

Wioletta Skowron

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych w Częstochowie

Poczucie koherencji pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego

The sense of coherence in patients with ulcerative colitis

STRESZCZENIE

Wstęp. Globalna orientacja życiowa SOC to punkt zainteresowań wielu specjalistów, również pielęgniarzek, które są zainteresowane holistyczną opieką nad pacjentem. SOC chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego pozostawał nierozpoznanym obszarem badawczym, a strategie radzenia sobie ze stresem–chorobą znacznie poprawiają jakość życia osób przewlekle chorych i umożliwiają przesunięcie się na kontinuum zdrowie–choroba w kierunku bieguna zdrowie.

Cel pracy. Ocena poczucia koherencji (SOC) u pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono na Oddziale Gastroenterologii i Poradni Gastrologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie. Narzędziem badawczym był wystandaryzowany Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) według Aarona Antonovsky'ego. W badaniu wzięła udział grupa 32 pacjentów.

Wyniki i wnioski. W badaniu wykazano duży rozrzut uzyskanych wyników, ale można uznać, że SOC w grupie badanej było obniżone. Najniżej reprezentowanym składnikiem SOC było poczucie sensowności, czyli motywacja pacjenta do walki z chorobą. Natomiast poczucie zaradności, czyli wiara we własne możliwości, oparcie w najbliższych i poczucie zrozumienia otaczającego świata, choroby, objawów towarzyszących, przedstawiają się na podobnym poziomie.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (4): 520–524

Słowa kluczowe: poczucie koherencji (SOC), wrzodziejące zapalenie jelita grubego

ABSTRACT

Introduction. The global orientation of the SOC is a vital point of interest for many researchers, including these nurses who are interested in holistic patient care. SOC patients with ulcerative colitis has remained unrecognized research area, so strategies for coping with stress and illness significantly improves the quality of life of chronically ill patients and allow them to move toward health.

Aim of the study. To evaluate the sense of coherence (SOC) in patients with ulcerative colitis.

Material and methods. The study was performed in the Gastroenterology Ward and Outpatient Gastroenterology Clinical Regional Hospital in Częstochowa. Sense of Coherence Questionnaire (SOC) according to Aaron Antonovsky was the standardized research tool. The group of 32 patients have participated in this study.

Results and conclusions. The study revealed the large dispersion of results though it may suggest that the sense of coherence in the study group was reduced. Meaningfulness and motivation to fight the disease represented the lowest degree of coherence sense. By contrast, confidence, understanding of the disease and its symptoms as well as of environment are on the similar level.

Nursing Topics 2011; 19 (4): 520–524

Key words: the sense of coherence (SOC), ulcerative colitis

Wstęp

Niejednokrotnie człowiek zastanawia się, dlaczego niektóre osoby są zdrowe i długo żyją, a inne częściej zapadają na choroby i żyją krócej. Odpowiedź na to pytanie sformułował Aaron Antonovsky, tworząc koncepcję sa-

lutogenezy, w której najważniejszym pojęciem jest poczucie koherencji (SOC, *sence of coherence*) [1].

Przedstawiciele koncepcji salutogenetycznej badają źródła zdrowia, a jej autor zastanawiał się, dlaczego niektórzy ludzie lokują się w pobliżu pozytywnego końca

Adres do korespondencji: mgr pielęgniarstwa Wioletta Skowron, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, ul. Białska 104/118, 42–200 Częstochowa, e-mail: wioletta-skowron@wp.pl

kontinuum zdrowie–choroba, a inni, będąc na różnym poziomie kontinuum, zmierzają do jej pozytywnego końca. W odpowiedzi Antonovsky rozważał różne koncepcje, na przykład wpływ mniejszej liczby stresorów na daną osobę. Jednak stresory są wszechobecne i większość osób radzi sobie dość dobrze nawet z dużym stresem. Na pozostałych ludzi stres działa wyniszczająco. Tajemnice te Antonovsky starał się rozwikłać w podejściu salutogenetycznym, którego podstawą jest sposób radzenia sobie z napięciem nerwowym (emocjonalnym) [1]. Wprowadził też pojęcie „uogólnionych zasobów odpornościowych”, do których zaliczamy między innymi: zasoby materialne, silną osobowość, stabilną kulturę, wsparcie społeczne. Pozwalają one walczyć z różnymi stresorami [1].

Podsumowując teorię salutogenezy, można powiedzieć, że odrzuca ona sztywny podział na zdrowych i chorych, a uwzględnia wielowymiarowe kontinuum zdrowie–choroba. Nie koncentruje się wyłącznie na etiologii choroby, a podchodzi do człowieka holistycznie, uwzględniając historię jego życia i choroby. Szczególną uwagę skupia na zasobach umożliwiających radzenie sobie ze stresem. Antonovsky twierdził, że stresory nie zawsze są patogenne, niekiedy też sprzyjają zdrowiu (w zależności od ich charakteru i umiejętności człowieka polegającej na zredukowaniu napięcia). Uważał, że orientacja salutogenetyczna nie jest „odwrotną stroną medalu” orientacji patogenezy. Apelowo, aby oba podejścia traktować komplementarnie i sprawiedliwie dzielić przykładaną uwagę, intelekt i zasoby materialne. Zwracał szczególną uwagę na globalną orientację życiową, zwaną SOC, która spełnia bardzo ważną rolę w utrzymaniu dotychczasowej pozycji na kontinuum zdrowie–choroba [1].

Silne SOC wyzwala odpowiednie zasoby, które człowiek w pełni potrafi wykorzystać, na przykład w poszukiwaniu źródeł wsparcia, odpowiedniej samoocenie [1].

Globalna orientacja życiowa składa się z 3 wymiarów: poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności. Zrozumiałość odnosi się do funkcji poznawczych, jest miarą postrzegania docierających informacji jako uporządkowanych, możliwych do ogarnięcia. Zaradność jest wyrazem przekonania o umiejętności radzenia sobie z problemami życia codziennego, aktywnego wpływania na sytuację i korzystania z doświadczenia życiowego w celu pokonywania sytuacji kryzysowych. Sensowność, jak uważa Antonovsky, jest bezpośrednim wyznacznikiem woli życia, miarą zdolności człowieka do odpowiedniego przeżywania różnych wydarzeń, z tendencją do ich zrozumienia i przeżywania ich jako wyzwania niż zagrożenia [1].

Poczucie koherencji rozwija się i osiąga odpowiedni wymiar około 20.–30. roku życia, jednak należy pamiętać, że między innymi krytyczne wydarzenia życiowe mogą wpływać na jego wahania [1].

Mając na uwadze zachowania chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego i jedną z przyczyn tej choroby, jaką jest korelacja ze stanem psychicznym, należy

zauważyć, że SOC pozostawało niepoznany obszar badawczym w opiece nad chorymi na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Badania przeprowadzone przez Miniszewską i wsp. ukazują, że odpowiednia strategia radzenia sobie ze stresem (chorobą) poprawia jakość życia osób przewlekle chorych [2].

Cel pracy

Celem pracy była ocena SOC pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Pomiar SOC przedstawia nie tylko możliwość radzenia sobie ze stresem, ale i predyspozycję do pokonywania trudności życiowych. Aby osiągnąć cel, sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jak przedstawia się SOC i jego składniki u pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego?
2. Czy istnieje związek pomiędzy SOC a jakością życia pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego?
3. Czy SOC ma wpływ na aktywność kliniczną wrzodziejącego zapalenia jelita grubego?

Materiał i metody

Badania przeprowadzono od stycznia do czerwca 2006 roku wśród 32 pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Gastroenterologii (19) i leczonych w Poradni Gastrologicznej (13) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie. Podstawowym warunkiem uczestnictwa była zgoda Ordynatora Oddziału i Dyrektora Szpitala oraz dobrowolna zgoda chorego na udział w badaniu, a także potwierdzenie histopatologiczne i obrazowe rozpoznania wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Wszyscy respondenci byli pełnoletni, a badania przeprowadzono anonimowo. Wśród badanych osób było 19 kobiet (59,4%) i 13 mężczyzn (40,6%) w wieku 18–72 lat. Mediana wieku dla całej grupy wynosiła 41,7; dla kobiet — 38,5, dla mężczyzn — 45. W związkach małżeńskich pozostawały 23 osoby, 6 osób było samotnych, 2 rozwiedzione, a 1 kobieta była wdową. Najlicniejszą grupę stanowili ludzie ze średnim wykształceniem — 20 osób, następnie z zawodowym — 9 osób, wyższym — 2 osoby i 1 osoba z wykształceniem podstawowym. Wśród osób objętych badaniem 11 zgłaszało dodatkowe choroby, co stanowiło 34,4% badanej grupy. Podstawowym źródłem uzyskanych danych byli sami pacjenci. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę ankietową: narzędziem badawczym były 3 wystandaryzowane kwestionariusze: Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) Antonovsky'ego, WHOQOL-Bref z informacjami o ankietowanych i skala aktywności klinicznej choroby Rachmilewita.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) zawiera 29 pytań zamkniętych, służy do oceny SOC oraz jego trzech składników: poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności. Każde pytanie jest punktowane w skali

Tabela 1. Ogólne poczucie koherencji (SOC) i jego składniki**Table 1.** General sense of coherence and ingredients SOC

Wynik	Ogólne SOC	Zaradność	Zrozumienie	Sens
Średnia	125,12	43,78	44,93	36,4
Mediana	127	42	46,5	38
SD	26,51	10,93	9,84	8,41
Liczebność	32	32	32	32

Tabela 2. Zależność jakości życia od zmiennych badanych Kwestionariuszem Orientacji Życiowej (SOC-29)**Table 2.** The relationship between of quality of life of the variables studied Life Orientation Questionnaire (SOC-29)

Para zmiennych	Współczynnik korelacji
Jakość życia — poczucie zaradności	0,6
Jakość życia — poczucie zrozumienia	0,68
Jakość życia — poczucie sensowności	0,55
Jakość życia — poczucie koherencji	0,67

1–7, wyniki oblicza się za pomocą odpowiednich kluczy, które pozwalają określić globalne SOC oraz jego 3 składowe. Maksymalną ilość punktów, którą można uzyskać, to 203, minimalna — 29. Ocena polskiej wersji wykazała bardzo wysoką rzetelność narzędzia α Cronbacha (0,78) [1]. W tabeli 1 przedstawiono ogólne SOC i jego składniki.

Drugim narzędziem badawczym był kwestionariusz WHOQOL, służący do oceny jakości życia osób zdrowych i chorych. Zastosowano tak zwaną krótką wersję WHOQOL-Bref zawierającą 26 pytań podzielonych na 4 domeny: zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne, relacje społeczne i środowisko. Każde pytanie punktowano w skali 1–5. Punktację dla poszczególnych dziedzin ustalono poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej, a średnie pomnożono przez 4. Wynik ma charakter po-

zytywny, co oznacza, że im wyższa punktacja, tym lepsza jakość życia [3]. W tabeli 2 przedstawiono zależność jakości życia od zmiennych badanych Kwestionariuszem Orientacji Życiowej (SOC-29).

Trzecim narzędziem badawczym była skala oceny klinicznej choroby według Rachmilewita [4] zawierająca 4 podstawowe pytania dotyczące objawów choroby i 4 pytania dodatkowe dotyczące objawów pozajelitowych wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Maksymalna liczba punktów, którą można było uzyskać, to 23, a minimalna — 0. Wskaźnik aktywności według Rachmilewita wynoszący 4 lub mniej świadczy o remisji choroby.

W tabeli 3 przedstawiono zależność pomiędzy SOC a aktywnością kliniczną wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Wybrane narzędzia badawcze pozwoliły uzyskać dużą ilość wielowymiarowych informacji na temat pacjentów cierpiących z powodu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.

Wyniki

Wyniki uzyskane podczas badania pacjentów za pomocą Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29) przedstawiono w tabeli 1. W badaniu wzięło udział 32 pacjentów chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Różnica pomiędzy uzyskanymi wynikami była stosunkowo duża, najniżej ocenione SOC wyniosło 74 punkty, a najwyżej — 177. Średnia wartość SOC w badanej grupie pacjentów wynosiła 125,12 (w Kwestionariuszu Orientacji Życiowej SOC-29 można uzyskać 29–203 punktów). Odchylenie standardowe i rozrzut świadczyły o tym, że odpowiedzi były zróżnicowane. Również współczynnik wariancji będący miarą zróżnicowania od-

Tabela 3. Zależność pomiędzy poczuciem koherencji (SOC) a aktywnością kliniczną wrzodziejącego zapalenia jelita grubego**Table 3.** The relationship between the sense of coherence (SOC) and clinical activity ulcerative colitis

	Średnie	SD	Korelacja
Pacjenci o wysokim SOC (n = 19)	6,36	4,09	-0,27
Pacjenci o niskim SOC (n = 13)	7,84	4,7	-0,4

powiedzi był wysoki i wynosił 0,21, co potwierdziło zróżnicowanie odpowiedzi.

Najwyższym czynnikiem mobilizacji zasobów było poczucie sensowności; w zestawieniu (tab. 1) składnik ten był najniższy, co przemawia za niską motywacją pacjenta do walki z chorobą. Poczucie zaradności, czyli wiara we własne możliwości, oparcie w najbliższych, było reprezentowane na średnim poziomie, a poczucie zrozumienia otaczającego świata, choroby, objawów towarzyszących przedstawiało się najlepiej.

Na podstawie zebranych danych zbadano zależność jakości życia od zmiennych badanych chorych za pomocą Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29). Prezentowane wyniki w tabeli 2 świadczyły o dość silnej zależności pomiędzy jakością życia a SOC, ponieważ współczynnik korelacji wynosił 0,67. Wyraźne zależności występowały pomiędzy jakością życia a poczuciem zrozumienia — 0,68 i poczuciem zaradności — 0,60. Natomiast niższa średnia korelacja występowała pomiędzy jakością życia a poczuciem sensowności — 0,55, co potwierdziło małą mobilizację zasobów osobistych wśród pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego.

Problemem badawczym była również zależność pomiędzy SOC a aktywnością kliniczną wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Prezentowane wyniki w tabeli 3 świadczyły o ujemnej zależności pomiędzy SOC a aktywnością kliniczną wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Związek ten był szczególnie widoczny u pacjentów z niskim SOC. Jak wynikało z analizy wyników badań, średnią ujemną korelację na poziomie — 0,4 wykazywała badana grupa o niskim SOC, co oznacza, że wzrost aktywności klinicznej był średnio zależny od niskiego SOC. Słabą, ale również ujemną korelację — 0,27, wykazywała badana grupa o wysokim SOC, co oznaczało, że aktywność kliniczna wrzodziejącego zapalenia jelita grubego była niższa w grupie badanej o wysokim SOC.

Dyskusja

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego to choroba przewlekła powodująca powstawanie owrzodzeń w obrębie błony śluzowej okrężnicy, charakteryzująca się krwistą biegunką. Jej przyczyna jest nadal nieznana. Obserwując chorych na to uciążliwe schorzenie, przebiegające z okresami zaostrzeń i remisji, nasuwa się wiele pytań, między innymi: czy przeżywane sytuacje życiowe mogą wpływać na stan zdrowia lub choroby? Przeprowadzone badania potwierdziły, że chorzy na wrzodziejące zapalenie jelita grubego gorzej radzą sobie ze stresem, co wynikało z Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29).

Antonovsky uważał, że człowiek posiadający wysokie poczucie zaradności i zrozumienia, który korzysta z doświadczenia życiowego i odpowiednich zasobów, również może kiedyś przestać rozumieć otaczający go świat i stracić kontrolę nad jego zasobami, jeśli nie bę-

dzie mieć odpowiednio wysokiego poczucia sensowności, czyli motywacji do działania [1]. W przeprowadzonym badaniu pacjenci z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego raportują niskie poczucie sensowności, a wysokie poczucie zrozumienia i zaradności, reprezentując typ 5 przedstawiony przez Antonovsky'ego [1]. Wszystkie składniki SOC są równie ważne, ale czynnik motywacyjny — poczucie sensowności, jest najważniejszy, ponieważ osoba zmotywowana poszukuje zrozumienia i odpowiednich zasobów.

Podobnie jak wyniki badania Tuszewskiej i wsp. [5], wyniki badań wykazały, że pierwszy składnik SOC — poczucie sensowności, przedstawiał się najslabiej wśród badanych osób. Wpływ na obniżenie tego czynnika mogło mieć rozpoznanie choroby i zmiany w życiu codziennym, z którymi pacjenci musieli sobie poradzić. Przyczyną tego deficytu mogły być też trudności, z jakimi pacjenci podejmowali walkę z chorobą (stresorem). Osoby te prawdopodobnie dostrzegały tylko uciążliwe strony choroby, starały się usunąć lęk i przykrości, które niesie ze sobą to przewlekłe schorzenie. Natomiast nie mobilizowały się do walki, nie traktowały choroby jako wyzwania. Niskie poczucie sensowności mogło też wpływać na zaprzestanie leczenia, ponieważ pacjenci nie widzieli sensu w przestrzeganiu zaleceń lekarskich, a na próby pomocy reagowali agresywnie w stosunku do otoczenia.

Wielu autorów badało SOC w różnych chorobach [6–9], wykazując zróżnicowane wyniki. Porównując średni wynik SOC w badanej grupie — 125 z chorymi na astmę oskrzelową — 114 [6], był on wyższy, ale według kryteriów Antonovsky'ego — niski (130–160). Autor globalnej orientacji życiowej na podstawie przeprowadzanych badań w różnych krajach podaje, że najniższe SOC mają chorzy na raka. Natomiast wśród tych pacjentów znajdują się również tacy, którzy charakteryzują się wysokim SOC [10].

Kozaka w przeprowadzonym badaniu wykazała, że SOC u kobiet chorych na raka jajnika wynosi 144 [9]. Podobnie u Jabłońskiego, pacjenci chorzy na ostrą białaczkę mieli średnie wartości SOC na poziomie 144,9–149,5 [8] (autor badania raportował średnie wartości SOC podczas leczenia). Średnie SOC uzyskane w przeprowadzonym badaniu wynosiło 125. Ciekawe wydaje się zróżnicowanie wyników od niskich — 74, aż do wysokich — 177. Podobne obserwacje wykazał Jabłoński u chorych na białaczkę [8]. Dlatego też rodzi się pytanie: czy SOC to cecha osobowa, czy też w danym momencie uchwycony stan emocjonalny, który koresponduje z uruchomionym procesem obronnym w stosunku do zagrożenia?

Oxelmark i wsp. wykazali, że SOC może się zmniejszać w czasie przyjmowania złych wiadomości, a zwiększać się przy planowaniu interwencji terapeutycznych. Znaczny wzrost SOC obserwowano również po interwencji pielęgniarskiej. Można wnioskować, że osoby o niższym SOC

mogą potrzebować dodatkowego wsparcia w adaptacji do choroby [11]. Analizując wyniki badań na temat SOC w chorobach nowotworowych, zaobserwowano niskie SOC, choć zdarzają się osoby o wysokim SOC. Dlatego też rodzi się kolejne pytanie: czy osoby chorujące na wrzodziejące zapalenie jelita grubego, zagrożone występowaniem raka jelita grubego, nie reagują podobnie?

Hjorstwang i wsp. w pracy opartej na teście *Rating Form of IBD Patients Concerns* podają listę najczęstszych obaw związanych z powikłaniami wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, na przykład obawa przed koniecznością wyłonienia sztucznego odbytu, przed rakiem jelita grubego, przed utratą kontroli nad czynnością wypróżniania się i niepewność co do przebiegu choroby i leczenia [12].

Drossman i Leserman w tej samej skali wykazali wysoki poziom obaw u pacjentów ze współistniejącymi chorobami, płcią żeńską i niskim SOC [13].

Carlsson i wsp., oceniając poziom satysfakcji z życia i SOC, wykazali związek pomiędzy stanem psychologicznym a aktywnością choroby. Udowodnili, że strategia radzenia sobie z chorobą (stresem) zależy od jakości uzyskanej opieki medycznej, aktywności seksualnej i poczucia atrakcyjności [14]. Podobnie Henrich i Herschbach wykazali, że cechą charakterystyczną pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego jest brak satysfakcji z poszczególnych dziedzin życia, a zjawisko to jest tym bardziej nasilone, im większa jest aktywność choroby [15].

Istnieją też sugestie, że pewne cechy osobowościowe sprzyjały zwiększonej podatności na obciążenie emocjonalne u pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Przewlekłe schorzenie o nieznanym etiologii, które występuje u osób młodych, często wywołuje frustrację, niepokój, a nawet depresję [16].

Podsumowując, można powiedzieć, że czynniki psychiczne nie wywoływały choroby, ale mogły nasilać objawy chorobowe. Jak obserwowano u części pacjentów o długim przebiegu choroby, wyzwalała się u nich reakcja obronna i wykazywali oni dużą odporność na stres. Jednak niskie poczucie sensowności powodowało labilność emocjonalną, która mogła być przyczyną zaprzestania leczenia, nieprzestrzegania zaleceń (co jest obserwowane w praktyce), agresji w stosunku do otoczenia. Taki stan psychiczny mógł wpływać na obniżenie jakości życia u badanych pacjentów.

Rozpoznanie deficytów przewlekłe chorych pozwala objąć ich holistyczną opieką, która powinna wpływać na poprawę jakości życia oraz przesunięcie kontinuum zdrowie–choroba w kierunku zdrowia. Wzmacniając zdrowie oraz SOC, można wpłynąć na konsekwencje zdrowotne w postaci podejmowanych zachowań prozdrowotnych, udziału w grupach samopomocowych. Wysoki poziom SOC sprzyja też w skuteczniejszym radzeniu sobie ze stresem, co prowadzi do lepszego zdrowia [17].

Wnioski

1. Poczucie koherencji u pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego było obniżone, składnik SOC — poczucie sensowności był reprezentowany najgorzej.
2. Istniała wyraźna zależność pomiędzy jakością życia a SOC u pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego.
3. Widoczny był wpływ SOC na aktywność kliniczną wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Wzrost aktywności klinicznej był średnio zależny od niskiego SOC. Słaba zależność występowała pomiędzy aktywnością kliniczną a wysokim SOC.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Wydawnictwo Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005: 30–35.
2. Miniszewska J., Chrystowska-Jabłońska B. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową a jakość życia. *Psychoonkol.* 2002; 6 (4): 89–94.
3. Wołowicka L., Jaracz K. Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL. *Bref. Wołowicka L. Jakość życia w naukach medycznych.* Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2002: 235–280.
4. Mulak A., Paradowski L. Wybrane klasyfikacje, skale i wskaźniki aktywności chorób układu pokarmowego. *Gastroenterol. Pol.* 2003; 10 (2): 155–165.
5. Tuszcwska M., Tuszewski B., Stachowiak Cz. Jakość życia i poczucie koherencji u chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. *Now. Lek.* 2002; 71, 4–5: 207–211.
6. Kurowska K., Grabowska R. Orientacja życiowa a wsparcie społeczne u osób z rozpoznaną astmą. *Prob. Pielęg.* 2010; 18 (3): 304–309.
7. Kurowska K., Jaworska M. Poczucie koherencji (SOC) a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem rakiem jajnika i jądra. *Prob. Pielęg.* 2010; 18 (4): 429–434.
8. Jabłoński M. Poczucie koherencji a ryzyko rozwoju depresji u chorych na ostrą białaczkę. *Psychoonkol.* 2009; 1–2: 1–10.
9. Kozaka J. Jakość życia a poczucie koherencji kobiet chorych na raka jajnika. *Psychoonkol.* 2002; 1: 13–20.
10. Kozaka J. Radzenie sobie ze stresem choroby — współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkol.* 2010; 2: 60–69.
11. Oxelmark L., Magnusson A., Lofberg R., Hilleris P. Group — based Intervention Program in Inflammatory Bowel Disease Patients: Effect on Quality of Life. *Inflammatory Bowel Dis.* 2007; 13: 182–190.
12. Hjorstwang H., Ström M., Almeida R.T., Almer S. Evaluation of the RFIPC, a disease — specific health — related quality of life questionnaire, in Swedish patients with ulcerative colitis. *Scand J. Gastroenterol.* 1997; 32: 1235–1240.
13. Drossman D.A., Leserman J. Li Z.M. The rating form if IBD patient concerns: a new measure of health status. *Psychosomatics Med.* 1991; 53: 701–712.
14. Carlsson E., Bosaeus I., Norgren S. Quality of life concerns in patients with short bowel syndrom. *Clin. Nutrition* 2003; 22: 445–452.
15. Henrich G., Herschbach P. Questions on life satisfaction (FLZM) — a short questionnaire for assessing subjective quality of life. *Eur. J. Psychol. Assess.* 2000; 16: 150–159.
16. Koniarek J. Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonowsky'ego. *Przegl. Psychol.* 1993; 4: 491–502.
17. Spenser S.M., Carver C.S., Price A.A. Psychological and social factors in adaptation. Holland J.C. (red) *Psycho-Oncology.* Oxford University Press, New York 1998: 211–222.