

Wybrane korelaty dobrostanu psychicznego kandydatów na asystentów zdrowienia

Karolina Zalewska-Łunkiewicz*, Agata Chudzicka-Czupała

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Zamiejscowy w Katowicach

SELECTED CORRELATES OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN CANDIDATES
FOR THE PEER SUPPORT WORKERS

The situation of mental crisis and psychiatric hospitalization is a difficult one, which may be described in the category of stress that affects individuals' subjective well-being. Also the post-discharge period, the time of recovery, is related to the necessity of coping with many difficulties-stigma, treatment, occupational problems. The aim of the study was to assess the levels of perceived distress during the time of psychiatric hospitalisation and in post-discharge period, coping strategies, self-efficacy and also associations of these variables with subjective well-being in people who prepare to the role of peer support workers. The pilot study covered a group of 35 subjects-participants of one of the first realised in Poland workshop for peer support workers. The following questionnaires were used: Psychological Well-Being PWB, The General Self-Efficacy Scale GSES, Distress Thermometer DT, Brief-COPE. The results point to the existence of the associations of subjective well-being in future peer support workers and their difference of distress appraisal between the time of crisis and the time of recovery, self-efficacy and the complex set of coping with stress strategies. The research demonstrates that further empirical explorations are justified of the subjective well-being and coping of individuals after a psychiatric hospitalization crisis, who wish to help other mental disorder sufferers.

Key words: health assistants, subjective well-being, self-efficacy, coping with stress

WPROWADZENIE

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat w całej Europie podjęto zdecydowane kroki w kierunku deinstytucjonalizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej (por. Chew-Graham i in., 2007). Istnieje powszechna zgoda co do potrzeby odchodzenia od leczenia w dużych szpitalach psychiatrycznych i przejścia do udzielania kompleksowej pomocy, prowadzonej w środowisku opartej na społecznościach (Caldas de Almeida Killaspy, 2011), by ułatwić proces zdrowienia. W Polsce także trwają przygotowania do zmiany systemu opieki psychiatrycznej (Ministerstwo Zdrowia, 2018). W 2018 roku pilotażowo uruchomiono Centra Zdrowia Psychicznego, środowiskowe punkty pomocy, rozpoczęły się także przygotowania do usankcjonowania zawodu asystentów zdrowienia (AZ), wykonywanego przez ludzi, którzy doświadczyli kryzysu psychicznego i zamierzają pomagać innym, poddawany opiece psychiatrycznej. Badania zaprezentowane w tym artykule koncentrują się na dobrostanie psychologicznym (DP) oraz jego związkach postrzeganym dystresem, strategiami radzenia sobie ze stresem i poczuciem własnej skuteczności oraz są pierwszym takim badaniem wśród uczest-

ników warsztatów przygotowujących do pełnienia roli AZ w Polsce.

Sytuacja kryzysu psychicznego i hospitalizacji psychiatrycznej jest dla człowieka doświadczeniem trudnym i złożonym, powiązany z licznymi czynnikami generującymi stres (por. Zalewska-Łunkiewicz, 2016). Izolacja od naturalnego środowiska życia, rutynowy harmonogram dnia, brak intymności, powodują całkowitą zmianę perspektywy życiowej u człowieka przebywającego w szpitalu, co może utrudniać proces wychodzenia z kryzysu (Cogswell, 1984). Dlatego stan załamania psychicznego i związane z nim leczenie szpitalne mogą bezpośrednio skutkować obniżeniem DP jednostki, podobnie jak okres po hospitalizacji, który jest czasem szczególnego ryzyka wystąpienia trudności adaptacyjnych (por. Chudzicka-Czupała i Biernat, 2018). Przegląd dotychczasowych doniesień z badań nad powrotem do życia społecznego po przebyciu hospitalizacji psychiatrycznej wskazuje, że znaczącym utrudnieniem jest ekspozycja na stigmatazację i piętno choroby psychicznej (Czykwin, 2007; Goffman, 2007), ponadto niepewność powrotu do pracy, przerwanej edukacji, poczucie niezrozumienia wśród bliskich, brak wsparcia społecznego (por. Noiseux i in., 2010). Metaanaliza Chung i współpracowników (2017) wskazuje na dużą liczbę samobójstw w okresie po wypisie ze szpitala psychiatrycznego, a w badaniach Rüsha i współpracowników (2014) zaobserwowano negatywny związek silnych reakcji emocjonalnych i stresu związa-

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Karolina Zalewska-Łunkiewicz, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Zamiejscowy w Katowicach, ul. Techników 9, 40-326 Katowice. kzalewska@swps.edu.pl

nego ze stygmatyzacją, spowodowaną pobytem w szpitalu psychiatrycznym, z jakością życia i samooceną osób dorosłych. Mediatorem tego efektu okazały się zwiększona tendencja do autostygmatyzacji oraz bezsilność. Badania prowadzone wśród młodzieży po leczeniu stacjonarnym (Haynes, Eivors i Crossley, 2011) wykazały, że hospitalizacja wpłynęła na ich poczucie tożsamości oraz utrudniła radzenie sobie ze stresem.

Stąd wynika potrzeba wdrażania takiej formy opieki nad osobami po doświadczeniu kryzysu psychicznego, która zredukowałaby psychologiczne koszty związane ze znalezieniem się w trudnej dla nich sytuacji, ale także wspomagała utrzymanie kondycji psychicznej i takie zasoby, jak zdolność do skutecznego radzenia sobie ze stresem. We współczesnej rehabilitacji psychiatrycznej mówi się o potrzebie wzmacniania procesu zdrowienia, a nie tylko leczenia choroby, kładąc nacisk na systemowe wsparcie readaptacji po hospitalizacji psychiatrycznej przez działania oparte na promowaniu zdrowia i budowaniu dobrostanu psychicznego osób chorujących w ich środowisku (Slade, 2010). Od tego, w jaki sposób pacjenci poradzą sobie z powrotem do uczestnictwa w codziennym życiu społecznym po doświadczeniu szpitalnego leczenia psychiatrycznego może zależeć poprawa ich DP. Deklaracja WHO jasno określa termin „zdrowie psychiczne” jako: „dobrostan psychiczny, w którym jednostka realizuje własne możliwości, może poradzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, pracować wydajnie i owocnie oraz jest w stanie wnieść wkład do społeczności” (Gromulska, 2010, s. 127). Zatem zdrowienie będzie rozumiane nie tylko jako pozbywanie się problemów, ale bardziej jako „dostrzeganie ludzi za ich problemami” – wzmacnianie ich możliwości, zainteresowań i marzeń, a także pomoc w odzyskiwaniu ról społecznych i relacji, które nadają życiu wartość i znaczenie (Perkins i Repper, 2003).

W sukurs tak postawionemu rozumieniu zdrowienia idzie program szkoleniowy dla AZ, którego celem jest budowanie kompetencji tych osób do udzielania wsparcia oraz edukowania w zakresie zdrowego stylu życia i dbałości o higienę psychiczną. Program ten oparty jest o koncepcję bycia „ekspertem przez doświadczenie”, wdrażaną w wielu krajach na całym świecie, m.in. w Niemczech, USA (Rogers, 2017) i Wielkiej Brytanii (Gillard i in., 2017). Idea, która przyświeca takiej formie pomocy, leży w naturalności wspierania się osób o podobnych doświadczeniach w sytuacji stresu emocjonalnego (Gillard i in., 2017). Realizowanie roli AZ jest zgodne również z założeniami idei empowerment, ponieważ pozwala wzmacniać zasoby pomagającego, jak i zwiększać korzyści psychologiczne odbiorcy pomocy (Ochocka i in., 2006; Sawicka i Bronowski, 2016).

Do wartości przypisywanych wsparciu udzielanemu przez AZ należą relacja oparta na równowadze sił, wzajemna identyfikacja, całościowe rozumienie kryzysu psychicznego, z koncentracją na możliwych pozytywnych stronach sytuacji, budowanie bezpiecznej i budzącej zaufanie relacji interpersonalnej między wspomaganym i wspomagającym, bazującej na podzielanym doświad-

czeniu (Gillard i in., 2017). W trakcie warsztatów, dzięki lepszemu poznaniu siebie i własnych możliwości radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu, rozwinięciu nowych umiejętności społecznych, niezbędnych do pełnienia tej unikatowej roli, AZ mogą wzmacniać poczucie własnej skuteczności i uczą się bardziej efektywnie radzić sobie ze stresem (Miyamoto i Sono, 2012). Realizacja roli „eksperta przez doświadczenie” daje też szansę na osadzenie się w rolach społecznych i zawodowych i może ułatwiać zarówno poprawę, jak i utrzymanie dobrostanu psychologicznego.

Badania zasobów psychologicznych, w odniesieniu do dobrostanu i radzenia sobie ze stresem, mają w psychologii długą tradycję (Hobfoll, 2002). Dobrostan psychologiczny określa się jako „poznawcze i afektywne oceny własnego życia, dokonywane przez osobę” (Diener, Lucas i Oishi, 2005, s. 63). Jest to subiektywny stan ogólnego zadowolenia z życia (Pavot i Diener 2008), związany z poczuciem szczęścia i samorealizacją oraz pozwalający na optymalną adaptację do zmiennych warunków życiowych. Ryff (2014) proponuje ujęcie DP w duchu eudajmونیstycznym, które można opisać na kilku wymiarach. DP asystentów zdrowienia, którzy doświadczywszy kryzysu psychicznego i wynikających z niego trudności, mają zamiar zawodowo pomagać innym ludziom, jest szczególnie ważny. AZ swoim przykładem mają przecież wzbudzić w pacjentach wolę i umiejętność dbania o zdrowie, a jak stwierdza Ryff (2014) w swoim przeglądzie badań nad rolą DB w różnych obszarach życia indywidualnego i społecznego, całkowite wyleczenie w przypadku chorób psychicznych wymaga czegoś więcej niż zmniejszenia dystresu; musi ono również obejmować poprawę dobrostanu psychicznego. Ponadto utrzymanie dobrostanu zmniejsza ryzyko przyszłego nawrotu choroby (Fava, Ruini i Belaise, 2007, za: Ryff, 2014).

Badania dotyczące uwarunkowań zmienności DPw ciągu życia nie są jednoznaczne. Według badań longitudinalnych (Erhardt, Saris i Veenhoven, 2000) ważne wydarzenia życiowe, a za takie przyjmuje się pobyt na oddziale psychiatrycznym (Rüsch i in., 2014), warunkują podobny procent wariacji dobrostanu psychicznego, jak cechy osobowe. Zdaniem Pavota i Dienera (2008) wpływ wydarzeń życiowych na DP jest krótkotrwały, ponieważ ludzie posiadają zdolność adaptacji do nowych warunków życia, która regulowana jest w większym stopniu czynnikami temperamentalnym i osobowościowymi.

Istotne są zasoby psychologiczne, oddziałujące na dobrostan, określane przez Taylor i Broffmana, (2011, s. 1) jako „różnice indywidualne, wywierające pozytywny efekt na zdrowie psychiczne i fizyczne”. Niektóre z nich nabierają szczególnego znaczenia, gdy ludzie stają w obliczu wyzwań (Taylor i in., 2000). Ze względu na dystres związany z doświadczeniami kryzysu psychicznego i hospitalizacji (Rüsch i in., 2014; Haynes, Eivors i Crossley, 2011) postrzeganie stresu i strategię radzenia sobie z nim odgrywają w tym wypadku szczególną rolę u AZ. Potencjalny repertuar reakcji, uruchamianych w toku transakcji na skutek spostrzegania i oceny sytuacji jako stresowej, rozumiany jest

przez Carvera i Scheiera (1994) jako dyspozycyjny styl radzenia sobie ze stresem. Wśród doniesień naukowych można odnaleźć wiele takich, które mówią o związkach radzenia sobie ze stresem z dobrostanem psychicznym, w zróżnicowanych kontekstach społecznych i klinicznych. Często wskazuje się w nich na pozytywny związek strategii i stylów radzenia sobie skoncentrowanych na problemie, czyli aktywnym podejmowaniu zadań zmierzających do usunięcia stresora, z dobrostanem psychicznym. Dowodzą tego badania studentów zdrowych i doświadczających symptomów zaburzeń psychicznych, u których pozytywnie przewartościowanie wiązało się z ujemnie z nasileniem objawów klinicznych (Gustems-Carnicer i Calderón, 2012); badania pielęgniarek (Loukzadeh i Bafrooi, 2013), a także rodziców dorosłych dzieci trwale chorujących (Patrick i Hayden, 1999). W kontraście do tej pozytywnej korelacji, w badaniach tych wskazuje się jednocześnie negatywny związek dobrostanu psychicznego ze strategiami skoncentrowanymi na emocjach (Loukzadeh i Bafrooi, 2013), bądź opartymi na działaniach zastępczych stosowanych w celu unikania kontaktu ze stresem, a także obwinianiem siebie (Patrick i Hayden, 1999). W badaniach nad eudajmonistycznie rozumianym dobrostanem psychicznym pojawiają się także przesłanki o jego pozytywnym związku z religijnym radzeniem sobie, w mediacyjnej perspektywie poczucia sensu życia (Krok, 2014). Strategie radzenia sobie wybierane przez kandydatów do roli AZ, objęte uwagą w naszym badaniu, są istotne nie tylko z tej przyczyny, że mogą wiązać się z jakością własnego procesu zdrowienia, ale także dlatego, że AZ staną się w tym zakresie modelami dla osób wspieranych (Miyamoto i Sono, 2012; Gillard i in., 2017).

Kolejnym zasobem związanym z dobrostanem psychicznym jest poczucie własnej skuteczności (Hanjani i in., 2016), czyli przekonania jednostki na temat osobistych możliwości spełnienia różnorodnych warunków zadania, prowadzących do osiągnięcia zamierzonych rezultatów (Bandura, 1997). Odzwierciedla ono optymistyczną wiarę w siebie, przekonanie, że człowiek może radzić sobie skutecznie z przeciwnościami w różnych obszarach społecznego funkcjonowania (Łuszczczyńska, Gutiérrez-Doña i Schwarzer, 2005). Dlatego poczucie własnej skuteczności, które wiąże się ze stawianiem sobie celów i podnoszeniem się z porażek, może być rozważane zarówno jako istotny zasób psychologiczny, jak i jako czynnik pozytywnej odporności psychicznej. Ustalenie znaczenia tej zmiennej i jej związku z DP wydaje się szczególnie istotne u AZ. Badania prowadzone wśród pacjentów psychiatrycznych, cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową dowodzą, że wyższy poziom samoskuteczności wiąże się z wyższym poziomem zdrowia psychicznego i fizycznego, co, zdaniem autorów tych badań, dodatkowo sugeruje, że działania mające na celu podniesienie poziomu samoskuteczności mogą przyczynić się do poprawy zdrowia pacjentów (Abraham i in., 2014).

Chociaż dobrostanowi pacjentów szpitali psychiatrycznych poświęca się uwagę badawczą (Bjertnaes,

Iversen i Kjollesdal, 2015), nie analizowano jego znaczenia i korelatów u osób przygotowujących się do roli AZ. Badanie zaprezentowane w tym artykule ma na celu zapełnienie istniejącej luki. Jest ono jednym z pierwszych badań wśród osób, które zdecydowały się podjąć rolę AZ w Polsce. Celem opisywanego w tym artykule, pilotażowego badania, było określenie czy występuje różnica w subiektywnie ocenianym poziomie dystresu związanego z kryzysem psychicznym i sytuacją zdrowienia. Przedmiotem badań były też strategie radzenia sobie, podejmowane przez badanych, poziom poczucia własnej skuteczności i dobrostanu psychicznego osób przygotowujących się do roli AZ. Kolejnym zadaniem badawczym było sprawdzenie, czy i jakie związki występują między wymienionymi zmiennymi.

Dotychczasowy przegląd literatury pozwala przyjąć pewne założenia na temat relacji między badanymi zmiennymi, jednakże ze względu na fakt, że jak dotąd nie odnoszono układu tych zmiennych do grupy AZ i zważywszy, że w badaniach tych wykorzystywano zróżnicowane narzędzia pomiaru, niniejszy pilotażowy model stanowi wstępną próbę ekstrapolacji wyników wcześniejszych badań uwzględniających wymienione zmienne. Pozwala to na sformułowanie jedynie ogólnych hipotez badawczych, dotyczących związków między tymi zmiennymi, u badanych AZ:

- 1) Subiektywnie oceniany poziom dystresu w okresie zdrowienia jest niższy niż w okresie kryzysu (hospitalizacji).
- 2) Im większa różnica w subiektywnej ocenie poziomu dystresu dla okresu kryzysu i okresu zdrowienia, tym wyższy poziom DP.
- 1) Podejmowanie strategii radzenia sobie wiąże się z poziomem DP w następujący sposób:
 - a) im większa skłonność do stosowania aktywnych strategii radzenia sobie ze stresem, tym wyższy poziom DP,
 - b) im większa skłonność do przejawiania Bezradności, tym niższy poziom DP,
 - c) im większa skłonność do Poszukiwania wsparcia, tym wyższy poziom DP,
 - d) im większa skłonność do Zachowań unikowych, tym niższy poziom DP,
 - e) im większa skłonność do Akceptacji, tym wyższy poziom DP,
 - f) im większa skłonność do Poczucia humoru, tym wyższy poziom DP,
 - g) im większa skłonność do Zwracania się ku religii, tym wyższy poziom DP.
- 2) Im wyższy poziom poczucia własnej skuteczności tym wyższy poziom DP.

Pozostałe hipotezy dotyczą możliwych związków między zmiennymi objaśniającymi.

- 3) Im większa różnica w subiektywnej ocenie poziomu dystresu dla okresu kryzysu i okresu zdrowienia, tym większa skłonność badanych AZ:

- a) do Aktywnego radzenia sobie ze stresem, Poszukiwania Wsparcia, Akceptacji, stosowania Poczucia Humoru i Zwrotu ku religii oraz mniejsza skłonność do Bezradności i Zachowań Unikowych.
 - b) i tym wyższy poziom poczucia własnej skuteczności.
- 4) Im większa skłonność do Aktywnego radzenia sobie ze stresem, tym wyższy poziom poczucia własnej skuteczności.

METODA

OSOBY BADANE

W badaniu wzięło udział 35 osób dorosłych w wieku 21-62 lata ($M=42.30$; $SD=10.68$), które doświadczyły problemów ze zdrowiem psychicznym i co najmniej jednej hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym całodobowym (liczba hospitalizacji waha się od 1 do 15, $M=4$). Dobór badanych do próby był celowy. Do badania włączono uczestników warsztatów „Nowy Ekspert”, przygotowujących do roli asystenta zdrowienia, zorganizowanych dla nich przez Fundację Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo” w Krakowie. Były to jedne z pierwszych tego rodzaju warsztatów w Polsce, zorganizowane przed wprowadzeniem w 2018 roku nowych regulacji prawnych w ramach zmian w systemie opieki psychiatrycznej.

Większość próby, 21 osób, stanowiły kobiety, a 14 osób to mężczyźni. Dominowały osoby z wykształceniem wyższym ($N=15$) oraz średnim ($N=12$). Spośród badanych 14 osób pracowało, w tym 8 osób posiadało zatrudnienie stałe, pozostali pracowali dorywczo ($N=6$). Osób niepracujących było w próbie 16, a 2 osoby to studenci. Pod względem stanu cywilnego najwyższy odsetek stanowiły osoby w związkach małżeńskich i partnerskich ($N=19$), single ($N=16$), Zdecydowana większość osób zamieszkiwała z kimś bliskim (z rodziną, partnerem) ($N=31$), osób mieszkających samotnie było 5.

PROCEDURA

Badanie odbyło się w 2018 roku i zostało przeprowadzone z uwzględnieniem aspektów etycznych, zapewnieniem uczestnikom anonimowości wedle procedury zaaprobowanej przez Komisję ds. Etyki Badań przy Wydziale Katowickim Uniwersytetu SWPS. Badani wyrazili dobrowolną zgodę na uczestnictwo, zostali poinformowani o celu badania i zapewnieni o możliwości rezygnacji z udziału w badaniu w każdej chwili. Badani nie otrzymywali żadnego wynagrodzenia za udział w badaniach i wypełniali zestaw kwestionariuszy metodą papier-olówek. Zgromadzone dane zostały poddane analizie statystycznej z wykorzystaniem pakietu statystycznego IBM SPSS 24.0.

METODY BADAWCZE

Do pomiaru dobrostanu psychologicznego zastosowano Kwestionariusz Dobrostanu Psychologicznego (PWB, Ryff i Keyes, 1995), w polskiej adaptacji Kroka (2009). Narzędzie składa się z 42 pozycji, do których badany ustosunkowuje się na skali Likerta od 1 – „Zdecydowanie się nie zgadzam” do 7 – „Zdecydowanie się zgadzam”. Kwestionariusz składa się z sześciu skal, mierzących dobrostan na sześciu wymiarach: autonomia, panowanie nad środowiskiem, rozwój osobisty, pozytywne relacje z innymi, cel życiowy i akceptacja siebie. Właściwości psychometryczne polskiej wersji kwestionariusza są zadowalające: wartości współczynników rzetelności *alfa* Cronbacha dla poszczególnych skal wynoszą od .72 do .86.

Oszacowanie poziomu stresu związanego z kryzysem psychicznym wśród szkolejących się do roli AZ przeprowadzono z wykorzystaniem Termometru Postrzeganego Dystresu, DT (*American Cancer Society*, polska adaptacja Życińska i in., 2009). DT służy do oceny dystresu psychologicznego, doświadczanego przez pacjentów i ocenianego na skali od 0 – brak stresu do 10 – ekstremalny stres. Badania walidacyjne dokumentują, że próg 4 punktów (i poniżej) wskazuje na największą czułość i specyficzność tego narzędzia w różnicowaniu pacjentów z dystresem (także z klinicznymi zaburzeniami depresji i lęku) (Car, Życińska i Lasota, 2012). Do celów badania instrukcja narzędzia została zmieniona na prośbę kierowaną do badanego o określenie w pierwszej kolejności poziomu stresu doświadczanego przez niego w związku z kryzysem psychicznym i hospitalizacją oraz stresu odczuwanego obecnie, tj. w trakcie zdrowienia.

Do oceny typowych sposobów reagowania i odczuwania w sytuacjach doświadczania silnego stresu, wykorzystano kwestionariusz *Brief-COPE* (Carver, 1997), w polskiej adaptacji *Mini-COPE* Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (2009). Narzędzie składa się z 28 stwierdzeń, do których badany ustosunkowuje się poprzez zaznaczenie na skali Likerta częstości własnego zachowania się w sposób opisany w danym stwierdzeniu (od 0 – „Prawie nigdy tak nie postępuję” do 4 – „Prawie zawsze tak postępuję”). Daje to w efekcie 14 podskal, mierzących częstość podejmowania szczegółowych strategii radzenia sobie, które można zgrupować ze względu na wspólny czynnik do siedmiu głównych strategii: Aktywne Radzenie Sobie (podskale: Aktywne radzenie sobie, Planowanie, Pozytywne przewartościowanie); Bezradność (podskale: Zażywanie substancji psychoaktywnych, Zaprzestanie działań, Obwinianie siebie); Poszukiwanie Wsparcia (Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego); Zachowania Unikowe (Zajmowanie się czymś innym, Zaprzeczanie, Wyładowanie); Akceptacja; Poczucie Humoru; Zwrot Ku Religii. Dla większości skal według autorów adaptacji stałość testu jest zadowalająca; wskaźnik Guttmana w wersji adaptowanej wynosi .87 (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009).

Do określenia wartości jednoczynnikowego uogólnionego poczucia własnej skuteczności zastosowana została Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności, GSES (Schwarzer i Jerusalem, 1995), w polskiej adaptacji Schwarzera, Jerusalema i Juczyńskiego (2001). Metoda mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie przez nią z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. GSES składa się z 10 stwierdzeń, wchodzących w skład jednego czynnika, do których badany ustosunkowuje się poprzez zakreślenie wybranej odpowiedzi na skali Likerta od 1 – „Nie” do 4 – „Tak”. Suma wszystkich ocen daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności. Polska wersja skali posiada dobre właściwości psychometryczne – współczynnik alfa Cronbacha wynosi .85; rzetelność określona metodą test-retest .78 (Juczyński, 2012).

WYNIKI

Statystyki opisowe badanych zmiennych (uzyskane średnie, odchylenia standardowe) oraz właściwości ich rozkładu ukazano w Tabeli 1. Test K-S, z poprawką istotności Lillieforsa, wskazał na brak zgodności rozkładu większości analizowanych zmiennych z rozkładem normalnym, dlatego zdecydowano się dalsze analizy oprzeć na testach nieparametrycznych.

Test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych ujawnił, że u badanych przyszłych AZ występuje istotna różnica w ocenie poziomu dystresu odczuwanego dla

okresu bezpośrednio związanego z doświadczeniem kryzysu psychicznego oraz dla okresu zdrowienia ($Z=-4.983$; $p<.0001$). Dystres związany z okresem kryzysu psychicznego badani oceniali jako silniejszy. Tym samym przyjmuje się hipotezę 1. Dane obrazuje Rycina 1.



Ryc. 1. Poziom postrzeganego dystresu u szkolących się do roli AZ w trakcie hospitalizacji i w okresie zdrowienia w trakcie odbywania szkolenia (N=35)

W celu weryfikacji hipotez badawczych na temat związków między zmiennymi przeprowadzono analizę

Tabela 1
Statystyki opisowe badanych zmiennych (N=35)

Zmienna	Min	Maks	M	SD	Kurtosa	Rozkład K-S*	
						wartość	p
Dystres okres kryzysu	2.00	10.00	8.543	1.738	4.846	.206	.001
Dystres okres zdrowienia	0	10.00	3.971	2.572	-.029	.161	.021
Różnica ocen poziomów dystresu	-2.00	9.00	4.571	2.627	.223	.198	.001
MC Aktywne Radzenie Sobie	.83	3.00	1.667	.551	-.185	.100	.200*
MC Bezradność	.33	2.33	1.124	.382	2.234	.149	.048
MC Poszukiwanie Wsparcia	.25	2.50	1.364	.490	.092	.164	.019
MC Zachowania Unikowe	.33	2.17	1.148	.422	.046	.111	.200*
MC Akceptacja	0	3.00	1.629	.790	-.631	.244	.000
MC Poczucie humoru	0	2.50	1.386	.654	-.679	.208	.001
MC Zwrot ku religii	0	2.50	.671	.696	1.048	.197	.001
GSES Poczucie własnej skuteczności	10.00	40.00	28.657	2.452	.181	.100	.200*
DP Autonomia	21.00	47.00	33.171	6.653	-.711	.135	.109
DP Panowanie nad środowiskiem	17.00	48.00	31.971	7.599	-.229	.075	.200*
DP Rozwój osobisty	22.00	46.00	36.000	6.371	-.669	.135	.107
DP Pozytywne relacje z innymi	20.00	47.00	34.143	7.113	-.614	.092	.200*
DP Cel życiowy	21.00	46.00	33.943	7.042	-.952	.086	.200*
DP Akceptacje siebie	15.00	46.00	31.543	7.278	-.296	.106	.200*

*Dolna granica rzeczywistej istotności

Tabela 2
Korelacje r ho Spearmana między dobrostanem psychologicznym a strategiami radzenia sobie, redukcją dystresu oraz poczuciem własnej skuteczności u kandydatów do roli AZ (N=35)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1 Dystres okresu kryzysu	–																
2 Dystres okres zdrowienia	.299	–															
3 Różnica ocen poziomów dystresu	.270	-.754*	–														
4 MC Aktywne Radzenie Sobie	.004	-.013	-.036	–													
5 MC Bezradność	-.058	-.107	.024	.487**	–												
6 MC Poszukiwanie Wsparcia	-.023	-.035	.081	-.013	-.229	–											
7 MC Zachowania Unikowe	-.153	-.280	.244	.108	.175	.000	–										
8 MC Akceptacja	.119	.097	.042	.639**	.436**	-.164	.213	–									
9 MC Poczucie humoru	.178	.139	.034	.446**	.182	.272	.177	.347*	–								
10 MC Zwrot ku religii	.090	.151	-.087	-.527**	-.147	.255	-.006	-.302	-.292	–							
11 Poczucie własnej skuteczności	-.156	-.360*	.317	.314	.169	-.009	.259	.018	.303	-.354	–						
12 DP Autonomia	-.154	-.379*	.249	.072	-.157	-.109	-.154	-.175	-.033	-.301	.380*	–					
13 DP Panowanie nad środowiskiem	-.083	-.431**	.303	.383*	.194	-.031	.373*	.109	.239	-.409*	.672*	.247	–				
14 DP Rozwój osobisty	.339*	-.289	.513**	.374*	-.036	-.082	.012	.230	.322	-.500**	.323	.435	.397	–			
15 DP Pozytywne relacje z innymi	.026	-.456**	.388*	.404*	.252	-.101	.200	.254	.280	-.606**	.459**	.383*	.702**	.579**	–		
16 DP Cel życia	-.023	-.001	-.008	.503**	.212	-.188	-.029	.300	.133	-.398*	.276	.325	.543**	.467**	.460**	–	
17 DP Akceptacja siebie	-.008	-.370*	.267	.331	.200	-.354*	.090	.104	.012	-.447**	.547**	.564**	.612**	.470**	.655**	.468**	–

* Korelacja istotna na poziomie .05 (dwustronnie), ** Korelacja istotna na poziomie .01 (dwustronnie)

korelacji – dobór metody statystycznej podyktowany był ograniczeniami wynikającymi z wielkości zbadanej próby. Wyniki wskazane w Tabeli 2 wskazują na możliwość ($p < .05$) występowania związków poziomów wymiarów DP badanych osób szkolących się do roli AZ z: różnicą w poziomie subiektywnie ocenianego dystresu dla okresu kryzysu i dla okresu zdrowienia, strategiami radzenia sobie ze stresem, a także z poczuciem własnej skuteczności – szczegółowe omówienie zarejestrowanych związków omówione zostało poniżej.

Wielkość różnicy w subiektywnej ocenie poziomu dystresu dla okresu hospitalizacji i okresu zdrowienia pozytywnie korelowała (na poziomie istotności $p = .05$) z takimi aspektami DP badanych jak: Rozwój osobisty ($\rho = .513$; $p = .002$) i Pozytywne relacje z innymi ($\rho = .388$; $p = .021$) – związki o umiarkowanym natężeniu, a na poziomie statystycznej tendencji z Panowaniem nad środowiskiem ($\rho = .303$; $p = .077$). Hipoteza 2 została więc częściowo potwierdzona, w odniesieniu do wymiarów Rozwój osobisty i Pozytywne relacje z innymi.

Poszczególne wymiary DP u badanych przyszłych AZ wiązały się na poziomie istotnym ($p = .05$) z następującymi strategiami radzenia sobie ze stresem:

- Panowanie nad środowiskiem wiązało się dodatnio z Aktywnym radzeniem sobie, Zachowaniami uniwersalnymi, ale ujemnie ze Zwrotem ku religii;
- Rozwój osobisty korelował dodatnio z Aktywnym radzeniem sobie, na poziomie statystycznej tendencji ($p = .059$) z Poczuciem humoru oraz ujemnie ze Zwrotem ku religii;
- Pozytywne relacje z innymi w wiązały się dodatnio z Aktywnym radzeniem sobie oraz ujemnie ze Zwrotem ku religii;
- Cel życiowy korelował dodatnio z Aktywnym radzeniem sobie, ujemnie zaś ze Zwrotem ku religii;
- Akceptacja siebie korelowała dodatnio ($p = .052$) z Aktywnym radzeniem sobie, ujemnie natomiast ze Zwrotem ku religii oraz Poszukiwaniem wsparcia.

Wszystkie wymienione związki utrzymują się na poziomie umiarkowanym i wysokim (wartości ρ od .331 do .606). Jedynie dla wymiaru Autonomia nie zarejestrowano w badanej próbie istotnych korelacji ze strategiami radzenia sobie. Na tej podstawie można przyjąć, że potwierdzona została hipoteza 3a. Pozostałe hipotezy (3b-3g) nie potwierdziły się.

Wyniki wskazały na związek DP z poczuciem własnej skuteczności, istotny statystycznie ($p \leq .05$) dla następujących wymiarów DP: Panowanie nad środowiskiem ($\rho = .672$; $p < .000$), Akceptacja siebie ($\rho = .547$; $p = .001$), Pozytywne relacje z innymi ($\rho = .459$; $p = .006$), Autonomia ($\rho = .380$; $p = .024$), Rozwój osobisty ($\rho = .323$; $p = .053$). Można zatem przyjąć hipotezę 4.

Wbrew wstępnym założeniom teoretycznym (hipoteza 5.) nie zarejestrowano istotnych związków między różnicą w subiektywnej ocenie poziomu dystresu dla okresu kryzysu i okresu zdrowienia badanych AZ a deklarowanymi przez nich strategiami radzenia sobie ze stresem.

Związek między poczuciem własnej skuteczności u badanych AZ a różnicą w ich subiektywnej ocenie dystresu dla okresu kryzysu i okresu zdrowienia okazał się umiarkowany i istotny jedynie na poziomie tendencji statystycznej ($\rho = .317$; $p = .064$) i wynik ten nie pozwala przyjąć hipotezy 6. Warto przy tym wskazać na istotny, umiarkowany i ujemny związek samoskuteczności osób badanych z ich subiektywną oceną dystresu w chwili obecnej (tj. na etapie zdrowienia) – im niższa była ta ocena, tym wyższe poczucie własnej skuteczności wskazywali szkolący się do roli AZ ($\rho = .360$; $p = .033$).

DYSKUSJA WYNIKÓW I WNIOSKI

Celem badania było sprawdzenie, czy i jakie związki występują między różnicą w subiektywnie ocenianym poziomie dystresu, związanego z kryzysem psychicznym i sytuacją zdrowienia, podejmowanymi strategiami radzenia sobie, poziomem poczucia własnej skuteczności i dobrostanem psychicznym osób przygotowujących się do roli AZ. Od tego, w jaki sposób pacjenci poradzą sobie z powrotem do uczestnictwa w codziennym życiu społecznym, po doświadczeniu szpitalnego leczenia psychiatrycznego, może zależeć ich proces dalszego zdrowienia i dobrostan psychiczny. Rola AZ może stanowić dla nich realną szansę na pozytywną readaptację w środowisku społecznym.

Uzyskane rezultaty sugerują, że pozytywne zmiany, korzystna różnica w poziomie ocenianego przez badanych dystresu, doświadczanego w okresie kryzysu (czyli w czasie hospitalizacji psychiatrycznej) i okresie zdrowienia (w czasie szkolenia się do roli AZ), współwystępuje u badanych z wyższym poziomem DP dla wymiarów Rozwój osobisty i Pozytywne relacje z innymi. Zgodnie z doniesieniami z badań (Miyamoto i Sono, 2012) obydwie te wymiary stanowią szczególne korzyści, jakich doświadczają w toku swojej pracy AZ. Charakter niniejszego badania nie pozwala na wnioskowanie przyczynowo-skutkowe i nie można przyjąć, że stopień redukcji dystresu wpłynął na wzrost dobrostanu, podobnie zakres pozyskanych danych nie pozwala na określenie czynników redukcji tego dystresu, niemniej wynik jest interesujący i skłania do dalszych analiz.

Wyniki analizy korelacji dobrostanu psychicznego ze strategiami radzenia sobie, subiektywnie wskazywanymi przez uczestników badania potwierdziły związek Aktywnego radzenia sobie z niemal wszystkimi wymiarami DP (poza Autonomią, która okazała się nie korelować z żadną z ujętych w analizie strategii copingu). Rezultat ten pozostaje w zgodzie z wieloma doniesieniami na temat pozytywnych związków między prozadaniowym, zaangażowanym w zmianę realnej sytuacji stresującej działaniem a dobrostanem, zarówno osób zdrowych i doświadczających symptomów klinicznych (Gustems-Carnicer i Calderón, 2012), jak i osób podejmujących zadania opiekuńcze, jak w przypadku pielęgniarek szpitalnych (Lokzadeh i Bafrooi, 2013), czy rodziców dorosłych dzieci trwale chorujących (Patrick i Hayden, 1999).

Uwagę zwraca także fakt ujemnej korelacji między strategią Zwrot ku religii z wszystkimi z analizowanych wymiarów dobrostanu psychologicznego (poza Autonomią), co stanowi wynik odwrotny do zakładanego pozytywnego związku tej zmiennej z DP (por. Krok, 2014). Może to wskazywać na skłonność do zwracania się ku praktykom religijnym i modlitwie, jako próbom poradzenia sobie z brakiem dobrego samopoczucia, co jest zgodne z wynikami badań Palomy i Pendletona (1990), którzy wskazują, że osoby deklarujące niski poziom DP, określające się jako nieszczęśliwe, częściej uciekają się do modlitwy.

Wymiar Panowanie nad środowiskiem wiązał się dodatkowo ze strategią Zachowania unikowe. Być może strategia zanegowania istnienia stresorów, niedopuszczenie do związanych z nimi obezwładniających emocji, pomaga zdrowiejącym osobom i podnosi ich poczucie panowania nad sytuacją. Biorąc po uwagę przeżycia osób w kryzysie psychicznym, zwłaszcza doświadczających psychozy z objawami wytwórczymi, którym towarzyszy poczucie przytłoczenia, silny lęk, zaburzone spostrzeżenie rzeczywistości (por. Wright, 2009), zaprzeczanie działaniu bodźca stresowego (np. przez unikanie i niedostrzeganie go) może przynosić realną ulgę i poprawiać samopoczucie.

Kolejnym wymiarem DP, związanym nie tylko z Aktywnym radzeniem sobie i Zwrotem ku religii, był Rozwój osobisty. Dla Rozwoju osobistego znaczenie miała w niniejszym badaniu również strategia Poczucia Humoru. Ten wymiar DP zanurzony jest w modelu Ryff (2014) w obszar indywidualności, która oznacza pewną niezależność. Poczucie humoru może pozwolić na zdystansowanie, względne uniezależnienie się od zewnętrznej uciążliwej sytuacji, a humor, według obserwacji klinicznych, stanowi dojrzały mechanizm obronny, sugerujący silniejsze ego (por. Gabbard, 2009).

Uwagi wymaga Akceptacja siebie, jako ten wymiar DP, który również wiązał się z kilkoma strategiami radzenia sobie ze stresem: Aktywnym radzeniem sobie oraz ujemnie ze Zwrotem ku religii, ale także ujemnie z Poszukiwaniem wsparcia. Zaangażowanie w zmianę sytuacji i czynne przeciwdziałanie stresorom pozytywnie wiąże się z aprobatą badanych dla własnej osoby. Mniej zadowoleni z siebie radzą sobie poszukując wsparcia (np. instytucjonalnego). Zależność od pomocy z zewnątrz może pomniejszać poczucie własnego sprawstwa i dobrostanu (por. Łuszczynska, Gutiérrez-Doña i Schwarzer, 2005). Osoby po kryzysie psychicznym często pozostają bez wsparcia bliskich, a główną funkcję pomocową pełni dla nich system leczenia ambulatoryjnego, czy środowiskowego (por. Noiseux i in., 2010), zatem korzystanie ze zorganizowanej formuły pomocy, oprócz tego, że niesie realne korzyści, jak opieka medyczna, terapeutyczna, finansowa, może uświadamiać też niektórym osobom brak naturalnej sieci wsparcia społecznego, czy brak zrozumienia w rodzinie tym samym skutkować obniżeniem akceptacji własnej osoby.

Powołując się na rezultaty badań nad dobrostanem psychologicznym, prowadzonych przez Ryff (2014) i dokonane przez nią opisy wymiarów DP, jak i analizując wyniki naszego badania, można wnioskować, że osoby o wyższych rezultatach w zakresie tej zmiennej są bardziej aktywne, autonomiczne i samosterowne oraz w mniejszym stopniu ulegają presji ze strony otoczenia. Są to także ludzie mający bardziej pozytywne relacje, potrafiący w większym stopniu ufać innym i nawiązywać przyjaźnie. Opisane cechy mogą sprzyjać procesowi zdrowienia (por. Sawicka i Bronowski, 2016).

DP to cecha uznawana zarówno za konsekwencję wcześniejszego stanu zdrowia, jak i za predyktor zdrowia psychicznego i fizycznego (Ryff, 2014). Jest ona istotnym wskaźnikiem rozwoju psychicznego, związanym z integralnością ego (James i Zarett, 2005). DP stanowi ważny czynnik satysfakcjonujących relacji z ludźmi i uwarunkowanie zaangażowania w pracę zawodową, jest skorelowany pozytywnie z ugodowością, sumiennością i otwartością na doświadczenia, a negatywnie z neurotyzmem (Ryff, 2014). Oczywiście, można też przyjąć, że wyższy poziom DP może być konsekwencją zdrowienia, a autonomia, samosterowność i pozytywne relacje mogą być predyktorami zarówno zdrowienia, jak i wysokiego poziomu DP. Weryfikacja takiego założenia wymagałaby jednak innego sposobu badania, z powtórzonym pomiarem.

Opisanym wyżej współzmiennociom towarzyszy również wyższy poziom poczucia własnej skuteczności, któremu towarzyszy wzrost dobrostanu psychologicznego, rejestrowany wśród badanych kandydatów do roli AZ. Wynik ten pozostaje zgodny z dotychczasowymi badaniami, wskazującymi na istnienie pozytywnych korelacji DP z poczuciem własnej skuteczności w populacji osób zdrowych (Hanjani i in., 2016), jak i z doniesieniami z badań osób chorujących (Abraham i in., 2014). Poczucie efektywnej kontroli własnych działań i osiągania celów, jakie wiąże się z samoskutecznością (Łuszczynska, Gutiérrez-Doña i Schwarzer, 2005), może stanowić ważny element zdrowienia i wewnętrznego wzmocnienia sił psychicznych, a tym samym poczucia ogólnego zadowolenia, kluczowego w koncepcji DP. Sprawstwo immanentnie wpisane jest w rolę AZ, którzy dzięki własnym doświadczeniom mają aktywnie wspierać innych w wychodzeniu z kryzysu, pokazując, że kryzys daje się opłacać (Rogers, 2017).

Zastanawiające są obserwacje wynikające z analizy korelacji między różnicą ocen poziomu dystresu dla okresu kryzysu i okresu zdrowienia a strategiami radzenia sobie ze stresem – nie wystąpiły tu zakładane związki, zmienne te nie wiążą się ze sobą. Podobnie z mierzonymi strategiami radzenia sobie ze stresem nie wiąże się poczucie własnej skuteczności badanych. Zaobserwowano natomiast, że różnica ocen dystresu dla okresu kryzysu i zdrowienia była związana z poczuciem własnej skuteczności na poziomie tendencji, ale aktualnie postrzegany poziom dystresu (czyli w czasie zdrowienia) wiązał się z samoskutecznością na poziomie istotnym. Być może dla

osób szkolących się do roli AZ ważniejsze dla poczucia, że skutecznie podejmuje się działania i osiąga cele, jest to, co obserwuje się na podstawie aktualnego stanu psychofizycznego, wyrażonego określonym, bieżącym nasileniem odczuwanego stresu. Wątek ten wymaga zapewne dalszych dociekań.

OGRANICZENIA BADANIA

Przeprowadzone badania mają swoje ograniczenia. Miały one charakter eksploracyjny, pilotażowy, a próba składała się z uczestników jednych z pierwszych warsztatów w Polsce, zorganizowanych dla AZ, więc jej liczebność była zdeterminowana ilością uczestników kursu. W celu zweryfikowania pierwszych poczynionych tu obserwacji wskazane jest kontynuowanie ich w większej próbie. W aspekcie analizy redukcji dystresu, przyjęta przez autorów badania metoda subiektywnej oceny retrospektywnej jest zapewne obciążona większym ryzykiem błędów niż byłoby nim obarczone badanie longitudinalne. Badania podłużne nie były jednak możliwe do realizacji w przypadku kandydatów na AZ, biorących udział w szkoleniu. Podobnie specyfika badanej grupy wpłynęła na ograniczenie możliwości kontroli takiej zmiennej ubocznej, jaką jest czas od ostatniego pobytu w szpitalu, na stacjonarnym oddziale psychiatrycznym. Kandydaci do roli AZ szkolili się niezależnie od tego, jak długi okres minął od ich doświadczenia hospitalizacji psychiatrycznej.

PRZYSZŁE KIERUNKI BADAŃ I ICH PRAKTYCZNE IMPLIKACJE

W oparciu o przedstawione rezultaty wydaje się zasadne, by kontynuować badania w grupie osób przygotowujących się do roli AZ w zakresie ich poziomu DP oraz indywidualnych zasobów psychologicznych, mogących wzmacniać skuteczność kandydatów na AZ w działaniach zawodowych, do których się przygotowują. Uzyskane wyniki dają wstępne odpowiedzi dotyczące rozwoju przyjętego tu modelu ogólnego. Ważne wydaje się badanie poziomu stresu ujmujące w sposób kontrolowany dynamikę jego zmiany w czasie i nawiązujące do niej poczucie własnej skuteczności i psychologicznego dobrostanu. Podobnie zgłębić należy rolę sposobów radzenia sobie ze stresem dla wzrostu poczucia skuteczności i dobrostanu psychicznego. Strategie radzenia sobie ze stresem uznawane są za ważny obszar dzielenia się własnym doświadczeniem w roli osób pomagających innym będącym w psychicznym kryzysie (Gillard i in., 2017). W szczególności można odnieść się tu do znaczenia i obecności wsparcia społecznego, uznanego za kluczowe dla zdrowia psychicznego (Thoits, 2005), bowiem strategia poszukiwania wsparcia zaskakująco nie korelowała u badanych AZ z wymiarami eudajmonistycznie rozumianego dobrostanu, poza ujemnym związkiem z Akceptacją siebie.

Istotne byłoby też poszerzenie wiedzy na temat subiektywnych przeżyć osób badanych, ich obaw związa-

nych z pełnieniem roli zawodowej AZ, co byłoby możliwe dzięki zastosowaniu jakościowych metod badawczych. W przyszłych badaniach kandydatów na AZ można by uwzględnić inne zasoby, takie jak samoocena, optymizm, nadzieja na przyszłość.

Niewątpliwie dalsze badanie relacji między zmiennymi, które stanowią przedmiot analiz w tym artykule, takimi jak dystres, podejmowane strategie radzenia sobie i dobrostan psychologiczny, w kontekście możliwych oddziaływań treningowych i nabywania nowych umiejętności przez kandydatów do roli AZ, jest kluczowe. Wiedza płynąca z takich badań pozwoliłaby określić, na rozwój których zasobów i umiejętności warto mocniej nakierować działania warsztatowe, ponadto mogłaby dostarczyć modelu oceny skuteczności takich warsztatów (z założeniem diagnozy wstępnej i wyjściowej) pod kątem zdrowia samych AZ.

*

Autorki składają serdeczne podziękowania Panu Mateuszowi Biernatowi z Fundacji „Human” z Krakowa za pozyskanie danych oraz Panu Mariuszowi Pankowi z Fundacji Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo” w Krakowie za udzielenie zgody na badanie w kierowanej przez Niego placówce, podczas organizowanych w niej warsztatów.

LITERATURA

- Abraham, K.M., Miller, C.J., Birgenheir, D.G., Lai, Z., Kilbourne, A.M. (2014). Self-efficacy and quality of life among people with bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202, 8, 583-588.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy and health behaviour. W: A. Baum, S. Newman, J. Wienman, R. West, C. McManus (red.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (s. 160-162). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bjertnaes, O., Iversen, H.H., Kjollesdal, J. (2015). PIPEQ-OS – an instrument for on-site measurements of the experiences of inpatients at psychiatric institutions. *BMC Psychiatry*, 15, 1, 1-9.
- Caldas de Almeida, J-M., Killaspy, H. (2011). *Long-term mental health care for people with severe mental disorders*. European Union. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf, pozyskano 23 lipca 2018.
- Car, J., Życińska, J., Lasota, W. (2002). Ocena dystresu i depresji u osób chorych na nowotwory złośliwe. *Przegląd Epidemiologiczny*, 66, 689-695.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1, 184-195.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Chew-Graham, C., Slade, M., Stewart, M., Montana, C., Gask, L. (2007). A qualitative study of referral to community mental health teams in the UK: exploring the rhetoric and the reality. *BMC Health Services Research*, 7, 117, doi: 10.1186/1472-6963-7-117.
- Chudzicka-Czupala, A., Biernat, M. (2018). Psychologiczne koszty diagnozy psychiatrycznej i stygmatyzacji. Jak

- skuteczniej pomagać osobom doświadczającym problemów ze zdrowiem psychicznym? *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal*, 24, 1, 201-211.
- Chung, D.T., Ryan, C.J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S.P., Stanton, C., Large, M.M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74, 7, 694-702.
- Cogswell, B.E. (1984). Socialization after disability. Recently in the community. W: D.W. Krueger (red.), *Rehabilitation psychology* (s. 111-118). Rockville: An Aspen Publication.
- Czykwin, E. (2007). *Stygmat społeczny*. Warszawa: PWN.
- Diener, E., Lucas, R.E., Oishi, S. (2005). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *Handbook of positive psychology* (s. 63-73). New York, NY: Oxford University Press.
- Ehrhardt, J.J., Saris, W.E., Veenhoven, R. (2000). Stability of life-satisfaction over time: Analysis of change in ranks in a national population. *Journal of Happiness Studies*, 1, 177-205.
- Gabbard, G.O. (2009). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Gillard, S., Foster, R., Gibson, S., Goldsmith, L., Marks, J., White, S. (2017). Describing a principles-based approach to developing and evaluating peer worker roles as peer support moves into mainstream mental health services. *Mental Health and Social Inclusion*, 21, 3, 133-143.
- Goffman, E. (1963). *Stigma*. London: Penguin.
- Goffman, E. (2007). *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: GWP.
- Gromulska, L. (2010). Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia. *Przegląd Epidemiologiczny*, 64, 127-132.
- Gustems-Carnicer, J., Calderón, C. (2013). Coping strategies and psychological well-being among teacher education students. *European Journal of Psychology of Education*, 28, 4, 1127-1140.
- Hanjani, H.M., Dastres, M., Mirshekari, H.R., Moniri, A.Z. (2016). Relationship between self-efficacy and well-being in staffs of addiction treatment centers. *Electronic Journal of Biology*, 12, 4. Pobrane z: <http://ejbio.imedpub.com/relationship-between-selfefficacy-and-wellbeing-in-staffs-of-addiction-treatment-centers.php?aid=9894>, 30.08.2018.
- Haynes, C., Eivors, A., Crossley, J. (2011). 'Living in an alternative reality': adolescents' experiences of psychiatric inpatient care. *Child and Adolescent Mental Health*, 16, 3, 150-157.
- Hobfoll, S.E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6, 307-324.
- James, J.B., Zarrett, N. (2005). Ego integrity in the lives of older women: A follow-up of mothers from the Sears, Macoby, and Levin (1951). Patterns of child rearing study. *Journal of Adult Development*, 12, 4, 155-167.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). Inwentarz do Radzenia sobie ze Stresem Mini-Cope. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem* (s. 45-56). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Krok, D. (2009). *Religiosity and the quality of life in the perspective of psychosocial mediators*. Opole: Redakcja Wydawnictw WTUO.
- Krok, D. (2014). Religijny system znaczeń i religijne radzenie sobie ze stresem a eudajmonistyczny dobrostan psychiczny. *Roczniki Psychologiczne*, 17, 4, 649-664.
- Loukzadeh, Z., Bafrooi, N.M. (2013). Association of coping style and psychological well-being in hospital nurses. *Journal of Caring Sciences*, 2, 4, 313-9.
- Łuszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40, 2, 80-89.
- Ministerstwo Zdrowia. *Reforma opieki psychiatrycznej*. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/reforma-opieki-psychiatrycznej>, 20.07.2018.
- Miyamoto, Y., Sono, T. (2012). Lessons from peer support among individuals with mental health difficulties: A review of the literature. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8, 22-29.
- Noiseux, S., Tribble, St-Cyr D., Corin, E., St-Hilaire, P-S., Morissette, R., Leclerc, C., Fleury, D., Vigneault, L., Gagnier, F. (2010). The process of recovery of people with mental illness: The perspectives of patients, family members and care providers: Part 1. *BMC Health Services Research*, 10, 161. Pobrane z: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-161>, 10.10.2018.
- Ochocka, J., Nelson, G., Janzen, R., Trainor, J. (2006). A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: part 3 – a qualitative study of impacts of participation on new members. *Journal of Community Psychology*, 34, 3, 273-83.
- Poloma, M., Pendleton, B. (1990). The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 71-83.
- Pavot, W., Diener, E. (2008). The satisfaction with Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 2, 137-152.
- Patrick, J.H., Hayden, J.M. (1999). Neuroticism, coping strategies, and negative well-being among caregivers. *Psychology and Aging*, 14, 2, 273-83.
- Perkins, R., Repper, J. (2003). *Social inclusion and recovery*. London: Baillière Tindall.
- Rogers, E.S. (2017). Peer support services: state of the workforce-state of the field in the USA. *Mental Health and Social Inclusion*, 21, 3, 168-175.
- Rüsch, N., Müller, M., Lay, B., Corrigan, P.W., Zahn, R., Schönenberger, T., Bleiker, M., Lengler, S., Blank, C., Rössler, W. (2014). Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264, 1, 35-43.
- Ryff, C.D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 1, 10-28.
- Ryff, C.D., Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 4, 719-27.
- Sawicka, M., Bronowski, P. (2016). Społeczna rehabilitacja zaburzeń psychicznych. Środowiskowe metody pomocy osobom z doświadczeniem choroby psychicznej. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 695-710). Warszawa PWN.

- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. W: J. Weinman, S. Wright, M. Johnston (red.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (s. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M., Juczyński, Z. (2001). Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES. W: Z. Juczyński (red.), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia* (s. 93-98). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10, 26. Pobrane z: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>, 15.10.2018.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E., Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99-109.
- Taylor, S.E., Broffman, J.I. (2011). Psychosocial resources: Functions, origins, and links to mental and physical health. W: J.M. Olson, M.P. Zanna (red.), *Advances in experimental social psychology* (t. 44, s. 1-57). New York: Academic Press.
- Thoits, P.A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52, 145-161.
- Wright, P. (2008). Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne. W: P. Wright, J. Stern, M. Phelan (red.), *Psychiatria. Sedno* (t. 1, s. 257-286). Wrocław: Elsevier. Urban & Partner.
- Zalewska-Łunkiewicz, K. (2016). Samoocena młodych dorosłych znajdujących się w sytuacji pierwszorazowej hospitalizacji psychiatrycznej. *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal*, 22, 2, 269-275.
- Życińska, J., Wojtyna, J., Heyda, E., Syska-Bielak, A. (2009). *Polska adaptacja skali Distress Thermometer i Problem List. Badania walidacyjne wśród pacjentów onkologicznych. Streszczenie referatu wygłoszonego na X Ogólnopolskiej Konferencji Psychoonkologicznej. Władysławowo*. Pobrane z: http://www.ptpo.org.pl/index/index.php?option=com_content&task=view&id=151&Itemid=121, 15.07.2018.

