenie oceny straty w II pomiarze było mniejsze niż w grupie kontrolnej. Została w związku z tym potwierdzona hipoteza IX.

Zwiększyło się natężenie oceny sytuacji jako wyzwania. Średnie wartości nasilenia oceny wyzwania w I i II pomiarze w grupie kontrolnej były do siebie zbliżone, natomiast w pierwszej i w drugiej grupie eksperymentalnej średnia wartość oceny wyzwania była wyższa w II pomiarze niż w I. Jednak nie stwierdzono w II pomiarze istotnych różnic między grupami eksperymentalnymi a grupą kontrolną w zakresie nasilenia oceny sytuacji jako wyzwania. Nie można zatem w pełni potwierdzić hipotezy VIII.

Uzyskane wyniki wskazują, iż oba warianty interwencji pozytywnie wpływają na percepcję własnej sytuacji związanej ze stanem zdrowia oraz procedurą leczenia. Wpływ rozszerzonego wariantu interwencji jest jednak bardziej wyraźny.

Interpretacja takiego efektu może być zbieżna z interpretacją zmian, jakie nastąpiły w zakresie akceptacji choroby oraz poczucia własnej skuteczności, gdyż konstrukty te są ze sobą częściowo powiązane, a zmiany w ich zakresie są prawdopodobnie pochodną poznawczej obróbki, reinterpretacji, bądź też uświadomienia sobie pewnych aspektów własnej sytuacji, głównie przeszłych i teraźniejszych, ale także przyszłych.

Kierunek zmian w zakresie oceny poznawczej może sugerować zwiększenie potencjału adaptacyjnego w odniesieniu do radzenia sobie z sytuacją przewlekłej choroby oraz związanego z nią leczenia (McAdams, 2008; Meichenbaum, Fitzpatrick, 1993).

Zmiana między I a II pomiarem została odnotowana w zakresie lęku stanu. Zmian nie zaobserwowano natomiast w odniesieniu do lęku jako cechy.

Średnie wartości nasilenia stanu lęku w I i II pomiarze w grupie kontrolnej były do siebie zbliżone, natomiast w pierwszej i w drugiej grupie eksperymentalnej średnia wartość nasilenia stanu lęku była niższa w II pomiarze niż w I. Jednak tylko w drugiej grupie eksperymentalnej w II pomiarze poziom lęku stanu był niższy niż w grupie kontrolnej.

Hipoteza X została w związku z tym potwierdzona w zakresie zakładanego wpływu interwencji poznawczo-narracyjnej oraz w zakresie oczekiwanego braku zmian lęku jako cechy.

Fakt odnotowania istotnej statystycznie zmiany w odniesieniu do lęku stanu, przy braku zmian w zakresie lęku cechy, jest zgodny z założeniami koncepcji Spielbergera (1966, za: Sosnowski, Wrześniewski, 1983). Koncepcja ta opiera się na podstawowym rozróżnieniu między lękiem rozumianym jako względnie stała cecha osobowości a lękiem rozumianym jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki. Istotne miejsce w koncepcji Spielbergera zajmuje problem wzajemnej relacji między cechą i stanem lęku. Oznacza to, że osoby o wysokim poziomie cechy lęku, w porównaniu z osobami o niskim jej nasileniu, nie muszą w sposób stały (chroniczny) przejawiać wyższego poziomu stanu lęku. Będą go natomiast przejawiać w sytuacjach charakteryzujących się odpowiednio wysokim nasileniem czynników zagrażających. Istotną, definicyjną właściwością cechy lęku jest natomiast jej duża stabilność w czasie. Co ciekawe, wykazano również, że lęk jako cecha był istotną statystycznie współzmienną dla lęku stanu. Stwierdzono, że nasilenie cechy lęku korelowało ujemnie z różnicą między II i I pomiarem stanu lęku w obu grupach eksperymentalnych. W związku z tym lęk jako cecha może być traktowany jako indywidualny predyktor skuteczności omawianych interwencji (poznawczej i poznawczo-narracyjnej) w zakresie redukcji lęku jako stanu. Im większe nasilenie lęku jako cechy, tym mniejsze efekty przynoszą obie te interwencje.

Można również stwierdzić, że oba komponenty emocjonalne, które zmieniły się w rezultacie zastosowania interwencji, czyli lęk jako stan oraz emocje zagrożenia, są do siebie treściowo zbliżone.

Łączy je także osadzenie w tym samym nurcie teoretycznym. Konstrukt emocje zagrożenia jest osadzony w nurcie poznawczym Richarda Lazarusa, natomiast w sposobie postrzegania lęku przez Charlesa D. Spielbergera (1972, 1975, za: Sosnowski, Wrześniewski, 1983) doniosłą rolę odgrywają procesy poznawcze.

Na podstawie uzyskanych wyników można mówić o zmniejszeniu dyskomfortu emocjonalnego poprzez zmniejszenie natężenia negatywnych emocji. Obniżenie negatywnego afektu jest przez wielu autorów oceniane jako efekt adaptacyjnego radzenia sobie (Abraido-Lanza i in., 2004; Revenson, Felton, 1989; Zautra i in., 1995).

Nie oznacza to jednak automatycznego wzrostu nasilenia emocji pozytywnych. Wynik ten jest zbieżny ze współczesnymi doniesieniami na temat niezależności do pewnego stopnia emocji pozytywnych i negatywnych (Feldman, Barrett, Russell, 1998; Folkman, Moskowitz, 2000; Russell, Carroll, 1999; Viney, 1986; Wortman, Silver, 1987).

Badacze podkreślają, iż w odniesieniu do chronicznego stresu istotne jest analizowanie współwystępowania emocji pozytywnych i negatywnych w dłuż-

szej perspektywie czasu. Ważna jest także świadomość, iż optymalne oddziaływania psychologiczne związane ze stanem emocjonalnym powinny przebiegać dwutorowo. Dlatego ważne są badania wskazujące, jakie treści oddziaływań psychologicznych obniżają negatywne emocje, a jakie mogą zwiększać intensywność emocji pozytywnych (Folkman, Moskowitz, 2000; Folkman, 2009; Fredrickson, 1998, 2001, 2003).

Warto wspomnieć, że część omawianych w niniejszym rozdziale wyników uzyskała potwierdzenie również w badaniach innej autorki. Częściową replikację przedstawionych wyników wykonała Kamila Podosek (2011). Autorka wykorzystała wariant pierwszy przedstawionych w niniejszym rozdziale interwencji, czyli interwencję poznawczą. Uzyskała wyniki świadczące o wpływie interwencji psychologicznej na ocenę sytuacji choroby i leczenia. Odnotowano bowiem zmniejszenie nasilenia oceny sytuacji jako zagrożenia i krzywdy/straty.

7.7. Podsumowanie

Na podstawie prezentowanych badań można stwierdzić, że zastosowana interwencja psychologiczna pozytywnie wpłynęła na percepcję własnej sytuacji zdrowotnej oraz własnych zdolności zaradczych w badanej grupie pacjentów. Bardziej wyraźny był wpływ drugiego wariantu interwencji, która oprócz oddziaływań związanych z metaforami terapeutycznymi wykorzystywała zdolność jednostki do budowania autonarracji. Analiza przez pacjentów wybranych do omówienia obszarów tematycznych sprzyjała prawdopodobnie rekonstrukcji ocen własnej sytuacji. Wielu autorów wskazuje, że jest to istotny czynnik w kontekście adaptacji do trudnej sytuacji (McAdams, 2008; Meichenbaum, Fitzpatrick, 1993; Trzebiński, 2002).

Zastosowanie prezentowanych interwencji psychologicznych pozwoliło wpłynąć również na stan emocjonalny pacjentów. Wpływ ten był jednak bardziej wyraźny w odniesieniu do emocji negatywnych, a efekt zmniejszenia ich natężenia był związany przede wszystkim z rozbudowaną wersją interwencji – interwencją poznawczo-narracyjną.

Znaczenie stanu emocjonalnego w adaptacyjnym radzeniu sobie, szczególnie w warunkach długotrwałego stresu, podkreśla współcześnie wielu autorów (Folkman, Moskowitz, 2004, 2006; Fredrickson, 1998, 2006).

Oznacza to, że warto kontynuować badania naukowe dotyczące wpływu interwencji psychologicznych na samopoczucie osób przewlekle chorych, podejmując próby zintensyfikowania oddziaływań w zakresie doświadczania przez pacjentów pozytywnych emocji, a także konstruktywnej percepcji własnej sytuacji choroby i leczenia. Taką próbę stanowią prezentowane w rozdziale 9 badania nad zastosowaniem interwencji hedonistycznej i eudajmonistycznej.

ROZDZIAŁ 8

Relacje między oceną poznawczą, poczuciem własnej skuteczności, emocjami oraz akceptacją choroby

Zanim zaprezentowane zostaną badania efektów zastosowania kolejnych modyfikacji interwencji psychologicznych w wariancie eudajmonistycznym i hedonistycznym, omówione będą związki między zmiennymi uwzględnionymi w poprzednich badaniach.

Poddano analizie zależności między poczuciem własnej skuteczności, oceną sytuacji, akceptacją choroby i emocjami w I fazie badania, z uwzględnieniem wszystkich trzech grup osób badanych. Chodziło o zobrazowanie struktury relacji między wymienionymi zmiennymi na poziomie wyjściowym, czyli przed poddaniem osób badanych oddziaływaniom związanym z interwencjami psychologicznymi.

Na podstawie literatury przedmiotu przytoczonej w części teoretycznej (m.in. Bandura, 1977/2007; Lazarus, Folkman, 1984, 1987; Lazarus, 1993a, b) przyjęto, że zmiennymi wyjaśniającymi są: ocena sytuacji oraz poczucie własnej skuteczności. Natomiast zmiennymi wyjaśnianymi są: akceptacja choroby oraz doświadczane emocje (Beck, Freeman, Davis, 2004; Ellis, 1998; Juczyński, 2009; Nakamura, Orth, 2005).

Kluczową rolę w dynamice radzenia sobie ze stresem pełni ocena poznawcza sytuacji, która polega na ustaleniu relacji między wymaganiami, ograniczeniami i zasobami otoczenia a indywidualnymi cechami jednostki. Proces nadawania znaczenia danej transakcji, wartościowania własności sytuacji nazywany jest oceną pierwotną. Natomiast proces, w którym wartościowaniu podlegają zasoby, możliwości podmiotu, określany jest jako ocena wtórna (Lazarus, 1980, 1993a, b).

Procesy składające się na ocenę pierwotną i wtórną są współzależne. Jedyna zachodząca między nimi różnica dotyczy treści, do jakich się odnoszą. Oceny pierwotna i wtórna współtworzą pełny obraz właściwości sytuacji oraz możliwości jej modyfikacji (Smith, Lazarus, 1990; Lazarus, 1993a). Zdaniem

Schwarzera (Schwarzer, Taubert, 1999), ze względu na to, że oba rodzaje ocen często występują jednocześnie, zamiast określeń pierwotna i wtórna bardziej trafne byłoby stosowanie terminów ocena wymagań oraz ocena zasobów. Zatem z oceną poznawczą, zwłaszcza wtórną, ściśle wiąże się poczucie własnej skuteczności. Dotyczy ono bowiem wiary we własne zdolności do organizowania i wykonywania działań niezbędnych do realizowania swoich zamierzeń (Bandura, 1977/2007).

Dlatego obie te zmienne mają w niniejszej analizie status zmiennych wyjaśniających. Zmiennymi wyjaśnianymi są natomiast emocje i akceptacja choroby, gdyż można zakładać, że ich poziom jest pochodną przedstawionych zmiennych wyjaśniających.

Obliczenia wykonane zostały za pomocą pakietu statystycznego SPSS for Windows, wersja 20.0 PL i AMOS 6.

Wykorzystano modelowanie równań strukturalnych w postaci analizy ścieżek. Uzyskany model przedstawia rycina 8.

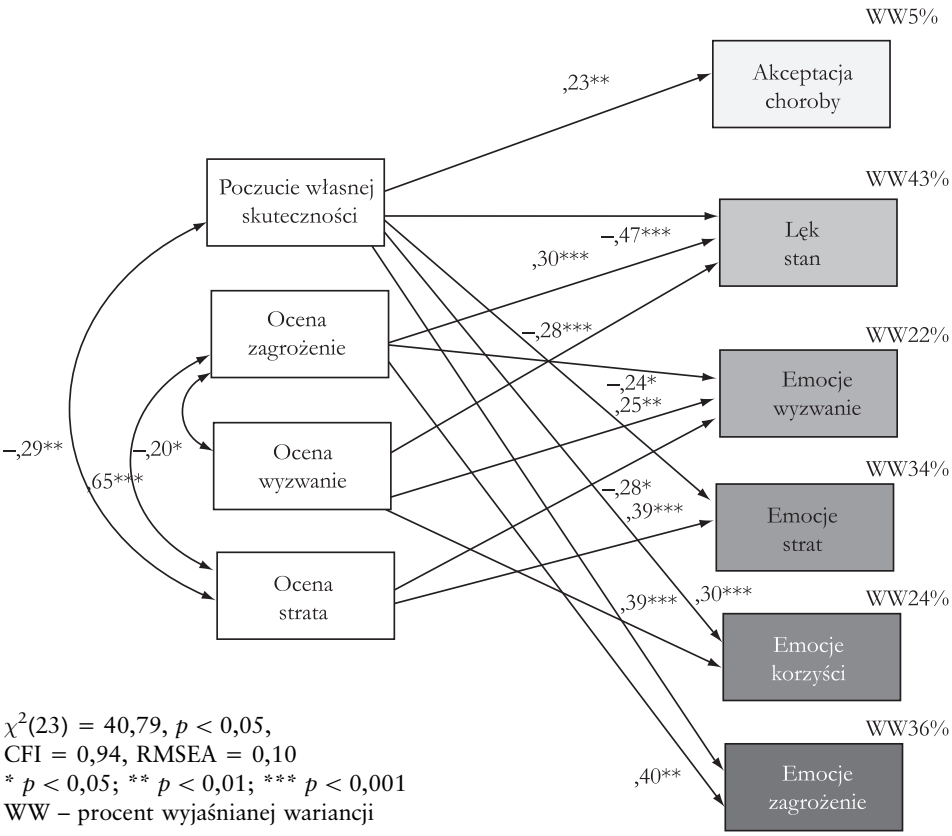
Wartość testu chi-kwadrat wynosiła $\chi^2(23) = 40{,}79, p < 0{,}05$. Wartości indeksów dopasowania otrzymane dla modelu wynosiły CFI = 0,94, RMSEA = = 0,1.

Należy zwrócić uwagę, że co prawda test chi-kwadrat wskazuje na istotne statystycznie różnice między modelem a uzyskanymi wynikami, jednak, zgodnie z obecną tendencją w statystyce, w ocenie modelu wzięto pod uwagę indeksy dopasowania CFI oraz RMSEA i na ich podstawie sformułowano wniosek o optymalnym dopasowaniu modelu do otrzymanych wyników. Jest to zgodne z zaleceniami między innymi Barbary M. Byrne (2010, s. 76), która zwraca uwagę na trudności interpretacyjne, jakie są związane ze statystyką chi-kwadrat w odniesieniu do modelowania równań strukturalnych. Rycina 8 przedstawia wszystkie związki między zmiennymi, które osiągnęły poziom istotności statystycznej.

Omówienie wyników

Ocena poznawcza oraz poczucie własnej skuteczności mają w niniejszym modelu status zmiennych wyjaśniających, dlatego w pierwszej kolejności zostaną omówione związki w obrębie tej grupy zmiennych.

Ocena sytuacji choroby i leczenia jako zagrożenia była dodatnio skorelowana z oceną jako stratą, natomiast ujemnie z oceną w kategoriach wyzwania. Jest to zgodne z założeniami teoretycznymi związanymi z treścią wymienionych konstruktów (Lazarus, Folkman, 1984, 1987; Lazarus, 1993a, b; Heszen-Niejodek, Januszek, Gruszczyńska, 2001). Poczucie własnej skuteczności było natomiast ujemnie skorelowane z oceną jako stratą, co również jest zgodne



RYCINA 8. Model zależności między oceną poznawczą, poczuciem własnej skuteczności, emocjami i akceptacją choroby

z przesłankami na ten temat pochodzącymi z literatury przedmiotu (Bandura, 1977/2007; Lazarus, Folkman, 1984, 1987; Lazarus, 1993a, b).

Następnie stwierdzono, że poczucie własnej skuteczności jest dodatnio skorelowane z akceptacją choroby i z emocjami korzyści, a ujemnie skorelowane z lękiem stanem, z emocjami straty i z emocjami zagrożenia.

Uzyskane wyniki potwierdzają pozytywną rolę przypisywaną w literaturze przedmiotu poczuciu własnej skuteczności (Bandura, 1977/2007). W sytuacji długoterminowego leczenia zapobiega ono doświadczaniu negatywnych emocji, sprzyja emocjom pozytywnym, a także ułatwia osobom dializowanym zaakceptowanie własnej sytuacji.

Ocena sytuacji choroby i leczenia jako zagrożenia koreluje dodatnio z lękiem stanem, emocjami zagrożenia, a ujemnie – z emocjami wyzwania. Potwierdza to założenia związane ze specyfiką tych zmiennych (Lazarus, Folkman, 1984;, 1987; Spielberger, 1985). Można stwierdzić, że im bardziej osoby prze-

wlekle chore oceniają swoją sytuację jako zagrożenie, tym większe prawdopodobieństwo przeżywania lęku, a jednocześnie mniejsza szansa na doświadczanie emocji wyzwania. Podobne są konsekwencje oceniania sytuacji jako straty, która to ocena jest dodatnio związana z emocjami straty, a ujemnie z emocjami wyzwania. Ocena sytuacji choroby i leczenia jako wyzwania jest natomiast dodatnio skorelowana z emocjami wyzwania i korzyści, a ujemnie z lękiem stanem.

Relacje między zmiennym są w dużym stopniu zgodne z przesłankami teoretycznymi (Beck, Freeman, Davis, 2004; Ellis, 1998; Lazarus, Folkman, 1984, 1987; Lazarus, 1993a, b). Zauważyć można również, że ocena poznawcza sytuacji wraz z poczuciem własnej skuteczności wyjaśniają większy zakres zmienności emocji negatywnych niż pozytywnych. Z jednej strony potwierdza to tezę o częściowej niezależności emocji pozytywnych i negatywnych (Bargiel-Matusiewicz, Kroemeke, Polańska, 2013; Folkman, Moskowitz, 2000; Feldman Barrett, Russell, 1998; Russell, Carroll, 1999; Viney, 1986; Wortman, Silver, 1987). Z drugiej strony może to wskazywać na istnienie większej różnorodności czynników przyczyniających się do doświadczania pozytywnych emocji. Badania dotyczące możliwości generowania pozytywnych stanów emocjonalnych prezentowane są w dalszej części książki.

9.1. Uzasadnienie podjęcia badań oraz procedura badawcza
9.2. Hipotezy
9.3. Charakterystyka grupy badawczej
9.4. Opis narzędzi badawczych
9.5. Uzyskane wyniki
9.5.1. Stan emocjonalny
9.5.2. Ocena sytuacji choroby i dializoterapii
9.5.3. Zadowolenie z życia i akceptacja choroby
9.5.4. Strategie radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą
9.6. Omówienie wyników
9.7. Podsumowanie

R O Z D Z I A Ł 9

Zastosowanie interwencji hedonistycznej i eudajmonistycznej

9.1. Uzasadnienie podjęcia badań oraz procedura badawcza

W niniejszym rozdziale zostaną zaprezentowane badania przedstawiające dynamikę zmian wybranych zmiennych psychologicznych jako efektu zastosowania kolejnych autorskich interwencji psychologicznych w grupie pacjentów poddawanych dializoterapii.

Podczas konstruowania modelu badawczego oraz zmodyfikowanych wersji interwencji psychologicznych wykorzystano wiele założeń teoretycznych i wyników badań przedstawionych w pierwszej części książki, a także wnioski płynące z dotychczasowych badań własnych.

We współczesnych badaniach dotyczących radzenia sobie ze stresem coraz większą wagę przypisuje się pozytywnym emocjom doświadczanym przez podmiot. Ich rola jest szczególnie podkreślana w kontekście adaptacyjnego radzenia sobie w warunkach chronicznego stresu (Folkman, Moskowitz, 2000, 2004, 2006; Fredrickson, 2006). Dlatego interesującą kwestią jest poszukiwanie czynników umożliwiających pozytywne przewartościowanie i doświadczanie pozytywnych emocji. Jednym ze sposobów ich kształtowania może być interwencja psychologiczna (Folkman, Moskowitz, 2004). Konieczność weryfikacji skutków oddziaływań interwencji psychologicznych odnoszących się do przebiegu radzenia sobie ze stresem podkreślają m.in.: Diener, Lucas, Oishi (2005), Fordyce (1983), Seligman, Reivich, Jaycox, Gillham (1995).

Inspiracji do konstruowania interwencji psychologicznej można szukać w psychologii pozytywnej, zajmującej się uwarunkowaniami dobrostanu psychicznego, szczęścia. Poszukiwania te przebiegają w ramach dwóch nurtów: hedonistycznego i eudajmonistycznego.

Zwolennicy nurtu hedonistycznego koncentrują się przede wszystkim na: nastroju, bilansie doznań emocjonalnych, poczuciu satysfakcji (Diener, Lucas, 1999; Diener, Lucas, Oishi 2005; Trzebińska, 2008).

Nurt hedonistyczny zapoczątkowany przez filozofa, Arystypa z Cyreny, ewoluował w kolejnych epokach. Utylitaryści za podstawę dobrego życia uznali obecność przyjemności i brak doznań negatywnych. Charakterystyczne dla nurtu hedonistycznego jest założenie, że każdy jest sędzią we własnej sprawie i sam ustala kryteria przyjemności, spełnienia, dobra (Czapiński, 2005a, b, c, 2007).

Od początku nurt ten dominował w badaniach empirycznych nad dobrostanem, ze względu na łatwiejszą weryfikację empiryczną. Metodami wykorzystywanymi przez psychologów hedonistycznych są kwestionariusze, próbki doświadczeń, analiza stosunku pozytywnych wspomnień do negatywnych, sprawozdania osób trzecich (Diener, Lucas, Oishi, 2005).

Eudajmonia to, według starożytnych Greków, doskonałość jednostki, szczęście. Miarą szczęścia jest samorealizacja, życie według podstawowych cnót.

Jako pierwszy współczesny psycholog nurtem eudajmonistycznym zainteresował się Martin Seligman (2002a, b). Przedstawiciele nurtu eudajmonistycznego interesują się: poczuciem sensu, hierarchią wartości, wytyczaniem długofalowych celów (Ryff, 1989; Seligman, 2002a, b). W tym nurcie subiektywny dobrostan, rozumiany jako poczucie sensu i znaczenia życia, nie musi współgrać z bilansem emocjonalnych doświadczeń. Zależy on od poznawczej transformacji doświadczeń jednostki, zgodnie z jej celami i hierarchią wartości (Czapiński, 2005a, b). Zgodnie z poglądami Seligmana (2002a, b), oprócz pozytywnych emocji (uznawanych przez badaczy z nurtu hedonistycznego), istnieją jeszcze dwie postaci szczęścia: poczucie sensu i zaangażowanie.

Inspiracją do prac nad interwencją psychologiczną były także interwencje stosowane wobec osób chorych somatycznie. Grupami, do których są one najczęściej adresowane, są pacjenci kardiologiczni oraz onkologiczni (Cosette, Frasure-Smith, Lespérance, 2001; Linden, Stossel, Maurice, 1996; Trzcieniecka-Green, Steptoe, 1996). Wobec pacjentów dializowanych podjęto jedynie nieliczne próby stosowania interwencji psychologicznych (Bargiel-Matusiewicz, Duława, 2005; Bargiel-Matusiewicz, Trzcieniecka-Green, Kozłowska, 2011; Tsay, Lee, Lee, 2005).

W badaniach omawianych w niniejszym rozdziale wykorzystano dwa rodzaje interwencji psychologicznej, skierowanych do osób chorych somatycznie, wywodzące się z omówionych nurtów: eudajmonistyczną i hedonistyczną.

Opracowano je w ramach projektu badawczego „Proces radzenia sobie z chronicznym stresem związanym z chorobą somatyczną. Możliwość zastosowania interwencji psychologicznej" (Grant MNiSW: N N106 069935). Inspiracją do skonstruowania interwencji były przede wszystkim: współczesna koncepcja transakcyjna stresu psychologicznego oraz nurt psychologii pozytywnej, w ramach którego prowadzone są badania nad korelatami szczęścia, dobrostanu psychicznego. W obrębie tego drugiego obszaru rozwijają się: (1) nurt hedonistyczny, którego przedstawiciele skupiają się na nastroju, bilansie

doznań emocjonalnych oraz (2) nurt eudajmonistyczny akcentujący znaczenie poczucia sensu, hierarchii wartości, długofalowych celów.

Interwencje zaplanowano w taki sposób, aby zadania w nich zawarte dotyczyły odmiennych obszarów i były skierowane albo na emocje, doświadczanie przyjemności (interwencja hedonistyczna), albo na obróbkę poznawczą proponowanych treści (interwencja eudajmonistyczna). Jest to pewne uproszczenie w stosunku do obu analizowanych podejść w badaniach nad dobrostanem, jednak na potrzeby niniejszych badań empirycznych zdecydowano się na dokonanie takiej operacjonalizacji tych konstruktów.

Zróżnicowane rozłożenie akcentów (w podejściu hedonistycznym na treści emocjonalne, w podejściu eudajmonistycznym na treści poznawcze) odwołuje się również do pytania o pierwotność w stosunku do siebie poznania i emocji. Współcześnie większość autorów opowiada się za zjawiskiem współzmienności emocji i poznania (Doliński, 2000; Kolańczyk, 1997). Jednak w odniesieniu do strategii terapeutycznych, interwencji psychologicznych pytanie dotyczące ich efektywności zależnej od nasycenia treściami emocjonalnymi versus poznawczymi wydaje się istotne (Folkman, 1997).

Obie interwencje obejmowały spotkania raz w tygodniu z pacjentami poddawanymi dializom. Spotkania miały charakter indywidualny, trwały około godziny i były prowadzone przez psychologów bądź magistrantów z ostatniego roku studiów na kierunku psychologia, po wcześniejszych konsultacjach z koordynatorem projektu badawczego. Obejmowały okres pięciu tygodni.

Podczas spotkań w ramach interwencji hedonistycznej pacjenci zastanawiali się nad codziennymi czynnościami, z których mogliby czerpać więcej radości; nad drobnymi przyjemnościami, które nie wymagają dużej ilości czasu ani znacznych nakładów finansowych, oraz nad nowymi działaniami, które mogłyby stać się dla nich źródłem przyjemności.

W czasie spotkań prowadzonych w nurcie eudajmonistycznym uczestnicy mogli rozpoznać obszary życia, które są dla nich najważniejsze; zastanowić się nad wpływem stanu zdrowia na wybrane sfery życia. Określali również, co daje im siłę i radość w codziennym funkcjonowaniu. Pacjenci zastanawiali się także nad pozytywnym wpływem innych osób na ich życie; nazywali swoje umiejętności, cechy, z których są zadowoleni, i te, które inni u nich cenią. Wypisywali też fakty, sytuacje będące źródłem zadowolenia; próbowali określić, co pozytywnego odkryli i zrozumieli w związku z leczeniem; zastanawiali się nad celami, które chcieliby zrealizować w przyszłości.

Aby określić ewentualny wpływ interwencji psychologicznej na funkcjonowanie psychologiczne, wykonano pomiary następujących zmiennych: satysfakcja z życia, akceptacja choroby, stan emocjonalny, ocena poznawcza sytuacji leczenia oraz radzenie sobie ze stresem.

Badanie miało charakter podłużny i indywidualny (podłużne badania eksperymentalne w naturalnych warunkach klinicznych). Jego główna część obejmowała dwa pomiary: tydzień przed interwencją psychologiczną i tydzień po niej, dodatkowo wykonano pomiar odroczony, trzy miesiące po zakończeniu interwencji psychologicznej (przeprowadzonej w wariancie hedonistycznym i eudajmonistycznym).

W każdym z trzech pomiarów badano następujące zmienne: emocje, satysfakcję z życia, akceptację choroby, sytuacyjną ocenę poznawczą oraz radzenie sobie.

Między pomiarem I i II przeprowadzono interwencję psychologiczną. Grupa kontrolna nie była poddawana żadnym dodatkowym oddziaływaniom poza standardowym leczeniem związanym z daną jednostką chorobową.

Badania prowadzone były od sierpnia 2008 r. do końca grudnia 2011 r. Dane zbierało dwoje absolwentów Wydziału Psychologii oraz dziewięciu magistrantów, indywidualnie kontaktując się z badanymi. Badania przeprowadzono w stacjach dializ na terenie województw mazowieckiego, łódzkiego oraz śląskiego.

9.2. Hipotezy

Poniżej zostaną przedstawione hipotezy dotyczące dynamiki badanych zmiennych w grupach hedonistycznej, eudajmonistycznej i porównawczej:

Hipoteza I: Oczekuje się, że w zakresie stanu emocjonalnego będzie można zaobserwować:

a) w grupie osób poddanych interwencji hedonistycznej między pomiarem I a II następujące zmiany: zmniejszenie nasilenia emocji zagrożenia oraz krzywdy/straty, a także wzrost nasilenia emocji korzyści i wyzwania; a następnie nasilenie tych zmiennych nie zmieni się między fazą drugą a trzecią;

b) w grupie osób poddanych interwencji eudajmonistycznej brak zmian między poszczególnymi fazami pomiaru;

c) w grupie porównawczej brak zmian między poszczególnymi fazami pomiaru.

Hipoteza II: Oczekuje się, że w zakresie oceny sytuacji choroby i dializoterapii będzie można zaobserwować:

a) w grupie osób poddanych interwencji hedonistycznej brak zmian między poszczególnymi fazami pomiaru;

b) w grupie osób poddanych interwencji eudajmonistycznej między pomiarem I a II następujące zmiany: zmniejszenie nasilenia oceny zagrożenia oraz

krzywdy/straty, a także wzrost nasilenia oceny wyzwania; a następnie nasilenie tych zmiennych nie zmieni się pomiędzy fazą drugą a trzecią;

c) w grupie porównawczej brak zmian między poszczególnymi fazami pomiaru.

Hipoteza III: Oczekuje się, że w zakresie zadowolenia z życia będzie można zaobserwować:

a) w grupie osób poddanych interwencji hedonistycznej między pomiarem I a II wzrost poziomu zadowolenia z życia; a następnie poziom tej zmiennej nie zmieni się między fazą drugą a trzecią;

b) w grupie osób poddanych interwencji eudajmonistycznej między pomiarem I a II wzrost poziomu zadowolenia z życia; a następnie poziom tej zmiennej nie zmieni się między fazą drugą a trzecią;

c) w grupie porównawczej brak zmian między poszczególnymi fazami pomiaru.

Hipoteza IV: Oczekuje się, że w zakresie akceptacji choroby i leczenia będzie można zaobserwować:

a) w grupie osób poddanych interwencji hedonistycznej między pomiarem I a II wzrost poziomu akceptacji choroby; a następnie poziom tej zmiennej nie zmieni się między fazą drugą a trzecią;

b) w grupie osób poddanych interwencji eudajmonistycznej między pomiarem I a II wzrost poziomu akceptacji choroby; a następnie poziom tej zmiennej nie zmieni się między fazą drugą a trzecią;

c) w grupie porównawczej brak zmian między poszczególnymi fazami pomiaru.

Hipoteza V: Oczekuje się, że w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem będzie można zaobserwować:

a) w grupie osób poddanych interwencji hedonistycznej między pomiarem I a II wzrost częstości stosowania strategii praca nad emocjami; a następnie częstość stosowania tej strategii nie zmieni się między fazą drugą a trzecią;

b) w grupie osób poddanych interwencji eudajmonistycznej między pomiarem I a II wzrost częstości stosowania strategii radzenia sobie skoncentrowanej na znaczeniu; a następnie częstość stosowania tej strategii nie zmieni się między fazą drugą a trzecią;

c) w grupie porównawczej brak zmian w zakresie częstości stosowania strategii radzenia sobie ze stresem między poszczególnymi fazami pomiaru.

Z uwagi na niewystarczającą liczbę przesłanek teoretycznych, które umożliwiałyby powiązanie specyfiki interwencji hedonistycznej i eudajmonistycznej z częstością stosowania strategii myślenie życzeniowe oraz dystansowanie się,

w odniesieniu do tych zmiennych nie sformułowano hipotez lecz pytanie badawcze:

Czy częstość stosowania strategii dystansowanie się oraz myślenie życzeniowe zmienią się pod wpływem interwencji eudajmonistycznej i hedonistycznej?

9.3. Charakterystyka grupy badawczej

Przebadano 146 osób, 73 kobiety i 73 mężczyzn, w wieku 17–82 lat (M = 50,73; SD = 13,01), 54 osoby, 27 kobiet i 27 mężczyzn, w wieku 17–78 lat (M = 52,83; SD = 10,85), poddane interwencji hedonistycznej, 52 osoby, 25 kobiet i 27 mężczyzn, w wieku 24–82 lat (M = 50,13; SD = 14,18), poddane interwencji eudajmonistycznej oraz 40 osób z grupy kontrolnej, 21 kobiet i 19 mężczyzn, w wieku 19–79 lat (M = 48,65; SD = 13,96).

Osoby badane z grupy osób poddanych interwencji hedonistycznej rozpoczęły dializoterapię w wieku 17–76 lat (M = 48,06; SD = 11,43). Osoby badane z grupy osób poddanych interwencji eudajmonistycznej rozpoczęły dializoterapię w wieku 14–81 lat (M = 44,56; SD = 14,96). Osoby badane z grupy kontrolnej rozpoczęły dializoterapię w wieku 17–79 lat (M = 44,65; SD = 13,89).

W tabeli 10 przedstawiono rozkład częstości dla poziomu wykształcenia osób badanych. Najwięcej osób badanych w każdej z porównywanych grup miało wykształcenie średnie.

TABELA 10. Rozkład częstości – wykształcenie osób badanych

Wykształcenie	Grupa							
	hedonistyczna		eudajmonistyczna		porównawcza		ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Podstawowe	2	3,7	1	1,9	0	0,0	3	2,1
Zawodowe	12	22,2	11	21,2	8	20,0	31	21,2
Średnie	27	50,0	24	46,2	20	50,0	71	48,6
Wyższe licencjackie	4	7,4	4	7,7	3	7,5	11	7,5
Wyższe magisterskie	9	16,7	12	23,1	9	22,5	30	20,5
Ogółem	54	100	52	100	40	100	146	100

N – liczba osób; % – procent grupy

W tabeli 11 przedstawiono rozkład częstości dla stanu cywilnego osób badanych. Najwięcej osób badanych w każdej z porównywanych grup pozostawało w stałym związku.

TABELA 11. Rozkład częstości – stan cywilny osób badanych

Stan cywilny	Grupa							
	hedonistyczna		eudajmonistyczna		porównawcza		ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Panna/kawaler	4	7,4	8	15,4	4	10,0	16	11,0
Rozwód	5	9,3	8	15,4	7	17,5	20	13,7
Wdowa/ wdowiec	9	16,7	4	7,7	5	12,5	18	12,3
Separacja	3	5,6	3	5,8	6	15,0	12	8,2
Stały związek	33	61,1	29	55,8	18	45,0	80	54,8
Ogółem	54	100	52	100	40	100	146	100

N – liczba osób; % – procent grupy

W tabeli 12 przedstawiono rozkład częstości dla miejsca zamieszkania osób badanych. Najwięcej osób badanych z każdej z porównywanych grup mieszkało w mieście o liczebności mieszkańców powyżej 100 tysięcy.

W grupie osób, które korzystały z interwencji hedonistycznej, było 11 osób (20,4%) aktywnych zawodowo, w grupie osób, które korzystały z inter-

TABELA 12. Rozkład częstości – miejsce zamieszkania osób badanych

Miejsce zamieszkania	Grupa							
	hedonistyczna		eudajmonis-tyczna		porównawcza		ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Wieś	9	16,7	8	15,4	3	7,5	20	13,7
Miasto poniżej 100 tys. mieszkańców	17	31,5	7	13,5	14	35,0	38	26,0
Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	28	51,8	37	71,2	23	57,5	88	60,3
Ogółem	54	100	52	100	40	100	146	100

N – liczba osób; % – procent grupy

wencji eudajmonistycznej – 19 takich osób (36,5%), w grupie kontrolnej – 18 (45,0%).

9.4. Opis narzędzi badawczych

W badaniu wykorzystano w większości narzędzia badawcze, które zostały już omówione w rozdziale 7.4. Były to: Kwestionariusz Oceny Sytuacji, Kwestionariusz Stanu Emocjonalnego, Skala Akceptacji Choroby. Wykorzystano także Skalę Satysfakcji z Życia. Narzędzie to jest stosowane w wielu krajach. Polską adaptację wykonał Z. Juczyński (2009). Wskaźnik rzetelności (*alfa* Cronbacha) wynosi 0,86.

Zastosowano także narzędzie do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem. Do opisu strategii radzenia sobie ze stresem wykorzystano zmodyfikowaną wersję Kwestionariusza WCQ Folkman i Lazarusa. Punktem wyjścia była adaptacja dokonana przez Władysława Łosiaka (1994) oraz zespół Ireny Heszen-Niejodek (2001). Kwestionariusz ten służy do pomiaru szerokiego zakresu aktywności podejmowanej przez człowieka w obliczu sytuacji stresowej, uwzględniając zarówno strategie zorientowane na rozwiązanie problemu, jak i strategie zorientowane na radzenie sobie z przeżywanymi wówczas emocjami.

Obecna modyfikacja tego kwestionariusza polegała na poszerzeniu repertuaru możliwych strategii o formy aktywności, które można kategoryzować jako radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu. Do narzędzia dodano dziesięć pozycji opisujących tego typu aktywności, m.in.: reorganizację priorytetów, poszukiwanie realistycznych celów, odnajdywanie korzyści w stresujących sytuacjach, napełnianie zwykłych wydarzeń znaczeniem (Folkman, 1997; Folkman, Moskowitz, 2006).

Zmieniono również instrukcję w taki sposób, aby dotyczyła radzenia sobie w sytuacji przewlekłego stresu związanego z chorobą somatyczną i z jej leczeniem. Dostosowywanie instrukcji tego narzędzia do pomiaru strategii radzenia sobie w specyficznych sytuacjach jest częstą praktyką (m.in. Chang, 1998; Bouchard, 2003).

Po zebraniu danych opracowano charakterystykę psychometryczną. Do określenia trafności testu posłużono się eksploracyjną analizą czynnikową opartą na technice rotacji varimax. Spośród uzyskanych rezultatów struktura oparta na czterech czynnikach, które tłumaczą w sumie 40,47% wariancji wyników, została uznana za najlepiej odpowiadającą konceptualizacji teoretycznej. Na tej podstawie wyodrębniono skale, przyjmując jako kryterium wartość ładunku wyższą niż 0,35.

Umożliwiło to opracowanie czterech skal tego narzędzia o następujących wskaźnikach rzetelności: Dystansowanie się (współczynnik *alfa* Cronbacha – 0,72); Myślenie Życzeniowe (współczynnik *alfa* Cronbacha – 0,83); Praca nad Emocjami (współczynnik *alfa* Cronbacha – 0,63); Radzenie Sobie Skoncen-

trowane na Znaczeniu (współczynnik *alfa* Cronbacha – 0,89) (Bargiel-Matusiewicz, 2011).

Skala Dystansowanie się składa się z pięciu pozycji, np.: „Nie dopuszczam do siebie myśli związanych z tą sytuacją"; „Postępuję tak, jakby nic się nie stało".

Skala Myślenie Życzeniowe składa się z dziesięciu pozycji, np.: „Fantazjuję lub marzę o tym, jak to wszystko mogłoby się zmienić"; „Marzę, wyobrażam sobie siebie w lepszej sytuacji niż obecna".

Skala Praca nad Emocjami składa się z sześciu pozycji, np.: „Staram się poprawić sobie samopoczucie różnymi sposobami, np. alkoholem, tabletkami uspokajającymi, dobrym jedzeniem, paleniem albo czymś innym"; „Wyładowuję się, ujawniam swoje uczucia".

Skala Radzenie Sobie Skoncentrowane na Znaczeniu składa się z czternastu pozycji, np.: „Odkrywam na nowo, co jest ważne w życiu. Czuję się zmobilizowany do zrobienia czegoś twórczego"; „Sytuacja, która ma miejsce, sprawia, że zmieniam się na korzyść".

Efekty analizy czynnikowej w odniesieniu do tego narzędzia zwykle różnią się w poszczególnych badaniach. Można przywołać między innymi model ośmioczynnikowy uzyskany przez Folkman i Lazarusa (1988), czy też model czteroczynnikowy uzyskany w kilku badaniach (m.in. Parker, Endler, Bagby, 1993; Bouchard i in., 1997).

9.5. Uzyskane wyniki

Obliczenia wykonano, wykorzystując pakiet statystyczny SPSS for Windows, wersja 20.0 PL.

Porównania wewnątrzgrupowe

Skuteczności prowadzonych interwencji zwaryfikowano za pomocą analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami. Jako czynnik wewnątrzobiektowy analizowano wartości pomiarów otrzymane w trzech fazach.

Ze względu na to, że po raz pierwszy zastosowano w badaniach empirycznych autorskie interwencje, hedonistyczną i eudajmonistyczną, i związaną z tym trudność szczegółowego szacowania efektów oddziaływań, analizy statystyczne przeprowadzono odrębnie w grupie, w której zastosowano interwencję hedonistyczną, odrębnie w grupie, w której zastosowano interwencję eudajmonistyczną i odrębnie w grupie, w której nie stosowano interwencji psychologicznych. Celem wykorzystania takiej formy analiz statystycznych było wyłonienie jak największej liczby potencjalnych zmian w zakresie badanych zmiennych.

Przeprowadzone analizy dotyczyły stanu emocjonalnego, oceny sytuacji choroby i dializoterapii, zadowolenia z życia i akceptacji choroby oraz strategii radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą.

9.5.1. Stan emocjonalny

W tabeli 13 przedstawiono średnie wartości wskaźników stanu emocjonalnego w każdej fazie pomiaru w grupie osób, wobec których zastosowano interwencję hedonistyczną. Zestawienie uzupełniono wynikami analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami. Nie zanotowano istotnych statycznie różnic między trzema analizowanymi fazami.

TABELA 13. Średnie wartości stanu emocjonalnego w poszczególnych fazach pomiaru w grupie osób, wobec których zastosowano interwencję hedonistyczną, wraz z testem istotności statystycznej

Emocje		**Faza pomiaru**					
		I	**II**	**III**	**F**	**Df**	**P**
Zagrożenia	M	16,03	15,17	15,59	0,47	1,37; 38,50	0,559
	SD	5,82	5,32	4,76			
Korzyści	M	16,17	15,69	15,45	0,29	1,59; 44,64	0,696
	SD	4,84	4,62	4,30			
Straty	M	10,48	9,66	9,21	1,21	1,34; 37,56	0,294
	SD	4,72	4,58	4,57			
Wyzwania	M	9,76	10,07	9,97	0,09	1,54; 43,26	0,865
	SD	3,39	3,39	3,65			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna

W tabeli 14 przedstawiono średnie wartości wskaźników stanu emocjonalnego w każdej fazie pomiaru w grupie osób, wobec których zastosowano interwencję eudajmonistyczną. Zestawienie uzupełniono wynikami analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami. Nie zanotowano istotnych statycznie różnic między trzema analizowanymi fazami.

W tabeli 15 przedstawiono średnie wartości wskaźników stanu emocjonalnego w każdej fazie pomiaru w grupie osób, wobec których nie podejmowano interwencji psychologicznej. Zestawienie uzupełniono wynikami analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami. Nie zanotowano istotnych statycznie różnic między trzema analizowanymi fazami.

TABELA 14. Średnie wartości stanu emocjonalnego w poszczególnych fazach pomiaru w grupie osób, wobec których zastosowano interwencję eudajmonistyczną, wraz z testem istotności statystycznej

Emocje		Faza pomiaru					
		I	II	III	F	Df	P
Zagrożenia	M	12,58	11,90	12,26	0,35	1,41; 42,33	0,350
	SD	4,62	5,00	4,90			
Korzyści	M	14,74	16,00	17,10	2,58	1,38; 41,47	0,105
	SD	4,95	5,07	5,78			
Straty	M	9,03	8,61	8,74	0,18	1,62; 48,53	0,793
	SD	3,49	4,36	4,02			
Wyzwania	M	9,55	9,77	9,94	0,17	1,55; 46,60	0,790
	SD	3,97	3,59	3,86			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna

TABELA 15. Średnie wartości stanu emocjonalnego w poszczególnych fazach pomiaru w grupie osób, wobec których nie podejmowano interwencji psychologicznej, wraz z testem istotności statystycznej

Emocje		Faza pomiaru					
		I	II	III	F	Df	P
Zagrożenia	M	14,07	13,79	13,32	0,34	1,51; 40,68	0,654
	SD	5,13	4,46	5,21			
Korzyści	M	17,50	17,93	17,96	0,12	2,54	0,891
	SD	4,20	4,59	4,21			
Straty	M	9,29	8,46	8,75	0,52	2,54	0,598
	SD	4,08	4,57	3,87			
Wyzwania	M	11,18	11,21	10,50	0,73	2,54	0,485
	SD	3,70	3,00	3,52			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna

9.5.2. Ocena sytuacji choroby i dializoterapii

W tabeli 16 przedstawiono średnie wartości wskaźników oceny sytuacji w każdej fazie pomiaru w grupie osób, wobec których zastosowano interwencję hedonistyczną. Zestawienie uzupełniono wynikami analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami. Nie zanotowano istotnych statycznie różnic między trzema analizowanymi fazami.

TABELA 16. Średnie wartości wskaźników oceny sytuacji w poszczególnych fazach pomiaru w grupie osób, wobec których zastosowano interwencję hedonistyczną, wraz z testem istotności statystycznej

Ocena		Faza pomiaru					
		I	II	III	F	Df	P
Zagrożenie	M	26,70	27,07	27,03	0,03	1,66; 48,29	0,947
	SD	7,54	7,09	8,76			
Wyzwanie	M	31,52	32,21	31,21	0,41	1,52; 42,64	0,408
	SD	5,90	6,06	7,62			
Strata	M	16,28	15,10	16,24	1,37	1,59; 44,51	0,261
	SD	4,73	4,77	4,66			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna

W tabeli 17 przedstawiono średnie wartości wskaźników oceny sytuacji w każdej fazie pomiaru w grupie osób, wobec których zastosowano interwencję eudajmonistyczną. Zestawienie uzupełniono wynikami analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami.

Zanotowano istotne statystycznie różnice w zakresie traktowania sytuacji choroby jako wyzwania ($\eta^2 = 0{,}16$).

Na podstawie testu porównań wielokrotnych Bonferroniego stwierdzono, że zaobserwowany efekt dotyczy różnicy między I i II fazą pomiarową ($p < 0{,}001$). Średnia wartość oceny choroby jako wyzwania była wyższa w II fazie niż w I fazie pomiarowej. Jednak wzrost ten nie był na tyle stabilny, aby wykazać, że podwyższenie wartości oceny otrzymane w II fazie utrzymuje się również w fazie III. Różnica między fazą I i III była nieistotna statystycznie ($p = 0{,}219$). Nieistotna statystycznie była również różnica między fazą II i III ($p = 0{,}999$).

W tabeli 18 przedstawiono średnie wartości wskaźników oceny sytuacji w każdej fazie pomiaru w grupie osób, wobec których nie stosowano inter-

wencji psychologicznej. Zestawienie uzupełniono wynikami analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami. Nie zanotowano istotnych statycznie różnic między trzema analizowanymi fazami.

TABELA 17. Średnie wartości wskaźników oceny sytuacji w poszczególnych fazach pomiaru w grupie osób, wobec których zastosowano interwencję eudajmonistyczną, wraz z testem istotności statystycznej

Ocena		Faza pomiaru					
		I	II	III	F	Df	P
Zagrożenie	M	25,00	24,03	23,97	0,86	1,58; 47,28	0,407
	SD	5,51	5,30	5,52			
Wyzwanie	M	29,26	33,35	32,26	5,65*	1,24; 37,12	0,017
	SD	7,90	6,40	5,66			
Strata	M	15,03	14,10	13,74	2,84	2,60	0,066
	SD	3,91	3,60	3,58			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna

TABELA 18. Średnie wartości wskaźników oceny sytuacji w każdej fazie pomiaru w grupie osób, wobec których nie stosowano interwencji psychologicznej, wraz z testem istotności statystycznej

Ocena		Faza pomiaru					
		I	II	III	F	Df	P
Zagrożenie	M	25,04	26,37	25,96	0,80	2,52	0,798
	SD	6,90	7,13	6,77			
Wyzwanie	M	35,00	33,89	33,30	1,65	2,52	0,201
	SD	5,27	4,87	5,11			
Strata	M	14,48	14,22	14,44	0,07	1,44; 37,33	0,876
	SD	4,61	4,65	4,11			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna

9.5.3. Zadowolenie z życia i akceptacja choroby

W tabeli 19 przedstawiono średnie wartości wskaźników zadowolenia z życia i akceptacji choroby w każdej fazie pomiaru w grupie osób, wobec których zastosowano interwencję hedonistyczną. Zestawienie uzupełniono wynikami analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w odniesieniu do zadowolenia z życia. Zanotowano natomiast istotne statystycznie różnice w zakresie akceptacji choroby ($\eta^2 = 0{,}25$).

TABELA 19. Średnie wartości zadowolenia z życia i akceptacji choroby w poszczególnych fazach pomiaru w grupie osób, wobec których zastosowano interwencję hedonistyczną, wraz z testem istotności statystycznej

Zmienna		Faza pomiaru					
		I	II	III	F	Df	P
Zadowolenie z życia	M	18,38	19,26	18,19	1,09	2,50	0,345
	SD	4,91	5,41	4,77			
Akceptacja choroby	M	23,59	27,96	25,38	9,25***	2,56	0,001
	SD	6,09	5,92	6,35			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna

Na podstawie testu porównań parami Bonferroniego stwierdzono, że otrzymane różnice dotyczą I i II fazy pomiarowej ($p < 0{,}01$) oraz II i III fazy pomiarowej ($p < 0{,}01$). Średnia wartość poziomu akceptacji choroby była wyższa w II fazie pomiarowej niż w fazie I i w fazie III.

Otrzymano wzrost akceptacji między I i II fazą pomiarową. Jednak po tym wzroście odnotowano znaczący spadek akceptacji choroby między fazą II i III. Różnica między fazą I i III była nieistotna statystycznie ($p = 0{,}382$).

W tabeli 20 przedstawiono średnie wartości zadowolenia z życia i akceptacji choroby w każdej fazie pomiaru w grupie osób, wobec których zastosowano interwencję eudajmonistyczną. Zestawienie uzupełniono wynikami analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami. Nie zanotowano istotnych statycznie różnic między trzema analizowanymi fazami.

W tabeli 21 przedstawiono średnie wartości zadowolenia z życia i akceptacji choroby w każdej fazie pomiaru w grupie osób, wobec których nie stosowano żadnej interwencji psychologicznej. Zestawienie uzupełniono wynikami analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami. Nie zanotowano istotnych statycznie różnic między trzema analizowanymi fazami.

TABELA 20. Średnie wartości zadowolenia z życia i akceptacji choroby w poszczególnych fazach pomiaru w grupie osób, wobec których zastosowano interwencję eudajmonistyczną, wraz z testem istotności statystycznej

Zmienna		Faza pomiaru					
		I	II	III	F	Df	P
Zadowolenie z życia	M	16,97	17,93	18,64	1,81	1,33; 40,02	0,186
	SD	5,58	4,98	5,48			
Akceptacja choroby	M	26,52	27,55	27,84	1,05	2,60	0,356
	SD	5,28	4,11	5,14			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna

TABELA 21. Średnie wartości zadowolenia z życia i akceptacji choroby w poszczególnych fazach pomiaru w grupie osób, wobec których nie stosowano żadnej interwencji psychologicznej, wraz z testem istotności statystycznej

Zmienna		Faza pomiaru					
		I	II	III	F	Df	P
Zadowolenie z życia	M	18,89	18,96	19,11	0,04	1,48; 38,61	0,925
	SD	5,15	4,26	4,22			
Akceptacja choroby	M	25,89	24,59	24,96	0,96	2,52	0,390
	SD	6,68	5,92	5,93			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna

Dodatkowe analizy wykonane w celu identyfikacji ewentualnych indywidualnych predyktorów efektywności interwencji psychologicznych wykazały, że poziom akceptacji choroby w fazie poprzedzającej zastosowanie interwencji odgrywa taką rolę. Akceptacja choroby okazała się istotną statystycznie współzmienną dla oceny sytuacji jako zagrożenia $F(1,61;46,68) = 4,00$, $p < 0,05$. Stwierdzono, że nasilenie akceptacji choroby w pierwszej fazie pomiaru ujemnie koreluje z różnicą pomiędzy III i I pomiarem nasilenia oceny jako zagrożenia w grupie eudajmonistycznej $r(59) = -0,40$, $p < 0,05$.

9.5.4. Strategie radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą

W tabeli 22 przedstawiono średnie wartości nasilenia poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą w każdej fazie pomiaru w grupie osób, wobec których podejmowano interwencję hedonistyczną. Zestawienie uzupełniono wynikami analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami.

Zanotowano istotne statystycznie różnice w zakresie poziomu myślenia życzeniowego ($\eta^2 = 0{,}14$) i pracy nad emocjami ($\eta^2 = 0{,}11$).

TABELA 22. Średnie wartości wskaźników strategii radzenia sobie w poszczególnych fazach pomiaru w grupie osób, wobec których zastosowano strategię hedonistyczną, wraz z testem istotności statystycznej

Strategia		Faza pomiaru					
		I	II	III	F	Df	P
Dystansowanie się	M	13,20	14,20	13,77	1,94	1,46 42,43	0,166
	SD	2,84	2,86	2,75			
Myślenie życzeniowe	M	28,50	26,47	27,13	4,66*	1,67 48,53	0,019
	SD	5,44	4,26	4,75			
Praca nad emocjami	M	14,17	15,53	15,00	3,71*	2,58	0,030
	SD	2,65	2,90	2,53			
Radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu	M	39,79	41,79	41,55	1,60	2,56	0,210
	SD	6,56	8,22	6,14			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna

Na podstawie testu porównań parami Bonferroniego stwierdzono, że istotne statystycznie różnice w zakresie poziomu myślenia życzeniowego zachodziły między I i II fazą pomiaru ($p < 0{,}05$). Nie zanotowano natomiast istotnych statystycznie różnic między I fazą pomiaru a III fazą ($p = 0{,}193$) ani między II fazą pomiaru a III fazą ($p = 0{,}623$). Średnia wartość poziomu myślenia życzeniowego w II fazie była niższa od średniej wartości poziomu myślenia życzeniowego w I fazie. Stwierdzono więc spadek poziomu myślenia życzeniowego w II fazie; jednak efekt ten nie utrzymał się w fazie III.

Na podstawie testu porównań parami Bonferroniego stwierdzono również, że istotne statystycznie różnice w zakresie poziomu pracy nad emocjami zachodziły między I i II fazą pomiaru ($p = 0{,}070$). Nie zanotowano natomiast istotnych statystycznie różnic między I fazą pomiaru a III fazą ($p = 0{,}353$) ani

między II fazą pomiaru a III fazą (p = 0,634). Średnia wartość poziomu pracy nad emocjami w II fazie była wyższa od średniej wartości tej zmiennej w I fazie.

W tabeli 23 przedstawiono średnie wartości nasilenia poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą w każdej fazie pomiaru w grupie osób, wobec których zastosowano interwencję eudajmonistyczną. Zestawienie uzupełniono wynikami analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami. Nie zanotowano zależności istotnych statystycznie.

TABELA 23. Średnie wartości wskaźników strategii radzenia sobie w poszczególnych fazach pomiaru w grupie osób, wobec których zastosowano interwencję eudajmonistyczną, wraz z testem istotności statystycznej

Strategia		Faza pomiaru					
		I	II	III	F	Df	P
Dystansowanie się	M	12,68	12,35	12,77	0,35	1,63 48,86	0,663
	SD	2,40	2,78	2,65			
Myślenie życzeniowe	M	26,23	26,42	25,42	0,89	1,44 43,26	0,889
	SD	4,68	4,85	4,48			
Praca nad emocjami	M	14,68	14,68	14,61	0,01	1,25 37,42	0,954
	SD	2,70	2,57	2,67			
Radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu	M	41,32	42,23	41,58	0,42	1,37 41,03	0,584
	SD	6,93	6,46	6,63			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna

W tabeli 24 przedstawiono średnie wartości nasilenia poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą w każdej fazie pomiaru w grupie osób, wobec których nie stosowano żadnej interwencji psychologicznej. Zestawienie uzupełniono wynikami analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami. Nie zanotowano zależności istotnych statystycznie.

TABELA 24. Średnie wartości wskaźników strategii radzenia sobie w poszczególnych fazach pomiaru w grupie osób, wobec których nie stosowano żadnej interwencji psychologicznej, wraz z testem istotności statystycznej

Strategia		Faza pomiaru					
		I	II	III	F	Df	P
Dystansowanie się	M	13,61	13,57	14,00	0,42	2,54	0,417
	SD	3,11	3,01	2,62			
Myślenie życzeniowe	M	27,39	28,61	27,79	0,69	1,60 43,20	0,474
	SD	6,32	4,58	5,91			
Praca nad emocjami	M	14,43	14,29	14,32	0,03	2,54	0,973
	SD	3,60	3,46	3,09			
Radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu	M	41,75	42,11	41,29	0,20	1,34 36,24	0,733
	SD	8,16	8,20	7,54			

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – statystyka testowa; Df – liczba stopni swobody; P – istotność statystyczna

9.6. Omówienie wyników

W zakresie doświadczanych przez pacjentów emocji nie zaobserwowano istotnych statystycznie zmian, zarówno w grupach poddanych interwencjom psychologicznym, jak i w grupie porównawczej, która nie była poddana interwencji. Wyniki te są zgodne z hipotezami Ib i Ic. Nie została natomiast potwierdzona hipoteza Ia. Prawdopodobnie schemat oddziaływań w obrębie interwencji hedonistycznej w zbyt małym stopniu umożliwia wywieranie wpływu na sferę emocjonalną. Dla porównania warto przypomnieć, że efektem opisanych w rozdziale 7 interwencji poznawczej i poznawczo-narracyjnej było zmniejszenie nasilenia emocji zagrożenia oraz lęku, nie zmieniły się natomiast w sposób istotny emocje korzyści, krzywdy/straty i wyzwania. Wskazuje to na konieczność dalszych badań w tym zakresie, mających na celu uzyskanie wiedzy, które elementy omówionych wcześniej interwencji w znaczący sposób zmniejszają natężenie emocji negatywnych.

Na podstawie wyników autorskich badań można przypuszczać, że chodzi tu o elementy, które nie występowały lub też występowały w mniejszym stopniu w interwencjach hedonistycznej i eudajmonistycznej (metafory terapeutyczne oraz zadania stymulujące autonarrację w kilku obszarach doświadczeń pacjentów).

Zadania umożliwiające stymulację autonarracji, przekształceń poznawczych w obrębie percepcji własnej sytuacji zostały przygotowane w sposób zwiększający poziom ich standaryzacji, a tym samym – poziom kontroli aktywności poznawczej podejmowanej przez pacjentów. W interwencji poznawczo-narracyjnej zadania z tej właśnie kategorii dawały większą swobodę pacjentom w zakresie odpowiedzi/reakcji na zadane tematy/zadania, a tym samym prawdopodobnie umożliwiały w większym stopniu realizację indywidualnych potrzeb w zakresie rozładownia negatywnych emocji.

Idea formuły interwencji hedonistycznej i eudajmonistycznej polegała na opracowaniu wystandaryzowanych treści zadań, które wykonywane miały być raz w tygodniu. Podczas konstruowania tych wariantów interwencji wykorzystano doświadczenia pochodzące z badań innych autorów (Lyubomirsky, Tkach, Yelverton, 2004; za: Trzebińska, 2008), w których jednak brały udział osoby zdrowe. Prawdopodobnie optymalna w populacji osób zdrowych częstość nie jest odpowiednia w wypadku osób przewlekle chorych somatycznie, szczególnie pacjentów poddawanych dializoterapii, u których stwierdza się wiele negatywnych emocji (Majkowicz i in., 2008; McDade-Montez i in., 2006; Steciwko, Rutkowski, Domagała, 2002; Witorzeńć, 1992a, b). Większa efektywność interwencji poznawczej i poznawczo-narracyjnej w zakresie redukcji negatywnych emocji może być zatem związana również z większą częstością odsłuchiwania z płyty/kasety interwencji zawierającej metafory terapeutyczne, które zgodnie z zaleceniami odbywało się dwa razy dziennie. Dalszych badań wymaga w związku z tym zagadnienie optymalnej częstości, jak również treści zadań umożliwiających obniżenie negatywnych emocji w grupie osób poddawanych dializoterapii. Z uwagi na zbyt małą wiedzę dotyczącą pewnego stopnia niezależności emocji pozytywnych i negatywnych (Folkman, Moskowitz, 2000; Feldman Barrett, Russell, 1998; Russell, Carroll, 1999; Viney, 1986; Wortman, Silver, 1987) warto również kontynuować badania w zakresie możliwości wzmacniania intensywności emocji pozytywnych, na które w niniejszych badaniach nie udało się uzyskać wpływu pozwalającego na stwierdzenie istotnych statystycznie różnic między poszczególnymi fazami pomiaru.

W grupie pacjentów poddanych interwencji hedonistycznej, jak również w grupie porównawczej, nie odnotowano istotnych statystycznie zmian w zakresie oceny poznawczej sytuacji zdrowotnej. Potwierdza to hipotezy IIa i IIc.

Natomiast w grupie pacjentów poddanych interwencji eudajmonistycznej odnotowano istotny statystycznie wzrost natężenia oceny poznawczej sytuacji jako wyzwania między pomiarem I a II. Może to świadczyć o korzystnym wpływie interwencji eudajmonistycznej na percepcję własnej sytuacji związanej ze zdrowiem i leczeniem. Ocena własnej sytuacji zdrowotnej jako wyzwania jest tutaj rozumiana jako konstruktywne podejście umożliwiające dostrzeganie

obszarów, które wymagają aktywności, a jednocześnie podmiot jest w stanie podołać wymaganiom sytuacji (Lazarus, Folkman, 1984).

Wynik ten może świadczyć o zwiększeniu potencjału adaptacyjnego pacjentów (McAdams, 2008; Meichenbaum, Fitzpatrick, 1993). Jest on zgodny z założeniami dotyczącymi specyficznego wpływu interwencji eudajmonistycznej, która przede wszystkim miała sprzyjać poznawczej obróbce własnej sytuacji.

Warto przypomnieć tutaj, że interwencja eudajmonistyczna polegała m.in. na rozpoznawaniu przez pacjentów ważnych dziedzin życia oraz ich obszarów wolnych od wpływu sytuacji leczenia; określeniu czynników oraz wskazaniu osób, które w codziennym życiu umożliwiają im przeżywanie radości oraz motywują do konstruktywnych działań. Pacjenci nazywali też swoje mocne strony oraz próbowali określić, co pozytywnego zrozumieli w związku z leczeniem; zastanawiali się nad swoimi celami na przyszłości.

Treść zadań mogła zatem sprzyjać percepcji sytuacji jako wyzwania. Jednak efekt ten był widoczny przede wszystkim w drugiej fazie pomiaru zmiennych. Oznacza to, że bezpośrednio po okresie stosowania interwencji eudajmonistycznej tendencja do postrzegania własnej sytuacji zdrowotnej jako wyzwania była istotnie silniejsza niż przed stosowaniem tej interwencji.

Dalszych badań wymaga jednak kwestia stabilności w czasie uzyskanej zmiany, gdyż, z jednej strony, różnica w zakresie tej zmiennej między pomiarem I (przed rozpoczęciem stosowania interwencji) a III pomiarem (trzy miesiące po zakończeniu stosowania interwencji) nie była istotna statystycznie. Z drugiej jednak strony, mimo iż wartość oceny poznawczej jako wyzwania w III pomiarze była nieco niższa niż w II, to różnica ta nie była istotna statystycznie. Może to zatem świadczyć o pewnej stabilności uzyskanego efektu w zakresie konstruktywnego oceniania własnej sytuacji zdrowotnej.

Na podstawie niniejszych badań można wstępnie przypuszczać, że wskazane byłoby poszerzenie schematu interwencji psychologicznej o kolejne spotkania służące utrwalaniu umiejętności stosowania wypracowanego konstruktywnego schematu poznawczego związanego z sytuacją leczenia.

W zakresie oceny poznawczej zaobserwowano jeszcze jedną zmianę. Mianowicie w grupie poddanej interwencji eudajmonistycznej odnotowano zmniejszanie się nasilenia oceny sytuacji jako straty między kolejnymi fazami pomiaru. Zmiany te były istotne na poziomie tendencji statystycznej. W związku z tym pełne potwierdzenie efektywności interwencji eudajmonistycznej w zakresie redukcji negatywnej percepcji własnej sytuacji wymaga dalszych badań. Kierunek uzyskanych w niniejszych badaniach zmian jest natomiast zgodny z założeniami. Hipoteza IIb została tym samym częściowo potwierdzona.

Jak już wspomniano, efekt korzystnego wpływu na ocenę poznawczą odnotowano również w odniesieniu do omawianej wcześniej interwencji poznawczej

i poznawczo-narracyjnej, przy czym szerszy zakres zmian był konsekwencją drugiej z tych interwencji – bardziej rozbudowanej w zakresie treści umożliwiających poznawczą obróbkę własnej sytuacji skutkującą większą koncentracją uwagi na pozytywnych aspektach własnej sytuacji.

Zbliżone wnioski pochodzą z badań Martina E.P. Seligmana (2002a), w których interwencja psychologiczna realizowana była z wykorzystaniem internetu. Stwierdzono w nich, że najdłużej utrzymywały się pozytywne rezultaty zadań skierowanych na wykorzystywanie w nowy sposób własnych pozytywnych cech oraz analizę korzystnych sytuacji.

Analizując zmiany w zakresie oceny poznawczej, warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden zaobserwowany efekt. Mianowicie dodatkowe analizy wykonane w celu identyfikacji ewentualnych indywidualnych przedyktorów efektywności interwencji psychologicznych wykazały, że poziom akceptacji choroby w fazie poprzedzającej zastosowanie interwencji odgrywa taką rolę. Akceptacja choroby okazała się istotną statystycznie współzmienną dla oceny sytuacji jako zagrożenia. Stwierdzono, że nasilenie akceptacji choroby w pierwszej fazie pomiaru ujemnie koreluje z różnicą między III i I pomiarem nasilenia oceny jako zagrożenia w grupie eudajmonistycznej. W związku z tym wyjściowy poziom akceptacji choroby może być traktowany jako indywidualny predyktor skuteczności interwencji eudajmonistycznej w zakresie redukcji nasilenia oceny sytuacji jako zagrożenia. Im mniejsza akceptacja choroby w fazie wyjściowej, tym większe efekty można uzyskać w zakresie osłabiania tendencji do interpretowania sytuacji jako zagrażającej.

W zakresie zadowolenia z życia nie odnotowano istotnych zmian w żadnej z grup pacjentów. Co prawda w grupie osób poddanych interwencji eudajmonistycznej wystąpił pewien wzrost poziomu zadowolenia z życia, jednak zmiana ta nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej. Nie zostały w związku z tym potwierdzone hipotezy IIIa i IIIb. Zgodny z oczekiwaniami był jedynie zakładany w hipotezie IIIc brak zmian w poziomie zadowolenia z życia w grupie nie poddanej żadnej interwencji.

Poddając pod rozwagę niewielkie zmiany, jakie odnotowano w efekcie zastosowania interwencji eudajmonistycznej oraz ich brak w grupie osób poddanych interwencji hedonistycznej, należy wziąć pod uwagę, że satysfakcja z życia jest oceną globalną, obejmującą zarówno reakcje emocjonalne, jak i treści poznawcze dotyczące zadowolenia i spełnienia (Czapiński, 2001; Diener, Lucas, Oishi, 2005; Straś-Romanowska, 2005) i dosyć trudno ją zmienić w krótkim czasie. Zmienna ta jest związana z wieloma czynnikami, które znajdują się poza zakresem oddziaływań psychologicznych, jak np. czynniki społeczno-demograficzne, najczęściej analizowane przez badaczy zajmujących się tą tematyką: wiek, płeć, zdrowie fizyczne, status społeczny, miejsce zamieszkania, sytuacja zawodowa i rodzinna, wsparcie społeczne, religia, ważne wydarzenia życiowe,

rozwój gospodarczy kraju zamieszkania (Czapiński, 2001; Lyubomirsky, Sheldon, Schkade, 2005).

Dodatkowym ograniczeniem może być zjawisko hedonistycznego kołowrotu, które polega na afektywnej adaptacji, czyli przyzwyczajeniu się do sytuacji, w której odczuwa się określone emocje. Zjawisko to można traktować jako adaptacyjne w wypadku negatywnych emocji, jednak wpływa niekorzystnie na możliwość trwałego podniesienia poczucia szczęścia dzięki pozytywnym doświadczeniom (Trzebińska, 2008).

Empirycznych dowodów na istnienie zjawiska hedonistycznego kołowrotu oraz stałego punktu szczęścia dostarczają badania nad poziomem szczęścia u osób, które doświadczyły emocjonalnie znaczących wydarzeń, takich jak rozwód, śmierć bliskiej osoby czy wygrana na loterii. Po czasowym obniżeniu bądź podwyższeniu samopoczucia wraca ono zwykle do poziomu sprzed tych wydarzeń. Niektóre badania wykazały również brak różnic w poziomie stałości szczęścia u osób przeżywających poważne (pozytywne bądź negatywne) zmiany i osób pozostających w niezmienionych warunkach w danym okresie (Costa, McCrae, Zonderman, 1987).

Ograniczone możliwości wpływania na zadowolenie z życia związane są również z faktem, że w pewnym stopniu jest ono zdeterminowane genetycznie (Easterlin, 1997; Lykken, 1999; Lykken, Tellegen, 1996). Sonja Lyubomirsky, Kennon M. Sheldon i Dawid Schkade (2005) przypisują wrodzonemu potencjałowi pięćdziesięcioprocentowy udział w poczuciu szczęścia. Udział dziesięcioprocentowy przypisują okolicznościom (zmienne demograficzne, miejsce zamieszkania i warunki życia). Natomiast celowym działaniom przypisują czterdziestoprocentowy udział w dobrostanie podmiotu.

Być może, aby istotnie zwiększyć odczuwany poziom satysfakcji z życia, należałoby przeprowadzić dłuższą interwencję, która zawierałaby więcej treści poznawczych akcentujących poczucie sensu i długofalowe cele. Zasadne byłoby być może zwiększenie częstości wykonywania zadań wchodzących w skład interwencji. Większość terapii psychologicznych to procesy wielotygodniowe, a nawet wieloletnie – istotnych efektów oczekuje się dopiero po dłuższym czasie współpracy. W tym kontekście zaobserwowane w badaniu różnice zyskują na znaczeniu. Można je traktować jako pierwszy, wstępny, etap zmiany, który przy interwencji opartej na dłuższym kontakcie z psychologiem zostałby prawdopodobnie wzmocniony. Wniosek ten może stanowić przyczynek do kolejnych badań.

W odniesieniu do akceptacji choroby nie stwierdzono istotnych różnic między poszczególnymi fazami pomiaru w grupie porównawczej, co jest zgodne z hipotezą IVc.

W grupie eudajmonistycznej odnotowano niewielki wzrost, aczkolwiek różnice nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej. Nie została w związku

z tym potwierdzona hipoteza IVb. Natomiast w grupie osób poddanych interwencji hedonistycznej zanotowano istotne statystycznie różnice w zakresie akceptacji choroby.

Treść zadań składających się na interwencję hedonistyczną mogła zatem sprzyjać lepszemu przystosowaniu do własnej sytuacji zdrowotnej oraz trybu leczenia. Jednak efekt ten był widoczny przede wszystkim w drugiej fazie pomiaru zmiennych, po czym w kolejnym pomiarze (po trzech miesiącach) nie był już widoczny. Oznacza to, iż bezpośrednio po okresie stosowania interwencji hedonistycznej poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy niż przed stosowaniem tej interwencji. Dalszych badań wymaga kwestia stabilności w czasie uzyskanej zmiany, gdyż różnica w zakresie tej zmiennej między pomiarem I (przed rozpoczęciem stosowania interwencji) a III (trzy miesiące po zakończeniu stosowania interwencji) nie była istotna statystycznie. Natomiast między fazą drugą a trzecią poziom akceptacji choroby istotnie się obniżył. Hipoteza IVa została w związku z tym jedynie częściowo potwierdzona, mianowicie w zakresie zakładanego istotnego wzrostu poziomu akceptacji choroby między fazą pierwszą a drugą.

Korzystny efekt w zakresie akceptacji choroby uzyskany bezpośrednio po zastosowaniu interwencji hedonistycznej prawdopodobnie wynika z tego, że interwencja hedonistyczna zawierała zadania, które ułatwiają konstruktywne spojrzenie na sytuację leczenia i skupienie się na możliwych działaniach zamiast koncentracji na barierach, ograniczeniach. Choroba oraz dializoterapia kojarzą się z cierpieniem, przykrością, a interwencja hedonistyczna zachęcała do skupienia na przyjemności.

Osoby poddawane dializoterapii skupiają się często na ograniczeniach związanych z tą formą leczenia, mają poczucie utraty wielu możliwości działania, samorealizacji (Bargiel-Matusiewicz, 2006; Majkowicz, Steciwko, Sapilak, 2008; Witorzeńć, 1992a, b). Być może ćwiczenia, które w prosty sposób pozwalają na doświadczanie przyjemności w codziennym życiu, uświadamiają pacjentom, że sytuacja, w jakiej się znajdują, daje więcej możliwości cieszenia się życiem, niż im się wcześniej wydawało. Korzystny efekt interwencji hedonistycznej jest zatem zgodny z podejściem, jakie proponują Nakamura i Orth (2005), którzy traktują akceptację choroby jako adaptację do niezmiennej, niekorzystnej sytuacji poprzez utrzymywanie dobrego samopoczucia i zdolności do działania. Wielu badaczy uważa również, że akceptacja choroby jest czynnikiem koniecznym do optymalnego funkcjonowania w przewlekłej chorobie (Telford, Kralik, Koch, 2006).

Niewielki wzrost w zakresie tej zmiennej, który nie osiągnął poziomu istotności w grupie osób poddanych interwencji eudajmonistycznej, może wskazywać, że interwencja ta wymaga modyfikacji. Jej kierunek warto analizować przez porównanie jej przede wszystkim z interwencją poznawczo-narracyjną

(patrz: roz. 7), gdyż była ona najbardziej do niej zbliżona w zakresie treści mających na celu stymulację autonarracji, przekształceń poznawczych w obrębie percepcji własnej sytuacji, jednak w interwencji poznawczo-narracyjnej zadania z tej właśnie kategorii dawały szerszy zakres swobody pacjentom w zakresie odpowiedzi/reakcji, a tym samym prawdopodobnie umożliwiały w większym stopniu realizację indywidualnych preferencji, predyspozycji.

Podobnie jak w odniesieniu do emocji, wpływ na które został poddany analizie wcześniej, większa efektywność interwencji poznawczej i poznawczo-narracyjnej w zakresie zwiększenia akceptacji własnej sytuacji zdrowotnej może być również związana z większą częstością odsłuchiwania z płyty/kasety interwencji zawierającej metafory terapeutyczne, które zgodnie z zaleceniami odbywało się dwa razy dziennie.

Wskazane byłyby zatem dalsze badania dotyczące treści oraz częstości oddziaływań na poziom akceptacji choroby.

Istotne statystycznie zmiany w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem związanym ze stanem zdrowia oraz koniecznością korzystania z dializoterapii odnotowano jedynie w grupie osób poddanych interwencji hedonistycznej. Brak zmian w zakresie strategii radzenia sobie w grupie porównawczej jest zgodny z hipotezą Vc.

Zmiany w grupie poddanej interwencji hedonistycznej dotyczą dwóch strategii – myślenia życzeniowego oraz pracy nad emocjami.

Analizując wpływ interwencji hedonistycznej na myślenie życzeniowe, można założyć, że specyfika zadań wchodzących w jej skład w pewnym stopniu zapobiega stosowaniu tej strategii radzenia sobie. Można uznać, że jest to korzystny efekt, gdyż w literaturze przedmiotu myślenie życzeniowe traktowane jest przede wszystkim jako nieadaptacyjne (Manne, Zautra, 1989; Revenson, Felton, 1989). Warto przytoczyć przykładowe stwierdzenia, które wchodzą w skład czynnika Myślenie Życzeniowe w ramach kwestionariusza wykorzystanego do pomiaru strategii radzenia sobie (Bargiel-Matusiewicz, 2011): „Marzę, wyobrażam sobie siebie w lepszej sytuacji niż obecna"; „Myślę, że dobrze byłoby, gdyby ta sytuacja nie trwała już dłużej". Obrazują one specyfikę tej strategii, która wskazuje na tendencje eskapistyczne, na dążenie do przeniesienia się do innych, lepszych realiów. Ponieważ jednak nie jest to obiektywnie możliwe, podmiot na poziomie poznawczym dokonuje transformacji sytuacji, wyobrażając sobie samego siebie w innych okolicznościach. Może to prowadzić do chwilowego obniżenia napięcia emocjonalnego. Główną wadą tego mechanizmu radzenia sobie jest to, że zwykle rozbieżność między realną sytuacją jednostki a sytuacją wyobrażoną jest na tyle duża, że podmiot nie dostrzega możliwości przejścia jednej w drugą, a co za tym idzie – nie jest w stanie zaplanować konstruktywnych działań, które mogłyby go przybliżyć do zmiany na lepsze. W momentach, w których podmiot uświadamia sobie znaczną roz-

bieżność między sytuacja realną a wyobrażoną, mogą pojawić się negatywne emocje, frustracja.

Efekt oddziaływania interwencji hedonistycznej w postaci zmniejszenia intensywności myślenia życzeniowego może wynikać z faktu, że koncentracja na przyjemnych doznaniach zapobiega tendencjom eskapistycznym, gdyż nie są w takiej sytuacji zasadne. Podmiot nie odczuwa wówczas potrzeby przeniesienia się w wyobraźni do innej, bardziej przyjaznej rzeczywistości.

Jednak efekt zmniejszenia częstości stosowania myślenia życzeniowego w grupie pacjentów poddawanych interwencji hedonistycznej był widoczny przede wszystkim w drugiej fazie pomiaru zmiennych. Dalszych badań wymaga więc kwestia stabilności w czasie uzyskanej zmiany, gdyż różnica w zakresie tej zmiennej między pomiarem I (przed rozpoczęciem stosowania interwencji) a III (trzy miesiące po zakończeniu stosowania interwencji) nie była istotna statystycznie. Mimo iż wartość myślenia życzeniowego w III pomiarze była nieco wyższa niż w II, to jednak różnica ta nie była istotna statystycznie. Może to zatem świadczyć o pewnej stabilności uzyskanego efektu w zakresie zmniejszenia tendencji eskapistycznych. Na podstawie niniejszych badań można wstępnie stwierdzić, że wskazane byłoby poszerzenie schematu interwencji psychologicznej o kolejne spotkania, których celem byłoby utrwalanie nawyku czerpania radości z drobnych przyjemności, niewymagających dużej ilości czasu ani znacznych nakładów finansowych. Należy jednakże podkreślić, że kwestia funkcji myślenia życzeniowego w procesie radzenia sobie z przewlekłym stresem wymaga dalszych badań. Ostrożność w formułowaniu wniosków dotyczących użyteczności/efektywności poszczególnych strategii radzenia sobie zalecali już Zeidner i Saklofske (1996). Dodatkowa analiza związana z rolą myślenia życzeniowego zostanie przedstawiona w następnym rozdziale.

Drugą strategią, w stosunku do której odnotowano wpływ interwencji hedonistycznej, jest praca nad emocjami. Częstość stosowania tej strategii zwiększyła się, co jest zgodne z hipotezą Va. Specyfika tej strategii polega na próbie wpływania na własny stan emocjonalny poprzez ujawnianie swoich uczuć bądź też podejmowanie konkretnych działań mających na celu doświadczenie pozytywnych emocji. Stwierdzenia ilustrujące specyfikę czynnika Praca nad Emocjami to np.: „Opowiadam komuś o tym, jak się czuję"; „Staram się poprawiać sobie nastrój, robiąc to, co sprawia mi przyjemność" (Bargiel-Matusiewicz, 2011). Wzrost częstości stosowania tej strategii może wskazywać, że realizacja zadań wchodzących w skład interwencji hedonistycznej uczy, że można do pewnego stopnia oddziaływać na własne samopoczucie. Można zatem założyć, że osoby uczestniczące w interwencji hedonistycznej próbują wykorzystywać to doświadczenie. Ocena tej strategii nie jest jednoznaczna, gdyż w swym zakresie zawiera ona ujawnianie własnych uczuć, które w pewnych przypadkach może

służyć wentylowaniu negatywnych emocji, a ten typ reakcji często traktowany jest jako nieprzystosowawczy (Revenson, Felton, 1989).

W zakresie pozostałych dwóch strategii radzenia sobie, czyli radzenia skoncentrowanego na znaczeniu oraz dystansowania się, nie stwierdzono istotnych statystycznie zmian po przeprowadzeniu interwencji hedonistycznej i eudajmonistycznej, zmian nie odnotowano również w grupie porównawczej.

Radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu polega na przekształcaniu rzeczywistości w taki sposób, aby odnaleźć pozytywne aspekty sytuacji stresowej (Folkman i Moskowitz, 2006). W zastosowanym w niniejszych badaniach kwestionariuszu było ono reprezentowane między innymi przez następujące stwierdzenia: „Odkrywam na nowo, co jest ważne w życiu"; „Zastanawiam się, co pozytywnego może wynikać z obecnej sytuacji"; „Dostrzegam głębszy sens wielu spraw" (Bargiel-Matusiewicz, 2011).

Co prawda częstość stosowania strategii radzenia skoncentrowanego na znaczeniu nieco się zwiększyła po zastosowaniu interwencji eudajmonistycznej, zatem kierunek zmian był zgodny z oczekiwaniami, jednak zmiany te nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej, dlatego ocena możliwości wpływu obu interwencji na ten zakres radzenia sobie wymaga dalszych badań. Hipoteza Vb nie została w związku z tym potwierdzona.

Zmian nie odnotowano również w odniesieniu do strategii nazwanej dystansowaniem się, która polega na próbach wygaszania negatywnych stanów emocjonalnych, nieulegania negatywnym emocjom (Neumann, Seibt, Strack, 2001; Pe, Kuppens, 2012; Williams, Jones, 2012). Przykładowe stwierdzenia dla strategii dystansowania się: „Godzę się z tym, jako że nic nie można zrobić"; „Nie dopuszczam do siebie myśli związanych z tą sytuacją"; „Postępuję tak, jakby nic się nie stało" (Bargiel-Matusiewicz, 2011).

Dodatkowe analizy dotyczące relacji między tą strategią radzenia sobie a oceną poznawczą, emocjami, zadowoleniem z życia oraz akceptacją choroby prezentowane są w następnym rozdziale.

9.7. Podsumowanie

W zakresie wpływu interwencji hedonistycznej na stan emocjonalny można co prawda stwierdzić, że kierunek zmian był zgodny z zakładanym, jednak uzyskany efekt jest zbyt słaby, aby mówić o istotnym statystycznie efekcie.

W grupie pacjentów poddanych interwencji hedonistycznej, a także w grupie porównawczej nie odnotowano istotnych statystycznie zmian w zakresie oceny poznawczej sytuacji zdrowotnej. Natomiast w grupie pacjentów poddanych interwencji eudajmonistycznej odnotowano istotny statystycznie wzrost natężenia oceny poznawczej sytuacji jako wyzwania między pomiarem I a II. Może to

świadczyć o korzystnym wpływie interwencji eudajmonistycznej na percepcję własnej sytuacji związanej ze zdrowiem i leczeniem. Ocena własnej sytuacji zdrowotnej jako wyzwania jest tutaj rozumiana jako konstruktywne podejście umożliwiające dostrzeganie obszarów, które wymagają aktywności, a jednocześnie podmiot jest w stanie podołać wymaganiom sytuacji (Lazarus, Folkman, 1984). Wynik ten może świadczyć o zwiększeniu potencjału adaptacyjnego pacjentów (McAdams, 2008; Meichenbaum, Fitzpatrick, 1993). Jest zgodny z założeniami dotyczącymi specyficznego wpływu interwencji eudajmonistycznej, która przede wszystkim miała sprzyjać poznawczej obróbce własnej sytuacji.

Jeżeli chodzi o ocenę poznawczą, zaobserwowano jeszcze jedną zmianę. Mianowicie w grupie poddanej interwencji eudajmonistycznej odnotowano zmniejszanie się nasilenia oceny sytuacji jako straty między kolejnymi fazami pomiaru. Zmiany te osiągnęły poziom tendencji statystycznej. Aby zatem w pełni potwierdzić wpływ interwencji eudajmonistycznej na redukcję negatywnej percepcji własnej sytuacji, trzeba dalszych badań.

W zakresie zadowolenia z życia nie odnotowano istotnych zmian w żadnej z grup pacjentów. Co prawda w grupie osób poddanych interwencji eudajmonistycznej wystąpił pewien wzrost poziomu zadowolenia z życia, jednak zmiana ta nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej. Analizując pojawienie się niewielkich zmian odnotowanych po zastosowaniu interwencji eudajmonistycznej oraz ich brak w grupie osób poddanych interwencji hedonistycznej, należy wziąć pod uwagę, że satysfakcja z życia jest oceną globalną, obejmującą zarówno reakcje emocjonalne, jak i treści poznawcze dotyczące zadowolenia i spełnienia (Czapiński, 2001; Diener, Lucas, Oishi, 2005; Straś-Romanowska, 2005) i dosyć trudno ją zmienić w krótkim czasie. Zmienna ta jest również związana z wieloma czynnikami, na które nie mają wpływu oddziaływania psychologiczne (Czapiński, 2001; Sheldon, Lyubomirsky, Schkade, 2003).

W odniesieniu do akceptacji choroby nie stwierdzono istotnych różnic między poszczególnymi fazami pomiaru w grupie kontrolnej. W grupie eudajmonistycznej odnotowano niewielki wzrost, aczkolwiek różnice nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej. Tylko w grupie osób poddanych interwencji hedonistycznej zanotowano istotne statystycznie różnice dotyczące akceptacji choroby. Jednak efekt ten był widoczny przede wszystkim w drugiej fazie pomiaru zmiennych, po czym w kolejnym pomiarze (po trzech miesiącach) nie był już widoczny. Z pewnością warto kontynuować badania związane z uzyskaniem większej stabilności w czasie korzystnego efektu w zakresie akceptacji choroby, gdyż jest to bardzo istotny czynnik optymalnego funkcjonowania w przewlekłej chorobie (Telford, Kralik, Koch, 2006).

W zakresie strategii radzenia sobie ze stresem związanym ze stanem zdrowia oraz koniecznością korzystania z dializoterapii istotne statystycznie zmiany odnotowano w grupie osób poddanych interwencji hedonistycznej. Zmiany te

dotyczyły dwóch strategii – myślenia życzeniowego oraz pracy nad emocjami. Analizując wpływ interwencji hedonistycznej na myślenie życzeniowe, można założyć, że specyfika zadań wchodzących w jej skład w pewnym stopniu zapobiega stosowaniu tej strategii radzenia sobie. Można to uznać za korzystny efekt, gdyż w literaturze przedmiotu myślenie życzeniowe traktowane jest przede wszystkim jako nieadaptacyjne (Manne, Zautra, 1989; Revenson, Felton, 1989), choć część autorów sugeruje dużą ostrożność w formułowaniu wniosków dotyczących użyteczności poszczególnych strategii radzenia sobie (Zeidner, Saklofske, 1996).

Drugą strategią, w stosunku do której odnotowano wpływ interwencji hedonistycznej, jest praca nad emocjami. Częstość stosowania tej strategii wzrosła. Może to wskazywać, że realizacja zadań wchodzących w skład interwencji hedonistycznej uczy, że można do pewnego stopnia oddziaływać na własne samopoczucie.

Dalszych badań wymaga z pewnością kwestia stabilności w czasie uzyskanych w niniejszym badaniu zmian oraz możliwość zwiększenia zakresu oddziaływań, a także analiza efektywności strategii radzenia sobie na poszczególnych etapach zmagania się z chorobą czy w specyficznych okolicznościach, które wiążą się z wieloletnią dializoterapią.

ROZDZIAŁ 10

Relacje między oceną poznawczą, emocjami, strategiami radzenia sobie, akceptacją choroby i zadowoleniem z życia

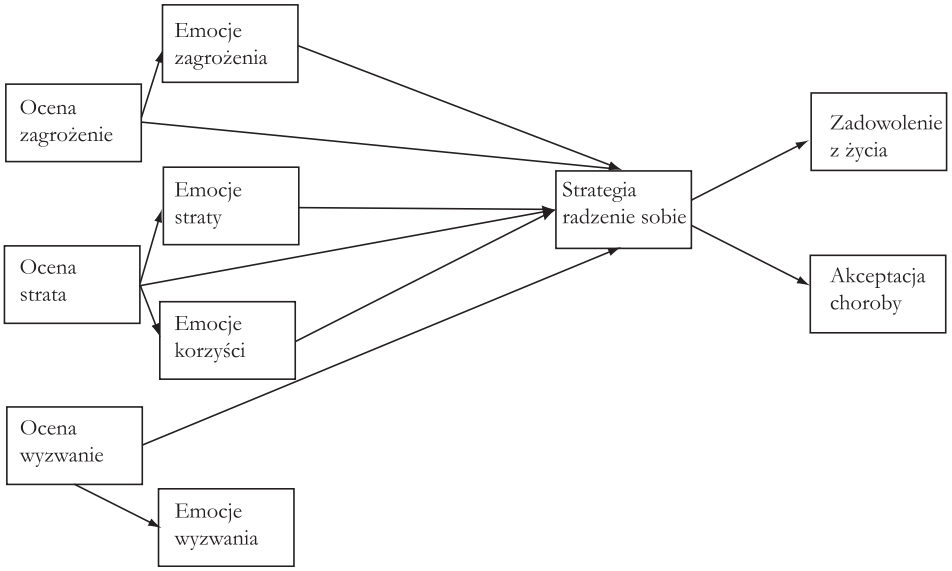
Niniejszy rozdział jest poświęcony związkom między zmiennymi opisanymi w poprzednim rozdziale. Poddano analizie zależności między oceną poznawczą, emocjami, strategiami radzenia sobie, zadowoleniem z życia i akceptacją choroby w pierwszej fazie pomiaru z uwzględnieniem wszystkich trzech grup osób badanych. Celem było zobrazowanie struktury relacji między wymienionymi zmiennymi na poziomie wyjściowym, czyli przed poddaniem osób badanych oddziaływaniom związanym z interwencjami hedonistyczną oraz eudajmonistyczną.

Prezentowany model związków między zmiennymi jest oparty na przesłankach teoretycznych prezentowanych w rozdziałach 4 i 5 (m.in. Beck, Freeman, Davis, 2004; Ellis, 1998; Juczyński, 2009; Lazarus, 1993a, b; Lazarus, Folkman, 1984, 1987; Nakamura, Orth, 2005).

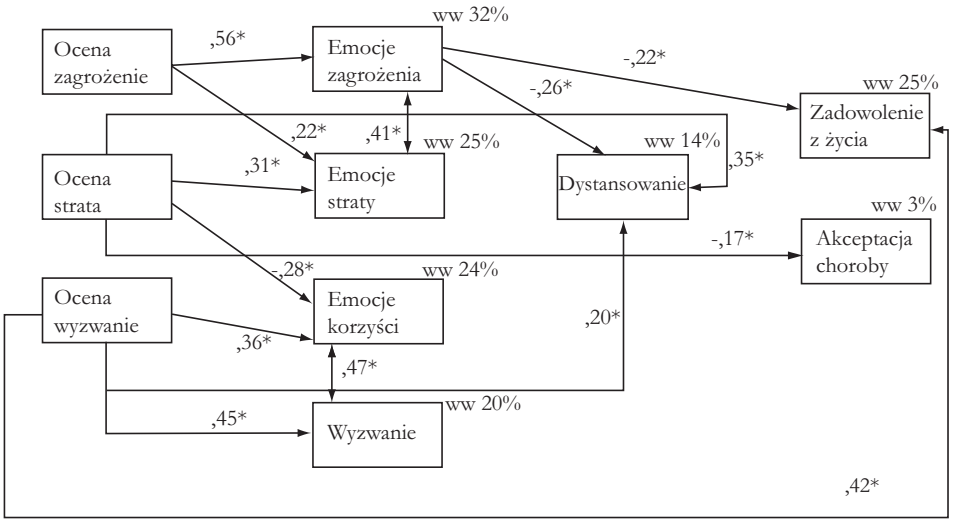
Zależności między wskaźnikami ocen poznawczych, wskaźnikami emocji, strategiami radzenia sobie, zadowoleniem z życia i akceptacją choroby były badane za pomocą analizy ścieżek przeprowadzonej na podstawie metody największego prawdopodobieństwa. Na rycinie 9 przedstawiono diagram ilustrujący wyjściowy model, który był następnie modyfikowany z wykorzystaniem wartości indeksów modyfikacji i wartości współczynników dopasowania.

Każdą ze strategii radzenia sobie ze stresem wywołanym chorobą analizowano w odrębnym modelu, wobec tego przeanalizowano kolejno cztery modele (patrz: ryc. 10, 11, 12, 13). Obliczenia wykonane zostały za pomocą pakietu statystycznego SPSS for Windows, wersja 20.0 PL, AMOS 6.0 i LISREL 8.72.

Dla zwiększenia czytelności rycin, pominięto interkorelacje między wymiarami oceny. Ocena zagrożenia korelowała dodatnio z oceną straty ($\beta = 0{,}77$, $p < 0{,}001$). Ocena wyzwania korelowała ujemnie z oceną zagrożenia ($\beta = -0{,}20$, $p < 0{,}05$). Nie zanotowano natomiast istotnej statystycznie zależności omiędzy oceną wyzwania i oceną straty ($\beta = -0{,}14$, $p > 0{,}05$).

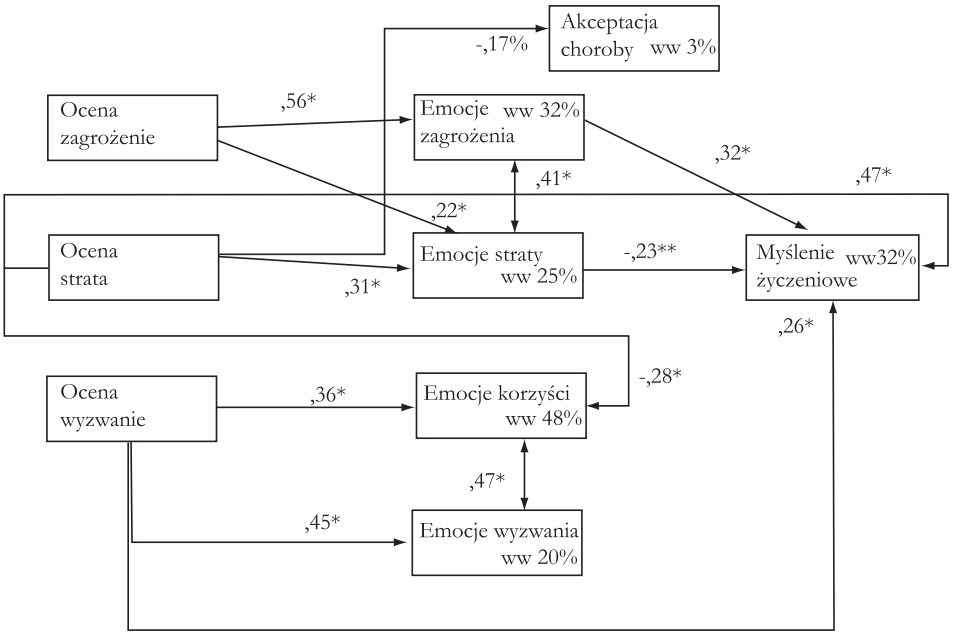


RYCINA 9. Wyjściowy model badany w analizie ścieżek



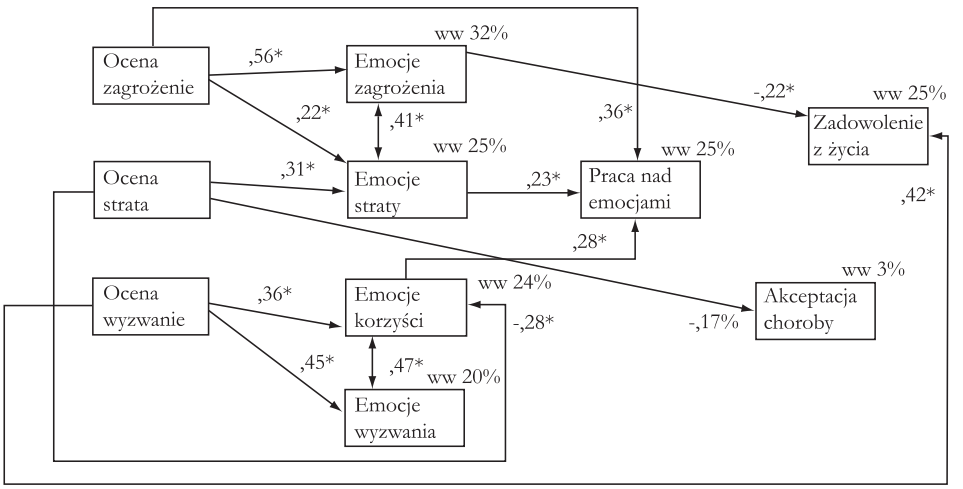
$\chi^2(28) = 41{,}48$, $p = 0{,}05$; CFI = 0,974; RMSEA = 0,051
* – $p < 0{,}05$;
ww – procent wyjaśnianej wariancji

RYCINA 10. Model relacji strategii dystansowania się z pozostałymi zmiennymi



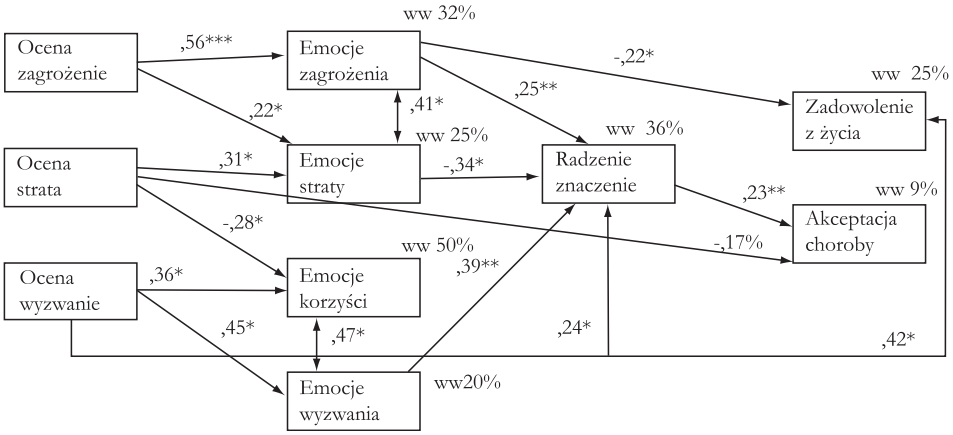
$\chi^2(27) = 30{,}65$, $p > 0{,}05$; CFI = 0,994; RMSEA = 0,024
* – $p < 0{,}05$;
ww – procent wyjaśnianej wariancji

RYCINA 11. Model relacji strategii myślenia życzeniowego z pozostałymi zmiennymi



$\chi(28) = 35{,}64$, $p > 0{,}05$; CFI = 0,986; RMSEA = 0,044
* – $p < 0{,}05$;
ww – procent wyjaśnianej wariancji

RYCINA 12. Model relacji strategii pracy nad emocjami z pozostałymi zmiennymi



$\chi^2(26) = 33{,}05$, $p > 0{,}05$; CFI = 0,988; RMSEA = 0,041
– $p < 0{,}05$;
ww – procent wyjaśnianej wariancji

RYCINA 13. Model relacji strategii radzenia skoncentrowanego na znaczeniu z pozostałymi zmiennymi

Omówienie wyników

Wspólną cechą modeli przedstawionych na rycinach 10–13 jest status oceny poznawczej sytuacji, która pełni rolę zmiennej wyjaśniającej. W obrębie prezentowanych modeli ocena poznawcza wpływa na emocje. Wpływa również bezpośrednio i pośrednio (poprzez emocje) na strategie radzenia sobie. Wspólną cechą omawianych modeli jest także wpływ bezpośredni i pośredni (poprzez emocje) oceny poznawczej na zadowolenie z życia (z wyjątkiem modelu prezentowanego na ryc. 11). Uzyskane modele są zgodne z oczekiwaniami, jakie można sformułować na podstawie teorii stresu Lazarusa i Folkman (Lazarus, Folkman, 1984, 1987; Lazarus, 1993a, b; Folkman, 2009). Są także zbieżne z wynikami wielu badań empirycznych (m.in.: Bargiel-Matusiewicz, Trzcieniecka-Green, Kielan, 2005; Bouchard, Guillemette, Landry-Léger, 2004; McCuaig Edge, Ivey, 2012; Pe, Kuppens, 2012). Należy jednak zwrócić uwagę, że nie testowano modeli alternatywnych, w których rolę zmiennej wyjaśniającej pełniłyby emocje.

Związki oceny poznawczej z poszczególnymi grupami emocji

Ocena sytuacji choroby i leczenia w kategoriach straty we wszystkich modelach koreluje dodatnio z emocjami straty (złość, rozczarowanie, przygnębienie) oraz ujemnie z emocjami korzyści (optymizm, radość, zadowolenie, ulga). Ocena sytuacji jako zagrożenia koreluje natomiast dodatnio z emocjami zagrożenia (niepewność, lęk, martwienie się, bezradność). Ocena w kategorii wyzwania koreluje dodatnio z emocjami wyzwania (podekscytowanie, satysfakcja, zapał) oraz korzyści. Jest to zgodne z założeniami teoretycznymi związanymi z treścią wymienionych konstruktów (Bargiel-Matusiewicz, 2011; Heszen-Niejodek, Januszek, Gruszczyńska, 2001; Lazarus, 1993a, b; Lazarus, Folkman, 1984, 1987).

Istotne wydaje się również, że ocena poznawcza w obrębie trzech modeli prezentowanych na rycinach 10, 12 i 13 wywiera bezpośredni wpływ na zadowolenie z życia. Można to wyjaśnić, przywołując definicje zadowolenia z życia, zgodnie z którymi składają się na nie treści poznawcze oraz emocjonalne dotyczące zadowolenia i spełnienia (Czapiński, 2001; Diener, Lucas, Oishi, 2005; Straś-Romanowska, 2005). W niniejszych badaniach uwidocznił się przede wszystkim wpływ oceny sytuacji jako wyzwania, która jest dodatnio skorelowana z zadowoleniem z życia.

Znaczenie czynników poznawczych dla odczuwania zadowolenia z życia podkreślają zwolennicy nurtu eudajmonistycznego, według którego subiektywny dobrostan rozumiany jest jako poczucie sensu, realizacja wartościowych celów (Baumeister, Vohs, 2002; Czapiński, 2005c). Wykazana rola oceny sytuacji jako wyzwania może być traktowana jako zgodna z założeniami nurtu eudajmonistycznego, gdyż ocena ta oznacza realizację celu, który może nadawać sens danej sytuacji.

W zakresie wpływu emocji na zadowolenie z życia widoczny jest tylko ujemny związek między grupą emocji zagrożenia (lęk, niepewność, martwienie się, bezradność) a zadowoleniem z życia.

W obrębie prezentowanych modeli (ryc. 10, 11 i 13) wykazano bezpośredni, ujemny związek oceny straty z akceptacją choroby. Bezpośredni związek między zmiennymi jest co prawda oparty na słabej ujemnej korelacji, może jednak sugerować, że ta forma oceny poznawczej choroby i leczenia nie sprzyja przystosowaniu do sytuacji przewlekłego leczenia. W związku z tym należy podkreślić znaczenie konstruktywnej percepcji sytuacji. Poczucie akceptacji własnego stanu zdrowia, szczególnie w sytuacji, gdy zachodzi konieczność leczenia permanentnego (jak w dializoterapii), wymaga pewnego stopnia pogodzenia się z ograniczeniami związanymi ze stanem zdrowia i procedurami leczenia. Poczucie straty jest jednak w znacznym stopniu przeciwieństwem akceptacji (Nakamura, Orth, 2005). Warto przypomnieć, że składnikami

czynnika oceny straty są następujące określenia sytuacji: krzywdząca, niezasłużona, niesprawiedliwa, powodująca żal, urazowa i dotkliwie bolesna (Heszen-Niejodek, Januszek, Gruszczyńska, 2001).

Znaczenie strategii zaradczych

W niniejszych badaniach dystansowaniem się określano strategię, która polega na próbach wygaszania negatywnych stanów emocjonalnych, nieulegania negatywnym emocjom i kontynuowania działań mimo trudnych okoliczności (Bargiel-Matusiewicz, 2011). Stwierdzenia dla strategii dystansowania się to np.: „Nie dopuszczam do siebie myśli związanych z tą sytuacją"; „Godzę się z tym, jako że nic nie można zrobić"; „Postępuję tak, jakby nic się nie stało" (Bargiel-Matusiewicz, 2011).

W modelu ścieżkowym (patrz: ryc. 10) wykazano powiązanie dystansowania się z oceną sytuacji jako straty oraz w mniejszym stopniu z oceną jako wyzwanie. Dodatnia korelacja oraz kierunek zależności wskazują, że doświadczane przez pacjentów poddawanych dializoterapii poczucie utraty może w pewnym stopniu stymulować do prób wygaszania negatywnych stanów emocjonalnych, nieskupiania się na niekorzystnych elementach własnej sytuacji. Strategia ta może być również związana z dążeniem do zmniejszenia kosztów zmagania się ze stresem. Jak podkreśla Władysław Łosiak (2008), w wypadku przewlekłych sytuacji stresogennych naturalna jest tendencja do zmniejszania wydatkowanej energii i ochrony zasobów.

Strategia dystansowania się była bezpośrednio ujemnie skorelowana z emocjami zagrożenia, a pośrednio również z oceną własnej sytuacji zdrowotnej jako zagrożenia. Wskazuje to, że próby panowania nad sobą, demonstrowanie otoczeniu, że nie poddajemy się w trudnej sytuacji, są bardziej prawdopodobne po dokonaniu pewnego bilansu w ocenie własnej sytuacji i przyjęciu do wiadomości zaistniałych okoliczności. Natomiast większa dynamika w ocenianiu sytuacji, obawy przed potencjalnymi zagrożeniami, które stanowią istotę oceny poznawczej sytuacji jako zagrożenia, raczej nie sprzyjają tego typu działaniom.

Warto również zastanowić się, na ile strategia dystansowania się stosowana w badanej grupie osób przewlekle chorych może sprzyjać posłużeniu się w dalszej kolejności takimi strategiami, jak pozytywne przewartościowanie, nadawanie sensu własnym doświadczeniom. Być może uzyskanie pewnego dystansu do własnej trudnej sytuacji i tym samym złagodzenie negatywnych emocji jest warunkiem stosowania konstruktywnych strategii radzenia sobie.

Taki sposób rozumienia funkcji strategii dystansowania się jest zgodny z założeniami funkcjonalistycznej koncepcji Nica Frijdy (1988). Warto w tym

kontekście zwrócić uwagę na sformułowane przez tego autora Prawo zamknięcia się w sobie. Zgodnie z nim rozwinięty proces emocjonalny utrudnia dostrzeganie alternatywnych sposobów interpretowania sytuacji, sprzyja tendencyjności w odbiorze bodźców, tym samym wyraźnie ograniczając repertuar działań podejmowanych przez jednostkę.

Najważniejszą kwestią w odniesieniu do tego zagadnienia wydaje się precyzyjne określenie specyfiki takiej formy dystansowania, której konsekwencje można określić jako konstruktywne. W definiowaniu takiej formy dystansowania się może być pomocne odwołanie się do koncepcji *mindfulness* (Dobkin, Irving, Amar, 2012; Kabat-Zinn, 2005; Langer, 2002; Shapiro, Brown, Biegel, 2007; Weinstein, Brown, Ryan, 2009). Zgodnie z tym podejściem dystans do określonego problemu nie wynika z zaprzeczania jego istnieniu czy wypierania informacji na dany temat, lecz na odpowiednio długiej konfrontacji poznawczej, w wyniku której podmiot uzyskuje odpowiedni dystans i uwalnia się od obciążeń emocjonalnych związanych z sytuacją.

Jako odpowiednie określenie takiego wariantu można zaproponować *świadomy dystans* czy też *świadome dystansowanie się*. Taka nazwa wskazuje, że nie mamy do czynienia z mechanizmem obronnym, który znajdowałby się poza świadomością podmiotu, lecz z aktywnością, która wiąże się ze świadomym wysiłkiem poznawczym. Na słuszność posługiwania się takim pojęciem wskazują również badania dotyczące zjawiska wzrostu potraumatycznego (Martin, Tesser, 1996; Tedeschi, Calhoun, 2004a, b), które wskazują na korzystne konsekwencje świadomego kierowania obróbką informacji na dany temat. Dystans do trudnych przeżyć, jaki udaje się uzyskać osobom, które doświadczyły wzrostu potraumatycznego, wynika przede wszystkim z odpowiedniego osadzenia ich w strukturach poznawczych – odniesienie ich do filozofii, religii itp.

Czynnik dystansowanie się, który wykorzystywany był w omawianych analizach, wydaje się jedynie częściowo zgodny z zakresem treściowym zaproponowanego pojęcia „świadomy dystans". Dobrze ilustruje jego treść stwierdzenie „Godzę się z tym, jako że nic nie można zrobić", ale już mniej adekwatne w tym kontekście jest stwierdzenie „Nie dopuszczam do siebie myśli związanych z tą sytuacją", które również wchodziło w skład tego czynnika. W związku z tym w kolejnych badaniach warto podjąć próbę rozbicia tego czynnika, by wyodrębnić stricte świadome dystansowanie się. Umożliwi to uzyskanie bardziej jednoznacznych relacji tej formy radzenia sobie z innymi zmiennymi istotnymi w kontekście dynamiki i efektywności radzenia sobie ze stresem.

Strategia dystansowania się nie była powiązana z zadowoleniem z życia ani z akceptacją choroby. Podobny efekt stwierdzono w odniesieniu do myślenia życzeniowego. Zatem w niniejszych badaniach nie uzyskano potwierdzenia w zakresie nieadaptacyjności strategii myślenia życzeniowego, mimo że często

w taki sposób jest przedstawiana (Manne, Zautra, 1989; Revenson, Felton, 1989).

Jak wspomniano, strategia ta związana jest z tendencjami eskapistycznymi. Przykładowe stwierdzenia dla myślenia życzeniowego to: „Marzę, wyobrażam sobie siebie w lepszej sytuacji niż obecna"; „Myślę, że dobrze byłoby, gdyby ta sytuacja nie trwała już dłużej" (Bargiel-Matusiewicz, 2011).

Skuteczność strategii radzenia sobie jest silnie związana z właściwościami sytuacji. Jedną z głównych właściwości sytuacji stresowej jest przewlekłość (Zeidner, Saklofske, 1996). W tym kontekście rozpatrywane powinny być sposoby radzenia sobie przez pacjentów poddawanych dializoterapii, u których zmaganie się ze stresem jest wpisane w codzienne życie.

Być może kumulujące się zmęczenie i przeciążenie negatywnymi emocjami uruchamia stosowanie strategii myślenia życzeniowego (Lepore, Ewans, 1996). Może świadczyć o tym obraz związków myślenia życzeniowego z pozostałymi zmiennymi (patrz: ryc. 11). Sprzyja mu przede wszystkim ocena sytuacji jako straty, emocje zagrożenia oraz ocena sytuacji jako zagrożenia (za pośrednictwem emocji zagrożenia). Interesujące jest powiązanie tej strategii również z oceną sytuacji jako wyzwania. Może to sugerować, że w sytuacji przewlekłego stresu, jakim jest wieloletni udział w dializoterapii, myślenie życzeniowe może przynosić ulgę pacjentom.

Heszen-Niejodek (2000b) również zwraca uwagę, że niektóre strategie określane przez wielu autorów jako nieadaptacyjne mogą być korzystne dla podmiotu w sytuacjach, kiedy brak możliwości przyjęcia innych sposobów radzenia. Zmniejszenie intensywności wysiłków zaradczych, z którym wiąże się między innymi myślenie życzeniowe, może chronić jednostkę przed niepotrzebną utratą zasobów (Cohen i in., 1986; Hobfoll, 1998/2006). Warto zastanowić się również, czy dystansowanie się i myślenie życzeniowe mogą mieć związek z konstruktem *resilience* (Tugade, Fredrickson, 2004; Leipold, Greve, 2009). Można bowiem zakładać, że skoro ważnym elementem *resilience* jest zdolność do odrywania się od negatywnych doświadczeń i zdolność do wzbudzania pozytywnych emocji, to strategie te w pewnych sytuacjach, szczególnie w przewlekłym stresie, mogą być związane z tym konstruktem.

Strategia praca nad emocjami również nie była związana z akceptacją choroby i zadowoleniem z życia. Jej specyfika polega na tym, że próby wpływania na własny stan emocjonalny odbywają się przez ujawnianie swoich uczuć bądź też podejmowanie konkretnych działań mających na celu doświadczenie pozytywnych emocji. Przykładowe stwierdzenia ilustrujące specyfikę czynnika praca nad emocjami to: „Opowiadam komuś o tym, jak się czuję"; „Staram się poprawiać sobie nastrój, robiąc to, co sprawia mi przyjemność"; „Wyładowuję się, ujawniam swoje uczucia" (Bargiel-Matusiewicz, 2011). Prawdopodobnie brak powiązań tej strategii z akceptacją choroby i zadowoleniem z życia jest związany

z treścią tego czynnika, a mianowicie dotyczy zarówno kreowania pozytywnych emocji, jak i wentylowania negatywnych. Oba te warianty są rzeczywiście związane z próbami oddziaływania na własny stan emocjonalny, ale być może należałoby w kolejnych badaniach te dwa obszary analizować oddzielnie. W literaturze przedmiotu również można odnaleźć informacje, z których wynika, że obszar ten wymaga bardziej szczegółowych analiz (Heszen, 2013; Folkman, Moskowitz, 2004, 2006; Revenson, Felton, 1989). Warto aby uszczegółowienie analiz dotyczyło także kontroli podmiotu w zakresie ujawniania własnych emocji. Jak podkreśla Heszen (2013), niektóre formy zachowań wyrażających emocje przebiegają spontanicznie czy wręcz w sposób automatyczny, inne z kolei są całkowicie lub częściowo kontrolowane przez podmiot. Stosowaniu strategii praca nad emocjami sprzyja bezpośrednio ocena sytuacji jako zagrożenie, a pośrednio również ocena strata i ocena wyzwanie. Należy pamiętać, że wszystkie te kategorie ocen dotyczą percepcji sytuacji stresowej (Lazarus, Folkman, 1984, 1987). W związku z tym są związane ze zwiększonym pobudzeniem emocjonalnym i mogą skutkować próbami podejmowania działań skierowanych na zmniejszenie natężenia emocji.

Spośród omawianych strategii na szczególną uwagę zasługuje radzenie skoncentrowane na znaczeniu, które polega na przekształcaniu posiadanego obrazu rzeczywistości w sposób umożliwiający odnalezienie pozytywnych aspektów sytuacji stresowej (Folkman, Moskowitz, 2006). Przykładowe stwierdzenia charakterystyczne dla radzenia skoncentrowanego na znaczeniu to: „Odkrywam na nowo, co jest ważne w życiu"; „Zastanawiam się, co pozytywnego może wynikać z obecnej sytuacji"; „Dostrzegam głębszy sens wielu spraw" (Bargiel-Matusiewicz, 2011). W niniejszych badaniach (patrz: ryc. 13) radzenie skoncentrowane na znaczeniu było bezpośrednio dodatnio powiązane z oceną sytuacji jako wyzwania, z emocjami wyzwania, ale również w pewnym zakresie z emocjami zagrożenia. Wymienione zmienne mogą stymulować jednostkę do działań związanych z reorganizacją priorytetów, poszukiwaniem realistycznych celów, odnajdywaniem korzyści w stresujących sytuacjach, jak również napełnianiem zwykłych zdarzeń znaczeniem (Folkman, Moskowitz, 2000, 2006). Ujemny wpływ na strategię radzenia skoncentrowanego na znaczeniu wywierają natomiast emocje straty.

Co ważne, strategia radzenia skoncentrowanego na znaczeniu korzystnie wpływa na poziom akceptacji choroby i sytuacji leczenia. Można ją zatem traktować jako użyteczną dla osób chorych przewlekle, których jakość życia jest związana ze stopniem adaptacji do zaistniałej sytuacji. Odnotowanie korzystnych konsekwencji stosowania strategii radzenia skoncentrowanego na znaczeniu można traktować również jako potwierdzenie tez zwolenników nurtu eudajmonistycznego w podejściu do zagadnienia dobrostanu. Jak już bowiem wcześniej wspomniano, w tym podejściu poczucie sensu, realizacja wartościo-

wych celów są warunkami doświadczania dobrostanu (Baumeister, Vohs, 2002, 2003; Czapiński, 2005c; Ryff, 1989; Seligman, 2002a, b).

Warto zwrócić uwagę, że w badaniach nie wykazano negatywnego związku myślenia życzeniowego z zadowoleniem z życia czy akceptacją choroby (patrz: ryc. 11), a dodatni związek tej strategii z oceną sytuacji jako wyzwania potwierdza tezę dotyczącą konieczności rozpatrywania roli poszczególnych strategii zaradczych zawsze w odniesieniu do określonych okoliczności (Schönpflug, 1993; Zeidner, Saklofske, 1996).

ROZDZIAŁ 11

Interwencja psychologiczna jako moderator zależności między oceną sytuacji a emocjami

Celem analiz prezentowanych w niniejszym rozdziale jest przede wszystkim weryfikacja założeń związanych z rozróżnieniem podejścia eudajmonistycznego (Ryff, 1989; Seligman, 2002a, b) i hedonistycznego (Diener, Lucas, 1999; Diener, Lucas, Oishi, 2005) w odniesieniu do zagadnienia dobrostanu. Dotychczasowe doświadczenia badawcze wskazują, że rozróżnienie między hedonizmem a eudajmonizmem na poziomie teoretycznym nie jest łatwo przenieść na poziom operacjonalizacji zmiennych (Deci, Ryan, 2008; Kashdan, Biswas-Diener, King, 2008).

Interwencje psychologiczne omówione w rozdziale 9 skonstruowano w taki sposób, aby zadania w nich zawarte dotyczyły odmiennych obszarów i były skierowane albo na emocje, doświadczanie przyjemności (interwencja hedonistyczna), albo na obróbkę poznawczą proponowanych treści (interwencja eudajmonistyczna). Jest to pewne uproszczenie w stosunku do obu analizowanych podejść w badaniach nad dobrostanem, czyli podejścia hedonistycznego i eudajmonistycznego, jednak na potrzeby niniejszych badań empirycznych zdecydowano się na dokonanie takiej operacjonalizacji tych konstruktów.

W niniejszym rozdziale podejmowana jest kwestia wpływu zastosowanych interwencji na związki między zmiennymi. Z perspektywy rozważań teoretycznych, kluczowe wydaje się pytanie, czy specyficzne elementy: zadania skierowane na emocje, doświadczanie przyjemności w interwencji hedonistycznej oraz zadania ukierunkowane na poznawczą obróbkę proponowanych treści w interwencji eudajmonistycznej, mogą mieć wpływ na siłę powiązań między oceną poznawczą sytuacji choroby i leczenia a doświadczanymi emocjami. Analiza będzie dotyczyła zatem interwencji psychologicznej jako potencjalnego moderatora związków między tymi zmiennymi.

W tabeli 25 przedstawiono współczynniki korelacji między wskaźnikami oceny sytuacji i wskaźnikami emocji w pierwszej fazie w grupie osób, które korzystały z interwencji hedonistycznej, w grupie osób, które korzystały z interwencji eudajmonistycznej, i w całej badanej próbie. Zestawienie uzupełniono

TABELA 25. Porównanie wartości współczynników korelacji wskaźnikami oceny sytuacji i wskaźnikami emocji w I fazie w grupie osób, które korzystały z interwencji hedonistycznej, w grupie osób, które korzystały z interwencji eudajmonistycznej, i w całej badanej próbie wraz z testem istotności różnic

Ocena sytuacji: zagrożenie								
Interwencja:		**hedonistyczna**	**eudajmonistyczna**	**ogółem**	z_{r1}	z_{r2}	**Z**	**P**
Emocje: zagrożenie	r	0,556**	0,550**	0,563**	0,63	0,62	0,04	0,399
	p	0,000	0,000	0,000				
Emocje: korzyść	r	–0,258*	–0,226	–0,283**	–0,26	–0,23	–0,17	0,393
	p	0,030	0,056	0,000				
Emocje: strata	r	0,432**	0,445**	0,434**	0,46	0,48	–0,08	0,398
	p	0,001	0,001	0,000				
Emocje: wyzwanie	r	–0,044	–0,286*	–0,139*	–0,04	–0,29	1,24	0,184
	p	0,376	0,021	0,047				
Ocena sytuacji: wyzwanie								
Interwencja:		**hedonistyczna**	**eudajmonistyczna**	**ogółem**	z_{r1}	z_{r2}	**Z**	**P**
Emocje: zagrożenie	r	–0,166	0,095	0,018	–,17	0,10	–1,31	0,170
	p	0,115	0,253	0,414				
Emocje: korzyść	r	0,406**	0,297*	0,399**	0,43	0,31	0,62	0,329
	p	0,001	0,017	0,000				
Emocje: strata	r	–0,190	–0,102	–0,101	–0,19	–0,10	–0,45	0,361
	p	0,084	0,239	0,112				
Emocje: wyzwanie	r	0,338**	0,468**	0,447**	0,35	0,51	–0,77	0,296
	p	0,006	0,000	0,000				
Ocena sytuacji: strata								
Interwencja:		**hedonistyczna**	**eudajmonistyczna**	**ogółem**	z_{r1}	z_{r2}	**Z**	**P**
Emocje: zagrożenie	r	0,459**	0,335**	0,426**	0,50	0,35	0,73	0,305
	p	0,000	0,008	0,000				
Emocje: korzyść	r	–0,323**	–0,349**	–0,326**	–0,33	–0,36	0,15	0,395
	p	0,009	0,006	0,000				
Emocje: strata	r	0,484**	0,343**	0,436**	0,53	0,36	0,85	0,278
	p	0,000	0,007	0,000				
Emocje: wyzwanie	r	–0,047	–0,201	–0,067	–0,05	–0,20	0,78	0,294
	p	0,369	0,079	0,213				

r – współczynnik korelacji r Pearsona; z_{r1}, z_{r2}, z – współczynniki transformacji Fishera, P – istotność statystyczna; * – $P < 0,05$; ** – $P < 0,01$; # – $P < 0,1$

testem istotności różnic między współczynnikami korelacji w formie transformacji Fishera. Wyróżniono zależności istotne statystycznie.

Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic międzygrupowych w zakresie otrzymanych współczynników korelacji. Ocena sytuacji w kategoriach zagrożenia korelowała dodatnio ze wskaźnikami emocji zagrożenia i straty, a ujemnie ze wskaźnikami emocji korzyści i wyzwania. Ocena sytuacji w kategoriach wyzwania korelowała dodatnio z emocjami korzyści i wyzwania. Ocena sytuacji w kategoriach straty korelowała dodatnio ze wskaźnikami emocji zagrożenia i straty, a ujemnie ze wskaźnikiem emocji korzyści.

W tabeli 26 przedstawiono współczynniki korelacji między wskaźnikami oceny sytuacji i wskaźnikami emocji w II fazie w grupie osób, które korzystały z interwencji hedonistycznej, w grupie osób, które korzystały z interwencji eudajmonistycznej i w całej badanej próbie. Zestawienie uzupełniono testem istotności różnic między współczynnikami korelacji w formie transformacji Fishera. Wyróżniono zależności istotne statystycznie.

Zanotowano istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie korelacji między oceną sytuacji w kategoriach zagrożenia a wskaźnikami emocji zagrożenia i straty oraz zbliżoną do istotności statystycznej różnicę w zakresie korelacji między oceną sytuacji w kategoriach zagrożenia a wskaźnikiem emocji korzyści. Istotne statystycznie dodatnie korelacje między oceną sytuacji w kategoriach zagrożenia a wskaźnikami emocji zagrożenia i straty były silniejsze w grupie osób, które brały udział w interwencji hedonistycznej niż w grupie osób, które korzystały z interwencji eudajmonistycznej (por. ryc. 14 i 15). Istotna statystycznie ujemna korelacja między oceną sytuacji w kategoriach zagrożenia a wskaźnikiem emocji korzyści występowała tylko w grupie osób korzystających z interwencji hedonistycznej (por. ryc. 16).

Ocena sytuacji w kategoriach wyzwania korelowała dodatnio z emocjami korzyści i wyzwania. Ocena sytuacji w kategoriach straty korelowała dodatnio ze wskaźnikami emocji zagrożenia i straty, a ujemnie ze wskaźnikiem emocji korzyści.

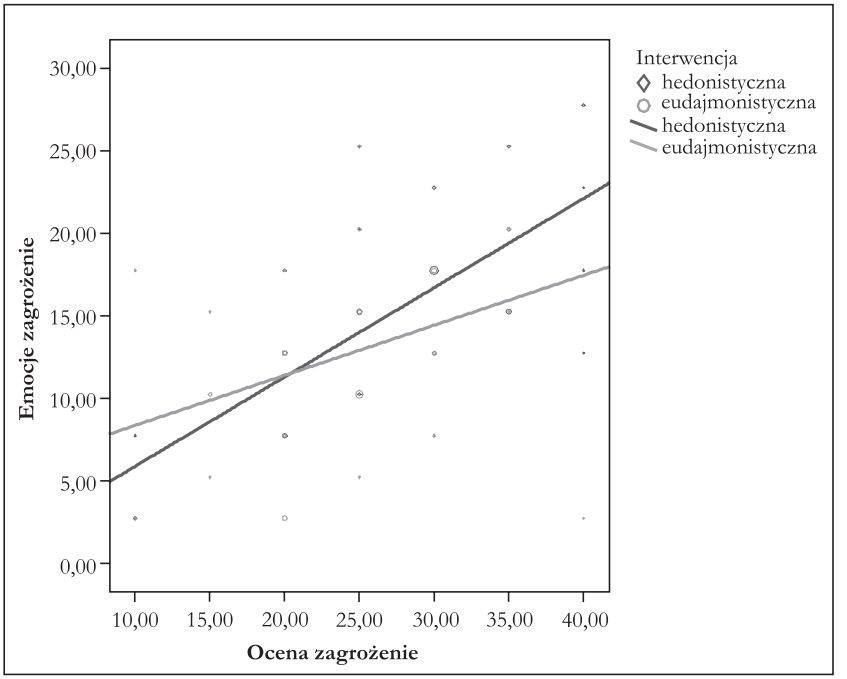
W tabeli 27 przedstawiono współczynniki korelacji między wskaźnikami oceny sytuacji i wskaźnikami emocji w trzeciej fazie w grupie osób, które korzystały z interwencji hedonistycznej, w grupie osób, które korzystały z interwencji eudajmonistycznej i w całej badanej próbie. Zestawienie uzupełniono testem istotności różnic między współczynnikami korelacji w formie transformacji Fishera. Wyróżniono zależności istotne statystycznie.

Zanotowano zbliżoną do istotności statystycznej różnicę w zakresie korelacji między oceną sytuacji w kategoriach zagrożenia a wskaźnikiem emocji zagrożenia. Istotna statystycznie dodatnia korelacja między oceną sytuacji w kategoriach zagrożenia a wskaźnikami emocji zagrożenia była silniejsza w grupie osób, które brały udział w interwencji hedonistycznej niż w grupie osób, które korzystały z interwencji eudajmonistycznej (por. ryc. 17).

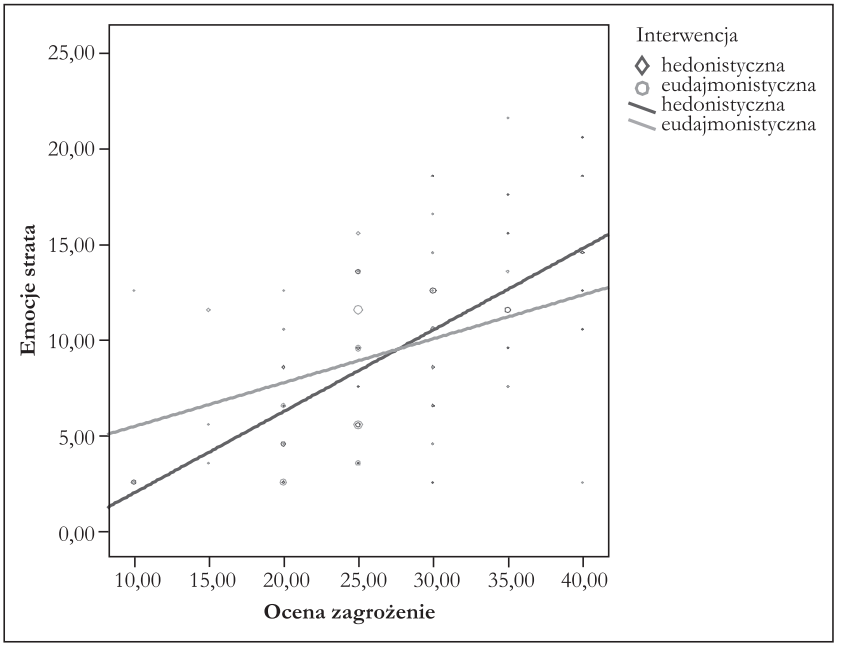
TABELA 26. Porównanie wartości współczynników korelacji wskaźnikami oceny sytuacji i wskaźnikami emocji w II fazie w grupie osób, które korzystały z interwencji hedonistycznej, w grupie osób, które korzystały z interwencji eudajmonistycznej, i w całej badanej próbie wraz z testem istotności różnic

Ocena sytuacji: zagrożenie								
Interwencja:		**hedonistyczna**	**eudajmonistyczna**	**ogółem**	z_{r1}	z_{r2}	**Z**	**P**
Emocje: zagrożenie	r	0,706**	0,368**	0,607**	0,88	0,39	2,43	0,021
	p	0,000	0,004	0,000				
Emocje: korzyść	r	–0,379**	–0,003	–0,215**	–0,40	0,00	–1,95#	0,060
	p	0,003	0,492	0,005				
Emocje: strata	r	0,665**	0,337**	0,491**	0,80	0,35	2,22	0,034
	p	0,000	0,007	0,000				
Emocje: wyzwanie	r	–0,303*	0,035	–0,117	–0,31	0,04	–1,71#	0,092
	p	0,015	0,403	0,083				
Ocena sytuacji: wyzwanie								
Interwencja:		**hedonistyczna**	**eudajmonistyczna**	**ogółem**	z_{r1}	z_{r2}	**Z**	**P**
Emocje: zagrożenie	r	–0,186	0,046	–0,012	–0,19	0,05	–1,15	0,205
	p	0,095	0,374	0,445				
Emocje: korzyść	r	0,502**	0,325**	0,421**	0,55	0,34	1,06	0,228
	p	0,000	0,009	0,000				
Emocje: strata	r	–0,109	–0,059	–0,061	–0,11	–0,06	–0,25	0,387
	p	0,224	0,339	0,235				
Emocje: wyzwanie	r	0,522**	0,532**	0,519**	0,58	0,59	–0,07	0,398
	p	0,000	0,000	0,000				
Ocena sytuacji: strata								
Interwencja:		**hedonistyczna**	**eudajmonistyczna**	**ogółem**	z_{r1}	z_{r2}	**Z**	**P**
Emocje: zagrożenie	r	0,417**	0,184	0,381**	0,44	0,19	1,27	0,178
	p	0,001	0,096	0,000				
Emocje: korzyść	r	–0,222	–0,015	–0,155*	–0,23	–0,02	–1,04	0,233
	p	0,057	0,457	0,031				
Emocje: strata	r	0,408**	0,223	0,384**	0,43	0,23	1,02	0,238
	p	0,001	0,056	0,000				
Emocje: wyzwanie	r	–0,065	0,013	–0,010	–0,07	0,01	–0,38	0,371
	p	0,323	0,462	0,454				

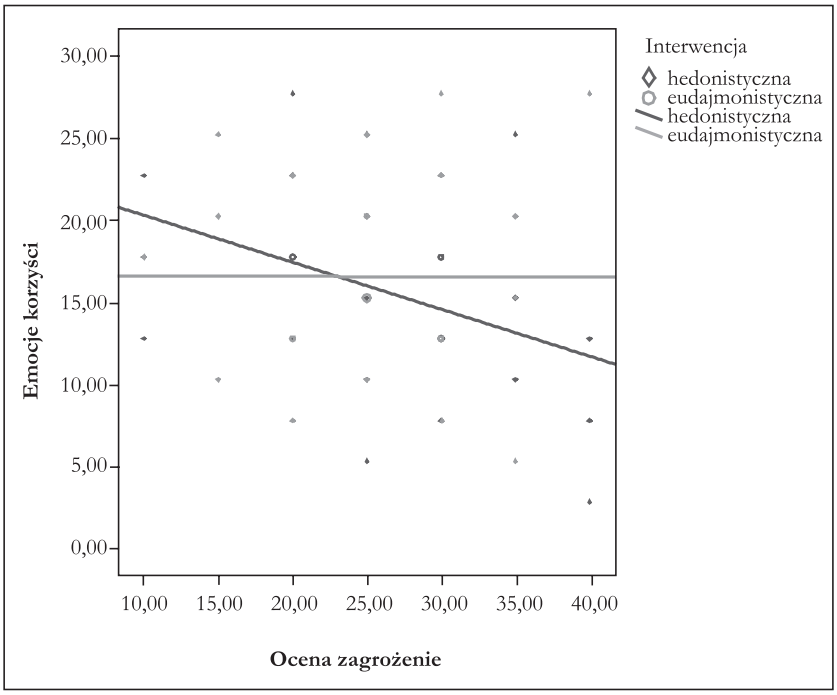
r – współczynnik korelacji r Pearsona; z_{r1}, z_{r2}, z – współczynniki transformacji Fishera, P – istotność statystyczna; * – $P < 0,05$; ** – $P < 0,01$; # – $P < 0,1$



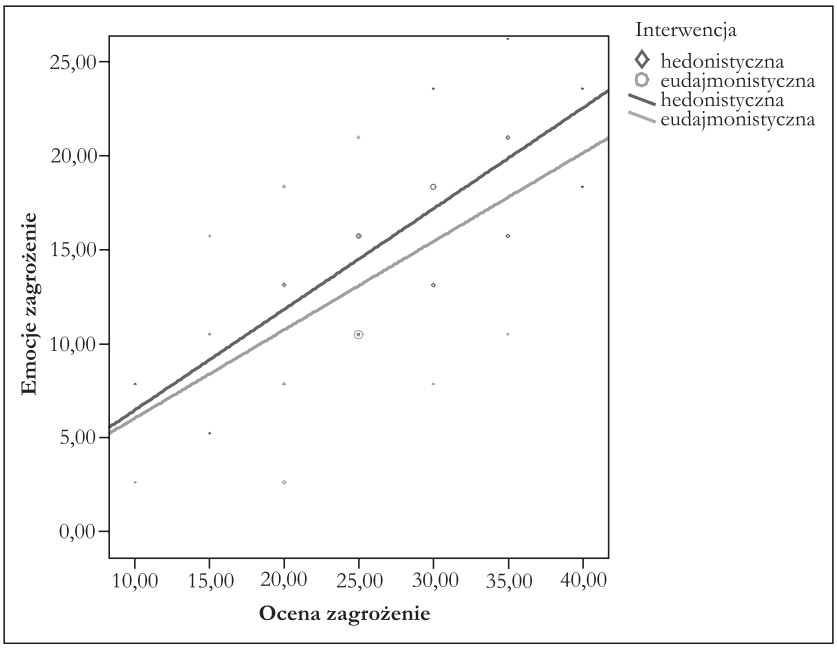
RYCINA 14. Wykres rozrzutu – emocje zagrożenia w zależności od oceny zagrożenia



RYCINA 15. Wykres rozrzutu – emocje straty w zależności od oceny zagrożenia



RYCINA 16. Wykres rozrzutu – emocje korzyści w zależności od oceny zagrożenia



RYCINA 17. Wykres rozrzutu – emocje zagrożenia w zależności od oceny zagrożenia

TABELA 27. Porównanie wartości współczynników korelacji wskaźnikami oceny sytuacji i wskaźnikami emocji w III fazie w grupie osób, które korzystały z interwencji hedonistycznej, w grupie osób, które korzystały z interwencji eudajmonistycznej, i w całej badanej próbie wraz z testem istotności różnic

Ocena sytuacji: zagrożenie					z_{r1}	z_{r2}	Z	P
Interwencja:		hedonistyczna	eudajmonistyczna	ogółem				
Emocje: zagrożenie	r	0,777**	0,505**	0,647**	1,04	0,56	1,77#	0,083
	p	0,000	0,002	0,000				
Emocje: korzyść	r	–0,171	–0,346*	–0,220*	–0,17	–0,36	0,69	0,314
	p	0,188	0,028	0,020				
Emocje: strata	r	0,347*	0,381*	0,384**	0,36	0,40	–0,14	0,395
	p	0,033	0,017	0,000				
Emocje: wyzwanie	r	–0,326*	–0,399*	–0,125	–0,34	–0,42	0,31	0,380
	p	0,042	0,013	0,125				
Ocena sytuacji: wyzwanie					z_{r1}	z_{r2}	Z	P
Interwencja:		hedonistyczna	eudajmonistyczna	ogółem				
Emocje: zagrożenie	r	–0,143	0,067	0,023	–0,14	0,07	–0,78	0,295
	p	0,229	0,360	0,415				
Emocje: korzyść	r	0,391*	0,221	0,358**	0,41	0,22	0,69	0,314
	p	0,018	0,116	0,000				
Emocje: strata	r	–0,236	–0,115	–0,171	–0,24	–0,12	–0,46	0,359
	p	0,109	0,268	0,056				
Emocje: wyzwanie	r	0,551**	0,385*	0,486**	0,62	0,41	0,79	0,293
	p	0,001	0,016	0,000				
Ocena sytuacji: strata					z_{r1}	z_{r2}	Z	P
Interwencja:		hedonistyczna	eudajmonistyczna	ogółem				
Emocje: zagrożenie	r	0,594**	0,251	0,479**	0,68	0,26	1,57	0,116
	p	0,000	0,086	0,000				
Emocje: korzyść	r	–0,243	–0,565**	–0,310**	–0,25	–0,64	1,44	0,141
	p	0,102	0,000	0,002				
Emocje: strata	r	0,441**	0,329*	0,394**	0,47	0,34	0,48	0,355
	p	0,008	0,036	0,000				
Emocje: wyzwanie	R	–0,374*	–0,370*	–0,149	–0,39	–0,39	–0,02	0,399
	P	0,023	0,020	0,084				

r – współczynnik korelacji r Pearsona; z_{r1}, z_{r2}, z – współczynniki transformacji Fishera, P – istotność statystyczna; * – $P < 0,05$; ** – $P < 0,01$; # – $P < 0,1$

Ocena sytuacji w kategoriach zagrożenia korelowała ujemnie ze wskaźnikiem emocji korzyści oraz dodatnio ze wskaźnikiem emocji straty. Ocena sytuacji w kategoriach wyzwania korelowała dodatnio z emocjami korzyści i wyzwania. Ocena sytuacji w kategoriach straty korelowała dodatnio ze wskaźnikami emocji zagrożenia i straty, a ujemnie ze wskaźnikiem emocji korzyści.

Omówienie wyników

W pierwszej fazie pomiarów, czyli przed zastosowaniem omówionych w rozdziale 9 interwencji, nie zanotowano istotnych statystycznie różnic międzygrupowych w zakresie otrzymanych współczynników korelacji.

Natomiast w drugiej fazie pomiaru zanotowano istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie korelacji między oceną sytuacji w kategoriach zagrożenia a wskaźnikami emocji zagrożenia i straty oraz zbliżoną do istotności statystycznej różnicę w zakresie korelacji między oceną sytuacji w kategoriach zagrożenia a wskaźnikiem emocji korzyści.

Istotne statystycznie dodatnie korelacje między oceną sytuacji w kategoriach zagrożenia a wskaźnikami emocji zagrożenia i straty były silniejsze w grupie osób, które brały udział w interwencji hedonistycznej niż w grupie osób, które korzystały z interwencji eudajmonistycznej. Istotna statystycznie ujemna korelacja między oceną sytuacji w kategoriach zagrożenia a wskaźnikiem emocji korzyści występowała natomiast tylko w grupie osób korzystających z interwencji hedonistycznej.

Na podstawie uzyskanych wyników można zakładać, że bezpośrednio po zastosowaniu interwencji u osób poddanych interwencji hedonistycznej zwiększyła się siła związku między oceną poznawczą a emocjami. Podsumowując, można stwierdzić, że u osób z tej grupy nastąpiło zwiększenie siły efektu zgodności poznawczo-emocjonalnej w odniesieniu do sytuacji choroby i leczenia. Zakres tego efektu był jednak ograniczony do związków emocji z oceną sytuacji jako zagrożenia. Ta kategoria oceny stała się silniej powiązana z przeżywanymi emocjami zagrożenia i straty, a jednocześnie zaczęła być ujemnie związana z emocjami korzyści.

W trzeciej fazie pomiaru, czyli po upływie kolejnych trzech miesięcy, podczas których interwencja nie była już stosowana, opisany wyżej efekt utrzymał się, jednak w bardzo zredukowanej formie. Dotyczył mianowicie silniejszego dodatniego powiązania oceny zagrożenia z emocjami zagrożenia w grupie poddanej interwencji hedonistycznej. Można zatem stwierdzić, że trzy miesiące po zakończeniu stosowania interwencji struktura korelacji była bliższa punktowi wyjścia, co świadczy o tym, że zwiększona pod wpływem zadań wchodzących w skład interwencji hedonistycznej koncentracja uwagi na emocjach była prawdopodobnie w dużym stopniu efektem tymczasowym.

Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że zwracanie szczególnej uwagi na własny stan emocjonalny, własne doznania (co było związane z interwencją hedonistyczną) zwiększa siłę powiązań między dostrzeganymi zagrożeniami a negatywnymi emocjami, jednocześnie zmniejszając prawdopodobieństwo przeżywania emocji pozytywnych. Naturalnie zaobserwowany efekt zwiększenia siły zgodności poznawczo-emocjonalnej wymaga potwierdzenia w dalszych badaniach, również w innych grupach badawczych. Należałoby zweryfikować, czy jest on uniwersalnym zjawiskiem powiązanym z postawą hedonistyczną.

W odniesieniu do niniejszych badań można zakładać, że efekt zgodności poznawczo-emocjonalnej dotyczył jedynie oceny sytuacji jako zagrożenia, gdyż osoby z badanej grupy doświadczają wielu obaw, mają poczucie zagrożenia swego zdrowia czy nawet życia (McDade-Montez i in., 2006; Witorzeńć, 1992a). Jest to w dużym stopniu zgodne z założeniami funkcjonalistycznej koncepcji Frijdy (1988) i sformułowanym przez tego autora prawem zamknięcia się w sobie. Odnosząc zaprezentowane w niniejszym rozdziale wyniki do tego prawa, można założyć, iż zwracanie uwagi na własne emocje i doznania prowadzi do nasilenia jednostronnego interpretowania sytuacji w kierunku skupienia na trudnościach, zagrożeniach z nią związanych. Tym samym utrudnia dostrzeganie alternatywnych sposobów interpretacji oraz doświadczanie pozytywnych emocji: świadczy o tym pojawienie się ujemnej korelacji oceny zagrożenia z emocjami korzyści.

Taki efekt może utrudniać uzyskanie świadomego dystansu, o którym napisano w poprzednim rozdziale (Langer, 2002; Kabat-Zinn, 2005; Shapiro, Brown, Biegel, 2007; Weinstein, Brown, Ryan, 2009). Kwestia ta wymaga jednak dalszych badań.

Należałoby przede wszystkim sprawdzić, czy w grupach osób oceniających swoją sytuację bardziej pozytywnie, optymistycznie, zastosowanie interwencji hedonistycznej mogłoby zwiększać siłę powiązań między oceną sytuacji jako korzyści czy wyzwania a pozytywnymi emocjami.

Gdyby udało się uzyskać taki efekt, można by sformułować wniosek, że interwencja hedonistyczna powinna być raczej stosowana u osób doświadczających zadowolenia, w celu zwiększenia jego intensywności. Wówczas można by w ten sposób zwiększać potencjał adaptacyjny (Fredrickson, 1998, 2001, 2003). Nie powinna być natomiast stosowana w grupach osób, które przede wszystkim doświadczają dyskomfortu związanego z jakąś trudną sytuacją. Kwestia ta wydaje się jednak złożona, gdyż w zakresie prezentowanych wyników (roz. 9) nie stwierdzono, aby interwencja hedonistyczna wpłynęła istotnie na natężenie emocji. Analizowany w niniejszym rozdziale wpływ interwencji hedonistycznej dotyczy jedynie struktury powiązań między oceną poznawczą a emocjami w kontekście zastosowanych interwencji.

W przyszłości cenne byłoby wykonanie podobnej analizy struktury relacji między oceną poznawczą a emocjami w wyłonionych wcześniej grupach osób o postawach hedonistycznych i eudajmonistycznych. Jest możliwe, że uzyskane efekty byłyby bardziej wyraźne, gdyby analizować je w kontekście utrwalonych sposobów interpretowania rzeczywistości.

ROZDZIAŁ 12

Podsumowanie badań własnych

Jak wcześniej wspomniano, przewlekła choroba somatyczna jest doświadczeniem wielopłaszczyznowym, dlatego analiza radzenia sobie z jej konsekwencjami również wymaga wieloaspektowości (Heszen, Sęk, 2007; Heszen, 2013; Wrona-Polańska, 2008).

Dla osoby chorej oprócz stosowania zaleceń medycznych istotne jest odpowiednie gospodarowanie własnymi zasobami, aby mimo choroby i konieczności udziału w leczeniu móc realizować również inne cele, zadania. Pomoc psychologiczna w tym zakresie jest ważnym elementem interdyscyplinarnych oddziaływań. Jedną z jej form są interwencje psychologiczne. Na zasadność weryfikacji skutków oddziaływań interwencji psychologicznych dla przebiegu radzenia sobie ze stresem oraz osiągania dobrostanu wskazuje wielu współczesnych badaczy: Diener, Lucas, Oishi (2005), Folkman, Moskowitz (2004), Folkman (2009), Fordyce (1983), Seligman, Reivich, Jaycox, Gillham (1995), Seligman, Rashid, Parks (2006), Linley, Joseph (2007).

Celem interwencji poznawczej i poznawczo-narracyjnej było oddziaływanie na poziom akceptacji choroby, poczucie własnej skuteczności, ocenę poznawczą sytuacji choroby i leczenia oraz doświadczane emocje. Interwencje te oparte są na poznawczo-fenomenologicznej teorii stresu psychologicznego (Lazarus, Folkman, 1984; Folkman, Moskowitz, 2004, 2006), zasadach terapii poznawczej (Beck, 1976, 1993; Gonçlaves, Craine, 1990; Kopp, Craw, 1998) oraz nurcie narracyjnym (McAdams, 2008; Meichenbaum, Fitzpatrick, 1993; Morgan, 2000; Trzebiński, 2002).

Inspiracją do skonstruowania kolejnych zaprezentowanych w książce interwencji (hedonistycznej i eudajmonistycznej) była również poznawcza teoria stresu, a także psychologia pozytywna, czyli nurt teoretyczno-empiryczny, w ramach którego analizowane są uwarunkowania dobrostanu psychicznego, szczęścia (Diener, Lucas, 1999; Diener, Lucas, Oishi, 2005; Ryff, 1989; Seligman, 2002a, b). Poddano analizie ewentualny wpływ obu interwencji na poziom

akceptacji choroby, zadowolenia z życia, ocenę poznawczą sytuacji choroby i leczenia, doświadczane emocje oraz sposoby radzenia sobie ze stresem. Badania zostały również przeprowadzone w grupie pacjentów poddawanych dializoterapii, która jest procesem wieloletnim. Pacjenci znajdowali się w związku z tym w sytuacji przewlekłego stresu (Barnett i in., 2008; Tsay, Lee, Lee, 2005; Witorzeńć, 1992a, b).

Przed podsumowaniem głównych wyników uzyskanych podczas badań przedstawionych w niniejszej książce, warto wspomnieć o opiniach pacjentów na temat proponowanych interwencji psychologicznych.

Wiele osób w bezpośrednim kontakcie z badaczami wyrażało zadowolenie z zaproponowanych oddziaływań psychologicznych. Pacjenci podkreślali, że na co dzień brakuje im możliwości skonsultowania się z psychologiem, podzielenia się swoimi emocjami, trudnościami itp. Zwracali uwagę, że zwykle nie docenia się wagi psychologicznych problemów związanych z wieloletnim udziałem w dializoterapii.

Pewną niedogodnością związaną z prowadzonymi badaniami była stosunkowo duża liczba narzędzi badawczych, których użyto do pomiaru zmiennych psychologicznych. Wypełnianie kwestionariuszy i ankiet było uciążliwe dla części pacjentów. Należy wspomnieć, że pomiar związany z interwencjami poznawczą i poznawczo-narracyjną był dokonywany dwukrotnie, a w odniesieniu do interwencji hedonistycznej i eudajmonistycznej trzykrotnie. Treści poszczególnych interwencji, zadania wchodzące w ich skład nie budziły zwykle zastrzeżeń. Niektóre z zadań bywały spontanicznie określane przez pacjentów jako ciekawe, zabawne czy odprężające.

Jak wspomniano, celem interwencji poznawczej oraz poznawczo-narracyjnej była próba oddziaływania na: poziom akceptacji choroby, poczucie własnej skuteczności, ocenę poznawczą sytuacji choroby i leczenia oraz doświadczane emocje.

Fakt, iż jedynie w drugiej grupie eksperymentalnej poziom akceptacji choroby był w drugim pomiarze wyższy niż w grupie kontrolnej, może wskazywać, że dwutorowe oddziaływania, realizowane w ramach interwencji poznawczo-narracyjnej, prawdopodobnie są bardziej skuteczne w zakresie pozytywnego wpływu na akceptację choroby niż wariant poznawczy. Może to wynikać z faktu, że dwutorowe oddziaływania, realizowane w ramach poznawczo-narracyjnego wariantu interwencji, w większym stopniu umożliwiają poznawczą rekonstrukcję własnej sytuacji, skutkującą większą koncentracją na jej pozytywnych aspektach. Dzieje się tak prawdopodobnie dlatego, że drugi wariant interwencji, oprócz oddziaływań związanych z metaforami terapeutycznymi, wykorzystuje zdolność jednostki do budowania autonarracji. Wielu autorów wskazuje także, iż narracyjne strukturalizowanie ważnych dla jednostki przeżyć jest bardzo istotnym czynnikiem w kontekście radzenia sobie i adaptacji do trudnej sytuacji

(McAdams, 2008; Meichenbaum, Fitzpatrick, 1993; Trzebiński, 2002). Podniesienie poziomu akceptacji choroby z pewnością jest ważnym efektem ze wzgledu na ogromne znaczenie przystosowania do długotrwałej sytuacji leczenia. Przede wszystkim daje możliwość podejmowania konstruktywnych działań oraz doświadczania pozytywnych emocji (Nakamura, Orth, 2005; Revenson, Felton, 1989; Telford, Kralik, Koch, 2006).

W zakresie poczucia własnej skuteczności sformułowano wniosek, iż jedynie rozbudowana wersja interwencji psychologicznej, czyli interwencja poznawczo-narracyjna, korzystnie wpłynęła na tę zmienną. Prawdopodobnie, tak jak w odniesieniu do akceptacji choroby, miała na to wpływ stymulacja autonarracji. Jak wskazują Schank i Abelson (1995), omawianie z innymi osobami własnych doświadczeń wpływa zwrotnie na treść wspomnień. Analiza poszczególnych aspektów własnej sytuacji umożliwia ich reinterpretację (Trzebiński, 2002). Mechanizm ten wydaje się spójny z opisywanym przez Folkman i Moskowitz (2004, 2006) radzeniem sobie skoncentrowanym na znaczeniu.

W odniesieniu do oceny poznawczej uzyskane wyniki wskazały, że zarówno interwencja poznawcza, jak i poznawczo-narracyjna pozytywnie wpłynęły na percepcję sytuacji związanej ze stanem zdrowia oraz procedurą leczenia. Wpływ rozszerzonego wariantu interwencji był jednak bardziej wyraźny.

Interpretacja takiego efektu może być zbieżna z interpretacją zmian, jakie nastąpiły w zakresie akceptacji choroby oraz poczucia własnej skuteczności, gdyż konstrukty te są ze sobą częściowo powiązane, a zmiany w ich zakresie są prawdopodobnie pochodną poznawczej obróbki, reinterpretacji, bądź też uświadomienia sobie pewnych aspektów własnej sytuacji, głównie przeszłych i teraźniejszych, ale także przyszłych. Kierunek zmian w zakresie oceny poznawczej może sugerować zwiększenie potencjału adaptacyjnego w odniesieniu do radzenia sobie z sytuacją przewlekłej choroby oraz związanego z nią leczenia (McAdams, 2008; Meichenbaum, Fitzpatrick, 1993).

W odniesieniu do czterech grup emocji badanych przy użyciu Kwestionariusza Stanu Emocjonalnego opartego na koncepcji stresu Lazarusa i Folkman (1984) zmiany związane z interwencjami psychologicznymi odnotowano tylko w odniesieniu do emocji zagrożenia (niepewność, martwienie się, lęk, bezradność), których natężenie zmniejszyło się zarówno wskutek interwencji poznawczej, jak i poznawczo-narracyjnej. Zmian nie zaobserwowano w odniesieniu do lęku jako cechy. Zmiana między pierwszym a drugim pomiarem została natomiast odnotowana w zakresie lęku stanu, którego poziom się obniżył.

Fakt odnotowania istotnej statystycznie zmiany w odniesieniu do lęku stanu, przy braku zmian w zakresie lęku cechy, jest zgodny z założeniami koncepcji Spielbergera (1966, za: Sosnowski, Wrześniewski, 1983).

Na podstawie uzyskanych wyników można mówić o zmniejszeniu dyskomfortu emocjonalnego poprzez zmniejszenie natężenia negatywnych emocji. Ob-

niżenie negatywnego afektu jest przez wielu autorów oceniane jako efekt adaptacyjnego radzenie sobie (Abraido-Lanza i in., 2004; Revenson, Felton, 1989; Zautra i in., 1995). Nie oznacza to jednak automatycznego wzrostu nasilenia emocji pozytywnych. Wynik ten jest zbieżny ze współczesnymi doniesieniami na temat niezależności do pewnego stopnia emocji pozytywnych i negatywnych (Feldman Barrett, Russell, 1998; Folkman, Moskowitz, 2000; Gruszczyńska, 2013; Russell, Carroll, 1999; Viney, 1986; Wortman, Silver, 1987).

W odniesieniu do kolejnych interwencji, czyli hedonistycznej i eudajmonistycznej, poddano analizie ich ewentualny wpływ na poziom akceptacji choroby, zadowolenia z życia, ocenę poznawczą sytuacji choroby i leczenia, doświadczane emocje oraz sposoby radzenia sobie ze stresem.

Interwencje zostały skonstruowane w taki sposób, aby zadania w nich zawarte dotyczyły odmiennych obszarów i były skierowane albo na emocje, doświadczanie przyjemności (interwencja hedonistyczna), albo na obróbkę poznawczą proponowanych treści (interwencja eudajmonistyczna). Jest to pewne uproszczenie w stosunku do obu analizowanych podejść w badaniach nad dobrostanem, dokonane na potrzeby niniejszych badań empirycznych. Zdaniem wielu autorów, przeniesienie rozróżnienia między hedonizmem a eudajmonizmem z poziomu teoretycznego na poziom operacjonalizacji zmiennych nie jest łatwym zadaniem (m.in. Deci, Ryan, 2008; Kashdan, Biswas-Diener, King, 2008).

W zakresie doświadczanych przez pacjentów emocji nie zaobserwowano istotnych statystycznie zmian, zarówno w grupach poddanych interwencjom psychologicznym, jak i w grupie porównawczej, która nie była poddana interwencji. W grupie hedonistycznej odnotowano co prawda spadek emocji zagrożenia i straty, z kolei w grupie eudajmonistycznej można było zaobserwować wzrost natężenia emocji korzyści, jednak zmiany te nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej. Prawdopodobnie schemat oddziaływań w obrębie interwencji hedonistycznej i eudajmonistycznej w zbyt małym stopniu umożliwia wywieranie wpływu na sferę emocjonalną. Efektem interwencji poznawczej i poznawczo-narracyjnej było zmniejszenie nasilenia emocji zagrożenia oraz lęku; nie zmieniły się w sposób istotny emocje korzyści, krzywdy/straty i wyzwania. Wskazuje to na konieczność dalszych badań w tym zakresie i ustalenie, które elementy omówionych wcześniej interwencji w znaczący sposób zmniejszają natężenie emocji negatywnych. Można przypuszczać, że chodzi tu o elementy, które nie występowały, lub występowały w mniejszym stopniu w interwencjach hedonistycznej i eudajmonistycznej – metafory terapeutyczne oraz zadania stymulujące autonarrację w kilku obszarach doświadczeń pacjentów.

W interwencjach hedonistycznej i eudajmonistycznej nie stosowano metafor terapeutycznych. Natomiast zadania umożliwiające stymulację autonarracji, przekształceń poznawczych w obrębie percepcji własnej sytuacji, przygotowano w sposób zwiększający poziom ich standaryzacji, a tym samym poziom kontroli

aktywności poznawczej podejmowanej przez pacjentów. W interwencji poznawczo-narracyjnej zadania z tej właśnie kategorii dawały szerszy zakres swobody pacjentom w zakresie odpowiedzi/reakcji na zadane tematy/zadania, a tym samym prawdopodobnie umożliwiały w większym stopniu realizację indywidualnych potrzeb w zakresie rozładownia negatywnych emocji.

Idea formuły interwencji hedonistycznej i eudajmonistycznej polegała na opracowaniu wystandaryzowanych treści zadań, które wykonywane miały być raz w tygodniu. Podczas konstruowania tych wariantów interwencji wykorzystano doświadczenia pochodzące z badań innych autorów (Lyubomirsky, Tkach, Yelverton, 2004; za: Trzebińska, 2008), w których – jak się okazało – optymalną częstotliwością jest wykonywanie zadań raz na tydzień. W tych badaniach jednak brały udział osoby zdrowe. Prawdopodobnie optymalna w populacji osób zdrowych częstość nie jest odpowiednia dla osób przewlekle chorych somatycznie, szczególnie pacjentów poddawanych dializoterapii, u których stwierdza się wiele negatywnych emocji (Garcia-Llana, Remor, Selgas, 2013; Majkowicz, Steciwko, Sapilak, 2009; McDade-Montez i in., 2006; Steciwko, Rutkowski, Domagała, 2002; Witorzeńć, 1992a, b). Większa efektywność interwencji poznawczej i poznawczo-narracyjnej w zakresie redukcji negatywnych emocji może być zatem związana również z większą częstością odsłuchiwania z płyty interwencji zawierającej metafory terapeutyczne, które zgodnie z zaleceniami odbywało się dwa razy dziennie.

Można postulować także wydłużenie czasu trwania interwencji hedonistycznej i eudajmonistycznej. Zalecenia związane z optymalizacją czasu stosowania interwencji psychologicznej formułuje m.in. Ganster wraz z zespołem (1982), który wskazuje, że efekt obniżenia depresji i lęku udało się uzyskać po ośmiotygodniowej interwencji, na którą złożyło się w sumie szesnaście godzin oddziaływań psychologicznych. Warto uwzględnić te wnioski podczas modyfikacji prezentowanych interwencji.

W grupie pacjentów poddanych interwencji hedonistycznej, a także w grupie porównawczej nie odnotowano istotnych statystycznie zmian w zakresie oceny poznawczej sytuacji zdrowotnej. Natomiast w grupie pacjentów poddanych interwencji eudajmonistycznej odnotowano istotny statystycznie wzrost natężenia oceny poznawczej sytuacji jako wyzwania między pomiarem I a II. Może to świadczyć o korzystnym wpływie interwencji eudajmonistycznej na percepcję własnej sytuacji związanej ze zdrowiem i leczeniem. Ocena własnej sytuacji zdrowotnej jako wyzwania jest tutaj rozumiana jako konstruktywne podejście umożliwiające dostrzeganie obszarów, które wymagają aktywności, a jednocześnie podmiot jest w stanie podołać wymaganiom sytuacji (Lazarus, Folkman, 1984).

W zakresie oceny poznawczej zaobserwowano jeszcze jedną zmianę. Mianowicie w grupie poddanej interwencji eudajmonistycznej odnotowano zmniej-

szanie się pomiędzy kolejnymi fazami pomiaru nasilenia oceny sytuacji jako straty. Zmiany te były istotne na poziomie tendencji statystycznej. W związku z tym pełne potwierdzenie efektywności interwencji eudajmonistycznej w zakresie redukcji negatywnej percepcji własnej sytuacji wymaga dalszych badań. Niemniej uzyskany wynik może świadczyć o zwiększeniu potencjału adaptacyjnego pacjentów (McAdams, 2008; Meichenbaum, Fitzpatrick, 1993). Jest on zgodny z założeniami dotyczącymi specyficznego wpływu interwencji eudajmonistycznej, która przede wszystkim miała sprzyjać poznawczej obróbce własnej sytuacji. Jednakże efekt ten był widoczny głownie w drugiej fazie pomiaru zmiennych. Co oznacza, że kwestia stabilności w czasie uzyskanej zmiany wymaga dalszych badań. Wstępnie, na podstawie niniejszych badań można przypuszczać, że wskazane byłoby poszerzenie schematu interwencji psychologicznej o kolejne spotkania, których celem byłoby utrwalanie umiejętności stosowania wypracowanego konstruktywnego schematu poznawczego związanego z sytuacją leczenia.

Jak wspomniano, efekt korzystnego wpływu na ocenę poznawczą odnotowano również w odniesieniu do interwencji poznawczej i poznawczo-narracyjnej, przy czym szerszy zakres zmian dotyczył interwencji poznawczo-narracyjnej. Była ona bardziej rozbudowana w zakresie treści umożliwiających poznawczą obróbkę własnej sytuacji skutkującą większą koncentracją uwagi na pozytywnych aspektach. Zbliżone wnioski pochodzą z badań Martina E.P. Seligmana (2002a), w których interwencja psychologiczna realizowana była z wykorzystaniem internetu. Stwierdzono, że najdłużej utrzymywały się pozytywne rezultaty zadań skierowanych na wykorzystywanie w nowy sposób własnych pozytywnych cech oraz analizę korzystnych sytuacji.

Odnosząc się do podstaw teoretycznych interwencji eudajmonistycznej, można stwierdzić, że korzystne zmiany w percepcji własnej sytuacji zdrowotnej w kierunku jej bardziej konstruktywnego postrzegania, są zgodne z przesłankami teoretycznymi (Czapiński, 2005c; Seligman, 2002a, b). Prawdopodobnie uwrażliwienie osób badanych na poszukiwanie głębszych wartości, sensu czy długofalowych celów, zgodnie z założeniami związanymi z nurtem eudajmonistycznym, korzystnie wpłynęło na ich percepcję własnej sytuacji. Co prawda zastosowanie interwencji eudajmonistycznej nie wpłynęło w sposób istotny na stan emocjonalny pacjentów, jednak fakt ten również jest zgodny z eudajmonistycznym ujmowaniem dobrostanu. W tym nurcie subiektywny dobrostan, rozumiany jako poczucie sensu i znaczenia życia, nie musi współgrać z bilansem emocjonalnych doświadczeń. Zależy on od poznawczej transformacji doświadczeń związanej z celami i hierarchią wartości jednostki (Czapiński, 2005c). Zgodnie z poglądami Seligmana (2002a, b), oprócz pozytywnych emocji, na które szczególny nacisk kładą reprezentanci nurtu hedonistycznego, istnieją jeszcze dwie postaci szczęścia: poczucie sensu i zaangażowanie.

W kolejnych badaniach warto podczas pomiaru oceny poznawczej sytuacji uwzględniać percepcję wielowymiarowości sytuacji. Procedura badania specyficznej oceny poznawczej mogłaby być poprzedzona badaniami pilotażowymi, w których określane byłyby wymiary danej sytuacji. Dopiero dalszym etapem byłby pomiar ocen poznawczych poszczególnych wymiarów wyłonionych w badaniach pilotażowych. Taki postulat wiąże się między innymi z wynikami badań nad opiekunami osób chorych na AIDS (Folkman, 1997). Odnotowano w nich współistnienie w świadomości badanych osób zarówno elementów niekontrolowanych, jak i obszarów, w których mogli wykazywać się sprawczością w odniesieniu do sytuacji sprawowania opieki nad osobą chorą, co wskazuje na wielowymiarowość sytuacji. Ujęcie problematyki związków oceny poznawczej z emocjami autorstwa Frijdy (1988) również zawiera postulat uwzględniania złożoności ocen poznawczych, w znacznie większym stopniu niż w ujęciu stresu Lazarusa (1980, 1993a, b).

W zakresie zadowolenia z życia nie odnotowano istotnych zmian w żadnej z grup pacjentów. Co prawda w grupie osób poddanych interwencji eudajmonistycznej wystąpił pewien wzrost poziomu zadowolenia z życia, jednak zmiana ta nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej. Analizując niewielkie zmiany odnotowane w efekcie zastosowania interwencji eudajmonistycznej oraz ich brak w grupie osób poddanych interwencji hedonistycznej, należy wziąć pod uwagę, że satysfakcja z życia jest oceną globalną, obejmującą zarówno reakcje emocjonalne, jak i treści poznawcze dotyczące zadowolenia i spełnienia (Czapiński, 2001; Diener, Lucas, Oishi, 2005; Straś-Romanowska, 2005), i dosyć trudno ją zmienić w krótkim czasie. Zmienna ta związana jest również z wieloma czynnikami, które znajdują się poza zakresem oddziaływań psychologicznych (Czapiński, 2001, 2005a, b; Lyubomirsky, Sheldon, Schkade, 2005).

Wpływ interwencji może również ograniczać zjawisko zwane hedonistycznym kołowrotem (Trzebińska, 2008), czy fakt genetycznego zdeterminowania pewnego zakresu poczucia szczęścia (Easterlin, 1997; Lykken, 1999; Lykken, Tellegen, 1996). Być może, aby istotnie zwiększyć odczuwany poziom satysfakcji z życia, należałoby przeprowadzić dłuższą interwencję, która zawierałaby więcej treści poznawczych akcentujących poczucie sensu i długofalowe cele. Prawdopodobnie zasadne byłoby również zwiększenie częstości wykonywania zadań wchodzących w skład interwencji.

W odniesieniu do akceptacji choroby, jedynie w grupie osób poddanych interwencji hedonistycznej zanotowano istotne statystycznie różnice w zakresie tej zmiennej. Treść zadań składających się na interwencję hedonistyczną mogła zatem sprzyjać lepszemu przystosowaniu do własnej sytuacji zdrowotnej oraz trybu leczenia. Jednak efekt ten był widoczny przede wszystkim w drugiej fazie pomiaru zmiennych, po czym w kolejnym pomiarze (po trzech miesiącach) nie był już widoczny. Kwestia stabilności w czasie uzyskanej zmiany wymaga dal-

szych badań. Korzystny efekt w zakresie akceptacji choroby uzyskany bezpośrednio po zastosowaniu interwencji hedonistycznej prawdopodobnie wynika z faktu, że interwencja hedonistyczna zawierała zadania, które ułatwiają konstruktywne spojrzenie na sytuację leczenia i skupienie się na możliwych działaniach zamiast koncentracji na barierach, ograniczeniach. Choroba oraz dializoterapia kojarzą się z cierpieniem, przykrością, a interwencja hedonistyczna zachęcała do skupienia się na przyjemności.

W zakresie strategii radzenia sobie ze stresem związanym ze stanem zdrowia oraz koniecznością korzystania z dializoterapii istotne statystycznie zmiany odnotowano w grupie osób poddanych interwencji hedonistycznej. Zmiany te dotyczyły dwóch strategii, mianowicie myślenia życzeniowego, którego częstość stosowania zmniejszyła się oraz pracy nad emocjami, w odniesieniu do której stwierdzono wzrost częstości stosowania.

Analizując związki między przedstawianymi zmiennymi, można zwrócić uwagę, iż modele statystyczne, w których status zmiennej wyjaśniającej miała ocena poznawcza sytuacji, cechowały parametry świadczące o optymalnym dopasowaniu do otrzymanych wyników. Jest to zgodne z oczekiwaniami autorów transakcyjnego modelu stresu (Lazarus, 1993a, b; Lazarus, Folkman, 1984; 1987; Folkman, 2009), a także z założeniami funkcjonalistycznej koncepcji emocji Frijdy (1988). Nie może jednak być traktowane jako rozstrzygający argument w debacie dotyczącej pierwotności poznania i emocji, ponieważ zagadnienie to jest znacznie bardziej złożone, a współcześnie dominującym poglądem jest przekonanie o współzmienności emocji i poznania (Doliński, 2000; Kolańczyk, 1997).

W obrębie prezentowanych modeli ocena poznawcza wpływała na emocje, a także bezpośrednio na akceptację choroby oraz bezpośrednio i pośrednio (poprzez emocje) na strategie radzenia sobie i zadowolenie z życia. Obraz uzyskanych zależności jest zbieżny z wynikami wielu badań empirycznych (m.in.: Bargiel-Matusiewicz, Trzcieniecka-Green, Kielan, 2005; McCuaig Edge, Ivey, 2012; Pe, Kuppens, 2012).

Warto zauważyć, że w prezentowanych modelach statystycznych odnotowano brak ujemnych korelacji między emocjami zagrożenia i straty a emocjami korzyści i wyzwania. Jest to zbieżne ze współczesnymi doniesieniami na temat niezależności do pewnego stopnia emocji pozytywnych i negatywnych (Feldman Barrett, Russell, 1998; Folkman, Moskowitz, 2000; Russell, Carroll, 1999; Viney, 1986; Wortman, Silver, 1987).

Za interesujący wątek w przedstawionych badaniach można uznać kwestię funkcji strategii myślenia życzeniowego. W niniejszych badaniach nie wykazano negatywnego związku myślenia życzeniowego z zadowoleniem z życia czy akceptacją choroby, a związek tej strategii z oceną sytuacji jako wyzwania, która jest z kolei dodatnio powiązana z emocjami wyzwania i korzyści, potwierdza

tezę dotyczącą konieczności rozpatrywania roli poszczególnych strategii zaradczych zawsze w odniesieniu do określonych okoliczności (Schönpflug, 1993; Zeidner, Saklofske, 1996).

Heszen-Niejodek (2000b) zwraca uwagę, że niektóre strategie określane przez wielu autorów jako nieadaptacyjne, mogą być korzystne dla podmiotu w sytuacjach, kiedy brak możliwości przyjęcia innych sposobów radzenia sobie. Zmniejszenie intensywności wysiłków zaradczych, z którym wiąże się między innymi myślenie życzeniowe, może chronić jednostkę przed niepotrzebną utratą zasobów (Cohen i in., 1986; Hobfoll, 1998/2006).

Jest to zgodne z wynikami badań Roya F. Baumeistera (2004; Baumeister, Vohs, 2003), które wskazują, że powszechne jest dążenie do ochrony, utrzymania odpowiednich zasobów umożliwiających samoregulację. Na konieczność uwzględniania szerokiego kontekstu radzenia sobie, łącznie z braniem pod uwagę jego efektów ubocznych, wskazuje także Władysław Łosiak (2008), a Ellen A. Skinner (2003) podkreśla, że w niekontrolowalnych sytuacjach stresowych radzenie sobie skoncentrowane na problemie może powodować frustrację i poczucie bezsilności.

Interesująca wydaje się również rola strategii dystansowania się. W niniejszych badaniach przez dystansowanie się rozumiano strategię, która polega na próbach wygaszania negatywnych stanów emocjonalnych, nieulegania negatywnym emocjom i kontynuowania swych działań mimo trudnych okoliczności (Bargiel-Matusiewicz, 2011). Wykazano powiązanie dystansowania się z oceną sytuacji jako straty oraz w mniejszym stopniu z oceną jako wyzwaniem. Dodatnia korelacja oraz kierunek zależności wskazują, że doświadczane przez pacjentów poddawanych dializoterapii poczucie utraty może w pewnym stopniu stymulować do prób wygaszania negatywnych stanów emocjonalnych, nieskupiania się na niekorzystnych elementach własnej sytuacji. Strategia ta może być również związana z dążeniem do zmniejszenia kosztów zmagania się ze stresem (Łosiak, 2008; Skinner i in., 2003).

Strategia dystansowania się była bezpośrednio ujemnie skorelowana z emocjami zagrożenia, a pośrednio również z oceną własnej sytuacji zdrowotnej jako zagrożeniem. Wskazuje to, że próby panowania nad sobą, demonstrowanie otoczeniu, że nie poddajemy się w trudnej sytuacji, są bardziej prawdopodobne po dokonaniu pewnego bilansu w ocenie własnej sytuacji i przyjęciu do wiadomości zaistniałych okoliczności. Natomiast większa dynamika w ocenianiu sytuacji, obawy przed potencjalnymi zagrożeniami, które stanowią istotę oceny poznawczej sytuacji jako zagrożenia, raczej nie sprzyjają tego typu działaniom.

Warto również zastanowić się, na ile strategia dystansowania się stosowana w badanej grupie osób przewlekle chorych może sprzyjać posłużeniu się również takimi strategiami, jak pozytywne przewartościowanie, nadawanie sensu własnym doświadczeniom. Być może uzyskanie pewnego dystansu do własnej

trudnej sytuacji i tym samym złagodzenie negatywnych emocji jest warunkiem stosowania konstruktywnych strategii radzenia sobie. Taki sposób rozumienia funkcji strategii dystansowania się jest zgodny z założeniami przywoływanej już funkcjonalistycznej koncepcji Frijdy (1988). Warto w tym kontekście zwrócić uwagę na sformułowane przez tego autora prawo zamknięcia się w sobie. Zgodnie z nim, rozwinięty proces emocjonalny utrudnia dostrzeganie alternatywnych sposobów interpretowania sytuacji, sprzyja tendencyjności w odbiorze bodźców, tym samym ograniczając wyraźnie repertuar podejmowanych przez jednostkę działań.

Kluczową kwestią wydaje się w odniesieniu do tego zagadnienia precyzyjne określenie specyfiki tej formy dystansowania, której konsekwencje można określić jako konstruktywne. W jej definiowaniu może być pomocne odwołanie się do koncepcji *mindfulness* (Dobkin, Irving, Amar, 2012; Kabat-Zinn, 2005; Langer, 2002; Langer, Moldoveanu, 2000; Shapiro, Brown, Biegel, 2007; Weinstein, Brown, Ryan, 2009). Zgodnie z tym podejściem, dystans do danego problemu nie wynika z zaprzeczania jego istnieniu czy wypierania informacji na określony temat, lecz na odpowiednio długiej konfrontacji poznawczej, w efekcie której podmiot uzyskuje odpowiedni dystans i uwalnia się od obciążeń emocjonalnych związanych z danym aspektem sytuacji. Jako odpowiednie określenie takiego wariantu można zaproponować *świadomy dystans* czy też *świadome dystansowanie się*. Taka nazwa wskazuje, że nie mamy do czynienia z mechanizmem obronnym, który znajdowałby się poza świadomością podmiotu, lecz z aktywnością, która wiąże się ze świadomym wysiłkiem poznawczym. Na słuszność posługiwania się takim pojęciem wskazują również badania dotyczące zjawiska wzrostu potraumatycznego i przebiegu tego procesu (Martin, Tesser, 1996; Tedeschi, Calhoun, 2004a, b). Wskazują one na korzystne konsekwencje świadomego kierowania obróbką informacji na dany temat. A dystans do trudnych przeżyć, jaki udaje się uzyskać osobom, które doświadczyły wzrostu potraumatycznego, wynika przede wszystkim z odpowiedniego osadzenia ich w strukturach poznawczych – odniesienia ich do filozofii, religii itp.

Czynnik dystansowanie się, wykorzystywany w omawianych analizach, wydaje się jedynie częściowo zgodny z zakresem treściowym zaproponowanego pojęcia *świadomy dystans*. Jego treść dobrze ilustruje stwierdzenie „Godzę się z tym, jako że nic nie można zrobić", ale już mniej adekwatne w tym kontekście jest stwierdzenie „Nie dopuszczam do siebie myśli związanych z tą sytuacją", które również wchodziło w skład tego czynnika. W związku z tym, w kolejnych badaniach warto podjąć próbę rozbicia tego czynnika, by wyodrębnić stricte świadome dystansowanie się. Prawdopodobnie umożliwi to uzyskanie bardziej jednoznacznych relacji tej formy radzenia sobie z innymi zmiennymi istotnymi w kontekście dynamiki i efektywności radzenia sobie ze stresem.

Strategia dystansowania się nie była powiązana z zadowoleniem z życia ani z akceptacją choroby. Podobny efekt stwierdzono w odniesieniu do myślenia życzeniowego. Zatem w niniejszych badaniach nie uzyskano potwierdzenia nieadaptacyjności strategii myślenia życzeniowego, mimo że często w taki sposób jest przedstawiana (Manne, Zautra, 1989; Revenson, Felton, 1989). Jak wcześniej wspomniano, strategia myślenia życzeniowego związana jest z tendencjami eskapistycznymi. Przykładowe stwierdzenia dla myślenia życzeniowego to: „Marzę, wyobrażam sobie siebie w lepszej sytuacji niż obecna", „Myślę, że dobrze byłoby, gdyby ta sytuacja nie trwała już dłużej" (Bargiel-Matusiewicz, 2011).

Skuteczność strategii radzenia sobie jest silnie związana z właściwościami sytuacji. Jedną z kluczowych właściwości sytuacji stresowej jest przewlekłość (Zeidner, Saklofske, 1996). W tym kontekście rozpatrywane powinny być sposoby radzenia sobie przez pacjentów poddawanych dializoterapii, u których zmaganie się ze stresem jest wpisane w codzienne życie.

Warto również przeanalizować ewentualny związek strategii myślenia życzeniowego oraz świadomego dystansowania się z konstruktem *resilience* (Leipold, Greve, 2009; Tugade, Fredrickson, 2004). Jeśli wziąć pod uwagę, że główną rolę odgrywa tu zdolność do odrywania się od negatywnych doświadczeń i zdolność do wzbudzania pozytywnych emocji, można domniemywać, iż mechanizmy związane z myśleniem życzeniowym i dystansowaniem się są częściowo wprzęgnięte w procesy związane ze zjawiskiem *resilience*.

W badaniach omawianych w niniejszej pracy uwzględniono również ewentualną rolę interwencji hedonistycznej i eudajmonistycznej w zakresie dynamiki związków między badanymi zmiennymi. Z perspektywy rozważań teoretycznych, za kluczowe uznano pytanie, czy specyfika interwencji (zadania skierowane na emocje, doświadczanie przyjemności – w interwencji hedonistycznej lub zadania ukierunkowane na poznawczą obróbkę proponowanych treści – w interwencji eudajmonistycznej) może mieć wpływ na siłę powiązań między oceną poznawczą sytuacji choroby i leczenia a doświadczanymi emocjami. Interwencja psychologiczna jest tutaj w związku z tym traktowana jako potencjalny moderator związków między tymi zmiennymi.

Na podstawie uzyskanych wyników można zakładać, że bezpośrednio po zastosowaniu interwencji u osób poddanych interwencji hedonistycznej nastąpiło zwiększenie siły związku między oceną poznawczą a emocjami. Podsumowując uzyskane wyniki, można stwierdzić, że u tej grupy osób nastąpiło zwiększenie siły efektu zgodności poznawczo-emocjonalnej w odniesieniu do sytuacji choroby i leczenia. Zakres tego efektu był jednak ograniczony do związków emocji z oceną sytuacji jako zagrożenia. Ta kategoria oceny stała się silniej powiązana z przeżywanymi emocjami zagrożenia (niepewność, lęk, martwienie się, bezradność) i straty (złość, rozczarowanie, przygnębienie), a jednocześnie

zaczęła być ujemnie związana z emocjami korzyści (optymizm, radość, zadowolenie, ulga).

W trzeciej fazie pomiaru, czyli po upływie kolejnych trzech miesięcy, podczas których interwencja nie była już stosowana, opisany wyżej efekt utrzymał się, jednak w bardzo zredukowanej formie. Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że zwracanie szczególnej uwagi na własny stan emocjonalny, własne doznania (co było związane z interwencją hedonistyczną) zwiększa siłę powiązań między dostrzeganymi zagrożeniami a negatywnymi emocjami, jednocześnie zmniejszając prawdopodobieństwo przeżywania emocji pozytywnych. Naturalnie zaobserwowany efekt zwiększenia siły zgodności poznawczo-emocjonalnej wymaga potwierdzenia w dalszych badaniach, również w innych grupach badawczych. Należałoby zweryfikować, czy jest on uniwersalnym zjawiskiem powiązanym z postawą hedonistyczną.

W przyszłości cenne byłoby wykonanie podobnej analizy struktury relacji między oceną poznawczą a emocjami w wyłonionych wcześniej grupach osób o postawach hedonistycznych i eudajmonistycznych. Możliwe, że uzyskane efekty byłyby bardziej wyraźne, gdyby analizować je w kontekście utrwalonych sposobów interpretowania rzeczywistości.

W niniejszych badaniach poszukiwano również indywidualnych predyktorów efektywności zaproponowanych interwencji. Wykazano, że nasilenie cechy lęku korelowało ujemnie z różnicą między II i I pomiarem stanu lęku w grupach poddanych interwencji poznawczej i poznawczo-narracyjnej. W związku z tym lęk jako cecha może być traktowany jako indywidualny predyktor skuteczności omawianych interwencji w zakresie redukcji lęku jako stanu. Im większe nasilenie lęku jako cechy, tym mniejsze efekty przynoszą obie te interwencje.

Akceptacja choroby okazała się natomiast istotną statystycznie współzmienną dla oceny sytuacji jako zagrożenia w grupie poddanej interwencji eudajmonistycznej. Stwierdzono, że nasilenie akceptacji choroby w pierwszej fazie pomiaru ujemnie koreluje z różnicą między III i I pomiarem nasilenia oceny jako zagrożenia. W związku z tym wyjściowy poziom akceptacji choroby może być traktowany jako indywidualny predyktor skuteczności interwencji eudajmonistycznej w zakresie redukcji nasilenia oceny sytuacji jako zagrożenia. Im mniejsza akceptacja choroby w fazie wyjściowej, tym większe efekty można uzyskać w zakresie osłabiania tendencji do interpretowania sytuacji jako zagrażającej.

Biorąc pod uwagę kontekst oceny efektów zaprezentowanych interwencji psychologicznych, należy podkreślić, że kwestie stabilności w czasie uzyskanych zmian i możliwości intensyfikacji korzystnych rezultatów wymagają dalszych badań.

Można rozważyć kwestię wydłużenia okresu stosowania interwencji, zwiększenia częstości wykonywania przez pacjentów poszczególnych zadań, a także wprowadzenia elementu dodatkowych spotkań, już po zakończeniu głównej

części interwencji. Dodatkowe spotkania mogłyby podtrzymywać motywację do kontynuowania we własnym zakresie działań, do których pacjenci byli zachęcani podczas interwencji, a także przyczyniać się do utrwalania umiejętności związanych z wpływaniem na poziom dobrostanu. Niektórzy autorzy podkreślają, że aby interwencja psychologiczna przyniosła pozytywne i długotrwałe korzyści, musi być związana nie tylko z zapoczątkowaniem zmiany w zachowaniu, ale przede wszystkim powinna być nastawiona na jej podtrzymywanie (Sheldon, Lyubomirsky, 2007).

Najważniejsze wątki teoretyczne oraz implikacje dla praktyki badawczej i klinicznej

Na podstawie przedstawionych w niniejszej pracy badań można wskazać wątki teoretyczne, które zostały wzbogacone o nowe treści, oraz implikacje dla praktyki. Wybrane założenia nurtu eudajmonistycznego zweryfikowano na podstawie interwencji psychologicznej – jej zastosowaniu oraz pomiarowi zmiennych związanych z radzeniem sobie ze stresem w sytuacji przewlekłej choroby somatycznej. Odnosząc się do podstaw teoretycznych interwencji eudajmonistycznej, można stwierdzić, że korzystne zmiany w percepcji własnej sytuacji zdrowotnej, w kierunku jej bardziej konstruktywnego postrzegania, są z nimi zgodne (Czapiński, 2005c; Seligman, 2002a, b). Prawdopodobnie uwrażliwienie osób badanych na poszukiwanie głębszych wartości, sensu czy długofalowych celów (zgodnie z założeniami nurtu eudajmonistycznego) korzystnie wpłynęło na ich percepcję własnej sytuacji.

Wykazano, że zastosowanie interwencji hedonistycznej zmienia strukturę powiązań między oceną sytuacji a emocjami. Stwierdzono wzmocnienie efektu zgodności poznawczo-emocjonalnej w odniesieniu do oceny sytuacji jako zagrożenia. Można przypuszczać, że efekt zgodności poznawczo-emocjonalnej dotyczył jedynie oceny sytuacji jako zagrożenia, gdyż badane osoby doświadczały wielu obaw, miały poczucie zagrożenia swego zdrowia czy nawet życia (McDade-Montez i in., 2006; Witorzeńć, 1992a). Jest to w dużym stopniu zgodne z założeniami funkcjonalistycznej koncepcji Nica H. Frijdy (1988) i sformułowanym przez tego autora Prawem zamknięcia się w sobie.

Odnotowano brak ujemnych korelacji między emocjami zagrożenia i straty a emocjami korzyści i wyzwania. Fakt ten jest zbieżny ze współczesnymi doniesieniami na temat niezależności do pewnego stopnia emocji pozytywnych i negatywnych (Feldman Barrett, Russell, 1998; Folkman, Moskowitz, 2000b; Russell, Carroll, 1999; Viney, 1986; Wortman, Silver, 1987).

Wykazano, iż strategia myślenia życzeniowego nie była negatywnie powiązana z zadowoleniem z życia ani z akceptacją choroby. Zatem nie uzyskano

potwierdzenia tezy o nieadaptacyjności strategii myślenia życzeniowego (Coyne, Aldwin, Lazarus, 1981; Manne, Zautra, 1989; Revenson, Felton, 1989). Potwierdza to natomiast tezę dotyczącą konieczności rozpatrywania roli poszczególnych strategii zaradczych zawsze w odniesieniu do określonych okoliczności (Schönpflug, 1993; Skinner i in., 2003; Zeidner, Saklofske, 1996).

Zaproponowano posługiwanie się terminem *świadomy dystans* czy też *świadome dystansowanie się* dla podkreślenia, że nie mamy tutaj do czynienia z mechanizmem obronnym, który znajdowałby się poza świadomością podmiotu, lecz z aktywnością, która wiąże się ze świadomym wysiłkiem poznawczym.

Dokonano operacjonalizacji rozróżnienia na poziomie teoretycznym między hedonizmem a eudajmonizmem. Operacjonalizacja była związana z opracowaniem dwóch form interwencji psychologicznych. Interwencje zostały skonstruowane w taki sposób, aby zadania w nich zawarte dotyczyły odmiennych obszarów i były skierowane albo na emocje, doświadczanie przyjemności (interwencja hedonistyczna), albo na obróbkę poznawczą proponowanych treści (interwencja eudajmonistyczna).

W zakresie poszukiwań indywidualnych predyktorów efektywności zaproponowanych interwencji psychologicznych wykazano, że lęk jako cecha może być traktowany jako predyktor skuteczności interwencji poznawczej oraz poznawczo-narracyjnej w zakresie redukcji lęku jako stanu. Im większe nasilenie lęku jako cechy, tym mniejsze efekty obu interwencji. Natomiast akceptacja choroby okazała się istotną statystycznie współzmienną dla oceny sytuacji jako zagrożenia w grupie poddanej interwencji eudajmonistycznej. Im mniejsza akceptacja choroby w fazie wyjściowej, tym większe efekty można uzyskać w zakresie osłabiania tendencji do interpretowania sytuacji jako zagrażającej.

Opracowano zmodyfikowaną wersję Kwestionariusza Zachowania – polska wersja Kwestionariusza WCQ Folkman i Lazarusa (1988) w adaptacji Władysława Łosiaka (1994), zmodyfikowana przez zespół Ireny Heszen-Niejodek (2001). Obecna modyfikacja tego kwestionariusza polegała na poszerzeniu repertuaru możliwych strategii o formy aktywności, które można kategoryzować jako radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu. Do narzędzia dodano dziesięć pozycji opisujących tego typu aktywności. Należy wśród nich wymienić: reorganizację priorytetów, poszukiwanie realistycznych celów, odnajdywanie korzyści w stresujących sytuacjach, napełnianie zwykłych wydarzeń znaczeniem (Folkman, 1997; Folkman, Moskowitz, 2006). Zmieniono również instrukcję w taki sposób, aby dotyczyła radzenia sobie w sytuacji przewlekłego stresu związanego z chorobą somatyczną i związanego z nią leczenia. Dostosowywanie instrukcji tego narzędzia do pomiaru strategii radzenia sobie w specyficznych sytuacjach jest częstą praktyką (m.in. Bouchard, 2003; Chang, 1998). Po zebraniu danych opracowano charakterystykę psychometryczną. Do określenia trafności testu posłużono się eksploracyjną analizą czynnikową opartą na

technice rotacji varimax. Umożliwiło to opracowanie czterech skal tego narzędzia o następujących wskaźnikach rzetelności: Dystansowanie się (współczynnik *alfa* Cronbacha – 0,72); Myślenie Życzeniowe (współczynnik *alfa* Cronbacha – 0,83); Praca nad Emocjami (współczynnik *alfa* Cronbacha – 0,63); Radzenie Sobie Skoncentrowane na Znaczeniu (współczynnik *alfa* Cronbacha – 0,89).

Zaproponowano modyfikacje przedstawionych oddziaływań psychologicznych poprzez wydłużenie okresu stosowania interwencji, zwiększenie częstości wykonywania przez pacjentów poszczególnych zadań, a także wprowadzenie elementu dodatkowych spotkań, już po zakończeniu głównej części interwencji. Dodatkowe spotkania mogłyby podtrzymywać motywację do kontynuowania we własnym zakresie działań, do których pacjenci byli zachęcani podczas udziału w interwencji, a także przyczyniać się do utrwalania umiejętności związanych z oddziaływaniami na poziom dobrostanu.

Potwierdzono możliwość wykorzystywania w praktyce klinicznej zdolności podmiotu do budowania autonarracji, stymulowania do jej wykorzystywania. Wykazano mianowicie, że interwencja poznawczo-narracyjna przyczyniła się do korzystnych zmian w zakresie analizowanych zmiennych w grupie osób przewlekle chorych. Można przypuszczać, że efekt ten był w dużym stopniu związany ze specyfiką zadań, które stymulowały narracyjne strukturalizowanie ważnych dla jednostki przeżyć (McAdams, 2008; Meichenbaum, Fitzpatrick, 1993; Schank, Abelson, 1995; Trzebiński, 2002).

Propozycje dalszych badań

Na podstawie analizy przedstawionych w niniejszej pracy zagadnień można sformułować następujące propozycje dalszych badań empirycznych, które mogłyby służyć jeszcze lepszemu zrozumieniu poruszanej problematyki związanej z funkcjonowaniem w sytuacji przewlekłego stresu.

1. Dalsza eksploracja zagadnienia optymalnej długości trwania interwencji oraz częstości stosowania poszczególnych elementów interwencji.
2. Dalsze badania w zakresie optymalizacji treści zadań interwencji psychologicznych w kontekście możliwości korzystnych oddziaływań na wybrane zmienne psychologiczne.
3. Uwzględnienie w dalszych badaniach ogólnych, utrwalonych preferencji w zakresie hedonistycznego i eudajmonistycznego nastawienia do własnych doświadczeń.
4. Badania percepcji wielowymiarowości sytuacji oraz analiza poczucia kontroli w każdym z dostrzeganych wymiarów.

5. Badania dotyczące specyfiki kreowania poczucia kontroli w sytuacjach, które zazwyczaj oceniane są jako niekontrolowane. Poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, czy poczucie kontroli musi być związane z realnymi działaniami, np. zmiana pościeli, podanie lekarstwa, czy może też dotyczyć bardziej symbolicznych działań, np. modlitwa, pielgrzymka itp. Analiza możliwości przejścia dążenia do poczucia sprawowania kontroli w formę zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych.
6. Analiza roli poszczególnych strategii zaradczych w odniesieniu do określonych, specyficznych okoliczności, ze szczególnym uwzględnieniem takich strategii, jak myślenie życzeniowe, praca nad emocjami i dystansowanie się.

Bibliografia

Abraido-Lanza, A. F., Vásquez, E., Echeverria, S. E. (2004). Religious and other forms of coping among Latinos with arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 91–102.

Afeltowicz, Z. (1996). Stan psychiczny chorych dializowanych. W: B. Rutkowski (red.), *Dializoterapia w codziennej praktyce* (s. 474–481). Gdańsk: MAKmed.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey – Baass.

Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. W: J. D. Matarazzo, N. Miller (red.), *Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention* (s. 491–510). New York: Wiley.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey – Bass.

Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Aspinwall, L. G., Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, *121*(3), 417–436.

Bacon, F. (1955). *Novum Organon*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review, 84,* 191–215.

Bandura, A. (1977/2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY, US: W. H. Freeman, Henry Holt & Co.

Bańka, J. (1990). *Epistemologia jako odkrycie aktualnego momentu prawdy. Próba neosemantyzacji klasycznej definicji prawdy w recentywizmie*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Bańka, J. (1991). *Metafizyka zdarzeń. Recentywizm i henadologia*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Bargiel-Matusiewicz, K. (2006). Psychological influence on the psychical state of hemodialysis patients. *Journal of Physiology and Pharmacology, 57*, 33–38.

Bargiel-Matusiewicz K. (2011). Proces radzenia sobie z chronicznym stresem związanym z chorobą somatyczną. Możliwość zastosowania interwencji psychologicznej. Raport z Grantu MNiSW: N N106 069935, Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii.

Bargiel-Matusiewicz, K., Duława J. (2005). Profilaktyka zaburzeń depresyjnych u chorych dializowanych. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, *59*, 328–331.

Bargiel-Matusiewicz, K., Kroemeke, A., Polańska, K. (2013). The relationship between neuroticism, coping styles and emotions in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: A moderated mediation analysis. *Polish Psychological Bulletin*, *44*, 1–8.

Bargiel-Matusiewicz, K., Sabat, D. (2005). Psychospołeczne aspekty zatrudnienia osób przewlekle chorych somatycznie. *Studium Vilnese*, *4*, 32–36.

Bargiel-Matusiewicz, K., Sobota, A., Wilczyńska, A. (2010). Self-evaluation in dialysis patients. *European Journal of Medical Research*, *15*, Suppl. 2, 7–9.

Bargiel-Matusiewicz, K., Trzcieniecka-Green, A., Kielan, K. (2005). Cognitive appraisal and strategies of coping applied In an exam situation. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *7*, 33–38.

Bargiel-Matusiewicz, K., Trzcieniecka-Green, A., Kozłowska, A. (2011). The influence of psychological intervention on cognitive appraisal and level of anxiety in dialysis patients: a pilot study. *The Open Nutraceuticals Journal*, *4*, 61–64.

Bargiel-Matusiewicz, K., Trzcieniecka-Green, A., Krupa, A., Kielan, K. (2004). Ocena poznawcza a efektywność funkcjonowania w sytuacji egzaminu. *Sztuka Leczenia*, *10*, 39–44.

Barker, P. (1985). *Using metaphors in psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Barnett, T., Li Yoong, T., Pinikahana, J., Si-Yen, T. (2008). Fluid compliance among patients having hemodialysis: Can an educational programme make a difference? *Journal of Advanced Nursing*; *61*(3), 300–306.

Bauer, J. J., McAdams, D. P., Sakaeda, A. R. (2005). Interpreting the good life: growth memories in the lives of mature, happy people. *Journal of Personality and Social Psychology, 1*, 203–217.

Baumaister, R. F. (2004). Wyczerpywanie się ego i funkcja wykonawcza Ja. W: A. Tesser, R. B. Felson, J. M. Suls (red.), *Ja i tożsamość* (s. 18–42). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Baumaister, R. F., Vohs, K. D. (2002). The pursuit of meaningfulness in life. W: C. R. Snyder, S. J. Lopez (red.), *Handbook of positive psychology* (s. 608–618). New York: Oxford University Press.

Baumaister, R. F., Vohs, K. D. (2003). Self-regulation and the executive functions of the self. W: M. R. Leary, J. P. Tangney (red.), *Handbook of self and the identity* (s. 197–217). New York: The Guilford Press.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper and Row.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: New American Library.

Beck, A.T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 194–198.

Beck, A.T., Clark, D.A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research: An International Journal*, 1, 23–36.

Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. (2004). *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Bereza, B. (2005). Psychospołeczne aspekty doświadczania własnej choroby u osób z przewlekłą niewydolnością nerek. W: S. Steuden, M. Ledwocha (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości* (t. VIII, s. 15–38). Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Bereza, B. (2007). Źródła niepokoju pacjentów długotrwale hemodializowanych. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej,* 7(1), 8–14.

Bereza, B. (2009). *Doświadczanie własnej choroby przez pacjentów dializowanych*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Bishop, G.D. (2000). *Psychologia zdrowia: Zintegrowany umysł i ciało*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J. Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230–241.

Blakemore, C., Greenfield, S. (1987). *Mindwaves: Thoughts on intelligence, identity and consciousness*. New York: Blackwell.

Bouchard, G. (2003). Cognitive appraisals, neuroticism, and openness as correlates of coping strategies: An integrative model of adaptation to marital difficulties. *Canadian Journal of Behavioural Science, 35*, 1–12.

Bouchard, G., Guillemette, A., Landry-Léger, N. (2004). Situational and dispositional coping: An examination of their relation to personality, cognitive appraisals, and psychological distress. *European Journal of Personality, 18*(3), 221–238.

Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Wright, J., Richer, C. (1997). Testing the theoretical models underlying the Ways of Coping Questionnaire with couples. *Journal of Marriage and the Family, 59*, 409–418.

Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., Fahey, J. L. (1988). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(6), 979–986.

Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.

Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and social Psychology, 84*(4), 822–848.

Brownbridge, G., Fielding, D. M. (1994). Psychosocial adjustment and adherence to dialysis treatment regimes. *Pediatric Nephrology, 8*, 744–749.

Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS – basic concepts, applications, and programming*. New York, London: Routledge, Taylor and Francis group LLC.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

Carver, Ch. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, *66*(1), 184–195.

Chan, F., McMahon, B. T., Cheing, G., Rosenthal, D., Bezyaka, J. (2005). Drivers of workplace discrimination against people with disabilities: The utility of Attribution Theory. *Work, 25*, 77–88.

Chang, E. C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1109–1120.

Cohen, S., Evans, G., Stokols, D., Krantz, D. (1986). *Behavior, health, and environmental stress*. New York: Plenum.

Cosette, S., Frasure-Smith, N., Lespérance, F. (2001). Clinical Implications of a Reduction in Psychological Distress on Cardiac Prognosis in Patients Participating in a Psychosocial Intervention Program. *Psychosomatic Medicine, 63*, 257–266.

Costa, P. T., McCrae, R. R., Zonderman, A. B. (1987). Environmental and dispositional influence on well-being: Longitudinal follow-up of an American national sample. *British Journal of Psychology, 78*, 299–306.

Coyne, J. C., Aldwin, C., Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 439–447.

Curtis, R., Groarke, A. M., Coughlan, R., Gsel, A. (2004). The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: a 1 year follow up. *Psychology, Health & Medicine, 9*(4), 456–475.

Curwen, B., Palmer, S., Ruddell, P. (2006). *Poznawczo-behawioralna terapia krótkoterminowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Czapiński, J. (2001). Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych. W: M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice ze społecznej psychologii osobowości* (s. 266–306). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Czapiński, J. (2005a). Czy szczęście popłaca? Dobrostan psychiczny jako przyczyna pomyślności życiowej. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 235–254). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Czapiński, J. (2005b). Psychologiczne teorie szczęścia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 51–102). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Czapiński, J. (2005c). Spotkanie dwóch tradycji: hedonizmu i eudajmonizmu. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 13–17). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Czapiński, J. (2007). Wprowadzenie do wydania polskiego. W: P. A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 15–18). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Davison, S., Jhangri, G. (2005). The impact of chronic pain on depression, sleep, and the desire to withdraw from dialysis in hemodialysis patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 30*(5), 465–473.

Deci, E. L., Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology, 49*, 182–185.

Descartes, R. (1958). *Medytacje o pierwszej filozofii*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*, 542–575.

Diener, E., Emmons, R. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 1105–1117.

Diener, E., Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. W: D. Kahneman, E. Diener, N. Schwarz (red.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (s. 213–229). New York: Russell Sage Foundation.

Diener, E., Lucas, R.E., Oishi, S. (2005). Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 35–50). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Diener, E., Lucas, R. E., Scolon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treademill. Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist, 5*, 305–314.

Diener, E., Sandvic, E., Pavot, W. (1991). Happiness in the frequency, not intensity, of positive versus negative affect. W: F. Strack, M. Argyle, N. Schwarz (red.), *The Social Psychology of Subjective Well-Being* (s. 119–139). New York: Pergamon, Elmsford.

Dobkin, P. L., Irving, J. A., Amar, S. (2012). For whom may participation in an Mindfulness-based stress reduction program be contraindicated. *Mindfulness, 3*(1), 44–50.

Doliński, D. (2000). Emocje, poznanie, zachowanie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2 (s. 369–394). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Easterlin, R. A. (1995). Will raising the incomes of all increase the happiness of all? *Journal of Economic Behavior and Organization, 27*, 35–47.

Easterlin, R. A. (1997). *Growth triumphant: The twenty-first in historical perspective*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Ellis, A. (1998). *Terapia krótkoterminowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Ellsworth, P. C., Scherer, K. R. (2003). Appraisal processes in emotion. W: R. J. Davidson, K. R. Scherer, H. H. Goldsmith (red.), *Handbook of affective science* (s. 572–595). New York NY: Oxford University Press.

Endler, N. S., Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 844–854.

Epel, E. S., McEwen, B. S., Ickovics, J. R. (1998). Embodying psychological thriving: Physical thriving in response to stress. *Journal of Social Issues, 54*, 301–322.

Erickson, B. A. (1994). Ericksonian therapy demystified: A straightforward approach. W: J. K. Zeig (red.), *Ericksonian methods: The essence of the story* (s. 147–162). Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel.

Everest, K. D., Brantley, J., Sletten, C., Jones, G. N., McKnight, G. T. (1995). The relation of stress and depression to interdialytic weight gain in hemodialysis patients. *Behavioral Medicine, 21*, 25–30.

Falkowski, A. (2000). Spostrzeganie jako mechanizm tworzenia doświadczenia za pomocą zmysłów. W: J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2 (s. 25–55). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Feldman Barrett, L., Russell, J. A. (1998). Independence and biopolarity in the structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 967–983.

Finkel, N. J. (1974). Stress and traumas: An attempt at categorization. *American Journal of Community Psychology, 2,* 265–273.

Finkel, N. J. (1975). Stress, traumas and trauma resolution. *American Journal of Community Psychology, 3,* 173–178.

Folkman, S. (1992). Making the case for coping. W: B. N. Carpenter (red.), *Personal coping: Theory, research and application* (s. 31–46). Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, *45*, 1207–1221.

Folkman, S. (2009). Questions, answers, issues, and next steps in stress and coping research. *European Psychologist*, *14*, 72–77.

Folkman, S., Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*, 150–170.

Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire: Research edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion and coping. *Current Directions in Psychological Science*, *9* (4), 115–118.

Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, *55*, 745–774.

Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2006). Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress. W: M. Hewstone, H. Schut, J. de Wit, K. van den Bos, M. Stroebe (red.), *The scope of social psychology: Theory and application* (s. 193–208). Hove, UK: Psychology Press.

Fordyce, M.W. (1983). A program to increase happiness. *Journal of Counseling Psychology*, *30*, 483–498.

Forsythe, C. J., Compas, B. E. (1987). Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, *11*, 473–485.

Frankl, V. E. (1978). *Homo patiens.* Warszawa: PAX.

Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300–319.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and--build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*, 218–236.

Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist, 91*, 330–335.

Fredrickson, B. L. (2006). Unpacking positive emotions: Investigating the seeds of human flourishing. *The Journal of Positive Psychology*, *2*, 57–59.

Fredrickson, B. L., Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, *12*, 191–220.

Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises. A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attack on the United States on September 11th 2001. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 365–376.

Freud, A. (1936/1997). *Ego i mechanizmy obronne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Freud, S. (1933/1995). *Wykłady ze wstępu do psychoanalizy. Nowy cykl.* Warszawa: Wydawnictwo KR.

Freud, Z. (1933). *New introductory lectures on psychoanalysis*. New York: Norton.

Frijda, N. (1988). The laws of emotions. *American Psychologist, 43*, 349–358.

Frijda, N., Kuipers, P., Schure, E. (1989). Relations among emotion, appraisal, and emotional action readiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 212–228.

Ganster, D. C., Mayes, B. T., Sime, W. E., Tharp, G. D. (1982). Managing organizational stress: a field experiment. *Journal of Applied Psychology, 67*, 533–542.

Garcia-Llana, H., Remor, E., Selgas, R. (2013). Adherence to treatment, emotional state and quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Psicothema, 25*(1), 79–86.

Gaston-Johansson, F., Fall-Dickson, J. M., Nanda, J., Ohly, K. V., Stillman, S., Krumm, S., Kennedy, M. J. (2000). The effectiveness of the comprehensive coping strategy program on clinical outcomes in breast cancer autlogous bone marrow transplantation. *Cancer Nursing*, *23*(4), 277–285.

Goleman, D. J., Schwartz, G. E. (1976). Meditation as an intervention is stress reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44*(3), 456–466.

Gonçalves, O.F., Craine, M.H. (1990). The use of metaphors in cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 4*(2), 135–149.

Greenglass E.R., Fiksenbaum L. (2009). Proactive coping, positive affect, and well-being: Theoretical and empirical considerations. *European Psychologist*, *14*, 29–39.

Groomes, D. A. G., Leahy, M. J. (2002). The relationships among the stress appraisal process, coping disposition, and level of acceptance of disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 46*(1), 14–23.

Gruszczyńska, E. (2013). State affect and emotion-focused coping: Examining correlated change and causality. *Anxiety, Stress and Coping, 26*, 103–119.

Habrat, E. (1997). Psychoterapia poznawcza w leczeniu chorób afektywnych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, *6*, 181–186.

Harciarek, M., Biedunkiewicz, B., Lichodziejewska-Niemierko, M., Dębska-Ślizień, A., Rutkowski, B. (2009). Cognitive performance before and after kidney transplantation: a prospective controlled study of adequately dialyzed patients with end-stage renal disease. *Journal of the International Neuropsychological Society, 15*(5), 684–694.

Harciarek, M., Williamson, J. B., Biedunkiewicz, B., Lichodziejewska-Niemierko, M., Dębska--Ślizień, A., Rutkowski, B. (2010). Memory performance in adequately dialyzed patients with end-stage renal disease: is there an association with coronary artery bypass grafting? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 32*(8), 881–889.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York, NY, US: Guilford Press.

Hermans, H. J. M., Hermans-Jansen, E. (2000). *Autonarracje: Tworzenie znaczeń w psychoterapii*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Heszen-Klemens, I. (1979). *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław: Ossolineum.

Heszen-Niejodek, I. (1996). Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 12–43). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Heszen-Niejodek, I. (2000a). Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3 (s. 513–531). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne

Heszen-Niejodek, I. (2000b). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3 (s. 465–492). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Heszen-Niejodek, I., Januszek, M., Gruszczyńska, E. (2001). *Styl radzenia sobie ze stresem, rodzaj sytuacji stresowej a przebieg i efektywność radzenia sobie*. Raport KBN 1 H01F 014 14, Katowice, Uniwersytet Śląski, Instytut Psychologii.

Heszen-Niejodek, I., Wrześniewski, K. (2000). Udział psychologii w rozwiązywaniu problemów zdrowia somatycznego. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3 (s. 443–492). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, *44*(3), 513–524.

Hobfoll, S. E. (1998/2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Holahan, C. J., Moos, R. H., Schaefer, J. (1996). Coping, stress resistance and growth: Conceptualizing adaptive functioning. W: M. Zeidner, N. S. Endler (red.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (s. 24–43). New York: Wiley.

Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *14*, 121–132.

Hoser, P. (1997). *Anatomia i fizjologia człowieka*. Warszawa: WSiP.

Hryszko, T., Myśliwiec, M. (2000). Jakość życia chorych dializowanych. *Nefrologia i Dializoterapia Polska*, *4*, 73–76.

Janis, I. L. (1958). *Psychological stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients*. New York: Wiley.

Jarosz, M. (1988). *Psychologia lekarska*. Warszawa: PZWL.

Jones, D. A., West, R. R. (1996). Psychological rehabilitation after myocardial infraction: multicentre randomized controlled trial. *British Medical Journal, 313*, 1517–1521.

Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.

Kant, I. (1986a). *Krytyka czystego rozumu*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Kant, I. (1986b). *Krytyka władzy sądzenia*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *Journal of Positive Psychology, 3*, 219–233.

Koffka, K. (1935). *Principles of Gestalt psychology*. New York: Harcourt, Brace & World.

Kofta, M. (1973). Richarda Lazarusa teoria stresu. *Przegląd Psychologiczny, 16*, 175–191.

Kolańczyk, A. (1997). O współzmienności emocji i poznania. *Przegląd Psychologiczny*, *40*, 57–79.

Kopp, R.R., Craw, M.J. (1998). Metaphoric language, metaphoric cognition and cognitive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 35*(3), 306–311.

Kozielecki, J. (1987). *Koncepcja transgresyjna człowieka*. Analiza Psychologiczna. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Kubacka-Jasiecka, D. (2010). *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Kulczycki, M. (1971). *Psychologiczne problemy człowieka chorego. Z zagadnień współpracy pracownika służby zdrowia z pacjentem*. Wrocław: Ossolineum.

Langer, E. J. (2002). Well-being: Mindfulness versus positive evaluation. W: S. J. Lopez, C. R. Snyder (red.), *Positive psychology assessment. A handbook of models and measures* (s. 214–230). Washington, DC: American Psychological Association.

Langer, E. J., Moldoveanu, M. (2000). The construct of mindfullness. *Journal of Social Issues, 56*, 1–9.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. (1980). The stress and coping paradigm. W: L. A. Bond, J. C. Rosen (red.), *Competence and coping during adulthood* (s. 28–74). Hanover: The University Press of New England.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. London: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. (1993a). Coping theory and research, past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, *55*, 234–247.

Lazarus, R. S. (1993b). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, *44*, 1–21.

Lazarus, R. S., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. S., Folkman S. (1987). Transactional theory research on emotion and coping. *European Journal of Personality, 1*, 141–169.

Lazarus, R. S., Kanner, A. D., Folkman, S. (1980). Emotions: a cognitive-phenomenological analysis. W: R. Plutchik, H. Kellerman (red.), *Theories of Emotion* (s. 189–217). New York: Academic Press.

Leipold, B., Greve, W. (2009). Resilience – A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, *14*, 40–50.

Lepore, S. J., Ewans, G. W. (1996). Coping with multiple stressors in the environment. W: M. Zeidner, N. S. Endler (red.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (s. 350–377). Oxford, England: John Wiley & Sons.

Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 397–404.

Leventhal, H., Mayer, D., Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. W: S. Rachman (red.), *Contribution to medical psychology.* T. 2 (s. 7–30). Oxford: Pergamon Press.

Li, L., Moore, D. (1998). Acceptance of disability and its correlates. *The Journal of Social Psychology, 138*(1), 13–25.

Linden, W., Stossel, C., Maurice, J. (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Archives of International Medicine, 156*, 745–752.

Linley, P. A., Joseph, S. (2007). Terapia pozytywna: pozytywna teoria psychologiczna praktyki terapeutycznej. W: S. Joseph, P. A. Linley (red. nauk.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 211–229). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Lopes, A. A., Bragg-Gresham, J. L., Goodkin, D. A., Fukuhara, Sh., Mapes, D. L., Young, E. W. i in. (2007). Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 16*(4), 545–557.

Lykken, D. (1999). *Happiness: The nature of nurture of joy and contentment*. New York: St. Martin's Griffin.

Lykken, D., Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science*, *7*, 186–189.

Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology, 9*, 111–131.

Łosiak, W. (1994). *Dynamika emocji i radzenia sobie w stresie psychologicznym. Badania pacjentów chirurgicznych*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.

Łosiak, W. (2008). *Psychologia stresu.* Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Magnusson, D. (1976). The person and the situation in the interactional model of behavior. *Scandinavian Journal of Psychology*, *17*, 253–271.

Magnusson, D., Ekehammar, B. (1978). Similar situations – similar behaviors? A study of the intraindividual congruence between situation perception and situation reactions. *Journal of Research in Personality*, *12*, 41–48.

Majkowicz, M., Steciwko, A., Sapilak, B. J. (2008). Problemy psychologiczne u pacjentów leczonych nerkozastępczo. W: B. Rutkowski (red.), *Leczenie nerko zastępcze w praktyce pielęgniarskiej* (s. 488–497). Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.

Makara-Studzińska, M., Książek, P., Załuska, W., Kaim, R., Książek, A., Morylowska, J. (2007). Rozpowszechnienie objawów depresyjnych u pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek – przegląd literatury. *Postępy Psychiatrii i Neurologii, 16*, 57–61.

Manne, S. L., Zautra, A. J. (1989). Spouse criticism and support: Their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid athritis. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(4), 608–617.

Mapes, D.L., Lopes, A., Satayathum, S., Mc-Cullough, K., Goodkin, D., Locatelli, F., Fukuhara, S., Young, E., Kurokawa, K., Saito, A., Bommer, J., Wolfe, F., Held, P., Port, F. (2003). Health--related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: The dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS). *Kidney International, 64*, 339–349.

Martin, L. L., Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. W: R. S. Wyer (red.), *Ruminative thoughts*. Seria: *Advances in social cognition*. T. 9 (s. 1–47). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Maruszewski, T. (1981). *Mechanizmy zwalczania stresu egzaminacyjnego i ich indywidualne wyznaczniki*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu im. A. Mickiewicza.

Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality.* New York: Harper.

Maslow, A. H. (1986). *W stronę psychologii istnienia*. Warszawa: PAX.

McAdams, D. P. (2008). Personal narratives and the life story. W: O. P. John, R. W. Robins, L. A. Pervin (red.), *Handbook of personality: Theory and research* (s. 242–262). New York, NY, US: Guilford Press.

McCuaig Edge, H. J., Ivey, G. W. (2012). Mediation of cognitive appraisal on combat exposure and psychological distress. *Military Psychology*, *24*, 71–85.

McDade-Montez, E. A., Christensen, A. J., Cvengros, J. A. (2006). The role of depression symptoms in dialysis withdrawal. *Health Psychology*, *25*(2), 198–204.

McMillen, C., Howard, M. O., Nower, L, Chung, S. (2001). Positive by-products of the struggle with chemical dependency. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20,* 69–79.

McMillen, C., Zuravin, S., Rideout, G. (1995). Perceived benefit from child abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 1037–1043.

Mechanic, D. (1968). *Medical sociology.* New York: Free Press.

Meichenbaum, D., Fitzpatrick, D. (1993). A constructivist narrative perspective on stress and coping: Stress inoculation applications. W: L. Goldberger, S. Breznitz (red.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (s. 706–723). New York, NY, US: Free Press.

Miller, S. M. (1987). Monitoring and blanting. Validation of questionnaire to asses styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 345–353.

Miller, S. M. (1990). To see or not to see: Cognitive informational styles in the doping process. W: M. Rosenbaum (red.), *Learned resourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptive behavior* (s. 95–126). New York, NY, US: Springer Publishing Co.

Miller, S. M., Mangan, Ch. E. (1983). Interacting effects of information and coping styles in adapting to gynecologic stress: Should the doctor tell all? *Journal of Personality and Social Psychology*, *45*(1), 223–236.

Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252–283.

Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy to read introduction*. Adelaide: Dulwish Centre Publications.

Moskowitz, J. T. (2011). Coping interventions and the regulation of positive affect. W: S. Folkman (red.), *The Oxford Handbook of Stress, Health and Coping* (s. 407–427). New York, NY, US: Oxford University Press.

Nakamura, J., Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of flow. W: C. R. Snyder, S. J. Lopez (red.), *Handbook of positive psychology* (s. 89–105). New York: Oxford University Press.

Nakamura, J., Csikszentmihalyi, M. (2005). Motywacyjne źródła kreatywności z perspektywy psychologii pozytywnej. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 103–116). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Nakamura, Y., M., Orth, U. (2005). Acceptance as a Coping Reaction: Adaptive or not? *Swiss Journal of Psychology, 64*(4), 281–292.

Nesse, R. M. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry*, *57*, 14–20.

Neumann, R., Seibt, B., Strack, F. (2001). The influence of mood on the intensity of emotional responses: Disentangling feeling and knowing. *Cognition and Emotion, 15*, 725–747.

Nęcka, E. (2000). Procesy uwagi. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2 (s. 77–96). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Obuchowski, K. (1993). *Człowiek intencjonalny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Obuchowski, K. (2004). *Kody umysłu i emocje*. Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.

Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Okun, M. A., Stock, W. A., Haring, M. J., Witter, R. A. (1984). The social activity/subjective well-being relation: A quantitative synthesis. *Research on Aging, 6*, 45–65.

O'Leary, V. E., Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy, 1,* 121–142.

Oman, D., Shapiro, S. L., Thoresen, C. E., Plante, T. G., Flinders, T. (2008). Meditation lowers stress and supports forgiveness among college students: a randomized controlled trial. *Journal of American College Health, 56*, 1–9.

Padesky, C. A., Greenberger, D. (2004). *Umysł ponad nastrojem. Podręcznik terapeuty*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Park, C. L., Cohen, L., Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality, 64,* 71–105.

Park, C. L, Edmondson, D., Fenster, R. J., Blank, O. T. (2008). Meaning making and psychological adjustment following cancer: The mediating roles of growth, life meaning, and restored just-world beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76(5), 863–875.

Park, C. L., Folkman, S. (1997). The role of meaning in the context of stress and coping. *General Review of Psychology, 2*, 115–144.

Parker, J. D. A., Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: a critical review. *European Journal of Personality*, *6*(5), 321–344.

Parker, J. D. A., Endler, N. S., Bagby, R. M. (1993). If it changes, it might be unstable: Examining the factor structure of the Ways of Coping Questionnaire. *Psychological Assessment, 5*, 361–368.

Parkerson, G. R., Gutman, R. A. (1997). Perceived mental health and disablement of primary care and end-stage renal disease patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *27*, 33–45.

Parrot, W. G., Sabini, J. (1989). On the emotional qualities of certain types of cognition: A reply to arguments for the independence of cognition and affect. *Cognitive Therapy and Research*, *13*, 49–65.

Pe, M. L., Kuppens, P. (2012). The dynamic interplay between emotions in daily life: Augmentation, blunting and the role of appraisal overlap. *Emotion*, *12*(6), 1230–1328.

Peterson, C., Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues. A handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press.

Podosek, K. (2011). Wpływ interwencji psychologicznej na stan emocjonalny, ocenę poznawczą oraz zachowania zdrowotne pacjentów hemodializowanych. Niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. dr hab. Ireny Heszen. Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej.

Pöppel, E., Edingshaus, A. L. (1998). *Mózg – tajemniczy kosmos*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Poprawa, R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 103–141). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Puchalski, K. (1997). *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera.

Ratajczak, Z. (1996). Stres, radzenie sobie, koszty psychologiczne. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 65–87). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Reale, G. (1994). *Historia filozofii starożytnej*. T. 1. Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Reichsman, F., Levy, N. B. (1972). Problems in adaptation to maintenance hemodialysis. A four-year study of 25 patients. *Archives of Internal Medicine, 130*, 859–865.

Revenson, T. A., Felton, B. (1989). Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(3), 344–348.

Reykowski, J. (1966). *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Rigby, S. A., Thornton, E. W., Young, C. A. (2008). A randomized group intervention trial to enhance mood and self efficacy in people with multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology, 13*, 619–631.

Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology.* New York: Prentice-Hall.

Russell, J. A., Carroll, J. M. (1999). On the biopolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin, 125*, 3–30.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069–1081.

Ryff, C. D., Singer, B. (1998). The role of purpose in life and personal growth in positive human health. W: P. T. P. Wong, P. S. Fry (red.), *The human quest for meaning: A Handbook of psychological research and clinical applications* (s. 213–235). Mahwah NJ: Erlbaum.

Ryff, C. D., Singer, B. (2005). Paradoksy kondycji ludzkiej: dobrostan i zdrowie na drodze ku śmierci. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 147–162). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Schank, R. C., Abelson, R. P. (1995). Knowledge and memory: the real story. W: R. S. Wyer (red.), *Knowledge and memory: the real story.* Seria: *Advances in social cognition*. T. 8 (s. 1–85). Hillsdale, NJ, England: Erlbaum Associates.

Scheibe, K. E. (1970). *Beliefs and values*. New York: Holt, Rinehart Winston.

Scherer, R. F., Drumheller, P. M., Owen, C. L. (1994). Examining the linkages between cognitive appraisal and coping from a process perspective: an investigation of stages. *A Journal of Human Behavior, 31*(1), 1–11.

Schier, K. (2009). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Schönpflug, W. (1993). Effort regulation and individual differences in effort expenditure. W: G. R. J. Hockery, A. W. K. Galillard, M. G. H. Coles (red.), *Energetics and human information processing* (s. 271–283). Dordrecht: Nijhoff.

Schwartz, C. E. (1999). Teaching coping skills enhances quality of life more than peer support: results of a randomized trial with multiple sclerosis patients. *Health Psychology, 18*(3), 211–220.

Schwartz, C. E., Rogers, M. (1994). Designing a psychosocial intervention to teach coping flexibility. *Rehabilitation Psychology, 39*, 61–76.

Schwarzer, R. (2001). Stress, resources, and proactive coping. *Applied Psychology, 50,* 400–407.

Schwarzer, R., Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands are searching for meaning. W: S. J. Lopez, C. R. Snyder (red.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (s. 393–409). Washington, DC: American Psychological Association.

Schwarzer, R., Taubert, S. (1999). Radzenie sobie ze stresem: wymiary i procesy. Promocja zdrowia. *Nauki Społeczne i Medycyna*, *17*, 72–92.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.

Seligman, M. E. P. (2002a). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.

Seligman, M. E. P. (2002b). Foreward: The past and future of positive psychology. W: C. L. M. Keyes, J. Haidt (red.), *Flourishing. Positive psychology and life well-lived* (s. xi–xx). Washington DC: American Psychological Association.

Seligman, M. (2005). Psychologia pozytywna. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 18–32). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Seligman, M. E. P. (2007). *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. Poznań: Media Rodzina.

Seligman, M. E. P., Rashid, T., Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist, 11*, 774–788.

Seligman, M. E. P., Reivich, K., Jaycox, L., Gillham, J. (1995). *The optimistic child*. New York: Harper Parennial.

Selye, H. (1963). *Stres życia*. Warszawa: PZWL.

Sęk, H. (2008). Udział pozytywnych emocji w osiąganiu zdrowia. W: I. Heszen, J. Życińska (red.), *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji* (s. 73–88). Warszawa: Wydawnictwo ACADEMICA.

Shapiro, S. L., Brown, K. W., Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology, 1*, 105–115.

Sheldon, K. M., Lyubomirsky, S. (2007). Trwały wzrost poczucia szczęścia: perspektywy, praktyki i zalecenia. W: A., Linley, S., Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 87–111). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Simon, H. A. (1957). *Models of man: Social and rational*. New York: Wiley.

Simon, H. A. (1979). Rational decision making in business organization. *The American Economic Review, 69*, 493–513.

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin, 129*, 216–269.

Smith, C. A., Lazarus, R. S. (1990). Appraisal components, core relational themes, and the emotions. *Cognition & Emotion, 7*, 233–269.

Sosnowski, T., Wrześniewski, K. (1983). Polska adaptacja Inwentarza STAI do badania stanu i cechy lęku. *Przegląd Psychologiczny, 2*, 393–412.

Spielberger, C. D. (1983). *Manual fort he State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C. D. (1985). Assessment of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues. *Southern Psychologist, 4*(2), 6–16.

Stattin, H., Magnusson, D. (1980). Stability of perceptions of own reactions across a variety of anxiety provoking situations. *Perceptual and Motor Skills, 51*, 959–967.

Steciwko, A., Rutkowski, B., Domagała, J. (2002). Problemy psychologiczne u pacjentów dializowanych. W: B. Rutkowski (red.), *Dializoterapia w praktyce pielęgniarskiej* (s. 314–319). Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne MAKmed.

Straś-Romanowska, M. (2005). Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanej na osobę. W: M. Straś-Romanowska, K. Lachowicz-Tabaczek, A. Szmajke (red.), *Jakość życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej*, *Kolokwia Psychologiczne, 13*, 261–274. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Strelau, J. (1996). Temperament a stres: Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (88–130). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Tatarkiewicz, W. (1990). *O szczęściu*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Tatarkiewicz, W. (1993). *Historia filozofii*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(3), 455–471.

Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2004a). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1–18.

Tedeschi, R. G., Calhoun L. G. (2004b). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry, 15*(1), 93–102.

Telford, K., Kralik, D., Koch, T. (2006). Acceptance and denial: Implications for people adapting to chronic illness: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 55*(4), 457–464.

Tennen, H., Affleck, G., Urrows, S., Higgins, P., Mendola R. (1992). Perceiving control, constructing benefits, and daily processes in rheumatoid arthrisis. *Canadian Journal of Behavioral Science, 24,* 186–203.

Timmers, L., Thong, M., Dekker, F. W., Boeschoten, E. W., Heijmans, M., Rijken, M., Weinmam, J., Kaptein, A. (2008). Ilness perception in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychology and Health*, *23*(6), 679–690.

Tomaszewski, T. (1963). *Wstęp do psychologii.* Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Tomaszewski, T. (1966). Aktywność człowieka. W: M. Maruszewski, J. Reykowski, T. Tomaszewski (red.), *Psychologia jako nauka o człowieku* (s. 197–252). Warszawa: Książka i Wiedza.

Tomaszewski, T. (1975). Człowiek w sytuacji. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia* (s. 17–36). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Treharne, G. J., Lyons, A. C., Booth, D. A., Kitas, G. D. (2007). Psychological well-being across 1 year with rheumatoid arthritis: Coping resources as buffers of perceived stress. *British Journal of Health Psychology, 12*, 323–345.

Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna.* Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Trzebiński, J. (2002). Narracyjne konstruowanie rzeczywistości. W: J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata* (s. 17–42). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Trzcieniecka-Green, A. (2002). Program rehabilitacji psychologicznej i wtórnej prewencji po przebytych zawałach i operacjach wstawienia pomostów aortalno-wieńcowych. *Psychoterapia, 123*, 77–82.

Trzcieniecka-Green, A., Steptoe, A. (1996). The effects of stress management on the quality of life of patients following acute myocardial infarction or coronary bypass surgery. *European Heart Journal*, *17*(11), 1663–1670.

Tsay, S.-L., Lee, Y.-C., Lee, Y.-C. (2005). Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing, 50*(1), 39–46.

Tugade, M. M., Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce-back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*, 320–333.

Viney, L. L. (1986). Expression of positive emotion by people who are physically ill: Is it evidence of defending or coping? *Journal of Psychosomatic Research, 30*, 27–34.

Waterman, A. S. (2005). When effort is enjoyed: Two studies of intrinsic motivation for personally salient activities. *Motivation and Emotion, 29*(3), 165–188.

Waterman, A. S., Schwartz, S. J., Conti, R. (2008). The implications of two conceptions of happiness (hedonic enjoyment and eudaimonia) for the understanding of intrinsic motivation. *Journal of Happiness Studies, 9*, 41–79.

Watson, D. (1988). The vicissitudes of mood measurement: effects of varying descriptors, time frames, and response formats on measures of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 128–141.

Weinstein, N., Brown, K. W., Ryan, R. M. (2009). A multi-method examination of effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality, 43,* 374–385.

Welch, J. L., Austin, J. K. (2001). Stressors, coping and depression in hemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing, 33*(2), 200–207.

Wertheimer, M. (1978). Humanistic psychology and the humane but tough-minded psychologist. *American Psychologist*, *33*, 739–745.

White, C. A. (2001). *Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: a guide to assessment and treatment in practice*. New York: John Wiley & Sons.

Williams, M., Jones, L. (2012). Validating a measure of children's monitoring-blunting coping styles in dental situations. *Psychology, Health & Medicine*, *17*(3), 274–284.

Witorzeńć, M. (1992a). Obraz psychopatologiczny osób wykazujących reakcję rezygnacyjną w czasie leczenia dializami powtarzanymi. *Psychiatria Polska, 1–2,* 105–109.

Witorzeńć, M. (1992b). Przystosowanie chorych z przewlekłą schyłkową niewydolnością nerek do leczenia dializami powtarzanymi (znaczenie czynników psychospołecznych). *Psychiatria Polska, 1–2,* 115–118.

Wlazło, A., Kleszczyński, J., Makulska, I., Weyde, W., Sałek, A., Dolińska, G. (2008). Czynniki psychologiczne a wybór metody leczenia nerkozastępczego u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek. *Nefrologia i Dializoterapia Polska, 12*(4), 221–225.

Wortman, C. B., Silver, R. C. (1987). Coping with irrevocable loss. W: G. R. VandenBos, B. K. Bryant (red.), *Cataclysms crises, and catastrophes: Psychology in action,* (Zeszyt 6, s. 189–235). Washington, DC: American Psychological Association.

Wright, S. J., Kirby, A. (1999). Deconstructing conceptualizations of adjustment to chronic illness: A proposed integrative framework. *Journal of Health Psychology, 4*(2), 259–272.

Wrona-Polańska, H. (2008). Wprowadzenie. W: H. Wrona-Polańska (red.), *Zdrowie, stres, choroba w wymiarze psychologicznym* (s. 9–13). Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.

Wrona-Polańska H. (2011). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

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. 69–81). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Jaworowska, A., Fecenec, D. (2006). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Polska adaptacja STAI. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Wrześniewski, K., Włodarczyk, D. (2005). Ocena stresu w kategoriach wyzwania u chorych po zawale serca – próba syntezy na podstawie danych empirycznych. *Przegląd Psychologiczny, 48*(4), 339–358.

Yalom, I. D., Lieberman, M. A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry, 54*, 332–345.

Zautra, A. J., Burleson, M. H., Smith, C. A., Blalock, S. J., Wallston, K. A., DeVellis, B. M., Smith, T. W. (1995). Arthritis and perceptions of quality of life: An examination of positive and negative affect in rheumathoid arthritis patients. *Health Psychology 14*(5), 399–408.

Zautra, A. J., Reich, J. W., Guarnaccia, C. A. (1990). Some everyday life consequences of disability and bereavement for older adults. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 550–561.

Zawadzka, B. (2005). Sytuacja psychologiczna chorych dializowanych i rola psychologa w ich adaptacji do leczenia. *Nefrologia i Dializoterapia Polska, 9*(2), 63–66.

Zeidner, M. (1994). Personal and contextual determinants of coping and anxiety in an evaluative situation: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, *16*, 899–918.

Zeidner, M. (1995). Adaptive coping with test situations: A review of the literature. *Educational Psychologist*, *30*, 123–133.

Zeidner, M., Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. W: M. Zeidner, N. S. Endler (red.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (s. 505–531). New York: Wiley.

Indeks osób

Abelson R. P. 99, 167, 179
Abraido-Lanza Ana F. 33, 38, 100, 102, 168
Adamiak Grażyna 38
Afeltowicz Zbigniew 49
Aldwin Carolyn 178
Amar Simon 75, 147, 174
Antonowsky Aaron 14, 60
Arystoteles 69
Arystyp z Cyreny 68, 70, 71, 112
Aspinwall Lisa G. 24

Bacon Francis 54
Bagby R. Michael 119
Bandura Albert 14, 31, 86, 105, 106, 107
Bańka Józef 53, 59
Bargiel-Matusiewicz Kamilla 36, 46, 49, 76, 79, 108, 112, 133, 134–136, 144–146, 148, 149, 172, 173, 175
Barker Philip Alan 80
Barnett Anthony 48, 166
Bauer Jack J. 67
Baumeister Roy F. 70, 145, 150, 173
Beck Aaron T. 58, 62, 76, 80, 105, 108, 141, 165
Bereza Bernarda 47, 48, 50, 60
Biegel Gina M. 29, 75, 147, 161, 174
Bishop George D. 45, 46
Bishop Scott R. 75
Biswas-Diener Robert 67, 70, 153, 168
Blakemore Colin 55
Bouchard Genevieve 61, 118, 119, 144, 178
Bower Julienne E. 36
Bradburn Norman M. 69
Brown Kirk Warren 29, 75, 76, 147, 161, 174
Byrne Barbara M. 106

Calhoun Lawrence G. 35, 46, 147, 174
Caplan Gerald 35
Carroll James M. 28, 102, 108, 129, 168, 172, 177
Carver C. S. 23
Chan F. 45, 48
Chang Edward C. 118, 178
Christensen Alan J. 36
Clark David A. 58
Cohen Lawrence H. 35
Cohen Sheldon 32, 148, 173
Conti Regina 69
Cossette Sylvie 76, 77, 112
Costa Paul T. jr. 132
Coyne James C. 178
Craine M. H. 80, 165
Craw Michael Jay 80, 165
Csikszentmihalyi Mihaly 29
Curtis Ruth 33
Cvengros Jamie A. 36
Czapiński Janusz 65, 66–68, 70, 71, 112, 131, 132, 137, 145, 150, 170, 171, 177

Davis Denise D. 105, 108, 141
Davison Sara N. 49
Deci Edward L. 70, 153, 168
Descartes René 53, 55
Diener Ed 18, 28, 65–67, 69, 70, 73, 79, 111, 112, 131, 137, 145, 153, 165, 168, 171
Dobkin Patricia L. 75, 147, 174
Doliński Dariusz 113, 172
Domagała Joanna 48, 129, 169
Drumheller P. 26
Duława J. 36, 76, 79, 112

Easterlin Richard A. 71, 132, 171
Echeverria Sandra E. 33, 100, 102, 168
Edingshaus Anna-Lydia 55
Ekehammar Bo 44, 60

Ellis Albert 105, 108, 141
Ellsworth Phoebe C. 60
Emmons Robert A. 28
Endler Norman S. 22, 25, 32, 119
Epel Elissa S. 27
Erickson B. A. 62, 80
Evans Gary W. 32, 148

Falkowski Andrzej 55
Feldman Barrett Lisa 28, 102, 108, 129, 168, 172, 177
Felton Barbara J. 33, 37, 86, 99, 102, 134, 136, 138, 148, 149, 167, 168, 175, 178
Fiksenbaum Lisa 25
Finkel N. J. 35
Fitzpatrick Deborah 81, 99, 101, 103, 130, 137, 165, 167, 170, 179
Folkman Susan 9, 15–18, 21, 22, 25–31, 35, 36, 44–46, 59, 61, 62, 65, 71, 73, 76, 77, 79, 80, 100, 102, 103, 105–108, 111, 113, 118, 119, 129, 130, 136, 137, 141, 144, 145, 149, 165, 167–169, 171, 172, 177, 178
Fordyce Michael W. 73, 79, 111, 165
Frankl Victor E. 35
Frasure-Smith Nancy 76, 77, 112
Fredrickson Barbara L. 27, 28, 36, 37, 65, 71, 75, 103, 111, 148, 161, 175
Freeman Arthur 105, 108, 141
Freud Anna 18
Freud Sigmund 18, 55
Frijda Nico H. 27, 60, 146, 161, 171, 172, 174, 177

Ganster Daniel C. 169
Garcia-Llana Helena 50, 169
Gillham Jane 73, 79, 111, 165
Goleman J. D. 75
Gonçalves Óscar F. 80, 165
Gorsuch Richard L. 87
Greenfield Susan 55
Greenglass Esther R. 25
Greve Werner 37, 148, 175
Groomes Darlene A. G. 38
Gruszczyńska Ewa 86, 106, 145, 146, 168
Guarnaccia Charles A. 27, 33
Guillemette Annie 61, 144
Gutman Robert A. 30, 100

Harciarek Michał 47
Hartshorne Hugh 60
Hayes Steven C. 75
Hermans H. J. M. 18
Hermans-Jansen E. 18
Heszen Irena 9, 14–16, 22, 30–32, 34, 35–37, 44–46, 65, 71, 79, 86, 106, 118, 145, 146, 148, 149, 165, 178
Heszen-Klemens Irena, patrz: Heszen Irena
Heszen-Niejodek Irena, patrz: Heszen Irena
Hinrichsen Gregory A. 86
Hobfoll Stevan 14, 17, 18, 35, 50, 148, 173
Holahan Charles J. 32
Holmes Thomas H. 13
Hoser Paweł 47
Hryszko Tomasz 51
Hume David 68

Ickovics Jeannette R. 27, 35
Irving Julie A. 75, 147, 174
Ivey Gary W. 60, 144, 172

Janis Irving L. 13
Januszek M. 86, 106, 145, 146
Jarosz Marek 46
Jaycox Lisa 73, 79, 111, 165
Jhangri Gian S. 49
Jones D. A. 77
Jones Linda M. 136
Joseph Stephen 165
Juczyński Zygfryd 37, 38, 45, 60, 86, 87, 105, 141

Kabat-Zinn Jon 29, 75, 147, 161, 174
Kanner A. D. 27
Kant Immanuel 54, 55
Kartezjusz, patrz: Descartes René
Kashdan Todd B. 67, 70, 153, 168
Kielan Krzysztof 144, 172
King Laura A. 67, 70, 153, 168
Kirby Angela 38
Knoll N. 24
Koch Tina 37, 99, 133, 137, 167
Koffka Kurt 16
Kofta Mirosław 57
Kolańczyk Alina 112, 172
Kopp Richard R. 80, 165
Kozielecki Józef 18, 56
Kozłowska Anna 79, 112
Kralik Debbie 37, 99, 133, 137, 167
Kroemeke Aleksandra 108
Kubacka-Jasiecka Dorota 45

Kuipers Peter 60
Kulczycki Marian 30
Kuppens Peter 61, 62, 136, 144, 172

Landry-Léger Nicole 61, 144
Langer Ellen J. 29, 75, 147, 174
Lau Mark 75
Lazarus Richard 14–17, 21, 22, 24–28, 32, 34–36, 45, 57, 59, 60, 62, 76, 80, 100, 102, 105–108, 118, 119, 130, 137, 141, 144, 145, 149, 165, 167, 169, 171, 172, 178
Leahy Michael J. 38
Lee Yueh-Ching 48, 76, 112, 166
Lee Yuh-Chain 48, 76, 112, 166
Leipold Bernhard 37, 148, 175
Lepore Stephen J. 32, 148
Lespérance François 76, 77, 112
Levenson Hanna 31
Levenson Robert W. 27
Leventhal H. 30
Levy Norman B. 59
Li Li 37
Lieberman Morton A. 35
Linden W. 76, 77, 112
Linley P. Alex 165
Lopes Antonio Alberto 50
Lucas Richard E. 18, 65, 66, 73, 79, 111, 112, 131, 137, 145, 153, 165, 171
Lushene Robert E. 87
Lykken David 71, 74, 132, 171
Lyubomirsky Sonja 73, 74, 129, 132, 137, 169, 171, 177

Łosiak Władysław 27, 32, 118, 146, 173, 178

Magnusson David 44, 60
Majkowicz Mikołaj 48, 49, 50, 129, 133
Makara-Studzińska Marta 49, 60
Mangan Ch. E. 34
Manne Sharon L. 33, 134, 138, 148, 175, 178
Mapes Donna L. 50, 60
Martin Leonard L. 147, 174
Maruszewski Tomasz 57
Maslow Abraham 35
Maurice J. 76, 77, 112
May Mark A. 60
McAdams Dan P. 67, 81, 99, 101, 130, 137, 167, 170, 179
McCrae Robert R. 132
McCuaig Edge Heather J. 60, 144, 172
McDade-Montez Elizabeth A. 36, 48, 49, 129, 161, 169, 177
McEwen Bruce S. 27
McMillen Curtis 35, 36
Miller Suzanne M. 25, 28, 34
Mischel Walter 56, 60
Mechanic David 13
Meichenbaum Donald 81, 99, 101, 103, 130, 137, 165, 167, 170, 179
Meyer D. 30
Moldoveanu Mihnea 174
Moore Dennis 37
Morgan Alice 62, 80, 81, 100, 165
Moskowitz Judith T. 15, 17, 18, 25, 26, 28–30, 35, 36, 46, 62, 65, 71, 73, 79, 100, 102, 103, 108, 111, 118, 129, 136, 149, 165, 167, 168, 172, 177, 178
Murch R. L. 35
Myśliwiec Michał 51

Nakamura Jeanne 29, 105
Nakamura Yuka Maya 37, 99, 141, 145, 167
Nerenz D. 30
Nesse Randolph M. 30
Neumann Roland 136
Nęcka Edward 55, 59

Obuchowski Kazimierz 18, 55, 56, 59
Ogińska-Bulik Nina 45, 60
Oishi Shigehiro 65, 66, 69, 73, 79, 111, 112, 131, 137, 145, 153, 165, 171
Okun Morris A. 66
O'Leary Virginia E. 35
Oman Doug 76
Orth Ulrich 37, 99, 105, 141, 145, 167
Owen C. L. 26

Park Crystal L. 29, 35
Parker James D. A. 22, 25, 32, 119
Parkerson George R. 30, 100
Parks Acacia C. 73, 75, 79, 165
Pavot William 28
Pe Madeline Lee 61, 62, 136, 144, 172
Peterson Christopher 70
Platon 69
Podosek Kamila 103
Polańska Katarzyna 108
Pöppel Ernst 55
Poprawa Ryszard 31, 100
Puchalski Krzysztof 45

Rahe Richard H. 13
Rashid Tayyab 73, 75, 79, 165
Ratajczak Zofia 23
Reale Giovanni 68, 69, 70, 71
Reich John W. 27, 33
Reichsman Franz 59
Reivich Karen 73, 79, 111, 165
Remor Eduardo 50, 169
Reschke Konrad 37
Revenson Tracey A. 33, 37, 86, 99, 102, 134, 136, 138, 148, 149, 167, 168, 175, 178
Reykowski Janusz 13, 14
Rideout Gregory 35
Rigby S. A. 76
Rogers Malcolm P. 76
Rotter Julian B. 31
Russel James A. 28, 102, 108, 129, 168, 172, 177
Rutkowski Bolesław 48, 129, 169
Ryan Richard M. 29, 70, 76, 147, 153, 161, 168, 174
Ryff Carol D. 35, 65, 67, 112, 150, 153, 165

Sabat Daniel 46
Sakaeda April R. 67
Saklofske Donald 32, 135, 138, 148, 150, 173, 175, 178
Sandvic Ed 28
Sapilak B. J. 49, 50, 133, 169
Schank Roger C. 99, 167, 179
Scheibe Karl E. 18
Scheier M. F. 23
Scherer Klaus R. 60
Scherer R. F. 26
Schier Katarzyna 48
Schkade Dawid 73, 74, 132, 137, 171
Schönpflug W. 150, 173, 178
Schroeder H. 37
Schure Elisabeth 60
Schwartz Carolyn E. 76
Schwartz G. E. 75
Schwartz Seth J. 69
Schwarzer Ralf 23, 24, 31, 59, 100, 106
Scolon Christie Napa 18
Segal Zindel V. 75
Seibt Beate 136
Selgas Rafael 50, 169
Seligman Martin E. P. 65, 66, 69, 70, 73–75, 79, 111, 112, 131, 150, 153, 165, 170, 177
Selye Hans 13
Sęk Irena 16, 31, 36, 37, 45, 46, 65, 73, 79, 165
Shalit B. 60
Shapiro Shauna L. 29, 75, 147, 161, 174
Sheldon Kennon M. 70, 73, 74, 132, 137, 171, 177
Silver Roxane Cohen 28, 102, 108, 129, 168, 172, 177
Simon Herbert A. 56, 59
Singer Burton 35, 67
Skinner Ellen A. 173, 178
Smith Craig A. 59, 105
Sobota Aleksandra 49
Sokrates 68, 69
Sosnowski Tytus 102, 167
Spielberger Charles D. 87, 102, 107, 167
Stattin Håkan 44
Steciwko Andrzej 48, 49, 50, 129, 133, 169
Steptoe Andrew 76, 112
Stossel C. 76, 77, 112
Strack Fritz 136
Straś-Romanowska Maria 131, 145, 171, 179
Strosahl Kirk D. 75

Tatarkiewicz Władysław 53, 54, 67, 68
Taubert Steffen 24, 59, 106
Taylor Shelley E. 24
Teasdale John D. 75
Tedeschi Richard G. 35, 46, 147, 174
Telford Kerry 37, 99, 133, 137, 167
Tellegen Auke 71, 132, 171
Tennen Howard 35
Tesser Abraham 147, 174
Thorntone E. W. 76
Tkach Chris 74, 129, 169
Tomaszewski Tadeusz 14, 18, 41, 42, 44, 45
Treharne Gareth J. 33, 100
Trzcieniecka-Green Anna 76, 77, 79, 112, 144, 172
Trzebińska Ewa 65–67, 70, 73, 74, 129, 132, 169, 171
Trzebiński Jerzy 81, 99, 100, 103, 165, 167, 179
Tsay Shiow-Luan 48, 76, 112, 166
Tugade Michele M. 37, 148, 175

Vásquez Elizabeth 33, 100, 102, 168
Viney Linda L. 28, 102, 108, 129, 168, 172, 177
Vohs Kathleen D. 70, 145, 150, 173

Waterman Alan S. 69, 70
Watson David 28

Weinstein Netta 29, 147, 161, 174
Weintraub J. K. 23
Wertheimer Michael 16
West R. R. 77
White Craig A. 50
Wilczyńska Agnieszka 49
Williams J. Mark G. 75
Williams Neil 136
Wilson Kelly G. 75
Witorzeńć Maria 30, 36, 48, 49, 59, 129, 133, 161, 166, 169, 177
Wlazło Agnieszka 48, 51
Wortman Camille B. 28, 102, 108, 129, 168, 172, 177
Wright S. J. 38
Wrona-Polańska Helena 73, 79, 165
Wrześniewski Kazimierz 45, 46, 87, 102, 167

Yalom Irvin D. 35
Yelverton James 74, 129, 169
Young C. A. 76

Zautra Alex J. 27, 33, 102, 134, 138, 148, 168, 175, 178
Zawadzka Barbara 50
Zeidner Moshe 22, 32, 135, 138, 148, 150, 173, 175, 178
Zonderman Alan B. 132
Zuravin Susan 35

Indeks rzeczowy

adaptacja afektywna 18, 132
akceptacja choroby 9, 33, 37, 38, 79, 82, 86, 88, 89, 95–101, 105–108, 113–115, 119, 124, 125, 131–134, 136, 137, 141, 145, 147–150, 165–168, 171, 172, 175–178
aktywność podstawowa 14, 42
analiza transcendentalna 55
autonarracja 81, 99, 103, 128, 129, 134, 166–168, 179
autonomia 67

behawioryzm 55

Cebulowa Teoria Szczęścia J. Czapińskiego 71
choroba somatyczna 8, 23, 25, 30, 34, 36, 37, 44–46, 48, 49, 65, 112, 118, 165, 177, 179
cnota 69, 70

depresja 30, 33, 48, 49, 58, 75, 77, 169
dializoterapia 10, 34, 36, 48–50, 59, 80, 84, 90, 111, 114, 116, 119, 122, 129, 133, 134, 137, 138, 145, 146, 148, 166, 169, 172, 173, 175
dobrostan 9, 15, 16, 33, 37, 38, 57, 62, 65–67, 69, 70, 73–75, 79, 86, 111–113, 132, 145, 149, 150, 153, 165, 168, 170, 177, 179
dynamika wartościowań 18
dystres 29, 35, 77
działania intencjonalne 74

efektywność radzenia sobie ze stresem 21–38, 60, 77, 138, 147, 174
emocje 16, 21, 22, 25, 26, 55, 60, 61, 79, 105, 113, 118, 126, 128, 132, 134, 135, 137, 138, 141, 144, 165, 166, 171, 172, 178
  korzyści 82, 86, 90–94, 96, 97, 98, 100, 107, 108, 114, 120, 121, 128, 145, 154–156, 158–161, 168, 172, 173, 176, 177
  negatywne 15, 27, 28, 33, 45, 58, 69, 102, 103, 107, 108, 128, 129, 132, 136, 146, 148, 149, 161, 167–169, 172, 173, 174, 176, 177
  pozytywne 17, 27, 28, 29, 32, 36, 37, 58, 62, 65, 69–71, 80, 99, 102, 103, 107, 108, 111, 112, 129, 135, 148, 149, 161, 167, 168, 170, 172, 175, 177
  straty 82, 86, 96–98, 100, 107, 108, 114, 120, 121, 128, 145, 149, 153–157, 159, 160, 168, 172, 177
  wyzwania 82, 38, 86, 90–94, 96–98, 100, 107, 108, 114, 120, 121, 128, 145, 154–156, 159, 160, 168, 172, 173, 177
  zagrożenia 82, 85, 90–94, 96–98, 100, 102, 107, 114, 120, 121, 128, 145, 146, 148, 149, 154–160, 167, 168, 172, 173, 177
epistemologia 53, 54, 59
eudajmonizm 67, 69–71, 153, 168, 178

fenomenalizm 68
funkcjonalistyczna koncepcja N. Frijdy 146, 161, 172, 174, 177
funkcjonowanie psychospołeczne 16, 51, 62, 77

Gestalt 75

hipoteza minimaxu 33
hedonistyczny kołowrót, patrz: adaptacja afektywna
hedonizm 67, 68, 70, 71, 153, 168, 178
heurystyki 56

interwencje psychologiczne 9, 25, 30, 62, 66, 73, 75–77, 79, 81, 87, 153, 164–167

eudajmonistyczna 105, 111–138, 141, 154–156, 159, 160, 165, 166, 168–171, 175–178
hedonistyczna 105, 111–138, 141, 154–156, 159, 160, 161, 165–172, 175–178
poznawcza 79–103, 134, 165–170, 176, 178
poznawczo-narracyjna 79–103, 129, 133, 134, 165–170, 176, 178, 179
Inwentarz do Pomiaru Lęku jako Stanu i jako Cechy (*State-Trait Anxiety Inventory* – STAI) 87

kompetencje umysłu 56
koncepcja *mindfulness* 29, 75, 76, 147, 174
koncepcja *resilience* 37, 148, 175
kryterium ograniczonej racjonalności (*bounded rationality*) 56, 59
Kwestionariusz Oceny Sytuacji 86, 118
Kwestionariusz Stanu Emocjonalnego 85, 100, 118, 167
Kwestionariusz WCQ (Kwestionariusz Zachowania) 118, 178

lęk
cecha 83, 87, 94–96, 101, 102, 167, 176, 178
stan 83, 87, 94–96, 101, 102, 108, 167, 176, 178
lokalizacja poczucia kontroli
wewnętrzna 31
zewnętrzna 31

mechanizmy obronne 18, 22, 23, 32, 147, 174, 178
metafory terapeutyczne 80, 99, 103, 128, 129, 134, 166, 168, 169,
model poszerzania i budowania zasobów B. Fredrickson (*Broaden and Build Model of Positive Emotions*) 36, 71, 75

niezmienniki antropiczne 55
nurt psychodynamiczny 75

obniżony nastrój 16, 36, 49,
obraz ciała 48
ocena sytuacji 9, 16, 17, 32, 50, 55, 57, 58, 60–62, 76, 79–81, 85, 86, 90, 95–97, 100–108, 113, 114, 119, 122, 130, 137, 144–146, 153, 154, 165, 166–177
jako korzyść 155, 161
jako krzywda/strata 58, 83, 100, 103, 108, 122, 123, 130, 137, 146, 148, 155, 159–170, 173
jako wyzwanie 58, 79, 83, 100, 101, 108, 122, 123, 129, 130, 145, 148–150, 155, 156, 159–161, 169, 172, 173
jako zagrożenie 45, 58, 79, 83, 103, 107, 122, 123, 125, 131, 145, 146, 148, 149, 155, 156, 159–161, 173, 175–178
pierwotna 57, 59, 105
wtórna 57, 59, 105

poczucie kontroli 31, 33, 46, 70, 179, 180
poczucie sensu 65, 70, 112, 113, 132, 145, 149, 170, 171
poczucie tożsamości 48
poczucie własnej skuteczności 9, 30, 31, 33, 70, 71, 79, 82, 87, 88–90, 95–101, 105–108, 165, 166, 167
podejście do stresu
interakcyjne 14
fenomenologiczne 14
obiektywistyczne 14
relacyjne 14
porządek czasu 54
porządek przestrzeni 54
poznawcza reprezentacja choroby 30
poziomy analizy efektywności radzenia sobie ze stresem 21–31
fizjologiczny 17, 34
psychologiczny 17, 34
społeczny 17, 34
pozytywne przewartościowanie 29, 35, 111, 146, 173
pozytywny bilans doświadczeń 67
proces radzenia sobie ze stresem 8, 16, 17, 22, 25, 31, 32, 37, 58, 60, 112, 135
procesy
intrapsychiczne 21, 22
poznawcze 54, 55, 102
psychologia
poznawcza 5
pozytywna 9, 62, 65, 66, 111, 112, 165
zdrowia 65, 66

radzenie sobie ze stresem
antycypacyjne 24
dystansowanie 26, 61,115, 116, 118, 119, 126–128, 136, 142, 146, 147, 148, 173–175, 178–180

konfrontacyjne 25, 26, 32
myślenie życzeniowe 26, 115, 116, 118, 119, 126–128, 148, 175, 179, 180
praca nad emocjami 26, 118, 119, 126–128, 148, 179
prewencyjne 23, 24
proaktywne 24, 25
reaktywne 24
skoncentrowane na emocjach 118, 119, 126–128, 148, 179, 180
skoncentrowane na problemie 26
skoncentrowane na unikaniu 26
skoncentrowane na znaczeniu 26, 119, 126–128, 136, 178, 179
unikowe 26, 61
reorganizacja priorytetów 18, 26, 29, 118, 149, 178
Res cogitans 55
Res extensa 55
rozwój osobisty 18, 25, 29, 30, 67, 71

samoakceptacja 67, 70
samokontrola 76
samoregulacja emocji 21, 22
schyłkowa niewydolność nerek 47, 50
Skala Akceptacji Choroby 86, 118
Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności 86, 87
stosowanie zaleceń lekarskich 9, 23, 36, 49, 66, 165
stres 9, 13–18
styl radzenia sobie 22, 32–34
symboliczne reprezentacje umysłowe 55
sytuacja normalna 42
sytuacja obojętna 16, 57, 58
sytuacja sprzyjająco-pozytywna 16, 57, 58
sytuacja stresująca 16, 17, 21, 22, 24, 25, 27–29, 31, 32, 34, 36, 57, 58, 59, 87, 118, 146, 148, 149, 175, 178
sytuacja trudna 14, 42, 44, 58, 81, 87, 146, 174
deprywacji 42
konfliktowa 43
przeciążenia 43
utrudnienia 43
zagrożenia 23, 43, 45, 58
szczęście 9, 65–71, 74, 75, 111, 112, 132, 165, 170, 171

świadome wywoływanie pozytywnych emocji 37

teoria *flow* 29
teoria stresu R. S. Lazarusa 15–17, 45, 62, 144, 165
teoria zachowania zasobów S. Hobfolla 17, 50
terapia
ericksonowska 62
narracyjna 62, 81
poznawcza 62, 75, 80, 165
poznawczo-behawioralna 75, 76
zorientowana na proces 75

utylitaryzm 68, 112

wartości
autoteliczne 45
instrumentalne 45
wola życia 71
wsparcie społeczne 26, 38, 50, 65, 66, 80, 81, 131
współwystępowanie emocji negatywnych i pozytywnych 28, 102
wyobrażenie jednostkowe 54
wzrost potraumatyczny 35, 46, 147, 174

zaniechanie leczenia 49
zaangażowanie 16, 25, 29, 33, 70, 71, 75, 87, 112, 170
zasoby 17, 18, 24, 27–29, 32, 35–37, 42, 52, 57–59, 61, 62, 71, 75, 81, 100, 105, 106, 146, 148, 165, 173
fizyczne 27, 36, 71
intelektualne 27, 36, 71
społeczne 27, 32, 36, 71
złudzenia
jaskini 54
plemienne 54
rynku 54
teatru 54
zmienna aprobaty społecznej 76

żałoba 16, 30

Chronic stress associated with dialysis

The use of psychological interventions

Summary

The book is devoted to the issues of experiencing chronic stress in patients undergoing dialysis and opportunities to improve their mental state through the use of psychological interventions.

Chronic disease is a multi-faceted experience, which is a reason why the analysis of coping with its consequences also requires a multi-dimensional approach. For the ill individuals apart from adherence to medical recommendations, suitable management of personal resources is very important. This facilitates optimal functioning in the long term. Psychological care in this regard is an important element of the interdisciplinary approach. One of the form are psychological interventions.

The book is divided into two parts. The first part contains a presentation of theoretical background of undertaken research. The author discusses the most important topics in the study of stress with a particular emphasis on the role of cognitive appraisal. The psychological aspects of the situations of dialysis patients are also presented. The issues of wellbeing are characterized with description of the hedonic approach and the eudaimonic approach.

The second part of the book is devoted to the issue of using psychological interventions to people with chronic illness. Several variants of interventions and their effects on the psychological level are presented. In addition, the analyses of the relationship between the variables are also shown. The final chapter contains a summary of the results obtained in the study, their reference to psychological theory and the analysis of possible applications.