

SPRĘŻYSTOŚĆ PSYCHICZNA A DOBROSTAN W CHOROBIE PRZEWLEKŁEJ – MEDIUJĄCA ROLA PODMIOTOWEGO UMOCNIENIA I RADZENIA SOBIE

Helena Sęk^{1,2}, Łukasz D. Kaczmarek², Michał Ziarko²,
Ewelina Pietrzykowska³, Joanna Lewicka¹

¹Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu
University of Social Sciences and Humanities, Faculty in Wrocław

²Instytut Psychologii, Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu
Institut of Psychology, Adam Mickiewicz University in Poznań

³Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Poznań University of Medical Sciences

RESILIENCY AND WELL-BEING IN CHRONIC DISEASES – MEDIATING ROLE OF EMPOWERMENT AND COPING

Summary. Maintaining high levels of well-being in the face of a chronic disease requires utilization of many psychosocial resources in the coping process. The efficacy of this process depends on using coping strategies that fit to the specificity of a particular chronic disease. The aim of this study was to show the relationships between well-being and coping strategies, and less studied constructs such as resiliency and personal empowerment among people with diabetes and rheumatoid arthritis. The study comprised 100 participants (59 with type I diabetes and 41 with rheumatoid arthritis) who completed a set of questionnaires measuring well-being, strategies of coping with stress, resiliency and personal empowerment. As expected, there was a significant indirect effect of resiliency on well-being through mediators such as personal empowerment and disease-specific coping strategies. The results support the significant determinants of well-being among people with chronic diseases. They also indicated a more complex structure of the variables in which resiliency plays a major role for the well-being by the means of coping strategies and personal empowerment.

Key words: resiliency, personal empowerment, coping strategies, chronic disease, well-being

Adres do korespondencji: Helena Sęk, e-mail, shecel@amu.edu.pl

Wprowadzenie

Psychologiczne aspekty chorób przewlekłych

Do chorób przewlekłych zalicza się te, które wymagają stałego i długiego kontaktu z lekarzem, regularnego stosowania leków i wielu form aktywności nastawionych na utrzymanie poziomu zdrowia (Heszen, Sęk, 2007); są to między innymi reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) i cukrzyca. Większość tych chorób ma niekorzystną prognozę lub istnieje niepewność, co do dalszego ich przebiegu. Wymagają one w związku z tym znacznego wysiłku w radzeniu sobie z objawami choroby, a także z ich psychologicznymi i społecznymi konsekwencjami. Skuteczność w radzeniu sobie ze stresem choroby przewlekłej stwarza jednak szansę na przeżywanie dobrostanu mimo choroby.

Choroby przewlekłe mają wiele negatywnych następstw utrudniających funkcjonowanie człowieka. Należą do nich: zagrożenie dla życia i fizycznego dobrostanu, utrata integralności ciała i poczucie dyskomfortu wynikającego z choroby lub stosowanego leczenia, zmniejszenie się niezależności, prywatności i poczucia kontroli, ograniczenie wypełniania ról społecznych, możliwości realizowania celów życiowych i zadań rozwojowych. Obniżają poczucie bezpieczeństwa ekonomicznego i rzutują na relacje społeczne (Falvo, 2005). Wspólne dla chorób przewlekłych jest też to, że wymagają one systematycznych badań kontrolnych, okresowego pobytu w szpitalu oraz długotrwałego i bardzo regularnego stosowania leków, które mogą powodować wiele skutków ubocznych.

Od czasów wprowadzenia do nauk medycznych osiągnięć z badań nad jakością życia w opiece medycznej nad pacjentami cierpiącymi na schorzenia chroniczne rozwija się nowe podejście do kompleksowej terapii (Sęk, 1993; Pasikowski, Sęk, 1995; McGee, 2004; Wrześniewski, 2006). Zespół lekarzy i terapeutów, w tym psychologów, jest nastawiony na rozwój interwencji, które wspomagają procesy przystosowania pacjentów do przewlekłych chorób i skutecznego radzenia sobie ze stresem choroby. Ich celem jest utrzymanie i poprawa dobrostanu i zadowolenia z różnych sfer życia.

W prezentowanych badaniach ocenialiśmy dobrostan z perspektywy psychologii pozytywnej (Trzebińska, 2008) jako poznawczą i emocjonalną ocenę własnego życia i różnych jego sfer (por. Czapiński, 1992, 2004; Diener, Lucas, Oishi, 2004). „Ocena ta obejmuje emocjonalne reakcje na zdarzenia, jak i poznawcze sądy dotyczące zadowolenia i spełnienia” (Diener, Lucas, Oishi, 2004, s. 35). Tak pojmowany dobrostan jest pojęciem szerokim, ale posiada też, w odróżnieniu od pojęcia jakości życia związanej ze zdrowiem (Wrześniewski, 2006), jednoznaczny kontekst teoretyczny.

W tym nurcie prowadzi badania Czapiński (1992, 2004). Wywodzi on założenia swoich decyzji, co do wyboru metod z cebulowej teorii szczęścia. Zgodnie z tą koncepcją najbardziej zewnętrzną warstwę szczęścia stanowi zadowolenie związane ze strategiami radzenia sobie w różnych sferach życia. Do przedstawianych badań wybrano więc taki pomiar, który jest spójny z teorią i jednocześnie najbardziej wrażliwy na bieżące wymagania i strategie przystosowawcze.

Badania wykazały, że istnieją wieloczynnikowe uwarunkowania dobrostanu, w których istotną rolę odgrywają strategie radzenia sobie i wykorzystywane w tym procesie zasoby (Sarafino, 2006; Ziarko, Sęk, 2009; Sęk i in., 2010). W naszych wcześniejszych badaniach wykazaliśmy, że pacjenci wykorzystują w procesie przystosowania do choroby przewlekłej różnorodne zasoby psychospołeczne (Ziarko, Sęk, 2009; Ziarko, Kaczmarek, 2011; Kaczmarek, Sęk, Ziarko, 2011). Nowością tych badań (Ziarko, Sęk 2009) było między innymi to, że uwzględniano zasoby i kompetencje, które bezpośrednio odnoszą się do radzenia sobie z chorobą. Stwierdzono także odmienną konfigurację wykorzystanych zasobów u pacjentów kardiologicznych, onkologicznych i cierpiących na schorzenia reumatyczne.

Specyfika obciążeń zależna od typu schorzenia na przykładzie cukrzycy i reumatoidalnego zapalenia stawów¹

W cukrzycy oraz RZS występuje proces autoimmunizacji związany z utratą zdolności do rozróżniania antygenów własnych i obcych. Organizm wytwarza przeciwciała skierowane na własne komórki i tkanki, powodując ich niszczenie, na skutek utraty tolerancji immunologicznej na własne antygeny. Procesy autoimmunizacji są uruchamiane u osób z predyspozycją genetyczną i na skutek czynników zagrażających zdrowiu (np. wirusów lub czynników chemicznych). Do tego procesu, na różnych etapach choroby, mogą włączać się także czynniki stresowe (Jakóbisiak i in., 2005; Basińska, 2009).

Cukrzyca typu I jest spowodowana przewlekłym procesem autoimmunologicznym (Krętowski, 2006). Przeciwciała są skierowane przeciwko antygenom komórek β wysp trzustkowych, w których syntetyzowana jest insulina – główny hormon trzustkowy, odpowiadający za regulację poziomu glukozy we krwi. Na skutek braku endogennej insuliny dochodzi do hiperglikemii. Leczenie cukrzycy i zapobieganie poważnym powikłaniom w tej chorobie polega na wstrzykiwaniu insuliny w odpowiednich dawkach i z odpowiednią częstotliwością. Z psychologicznego punktu widzenia kluczowa jest konieczność samodzielnego dokonywania pomiarów stężenia glukozy we krwi i codziennego podawania insuliny oraz umiejętność modyfikowania jej dawek. Choroba ta wymaga od pacjenta wiedzy, umiejętności oraz podmiotowej motywacji do stałego monitorowania stanu zdrowia i samoopieki. Te trudne zadania regulacji poziomu glukozy wymagają jeszcze uzupełnienia odpowiednią dietą i specjalnym programem aktywności fizycznej. Oprócz tego istotne jest planowanie aktywności w celu pogodzenia obowiązków wynikających z leczenia z codziennymi wymaganiami życia zawodowego, rodzinnego i własnego rozwoju.

Osobowość i zasoby odgrywają szczególną rolę w radzeniu sobie z cukrzycą (Basińska, 2009). Efektywne zarządzanie stanem zdrowia w cukrzycy stanowi duże codzienne obciążenie i bywa szczególnie skomplikowane w sytuacjach stresu oraz

¹Zarówno cukrzycę, jak i reumatoidalne zapalenie stawów zalicza się do chorób autoimmunologicznych (autoagresywnych), co ma istotne znaczenie dla badania czynników stresowych.

dodatkowych zagrożeń i pokus łamania prozdrowotnego trybu życia. Także społeczne otoczenie wspierające zachowania zdrowotne w cukrzycy dające oparcie, pomoc i poczucie bezpieczeństwa sprzyja efektywności radzenia sobie z chorobą. Kluczową rolę odgrywa otwarta relacja z lekarzem oparta na zasadach współpracy. Szczególnie ważne może być podtrzymanie poczucia podmiotowego umocnienia pacjenta (*empowerment*) (Bolton, Brookings, 1996, 2000), o którym piszemy bardziej szczegółowo w dalszej części pracy. O te właściwości wzbogaca się współcześnie programy edukacyjne dla pacjentów z cukrzycą i ich rodzin (np. <http://www/chirurgia-pomorska.edu.pl>).

W etiologii RZS również występują procesy autoimmunizacyjne (Zimmermann-Górska, 1998). W tej chorobie leukocyty atakują stawy, w których powstaje stan zapalny błony maziowej. Stanom zapalnym i zaburzeniom strukturalnym stawów towarzyszy przewlekły ból i pogorszenie funkcjonalnej sprawności ruchów. Choroba cechuje się okresami zaostrzeń i remisji, ma jednak charakter postępujący i może prowadzić do niepełnosprawności (Basińska, 2006). Wykazano, że funkcjonalna niepełnosprawność jest najistotniejszym czynnikiem wpływającym na jakość życia chorych z RZS (Olewicz-Gawlik, Hycaj, 2007). RZS nie zagraża bezpośrednio życiu – w odróżnieniu od niektórych stanów cukrzycy. Jednakże choroba ingeruje w dobrostan, gdyż powoduje stałe cierpienie spowodowane bólem i zmniejszoną sprawnością.

Leczenie RZS ma charakter kompleksowy i składa się z równoległych elementów obejmujących złożoną farmakoterapię, fizykoterapię, rehabilitację nastawioną na ruchowe usprawnianie, leczenie zabiegowe (ortopedyczne) i psychoterapię. Wymaga się od pacjentów istotnej zmiany trybu życia i aktywnego włączenia się do aktywności rehabilitacyjnej. Rehabilitacja jest szczególnie trudna, gdyż pacjent musi jednocześnie przezwyciężać ból, zmęczenie i niechęć do aktywności ruchowej. W opiece nad tą grupą pacjentów potrzebne są oddziaływania motywujące do aktywności radzenia sobie z chorobą i wzbudzania pozytywnych stanów emocjonalnych (Sęk, Frydrychiewicz, 2009). Dane empiryczne o roli zasobów w skutecznej adaptacji do RZS, podobnie jak w przypadku cukrzycy, mogą stanowić podstawę modyfikacji opieki zdrowotnej i tworzenia grup samopomocy pacjentów z RZS i ich rodzin. Przykładem może być program pomocy pod hasłem Poruszyć Świat (<http://www.poruszycswiat.pl>).

Sprężystość psychiczna (*resiliency*) i podmiotowe umocnienie (*empowerment*) jako zasoby uczestniczące w procesie radzenia sobie z obciążeniami przewlekłej choroby

W przystosowaniu do życia z cukrzycą typu I i RZS korzystną rolę odgrywać mogą cechy osobowości i osobiste przekonania oraz nastawienia do choroby (Heszen, Sęk, 2007). W dotychczasowych badaniach nad adaptacją do choroby nie sprawdzano potencjalnej roli kluczowych dla zdrowia zasobów związanych z elastycznością doboru czynności zaradczych, również tych, które wiążą się ze wzbudzaniem pozytywnych stanów psychicznych oraz poczucia własnej kompetencji

w zarządzaniu chorobą. Do tych zasobów ochronnych należy zarówno sprężystość psychiczna (*resiliency*) (Block, Kremen, 1996; Kaczmarek, 2011), jak i podmiotowe umocnienie (*empowerment*) (Bolton, Brookings, 1996, 2000).

Sprężystość psychiczna to pojęcie, które w środowisku polskich psychologów zdrowia² przyjęto jako tłumaczenie terminu *resiliency* w rozumieniu zgodnym z teorią Blocka i Kremena (1996)³. Teoria ta skoncentrowana jest podmiotowo, określając sprężystość psychiczną jako zespół właściwości podmiotowych warunkujących zdolność elastycznego dostosowania poziomu samokontroli do warunków sytuacyjnych (Block, Kremen, 1996). Osoba o wysokim poziomie sprężystości psychicznej jest zdolna zarówno do uzyskania silnej samokontroli, gdy sytuacja tego wymaga, jak i zdolna jest do jej istotnego obniżenia, gdy sytuacja na to pozwala. Oba krańce kontinuum samokontroli opisują wzorce funkcjonowania, które w niektórych sytuacjach mogą prowadzić do skutecznego radzenia sobie z przewlekłą chorobą. Zdolność do osłabienia samokontroli i zachowywania się w sposób spontaniczny przy żywej emocjonalności może być na przykład ważna w sytuacji relaksacji, rozrywki lub zabawy. Z drugiej strony bardzo wysoka kontrola nad własnymi impulsami może być istotna w trakcie wykonywania zadań ważnych, takich jak te związane z elementami leczenia cukrzycy i RZS. Ponadto wykazano, że sprężystość psychiczna jest kluczowa dla wzbudzenia pozytywnych emocji w sytuacjach trudnych i skutecznego odrywania się od negatywnych doświadczeń (*bounce-back*) (Tugade, Fredrickson, 2004). Emocje pozytywne powiązane są funkcjonalnie z szeregiem procesów fizjologicznych i zachowań warunkujących lepsze rezultaty zdrowotne (Pressman, Cohen, 2005). Dzięki temu można oczekiwać, że u osób o wysokim

² W trakcie konferencji nt. *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji* (Zakopane, 18-20.05.2007; organizator: Sekcja Psychologii Zdrowia PTP oraz Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej) odbyła się dyskusja panelowa nt. *Tłumaczenie na język polski terminów z zakresu psychologii pozytywnej*. Jej uczestnicy (w kolejności alfabetycznej: Irena Heszen, Barbara Mroziak, Helena Sęk, Ewa Trzebińska, Kazimierz Wrześniewski) wybrali termin „sprężystość psychiczna”, jako polski odpowiednik terminu *resiliency*. W literaturze polskiej stosowany był również termin „prężność osobowa” (Uchnast, 1998).

³ Pojęcie *resiliency*, sprężystość psychiczna, pomimo podobieństwa leksykalnego jest czymś innym niż pojęcie *resilience*, czyli rezyliencji. Pojęcia te odnoszą się do różnych teorii i procesów psychologicznych (Kaczmarek, 2011). Pojęcie *resiliency* w rozumieniu Blocka i Kremena (1996) stanowi **cechę osobowości**. Natomiast termin *resilience* odnosi się do **wyniku procesów** optymalnej adaptacji do trudnych warunków środowiskowych. W obrębie koncepcji *resiliency* podstawowy problem brzmi: jak przekłada się ona na poziom funkcjonowania ludzi, podczas gdy w teorii *resilience* poszukuje się czynników ułatwiających optymalną adaptację (np. Cicchetti i in., 1993; Borucka, Ostaszewski, 2008).

Przedstawiane badania dotyczą konkretnej cechy osobowości, jaką jest sprężystość psychiczna warunkująca dostosowywanie poziomu kontroli do wymogów sytuacji. Przedmiotem hipotez są zaś konsekwencje posiadania tej cechy osobowości wśród osób przewlekle chorych. Badania te są w swej istocie odmienne od perspektywy *resilience*, w której dopiero próbuje się szukać pewnych cech osobowości, które miałyby wyjaśniać znany już rezultat, tj. skuteczną adaptację pomimo niesprzyjających warunków (np. Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

poziomie sprężystości psychicznej zaobserwujemy również wyższy poziom dobrostanu.

Drugim kluczowym zasobem ochronnym dla osób przewlekle chorych wydaje się być podmiotowe umocnienie (*empowerment*). Odnosi się ono do zdolności aktywnego uczestnictwa w wydarzeniach istotnych dla życia jednostki (Bolton, Brookings, 1996, 1998, 2000). W odniesieniu do osób chorych somatycznie wyróżniono cztery komponenty podmiotowego umocnienia: kompetencje osobiste, nastawienie grupowe, samostanowienie i pozytywną tożsamość osoby niepełnosprawnej (przewlekle chorej). Wymiar kompetencji osobistych obejmuje zdolności osoby chorej do stawiania przed sobą wyzwań i dążenia do ich realizacji. Związany jest również z braniem odpowiedzialności za swoje działania i ich dobrą organizacją. Drugi z komponentów podmiotowego umocnienia, tj. nastawienie grupowe, przejawia się zdolnością do uczestnictwa w grupach i działania z korzyścią dla siebie oraz grupy. Wymiar samostanowienia w teorii podmiotowego umocnienia należy rozumieć jako charakterystykę osób broniących swoich praw, swobodnie wyrażających swoje opinie i dokonujące świadomych wyborów. Ostatni wymiar, tj. pozytywna adaptacja do choroby lub niepełnosprawności, przejawia się realistyczną akceptacją własnych ograniczeń przy jednoczesnym przekonaniu, że choroba nie jest w stanie zdominować całego życia. Wysoka pozycja jednostki na tym wymiarze świadczy również o tym, że nie wykorzystuje ona choroby do usprawiedliwienia się (Bolton, Brookings, 1998).

Podmiotowe umocnienie może być z jednej strony pochodne względem sprężystości psychicznej, a z drugiej strony blisko związane z dobrostanem osób chorych. Podmiotowe umocnienie mogłoby stanowić mediator pomiędzy sprężystością psychiczną i jakością życia osób przewlekle chorych. Sprężystość psychiczna warunkuje elastyczność adaptacyjną, z której wypływa szereg pochodnych, np. pozytywna emocjonalność. W referowanych badaniach oczekiwaliśmy, że jedną z takich pochodnych sprężystości psychicznej może być podmiotowe umocnienie i jego cztery komponenty. I tak sprężystość psychiczna może pomagać w budowaniu kompetencji osobistych (komponent podmiotowego umocnienia), ponieważ wiele z nich wymaga kontroli impulsów. Sprężystość psychiczna może również pełnić funkcję ochronną dla poczucia samostanowienia, które jest zagrożone w obliczu choroby (Sęk, Kaczmarek, 2009). Poprzez związki z pozytywną emocjonalnością sprężystość psychiczna może także pomagać w budowaniu pozytywnego nastawienia do grupy oraz pomóc w kształtowaniu bardziej pozytywnej tożsamości siebie, jako osoby przewlekle chorej.

Podsumowując, celem przeprowadzonych przez nas badań było określenie, czy strategie radzenia sobie i podmiotowe umocnienie pośredniczą w relacji pomiędzy sprężystością psychiczną a dobrostanem pacjentów zmagających się z chorobą przewlekłą. W szczególności chcieliśmy wykazać, że sprężystość psychiczna nie polega na sztywnym stosowaniu pewnych niezmiennych strategii radzenia sobie. Oczekiwaliśmy, że pacjenci zmagający się z różnymi chorobami przewlekłymi, cechujący się wyższym poziomem sprężystości będą stosowali strategie uwzględnia-

jące specyficzne wymagania danej choroby przewlekłej. W związku z tym do badań zostali zaproszeni pacjenci chorujący na cukrzycę typu I oraz pacjenci z RZS.

Na podstawie powyższych rozważań teoretycznych sformułowano następujące hipotezy:

1. Typ choroby przewlekłej (cukrzyca typu I i RZS) różnicuje zastosowanie strategii zaradczych i wykorzystanie zasobów.
2. Podmiotowe umocnienie i strategie radzenia sobie pełnią funkcję mediacyjną pomiędzy sprężystością psychiczną a dobrostanem u pacjentów z cukrzycą i RZS.

Metoda

Osoby badane

W badaniach wzięło udział 100 osób w wieku pomiędzy 19 a 75 lat ($M = 44,00$; $SD = 15,87$). Cukrzyca występowała u 59 osób a RZS u 41. Osoby chore na cukrzycę były leczone w Poradni Diabetologicznej, natomiast osoby chorujące na RZS były pacjentami szpitalnych oddziałów reumatologicznych. Badanie przeprowadzono w okresie pogorszenia stanu zdrowia chorych i wynikającej z niego konieczności hospitalizacji. W przypadku osób cierpiących na cukrzycę był to stan hiperglikemii, wymagający natychmiastowej redukcji poziomu glukozy we krwi. Pacjenci chorzy na RZS byli hospitalizowani z powodu kolejnego rzutu choroby. Badani nie chorowali na inne choroby przewlekłe oraz nie występowały u nich powikłania charakterystyczne dla danej choroby. Pacjenci z RZS byli starsi, co jest typowe dla tej choroby ($M_{CUK} = 36,95$; $SD_{CUK} = 12,44$; $M_{RZS} = 55,62$; $SD_{RZS} = 14,05$; $t = -6,57$; $p < 0,001$). Porównywane grupy chorych były heterogeniczne pod względem płci, $\lambda^2(1) = 6,50$; $p = 0,011$. W grupie osób cierpiących na RZS było znacząco więcej kobiet ($n = 33$; 80,5%) niż w grupie osób chorujących na cukrzycę ($n = 33$; 55,9%), co również jest typowe dla tych chorób.

Narzędzia

Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Uczestnicy indywidualnie wypełniali kwestionariusze mierzące: zadowolenie z różnych sfer życia (Czapinski, 1992), strategie radzenia sobie ze stresem (Carver, 1997; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009), sprężystość psychiczną (Block, Kremen, 1996; Kaczmarek, 2011) oraz podmiotowe umocnienie (Bolton, Brookings, 1998, 2000; Lewicka, 2010).

Skala Zadowolenia z Życia (Czapiński, 1992) służy do badania zewnętrznej warstwy dobrostanu (według cebulowej teorii szczęścia), czyli zadowolenia z poszczególnych dziedzin i aspektów życia. Składa się ona z 16 pozycji odnoszących się do różnych sfer życia. Zadaniem osób badanych jest określenie na 6-punktowej skali, jak bardzo zadowoleni są z określonego aspektu życia. Krańce skali opisane są: 1 – bardzo niezadowolony, 6 – bardzo zadowolony ($\alpha = 0,85$).

Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE autorstwa Carvera (1997) i w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (2009). Składa się

on z 28 pozycji testowych, umożliwiających pomiar częstotliwości wykorzystania 14 strategii radzenia sobie ze stresem: Aktywnego Radzenia Sobie ($\alpha = 0,80$), Planowania ($\alpha = 0,75$), Pozytywnego Przewartościowania ($\alpha = 0,74$), Akceptacji ($\alpha = 0,66$), Poczucia Humoru ($\alpha = 0,50$), Zwrotu ku Religii ($\alpha = 0,88$), Poszukiwania Wsparcia Emocjonalnego ($\alpha = 0,66$), Poszukiwania Wsparcia Instrumentalnego ($\alpha = 0,63$), Czynności Zastępczych ($\alpha = 0,59$), Zaprzeczania ($\alpha = 0,65$), Ekspresji Przeżyć ($\alpha = 0,13$), Zażywania Substancji Psychoaktywnych ($\alpha = 0,73$), Zaprzestania Działań ($\alpha = 0,59$), Obwiniania Siebie ($\alpha = 0,66$). Zadaniem osób badanych jest ustosunkować się do każdego z twierdzeń na 4-punktowej skali, której krańce opisano: 0 – prawie nigdy tak nie postępuję; 3 – prawie zawsze tak postępuję.

Kwestionariusz Sprężystości Psychiczej (Block, Kremen, 1996; Kaczmarek, 2011). Skala składa się z czternastu pozycji testowych pochodzących z narzędzia do opisu cech osobowości *California Adult Q-sort* („Szybko dochodzę do siebie, kiedy zostanę przestraszony albo zaskoczony”, „Lubię mieć do czynienia z nowymi i nietypowymi sytuacjami”). W badaniach walidacyjnych oryginału określono, że pozycje te posiadają wartość diagnostyczną dla sprężystości psychicznej rozumianej jako zdolność dostosowywania poziomu kontroli nad impulsami do wymogów sytuacji. Badani udzielają odpowiedzi na 4-stopniowej skali, której krańce opisane są: 1 – nie odnosi się w ogóle; 4 – odnosi się bardzo mocno ($\alpha = 0,82$).

Kwestionariusz Podmiotowego Umocnienia (*Personal Opinion Questionnaire – Empowerment*) wersja dla osób niepełnosprawnych (Bolton, Brookings, 1998, 2000; Lewicka, 2010). Kwestionariusz Podmiotowego Umocnienia składa się z 64 pozycji testowych, mierzących: Kompetencje Osobiste ($\alpha = 0,86$), Nastawienie do Grupy ($\alpha = 0,72$), Samostanowienie ($\alpha = 0,61$) i Pozytywne Identyfikowanie Siebie jako Osoby Chorej ($\alpha = 0,77$). Dodatkowo mierzony jest wynik całościowy. Badani mają za zadanie ustosunkować się do każdego twierdzenia poprzez określenie, czy odnosi się ono do nich, czy też nie.

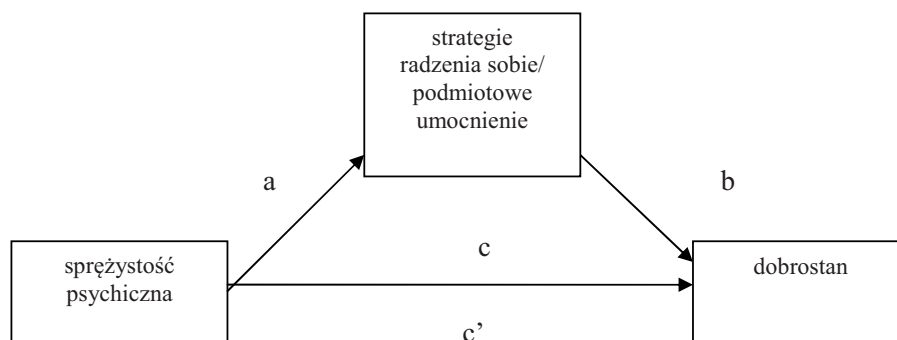
Zastosowane procedury statystyczne

W pierwszej kolejności obliczono statystyki opisowe dla mierzonych zmiennych oddzielnie dla grupy osób chorych na RZS i cukrzycę. Posługując się testem *U Manna-Whitneya* sprawdzono, czy osoby chore na RZS i cukrzycę różnią się pod względem mierzonych zmiennych. Aby sprawdzić hipotezę o mediującej roli strategii radzenia sobie ze stresem i podmiotowego umocnienia w związku pomiędzy sprężystością psychiczną a dobrostanem, wykonano analizę mediacji w sposób rekomendowany przez Preachera i Hayesę (2004, 2008).

Test mediacji pozwala określić bardziej złożoną strukturę modelu, w którym zmienna niezależna (predyktor) wiąże się ze zmienną zależną (wynikową) za pośrednictwem trzeciej zmiennej (mediator). Innymi słowy, mediację można interpretować jako zależność dwóch zmiennych, która zachodzi za pośrednictwem trzeciej zmiennej, tym samym wykazując brak ich bezpośredniego związku (mediacja pełna) lub obecność związku słabszego niż ten sugerowany przez korelację (mediacja częściowa). Dokonując analizy mediacji, wykorzystano procedurę *resamplingu*

z dwoma tysiącami powtórzeń. Metoda ta polega na wielokrotnym obliczaniu tych samych współczynników dla kolejnych próbek, które powstają jako rezultat losowania ze zwracaniem N elementów z pierwotnej puli tworzonej przez uczestników badania. W ten sposób wyniki niektórych osób znajdują się w pewnych próbkach wielokrotnie, a inne nie trafiają do nich w ogóle. Dzięki temu uzyskuje się współczynniki mniej podatne na przypadkowe wartości skrajne, a test istotności nie zakłada rozkładu normalnego mierzonych zmiennych. Rezultat *resamplingu* podaje się jako przedział ufności, który powstaje po odcięciu z każdej strony rozkładu 2,5% uzyskanych wartości skrajnych. Za istotne uznaje się te współczynniki, których przedział ufności nie zawiera zera (Preacher, Hayes, 2004, 2008). Procedura mediacji pozwala na obliczenie: a – współczynnika wpływu predyktora na mediator, b – współczynnika wpływu mediatora na zmienną wynikową, c – współczynnika całościowego wpływu predyktora na zmienną wynikową (bez kontroli mediacji), c' – współczynnika bezpośredniego wpływu predyktora na zmienną wynikową (rycina 1).

Metoda *resamplingu* jest bardziej wskazana w testowaniu mediacji (Preacher, Hayes, 2008) niż powszechniejszy w naukach społecznych test z Sobla. Badania symulacyjne wykazały, że w porównaniu z testem z Sobla, metoda *resamplingu* oferuje większą moc przy adekwatnej kontroli błędu typu I (MacKinnon i in., 2002; MacKinnon, Lockwood, Williams, 2004).



Rycina 1. Hipotetyczny model mediacji prostej

a – współczynnik wpływu predyktora na mediator, b – współczynnik wpływu mediatora na zmienną wynikową, c – współczynnik całościowego wpływu predyktora na zmienną wynikową (bez kontroli mediacji), c' – współczynnik bezpośredniego wpływu predyktora na zmienną wynikową (pozostały po odjęciu wpływu pośredniego poprzez mediator)

Wyniki

Statystyki opisowe i różnice w funkcjonowaniu osób chorych na cukrzycę typu I oraz RZS

W tabeli 1 przedstawiono statystyki opisowe z podziałem na grupę osób chorych na RZS i cukrzycę. W porównaniu z chorymi na RZS osoby chore na cukrzycę częściej stosowały aktywne strategie radzenia sobie ze stresem oraz planowanie. Charakteryzuje je również silniejsze podmiotowe umocnienie w wymiarze samostanowienia, pozytywnej identyfikacji oraz nastawienia grupowego. Osoby chore na RZS natomiast częściej posługiwały się strategiami radzenia sobie ze stresem, takimi jak zaprzeczanie i zwrot ku religii.

Tabela 1. Statystyki opisowe i różnice w poziomie wyróżnionych zmiennych pomiędzy pacjentami chorymi na cukrzycę typu I oraz RZS

Zmienna	Rodzaj choroby		Statystyki testu <i>U</i> Manna-Whitneya			
	Cukrzyca <i>M (SD)</i>	RZS <i>M (SD)</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r_{eq}</i>
Dobrostan	63,64 (11,6)	62,80 (13,15)	1085,50	-0,86	0,39	0,09
Sprężystość psychiczna	43,32 (5,58)	41,07 (8,20)	1029,00	-1,26	0,21	0,13
Strategie radzenia sobie:						
– aktywne radzenie sobie	4,41 (1,49)	3,39 (1,66)	757,50	-3,24	<0,01	0,31
– planowanie	4,29 (1,30)	3,56 (1,70)	904,00	-2,19	0,03	0,21
– pozytywne przewartościowanie	3,81 (1,68)	3,34 (1,81)	1033,00	-1,25	0,21	0,12
– akceptacja	4,15 (1,47)	4,17 (1,70)	1177,50	-0,23	0,82	0,02
– poczucie humoru	1,78 (1,31)	2,22 (1,84)	1090,50	-0,85	0,39	0,08
– zwrot ku religii	2,07 (1,98)	3,10 (2,03)	854,50	-2,53	0,01	0,24
– poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	3,83 (1,49)	3,19 (1,69)	939,00	-1,93	0,06	0,19
– poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	3,59 (1,69)	3,32 (1,72)	1087,00	-0,87	0,38	0,09
– czynności zastępcze	3,49 (1,75)	3,66 (1,68)	1136,00	-0,52	0,60	0,05
– zaprzeczanie	1,59 (1,60)	2,32 (1,59)	863,500	2,47	0,01	0,24
– wyładowanie	2,98 (1,54)	2,98 (1,40)	1195,50	-0,10	0,92	0,01
– zażywanie substancji psychoaktywnych	0,36 (0,76)	0,63 (1,28)	1155,00	-0,53	0,59	0,05
– zaprzestanie działań	1,52 (1,55)	1,73 (1,67)	1130,00	-0,57	0,56	0,06
– obwinianie siebie	2,52 (1,61)	2,39 (1,74)	1171,00	-0,27	0,78	0,03
Podmiotowe umocnienie:						
– kompetencje osobiste	17,15 (5,19)	16,15 (5,15)	1049,50	-1,12	0,26	0,11
– nastawienie grupowe	10,05 (2,9)	8,98 (2,60)	898,50	-2,19	0,02	0,21
– samostanowienie	9,08 (2,28)	7,80 (2,64)	837,50	-2,62	<0,01	0,25
– pozytywna identyfikacja	6,81 (2,49)	5,46 (2,72)	870,00	-2,39	0,01	0,23

r_{eq} – wartość wskaźnika wielkości efektu *r_{equivalent}*; *M* i *SD* odnoszą się do wartości surowych

Mediująca rola strategii radzenia sobie oraz podmiotowego umocnienia w relacji pomiędzy sprężystością psychiczną a dobrostanem

Zgodnie z oczekiwaniami (tabela 2), ta sama zmienna (sprężystość psychiczna) wpływa na dobrostan, uruchamiając mediatory dostosowane do wymagań choroby (rycina 2). Związek pomiędzy sprężystością psychiczną a dobrostanem u pacjentów chorych na RZS wyjaśniają strategie pozytywnego przewartościowania oraz humoru, podczas gdy u pacjentów chorych na cukrzycę rolę mediatorów pełnią strategie planowania i akceptacji.

Tabela 2. Wyniki analizy mediacji pomiędzy sprężystością psychiczną a dobrostanem w grupie osób chorych na cukrzycę typu I oraz RZS

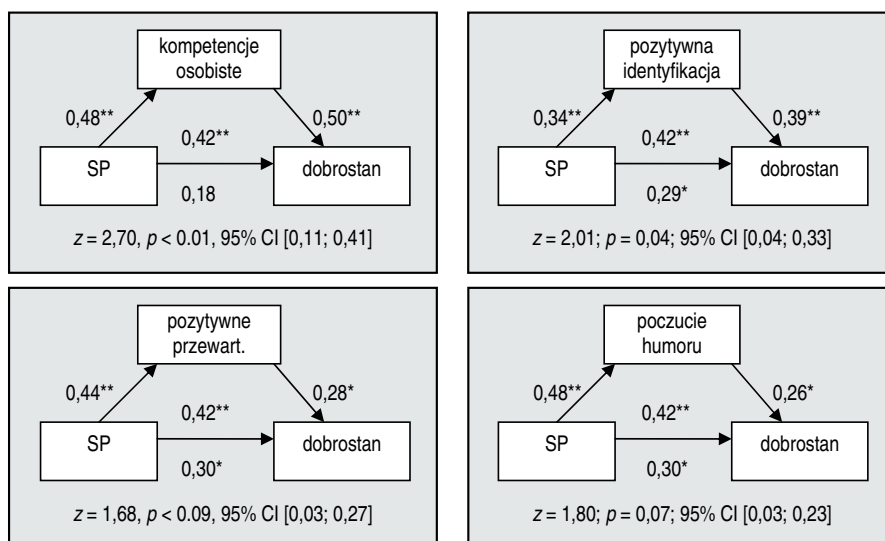
Potencjalny mediator	Współczynnik				z	95% CI
	a	b	c	c'		
CUKRZYCA						
Aktywne radzenie sobie	0,41**	0,27	0,27 ^a	0,16	1,55	-0,02; 0,32
Planowanie	0,55**	0,35*	0,27 ^a	0,08	1,88*	0,01; 0,39
Pozytywne przewartościowanie	0,58**	0,29 ^a	0,27 ^a	0,10	1,78	0,01; 0,46
Akceptacja	0,47**	0,33*	0,27 ^a	0,11	1,92*	0,02; 0,38
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,33*	0,24	0,27 ^a	0,19	1,37	-0,00; 0,26
Umocnienie – kompetencje osobiste	0,33*	0,48**	0,27 ^a	0,11	1,89	0,02; 0,34
RZS						
Pozytywne przewartościowanie	0,44**	0,28	0,42**	0,30*	1,68	0,03; 0,27
Poczucie humoru	0,48**	0,26*	0,42**	0,30*	1,80	0,03; 0,23
Umocnienie – kompetencje osobiste	0,48**	0,50**	0,42**	0,18	2,70*	0,11; 0,41
Umocnienie – pozytywna identyfikacja	0,34**	0,39**	0,42**	0,29*	2,01*	0,04; 0,33

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ^a $p < 0,10$

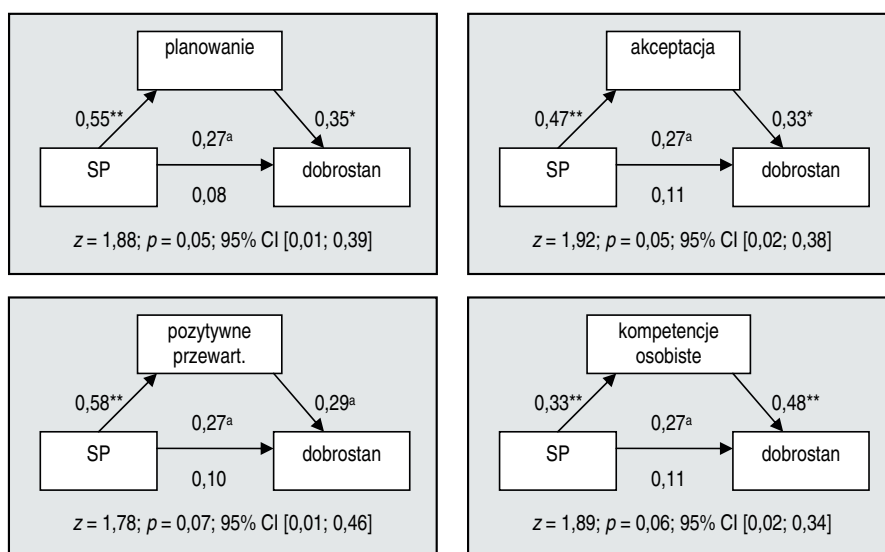
95% CI – przedział ufności 95% dla metody *bootstrapping*; opis współczynników a, b, c, c' – patrz rycina 1

Wymiar kompetencji osobistych wchodzący w skład podmiotowego umocnienia wyjaśniał związek sprężystości psychicznej z dobrostanem pacjentów z RZS (rycina 2) oraz pacjentów z cukrzycą. W przypadku pacjentów z chorobą reumatyczną, istotną rolę odegrało również posiadanie pozytywnej tożsamości siebie jako osoby chorującej. Zmienna ta, jako mediator, wyjaśniała część związku sprężystości psychicznej z dobrostanem.

Reumatoidalne zapalenie stawów



Cukrzyca



* $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; ^a $p < 0,10$

Rycina 2. Medycyjny udział strategii radzenia sobie i podmiotowego umocnienia w relacji pomiędzy sprężystością psychiczną a dobrostanem w zależności od rodzaju choroby. SP – sprężystość psychiczna

Dyskusja

Wyniki okazały się zgodne z pierwszą hipotezą, że w odmiennych chorobach przewlekłych wymagane jest posługiwanie się odmiennymi strategiami radzenia sobie. Osoby chore na cukrzycę typu I częściej posługiwały się aktywnym radzeniem sobie i planowaniem, natomiast osoby chore na RZS, radząc sobie ze swoją chorobą częściej stosowały zaprzeczanie oraz zwrot ku religii. Wydaje się, że może to być związane ze specyficznymi wymaganiami, jakie choroba przewlekła stawia przed chorymi. Osoby chore na cukrzycę przede wszystkim muszą zmienić swój styl życia, a zwłaszcza dietę. Ponadto pojawia się przed nimi konieczność systematycznego monitorowania stanu stężenia cukru we krwi, przyjmowania leków oraz okresowych spotkań z lekarzem. Realizacji tych zadań sprzyjają strategie redukujące obciążenie poprzez adekwatne planowanie. Cukrzyca jest chorobą, która jest możliwa do opanowania dzięki aktywnej postawie osoby chorej we współpracy z lekarzem prowadzącym. W przeciwieństwie do chorych na cukrzycę osoby chore na RZS w mniejszym stopniu mogą poprzez własną aktywność wpływać na stan swojego zdrowia. Głównym objawem, z jakim zmagają się osoby chore na RZS, jest trudny do opanowania ból. Ponadto pojawia się zagrożenie niepełnosprawnością wynikającą z deformacji stawów. Są to objawy, które są trudniejsze, a czasami wręcz niemożliwe do opanowania, dlatego pojawia się zagrożenie niepełnosprawnością. Osoby cierpiące na RZS radzą sobie z nimi: zaprzeczając istnieniu problemu oraz poszukując otuchy w religii. Wydaje się również, że ogólne mniejsze zadowolenie ze stanu własnego zdrowia u pacjentów chorych na RZS może wiązać się z większą dokuczliwością doświadczanych objawów.

Zaprezentowane badania pozwalają również lepiej zrozumieć mechanizm działania sprężystości psychicznej. Sprężystość psychiczna traktowana jest jako cecha osobowości ułatwiająca elastyczną adaptację oraz aktywująca różnorodne strategie radzenia sobie wśród osób chorych na odmiennie choroby przewlekłe. Zgodnie z teorią sprężystości psychicznej (Block, Kremen, 1996) wiele istotnych dla osób badanych strategii radzenia sobie (np. pozytywne przewartościowanie, humor) związanych jest z pozytywnymi emocjami. Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że pacjenci z wysokim poziomem sprężystości psychicznej mają wyższy poziom dobrostanu, ponieważ sprężystość psychiczna sprzyja podmiotowemu umocnieniu, a w szczególności pozytywnej identyfikacji. Sprężystość psychiczna może zatem przyspieszać proces przechodzenia przez trzy fazy adaptacji poznawczej do choroby (Taylor, 1983). Odzyskiwanie poczucia własnej wartości, którego wskaźnikiem może być obserwowana pozytywna identyfikacja z chorobą, to ostatni etap przystosowania do choroby. Uzyskane wyniki sugerują, że osoby o wysokim poziomie sprężystości psychicznej być może są również zdolne do oderwania się od przedchorobowego sposobu funkcjonowania i zbudowania oparcia w sobie uwzględniającego zmienioną charakterystykę obrazu Ja. Dzięki temu poprawia się ich dobrostan.

W przeprowadzonych badaniach wykazana została ponadto zasadność wprowadzenia do badań psychologicznych nad zdrowiem koncepcji podmiotowego umocnienia (*empowerment*). Sądzymy zatem, że tak szerokie pojęcia mogą pomóc

w lepszym zrozumieniu trudnej sytuacji, w której znajdują się pacjenci doświadczający problemów dotyczących podstaw ich egzystencji. We wcześniejszych badaniach (Sęk, Kaczmarek, 2009) ukazaliśmy, że sytuacja hospitalizacji może wpływać na poczucie godności pacjentów, w tym na ich podmiotowość. Wyniki uzyskane w niniejszych badaniach stanowią dodatkowe wsparcie poprzednich rezultatów, wskazując, że podmiotowe umocnienie pacjentów, a w szczególności pozytywna identyfikacja oraz poczucie kompetencji osobistych, mogą stanowić przeciwwagę dla trudnych okoliczności funkcjonowania.

Przeprowadzone badania posiadają również pewne ograniczenie, które należałoby uwzględnić w wyciąganiu wniosków praktycznych oraz przygotowywaniu dalszych badań. Ze względu na różny wiek, w którym pojawia się cukrzyca typu I oraz RZS, nie udało się w badaniach precyzyjnie kontrolować czynnika wieku. W dalszych badaniach porównawczych chorób chronicznych należałoby więc wybierać również jednostki chorobowe umożliwiające kontrolowanie czynnika wieku i płci.

Podsumowując, celem przeprowadzonych badań było zgłębianie pojęcia „choroby przewlekłej” poprzez zbadanie mechanizmów pośredniego oddziaływania sprężystości psychicznej na dobrostan pacjentów. Zgodnie z naszymi oczekiwaniami wystąpiły zarówno podobieństwa pomiędzy chorobami, jak i elementy specyficzne dla danej choroby. Wśród elementów wspólnych dostrzec można korzystną rolę sprężystości psychicznej jako cechy osobowości warunkującej wyższy poziom dobrostanu, natomiast o specyfice sytuacji psychologicznej osób zmagających się z poszczególnymi chorobami świadczą różne drogi, jakimi osoby o wysokim poziomie sprężystości psychicznej uzyskują wyższy dobrostan. A zatem wyniki badań wskazują na zasadność posługiwania się ogólnym pojęciem choroby przewlekłej, a jednocześnie przestrzegają przed uogólnianiem na wszystkie choroby przewlekłe wniosków z badań nad funkcjonowaniem osób zmagających się z jedną z tych chorób.

Noty autorskie

Helena Sęk – koncepcja badań, analiza literatury, przygotowanie tekstu

Łukasz Kaczmarek – koncepcja badań, analiza literatury, opracowanie wyników, przygotowanie tekstu

Michał Ziarko – koncepcja badań, analiza literatury, opracowanie wyników, przygotowanie tekstu

Ewelina Pietrzykowska – koncepcja opisu pacjentów z cukrzycą oraz organizacja i przeprowadzenie badań pacjentów z cukrzycą

Joanna Lewicka – zaadaptowanie metody badającej podmiotowe umocnienie oraz organizacja i przeprowadzenie badań pacjentów z RZS

Literatura cytowana

- Basińska, M.A. (2006). *Reumatoidalne zapalenia stawów. Obraz psychologiczny*. Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
- Basińska, M.A. (2009). *Funkcjonowanie pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe*. Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
- Block, J., Kremen, A.M. (1996). IQ and Ego Resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 131-142.
- Bolton, B., Brookings, J.B. (1996). Development of a multifaceted definition of empowerment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 39, 256-264.
- Bolton, B., Brookings, J.B. (1998). Development of a measure of Intrapersonal Empowerment. *Rehabilitation Psychology*, 43, 131-142.
- Borucka, A., Ostaszewski, K. (2008). Teoria *resilience*. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 12, 587-597.
- Brookings, J.B., Bolton, B. (2000). Confirmatory factor analysis of a measure of intrapersonal empowerment. *Rehabilitation Psychology*, 45, 292-298.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., Lynch, M., Holt, K.D. (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology*, 5, 629-647.
- Czapiński, J. (1992). *Psychologia szczęścia*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Akademos.
- Czapiński, J. (2004). Psychologiczne teorie szczęścia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (s. 51-102). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Diener, E., Lucas, R.E., Oishi, S. (2004). Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (s. 35-50). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Falvo, D.R. (2005). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability. Third Edition*. Sudbury, Massachusetts, Boston, Toronto, London, Singapore: Jones and Bartlett Publishers.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jakóbisiak, M., Gołąb, J., Lasek, W., Stokłosa, T. (2005). *Immunologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kaczmarek, Ł. (2009). Resiliency, stress appraisal, positive affect and cardiovascular activity. *Polish Psychological Bulletin*, 40, 46-53.
- Kaczmarek, Ł. (2011). Kwestionariusz Sprężystości Psychicznej – polska adaptacja Ego Resiliency Scale. *Czasopismo Psychologiczne*, 17, 263-265.

- Kaczmarek, Ł., Sęk, H., Ziarko, M. (2011). Sprężystość psychiczna i zmienne pośredniczące w jej wpływie na zdrowie. *Przegląd Psychologiczny*, 54, 29-46.
- Krętowski, A. (2006). Etiopatogeneza cukrzycy. Etiopatogeneza cukrzycy typu 1. W: J. Sieradzki (red.), *Cukrzyca* (s. 220-239). Gdańsk: Via Medica.
- Lewicka, J. (2010). *Zasoby odpornościowe, radzenie sobie ze stresem a jakość życia w chorobie reumatycznej*. Maszynopis niepublikowany pracy magisterskiej. Wrocław: Wydział Zamiejscowy SWPS.
- MacKinnon, D.P., Lockwood, C.M., Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39, 99-128.
- MacKinnon, D.P., Lockwood, C.M., Hoffman, J.M., West, S. G., Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods*, 7, 83-104.
- McGee, H. (2004). The quality of life. W: A. Kaptein, J. Weinman (red.), *Health psychology* (s. 234-257). Oxford: BBS Blackwell.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński, Z. (2008). Skala pomiaru prężności – SPP-25. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 39-56.
- Olewicz-Gawlik, A., Hycaj, P. (2007). Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów – badania własne i przegląd literatury. *Reumatologia*, 45, 346-349.
- Pasikowski, T., Sęk, H. (1995). Quality of life, health experience and sense of coherence. W: J. Rodriguez-Marin (red.), *Health psychology and quality of life research* (s. 77-87). Alicante: Health Psychology Department Press.
- Preacher, K.J., Hayes, A.F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, Computers*, 36, 717-731.
- Preacher, K.J., Hayes, A.F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 30, 879-891, doi: 10.3758/BRM.40.3.879.
- Pressman, S., Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.
- Sarafino, E.P. (2006). *Health psychology*. New York: Wiley.
- Sęk, H. (1993). Jakość życia a zdrowie. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 2, 100-118.
- Sęk, H., Kaczmarek, Ł. (2009). Życ z godnością w zdrowiu i chorobie. *Czasopismo Psychologiczne*, 15, 7-17.
- Sęk, H., Kaczmarek, Ł., Ziarko, M., Pietrzykowska, E., Lewicka, J. (2010). *The role of resources in coping with rheumatoid arthritis and diabetes*. Referat wygłoszony na 24th European Health Psychology Conference nt. *Health in context*. Cluj-Napoca, 1 września – 4 września 2010.
- Sęk, H., Frydrychiewicz, M. (2009). *Poczucie własnej skuteczności i jakość życia w chorobie reumatycznej*. Referat na Ogólnopolskiej Konferencji Psychologii Zdrowia.
- Sęk, H., Nadolska, K. (2007). Społeczny kontekst odkrywania wiedzy o zasobach odpornościowych, czyli czym jest *resilience* i jak ono funkcjonuje. W: Ł. Kaczmarek, A. Słysz (red.), *Bliżej serca* (s. 13-38). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 6, 73-87.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Tugade, M.M., Fredrickson, B.L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 280-287.
- Uchnast, Z. (1998). Prężność osobowa a egzystencjalne wymiary wartościowania. *Roczniki Psychologiczne*, 1, 7-27.
- Wrześniewski, K. (2006). Wybrane zagadnienia teoretyczne i metodologiczne pojęcia jakości życia. W: T. Pasikowski, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia: Teoria, metodologia i empiria* (s. 61-72). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Ziarko, M., Kaczmarek, L.D. (2011). Resources in coping with a chronic illness: the example of recovery from myocardial infarction. W: K.M. Gow, M.J. Celinski (red.), *Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy* (s. 379-394). New York: Nova Science Publishers.
- Ziarko, M., Sęk, H. (2009). Resources in coping with chronic disease. *Polish Psychological Bulletin*, 40, 6-12.
- Zimmermann-Górska, I. (1998). *Reumatologia w praktyce lekarza rodzinnego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.