

JAN F. TERELAK, ELŻBIETA KRZESICKA, MONIKA MAŁKIEWICZ
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

**POCZUCIE UMIEJSCOWIENIA KONTROLI I POCZUCIE
KOHERENCJI A STRATEGIE RADZENIA SOBIE
ZE STRESEM U KOBIET CHORYCH NA RAKA PIERSI¹**

**The locus of control and sense of coherence and coping
stress strategies at women of cancer patients of breast**

Abstract

Work has empirical character and locus of control and sense of coherence concerns with preferred strategies relationships advice me with women's stress with crayfish of breast. It advices to measurement of practical strategies me with stress were used was *The Ways of Coping Questionnaire (WCQ)* S. Folkman and R. Lazarus. Do it examining locus of control was used *I-E Scale* R.B. Rottera and the sense of coherence to measurement were used *SOC – 29* A. Antonovsky. 64 women in investigation the relating modificatory part locus of control in report the control to strategy advice me with stress took the part, in age 34-73 years with different level of education and the recognition of tumour of chest gland as well as the healthy women's supervisory group. 50 sick's women in investigation the relating modificatory part of sense of coherence in report to strategy advice me with stress took part on tumour of breast in age 20-60 years from average even 43,68 years with different level education as well as group supervisory healthy women. It was affirmed that the locus of control and sense of coherence have with strategies relationship advice me with stress. The ill women on crayfish of breast more often, than the healthy women, the strategies of advice apply me to be well – versed in emotionally and avoidance.

1. WSTĘP

Zainteresowanie badaczy człowiekiem chorym i jego radzeniem sobie ze stresem stało się szczególnie ważne dla psychologii zdrowia. Choroba nowotworowa jest doświadczeniem wywołującym traumatyczne przeżycia, które nie zawsze da się racjonalnie „opracować” za pomocą świadomości refleksyjnej (Stolarska, 2002;

¹ Praca jest fragmentem badań na temat psychologicznych modyfikatorów radzenia sobie ze stresem onkologicznym, prowadzonych w ramach działalności statutowej w roku 2008 pod kierunkiem prof. dr. hab. Jana F. Terelaka w Katedrze Psychologii Pracy i Stresu Instytutu Psychologii UKSW.

Spiegel, 2007). Trudno jest pacjentowi, słyszącemu diagnozę zapowiadającą śmierć (bo tak zazwyczaj interpretowane jest rozpoznanie nowotworu), nabrać dystansu do siebie i własnego życia. Tło emocjonalne choroby dotyczy przede wszystkim: smutku, bezradności, beznadziejności, często rozpacz. Na specyficzną, trudną sytuację chorego składają się jeszcze dodatkowe czynniki jak np.: konieczność poddania się zaleceniom lekarza, hospitalizacja i długotrwałe leczenie, wiążące się z cierpieniem nie tylko fizycznym (ból, zmiana wyglądu), ale i psychicznym (np. lęk przed chemioterapią, radioterapią) (Turner, Muers, Mulley, 2007). W wyniku tego, chory może w różny sposób reagować na stosowane leczenie. Jest też grupa chorych zbuntowanych, którzy odmawiają współpracy, reagujących lękowo przed możliwością pogorszenia jakości życia (Mehnert, Koh, 2007). Choroba nowotworowa poza specyficznym obrazem klinicznym (Kelly, Ghazi, Caldwell, 2003) wywołuje u pacjentów niespecyficzne objawy stresu egzystencjalnego, wiążące się z jednej strony z dezorganizacją życia osobistego (Golden-Kreutz, Thornton, Wells-Di Gregorio et al., 2005), rodzinnego (Schwarz, Taylor, Willard, 2003), zawodowego (np. utrata pracy) (Kreitler, Peleg, Ehrenfeld, 2007) i społecznego (np. zawężenie kontaktów społecznych) (Palesh, Butler, Koopman et al., 2007).

Obecnie u kobiet dominuje nowotwór złośliwy piersi. Każdego roku zapada na niego około 12 tysięcy Polek, a skala zachorowań nieustannie wzrasta (Nowicki, Nikiel, 2006). Diagnoza choroby nowotworowej jest informacją o stanie zagrożenia istnienia danej osoby i należy do chwil niezwykle trudnych dla większości przechodzących przez nią ludzi. Znaczenie, jakie zostanie nadane treści diagnozy stwierdzającej chorobę onkologiczną, implikuje podejmowane zachowania zaradcze, co pozostaje w związku z pozytywnym bądź negatywnym rozwojem choroby i przebiegiem jej leczenia (Mausch, 2002; Wirga et al., 2002; Wirga, 2007).

Wśród kobiet zmagających się z rozpoznaniem raka piersi można zaobserwować jednostki, które podejmują aktywne działania oraz inne, ignorujące wagę treści diagnozy i niepodejmujące leczenia. Literatura przedmiotu sugeruje, że zależy to w dużej mierze od cech osobowości chorego, takich jak np.: otwartość na zmiany, samokontrola, zaufanie do innych, dojrzałość psychiczna, poczucie umiejscowienia kontroli, poczucie koherencji, kontrola emocjonalna i inne (Endler et al., 2000; Juczyński, 1997; Mackenzie, Carlton, Munoz et al., 2007).

Celem niniejszej pracy jest sprawdzenie, czy istnieje związek między wybranymi osobowościowymi modyfikatorami radzenia sobie ze stresem onkologicznym a strategiami radzenia sobie ze stresem stosowanymi przez kobiety w chwili zapoznania się z diagnozą o nowotworze złośliwym gruczołu piersiowego.

2. CHARAKTERYSTYKA PSYCHOLOGICZNA CHOROBY NOWOTWOROWEJ

2.1. SYTUACJA PSYCHOLOGICZNA CHOREGO ONKOLOGICZNE

Choroba nowotworowa charakteryzuje się niekontrolowanym, wykraczającym poza potrzeby organizmu, rozrostem zmodyfikowanej tkanki. Rozwija się wbrew homeostazie organizmu oraz stopniowo prowadzi do jego degeneracji. Powstaje z komórki samoistnie, bądź w wyniku wystąpienia czynników zewnętrznych. Ich oddziaływanie prowadzi do uszkodzenia DNA oraz zmiany informacji genetycznej. Przekształcenie to przekazywane jest do komórek potomnych. Zmiana następuje

w obrębie trzech grup genów: protoonkogenów, przekształcających się w onkogeny, które wpływają na kontrolę wzrostu i rozmnażania się komórek, genów przeciwnowotworowych oraz genów modulatorowych odpowiedzialnych za inwazyjność i przerzutowanie (Pawłęga, 1999). Istotą powstawania nowotworu jest utrata kontroli nad podziałem komórek (Fawzy, Canada, Fawzy, 2007). Mimo działań obronnych i naprawczych organizmu, komórki zwyrodniają i przekształcają się w nowotworowe. Nie każdy nowotwór jest nowotworem złośliwym. Nowotwory złośliwe dają przerzuty do odległych tkanek oraz cechują się postępującym rozrostem. Nowotwory niezłośliwe charakteryzują się powolnym rozrostem, brakiem przerzutów oraz nawrotów. Nie uciskają również innych tkanek. Mogą się stać niebezpieczne wówczas, gdy powstaną w funkcjonalnie ważnych miejscach. Wyróżnia się jeszcze nowotwory „współzłośliwe”, które posiadają cechy jednych i drugich (np. powolny rozrost i nawroty). Choroba nowotworowa jest procesem, który cechuje się wieloletnim przebiegiem. Od rozpoczęcia transformacji nowotworowej do momentu wystąpienia objawów nowotworu złośliwego może upłynąć od 15 do 30 lat. Faza przedinwazyjna trwa od 1 roku do 10 lat, inwazyjna czyli wzrostu 1-5 lat, zaś rozsiew także od 1 roku do 5 lat (Pawłęga, 1999).

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zachorowalności na nowotwory (Spiegel, 2007). Przy tym można jednak zaobserwować znaczną poprawę skuteczności diagnozy i terapii oraz wsparcia psychospołecznego od osób indywidualnych i instytucji (Michael, Carlton, Chlebowski et al., 2009). Etiologia nowotworów wciąż nie jest poznana. Wskazuje się na współwystępowanie czynników związanych z dyspozycjami genetycznymi, stylem życia oraz czynnikami środowiskowymi (Mckenzie, Carlton, Munoz et al., 2007; Fawzy, Canada, Fawzy, 2007). Mężczyźni chorują najczęściej na nowotwory płuc, żołądka, krtani, skóry, gruczołu krokowego, kobiety zaś na nowotwór piersi, szyjki macicy, trzonu macicy (Mohr, 2005).

Rozważając psychologiczne uwarunkowania reakcji na chorobę nowotworową należy zwrócić uwagę na dwa uzupełniające się mechanizmy. Pierwszy to reakcja antycypująca śmierć, a drugi to efekt przeżyć związanych z diagnozą i leczeniem. Reakcje emocjonalne na sytuację kryzysu w chorobie nowotworowej przebiegają znanymi z modelu PTSD etapami: (1) szok (niedowierzanie, zaprzeczenie połączone z zaburzeniem integracji wszystkich funkcji psychicznych), (2) gniew, bunt, (3) pertraktacje (próby układania się z losem, z opatrnością, Bogiem), (4) depresja (lęk, obniżenie nastroju i poczucie winy), (5) akceptacja (rozwiązanie problemów i konfliktów emocjonalnych) (O'Donnell, Elliott, Wolfgang et al., 2007). To ostatnie stadium osiągną tylko nieliczni. Tak więc choroba nowotworowa jest dla chorego traumą, która przez DSM IV definiowana jest jako zagrażające uszkodzeniem ciała lub śmiercią (Zdankiewicz-Ścigała, 2004). Uderza ona w podstawy bezpieczeństwa, sens własnego istnienia i sprawiedliwość świata. Sprawia ból, podważa egzystencję, wywołuje obawę przed społecznym odrzuceniem i lęk o własną przyszłość. Na funkcjonowanie psychologiczne chorego może mieć wpływ na kilku płaszczyznach. Bezpośrednio, gdy nowotwór rozwija się w obwodowym lub ośrodkowym układzie nerwowym i powoduje zmiany emocjonalne oraz behawioralne. Na drodze wiscerocepcji kiedy następuje rozrost guza powodując ból i wprowadzając chorego w pewien stan emocjonalny, oraz na poziomie pośrednim, psychologicznym, będącym efektem subiektywnego odbioru własnej choroby (Dolińska-Zygmunt, 1996). W niniejszej pracy skoncentrujemy się na ostatnim

z wymienionych obszarów. Choroba nowotworowa uniemożliwia zaspokojenie ważnych potrzeb biologicznych, psychologicznych i egzystencjalnych oraz zaburza układ celów, co najczęściej wiąże się z permanentnym lękiem i utratą nadziei.

W ramach pewnego uogólnionego wzorca reakcji emocjonalnych chorych na nowotwór, w pierwszej kolejności należy podkreślić znaczne różnice indywidualne, uwarunkowane między innymi: dyspozycjami psychologicznymi chorego, jego doświadczeniem, postrzeganiem nowotworu, sytuacją życiową oraz przebiegiem i rokowaniami dotyczącymi rozwoju choroby (De Boer et al., 1999). W naszych badaniach skoncentrujemy się przede wszystkim na tych pierwszych modyfikatorach w radzeniu sobie z chorobą nowotworową głównie na przykładzie kobiet z rakiem piersi.

2.2. PROBLEMY PSYCHOLOGICZNE KOBIET Z NOWOTWOREM GRUCZOŁU PIERSIOWEGO

Z psychologicznego punktu widzenia nowotwór gruczołu piersiowego, który w zależności od stopnia zaawansowania może mieć pomyślne, bądź nie, rokowanie wyzdrowienia, stanowi dla kobiety niezwykle stresującą sytuację. Specyficzna trudność, jaka wiąże się z rozpoznaniem tego rodzaju nowotworu, wynika ze znaczenia stereotypu „kobiecości”, który jest zagrożony wraz z utratą piersi. Ponadto ograniczenie częściowe lub całkowite dotychczasowej aktywności (osobistej, rodzinnej, zawodowej, społecznej) sprzyja apatii i postawie rezygnacyjnej. Także uzależnienie od innych podczas trwania choroby i jej terapii ma charakter dyskomfortowy (Wrona-Polańska, 1999; Łosiak, 1999; Kubacka-Jasiecka, 1999).

Istotnym problemem psychologicznym jest sam proces zmagania się z chorobą w oparciu o subiektywne przekonanie odnośnie do stopnia zagrożenia życia i cierpienia związanego z proponowanymi sposobami leczenia (operacja, chemioterapia, radioterapia, farmakoterapia) (Juczyński, Chrystowska-Jabłońska, 1999; Humańska, Nowicki, 2005; Osmańska-Gogol, 2003). Towarzyszące terapii nudności, zawroty głowy, ból, kaszel, duszności, wymioty, zaparcia, jadłowstręt, drgawki, ogólne osłabienie, wypadanie włosów, itp., znane wcześniej z literatury lub relacji innych osób znacznie generują lęk i obniżają jakość życia (Dwilewicz-Trojaczek, 2006). W wyniku operacji oraz leczenia uzupełniającego zaburzeniu ulega obraz własnego ciała oraz wyobrażenie własnej seksualności, co potwierdza np. w przypadku chemioterapii wczesna jatrogenna menopauza i obniżenie popędu płciowego a także płodności (Graziottin, 2003).

Niniejsza praca porusza jedynie zagadnienia dotyczące poznawania diagnozy i sposobów radzenia sobie w okresie bezpośrednio po niej. Szersze informacje odnoszące się do sytuacji choroby w kolejnych jej fazach rozwoju można znaleźć w literaturze przedmiotu (Juczyński, 1997; Łosiak 1999; Wirga, 2007).

3. SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM ONKOLOGICZNYM

Zmaganie się ze stresem choroby nowotworowej opisywane w kategoriach stylu, który rozumiany jest jako trwała predyspozycja indywidualna do stosowania określonych form radzenia sobie w różnorodnych sytuacjach stresowych, nie wydaje się zasadne. Zakłada ono, że osoby, u których rozpoznano proces nowotworowy, stosują takie same formy zaradcze w chwili poznania diagnozy oraz w czasie trwania choroby, jakie stosowały w przeszłości, w stosunku do innych trudnych konfronta-

cji stresowych dnia codziennego. Takie ujmowanie radzenia sobie wyklucza podejmowanie specyficznych formy zaradczych w chorobie nowotworowej, która jest najczęściej nową sytuacją, w jakiej jednostka nie posiada jeszcze doświadczenia. Dlatego też bardziej zasadne jest zajęcie się strategiami radzenia sobie ze stresem onkologicznym, które mogą być diametralnie odmienne w różnych sytuacjach.

Kobiety, które poznały diagnozę o zachorowaniu na nowotwór piersi, podejmują szereg zachowań zaradczych specyficznych dla tej sytuacji. Ciekawą, w kontekście radzenia sobie z sytuacją trudną przez kobiety z rakiem piersi, jest koncepcja pięciu faz choroby, autorstwa Elizabeth Kubler-Ross (za: Wrona-Polańska, 1999). Zakłada ona możliwość wyodrębnienia kolejno następujących po sobie strategii radzenia sobie w czasie trwania choroby: odrzucenie faktu zachorowania, buntownicze zachowania, pertraktacje (z Bogiem, lekarzem, bliskimi), depresja, pogodzenie się z faktem zachorowania. Należy jednak pamiętać, że koncepcja Kubler-Ross nie znalazła potwierdzenia w badaniach empirycznych.

Kolejnym podejściem, nawiązującym do sytuacji chorego na raka, jest teoria adaptacji poznawczej S.E. Taylor (Taylor, Lichtman, Wood, 1984). Sposoby, o których mówi badaczka to: poszukiwanie znaczenia, uzyskiwanie poczucia panowania nad zdarzeniami oraz utrzymywanie pozytywnego obrazu własnej osoby. Pacjent docieka przyczyn zachorowania, chce zapanować nad wydarzeniami, kontrolować swój stan zdrowia, stosując się do zaleceń lekarza, bądź stosuje „porównania w dół” – chcąc sobie poprawić samopoczucie i upewnić, że istnieje nadal nadzieja na wyzdrowienie, skoro nie jest w aż tak złym stanie, jak ktoś inny z tym samym rozpoznaniem. Taylor podkreśla rolę złudzeń, które mają przynosić choremu ulgę w trudnej dla niego sytuacji.

Koncepcje odnoszące się do specyficznej sytuacji chorego somatycznie często pomijają indywidualny charakter każdego człowieka w zmaganiu się z konfrontacją stresową. Opisują behawioralne reakcje na sytuację trudną, wspominając także o lęku, którego ekspresja w chwili zachorowania jest znaczna, jednocześnie zapominają o istocie radzenia sobie, o subiektywnym spojrzeniu pojedynczych osób, których życie ulega radykalnej zmianie po usłyszeniu diagnozy (Dalton et al., 2002). Są też tacy pacjenci, którzy mimo nieprzychylnego rozpoznania nie podejmują leczenia. Ich zachowania wykraczają poza ramy psychobiologicznych modeli choroby nowotworowej (Greer, Watson, 1985).

Podczas konfrontacji stresowej istotną rolę w leczeniu choroby nowotworowej odgrywa umiejętność radzenia sobie ze stresem (*doping stress*), która jak podkreśla R. Lazarus (2006), żeby była skuteczna nie musi być wcale subiektywnie racjonalna. Proces radzenia sobie zachodzi wtedy, gdy osoba postrzega transakcję między sobą a otoczeniem jako „krzywdę” lub „zagrożenie” lub „wyzwanie”. Lazarus postuluje dodanie „do instrumentalnej funkcji radzenia sobie (takiej jak rozwiązywanie problemów) innej ważnej funkcji (w pewnym sensie stanowiącej antytezę instrumentalności), mianowicie samoregulację przykrych emocji” (Lazarus, 1986, s. 24). Dotąd badacze nie ustalili jednolitego stanowiska ile jest możliwych strategii zaradczych, co jest wynikiem braku wspólnych kryteriów ich poszukiwania (Terelak, 2008). Wśród wielu możliwych strategii (sposobów) radzenia sobie ze stresem, przyjmujemy za Lazarusem (1986) strategie: zorientowane problemowo (*problem-oriented strategies*), czyli zadaniowe, oraz zorientowane emocjonalnie (*emotion-oriented strategies*).

Podstawowym celem radzenia sobie w chorobie jest przezwyciężenie bólu i utrudnień związanych z chorobą oraz adaptacja do środowiska szpitalnego i sposobów leczenia (Łosiak, 1999). Choroba, która zagraża życiu pociąga za sobą kryzys egzystencjalny, związany z koniecznością przewartościowania swojego życia i zaakceptowaniem zmian w trybie życia i własnym systemie wartości, w którym na czoło wysuwa się szukanie nadziei. Większość autorów, zajmujących się zagadnieniem zmagania się z chorobą czy adaptacją do zdarzeń traumatycznych, jest zgodna, że zmiany w reakcjach człowieka są funkcją czasu (Stewart et al. 2001).

Można wyodrębnić dwa nurty rozumienia istoty radzenia sobie ze stresem. W pierwszym będą się mieścić strategie nastawione na rozwiązanie problemu i regulację emocji (np. koncepcje Lazarusa i Folkman, Endlera i Parkera), do drugiego zaliczymy aktywne i unikowe sposoby radzenia sobie (koncepcji mechanizmów obronnych Berna) (Folkman et al., 2006; Endler et al., 2000).

Interesującą dla radzenia sobie ze stresem nowotworowym jest koncepcja Stevena Greer'a i Maggie Watson (1985), którą trudno jest zaliczyć, do którejkolwiek z wymienionych, posiada bowiem cechy jednej i drugiej. Według tej koncepcji podczas trwania choroby nowotworowej pacjenci wypracowują pewną strategię przystosowawczą będącą połączeniem funkcji poznawczych, reakcji uczuciowych i stereotypu zachowań. Wymienili oni pięć form przystosowania: walczącego ducha, fatalizm, bezradność – beznadziejność, lękowe zatroskanie oraz radzenie sobie poprzez mechanizmy obronne. Przystosowanie jest poznawczą i behawioralną odpowiedzią jednostki na zagrożenie, co oznacza że przystosowanie czy radzenie sobie ze stresem zawiera w sobie również nieświadome, nieintencjonalne reakcje emocjonalne na zagrożenie, które dopuszcza także tzw. zrewidowana koncepcja radzenia sobie ze stresem S. Folkman (2001) i R. Lazarusa (2006).

Generalnie rzecz ujmując istnieją dwie grupy strategii przystosowania do choroby nowotworowej. Pierwsza z nich, zwana „walczący duch i fatalizm”, wyraża aktywne i nacechowane optymizmem zmaganie się z chorobą (Johnson, 1996), druga – „zaabsorbowanie lękowe i bezradność – beznadziejność” jest bierna i wyraża poddanie się wobec choroby (Dalton et al., 2002). Pierwszą grupę uznaje się za aktywną skoncentrowaną na problemie i konstruktywną, drugą za pasywną, skoncentrowaną na emocjach i destruktywną. W badaniach wykazano, że chorzy, którzy podejmują aktywne strategie radzenia sobie z chorobą mieli mniej załamań, lepszą jakość życia, osiągnęli korzystniejsze prognozy niż chorzy stosujący pasywne strategie. Wskazują one, że konfrontacyjne i unikowe style są bardziej efektywne niż rezygnacja i pasywne formy (Morris, Pettingale, Haybittle, 1992). Badacze podkreślają, że dwie ostatnie strategie, zaabsorbowanie lękowe i bezradność – beznadziejność są najgorszymi formami radzenia sobie ze stresem onkologicznym. Znacznie obniżają ocenę jakości życia i mogą prowadzić do dezadaptacyjnego zespołu zwanego zespołem psychoterminalnym. Cechuje go ograniczenie zainteresowań, wyłączna koncentracja na objawach, negatywna ocena swojej przeszłości, brak nadziei na przyszłość. Myślenie takie charakteryzuje regresja do myślenia życzeniowego i magicznego (Chojnacka-Szawłowska, 2001). Chory preferujący aktywne i skierowane na rozwiązanie problemu formy zmagania się ze stresem łatwiej i skuteczniej podejmuje współpracę z lekarzem niż taki, który będzie unikał, uciekał czy zaprzeczał (Łosiak, 1999). Lepsze rokowania zarówno w odniesieniu do długości życia, oraz braku nawrotów choroby, osiągnęli chorzy

z aktywnymi strategiami zmagania się z chorobą nowotworową. Z kolei z poczuciem bezradności osiągnęli złą prognozę (Morris, Pettingale, Horytbittle, 1992). Szczegółowego przeglądu badań nad stresem w chorobie onkologicznej do roku 2005 dokonali S. Oksbjerg i C. Johansen (2005).

4. POCZUCIE UMIEJSCOWIENIA KONTROLI I POCZUCIE KOHERENCJI JAKO MODYFIKATORY WYBORU STRATEGII ZARADCZYCH W SYTUACJI CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Spośród wielu możliwych modyfikatorów strategii radzenia sobie ze stresem onkologicznym i egzystencjalnym zarazem, wybrano w naszych badaniach następujące: poczucie umiejscowienia kontroli wzmocnień (Rotter, 1990) i poczucie koherencji (Antonovsky, 1995).

Zgodnie z danymi literatury przedmiotu, ludzie o zewnętrznym źródle kontroli dostrzegają związek przyczynowy między własną aktywnością, bądź względnie stałymi osobistymi cechami, a otrzymywaniem wzmocnień (Drwal, 1995). Wielu badaczy podejmowało temat poczucia umiejscowienia kontroli w relacji do radzenia sobie ze stresem. W przeważającej liczbie wyniki sugerują, że zachodzi dodatnia korelacja poczucia kontroli wewnętrznej z cechami, dzięki którym jednostka może lepiej przystosować się do otaczającego świata. Badacze dowodzą, że osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli podejmują aktywne sposoby radzenia sobie, takie jak poszukiwanie informacji, częściej niż osoby o zewnętrznym umiejscowieniu poczucia kontroli (Terelak, 2008). Na tej przesłance teoretycznej oparty jest model własny, traktujący poczucie umiejscowienia kontroli jako zmiennej modyfikującej strategię radzenia sobie ze stresem onkologicznym.

Zygfryd Juczyński (1997) na podstawie badań 60 kobiet po mastektomii stwierdził, że badane o najwyższym nasileniu lęku były najgorzej przystosowane psychicznie do choroby. Przypisywały sobie najmniejszy wpływ na własne zdrowie, jednocześnie umiejscawiając kontrolę nad ich stanem zewnętrźnie, a odczuwany poziom bólu zależał według nich od lekarza. Stąd autor wnioskuje, iż małe poczucie wewnętrznej kontroli implikuje bezradność i zaabsorbowanie lękowe.

Carolyn Declerck et al. (2002) dowiedli, że kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi o poczuciu lokalizacji kontroli wewnętrznej, które są mężatkami, chętniej korzystają ze wsparcia społecznego, ze strony swoich rodzin i są bardziej z niej zadowolone, niż kobiety o takim samym postrzeganiu umiejscowienia kontroli, ale niezamężne.

S. Taylor, R. Lichtman i J. Wood (1984) zbadały 78 kobiet z nowotworem piersi i wyciągnęły wnioski, że poczucie kontroli poznawczej jest najbardziej związane z przystosowaniem do choroby, zaś behawioralnej trochę mniej. 95% ich badanych przypisywała komuś kontrolę nad ich chorobą. Analiza statystyczna wykazała, że od postrzegania umiejscowienia kontroli jako wewnętrznej lub zewnętrznej nie zależało przystosowanie pacjentki do stresu związanego z chorobą.

Istnieje więc wiele badań potwierdzających, że jednostki o poczuciu kontroli wewnętrznej różnią się pod względem stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem i mechanizmów obronnych od jednostek o poczuciu kontroli zewnętrznej. Osoby o wewnętrznym LOC stosują mechanizmy represji (wypierania), zaś o zewnętrznym LOC – sensytyzację. Badacze podają, że zachodzą związki między zewnętrznym LOC a lękiem, niską samooceną i niską samoakceptacją, neu-

rotacyjnością oraz między wewnętrznym LOC a tendencją do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, wysoką samooceną i samoakceptacją, przypisywaniem sobie winy za niepowodzenia, itp. Osoby o wewnętrznym LOC są przekonane o osobistym wpływie na przebieg wydarzeń oraz o tym, że rezultaty ich działań zależą przede wszystkim od ich własnej sprawności w ich podejmowaniu, nie zaś od czynników zewnętrznych (Drwal, 1995).

Mniej jest badań empirycznych nad modyfikującą rolą poczucia koherencji w radzeniu sobie ze stresem choroby nowotworowej. Poczucie koherencji jako globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że to co go otacza ma charakter ustrukturyzowany, przewidywalny i wytłumaczalny, sprawia iż sytuacja stresowa jest warta wysiłku aby ją przezwyciężyć (Antonovsky, 1995). Ma to duże znaczenie w radzeniu sobie ze stresem, z szczególnie ze stresem onkologicznym, zakotwiczonym w świecie egzystencjalnym chorego. Szczegółowego przeglądu badań nad innymi zmiennymi psychologicznymi, które modyfikują sposoby radzenia sobie ze stresem onkologicznym dokonali L. Ross, L. Boesen i C. Johansen (2005).

5. MATERIAŁ I METODY BADAŃ

5.1. HIPOTEZY

Celem badań jest sprawdzenie, czy istnieje związek między takimi zmiennymi jak: poczucie umiejscowienia kontroli i poczucie koherencji a strategiami radzenia sobie ze stresem stosowanymi przez kobiety w chwili zapoznania się z diagnozą o nowotworze złośliwym gruczołu piersiowego. Sformułowano następujące hipotezy:

A. Hipotezy dotyczące związków poczucia umiejscowienia kontroli jako zmiennej niezależnej ze strategiami radzenia sobie ze stresem jako zmiennej zależnej:

H1: Istnieją związki między poczuciem umiejscowienia kontroli a strategiami radzenia sobie ze stresem. Poczucie kontroli wewnętrznej koreluje pozytywnie ze strategiami skoncentrowanymi na problemie, takimi jak: konfrontacja i planowe rozwiązywanie problemu. Poczucie kontroli zewnętrznej koreluje pozytywnie ze strategiami skoncentrowanymi na emocjach, takimi jak: dystansowanie się, samokontrola, ucieczka-unikanie, poszukiwanie wsparcia społecznego, zaś poczucie kontroli wewnętrznej koreluje pozytywnie ze strategiami radzenia sobie ze stresem polegającymi na pozytywnym przewartościowaniu i na przyjmowaniu odpowiedzialności.

H2: Brak jest różnic między grupą kobiet o poczuciu kontroli wewnętrznej i grupą kobiet o poczuciu kontroli zewnętrznej w stosowaniu strategii poszukiwania wsparcia społecznego.

H3: Istnieją istotne statystycznie różnice między grupą kobiet o poczuciu kontroli wewnętrznej a grupą kobiet o poczuciu kontroli zewnętrznej w akceptacji metod leczenia nowotworu gruczołu piersiowego.

B. Hipotezy dotyczące związków poczucia koherencji jako zmiennej niezależnej i strategii radzenia sobie ze stresem jako zmiennej zależnej:

H4: Istnieje związek poszczególnych komponentów poczucia koherencji z wyborem strategii radzenia sobie ze stresem. Wraz ze wzrostem poczucia sensowności u kobiet chorych wzrasta preferowanie strategii zorientowanych emocjonalnie

i ucieczkowo. Wraz ze wzrostem poczucia sensowności u kobiet zdrowych wzrasta preferowanie strategii zorientowanych problemowo.

H5: Istnieje różnica między wyborem strategii radzenia sobie ze stresem między kobietami z nowotworem piersi a kobietami zdrowymi. Kobiety chore częściej preferują strategię zorientowaną emocjonalnie i ucieczkowo. Kobiety zdrowe preferują częściej strategię zorientowaną problemowo.

5.2. METODY BADAŃ

1) Do pomiaru stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem użyto *The Ways of Coping Questionnaire (WCQ)* Susan Folkman i Richarda Lazarusa, w polskim opracowaniu K. Wrześniewskiego (2000). Narzędzie składa się z dwóch części. Pierwsza, poprzedzająca właściwy kwestionariusz, zawiera instrukcję oraz szereg otwartych pytań skłaniających badanego do przypomnienia sobie konkretnej sytuacji, która była dla niego wyjątkowo trudna i sposobu, w jaki sobie z nią poradził. W drugiej części znajduje się 66 pozycji odnoszących się bezpośrednio do podejmowanych działań zaradczych, dotyczących wydarzenia stresowego, opisanego przez respondenta w pierwszej części metody. Rzetelność skal określona w badaniach Wrześniewskiego za pomocą α Cronbacha jest umiarkowana: od 0,59 do 0,88. Brak jest danych na temat trafności kwestionariusza. W wyniku analizy czynnikowej wyodrębniono osiem skal: konfrontacja, dystansowanie się, samokontrola, poszukiwanie wsparcia społecznego, przyjmowanie odpowiedzialności, ucieczka-unikanie, planowe rozwiązywanie problemu, pozytywne przewartościowanie.

2) Do zbadania poczucia umiejscowienia kontroli wykorzystano Kwestionariusz I-E R.B. Rottera w polskiej adaptacji J. Karyłowskiego (1998). Przyjęto założenia zgodne z teorią Rottera, że poczucie umiejscowienia kontroli jest ogólnym wymiarem osobowości, który stanowi o tendencji do postrzegania przyczynowego związku między własnymi działaniami a ich konsekwencjami. Poczucie umiejscowienia kontroli tworzy kontinuum od zgeneralizowanego spostrzegania kontroli wewnętrznej do zgeneralizowanego spostrzegania kontroli zewnętrznej. Rzetelność skali określono metodą połówkową i wynosi $r=0,65$, według wzoru Spearmana-Browna $r=0,79$, oraz wzoru Kundera-Richardsona w trzech różnych pomiarach: $r=0,69$; $r=0,79$; $r=0,70$. Stałość w czasie wyznaczono przy pomocy metody Test-Retest, i otrzymano wyniki, w zależności od badanej grupy, od $r=0,43$ do $r=0,84$. Trafność kongruencyjna i teoretyczna są zadawalające.

3) Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 (*SOC – Sense of Coherence*) A. Antonovsky'ego w polskiej adaptacji dokonanej przez J. Koniarkę, B. Dudkę i Z. Makowską (1993), służący do pomiaru siły poczucia koherencji i jego wymiarów: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności oraz poczucia sensowności. Rzetelność narzędzia jest wysoka. Współczynniki wewnętrznej zgodności (α Cronbacha) uzyskane w różnych badaniach wahały się od 0,84 do 0,93 (Antonovsky, 1995).

5.3. CHARAKTERYSTYKA BADANYCH GRUP

A. W badaniu dotyczącym modyfikującej roli poczucia umiejscowienia kontroli w relacji do strategii radzenia sobie ze stresem brały udział 64 kobiety, w wieku 34-73 lata z różnym poziomem wykształcenia i rozpoznaniem nowotworu gruczołu piersiowego oraz podobna pod względem wieku grupa kontrolna kobiet zdrowych.

B. W badaniu dotyczącym modyfikującej roli poczucia koherencji w relacji do strategii radzenia sobie ze stresem brało udział 50 kobiet chorych na nowotwór piersi w wieku 20 – 60 lat ze średnią równą 43,68 lat z różnym poziomem wykształcenia oraz podobna pod względem wieku grupa kontrolna zdrowych kobiet.

5.4. PRZEBIEG BADAŃ

Badania kwestionariuszowe prowadzone były w przychodniach przyszpitalnych, na oddziałach onkologicznych oraz w placówkach spotkań grup wsparcia. Zgromadzonym respondentkom podawano jednakową instrukcję, po której mogły podjąć decyzję o dalszym uczestnictwie w badaniu. Znaczna część kobiet rezygnowała z wypełniania kwestionariuszy, a wśród pozostałych, mimo deklaracji wzięcia udziału w badaniu, nie wszystkie wypełniały karty odpowiedzi, bądź odpowiadały tylko na wybrane przez siebie pytania lub wybrane kwestionariusze.

6. WYNIKI BADAŃ

6.1. POCZUCIE UMIEJSCOWIENIA KONTROLI A STRATEGIE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM CHOROBY NOWOTWORU GRUCZUŁU PIERSIOWEGO

Analizę otrzymanych wyników rozpoczęto od sprawdzenia normalności rozkładów zmiennej zależnej w całej grupie badanych oraz w grupie osób o poczuciu kontroli wewnętrznej i w grupie osób o poczuciu kontroli zewnętrznej testem Kołmogorova-Smirnova. Postawione hipotezy zostały zweryfikowane za pomocą współczynnika korelacji r Spearmana oraz testu U Manna-Whitneya. Na podstawie mediany przydzielono badane do grup poczucia kontroli wewnętrznej i zewnętrznej.

Dane w tabelach 1. i 2. pokazują charakterystyczne wartości dla stosowanych strategii zaradczych w chwili poznania diagnozy o nowotworze złośliwym gruczołu piersiowego w całej grupie badanych, w grupie kobiet o poczuciu kontroli wewnętrznej oraz w grupie kobiet o poczuciu kontroli zewnętrznej. Tabela 1. prezentuje wyniki dotyczące istotności różnic w stosowanych strategiach zaradczych przez osoby badane zróżnicowane pod względem *locus of control*.

Tabela 1. Istotność różnic w stosowanych strategiach radzenia sobie ze stresem onkologicznym w grupie kobiet o LOC wewn. (N=28) i w grupie kobiet o LOC zewn. (N=29)

zm.	Test U Manna-Whitneya Grupa 1: kobiety o poczuciu kontroli wewn.; Grupa 2: kobiety o poczuciu kontroli zewn. Zaznaczone wyniki są istotne z $p < 0,05000$									
	Sum.rang Grupa 1	Sum.rang Grupa 2	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p	N ważn. Grupa 1	N ważn. Grupa 2	2*1str. dok. p
K2	936,500	716,500	281,500	1,987	0,047	1,998	0,046	28	29	0,046
DY	656,000	997,000	250,000	-2,490	0,013	-2,501	0,012	28	29	0,012
SK	794,000	859,000	388,000	-0,287	0,774	-0,289	0,773	28	29	0,782
PW	924,500	728,500	293,500	1,796	0,073	1,806	0,071	28	29	0,072
PO	925,500	727,500	292,500	1,812	0,070	1,842	0,066	28	29	0,070
UU	882,500	770,500	335,500	1,125	0,260	1,131	0,258	28	29	0,263
PR	1043,500	609,500	174,500	3,695	0,000	3,715	0,000	28	29	0,000
PP	806,000	847,000	400,000	-0,096	0,924	-0,097	0,923	28	29	0,931

Legenda:

K2 – strategie konfrontacyjne; DY – dystansowanie się; SK – samokontrola; PW – poszukiwanie wsparcia; PO – podjęcie odpowiedzialności; UU – ucieczka-unikanie; PR – planowe rozwiązywanie problemu; PP – pozytywne przewartościowanie; U – Test U Manna-Whitneya; Z – wartość statystyki; p – poziom istotności; N – liczebność grupy; LOC – locus of control

Dane przedstawione w tabeli 1. pokazują, że tylko różnice w trzech skalach okazały się istotne statystycznie. Kobiety o poczuciu kontroli wewnętrznej uzyskują istotnie wyższe wyniki w skali konfrontacji i planowego rozwiązywania problemu. Co oznacza, że kobiety te podejmują aktywne sposoby radzenia sobie ze stresem w chwili poznawania diagnozy o chorobie nowotworowej. Natomiast kobiety o poczuciu kontroli zewnętrznej uzyskują istotnie wyższe wyniki jedynie w skali dystansowania się, co należy interpretować jako ich skłonność do usuwania ze świadomości pojawiającego się problemu. Strategia radzenia sobie, polegająca na dystansowaniu się, należy do sposobów radzenia skoncentrowanych na obniżeniu natężenia nieprzyjemnych emocji. Jednocześnie potwierdzona została także hipoteza, mówiąca o braku istotnych statystycznie różnic między grupami respondentek o LOC wewnętrznym i o LOC zewnętrznym w poszukiwaniu wsparcia społecznego. W dalszych analizach podjęto próbę zbadania istotności różnic między grupami badanych kobiet o różnym poczuciu umiejscowienia kontroli w stosowanych metodach leczenia, na jakie decydują się panie z rozpoznaniem nowotworu gruczołu piersiowego.

Tabela 2. Istotność różnic w stosowanych metodach leczenia w grupie kobiet o LOC wewn. (N=28) i w grupie kobiet o LOC zewn. (N=29)

zm.	Test U Manna-Whitneya Grupa 1: kobiety o poczuciu kontroli wewn.; Grupa 2: kobiety o poczuciu kontroli zewn. Zaznaczone wyniki są istotne z p < 0,05000									
	Sum.rang Grupa 1	Sum.rang Grupa 2	U	Z	poziomp	Z popraw.	poziomp	Nważn. Grupa 1	Nważn. Grupa 2	2*1str. dokł.p
chirur.	722,500	930,500	316,500	-1,429	0,153	-1,835	0,066	28	29	0,154
radiot.	844,500	808,500	373,500	0,519	0,604	0,666	0,505	28	29	0,607
chem.	791,500	861,500	385,500	-0,327	0,743	-0,381	0,703	28	29	0,745
horm.	942,500	710,500	275,500	2,083	0,037	3,298	0,001	28	29	0,037

Legenda:

chir. – terapia chirurgiczna; radiot. – radioterapia; chem. – chemioterapia;
horm. – terapia hormonalna; pozostałe oznaczenia jak w tabeli 1.

Przedstawione w tabeli 2. dane wskazują na istotne różnice w preferowaniu podejmowaniu leczenia hormonalnego na korzyść kobiet o poczuciu kontroli wewnętrznej. Być może hipoteza ta została potwierdzona w analizie statystycznej jedynie ze względu na pewne cechy badanej grupy osób. Leczenie hormonalne stosowane jest przede wszystkim u kobiet w podeszłym wieku (średnia wieku w badanej grupie wynosi około 59 lat), w uogólnionej postaci raka piersi, jest ono mniej toksyczne dla chorej niż na przykład chemioterapia i umożliwia osiągnięcie długotrwałych remisji (por. Humańska, Nowicki, 2005). By stwierdzić, że istnieje zależność między

podejmowaniem leczenia hormonalnego a wiekiem, przeprowadzono analizę korelacji między tymi zmiennymi z zastosowaniem testu r Spearmana. Stwierdzono, że zachodzi korelacja między wiekiem badanej kobiety a preferowaną metodą leczenia raka piersi w zależności od poczucia umiejscowienia kontroli. Im wyższy wiek, tym częściej stosowana jest metoda leczenia hormonalnego. Prawidłowość ta widoczna jest tylko w grupie kobiet o poczuciu kontroli wewnętrznej ($r=0,44$). Co oznacza, że im starsza kobieta, która posiada poczucie kontroli zewnętrznej, tym rzadziej preferuje leczenie chemiczne.

Związki między poczuciem umiejscowienia kontroli a stosowanymi strategiami poradczymi przez kobiety z rozpoznaniem złośliwego nowotworu piersi (r Spearmana) ilustrują tabele 3. i 4.

Tabela 3. Współczynniki korelacji r Spearmana między poczuciem umiejscowienia kontroli a strategią radzenia sobie ze stresem onkologicznym w grupie kobiet o LOC wewn. (N=28)

Para zmiennych	Korelacja porządku rang Spearmana w grupie kobiet o LOC wewn. Korelacje są istotne z $p < .05000$			
	N ważn.	R Spearman	t(N-2)	poziom p
I-E & K2	28	0,53	3,22	0,00
I-E & DY	28	-0,01	-0,06	0,95
I-E & SK	28	-0,24	-1,25	0,22
I-E & PW	28	-0,09	-0,46	0,65
I-E & PO	28	0,46	2,65	0,01
I-E & UU	28	0,40	2,23	0,03
I-E & PR	28	-0,25	-1,31	0,20
I-E & PP	28	0,27	1,46	0,16

Tabela 4. Współczynniki korelacji r Spearmana między poczuciem umiejscowienia kontroli a strategią radzenia sobie ze stresem onkologicznym w grupie kobiet o LOC zewn. (N=29)

Para zmiennych	Korelacja porządku rang Spearmana w grupie kobiet o LOC zewn. Korelacje są istotne z $p < .05000$			
	N ważn.	R Spearman	t(N-2)	poziom p
I-E & K2	29	-0,31	-1,70	0,10
I-E & DY	29	0,40	2,25	0,03
I-E & SK	29	0,41	2,34	0,03
I-E & PW	29	0,17	0,89	0,38
I-E & PO	29	-0,03	-0,18	0,86
I-E & UU	29	0,33	1,85	0,08
I-E & PR	29	-0,24	-1,27	0,21
I-E & PP	29	-0,14	-0,76	0,45

Przedstawione w tabelach 3. i 4. dane wskazują na pewne różnice między kobietami o poczuciu kontroli wewnętrznej a kobietami o poczuciu kontroli zewnętrznej w zakresie wybieranych strategii radzenia sobie z konfrontacją stresową w sytuacji poznania diagnozy o nowotworze złośliwym. Kobiety z poczuciem lokalizacji kontroli wewnętrznej (tabela 3.) preferują bezpośrednie działania, pozwalające na konfrontację z chorobą nowotworową. Ciekawym wynikiem jest korelacja dodatnia (0,40) między spostrzeganą lokalizacją kontroli a strategią ucieczka-unikanie w tej grupie respondentek. Oznacza ona związek strategii skoncentrowanej na emocjach z poczuciem umiejscowienia kontroli wewnętrznej, polegający na tym, że im większe poczucie kontroli wewnętrznej, tym częściej stosowana jest ucieczka-unikanie, jako sposób radzenia sobie z zagrażającą transakcją. Podejmowanie ucieczkowego sposobu radzenia sobie ze stresem w grupie osób o wewnętrznym LOC można zinterpretować jako wynik poczucia olbrzymiej odpowiedzialności (0,46) za zaistniałą sytuację choroby i potrzebę poprawy samopoczucia, by zmniejszyć natężenie nieprzyjemnych emocji. Dlatego osoby o spostrzeganiu lokalizacji kontroli wewnętrznej podejmują czynności zastępcze, obniżające lęk, celem zachowania poczucia kontroli nad sytuacją. Powstrzymują się w ten sposób od impulsywnych zachowań oraz obniżają napięcie emocjonalne, by móc podjąć racjonalne działania zaradcze, skoncentrowane na problemie choroby. Tabela 4. zwraca uwagę na znaczenie związku między natężeniem poczucia umiejscowienia kontroli zewnętrznej, a takimi strategiami zaradczymi jak: dystansowanie się (0,40) i samokontrola (0,41), co oznacza że kobiety z tej grupy minimalizują znaczenie transakcji stresowej, jaką jest diagnoza choroby nowotworowej i częściej podejmują działania mające na celu kontrolowanie pojawiających się w nich gwałtownych emocji. Duże natężenie poczucia umiejscowienia kontroli zewnętrznej wiąże się z podejmowaniem aktywności, które mają oddalić myślenie jednostki od trudnej sytuacji.

6.2. ZWIĄZKI POCZUCIA KOHERENCJI Z PREFERENCJAMI STRATEGII RADZENIA SOBIE ZE STRESEM RAKA PIERSI

W toku analiz dokonano porównania nasilenia ogólnego poczucia koherencji (SOC) i jego składowych, a mianowicie: poczucia sensowności (PS), poczucia zaradności (PZ), poczucia zrozumiałości (PZr) u kobiet chorych i kobiet z grupy kontrolnej. Wyniki porównania przedstawiają tabele 5. i 6.

Tabela 5. Nasilenie ogólnego poczucia koherencji i jego składowych u kobiet chorych i zdrowych

	Grupa chorych		Grupa zdrowych		test U	p
	M	SD	M	SD		
SOC	120,84	26,20	144,7	16,16	2000	0,001***
PS	37,54	9,73	47,56	5,18	2035,5	0,001***
PZ	42,62	11,79	49,72	6,60	1665	0,004**
PZr	40,42	8,33	47,98	7,58	-4,74	0,001***

Jak wynika z tabeli 5. istnieje różnica istotna statystycznie w nasileniu ogólnego poczucia koherencji i jego składowych u kobiet chorych i kobiet z grupy kontrolnej.

Kobiety chore mają niższe ogólne poczucie koherencji ($p < 0,001$), a także niższe poczucie sensowności ($p < 0,001$), poczucie zaradności ($p < 0,004$), poczucie zrozumiałości ($p < 0,001$) niż kobiety z grupy kontrolnej.

Dokonano także porównania stopnia preferencji poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem u kobiet chorych i zdrowych. Wyniki porównania przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Preferencje odnośnie do poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem u kobiet chorych i kobiet zdrowych

	Grupa chorych		Grupa zdrowych		test U	p
	M	SD	M	SD		
Konfrontacja	13,42	3,45	17,14	2,73	1985	0,001***
Przyjmowanie odpowiedzialności	9,16	2,32	8,62	2,48	1101,5	0,302
Ucieczka, omijanie	22,72	3,81	14,9	3,29	168	0,001***
Planowe rozwiązanie problemu	14,84	3,35	18,42	2,90	1951	0,001***
Pozytywne przewartościowanie	19,98	2,42	15,98	3,92	522	0,001***
	M	SD	M	SD	T	p
Dystansowanie się	14,14	3,82	11,32	2,39	4,40	0,001***
Samokontrola	18,78	2,67	15,04	3,28	6,24	0,001***
Poszukiwanie wsparcia społecznego	18,46	3,48	13,88	3,72	6,34	0,001***

Istnieje różnica w stopniu preferencji odnośnie do strategii – Konfrontacja i Planowe rozwiązanie problemu u kobiet chorych i kobiet zdrowych. Kobiety zdrowe częściej preferują strategię Konfrontacja ($p < 0,001$) i strategię Planowe rozwiązanie problemu ($p < 0,001$) niż kobiety z chorobą nowotworową. Istotna statystycznie jest też różnica stopnia preferencji odnośnie do strategii Ucieczka-Omijanie i Pozytywne przewartościowanie w grupie kobiet z chorobą nowotworową i kobietami z grupy kontrolnej. Kobiety chore w większym stopniu preferują strategię Ucieczka-Omijanie ($p < 0,001$) i Pozytywne przewartościowanie ($p < 0,001$) niż kobiety zdrowe. Nie stwierdzono różnicy w stopniu preferowania strategii Przyjmowanie odpowiedzialności. Ponadto istnieje różnica w preferowaniu strategii Dystansowanie się ($p < 0,001$), Samokontrola ($p < 0,001$), Poszukiwanie wsparcia społecznego ($p < 0,001$). Kobiety z chorobą nowotworową częściej preferują te strategie radzenia sobie ze stresem. Powyższe dane wskazują, iż kobiety zdrowe, w sytuacji stresu, częściej preferują strategię ukierunkowaną na problem, natomiast kobiety z chorobą nowotworową, w sytuacji stresowej, częściej preferują strategię ukierunkowaną na emocje.

Analizując dane uzyskane podczas badań dokonano oceny związków ogólnego poczucia koherencji i jego składowych ze stopniem preferencji poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem w grupie kobiet chorych i zdrowych. Przedstawione poniżej tabele 7. i 8. ukazują macierze korelacyjne.

Tabela 7. Współczynniki korelacji ogólnego poczucia koherencji i jego składowych ze stopniem preferencji poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem u kobiet chorych

	Konfrontacja			
	k. Pearsona		k. Spearmana	
	r	p	Rho	P
SOC	0,11	0,410	0,10	0,481
PS	0,22	0,115	0,17	0,215
PZ	0,17	0,231	0,18	0,196
PZr	-0,12	0,373	-0,10	0,460
	Dystansowanie się			
SOC	-0,01	0,959	-0,07	0,577
PS	0,02	0,867	-0,09	0,524
PZ	0,01	0,990	-0,08	0,555
PZr	-0,03	0,808	0,05	0,695
	Samokontrola			
SOC	0,10	0,472	0,09	0,506
PS	0,03	0,795	0,03	0,829
PZ	0,10	0,469	0,07	0,603
PZr	0,12	0,380	0,14	0,323
	Poszukiwanie wsparcia społecznego			
SOC	0,07	0,625	0,01	0,907
PS	0,02	0,853	-0,05	0,707
PZ	0,06	0,673	0,11	0,404
PZr	0,09	0,498	0,06	0,659
	Przyjmowanie odpowiedzialności			
SOC	-0,27	0,057 t	-0,20	0,142
PS	-0,14	0,332	-0,18	0,201
PZ	-0,31	0,025*	-0,25	0,077 t
PZr	-0,21	0,139	-0,15	0,276
	Ucieczka- Omijanie			
SOC	-0,57	0,001***	-0,46	0,001***
PS	-0,52	0,001***	-0,44	0,002**
PZ	-0,57	0,001***	-0,53	0,001***
PZr	-0,32	0,022*	-0,25	0,069 t
	Planowe rozwiązanie problemu			
SOC	0,48	0,001***	0,52	0,001***
PS	0,59	0,001***	0,55	0,001***
PZ	0,37	0,006**	0,41	0,003**
PZr	0,31	0,028*	0,34	0,016*
	Pozytywne przewartościowanie			
SOC	0,39	0,004**	0,38	0,006**
PS	0,42	0,002**	0,38	0,007**
PZ	0,37	0,007**	0,40	0,005**
PZr	0,17	0,230	0,14	0,307

Jak wynika z tabeli 7. w grupie kobiet chorych na raka piersi nie stwierdzono związków ogólnego poczucia koherencji i jego składowych ze stopniem preferencji strategii Konfrontacja, Dystansowanie się, Samokontrola, Poszukiwanie wsparcia społecznego, Przyjmowanie odpowiedzialności. Istnieje ujemna korelacja pomiędzy poczuciem zaradności, a stopniem preferencji tej strategii. Wraz ze wzrostem

poczucia zaradności obniża się stopień preferowania strategii Przyjmowanie odpowiedzialności ($p < 0,05$).

Istnieje związek pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji i jego składowymi, a stopniem preferencji strategii Ucieczka-Omijanie. Wraz ze wzrostem ogólnego poczucia koherencji, maleje stopień preferowania strategii Ucieczka-Omijanie ($p < 0,001$), zaś wraz ze wzrostem poczucia sensowności, a także wraz ze wzrostem poczucia zaradności, maleje stopień preferowania strategii Ucieczka-Omijanie ($p < 0,001$). W mniejszym nasileniu istnieje ujemna korelacja pomiędzy PZr, a stopniem preferowania strategii U-O ($p < 0,05$).

Istnieje wysoka dodatnia korelacja pomiędzy SOC i PS, a stopniem preferencji strategii Planowe rozwiązanie problemu ($p < 0,001$). Wraz ze wzrostem ogólnego poczucia koherencji wzrasta preferowanie tej strategii radzenia sobie ze stresem. Wraz ze wzrostem poczucia sensowności wzrasta stopień preferowania strategii Planowe rozwiązanie problemu. W mniejszym nasileniu, ale również istotnym statystycznie, istnieje korelacja dodatnia między poczuciem zaradności ($p < 0,01$) i poczuciem zrozumiałości ($p < 0,05$), a stopniem preferowania strategii Planowe rozwiązanie problemu przez kobiety chore. Wraz ze wzrostem PZ oraz wraz ze wzrostem PZr wzrasta stopień preferowania tej strategii.

Istnieje związek pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji, poczuciem sensowności i poczuciem zaradności, a stopniem preferencji strategii Pozytywne przewartościowanie. Wraz ze wzrostem SOC wzrasta preferowanie tej strategii przez kobiety chore. Wraz ze wzrostem PS, a także wraz ze wzrostem poczucia zaradności wzrasta stopień preferowania strategii Pozytywne przewartościowanie. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy poczuciem zrozumiałości, a stopniem preferowania tej strategii w radzeniu sobie ze stresem.

Tabela 8. Współczynniki korelacji ogólnego poczucia koherencji i jego składowych ze stopniem preferencji poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem u kobiet zdrowych

	Konfrontacja			
	k. Pearsona		k. Spearmana	
	r	p	Rho	p
SOC	0,49	0,001***	0,48	0,001***
PS	0,63	0,001***	0,58	0,001***
PZ	0,44	0,001***	0,42	0,003**
PZr	0,28	0,047*	0,27	0,053 t
	Dystansowanie się			
SOC	-0,24	0,080 t	-0,13	0,331
PS	-0,28	0,042*	-0,30	0,033*
PZ	-0,24	0,087 t	-0,10	0,443
PZr	-0,19	0,169	-0,09	0,505
	Samokontrola			
SOC	-0,23	0,098 t	-0,28	0,047*
PS	-0,38	0,006**	-0,31	0,029*
PZ	-0,15	0,286	-0,16	0,248
PZr	-0,11	0,444	-0,15	0,264
	Poszukiwanie wsparcia społecznego			
SOC	-0,42	0,002**	-0,38	0,006**
PS	-0,26	0,066 t	-0,27	0,054 t

	Konfrontacja			
	k. Pearsona		k. Spearmana	
	r	p	Rho	p
PZ	-0,40	0,003**	-0,31	0,028*
PZr	-0,42	0,002**	-0,39	0,005**
	Przyjmowanie odpowiedzialności			
SOC	-0,01	0,908	-0,09	0,518
PS	-0,04	0,739	-0,07	0,578
PZ	-0,04	0,775	-0,02	0,852
PZr	-0,05	0,684	-0,09	0,521
	Ucieczka- Omijanie			
SOC	-0,25	0,079 t	-0,26	0,066 t
PS	-0,42	0,002**	-0,46	0,001***
PZ	-0,18	0,204	-0,16	0,262
PZr	-0,10	0,476	-0,14	0,324
	Planowe rozwiązanie problemu			
SOC	0,29	0,038*	0,24	0,087 t
PS	0,42	0,002**	0,45	0,001***
PZ	0,24	0,086 t	0,12	0,399
PZr	0,19	0,178	0,14	0,325
	Pozytywne przewartościowanie			
SOC	-0,12	0,383	-0,17	0,215
PS	-0,15	0,289	-0,08	0,529
PZ	-0,07	0,601	-0,07	0,597
PZr	-0,15	0,296	-0,18	0,193

Jak wynika z tabeli 8. w grupie kontrolnej stwierdzono istotną statystycznie, dodatnią korelację ogólnego poczucia koherencji i jego składowych ze stopniem preferencji strategii Konfrontacja. Wraz ze wzrostem SOC wzrasta stopień preferencji tej strategii ($p < 0,001$). Wraz ze wzrostem PS wzrasta preferowanie strategii Konfrontacja ($p < 0,001$). Wraz ze wzrostem PZ wzrasta stopień preferowania tej strategii ($p < 0,001$). W mniejszym nasileniu występuje zależność między PZr, a stopniem preferencji strategii Konfrontacja.

Istnieje ujemna korelacja pomiędzy poczuciem sensowności, a stopniem preferencji strategii Dystansowanie się ($p < 0,05$). Wraz ze wzrostem PS maleje stopień preferowania tej strategii, w radzeniu sobie ze stresem. Przy wzroście SOC oraz przy wzroście PZ nie możemy mówić o związku ze strategią Dystansowanie się. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy poczuciem zrozumiałości, a stopniem preferowania tej strategii.

Istnieje związek pomiędzy poczuciem sensowności, a stopniem preferencji strategii Samokontrola ($p < 0,01$). Wraz ze wzrostem poczucia sensowności maleje stopień preferencji strategii Samokontrola. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy poczuciem zaradności i poczuciem zrozumiałości, a stopniem preferencji strategii Samokontrola.

Istnieje ujemna korelacja pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji i jego składowymi, a stopniem preferencji strategii Poszukiwanie wsparcia społecznego. Wraz ze wzrostem poczucia koherencji, poczucia zaradności oraz poczucia zrozumiałości maleje stopień preferowania strategii Poszukiwanie wsparcia społecznego ($p < 0,01$).

Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji i jego składowymi, a stopniem preferencji strategii Przyjmowanie odpowiedzialności.

Istnieje związek pomiędzy poczuciem sensowności, a stopniem preferencji strategii Ucieczka-Omijanie. Wraz ze wzrostem poczucia sensowności maleje stopień preferowania tej strategii ($p < 0,01$). Nie stwierdzono korelacji pomiędzy poczuciem zaradności oraz poczuciem zrozumiałości, a stopniem preferowania strategii Ucieczka-Omijanie.

Istnieje korelacja pozytywna pomiędzy poczuciem sensowności, a stopniem preferencji strategii Planowe rozwiązanie problemu. Wraz ze wzrostem poczucia sensowności wzrasta stopień preferowania tej strategii radzenia sobie ze stresem w grupie kobiet zdrowych. Brak jest zaś korelacji pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji, a stopniem preferencji strategii Pozytywne przewartościowanie.

7. DYSKUSJA WYNIKÓW

Podsumowując pierwszą część badań, dotyczącą związków poczucia lokalizacji kontroli ze strategiami radzenia sobie ze stresem, należy stwierdzić, że otrzymano wyniki, które potwierdzają takie związki w przypadku strategii: Konfrontacja, Dystansowanie się, Przyjmowanie odpowiedzialności, Unikanie-Ucieczka. Stwierdzono także istotność różnic między grupami kobiet o poczuciu lokalizacji kontroli wewnętrznej i zewnętrznej w podejmowaniu niektórych strategii zaradczych, polegających na poszukiwaniu wsparcia społecznego. Natomiast hipotezy odnoszące się do różnic między badanymi grupami pacjentek w stosowanych metodach leczenia oraz do związków między stosowanym leczeniem a podejmowanymi strategiami zaradczymi, nie zostały do końca dowiedzione. Wymaga to dalszych badań empirycznych.

Doniesienia z badań empirycznych, dotyczących poczucia umiejscowienia kontroli wzmocnień Rottera, strategii radzenia sobie ze stresem Lazarusa i Folkmana oraz wzajemnej relacji tych konstruktów teoretycznych, nie zawsze są ze sobą spójne. Może to wynikać z błędów metodologicznych, niedostatecznej wartości psychometrycznej narzędzi używanych do pomiaru, bądź braku właściwego wnioskowania (Heszen-Niejodek, 2002). Większość badań, co zgodne jest z teorią opisującą poczucie lokalizacji kontroli oraz sposoby radzenia sobie z konfrontacją stresową, wskazuje na ich związek. Podobne wyniki uzyskano w niniejszej pracy. Co więcej, potwierdzono związek poczucia kontroli wewnętrznej z zadaniowymi sposobami radzenia sobie. Najczęściej poczucie umiejscowienia kontroli wewnętrznej wskazuje na stosowanie strategii skoncentrowanych zadaniowo, zaś postrzeganie lokalizacji kontroli jako zewnętrznej – na korzystanie przede wszystkim z sposobów skierowanych na emocje (Ogińska-Bulik, Izydorczyk, 2000; Trzebiatowska et al., 1997; Chojnacka-Szawłowska, 2001; Basińska, 2004; Terelak, 2008).

Nadawanie znaczenia stresowemu wydarzeniu, jakim jest tu diagnoza choroby nowotworowej gruczołu piersiowego, ma decydujący wpływ na podejmowane sposoby zmagania się ze stresem, co zgadza się z transakcyjną teorią stresu Lazarusa. Badania Kuczyńskiej i Dębek (2002) nie potwierdzają tej tezy, ukazując związek zadaniowego stylu zaradczego z nadaniem znaczenia transakcji jako bezpiecznej lub wyzwania, natomiast emocjonalnego stylu zaradczego z interpretowaniem sytuacji jako zagrażającej. Badania nasze wskazują na brak takiego związku. Kobiety

z rozpoznaniem raka piersi, mimo postrzegania swojej sytuacji jako zagrażającej, stosują sposoby radzenia sobie skoncentrowane zadaniowo. Używają także sposobów nastawionych na obniżenie nieprzyjemnych emocji. Różnicuje je zaś poczucie umiejscowienia kontroli tak, że badane o postrzeganiu lokalizacji kontroli zewnętrznej częściej stosują strategię skoncentrowaną na emocjach, jak dystansowanie się, natomiast o lokalizacji kontroli wewnętrznej – strategię skoncentrowaną na problemie, na przykład planowe rozwiązywanie problemu.

Zgodnie z teorią Rottera zakłada się, że skoro spostrzeżenie umiejscowienia kontroli na zewnątrz wiąże się z emocjonalnymi strategiami radzenia sobie, to osoby o poczuciu kontroli zewnętrznej częściej niż osoby postrzegające kontrolę jako wewnętrzną, będą poszukiwały wsparcia społecznego. Istnieją jednak badania wskazujące na brak takiej prawidłowości w świecie empirycznym (Wałęcka, Rostowska, 2002).

Badacze zakładają także (np. Heszen-Niejodek, 2002) stosowanie strategii skoncentrowanych na unikaniu w sytuacji, w której obiektywnie nie mają kontroli nad tym, co się dzieje. Natomiast w sytuacji, gdzie obiektywnie panują nad biegiem zdarzeń, dowodzą stosowania strategii konfrontacyjnych. W sytuacji choroby onkologicznej pacjent wobec powyższego powinien zmagać się ze stresem jedynie przy pomocy sposobów ucieczkowych, jak się jednak okazuje, nie ogranicza się tylko i wyłącznie do nich. Stosuje całe spektrum zachowań, czego dowodzą przeprowadzone w tej pracy analizy. Zastanawiano się także nad różnicami, ze względu na poczucie umiejscowienia kontroli, w sposobach leczenia, na jakie decydowały się pacjentki z rakiem piersi. Wyniki weryfikujące te dociekania wymagają jednak dalszych badań, podobnie jak pozostałe hipotezy stawiane w niniejszej pracy.

Co się tyczy związków poczucia koherencji z radzeniem sobie z chorobą nowotworową, to na uzyskany niski poziom poczucia koherencji u kobiet chorych może mieć wpływ kilka czynników. Choroba nowotworowa ma przebieg niejednorodny. W trakcie jej trwania występują okresy remisji (cofania się zmian, a tym samym poprawy stanu zdrowia), a także okresy pogorszenia stanu zdrowia. W przypadku raka piersi leczenie chemioterapią stosowane jest w sytuacji gdy metoda operacyjna nie przynosi zadowalających wyników (nie było możliwości doszczętnego usunięcia guza, lub gdy są już zajęte węzły chłonne pachowe). Taki stan jest dalszym zagrożeniem („przerzut” nowotworu na inne organy), a tym samym dodatkowym źródłem lęku egzystencjalnego. Ponadto leczenie wiąże się z bólem, złym samopoczuciem, zmianą obrazu siebie, okaleczeniem itp. Wpływać to musi na obniżenie poczucia koherencji prawdopodobnie poprzez obniżenie się poczucia sensu życia i niższy poziom zaradności (Rostowska, Wałęcka-Matyja, 2003).

Jeśli zaś chodzi o preferowane przez chore na nowotwór raka piersi strategię radzenia sobie ze stresem, to uzyskane wyniki wskazują na to, że pacjentki leczone chemioterapią istotnie częściej stosują strategię zorientowaną emocjonalnie i ucieczkowo, natomiast kobiety zdrowe – strategię zorientowaną na problemie. Jedyną strategią Przyjmowanie odpowiedzialności nie różnicuje obu grup, a więc kobiety zdrowe i chore w równym stopniu wykorzystują tę strategię w radzeniu sobie ze stresem. Prawdopodobnie kobiety chore częściej zmieniają swój stan wewnętrzny aby przystosować się do sytuacji. Wiadomo także, że to, czy zastosowana technika zaradcza jest, czy też nie jest skuteczna zależy może od rodzaju problemu, dynamiki wydarzeń, kontekstu społecznego oraz indywidualnych dyspozycji człowieka

(De Boer et al., 1999). Sposób radzenia sobie z sytuacją trudną, stresową kobiet z rakiem piersi jest więc bardziej elastyczny niż kobiet z grupy kontrolnej. Wymaga to jednak dalszych szczegółowych badań z uwzględnieniem porównania różnych rodzajów chorób, by wyodrębnić zachowania zaradcze niespecyficzne i specyficzne, dla danej choroby, modyfikatora i płci (Volanen et al., 2007). Zakładając, że kobiety chore będą bardziej preferowały strategie radzenia sobie ukierunkowane emocjonalnie i ucieczkowo, postawiono hipotezę, że wzrost poczucia sensowności prowadzi do wzrostu stopnia preferowania strategii emocjonalnych i ucieczkowych. Hipoteza ta okazała się niezbyt trafna. Analiza wyników wykazała, że wzrost poczucia sensowności powoduje obniżenie stopnia preferowania strategii Ucieczka-Omijanie, a wzrost preferowania strategii Pozytywne przewartościowanie. Na pozostałe strategie emocjonalne poczucie sensowności nie ma istotnego wpływu. Natomiast w sposób istotny wzrost poczucia sensowności powoduje przesunięcie w kierunku strategii Planowe rozwiązanie problemu. Na swoisty balans między strategiami zorientowanymi racjonalnie i emocjonalnie u chorych zwraca uwagę R. Lazarus (2006) w swojej książce pt. *Stress and emotion*, gdzie odwołuje się do doświadczeń psychologii klinicznej. W grupie zdrowych poczucie sensowności ma negatywny związek ze strategiami emocjonalnymi, a silny dodatni związek ze strategiami ukierunkowanymi na rozwiązanie problemu.

Drugi komponent SOC – poczucie zaradności, u kobiet chorych pozostaje w zależności wprost proporcjonalnej ze strategiami Planowe rozwiązanie problemu i Pozytywne przewartościowanie, a negatywny związek ze strategiami emocjonalnymi. Należy więc sądzić, iż osoby cechujące się wysokim poziomem poczucia zaradności będą wykazywać zmniejszoną tendencję do stosowania strategii emocjonalno-ucieczkowych i skłaniać się ku korzystaniu ze strategii ukierunkowanych na problem.

Trzecia – najbardziej poznawcza składowa ogólnego SOC, czyli poczucie zrozumiałości ujawnia istotny wpływ na obniżenie się stopnia preferowania strategii Przyjmowanie odpowiedzialności przez kobiety z nowotworem piersi. Zastanawiający jest natomiast brak istotnych pozytywnych zależności ze strategiami ukierunkowanymi na problem. Należy więc zastanowić się czy oznacza to, że osoby, które spostrzegają świat jako zrozumiały i uporządkowany nie odczuwają konieczności dodatkowego poznawczego opracowania wydarzeń krytycznych, czy też poczucie zrozumiałości nie wpływa w żaden sposób na uruchamianie aktywnych strategii radzenia sobie (Volanen et al., 2007). Problem ten, ważny z egzystencjalnego punktu widzenia, wymaga dalszych szczegółowych badań, uwzględniających system wartości człowieka, gdyż zarówno globalny poziom SOC, jak i jego składowe pozostają w zależności odwrotnie proporcjonalnej do strategii unikowych i skoncentrowanych na emocjach, bowiem jednostki, które nie traktują żadnej ze sfer egzystencji jako wartości motywacyjnej, będą skoncentrowane bardziej na usuwaniu negatywnych konsekwencji wydarzeń życiowych, niż podejmowaniu działań zmierzających do przezwyciężenia trudności z korzyścią dla siebie. Bez dookreślenia „korzyści” nie potrafimy na tym etapie badań jednoznacznie zinterpretować uzyskanych wyników (Terelak, 2008).

Podsumowując całość rozważań należy stwierdzić, że z literatury przedmiotu, a także z naszych badań wynika, iż wiedza na temat preferowanych strategii radzenia sobie ze stresem onkologicznym, a także na temat zmiennych modyfikujących sku-

teczność owych strategii zaradczych jest ważna dla opracowania programów wsparcia społecznego, obejmującego z jednej strony różne formy psychoterapii (Spiegel, 2007), a także różne propozycje psychoedukacyjne (Fawzy, Canada, Fawzy, 2007), mające na celu nie tylko redukcję negatywnych emocji, ale wzmocnienie ogólnego stanu zdrowia i samopoczucia chorego na raka w różnych fazach choroby.

8. WNIOSKI

1. Badania poruszają istotny problem nadawania znaczenia diagnozie choroby oraz następstw, jakie niesie treść sposobu spostrzegania rzeczywistości, nie tylko dla podejmowanych strategii zaradczych, ale także dla stanu zdrowia jednostki.

2. W sytuacji stresu kobiety chore na raka piersi częściej, niż kobiety zdrowe, stosują strategię radzenia sobie zorientowaną emocjonalnie i ucieczkowo.

3. Takie zmienne jak lokalizacja poczucia kontroli i poczucie koherencji mają modyfikujący wpływ na wybór strategii radzenia sobie ze stresem onkologicznym.

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa: Fundacja IPN.
- Basińska, B. (2004). Radzenie sobie ze stresem w warunkach różnego zagrożenia zdrowia. *Przegląd Psychologiczny*, 47(1), 109-119.
- Chojnacka-Szawłowska, G. (2001). Strategie radzenia sobie z zagrożeniem a stopniem zaawansowania choroby nowotworowej w okresie jej zdiagnozowania. *Psychoonkologia*, 8, 9-17
- Dalton, S.O., et al. (2002). Depression and cancer risk: A register-based study of patients hospitalized with affective disorders. Denmark, 1969-1993. *Am. J. Epidemiol.*, 155, 1088-1092.
- De Boer, M.F, et al. (1999). Psychosocial correlates of cancer relapse and survival: A literature review. *Patient Educ. Couns.*, 37, 215-223.
- Declerc, C., De Brabander, B., Boon, Ch., Gertis, P. (2002). Locus of control, marital status and predictors of early relapse in primary breast cancer patients. *Psychology of Health*, 17(1), 63-76.
- Dolińska-Zygmunt, G. (1996). Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych. W: G. Dolińska-Zygmunt (red), *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 177-193.
- Drwał, R.Ł. (1995). Teoria i techniki pomiaru poczucia kontroli wzmocnień. W: P. Brzozowski, P. Oleś (red.), *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: PWN, 197-279.
- Dwilewicz-Trojaczek, J. (2006). *Wyleczyć pacjenta, nie tylko chorobę*. http://www.geoland.pl/dodatki/zdrowie_vii/dwilewicz.html (Dostępne dn. 24.10.2006).
- Endler, N.S., Speer, R.L., Johnson, J.M., Flett, G.L. (2000). Controllability, Coping, Efficacy and Distress. *European Journal of Personality*, 14, 245-264.
- Fawzy, F.I., Canada, A.L., Fawzy, N.W. (2007). Cancer treatment. In: G. Fink (Ed.): *Encyclopedia of stress*. Second Edition, Vol. I. New York: Academic Press, 384-387.
- Folkman, S. (2001). Revised coping theory and process of bereavement. In: M.S. Stroebe et al. (Eds.), *Handbook of bereavement: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association Press, 563-584.

- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Golden-Kreutz, D.M., Thornton, L.M., Wells-Di Gregorio, S., et al. (2005). Traumatic stress, perceived global stress, and life events: Prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychology*, 24(3), 288-296.
- Grazioni, A. (2003). *Rak gruczołu piersiowego – jakość życia i problem seksu*. <http://www.womanlab.com/polish/menopause/info/aboutmen9.htm> (Dostępne dn. 05.05.2007).
- Greer, S., Watson, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer: Psychological considerations. *Soc. Sci. Med.*, 20, 773-778.
- Heszen-Niejodek, I. (2002). Emocje, ocena poznawcza i strategie w procesie radzenia sobie. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Teoretyczne i praktyczne problemy radzenia sobie ze stresem*. Poznań: Wyd. SPA, 174-197.
- Humańska, M.A., Nowicki, A. (2005). Postępowanie dodatkowe i alternatywne u kobiet chorych na raka piersi. *Współczesna Onkologia*, 9(6), 263-268.
- Johnson, J. (1996). Doping with radiation therapy: Optimism and the effect of preparatory interventions. *Res. Nurs Health*, 19, 3-9.
- Juczyński, Z. (1997). Psychologiczne wyznaczniki przystosowania do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia*, 1, 3-10.
- Juczyński, Z., Chrystowska-Jabłońska, B. (1999). Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia*, 5, 3-9.
- Karyłowski, J. (1998). *Skala I-E Rottera*. Niepublikowany maszynopis. Warszawa.
- Kelly, C., Ghazi, F., Caldwell, K. (2002). Psychological distress of cancer and clinical trial participation: A review of the literature. *European Journal of Cancer Care*, 11, 6-15.
- Koniarek, J., Dudek, B., Makowska, Z. (1993). Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) Antonovsky'ego. *Przegląd Psychologiczny*, 36 (4), 491-502.
- Kreisler, S., Peleg, D., Ehrenfeld, M. (2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16, 329-341.
- Kubacka-Jasiecka, D. (1999). Problematyka lęku i zmagania się z lękiem w chorobie nowotworowej. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Kubler-Ross, J. (1979). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Warszawa: PAX.
- Kuczyńska, A., Janda-Dębek, B. (2002). Subiektywna interpretacja sytuacji a style radzenia sobie ze stresem. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Konteksty stresu psychologicznego*. Katowice: Wyd. UŚ, 13-25.
- Lazarus, R.S. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 3-4, 2-39.
- Lazarus, R.S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Łosiak, W. (1999). Procesy zmagania się ze stresem choroby przez pacjentów. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych*. Kraków: Wyd. UJ, 183-196.

- Mackenzie, M.J., Carlton, L.E., Munoz, M., Specia, M. (2007). A qualitative study of self-perceived effects of Mindfulness-based Stress Reduction (MBNSR) in a psychosocial oncology setting. *Stress and Health*, 23, 59-69.
- Maush, K. (2002). Radzenie sobie ze stresem a stan zdrowia w kontekście badań psychoneuroimmunologicznych. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Konteksty stresu psychologicznego*. Katowice: Wyd.UŚ, 128-137.
- Mehnert, A., Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psycho-Oncology*, 16, 181-188.
- Michael, Y.L., Carlson, N.E., Chlebowski, R.T., Aickin, M., Weihs, K.L., Ockene, J.K., Bowen, D.J., Ritenbaugh, C. (2009). Influence of Stressors on Breast Cancer Incidence in the Women's Health Initiative. *Health Psychology*, 28(2), 137-146.
- Mohr, P. (2005). *Choroby nowotworowe*. Warszawa: AMW.
- Morris, T., Pettingale, K., Haybittle, J.L. (1992) Psychosocial response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphom. *Psycho-Oncology*, 1(2), 105-114.
- Nowicki, A., Nikiel, M. (2006). Operacje odtwórcze piersi, ocena satysfakcji pacjentek. *Współczesna Onkologia*, 10(2), 45-50.
- O'Donnell, M.L., Elliot, P., Wolfgang, B.J., Creamer, M. (2007). Posttraumatic appraisals in the development and persistence of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 173-182.
- Ogińska-Bulik, N., Izydorczyk, K. (2000). Style radzenia sobie ze stresem a poczucie własnej wartości i umiejscowienie kontroli zdrowia u dzieci chorych na białaczkę. *Psychoonkologia*, 7, 29-37.
- Oksbjerg, S., Johannes, C. (2005). Stress and cancer: The critical research. In: C.L. Cooper (Ed.), *Handbook of stress medicine and health*. Second edition. London: CRC Press, 45-57.
- Osmańska-Gogol, M. (2003). Diagnostyka i leczenie najczęściej występujących chorób nowotworowych. *Psychoonkologia*, 7(3), 75-99.
- Pales, O., Butler, L., Koopman, C., et al. (2007). Stress history and breast cancer recurrence. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(3), 233-239.
- Pawłęga, N. (1999). Medyczny obraz choroby nowotworowej. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kraków: Wydawnictwo UJ, 49-67.
- Ross, L., Boesen, E., Johansen, C. (2005). Stress and cancer: The practice. Cooper (Ed.), *Handbook of stress medicine and health*. Second edition. London: CRC Press, 59-70.
- Rostowska, T., Wałęcka-Matyja, K. (2003). Obraz siebie i poziom samooceny kobiet po amputacji piersi oraz kobiet ze schorzeniami skóry – analiza porównawcza. *Psychoonkologia*, 7 (1), 7-13.
- Rotter, J.B. (1990). Poczucie wewnętrznej versus zewnętrznej kontroli wzmocnień. *Nowiny Psychologiczne*, 5/6, s. 59-70.
- Schwartz, M.D., Taylor, K.L., Willard, K.S. (2003). Prospective association between distress and mammography utilization among women with a family history of breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(2), 105-108.
- Spiegel, D. (2007). Cancer. In: G. Fink (Ed.): *Encyclopedia of stress*. Second Edition, Vol. I. New York: Academic Press, 378-384.

- Steward, D.E., et. al. (2001). Attributions of causa and recurrence in long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 10, 179-185.
- Stolarska, M.(2002). *Problemy związane z badaniem jakości życia pacjentów onkologicznych*. www.psychologia.edu.pl (Dostępne XII 2002).
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R., Wood, J.V. (1984). Attributions, Beliefs About Control, and Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 489-502.
- Trzebiatowska, I., Ermich, J., De Walden-Gałużsko, K., Majkowicz, M., Zwaliński, M. (1997). *Psychoonkologia*, 1. Gdańsk: Organ Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego, 14-21.
- Turner, N.J., Muers, M.F., Haward, R.A., Mulley, G.P. (2007). Psychological distress and concerns of elderly patients treated with palliative radiotherapy for lung cancer. *Psycho-Oncology*, 16(8), 707-713.
- Terelak, J.F. (2009). *Człowiek i stres: Koncepcje – źródła – reakcje – radzenie sobie – modyfikatory*. Bydgoszcz: Oficyna Wyd. „Branta”.
- Volanen, S.M., Suominen, S., Lahelma, E., et al. (2007). Negative life events and stability of sense of coherence: A five-year follow-up study of Finnish women and men. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(5), 433-441.
- Wałęcka, K., Rostowska, T. (2002). Samoocena i style radzenia sobie ze stresem u kobiet po operacji raka piersi. *Psychoonkologia*, 6(2), 37-45.
- Wirga, M. (2007). *Teoria, biologia i terapia w psychoneuroimmunologii*. <http://www.simonton.pl/pni/pni1.html>.
- Wirga, M., Nawara, I., Malec, A., Wirga, A., Działa, A. (2002). Poznawcze i emocjonalne aspekty choroby nowotworowej – model terapeutycznej interwencji w kryzysie emocjonalnym, duchowym i egzystencjalnym. *Psychoonkologia*, 6(3), 53-63.
- Wrona-Polańska, H. (1999). Psychologiczne aspekty informowania pacjentów w chorobie. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych*. Kraków: Wyd. UJ, 79-100.
- Wrześniewski, K. (2000). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wyd. UŚ, 44-64.
- Zdankiewicz-Ścigała, E. (2004). Jednostka w obliczu traumy. Analiza wybranych mechanizmów radzenia sobie z doświadczeniem traumatycznym. *Kolokwia Psychologiczne*, 12, 191-217.