

Poczucie koherencji i więź z Bogiem osób chorych onkologicznie a ich jakość życia

The sense of coherence and the attachment to God among oncological patients and their quality of life

Karolina Szatkowska, Ewelina Dreger, Małgorzata Anna Basińska

Instytut Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Psychoonkologia 2016, 20 (1): 37–46

DOI: 10.5114/pson.2016.60928

Adres do korespondencji:

Karolina Szatkowska
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego
w Bydgoszczy
ul. Leopolda Staffa 1
85-867 Bydgoszcz
e-mail: szatkowska_karolina@wp.pl

Streszczenie

Wstęp: Poczucie koherencji oraz więź z Bogiem to istotne zasoby osobiste, szczególnie w kontekście jakości życia.

Cel pracy: Celem przeprowadzonych badań było ustalenie, czy istnieje związek między wymienionymi zasobami osobistymi – poczuciem koherencji i więzią z Bogiem – a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia osób chorych onkologicznie.

Materiał i metody: Badaniem objęto 50 pacjentów Centrum Onkologii chorujących na nowotwór, w wieku 23–76 lat. Metodami pomiaru zmiennych były: Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29), Kwestionariusz Więzi z Bogiem, Kwestionariusz EORTC QLQ-C30 (version 3.0) oraz ankieta.

Wyniki: Wyniki badań wskazują na istnienie zależności między poczuciem koherencji i więzi z Bogiem chorych onkologicznie a ich jakością życia. Wśród czynników społeczno-demograficznych płeć badanych różnicowała ich jakość życia, natomiast wiek korelował pozytywnie z ogólnym wskaźnikiem jakości życia. Silne poczucie koherencji korelowało istotnie z wyższym poziomem jakości życia, lepszym funkcjonowaniem poznawczym, emocjonalnym oraz funkcjonowaniem w rolach. Wzrost zaufania w relacji do Boga wiązał się z większym zadowoleniem z funkcjonowania w rolach, a wraz ze wzrostem nasilenia lęku w relacji do Boga osoby chore gorzej oceniały własne funkcjonowanie społeczne oraz odczuwały liczniejsze objawy somatyczne.

Wnioski: Wyniki badań pozwalają traktować poczucie koherencji oraz więź z Bogiem jako istotne zasoby osobiste osób chorych onkologicznie, które odgrywają rolę predyktorów jakości życia.

Abstract

Introduction: The sense of coherence and the attachment to God are important personal resources, particularly as far as the quality of life domain is concerned.

Aim: The aim of the study was to evaluate the relation between the sense of coherence and the attachment to God with the quality of life among the oncological patients.

Material and methods: The study included 50 patients of the Oncology Centre, aged 23-76. The variables were measured with Sense of Coherence Scale (SOC-29), Attachment to God Questionnaire, EORTC QLQ-C30 Questionnaire (version 3.0) and a survey.

Results: The results indicated the relation between the sense of coherence and attachment to God with the quality of life among the oncological patients. Respondent patients' quality of life differed in socio-demographic factors sex, whereas age was positively related to quality of life. Strong sense of coherence was significantly related to a higher quality of life, better cognitive, emotional and role functioning. The increase of trust in relationship to God is correlated to

better role functioning, whereas greater anxiety in relationship to God decreases social functioning and intensifies somatic symptoms.

Conclusions: The results of this study permit to look upon the sense of coherence and the attachment to God as important personal resources of oncological patients and as predictors of the quality of life.

Słowa kluczowe: jakość życia, poczucie koherencji, więź z Bogiem, chorzy onkologicznie.

Key words: quality of life, sense of coherence, attachment to God, oncological patients.

Wstęp

Choroba nowotworowa należy do sytuacji przełomowych w życiu człowieka i wiąże się ze znaczącymi konsekwencjami somatycznymi oraz psychologicznymi. Chorzy onkologicznie zmagają się z wieloma ograniczeniami zarówno w aspekcie życiowym (zaspokojenie potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych), jak i czynnościowym (realizacja dotychczasowych zadań) [1, 2].

Według tradycyjnego podziału choroba nowotworowa przebiega w postaci łagodnej i złośliwej. Łagodne nowotwory cechuje powolny wzrost, brak wnikania w naczynia oraz brak naciekania na sąsiadujące tkanki. Rozpoznanie takiego nowotworu wiąże się w toku leczenia z dobrym rokowaniem. W przypadku nowotworów złośliwych widoczny jest szybki wzrost, wnikanie do naczyń, naciekanie na okoliczne tkanki, jak również możliwość dawania przerzutów i wznowy oraz zdolność do unikania wykrycia przez układ odpornościowy [3].

Rozpoznanie nowotworu wiąże się z licznymi reakcjami emocjonalnymi osoby chorej. Pacjentom na różnych etapach choroby towarzyszy wysoki poziom stresu psychicznego, a także lęk, gniew, przygnębienie i depresja [4–6]. Sposoby radzenia sobie z chorobą obierane przez chorych oraz posiadane zasoby osobiste i społeczne mają istotne znaczenie dla procesu zdrowienia i oddziałują na ich jakość życia [7].

Jakość życia

Pojęcie jakości życia jest konstruktem wielowymiarowym, zmiennym w czasie i podlegającym zarówno subiektywnej, jak i obiektywnej ocenie [8–12]. Jakość życia w rozumieniu subiektywnym to efekt bezpośredniej oceny i wartościowania poszczególnych sfer życia oraz życia jako całości [12]. W ocenie tej wyróżnia się co najmniej dwa wymiary: poznawczy (życie jako dobre, wartościowe, udane lub przeciwnie) i emocjonalny (poziom zadowolenia z życia odczuwany jako dobrostan lub po prostu szczęście) [11]. W rozumieniu obiektywnym jakość życia to zespół warunków życia i działania człowieka, w którego skład wchodzi: środo-

wisko fizyczne, materialne, społeczno-kulturowe, a także psychologiczne i biologiczne właściwości jednostki [12].

Harvey Schipper [13] zauważył, że stan zdrowia w znaczący sposób wpływa na życie i funkcjonowanie ludzi, a co za tym idzie – na odczuwaną przez nich jakość życia. Wprowadził on do badań pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*health related quality of life* – HRQL) i definiował je jako: „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta”. Wielu badaczy uważa, że ocena HRQL uwzględnia cztery podstawowe sfery funkcjonowania człowieka: stan fizyczny i sprawność ruchową (w tym także poziom ogólnej energii życiowej), stan psychiczny (funkcjonowanie emocjonalne i poznawcze), sytuację społeczną (pełnione role, uzyskiwane wsparcie) i warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne (objawy choroby, odczuwany ból) [13–15]. W literaturze wymiary te uzupełniają się także o: satysfakcję z leczenia, sferę seksualności i obrazu własnego ciała, uczestnictwo w życiu kulturalnym oraz coraz częściej o duchowość [14, 16–18]. Krystyna de Walden-Gałuszko [19, s. 8] upraszcza definicję HRQL, określając ją jako „ocenę własnego położenia życiowego, dokonaną w okresie choroby oraz leczenia i uwzględniającą szczególną ich rolę”.

Jakość życia jest różnie uwarunkowana. Sprzyjają jej zasoby osobiste zwane „potencjałami zdrowia” [20]. Dotyczą one sfery biologicznej, psychicznej, duchowej i społecznej człowieka. Zasoby podmiotowe są uruchamiane automatycznie lub świadomie, w określonej sytuacji, aby ochronić lub rozwijać zdrowie. Okazało się, że psychika ludzka jest bogatym źródłem takich potencjałów, a wśród nich wymienia się m.in. poczucie koherencji i duchowość [20–22].

Poczucie koherencji

Koncepcja salutogenezy Arona Antonovsky’ego [23] jest jedną z najbardziej znanych w psychologii zdrowia. Koncentruje się ona na poszukiwaniu potencjałów zdrowia. Jej centralnym elementem jest poczucie koherencji (*sense of coherence* – SOC), które wraz z takimi czynnikami, jak: zachowanie,

styl życia, obecne stresory i uogólnione zasoby odpornościowe, decyduje o aktualnym położeniu na kontinuum zdrowie – choroba. Zdaniem autora poczucie koherencji to globalna orientacja życiowa wiążąca się z poczuciem pewności, że bodźce, z którymi człowiek się styka, są ustrukturyzowane, przewidywalne i wytłumaczalne, a wymaganiom stawianym przez nie można sprostać dzięki dostępnym zasobom oraz że wyzwania te są warte zaangażowania i wysiłku.

Na poczucie koherencji składają się trzy elementy:

- poczucie zrozumiałości – to spostrzeganie napływających informacji jako uporządkowanych, spójnych, jasnych i sensownych poznawczo. Silne poczucie zrozumiałości pozwala wnioskować, że bodźce, z którymi dana osoba zetknie się w przyszłości, będą przewidywalne, a nieoczekiwane uda się zrozumieć. Osoba o silnym poczuciu zrozumiałości ma zdolność do trafnej oceny rzeczywistości, a rozwój wypadków nie stanowi dla niej zwykle elementu zaskoczenia [24]. Poczucie zrozumiałości ma charakter poznawczy [25];
- poczucie zaradności (sterowalności) – to postrzeganie dostępnych jednostce zasobów jako wystarczających do sprostania wymaganiom otoczenia. Silne poczucie zaradności daje poczucie kontroli nad wydarzeniami. Poczucie zaradności jest poznawczo-instrumentalnym składnikiem poczucia koherencji [25];
- poczucie sensowności – to poczucie, że życie ma sens i istnieją dziedziny życia warte emocjonalnego zaangażowania, poświęcenia i wysiłku. Silne poczucie sensowności pomaga odnaleźć sens i pokonywać napotkane wyzwania. Poczucie sensowności stanowi emocjonalno-motywacyjny wymiar poczucia koherencji [25].

Antonovsky uznał poczucie sensowności za najważniejszy składnik, podkreślając, że wszystkie elementy poczucia koherencji są ze sobą nierozdzielnie związane i pozostają w określonych relacjach. Wysoki poziom poczucia sensowności pociąga za sobą wzrost poczucia zrozumiałości oraz zaradności i odwrotnie – słabe poczucie sensowności skutkuje tendencją spadkową pozostałych składników poczucia koherencji.

Wykryształowanie się poczucia koherencji dokonuje się ok. 30. roku życia, kiedy tożsamość jest określona, pełnione są wybrane role społeczne, a obraz świata jest możliwie zrozumiały [23].

Więź z Bogiem

Wśród zasobów osobistych sprzyjających zdrowiu jednostki wymienia się także wymiary religijności i duchowości człowieka [22]. Nowym ujęciem religijności jest jej konceptualizacja w kategoriach

teorii przywiązania, rozumianej jako relacja człowieka z Bogiem.

Autor teorii przywiązania John Bowlby [26] definiuje przywiązanie jako więź uczuciową z osobą ważną, spostrzeganą jako silniejszą czy mądrzejszą. Więź ta uwidacznia się w sytuacjach stresu lub trudności i przejawia się silną tendencją do poszukiwania bliskości innej konkretnej jednostki – zwanej figurą przywiązania. Ponadto w sytuacji zagrożenia aktywowany jest tzw. behawioralny system przywiązania, składający się z genetycznie zaprogramowanych wzorców zachowań. Pełni on funkcję adaptacyjną, wpływając na kształtowanie się zasobów jednostki [27]. Mary Ainsworth [28], bazując na koncepcji Bowlby'ego, wyróżniła trzy typy przywiązania: bezpieczny oraz pozabezpieczny – unikający i lękowo-ambivalentny.

Lee A. Kirkpatrick [29] pierwszy zaszczylił teorię przywiązania na grunt psychologii religii, zwracając m.in. uwagę na analogię między relacją dziecka z osobą znaczącą a relacją człowieka z Bogiem [30]. Osoba religijna ufa, że Bóg towarzyszy jej w życiu, dostarcza opieki, miłości i ochrony w sytuacjach zagrożenia. Jest On zatem wzorem obiektu przywiązania, ideałem miłującego, wrażliwego, godnego zaufania i dostępnego Rodzica [29, 31–33]. Zgodnie z teorią przywiązania Bóg stanowi dla osób wierzących bezpieczną przystań, co jest szczególnie widoczne w takich kryzysowych sytuacjach życiowych, jak groźna choroba czy zagrożenie życia [33, 34]. Wiążąc teorię przywiązania z religijnością, Kirkpatrick postawił dwie hipotezy odnoszące się do zależności pomiędzy religijnością człowieka a posiadanymi przez niego wzorcami więzi z rodzicami z bezpiecznym i pozabezpiecznym przywiązaniem [35].

Hipoteza korespondencji sugeruje istnienie jakościowego podobieństwa wczesnego przywiązania dziecka do rodziców do późniejszego przywiązania do Boga [36]. Wraz z tworzeniem się wewnętrznych modeli operacyjnych odnoszących się do obiektu przywiązania, siebie i świata, jednocześnie kształtuje się zgodny z nimi model operacyjny zawierający obraz Boga [31, 37]. Osoby, które rozwinęły pozytywny obraz siebie, postaci przywiązania i innych ludzi, posiadają również pozytywny obraz Boga jako wrażliwego i godnego zaufania. Badania wykazały jednak, że hipoteza korespondencji znajduje potwierdzenie jedynie w przypadku osób o bezpiecznym stylu przywiązania [36].

Hipoteza kompensacji odnosi się zaś do funkcji, jaką pełni Bóg dla osób o pozabezpiecznym przywiązaniu, a istotą tej relacji jest regulacja niepokoju. W założeniu tym Bóg postrzegany jest jako zastępczy obiekt przywiązania rekompensujący straty i umożliwiający doświadczenie poczucia bezpieczeństwa, kiedy inne obiekty przywiązania zawiodły [35].

Celem przeprowadzonych badań było:

- określenie wpływu zmiennych demograficznych – płci, wieku, stanu cywilnego, aktywności zawodowej – na jakość życia oraz
- zweryfikowanie, czy i w jaki sposób poczucie koherencji oraz więź z Bogiem, rozumiane jako zasoby osobiste chorych onkologicznie, wiążą się z ich jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia, jak również czy odgrywają rolę predykcyjną dla jakości życia.

Material i metody

W badaniach zastosowano trzy metody badawcze.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) Antonovsky'ego służy do pomiaru indywidualnego poczucia koherencji. Zawiera 29 pozycji testowych w formie pytań, do których respondenci odnoszą się na 7-stopniowej skali typu dyferencjału semantycznego. Narzędzie to pozwala określić ogólny poziom poczucia koherencji oraz trzy jego komponenty: zrozumiałość, zaradność i sensowność. Polska wersja kwestionariusza SOC-29 charakteryzuje się wysoką rzetelnością. Zgodność wewnątrzna narzędzia wyniosła odpowiednio: dla ogólnego SOC – 0,92, dla poczucia zrozumiałości – 0,78, dla poczucia zaradności – 0,72, dla poczucia sensowności – 0,68.

Kwestionariusz Więzi z Bogiem Wiesława Matysa i Rafała P. Bartczuka przeznaczony jest do pomiaru religijności osób dorosłych, rozumianej jako relacja człowieka z Bogiem. Zawiera 22 stwierdzenia oceniane na 7-stopniowej skali typu Likerta, opisujące dwa wymiary relacji do Boga – zaufania i lęku. Skala charakteryzuje się dobrymi własnościami psychometrycznymi. Zgodność wewnątrzna oceniana w dwóch grupach – konstrukcyjnej i walidacyjnej – na podstawie współczynników α -Cronbacha mieściła się w przedziale 0,97–0,96 dla Skali zaufania oraz 0,85–0,88 dla Skali lęku, co świadczy o uzyskaniu wysokiego współczynnika rzetelności w obu grupach.

Kwestionariusz EORTC QLQ-C30 (version 3.0) Grupy Badawczej Jakości Życia działającej przy Europejskiej Organizacji Badania i Leczenia Raka – EORTC (*The European Organization for Research and Treatment of Cancer*) służy do badania pacjentów onkologicznych niezależnie od rodzaju nowotworu i jego umiejscowienia. Zawiera 30 stwierdzeń oceniających ogólny stan zdrowia/jakość życia oraz jakość życia w obszarach: funkcjonowania fizycznego, funkcjonowania w rolach, funkcjonowania emocjonalnego, funkcjonowania poznawczego i funkcjonowania społecznego, a także towarzyszące pacjentom objawy chorobowe, takie jak: zmęczenie, nudności i wymioty, ból, duszność,

bezsensowność, utrata apetytu, zaparcia, biegunki oraz trudności finansowe będące konsekwencją choroby. Oceny ogólnego stanu zdrowia/jakości życia badani dokonują na 7-stopniowej skali Osgooda, natomiast skale funkcyjne i objawowe oceniają, wybierając jedną z 4 możliwych odpowiedzi: „wcale” (1), „trochę” (2), „znacznie” (3) i „bardzo” (4). Kwestionariusz QLQ-C30 w polskiej adaptacji uznano za trafny i rzetelny do mierzenia jakości życia chorych onkologicznie, przy czym współczynnik α -Cronbacha wahał się od 0,355 do 0,838 dla skali funkcjonowania oraz od 0,783 do 0,862 dla skali objawów.

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 50 pacjentów leczonych w Centrum Onkologii, w tym 27 kobiet (54%) i 23 mężczyzn (46%) w wieku od 23 do 76 lat ($M = 61$; $SD = 11,69$). Średni wiek badanych był podobny w grupie kobiet ($M = 61,5$; $SD = 11,54$) i mężczyzn ($M = 60,7$; $SD = 12,11$). W tabelach 1. i 2. przedstawiono charakterystyki społeczno-demograficzne i kliniczne badanych chorych.

Badani pacjenci byli w okresie od miesiąca do 13,5 roku od ustalenia rozpoznania, przy czym 75% badanych znało diagnozę od miesiąca do 2 lat. Spośród badanych 25% było poddawanych leczeniu od 0 do 3 miesięcy, a kolejne 50% od 3 miesięcy do 2 lat. Dla 28% chorych leczenie, któremu zostali poddani, było pierwszym leczeniem. Pozostali badani przeszli już wcześniej inne formy leczenia onkologicznego. U połowy badanych występowały dodatkowe choroby niebędące przedmiotem analiz.

Wyniki

Średnie wyniki analizowanych zmiennych w badanej grupie pacjentów onkologicznych zestawiono w tabeli 3. Globalne poczucie koherencji chorych onkologicznie wynosi 152,38, co wskazuje na wysoki poziom poczucia koherencji, mieszczący się w wartościach określonych przez Antonovsky'ego jako optymalne (130–160) [23]. Najniższy wynik uzyskany w badaniu to 100, a najwyższy 202 punkty. Odchylenie standardowe ($SD = 22,75$) oscyluje w granicach 15% średniej statystycznej i świadczy o dużym zróżnicowaniu wyników. Analizując więź z Bogiem, badani uzyskali wyższe średnie wyniki w Skali zaufania niż w Skali lęku. Natomiast średni wynik ogólnej oceny jakości życia w grupie chorych onkologicznie przyjął wartość 59,8 ($SD = 23,01$), co wskazuje na umiarkowany poziom jakości życia badanych.

W ocenie jakości życia zmienną społeczno-demograficzną różnicującą badanych była płeć.

Tabela 1. Charakterystyka osób badanych ze względu na zmienne społeczno-demograficzne**Table 1.** Social and demographic characteristics of patients

Zmienne społeczno-demograficzne	Liczebność	% liczebności
Miejsce zamieszkania		
wieś	22	44
miasto < 20 tys. mieszkańców	10	20
miasto 20–100 tys. mieszkańców	8	16
miasto > 100 tys. mieszkańców	10	20
Wykształcenie		
podstawowe	11	22
zawodowe	13	26
średnie	13	26
wyższe	13	26
Stan cywilny		
panna/kawaler	4	8
osoba zamężna	36	72
wdowa/wdowiec	9	18
osoba rozwiedziona	1	2
Status zawodowy		
osoba pracująca	11	22
bezrobotny/bezrobotna	4	8
emeryt/emerytka	27	54
rencista/rencistka	8	16

Wyniki analiz z użyciem testu *t*-Studenta wykazały, że mężczyźni istotnie wyżej oceniają ogólną jakość swojego życia ($t = -2,69, p = 0,01$) oraz ujawniają wyższy poziom funkcjonowania poznawczego w porównaniu z badaną grupą kobiet ($t = -2,04, p = 0,041$). Badana grupa kobiet i mężczyzn nie różniła się pod względem wieku w sposób istotny statystycznie ($t = 0,23, p = 0,817$). Pozostałe różnice okazały się również nieistotne statystycznie.

Następnie przeprowadzono analizę korelacji rang Spearmana pomiędzy wiekiem badanych osób a ich jakością życia. Uzyskano istotne statystycznie dodatnie korelacje pomiędzy funkcjonowaniem w rolach ($R = 0,43, p = 0,002$) i funkcjonowaniem społecznym ($R = 0,40, p = 0,04$) osób chorych z ich wiekiem. Oznacza to, że wraz z wiekiem chorzy wyżej oceniają jakość swojego życia w tych dwóch wymiarach.

Poczucie koherencji i więź z Bogiem a jakość życia

W głównym etapie analiz sprawdzono zależności między poczuciem koherencji i więzią z Bogiem a jakością życia pacjentów onkologicznych,

Tabela 2. Charakterystyka pacjentów ze względu na cechy choroby**Table 2.** Clinical characteristics of patients

Cechy choroby	Liczebność	% liczebności
Aktualne leczenie		
chemioterapia	32	64
radioterapia	16	32
w trakcie badań	1	2
zabieg chirurgiczny	1	2
Lokalizacja nowotworu		
nowotwór jelita grubego	13	26
nowotwór płuca	5	10
nowotwór żołądka	4	8
nowotwór jajnika	3	6
nowotwór mózgu	3	6
nowotwór prostaty	3	6
nowotwór wątroby	2	4
nowotwór trzustki	2	4
nowotwór jądra	2	4
nowotwór piersi	2	4
nowotwór węzłów chłonnych	2	4
ziarniniak	2	4
nowotwór krtani	1	2
nowotwór nerki	1	2
nowotwór macicy	1	2
nowotwór oczodołu	1	2
nowotwór przełyku	1	2
nowotwór odbytu	1	2
nowotwór otrzewnej	1	2
Rodzaj nowotworu		
łagodny	14	28
złośliwy	36	72

analizując także predykcyjną rolę badanych zasobów odpornościowych w ocenie funkcjonowania somatopsychicznego, wyrażonego subiektywną oceną jakości życia.

Otrzymane wyniki (tab. 4.) potwierdzają występowanie pozytywnych związków (od słabych po wysokie) poczucia koherencji i jego składowych z wymiarami funkcjonowania jednostki. Wyjątek stanowi związek funkcjonowania emocjonalnego z poczuciem sensowności, gdzie zależność okazała się negatywna, jednak nieistotna statystycznie. Globalne poczucie koherencji najsilniej korelowało z funkcjonowaniem poznawczym, następnie z ogólną oceną jakości życia, funkcjonowaniem w rolach oraz funkcjonowaniem emocjonalnym. Wszystkie zależności były istotne statystycznie. Oznacza to, że gdy chorych onkologicznie cechuje wyższe ogólne poczucie koherencji, to bardziej

Tabela 3. Statystyki opisowe analizowanych zmiennych (N = 50)

Table 3. Descriptive statistics for analyzed variables (N = 50)

Zmienne	Badana grupa		Kobiety (n = 27)		Mężczyźni (n = 23)	
	M	SD	M	SD	M	SD
poczucie koherencji	152,38	22,75	147,41	22,67	158,22	22,67
rozumiałość	48,70	13,99	46,63	11,47	51,13	11,47
zaradność	54,54	8,38	52,93	8,66	56,43	22,67
sensowność	48,32	6,99	47,89	7,89	48,83	5,91
lęk	31,02	16,31	67,85	11,54	69,17	8,52
zaufanie	68,46	10,18	30,04	14,69	32,17	18,29
QL	59,80	23,01	52,44	25,86	68,43	15,65
funkcjonowanie fizyczne	70,13	23,21	66,12	24,17	74,83	21,60
funkcjonowanie w rolach	76,24	28,59	76,44	27,46	76,00	30,48
funkcjonowanie emocjonalne	63,02	29,47	54,67	32,64	72,83	22,11
funkcjonowanie poznawcze	75,96	29,73	67,26	32,81	86,17	22,25
funkcjonowanie społeczne	74,62	26,99	72,15	26,55	77,52	27,80
zmęczenie	43,76	26,85	46,89	25,84	40,09	28,11
nudności i wymioty	16,66	24,68	18,52	25,37	14,48	24,22
ból	34,00	35,28	37,04	37,33	30,43	33,17
duszności	15,94	27,94	17,22	29,75	14,43	26,23
bezsenna	41,96	38,63	40,70	37,43	43,43	40,79
utrata apetytu	32,62	38,41	39,44	39,31	24,61	36,56
zaparcia	22,62	34,63	15,96	25,05	30,43	42,56
biegunki	11,30	26,59	13,56	29,61	8,65	22,91
problemy finansowe	37,28	36,10	36,96	35,06	37,65	38,07

Tabela 4. Związek między poczuciem koherencji a jakością życia chorych onkologicznie – wyniki korelacji Spearmana i Pearsona

Table 4. The relationship between the sense of coherence and the quality of life for oncological patients – the results of Spearman and Pearson correlation

Zmienne	Poczucie koherencji		Zrozumiałość		Zaradność		Sensowność	
	R/r	p	R/r	p	R/r	p	R/r	p
QL	0,38	0,006	0,48	0,0005	0,26	0,066	0,15	0,287
funkcjonowanie fizyczne	0,24	0,093	0,17	0,233	0,23	0,105	0,24	0,100
funkcjonowanie w rolach	0,37	0,008	0,32	0,023	0,37	0,008	0,28	0,045
funkcjonowanie emocjonalne	0,28	0,050	0,34	0,017	0,28	0,053	-0,01	0,933
funkcjonowanie poznawcze	0,49	0,001	0,51	0,001	0,52	0,001	0,06	0,685
funkcjonowanie społeczne	0,27	0,054	0,35	0,012	0,18	0,220	0,10	0,488
zmęczenie	-0,28 ^r	0,051	-0,23 ^r	0,107	-0,20 ^r	0,167	-0,21	0,137
nudności i wymioty	-0,16	0,275	-0,12	0,411	-0,13	0,374	-0,12	0,390
ból	-0,25	0,079	-0,30	0,034	-0,25	0,076	0,03	0,857
duszności	-0,07	0,610	-0,11	0,456	0,02	0,911	-0,07	0,606
bezsenna	-0,03	0,857	-0,09	0,557	-0,07	0,652	0,11	0,459
utrata apetytu	-0,13	0,366	-0,13	0,374	-0,18	0,216	-0,10	0,491
zaparcia	-0,08	0,601	-0,05	0,752	-0,10	0,505	-0,11	0,436
biegunki	-0,00	0,995	-0,00	0,999	-0,06	0,696	0,04	0,783
problemy finansowe	-0,04	0,757	-0,07	0,639	-0,15	0,292	0,21	0,143

pozytywnie oceniają oni swoje funkcjonowanie poznawcze, swoją jakość życia oraz funkcjonowanie w rolach społecznych i funkcjonowanie emocjonalne. Poczucie zrozumiałości wykazało umiar-

owane i wysokie istotne statystycznie związki z funkcjonowaniem poznawczym, ogólną oceną jakości życia, funkcjonowaniem społecznym, funkcjonowaniem emocjonalnym oraz funkcjono-

Tabela 5. Związek pomiędzy przejawianym zaufaniem i lękiem w relacji do Boga a jakością życia chorych onkologicznie – wyniki korelacji Spearmana*Table 5. The relationship between trust and anxiety in the attachment to God and the quality of life for oncological patients- the results of Spearman correlation*

Zmienne	Zaufanie		Lęk	
	R	p	R	p
QL	0,13	0,353	0,01	0,949
funkcjonowanie fizyczne	0,14	0,346	-0,10	0,472
funkcjonowanie w rolach	0,29	0,045	-0,13	0,351
funkcjonowanie emocjonalne	0,02	0,881	-0,21	0,153
funkcjonowanie poznawcze	0,003	0,983	-0,06	0,657
funkcjonowanie społeczne	0,28	0,052	-0,37	0,008
zmęczenie	-0,20	0,160	0,16	0,255
nudności i wymioty	-0,19	0,195	0,44	0,001
ból	-0,25	0,079	0,20	0,156
duszności	-0,27	0,061	0,01	0,953
bezsenna	-0,14	0,330	0,27	0,061
utrata apetytu	-0,09	0,541	0,28	0,050
zaparcia	-0,01	0,970	0,13	0,385
biegunki	0,12	0,388	0,20	0,160
problemy finansowe	0,13	0,354	0,02	0,875

waniem w rolach. Zatem im bardziej osoby chore spostrzegają docierające do nich bodźce jako uporządkowane i spójne, tym pozytywniej oceniają swoje funkcjonowanie poznawcze, swoją jakość życia, funkcjonowanie społeczne i funkcjonowanie w rolach społecznych oraz funkcjonowanie emocjonalne. Wysoką i umiarkowaną, na poziomie istotności statystycznej, korelację otrzymano między poczuciem zaradności a funkcjonowaniem poznawczym oraz funkcjonowaniem w rolach. Oznacza to, że posiadanie przez chorych onkologicznie zasobów postrzeganych jako wystarczające do sprostania wymaganiom otoczenia wiąże się z bardziej pozytywną oceną własnego funkcjonowania poznawczego i funkcjonowania w rolach. Poczucie sensowności wykazało niski istotny statystycznie związek z funkcjonowaniem w rolach, co oznacza, że im silniejsze przekonanie o sensie życia i chęci angażowania się w różne aktywności cechujące chorych, tym pozytywniej oceniają oni swoje funkcjonowanie w rolach społecznych. Wśród analizowanych objawów somatycznych jedynie ból okazał się istotnie korelować z wymiarem zrozumiałości, a związek ten ma charakter negatywny. Świadczy to o tym, że chorzy doświadczając bólu, mają trudność w zrozumieniu docierających do nich bodźców, spostrzegają je jako mniej sensowne poznawczo i mniej spójne.

Następnie sprawdzano związek zaufania i lęku przejawianego w relacji do Boga przez chorych onkologicznie z ich jakością życia. Otrzymane

współczynniki korelacji (tab. 5.) potwierdzają występowanie pozytywnych związków zaufania do Boga z ogólną jakością życia oraz funkcjonowaniem w poszczególnych wymiarach, z wyłączeniem funkcjonowania poznawczego, gdzie takiego związku nie wykazano. Stwierdzono istotny statystycznie związek między zaufaniem do Boga a oceną funkcjonowania w rolach, co oznacza, że gdy chorych cechuje większe zaufanie do Boga, to bardziej pozytywnie oceniają swoje funkcjonowanie w rolach społecznych. Analizując następnie związki lęku w relacji do Boga z jakością życia, wykazano występowanie ujemnych korelacji między lękiem a wymiarami funkcjonowania. Stwierdzono negatywny istotny statystycznie związek między lękiem do Boga a oceną funkcjonowania społecznego oraz pozytywny z oceną objawów nudności i wymioty i utratą apetytu. Oznacza to, że gdy chorych cechuje większy lęk w relacji do Boga, to bardziej negatywnie oceniają swoje funkcjonowanie społeczne i częściej zauważają występowanie nudności, wymiotów i utratę apetytu.

W kolejnym etapie analiz sprawdzono, na ile zasoby osobiste w postaci wymiarów poczucia koherencji oraz obu rodzajów więzi z Bogiem pozwalają przewidywać wyższą jakość życia badanych chorych (tab. 6.). Wykonana analiza regresji wielorakiej pozwala stwierdzić, że model jest istotny statystycznie. Pokazuje, iż oba analizowane zasoby pozwalają przewidywać wyższą jakość życia w ok. 15% przypadków. Szczególnie istotną rolę

Tabela 6. Wyniki analizy regresji wielorakiej dla ogólnej jakości życia związanej ze zdrowiem**Table 6.** Multiple regression for quality of life

Zmienne w modelu	B	SE	t(43)	p	b	Korelacja cząstkowa
W. wolny			1,166	0,250	39,11	
wiek	-0,021	0,154	-0,134	0,894	-0,04	-0,020
poczucie zrozumiałości	0,592	0,176	3,368	0,002	0,97	0,457
poczucie zaradności	-0,078	0,175	-0,447	0,657	-0,22	-0,068
poczucie sensowności	-0,167	0,172	-0,976	0,334	-0,55	-0,147
lęk	0,000	0,146	0,000	1,000	0,00	0,000
zaufanie	0,091	0,157	0,579	0,566	0,21	0,088
$R^2 = 0,252$, Popraw. $R^2 = 0,148$, $F(6,43) = 2,419$, $p < 0,0420$						

B – standaryzowany współczynnik regresji, SE – błąd standardowy estymacji dla standaryzowanego współczynnika regresji, t – wartość testu t, p – poziom istotności statystycznej, R² – współczynnik determinacji

odgrywa poczucie zrozumiałości. Jego znaczenie w predykcji jakości życia badanych chorych jest najwyższe.

Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na istnienie związku poczucia koherencji i więzi z Bogiem osób chorych onkologicznie z ich HRQL.

Analizując zależności pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi a jakością życia chorych onkologicznie, dowiedziono, że płeć różnicowała ogólną jakość życia oraz funkcjonowanie poznawcze osób badanych. Wyższy poziom jakości życia prezentowała grupa mężczyzn. Wiek okazał się w sposób istotny statystycznie pozytywnie korelować z funkcjonowaniem w rolach oraz funkcjonowaniem społecznym. W badaniach przeprowadzonych przez Danutę Ponczek, Andrzeja Nowickiego, Wojciecha Zegarskiego i Zbigniewa Banaszkiwicza [38] mężczyźni leczeni chirurgicznie z powodu raka odbytnicy wyżej oceniali swój stan zdrowia oraz funkcjonowanie fizyczne, społeczne i emocjonalne w porównaniu z badaną grupą kobiet, a osoby starsze (76–85 lat) pozytywniej oceniały swoje funkcjonowanie poznawcze niż młodszy respondenci. Osoby z wyższym wykształceniem lepiej funkcjonowały w rolach i radziły sobie z trudnościami finansowymi w porównaniu z badanymi o niższym wykształceniu. Pozostałymi czynnikami mającymi pozytywny związek z jakością życia były: posiadanie rodziny i jej wsparcie, brak współistniejących chorób, a także upływ czasu od operacji. Z kolei w badaniach Beaty Tobiasz-Adamczyk, Jana Zapały, Katarzyny Zawiszy i Tomasza Bronickiego [39] uzyskano statystycznie istotne różnice między badanymi w przedziałach wiekowych poniżej 59. roku życia (grupa młodsza) i powyżej 60. roku życia (grupa starsza). Osoby starsze przejawiały niższy poziom zarówno ogól-

nej jakości życia, jak i wszystkich badanych jej wymiarów (pamięci i koncentracji uwagi, funkcjonowania emocjonalnego, fizycznego, społecznego, funkcjonowania w rolach, zgłaszanych objawów zmęczenia, mdłości, bólu i kondycji fizycznej). W badaniach własnych pozostałe zmienne społeczno-demograficzne nie różnicowały na poziomie istotnym statystycznie jakości życia chorych onkologicznie.

Uzyskane wyniki wskazują, że im bardziej docierające do badanych bodźce spostrzegane były jako spójne i zrozumiałe (zrozumiałość), tym wyżej oceniali oni ogólną jakość swojego życia, funkcjonowanie poznawcze, społeczne, emocjonalne, a także funkcjonowanie w rolach. Większa pewność posiadania zasobów, by poradzić sobie z trudnymi doświadczeniami (zaradność), sprzyjała lepszemu funkcjonowaniu społecznemu i funkcjonowaniu w rolach w badanej grupie chorych. Wyższa ocena funkcjonowania w rolach wiązała się z silniejszym przekonaniem o sensie życia i istnieniu takich jego dziedzin, w które warto się zaangażować (sensowność). Otrzymane wyniki korespondują z założeniami koncepcji Antonovsky'ego. Można zatem przewidywać, że osoby o silnym poczuciu koherencji postrzegają sytuację choroby jako wyzwanie, mobilizują swoje zasoby i podejmują działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia. Pozytywne korelacje między poczuciem koherencji oraz subiektywnie ocenianą jakością życia i stanem zdrowia chorych somatycznie potwierdzają badania Jana Tyłki i Elżbiety A. Bajcar [40]. Wykazali oni, że poczucie koherencji było najistotniejszym wyznacznikiem fizycznego i psychicznego dobrostanu pacjentów z chorobą niedokrwinną serca. Okazało się również, że ból, jakiego doświadczali chorzy onkologicznie, jest jedynym objawem somatycznym, który korelował ujemnie z poczuciem zrozumiałości. Takie wyniki są zgodne z badaniami Joanny Kozaki [41], która wykazała związek

zrozumiałości z funkcjonowaniem somatycznym kobiet chorych na raka jajnika. Spostrzeganie dolegliwości bólowych jako zrozumiałych, spójnych i przewidywalnych wiązało się z ich mniejszym nasileniem. Występowanie w chorobie nowotworowej przewlekłego bólu stanowi źródło stresu naruszającego równowagę psychiczną człowieka, co mobilizuje z kolei do szukania sposobów porażenia sobie z zaistniałą sytuacją [4].

W zakresie więzi z Bogiem i jakości życia chorych onkologicznie bardziej ufna relacja do Boga wiązała się z większym zadowoleniem z funkcjonowania w rolach. Wyniki te są zgodne z założeniami teorii przywiązaniowych, że Bóg może stanowić dla osób wierzących bezpieczną figurę przywiązania, dostarczającą opieki i wsparcia w radzeniu sobie z codziennymi wymaganiami, także w sytuacji zagrożenia i choroby [29, 31]. Okazało się, że relacja do Boga może się łączyć zarówno z pozytywnymi, jak i negatywnymi skutkami. Stwierdzono, że większe nasilenie lęku w relacji do Boga wiązało się z niższą oceną funkcjonowania społecznego i większą liczbą skarg na stan somatyczny. Lęk przed odrzuceniem, bliskością z Bogiem oraz spostrzeganiem Boga w sposób ambiwalentny wiązał się z silniejszym odczuwaniem przez chorych zakłóceń życia rodzinnego i towarzyskiego, a także nasileniem objawów somatycznych. Nawiązując do hipotezy korespondencji Kirkpatricka [35], posiadany przez człowieka obraz Boga kształtuje się zgodnie z obrazem siebie, postaci przywiązania i innych ludzi. Zatem osoby, które doświadczały lęku we wczesnych relacjach z figurami przywiązania, podobnie doświadczać będą lęku w relacji do Boga. Założenia te wydają się tłumaczyć związek doświadczanego lęku w relacji do Boga z niższą jakością funkcjonowania społecznego badanych. Można zatem przewidywać, że budowanie zaufania i niwelowanie lęku w relacji do Boga będzie służyć poprawie jakości życia chorych onkologicznie.

Analizy potwierdziły także predykcijną rolę wymiarów poczucia koherencji i więzi z Bogiem dla jakości życia, przy czym najmocniejszą rolę odgrywa poczucie zrozumiałości. Gdy chory spostrzega napływające informacje jako uporządkowane, spójne, jasne i zrozumiałe poznawczo, to potrafi trafniej ocenić rzeczywistość i nie czuje się tak zaskakiwany przez rozwój wypadków [25], co wydaje się szczególnie ważne dla osób chorych onkologicznie. Biorąc jednakże pod uwagę to, że badane podgrupy charakteryzowały się małą liczebnością i były znacznie zróżnicowane pod względem sytuacji klinicznej, do wyników zaprezentowanych analiz należałoby podchodzić z ostrożnością. Niemniej jednak odpowiednio za-

projektowane badania mogłyby przybliżyć charakter analizowanych zależności i pozwoliłyby na trafniejsze wnioskowanie.

Wnioski

Poczucie koherencji stanowi potencjał sprzyjający poprawie jakości życia w grupie chorych onkologicznie. Ufną relację do Boga można także traktować jako jeden z zasobów sprzyjających zdrowiu.

Silne poczucie koherencji wiązało się wyraźnie z większym zadowoleniem z ogólnej jakości życia, lepszym funkcjonowaniem poznawczym, emocjonalnym oraz funkcjonowaniem w rolach.

Większe zaufanie w relacji do Boga wiązało się z większym zadowoleniem z funkcjonowania w rolach chorych onkologicznie. Natomiast większe nasilenie lęku w relacji do Boga sprawiło, że chorzy gorzej oceniali swoje funkcjonowanie społeczne i bardziej uskarżali się też na dokuczające im nudności i wymioty oraz utratę apetytu.

Zasoby osobiste pozwalają przewidywać lepszą jakość życia badanych chorych onkologicznie.

Jakość życia była zróżnicowana w zależności od płci badanych.

Oświadczenie

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Heszen-Klemens I. Psychologia medyczna. Uniwersytet Śląski, Katowice 1983.
2. de Walden-Gałuszko K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii: psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci. Wydawnictwo UG, Gdańsk 1992.
3. Olszewski W. Podstawy patologii nowotworów. W: Meder J (red.). Podstawy onkologii klinicznej. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011; 29-40.
4. de Walden-Gałuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
5. Heszen-Niejodek I. Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób nowotworowych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1990.
6. Izdebski P. Funkcjonowanie osób z chorobą nowotworową po chemioterapii. Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz 1998.
7. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: de Walden-Gałuszko K (red.). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 23-44.
8. Ostryżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. Problemy Higieny i Epidemiologii 2008; 89: 467-470.
9. Majkowicz M. Problemy i perspektywy oceny jakości życia w chorobie nowotworowej (ujęcie krytyczne). W: de Walden-Gałuszko K (red.). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 141-148.
10. Cieślak A. Analiza jakości życia chorych na astmę oskrzelową. Studia Medyczne 2012; 26: 39-47.

11. Heszen-Niejodek I. Jakość życia w badaniach psychologicznych. *Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne* 1996; 29: 251-255.
12. Heszen I, Sęk H. Pojęcie zdrowia a pojęcia bliskoznaczne. W: Heszen I, Sęk H (red.). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012; 55-59.
13. Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health* 2011; 46: 25-31.
14. Daszykowska J. Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2006; 2: 122-128.
15. Wnuk M, Marcinkowski JT. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Hygeia Public Health* 2013; 48: 274-278.
16. Steuden S, Okła W. Wprowadzenie w problematykę jakości życia. W: Steuden S, Okła W (red.). *Jakość życia w chorobie*. Wydawnictwo KUL, Lublin 2006; 5-11.
17. Baranowska A, Krajewska-Kułak E, Szyszko-Perłowska A i wsp. Problemy jakości życia w dermatologii. *Nursing Topics* 2011; 19: 109-115.
18. Sołtys M. Elastyczne radzenie sobie ze stresem a subiektywna ocena stanu zdrowia wśród osób chorych przewlekle: pośrednicząca rola dobrostanu duchowego oraz wieku. W: Basińska MA (red.). *Elastyczne radzenie sobie ze stresem w zdrowiu i w chorobie*. Wydawnictwo UKW, Bydgoszcz 2015.
19. de Walden-Gatuszko K. Problemy w ocenie jakości opieki paliatywnej. W: de Walden-Gatuszko K, Majkowiak M (red.). *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2000; 3-12.
20. Heszen I, Sęk H. Psychologiczno-społeczny kontekst zdrowia i choroby. W: Heszen I, Sęk H (red.). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012; 160-176.
21. Borys B. Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2010; 4: 44-52.
22. Heszen-Niejodek I, Gruszczńska E. Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Przegląd Psychologiczny* 2004; 1: 15-31.
23. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995.
24. Szymona K. Zaburzenia nerwicowe a poczucie koherencji. Czynniki chroniące przed zachorowaniem. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej, Łódź 2008.
25. Heszen I, Sęk H. Model salutogenetyczny i jego znaczenie dla psychologii zdrowia. W: Heszen I, Sęk H (red.). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012; 75-89.
26. Marchwicki P. Teoria przywiązania J. Bolby'ego. *Seminare* 2006; 23: 365-383.
27. Harwood RL, Miller JG, Irizarra NL. *Culture and attachment: perceptions of the child in context*. Guilford Press, New York 1995.
28. Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum, New York 1987.
29. Kirkpatrick LA. An attachment-theory approach to the psychology of religion. *International Journal for the Psychology of Religion* 1992; 2: 3-28.
30. Cassibba R, Granqvist P, Costantini A, Gatto S. Attachment and god representations among lay Catholics, priests, and religious: A matched comparison study based on the adult attachment interview. *Dev Psychol* 2008; 44: 1753-1763.
31. Granqvist P, Kirkpatrick LA. Attachment and religious representations and behavior. W: Cassidy J, Shaver PR (red.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press, New York 2008; 906-933.
32. Miner HH. Back to the basics in attachment to God: Revising theory in light of theology. *Journal of Psychology and Theology* 2007; 35: 112-122.
33. Kirkpatrick LA, Shaver PR. Attachment theory and religion: Childhood attachments, religious beliefs, and conversion. *Journal for the Scientific Study of Religion* 1990; 29: 315-334.
34. Granqvist P. Building a bridge between attachment and religious coping: Tests of moderators and mediators. *Mental Health, Religion, and Culture* 2005; 8: 35-47.
35. Granqvist P, Ivarsson T, Broberg AG, Hagekull B. Examining relations among attachment, religiosity, and new age spirituality using the Adult Attachment Interview. *Dev Psychol* 2007; 43: 590-601.
36. Reinert DF, Edwards CE. Attachment Theory, Childhood Mistrust, and Religiosity. *Psychology of Religion and Spirituality* 2009; 1: 25-34.
37. Kirkpatrick LA. A longitudinal study of changes in religious belief and behavior as a function of individual differences in adult attachment style. *Journal for the Scientific Study of Religion* 1997; 36: 207-217.
38. Ponczek D, Nowicki A, Zegarski W, Banaszkiwicz Z. Ocena jakości życia chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka odbytnicy w aspekcie czynników społeczno-demograficznych. *Współczesny Onkolog* 2006; 10: 164-170.
39. Tobiasz-Adamczyk B, Zapata J, Zawisza K, Bronicki T. Wiek a zachowania w chorobie wśród pacjentów z nowotworami głowy i szyi. *Gerontologia Polska* 2007; 15: 82-89.
40. Tylka J, Bajcar E. Socjo-psychologiczne wyznaczniki jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. *Sztuka Leczenia* 2004; 12: 9-20.
41. Kozaka J. Jakość życia a poczucie koherencji kobiet chorych na raka jajnika. *Psychoonkologia* 2002; 6: 13-19.