

Człowiek w sytuacji przewlekłej choroby¹

Helena Sęk

Instytut Psychologii Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań

Michał Ziarko*

Instytut Psychologii Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań

THE HUMAN BEING IN THE SITUATION OF CHRONICAL ILLNESS

In the 60's of last century Tadeusz Tomaszewski created theoretical concept of the situation, which is widely used to explain different situations of health and the behaviour of a person influenced by difficult conditions. The main goal of this paper is to analyse one specific situation – a chronic illness. This situation is presented using two theoretical perspectives, previously mentioned Tomaszewski's concept of the situation and transactional theory of psychological stress by Lazarus and Folkmann. Using those two theories we tried to give an answer to four following questions: What are characteristics of a chronic illness situation? What is patient perception of chronic illness? How does patient cope with demands of chronic illness? What are possible consequences of this chronic conditions?

Key words: theoretical concept of the situation, a chronic illness, transactional theory of psychological stress

WPROWADZENIE

Wiedzę naukową o problemach sytuacji gromadzono w psychologii polskiej wraz z tworzeniem podstaw nowoczesnej psychologii, jako nauki o zachowaniu pojmowanym jako czynność, która ma uwarunkowania zewnętrzne i wewnętrzne, (Tomaszewski, 1963, 1975). Do wiedzy tej nawiązują także psychologowie kliniczni (Lewicki, 1978) i psychologowie zdrowia (Wrześniewski, 2000; Heszen-Niejodek i Wrześniewski, 2000; Heszen i Sęk, 2007) uznając ją jako podstawę do dalszych rozważań nad mechanizmami regulacji somatycznej i psychicznej, nad ukierunkowaniem zachowania i jego strukturą. Wiedza ta jest uzupełniana zarówno przez badaczy jak i praktyków. Problemy takie wynikały z różnych wyzwań w sferze zdrowia człowieka i dotyczyły poszukiwania sytuacyjnych uwarunkowań zaburzeń psychosomatycznych oraz funkcjonowania człowieka w sytuacji choroby (Wrześniewski, 2000). Dopiero późniejsze studia i badania zajmowały się problemami sytuacji optymalnych dla zdrowia i prozdrowotnych. Pomoc psychologiczna okazała się jednak szczególnie potrzebna w sytuacjach choroby przewlekłej, a to wymagało nowych psychologicznych analiz i badań. Dlatego też kierując się tematyką konferencji zachęcającej do przedstawienia tego, co różne dziedziny psychologii wnoszą do pojęcia sytuacji wybrano analizy i badania nad funkcjonowaniem człowieka uwarunkowanego różnymi wyznacznikami cho-

roby przewlekłej, rozumianej także jako wydarzenie życiowe (Sęk, 1991, 2001).

Większość badań w ramach psychologii klinicznej i zdrowia dotyczy jednej z grup sytuacji trudnych, jakie wprowadził Tomaszewski (1963, s. 129-130), a mianowicie sytuacji „nacisku” czyli sytuacji stresu. W pracy przedstawiającej rozwiniętą koncepcję czynności regulacyjnych człowieka w odniesieniu do sytuacji Tomaszewski (1975) przenosi już problematykę stresu do odrębnego rozbudowanego rozdziału.

Ten sposób wykorzystania i rozwoju koncepcji sytuacyjnych i osobowościowych uwarunkowań zdrowego i zaburzonego zachowania przedstawia Lewicki (1978) w swoim wprowadzeniu do psychologii klinicznej. Z tego tekstu wynika, że wszystkie podstawowe założenia, jakie Tomaszewski przedstawił tworząc psychologiczną koncepcję opisującą i wyjaśniającą działanie człowieka w sytuacji można odnieść także do problemów zdrowia. Lewicki pisze, że sytuacja jako system stanowi zawsze problem regulacyjny dla człowieka (*op. cit.* s. 35). Ważne dla analiz i badań nad znaczeniem sytuacji dla zdrowia jest to, że wymienia on elementy a) zewnętrzne względem człowieka i b) wewnętrzne, czyli sygnały pochodzące z organizmu (bodźce o stanie somatycznym odbierane przez mózg i analizowane psychicznie).

Szersze ujęcie koncepcji sytuacji jako sytuacji prozdrowotnych (może optymalnych) ale też jako sytuacji

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Michał Ziarko, Instytut Psychologii UAM, ul. Szamarzewskie-
go 89AB, 60-568 Poznań. ziarko@amug.edu.pl

¹ Tekst ten jest rozszerzeniem referatu wygłoszonego na konferencji „Człowiek w sytuacji”, która odbyła się 26-27 11. 2015 w Warszawie.

ryzyka zdrowotnego i zagrożenia występujące w środowisku życia i działania człowieka oraz uwzględnienie sytuacji występujących w systemie opieki zdrowotnej jest istotne dla omawianej problematyki. Gdy wykorzystujemy w badaniach i praktyce pojęcia stworzone w teorii sytuacji przywołujemy twierdzenia o tym, że sytuacja ma elementy obiektywne i subiektywne. Dla analizy ważne jest, kto jest podmiotem sytuacji: chory, pacjent, pielęgniarka, czy przedstawiciel rodziny. Dla profesjonalnego działania psychologa ważna jest też wiedza o tym, jaka jest sytuacja zawodowa, mieszkaniowa, ekonomiczna czy rodzinna pacjenta. W poznawaniu i zrozumieniu sytuacji zdrowia i choroby ważne są negatywy, czyli te cechy, które czynią sytuację trudną egzystencjalnie, trudną emocjonalnie i trudną do działania, zrozumienia i rozwiązania oraz wzajemne zależności między poznaniem, działaniem i odczuwaniem.

W sytuacji zdrowia pojawia się też często jej aspekt stymulacyjny, nadmiar lub brak stymulacji i patologiczna stymulacja np. przy szumach usznych, bólach fantomowych itp. Jeżeli sytuację człowieka pojmujemy jako złożony układ elementów jego środowiska w określonym momencie czasu (Tomaszewski, 1975, s. 17), to uznajemy też, że z perspektywy psychologii sytuacja jest zawsze czyjaś, czyli dotyczy wyodrębnionego podmiotu i określonej formy aktywności. Pewną wieloznaczność w nurcie badań nad rolą wydarzeń życiowych, o czym piszemy niżej, jest podział sytuacji na: 1) sytuacje życiowe (związane utrzymaniem życia, rozwojem ciała i psychiki oraz jakością życia) i 2) sytuacje behawioralne (*op. cit.* s. 19) polegające często na wyspecjalizowanym działaniu profesjonalnym, albo konieczności zmiany zachowań zdrowotnych pacjenta.

Szczególnie ważne dla psychologii klinicznej i zdrowia jest wyodrębnienie sytuacji społecznych. W psychologii zdrowia omawia się specyfikę działania w tych sytuacjach najczęściej pod pojęciami relacja lekarz-pacjent, rola pacjenta i sytuacja wymagań związanych z leczeniem i wypełnianiem zaleceń zdrowotnych, systemu szpitalnego i opieki zdrowotnej. W nurcie badań nad jakością życia związaną ze zdrowiem (*health related quality of life*) powstają badania nad poziomem usług zdrowotnych różnych instytucji, prozdrowotnością siedlisk życia człowieka, poziomem realizacji praw pacjenta (Heszen i Sęk, 2007). Środowiska opieki medycznej cechują się właściwościami instytucji zhierarchizowanych, w których pacjent znajduje się na niskim szczeblu drabiny społecznej i funkcjonuje w sytuacji społecznej zależności. Stwarza to trudne warunki i wpływa na poziom sukcesu w leczeniu oraz na dobrostan chorego. W sytuacji szpitalnej występuje izolacja od naturalnego środowiska, zmiana trybu życia, podporządkowanie i poczucie niejasności oraz zagrożenia co do stanu zdrowia. Psychologowie zatrudnieni na oddziałach szpitalnych kierując się wiedzą i diagnozą klimatu leczniczego w indywidualnych reakcjach pacjentów wspomagają elementarną interwencją terapeutyczną ich możliwości radzenia sobie z tą złożoną sytuacją trudną (Motyka, 2002). Szczególną

troską i pomocą objęto szpitalne oddziały dla dzieci. Znałe są społeczne akcje „Szpitala Przyjaznego Dzieciom” i akcja „Szpital z sercem” (Heszen i Sęk, 2007). Na oddziałach dla dorosłych tworzy się w oparciu o znajomość czynników prozdrowotnych w sytuacji choroby i leczenia specjalne grupy edukacyjne np. dla pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, czy z cukrzycą.

Na zakończenie tego ogólnego wprowadzenia przedstawiamy sygnalizowany już obszar badań nad wydarzeniami życiowymi, które prowadzono w ramach psychologii rozwoju (*developmental life events*), psychologii stresu (*stressful life events*) i psychologii społecznej (*social readjustment stress*). W tym obszarze powstały różne teorie i modele (Holmes i Rahe, 1967; Dorenwend i Dorenwend 1974; Sheridan i Radmacher 1988).

Podobnie jak Sigrun-Heide Filipp (1981) uznaliśmy, że krytyczne wydarzenia życiowe należy ujmować jako relację między osobą a jej otoczeniem na wzór definiowania sytuacji trudnych jako „wzajemny układ między cechami otoczenia a cechami i aktualnym stanem podmiotu, który zakłóca mechanizmy regulacji zachowania” (Tomaszewski, 1975, s. 32). Krytyczne wydarzenie rozumiane jako „major life event” wyodrębnia się z toku życiowych wydarzeń swoim znaczeniem (jest ważne emocjonalnie i zadaniowo). Od sytuacji stresowych wyróżnia się tym, że wymaga istotnych zmian w mechanizmach regulacji zachowania. Badania wykazały też – mimo nazwy, że wydarzenia te są potencjalnie pozytywne i negatywne, gdyż w toku zmian zachowania i radzenia sobie sytuacje te dynamicznie się zmieniają. Elementy różnych chorób można więc analizować z perspektywy tego modelu (Sęk, 2001). Model ten ujmuje wydarzenie i sytuację na osi czasu, co umożliwia analizę antecendentów (doświadczenie), cechy podmiotu (somatyczne i psychiczne) oraz kontekst zewnętrzny i wewnętrzny sytuacji w różnych momentach (np. przed diagnozą, w sytuacji informowania o diagnozie, w czasie leczenia i rehabilitacji). Przewiduje też analizę sposobów radzenia sobie z sytuacją i ogólne efekty. Model ten wykorzystano w analizie kryzysów sytuacyjnych odniesionych do choroby także o charakterze katastrof i wydarzeń traumatycznych (Kubacka-Jasiecka i Ziarko 2016).

SYTUACJA CZŁOWIEKA W CHOROBIE PRZEWLEKLEJ

Sądzymy, że analizując sytuację człowieka w chorobie przewlekłej warto nawiązać również do bardzo ogólnego modelu przebiegu transakcji stresowej zaproponowanego przez Lazarusa i Folkmana (1984). Model ten może być użyteczny z dwóch powodów.

Po pierwsze, nawiązuje do relacyjnego ujęcia stresu pozwalając, potraktować sytuację choroby przewlekłej, jako potencjalnie krytyczne wydarzenie życiowe, naruszające w znacznym stopniu równowagę w układzie podmiot – otoczenie i wymagające od chorego adaptacji do nowej, zmienionej sytuacji życiowej. W większości przypadków choroba przewlekła przekracza dotychczasowe możli-

wości adaptacyjne pacjenta, naruszając jego dobrostan biologiczny, psychologiczny, społeczny i duchowy (Sęk i Ziarko, 2009).

Po drugie, umożliwia analizę sytuacji, w jakiej znalazł się człowiek chory przewlekle z perspektywy procesu rozciągniętego w czasie, który podlega nieustannym zmianom i w którym można wyodrębnić następujące po sobie fazy. W tym ujęciu zakłada się, że przebieg zmagania się z chorobą przewlekłą będzie obejmował: wyznaczniki przyczynowe, charakterystykę głównych właściwości i wymagań sytuacji, jej ocenę, aktywność w jej trakcie (często określaną, jako radzenie sobie), jej skutki oraz analizę poziomu zasobów i deficytów modyfikujących przebieg transakcji stresowej.

Takie rozumienie sytuacji choroby przewlekłej umożliwia postawienie czterech problemów, pozwalających zrozumieć całość wymagań, jakie pojawiają się przed człowiekiem chorym przewlekle. Można je sformułować w następujący sposób:

- a) Czym charakteryzuje się sytuacja choroby przewlekłej, jakie wymagania pojawiają się przed chorym?
- b) Jak człowiek postrzega (ocenia) sytuację choroby?
- c) Jaką aktywność podejmuje chory znajdujący się w sytuacji choroby przewlekłej?
- d) Jakich potencjalnych skutków może doświadczyć osoba chora przewlekle?

Poniżej postaramy się, pokrótce zarysować odpowiedzi na powyższe pytania.

CHARAKTERYSTYKA SYTUACJI CHOROBY PRZEWLEKŁEJ

Analizując sposoby konceptualizacji choroby przewlekłej można dostrzec dwa podejścia do ujmowania tego zjawiska. W pierwszym, związanym bardziej z naukami medycznymi, określa się ją odwołując do kryterium czasu, jako czynnika pozwalającego odróżnić choroby przewlekłe od innych typów chorób. Dla przykładu można zacytować definicję Światowej Organizacji Zdrowia, w której określa się ją jako: „chorobę o długim czasie trwania i powolnym postępie” nieprzenoszącą się z człowieka na człowieka (WHO, 2017). W odmiennym podejściu do rozumienia choroby przewlekłej, typowego dla nauk społecznych, dąży się do określenia charakterystycznych właściwości choroby przewlekłej i na tej podstawie próbuje się określić, czym ona jest i jakie właściwości ją charakteryzują. Przeważnie dokonuje się zestawienia choroby przewlekłej z ostrą odwołując się do: 1) przyczyn choroby, 2) przebiegu choroby, 3) istoty choroby, 4) konsekwencji choroby oraz 5) sposobów jej leczenia (por. Burish i Bradley, 1983; Ziarko, 2014).

Leventhal i współpracownicy (2005) uważają, że procesy adaptowania się do chorób przewlekłych mogą być analizowane w oparciu o ujęcie biomedyczne oraz psychologiczne ze szczególnym uwzględnieniem modelu stresu i radzenia sobie z nim. W tym drugim przypadku chorobę przewlekłą można potraktować, jako krytyczne wydarzenie życiowe i wyodrębnić w nim, zarówno cechy,

które czynią ją podobną do innych krytycznych wydarzeń życiowych, jak i cechy, które odróżniają ją od tych wydarzeń życiowych.

Do podobieństw choroby przewlekłej z innymi krytycznymi wydarzeniami życiowymi Leventhal i wsp. (2005) zaliczają to, że 1) zwiastuny choroby przewlekłej nie pojawiają się w ogóle lub tuż przed samym zachorowaniem, 2) choroba przewlekła zwiększa wymagania pojawiające się przed jednostką, zagrażając w znacznym stopniu posiadanym przez nią zasobom, 3) efektywne zarządzanie sobą w sytuacji choroby przewlekłej wymaga odpowiednich przygotowań, na które często brakuje czasu i nie ma odpowiednich warunków, 4) w czasie działania stresora doświadczany jest krótkotrwały afekt negatywny związany z przeżywaniem złości, lęku lub obniżeniem nastroju, 5) a w odniesieniu do przyszłości choroba przewlekła wywołuje niepewność spowodowaną niepokojem, jak wpłynie ona na dalsze życie.

Ci sami autorzy podkreślają, że choroba przewlekła jest wyjątkowym, krytycznym wydarzeniem życiowym. Uważają, że można wskazać sześć cech odróżniających ją od innych krytycznych wydarzeń. Są nimi: 1) fakt, że choroba jest stresorem uniwersalnym, co oznacza, że każdy człowiek doświadczy przynajmniej jednej choroby przewlekłej w ciągu życia, 2) jest to krytyczne wydarzenie życiowe o charakterze wewnętrznym, prowadzące do szybkiego wyczerpywania się posiadanych zasobów, 3) jest zdarzeniem nagłym, niepoprzedzonym łatwymi do zauważenia sygnałami świadczącymi o rozwoju choroby, 4) sposoby radzenia sobie z nią, jakie podejmuje pacjent aby kontrolować swoją chorobę, mogą być obciążające i zagrażające zdrowiu i życiu w stopniu porównywalnym z samą chorobą, 5) choroby przewlekłe przyczyniają się do stanu długotrwałego napięcia emocjonalnego, 6) wydarzenie to jest niezwykle mocno osadzone w kontekście kulturowym i instytucjonalnym.

Chcąc zrozumieć, jakie obciążenia i wymagania niesie ze sobą zachorowanie na chorobę przewlekłą, można opierać się na klasyfikacji chorób przewlekłych zaproponowanych przez Ziarko (2014). Uważa on, że choroby przewlekłe można rozpisywać na pięciu wymiarach, a usytuowanie chorego, na którymś z jej krańców pozwala przewidzieć, z jakimi trudnościami może się on mierzyć. Wymiary te dotyczą:

- prawdopodobieństwa utraty życia. Wymiar ten pozwala odróżnić choroby przewlekłe niepowodujące bezpośrednio zagrożenia życia od chorób bezpośrednio zagrażających życiu. Informacja ta zmienia sytuację psychiczną chorego, ponieważ wiedza o niedalekiej śmierci może skłaniać chorych do dokonywania bilansu życia lub wzmacniać poziom niepokoju związanego min. z losem najbliższych;
- przebiegu choroby. Odwołanie się do tego wymiaru pozwala wyróżnić choroby rozwijające się powoli od chorób rozwijających się rzutami. Wydaje się, że chorowanie na chorobę rozwijającą się rzutami, jest trudniejszym doświadczeniem dla chorego, po-

nieważ wiąże się z większą nieprzewidywalnością życia;

- możliwości leczenia choroby. Wymiar ten umożliwia odróżnienie chorób przewlekłych podlegających leczeniu od chorób niepodlegających leczeniu. Te drugie stawiają człowieka w trudniejszej sytuacji psychologicznej, ponieważ żyje on ze świadomością faktu, że rozwoju schorzenia, na które cierpi nie można zahamować i że doprowadzi ono do jakiejś formy niepełnosprawności;
- możliwości kontrolowania choroby. W odwołaniu do tego kryterium można odróżnić choroby przewlekłe, których leczenie ogranicza się do stosowania procedur medycznych oraz choroby przewlekłe, w których skuteczne leczenie nie jest możliwe bez modyfikacji zachowania chorego i jego stylu życia. Ta druga kategoria wydaje się korzystniejsza dla chorego, ponieważ zwiększa jego zaangażowanie w leczenie oraz poczucie wpływu na swój los;
- konsekwencji choroby. Odwołując się do tego wymiaru można wyróżnić choroby nieznacznie upośledzające funkcjonowanie od chorób znacznie je upośledzających. Ta pierwsza kategoria chorób będzie implikowała fakt, że sytuacja chorowania jest sytuacją obciążoną mniejszymi wyzwaniem.

POSTRZEGANIE CHOROBY PRZEWLEKŁEJ.

Drugie zagadnienie, które umożliwia zrozumienie sytuacji, w jakiej znajduje się osoba chora przewlekłe, związane jest z odpowiedzią na pytanie: jak człowiek ocenia sytuację choroby przewlekłej? W klasycznej, transakcyjnej teorii stresu psychologicznego wyróżnia się dwa typy oceny: ocenę pierwotną i wtórną (Lazarus, Folkman, 1984; Lazarus, 1986). Ta pierwsza jest procesem oceny wymagań, co może doprowadzić do spostrzegania sytuacji, jako niosącej ze sobą zapowiedź krzywdy, zagrożenia lub wyzwania. Ocena wtórna, związana jest ze sprawdzeniem, czy w zaistniałej sytuacji istnieje jakakolwiek możliwość poradzenia sobie ze stresującym wydarzeniem. Dotyczy ona szacowania własnych możliwości i dostępności zasobów istotnych z punktu widzenia radzenia sobie z wymaganiami sytuacji.

Wydaje się jednak, że te bardzo ogólne kategorie, zaproponowane przez Lazarusa i Folkmana można doprecyzować uwzględniając specyfikę sytuacji choroby przewlekłej. Jako specyficzną formę oceny sytuacji choroby przewlekłej można potraktować jej poznawczą reprezentację. Problematyka ta jest rozwijana od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku. Zagadnienia te były podejmowane w Polsce przez Kulczyckiego (1971), który posługiwał się pojęciem indywidualnej koncepcji choroby, Heszen-Klemens (1979), która zajmowała się obrazem własnej choroby, czy też Wrześniewskiego (1986), który pisał o postawie wobec choroby. Zagadnie to było też rozwijane przez Leventhala i współpracowników (Leventhal, Meyer i Nerenz, 1980, Leventhal, Benyamini i Brownlee, 1997), którzy mówili o przekonaniach na temat własnej choroby.

Dla przykładu Heszen-Klemens (1979) twierdzi, że obraz własnej choroby to: „poznawcza reprezentacja własnej choroby konstruowana przez chorego” (*op. cit.*, s. 31). Wynika z tego, że obraz własnej choroby to złożony, dynamiczny schemat poznawczy dotyczący choroby, co oznacza, że może być modyfikowany przez cały czas trwania choroby w wyniku uzyskiwania informacji napływających ze środowiska. Według jej autorki można go charakteryzować w aspekcie formalnym i treściowym.

W pierwszym przypadku analizowane są cechy struktur poznawczych takie jak: 1) plastyczności, będącą podatnością struktur poznawczych na zmiany pod wpływem nowych informacji, 2) złożoności, czyli ilości informacji tworzących obraz własnej choroby, 3) abstrakcyjności – konkretności, wymiar ten dotyczy tego, czy w strukturach poznawczych przeważają elementy o charakterze obrazowym, a więc wyobrażenia na temat choroby, czy też elementy o charakterze pojęciowym, czyli sądy, opinie, poglądy oraz przypuszczenia dotyczące choroby, 4) aktywności – bierności, aspekt odnoszący się do tego, w jakim stopniu posiadana poznawcza reprezentacja choroby uczestniczy w regulowaniu zachowania. Użyteczność tego sposobu analizy związana jest z możliwością zrozumienia procesów powstawania i modyfikowania struktur poznawczych. W mniejszym stopniu aspekt ten można wykorzystać do zrozumienia tego, jak chorzy ustosunkowują się do własnej choroby.

Aby zrozumieć, jak chorzy „myślą” i „przeżywają” swoją chorobę przydatne jest odwołanie się do treściowego aspektu struktur poznawczych. Według Heszen-Klemens (1979) obejmuje on wiedzę i przekonania na temat: 1) istoty choroby, czyli tego, czym jest dana choroba, jak jest ona pojmowana przez chorego, 2) przyczyn choroby, czyli czynników predysponujących do zachorowania, 3) przebiegu choroby, a więc przypuszczenia na temat tego, jak choroba będzie się rozwijała, 4) przebiegu leczenia, czyli sądy na temat tego, jakie leczenie należy podjąć, aby złagodzić objawy, doprowadzić do remisji lub wyleczenia, 5) aktualnego stanu zdrowia, zwłaszcza zmian spowodowanych w organizmie przez chorobę oraz 6) długotrwałych konsekwencji choroby obejmujących somatyczne, psychiczne i społeczne następstwa chorowania.

AKTYWNOŚĆ W CHOROBIE PRZEWLEKŁEJ

Trzeci problem, którego rozwiązanie ułatwi zrozumienie sytuacji człowieka chorego przewlekłe, wiąże się z odpowiedzią na pytanie: Jaką aktywność podejmuje osoba chorująca przewlekłe? Pytanie to jest istotne, ponieważ od momentu pojawienia się pierwszych symptomów lub postawienia diagnozy chorzy rozpoczynają proces poszukiwania, wyboru i realizacji działań mających na celu przystosowanie się do wymagań stawianych przez chorobę.

Problem ten może być analizowany wąsko, w oparciu o pojęcia wywodzące się bezpośrednio z transakcyjnej teorii stresu, wtedy posługujemy się pojęciem radzenia sobie. Przy szerszym ujęciu można użyć pojęcia aktyw-

ność w obliczu choroby przewlekłej (por. Heszen, 2013). Termin aktywność jest pojęciem szerszym, gdyż zawiera w sobie zarówno radzenie sobie jak i specyficzne działania, jakie człowiek podejmuje w trakcie choroby przewlekłej, np. zachowania zdrowotne w sytuacji choroby (por. Sęk, 2000).

Postawione powyżej pytanie można uszczegółowić: rozważając co jest celem aktywności osób chorych przewlekle oraz jak ten cel jest realizowany?

Heszen (2013) stawia tezę, że głównym celem instrumentalnego radzenia sobie w sytuacji choroby przewlekłej jest osiągnięcie przez chorego optymalnego stanu

rodzajów radzenia sobie powstałych w wyniku badań empirycznych różnych autorów, a są to propozycja Lazarusa i Folkmana (1988; za: Wrześniewski, 1996; Stone i Neal, 1984; Carver, Scheier i Weintraub, 1989).

Z Tabeli 1 wynika, że trzy zespoły badawcze przedstawiają różne sposoby porządkowania wiedzy o rodzajach radzenia sobie ze stresem. Generalnie, te sposoby odnoszą się do strategii działaniowych (aktywnych), do strategii poznawczych i strategii wzbudzania oraz regulacji emocji oraz różnych sposobów unikania i zaprzeczania. Osoby chore przewlekle używają tych sposobów na ogół bardzo zindywidualizowanie.

Tabela 1
Przykłady strategii radzenia sobie ze stresem

Folkman, Lazarus	Carver, Scheier, Weintraub	Stone, Neal
Konfrontacja	Aktywne radzenie sobie	Odwroćcie uwagi
Dystansowanie się	Planowanie	Redefiniowanie sytuacji
Samokontrola	Poszukiwanie instrumentalnego wsparcia społecznego	Bezpośrednie działanie
Poszukiwanie wsparcia społecznego	Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego	Odreagowanie
Przyjmowanie odpowiedzialności	Unikanie konkurencyjnych działań	Akceptacja
Ucieczka – unikanie	Zwrot ku religii	Poszukiwanie wsparcia społecznego
Planowanie rozwiązywania problemu	Poztywne przewartościowanie	Relaksacja
Pozytywne przewartościowanie	Powstrzymanie od działania	Zwrot ku religii
	Akceptacja	
	Koncentracja na emocjach i ich wyładowanie	
	Zaprzeczenie	
	Odwracanie uwagi	
	Zaprzestanie działania	
	Używanie alkoholu / narkotyków	
	Poczucie humoru	

Źródło: Ziarko, 2014

zdrowia, co nie oznacza pełnego wyzdrowienia, a jedynie spowolnienie lub zatrzymanie postępów choroby. Problematykę funkcji radzenia sobie w obliczu choroby przewlekłej rozwijali też Moos i Schaefer (1984). Uważają oni, że w sytuacji choroby przewlekłej dzięki skutecznemu radzeniu sobie, pacjent realizuje trzy zadania związane bezpośrednio z chorobą i cztery zadania o ogólnym charakterze. Zadania związane bezpośrednio z chorobą przewlekłą dotyczą: 1) radzenia sobie z konsekwencjami choroby, a w szczególności z symptomami, bólem i pojawiającą się niepełnosprawnością, 2) przystosowania się do wymogów leczenia i specyficznego środowiska, jakim jest służba zdrowia oraz 3) zbudowania i utrzymania pozytywnych relacji z pracownikami służby zdrowia. Natomiast zadania o charakterze ogólnym odnoszą się do: 1) utrzymania emocjonalnej równowagi; 2) utrzymania spójnego poczucia Ja, zwłaszcza w obszarze kompetencji i poczucia sprawstwa; 3) utrzymania dobrych relacji z rodziną i przyjaciółmi oraz 4) przygotowania się do przyszłej egzystencji.

W analizie sposobów realizacji powyższych celów można posłużyć się ogólnymi sposobami grupowania różnych

Można też próbować, ze względu na wymagania stawiane przez konkretną chorobę przewlekłą, dookreślić specyficzne dla danego schorzenia strategie radzenia sobie. Jako przykład, tego drugiego podejścia można podać propozycję Kraaimaat i Evers (2003), którzy w odniesieniu do pacjentów, cierpiących na schorzenia reumatyczne, zmagających się z silnym bólem założyli, że radzenie sobie z bólem może odbywać się przy pomocy trzech strategii aktywnych (transformacji bólu, odwracania uwagi i redukcji wymagań) oraz trzech strategii pasywnych (wycofania się, zamartwiania się i odpoczywania).

Oprócz pojęć, które wywodzą się wprost z koncepcji stresu psychologicznego, można rozumienie sytuacji, w jakiej znalazła się osoba chora przewlekle wzbogacać wiedzą o innych formach aktywności. Jednym z rodzajów takiej aktywności są zachowania zdrowotne w sytuacji choroby. Heszen (2013) traktuje je jako jedną z form instrumentalnego radzenia sobie z chorobą, której cechą charakterystyczną jest posiadanie intencji. Rozróżnia ona dwa obszary czynności pacjenta, które prowadzą do realizacji celów zdrowotnych: podporządkowywanie się zaleceniom lekarskim oraz aktywność podejmowaną

z własnej inicjatywy. Zachowania te mogą obejmować: 1) rezygnację z zachowań antyzdrowotnych i wprowadzenie do swojego stylu życia zachowań prozdrowotnych, 2) monitorowanie swojego stanu zdrowia, 3) utrzymywanie kontaktów z pracownikami służby zdrowia i systematyczne wizyty w placówkach służby zdrowia oraz 4) systematyczne przyjmowanie leków (Ziarko, 2014).

SKUTKI CHOROBY PRZEWLEKŁEJ

Jedną z cech charakteryzujących sytuację przewlekłego chorowania dotyczy tego, że jest to sytuacja chroniczna. Choroba przewlekła nie mija, a wręcz przeciwnie, utrzymuje się latami i przeważnie nasila się w miarę upływu czasu. Skutkiem tego stanu rzeczy jest wystąpienie i kumulowanie wielu przeważnie negatywnych następstw obejmujących większość, jeśli nie wszystkie aspekty życia osoby nią dotkniętej. Choroba przewlekła zakłóca przebieg większości życiowych procesów człowieka. Powoduje zmiany w somatycznym, psychicznym i społecznym funkcjonowaniu chorego, a także wypacza przebieg procesów rozwojowych związanych z realizacją zadań rozwojowych i przechodzeniem przez kolejne fazy cyklu życia (por. Heszen i Sęk, 2007). Dla przykładu Falvo (2005) przedstawia bardzo pesymistyczny obraz skutków omawianych chorób. Uważa, że człowiek chory przewlekłe może być zagrożony utratą: 1) życia i fizycznego dobrostanu, 2) integralności ciała i poczucia komfortu, co wynika z objawów choroby lub stosowanego leczenia, 3) niezależności, prywatności, autonomii i poczucia kontroli, 4) poczucia spójności Ja i niemożnością wypełniania ról społecznych, 5) możliwości realizowania zadań rozwojowych i formułowanych planów na przyszłość; utratą związków z rodziną, przyjaciółmi, kolegami, 6) utratą możliwości pozostania w znajomym i przyjaznym otoczeniu, 7) bezpieczeństwa ekonomicznego.

Negatywne następstwa można przyporządkować do jednego z pięciu obszarów życia: biologicznego, psychicznego, społecznego, behawioralnego i środowiskowego. Poniżej zostaną przedstawione główne następstwa choroby przewlekłej.

Wśród następstw biologicznych, jako najważniejsze wskazuje się: zmniejszenie sprawności organizmu prowadzące często do niepełnosprawności, wystąpienie dolegliwości bólowych, zmiany w wyglądzie przejawiające się oszpeceniami oraz zmiany w aktywności seksualnej.

Psychiczne następstwa choroby przewlekłej mogą dotyczyć sfery poznawczej lub emocjonalnej. W sferze poznawczej manifestują się zmianą myślenia o sobie (schematy ja), przekonań (np. dotyczących własnej skuteczności) i oczekiwań (np. optymizmu *vs* pesymizmu) (Miller i Schnoll, 2005). Natomiast w sferze emocjonalnej dotyczą głównie przeżywania cierpienia oraz doświadczania długo utrzymujących się nieprzyjemnych stanów emocjonalnych, takich jak lęk i obniżenie nastroju oraz z konieczności radzenia sobie z tymi emocjami.

Spoleczne następstwa obejmują konieczność ponownego zaadaptowania się do świata społecznego, w sytuacji

obniżonej sprawności fizycznej, co przejawia się koniecznością ponownego ustosunkowania się do pełnionych przez siebie ról społecznych i powtórnego wyznaczenia sobie celów, jakie chce się osiągnąć w życiu.

Z kolei następstwa behawioralne dotyczą konieczności zmiany stylu życia. Zmiany te obejmują zarówno przebieg codziennych czynności jak i bardziej złożonych wzorców aktywności związanych z pracą zawodową, życiem rodzinnym, uczestnictwem w życiu społecznym i towarzyskim czy też spędzaniem wolnego czasu. Zmiany te często pociągają za sobą konieczność podejmowania nowych działań, wymagających wysiłku (np. w zakresie diety), bądź rezygnację z wielu aktywności, które były źródłem zadowolenia i nadawały sens życiu (np. w zakresie uprawiania sportów i spędzania czasu wolnego).

Ostatnia grupa następstw, czyli konsekwencje środowiskowe związane są zwłaszcza z pogorszeniem sytuacji materialnej, gdyż chorowanie wiąże się z dodatkowymi wydatkami w sytuacji ograniczonej możliwości zarabiania. Może też wystąpić konieczność izolacji w związku z potrzebą leczenia szpitalnego lub sanatoryjnego.

Następstwa życia z chorobą przewlekłą są też w znacznym stopniu zależne od tego, do jakich zasobów radzenia sobie człowiek może się odwołać. W ramach psychologii stresu i radzenia sobie oraz psychologii zdrowia powstały liczne prace dotyczące zasobów osobistych człowieka – takich jak odporność psychiczna, poczucie koherencji, elastyczność radzenia sobie, poczucie własnej skuteczności itp. Wiele też pisze się o zasobach społecznych, zwłaszcza o grupach wsparcia społecznego. Problematyka ta przekracza jednak ramy naszych rozważań.

ZAKOŃCZENIE

Podstawę opisu funkcjonowania człowieka przewlekłe chorego może z powodzeniem stanowić klasyczna teoria sytuacji Tomaszewskiego (1975) i zastosowanie tej wiedzy do sytuacji stresowej w ramach psychologii klinicznej (Lewicki 1979). Wykazano, że niemal wszystkie elementy tworzące pojęcie i koncepcję psychologii sytuacji można odnieść do tematyki zdrowotnej. Pokazano też, jak zagadnienia sytuacji można porównać do badań z zakresu wydarzeń życiowych.

Z przeglądu wybranych zagadnień istotnych dla analizy sytuacji zdrowotnej człowieka i potencjalnych skutków doświadczania sytuacji choroby przewlekłej wynika, że większość badaczy koncentruje się na jej obciążającym charakterze i negatywnych następstwach przewlekłego chorowania.

Rzeczywistość społeczna i praktyka psychologów zdrowia wskazuje natomiast, że wiele osób radzi sobie z wymaganiami zdrowotnymi i niekiedy twórczo adaptuje się do tych wymagań. W ramach nowych nurtów badania strategii radzenia sobie z trudnymi, stresowymi sytuacjami powstają prace, które uwzględniają w coraz większym stopniu pozytywne sposoby regulacji zachowań i uzyskiwania dobrostanu (Heszen i Sęk, 2007; Trzebińska, 2008) Od połowy lat dziewięćdziesiątych prowadzo-

ne są również prace, których celem jest zidentyfikowanie pozytywnych skutków przewlekłego chorowania. Kładzie się w nich nacisk na procesy związane ze wzbudzeniem pozytywnych emocji, dokonywaniem ponownej oceny swojej sytuacji życiowej i zdrowotnej (Morrison i Bennett, 2009; Heszen i Sęk, 2007). W ostatnich latach powstają liczne badania nad potraumatycznym wzrostem, które obejmują także sytuacje zdrowia somatycznego (por. Ogińska-Bulik, 2016). Można więc mieć nadzieję, że pozytywne procesy samoorganizacji i adaptacji do sytuacji choroby będą przedmiotem dalszych badań.

LITERATURA

- Burish, T.G., Bradley, L.A. (1983). Coping with chronic disease: Definitions and issues. W: T.G. Burish, L.A. Bradley (red.), *Coping with chronic disease: Research and applications* (s. 3-12). New York: Academic Press.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267
- Dorenwend, B.S., Dorenwend, B.P. (1974). *Stressful life events. Their nature and effects*. New York: Wiley.
- 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.
- Filipp, S-H. (1981). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. W: S-H. Philipp (red.), *Kritische Lebensereignisse* (s. 3-52). München: Urban & Schwarzenberg.
- Heszen-Niejodek, I., Wrześniewski, K. (2000). Udział psychologii w rozwiązywaniu problemów zdrowia somatycznego. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (tom 3, s. 444-464). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Klemens, I. (1979). *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław: Ossolineum.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 122-132.
- Kraaimaat, F.W., Evers, A.W.M. (2003). Pain-coping strategies in chronic pain patients: Psychometric characteristics of the Pain-Coping Inventory (PCI). *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 343-363. doi: 10.1207/S15327558IJB1004_5
- Kubacka-Jasiecka, D., Ziarko, M. (2016). Pomoc psychologiczna w różnych typach kryzysu. W: L. Cierpiałkowska, H. Sękl (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 673-694). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kulczyki, M. (1971). *Psychologiczne problemy człowieka chorego. Z zagadnień współpracy pracownika służby zdrowia z pacjentem*. Wrocław: Zakład Narodowy imienia Ossolińskich.
- Lazarus, R. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 3-4, 2-39.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S. (1997). Illness representations: theoretical foundations. W: K.J. Petrie, J.A. Weinman (red.), *Perceptions of health and illness* (s. 1-18). Amsterdam: Harwood.
- Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E., Ozakinci, G. (2005). Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. W: S. Sutton, A. Baum, M. Johnston (red.), *The sage handbook of health psychology* (s. 197-240). London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. W: S. Rachman (red.), *Medical psychology* (t. 2, s. 7-30). New York: Pergamon.
- Lewicki, A. (1978). Psychologia kliniczna w zarysie. W: A. Lewicki (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 10-155). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Miller, S.M., Schnoll, R.A. (2005). Gdy wiedzieć znaczy czuć – poznawczo – emocjonalne podejście do radzenia sobie ze stresem zdrowotnym. W: M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji* (s. 676-700). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Moos, R.H., Schaefer, J.A. (1984). The crisis of physical illness. W: R. Moos (red.), *Coping with physical illness* (s. 3-26). New York: Plenum Press.
- Morrison, V., Bennett, P. (2009). *An introduction to health psychology*. Harlow England: Pearson Education Limited.
- Motyka, M. (2002). *Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Ogińska-Bulik, N. (2016). Psychologiczne następstwa doświadczeń traumatycznych. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 365-383). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (1991). Procesy twórczego zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi a zdrowie psychiczne. W: H. Sęk (red.), *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne* (s. 30-41). Poznań: Wydawnictwo UAM
- Sęk, H. (2000). Zdrowie behawioralne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (tom 3, s. 533-553). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sęk, H. (2001). Stres krytycznych wydarzeń życiowych. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby* (s. 13-22). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Sęk, H., Ziarko, M. (2009). Utilization of resources in coping with chronic illness. *Polish Psychological Bulletin*, 40, 6-12.
- Sheridan, C.L., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Zdrowia.
- Stone, A., Neale, J. (1984). New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892-906. doi: 10.1037/0022-3514.46.4.892
- Światowa Organizacja Zdrowia. (2017). Online: 15.03.2017, http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/.
- Tomaszewski, T. (1963). *Wprowadzenie do psychologii*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Tomaszewski, T. (1975). Człowiek i otoczenie. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia* (s. 13-36). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

- Wrześniewski, K. (1986). *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Wrześniewski, K. (1996). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: I. Heszen-Niejodek, R. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 45-64). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wrześniewski, K. (2000). Psychologiczne uwarunkowania powstania i rozwoju chorób somatycznych. W: W. J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (tom. 3, s. 493-512). Gdańsk: GWP.
- Ziarko, M. (2014). *Zmaganie się ze stresem przewlekłej choroby*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.