

Maciej Załuski

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum*, Kraków

Radzenie sobie z chorobą skoncentrowane na tworzeniu znaczeń. Część II – strategie adaptacji przekonań i celów życiowych

Meaning-making focused coping with illness. Part II – adaptation of assumptions and lives goals

STRESZCZENIE

Źródła stresu pacjenta wywołanego poważnym zachorowaniem mogą płynąć z rozbieżności pomiędzy aktualną oceną sytuacji a wiedzą o życiu i sobie samym. Usunięciu rozbieżności służą zmiany w obszarze uogólnionego rozumienia życia. Jest to cel radzenia sobie skoncentrowanego na tworzeniu znaczeń.

Artykuł kontynuuje treści rozpoczęte w pracy pt. „Radzenie sobie z chorobą skoncentrowane na tworzeniu znaczeń. Część I – strategie ponownej oceny choroby”. Celem artykułu było przybliżenie czytelnikowi funkcji tworzenia znaczeń choroby pod postacią procesu adaptacji celów życiowych, rewizji priorytetów oraz zasadniczych przekonań o sobie i życiu. W pracy wskazano na źródła trudności w dokonywaniu zmian oraz przykłady pozytywnych i negatywnych rozwiązań procesu tworzenia znaczeń. W artykule znalazły się również informacje na temat możliwości stymulowania pacjenta do zmian w obszarze rozumienia choroby drogą interwencji werbalnych.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (1): 134–138

Słowa kluczowe: choroba; stres; psychologia egzystencjalna; interwencja kryzysowa

ABSTRACT

The sources of stress caused by a serious patient's illness may flow from discrepancy between appraised meaning of illness and preexisting global meaning of life and oneself. To reduce the incongruence between appraised meaning and global meaning use the changes in area of global meaning. It is an aim of meaning-making focused coping.

The article is continuing content begun at work: "Meaning-making focused coping with illness. Part I – reappraisal of illness strategies". The aim of article is introducing the Reader to meaning-making of illness functions under the figure of goals in lives adaptation process, revising priority and fundamental assumptions about life and oneself. In article the source of problems in changes and examples of positive and negative outcomes meaning-making process were pointed out. In the article information's about the possibility of the patient stimulating to change in area of global meaning during verbal interventions were concluded too.

Nursing Topics 2015; 23 (1): 134–138

Key words: disease; emotional stress; existential psychology; crisis intervention

Wstęp

Zgodnie z myślą wyrażoną w Zrewidowanym Modelu Transakcyjnej Teorii Stresu i Radzenia Sobie reakcja stresowa jest efektem niezgodności występującej pomiędzy początkową oceną sytuacji

a posiadaną przez człowieka wiedzą nazwaną: ogólnym rozumieniem życia.

Uogólnione rozumienie życia to struktury psychiczne człowieka zawierające informacje w postaci wartości osobistych, celów i priorytetów życiowych

Adres do korespondencji: dr n. hum. Maciej Załuski, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum*, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków. tel.: 609 845 542, e-mail: mزالuski@cm-uj.krakow.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0023

oraz zasadniczych przekonań o sobie i świecie. Elementem zbioru jest również przekonanie na temat sensownej i wytłumaczalnej natury zjawisk życiowych. Informacje zawarte w obszarze uogólnionego rozumienia życia są względnie trwałe i odporne zmianom. Zasadnicze przekonania utrzymują się w niezmiennym postaci, gdyż są dyskretne i podatne ochronnym manipulacjom poznawczym. Jednak konfrontacja choroby z posiadanymi celami życiowymi jest dla pacjenta trudniejsza do ukrycia.

Tworzenie znaczeń choroby dokonuje się za pomocą strategii: adaptacji celów życiowych, weryfikacji przekonań, hierarchii wartości i związanych z nią priorytetów życiowych oraz utrzymania lub odtworzenia poczucia sensowności i wytłumaczalności zdarzeń zachodzących w życiu. Celem jest dostosowanie posiadanej wiedzy do informacji nowych i niekorzystnych.

Strategie adaptacji celów życiowych, priorytetów oraz przekonań

Pierwsza ze strategii polega na dopasowaniu celów życiowych do zmian wywołanych chorobą. Warto przypomnieć, że cel lub cele życiowe porządkują życie człowieka, nadając mu sens oraz zindywidualizowaną postać. Dysponowanie celem życiowym i możliwością jego realizacji zaspokajają potrzebę orientacyjną człowieka, dostarczając informacji potrzebnych do ukierunkowania zachowania oraz organizacji posiadanych zdolności [1]. Wrażenie pustki życiowej lub bezsensowności pojawiające się u pacjenta, którego życie uległo zmianie w następstwie poważnej choroby jest wynikiem utraty zdolności do realizacji celów życiowych lub utraty celu życia.

Poczucie sensownego życia oznacza zadowolenie z wyboru i osiągania celów ważnych, zgodnych z hierarchią wartości, doświadczenie bycia człowiekiem skutecznym i wartościowym. Trudno podać pełną listę celów życiowych, niemniej jednak można wskazać obszary, z których cele mogą pochodzić. Obszar cech osobowych (doskonalenie charakteru człowieka, rozwój osobowy, osiągnięcia, poczucie spełnienia, poczucie przyjemności), relacje z innymi ludźmi (intymność, altruizm, pomaganie innym, podtrzymywanie i tworzenie więzi społecznych), spójność fizyczna (sprawność funkcjonalna, zdrowie, wygląd zewnętrzny), aktywność (praca, hobby, czynne spędzanie wolnego czasu), potrzeby materialne (zaspokajanie, posiadanie dóbr rzeczowych) [2].

Pacjentowi poważnie choremu towarzyszy wrażenie utraty uporządkowanego życia. Jest to związane z trudnościami w realizacji dotychczasowych celów, zarówno codziennych, jak i długoterminowych. Rodzi objawy depresji, spadek jakości życia i poziomu psychologicznego dobrostanu. Wyniki badania grupy pacjentów po zawale serca pokazały, że stopień, w jakim choroba zagrażała realizacji istotnych celów

życiowym był predyktorem objawów depresji mierzonych 4 miesiące później [3]. Utrudnieniu regularnej aktywności fizycznej pacjentów po zawale — cel niższego rzędu — towarzyszyło obniżenie emocjonalnej, fizycznej i społecznej jakości życia [4]. Pacjenci przewlekle chorzy (astma, cukrzyca, niewydolność mięśnia sercowego) oceniający cele życiowe jako niemożliwe do osiągnięcia zgłaszali wyższy poziom lęku, objawy depresyjne i niższy poziom jakości życia. Podobne zależności zaobserwowano w grupie nosicieli wirusa HIV [5, 6].

Adaptacja celów życiowych jest procesem wieloetapowym. Na wstępie pacjent ocenia wpływ choroby na bieżące oraz planowane cele, szacuje szansę powodzenia oraz ryzyko porażki. Następnie skupia się na kosztach dążenia do celu lub jego porzucenia. Gdy zapada decyzja o odstąpieniu od celu rozpoczyna się proces naprzemiennego poddawania się emocjom towarzyszącym utracie (lęk, rezygnacja) i związanym z pragnieniem jej zapobieżenia (smutek, złość, zaprzeczanie, nadzieja). Reakcje występujące u pacjenta — naprzemienne przybliżanie się i oddalanie od utraconego celu — odgrywają istotną rolę w przebiegu adaptacji do choroby, gdyż przeżycie żalu po stracie powinno poprzedzać moment nowej orientacji życiowej.

Rozstawanie się z subiektywnie ważnym celem życiowym może być doświadczeniem naruszającym integralność psychiczną pacjenta. Ograniczenie samodzielności skutkiem udaru mózgu było powodem niepokoju pacjentki, gdyż utrudniło pomoc córce w prowadzeniu domu — działanie związane z realizacją istotnego celu życiowego. Wyniki wielu badań wskazują jednak, że wycofanie zaangażowania w realizację celów nieosiągalnych zwiększa poczucie samokontroli, osłabia objawy depresyjne, a także motywuje człowieka [7].

Pomocą w procesie adaptacji celów życiowych służy umiejętność określenia właściwego momentu, w którym cel zostaje oceniony jako całkowicie niemożliwy do osiągnięcia lub nieopłacalny. Zapada decyzja i rozpoczyna się proces rozstawania się z celem. Tym, co utrudnia postanowienie są działania obronne nakierowane na podtrzymanie utraconego celu. Przyjmują one postać: zaprzeczania ograniczeniom, myślenia życzeniowego, kultuwowania w sobie smutku i rezygnacji. Strategie tworzenia znaczeń przeciwdziałają takim zabiegom, konfrontując pacjenta z rzeczywistością.

Wraz ze stopniowym odstępowaniem od celu u pacjenta rodzi się potrzeba oceny i wyboru celów alternatywnych. Cele niedostępne powinny zostać zastąpione równie sensownymi, ale realistycznymi. Proces zastępowania celów rodzi ambiwalentne emocje, pozytywne: nadzieja, zapał, podniecenie, jak również negatywne: strach, zamartwianie się, obawy.

Pacjent może wybierać cele spośród mu znanych, lecz ignorowanych. W takim wypadku radzenie sobie polega na ocenie celu zwiększającej jego atrakcyjność lub osłabiającej argumenty stojące za bagatelizowaniem lub pomijaniem [8].

Drugim rodzajem strategii tworzenia znaczeń są procesy reorientacji priorytetów życiowych. Priorytety to pierwszoplanowe wartości, cele i zasady życiowe. Doświadczenie konieczności zmiany dotychczasowych priorytetów jest jedną z najbardziej powszechnych reakcji poważnie chorego człowieka. „Moja perspektywa zmieniła się, teraz wyłącznie skupiam się na tym, co rzeczywiście liczy się w życiu”. Choroba pozwala uwydatnić wartość i wagę życia samego u siebie oraz przeżyć doświadczenie jego kruchości.

Zmiany w priorytetach są następstwem niedopasowania wewnętrznego świata pacjenta, w którym istniejące przekonania, zasady i stany rzeczy okazały się być inne niż w rzeczywistości. Śmierć męża może być dla głęboko religijnej żony doświadczeniem konfrontującym z wartością, jaką jest powierzenie życia Bogu otaczającemu ludzi miłością oraz opieką. Z drugiej strony pacjent w następstwie choroby może porzucić wartości hedonistyczne i uznać, że obecnym priorytetem jest stawianie się lepszym człowiekiem [7, 9].

Choroba stwarza okazję do zastanowienia nad wartościami i celami życiowymi. Jej obecność koliduje z dotychczasową wiedzą pacjenta, a silne napięcie i negatywne emocje motywują pacjenta do zmian rodzących początkowo opór.

Pacjent oceniając dotychczasowe priorytet, może je potwierdzić lub odrzucić, a mimowolnie przejęte od innych uznać za własne. Wybór i skupienie uwagi na nowym priorytecie, będąc źródłem pozytywnych emocji, zwiększa skuteczność wszelkich działań pacjenta, także leczniczych i rehabilitacyjnych.

Omówione wyżej zmiany celów i priorytetów życiowych są niejednokrotnie powiązane z rewizją posiadanych przez pacjenta przekonań o sobie samym i życiu. Utrata zdrowia konfrontuje człowieka z posiadaną wiedzą, grożąc obniżeniem samooceny, poczucia wartości własnej, kontroli i sprawstwa. Strategie ponownej oceny choroby służą obronie poczucia tożsamości i utrzymaniu przekonań podtrzymujących poczucie bezpieczeństwa. Radzenie sobie w obszarze wiedzy usuwa źródła stresu i ma charakter adaptacyjny wówczas, gdy zmienia dotychczasowe założenia, czyniąc je bardziej elastyczne i lepiej oddające prawdę o życiu (życie jest bardziej delikatne, niż sądziłem, Bóg ukazuje swoją obecność w sposób bardziej ukryty, niż myślałem). Wadliwym kierunkiem zmian będzie usztywnienie się pacjenta w przekonaniach fałszywych lub nierzeczywistych. Powstaje wówczas zbiór myśli, negatywnych emocji i zachowań stopniowo odsuwający pacjenta od życia i ludzi.

Badania porównawcze grupy rodziców dzieci leczonych onkologicznie wykazały słabsze przekonania na temat wartości własnej, życzliwości innych ludzi, posiadania w życiu szczęścia oraz zdolności do kontrolowania zdarzeń negatywnych [10]. Wśród pacjentów chorujących na stwardnienie rozsiane były osoby, które zrewidowały posiadane założenia, tworząc takie demoralizujące sądy, jak: „choroba spowodowała, że stałem się bardziej cynicznym człowiekiem, człowiekiem niepewnym przyszłości” oraz „martwię się, że nie jestem dobrym partnerem z powodu mojej choroby” [11]. Zmiana przekonań w kierunku negatywnym — tak zwane negatywne znaczenie — utrudnia adaptację do choroby [8].

W podsumowaniu należy stwierdzić, że radzenie sobie polegające na tworzeniu znaczeń choroby oznacza:

- wyjaśnienie jej powodów i miejsca w życiu;
- ujęcie faktu zachorowania z szerszej, nieprzyjmowanej dotąd perspektywy;
- rewizję wartości, celów i listy priorytetów życiowych;
- zaakceptowanie faktu obecności w biegu życia negatywnych, niespodziewanych i niewytłumaczalnych wydarzeń [12].

Każda ze wspomnianych funkcji procesu tworzenia znaczeń korzysta z dwóch istotnych informacji oddających prawdę o życiu. Po pierwsze z faktu, że nieszczęścia pojawiają się zazwyczaj w sposób zaskakujący, po drugie z wiary w to, że cele życiowe warto stawiać i realizować pomimo tych nieszczęść.

Zrozumienie przyczyn i znaczenia choroby umożliwia pacjentowi włączenie w historię własnego życia, historię zrozumiałą i pozwalającą dostrzec wartość każdego, codziennego doświadczenia. Kryzys choroby staje się źródłem przemian rozwojowych. Koncentracja uwagi na korzystnych aspektach pojawiających się w trakcie leczenia, odciążając i wzbudzając pozytywne emocje, pozwala pacjentowi dostrzegać nowe fakty wzbogacające jego życie mimo choroby oraz przeciwdziała rezygnacji.

Stymulowanie strategii tworzenia znaczeń choroby

Radzenie sobie pacjenta z chorobą drogą tworzenia znaczeń można stymulować poprzez interwencje terapeutyczne. Badanie przeprowadzone w grupie kobiet wyleczonych z raka piersi wykazało, że interwencje wspierające proces tworzenia znaczeń doprowadziły do istotnego wzrostu samooceny, optymizmu i poczucia sprawstwa, czyli nie tylko usunięcia źródeł stresu, ale także wzrostu emocji pozytywnych [13]. W literaturze przedmiotu znaleźć można doniesienia z badań sprawdzających skuteczność wspomnianych działań w grupach osób poważnie chorych somatycznie. Mowa w nich o ustrukturyzowanych tematycznie

spotkaniach grupowych, cyklicznych rozmowach indywidualnych z pacjentem, jak również jednorazowej rozmowie. Interwencje mają przede wszystkim postać regularnych spotkań poświęconych między innymi zmianom oceny choroby i rozwijaniu umiejętności radzenia sobie, a także o charakterze psychoedukacyjnym, dostarczającym wsparcia grupowego oraz zawierających elementy psychoterapii, poradnictwa psychologicznego i interwencji kryzysowej. Interwencją może być dyskusja z pacjentem na temat życia z poważną chorobą. Rozmowy prowadzone z pacjentami paliatywnymi wywołały wzrost zadowolenia z życia, poziomu wartości własnej i samokontroli oraz spadek poczucia osamotnienia i objawów depresji [14]. W literaturze spotkać można opis programu, który polega na omawianiu wraz z pacjentem religijnych przekonań na temat choroby, w tym: choroby jako kary od Boga oraz codziennym notowaniu doświadczeń obecności Boga w życiu [15].

Istotą interwencji skoncentrowanych na tworzeniu znaczenia jest skłanianie osoby chorej do zastanowienia pobudzającego zmiany w ocenie wpływu choroby na życie, odkrywanie przekonań blokujących rewizję celów życiowych, podtrzymywanie dążenia do celów, obalanie błędnych założeń negatywnie wpływających na tożsamość pacjenta i wzmacnianie jego pozytywnych zasobów. Empatyczne słuchanie pacjenta dzielącego się opowieścią na temat choroby i swojego życia ma wartość samą w sobie. Chcąc być zrozumiałym pacjent porządkuje swoje myśli, zamieniając je w słowa mowy komunikatywnej. Słyszac to, co mówi łatwiej jest mu objąć refleksją własne przekonania i oczekiwania. Pomagają w tym zadawane pytania podtrzymujące bieg rozmowy. Powracanie pamięcią do wspomnień oraz rozmowa o bieżącej sytuacji pozwalają pacjentowi wiązać ze sobą fakty i doświadczane emocje, czyniąc lepiej zrozumiałym związek pomiędzy doświadczeniami z okresu przed chorobą a obecną sytuacją. Omawianie sposobów rozumienia choroby przez pacjenta może odkryć zawstydzające i samoobwiniające myśli oraz nagłośnić fałszywe przekonania. Rozmowa jest okazją do przekazania pacjentowi nie wprost informacji podtrzymujących jego zasoby, takie jak: naturalna ciekawość, refleksyjność, odwaga, uporządkowanie, szacunek do siebie. Poruszanie treści odkrywających wartości i cele pełni funkcję porządkującą i skłania do zastanowienia nad hierarchią priorytetów życiowych. Wielokrotne powracanie pacjenta do tych samych tematów uspokaja go i pomaga w samodzielnym podjęciu ważnych decyzji życiowych.

Opisane działania skierowane są do osób zdrowych psychicznie, u których nasilenie objawów stresu nie wymaga interwencji specjalistycznych. Pozwala to uchronić pacjenta przed psychiatrycznym lub psychologicznym zaetykietowaniem.

LeMay i Wilson [16] dokonali krytycznej analizy interwencji nakierowanych na egzystencjalne problemy pacjentów leczonych z powodu chorób zagrażających życiu. W przypadku działań ułatwiających tworzenie znaczeń choroby autorzy poddali analizie procedurę nazwaną: interwencjami tworzącymi znaczenie (*MMI, meaning-making intervention*), opracowaną przez Lee [13]. Są to cztery ustrukturywane tematycznie indywidualne rozmowy z pacjentem przeprowadzane w warunkach domowych lub szpitalnych. Autorka założyła, że rozpoznanie zagrażającej życiu choroby oddziałuje na posiadane przez pacjenta przekonania i cele życiowe utrudniając zaspokojenie potrzeby sensownego życia. „Pielęgniarka lub inny przeszkolony pracownik medyczny działa jako facylitator, pobudzając reakcje pacjenta (...). Poprzez opowiadanie historii oraz odpowiadanie na pytania pacjent przygląda się swoim przeszłym i obecnym doświadczeniom” [16]. Rolą pielęgniarki jest podtrzymywanie i ukierunkowywanie wypowiedzi pacjenta za pomocą technik aktywnego słuchania. Pacjent wraz z pielęgniarką łączy przeszłe i obecne zdarzenia, myśli i emocje, aby zwiększając świadomość powiązań pomiędzy przeżyciami a zachowaniem poszerzyć sposób rozumienia choroby. Uczy się dostrzegać rolę przekonań w kształtowaniu się myśli, emocji i zachowań, zapoznaje z ideą cyklu przemiany. W trakcie rozmów z pacjentem omawiane są wcześniej stosowane sposoby radzenia sobie, z myślą o ich zastosowaniu w chwili obecnej. Pacjent, w trakcie rozmowy z pielęgniarką, skupia swoją uwagę na przeszłych i obecnych znaczących wydarzeniach życiowych, co pozwala mu zachować poczucie sensownego i wartościowego życia oraz pomaga zweryfikować posiadane priorytety życiowe.

Wymienione wyżej tematy można poruszać podczas kontaktu z pacjentem nie tylko w sposób ustrukturywany, ale także wplatając w codzienną rozmowę. Podtrzymywanie ich w trakcie kolejnych spotkań podkreśla wagę i powszechność problemów obecnych w myślach pacjenta oraz pobudza do zastanowienia. Skupianie się na oznakach oporu i ich nagłaśnianie przeciwdziała wspieraniu pacjenta w formułowaniu nierealistycznych oczekiwań odwołujących się do mechanizmów zaprzeczania, unikania lub projekcji oraz wyznacza rytm rozmowy.

Tytułem podsumowania podkreślić należy, że omawiana funkcja radzenia sobie odgrywa szczególną rolę u pacjenta poważnie chorego. Powaga choroby wynika z jednej strony z faktu zagrożenia życia, nagłości zachorowania, stosowanych procedur leczniczych i braku możliwości całkowitego powrotu do zdrowia, z drugiej: zmiany biegu życia, utrudnień w realizacji celów życiowych, erozyjnego wpływu na samoocenę. Utrata zdrowia jest istotnym wydarzeniem życiowym, obecnym w psychice pacjenta przez cały okres leczenia, ale także po wyzdrowieniu. Błędem jest sądzić, że pacjent wpięrw musi uporać

się z negatywnymi następstwami choroby, aby w drugiej kolejności mógł dostrzegać w niej konstruktywny wpływ na dotychczasowe życie. Choroba oddziałuje na życie pacjenta od chwili jej rozpoznania, a jej ocena kolidując z posiadaną wiedzą o sobie i życiu, wymusza podejmowanie zmian, które usuną dysonans, a jednocześnie mogą prowadzić do rozwojowej przemiany.

Wspomniane względy powodują, że przebieg adaptacji pacjenta do choroby i leczenia nie zależy wyłącznie od skuteczności działań instrumentalnych i samokontroli emocji negatywnych, ale także działań w obszarze rozumienia sytuacji, siebie i życia. Trudność zasymilowania informacji z dotychczasowym doświadczeniem leży u podłoża stresu pacjenta, a podejmowane wówczas procesy wewnątrzpsychiczne prowadzą do usunięcia wspomnianej trudności. Zmiany w ocenie sytuacji oraz posiadanej wiedzy są źródłem emocji pozytywnych dających pacjentowi wytchnienie w chorobie i podtrzymujących proces zmagania się.

W tym zakresie rola pielęgniarki jest wieloraka. Począwszy od stwarzania okazji do swobodnej wypowiedzi pacjenta porządkującej myśli i emocje, poprzez dialog ukierunkowany na wzbudzenie zastanowienia, aż do rozmowy służącej odkrywaniu przekonań będących źródłem dysonansu [patrz również: 17]. Warto zauważyć, że interwencje psychologiczne podejmowane przez pielęgniarki mogą mieć wymierne efekty ekonomiczne. Wyniki badania pokazują, że pogłębiona rozmowa pielęgniarki z pacjentem przygotowująca do zabiegu operacyjnego zmniejsza zapotrzebowanie na leki uspokajające, nasenne i przeciwbólowe w okresie pooperacyjnym [18].

Koncepcja radzenia sobie skoncentrowanego na tworzeniu znaczeń jest poddawana krytycznej weryfikacji empirycznej. Badania dostarczają wyników nie zawsze potwierdzających założenia. Niemniej jednak, idea powiązania stresu, procesów oceny sytuacji i tworzenia znaczeń generalnie potwierdza się. Omówienie wyników prowadzonych badań wykracza jednak poza zakres tego artykułu.

Piśmiennictwo

1. Obuchowski K. Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich. Zysk i Ska. Poznań 2000.
2. Kossakowska M., Kwiatek P., Stefaniak T. Sens w życiu. Polska wersja kwestionariusza MLQ (Meaning in Life Questionnaire). PJZ 2013; 12: 111–131.
3. Boersma S., Maes S., van Eldern T. Goal disturbance predicts health-related quality of life and depression 4 months after myocardial infarction. *Br. J. Health Psychol.* 2005; 10: 615–630.
4. Joekes K., Maes S., Warrens M. Predicting quality of life and self-management from dyadic support and overprotection after myocardial infarction. *Br. J. Health Psychol.* 2007; 12: 473–489.
5. Kuijter R., De Ridder D. Discrepancy in illness-related goals and quality of life in chronically ill patients: The role of self-efficacy. *Psychol. Health.* 2003; 18: 313–330.
6. Van der Veek S.M.C., Kraaij V., Van Koppen W., Garnefski N., Joekes K. Goal disturbance, cognitive coping and psychological distress in HIV-infected persons. *J. Health Psychol.* 2007; 12: 225–230.
7. Folkman S. The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety Stress Coping.* 2008; 21: 3–14.
8. Park C. Meaning, Coping, and Health and Well-Being. W: Folkman S. (red.). *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping.* Oxford University Press. New York 2011: 227–241.
9. Davis Ch., Wortman C., Lehman D., Silver R. Searching for meaning in loss: are clinical assumptions correct? *Death Studies.* 2000; 24: 497–540.
10. Załuski M. Zastosowanie teorii rozbitych założeń Ronnie Janoff-Bulman w badaniu przekonań rodziców dzieci będących w trakcie leczenia onkologicznego. *Psychoonkol.* 2013; 4: 133–144.
11. Mohr D., Dick L., Russo D., Pinn J., Boudewyn A. i wsp. The psychosocial impact of multiple sclerosis: Exploring the patient's perspective. *Health Psychol.* 1999; 18: 376–382.
12. Pakenham K. Benefit-Finding and Sens-Making in Chronic Illness. W: Fokman S. (red.). *The Oxford Handbook of Stress, Health and Coping* 2011: 242–266.
13. Lee V., Cohen S., Edgar L., Laizner A., Gagnon A. Meaning-making and psychological adjustment to cancer: development of an intervention and pilot results. *Oncol. Nurs. Forum.* 2006; 33: 291–302.
14. Linn M., Linn B., Harris R., Effects of counseling for late stage cancer patients. *Cancer* 1982; 49: 1048–1055.
15. Cole B., Pergament K. Re-creating your life: A spiritual/psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. *Psycho-oncology* 1999; 8: 395–407.
16. LeMay K., Wilson K. Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. *Clin. Psychol. Rev.* 2008; 28: 472–493.
17. Załuski M. Myśli pacjenta związane z chorobą i leczeniem. *Probl. Piel.* 2014; 22: 234–238.
18. Motyka M., Bąk B. Psychologiczne przygotowanie do poważnych zabiegów ginekologicznych a przebieg okresu pooperacyjnego. *Pielęg. XXI w.* 2008; 2: 23–34.