

Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej

The role of resiliency in adjustment to cancer in women

Nina Ogińska-Bulik

Zakład Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii, Uniwersytet Łódzki
Instytut Psychologii SWSPiZ w Łodzi

Psychoonkologia 2011, 1: 1–10

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. Nina Ogińska-Bulik
Instytut Psychologii
Uniwersytet Łódzki
ul. Smugowa 10/12
91-433 Łódź
tel. 609 772 708
e-mail: noginska@uni.lodz.pl

Streszczenie

Wstęp: O przystosowaniu się do choroby decyduje wiele czynników, wśród których wymienia się indywidualne właściwości człowieka związane z jego osobowością. Jedną z nich, dotychczas nieuwzględnianą w polskich badaniach, jest prężność, utożsamiana z odpornością psychiczną czy zaradnością życiową. Dlatego też za cel badań przyjęto ustalenie, jaką rolę odgrywa prężność w procesie przystosowania się do choroby nowotworowej, które wyraża się poprzez akceptację choroby i stosowanie adaptacyjnych strategii radzenia sobie z nią.

Materiał i metody: W badaniach uczestniczyło 60 kobiet chorych na raka piersi, które przeszły zabieg chirurgiczny resekcji piersi. Średnia wieku wynosiła 56,33 roku (odchylenie standardowe 11,16). Wykorzystano trzy techniki badawcze: *Skalę pomiaru prężności*, *Skalę akceptacji choroby* oraz *Skalę przystosowania się do choroby nowotworowej*.

Wyniki: Uzyskane wyniki wskazały na dobre przystosowanie się badanych kobiet do choroby nowotworowej. Świadczy o tym dość wysoki (choć mieszczący się w granicach przeciętnych) wskaźnik akceptacji choroby, wyraźnie większa skłonność do stosowania strategii adaptacyjnych, takich jak duch walki i pozytywne przewartościowanie, a mniejsza do stosowania strategii dezadaptacyjnych, takich jak zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność/beznadziejność. Prężność psychiczna okazała się istotnym czynnikiem sprzyjającym przystosowaniu się do choroby. Szczególną rolę w tym procesie odgrywa czynnik 3. prężności, tj. kompetencje do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji.

Wnioski: Prężność jest czynnikiem istotnie związanym z przystosowaniem się do choroby, co może mieć duże znaczenie dla praktyki klinicznej, w tym rehabilitacji psychologicznej pacjentów onkologicznych. Należy ją więc kształtować i rozwijać nie tylko z powodu aktualnego stanu zdrowia, lecz także po to, by lepiej sobie radzić z negatywnymi wydarzeniami życiowymi, które mogą się pojawić w przyszłości.

Abstract

Background: Various factors determine adjustment to illness, including individual factors related to personality. One of them is resiliency, which is also understood as resistance or resourcefulness. Their role in a process of adjustment has not yet been explored in Polish studies. Therefore the aim of the study was to establish the role of resiliency in adjustment to cancer, expressed in acceptance of illness and adaptive coping strategies.

Material and methods: The study group included 60 women with breast cancer, who underwent surgical intervention of breast resection (mastectomy). The mean age was 56.33 years (SD = 11.16). Three methods were used in the study: the Resiliency Assessment Scale, the Acceptance of Illness Scale, and the Mental Adjustment to Cancer Scale – Mini-Mac.

Results: Examined women who underwent mastectomy reveal good adjustment to illness. Relatively high level of acceptance of illness and higher tendency to

use adaptive coping strategy, such as fighting spirit and positive reinterpretation, but less – maladaptive, such as anxious preoccupation or helpless/hopeless confirmed it. Resiliency appeared the essential factor promoting adjustment to illness. Competencies to cope and tolerance of negative emotions (factor 3 of resiliency) seem to play the particular role in this process.

Conclusions: Resiliency is a factor significantly related to adjustment to illness, what has implications for clinical practice, among them psychological rehabilitation persons with cancer. Therefore resiliency should be developed, not only because of the present state of health, but also to better cope with future negative life events.

Słowa kluczowe: prężność psychiczna, akceptacja choroby, przystosowanie się do choroby nowotworowej, kobiety, mastektomia.

Key words: resiliency, acceptance of illness, adjustment to cancer, women, mastectomy.

Wstęp

Doświadczenie choroby, zwłaszcza nowotworowej, jest niewątpliwie bolesnym przeżyciem dla każdego człowieka. Wiąże się z silnym stresem, często o charakterze traumatycznym, który może pociągać za sobą wiele negatywnych konsekwencji, dotyczących przede wszystkim sfery emocjonalnej. Jednym z najczęściej występujących u kobiet nowotworów jest rak piersi. W Polsce stanowi on ok. 20% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe. Zgony z powodu nowotworu piersi szacuje się na ok. 13%. W ciągu ostatnich 5 lat zachorowalność wzrosła o 4–5% [1]. Objawy psychiczne, których doświadczają kobiety z nowotworem piersi, są różne w poszczególnych stadiach choroby, począwszy od szoku i niedowierzania w chwili rozpoznania, lęku występującego w trakcie leczenia, po niepokój i obawy przed nawrotem.

Szczególnie silny stres wiąże się z leczeniem metodą operacji chirurgicznej, a także radio- i chemioterapii. Mastektomia, częściowo deformująca sylwetkę kobiety, wzmacnia niekorzystne zmiany w sferze psychicznej, przede wszystkim poprzez nasilenie lęku, przygnębienia czy objawów depresji. Po upływie roku od przeprowadzenia zabiegu usunięcia piersi 25% pacjentek przeżywa nasilony dystres [2]. Podobnie silnie stresujący jest okres po leczeniu, który wiąże się przede wszystkim z lękiem przed nawrotem choroby. Wyniki badań Herschbacha i wsp. [3] wykazały, że co najmniej 40% kobiet po leczeniu raka piersi ujawniło taki rodzaj lęku. Co więcej, był to dla nich podstawowy czynnik stresogenny. U części osób choroba pozostawia ślad w postaci zaburzeń po stresie traumatycznym (*posttraumatic stress disorder* – PTSD), przede wszystkim w postaci intruzji i unikania [4–6]. Należy pamiętać, że przeżywane objawy mają wpływ na przystosowanie się do choroby, które wyraża się m.in. w stopniu jej akceptacji i strategiach radze-

nia sobie. Akceptacja choroby jest traktowana jako emocjonalny wyznacznik sposobu funkcjonowania w chorobie i przejawia się niewielkim nasileniem negatywnych reakcji emocjonalnych związanych z chorobą oraz uznaniem wynikających z niej ograniczeń. Przystosowanie się do choroby ma szczególne znaczenie w przypadku chorób przewlekłych. Jest ono ważne nie tylko z powodu aktualnego stanu zdrowia człowieka, lecz także bardziej odległych konsekwencji zdrowotnych. Jest też ważne z punktu widzenia jakości życia człowieka.

Przystosowanie się do choroby, wyrażające się w jej akceptacji i stosowaniu konstruktywnych strategii radzenia sobie, może się wiązać z potraumatycznym wzrostem (określanym także jako rozwój pourazowy). Zjawisko to oznacza wystąpienie pozytywnych zmian w wyniku skutecznego radzenia sobie z sytuacją traumatyczną. Te pozytywne zmiany dotyczą większego doceniania życia, poczucia siły i kompetencji, lepszych relacji z innymi czy zmian w filozofii życiowej i sferze duchowej [7–10]. Potraumatyczny wzrost jest przede wszystkim efektem poznawczego przetwarzania traumy i stosowania efektywnych strategii radzenia sobie z jej skutkami. Na możliwość wystąpienia rozwoju pourazowego u kobiet z rakiem piersi zwraca uwagę Izdebski [2], wskazując na znaczenie restrukturalizacji sposobów patrzenia na świat i własnych planów życiowych, które mogą prowadzić do dostrzegania korzyści w sytuacji choroby.

Szczególną rolę w procesie przystosowania się do choroby i wystąpienia pozytywnych zmian w wyniku poradzenia sobie z nią zdaje się odgrywać aktywne radzenie sobie (dotyczy to przede wszystkim osób wyraźnie nastawionych na walkę z chorobą), pozytywne przewartościowanie czy poczucie humoru, a także poszukiwanie wsparcia społecznego [11]. Poszukiwanie wsparcia, zarówno instrumentalnego, jak i emocjonalnego, jest powiązane przede wszystkim z dostrzeganiem nowych

możliwości w życiu i poprawą relacji z innymi. Wsparcie społeczne stwarza możliwość ekspresji negatywnych emocji i otrzymania praktycznej pomocy po diagnozie raka, co może wspomagać przetwarzanie poznawcze zdarzenia i ułatwiać przepracowanie traumy.

W badaniach mających na celu sprawdzenie zależności między przystosowaniem się do choroby a potraumatycznym rozwojem [12] dowiedziano, że był on pozytywnie związany ze strategią ducha walki – traktowaną jako najbardziej przystosowawcza w procesie zmagania się z chorobą, natomiast strategia bezradności/beznadziejności wiązała się z nim negatywnie. W innych badaniach przeprowadzonych wśród kobiet z rakiem piersi wykazano istotną rolę radzenia sobie opartego na religii, odwracania uwagi i pozytywnego przetwarzania [13, 14].

Radzenie sobie z chorobą, zwłaszcza nowotworową, jest procesem złożonym i uwarunkowanym wieloma zmiennymi. Należą do nich m.in. czynniki sytuacyjne, w tym stopień zagrożenia zdrowia lub życia, niejasność sytuacji, rokowania czy dostępność wsparcia społecznego, a także podmiotowe właściwości człowieka, przede wszystkim cechy osobowości i posiadane zasoby osobiste. Determinują one przebieg procesu radzenia sobie z chorobą oraz wpływają na jej konsekwencje. Wśród podmiotowych zasobów odgrywających istotną rolę w procesie przystosowania się do choroby wymienia się poczucie koherencji, poczucie własnej wartości, skuteczności, optymizm życiowy, humor, świadomość przeżywanych emocji i umiejętność ich wyrażania [10, 15–17].

Właściwością jednostki, która zdaje się sprzyjać przystosowaniu się do choroby, w tym nowotworowej, jest prężność psychiczna (*resiliency*). Jej rola w tym procesie nie została jeszcze określona, przynajmniej w polskich badaniach. Prężność psychiczna¹ jest utożsamiana z pojęciem odporności psychicznej czy zaradności życiowej i oznacza z jednej strony zdolność jednostki do oderwania się od przykrych wydarzeń życiowych, a z drugiej pozwala na bardziej skuteczne radzenie sobie ze stresem i negatywnymi emocjami. Pojęcie to nawiązuje do coraz bardziej rozwijającego się nurtu psychologii pozytywnej, koncentrującego się na poszukiwaniu czynników i mechanizmów wspomagających zdrowie i rozwój, a także pozwalających człowiekowi na powrót do stanu równowagi po doświadczeniu negatywnych wydarzeń życiowych [19].

Prężność może być rozumiana jako proces (*resilience*) i jako właściwość osobowości (*resiliency*). Pręż-

ność rozumiana jako proces nie jest mierzona bezpośrednio – o jej wystąpieniu można wnioskować na podstawie braku objawów nieprzystosowania, pomimo narażenia jednostki na negatywne sytuacje życiowe. W drugim przypadku (właściwość osobowości) prężność oznacza występowanie cech sprzyjających procesowi adaptacji. Można do nich zaliczyć wytrwałość i elastyczność przystosowania się do wymagań życiowych, zdolność mobilizacji do podejmowania działań zaradczych w trudnych sytuacjach, a także tolerancję negatywnych emocji i niepowodzeń. Osoby odznaczające się wysokim poziomem prężności są bardziej pozytywnie nastawione do życia, mają wyższe poczucie własnej wartości i skuteczności. Prężna jednostka charakteryzuje się stabilnością emocjonalną, napotkane trudności postrzega częściej jako szansę na zdobycie nowych doświadczeń, a siebie skłonna jest uważać za osobę mającą wpływ na podejmowane decyzje [10, 18, 20, 21].

Ponadto prężna osoba charakteryzuje się zrównoważonym poziomem kontroli oraz dużą tolerancją złożoności i niepewności [19]. Tak rozumiana prężność jest pozytywnie powiązana z innymi zasobami i potencjałami zdrowia, takimi jak poczucie koherencji, własnej skuteczności, optymizm życiowy czy twardość [10, 18, 19, 21].

Nadolska i Sęk [19] podkreślają, że *resiliency* jest nie tylko zbiorem właściwości osoby, lecz wynika także z wzajemnego oddziaływania cech między jednostką a środowiskiem. Oznacza to, że jednostka zmagająca się z trudnymi sytuacjami może sobie z nimi skutecznie poradzić bez nadwyrężania własnych zasobów. Co więcej, dostosowując się do nowych okoliczności, czerpie pewne korzyści z sytuacji stresowej, ucząc się nowych sposobów pokonywania trudności. Każde doświadczenie stresowe wzmacnia jednostkę, co pozwala jej lepiej radzić sobie w przyszłości.

Prężność wyrażana w postaci aktualizującej się gotowości, pewnego elastycznego i refleksyjnego stanu istnienia wobec zmienności środowiskowej może być traktowana jako zasób powstały w toku życiowych doświadczeń i odgrywający kluczową rolę w procesie adaptacji do trudności życiowych [19]. Co więcej, ze względu na dość silne powiązania z innymi potencjałami zdrowia może pełnić funkcję metazasobu regulującego funkcjonowanie innych zasobów, istotnych w procesie radzenia sobie z wydarzeniami życiowymi.

Dotychczasowe badania wykazały, że prężność ułatwia powrót do zdrowia u osób chorych somatycznie [22], sprzyja zjawisku potraumatycznego wzrostu u osób, które doświadczyły straty bliskiej

¹Konstrukt prężności został szerzej omówiony w książce *Osobowość, stres a zdrowie* [10] oraz artykułach *Skala pomiaru prężności – SPP-25* [21], *Prężność u dzieci i młodzieży: charakterystyka i pomiar – polska skala SPP-18* autorstwa N. Ogińskiej-Bulik i Z. Juczyńskiego [18].

osoby [23] lub przeszły zabieg mastektomii [8]. Prężność zapobiega wystąpieniu objawów stresu potraumatycznego lub zmniejsza ich nasilenie [24] oraz objawów wypalenia zawodowego [25, 26], zmniejsza ryzyko podejmowania prób samobójczych [27], a także zmniejsza skłonności do kompulsywnego jedzenia [28]. Sprzyja również poprawie jakości życia [29].

Warto także podkreślić, że doświadczanie negatywnych wydarzeń życiowych może służyć kształtowaniu się właściwości składających się na prężność. Zdają się to potwierdzać badacze japońscy [30], którzy dostarczyli danych wskazujących, że doświadczenie choroby nowotworowej przez nastolatki przyczyniło się do zwiększenia ich odporności psychicznej w przyszłości.

Cel badań

Celem podjętych badań było ustalenie zależności między prężnością psychiczną (zmienna wyjaśniająca) a przystosowaniem się do choroby nowotworowej (zmienna objaśniana). Przystosowanie się do choroby oceniano na podstawie poziomu jej akceptacji oraz preferowanych strategii radzenia sobie z nią. Sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jaki poziom prężności psychicznej przejawiają badane osoby?
2. Jaki jest stopień przystosowania się do choroby nowotworowej badanych osób, wyrażony w jej akceptacji i preferowanych strategiach radzenia sobie?
3. Czy istnieje związek między prężnością psychiczną a akceptacją choroby i preferowanymi strategiami radzenia sobie z nią?
4. Które z czynników prężności są wyznacznikami akceptacji choroby i podejmowanych strategii radzenia sobie z nią?

Materiał i metody

Badaniami objęto grupę 65 kobiet, które chorowały na raka piersi i przeszły zabieg resekcji gruczołu piersiowego (mastektomia) w okresie nie dłuższym niż 5 lat od chwili przeprowadzenia badań. Kobiety te były zrzeszone w klubach amazołek w jednym z miast województwa łódzkiego. Ze względu na niekompletność danych wyniki 5 osób odrzucono, włączając do analizy wyniki 60 kobiet. Badania miały charakter anonimowy. Badane zostały poinformowane o celu pracy i wyraziły zgodę na uczestnictwo. Wiek kobiet wynosił od 39 lat do 78 lat (średnia wieku 56,33 roku; SD = 11,16).

W badaniach wykorzystano trzy narzędzia badawcze, tj. *Skalę pomiaru prężności* – SPP-25, *Skalę*

akceptacji choroby, *Skalę przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej* – Mini-Mac. Krótką charakterystykę zastosowanych narzędzi zamieszczono poniżej.

- *Skala pomiaru prężności* – SPP-25, autorstwa Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego [21], zawiera 25 stwierdzeń dotyczących różnych właściwości osobowości, składających się na prężność psychiczną. Oceny tych właściwości dokonuje się na 5-stopniowej skali typu Likerta (od 0 – *zdecydowanie nie*, do 4 – *zdecydowanie tak*). Skala ma satysfakcjonujące właściwości psychometryczne (rzetelność mierzona współczynnikiem α Cronbacha wynosi 0,89; stabilność bezwzględna mierzona metodą testu-retestu po 4 tyg. wynosi 0,85). Wynik ogólny SPP-25 można wyrazić w skali stenowej, w której wyniki w zakresie 1–4 oznaczają niską, 5–6 – średnią, a 7–10 – wysoką prężność. Skala, oprócz wyniku ogólnego, pozwala na pomiar 5 czynników, którymi są: 1) wytrwałość i determinacja w działaniu, 2) otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, 3) kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji, 4) tolerancja niepowodzeń i traktowanie życia jako wyzwania, 5) optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach. Może być wykorzystywana do oceny reakcji na stres traumatyczny, w tym reakcji na nieuleczalną chorobę własną lub innych.
- *Skala akceptacji choroby* – AIS (*Acceptance of Illness Scale*), opracowana przez Felton i wsp., w polskiej adaptacji Juczyńskiego [16], zawiera 8 stwierdzeń odnoszących się do trudności i ograniczeń związanych z chorobą. Osoba badana ustosunkowuje się do nich, posługując się określeniami od *zdecydowanie się zgadzam* (1), które wyraża złe przystosowanie się do choroby, do *zdecydowanie się nie zgadzam* (5), które wskazuje na akceptację własnego stanu chorobowego. Możliwa do uzyskania suma punktów mieści się w zakresie 8–40. Im jest wyższa, tym większa akceptacja choroby. Narzędzie charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi (współczynnik α Cronbacha 0,85).
- *Skala przystosowania się do choroby nowotworowej* – Mini-Mac (*Mental Adjustment to Cancer*), autorstwa Watson i wsp., w polskiej adaptacji Juczyńskiego [16], zawiera 29 stwierdzeń dotyczących sposobów radzenia sobie z chorobą nowotworową, pozwalających na ocenę przystosowania się do niej. Są to: 1) zaabsorbowanie lękowe, 2) duch walki, 3) bezradność/beznadziejność oraz 4) pozytywne przewartościowanie. Pierwszy i trzeci sposób tworzą styl konstruktywny, natomiast drugi i czwarty styl destrukcyjny. W skład każdej strategii wchodzi 7 stwierdzeń. Osoba badana posługuje się oceną: od *zdecydowanie nie* (1 punkt) do

zdecydowanie tak (4 punkty). Zakres możliwych punktów wynosi 7–28. Im wyższa punktacja, tym większe jest nasilenie zachowań właściwych dla danego sposobu zmagania się z chorobą. Narzędzie ma dobre właściwości psychometryczne (współczynniki α Cronbacha wahają się od 0,64 dla zaabsorbowania lękowego do 0,79 dla strategii bezradność/beznadziejność).

Wyniki badań

Analiza wyników badań, zgodnie z postawionymi pytaniami badawczymi, obejmowała ustalenie średnich wartości wszystkich analizowanych zmiennych, zależności między prężnością a akceptacją choroby i stosowanymi strategiami radzenia sobie z nią oraz ustalenie, które z czynników wchodzących w zakres prężności psychicznej są wyznacznikami akceptacji i poszczególnych strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową. Średnie wartości zmiennych uwzględnionych w badaniu zaprezentowano w tab. 1.

Przedstawione w tabeli 1. dane wskazują na średni poziom prężności badanych kobiet. Uzyskany wynik jest zbliżony do średniej uzyskanej przez kobiety w badaniach normalizacyjnych (obejmujących jednostki zdrowe: $M = 69,45$, $SD = 12,55$). Odpowiada on górnej granicy 5. stena (według norm dla skali SPP-25) [21]. Uwzględniając poszczególne czynniki prężności, należy zwrócić uwagę, że badane kobiety po mastektomii uzyskały wyższe nasilenie czynnika 5., którym jest optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się

w trudnych sytuacjach w porównaniu z grupą normalizacyjną, dla której średnia wynosiła $M = 13,08$ ($SD = 3,20$). Odwołując się do norm opracowanych dla skali SPP-25, ustalono, że 16 badanych kobiet (26,7%) przejawia niski, 22 (36,7%) średni i 22 (36,7%) wysoki poziom prężności.

Średnia akceptacji choroby jest zbliżona do średniej uzyskanej przez kobiety z rakiem sutka w badaniach normalizacyjnych ($M = 28,12$, $SD = 7,60$) [16]. Z kolei porównując nasilenie poszczególnych strategii radzenia sobie z chorobą z danymi normalizacyjnymi, można zauważyć, że badane kobiety wykazywały niższe nasilenie strategii nieprzystosowawczych, tj. zaabsorbowania lękowego (dla kobiet z rakiem sutka w badaniach normalizacyjnych $M = 20,10$, $SD = 4,68$) i bezradności/beznadziejności (w badaniach normalizacyjnych $M = 15,73$, $SD = 5,23$), a nieco wyższe strategii przystosowawczych, tj. ducha walki (dane normalizacyjne $M = 19,34$, $SD = 3,93$) i pozytywnego przewartościowania ($M = 20,91$, $SD = 3,39$) [16].

Zaabsorbowanie lękowe wyraża niepokój spowodowany chorobą postrzeganą przede wszystkim jako zagrożenie wywołujące lęk, nad którym trudno zapanować. Duch walki dotyczy strategii skłaniającej osobę do traktowania choroby jako osobistego wyzwania i podejmowania działań zwalczających chorobę. Bezradność/beznadziejność świadczy o poczuciu bezsilności, zagubieniu i biernym poddaniu się chorobie, natomiast pozytywne przewartościowanie wyraża takie przeorganizowanie problemu swojej choroby, aby mając świadomość jej powagi, znaleźć nadzieję i zadowolenie

Tabela 1. Średnie wartości analizowanych zmiennych
Table 1. Mean scores of analysed variables

Zmienna	M	SD	min.	maks.
prężność – ogółem	71,00	14,73	38	91
czynnik 1. – wytrwałość i determinacja w działaniu	13,80	3,76	6	19
czynnik 2. – otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	14,43	3,25	6	19
czynnik 3. – kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	15,00	2,57	9	19
czynnik 4. – tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	13,33	2,57	9	19
czynnik 5. – optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	14,53	3,41	7	20
akceptacja choroby	28,60	8,47	13	40
strategie radzenia sobie:				
zaabsorbowanie lękowe	15,72	4,63	7	28
duch walki	23,81	3,13	18	28
bezradność/beznadziejność	11,27	3,73	7	22
pozytywne przewartościowanie	21,95	2,82	13	26

M – średnia arytmetyczna, *SD* – odchylenie standardowe, *min.* – wartość minimalna, *maks.* – wartość maksymalna

z już przeżytych lat [16]. Strategie ducha walki i pozytywnego przewartościowania składają się na styl konstruktywny, a zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność/beznadziejność na styl destrukcyjny. W przypadku badanych kobiet uzyskana średnia dla stylu konstruktywnego odpowiada wartości 7. stena, co oznacza wynik wysoki, dla stylu destrukcyjnego zaś jest to górna granica 3. stena, co oznacza wynik niski.

Sprawdzono także, czy wiek badanych kobiet wiąże się z poziomem zmiennych uwzględnionych w badaniu, a przede wszystkim z akceptacją choroby i nasileniem stosowanych strategii radzenia sobie. Na podstawie średniej wieku dokonano podziału badanych na dwie grupy: młodszych (w wieku 55 i mniej lat) i starszych (powyżej 55 lat). Przeprowadzone analizy wskazały, że wiek różnicuje jedynie poziom czynnika 2. prężności – otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru (dla młodszych: $M = 15,40$, $SD = 2,95$; dla starszych: $M = 13,46$, $SD = 3,30$; $t = 2,38$; $p < 0,05$) oraz akceptację choroby (dla młodszych: $M = 31,27$, $SD = 6,91$; dla starszych: $M = 25,93$, $SD = 9,14$; $t = 2,54$; $p < 0,02$). Wiek nie różnicuje poziomu żadnej ze strategii radzenia sobie z chorobą.

Na kolejnym etapie analizy danych ustalono zależności między zmiennymi. Współczynniki korelacji między prężnością psychiczną a akceptacją choroby i strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową przedstawiono w tab. 2.

Z danych zamieszczonych w tab. 2. wynika, że prężność ogółem i wszystkie czynniki wchodzące w jej skład w sposób istotny statystycznie korelują z akceptacją choroby nowotworowej i strategiami radzenia sobie z nią, najsilniej z duchem walki, najsłabiej z pozytywnym przewartościowaniem. Najsilniejsze związki prężności ze strategiami radzenia sobie dotyczą czynnika 3. Oznacza to, że im większe kompetencje do radzenia sobie i im silniejszą skłonność do tolerowania negatywnych emocji przejawia jednostka, tym częściej w procesie radze-

nia sobie z chorobą odwołuje się do strategii konstruktywnych, a rzadziej do destrukcyjnych.

Ponadto przeprowadzona analiza wyników badań wykazała, że akceptacja choroby wiąże się ze strategiami radzenia sobie z chorobą: pozytywnie z duchem walki ($r = 0,40$, $p < 0,01$), negatywnie z zaabsorbowaniem lękowym ($-0,44$, $p < 0,001$) i bezradnością/beznadziejnością ($-0,60$, $p < 0,001$). Nie wiąże się natomiast z pozytywnym przewartościowaniem ($r = 0,15$).

Zależność między prężnością a akceptacją choroby i strategiami radzenia sobie sprawdzono także poprzez porównanie średnich wartości akceptacji choroby i stosowanych strategii radzenia sobie w grupie kobiet o niskiej i wysokiej prężności (tab. 3.).

Prężność różnicuje w sposób istotny statystycznie zarówno poziom akceptacji choroby, jak i prawie wszystkich (poza pozytywnym przewartościowaniem) strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową. Zgodnie z przewidywaniami wyższy poziom akceptacji choroby oraz konstruktywnych strategii radzenia sobie jest charakterystyczny dla osób o wysokiej prężności psychicznej. Jednostki o niskiej prężności uzyskały natomiast wyższe wyniki w zakresie strategii destrukcyjnych, jakimi są zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność/beznadziejność.

W ostatnim kroku analizy danych sprawdzono, które z czynników wchodzących w skład prężności psychicznej pełnią funkcję predykcyjną dla akceptacji choroby i strategii radzenia sobie z nią. W tym celu przeprowadzono analizę regresji (wersja krokowa postępująca) oddzielnie dla akceptacji choroby i każdej ze strategii radzenia sobie z nią. Zestawienie końcowe wyników analizy regresji przedstawiono w tab. 4.

Otwartość na nowe doświadczenia połączona z poczuciem humoru okazała się wyznacznikiem akceptacji choroby – wyjaśniała 14% wariacji zmiennej zależnej. Im wyższy był poziom tego

Tabela 2. Współczynniki korelacji między prężnością a akceptacją choroby i strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową
Table 2. Correlation coefficients between resiliency and acceptance of illness and coping strategies with cancer

Strategia	Prężność ogółem	Czynnik 1.	Czynnik 2.	Czynnik 3.	Czynnik 4.	Czynnik 5.
akceptacja choroby	0,39**	0,37**	0,38**	0,37**	0,35**	0,31**
zaabsorbowanie lękowe	-0,50***	-0,41***	-0,41***	-0,52***	-0,45***	-0,48***
duch walki	0,55***	0,39**	0,34**	0,61***	0,61***	0,56***
bezradność/beznadziejność	-0,53***	-0,51***	-0,50***	-0,53***	-0,39**	-0,48**
pozytywne przewartościowanie	0,21	0,20	0,02	0,26*	0,22	0,27*

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

czynnik 1. – wytrwałość i determinacja w działaniu

czynnik 2. – otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru

czynnik 3. – kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji

czynnik 4. – tolerancja niepowodzeń i traktowanie życia jako wyzwania

czynnik 5. – optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach

Tabela 3. Poziom akceptacji choroby i nasilenie strategii radzenia sobie z chorobą w zależności od nasilenia prężności
Table 3. The level of acceptance of illness and coping strategies with cancer according to the intensity of resiliency

Strategia	Prężność				t	p
	niska (n = 16)		wysoka (n = 22)			
	M	SD	M	SD		
akceptacja choroby	24,25	8,02	30,54	8,73	-2,27	0,05
zaabsorbowanie lękowe	19,18	5,41	13,45	3,97	3,77	0,001
duch walki	21,56	3,09	25,82	1,73	-5,39	0,001
bezzadność/beznadziejność	14,25	4,26	10,09	3,33	3,37	0,01
pozytywne przewartościowanie	21,75	2,01	22,40	2,63	-0,83	NS

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, t – test Studenta, p – poziom istotności, NS – nieistotne statystycznie

Tabela 4. Predyktory akceptacji i strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową
Table 4. Predictors of acceptance of illness and coping strategies with cancer

Strategia	R ²	β	B	SE β	t	p
akceptacja choroby						
czynniki 2. – otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	0,14	0,39	0,98	0,31	3,13	0,002
wyraz wolny			14,31	4,67	3,06	0,002
R = 0,38; R ² = 0,14; F(1,58) = 9,83; p < 0,001						
zaabsorbowanie lękowe						
czynniki 3. – kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	0,27	-0,52	-0,94	0,20	-4,69	0,001
wyraz wolny			29,83	3,05	9,75	0,001
R = 0,53; R ² = 0,27; F(1,58) = 21,93; p < 0,001						
duch walki						
czynniki 3. – kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	0,37	0,58	-0,70	0,22	3,12	0,001
czynniki 4. – tolerancja niepowodzeń i traktowanie życia jako wyzwania	0,07	0,39	0,35	0,13	2,58	0,01
wyraz wolny			12,17	1,88	6,46	0,001
R = 0,68; R ² = 0,46; F(3,56) = 16,01; p < 0,001						
bezzadność/beznadziejność						
czynniki 3. – kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	0,28	-0,35	-0,51	0,22	-2,27	0,02
wyraz wolny			23,05	2,42	9,49	0,001
R = 0,56; R ² = 0,31; F(2,57) = 12,87; p < 0,001						
pozytywne przewartościowanie						
czynniki 5. – optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	0,12	0,62	0,51	0,31	2,38	0,02
wyraz wolny			18,90	2,15	8,79	0,001
R = 0,40; R ² = 0,16; F(4,55) = 2,69; p < 0,05						

R² – współczynnik regresji, β – współczynnik β, SE β – błąd standardowy współczynnika regresji, t – wartość testu t, p – istotność statystyczna testu t

czynnika, tym większa akceptacja choroby. Wyznacznikiem zaabsorbowania lękowego okazał się czynnik 3. prężności, tj. kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji, który wyjaśnia 27% wariacji zmiennej zależnej. Im wyższe nasilenie tych kompetencji, tym mniejsza

była skłonność do przeżywania lęku i koncentracji na chorobie. Predyktorami ducha walki są czynniki 3. i 4., czyli kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji oraz tolerancja niepowodzeń i traktowanie życia jako wyzwania. Łącznie wyjaśniają one 44% wariacji

zmiennej zależnej, przy czym zdecydowanie większa siła predykcyjna dotyczy czynnika 3. (do równania regresji wszedł także czynnik 1., ale wyjaśnia on zaledwie 3% wariacji zmiennej zależnej, a więc jego rola jako predyktora jest nieistotna).

Podobnie jak w przypadku wcześniejszych strategii radzenia sobie z chorobą, odwoływanie się do bezradności/beznadziejności w procesie radzenia sobie z chorobą jest związane z czynnikiem 3., jakim są kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji (zależność negatywna). Wyjaśnia on 28% wariacji (pozostałe 3% wyjaśnia czynnik 2. – otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru). Z kolei predyktorem strategii pozytywnego przewartościowania okazał się czynnik 5. – optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach, jednakże jego moc predykcyjna jest słaba, wyjaśnia on zaledwie 12% wariacji zmiennej zależnej (pozostałe 4% związane jest z czynnikiem 2.).

Uzyskane wyniki analizy regresji wskazują na szczególne znaczenie w procesie przystosowania się do choroby czynnika 3., czyli kompetencji osobistych do radzenia sobie i tolerancji negatywnych emocji, który okazał się predyktorem 3 spośród 4 strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową.

Podsumowanie i dyskusja

Badane kobiety, które przeszły zabieg resekcji piersi, wykazują dobre przystosowanie się do choroby. Wyraża się ono w stosunkowo wysokim nasileniu konstruktywnych strategii radzenia sobie z nią, tj. ducha walki i pozytywnego przewartościowania – wyższego w porównaniu z danymi dotyczącymi badań normalizacyjnych skali Mini-Mac (por. Juczyński, 2001), a przede wszystkim niskim strategii destrukcyjnych, takich jak zaabsorbowanie lękowe czy bezradność/beznadziejność. Badane kobiety charakteryzuje przeciętny poziom akceptacji choroby, choć jest on nieco wyższy niż poziom tej zmiennej uzyskany w badaniach normalizacyjnych dotyczących *Skali akceptacji choroby* [16]. Wśród badanych kobiet po mastektomii blisko 74% prezentuje wysoki bądź średni poziom prężności (po 36,7%), a zaledwie 26% przejawia niski jej poziom. Uwzględniając poszczególne czynniki prężności, należy zwrócić uwagę, że badane kobiety prezentują wyższy poziom optymistycznego nastawienia do życia i zdolności mobilizowania się w trudnych sytuacjach w porównaniu z grupą normalizacyjną [21]. Nie bez znaczenia wydaje się tu fakt, że uczestniczące w badaniu kobiety nie miały objawów nawrotu choroby.

Uzyskane wyniki potwierdziły przewidywany związek między prężnością a przystosowaniem się

do choroby nowotworowej. Prężność pozytywnie koreluje z akceptacją choroby i strategią w postaci ducha walki, negatywnie zaś z zaabsorbowaniem lękowym i bezradnością/beznadziejnością. Uzyskane wyniki wskazują, że prężność zmniejsza niepokój spowodowany chorobą (zaabsorbowanie lękowe) oraz poczucie bezsilności, zagubienia i biernego poddawania się chorobie (bezradność/beznadziejność). Zwiększa zaś tendencje do traktowania choroby jako osobistego wyzwania i podejmowania działań zwalczających chorobę (duch walki).

Bardziej szczegółowa analiza wyników badań wskazała na znaczenie różnych czynników prężności w procesie przystosowania się do choroby. I tak, predyktorem akceptacji choroby okazała się otwartość na nowe doświadczenia połączona z poczuciem humoru (czynnik 2.), natomiast w procesie radzenia sobie z chorobą szczególną rolę odgrywają kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji (czynnik 3.). Ta właściwość jednostki zmniejsza tendencje do stosowania destrukcyjnych, a zwiększa skłonność do wykorzystywania konstruktywnych strategii radzenia sobie w procesie zmagania się z chorobą. Dla lepszego przystosowania się do choroby istotna jest także tolerancja niepowodzeń i traktowanie życia jako wyzwania (czynnik 4.) – pozwala na aktywne podejmowanie działań zwalczających chorobę oraz optymistyczne nastawienie i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach (czynnik 5.) – pomaga znaleźć nadzieję i zadowolenie z już przeżytych lat.

Warto zwrócić uwagę, że czynniki składające się na prężność psychiczną, które okazały się istotne w procesie przystosowania się do choroby (zwłaszcza 2. i 3.), są wyraźnie powiązane z emocjami. Na znaczenie emocji – zarówno pozytywnych, jak i negatywnych – w procesie zmagania się z negatywnymi wydarzeniami życiowymi wskazuje wielu autorów [10, 19, 31–33]. Jednostki o wysokim poziomie prężności przeżywają więcej emocji pozytywnych w odpowiedzi na stresujące wydarzenia, choć należy podkreślić, że emocje pozytywne nie zastępują negatywnych odczuć związanych z doświadczanym wydarzeniem, ale raczej z nimi współwystępują i niwelują ich niekorzystny wpływ na funkcjonowanie i zdrowie człowieka. Na współwystępowanie negatywnego i pozytywnego afektu w sytuacjach trudnych wskazują m.in. Folkman i Moskowitz [34]. Przeżywanie emocji pozytywnych, zgodnie z teorią budowania i rozszerzania pozytywnych emocji [32], wpływa korzystnie na funkcjonowanie poznawcze jednostki doświadczającej kryzysu, zwiększając tendencje do elastycznego i kreatywnego myślenia. Doświadczanie emocji pozytywnych może także pomóc w odnowie traconych w wyniku zmagania się z chorobą zasobów i wspie-

rać dalsze wysiłki w procesie przystosowania się do choroby. Istotną rolę w procesie przystosowania się do choroby odgrywa także możliwość ekspresji przeżywanymi emocjami, zwłaszcza tych o charakterze negatywnym.

Warto podkreślić, że osoby o wysokim poziomie prężności są bardziej empatyczne, cechują się zdolnością do wzbudzania pozytywnych stanów emocjonalnych w innych osobach (jest to powiązane z inteligencją emocjonalną), a to pozwala na budowanie bliższych relacji z innymi i zwiększa szanse na uzyskanie wsparcia w sytuacji kryzysu. Co więcej, prężność pozwala na przywoływanie emocji pozytywnych w kryzysie poprzez odnajdowanie pozytywnego znaczenia doświadczanej sytuacji [31]. Tak więc prężność, traktowana jako właściwość psychiczna człowieka przejawiająca się w myśleniu, odczuwaniu i działaniu, pozwala przewyższać kłopoty i cierpienia, zwiększa szanse na powrót do stanu równowagi w wyniku doświadczenia negatywnego wydarzenia życiowego, sama podlegając wzmocnieniu.

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami, do których należy niewielka liczba badanych osób, ale przede wszystkim ich przekrojowy charakter. Nie pozwala to na orzekanie związków przyczynowo-skutkowych. Nie można więc ustalić w sposób jednoznaczny, czy to właściwości jednostki składające się na prężność przyczyniły się do lepszego przystosowania się do choroby, czy też skuteczne poradzenie sobie z chorobą spowodowało przyrost prężności. To ostatnie oznaczałoby, że w wyniku poradzenia sobie z negatywnym wydarzeniem życiowym, jakim jest choroba nowotworowa, wzrosły kompetencje jednostki do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, zwiększyła się tolerancja niepowodzeń i negatywnych emocji, ukształtowało się bardziej optymistyczne nastawienie do życia. Stwierdzenie to wydaje się istotne w kontekście dotychczasowej wiedzy na temat *resilience*, wskazującej, że to właśnie doświadczanie sytuacji trudnych, nawet traumatycznych, kształtuje odporność i zaradność życiową. Związek ten wymaga więc dalszych badań, w tym o charakterze długofalowym.

Uzyskane wyniki badań mogą mieć znaczenie w praktyce klinicznej. Osoby charakteryzujące się niskim poziomem prężności gorzej przystosowują się do choroby. Może to utrudniać leczenie i rzutować na proces rehabilitacji, a także obniżać jakość życia tych osób. Warto więc, zgodnie z nurtem psychologii pozytywnej, kształtować i rozwijać u ludzi, niezależnie od doświadczanych wydarzeń, kompetencje osobiste do radzenia sobie oraz tolerancję niepowodzeń i negatywnych emocji, a także wytrwałość i determinację w działaniu czy optymi-

styczne nastawienie do życia. Ważne wydaje się także rozwijanie zdolności do przeżywania afektu pozytywnego. Sprzyja ona bowiem w szczególności sposobowi budowaniu zasobów zdrowia człowieka. I chyba trzeba się zgodzić z twierdzeniem Jane Goodman [35], że „prężność jest wymogiem bardziej potrzebnym w stresującym, gwałtownie zmieniającym się świecie niż kiedykolwiek przedtem”.

Wnioski

1. Kobiety po resekcji gruczołu piersiowego wykazują dość dobre przystosowanie się do choroby. Przejawia się to zarówno w akceptacji choroby, jak i preferowaniu bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie z nią.
2. Istotnym czynnikiem sprzyjającym przystosowaniu się do choroby jest prężność psychiczna, a szczególnie jej składnik, jakim są kompetencje do radzenia sobie powiązane z tolerancją negatywnych emocji.
3. Wskazane byłoby kształtowanie i rozwijanie prężności nie tylko osób chorych, lecz także zdrowych, przede wszystkim w celu lepszego radzenia sobie z negatywnymi wydarzeniami życiowymi w przyszłości.

Piśmiennictwo

1. Krzakowski M. Rak piersi – charakterystyka problemu zdrowotnego. Biuletyn Informacyjny Stowarzyszenia Kobiet z Problemem Onkologicznym 2008; 54; www.4lomza.pl/index.php?wiad=14057 (uzyskano 7.04.2010).
2. Izdebski P. Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi. Wyd. UKW, Bydgoszcz 2007.
3. Herschbach P, Keller M, Knight L i wsp. Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. Br J Cancer 2004; 91: 504-511.
4. Butler LD, Koopman C, Classen C i wsp. Traumatic stress, life events, and emotional support in women with metastatic breast cancer: cancer-related traumatic stress symptoms associated with past and current stressors. Health Psychol 1999; 18: 555-560.
5. Cordova MJ, Studs JL, Hann DM i wsp. Symptom structure of PTSD following breast cancer. J Trauma Stress 2000; 13: 301-309.
6. Widera A, Juczyński Z, Popiela T. Psychologiczne wyznaczniki stresu pourazowego u pacjentów onkologicznych po okaleczających zabiegach chirurgicznych. Psychoonkologia 2003; 7: 31-36.
7. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. J Trauma Stress 1996; 9: 455-471.
8. Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. Pol Forum Psychol 2010; 15: 125-139.
9. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. Psychiatria 2010; 7: 129-142.
10. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość, stres a zdrowie. Wyd. II uzup. Wyd. Difin, Warszawa 2010.
11. Morris B, Shakespeare-Finch J, Scott J. Coping process and dimensions of posttraumatic growth. Aust J Disaster Trauma Stud 2007; 1: 1-10.
12. Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH i wsp. Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? Psychooncology 2003; 12: 491-499.

13. Bussel V, Naus M. A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol* 2010; 28: 61-78.
14. Lechner SC, Antoni MH. Posttraumatic growth and group-based intervention for persons dealing with cancer: What have we learned so far? *Psychol Inq* 2004; 15: 35-41.
15. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: de Walden-Gatuszko K (red.). *Psychoonkologia*. Wyd. Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 2000; 23-43.
16. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
17. Piskozub M. Neotypczno-duchowy wymiar osobowości w procesie radzenia sobie ze stresem onkologicznym. *Psychoonkologia* 2010; 14: 1-13.
18. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Prężność u dzieci i młodzieży: charakterystyka i pomiar – polska skala SPP-18. *Pol Forum Psych* 2011; 16: 7-28.
19. Nadolska K, Sęk H. Spoleczny kontekst odkrywania wiedzy o zasobach odpornościowych, czyli czym jest resilience i jak ono funkcjonuje. W: Kaczmarek Ł, Stysz A (red.). *Bliżej serca – zdrowie i emocje*. Wyd. UAM, Poznań 2007; 13-37.
20. Semmer N. Personality, stress and coping. W: Vollrath M (red.). *Handbook of Personality and Health*. Wiley, Chichester 2006; 73-113.
21. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Skala pomiaru prężności – SPP-25. *Nowiny Psychol* 2008; 3: 39-56.
22. Steward DE, Yuen T. A systematic review of resiliency in the physically ill. *Psychosomatics* 2011; 52: 199-209.
23. Felcyn-Koczevska M, Ogińska-Bulik N. Rola prężności w rozwoju potraumatycznym osób w żałobie. W: Golińska L, Bielawska-Batorowicz E (red.). *Rodzina i praca z perspektywy wyzwań i zagrożeń*. Wyd. UŁ, Łódź 2011; 511-524.
24. Connor KM. Assessment of resilience in the aftermath trauma. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 46-49.
25. Taddei S, Vieri Cenerini M, Vanni D. Working in emergency: Resiliency and burnout in public service for health emergencies. 23rd Annual Conference of the EHPS. "From knowledge to interventions" Florence, Italy 2009, 23-26 September, Abstract Book: 48.
26. Ogińska-Bulik N. Rola prężności w zapobieganiu negatywnym skutkom stresu zawodowego. W: Golińska L, Bielawska-Batorowicz E (red.). *Rodzina i praca w warunkach kryzysu*. Wyd. UŁ, Łódź 2011; 485-498.
27. Roy A, Sarchiapone M, Carli V. Low resilience in suicide attempters. *Arch Suicide Res* 2007; 11: 265-269.
28. Chanduszko-Salska J, Ogińska-Bulik N. Prężność a ryzyko uzależnienia od jedzenia. W: Golińska L, Bielawska-Batorowicz E (red.). *Rodzina i praca w warunkach kryzysu*. Wyd. UŁ, Łódź 2011; 499-510.
29. Ogińska-Bulik N. Prężność a jakość życia młodzieży. *Psychologia Jakości Życia* 2010; 1: 233-247.
30. Ishibashi A, Ueda R. Resilience in adolescents with cancer. *Jpn J Health Hum Ecol* 2003; 69: 220-232.
31. Fredrickson B. Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevent Treatment* 2000; www.journals.apa.org/prevention/volume.html (uzyskano: 5.02.2007).
32. Fredrickson B. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol* 2001; 56: 218-226.
33. Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 2007.
34. Folkman S, Moskowitz J. Positive affect and the other side of coping. *Am Psychol* 2000; 55: 647-654.
35. How do we bounce back from adversity. *Psychol Today* 2002, styczeń/luty; www.psychologytoday.com/htdocs/prod/contents?PTO/ (uzyskano 10.06.2011).