

Radzenie sobie z konfrontacją stresową a kontinuum zdrowie – choroba nowotworowa

Basińska Beata

Zakład Ergonomii WZiE, Politechnika Gdańska

Psychoonkologia, Volume 8, Issue 1, 2001, pp. 25-33

Streszczenie: Celem pracy była identyfikacja rodzajów strategii radzenia sobie w konfrontacji stresowej dotyczącej stanu zdrowia. Wybrano trzy grupy kryterialne: kobiety zdrowe, zagrożone nowotworem piersi i chore na raka narządów rodnych. Zastosowano SSRS Urant i Czapińskiego, CAS Davey, SOC-29 Antonovsky'ego i dwie skale oceny kondycji zdrowia. Stwierdzono, że w sytuacji deficytu zdrowia preferowane są strategie emocjonalne, natomiast chore na nowotwór preferowały dewaluację zagrożenia, a pozostałe badane grupy pozytywne przewartościowania. W stanach jednoznacznych dotyczących zdrowia poczucie koherencji było wyższe niż w stanie niepewności.

Wprowadzenie

Poczucie stresu psychologicznego powodowanego chorobą nowotworową wynika nie tylko z obiektywnych cech sytuacji lecz również z subiektywnego ich przeżywania oraz własnych zasobów i predyspozycji. Wskaźnikiem stresu jest narastający lęk, depresja i neurotyzm (1,19,20). Zwiększenie dolegliwości somatycznych i psychicznych wpływa na gorszą oceną stanu zdrowia, słabsze poczucie dobrostanu i gorszą jakość życia (5,12,13,21,25). W chorobie słabnie poczucie koherencji, a zwłaszcza czynnik zrozumiałości (2,3). Poczucie sensowności odzwierciedla motywację do odzyskiwania równowagi i pozytywnej adaptacji w chorobie. Postawę wobec choroby kształtuje ocena - czym jest dana sytuacja i jakie zasoby zaradcze są dostępne do sprostania jej wymaganiom. Choroba nowotworowa najczęściej jest zagrożeniem o stosunkowo małej możliwości wpływu i kontroli, co powoduje uruchamianie przede wszystkim strategii emocjonalnych przed instrumentalnymi (4,16,17,23). Osłabieniu wielkości zagrożenia sprzyjają strategie radzenia sobie poprzez dewaluację zagrożenia i unikanie. Pozytywne iluzje i nierealistyczny optymizm są wszechobecne. Mają wpływ na dobre przystosowanie w chorobie. Sprzyjające są również postawy walki, ekspresji emocjonalnej oraz małego zaabsorbowania lękowego. Natomiast fatalizm i

* Badania finansowane z BW nr 013527 WZiE PG.

unikanie nie skutkuje gorszą adaptacją (6,14,23,30).

Celem pracy była identyfikacja rodzajów strategii radzenia sobie oraz stopnia poczucia koherencji w sytuacji choroby nowotworowej, antycypacji zagrożenia chorobą w sytuacji diagnozy onkologicznej oraz w stanie zdrowia. Ponadto dążono do określenia, które ze sposobów zaradczych są motywujące do zdrowienia oraz pozytywnej adaptacji w chorobie nowotworowej.

Grupy badane i metody

Do badań wytypowano trzy grupy kryterialne. Grupę kliniczną stanowiło 118 kobiet z rozpoznaniem nowotworu szyjki lub trzonu macicy w trakcie leczenia w Klinice Onkologii i Radioterapii AMG (*kier. prof. dr hab. med. J. Jassem*). Chore poddały radioterapii samodzielnej lub uzupełniającej po zabiegu chirurgicznym. Były one w sytuacji stresu przewlekłego o cechach zagrożenia życia. Antycypacja zagrożenia zdrowia (II grupa badana) odzwierciedlona była przez sytuację ważnego zdarzenia życiowego, jakim jest pierwsza wizyta u onkologa z powodu nietypowych zmian somatycznych (zgrubienie, guzek w piersi). Grupa 41 ankietowanych kobiet czujących się zagrożonymi przez raka gruczołu piersiowego rozpoczęło proces diagnostyczny w Wojewódzkiej Poradni Onkologicznej w Gdańsku (*kier. dr med. E. Solska*), w wyniku którego nie stwierdzono u nich choroby nowotworowej. Radzenie sobie w sytuacji stresu codziennych zdarzeń opisywało 79 kobiet zdrowych. Podstawą zakwalifikowania do tej grupy był szczegółowy wywiad w kierunku wykluczenia w przeszłości choroby nowotworowej, brak poważnej choroby somatycznej, stan psychiczny bez cech psychopatologii.

Grupy kryterialne charakteryzowały się zatem zróżnicowanym stanem zdrowia (zdrowe, zagrożone chorobą, chore) oraz odmienną sytuacją i percepcją stresu (kłopoty codzienne, stres ważnego zdarzenia życiowego, stres przewlekły wynikający z zagrożenia życia).

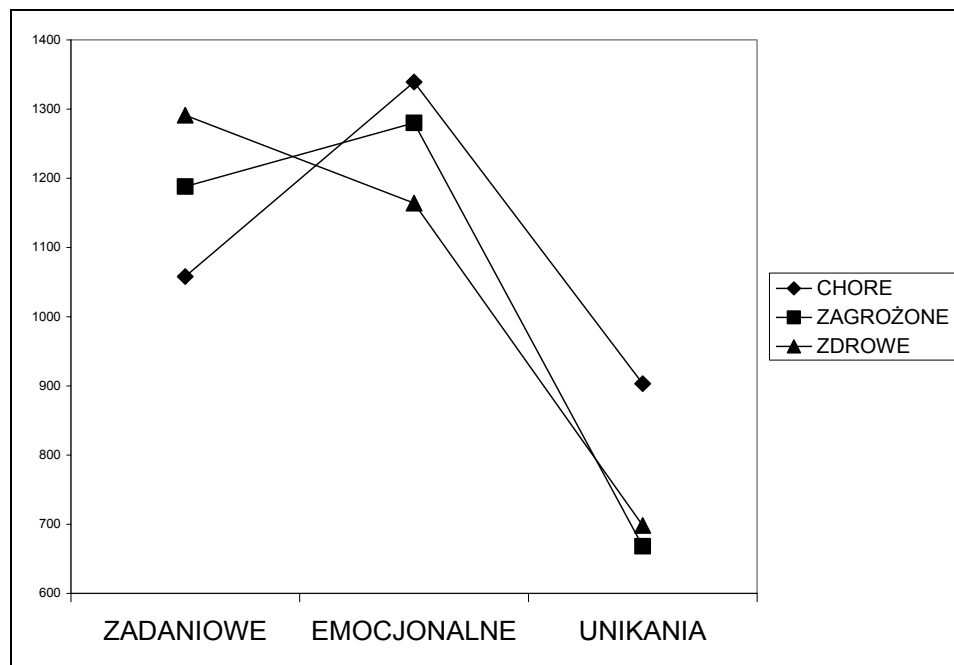
W badaniach przyjęto poznawcze podejście w radzeniu sobie ze stresem Lazarusa (22). W związku z tym zastosowano „Skalę Strategii Radzenia Sobie” Urant i Czapińskiego mierzącą strategię zadaniową, emocjonalną i ucieczkową oraz „Strategie Poznawczej Oceny Stresu” Davey w tłumaczeniu G. Chojnackiej - Szawłowskiej, opisujące podejmowanie strategii zmniejszających wagę stresu czyli zaprzeczania, dewaluacji zagrożenia, pozytywnego przewartościowania oraz powstrzymywania się od działania (9,10). Ponadto w celu porównania obiektywnej i subiektywnej pozycji na kontinuum pełne zdrowie - totalna choroba, aplikowano model zdrowia Antonovsky'ego, wykorzystując kwestionariusz globalnej orientacji życiowej SOC-29 (3,18). Uzupełniającym pomiarem był subiektywny stopień poczucia choroby identyfikowany za pomocą skali wizualno-analogowej jednobiegunowej (w ogóle nie czuję się chora, versus czuję się zdecydowanie bardzo poważnie chora). Skalę stanowił odcinek o długości 100 milimetrów.

Wyniki

Kobiety chore na nowotwory narządów rodnych preferowały strategię emocjonalną, w mniejszym stopniu podejmując radzenie sobie skierowane na problem lub poprzez unikanie. Ich profil radzenia sobie ma kształt odwróconej litery „V”. Zdrowe

najczęściej stosowały strategie zadaniowe, w drugiej kolejności emocjonalne, przy niewielkim udziale ucieczkowych. Ich profil zaradczy (strategie zadaniowe - emocjonalne - unikania) odzwierciedla linia prosta opadająca. Badane będące w sytuacji zagrożenia chorobą nowotworową cechowała równowaga w stosowaniu podejścia skoncentrowanego na zadaniu i emocjach, czasami uzupełnianego unikaniem (Rycina 1).

Rycina 1. Profile strategii zaradczych w modelu Lazarusa



Schemat radzenia sobie ze stresem przewlekłym w chorobie a stresem dnia codziennego był umiarkowanie podobny ($r=0,64$). Natomiast radzenie sobie z antycypacją zagrożenia zawiera w sobie atrybuty sytuacji choroby nowotworowej ($r=0,82$) oraz zdrowia ($r=0,84$). Świadczy to o zmienianiu *się* profilu radzenia pomiędzy stresem codziennych wydarzeń, ważnym zdarzeniem a zagrożeniem oraz przy zmianie pozycji na kontinuum zdrowie - choroba.

Jednoczynnikowa analiza wariancji wykazała, że wśród badanych grup istnieją znamienne statystycznie różnice pomiędzy częstością podejmowania strategii instrumentalnych ($F(2,231)=6,19$; $p=0,02$), emocjonalnych ($F(2,231)=5,12$; $p=0,07$) oraz ucieczkowych ($F(2,231)=11,88$; $p=0,0001$). Chore i zagrożone chorobą częściej niż zdrowe podejmowały radzenie skierowane na emocje, ponadto chore częściej podejmowały strategie unikania, a rzadziej zadaniowe niż pozostałe badane. Wyniki średnie i odchylenia standardowe strategii zaradczych wśród badanych grup przedstawiono w Tabeli 1.

Profil strategii zmieniających znaczenie stresora lub redukujących jego wagę był podobny dla wszystkich grup kryterialnych ($r=0,98$). Warto podkreślić, że kobiety zagrożone rakiem i zdrowe preferowały pozytywne przewartościowanie, natomiast chore devaluację zagrożenia (Rycina 2).

Analiza poszczególnych rodzajów strategii wykazała, że chore na nowotwór częściej zaprzeczały i pomniejszały wagę zdarzenia niż zdrowe i zagrożone chorobą (odpowiednio $F(2,226)=4,43$; $p=0,01$ oraz $F(2,226)=8,08$; $p=0,004$). Szczegółowe wyniki zamieszczono w Tabeli 2.

Tabela 1. Sposoby radzenia sobie z zagrożeniem w ujęciu Lazarusa w grupach kryterialnych

RODZAJE STRATEGII (SSRS)	CHORE X (SD)	ZDROWE x (SD)	ZAGROŻONE X (SD)
ZADANIOWA	6,37 (2,43)	7,67 (2,40)	7,10 (3,01)
EMOCJONALNA	10,64 (3,13)	9,23 (2,57)	10,15 (2,38)
UCIECZKOWA	4,61 (1,35)	3,63 (1,78)	3,48 (1,62)

Rycina 2. Profile radzenia sobie w ujęciu Davey w badanych grupach

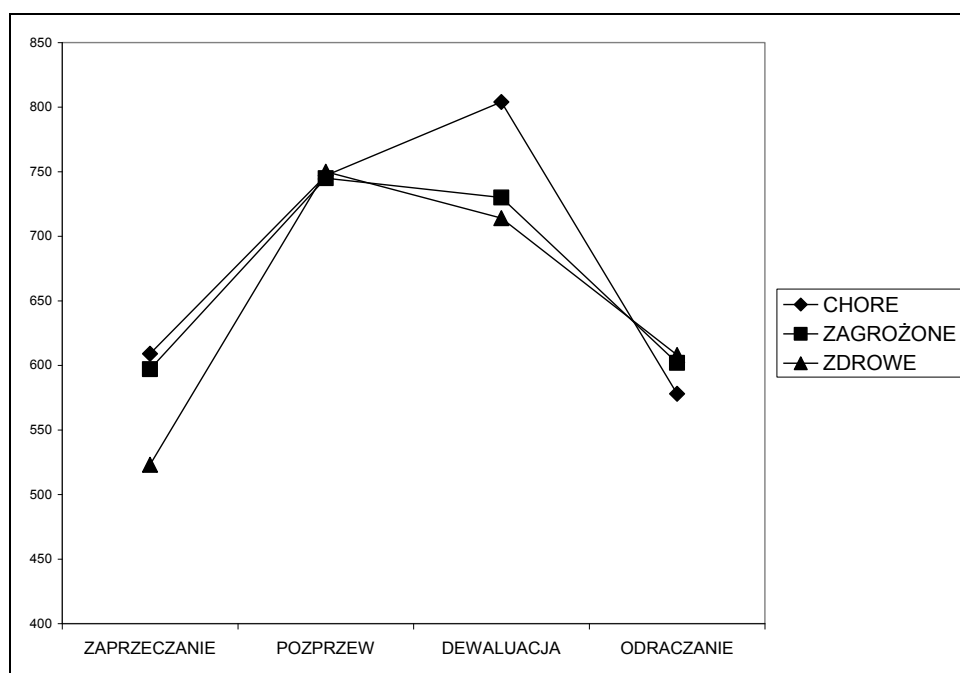


Tabela 2. Sposoby radzenia sobie z zagrożeniem w ujęciu Davey w grupach kryterialnych

RODZAJE STRATEGII (CAS DAVEY)	CHORE x (SD)	ZDROWE x (SD)	ZAGROŻONE x (SD)
ZAPRZECZANIE	9,20 (3,00)	7,96 (2,70)	9,10 (3,02)
DEWALUACJA ZAGROŻENIA	29,03 (5,21)	26,15 (6,06)	26,65 (5,23)
POZYTYWNE PRZEWARTOŚCIOWANIE	19,17 (5,01)	19,12 (3,76)	19,05 (4,01)
ODRACZANIE DZIAŁANIA	8,76 (2,72)	8,98 (2,48)	8,98 (2,72)

Analizując zależności pomiędzy poszczególnymi rodzajami strategii stwierdzono istnienie charakterystycznych korelacji wewnątrz badanych grup. Wśród leczonych z powodu nowotworów narządów rodnych strategię (według podejścia Lazarusa) wiązały się między sobą: zadaniowe umiarkowanie z emocjonalnymi ($r=0,64$; $p<0,001$) oraz nisko z ucieczkowymi ($r=0,37$; $p=0,001$), natomiast skierowane na emocje i unikanie wyraźnie ($r=0,45$; $p<0,001$). Podobne, ale znacznie mniejsze zależności wykazano wśród zagrożonych chorobą nowotworową. Kobiety zdrowe używały tych sposobów radzenia sobie niezależnie. Jest to zgodne z modelem Lazarusa, w którym wyróżniono niezależne strategie instrumentalne i emocjonalne. Radzenie sobie poprzez unikanie jest częścią strategii emocjonalnych. W niniejszym badaniu wśród zdrowych stwierdzono korelacje strategii emocjonalnych i unikania ($r=0,37$; $p<0,05$), niezależność zadaniowych i ukierunkowanych wewnętrznie oraz ujemny związek strategii zadaniowych i unikania ($r^{\wedge}0,24$; $p<0,01$). Charakterystyczne wyłącznie dla kobiet chorych były istotne statystycznie zależności pomiędzy pozytywnym przewartościowaniem a dewaluacją zagrożenia ($r=0,44$) oraz brakiem związku z zaprzeczaniem. Natomiast dla zdrowych dewaluacja zagrożenia, strategie emocjonalne, ucieczkowe, odraczania działania i zaprzeczania (korelacje odpowiednio $r=0,32$; $r=0,41$; $r=0,54$; $r=0,45$) są podobne i skierowane na radzenie sobie z własnym stanem wewnętrznym. Wśród antycypujących chorobę zależności pomiędzy poszczególnymi rodzajami radzenia były znacznie mniej wyraźne i dla strategii w ujęciu Lazarusa bardziej zbliżały się do uzyskanych w grupie chorych, natomiast dla redukcji wagi stresora oscylowały w kierunku zależności cechujących zdrowe.

Badając stopień poczucia koherencji nie odnotowano różnic pomiędzy kobietami zdrowymi i chorymi. Natomiast kobiety zagrożone chorobą cechowało niższe jego natężenie, zarówno w czynniku ogólnym, jak i poszczególnych składnikach ($p<0,001$), ilustruje to Tabela 3. Podobne poczucie koherencji odnotowano również wśród kobiet leczonych samodzielnie lub uzupełniającą radioterapią oraz w podgrupach wyodrębnionych ze względu na odmienny stopień zaawansowania choroby. Zdrowe i chore cechował zbliżony rozkład wyników dla bardzo niskiego i wysokiego poczucia koherencji ($\chi^2=2,67$; $p=0,1$). Kobiety w sytuacji zagrożenia chorobą w znaczącej grupie cechowało zaniżone poczucie koherencji (chore: zagrożone $\chi^2=14,6$; $p=0,0001$). Tabela 3. Poczucie koherencji w badanych grupach

SOC-29	CHORE	ZDROWE	ZAGROŻONE
	X (SD)	X (SD)	X (SD)
POCZUCIE KOHERENCJI	141,4	145,22	123,02
	(20,73)	(17,5)	(18,36)
POCZUCIE ZROZUMIAŁOŚCI	46,7	48,51	40,05
	(9,06)	(8,36)	(8,83)
POCZUCIE STEROWALNOŚCI	50,4	51,77	43,22
	(8,66)	(9,18)	(10,54)
POCZUCIE SENSOWNOŚCI	43,6	42,44	37,98
	(6,71)	(9,95)	(8,03)

W grupie chorych i zdrowych wzrost subiektywnego poczucia choroby wyraźnie korelował ze słabnącym poczuciem koherencji (odpowiednio $r=-0,38$; $p<0,01$ i $r=-0,36$; $p<0,01$). Zależność ta wiązała się ze spadkiem poczucia zaradności (chore $r=-0,34$; $p<0,01$, zdrowe $r=-0,46$; $p<0,01$) oraz zrozumiałości (chore $r=-0,32$; $p<0,01$). W grupie zagrożonych chorobą nowotworową subiektywne doznania symptomów braku zdrowia nie miały związku z globalnym poczuciem koherencji. Wiedza i świadomość faktu bycia chorym nie była związana z poziomem koherencji. Ponadto nie stwierdzono zależności pomiędzy świadomością choroby i poczuciem choroby a podejmowanymi strategiami radzenia sobie z kłopotami życia codziennego oraz pomiędzy antycypacją i wystąpieniem zagrożenia życia z powodu choroby nowotworowej.

Dyskusja

Zmiana stanu zdrowia wśród badanych okazała się powiązana ze zmianami profilu radzenia sobie ze stresem. Kobiety zdrowe preferowały strategie zadaniowe, chore i zagrożone chorobą emocjonalne (4,26,31). Sytuacja antycypacji choroby lub jej aktualne doświadczanie cechowało się natężeniem emocji negatywnych, zwłaszcza lęku (1,5,21,25). Uczucia te wymagają poradzenia sobie z nimi poprzez osłabienie ich siły bądź taką reinterpretację sytuacji, by jej dalszy przebieg wskazywał na możliwość skutecznego rozwiązania problemu lub jego akceptacji. Skutkować to może pojawieniem się uczuć pozytywnych i neutralnych. Dopiero po poradzeniu sobie z własnym wewnętrznym stanem możliwe jest stosowanie zadaniowego podejścia do problemu.

Wśród zagrożonych chorobą nie obserwowano częstszego stosowania strategii unikania niż u zdrowych (26). Jest to korzystne z punktu widzenia zachowań prozdrowotnych oraz ograniczania zwlekania w podjęciu działań medycznych. W tym znaczeniu strategii ucieczkowe pomniejszałyby adekwatną ocenę sytuacji, nazywanie spostrzeganych objawów chorobowymi.

W sytuacji choroby nowotworowej zaprzeczanie i pomniejszanie wagi problemu było częściej używane. Wydaje się to zasadne w procesie poznawczego strukturyzowania sytuacji. Stres choroby nowotworowej (antycypacji bólu, cierpienia i zagrożenia życia) jest pomniejszany poprzez negowanie poszczególnych elementów sytuacji oraz zmianę ich znaczenia. Widoczne jest to zwłaszcza pod postacią dysonansu pomiędzy subiektywnym, małym poczuciem choroby, a jej klinicznym znaczeniem.

Znacząca liczba istotnych związków pomiędzy poszczególnymi rodzajami strategii wśród chorych, których nie odnotowano w pozostałych grupach kryterialnych, mówi o podejmowaniu prób radzenia sobie wszelkimi dostępnymi sposobami. Z tego powodu jedne strategie powodują uruchamianie innych. Zjawisko to należy interpretować w dwóch aspektach. Po pierwsze nowość, surowość i złożoność sytuacji choroby nowotworowej jest tak znaczna, że podejmowanie strategii odbywa się na wzór metody „prób i błędów”. Z drugiej strony, jest ona wieloaspektowa, narusza koncepcję własnej osoby, pełnionych ról, relacji interpersonalnych oraz wymaga licznych różnie ukierunkowanych sposobów radzenia. Elastyczność i mnogość podejmowanych strategii sprzyja dobremu przystosowaniu (17). Wśród zdrowych strategie zadaniowe, emocjonalne i unikania stosowane były do konkretnych sytuacji stresujących dnia codziennego. Ten typ stresu nie powoduje jak widać dużego napięcia emocjonalnego, co daje możliwość instrumentalnego radzenia sobie z nim. Również wśród zdro-

wych odnotowano zbliżone rozumienie strategii pomniejszania znaczenia stresora i sposobów emocjonalnych, unikania, zaprzeczania i powstrzymywania się od działania. Dla chorych na raka dewaluacja zagrożenia to zupełnie coś innego niż powstrzymywanie aktywności czy zaprzeczanie istniejącemu stanowi rzeczy.

Pomniejszanie wagi stresora sprzyja porządkowaniu i wyjaśnianiu faktów (poznawcze opracowanie problemu) oraz dostrzeżeniu zasobów własnych i dostępnych sobie, aby aktywnie wpływać na problem (walka versus rezygnacja) (5,7,23).

Ważnym dla percepcji sytuacji stresowej okazuje się być subiektywne poczucie choroby (5,13,21,25). Wśród zdrowych gorsze samopoczucie wiązało się z obniżeniem poczucia zaradności, natomiast u chorych również zrozumiałości (4,17,21,29). Może to być dowodem, że chore na raka rzeczywiście nie widziały możliwości instrumentalnego poradzenia sobie z problemem, ponieważ poznawczo nie potrafiły zrozumieć zaistniałej sytuacji ani nie spostrzegły mocnych zasobów własnych. Poczucie sensowności jawi się jako czynnik najmniej zależny od subiektywnej oceny stanu zdrowia, nawet w sytuacji choroby nowotworowej.

Wśród zagrożonych chorobą nie odnotowano zależności pomiędzy poczuciem choroby a stopniem koherencji, ale należy nadmienić, iż pozostawało ono na najniższym poziomie w stosunku do pozostałych badanych. Podobne wyniki otrzymano w badaniach chorych w fazie diagnostycznej i przed zabiegami chirurgicznymi stosowanymi jako pierwsza metoda leczenia (4,12,29). Poczucie koherencji traktowane jest jako zasób kształtujący zdrowie, jest „behawioralną immunologią” (3). Wskazując na związki pomiędzy funkcjonowaniem systemu odpornościowego, nerwowego i stanem psychologicznym należy rozważyć czy słabe poczucie koherencji jest jedną z przyczyn progresji procesu nowotworowego (28). Obniżone poczucie koherencji nie byłoby zatem skutkiem traumy zagrożenia zdrowia i życia, ale przyczyną starty zasobów zdrowotnych i uznane jest za przyczynę patologii (3). Niniejsze badanie skłania ku stwierdzeniu, że poziom poczucia koherencji bardziej jest pochodną komplikacji występujących w sytuacjach związanych z deficytem zdrowia oraz wagi sprzężenia zwrotnego w dynamice stresu (por. 15,27). Globalna orientacja jednostek, równie mocna u zdrowych, jak i u chorych, tłumaczy istotę adaptacji do stresu przewlekłego związanego ze zmianą stanu zdrowia. Wśród zdrowych i chorych obserwowano porównywalną proporcję pomiędzy osobami o zaniżonym i podwyższonym poczuciu koherencji, przy największym udziale badanych o jego średnim natężeniu.

Podsumowując, proces diagnozy choroby nowotworowej jest doświadczeniem traumatycznym, mogącym spowodować wystąpienie zespołu stresu pourazowego lub w mniejszym nasileniu zespołu stresu ostrego, nawet jeśli choroba została wykluczona. W radzeniu sobie ze skutkami takiego stresu sprzyjają osobiste zasoby odpornościowe i generowane strategie zaradcze. Równorzędnymi celami radzenia sobie podczas diagnozy jest regulowanie negatywnych i silnych emocji (poprzez wyjaśnianie) oraz dążenie do odzyskania stanu zdrowia (strategie zadaniowe i pozytywnego prze-wartościowania). Stres diagnozy może warunkować ocenę zdarzenia jako straty dotychczasowej integralności fizycznej. W chorobie nowotworowej celem ważnym, ale drugoplanowym jest odzyskanie zdrowia w rozumieniu poprawy kondycji zdrowotnej. Na pierwszym miejscu jest utrzymywanie równowagi emocjonalnej, poprzez poznawcze ustrukturyzowanie. W związku z tym model psychoterapii powinien za-

wierać wielorakie działania mające na celu wzmocnienie umysłowego, emocjonalnego i duchowego dobrego samopoczucia z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb, przekonań, celów, sytuacji, zasobów własnych i psychofizjologicznych reakcji pacjenta (11,24).

Wnioski

1. W stanach deficytu zdrowia preferowane są strategie emocjonalne, a w zdrowiu instrumentalne.
2. Dominującymi strategiami w zmaganiu się z chorobą nowotworową są strategie dewaluacji zagrożenia zmierzające do poznawczego uporządkowania problemu, natomiast kobiety zdrowe i zagrożone chorobą chętniej podejmują pozytywne przewartościowanie.
3. Poczucie koherencji obniża się w stanach niepewności w porównaniu do sytuacji jednoznacznych dotyczących stanu zdrowia.

Piśmiennictwo

- Angelopoulos N. V., Tzivaridou D., Nikolaou N., Pavlidis A. N. (1995). Mental symptoms, hostility features and stressful life events in people with cancer. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 1, 44-50.
- Antonovsky A. (1997). Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia, [w:] I. Heszen - Niejodek, H. Sęk (red.). *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa.
- Antonovsky A. (1995). Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPN, Warszawa.
- Bidzan M., Smutek J., Zielonka A., Mielnik J., Jurczak - Czapicka M. (1999). Strategie radzenia sobie ze stresem u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu narządów rodnych. *Psychoonkologia*, 3, 41-48.
- Chen D. D., David A., Thompson K., Smith C., Lea S., Fahy T. (1996). Coping strategies and psychiatric morbidity in women attending breast assessment clinics. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 3, 265-270.
- Chojnacka - Szawłowska G. (1998). *Rozpoznawanie choroby nowotworowej. Uwarunkowania psychologiczne*. PZWL, Warszawa.
- Classen C., Koopman C., Angell K., Spiegel D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15, 6, 434-37.
- Cull A., Cowie V. J., Farquharson D. L., Livingstone J. R., Smart G. E., Elton R. A. (1993). Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment. *British Journal of Cancer*, 68, 1216-1220.
- Czapiński J. (1992). *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- Davey G. C. L. (1993). A comparison of three cognitive appraisal strategies: the role of threat devaluation in problem-focussed coping. *Personality and Individual Differences*, 14, 4, 535-546.
- Fehring R. J., Miller J. F., Shaw C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*, May, 24, 4, 663-71.
- Forsberg C., Bjorvell H. (1997). Living with cancer: perceptions of well-being. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, 2, 109-15.
- Forsberg C., Bjorvell H., Cedermark B. (1996). Well-being and its relation to coping ability in patients with colorectal and gastric cancer before and after surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, 1, 35-44.

- Jarosław M. (1983). *Psychologia lekarska*. PZWL, Warszawa.
- Jelonkiewicz L. (1996). Przegląd badań nad korelatami i regulacyjnymi funkcjami poczucia koherencji (przegląd literatury). *Alkoholizm i Narkomania*, 1, 22, 19-26.
- Jokiel M. (1994). Uświadomienie społeczeństwa polskiego o nowotworach w latach 1976, 1986 i 1990 oraz wpływające na nie czynniki. *Medycyna 2000*, 45/46, 5, 37-39.
- Klang B., Bjorvell H., Cronqvist A. (1996). Patients with chronic renal failure and their ability to cope. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, 2, 89-95.
- Koniarek J., Dudek B., Makowska Z. (1993). Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego. *Przegląd Psychologiczny*, 34, 4, 491-502.
- Kopczyńska - Tyszko A. (1984). Reakcje emocjonalne osób z chorobą nowotworową w porównaniu z reakcjami innych chorych somatycznie. [w:] *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego DCXXV, Prace Psychologiczne*, 1, 163-184.
- Kubacka - Jasińska D. (1984). Obraz samego siebie w chorobie nowotworowej i innych schorzeniach somatycznych, [w:] *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego DCXXV, Prace Psychologiczne*, 1, 111-136.
- Langinus A., Lind M. G. (1995). Well-being and coping in oral and pharyngeal cancer patients. *European Journal of Cancer Part B, Oral Oncology*, 31 B, 4, 242-9.
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing Co, New York.
- Łosiak W. (1992). Procesy radzenia sobie, ocena sytuacji i zaangażowanie wartości. *Przegląd Psychologiczny*, 35, 4, 485-95.
- Miltz H. (1997). „Zdrowy chory człowiek” Cynizm społeczny czy nowe perspektywy? [w:] A. Kapłun (red.). *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych. Odkrywanie nowej jakości zdrowia*. Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy, Łódź, 16-22.
- Morasso G., Costantini M., Baracco G., Borreani C., Capelli M. (1996). Assessing psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire. *Oncology*, 53, 4, 295-302.
- Piwowska - Pościk L. (1997). Sposoby radzenia sobie ze stresem stosowane przez Polaków. *Humanizacja Pracy*, 6, 180, 45-52.
- Schnyder U., Buch S., Mörgele H., Sensky T., Klanghofer F. (1999). Sense of coherence - a mediator between disability and handicap? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 2, 102-110.
- Sheridan Ch. L., Radmacher S. A. (1998). *Psychologia zdrowia*. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.
- Szymczak J., Tartas M. (1999). Poczucie koherencji w chorobie nowotworowej i schizofrenii. *Psychoonkologia*, 3, 49-54.
- Taylor S. E., Armor D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64, 4, 873-898.
- Trzebiatowska I., Majkiewicz M., Zwaliński M., de Walden - Gałuszko K. (1997). Strategie przystosowania do choroby nowotworowej (doniesienie wstępne). *Psychoonkologia*, 1, 19-22.

Coping with stress in different health's state

Summary: The aim of study was to assess the kind of coping with stress in the situation of gynaecological cancer, threat of breast cancer and in health. The research included 238 women with different health's state. The methods measured ways of coping, sense of coherence and evaluation of health. The results indicated that the women threatened of cancer and ill women preferred emotional strategies. The cancer patients used often devaluation of threat, but healthy and threat of cancer used more often positive reappraisal. The sense of coherence was similar and highest on the certain situation than on the uncertain one.

Adres do korespondencji:

Beata Basińska
Zakład Ergonomii WZiE Politechnika Gdańska
ul. Narutowicza 11/12, 80-952 Gdańsk e-mail:
Beata.Basinska@sunrise.pg.gda.pl