



Złożenie pracy online:

2012-06-29 16:35:31

Kod pracy:

7764

Karolina Brach
(nr albumu: 16451*PSYCH/JM)

Praca magisterska

**Radzenie sobie ze stresem a poczucie jakości życia u
pracowników opieki paliatywnej**

**Coping and quality of life among persons charged with palliative
care**

Wydział: Psychologii

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Marta Brachowicz

*Składam serdeczne podziękowania
Pani dr Marcie Brachowicz za poświęcony czas
oraz pomoc w opracowaniu niniejszej pracy,
a także okazaną życzliwość i wsparcie.*

STRESZCZENIE

Praca ma charakter teoretyczno – empiryczny. Podjęty program badawczy skoncentrowany jest na analizie zależności zachodzących pomiędzy radzeniem sobie ze stresem a poziomem poczucia jakości życia u pracowników opieki paliatywnej. Badaniami objęto grupę 82 pielęgniarek w przedziale wiekowym od 24 do 55 lat, pracujących w Oddziale Paliatywnym, Onkologicznym lub w Hospicjum. W badaniach wykorzystano następujące metody: *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia Straś – Romanowskiej*, *Kwestionariusz COPE do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem Carvera i in.*, *Kwestionariusz CASP – 19 do badania jakości życia Higgasa i in.* oraz Arkusz personalny własnej konstrukcji. Zebrany materiał empiryczny poddano analizie statystycznej i psychologicznej. Z przeprowadzonych analiz wynika, że personel paliatywny o wyższym poczuciu jakości życia radzi sobie ze stresem, poprzez wykorzystanie strategii skoncentrowanych na problemie (aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie) oraz na emocjach (poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego i zwrotowi ku religii). Ponadto, pielęgniarki opieki paliatywnej o niższym poziomie dobrostanu psychicznego preferują mało efektywne strategie zaprzeczania, odwracania uwagi od problemu, zaprzestania działań oraz zażywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Zrealizowany program badawczy z udziałem pracowników opieki paliatywnej dostarczył wyników, które posiadają zarówno wartość poznawczą, jak i aplikacyjną. Stwierdzone powiązania mogą być wykorzystane w pracy psychologicznej i terapeutycznej obejmującej pielęgniarki opieki paliatywnej z ryzykiem wystąpienia symptomów zespołu wypalenia zawodowego.

Coping and quality of life among persons charged with palliative care

ABSTRACT

Work is a theoretical – empirical in nature. The research is focused on the analysis of the relationship between coping and the level of quality of life among palliative care workers. The study involved 82 nurses aged 24 to 55 years, working in the Department of Palliative, Oncology and Hospice. It was based on a set of the following methods: The Straś – Romanowska *Quality of Life Inventory*, *COPE*

Questionnaire by Carver et al., *CASP-19 Scale of quality of life* by Higgs et al. and own personal sheet structure. The collected empirical material was analyzed statistically and psychologically. Analyses show that the palliative staff with a higher sense of quality of life copes with stress by using strategies focused on the problem (active coping, planning, positive reinterpretation) and emotions (seeking social support – emotional and turning to religion). In addition, palliative care nurses with a lower levels of psychological well – being prefer the less effective strategies of denial, distraction from the problem, behavioural disengagement and use of drugs or alcohol. Carried out a research program involving palliative care workers has not only provided results of cognitive values but also the value of application. Identified dependencies can be used in psychological and therapeutic work with palliative care nurses at risk of burnout syndrome symptoms.

SPIS TREŚCI

WSTĘP	7
ROZDZIAŁ 1. ZJAWISKO RADZENIA SOBIE ZE STRESEM	13
1.1. Wyjaśnienie podstawowych pojęć.....	14
1.2. Zmaganie się ze stresem w wybranych koncepcjach psychologicznych	17
1.2.1. Lazarusa i Folkman transakcyjny model radzenia sobie ze stresem	17
1.2.2. Antonovskiego salutogenetyczny model radzenia sobie ze stresem	20
1.2.3. Hobfolla koncepcja zachowania zasobów	22
1.3. Uwarunkowania zmagania się ze stresem	24
1.3.1. Czynniki podmiotowe	25
1.3.2. Czynniki sytuacyjne i środowiskowe	28
1.4. Typologia zachowań zaradczych.....	30
1.4.1 Strategie radzenia sobie ze stresem	31
1.4.2. Style radzenia sobie ze stresem	33
ROZDZIAŁ 2. PROBLEMATYKA POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA	36
2.1. Kwestie terminologiczne	37
2.2. Wybrane psychologiczne koncepcje poczucia jakości życia	41
2.2.1. Czapińskiego cebulowa teoria szczęścia	41
2.2.2. Straś – Romanowskiej egzystencjalny model jakości życia.....	44
2.2.3. Schalocka koncepcja jakości życia.....	46
2.3. Czynniki warunkujące poczucie dobrostanu psychicznego	49
2.3.1. Czynniki podmiotowe	49
2.3.2. Czynniki środowiskowe	51
2.4. Poczucie jakości życia i jego korelaty w świetle dotychczasowych badań.....	53
ROZDZIAŁ 3. CHARAKTERYSTYKA OPIEKI PALIATYWNEJ	60
3.1. Opieka paliatywna w systemie opieki zdrowotnej	61
3.2. Specyfika pracy pielęgniarki paliatywnej.....	64
3.3. Czynniki obciążające pracę pielęgniarki paliatywnej	67
ROZDZIAŁ 4. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH	71
4.1. Problemy i hipotezy badawcze	71
4.2. Charakterystyka zastosowanych metod.....	73
4.2.1. <i>Kwestionariusz COPE do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem Carvera.....</i>	<i>73</i>
4.2.2. <i>Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia Straś – Romanowskiej</i>	<i>76</i>
4.2.3. <i>Kwestionariusz CASP – 19 do badania jakości życia Higgsa i in.</i>	<i>78</i>
4.2.4. Arkusz personalny	80
4.3. Charakterystyka grupy badanych	81
4.4. Procedura badań własnych	89
ROZDZIAŁ 5. POWIĄZANIA POMIĘDZY POCZUCIEM JAKOŚCI ŻYCIA A ZACHOWANIAMI ZARADCZYMI PRACOWNIKÓW OPIEKI PALIATYWNEJ.....	91
5.1. Powiązania między zmiennymi w całej grupie badanych pracowników opieki paliatywnej	92

5.1.1. Powiązania pomiędzy poczuciem jakości życia a strategiami radzenia sobie ze stresem z wykorzystaniem Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia Straś – Romanowskiej oraz Kwestionariusza COPE Carvera.....	92
5.1.2. Powiązania pomiędzy poczuciem jakości życia a strategiami radzenia sobie ze stresem z wykorzystaniem Kwestionariusza CASP – 19 Hoggsa i in. oraz Kwestionariusza COPE Carvera.....	98
5.2. Powiązania między ujmowanymi zmiennymi w grupach skrajnych.....	103
5.2.1. Sposoby wyodrębnienia grup skrajnych.....	103
5.2.2. Porównanie strategii radzenia sobie w grupach skrajnych.....	105
ROZDZIAŁ 6. ZACHOWANIA ZARADCZE PRACOWNIKÓW OPIEKI PALIATYWNEJ O RÓŻNYM TYPIE POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA	108
6.1. Kryteria wyodrębnienia i charakterystyka grup homogenicznych.....	109
6.2. Zachowania zaradcze pracowników opieki paliatywnej o różnym typie poczucia jakości życia	112
6.3. Podsumowanie i weryfikacja hipotez badawczych	115
ZAKOŃCZENIE	121
BIBLIOGRAFIA	127
SPIS.....	135

WSTĘP

Od wieków pytanie o jakość ludzkiego życia było przedmiotem wieloaspektowych rozważań filozofów oraz specjalistów różnych dziedzin nauki, jak: ekonomia, socjologia, medycyna, czy psychologia. Obecnie problematyka poczucia jakości życia jest jednym z ważniejszych źródeł rozważań nad egzystencją człowieka, szczególnie w czasie kryzysu, gdzie wymaga się od jednostki specyficznych, adaptacyjnych umiejętności zmagania się z sytuacjami trudnymi (Tucholska, 2009; Zalewska, 2003).

Zakres eksplorowanych treści wykorzystanych do opisu i oceny zjawiska poczucia jakości życia, jest ściśle zależny od przedmiotu zainteresowań danej dziedziny. Tym samym w ekonomii mówi się o jakości życia przyjmując za punkt odniesienia kategorie wymiernych wskaźników, takich jak: jakość/dostępność dóbr i usług, zakres świadczeń socjalnych, poziom konsumpcji, czy minimum socjalne. W socjologii analizuje się je w odniesieniu do powszechnie obowiązujących w społeczeństwie norm, reguł życia, pełnionych ról społecznych oraz przyjętego systemu wartości. Poczucie jakości życia w naukach medycznych ujmowane jest z perspektywy stanu zdrowia pacjenta, traktowane jako efekt doświadczanych przez osobę symptomów choroby i procesu leczniczo-terapeutycznego. Natomiast w psychologii jakości życia

rozumiana jest, jako ogólne poczucie zadowolenia, dobrostanu psychicznego, czy odczuwanie przez osobę satysfakcji życiowej (Tucholska, 2009).

Historia zainteresowania zagadnieniem jakości życia sięga okresu drugiej wojny światowej. Ówczesni badacze podejmowali pierwsze próby konceptualizacji tego pojęcia, głównie w kontekście normalizacji życia po powojennych traumatycznych przeżyciach.

Za prekursora pierwszych badań nad jakością życia uważa się Campbella, jednego z głównych przedstawicieli psychologii pozytywnej (Derbis, Jędrak, 2010). Zjawisko poczucie jakości życia posiada dużą wartość teoretyczną i praktyczną, jednak interdyscyplinarność pojęcia sprawia, iż nadal nie jest ono dokładnie określone. Tym samym, w literaturze przedmiotu możemy niejednokrotnie spotkać się ze stosowaniem terminu jakości życia zamiennie z: dobrostanem, szczęściem, dobrobytem, czy szeroko rozumianym zdrowiem (Zalewska, 2003). Z kolei w anglojęzycznej i polskiej nomenklaturze różnicuje się pojęcia: *subiektywny dobrostan* (*subjective well – being*) *od jakości życia* (*quality of live*) oraz *poczucia jakości życia* (*feeling/ sense of quality of live*) (Derbis, Jędrak, 2010; Oleś, 2010)

Brak wyraźnego porozumienia odnośnie interpretowania terminu jakości życia, skutkuje wielością i różnorodnością proponowanych ujęć definicyjnych oraz dość dużą swobodą w posługiwaniu się nim w kontekście ludzkiego życia (Tucholska, 2009).

Jednym z wiodących i najczęściej cytowanych w literaturze sposobów rozumienia poczucia jakości życia, jest ten zaproponowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) – *spostrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu, w kontekście kultury i systemów wartości, w jakich żyje, oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań* (Oleś, 2010, s. 18).

Równie często jakość życia analizowana jest w odniesieniu do stanu zdrowia człowieka. W tym ujęciu proponowanym przez Schipper'a, poczucie jakości życia jest efektem doświadczanej przez pacjenta choroby oraz sposobu jej leczenia w kategoriach funkcjonowania chorego w obszarze fizycznym (w tym ruchowym), somatycznym, psychicznym, społecznym i ekonomicznym (Studen, Okła, 2007).

Z powodu dużej różnorodności sposobów operacjonalizacji jakości życia oraz braku konsensusu w tym względzie, koniecznym jest wypracowanie wyczerpującej i spójnej koncepcji poczucia jakości życia. Pierwsze takie próby na gruncie psychologii zostały podjęte przez Lawtona, który jako jeden z pierwszych badaczy zaproponował wielowymiarowy Model Dobrego Życia. Nordenfelt konceptualizując zjawisko, silnie

akcentował aspekt przeżyciowy. Kolejny w miarę kompleksowy Model Jakości Życia został opracowany przez pracowników Centrum Promocji Zdrowia Uniwersytetu w Toronto (Lawton, 1983; Nordenfelt, 1991, 1994 za: Tucholska, 2009; Dziurawicz – Kozłowska, 2000).

Nieco inne podejście do jakości życia reprezentuje Schallock. Pojmuje je, jako holistyczny *konstrukt, który odzwierciedla pożądane warunki życia związane z ośmioma sferami życia jednostki, takimi jak: emocjonalny dobrostan, relacje interpersonalne, dobrobyt materialny, osobisty rozwój, dobrostan fizyczny, samostanowienie, społeczne przynależenie i indywidualne prawa jednostki* (za: Oleś, 2007, s. 34).

Na gruncie polskim Straś – Romanowska (1995, 2004; Straś – Romanowska, Frąckowiak, 2007) również podjęła się opracowania oryginalnej koncepcji poczucia jakości życia, opierając się na założeniach psychologii personalistyczno – egzystencjalnej. Autorka jakość życia określa jako sposób ludzkiego życia, na który składają się: rodzaj zadań, celów, zaangażowań, zobowiązań i radzenia sobie z nimi oraz ocena stylu własnego życia z perspektywy określonych norm i/lub standardów społecznych. Poczucie jakości życia według Straś – Romanowskiej to świadomość indywidualnego charakteru własnej egzystencji oraz jej subiektywna ocena dokonywana przez człowieka w czterech wymiarach jego życia: psychofizycznym, psychospołecznym, podmiotowym i metafizycznym.

Czapiński, jako przedstawiciel psychologii pozytywnej jakość życia utożsamia z ogólnym doświadczaniem szczęścia i dobrostanu psychicznego w filozoficznym kontekście hedonistycznego i eudajmonistycznego podejścia do życia jednostki. Autor zakłada, że dobrostan psychiczny na wzór cebuli posiada trzy odmiennie zdeterminowane warstwy: najgłębsza i najbardziej stabilna *wola życia* odpowiadająca za potencjalny poziom odczuwanego szczęścia, chroniona przez kolejne dwie warstwy takie, jak: *ogólny subiektywny dobrostan* (dotyczy subiektywnie doświadczanych wartości swojego życia) oraz *surowe doświadczenia afektywne i satysfakcje cząstkowe* (odnosi się do konkretnych aspektów życia: rodzina, praca, warunki finansowe, wypoczynek itp.) (Czapiński, 2004).

Problematyka poczucia dobrostanu psychicznego jest jednym z coraz częściej eksplorowanych obszarów psychologii. Poszukuje się korelacji tego zjawiska z różnymi zmiennymi. Najpopularniejsze badania dotyczą powiązań zachodzących między jakością życia a cechami osobowości (Czapiński, 2004; Derbis, Jędrak, 2010; Zalewska, 2003). Autorzy zwracają uwagę na negatywną korelację z poczuciem jakości życia

tych komponentów osobowości jak: neurotyzm i introwersja, natomiast pozytywne powiązania z ekstrawersją. Inne doniesienia z badań wskazują na istotne związki pomiędzy omawianą zmienną a poczuciem koherencji (Dębiska, 2007; Petrus, 2006), odczuwaniem pozytywnych emocji (Derbis, 2000, za: Derbis i Jędrak, 2010) oraz funkcjonowaniu w kontekście zdrowia i choroby zarówno pacjentów (Steuden, Okła, 2007), jak i personelu medycznego (Majos, Głowacka, 2005, Tratas i in., 2009; Boruń, 2011; Łuczak, Kotlińska – Lemieszek, 2011). Nieliczne prace na gruncie polskim dotyczą poczucia jakości życia i radzenia sobie ze stresem (Bogaczewicz i in., 2011; Wnuk, Marcinkowski, 2010; Wysokiński i in., 2009), które bardziej popularne są na gruncie amerykańskim (Desbiens, Fillion, 2007; Peterson i in., 2010; Burnard i in., 2000; Coyle i in., 2000; Payne, 2000; Bron – Ceslowitz, 1989).

Mając na uwadze czynniki determinujące poczucie satysfakcji życiowej, badania przeprowadzone przez Reznykoffa, Honeymana (1967), Wierzbickiego (1989) (za: Zalewska, 2003) i Czapińskiego (2004) potwierdzają tezę o predysponowanych genetycznie aspektach jakości życia. Inni autorzy (Costa i in., 1987; Spector, 1997; Nęcki i Szymura, 2001, za: Zalewska, 2003) wykazują, że to cechy temperamentu i osobowości są głównymi czynnikami podmiotowymi warunkującymi poczucie jakości życia osoby. W kwestii społecznych determinantów, wskazuje się na wsparcie i akceptację otoczenia, jako jeden z najważniejszych wskaźników odczuwania wysokiego dobrostanu psychicznego, zarówno w aspekcie zdrowia (Czapiński, 2004), jak i choroby (Terelak, 1993, 1997, za: Okła, Łukasiewicz, 2007; Sęk, Cieślak, 2004, za: Steuden, Okła, 2007).

Problematyka stresu od wielu lat cieszy się dużym zainteresowaniem psychologów. Obecnie uwaga teoretyków i praktyków koncentruje się na sposobach, jakie jednostka wykorzystuje w sytuacji przezwyciężenia trudności życiowych, czyli radzenie sobie ze stresem.

Zdaniem Heszen – Niejodek (2000, 2008) celem współczesnej psychologii klinicznej nie powinno być koncentrowanie się na źródłach, czy determinantach stresu, ale działaniach zaradczych, podejmowanych przez człowieka w obliczu zagrożenia.

Pojęcie radzenia sobie ze stresem zostało zaczerpnięte z języka angielskiego, gdzie funkcjonuje jako *coping* lub *coping with stress*. Po raz pierwszy termin ten został użyty przez Freuda w kontekście nieświadomych mechanizmów obronnych (Terelak, 2005; Kuryłowicz, 2006).

Stres jest nieodłącznym aspektem ludzkiego życia, a podjęte przez jednostkę próby pokonania go będą rzutować na jakość jej funkcjonowania. Wielość i różnorodność źródeł stresu wywiera znaczący wpływ na życie człowieka. Zatem konieczna jest umiejętność opracowania indywidualnych i efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem (Kuryłowicz, 2006).

Biorąc pod uwagę charakter środowiska pracy personelu medycznego, zawód pielęgniarki a w szczególności pracownika opieki paliatywnej i onkologicznej jest nie tylko bardzo wymagający, ale i wykazuje duży potencjał stresogenny. Specyfika miejsca pracy wymaga od personelu codziennego stykania się z cierpieniem i śmiercią pacjenta (Tartas i in., 2009; Boruń, 2011; Muraczyńska, 2000). Niesie to ze sobą wysokie ryzyko obciążenia psychicznego i emocjonalnego, a w konsekwencji obniżenie jakości życia zawodowego i osobistego. W dalszej perspektywie może dojść do pojawienia się syndromu wypalenia zawodowego (Mojs, Głowacka, 2005; Wilczek – Różyńska, 2003; Sęk, 2009). Niestety badania w tym obszarze prowadzone są rzadko. Zatem zasadnym wydaje się, podjęcie tematyki powiązań zachodzących pomiędzy radzeniem sobie ze stresem a poczuciem jakości życia u pracowników opieki paliatywnej.

Problem badawczy niniejszej pracy został ujęty w formie pytania ogólnego - **czy i jakie różnice występują w sposobach radzenia sobie ze stresem u pracowników opieki paliatywnej o różnym poziomie jakości życia?** Zostanie on rozwiązany w oparciu o przeprowadzone badania własne z użyciem następujących metod psychologicznych:

- Arkusz personalny własnej konstrukcji,
- *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia*, autorstwa Straś – Romanowskiej,
- *Kwestionariusz COPE* do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem, autorstwa Carvera i in.,
- *Kwestionariusz CASP – 19* do badania jakości życia, autorstwa Higgasa i in.

Grupę badanych stanowić będą 82 kobiety w wieku od 24 do 55 lat, pracujące na stanowisku pielęgniarki w Oddziale Paliatywnym, Onkologicznym lub w Hospicjum.

Zebrany w ten sposób materiał teoretyczny i empiryczny zostanie zreferowany w sześciu rozdziałach.

Pierwszy rozdział odnosić się będzie do zjawiska radzenia sobie ze stresem. Po krótkiej i zwięzłej prezentacji pojęć i sposobów definiowania tej zmiennej, zostaną przybliżone wybrane psychologiczne teorie zmagania się ze stresem: Lazarusa i

Folkmana transakcyjny model radzenia sobie ze stresem, Antonovskiego salutogenetyczny model radzenia sobie ze stresem oraz Hobfolla koncepcja zachowania zasobów. W kolejnych paragrafach zaprezentowana zostanie typologia zachowań zaradczych oraz czynniki je warunkujące.

Drugi rozdział dotyczyć będzie problematyki poczucia jakości życia. Po krótkim i zwięzłym przeglądzie kwestii terminologicznych, omówione zostaną podstawione koncepcje poczucia jakości życia, mianowicie: cebulowa teoria szczęścia Czapińskiego, egzystencjalny model jakości życia Straś – Romanowskiej oraz koncepcja jakości życia Schalocka. Dalsza część rozdziału dotyczyć będzie determinantów poczucia dobrostanu psychicznego w aspekcie podmiotowym i środowiskowym oraz przeglądu badań nad zjawiskiem poczucia jakości życia i jego korelatami.

Przedmiotem zainteresowań rozdziału trzeciego, będzie wyjaśnienie głównych zagadnień związanych z opieką hospicyjną. W pierwszej części, zostanie dokonana prezentacja opieki paliatywnej w systemie opieki zdrowotnej. Kolejno, specyfika pracy personelu hospicyjnego. Element końcowy części teoretycznej poświęcony będzie czynnikom obciążającym pracę pielęgniarki paliatywnej.

Treścią rozdziału czwartego będzie metodologia działań własnych. Zostanie w nim przedstawiony problem badawczy oraz sformułowane hipotezy. Ponadto zawierał on będzie opis narzędzi psychologicznych, charakterystykę grupy badanej zbiorowości oraz omówienie procedury badań własnych.

Dwa ostatnie rozdziały, czyli piąty i szósty odnosić się będą do opisu sposobów radzenia sobie ze stresem u pracowników opieki paliatywnej o różnym poziomie dobrostanu psychicznego oraz do zachowań zaradczych stosowanych przez pielęgniarki hospicyjne i onkologiczne o różnym typie jakości życia.

Końcowe części niniejszej pracy zawierać będą dyskusję wyników, zakończenie oraz bibliografię.

ROZDZIAŁ 1. ZJAWISKO RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

Problematyka stresu od wielu lat stanowi jedną z najbardziej aktywnych i cieszących się rosnącym zainteresowaniem dziedzin psychologii. Obecnie uwaga teoretyków i praktyków koncentruje się na sposobach, jakie jednostka wykorzystuje w sytuacji przezwyciężenia trudności życiowych, czyli **radzenie sobie ze stresem**. Zjawisko to ma charakter bardzo złożony i dynamiczny. Tym samym wielość sposobów konceptualizacji radzenia sobie ze stresem prezentowanych w literaturze przedmiotu, stwarza duży problem w aspekcie ujednolicenia i consensusu odnoście rozumienia pojęcia.

Niniejszy rozdział zostaje poświęcony kwestii wyjaśnienia głównych pojęć związanych z zachowaniami zaradczymi oraz stanowi próbę prześledzenia jednych z najważniejszych i najpopularniejszych koncepcji psychologicznych radzenia sobie według Lazarusa i Folkman, Antonovskiego, czy Hobfolla. Ponadto, zostaną zaprezentowane podstawowe klasyfikacje strategii i stylów radzenia sobie ze stresem, przy uwzględnieniu zmiennych osobowościowych oraz środowiskowych.

1.1. Wyjaśnienie podstawowych pojęć

Stres jest nieodłącznym aspektem ludzkiego życia, a podjęte przez jednostkę próby pokonania go będą rzutować na jakość jej funkcjonowania. Biorąc pod uwagę wielość i różnorodność czynników stresogennych, wywierających znaczący wpływ na życie człowieka, konieczna jest umiejętność opracowania indywidualnych i skutecznych strategii radzenia sobie ze stresem (Kuryłowicz, 2006).

W psychologii, często spotykamy się ze stosowaniem kilku terminów wyjaśniających aktywność podejmowaną przez jednostkę w obliczu sytuacji stresującej. Obok najczęściej wykorzystywanego pojęcia **radzenia sobie ze stresem**, znajdujemy również: **zmaganie się ze stresem** (w języku angielskim funkcjonujący jak, *coping with stress*), **procesy zaradcze**, czy w tradycyjnym ujęciu psychologii klinicznej - *mechanizmy obronne* (Łosiak, 1994).

W literaturze podkreśla się dość istotną różnicą znaczeniową pomiędzy pojęciami: *radzenia sobie ze stresem* a *mechanizmami obronnymi*. Za główne kryterium różnicujące przyjmuje się *występowanie świadomości lub intencjonalności w podejmowaniu określonych działań lub ich brak* (Łosiak, 2007, s.78).

W psychoanalizie opisywane przez Freuda mechanizmy obronne, jako nieświadome i odruchowe działania pełniły funkcje niwelowania lęku nerwicowego oraz zmniejszania obciążenia emocjonalnego, z którym jednostka nie była w stanie sobie poradzić. Jeżeli w przeszłości bardziej skłaniano się do oceny stosowania zachowań obronnych jako objawu patologizacji, tak współcześnie wielokrotnie wykazano adaptacyjną rolę obronnych strategii radzenia sobie. Wielu badaczy uznaje mechanizmy obronne za integralny element procesu zmagania się ze stresem, cechujący się dużą skutecznością i optymalizowaniem funkcjonowania osobowości jednostki (Kuryłowicz, 2006; Terelak, 2005).

Zgodnie z koncepcją procesów ego autorstwa Hann (1965, za: Łosiak 2007), adaptacyjne zachowanie człowieka odbywa się na dwóch poziomach. Pierwszy, a zarazem najwyższy dotyczy *radzenia sobie*, jako działania celowego, elastycznego i adekwatnego a poziom drugi – mechanizmów obronnych, cechujących się sztywnością, przymusowością i zniekształceniem otaczającej rzeczywistości. Jednocześnie autorka zwraca uwagę na zawodność powszechnie przyjętego kryterium *świadomości i intencjonalności* stosowanego do wszystkich form odpowiedzi jednostki na stres. Za przykład podaje trudność w odróżnieniu racjonalizacji (jako zachowanie obronne) od

pozytywnego przewartościowania (radzenie sobie). W takiej sytuacji to samo działanie, może być określone zarówno jednym jaki i drugim terminem.

Z kolei Vaillant w swojej pracy, nie traktował mechanizmów obronnych i radzenia sobie jako działań zajmujących przeciwstawne pozycje na kontinuum, ale zaznaczał, iż zachowania obronne, w niektórych przypadkach mogą pełnić funkcję świadomych i w pełni adaptacyjnych działań zmagania się ze stresem, bądź na odwrót (Łosiak, 2007).

Radzenie sobie jako forma zachowania jest odróżniana od zachowania obronnego, ponieważ to ostatnie z definicji jest sztywne, przymusowe, zniekształcające rzeczywistość i niezróżnicowane, podczas gdy to pierwsze jest elastyczne, celowe, zorientowane na rzeczywistość i zróżnicowane (Hann, 1965 za: Kuryłowicz, 2006, s. 60). Dlatego też, sprowadza się mechanizmy obronne do roli osłabiającej szkodliwość skutków stresu, natomiast radzenie sobie do aktywnych poznawczo działań jednostki, w celu przezwyciężenia sytuacji stresowej.

Zdaniem Lazarusa i Folkman **radzenie sobie** to *ciągle zmieniający się wysiłek poznawczy i behawioralny skierowany na specyficzne wymagania zewnętrzne i/lub wewnętrzne, które oceniane są jako obciążające lub przekraczające możliwości człowieka* (Lazarus i Folkman, 1984 za: Terelak, 2005, s. 135). Przyjmując powyższe ujęcie terminu, radzenie sobie ze stresem należy pojmować jako proces, złożony z trzech podstawowych elementów. Pierwszy dotyczy obserwacji i oceny sytuacji zagrażającej dla jednostki - bierzemy pod uwagę aktualne myśli i ewentualne działania osoby, w przeciwieństwie do typowych działań w takiej sytuacji. Drugi skupia się na specyficznej reakcji jednostki w danym kontekście sytuacji stresowej (np. egzamin, kryzys ekonomiczny). Ostatni trzeci element wiąże się ze zmianami myślenia lub działania w sytuacji doświadczania stresu (Terelak, 2005).

Ponadto, Lazarus wyróżnił dwie główne funkcje procesu radzenia sobie ze stresem, z których pierwsza – to rozwiązywanie problemów, polegające na działaniach zmierzających do zmiany sytuacji na lepszą poprzez modyfikację własnego destrukcyjnego zachowania lub zagrażającego otoczenia. Druga - wiąże się z samospokojeniem, czyli regulacją i kontrolą przykrych emocji, w taki sposób, aby nie stały się przyczyną zakłócenia optymalnego funkcjonowania psychicznego i społecznego osoby (Kuryłowicz, 2006; Terelak, 2005).

Z kolei w pracach innych autorów, min. Hobfolla, Antonovskiego, czy Schönpluga radzenie sobie ze stresem rozpatrywane jest z perspektywy

gospodarowania zasobami i analizowane w kategorii zysków (korzyści w postaci zdobytych zasobów) lub strat (w sytuacji ich utraty lub wyczerpania) (Ratajczak, 2000). Jednym z najczęściej wymienianych w literaturze zasobów odgrywających kluczową rolę w zmaganiu się ze stresującymi sytuacjami życiowymi jest wsparcie społeczne (zażyłość społeczna), umiejętność wentylacji swoich uczuć (doświadczenie katharsis) oraz swoboda ich wyrażania i rozładowywania (Sęk, Cieślak, 2004; Kuryłowicz, 2006). Istotne znaczenie przypisuje się również umiejscowieniu kontroli osobistej (wyróżnia się osoby wewnętrzsterowne i zewnętrzsterowne) i poczuciu samoskuteczności, definiowane jako utrwalone przekonanie jednostki o posiadaniu pożądaných umiejętności, kompetencji do przezwyciężenia stresujących wydarzeń życiowych (Poprawa, 2001). Kolejnymi zasobami, którym psychologowie przypisują dużą wagę są: zaufanie, wiara w samego siebie, poczucie kompetencji społecznych (zdolność przystosowania do wymagań społecznych) oraz optymizm, poczucie humoru i niefrasobliwość, czyli bycie wyrozumiałym w stosunku do własnej osoby, pewnego rodzaju zdystansowanie i dbanie o własną wygodę (Kuryłowicz, 2006).

Inne stanowisko reprezentuje Taylor (1983, za: Kuryłowicz 2006), która opisuje zagadnienie radzenia sobie ze stresem w kategorii zachowań adaptacyjnych. Według niej radzenie sobie ujawnia się jako proces adaptacyjny w odpowiedzi na sytuację zagrożenia. W pierwszej fazie, osoba skupia się na poszukiwaniu znaczenia zaistniałej sytuacji, przy wykorzystaniu takich działań zaradczych jak atrybucja przyczyn i przewartościowanie. Następnie dochodzi do osiągnięcia częściowej kontroli i opanowania sytuacji postrzeganej jako zagrażająca. W trzeciej fazie, jednostka mobilizuje swoje zasoby w celu odbudowania poczucia własnej wartości, a w końcowym efekcie ponownej adaptacji, przywrócenia poczucia satysfakcji z życia i wysokiej samooceny.

Najnowsze sposoby operacjonalizacji radzenia sobie z trudnymi wydarzeniami życiowymi, skłaniają się ku badaniu giętkości (*flexibility*) zmagania się ze stresem, rozumianej jako zdolność do stosowania różnorodnych sposobów radzenia sobie oraz plastyczności w przechodzeniu od jednych do drugich (Terelak, 2005).

Termin radzenie sobie ze stresem (*coping*), może być również interpretowany jako: styl, strategia i proces.

Styl radzenia sobie, w literaturze definiowany jest jako zbiór strategii, sposobów radzenia sobie charakterystycznych dla danej jednostki, najczęściej uruchamiany w

odpowiedzi na zaistniałą sytuację zagrożenia. Taki sposób rozumienia stylu radzenia sobie określa ją jako trwałą, osobowościową dyspozycję jednostki (Terelak, 2005).

Strategia charakteryzowana jest jako *poznawcze i behawioralne wysiłki, jakie jednostka podejmuje w konkretnej sytuacji stresowej* (Wrześniewski, 1996, za: Terelak, 2005 s.136).

Proces radzenia sobie *to ciąg zmieniających się w czasie strategii, wynikający z nieprzerwanego poznawczego monitorowania sytuacji i własnych możliwości, tym samym wyznaczając przebieg radzenia sobie, a zatem ocena poznawcza, jak i radzenie sobie mają charakter procesualny* (Heszen – Niejodek, 2000; Kuryłowicz, 2006).

W niniejszej pracy najbardziej zasadnym wydaje się być posługiwanie się terminem *radzenie sobie ze stresem* oraz nawiązanie do paradygmatu radzenia sobie prezentowanego przez Lazarusa i Folkman.

1.2. Zmaganie się ze stresem w wybranych koncepcjach psychologicznych

Stres jest nieodłącznym elementem codziennego życia człowieka, tym samym zjawisko radzenia sobie z doświadczanymi trudnościami, aktualnie stanowi jeden bardziej aktywnych i cieszących się rosnącym zainteresowaniem obszarów psychologii. Przedmiotem zainteresowań tego paragrafu będzie omówienie wybranych psychologicznych koncepcji zmagania się ze stresem, do których należą: transakcyjny model radzenia sobie ze stresem Lazarusa i Folkman, salutogenetyczny model radzenia ze stresem Antonovskiego oraz koncepcja zachowania zasobów Hobfolla

1.2.1. Lazarusa i Folkman transakcyjny model radzenia sobie ze stresem

Mając na uwadze poprawność merytoryczną, koniecznym jest ujednoczenie a zarazem wyjaśnienie zaistniałych różnic w samej nazwie prezentowanego modelu radzenia sobie ze stresem autorstwa Lazarusa i Folkman. Należy zaznaczyć, iż w nowszych pracach Lazarus zamienił pojęcie *interakcji* na termin *transakcji*, co uzasadnia koniecznością odróżnienia od siebie dwóch pojęć, w sensie jakościowym. Po pierwsze podkreśla, iż nie tylko otoczenie oddziałuje na jednostkę (sugerując się zależnością w związku S –R) ale również, to jednostka ma wpływ na swoje środowisko.

Po drugie, w interakcji elementy składowe zachowują swoją odrębność, natomiast w przypadku transakcji – zmienne indywidualne jednostki i otoczenia tworzą nowo powstałą całość (w szerokim ujęciu), a jednocześnie nie będąc tylko prostą sumą całości. Tym samym prezentowany model funkcjonuje również w literaturze jako „transakcyjna teoria radzenia sobie ze stresem” (Lazarus, 1950; Terelak, 2005).

W niniejszej pracy, do omówienia transakcyjnego modelu radzenia sobie ze stresem, zostanie wykorzystane aktualnie stosowane nazewnictwo.

Lazarus i Folkman proces radzenia sobie ze stresem ściśle odnieśli do zjawiska stresu psychologicznego, którego istotą jest szeroko rozumiana zdolność adaptacyjna, a tym samym umiejętność do planowania oraz przewidywania przyszłych zdarzeń. *W sytuacji stresu lub przystosowania się następuje konfrontowanie się z nią człowieka posiadającego pewne przekonania, wartości, uwikłania i umiejętności. Aby przeżyć i rozwijać się, człowiek musi w ciągu całego życia przejść przez niezliczoną ilość takich konfrontacji. Jeżeli interpretuje konfrontację jako niszczącą, zagrażającą lub jako wyzwanie, wówczas mówimy o stresie psychologicznym (...)* (Lazarus, 1950 s. 8). Szczególnie istotny jest tutaj aspekt świadomości lub nieświadomości jednostki realnego niebezpieczeństwa.

Za jeden z kluczowych elementów interakcyjnego modelu radzenia sobie ze stresem, Lazarus i Folkman przyjęli ocenę poznawczą sytuacji zagrożenia. Jest ona rozumiana, jako mechanizm świadomy, który stanowi podstawę do interpretacji zagrożenia. Ocena poznawcza stanowi główne kryterium różnic indywidualnych w radzeniu sobie w sytuacjach stresowych.

Autorzy wyróżnili dwie kategorie oceny poznawczej - pierwotną i wtórną. Pierwsza, dotyczy oceny docierającego do jednostki bodźca jako zagrażającego, bądź nie. W przypadku, kiedy jednostka oceni, że dany bodziec nie jest stresorem, może on być zakwalifikowany do dwóch kategorii: jako (1) bez znaczenia, lub (2) sprzyjająco – pozytywny. Natomiast w sytuacji, gdy bodziec zostanie zinterpretowany jako zagrażający, automatycznie powstaje stan napięcia, który z kolei uruchamia określone procesy psychofizjologiczne oraz adekwatny stan emocjonalny (Lazarus, 1950; Heszen i Sęk, 2008; Kuryłowicz, 2006).

Wyróżnia się trzy kategorie bodźców zagrażających (stresorów):

(1) krzywda/strata – określa już doświadczoną przez osobę stratę lub uraz (np. poczucie utraty sensu życia w sytuacji śmierci bliskiej nam osoby),

- (2) zagrożenie – dotyczy szkód czy strat, które są dopiero antycypowane (przewidywane), ale jeszcze nie nastąpiły,
- (3) wyzwanie – dotyczy oceny własnych zasobów, co do możliwości przewyciężenia sytuacji trudnej.

A zatem ocenie wtórnej podlega jakość oraz dostępność zasobów posiadanych przez jednostkę w danej sytuacji, które mogą zostać wykorzystane do poradzenia sobie ze stresem. Mamy do czynienia ze współzależnością pomiędzy oceną pierwotną i wtórną – w przypadku pozytywnej oceny swoich kompetencji do poradzenia sobie z zagrożeniem, jednocześnie zmianie ulega pierwotna ocena bodźca jako stresowa i odwrotnie, jeżeli mimo podejmowanych działań, nie udało się zredukować zagrożenia, automatycznie zmienia się ocena wtórna pozytywnego poradzenia sobie ze stresem (Lazarus, 1950; Heszen i Sęk, 2008).

Według Lazarusa i Folkmana radzenie sobie ze stresem to *stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę, jako obciążających lub przekraczających jej zasoby* (Lazarus i Folkman, 1984, za: Terelak, 2008, s. 64).

Działania związane z radzeniem sobie ze stresem, możemy podzielić na:

- (1) ukierunkowane na rozwiązanie problemu (instrumentalne) – wiążą się z konkretnym zachowaniem skoncentrowanym na usunięciu źródła stresu, wykorzystując przy tym poznawcze przekształcenie obrazu sytuacji,
- (2) zorientowane na emocjach – wszelkie zabiegi jednostki koncentrują się na redukcji przykrego napięcia i negatywnego stanu emocjonalnego związanego z sytuacją obciążającą (Lazarus, 1950; Kuryłowicz, 2006; Hobfoll, 2006).

Reasumując, interakcyjny model radzenia sobie ze stresem Lazarusa i Folkmana wyraźnie eksponuje subiektywny charakter oceny zagrożenia, jako aktywny proces poznawczy. Jednocześnie autorzy uwzględniają zarówno poznawczy, jak i behawioralny aspekt radzenia sobie ze stresem oraz kryterium funkcjonalne strategii radzenia sobie: zorientowanych na problemie lub regulację emocji. Jednak często autorom koncepcji zarzuca się niedocenienie wpływu emocji i motywacji na poznawczą ocenę sytuacji obciążającej oraz bezpośredniego utożsamiania stresu psychologicznego z zagrożeniem (Terelak, 2008; Kuryłowicz, 2006).

1.2.2. Antonovskiego salutogenetyczny model radzenia sobie ze stresem

Główne założenie koncepcji Antonovskiego opiera się na zaproponowanym przez autora kontinuum zdrowie – choroba (dotyczący zarówno sfery psychicznej, jak i somatycznej człowieka), będący przeciwieństwem dotychczas przyjmowanego dychotomicznego podziału na zdrowie i chorobę. Antonovski zakładał, iż *u podstaw orientacji salutogenetycznej leży fundamentalne założenie filozoficzne, zgodnie, z którym organizm ludzki z natury swej znajduje się w stanie heterostatycznego braku równowagi* – tym samym autor wyraźnie podkreślał, że ciągły brak homeostazy i uporządkowania, jest naturalnym stanem organizmu (Antonovski, 1995, za: Terelak, 2008, s. 47).

Przedmiotem koncepcji salutogenetycznej jest pojęcie zdrowia „w ogóle” oraz analiza czynników, które powodują, iż funkcjonowanie jednostki skłania się bardziej ku zdrowiu lub chorobie. Czynniki te zostały utożsamione z uogólnionymi zasobami odpornościowymi, od których zależy efektywność radzenia sobie ze stresem. Ogół czynników wspólnych dla optymalnego funkcjonowania i zachowania pełnego zdrowia, zostało zdefiniowane jako poczucie koherencji, zajmujące centralną pozycję w konstrukcji teoretycznym modelu Antonovskiego. Ujmowane jest ono jako *globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące i trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że:*

- (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego, mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny (poczucie zrozumiałości),*
- (2) dostępne są zasoby, które pozwalają mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce (poczucie zaradności),*
- (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania (poczucie sensowności) (Antonovski, 1995, za: Terelak, 2008, s. 48).*

Tym samym elementami składowymi poczucia koherencji są:

- (I) poczucie zrozumiałości,
- (II) poczucie zaradności (sterowności),
- (III) poczucie sensowności.

Poczucie zrozumiałości, dotyczy stopnia sensowności, uporządkowania, jasności i spójności, w jakim jednostka interpretuje bodziec, który napływa do niej z otoczenia

zewnątrznego i wewnętrznego (co ma kluczowe znaczenie w przypadku możliwości przezwyciężenia sytuacji trudnych).

Poczucia zaradności (sterowności), wiąże się ze sposobem, w jaki osoba ocenia dostępność swoich zasobów (zarówno dotyczy to zasobów osobistych jednostki, jak i tych, którymi dysponują bliscy osoby oraz pochodzących z innych źródeł). Osoba cechująca się silnym poczuciem zaradności, nie przejawiają poczucia krzywdy, czy niesprawiedliwości w obliczu sytuacji obciążającej, ale aktywnie podejmują działania zaradcze.

Poczucie sensowności można w ogólnym rozumieniu sprowadzić do poczucia sensu życia. Łączy się ono z wysiłkiem, poświęceniem i zaangażowaniem w działanie zmierzające do pozytywnego rozwiązania problemu.

Antonovski podkreślał współzależny charakter elementów składających się na poczucie koherencji. Za najistotniejszy uważa poczucie sensowności, które jest gwarancją utrzymania dwóch pozostałych elementów na optymalnym poziomie oraz kolejno poczucie zrozumiałości i zaradności (Sheridan, Radmacher, 1997; Heszen i Sęk, 2008).

Poczucie koherencji obejmuje pewien obszar istotny dla życia i rozwoju człowieka. To, co dzieje się poza granicami tego obszaru, nie ma dla niego większego znaczenia. U różnych osób obszar zjawisk zawartych w obrębie granic będzie różny. Najważniejsze, jest to czy dana osoba ma takie obszary życia, które są dla niej subiektywnie ważne (Terelak, 2008, s. 49). Twórca salutogenetycznego modelu radzenia sobie ze stresem sądził, że w obszarze granicznym jednostki winny znaleźć się cztery ważne dziedziny życia, takie jak:

- (a) własne życie emocjonalne,
- (b) relacje z najbliższym otoczeniem,
- (c) główny przedmiot działalności życiowej,
- (d) zagadnienia egzystencjalne, jak śmierć, samotność, porażki.

Umiejętność radzenia sobie ze stresem ściśle łączy się z poczuciem koherencji. Osoba przejawiająca silne poczucie koherencji, jest w stanie w elastyczny sposób poszerzać, bądź zawężać granicę obejmując ważne dla niej obszary życia, co jednocześnie skutkuje możliwością uniknięcia przeciążenia, napięcia emocjonalnego, czy deprivacji sensorycznej, związanych z sytuacją stresową. Antonovski dzielił poczucie koherencji na silne i sztywne. Osoby cechujące się silnym poczuciem koherencji są otwarci na dostarczane informacje i wykorzystują je w sposób sensowny,

równoważą zasady i strategie oraz informacje posiadane i potencjalne. Z kolei sztywne poczucie koherencji wiąże się z blokowaniem nowych informacji, w celu zapewnienia sobie spójności i uporządkowania wiedzy (Sheridan, Radmacher, 1997; Terelak, 2008).

Antonovski zdefiniował pojęcie stresora, jako *doświadczenie życiowe, którego cechą charakterystyczną jest brak spójności, niedociążenia lub przeciążenia oraz brak udziału w podejmowaniu decyzji* (Antonovski, 1995, za: Terelak, 2008, s. 50). Ponadto autor wyróżnia: stresory przewlekłe (uporczywa, trwała strata/deprywacja, stały niedobór zasobów), oraz stresowe zdarzenia życiowe (pozytywny bądź negatywny wydzźwięk konsekwencje istotnych wydarzeń życiowych, ograniczonych czasowo i przestrzennie np. śmierć, czy rozwód; uzależniony jest bezpośrednio od stopnia poczucia koherencji).

Podsumowując, zgodnie z założeniami salutogenetycznego modelu radzenia sobie ze stresem, wysoki poziom poczucia koherencji działa na zasadzie bufora, łagodzącego negatywne skutki stresu. Tym samym powoduje, iż doświadczany bodziec nie jest odbierany jako zagrażający. W razie potrzeby uruchamiane są zasoby odpornościowe, których zadaniem jest niedopuszczenie do zaistnienia sytuacji stresowej. Jednocześnie przypuszcza się, iż osoba o silnym poczuciu koherencji, będzie bardziej skłonna do stosowania skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem zorientowanych na działaniu niż na emocjach.

1.2.3. Hobfolla koncepcja zachowania zasobów

Zasobami określamy te rzeczy, które są wartościowe i cenione przez jednostkę (jak przedmioty, warunki, cechy osobowości, pokłady energii). Zgodnie z założeniami teorii zachowania zasobów (COR) jednostka *dąży do uzyskania, utrzymania i ochrony tego, co jest dla niej cenne* (Hobfolla, 2006, s.71)

Biorąc pod uwagę, iż według Hobfolla, stresem jest nie tylko obawa jednostki przed faktyczną stratą energii, ale i istnieniem możliwości utraty swoich sił, autor definiuje stres psychologiczny jako *reakcję na otoczenie, w którym występuje:*

- (a) *groźba czystej utraty zasobów,*
- (b) *dochodzi do faktycznej utraty zasobów,*
- (c) *zainwestowanie znaczącej ilości zasobów nie przynosi oczekiwanego zysku* (Hobfolla, 2006, s. 72).

Ponieważ stres prowadzi do powstania rzeczywistej lub antycypowanej straty, jak i poczucia braku sił, dlatego też w sytuacji zagrożenia ludzie starają się chronić swoje zasoby przed ewentualną utratą lub przynajmniej zminimalizować ich stratę. Jednocześnie cały czas, dążą do pomnażania tego, co jest dla nich wartościowe oraz optymalnego wykorzystania zasobów (Hobfolla, 2006; Terelak, 2007; Terelak, 2005). Co więcej okazuje się, iż ludzie są nastawieni na promowanie i zwiększanie zasobów nawet w sytuacji, gdy nie doświadczają sytuacji zagrożenia.

Wyróżnia się wiele modeli klasyfikacji zasobów. Do najważniejszych, a zarazem najbardziej fundamentalnych należy podział na zasoby pierwotne i wtórne. Do pierwszych zaliczamy te zasoby, które są niezbędne do przetrwania jednostki i zapewnienia jej poczucia bezpieczeństwa jak: pożywienie, ubranie, czy schronienie. Druga kategoria zwiększa możliwości zdobycia lub ochrony zasobów pierwotnych np. kompetencje, ubezpieczenie zdrowotne, czy środki transportu.

Kolejny poziom klasyfikacji wyodrębnia: zasoby wewnętrzne – znajdujące się w posiadaniu Ja lub sferze Ja (poczucie własnej wartości, poczucie kompetencji, optymizm itp.) oraz zasoby zewnętrzne niedostępne dla Ja, znajdujące się poza jego granicami (zaliczamy do nich wsparcie społeczne, status ekonomiczny).

Natomiast czterostopniowa strukturalna klasyfikacja zasobów, przyjmuje podział zasobów na:

- (1) materialne – najczęściej są to przedmioty, w zależności od tego, w jakim stopniu jednostka je posiada, taką też zajmuje pozycję społeczno – ekonomiczną w środowisku.
- (2) osobiste – zaliczamy do nich umiejętności (kompetencje zawodowe, społeczne, zdolności przywódcze) oraz strukturę osobowości (samoocena, optymizm, skuteczność, temperament),
- (3) stanu – stanowią dostęp do pozostałych kategorii zasobów oraz zdobycie wartości cenionych i pożądaných przez człowieka, jak: zdrowie, praca, czy małżeństwo. Jedne z nich wymagają osobistego zaangażowania jednostki, inne są dziedziczone wraz z pozycją społeczną lub uwarunkowane biologicznie (np. zdrowie). Wejście w posiadanie omawianych zasobów wiąże się zazwyczaj z długotrwałym procesem, natomiast utrata, może nastąpić bardzo szybko.
- (4) energii – swoje źródło mają nie tylko we własnej energii, ale i w pozostałych kategoriach zasobów (pieniądze, wiedza itp.); mogą być wykorzystane do powiększania, gromadzenia lub ochrony już istniejących zasobów (Hobfolla, 2006; Terelak, 2008; Heszen i Sęk, 2008).

W modelu stresu Hobfoll zwraca również uwagę na aspekt indywidualnego różnicowania zasobów, odnoszący się głównie do ich efektywnego wykorzystania. Nie mamy do czynienia z równym podziałem zasobów w populacji (względy biologiczne i społeczno – ekonomiczne), co tym samym tłumaczy różnicę w jakości stosowanych metod radzenia sobie za stresem, bezpośrednio zależnych od posiadania i dostępności danej kategorii zasobów. Ponowne zinterpretowanie zagrożenia jako wyzwania, to jedna z możliwych strategii wykorzystywanych w sytuacji stresowej, obok stosowania mechanizmów obronnych (racjonalizacja, substytucja), czy wzbogacenia doświadczenia życiowego, jako sposób zabezpieczenia się przed potencjalnymi stratami (Terelak, 2008)

Niewątpliwie zaletą modelu Hobfolla jest zwrócenie uwagi na fakt, że zasoby mają charakter zmienny i rozwojowy, zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i społeczno – kulturowym, co w przypadku globalizacji procesów kulturowych zwraca uwagę na nowe aspekty stresu organizacyjnego, a mianowicie na dynamikę sprawności funkcjonowania wielopoziomowego w różnych warunkach zmienności czasowej (Terelak, 2005, s. 27). Co wydaje się być trafnym posunięciem, mając na uwadze, iż omawiana koncepcja ma raczej charakter pragmatyczny, niż teoretyczny, gdyż opiera się na analogi do ekonomicznych, racjonalnych zachowań człowieka w radzeniu sobie ze stresem (Terelak, 2008, s. 67-68).

1.3. Uwarunkowania zmagania się ze stresem

Literatura przedmiotu dostarcza nam szereg czynników warunkujących wybór określonych sposobów radzenia sobie, dokonany przez jednostka w trudnej sytuacji życiowej. Z jednej strony, możemy wyróżnić uwarunkowania typu podmiotowego, mające charakter indywidualnych właściwości osoby (jak cechy osobowości, czy dane wzorce zachowania). Natomiast z drugiej strony, wskazuje się na uwarunkowania pozapodmiotowe, zawierające się zarówno w czynnikach sytuacyjnych, jak i środowiskowych. Podkreśla się tutaj ważność, takich zmiennych otoczenia jak: zasoby, wymagania, czy aspekt czasowy itp. (Kuryłowicz, 2006).

1.3.1. Czynniki podmiotowe

U podstawy uwarunkowań indywidualnych zachowań zaradczych leżało pojęcie **stylu radzenia sobie** (*coping style*), ujmowane jako *posiadany przez jednostkę, charakterystyczny dla niej i indywidualnie zróżnicowany repertuar strategii radzenia sobie z sytuacjami stresowymi* (Heszen – Niejodek, 1997, s. 8).

W literaturze dodatkowo, możemy spotkać się z rozróżnieniem pomiędzy **stylem** a **strategią** radzenia sobie, co jednocześnie potwierdza założenie o istnieniu specyficznych czynników warunkujących radzenia sobie jednostki ze stresem. Pojęcie **strategii** operacjonalizuje się, jako pule konkretnych zachowań, które zostają uruchomione w sytuacji trudnej. Z kolei, **styl** dotyczy względnie stałych tendencji jednostki do podejmowania działań zaradczych w obliczu stresu (Strelau, Doliński, 2008).

Przykładem konceptualizacji stylów radzenia sobie, jest wyróżnienie przez Miller (1990, za: Strelau, Doliński, 2008; Heszen – Niejodek, 1997), dwóch jego rodzajów, o charakterze poznawczo – behawioralnym:

- (1) Pierwszy - polega na koncentrowaniu uwagi jednostki na stresorze i/lub na konkretnej reakcji osoby. Ujawnia się w jej dążeniu do konfrontacji z sytuacją stresową, przez poszukiwanie, gromadzenie i przetwarzanie informacji związanych ze stresorem.
- (2) Drugi - dotyczy odwracania uwagi od wydarzenia stresowego i własnej reakcji. Przejawia się w unikaniu oraz pomijaniu, zaprzeczaniu i wypieraniu wszystkich informacji dotyczących sytuacji zagrożenia.

Z kolei Endler i Parker (1990, za: Strelau, Doliński, 2008) zaproponowali kolejną klasyfikację stylów radzenia sobie ze stresem:

- (I) styl skoncentrowany na emocjach,
- (II) styl skoncentrowany na zadaniu,
- (III) styl skoncentrowany na unikaniu.

Inne dane naukowe, dostarczają nam informacji na temat istnienia zależności, zachodzących pomiędzy determinantami osobowościowymi (jak temperament, optymizm, poziom samooceny, leku, poczucie własnej skuteczności) a radzeniem sobie. Szczególną uwagę poświęca się cechom osobowości ujętych w Pięcioletnikowym Modelu Osobowości, zwłaszcza w zakresie dwóch dyspozycji – neurotyczność i ekstrawersja (Heszen – Niejodek, 1997).

Makowska i Poprawa (2001, za: Kuryłowicz, 2006) podkreślają, iż główne cechy osobowości wyróżnione w Modelu Wielkiej Piątki (ekstrawersja, ugodowość, sumienność, neurotyczność i otwartość na doświadczenia) bezpośrednio wiążą się z relatywnie stałym wyborem stylów percepcyjno – poznawczo – emocjonalnych oraz stosowanych charakterystycznych mechanizmów obronnych w sytuacji zagrożenia. Tym samym autorzy, wymiar *neurotyczności* wiążą z tendencją do regresji, uciekania w fantazję, obwinianiem się, represją i trudnościami w podejmowaniu decyzji. Z kolei *ekstrawersji*, przypisuje się skłonność do optymizmu, wyparcia oraz racjonalnego działania. *Ugodowość* łączy się z predyspozycją do samopoświęcenia się; *sumienność* z tendencją do skutecznego radzenia sobie w sytuacjach stresu, natomiast *otwartość* z radzeniem sobie przez poczucie humoru (Strelau, Doliński, 2008; Oleś, 1993).

Obecnie na gruncie teoretycznym i empirycznym, najczęściej przeprowadzonych badań naukowych dotyczy, zależności zachodzących pomiędzy takimi dyspozycjami osobowości jak: neurotyczność i ekstrawersja. Uzyskane wyniki skłaniają do przypuszczeń, że *cechy osobowości związane z aktywnością, do których należą ekstrawersja, powinny sprzyjać rozwojowi sposobów radzenia sobie zorientowanych na rozwiązywaniu problemów (...)* Natomiast takie cechy osobowości, jak: zahamowanie, nieśmiałość, wrażliwość emocjonalna, lękliwość (komponenty neurotyczności) powinny sprzyjać rozwojowi sposobów radzenia sobie zorientowanych na emocje (Kuryłowicz, 2006, s. 81; Oleś, 1996).

W literaturze przedmiotu wymienia się również, inne cechy osobowości, mające znaczenie w procesie radzenia sobie w sytuacji trudnej - odporność, pewność siebie, poziom samooceny, wytrzymałość, potrzebę osiągnięć, czy adekwatny odbiór rzeczywistości.

Osobowość odporna charakteryzuje się małą podatnością na stresujące sytuacje, dużym poczuciem kontroli oraz tendencją do angażowania się w rozwiązywanie problemów (Sheridan, Radmacher, 1997).

Istotną rolę w radzeniu sobie ze stresem odgrywa samoocena jednostki. Osoby z niską samooceną odznaczają się brakiem wiary we własne możliwości oraz obniżoną motywacją do podejmowania działań w celu uporania się z życiowymi problemami. Tym samym, skutkuje to wyborem mniej skutecznych i adekwatnych technik radzenia sobie w przeciwieństwie do osób z wysoką samooceną.

Zdaniem Sieka (1989, za: Kuryłowicz, 2006) nieadekwatne odbieranie rzeczywistości w znaczny sposób upośledza umiejętność rozwiązywania problemów

życiowych, jednocześnie sprzyja spostrzeganiu zwykłej sytuacji, jako trudnej i problemowej.

Ponadto, okazuje się, że znaczący wpływ na stan zdrowia jednostki i poczucie dobrostanu psychicznego ma wybór mechanizmów obronnych. Na ogół ich stosowanie uważa się za nieświadomy i nieprzystosowawczy proces zniekształcania lub zaprzeczania rzeczywistości, mający służyć głównie obronie przed narastającym lękiem. Niektórzy z autorów jak Vaillant doszli do wniosku, iż osoby posługujące się stylami obronnymi: sublimacji, tłumienia, antycypacji, altruizmu i humoru cieszą się lepszym stanem zdrowia w przeciwieństwie do ludzi wykorzystujących niedojrzałe mechanizmy obronne w sytuacji zagrożenia (Sheridan, Radmacher, 1997).

Z kolei Oleś (1996, s. 259) porusza kwestię wpływu religii na radzenie sobie ze stresem. Według autora, religia przyczynia się do skutecznego pokonywania trudności, ponad to obserwuje się korzystny jej wpływ na *stan zdrowia psychicznego, umocnienie sensu życia i wyklaryfikowania orientacji wartościującej*.

Jak już wspomniano wcześniej, zmienne demograficzne, takie jak: płeć, wiek, czy wykształcenie mogą odgrywać istotną rolę w radzeniu sobie ze stresem.

W kontekście płci, nadal możemy spotkać się ze stereotypowym przekonaniem, że to mężczyźni mają większą tendencję do posługiwania się strategiami zaradczymi skoncentrowanymi na zadaniu, niż kobiety, które koncentrują się na strategiach emocjonalnych. Aktualne badania donoszą, iż kobiety w mniejszym stopniu, niż mężczyźni stosują techniki radzenia sobie mające na celu zmianę sytuacji trudnej. Z drugiej strony, mężczyźni częściej używają aktywnych i konfrontacyjnych technik radzenia sobie, co więcej rzadziej poddają się bezradności, ale i korzystają ze wsparcia społecznego, w przeciwieństwie do kobiet (Oleś, 2000, za: Kuryłowicz, 2006).

W odniesieniu do zależności zachodzących między zmienną wykształcenie a radzeniem sobie, autorzy nie doszukanali się istotnych różnic uwzględniając zmienną płci (Greenglass, 2004, za: Kuryłowicz, 2006).

Oleś i Rembowski zwracają uwagę na zmianę stosowanych strategii zaradczych w obliczu stresu, jakie zachodzą wraz z wiekiem. Autorzy wskazują, iż *w miarę starzenia się obniża się wszelka sprawność organizmu, w tym też intelektualna. Zmienia się postawa wobec otaczającej rzeczywistości i obniża się tempo reagowania. Stąd w nagłych sytuacjach obserwuje się bezradność i zagubienie. (...) Jednocześnie ludzie starsi wykorzystują swoją mądrość życiową, umiar, rozwagę i posiadają bardziej racjonalne, obiektywne spojrzenie na rzeczywistość. Cechy te mogą również istotnie*

wyznaczać aktywność zaradcą starszych ludzi (Rembowski, 1984, za: Kuryłowicz, 2006, s. 83; Oleś, 1993).

1.3.2. Czynniki sytuacyjne i środowiskowe

Człowiek, na codzień styka się z różnorodnością sytuacji stresogennych, co zarazem implikuje zróżnicowane metody radzenia sobie z problemami życiowymi. W niniejszym paragrafie zostaną omówione następujące właściwości stresorów:

- (1) nasilenie,
- (2) właściwości czasowe,
- (3) kontrolowalność.

Biorąc pod uwagę **nasilenie** najczęściej wyróżnia się trzy klasy stresorów:

(a) stresory o najniższym nasileniu – zaliczają się do nich, tak zwane uciążliwości dnia codziennego np.: trudności w znalezieniu rzeczy, niemożność zdążenia na czas i organizacji czasu, czy drobne konflikty między ludźmi. Zdarza się jednak, że w przypadku dużej częstotliwości ich występowania u jednostki, mogą skutkować poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi.

(b) stresory o średnim nasileniu – ujmują się najczęściej w skali koncepcji zmian życiowych, gdzie pierwsze miejsca zajmują: śmierć współmałżonka, rozwód następnie separacja, kara więzienna, śmierć bliskiej osoby, małżeństwo oraz utrata pracy. Wszystkie te sytuacje wymagają wysiłku adaptacyjnego.

(c) stresory najsilniejsze (stres ekstremalny/ traumatyczny) – np.: klęski żywiołowe, wojny, katastrofy komunikacyjne oraz indywidualne przeżycia traumatyczne jak: przemoc fizyczna czy, gwałt (Strelau, Doliński, 2008).

Ze względu na **właściwości czasowe stresora** wskazuje się na dwie grupy:

- (1) stresory ograniczone w czasie,
- (2) stresory o charakterze przewlekłym (stres chroniczny).

W przypadku pierwszej grupy wydarzeń stresujących przykładem mogą być sytuacje jednorazowe, jak rozwiązanie konfliktu ze współpracownikiem lub wydarzenia o charakterze cyklicznym np.: powtarzający się okresowo stres egzaminacyjny. Z kolei o stresie o charakterze przewlekłym, mówimy w sytuacji, gdy stres utrzymuje się przez bardzo długi okres czasu i nie ma określonego końca, np.: nieuleczalna choroba, czy opieka nad osobą obłożnie chorą.

Kolejną właściwością stresora, jest **możliwość jego kontroli**. Mówiąc o kontrolowalności autorzy mają na myśli to, *w jakim stopniu wystąpienie, przebieg i następstwa stresora zależą od celowego działania osób zaangażowanych* (Strelau i Soliński, 2008, s. 715). Z jednej strony wyróżniamy wydarzenia stresowe niekontrolowane, jak śmierć kogoś z rodziny, z drugiej strony o charakterze kontrolowanym, na przykład podjęcie skutecznego leczenia schorzenia. Większość sytuacji stresowych ma charakter ograniczonej możliwości kontroli. Najczęściej jesteśmy w stanie kontrolować wydarzenia tylko częściowo, w określonych warunkach lub czasie, przykładem może być faza przygotowania do egzaminu, a następnie oczekiwania na jego wyniki.

Kontrolowalność jest istotna dla adekwatnego doboru efektywnych strategii radzenia sobie. Dlatego też, przyjmuje się, że w warunkach możliwości sprawowania kontroli, zachowaniem adaptacyjnym jest zastosowanie techniki radzenia sobie skoncentrowanej na rozwiązaniu problemu. Natomiast w sytuacji niekontrolowanego stresu, skuteczniejszym jest wybór strategii skoncentrowanej na regulacji własnych emocji (Strelau, Doliński, 2008).

Biorąc pod uwagę uwarunkowania środowiskowe zmagania się ze stresem, jednym ze sposobów jest wykorzystanie **wsparcia społecznego**. Przypisuje się mu bardzo ważną rolę w utrzymaniu zdrowia psychicznego, szczególnie w trudnych sytuacjach życiowych (Oleś, 1993; Terela, 2008).

Sęk i Cieślak (2004, za: Kuryłowicz, 2006, s. 84), definiują wsparcie społeczne, jako *pomoc dostępna dla jednostki w sytuacjach trudnych lub jako konsekwencję przynależności człowieka do sieci społecznej*.

Najczęściej w literaturze wyróżnia się cztery typy wsparcia społecznego:

(1) wsparcie emocjonalne – ten rodzaj wsparcia jest najbardziej pożądanym, a zarazem najpowszechniejszym. Głównie polega na przekazywaniu przez osobę wspierającą uczuć podtrzymujących, wyrażających troskę, opiekę i zaufanie, co tym samym wzbudza w osobie oczekującej wsparcia emocje przynależności, podnosi samoocenę i samopoczucie.

(2) wsparcie instrumentalne – to przekazywanie osobie konkretnych informacji o możliwościach podjęcia określonych działań pomocnych w rozwiązaniu problemu. Przejawia się najczęściej w wspólnym podjęciu zachowań zaradczych lub dostarczeniu dóbr materialnych.

(3) wsparcie informacyjne – obejmuje dostarczanie informacji, udzielanie rad, dzielenie się własnymi doświadczeniami oraz udzielanie informacji zwrotnej, co do słuszności podejmowanych przez jednostkę zachowań adaptacyjnych. Ma to na celu lepsze zrozumienie problemu oraz sytuacji stresującej.

(4) wsparcie rzeczowe – określa się przez świadczenie pomocy rzeczowej, materialnej, finansowej oraz bezpośrednie działania fizyczne np.: dostarczenie środków do życia, schronienia, zaopatrzenia w lekarstwa itp.

Wymienione powyżej rodzaje wsparcia społecznego, często ze sobą współwystępują i są ze sobą ściśle powiązane (Kuryłowicz, 2006).

Zdaniem Sęk i Cieślak (2004, za: Kuryłowicz, 2006) na uwagę zasługuje także, podział wsparcia społecznego na: spostrzegane i otrzymywane. Wsparcie spostrzegane - polega na wiedzy jednostki na temat, gdzie oraz od kogo może otrzymać pomoc w sytuacji zagrożenia. Z kolei, drugi rodzaj wsparcia odnosi się do oceny obiektywnej lub subiektywnej osoby, co do adekwatności otrzymanej pomocy.

Reasumując, *wsparcie społeczne jako jeden z zasobów służących radzeniu sobie ze stresem może spełniać funkcję buforującą stres, głównie nie przez fakt posiadania przez jednostkę rozległej sieci powiązań społecznych, ale przez to, że wiąże się ze zdolnością człowieka do dostrzegania oferty pomocy i umiejętności korzystania z niej* (Turner, 1999, za: Kuryłowicz, 2006, s. 85).

1.4. Typologia zachowań zaradczych

W literaturze przedmiotu możemy spotkać się wiele możliwości kategoryzacji zachowań zaradczych, których celem jest skuteczne opanowanie sytuacji zagrożenia. Najczęściej autorzy definiując pojęcie radzenia sobie ze stresem, odwołują się do tego, jaki został zaproponowany przez Lazarusa i Folkman (1984, za: Terelak, 2005, s.135). Gdzie **radzenie sobie ze stresem** jest *ciągłe zmieniającym się wysiłkiem poznawczym i behawioralnym skierowanym na specyficzne wymagania zewnętrzne i/lub wewnętrzne, które oceniane są jako obciążające lub przekraczające możliwości człowieka*. Omawiając typologię zachowań zaradczych należy mieć na uwadze ich zindywidualizowany charakter, uwzględniając za razem zmienne osobowościowe i środowiskowe. Podejmując próbę klasyfikacji sposobów radzenia sobie ze stresem

mamy do czynienia z różnorodnością propozycji strategii i stylów radzenia sobie oraz sposobów ich podziału.

1.4.1 Strategie radzenia sobie ze stresem

Strategia radzenia sobie określana jest, jako *poznawczy i behawioralny wysiłek, jaki jednostka podejmuje w konkretnej sytuacji stresowej* (Wrześniewski, 1996, za: Terelak, 2005 s. 136). Odwołując się do transakcyjnej teorii stresu, opracowanej przez Lazarusa, strategie radzenia sobie ze stresem przyjmują formę złożonego procesu pierwotnej poznawczej oceny zagrożenia. W wyniku której, jeżeli jednostka oceni dane wydarzenie jako stresujące, tym samym uruchomi działanie adaptacyjne. Do samego przebiegu procesu radzenia sobie konieczne jest zaktywizowanie oceny wtórnej zagrożenia, co daje nam możliwość oszacowania własnych zasobów umożliwiających sprostanie wymogom sytuacji (Terelak, 2008).

Lazarus (1950) i Folkman wyróżnili cztery strategie radzenia sobie ze stresem, z których jednocześnie każda spełnia dwie podstawowe funkcje:

(I) instrumentalną - odnosi się do zniwelowania problemu, będącego przyczyną stresu, poprzez zmianę własnego nie adaptacyjnego działania lub destrukcyjnego środowiska, a tym samym zmianę sytuacji na lepszą,

(II) regulacji emocji – głównie mającą na celu samospokojenie, polegające na kontroli zarówno somatycznych, jak i subiektywnych składników emocji.

Ponadto, pełnione funkcję mogą zostać ukierunkowane na własne *ja* lub na *otoczenie*, odwołując się do *czasu przeszłego i teraźniejszego* (szkoda – strata) lub *przyszłego* (zgorzenie – wyzwanie). Lazarus i Folkman do tego typu zachowań zaradczych zaliczają:

(1) **poszukiwanie informacji**, mające na celu albo zdobycie wiedzy, umożliwiające osobie podjęcie decyzji, która zniwelowałaby zaistniały problem, lub przewartościowała zagrażającą transakcję,

(2) **bezpośrednie działanie**, obejmujące szereg różnorodnych działań, których celem jest pokonanie sytuacji zagrażającej, podejmowane czynności mogą koncentrować się zarówno na „ja” lub na otoczeniu,

(3) **powstrzymanie się od działania**, biorąc pod uwagę wymagania danego wydarzenia zagrażającego, może się okazać zachowaniem korzystniejszym, w przeciwieństwie do podjęcia jakiegokolwiek aktywności,

(4) **procesy intrapsychiczne**, polegają na wykorzystaniu wszystkich dostępnych procesów poznawczych, których zadaniem jest regulacja emocji, a tym samym samouspokojenie. Zalicza się do nich głównie mechanizmy obronne: unikanie zagrożenia, projekcję, zaprzeczenie (Lazarus, 1950).

Kolejną spośród najczęściej opisywanych w literaturze przedmiotu klasyfikacji sposobów radzenia sobie jest:

- Strategia skoncentrowana na problemie, wyrażająca się w dążeniu osoby do realizacji celu pomimo towarzyszącej mu sytuacji stresującej. Taki sposób działania przejawia się w następujących formach:
 - konfrontacja,
 - planowe rozwiązanie problemu.
- Strategia skoncentrowana na emocjach, jednostka bardziej skupia się na redukcji własnych emocji, niż dalszym dążeniu do osiągnięcia celu, co może przybierać formy:
 - dystansowania się,
 - samoobwiniania się,
 - nadmiernej samokontroli,
 - pozytywnego przewartościowania,
 - poszukiwania wsparcia społecznego (Lazarus, 1950; Terelak, 2005, Kuryłowicz, 2006).

Z kolei Makowska i Poprawa (2001, za: Kuryłowicz, 2006), prezentują przykłady innych zachowań i czynności psychicznych, które składają się na poznawcze i behawioralne zmagania się z sytuacją trudną. Mogą to być: przyjmowanie współczucia, okazywanie złości, szukanie rady i pomocy innych, wewnętrzne uspokojenie, zapominanie, modlitwa lub ćwiczenia fizyczne.

Inni autorzy, jak Endler i Praker (1990, za: Kuryłowicz, 2006), piszą o: poszukiwaniu zmiany, wsparcia społecznego, wentylacji uczuć, rozwijaniu zaufania do siebie i innych, rozwiązywaniu problemów rodzinnych, unikaniu trudności, angażowanie się w wymagające działania, czy relaksowanie się i bycie humorystycznym.

Podsumowując, warto również zwrócić uwagę na kategorię strategii zaradczych opisanych przez Heszen – Niejodek:

- 1) poszukiwanie/ unikanie informacji,
- 2) poszukiwanie/ unikanie wsparcia społecznego,

- 3) aktywność/ powstrzymywanie się od działania,
- 4) dążenie do spowodowania zmian w sobie/ w otoczeniu,
- 5) percepcja rzeczywistości realistyczna/ nierealistyczna,
- 6) koncentracja na celach doraźnych/ odległych.

Jak podkreśla sama autorka, *wymiary te pozwalają na całościowe scharakteryzowanie konkretnych działań zaradczych. Jednak w badaniach empirycznych odchodzi się od takiego ujęcia na rzecz określenia dwóch lub kilku jakościowo różnych sposobów zaradczych* (Heszen – Niejodek, 1991, za: Kuryłowicz, 2006, s. 63).

1.4.2. Style radzenia sobie ze stresem

Wśród wielu konkurencyjnych koncepcji i rodzajów stylów radzenia sobie ze stresem, autorzy zgodnie podkreślają, iż **styl** to względnie trwała, ale indywidualnie zróżnicowana dyspozycja osobowościowa, determinująca konkretny sposób zachowania się w warunkach stresowych (Terelak, 2008; Kuryłowicz, 2006). W literaturze często możemy się spotkać z rozróżnieniem dwóch kategorii stylów radzenia sobie, w pierwszym przypadku, jest to definiowanie stylu jako pojedynczej cechy osoby, w drugim jako struktura cech osobowości (Terelak, 2005).

Koncepcja stylów radzenia sobie Eendlera i Parkera (1990, za: Terelak, 2008) jest jedną z najczęściej weryfikowanych empirycznie. Opiera się na interakcyjnej teorii stresu, a tym samym częściowo odwołuje się, do już wcześniej prezentowanych strategii zaradczych Lazarusa i Folkman (tj.: poszukiwanie informacji, bezpośrednie działanie, powstrzymywanie się od działania oraz procesy intrapsychiczne). Na tej podstawie autorzy zoperacjonalizowali trzy rodzaje stylów:

- (1) styl skoncentrowany na zadaniu – gdzie celem jest podjęcie aktywnego działania zaradczego, mającego doprowadzić do rozwiązania lub zmiany istniejącej sytuacji zagrożenia,
- (2) styl skoncentrowany na emocjach – głównie dotyczy on koncentracji jednostki na własnych stanach emocjonalnych, jakie doświadcza w czasie trwania sytuacji stresowej. Osoba dąży do jak najszybszej redukcji napięcia emocjonalnego, co często odbywa się kosztem efektywnych i racjonalnych działań,
- (3) styl skoncentrowany na unikaniu – osoba nie podejmuje wysiłku zmierzania się z problemem, ale „ucieka” od myślenia, przeżywania i angażowania się w trudną

sytuację. Ten rodzaj zachowania może przybierać dwie formy: albo ucieczkę w działania zastępcze, lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich (Terelak, 2005; 2008).

Z kolei Miller wyróżniła cztery kategorie stylów radzenia sobie, jednocześnie uwzględniając dwa podstawowe wymiary: (I) czujność, oraz (II) unikanie:

- (1) duża czujność/silne unikanie – jednostka prezentująca taki styl radzenia sobie, ma dużą potrzebę jednoczesnego wykorzystywania informacji dotyczącej sytuacji zagrożenia, jak i bronienia się przed nimi,
- (2). duża czujność/słabe unikanie – dotyczy, zmagania się ze stresem głównie za pomocą przetwarzania dostępnych informacji,
- (3). mała czujność/silne unikanie – predysponuje osobę do radzenia sobie unikając informacji,
- (4). mała czujność/słabe unikanie – charakteryzuje małą aktywność zaradczą jednostki w sytuacji zagrożenia (Terelak, 2005; Kuryłowicz, 2006).

Kolejną próbę rozróżnienia indywidualnych stylów radzenia sobie, podjął Krohne (1996, za: Kuryłowicz, 2006, s. 64) *jako postawy wobec informacji o zagrożeniu rozpatrywanej w wymiarze: wypieranie – wrażliwość:*

- (1). sztywna czujność - dotyczy słabej tendencji do unikania, a silnej skłonności do poszukiwania i przetwarzania informacji,
- (2) sztywne percepcyjne unikanie – silne poznawcze unikanie, przy słabym poszukiwaniu informacji,
- (3) styl niestabilny – zarówno silna skłonność do poznawczego unikania, jak i poszukiwania informacji,
- (4) styl elastyczny, niedefensywny – jednostka wykazuje jednocześnie, słabe tendencję do poszukiwania i unikania informacji.

Autor podkreśla, iż styl elastyczny (niedefensywny) jest najbardziej efektywny w procesie zmagania się z trudnościami, natomiast za najmniej skuteczny uważa styl niestabilny (Kuryłowicz, 2006).

Warto również zwrócić uwagę na Proaktywną Teorię Radzenia sobie ze stresem Schwarzera i Taubera, na podstawie której autorzy stworzyli klasyfikację czterech typów stylów radzenia sobie, uwzględniając dwa wymiary: *pewność* oraz *czas występowania* danego zdarzenia:

- (1) reaktywne radzenie sobie - dotyczy poniesionej krzywdy i/lub straty w przeszłości (np.: śmierć bliskiej osoby, choroba, utrata pracy itp.); obejmuje: łagodzenie

problemów, przeformułowanie celów, kompensację krzywdy/straty oraz poszukiwanie sensu w zmienionej sytuacji życiowej,

(2) antycypacyjne radzenie sobie – odnosi się do wydarzeń stresogennych, których wystąpienie jest się w stanie przewidzieć (np.: zmiana pracy, macierzyństwo, zabieg chirurgiczny) z pewnym prawdopodobieństwem, a tym samym jednostka jest w stanie zaplanować wykorzystanie najbardziej efektywnych działań zaradczych,

(3) prewencyjne radzenie sobie – wiąże się ze wszystkimi działaniami podejmowanymi przez osobę, które zwiększą jej skuteczność radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Nie jest ona jednak w stanie ich przewidzieć jak, gromadzenie zasobów finansowych „na czarną godzinę”, czy inwestycje w swoje kompetencje,

(4) proaktywne radzenie sobie – dotyczy przyszłych, nadchodzących wyzwań, które mogą stać się dla jednostki możliwością samodoskonalenia się - stawianie sobie ambitnych celów oraz konsekwentne do nich dążenie. Ten typ stylu radzenia sobie, obejmuje następujące działania zaradcze: refleksyjne, proaktywne, planowanie strategiczne, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego/instrumentalnego, unikające i prewencyjne (Terelak, 2008).

W literaturze przedmiotu mamy do czynienia z mnogością sposobów kategoryzacji i różnicowania stylów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi. Najczęściej autorzy odnoszą się do indywidualnych dyspozycji osobowościowych jednostki. Tymczasem, niejednokrotnie wyniki badań donoszą, iż ważniejszą kwestią wydaje się być, dostosowanie zachowania w obliczu sytuacji zagrożenia do indywidualnie preferowanych stylów radzenia sobie, niż dostosowywanie zachowania do wymogów sytuacji. Prezentowane wnioski, powinny stanowić istotne źródło informacji dla praktyki klinicznej. W sytuacji udzielania pomocy pacjentowi w przezwyciężeniu stresu, należy dostosować oddziaływania psychologa do indywidualnego stylu radzenia sobie chorego, co może znacznie zwiększyć efektywność oddziaływań medycznych, a przede wszystkim pozytywnie wpływać na funkcjonowanie psychiczne pacjenta i ogólny stan jego zdrowia.

ROZDZIAŁ 2. PROBLEMATYKA POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA

Pytanie o jakość ludzkiego życia zadawano od wieków. Było przedmiotem wieloaspektowych rozważań filozofów oraz przedstawicieli różnorodnych dziedzin nauki. Aktualnie problematyka poczucia jakości życia jest jednym z ważniejszych źródeł rozważań nad egzystencją człowieka; szczególnie w czasie kryzysu, gdzie wymaga się od jednostki specyficznych, adaptacyjnych umiejętności zmagania się z sytuacjami trudnymi.

Zjawisko poczucie jakości życia posiada dużą wartość teoretyczną i praktyczną, jednak interdyscyplinarność pojęcia, znacznie utrudnia analizę problemu.

Niniejszy rozdział poświęcony poczuciu jakości życia rozpoczyna wyjaśnienie tego pojęcia. Następnie omówione zostaną podstawowe koncepcje poczucia jakości życia, autorstwa Czapińskiego, Straś – Romanowskiej i Schalocka. W dalszych podrozdziałach opisane zostaną czynniki determinujące dobrostan psychiczny oraz aktualny stan badań wokół tematyki poczucia jakości życia.

2.1. Kwestie terminologiczne

Wydaje się, iż od lat jednym z podstawowych pytań, jakie zadaje sobie człowiek i usilnie poszukuje odpowiedzi dotyczy tego, co sprawia, że jesteśmy zadowoleni z naszego życia, uważamy go za wartościowe, satysfakcjonujące i pełne. Tym samym pozytywna ocena własnego życia, zarówno w wymiarze osobistym, jak i społecznym staje się priorytetowym dążeniem jednostki do osiągnięcia wysokiego poczucia jego jakości, czy w potocznym rozumieniu szczęścia. (Steuden, Okła, 2007).

Pojęcie jakości życia, różnorodnie rozumiane i definiowane, jest przedmiotem zainteresowań wielu dyscyplin naukowych, począwszy od filozofii, socjologii, ekonomii, a współcześnie skończywszy na medycynie i psychologii (Zalewska, 2003).

Termin jakości życia wprowadzono do literatury psychologicznej zaraz po drugiej wojnie światowej (Zalewska, 2003). Za prekursora pierwszych badań nad jakością życia uważa się Campbella, jednego z głównych przedstawicieli psychologii pozytywnej (Derbis, Jędrak, 2010). Zjawisko jakość życia jest pojęciem wieloznacznym, wielowymiarowym i do dzisiaj niedokładnie określonym. Wywołuje to brak powszechnej zgody wśród autorów do stworzenia jednolitej definicji i koncepcji (Oleś, 2010; Zalewska, 2003). Tym samym, w literaturze przedmiotu możemy niejednokrotnie spotkać się ze stosowaniem terminu jakości życia zamiennie z: dobrostanem, szczęściem, dobrobytem, czy szeroko rozumianym zdrowiem (Zalewska, 2003).

W obszarze psychologii pozytywnej, w anglojęzycznej i polskiej literaturze różnicuje się pojęcia: **subiektywny dobrostan** (*subjective well – being*) od **jakości życia** (*quality of live*) oraz **poczucia jakości życia** (*feeling/ sense of quality of live*). Przyjmuje się, iż *subiektywny dobrostan* jest uwarunkowany indywidualnie i obejmuje ogólną ocenę własnego życia, na którą składają się: nastroje, sądy na temat pozytywnych sfer życia, samorealizacja, emocjonalne reakcje na zdarzenia; oraz aspekty *obiektywnej jakości życia* - zaspokojenie społecznych i kulturowych wymagań, uwzględniając zewnętrzne warunki ekonomicznych, społecznych i fizyczny dobrostan (Derbis, Jędrak; 2010; Oleś, 2010). Z kolei całościowe ujęcie zadowolenia z życia często pojmowane jest, jako globalna ocena życia.

Tymczasem wielu autorów, zamiennie stosuje termin dobrostan i jakość życia. Sam dobrostan, bywa określany jako komponent jakości życia lub efekt wysokiego stopnia zadowolenia z własnego życia. Ujmowany jedno- lub wielowymiarowo, jako:

- (a) subiektywna percepcja jednostki,
- (b) połączenie subiektywnych i obiektywnych komponentów życia.

Wyróżnia się także dobrostan poznawczy (zadowolenie z życia) oraz emocjonalny (obejmujący emocje pozytywne i negatywne) (Oleś, 2010).

Reasumując na poziomie terminologicznym, zachodzi relacja zwrotna pomiędzy pojęciami jakości życia a dobrostanem. Co oznacz, że jakość życia może być uznawana, jako pojęcie szersze a dobrostan węższe i jednocześnie traktowane jako właściwość jakości życia. Na potrzebę niniejszej pracy, dla ujednoczenia kwestii terminologicznych, stosuje się termin poczucia jakości życia.

Początkowo jakość życia ujmowano w sposób globalny i obiektywny, tak jak w przypadku nauk ekonomicznych czy socjologicznych. Oceny życia osoby dokonywano na podstawie danych na poziomie konsumpcji oraz posiadanych dóbr i usług np.: dostępności systemu edukacji, służby zdrowia, metrażu mieszkania, czy wysokości dochodu przypadającego na jednego mieszkańca (Rostowska, 2008; Oleś, 2010). Dlatego też, *odnoszenie jakości życia do zespołu obiektywnych warunków życia jednostki albo do sposobu, w jaki jednostka ocenia swoje życie, lub branie obydwu tych czynników jednocześnie*, uległo zmianie wraz z wprowadzeniem tej kategorii do obszarów zainteresowań psychologii. Na gruncie psychologii, ocena poziomu zadowolenia z życia zaczęła dotyczyć wewnętrznych stanów i zachowań jednostki, niezależnie od obiektywnych okoliczności. Tym samym zaczęto doceniać to, w jaki sposób jednostka sama wartościowała poziom jakości własnego życia. W efekcie ta subiektywna ocena, stała się jednym z wiodących wskaźników jakości życia (Oleś, 2010, s. 18).

Trudności operacjonalizacyjne zagadnienia jakości życia dotyczą poniekąd zakresu ludzkiego funkcjonowania, jakie powinno ono obejmować. Dlatego też, mamy do czynienia z problemem posługiwania się szerszym, bądź węższym sposobem definiowania, czy konceptualizowania zjawiska jakości życia.

Ujęcie szerokie, dotyczy różnorodności i wielości doświadczeń jednostki, a zarazem odzwierciedla ważne obszary jego życia, takie jak: psychologiczny dobrostan i zadowolenie, relacje społeczne, poczucie bycia we wspólnocie, otrzymywanie wsparcia, aktywność zawodowa, autonomia, zdolność dokonywania wyborów i podejmowania

decyzji, stanowienie o sobie, kompetencje osobowościowe, zdolność do rozwoju, umiejętność podtrzymywania więzi z innymi ludźmi, przy jednoczesnym byciu niezależnym oraz społeczny status i fizyczny, materialny dobrostan (Steuden, Okła, 2007).

W ostatnim czasie, dało się zauważyć tendencję do ujmowania terminu jakości życia w węższym zakresie. Skupiając się na wybranych, konkretnych obszarach życia człowieka np.: w odniesieniu do psychologii klinicznej: populacja osób zdrowych (zróznicowanie ze względu na wiek, płeć, zawód, status społeczny, warunki ekonomiczne), populacja osób chorych (zróznicowanie ze względu na grupę kliniczną: osoby chore psychicznie, somatycznie, niepełnosprawni). Takie podejście sprawia, iż zakres pojęcia jakości życia staje się węższy, co jednocześnie sprzyja bardziej precyzyjnej weryfikacji empirycznej oraz stawianej diagnozy (Steuden, Okła, 2007).

Z kolei Kowalik wyróżnia tylko dwa aspekty jakości życia:

- (1) refleksyjna ocena własnego życia (poznanie),
- (2) samopoczucie odczuwane w danym okresie (przeżywanie) (Smoleń, Sękowski; 2008; Steuden, Okła, 2007).

Jednym z wiodących i najczęściej cytowanych w literaturze sposobów rozumienia poczucia jakości życia, jest ten zaproponowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) – *spostrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości, w jakich żyje, oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań* (Oleś, 2010, s. 18). Powyższa definicja ma charakter bardzo ogólny, ujmuje optymalne funkcjonowanie jednostki w szerokim aspekcie, co jednocześnie umożliwia wzięcie pod uwagę wiele sfer życia jednostki w wymiarze materialnym, kulturalnym, społecznym i duchowym. Podobnie, jak poczucie zdrowia, to nie tylko brak choroby, ale równocześnie fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan (Zalewska, 2003, Oleś, 2010).

Zupełnie odmienny sposób ujmowania jakości życia proponuje Veenhoven, uwzględniając w klasyfikacji dwa wymiary: zakresu i rodzaju. Pierwszym wymiarze uwzględnia pojęcia odnoszące się do:

- dobrostanu jednostki,
- dobrostanu społeczności,
- dobrostanu jednostki i społeczności (pojęcia mieszane),
- ogólny dobrostan oraz szczegółowe aspekty różnych sfer życia.

Drugi wymiar dotyczy kryteriów oceny dobrostanu:

- obiektywne (obiektywne właściwości i warunki jednostki/społeczności, opisują poziom życia i dobrobyt),
- subiektywne (oceny, opinie, odczucia jednostki/ społeczności),
- mieszane (uwzględniają zarówno ocenę subiektywną, jak i obiektywną jednostki/społeczności) (Zalewska, 2003).

Na gruncie nauk medycznych, znaczącą kwestią stała się ocena poczucia jakości życia określana przez Shippera jako, jakość życia uwarunkowana **stanem zdrowia** (*health related quality of live*). Rozumiana jako, *funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia przeżywany przez chorego* (Steuden, Okła, 2007, s.6). Wymienia się cztery obszary funkcjonowania człowieka:

- stan psychiczny,
- stan fizyczny i sprawność ruchowa,
- doznania somatyczne,
- warunki ekonomiczne,
- sytuacja społeczna.

Z kolei Peterman i Cella proponują poszerzoną listę wymiarów funkcjonowania osoby, w zależności od jej stanu zdrowia, który jest niezbędny przy kryterium oceny poczucia jakości życia:

- dobrostan funkcjonalny (wyrażający się w zdolności do uczestniczenia w codziennych aktywnościach, jak praca, odpoczynek),
- dobrostan fizyczny i odczuwanie dolegliwości,
- dobrostan emocjonalny (odczuwanie pozytywnych i negatywnych emocji),
- strefa intymności (obraz własnego ciała),
- satysfakcja z leczenia,
- zdolność do podtrzymywania relacji i kontaktów rodzinnych,
- funkcjonowanie w satysfakcjonujących rolach społecznych.

Wyodrębnienie powyższych wymiarów umożliwia dokonanie oceny globalnej, jak i wymiarów cząstkowych jakości życia. Oceniając jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia, szczególną uwagę zwraca się na postawę pacjenta wobec siebie, własnej choroby oraz jakie działania zaradcze podejmuje w tej sytuacji. Ma to istotny wpływ na rozróżnienie, pomiędzy subiektywnym poczuciem jakości życia pacjenta a jego obiektywnym stanem zdrowia (Steuden, Okła, 2007).

Poczucie jakości życia osoby chorej, w znacznym stopniu jest uzależnione od rodzaju i nasilenia objawów chorobowych, przebiegu i czasu trwania choroby oraz

rodzaju rokowania; w efektywnym leczeniu dużą rolę odgrywa sama postawa pacjenta, jaką przyjmuje wobec swojej choroby.

Subiektywna ocena stanu zdrowia nie jest wyłącznie domeną chorego, ale jest również udziałem osób leczących – lekarza, psychologa i innych pracowników służby zdrowia. Wprawdzie posługują się oni klinicznymi, obiektywnymi kryteriami diagnostycznymi, ale to od ich sposobu wartościowania zgromadzonych danych zależy ocena zaburzenia i sposób postępowania terapeutycznego. Dodatkowo poprzez informacje przekazywane osobom chorym wpływają oni znacząco na ich poznawczą ocenę choroby, a także sposób jej przeżywania – nadawanie jej znaczenia i w konsekwencji na poczucie jakości życia w chorobie (Steuden, Okła, 2007, s.7,8; Oleś, 2010).

Podsumowując, większość teorii psychologicznych i koncepcji jakości życia wyraźnie koncentruje się na subiektywnym, a tym samym indywidualnie zróżnicowanym aspekcie oceny. Podkreśla się, że sam człowiek jest najbardziej kompetentnym ekspertem w zakresie oceny poczucia jakości własnego życia, określając swój stosunek do życia oraz stosując własne kryteria oceny (Zalewska, 2003, Straś – Romanowska, 1995).

2.2. Wybrane psychologiczne koncepcje poczucia jakości życia

Obecnie tematyka poczucia jakości życia stała się jednym z najczęściej poruszanych zagadnień odnoszących się bezpośrednio do człowieka i jego życia. Poniżej zostaną przedstawione wybrane psychologiczne koncepcje poczucia jakości życia. Należą do nich: Czapińskiego cebulowa teoria szczęścia, Straś – Romanowskiej egzystencjalny model jakości życia oraz Schalocka koncepcja jakości życia.

2.2.1. Czapińskiego cebulowa teoria szczęścia

Autor cebulowej teorii szczęścia, jako główny przedstawiciel psychologii pozytywnej, podejmuje próby wyjaśnienia od czego zależy psychologiczna i egzystencjalna kondycja człowieka. Według Czapińskiego **szczęście**, to *takie nastawienie wobec życia, które warunkuje aktywne zmaganie się z przeciwnościami losu i dążenie do realizacji ważnych dla podmiotu wartości (Czapiński, 2004, s. 268).*

Tworząc własną teorię szczęścia, opierał się na fundamentach filozoficznych, uwzględnił zarówno podejście hedonistyczne, jak i eudajmonistyczne. Pierwsze wiąże się z przekonaniem, iż człowiek osiąga szczęście zaspakajając potrzebę przyjemności, jednocześnie jest jedynym i ostatecznym sędzią w ocenie i kształtowaniu swojego życia w kategoriach dobra – zła, spełnienia – niespełnienia oraz przyjemności – przykrości.

Z kolei tradycja eudajmonizmu zajmuje konkurencyjne stanowisko zakładając, że jednostka posiada potencjał i możliwości przekraczające dążenie do przyjemności. Eudajmoniści koncentrują się na pozytywnym rozumieniu dobrostanu i zdrowia psychicznego, czyli wszelkie działania zmierzające do samoakceptacji, autonomii, samorealizacji, dobrych kontaktów z innymi ludźmi, kształtowaniu swojego środowiska, poczucia wolności, celowości i sensowności własnego życia oraz rozwoju osobistego. W ostatnim czasie zostały podjęte próby integracji obu podejść (Czapiński, 2004).

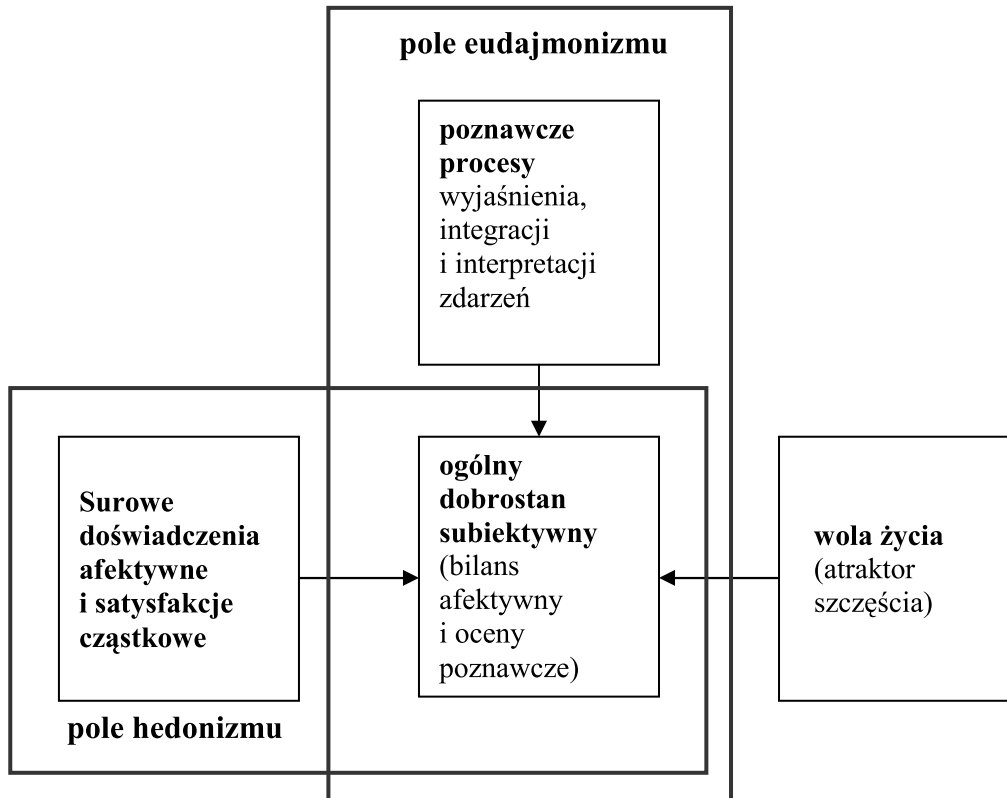
Czapiński zakłada, że dobrostan psychiczny, na wzór cebuli posiada trzy odmiennie zdeterminowane warstwy:

(1) **Wola życia (atraktor szczęścia)** – poziom najgłębszy, najbardziej stabilny i uwarunkowany genetycznie, jednak nie zawsze subiektywnie doświadczany. Przez samego autora, warstwa ta rozumiana jest jako odpowiednik potencjalnego poziomu szczęścia. Niezależna od świadomości a tym samym obiektywna, to pozytywny standard dobrostanu psychicznego osoby, który jest mało wrażliwy na wpływ czynników zewnętrznych.

(2) **Ogólny subiektywny dobrostan** – poziom pośredni, dotyczy subiektywnie doświadczanych przez jednostkę wartości własnego życia. Wiąże się bezpośrednio z tworzeniem bilansu emocjonalnego, odczuwania ogólnej satysfakcji (podejście hedonistyczne) oraz poczucia celowości i sensu życia (podejście eudajmonistyczne). Warstwa środkowa w odróżnieniu od pierwszej, może podlegać zmianom, na skutek działań zewnętrznych, czy doświadczeń życiowych.

(3) **Surowe doświadczenia afektywne i satysfakcje cząstkowe** – trzecia, najbardziej zewnętrzna warstwa, uważana jest za najmniej stabilną oraz podatną na wpływy zewnętrzne, zwłaszcza negatywne zdarzenia i warunki. Dotyczy konkretnych aspektów życia, jak: rodziny, wypoczynku, pracy, warunków mieszkaniowych i finansowych (Czapiński, 2004; Rostowska, 2008; Zalewska, 2003).

Graficzne ujęcie cebulowej teorii szczęścia, przedstawia Rysunek 2.1. (Czapiński, 2004, s. 90) (patrz s. 43).



Rysunek 2.1. Cebulowa teoria szczęścia w ujęciu J. Czapińskiego

(Źródło: Czapiński, 2004, s. 90)

Ze względu na aspekt adaptacyjny, Czapiński zakłada pewną hierarchię poziomów dobrostanu psychicznego. Najważniejszym a zarazem najbardziej chronionym elementem jest wola życia (atraktor szczęścia) traktowana, jako główne źródło wysokiego poziomu poczucia jakości życia. Spadek pozytywnej postawy wobec życia w najgłębszej warstwie, zależy w takim samym stopniu od czynników zewnętrznych, co w warstwach bardziej zewnętrznych dobrostanu subiektywnego. Jednak wzrost poczucia szczęścia w atraktorze, warunkowany jest wewnętrznie, niezależnie od poprawy obiektywnych warunków życia. Co oznacz, że im w danym momencie większy spadek dobrostanu psychicznego, tym po pewnym czasie większe szanse na pozytywną zmianę bez względu na to, czy czynniki zewnętrzne warunkujące poczucie nieszczęścia zostały zniwelowane (Czapiński, 2004).

Reasumując, atraktor szczęścia pełni zasadniczą funkcję motywującą jednostkę do podnoszenia jakości życia, czego efektem jest ogólne zachowanie poczucie zadowolenia i optymizmu w obliczu sytuacji zagrożenia i stresu.

2.2.2. Straś – Romanowskiej egzystencjalny model jakości życia

Problematyka poczucia jakości życia, co raz częściej staje się zasadniczym przedmiotem zainteresowań teoretyków i badaczy różnych dyscyplin naukowych. W efekcie, wzrasta świadomość konieczności uwzględnienia psychologicznego aspektu jakości życia w analizie funkcjonowania jednostki, mniejszych grup społecznych a nawet całego społeczeństwa (Dębska, 2007; Oleś, 2002).

Kolejną koncepcją godną uwagi, jest egzystencjalny model jakości życia proponowany przez Straś - Romanowską. Autorka zakłada, że dla podmiotu większe znaczenie ma własna, subiektywna ocena poczucia jakości życia, niż wpływ czynników o charakterze obiektywnym, zewnętrznym, czy materialnym. Najcenniejszym źródłem wiedzy o człowieku jest jego subiektywne doświadczenie, co zasadniczo niweluje możliwość uprzedmiotowienia jego osoby (Straś – Romanowska, 1995).

Straś – Romanowska ujmuje pojęcie jakości życia w kategoriach egzystencjalnych. Podkreśla, jak ważną rolę odgrywa odbiór i indywidualna ocena życia – istnienia podmiotowego, równoznacznego z egzystencją. *Egzystowanie, czyli bycie - w - świecie, przeżywanie, doświadczanie swojego istnienia w relacji do innych bytów; odnoszenie się intencjonalne do zjawisk rzeczywistości, do innych osób, do samego siebie, do wartości* (Straś – Romanowska, 1995, s. 23).

Określenie odczuwanego poziomu jakości życia, można dokonać za pomocą interpretacji egzystencjalnej sytuacji osoby a filtrem dla tej oceny są: osobiste potrzeby, percepcje, pragnienia, doświadczenia, wartości, poglądy, filozofia życia oraz sieć wsparcia społecznego. Tym samym uznawanie i możliwość realizacji powyższej gamy potrzeb i wartości są niezbędnym kryterium, dającym szansę na odczuwanie wyższej jakości życia (Dębska, 2007).

Autorka zaznacza, że istotą ludzkiej egzystencji, jest ciągła potrzeba rozwoju, kształtowania swojej osobowości, poszukiwania swojego miejsca w rzeczywistości i sensu istnienia. Często temu dążeniu do samookreślenia się w świecie, towarzyszy przekraczanie siebie w kategoriach rozumu i empirycznej rzeczywistości, przy równoczesnym odkryciu swoich nowych możliwości, dotąd niedostrzeganych (Straś – Romanowska, 1995).

Koncepcja jakości życia Straś - Romanowskiej ma charakter wieloaspektowy. Autorka wyróżnia cztery wymiary odnoszące się do funkcjonowania człowieka:

(1) wymiar psychofizyczny,

- (2) wymiar psychospołeczny,
 (3) wymiar podmiotowy,
 (4) wymiar metafizyczny (Straś – Romanowska, 2004; Senejko, 2006; Dębska, 2007).
 Składają się one na ogólne poczucie zadowolenia i satysfakcji życiowej. Krótka charakterystykę wymiarów jakości życia przedstawia Tabela 2.1.

Tabela 2.1. Charakterystyka wymiarów jakości życia wg M. Straś – Romanowskiej

Wymiary	Charakterystyka
Psychofizyczny	Dotyczy wszelkich biologicznych aspektów człowieka, jego wrodzonych czy dziedzicznych właściwości, jak konstytucja fizyczna, temperament, predyspozycje intelektualne.
Psychospołeczny	To społeczna egzystencja człowieka, której istotą jest pełnienie ról, dzielenie życia z innymi ludźmi, odnoszenie do nich swoich przeżyć. Dostarcza jednostce poczucia przynależności, usytuowania w tożsamości społecznej, a w konsekwencji poczucia akceptacji i bezpieczeństwa.
Podmiotowy	Objawia się w autonomii i indywidualności człowieka, wyrażaniu własnego „ja”, wyodrębnianiu się z tła społecznego, odczuwaniu niepowtarzalności i uniezależnieniu od otoczenia.
Metafizyczny	Dotyczy duchowości, transcendencji, a więc przekraczania granic modelowej rzeczywistości, przeżywania wartości absolutnych (dobra, miłości, prawdy), wiary w absolutny sens i akceptacji losu.

(Źródło: Straś – Romanowska, 1992, za: Senejko, 2006, s. 154)

Ponadto, odczuwanie jakości życia często zamiennie stosowane jest z pojęciem dobrostanu psychicznego; dotyczy zarówno obiektywnego, jak i subiektywnego aspektu poczucia jakości. Straś – Romanowska szczególnie podkreśla ważną rolę wymiaru

podmiotowego, który uwzględnia: autonomię i niezależność jednostki oraz posiadanie osobistych znaczeń i woli oraz metafizycznego. Ostatni wskazuje na możliwość przekraczania granic, zarówno rzeczywistości, jak i własnego „ja” oraz doświadczenie samourzeczywistnienia się w aspekcie mentalnym i duchowym (Dębiska, 2007, s. 57).

2.2.3. Schalocka koncepcja jakości życia

Biorąc pod uwagę wielość i różnorodność definicji jakości życia, trafnym wydaje się być zastosowanie podejścia holistycznego, w celu konceptualizacji omawianego zagadnienia. Jednym z autorów proponującym całościowe ujęcie jakości życia jest Schalock. Wymienione podejście holistyczne, obejmuje różnorodne teoretyczne i metodologiczne sposoby rozumienia problemu. Wśród większości modeli tego typu, jakość życia jest na ogół pojmowana jako wielowymiarowy efekt interakcji pomiędzy jednostką a środowiskiem.

Według Schalocka (2000) jakość życia to *konstrukt, który odzwierciedla pożądane warunki życia związane z ośmioma sferami życia jednostki, takimi jak: emocjonalny dobrostan, relacje interpersonalne, dobrobyt materialny, osobisty rozwój, dobrostan fizyczny, samostanowienie, społeczne przynależenie i indywidualne prawa jednostki* (za: Oleś, 2007, s. 34).

Wymienione przez autora główne wymiary jakości życia nie są równoważne, lecz tworzą hierarchiczny i uporządkowany układ (graficznie przedstawiony w formie piramidy, patrz Rysunek 2.2., s. 47). Poczynając od najniższej warstwy, którą jest fizyczny dobrostan, a kończąc na najwyższej – dobrostanie emocjonalnym.

Przy czym autor zwraca uwagę na trzy znaczące kwestie:

- subiektywny charakter jakości życia,
- różnorodność wartościowania aspektów jakości życia przez jednostkę,
- w zależności od okresu życia człowieka, różne wartościowanie wymiarów jakości życia (Schalock, 2000, za: Zawiaślak, 2006)



Rysunek 2.2. Hierarchiczny model jakości życia w ujęciu R. Schalocka

(Źródło: Schalock, 2000, za: Oleś, 2010, s. 34)

Schalock każdy z zaproponowanych wymiarów definiuje za pomocą trzech konkretnych wskaźników odnoszących się do poszczególnych sfer życia człowieka. W nowszej wersji koncepcji autor rezygnuje z hasłowego, na rzecz bardziej precyzyjnego opisu danych wymiarów, które prezentuje Tabela. 2.2. (patrz s.48) (Schalock, 2004, za: Oleś, 2010, s. 36).

Ponadto, Schalock dokonuje pomiaru jakości życia w oparciu o trzy wymienione poziomy:

- (1) mikrosystemu – własna, subiektywna ocena,
- (2) mezosystemu – obiektywna ocena funkcjonowania,
- (3) makrosystemu – ocena wskaźników społecznych/zewnętrznych.

Model jakości życia, prezentowany przez autora mimo, iż początkowo odnosił się do populacji osób niepełnosprawnych intelektualnie, obecnie ma zastosowanie również dla osób zdrowych oraz dla młodszej grupy wiekowej (okres dzieciństwa i adolescencji) (Oleś, 2010).

Tabela 2.2. Wymiary, wskaźniki i kategorie jakości życia R. Schalocka – nowa wersja

Podstawowe wymiary jakości życia	Wskaźniki i kategorie opisowe
Dobrostan emocjonalny	<p>Zadowolenie (satysfakcja, dobre usposobienie, radość). Koncepcja siebie (tożsamość poczucie własnej wartości, samoocena). Brak stresu (przewidywalność, kontrola).</p>
Relacje interpersonalne	<p>Interakcje (społeczna sieć wsparcia, kontakty społeczne). Relacje społeczne (rodzina, przyjaciele, rówieśnicy). Wsparcie różnego rodzaju (emocjonalne, fizyczne finansowe).</p>
Materialny dobrobyt	<p>Status finansowy (zarobki, dochód). Zatrudnienie (status zawodowy, środowisko pracy). Mieszkanie (status mieszkaniowy, stan posiadania).</p>
Rozwój osobisty	<p>Wykształcenie (osiągnięcia, status). Osobiste kompetencje (intelektualne, społeczne, praktyczne umiejętności). Wypełnianie zadań (sukces, osiągnięcia, produktywność).</p>
Fizyczny dobrostan	<p>Zdrowie (poziom funkcjonowania, symptomy, sprawność fizyczna, odżywianie się). Aktywność na co dzień (samoobsługa, mobilność). Czas wolny (wypoczynek hobby).</p>
Decydowanie o sobie	<p>Autonomia/samokontrola (niezależność). Cele i wartości osobiste (pragnienia i oczekiwania). Wybory (możliwości, opcje, preferencje).</p>
Przynależność społeczna	<p>Integracja ze społecznością i uczestnictwo w społeczności. Role społeczne (współpracownik, wolontariusz). Wsparcie społeczne (szersza sieć wsparcia, usług).</p>
Prawa	<p>Jednostki (do szacunku, godności i równości). Cywilno – prawne (obywatelskie, dostęp do dóbr).</p>

(Źródło: Schalock, 2004, za: Oleś, 2010, s. 36)

Reasumując, koncepcja jakości życia według Schalocka ma charakter wielowymiarowy i hierarchiczny. W celu dokonania oceny oraz wykrycia głównych korelatów omawianego zjawiska, autor zastosował różnorodność metod i badań a ocenę zadowolenia osoby, przyjęto jako podstawową jednostkę pomiaru poziomu poczucia jakości życia.

Ponieważ pojęcie jakości życia wykracza poza wymiar zdrowia, dlatego słusznym jest ujmowanie go w sposób globalny. Takie podejście niesie ze sobą konieczność uwzględnienia w ocenie jakości życia czynników warunkujących zdrowie oraz ich wpływ na inne aspekty ludzkiego życia, jak i osobiste doświadczenie jednostki (Oleś, 2010).

2.3. Czynniki warunkujące poczucie dobrostanu psychicznego

Niniejszy podrozdział dotyczyć będzie uwarunkowań poczucia jakości życia. Podstawowe pytanie brzmi - od czego zależy i/lub, co bezpośrednio czy pośrednio wpływa na dokonanie subiektywnej oceny zadowolenia z życia. Literatura przedmiotu dostarcza nam szeregu danych zarówno dotyczących właściwości podmiotu, jak i czynników zewnętrznych, których działanie w sposób znaczący oddziałuje na poziom odczuwanego dobrostanu.

2.3.1. Czynniki podmiotowe

Od połowy lat 80 indywidualne właściwości jednostki, stały się jednym z kluczowych obszarów zainteresowań psychologów w celu wyjaśnienia uwarunkowań poczucia jakości życia.

Licznie badania (Costa i in., 1987; Spector, 1997, za: Zalewska, 2003) ukazują dużą stabilność oceny jakości życia, zarówno biorąc pod uwagę perspektywę czasu, jaki i różnorodność zdarzeń życiowych. Można zatem stwierdzić, iż większe lub mniejsze poczucie jakości życia dotyczące najważniejszych jego sfer (jak: zdrowie, rodzina i praca), może być determinowane przez względnie stałe właściwości jednostki. W pierwszej kolejności warunkowane biologiczne jak cechy temperamentu, a w dalszej perspektywie osobowościowo. Badania nad bliźniętami Reznikoffa, Honeymana (1967) i Wierzbickiego (1989) potwierdzają tezę, o niektórych aspektach jakości życia

predysponowanych genetycznie; przykładem może być ustalenie współczynnika dziedziczności depresji oraz odczuwania pozytywnych i negatywnych doświadczeń (za: Zalewska, 2003).

Opierając się na rezultatach badań, przeprowadzonych przez Czapińskiego wśród bliźniąt mono - i dizygotycznych; można stwierdzić, iż odziedziczalność aktualnego poczucia szczęścia przekracza wartość 40 procent. Autor zaznacza, że poziom poczucia dobrostanu ma wyraźne tendencje do zmiany w zależności od bieżących wydarzeń (Czapiński, 2004).

Kolejną właściwością jednostki mającą wpływ na sposób wartościowania jakości życia jest osobowość. Od niej w dużej mierze zależy, jak doświadczamy a następnie interpretujemy określone zdarzenia życiowe. Czynniki zewnętrzne mogą oddziaływać w negatywny bądź pozytywny sposób na funkcjonowanie jednostki, ale to jak ona oceni ich nasilenie, zakres i czas trwania zależy między innymi od jej cech. Tym samym te same zdarzenia mogą być w różny sposób interpretowane w zależności od posiadanych komponentów osobowości.

Osoby neurotyczne i introwertywne o dużym nasileniu lęku, przejawiają tendencję do postrzegania wydarzeń nowych i obojętnych jako zagrażających, co bezpośrednio przekłada się na niższe poczucie jakości życia (Zalewska, 2003). W przeciwieństwie do ekstrawertyków, którzy deklarują zdecydowanie wyższy poziom dobrostanu psychicznego. Najprawdopodobniej przyczyniają się do tego, większe umiejętności społeczne, które zapewniają nawiązywanie satysfakcjonujących relacji interpersonalnych oraz asertywność, zdolności przywódcze i skłonność do współpracy (Argyle i Lu, 1990, za: Czapiński, 2004).

Z kolei Nęcki i Szymura (2001, za: Zalewska, 2003) dowodzą, iż cechy osobowości podmiotu w znaczący sposób mają wpływ na przetwarzanie informacji poznawczych, wybór sposobów funkcjonowania w danej sytuacji oraz formułowanie oceny innych ludzi.

Inni badacze przypuszczają, że od właściwości osobowości jednostki zależy także odbiór i przetwarzanie informacji emocjonalnych, co miałyby również wpływ na bezpośrednią ocenę poczucia zadowolenia z życia (Eysenck, 1981; Gray, 1981, za: Zalewska, 2003).

Ponadto osoby zadowolone z życia przejawiają większe kompetencje w zakresie radzenia sobie ze stresem, zarządzania swoimi zasobami oraz ponoszenia kosztów w sytuacji trudnej (Strelau, Doliński, 2008).

Co więcej, ludzie szczęśliwi preferują aktywne spędzanie wolnego czasu, częściej angażują się w sport, ćwiczenia fizyczne lub taniec, co nie tylko poprawia ich stan zdrowia ale i daje możliwość doświadczenia sukcesu i poczucia sprawstwa. Niska jakość życia wiąże się z biernym wykorzystywaniem wolnego czasu, na przykład poświęcając go na oglądanie telewizji (Czapiński, 2004).

Jeżeli chodzi o wskaźniki socjodemograficzne, z wielu badań (Diner, Oishi, Lucas, 2003, za: Mróz, 2011; Czapiński, 2004) sondażowych nad poczuciem jakości życia wynika, iż wiek ma stosunkowo mały pozytywny wpływ na pewne aspekty zadowolenia z życia, prawdopodobnie głównie z powodu zmniejszenia się dysproporcji wymagań pomiędzy celami a osiągnięciami.

Z kolei wykształcenie, jak i klasa społeczna są pozytywnie skorelowane z poczuciem szczęścia, co bezpośrednio przekłada się na pozycje zawodową i wysokość dochodu zwłaszcza w krajach biedniejszych. Aczkolwiek sam dochód ma na ogół słaby wpływ na dobrostan; mały pozytywny wpływ na poczucie szczęścia dotyczy tylko niższych dochodów, co wiąże się z tym, iż osoby posiadające mniej pieniędzy wydają je na dobra niezbędne do życia. Ważną przyczyną niższego poczucia jakości życia jest bezrobocie, jednak emeryci deklarują, że są bardziej szczęśliwi niż osoby pracujące.

Zdecydowanie głównym czynnikiem warunkującym wzrost zadowolenia z życia są satysfakcjonujące relacje społeczne, tym samym duży wpływ ma stan cywilny – najbardziej szczęśliwe są osoby zamężne, w przeciwieństwie do żyjących w separacji i rozwiedzionych (Czapiński, 2004).

Jeżeli chodzi o kwestie religijne okazuje się, iż osoby bardziej religijne cieszą się większym szczęściem, szczególnie dotyczy to okresu późnej dorosłości (Buksik, 2012; Czapiński, 2004).

2.3.2. Czynniki środowiskowe

Zakłada się, iż osoba w toku życia podlega działaniom różnorodnych czynników zewnętrznych, co ma istotny wpływ na jej ocenę jakości życia. W zależności od rodzaju uwarunkowań zewnętrznych przyjmuję się, że zdarzenia negatywne (śmierć bliskiej osoby, powódź) przyczyniają się do obniżenia poziomu zadowolenia z życia, z kolei pozytywne (wygrana, awans zawodowy) sprzyja jego podwyższemu. Jednocześnie interpretacja i sposób doświadczenia samych zdarzeń życiowych w dużej mierze zależy od właściwości i cech osobowości człowieka (Zalewska, 2003).

Badania Czapińskiego, wskazują na istotny ale krótkotrwały wpływ wydarzeń zewnętrznych na subiektywną ocenę jednostki. Według Suha i in. ważny wpływ na ocenę jakości życia mają tylko zdarzenia z ostatnich 3 – 6 miesięcy. Niektóre doniesienia z badania dowodzą, że skutki tragicznych doświadczeń, jak śmierć znaczącej osoby, mogą utrzymywać się nawet przez kilka lat (Czapiński, 1991, 1992; Herrmann i in., 1985; Murphy, 1988, za: Zalewska, 2003).

Człowiek jako istota społeczna, silnie odczuwa pragnienie przynależności, tworzenia relacji i podtrzymywania więzi z innymi ludźmi. Osoby, które w satysfakcjonujący sposób zaspokajają podstawową potrzebę bliskich związków interpersonalnych cieszą się lepszą emocjonalną i fizyczną jakością życia. Tym samym wsparcie i akceptacja społeczna są wyraźnymi predyktorami odczuwania wysokiego dobrostanu psychicznego (Czapiński, 2004).

Poczucie jakości życia, szczególnie w sytuacji utraty zdrowia w dużej mierze zależy od posiadanych przez pacjenta zasobów wsparcia społecznego. Sieć wzajemnych powiązań z osobami bliskimi i znaczącymi, które bezpośrednio zapewniają choremu poczucie oparcia, bezpieczeństwa i pomoc, są bardzo ważnym czynnikiem zwiększającym możliwość przezwyciężenia sytuacji trudnej a tym samym ogólny poziom zadowolenia z życia. W literaturze przedmiotu, za podstawowy cel wsparcia społecznego powszechnie uznaje się zaspokojenie potrzeb jednostki. Sieć wsparcia społecznego ma działanie buforowe, które zmniejsza poziom niepokoju, lęku i znaczenia stresujących sytuacji życiowych. Ma to szczególne znaczenie, gdy trudne wydarzenie wymaga zmiany dotychczasowych struktur adaptacyjnych, np.: w sytuacji nagłego pojawienia się choroby i/lub gdy ma ono charakter przewlekły (Terelak, 1993, 1997, za: Okła, Łukasiewicz, 2007).

Specyfika wsparcia w chorobie polega na uwzględnieniu, dwóch podstawowych kwestii w analizie i interpretacji poczucia jakości życia pacjenta:

- (1) *uwzględnienie tego, że różne jednostki chorobowe charakteryzują się specyficznym dla siebie obrazem klinicznym, dynamiką objawów chorobowych, rokowaniem;*
- (2) *zwracanie uwagi na to, że typ choroby (psychiczne, somatyczne), ciężkość objawów chorobowych oraz społeczny i osobisty wymiar choroby w różny sposób wpływają na funkcjonowanie psychospołeczne, obraz siebie, samoocenę, kontakty interpersonalne, przeżywane konflikty i kryzysy (Studen, Okła, 2007, s. 199).*

Powyższe czynniki mogą wyznaczać indywidualne obszary wsparcia, oddziaływań rehabilitacyjnych i terapeutycznych, w zależności od typu zespołów klinicznych i zapotrzebowania chorych (Sęk, Cieślak, 2004).

2.4. Poczucie jakości życia i jego korelaty w świetle dotychczasowych badań

Od zawsze człowiek poszukuje szczęścia i dąży do zapewnienia sobie i bliskim dobrego życia. Dlatego też, przypisuje tym pragnieniom dużą wagę. Tym samym oczekuje on, że badania naukowe i eksperci w danej dziedzinie poznają determinanty poczucia zadowolenia z życia - co sprzyja a co przeszkadza, oraz w jaki sposób można kontrolować i wpływać na czynniki warunkujące wysoką jakość życia (Diner, 2000, za: Trzebińska i Łuszczyńska, 2002).

W toku licznych badań (Oleś, 2002, Obuchowski, 1995, za: Oleś, 2002), pojęcie jakości życia zostawało najczęściej sprowadzane do grupy obiektywnych czynników, takich jak: stan zdrowia, sytuacja rodzinna, trwałe, bliskie relacje i więzi z innymi ludźmi, wykształcenie, wysokość dochodów, posiadanie dóbr/uprawnień, oraz dostęp do informacji, poczucie bezpieczeństwa publicznego i stan ekonomiczny kraju.

W zależności od dyscypliny, podkreśla się znaczenie i ważność różnych aspektów składających się na poczucie jakości życia. Przykładowo, w ekonomii zdrowia badacze skupiają się na stanie fizycznym i funkcjonowaniu jednostki oraz na jej stanie psychicznym i statusie ekonomiczno – społecznym. Z kolei w medycynie główny obszar badań nad poczuciem jakości życia, dotyczy stanu zdrowia pacjenta (Trzebińska, Łuszczyńska, 2002).

Co raz częściej, psychologowie zajmujący się psychologią osobowości, różnic indywidualnych, rozwojową, poznawczą czy społeczną badają zjawiska specyficzne dla obszarów, którymi się zajmują (cechy temperamentu i osobowości, kształtowanie się tożsamości, postawy, style przetwarzania informacji, style wychowawcze itp.) w kontekście czynników związanych z jakością życia (stan zdrowia fizycznego i psychicznego, zadowolenie z życia, adaptacja w sytuacji zmiany i zagrożenia, rozwój osobisty, pełnienie ról społecznych, tworzenie i podtrzymywanie więzi/ relacji z innymi ludźmi oraz stosunki międzygrupowe). Celem analizy teoretycznej i prezentowanych wyników badań jest dążenie do, co raz lepszego wyjaśnienia i zrozumienia zagadnień

związanych z poczuciem jakości życia w aspekcie psychologicznym, jak i społecznym (Trzebińska, Łuszczynska; 2002).

Czapiński (2004) zwraca uwagę na kwestię dwóch podstawowych paradygmatów typu: „góra – dół” oraz „dół – góra”, które stanowią bazę do badań nad jakością życia. Pierwszy z nich, traktuje jakość życia, jako zmienną wyjaśniającą dla innych mierzonych zjawisk, jak poczucie sukcesu czy porażki. Drugi typ „dół – góra”, odnosi się do poszukiwania zewnętrznych, dyspozycyjnych czynników warunkujących pojęcie jakości życia (za: Derbis, Jędrak, 2010).

Kolejnym obszarem rozważań, jest rozróżnienie między obiektywnym a subiektywnym aspektem wykorzystywanym w metodach pomiaru zadowolenia z życia. To umożliwia uzyskanie z jednej strony *ocenę jakości życia*, o charakterze ilościowym, formułowanym na podstawie stopnia nasilenia danego zjawiska. Z drugiej strony – *zmierzenie poczucia jakości życia* subiektywnie odczuwanego przez osobę badaną, przy uwzględnieniu tego, w jaki sposób doświadcza, przeżywa i wartościuje swoje życie. Ponadto, omawiane zjawisko może być rozważne w aspekcie jego dynamiki, biorąc pod uwagę możliwość zmiany poczucia jakości życia w perspektywie biegu życia jednostki, np.: utrata bliskiej osoby czy zwolnienia z pracy (Studen, Okła, 2007).

W badaniach Veenhoven`a (1991) możemy spotykać się z wartościowaniem swojej postawy wobec życia na dwóch poziomach – emocjonalnym i poznawczym. Aspekt emocjonalny (afektywny) dotyczy tego, w jaki sposób osoba czuje się zazwyczaj, natomiast aspekt poznawczy, wiąże się ze sposobem spostrzegania i myślenia na temat swojego życia oraz oceny zaspokojenia swoich potrzeb. Omawiane aspekty utożsamiane są z dwiema kategoriami: szczęścia i satysfakcji z życia – *poczucie szczęścia jest traktowane jako stan emocjonalny, a satysfakcja z życia oznacza przemyślaną ogólną jej ocenę, formułowaną na podstawie procesów poznawczych, refleksji nad własnym życiem i sądów wartościujących* (za: Zalewska, 2003, s. 21). W literaturze przedmiotu niejednokrotnie wykazano silną zależność i wzajemny wpływ pomiędzy emocjonalną i poznawczą oceną życia, co potwierdza przegląd badań przeprowadzonych w różnych krajach, dokonany przez Veenhoven`a . Jednak niektórzy z badaczy, zwracają uwagę na ich niespójność oraz słabą lub tylko umiarkowaną korelację. McKennell zgadzając się z tą tezą, wyróżnił cztery typy osób:

- (1) zdobywców – duża satysfakcja i dobre samopoczucie,
- (2) aspirantów – mała satysfakcja i dobre samopoczucie,
- (3) cierpiętników – duża satysfakcja i złe samopoczucie,

(4) frustratów – mała satysfakcja i złe samopoczucie.

W większości badaniach nad poczuciem szczęścia i ogólnego zadowolenie z życia, wykorzystywana jest ocena zarówno w wymiarze emocjonalnym, jak i poznawczym (Zalewska, 2003; Rostowska, 2008).

Najczęstszymi badanymi korelatami jakości życia jest osobowość człowieka. Zakłada się, że cechy osobowości w dużym stopniu warunkowane genetycznie, w istotny sposób determinują poziom zadowolenia z życia. Wiele badań donosi, iż istnieje znaczący związek między poziomem odczuwanej jakości życia a takimi komponentami osobowości jak: neurotyzm i introwersja/ekstrawersja (Czapiński, 2004; Derbis i Jędrek, 2010). Dane z powyższych badań wskazują, na negatywną korelację neurotyzmu z poczuciem zadowolenia z życia oraz pozytywną zależność między ekstrawersją a jakością życia. Co oznacza, że osoby o nasilonej cesze neurotyzmu i/lub introwersji, jednocześnie deklarują niskie poczucie zadowolenia z życia, w przeciwieństwie do osób ekstrawertywnych, u których wraz ze wzrostem nasilenia cechy, wzrasta jakość życia (Zalewska, 2003).

Ponadto, dane uzyskane przez Dębską (2007) oraz Petrus (2006), dowodzą, że na poziom zadowolenia z życia mają istotny wpływ nie tylko cechy osobowości, ale również poczucie koherencji. Osoby o wysokim poczuciu koherencji przyznają, że w większym stopniu odczuwają jakość z życia (Dębska, 2007). Co jednocześnie rzutuje, na efektywniejsze i skuteczniejsze radzenie sobie ze stresem w sytuacjach zagrożenia (Petrus, 2006). Zwiększa się również zaufanie do własnej osoby, które sprzyja zwiększeniu się możliwości adaptacyjnych do trudnych wymagań życiowych. Osoby te częściej angażują się w życie społeczne, są akceptowane i wspierane przez innych, co z kolei stanowi podłoże do odczuwania większej satysfakcji z życia.

Inne doniesienia z badań Argyle i in. (1991, za: Zalewska, 2003) zwracają uwagę na to, iż osoby o wysokim poczuciu jakości życia jednocześnie bardziej cenią sobie wartości społeczne oraz dbają o pozytywne relacje z innymi ludźmi; ponadto wykazują większy optymizm, poczucie kontroli i własnej wartości. Powyższe dane sugerują, że odczuwana jakość życia nie podlega tylko uwarunkowaniom genetycznym, ale i wpływowi środowiska.

Z kolei, niższa jakości życia wiąże się częstszym i dłuższym odczuwaniem negatywnych emocji jak: lęk, gniew i smutek. Natomiast doświadczanie pozytywnych emocji (radość, satysfakcja z życia, szczęście) równocześnie implikują wyższy poziom jakości życia (Derbis, 2000, za: Derbis i Jędrek, 2010).

Kolejnym bardzo ważnym obszarem badań nad jakością życia w psychologii jest aspekt poczucia jakości życia w zdrowiu i chorobie. Dotyczy on nie tylko samego stanu zdrowia fizycznego, ale i psychicznego pacjenta w trakcie doświadczania symptomów choroby.

Po raz pierwszy związkiem jakości życia ze stanem zdrowia zainteresowała się Rosser w 1972 roku, czego rezultatem była publikacja metody do pomiaru pozabiologicznych konsekwencji doświadczania danego schorzenia. Autorka wyróżniła w niej dwa kryteria:

- (1) subiektywne doświadczenie cierpienia przez chorego,
- (2) zmianę aktywności życiowej.

Każde z powyższych kryteriów zostało podzielone na kolejne kategorie. Pierwsze – na cztery kategorie, począwszy od braku do dużego cierpienia; w drugim przypadku pojawia się osiem kategorii - od niczym niezakłóconej wydajności społecznej do zupełnego braku świadomości, powodującej wykluczenie z możliwości podejmowania jakichkolwiek działań. Ostatecznie Rosser zaproponowała skalę szacunkową (QALY) za pomocą, której istnieje możliwość pomiaru 29 stanów jakości życia pacjenta, w dwóch wymiarach: przeżyciowym i behawioralnym (Kowalik, 2007).

Metoda Rosser w dużym stopniu zależała od doświadczenia klinicznego lekarza w trakcie badania, co nie zawsze umożliwiało jej zastosowanie i uzyskanie obiektywnego pomiaru stanu pacjenta. Dlatego też podejmowano próby doskonalenia i tworzenia nowych metod pomiaru jakości życia w chorobie. W związku z czym, co raz częściej współczesne metody badawcze, mają charakter dwuczęściowej skali, gdzie pierwsza z nich bada: *niespecyficzną jakość życia związaną ze stanem zdrowia*, natomiast *druga odnosi się do konkretnych schorzeń* (Kowalik, 2007, s. 151).

Poczucie jakości życia w chorobie przede wszystkim zależy od typu i intensywności symptomów chorobowych, przebiegu i czasu trwania schorzenia, rodzaju, rokowania, postawy osoby wobec własnej choroby oraz sposobu wartościowania przez pacjenta zarówno całego życia, jak i poszczególnych jego sfer. Stąd też ocena subiektywna pacjenta, wielokrotnie nie jest zgodna z tą uzyskana na podstawie sformułowanych kryteriów zewnętrznych. Odnosi się to zarówno do pacjentów cierpiących na choroby somatyczne, jak i psychiczne (Sęk, 1993, za: Steuden i Okła, 2007).

Badania empiryczne dotyczące jakości życia chorych somatycznie podkreślają znaczenie takich kategorii jak: rodzaj i intensywność objawów, wiążące się z tym

doświadczenie cierpienia i silnego stresu oraz aspekt psychologiczny i społeczny związany z przebiegiem choroby.

Pacjenci z nowotworem krtani, którzy zachowali zdolność kontaktu werbalnego lub został on im przywrócony w ramach rehabilitacji, deklarują wyższą jakość życia w porównaniu do pacjentów niezdolnych do posługiwania się głosem na skutek przebytej choroby. Porównanie grup wykazało istotne różnice głównie w aspekcie funkcjonowania społecznego. Pacjenci, którzy nie są zdolni do porozumiewania się za pomocą kontaktu werbalnego zdecydowanie niżej oceniali poczucie jakości życia, szczególnie w zakresie funkcjonowania rodzinnego. W przeciwieństwie do drugiej grupy pacjentów, którzy doświadczają wyższej jakości życia, dzięki możliwości podtrzymywania kontaktów interpersonalnych (Bereza, Steuden, Soból, 2007).

W przypadku chorób dermatologicznych, zwłaszcza pacjentów cierpiących na łuszczycę, mamy do czynienia z niską oceną jakości życia. W dużym stopniu uzależnioną od nasilenia i lokalizacji zmian skórnych (szczególnie w miejscach łatwo widocznych np.: ręce), co jednocześnie łączy się z niską oceną stanu zdrowia, brakiem akceptacji własnej osoby i ogólnym złym samopoczuciem psychicznym (MacKenna i Stern, 1997, Main i in, 1997, za: Steuden, Okła, 2007).

Z kolei, rezultaty badań nad psychologicznymi aspektami jakości życia osób chorych na depresję pozwalają stwierdzić, że jakość życia chorych na depresję jest tym większa, *im większy jest stopień poczucia bliskości i bezpieczeństwa, ogólne zadowolenie z życia i wykonywanej pracy, a także stopień realizacji potrzeb kontaktu i wsparcia społecznego* (Nowak, Steuden, 2007).

Badania przeprowadzone przez Steuden i Nowak (2007) nad jakością życia u osób ze schizofrenią, wskazują na kilka wymiarów istotnie korelujących z poziomem jakości życia u tego typu pacjentów. Należą do nich: prężność osobowa (rozumiana, jako zachowana sprawność umysłowa i emocjonalna w trudnych sytuacjach oraz umiejętności adaptacyjne mimo choroby), ogólne zadowolenie z życia, spędzanie wolnego czasu oraz podtrzymywanie kontaktu społecznego i osobowego.

Zjawisko poczucia jakości życia rozważane w kontekście procesu radzenia sobie ze stresem nie doczekało się wielu opracowań na gruncie polskich badań empirycznych. Nieliczne z nich, w sposób pośredni nawiązują do istnienia powiązań zachodzących między poziomem jakości życia a zachowaniami zaradczymi.

I tak, Wnuk i Marcinkowski w swoich badaniach poruszają problematykę wykorzystywania pozytywnych strategii radzenia sobie ze stresem, a doświadczonej

jakości życia przez studentów w aspekcie odczuwania pozytywnego afektu oraz moderacyjnej roli płci. Autorzy stwierdzają, że studentki, które w obliczu sytuacji trudnej posługują się pozytywnymi strategiami radzenia sobie o charakterze religijnym (poszukiwanie pomocy w modlitwie, wsparcia religijnego i przewodnictwa) częściej doświadczają pozytywnych emocji oraz większej satysfakcji z życia. W przeciwieństwie do studentów stosujących działania zaradcze oparte na negatywnych religijnych sposobach radzenia sobie, takich jak: obwinianie Boga, czy negowanie jego istnienia (Wnuk, Marcinkowski, 2010).

Bogaczewicz i in. (2011) podejli się analizy powiązań między cechami osobowości a radzeniem sobie z trudnościami oraz ich związku z jakością życia osób chorych na łuszczycę. Rezultaty badań dowodzą, iż pacjenci neurotyczni przejawiają tendencję do stosowania nieadaptacyjnych zachowań zaradczych, polegających na: unikaniu konfrontacji z problemem i podejmowania prób jego rozwiązania, trudnością w kontrolowaniu emocji oraz podejmowaniu racjonalnych decyzji. Jednocześnie charakteryzują się zdecydowanie niższym poczuciem jakości życia.

Problematykę jakości życia i aktywności zaradczych w kontekście zdrowia i choroby, podjęła również Wrona – Pogańska (2006). Na podstawie swoich badań autorka wnioskuje, że kluczowym zasobem decydującym o zdrowiu jest poczucie koherencji, które w sytuacji stresu aktywizuje efektywne sposoby radzenia sobie, co implikuje w dalszej perspektywie ogólnie lepszą jakość życia.

Tymczasem na gruncie amerykańskim, badaniem zależności zachodzących pomiędzy procesem radzenia sobie ze stresem, a wypaleniem zawodowym służby zdrowia zajmowali się: Beurnard i in. (2000), Payne (2000) oraz Bron – Ceslowitz (1989). Okazuje się, że pielęgniarki wypalone zawodowo stosują mniej efektywne działania zaradcze, jak: ucieczka/unikanie, samokontrola i konfrontacja, w przeciwieństwie do pielęgniarek nie wypalonych, które w obliczu sytuacji stresowej wykorzystują: planowanie, pozytywne przewartościowanie i poszukiwanie wsparcia społecznego (Bron – Ceslowitz, 1989).

Personel medyczny często w obliczu stresu wykorzystuje dostępną sieć wsparcia społecznego o charakterze nieformalnym (osoby bliskie), jak i formalnym (współpracownicy, przełożeni) (Bernard i in., 2000).

W swoich badaniach Desbiens i Fillion (2007) dokonali analizy preferowanych przez pracowników opieki paliatywnych sposobów radzenia sobie oraz poziomu odczuwanej jakości życia. Na tej podstawie wykazali pozytywny związek zachodzący

między poznawczymi i emocjonalnymi działaniami zaradczymi (pozytywnym przewartościowaniem i zwrotem ku religii), a wzrostem duchowej satysfakcji z życia, w tym procesowi przeżywania żałoby.

ROZDZIAŁ 3. CHARAKTERYSTYKA OPIEKI PALIATYWNEJ

Pielęgniarstwo jest bardzo wymagającym zawodem, zobowiązującym swoich pracowników do silnego zaangażowania w wykonywanie codziennych obowiązków. Wiąże się to bezpośrednio z silnym poczuciem odpowiedzialności za życie i zdrowie pacjenta. Praca ta wymaga zwiększonej aktywności fizycznej i emocjonalnej, a przede wszystkim cierpliwości, szacunku i dużej wrażliwości na krzywdę drugiego człowieka.

W obliczu zwiększającej się liczby osób terminalnie chorych, wielokrotnie doświadczających silnego bólu i cierpienia, zarówno w wymiarze fizycznym, jaki i psychicznym, zrodziła się idea opieki paliatywnej. Jest ona alternatywą dla działań eutanatycznych oraz odpowiedzią na potrzebę bardziej humanitarnego procesu umierania.

Rozdział ten dotyczy problematyki opieki hospicyjnej. Zostaną w nim omówione kwestie terminologiczne dotyczące opieki paliatywnej w systemie opieki zdrowotnej, specyfika miejsca pracy personelu opieki hospicyjnej oraz czynniki obciążające zawód pielęgniarstwa paliatywnego.

3.1. Opieka paliatywna w systemie opieki zdrowotnej

Badania dowodzą, iż większość z nas traktuje śmierć, jak naturalny element ludzkiej egzystencji. Silne obawy i lęk związany z aspektem końca życia, wzbudza możliwość doświadczenia: choroby, związane z nimi cierpienie, dojmujący ból, poczucie osamotnienia oraz utraty samodzielności, a co za tym idzie zależności od osób trzecich.

Współczesne, dynamicznie rozwijające się dziedziny medycyny stwarzają możliwość zarówno, znacznego przedłużenia ludzkiego życia, jak i jego zakończenia. Przy odpowiednim wykorzystaniu nowoczesnych technik medycznych, pracownicy służby zdrowia są w stanie długo utrzymać pacjenta przy życiu, co jednocześnie stworzyło możliwość zatarcia się naturalnej granicy pomiędzy życiem a śmiercią. Coraz częściej spotykamy ludzi przewlekle chorych, niejednokrotnie doświadczających silnego bólu i cierpienia, na skutek postępujących objawów chorobowych. W takiej sytuacji wielu z nich rozważa dylematy związane z możliwością zakończenia własnego życia, w wyniku zastosowania eutanazji (Rynkowska, 2009).

Alternatywą dla działań eutanatycznych oraz bardziej humanitarnego procesu umierania stała się idea opieki paliatywnej. Obejmuje ona zarówno opiekę domową, jak i specjalistyczną, całościową oraz zinstytucjonalizowaną formę. Głównym założeniem opieki paliatywnej, jest przede wszystkim skupienie się na bezwarunkowym poszanowaniu ludzkiego życia i godności oraz zapewnieniu profesjonalnego wsparcia psychologiczno – duchowego, zarówno pacjentowi, jaki i jego najbliższym (Trylińska – Takielska, 2009; Rynkowska, 2009).

Biorąc pod uwagę perspektywę historyczną warto zaznaczyć, iż do końca XIX wieku dominował wzorzec „śmierci oswojonej”, gdzie odejście jednego z członków wspólnoty, przybierało charakter zbiorowego doświadczenia. Śmierć jednostki nie miała wydźwięku tylko indywidualnego, ale przede wszystkim publiczny. Człowiek umierał w otoczeniu i przy wsparciu najbliższych mu ludzi, w środowisku domowym. Model „śmierci oswojonej” stoi w opozycji do współczesnej „śmierci zdziwaczalej” obecnej w zurbanizowanym społeczeństwie, które traktuje sprawy ostateczne „na opak”, czyli w sposób niedbały i bez szczególnej powagi. Takie podejście przyczynia się do tego, że temat śmierci na ogół napawa nas strachem, zubożeniem lub nie mówimy o niej, wypierając ją ze świadomości.

*Umieranie zostało w pewien sposób zinstytucjonalizowane i sformalizowane w szpitalach (...). Należy jednak podkreślić, iż obecnie w literaturze przedmiotu pojawiają się głosy postulujące odejście od wzorca szpitalnego umierania, gdzie człowiek stanowi jednostkę statystyczną danej choroby, w kierunku umożliwienia mu umierania w warunkach bardziej humanitarnych, ludzkich warunkach. Pojawia się zatem **trzeci model śmierci „nie na opak”**, którego praktyczną realizacją jest działalność współczesnych hospicjów (Rynkowaska, 2009, s. 48.)*

Początki opieki hospicyjnej, będące synonimem dla opieki paliatywnej, sięgają lat 60 XX wieku, zapoczątkowane przez pierwsze angielskie Hospicjum Św. Krzysztofa założone w 1967 roku przez C. Saunders w Londynie. Nazwa hospicjum wywodzi się od łacińskiego słowa *hospitium*, co oznaczało „gościnność”, „gościnny dom” oraz „ugoszczenie”; ma to bezpośredni związek z gościnnością i przyjaźnią między gospodarzem a gościem, szczególnie cenione w okresie starożytności. Początkowo hospicja były ściśle związane ze środowiskiem zakonnym i klasztornym. Wraz z upływem czasu przybierały organizację współczesnych placówek medycznych, mających na celu zapewnienie pełnej opieki nad chorymi terminalnie oraz wsparcia oferowanego zarówno pacjentom, jak i rodzinom (Rynkowska, 2009).

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje opiekę paliatywną, jako wielowymiarową, holistyczną i aktywną formę opieki nad chorymi, którzy doświadczają schorzeń szybko postępujących, a niepoddających się już leczeniu przyczynowemu. Ponadto ma na celu kontrolę bólu i innych objawów chorobowych, problemów psychicznych, duchowych i socjalnych oraz zapewnienie jak najwyższej jakości życia pacjentowi i jego bliskim.

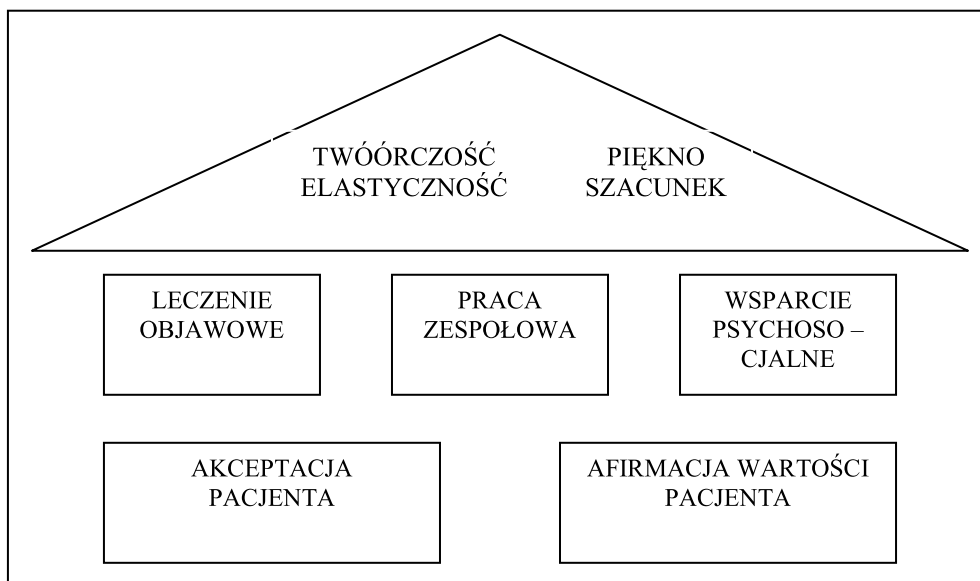
Opieka hospicyjna ma widoczne zastosowanie w wczesnej fazie choroby, szczególnie nowotworowej. Polega również, na umiejętnym stosowaniu różnego typu środków znieczulających. Co sprzyja utrzymaniu chorego w jak najlepszej kondycji fizycznej i psychicznej, poprzez zminimalizowanie cierpienia i bólu, przy zastosowaniu środków farmakologicznych oraz wszechstronnego i profesjonalnego wsparcia oferowanego przez wykwalifikowany personel medyczny. Opieka paliatywna kieruje się fundamentalnymi zasadami (Daniel, 2000, za: Rynkowska, 2009), takimi jak:

- (1) szacunek dla życia,
- (2) akceptacja nieuniknionej śmierci, jako naturalnego zakończenia nieuleczalnej choroby,
- (3) niestosowanie uporczywej terapii w celu przedłużenia życia,

- (4) niestosowanie eutanazji w celu skrócenia życia,
- (5) poprawa jakości życia chorego i rodziny przez: niwelowanie nieprzyjemnych objawów choroby, wsparcie psychiczne, duchowe i socjalne, wsparcie najbliższej rodziny chorego w żałobie.

Zasadnicze postulaty opieki hospicyjnej, w szczególności opierają się na następujących celach:

- (1) pełnym i świadomym uczestnictwem chorych i ich rodzin w proponowanych formach leczenia i wsparcia,
- (2) dostępności i ciągłości opieki zarówno dla chorego, jak i jego bliskich, nawet po jego śmierci,
- (3) poczucie świadomości i trwania w następującej zależności, czyli układzie: umierający chory – jego najbliższe otoczenie – personel hospicjum,
- (4) wysokim stopniu umiejętności pracy zespołowej, z jednoczesnym uwzględnieniem podziału ról i obowiązków wszystkich pracowników hospicjum,
- (5) ciągle podnoszenie kompetencji i zaangażowania personelu hospicjum w pracy z osobami umierającymi i ich rodzinami, zarówno w warunkach instytucjonalnych, jak i w domach chorych,
- (6) umiejętności racjonalnego dysponowania środkami socjomedycznymi, w tym lekami i urządzeniami medycznymi, stosowanymi do przedłużenia życia (DuBois, Miley, 1999, za: Rynkowska, 2009, s. 51)



Rysunek 3.1. Graficzna prezentacja koncepcji „Dom – hospicjum” według R. Twycrossa (Źródło: Dangel, 2002, za: Rynkowska, 2009, s. 53)

Na uwagę zasługuje koncepcja „hospicjum – domu” autorstwa R. Twycrossa (patrz Rysunek 3.1., s. 63), do której w swoim funkcjonowaniu nawiązują wszystkie hospicja. Autor wyróżnia główne filary modelu, na których opierają się działania opieki hospicyjnej: leczenie objawowe, praca zespołowa, wsparcie psychosocjalne.

Z kolei bezwarunkowa akceptacja oraz afirmacja wartości pacjenta, stanowią fundament ideologii hospicjum, natomiast jego zwieńczeniem są cztery elementy: twórczość, elastyczność, piękno, szacunek.

Według R. Twycrossa wartościami ostatecznie scalającymi wszystkie komponenty „hospicjum – domu” są: prawda i nadzieja. Prezentowany model, jest odzwierciedleniem filozofii współcześnie funkcjonującego hospicjum (Dangel, 2002, za: Rynkowska, 2009).

3.2. Specyfika pracy pielęgniarki paliatywnej

W sytuacji opieki hospicyjnej często najbliższą pacjentowi osobą jest pielęgniarka. Od niej to oczekuje się nie tylko fachowej pomocy, ale niejednokrotnie przede wszystkim wsparcia emocjonalnego osoby chorej. Tym samym praca pielęgniarek o charakterze wielozadaniowym, należy do trudnych, złożonych, często niezwykle wyczerpujących zarówno fizycznie, jak i psychicznie (Wilczek – Różycka, 2003).

W ramach opieki hospicyjnej/paliatywnej wyróżniamy personel medyczny, w którego skład wchodzi: lekarze, pielęgniarki, personel pomocniczy oraz wolontariusze. Biorąc pod uwagę przedmiot badań niniejszej pracy, szczegółowiej zostanie zaprezentowana charakterystyka grupy zawodowej pielęgniarek opieki paliatywnej.

Zawód pielęgniarki należy do grupy pracowników służby zdrowia, nazywany często średnim personelem medycznym. Bezpośrednio pielęgniarki współpracują z lekarzem, wykonując jego polecenia i służą pomocą w zabiegach. Do ich podstawowych zadań i obowiązków należą:

- dbałość o higienę osobistą chorego oraz jego najbliższego otoczenia (tj.: mycie pacjenta, pomoc w codziennej toalecie, prześcielenie łóżka),
- zabiegi lecznicze/ medyczne (opatrunki, okłady, zastrzyki, kroplówki itp.),
- czynności pomocniczo – lekarskie (podawanie leków, pomiar temperatury, ciśnienia, tętna),

- obsługa sprzętu i urządzeń medycznych,
- prowadzenie dokumentacji medycznej,
- zbieranie wywiadów o stanie zdrowia pacjenta,
- działalność profilaktyczna,
- szerzenie oświaty zdrowotnej.

W zależności od specyficznego miejsca pracy, mamy do czynienia z pewnymi różnicami, co do stałych czynności wykonywanych przez pielęgniarkę (Kopeć, Orchowska, Pogonowska, 2007).

Niezwykle przydatne w uprawianiu tego zawodu są określone predyspozycje osobowościowe, do których należą: dobra spostrzegawczość (obserwowanie objawów osoby chorej), dobra pamięć, dokładność, staranność, systematyczność, rozwaga i opanowanie (spokojna, przyjazna atmosfera sprzyjająca pacjentowi), zaradność, duże poczucie odpowiedzialności (podczas nieobecności lekarza, konieczne jest podejmowanie samodzielnych decyzji), opiekuńczość oraz dbałość o higienę osobistą i otoczenia (Bańka, 2001, za: Kopeć, Orchowska, Pogonowska, 2007; Krzemińska i in., 2009).

Lief i Fox (za: Kopeć, Orchowska, Pogonowska, 2007, s. 284) w ramach tworzenia charakterystyki idealnej postawy pracownika medycznego, posłużyli się terminem *zdystansowanej troski*, czyli *personel, który w relacjach z pacjentem potrafi połączyć dwie, zdawałoby się sprzeczne jakości: współczucie i zaangażowanie z dystansem emocjonalnym. Oznaczałoby to, że idealnie byłoby, gdyby pielęgniarki w relacjach z pacjentem koncentrowały się na nim i jego potrzebach, a jednocześnie potrafiły rozpoznać i ocenić zjawisko nadmiernego uwikłania się w relacje i zachować w razie potrzeby większą bezstronność.*

Obecnie pacjentem terminalnie chorym opiekuje się odpowiednio do tego przeszkolony personel, jak również osoby nieposiadające wykształcenia medycznego, czy psychologicznego. Wolontariusze hospicyjni z własnej woli podejmują się działań na rzecz osoby przewlekle chorej. Dobrowolnie decydują się na przebywanie w trudnych warunkach dotyczących śmierci, z punktu widzenia psychologii traumatycznych i obciążonych dużym ryzykiem poniesienia kosztów psychicznych. Dlatego też, wolontariusze z racji podjętych działań na rzecz innych, stają się wtórnymi ofiarami traumy – są świadkami i uczestnikami zdarzeń, których nie są w stanie zmienić (Trylińska – Takielska, 2009).

Biorąc pod uwagę specyfikę pracy pielęgniarek onkologicznych, hospicyjnych i paliatywnych, dodatkowo należy zwrócić uwagę na istotny element różnicujący tą podgrupę zawodową, jakim jest **codzienny kontakt z cierpieniem i śmiercią drugiego człowieka**. Sprzyja to uruchomieniu procesu identyfikacji przez pielęgniarki, co z kolei prowadzi do konfrontacji z własną śmiertelnością oraz uświadomieniu, że takie nadrzędne wartości jak zdrowie i życie zostaną kiedyś utracone. Podstawowym celem leczenia jest powrót do zdrowia pacjenta. Jednak dla pielęgniarek pracujących na oddziałach paliatywnych, onkologicznych, czy hospicjum, kontrola nad tradycyjnie ujmowanym celem leczenia jest znacznie mniejsza w porównaniu do innych miejsc pracy. Dlatego też, występuje konieczność przeformułowania celowości działań stosowanych wobec osoby chorej; skupiając się przede wszystkim na uldze w cierpieniu i bólu oraz poprawie jakości życia pacjenta. Pomimo stosowania strategii radzenia sobie z trudną sytuacją, świadomość niemożliwości przywróceniu zdrowia osobie chorej oraz braku wpływu na jego los, objawia się jako uczucie bezsilności, niemocy, podświadomej pretensji do samego pacjenta, a w efekcie ulega przekształceniu w własne poczucie winy. Powyższe względy przyczyniają się do występowania u pielęgniarek pracujących z przewlekle chorymi symptomów **wyczerpania emocjonalnego**. W dalszej perspektywie depersonalizacji (przewijającej się pod postacią; cynizmu, arogancji, obojętności w stosunku do innych itp.) oraz poczucia braku umiejętności i kompetencji. Co niesie ze sobą duże ryzyko doświadczenia zespołu wypalenia zawodowego (Kopeć, Orchowska, Pogonowska, 2007; Wilczek – Różyczka, 2003, 2006).

Badania nad stresem zawodowym w pracy pielęgniarki potwierdzają, że jest to zawód szczególnie narażony na działanie chronicznego stresu, występowania specyficznych uciążliwości i niedogodności oraz silnie stresogennych wydarzeń, wynikających z charakteru samej pracy, jej warunków i metod organizacji (Wilczek – Różyczka, 2008; Sęk, 2009).

Dotychczasowe badania nad funkcjonowaniem w roli zawodowej, dowodzą istnienie związku pomiędzy poczuciem koherencji i jakości życia w obszarze zarówno dobrostanu w ujęciu subiektywnym, jak i obiektywnym, a wypaleniem zawodowym u pielęgniarek. Ponadto okazuje się, że osoby o wyższym poczuciu koherencji nie tylko są zdrowsze i lepiej funkcjonują w środowisku zawodowym, ale i obserwuje się u nich większą dbałość o rozwój takich cech osobowości jak: dojrzałość w zakresie kontroli emocjonalnej, realistyczna ocena swoich możliwości i ograniczeń, łatwość

nawiązywania kontaktów interpersonalnych oraz świadomość i rozwiązywania konfliktów wewnętrznych i zewnętrznych; co może zabezpieczyć przed ryzykiem wypalenia zawodowego (Pasikowski, 2000, Okła, 2001, za: Kopec, Orchowska, Pogonowska, 2007).

Reasumując, każda z przedstawionych czynności wykonywanych przez pracownika opieki paliatywnej, wymaga różnych predyspozycji, zdolności i umiejętności. Tym samym oczekuje się od pielęgniarki wszechstronności w sprośtaniu wszystkim wymaganiom, które nieustannie przeplatają się ze sobą podczas trwania dyżuru. Jednocześnie cały czas, towarzyszy pielęgniarce świadomość ciężącej na niej odpowiedzialność za zdrowie i życie innych ludzi. W efekcie nadmiar obciążenia prowadzi do szybkiego uczucia zmęczenia, znużenia oraz wyczerpania psychofizycznych rezerw organizmu (Kamieńska – Tymińska, Morawska, Nowak, 2005, za: Krzeńska i in., 2009).

3.3. Czynniki obciążające pracę pielęgniarki paliatywnej

Mamy do czynienia z ogromnym natężeniem stresu w zawodzie pielęgniarki, co w głównej mierze wynika ze specyfiki wykonywanej pracy, miejsca pracy, zajmowanego stanowiska w strukturze organizacyjnej placówki, a przede wszystkim z bardzo dużą odpowiedzialnością za życie i zdrowie drugiego człowieka.

Na ogół do źródeł stresu w pracy pielęgniarskiej, zalicza się wszelkie negatywne cechy zawodu jak: praca wielozmianowa i praca w nocy, duża liczba nadgodzin, zmieniający się grafik dyżurów, nieregularny tryb życia, niski status społeczny, niskie wynagrodzenie oraz odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta itp. Tylko niektóre z wymienionych powyżej czynników stresogennych prowadzą do ponoszenia przez pielęgniarki określonych **kosztów zdrowotnych** (zakłócenie snu, bóle głowy, problemy gastryczne, uczucie zmęczenia, niepokój, zakłócenie rytmu menstruacyjnego) oraz **kosztów psychicznych** (zaburzenie kontaktów interpersonalnych wśród współpracowników, pacjentów, najbliższej rodziny oraz znajomych) (Kopec, Orchowska, Pogonowska, 2007).

Identyfikując podstawowe przyczyny stresu w zawodzie pielęgniarki, warto zwrócić uwagę na najbardziej obciążające:

(1) **Dyżury nocne** – związane są ze zmniejszoną liczbą osób pracujących na oddziale, co niejednokrotnie wiąże się z samodzielnym podejmowaniem trudnych decyzji w sytuacji kryzysowej. Ponadto praca w nocy przyczynia się do znacznego obniżenia wydajności osoby, ponieważ nie jest ona zgodna z naturalnym, biologicznym rytmem człowieka. Co więcej dyżuru nocnego nie da się „odespać” w dzień, czego konsekwencją jest silne uczucie zmęczenia.

(2) **Uciążliwe warunki pracy** – szczególnie zwraca się tutaj wagę na aspekt higieniczny oraz ryzyko zarażenia się od pacjenta, w sytuacji ciągłego kontaktu z wydzielinami, odchodami, brudem, drobnoustrojami podczas pielęgnacji, zabiegów oraz bliskiego fizycznego kontaktu z osobą chorą. Nieuchronny kontakt ze środkami farmaceutycznymi i dezynfekcyjnymi, czy wpływ różnicy temperatur pomiędzy korytarzem a salą pacjenta, zwłaszcza w okresie jesienno – zimowym, niesie ze sobą ryzyko chorób skóry, alergii oraz częstych przeziębień i różnego rodzaju infekcji.

(3) **Obciążenie psychiczne** – wiąże się głównie z dużą odpowiedzialnością za zdrowie i życie osoby chorej. Szczególnie w sytuacji podawania leków, czy wykonywania zabiegów. Ponadto pielęgniarka jest chronicznie narażona na działanie obciążających, traumatycznych wydarzeń codziennego życia, jak: cierpienie, ból, kalectwo, śmierć.

(4) **Utrudnienia leczenia** – do tej kategorii czynników stresogennych zalicza się wszystkie elementy, które utrudniają lub uniemożliwiają proces leczenia a pozostają poza kontrolą pielęgniarki np.: brak instrumentów bezpośredniego działania (aparatura, leki, środki opatrunkowe itp.) oraz braki ogólne (złe warunki lokalowe, bariery architektoniczne, zbyt duża ilość pacjentów, przestarzałe przepisy oraz brak reform służby zdrowia).

(5) **Niskie zarobki** – problem stanowi tutaj zarówno poziom zarobków, który jest niewspółmierny do wymagań zawodu i wkładanego wysiłku w jego wykonywanie; ale także dotyczy niekorzystnej relacji pomiędzy zarobkami innych grup zawodowych a wynagrodzeniem pielęgniarek oraz faktycznej sytuacji realnie niskiego uposażenia pielęgniarki, co w żaden sposób nie zaspakaja podstawowych potrzeb rodziny oraz jej samej.

(6) **Niski status zawodowy** – przede wszystkim dotyczy braku uznania społecznego dla trudu i zaangażowania wkładanego w wykonywanie pracy pielęgniarki oraz zajmowanie niskiej pozycji zawodowej w strukturze organizacyjnej służby zdrowia, mimo wyższego wykształcenia.

(7) **Zła współpraca zespołu leczącego** – do tej grupy stresorów organizacyjnych zalicza się głównie trudności komunikacyjne związane z hierarchią zawodową, czyli: sprzeczne polecenia przełożonych różnych szczebli, zrzucenie odpowiedzialności za efekty leczenia, niekompetentna administracja, arogancki personel pomocniczy, czy brak uznania, obniżanie wartości oraz pogardliwe traktowanie ze strony lekarzy.

(8) **Zła współpraca z pacjentami i jego rodziną** – źródło stresu pozostające poza kontrolą pielęgniarki, może wynikać z cech osobowości pacjenta i/lub nieadekwatnego pojmowania roli pielęgniarki, co bezpośrednio sprzyja wadliwym relacjom i zakłóceniom w komunikacji. Uciążliwą jest również sytuacja, gdzie pacjent lub jego rodzina ingerują w życie szpitala (Terelak, 2002, za: Terelak, 2007).

Wymienione wyżej czynniki obciążające, silnie zakłócają optymalny tok pracy oraz w szybkim tempie doprowadzają do uczucia przemęczenia a w konsekwencji do spadku wydajności i efektywności pracy.

Z kolei A. Blak – Kaleta dzieli przyczyny stresu w następujący sposób:

1. Stresory wynikające z organizacji pracy:

- a) błędny podział zadań, który prowadzi do niezgodności wymagań i umiejętności,
- b) sprzeczne wymagania stawiane przez jedną osobę lub różne osoby,
- c) zbyt wysokie wymagania, którym nie można sprostać,
- d) niejednoznaczne wymagania,
- e) brak autonomii, co wiąże się z traktowaniem pielęgniarki przez lekarzy jedynie jako realizatora poleceń,
- f) brak wsparcia ze strony starszego personelu,
- g) niski status zawodu oraz niskie wynagrodzenie,
- h) przeciążenie pracą – duża liczba obowiązków, mała ilość personelu w stosunku do liczby pacjentów,
- i) brak czasu na czynności zawodowe, jak kontakt z pacjentem, wykonywanie dodatkowych zabiegów,
- j) role konfliktowe, wynikające z konieczności podporządkowania niektórych sfer życia prywatnego, realizacjom zadań zawodowych,
- k) praca zmianowa, niekorzystnie wpływająca na sfery życia, tym samym stwarzająca trudności: natury biologicznej (zakłócenie rytmu okołodobowego), medycznej (pogorszenie zdrowia fizycznego i psychicznego) oraz społecznej (zakłócenie relacji rodzinnych i towarzyskich),
- l) całotygodniowy system pracy,

f) brak perspektyw rozwoju zawodowego = niezaspokojone ambicje.

2. Stresowy wynikające ze specyfiki zawodu, polegającej na intensywności i częstotliwości kontaktów z pacjentem:

- a) częsty „przepływ” pacjentów,
- b) duże emocjonalne wymagania pacjentów,
- c) częsty kontakt z cierpieniem i śmiercią,
- d) znacząca liczba pacjentów podlegających opiece paliatywnej, co bezpośrednio przyczynia się do sensorycznego, poznawczego oraz emocjonalnego przeciążenia,
- e) brak przerw w pracy, duża liczba godzin w kontakcie z osobą chorą,
- f) monotonia pracy.

3. Stresory odczuwane subiektywnie przez pielęgniarkę:

- a) brak równowagi po między tym, co daje a tym, co otrzymuje w zamian,
- b) nie radzenie sobie z problematyką śmierci i cierpienia,
- c) brak umiejętności łatwego nawiązywania kontaktu/zablokowanie komunikacji ze współpracownikami,
- d) niemożność sprostania idealistycznym nastawieniom,
- e) problemy natury etycznej,
- f) niejednoznaczność pełnienia ról (Blak – Kaleta, 2007, za: Kopec, Orchowska, Pogonowska, 2007).

Jak widać, pielęgniarka z racji wykonywanego zawodu zobowiązana jest do pełnienia wielu funkcji i wykonywania obciążającej fizycznie i emocjonalnie pracy. Ważnym źródłem stresu jest niemożność sprostania oczekiwaniom pacjentów. Każdy z nich z racji choroby chciałby, aby traktować go indywidualnie i z empatią. (...) Pielęgniarki, mające w swojej pracy częsty kontakt ze śmiercią i umieraniem niejednokrotnie nie potrafią radzić sobie z tym problemem. Rodzi się uczucie napięcia, niepokoju oraz złości, będące wyrazem niegodzenia się z bezradnością i niemocą przyniesienia ulgi pacjentowi (Kopec, Orchowska, Pogonowska, 2007, s. 265)

Tym samym powszechnie uważa się, że chroniczny stres zawodowy może niekorzystnie wpływać na satysfakcję zawodową, ale przede wszystkim na poczucie ogólnego zadowolenia i jakości życia. W efekcie destrukcyjny wpływ stresu rzutujący na samopoczucie i motywację, może przyczynić się do powstania zjawiska wypalenia zawodowego.

ROZDZIAŁ 4. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Rozdział ten zawierał będzie opis metodologii badań własnych. W pierwszym paragrafie sformułowane zostaną: problem, szczegółowe pytania badawcze oraz hipotezy. W dalszej kolejności zamieszczona zostanie charakterystyka narzędzi psychologicznych wykorzystanych w realizowanym programie badawczym. Kolejne części zawierać będą opis grupy osób badanych oraz szczegółowe procedury, według których przeprowadzono badania empiryczne.

4.1. Problemy i hipotezy badawcze

Zasadniczy problem naukowy w realizowanym programie badawczym skoncentrowany jest na analizie powiązań zachodzących pomiędzy radzeniem sobie ze stresem a poczuciami jakości życia u pracowników opieki paliatywnej. Problem badawczy, można ująć w formie pytania ogólnego: **czy i jakie różnice występują w sposobach radzenia sobie ze stresem u pracowników opieki paliatywnej o różnym poziomie jakości życia?** Tym samym, głównym celem rozważań jest wykazanie stopnia, w jakim można wyjaśnić preferencję poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem a poziom jakości życia badanej grupy zawodowej oraz modyfikującego wpływu

doświadczanego poczucia jakości życia na podejmowanie określonych działań zaradczych w sytuacji problemowej. Tak postawiony problem naukowy wymaga udzielenia odpowiedzi na pytania szczegółowe, umieszczone poniżej:

P1. Czy i jakie różnice w poszczególnych sposobach radzenia sobie ze stresem występują u pracowników opieki paliatywnej o niskim i wysokim poczuciu jakości życia?

P2. Jakie powiązania występują pomiędzy, sposobami radzenia sobie ze stresem a poczuciem jakości życia wśród grupy osób badanych?

P3. Czy i jakie różnice w sposobach radzenia sobie ze stresem, występują u pracowników opieki paliatywnej o różnym typie poczucia jakości życia ?

Zagadnienie strategii zaradczych stosowanych przez pracowników służby zdrowia o różnym poziomie poczucia jakości życia nie doczekały się wielu badań. Niemniej dotychczasowe rezultaty z obszaru procesu radzenia sobie i poczucia jakości życia (Bogaczewicz i in., 2011; Wnuk, Marcinkowski, 2010; Wysokiński i in., 2009; Tartas i in., 2009; Bytnar, 2010; Boruń, 2011; Łuczak, Kotlińska – Lemieszek, 2011; Majos, Głowacka, 2005; Wilczek – Różycka, 2003, 2006, 2008; Sęk, 2009; Desbiens, Fillion, 2007; Peterson i in., 2010; Burnard i in., 2000; Cole i in., 2000; Payne, 2000; Bron – Ceslowitz, 1989) pozwalają na sformułowanie hipotezy ogólnej oraz hipotez szczegółowych, dotyczących powiązań zachodzących między zmiennymi uwzględnionymi w realizowanym programie badawczym:

Hog. Występują różnice pomiędzy sposobami radzenia sobie ze stresem u pracowników opieki paliatywnej o różnym poziomie poczucia jakości życia

H1. Pracownicy opieki paliatywnej o wysokim poziomie poczucia jakości życia charakteryzują się wyższą aktywnością zaradczą.

H2. Pracownicy opieki paliatywnej o wysokim poziomie jakości życia preferują strategię radzenia sobie skoncentrowane na problemie i działaniu.

H3. Pracownicy opieki paliatywnej o niskim poziomie poczucia jakości życia w radzeniu sobie ze stresem wykorzystują działania zaradcze skoncentrowane na emocjach i unikaniu.

H4. Pracownicy opieki paliatywnej charakteryzujący się wysokim poczuciem jakości życia w zmaganiu się z trudnościami preferują aktywne radzenie sobie, planowanie oraz pozytywne przewartościowanie.

4.2. Charakterystyka zastosowanych metod

W realizowanym programie badawczym wykorzystano następujące narzędzia psychologiczne:

- *Kwestionariusz COPE* do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem Carvera
- *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia* Straś – Romanoweskiej
- *Kwestionariusz CASP – 19* do badania jakości życia Higgisa i in.
- Arkusz personalny własnej konstrukcji.

Zostaną one kolejno zwięźle omówione.

4.2.1. *Kwestionariusz COPE do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem Carvera*

Wielowymiarowy Kwestionariusz COPE, autorstwa Ch. Carvera i współpracowników został skonstruowany w 1989 roku, na podstawie transakcyjnego modelu stresu według Lazarusa i Folkman. Adaptowany do warunków polskich przez Z. Juszczynskiego i N. Ogińską – Bulik.

Zmaganie się ze stresem rozpatrywane jest w trzech kategoriach zachowań: ukierunkowanych na rozwiązanie problemu, rozładowanie emocji lub unikanie.

Jednostka będąc w konfrontacji ze stresorem, wykorzystuje tylko niektóre ze znanych sposobów radzenia sobie, co potwierdza, że *radzenie sobie jest wynikiem właściwości jednostki i sytuacji, stąd też przyjęto, że narzędzie pomiaru powinno różnicować dyspozycyjne radzenie sobie*” (czyli styl rozumiany jako względnie stała dyspozycja) od „*sytuacyjnego*” (czyli od właściwości konkretnego procesu radzenia sobie) i mierzyć różne strategie aktywne i unikowe, poznawcze i behawioralne, skoncentrowane na problemie i na emocjach. Tym samym zasadniczym zadaniem Kwestionariusza COPE, jest identyfikacja charakterystycznego wzorca strategii zaradczych (Ogińska- Bulik i Juczyński, 2009, s. 25).

Początkowe prace nad kwestionariuszem zespołu Carvera pozwoliły na skonstruowanie 13 skal w skład, których wchodziło 53 itemy. Tylko jedno pytanie

odnosiło się do ucieczki w środki uzależniające i alkohol. Tak wstępnie przygotowaną wersją testu przebadano 978 studentów, którzy mieli za zadanie zaznaczyć, jak zachowują się w sytuacji stresowej. Kolejno uzyskane wyniki poddano analizie czynnikowej, która potwierdziła wartość 12 skal (wartości własne większe od 1,0) (Ogińska- Bulik i Juczyński 2009). W kolejnych procedurach badawczych, stosowano kwestionariusz wzbogacony o dodatkowe skale: *Poczucia Humoru* oraz dodano nowe twierdzenia w skali *Zażywania Alkoholu i Narkotyków*. Doprowadziło to do stworzenia ostatecznej wersji Wielowymiarowego Inwentarza COPE stosowanego również w Polsce, który składa się z 15 skal ujętych w 60 itemów. Osoba badana udziela odpowiedzi na każde z pytań kwestionariusza, zakreślając jedną z czterech możliwych odpowiedzi: 1- prawie nigdy tak nie postępuję; 2- rzadko tak postępuję, 3- często tak postępuję, 4- prawie zawsze tak postępuję (Ogińska- Bulik i Juczyński, 2009).

Kwestionariusz COPE zawiera następujące skale, które tworzą poszczególne twierdzenia (Ogińska- Bulik i Juczyński 2009, s. 39):

1. Aktywne radzenie sobie (5, 25, 47, 58).
2. Planowanie (19, 32, 39, 58).
3. Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego (4, 14, 30, 45).
4. Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego (11, 23, 34, 52).
5. Unikanie Konkurencyjnych Działań (15, 33, 42, 55).
6. Zwrot ku Religii (7, 18, 48, 60).
7. Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój (1, 29, 38, 59).
8. Powstrzymanie się od Działania (10, 22, 41, 49).
9. Akceptacja (13, 21, 44, 54).
10. Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie (3, 17, 28, 46).
11. Zaprzeczanie (6, 27, 40, 57).
12. Odwracanie Uwagi (2, 16, 31, 43).
13. Zaprzestanie Działań (9, 24, 37, 51).
14. Zażywanie Alkoholu lub innych Środków Psychoaktywnych (12, 26, 35, 53).
15. Poczucie humoru (8, 20, 36, 50).

Rzetelność narzędzia została ustalona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, który plasuje się w granicach od 0,48 do 0,94 dla poszczególnych skal. Najniższe wyniki otrzymano w skalach: Odwracanie Uwagi i Aktywne Radzenie Sobie. Z kolei

strategia radzenia sobie odnosząca się do Zwrotu ku Religii otrzymała wyniki najwyższe (Ogińska- Bulik i Juczyński 2009). Wartość zgodności wewnętrznej dla wszystkich skal w oryginalnej wersji wynosiła powyżej 0,60. Wyjątek stanowiła skala Odwracanie Uwagi. Stałość zachowań, jakie mierzy opisywana metoda została potwierdzona na przykładzie wersji mierzącej dyspozycyjne radzenie sobie. Po pierwszym badaniu 116 osób, po upływie 6 tygodni przeprowadzono kolejne. Uzyskane wyniki mieściły się w przedziale: od 0,42 do 0,89 dla różnych skal. Natomiast, po upływie ośmiu tygodni badaniu poddano 89 osób i wskaźniki stałości wynosiły od 0,46 do 0,86 (Ogińska- Bulik i Juczyński 2009).

W procesie normalizacji wykorzystano wyniki 2016 przebadanych osób w przedziale wiekowym od 20 do 65 lat. Okazało się, iż w zestawieniu amerykańskich i polskich wyników, zachodzi duże podobieństwo w preferowanych zachowaniach zaradczych. Zauważa się przewagę aktywnych strategii, takich jak Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój, Planowanie oraz Aktywne Radzenie Sobie (Ogińska- Bulik i Juczyński 2009). Natomiast zaobserwowano duże różnice zachodzące między kobietami a mężczyznami. Ci ostatni zdecydowanie częściej korzystają ze sposobów radzenia sobie skoncentrowanych na zadaniu, jak Aktywne Radzenie Sobie. Z kolei, kobiety stosują działania zaradcze polegające na koncentracji na emocjach, mające na celu złagodzenie i wyładowanie uczuć. Zauważa się również kontrast w strategii Zwrotu ku Religii, który jest typowy raczej dla kobiet. Natomiast Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych oraz Poczucie Humoru charakterystyczne dla mężczyzn (Ogińska- Bulik i Juczyński 2009).

Inwentarz COPE stosowany jest przede wszystkim w celach badawczych, praktyce psychologicznej oraz badaniach profilaktycznych i przesiewowych. Przeznaczony jest głównie dla osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych. Procedura obliczania wyników kwestionariusza nie stanowi większej trudności dla osoby przeprowadzającej badania. Każda ze skal oceniana jest oddzielnie. W jej skład wchodzi punkty z czterech twierdzeń, które składają się na daną skalę a następnie wynik z nich uzyskany dzieli się przez cztery. Uzyskana liczba oddaje, z jaką częstotliwością osoba korzysta z danej strategii (Ogińska- Bulik i Juczyński, 2009).

4.2.2. *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia Straś – Romanowskiej*

Egzystencjalny model jakości życia autorstwa M. Straś – Romanowskiej stał się teoretycznym fundamentem stworzenia Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia. Autorka rozpatruje specyfikę pojęcia poczucia jakości życia z perspektywy, koncepcji wielowymiarowego obrazu człowieka, a przede wszystkim subiektywnego poczucia dobrostanu psychicznego, na który składają się następujące wymiary:

- psychofizyczny,
- psychospołeczny,
- podmiotowy,
- metafizyczny.

W początkowej fazie konstruowania kwestionariusza, każdy z powyższych wymiarów został ogólnie zdefiniowany a następnie podzielony na mniejsze sfery, co było podstawą do formułowania wstępnej puli 270 pozycji testowych. Kolejnym krokiem było odrzucenie z tej puli pytań podobnych o wydźwięku pejoratywnym. Pozostawiono 141 pozycji testowych, które zostały poddane badaniu zgodności, za pomocą metody sędziów kompetentnych. Ostatecznie do końcowej wersji, wyselekcjonowano 60 itemów, po 15 pytań dla poszczególnych komponentów poczucia dobrostanu. Badany udziela odpowiedzi na czterostopniowej skali, gdzie 1 – oznacza zdecydowanie nie zgadzam się, 2 – raczej nie zgadzam się, 3 – raczej zgadzam się, i 4 – zdecydowanie zgadzam się. Kwestionariusz rozpoczyna twierdzenie dotyczące sfery psychofizycznej, kolejno item sfery psychospołecznej, następnie podmiotowej i metafizycznej. Taki układ obecny jest w całym teście (Straś – Romanowska, 2004; Frąckowiak, 2004; Mróz, 2011).

W badaniach nad konstrukcją metody wzięło udział 221 osób w trzech kategoriach wiekowych: młodzież od 16 do 18 lat (średnia wieku 17,4), osoby aktywne zawodowe w przedziale wiekowym od 26 do 60 lat (średnia wieku 38,3) oraz osoby starsze w wieku od 61 do 89 lat (średnia wieku 73,5) (Frąckowiak, 2004; Mróz, 2011).

Autorzy testu zbadali jego trafność za pomocą pięciu sędziów kompetentnych, których zadaniem było dokonanie oceny wartości każdej z pozycji na pięciostopniowej skali. Na uznanie, iż sędziowie kompetentni posługiwali się podobnymi kryteriami w swoich ocenach, pozwoliły uzyskane istotności statystyczne ($p < 0,05$) wartości współczynnika zgodności sędziów *W Kendella*, dla każdej z podskali: psychofizycznej (0,58), psychospołecznej (0,50), podmiotowej (0,67) i metafizycznej (0,69).

Zastosowana procedura pozwoliła na oszacowanie wartości poszczególnych twierdzeń pod kątem treściowej reprezentatywności obszaru badanej sfery (Mróz, 2011).

Do badania rzetelności kwestionariusza zastosowano współczynnik korelacji między wynikami dwukrotnie przeprowadzonego badania. Najwyższy wskaźnik korelacji uzyskała grupa młodych ludzi (0,81 dla wyniku ogólnego), nieco niższy grupa osób starszych (0,73 dla wyniku ogólnego). Wartość wskaźnika stabilności bezwzględnej dla osób starszych wynosił 0,65 dla wyniku ogólnego. Na podstawie otrzymanych wskaźników rzetelności w aspekcie stabilności bezwzględnej dla Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia, uznaje się za zadawalające (Mróz, 2011).

Współczynnik wewnętrznej zgodności narzędzia obliczono za pomocą wzoru Alfa Cronbacha. Wynosił on odpowiednio dla poszczególnej skali: sfera psychofizyczna (0,95), sfera psychospołeczna (0,91), sfera podmiotowa (0,92), sfera metafizyczna (0,91) oraz dla całego testu (0,92).

Kwestionariusz Poczucia jakości Życia uzyskał zadawalającą ocenę zarówno pod względem trafności, jak i rzetelności, tym samym spełnia metodologiczne kryteria narzędzia psychologicznego (Mróz, 2011; Frąckowiak, 2004).

Poniżej zaprezentowano ogólne definicje, poszczególnych wymiarów poczucia jakości życia (Frąckowiak, 2004).

- (1) **Sfera Psychofizyczna** – to szeroko ujmowana cielesność i popędowość jednostki, na którą składają się uwarunkowania genetyczne, wrodzone oraz czynniki niezależne od osoby, jak: wygląd fizyczny, czy temperatura. Funkcją wymiaru psychofizycznego jest zachowanie życia i zdrowia.
- (2) **Sfera Psychospołeczna** – dotyczy procesu socjalizacji człowieka, przystosowania społecznego, co pozwala jednostce odnaleźć siebie w otoczeniu, budować, podtrzymywać relacje i więzi interpersonalne. Niezbędna dla zaspokojenia potrzeby przynależności, akceptacji, bezpieczeństwa i tożsamości społecznej.
- (3) **Sfera Podmiotowa** – wyraża się głównie w zaznaczaniu swojej indywidualności i niezależności społecznej, ale również odpowiedzialności za własne życie i podejmowane decyzje. Człowiek dąży do autentyczności i samorealizacji.
- (4) **Sfera Metafizyczna** – identyfikowana jest z duchowością człowieka, wiąże się z realizacją i akceptacją uniwersalnych wartości, jak dobro, miłość, prawda i piękno. Sprzyja kształtowaniu odpowiedzialności moralnej oraz działaniu zgodnie z własnym sumieniem.

Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia M. Straś – Romanowskiej, można stosować w obszarze poznawczym, diagnostycznym i terapeutycznym. Dotyczy badania osób dorosłych, będących w dobrym stanie zdrowia oraz chorych (poczucie jakości życia w chorobie) (Frąckowiak, 2004).

4.2.3. Kwestionariusz CASP – 19 do badania jakości życia Higgisa i in.

Teoria ludzkich potrzeb Doyal'a i Gough'a posłużyła do konstrukcji Skali CASP – 19, autorstwa P. Higgisa, M. Hyde'a, R.D. Wigginsa oraz D. Blane'a w 2003 roku. Jej adaptację do warunków polskich przeprowadziła S. Steuden w 2009 roku.

Nazwa kwestionariusza pochodzi od pierwszych liter angielskich słów: *Control* (Kontrola), *Autonomy* (Autonomia), *Self-realisation* (Samorealizacja) oraz *Pleasure* (Przyjemność), tworząc skrót CASP – 19, jednocześnie będącą powszechnie stosowaną nazwą kwestionariusza (Blane i in., 2008; Higgs i in., 2003).

Koncepcja CASP – 19, jako jednego z ważniejszych narzędzi wykorzystywane jest do pomiaru poczucia jakości życia; głównie opiera się na założeniu, że zarówno potrzeby biologiczne, jako społeczne człowieka, zajmują ten sam poziom ważności i istotności w hierarchii potrzeb jednostki. Tym samym, w tej teoretycznej perspektywie jakość życia oceniana jest, jako stopień zaspokojenia ludzkich potrzeb. Ponadto, autorzy zakładają, że mimo istnienia wspólnych, podstawowych potrzeb dla prawidłowego funkcjonowania biologicznego człowieka, jak żywność czy schronienie, to równie istotnym dla optymalizacji życia społecznego jednostki, jest proces aktywności i refleksyjności, któremu podlega osoba (Blane i in., 2004; 2008).

Na podstawie obszarów ludzkich potrzeb, wygenerowano cztery sfery jakości życia:

- (1) **Kontrola** – dotyczy wpływu stanu zdrowia na codzienną aktywność osoby, poczucia kontroli sytuacji, w której się aktualnie znajduje oraz swobody, z jaką planuje swoją przyszłość.
- (2) **Autonomia** – odnosi się do oceny poczucia wpływu na to, co się dzieje z człowiekiem, czy jest w stanie czerpać satysfakcję ze swojej aktywności oraz realizować cele i plany życiowe. Ponadto, określa w jakim stopniu stan zdrowia i status materialny wpływają na ogólne funkcjonowanie osoby.

(3) **Samorealizacja** – mierzy optymizm, poczucie posiadanej energii oraz odczuwanej satysfakcji z życia.

(4) **Przyjemność** – ma za zadanie określić sensowność życia osoby, jej stosunek do przyszłości, poziom życiowej radości oraz zadowolenia z przebywania w towarzystwie innych ludzi (Higgs i in., 2003)

Początkowo skala do badania poczucia jakości życia składała się z 23 twierdzeń, które przeszły trzyetapową fazę oceny. W pierwszym etapie pulę pytań poddano ocenie trafności fasadowej grupie sędziów kompetentnych (ekspertów z dziedziny gerontologii społecznej i metodologii badań). Kolejno wyselekcjonowane itemy o zadawalającej trafności fasadowej poddano badaniom pilotażowym oraz ocenie w wywiadach w celu określenia poziomu trafności treściowej. Ostatni etap polegał na usunięciu ze skali twierdzeń, które były spostrzegane przez badanych, jako wyrażające wysoką pewność siebie i arogancję. Pozostawiono te oceniane, jako zrozumiałe oraz łatwe do wypełnienia. W ten sposób otrzymano 22- itemową skalę, którą przebadano grupę 286 osób w przedziale wiekowym od 65 do 75 lat. Uzyskane wyniki zostały poddane analizie poziomu rzetelności oraz trafności zbieżnej wyników ogólnych metody z innymi narzędziami (The life Satisfaction Indem – Well Being Scale LSI – W Jamesa). W wyniku powyższych modyfikacji otrzymano pulę 19 pytań.

Kwestionariusz CASP – 19 posiada zadawalające wskaźniki psychometryczne. Współczynnik korelacji r-Pearsona pomiędzy czterema wymiarami: Kontroli, Autonomii, Samorealizacji i Przyjemności plasuje się w przedziale od 0,35 do 0,67. Najsłabsze korelacje występują między podskalami Przyjemności i Autonomii, co jak tłumaczą autorzy, może sugerować, że postawa izolacji od niechcianej ingerencji z zewnątrz, nie stanowi gwarancji posiadania wysokiego poziomu odczuwanej jakości życia. Ponadto, poszczególne komponenty ujawniły ładowanie czynników jakości życia w przedziale od 0,71 do 0,88. Ustalono również, że dane liczbowe uzyskane za pomocą Kwestionariusza CASP – 19 przejawiają skośny układ ujemny o następujących wartościach liczbowych: średnia (42,2), mediana (43,0) oraz odchylenie standardowe (7,84) (Higgs i in., 2003).

Skala CASP – 19 nie posiada wypracowanych przez autorów norm. Higgs i in. w swoich badaniach uzyskali średni wynik ogólny równy 42,2 z odchyleniem standardowym wynoszącym 7,84, co sugeruje, że średni wynik może mieścić się w granicach od 34,36 do 50,04. Tym samym można powiedzieć, iż możliwe do uzyskania wyniki w skali: Autonomii, Samorealizacji i Przyjemności mieszczą się w przedziale 0-

15, dla skali Kontroli 0-12. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie danej cechy. Należy zaznaczyć, że powyższy podział jest czysto teoretyczne, z uwagi na brak przedziałów dla poszczególnych skal opracowanych przez autorów metody (Higgs i in., 2003).

Ostateczna wersja metody składa się z 19 itemów, pogrupowanych w cztery wymiary, mierzące: Kontrolę (4 pytania), Autonomię (5 pytań), Samorealizację (5 pytań) oraz Przyjemność (5 pytań). Osoby badane udzielają odpowiedzi na czterostopniowej skali Likerta (Blane, Wiggins, Hyde, Higgs, 2008).

Badany ma możliwość uzyskania od 0 do 57 punktów, gdzie 0 – oznacza zupełny brak poczucia zadowolenia z życia, natomiast najwyższy wynik, dotyczy osób odczuwających pełną satysfakcję z życia we wszystkich czterech sferach.

Wykorzystując w badaniu Kwestionariusz CASP – 19, otrzymujemy ocenę globalną poczucia jakości życia oraz wyniki w czterech czynnikach: Kontroli, Autonomii, Przyjemności oraz Samorealizacji (Blane i in., 2004).

4.2.4. Arkusz personalny

Do zebrania danych socjodemograficznych, zastosowano Arkusz personalny własnej konstrukcji. Składa się on z 18 pytań: 14 zamkniętych i 4 otwartych.

Arkusz personalny rozpoczyna krótka instrukcja, która dotyczy sposobu udzielania odpowiedzi przez osoby badane, naukowego celu przeprowadzanego badania oraz gwarancję anonimowości respondentów.

Zakres zainteresowań pytań w kwestionariuszu osobowym obejmuje: podstawowe informacje o pracowniku opieki paliatywnej, specyfikę miejsca pracy, rodzaj relacji rodzinnych i koleżeńskich, zainteresowania oraz z uwagi na tematykę badań - preferowane zachowania zaradcze w sytuacji stresu, stosunek do współpracowników oraz stopień poczucia satysfakcji zawodowej.

Poniżej zaprezentowano rozkład pytań w ankiecie personalnej:

- trzy pierwsze pytania, **1, 2 i 3** dotyczą płci, wieku oraz stanu cywilnego,
- pytanie **4, 5 i 6** odnoszą się do stanowiska, miejsca i stażu pracy,
- w pytaniu **7** badani zaznaczają, jakimi według siebie są pracownikami,
- w pytaniu **8, 9 i 10** pracownicy opieki paliatywnej oceniają swoje relacje ze współpracownikami, stopień docenienia przez innych oraz określają ile czasu poświęcają na pracę zawodową,

- pytanie **11 i 12** dotyczy miejsca zamieszkania i sytuacji materialnej osób badanych;
- kolejne dwa pytania **13 i 14** odnoszą się do relacji z najbliższymi członkami rodziny oraz przyjaciółmi i znajomymi respondentów,
- w pytaniu **15**, badani zaznaczają najczęściej wykorzystywane działania zaradcze w sytuacji stresowej,
- z kolei w pytaniu **16** osoby odpowiadają, jak często są z siebie zadowoleni,
- natomiast pytanie **17** ma na celu określenie stosunku do kwestii religijnych badanych pielęgniarek,
- ostatnie pytanie **18**, dotyczy zainteresowań.

4.3. Charakterystyka grupy badanych

Grupę osób badanych tworzyły 82 kobiety. Badanymi byli pracownicy opieki paliatywnej w przedziale wiekowym od 24 do 55 lat. Wszystkie z przebadanych osób pracowały na stanowisku pielęgniarki na Oddziale Paliatywnym, Onkologicznym lub w Hospicjum.

W poniższych tabelach (Tabela 4.1. – 4.16) znajdują się podstawowe informacje o osobach badanych. Ich zebranie było możliwe dzięki informacjom uzyskanym w arkuszu personalnym własnej konstrukcji.

Pierwszy podstawowy krok w opisie danych socjodemograficznych polegał na uwzględnieniu wieku osób badanych.

Tabela 4.1. Procentowy rozkład wieku badanych

WIEK	N (liczebność)	% (procent)
24 - 29	9	10,98
30 - 35	15	18,29
36 - 40	25	30,49
41 - 45	18	21,95
46 - 50	11	13,41
51 - 55	4	4,88
RAZEM	82	100

Źródło: Opracowanie własne.

Dane zawarte w Tabeli 4.1. (patrz s. 81) wskazują, iż w grupie badanych 30,49% było w wieku 36-40 lat. Z kolei 21,95% osób miało od 41 do 45 lat, a 18,29% było w wieku 30-35 lat. Natomiast 13,41% badanych plasuje się w przedziale od 46 do 50 lat, 10,98% z nich było w wieku 24-29 lat. Najmniej liczną grupę stanowią osoby w wieku 51-55 lat (4,88%). Analiza danych wskazuje, że najbardziej liczną grupę stanowili pracownicy opieki paliatywnej w wieku 36-40 lat.

Tabela 4.2. Procentowy rozkład stanu cywilnego osób badanych

STAN CYWILNY	N (liczebność)	% (procent)
Osoby zamężne	55	67,07
Osoby wolne	12	14,63
Osoby rozwiedzione	15	18,29
RAZEM	82	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 4.2. wskazuje, że większa część grupy (67,07%) pozostaje w związku małżeńskim, tylko 14,63% respondentek jest w stanie wolnym. Natomiast osoby rozwiedzione stanowią 18,29% całej grupy badanych.

Kolejnym krokiem w opisie grupy badanej było uwzględnienie specyfiki miejsca pracy. Odpowiednie dane liczbowe prezentuje Tabela 4.3.

Tabela 4.3. Procentowy rozkład specyfiki miejsca pracy badanych

MIEJSCE PRACY	N (liczebność)	% (procent)
Oddział paliatywny	16	19,51
Oddział onkologiczny	16	19,51
Hospicjum	50	60,98
RAZEM	82	100

Źródło: Opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę specyfikę miejsca pracy badanych (Tabela 4.3.), ponad połowa osób (60,98%) pracuje w Hospicjum. Natomiast na Oddziałach Paliatywnym i Onkologicznym pracuje po 19,51% badanych pielęgniarek.

Następnym krokiem w opisie grupy badanej było uwzględnienie stażu pracy osób badanych. Odpowiednie dane liczbowe zawiera Tabela 4.4.

Tabela 4.4. Procentowy rozkład stażu pracy osób badanych

STAŻ PRACY (W LATACH)	N (liczebność)	% (procent)
2 -8	22	26,83
9 - 15	20	24,39
16 - 22	24	29,27
23 - 29	12	14,63
30 - 36	4	4,88
RAZEM	82	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza wyników zawartych w Tabeli 4.4 wskazuje, że najliczniejszą grupę 29,27% stanowią badane z doświadczeniem zawodowym w przedziale 16-22 lata. Kolejno 26,83% osób posiada doświadczenie zawodowe od 2 do 8 lat. Prawie równoliczną grupę tworzy 24,39% pracujących w zawodzie 9-15 lat; 14,63% wszystkich badanych stanowią osoby ze stażem w przedziale 23-29 lat. Tylko 4,88% pielęgniarek charakteryzuje się najdłuższym doświadczeniem zawodowym z zakresu opieki paliatywnej od 30 do 36 lat

Następnym krokiem w opisie grupy osób badanych było uwzględnienie miejsca zamieszkania. Odpowiednie dane liczbowe zostały zawarte w Tabeli 4.5.

Tabela 4.5. Procentowy rozkład z miejscem zamieszkania badanych

MIEJSCE ZAMIESZKANIA	N (liczebność)	% (procent)
Wieś	34	41,46
Małe miasto (do 50 tys.)	27	32,93
Średnie miasto (do 100 tys.)	5	6,10
Duże miasto (pow. 100 tys.)	16	19,51
RAZEM	82	100

Źródło: Opracowanie własne.

Wskaźniki liczbowe zawarte w Tabeli 4.5. wskazują, iż spośród badanych osób 41,46% pochodzi z obszaru wiejskiego, 32,93% z małego miasta, a 19,51% zamieszkuje duże miasto. Natomiast najmniej liczną grupę – 6,10% tworzą pielęgniarki pochodzące z dużego miasta. Należy zauważyć, że blisko połowa (41,46%) pielęgniarek paliatywnych pochodzi ze wsi.

Kolejnym krokiem w opisie grupy badanej było uwzględnienie obowiązującej sytuacji materialnej w rodzinie badanych. Odpowiednie dane liczbowe zawarte zostały w Tabeli 4.6.

Tabela 4.6. Procentowy rozkład obowiązującej sytuacji materialnej w rodzinie osób badanych

SYTUACJA MATERIALNA	N (liczebność)	% (procent)
Dobra	30	36,59
Przeciętna	46	56,10
Zła	6	7,32
RAZEM	82	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza wyników zawartych w Tabeli 4.6. wykazuje, że dobrą sytuacją finansową cieszy się 36,59% respondentek, przeciętną – 56,10% badanych. Z kolei, złej sytuacji materialnej doświadcza 7,32% ogółu badanych kobiet.

Kolejnym krokiem w opisie grupy badanej było uwzględnienie czasu poświęconego na pracę zawodową. Odpowiednie dane liczbowe przedstawia poniższa Tabela 4.7. (patrz s. 85).

Treść Tabeli 4.7. (patrz s. 85) wskazuje, iż 64,63% respondentów deklaruje, że na pracę zawodową poświęca dużo czasu, a 20,73% z nich bardzo dużo. Grupa 10,98% badanych uważa, iż w umiarkowanym stopniu wydatkują czas w ramach obowiązków służbowych. Tylko 1,22 % osób przyznało, że na pracę zawodową przeznacza mało i bardzo mało czasu.

Tabela 4.7. Procentowy rozkład czasu poświęconego na pracę zawodową

CZAS POŚWIĘCONY NA PRACĘ ZAWODOWĄ	N (liczebność)	% (procent)
Bardzo mało	1	1,22
Mało	1	1,22
Przeciętnie	9	10,98
Dużo	53	64,63
Bardzo dużo	17	20,73
RAZEM	82	100

Źródło: Opracowanie własne.

Następnym krokiem w opisie grupy osób badanych było uwzględnienie oceny własnej osoby, jako pracowników w kategoriach wywiązywania się z obowiązków zawodowych. Odpowiednie dane liczbowe prezentuje poniższa Tabela 4.8.

Tabela 4.8. Procentowy rozkład z oceną własnej osoby, jako pracownika w kategoriach radzenia sobie z obowiązkami zawodowymi

JESTEM PRACOWNIKIEM	N (liczebność)	% (procent)
Dobrym	78	95,12
Przeciętnym	4	4,88
Słabym	0	0
RAZEM	82	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 4.8. dowodzi, że aż 95,12% respondentek postrzega siebie jako dobrego pracownika, tylko 4,88% badanych twierdzi, że jest przeciętnym pracownikiem. Żaden z respondentów nie ocenił siebie w kategoriach osoby nieradzącej sobie z obowiązkami zawodowymi.

Kolejna rozważana zmienna dotyczyła oceny stopnia, w jakim praca pielęgniarek hospicyjnych i onkologicznych jest doceniana przez innych ludzi. Odpowiednie dane liczbowe zawiera Tabela 4.9. (patrz s. 86).

Tabela 4.9. Procentowy rozkład z oceną stopnia docenienia pracy badanych przez otoczenie

POCZUCIE DOCENIENIA PRZEZ OTOCZENIE	N (liczebność)	% (procent)
Tak	41	50,00
Trudno powiedzieć	29	35,37
Nie	12	14,63
RAZEM	82	100

Źródło: Opracowanie własne.

Wskaźniki liczbowe zawarte w Tabeli 4.9. wskazują, iż połowa grupy badanych (50%) uważa, że praca, którą wykonują jest doceniana przez innych, 35,37% respondentek nie ma konkretnego zdania w tej kwestii, natomiast 14,63% pielęgniarek otwarcie przyznaje, że nie są doceniane przez otoczenie.

Kolejnym krokiem w opisie badanej grupy było uwzględnienie zainteresowań preferowanych przez osoby badane. Odpowiednie dane liczbowe zostały zamieszczone w Tabeli 4.10.

Tabela 4.10. Procentowy rozkład zainteresowań badanych

ZAINTERESOWANIA	N (liczebność)	% (procent)
Sport	21	25,61
Książka	45	54,88
Muzyka	27	32,93
Telewizja	24	29,27
Podróże	23	28,05
Inne...(brak czasu na zainteresowania)	2	2,44

Źródło: Opracowanie własne.

Dane liczbowe ujęte w Tabeli 4.10. przedstawiają deklarowane zainteresowania pracowników opieki paliatywnej. Ponad połowa badanych (54,88%) preferuje czytanie książek jako sposób spędzania wolnego czasu. 32,93% słucha muzyki, 29,27% badanych ogląda telewizję, a 28,05% często podróżuje. Tylko 25,61% respondentów preferuje sport. W dwóch przypadkach badani przyznali, że nie posiadają żadnych zainteresowań, czego główną przyczyną jest brak czasu.

Następną zmienną uwzględnianą w opisie grupy są relacje z członkami rodziny, przyjaciółmi i współpracownikami. Odpowiednie dane liczbowe zostały zawarte w Tabeli 4.11.

Tabela 4.11. Procentowy rozkład stosunków z członkami rodziny, przyjaciółmi oraz współpracownikami deklarowanych przez osoby badane

RELACJE Z:	RODZINĄ		PRZYJACIÓŁMI		WSPÓLPRACOWNIKAMI	
	N	%	N	%	N	%
Dobre	62	75,61	70	85,37	69	84,15
Przeciętne	14	17,07	11	13,41	13	15,85
Złe	6	7,32	1	1,22	0	0
RAZEM	82	100	82	100	82	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza wyników zawartych w Tabeli 4.11. wskazuje, iż w zarówno w aspekcie relacji z najbliższymi członkami rodziny (75,61% osób), przyjaciółmi (85,37% badanych), jak i współpracownikami (84,15% osób), większość badanych ocenia je jako dobre. Przeciętne stosunki z rodziną deklaruje 17,07% respondentek; z przyjaciółmi/znajomymi 13,41% osób, natomiast z współpracownikami 15,85% wszystkich badanych.

Kolejnym krokiem w opisie grupy badanej była ocena stopnia zadowolone z sienie. Odpowiednie dane liczbowe zawiera Tabela 4.12.

Tabela 4.12. Procentowy rozkład stopnia zadowolenia z siebie, deklarowanego przez badanych

ZADOWOLENIE Z SIEBIE	N (liczebność)	% (procent)
Bardzo rzadko	4	4,88
Rzadko	29	35,37
Często	42	51,22
Bardzo często	7	8,54
RAZEM	82	100

Źródło: Opracowanie własne.

Treść Tabeli 4.12. (patrz s. 87) donosi, że wśród przebadanych osób poczucia zadowolenia z samego siebie bardzo często i często doświadcza 59,76% badanych. Z kolei, rzadko oraz bardzo rzadko zadowolonych z siebie jest 40,25% respondentów.

Kolejna rozważana zmienna dotyczyła preferowanych działań zaradczych w sytuacji radzenia sobie ze stresem. Odpowiednie dane liczbowe prezentuje poniższa Tabela 4.13.

Tabela 4.13. Procentowy rozkład działań zaradczych w sytuacjach stresowych preferowanych przez badanych

PREFEROWANE DZIAŁANIA ZARADCZE W SYTUACJACH STRESOWYCH	N (liczebność)	% (procent)
Czujesz bezradność	13	15,85
Najczęściej, wiesz jak ich uniknąć	10	12,20
Zwracasz się, do kogoś o pomoc	24	29,27
Starasz się nie myśleć o trudnościach	13	15,85
Sporządzasz plan działania	32	39,02

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza wyników zawartych w powyższej tabeli wskazuje, że największa liczba respondentek (39,02%) przyznaje, że najczęściej w sytuacjach trudnych *sporządza plan działania*. Kolejnym działaniem zaradczym jest *zwrócenie się do kogoś o pomoc* (29,27%), a 15,85% *czuje się bezradna* i stara się *nie myśleć o doświadczanych trudnościach*. Najmniej 12,20% osób badanych *wie, w jaki sposób uniknąć niekonfortowej sytuacji stresu*.

Ostatnia zmienna uwzględniona w opisie grupy badanych dotyczyła stosunku do kwestii religijnych. Odpowiednie dane liczbowe zawarte zostały w Tabeli 4.14. (patrz s. 89).

Tabela 4.14. Procentowy rozkład stosunku do kwestii religijnych osób badanych

STOSUNEK DO RELIGII	N (liczebność)	% (procent)
Bardzo pozytywny	16	19,51
Pozytywny	49	59,76
Obojętny	12	14,63
Bardzo obojętny	5	6,10
Wrogі	0	0
RAZEM	82	100

Źródło: Opracowanie własne.

Ponad połowa badanych osób (59,76%) deklaruje pozytywny stosunek do kwestii religijnych. Bardzo pozytywne nastawienie przejawia 19,51% respondentek. Tylko 14,63% całej grupy badanej prezentuje postawę obojętności, natomiast 5 osób (6,10%) deklaruje postawę bardzo obojętną. Żadna spośród przebadanych pielęgniarek nie doświadcza uczucia wrogości w stosunku do kwestii religijnych.

4.4. Procedura badań własnych

Badania przeprowadzono w okresie od 20.08.2011r. do 30.12.2011r. Miały one charakter indywidualnego oraz dobrowolnego uczestnictwa. Podstawą do ich przeprowadzenia, było wyrażenie zgody przez dyrekcję placówek oraz pielęgniarkę koordynującą dany oddział.

Wszystkie przebadane osoby to pielęgniarki pracujące w Szpitalu Specjalistycznym im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach, w Hospicjum im. Chrystusa Króla w Stróżach oraz w Ośrodku Opieki Hospicyjnej TPCCH "Hospicjum im. Św. Łazarza" w Karakowie.

Grupę badawczą w całości winny stanowić pracownicy opieki paliatywnej. Niestety z uwagi na specyfikę miejsca pracy oraz dostępność pracowników służby zdrowia, 80% badanych stanowią pielęgniarki opieki paliatywnej, pracujące na oddziale paliatywnym i w hospicjum, natomiast pozostałą grupę, 20% badanych tworzą pielęgniarki oddziału onkologicznego.

Z całości uzyskanego materiału analizie poddano testy wypełnione przez 85 osób. Po dokonaniu wstępnej oceny i selekcji kwestionariuszy z uwzględnieniem zasad kompletności oraz poprawności udzielanych odpowiedzi, do ostatecznego opracowania zakwalifikowano 82 zestawy baterii testów, 3 komplety zostały odrzucone.

Badania przeprowadzono osobiście. Na samym wstępie pracownicy opieki paliatywnej zostali poinformowani o naukowym charakterze badań oraz o pełnej gwarancji anonimowości wszystkich uczestników. Każdy zestaw rozpoczynał się od Arkusza personalnego, następnie składał się z Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia Straś – Romanowskiej, Kwestionariusza COPE do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem Carvera oraz Kwestionariusza CASP – 19 do badania jakości życia Higgisa i in.

Na ogół osoby badane chętnie uczestniczyły w badaniach, aczkolwiek dało się zauważyć brak motywacji i mobilizacji do wypełnienia kwestionariuszy. Ponadto często w informacji zwrotnej respondentki zaznaczały, że twierdzenia w zaproponowanej baterii testów były dość trudne i wymagały intensywnego zastanowienia i przemyślenia. Całkowity czas wypełnienia testów wynosił średnio 35 minut.

Na podstawie powyższego uznaje się, że zebrany materiał jest wiarygodny i może zostać poddany analizie statystycznej i psychologicznej.

ROZDZIAŁ 5. POWIĄZANIA POMIĘDZY POCZUCIEM JAKOŚCI ŻYCIA A ZACHOWANIAMI ZARADCZYMI PRACOWNIKÓW OPIEKI PALIATYWNEJ

Celem niniejszego rozdziału będzie analiza statystyczna i psychologiczna uzyskanych wyników na podstawie przeprowadzonych badań własnych. W pierwszej części, zostaną zaprezentowane wyniki całej grupy badanych, które będą podstawą do opisu powiązań między mierzonymi zmiennymi, jak poczucie jakości życia oraz strategię radzenia sobie ze stresem. Analiza powiązań pomiędzy zmiennymi, zostanie dokonana przy użyciu współczynnika korelacji r Pearsona. Przedmiotem zainteresowań, kolejnych podrozdziałów będzie prezentacja i omówienie rezultatów badań własnych otrzymanych w grupach skrajnych oraz sposób ich wyodrębnienia. Rozdział zakończy porównanie preferowanych strategii radzenia sobie za stresem przez pracowników opieki paliatywnej o wysokim i niskim poczuciu jakości życia.

5.1. Powiązania między zmiennymi w całej grupie badanych pracowników opieki paliatywnej

Do wykazania powiązań zachodzących pomiędzy zmiennymi - poczuciem jakości życia i radzeniem sobie ze stresem u grupy badanych osób, wykorzystano analizę statystyczną współczynnika r Pearsona. Niniejsza procedura została przeprowadzona na danych uzyskanych w badaniach własnych.

Poziom poczucia jakości życia wśród badanych pielęgniarek został ustalony, dzięki użyciu *Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia* M. Straś – Romanowskiej oraz *Kwestionariusza CASP – 19* do badania jakości życia Higgisa i in.

Dla tak ujmowanego zjawiska poczucia jakości życia, poszukiwano istniejących powiązań ze sposobami radzenia sobie, do którego pomiaru wykorzystano *Kwestionariusz COPE* Carvera.

W kolejnych podrozdziałach zostanie zaprezentowana oraz omówiona analiza korelacyjna powyższych zmiennych.

5.1.1. Powiązania pomiędzy poczuciem jakości życia a strategiami radzenia sobie ze stresem z wykorzystaniem Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia Straś – Romanowskiej oraz Kwestionariusza COPE Carvera

Wyniki uzyskane w *Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia* Straś – Romanowskiej zostały skorelowane z wynikami *Kwestionariusza COPE* do pomiaru strategii radzenia sobie Carvera.

Otrzymaną macierz korelacji przedstawiono w Tabeli 5.1. (patrz s. 93).

Tabela 5.1. Wskaźnik korelacji (r Pearsona) pomiędzy wynikami w Kwestionariuszu Poczucia Jakości Życia Straś – Romanowskiej a wynikami w Kwestionariuszu COPE dla całej badanej grupy (N=82)

SKALE RADZENIA SOBIE	Wymiar Psychofizyczny		Wymiar Psychospołeczny		Wymiar Podmiotowy		Wymiar Metafizyczny		Wynik Ogólny Jakości Życia	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
ARS - aktywne radzenie sobie	0,12	0,272	0,16	0,150	0,23	0,039	0,32	0,004	0,24	0,034
PLA - planowanie	0,24	0,028	0,33	0,003	0,35	0,001	0,42	0,001	0,38	0,001
PWI - poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,28	0,010	0,35	0,001	0,20	0,073	0,34	0,002	0,34	0,002
PWE - poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,30	0,007	0,36	0,001	0,17	0,118	0,38	0,001	0,35	0,001
UKD - unikanie konkurencyjnych działań	0,15	0,181	0,15	0,182	0,28	0,011	0,33	0,002	0,26	0,019
ZKR - zwrot ku religii	0,20	0,074	0,37	0,001	0,22	0,048	0,41	0,001	0,34	0,002
PPR - pozytywne przewartościowanie i rozwój	0,39	0,001	0,40	0,001	0,44	0,001	0,49	0,001	0,50	0,001
POD - powstrzymywanie się od działania	- 0,11	0,325	- 0,13	0,241	- 0,13	0,232	- 0,03	0,800	- 0,12	0,281
AKC - akceptacja	- 0,10	0,379	- 0,03	0,813	0,04	0,748	0,10	0,351	- 0,00	0,991
KNE - koncentracja na emocjach	- 0,17	0,134	0,08	0,461	- 0,12	0,270	0,31	0,005	0,01	0,898
ZAP - zaprzeczanie	-0,44	0,001	-0,57	0,001	-0,47	0,001	-0,54	0,001	-0,59	0,001
ODU - odwracanie uwagi	- 0,19	0,090	-0,30	0,007	- 0,22	0,048	- 0,20	0,071	- 0,26	0,016
ZAD - zaprzestanie działań	-0,35	0,001	-0,48	0,001	-0,39	0,001	-0,32	0,003	-0,45	0,001
ZAL - zażywanie alkoholu/ środków psychoaktywnych	-0,39	0,001	-0,58	0,001	-0,40	0,001	-0,42	0,001	-0,52	0,001
PHU - poczucie humoru	- 0,03	0,786	- 0,26	0,018	- 0,12	0,283	- 0,20	0,080	- 0,17	0,119

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie analizy uzyskanych korelacji można wskazać istotne statystyczne zależności pomiędzy poczuciem jakości życia a strategiami radzenia sobie.

W wymiarze psychofizycznym poczucia jakości życia odnotowuje się dodatnią korelację z następującymi zachowaniami zaradczymi: planowaniem (PLA) ($r=0,24$; $p=0,028$), poczuciem wsparcia instrumentalnego (PWI) ($r=0,28$; $p=0,010$) i

emocjonalnego (PWE) ($r=0,30$; $p=0,007$) i pozytywnym przewartościowaniem (PPR) ($r=0,39$; $p=0,001$). Pozostałe trzy korelacje o charakterze ujemnym, w tym wymiarze jakości życia występują w stosunku do zaprzeczenia (ZAP) ($r=-0,44$; $p=0,001$), zaprzestania działań (ZAD) ($r=-0,35$; $p=0,001$) oraz zażywania alkoholu i/lub środków psychoaktywnych (ZAL) ($r=-0,39$; $p=0,001$). Z powyższych danych statystycznych można wnioskować, że osoby przejawiające cechy psychofizycznego poczucia jakości życia najczęściej w sytuacjach stresowych planują kolejne działania, poszukują informacji oraz wsparcia emocjonalnego wśród innych osób oraz starają się pozytywnie przewartościować sytuację trudną, której aktualnie doświadczają. Ponadto zdecydowanie rzadziej zaprzeczają istnieniu sytuacji stresowej, decydują się na zażywanie środków psychoaktywnych, czy picia alkoholu oraz rezygnują z podejmowania jakichkolwiek działań zaradczych.

Istotne statystyczne ujemne powiązania zachodzą pomiędzy psychospołecznym wymiarem jakości życia a zaprzeczaniem (ZAP) ($r=-0,57$; $p=0,001$), odwracaniem uwagi (ODU) ($r=-0,30$; $p=0,007$), zaprzestaniem działań (ZAD) ($r=-0,48$; $p=0,001$), zażywaniem alkoholu (ZAL) ($r=-0,58$; $p=0,001$) oraz poczuciem humoru (PHU) ($r=-0,26$; $p=0,018$). Biorąc pod uwagę ujemny charakter korelacji, można stwierdzić, że wraz ze wzrostem psychospołecznego aspektu poczucia jakości życia, maleje wykorzystywanie powyższych strategii radzenia sobie przez badanych pracowników opieki paliatywnej. Z kolei ten sam wymiar dodatnio koreluje z planowaniem (PLA) ($r=0,33$; $p=0,003$), poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego (PWE) ($r=0,36$; $p=0,001$) i instrumentalnego (PWI) ($r=0,35$; $p=0,001$), zwrotem ku religii (ZKR) ($r=0,37$; $p=0,001$) oraz pozytywnym przewartościowaniem (PPR) ($r=0,40$; $p=0,001$). Świadczy to o rosnącej tendencji posługiwaniem się wymienionymi sposobami radzenia sobie w stresie, przez osoby charakteryzujące się wyższymi wynikami w sferze psychospołecznej jakości życia.

Na podstawie dodatniej korelacji pomiędzy podmiotową sferą poczucia jakości życia a aktywnym radzeniem sobie (AKR) ($r=0,23$; $p=0,039$), planowaniem (PLA) ($r=0,35$; $p=0,001$), unikaniem konkurencyjnych działań (UKD) ($r=0,28$; $p=0,011$), zwrotem ku religii (ZKR) ($r=0,22$; $p=0,048$) oraz pozytywnym przewartościowaniem i rozwojem (PPR) ($r=0,44$; $p=0,001$). Co oznacza, iż osoby w sytuacji problemowej częściej podejmują i planują aktywne, a nie pasywne działania zaradcze. Skupiają się na zadaniach, które gwarantują im rozwiązanie doświadczanych trudności. W sytuacji stresowej pomocy poszukują w religii oraz w przekonaniu o pozytywnym i pomyślnym

uporaniu się z problemami. Ponadto badane pielęgniarki rzadko zaprzeczają (ZAP) ($r=-0,47$; $p=0,001$), czy próbują odwrócić własną uwagę (ODU) ($r=-0,22$; $p=0,048$) od sytuacji zagrożenia, równie rzadko decydują się na picie alkoholu (ZAL) ($r=-0,40$; $p=0,001$) lub zaniechania działań (ZAD) ($r=-0,39$; $p=0,001$) zaradczych w obliczu zmagania się ze stresem. Potwierdzeniem są istotne na poziomie statystycznym ujemne powiązanie między podmiotowym wymiarem jakości życia a wyżej wymienionymi strategiami radzenia sobie.

Wymiar metafizyczny poczucia jakości życia koreluje z zaprzeczeniem (ZAP) ($r=-0,54$; $p=0,001$), zaprzestaniem działań (ZAD) ($r=-0,32$; $p=0,003$) oraz zażywaniem alkoholu/substancji psychoaktywnych (ZAL) ($r=-0,42$; $p=0,001$). Na podstawie ujemnego charakteru tych powiązań, można wnioskować, że wraz ze wzrostem metafizycznego aspektu jakości życia, u badanych pracowników opieki paliatywnej maleje prawdopodobieństwo zastosowania powyższych zachowań zaradczych. Z kolei, korelacja o charakterze dodatnim w tym samym wymiarze jakości życia, świadczy o preferencji badanych osób następujących sposobów radzenia sobie: aktywne radzenie sobie (ARS) ($r=0,32$; $p=0,04$), planowanie (PLA) ($r=0,42$; $p=0,001$), poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI) ($r=0,34$; $p=0,002$) i emocjonalnego (PWE) ($r=0,38$; $p=0,001$), unikanie konkurencyjnych działań (UKD) ($r=0,33$; $p=0,002$), zwrot ku religii (ZKR) ($r=0,41$; $p=0,001$), pozytywne przewartościowanie i rozwój (PPR) ($r=0,49$; $p=0,001$) oraz koncentracja na emocjach (KNE) ($r=0,31$; $p=0,005$).

Zauważa się również istotne statystycznie ujemne powiązania między wynikiem ogólnym poczucia jakości życia a następującymi strategiami zaradczymi: zaprzeczanie (ZAP) ($r=-0,59$; $p=0,001$), odwracanie uwagi (ODU) ($r=-0,26$; $p=0,016$), zaprzestanie działań (ZAD) ($r=-0,45$; $p=0,001$) oraz zażywanie alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych (ZAL) ($r=-0,52$; $p=0,001$). Można stwierdzić, że wraz ze wzrostem ogólnego poczucia jakości życia maleje tendencja do stosowania wymienionych sposobów radzenia sobie. Ponadto, pozostałe dodatnie korelacje w analizowanym wymiarze, zachodzą w odniesieniu do: aktywnego radzenia sobie (ARS) ($r=0,24$; $p=0,034$), planowania (PLA) ($r=0,38$; $p=0,001$), poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI) ($r=0,34$; $p=0,002$) i emocjonalnego (PWE) ($r=0,35$; $p=0,001$), unikanie konkurencyjnych działań (UKD) ($r=0,26$; $p=0,019$), zwrot ku religii (ZKR) ($r=0,34$; $p=0,002$) oraz pozytywne przewartościowanie (PPR) ($r=0,50$; $p=0,001$). Co sugeruje, że u badanych pielęgniarek wraz ze wzrostem ogólnego poczucia jakości

życia, jednocześnie w sytuacji radzenia sobie ze stresem rośnie preferencja powyższych strategii.

Należy zaznaczyć, że tylko w dwóch typach działań zaradczych ujmowanych w *Kwestionariuszu COPE* nie wykazano różnic istotnych statystycznie, do których należą: powstrzymywanie się od działań (POD) oraz akceptacja (AKC).

Dokonując analizy psychologicznej współczynników korelacji zachodzących pomiędzy wynikami w poszczególnych wymiarach poczucia jakości życia *Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia* Straś - Romanowskiej a wynikami w *Kwestionariuszu COPE* Carvera, można stwierdzić, że pracowników opieki paliatywnej, którzy wykazują wyższe wyniki w zakresie **psychofizycznego wymiaru poczucia jakości życia**, w konfrontacji z sytuacją stresogenną, charakteryzuje:

- preferowanie zachowania polegającego na planowaniu, czyli opracowaniu kolejnych kroków w celu skutecznego przezwyciężenia aktualnych trudności (+PLA). Korzystanie ze strategii poszukiwania wsparcia instrumentalnego (+PWI) oraz emocjonalnego (+PWE). Polega to na podejmowaniu działań, których celem jest zdobycie jak największego zaplecza informacyjnego na temat sytuacji trudnych, możliwości ich rozwiązania oraz stworzenie sieci wsparcia emocjonalnego, najczęściej wśród osób najbliższych i znaczących. Ponadto, badani wykazują dużą skłonność do pozytywnego przewartościowania i rozwoju (+PPR), co wiąże się z dostrzeganiem w sytuacji problemowej pozytywnych aspektów i konsekwencji doświadczania jej.
- co więcej, nie przejawiają tendencji do zaprzeczania (-ZAP) i negowania istnienia sytuacji stresowej oraz zaprzestania działań (-ZAD), czyli rezygnacji z dotychczasowych aktywności, zmierzających do przezwyciężenia trudności. Pracownicy opieki paliatywnej w obliczu sytuacji stresowej nie sięgają po alkoholi i/lub inne substancje psychoaktywne (-ZAL) (Ogińska – Bulik i Juczyńska, 2008).

Z kolei, osoby badane cechujące wyższe **poczucie jakości życia w aspekcie psychospołecznym** charakteryzuje:

- brak ogólnej tendencji do negowania i ignorowania stresujących okoliczności (-ZAP) oraz podejmowania działań, których celem jest odwrócenie myśli od sytuacji problemowej (-ODU). Ponadto badane pielęgniarki usiłując poradzić sobie z negatywnymi emocjami, nie uciekają się do stosowania alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych (-ZAL), czy rezygnują z podjętych aktywności zaradczych (-ZAD). Co ciekawe, również nie wykorzystują poczucia humoru (-PHU), jako preferowanej strategii,

- pracownicy opieki paliatywnej, aby przezwyciężyć sytuacje trudne intensywnie planują kolejne działania zaradcze (+PLA), poszukując wsparcia instrumentalnego (+PWI) i emocjonalnego (+WPE) wśród najbliższego otoczenia. Co więcej, pozytywne nastawienia, świadomość wartości, jakie niesie z sobą doświadczenie różnego rodzaju trudności (+PPR) oraz zaangażowanie się w modlitwę (+ZKR), to kolejne podejmowane przez nich sposoby radzenia sobie (Ogińska – Bulik i Juczyńska, 2008).

W wymiarze **podmiotowym poczucia jakości życia**, przebadana grupa pielęgniarek charakteryzuje się następującymi zachowaniami zaradczymi:

- poszukiwaniem oparcia w religii (+ZKR) oraz aktywnym podejmowaniem działań, mających na celu efektywne przezwyciężenie sytuacji problemowej (+ARS). Starają się unikać konkurencyjnych działań (+UKD), koncentrują się na zachowaniach polegających na planowaniu oraz optymistycznym przezwyciężeniu sytuacji zagrożenia (+PPR),
- unikają podejmowania działań, które skutecznie odwracałyby ich uwagę od nieprzyjemnych okoliczności (-ODU). Ponadto, są w pełni świadome trudności, których doświadczają (-ZAP), nie sięgają po alkohol i substancje psychoaktywne (-ZAL) oraz nie przejawiają tendencji do rezygnacji i wycofywania się z aktualnie podjętych działań (-ZAD) (Ogińska – Bulik i Juczyńska, 2008).

Pracownicy opieki paliatywnej w aspekcie **metafizycznego wymiaru poczucia jakości życia** charakteryzują się:

- brakiem preferencji do zaprzeczania, ignorowania (-ZAP) i odwracania uwagi od istniejącej sytuacji stresowej (-ODU), czy rezygnację z dotychczasowych aktywności radzenia sobie (-ZAD),
- tym samym, podejmują następujące działania zaradcze, polegające na aktywnym i skutecznym radzeniu sobie z przeciwnościami (+ARS), koncentracji na przeżywanych emocjach (+KNE) i efektywnych działaniach zaradczych (+UKD), optymistycznym nastawieniu, co do skutecznego przezwyciężenia niesprzyjających okoliczności (+PPR). Ponadto, podejmują starania mające na celu uzyskania, jak największego wsparcia instrumentalnego (+PWI), emocjonalnego (+PWE) i religijnego (+ZKR) (Ogińska – Bulik i Juczyńska, 2008).

Zaprezentowana powyżej analiza statystyczna, pozwala na wysunięcie następujących wniosków, iż grupa badanych osób z **uogólnionym poczuciem jakości życia** w radzeniu sobie ze stresem cechuje:

- aktywne radzenie sobie z trudnościami (+ARS), podejmowanie efektywnych i skutecznych sposobów zaradczych a unikanie dekoncentrujących działań (+UKD). Zachowania, mające na celu rozwiązanie sytuacji problemowej są przemyślane i zaplanowane (+PLA), towarzyszy im intensywne poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (+PWE), religijnego (+ZKR) oraz instrumentalnego (+PWI). Ponadto osoby doświadczają wartości i korzyści płynące z trudnych doświadczeń (+PPR),
- badani pracownicy opieki paliatywnej nie preferują działań, które miły by na celu odwrócenie ich myśli od przykrych okoliczności (-ODU), tym samym nie negują i nie zaprzeczają ich istnieniu (-ZAP). Co więcej, nie wykazują tendencji do radzenia sobie z trudnościami po przez rezygnację, wycofanie się z dotychczasowych aktywności zaradczych (+ZAD), czy nadużywanie alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych (-ZAL) (Ogińska – Bulik i Juczyńska, 2008) .

Należy zaznaczyć, że na podstawie przeprowadzonej analizy korelacji współczynnika r Pearsona siła związków, jakie zachodzą pomiędzy analizowanymi zmiennymi jest istotna statystycznie, jednak stosunkowo niska.

5.1.2. Powiązania pomiędzy poczuciem jakości życia a strategiami radzenia sobie ze stresem z wykorzystaniem Kwestionariusza CASP – 19 Hoggsa i in. oraz Kwestionariusza COPE Carvera

Niniejszy podrozdział został poświęcony opisowi analizy korelacyjnej zachodzącej między wynikami z *Kwestionariusza CASP – 19* do badania jakości życia a danymi *Kwestionariusza COPE* do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem.

Otrzymaną macierz korelacji zamieszczono w Tabeli 5.2. (patrz s. 99).

Tabela 5.2. Wskaźnik korelacji (r Pearsona) pomiędzy wynikami w Kwestionariuszu CASP - 19 a wynikami w Kwestionariuszu COPE dla całej badanej grupy (N=82)

SKALE RADZENIA SOBIE	Wymiar Kontroli		Wymiar Autonomii		Wymiar Przyjemności		Wymiar Samorealizacji		Wynik Ogólny CASP - 19	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
ARS - aktywne radzenie sobie	- 0,22	0,046	- 0,02	0,882	0,10	0,391	0,09	0,424	0,03	0,761
PLA - planowanie	- 0,14	0,221	0,12	0,303	0,26	0,019	0,26	0,016	0,27	0,015
PWI - poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,04	0,744	- 0,08	0,472	0,30	0,005	0,33	0,002	0,32	0,004
PWE - poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	- 0,10	0,367	0,08	0,495	0,41	0,001	0,38	0,001	0,40	0,001
UKD - unikanie konkurencyjnych działań	0,01	0,943	0,10	0,373	0,24	0,028	0,19	0,089	0,25	0,022
ZKR - zwrot ku religii	- 0,26	0,018	0,05	0,669	0,29	0,008	0,32	0,004	0,26	0,018
PPR - pozytywne przewartościowanie i rozwój	- 0,03	0,802	0,05	0,662	0,29	0,008	0,27	0,015	0,29	0,007
POD - powstrzymywanie się od działania	0,06	0,613	- 0,09	0,430	- 0,07	0,513	- 0,02	0,849	- 0,06	0,603
AKC - akceptacja	- 0,06	0,612	- 0,09	0,401	0,02	0,839	- 0,24	0,032	- 0,16	0,152
KNE - koncentracja na emocjach	- 0,25	0,023	- 0,06	0,587	0,08	0,472	- 0,08	0,490	- 0,09	0,449
ZAP - zaprzeczanie	0,17	0,136	- 0,19	0,088	-0,42	0,001	-0,31	0,005	-0,39	0,001
ODU - odwracanie uwagi	0,19	0,084	- 0,05	0,660	- 0,09	0,402	- 0,13	0,249	- 0,08	0,469
ZAD - zaprzestanie działań	0,18	0,112	- 0,16	0,143	-0,37	0,001	-0,32	0,003	-0,36	0,001
ZAL - zażywanie alkoholu/ środków psychoaktywnych	0,20	0,065	- 0,16	0,143	-0,29	0,008	-0,35	0,001	-0,32	0,003
PHU - poczucie humoru	0,21	0,061	- 0,08	0,454	- 0,06	0,572	- 0,02	0,845	- 0,01	0,902

Źródło: Opracowanie własne.

W wymiarze kontroli poczucia jakości życia, zaobserwowano jedynie ujemne korelacje z aktywnym radzeniem sobie (ARS) ($r=-0,22$; $p=-0,046$), zwrotem ku religii (ZKR) ($r=-0,26$; $p=-0,018$) oraz koncentracją na emocjach (KNE) ($r=-0,25$; $p=-0,023$). Na tej podstawie można wnioskować, że wraz ze wzrostem kontroli w wymiarze jakości życia, maleje prawdopodobieństwo posługiwania się wymienionymi działaniami zaradczymi w sytuacji zagrożenia.

Z kolei istotna statystycznie powiązania o charakterze dodatnim, są zauważalne między jakością życia w wymiarze przyjemności a planowaniem (PLA) ($r=0,26$; $p=0,019$), poszukiwaniem wsparcia instrumentalnego (PWI) ($r=0,30$; $p=0,005$) i emocjonalnego (PWE) ($r=0,41$; $p=0,001$), unikaniem konkurencyjnych działań (UKD) ($r=0,24$; $p=0,028$), zwrotem ku religii (ZKR) ($r=0,29$; $p=0,008$) oraz pozytywnym przewartościowaniem i rozwojem (PPR) ($r=0,29$; $p=0,008$). Pozostałe trzy ujemne korelacje w tym wymiarze poczucia jakości życia występują w stosunku do zażywania alkoholu i innych środków psychoaktywnych (ZAL) ($r=-0,29$; $p=0,008$), zaprzestania działań (ZAD) ($r=-0,37$; $p=0,001$) i zaprzeczania istnienia sytuacji trudnej (ZAP) ($r=-0,42$; $p=0,001$).

Wymiar samorealizacji ujemnie koreluje z następującymi sposobami radzenia sobie jak: akceptacja (AKC) ($r=-0,24$; $p=0,032$), zaprzeczanie (ZAP) ($r=-0,31$; $p=0,005$), zaprzestanie działań (ZAD) ($r=-0,32$; $p=0,003$) i zażywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych (ZAL) ($r=-0,35$; $p=0,001$). Natomiast dodatnie zależności obserwuje się z planowaniem (PLA) ($r=0,26$; $p=0,016$), poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego (PWE) ($r=0,38$; $p=0,001$) i instrumentalnego (PWI) ($r=0,33$; $p=0,002$), zwrotem ku religii (ZKR) ($r=0,32$; $p=0,004$) oraz pozytywnym przewartościowaniem i rozwojem (PPR) ($r=0,27$; $p=0,015$).

Pomiędzy wynikiem ogólnym poczucia jakości życia całej badanej grupy pracowników opieki paliatywnej a zachowaniami zaradczymi, zachodzi istotna statystycznie zależność o charakterze dodatnim z planowaniem (PLA) ($r=0,27$; $p=0,015$), poszukiwaniem wsparcia instrumentalnego (PWI) ($r=0,32$; $p=0,004$) i emocjonalnego (PWE) ($r=0,40$; $p=0,001$), unikaniem konkurencyjnych działań (UKD) ($r=0,25$; $p=0,022$), zwrotem ku religii (ZKR) ($r=0,26$; $p=0,018$) oraz pozytywnym przewartościowaniem i rozwojem (PPR) ($r=0,29$; $p=0,007$). Co oznacza, że wraz ze wzrostem ogólnego poczucia jakości życia wzrasta tendencja do posługiwania się wymienionymi sposobami radzenia sobie. Kolejne trzy ujemne korelacje występują w odniesieniu do zaprzeczania (ZAP) ($r=-0,39$; $p=0,001$), zaprzestania działań (ZAD) ($r=-0,36$; $p=0,001$) i zażywania alkoholu i substancji psychoaktywnych (ZAL) ($r=-0,32$; $p=0,003$). Na tej podstawie można wnioskować, iż wyższe globalne poczucie jakości życia u badanych osób, tym mniejsza preferencja do podejmowania powyższych aktywności zaradczych w sytuacji stresu.

Wyjątek stanowi wymiar autonomii jakości życia, z którym nie wykazano istotnych statystycznie zależności z żadną ze strategii radzenia sobie.

Ponadto, warto zauważyć, że w trzech sposobach zaradczych, jak powstrzymywanie się od działania (POD), odwracanie uwagi (ODU) i poczucie humoru (PHU), nie zaobserwowano różnic istotnych statystycznie.

Analiza psychologiczna zależności zachodzących pomiędzy wynikami w poszczególnych wymiarach poczucia jakości życia *Kwestionariusza CASP – 19* a danymi *Kwestionariusza COPE* do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem wskazuje, że badane osoby cechujące wzrost poczucia jakości życia w **wymiarze kontroli** w obliczu sytuacji stresogennej, charakteryzują się następującymi działaniami zaradczymi:

- spadkiem aktywnego radzenia sobie mającym na celu skuteczne i szybkie przezwycięzenie istniejących trudności (-ARS), brakiem preferencji zachowania, polegającego na koncentracji na doświadczanych emocjach (-KNE) oraz poszukiwaniem oparcia w religii (-ZKR) (Ogińska – Bulik i Juczyńska, 2008).

Pracownicy opieki paliatywnej o wyższym poczucia jakości życia w **wymiarze przyjemności** charakteryzują się:

- unikaniem działań, które mogłyby odwrócić ich myśli od przykrych okoliczności (+UKD), dużym zaangażowaniem w planowanie poszczególnych sposobów zaradczych (+PLA) oraz poszukiwaniem, zdobywaniem informacji dotyczących istniejących trudności i możliwości ich rozwiązania (+PWI). Osoby intensywnie poszukują wsparcia emocjonalnego (+PWE) i duchowego (+ZKR) w najbliższym otoczeniu. Ponadto nastawione są na pozytywne przezwycięzenie sytuacji problemowej oraz dostrzegają w niej okoliczności, które mogą być wartościowe (+PPR),
- brakiem preferencji zachowań polegających na zaprzeczaniu i ignorowaniu istniejących trudności (-ZAP), rezygnacji z dotychczasowych działań zaradczych (-ZAD), czy sięganiem po alkohol i/lub inne substancje psychoaktywne mające na celu obniżenie napięcia emocjonalnego i stłumienie odczuwania negatywnych emocji (-ZAL) (Ogińska – Bulik i Juczyńska, 2008).

Badane pielęgniarki, charakteryzujące się poczuciem jakości życia w **wymiarze samorealizacji** w konfrontacji ze stresem, posługują się następującymi sposobami radzenia sobie:

- dokładnie planują swoje działania (+PLA), które mają na celu skuteczne przezwycięzenie problemów. Czemu towarzyszy poszukiwanie wsparcia

instrumentalnego (+PWI), emocjonalnego (+PWE) i duchowego (+ZKR) oraz dostrzeganie pozytywnych konsekwencji płynących z doświadczanych trudności (+PPR).

- ponadto, osoby nie przejawiają tendencji do akceptacji aktualnej sytuacji problemowej (-AKC), ignorowania i negowania jej istnienia (-ZAP), czy zaprzestania działań mających na celu uporanie się z trudnościami (-ZAD) lub poszukiwania rozwiązań po przez nadużywanie środków psychoaktywnych (-ZAL) (Ogińska – Bulik i Juczyńska, 2008).

Badane osoby z **globalnym poczuciem jakości życia** w zmaganiu się ze stresem cechuje:

- pełna świadomość sytuacji w jakiej się znajdują oraz doświadczanych niepowodzeń (-ZAP), brak skłonności do rezygnacji z dotychczasowych sposobów zmagania się z przeciwnościami (-ZAD) oraz sięgania po alkohol lub inne substancje psychoaktywne (-ZAL).
- tym samym, pracownicy opieki paliatywnej w obliczu sytuacji zagrożenia koncentrują swoją uwagę na efektywnym planowaniu działań zaradczych (+PLA) oraz uzyskaniu wsparcia emocjonalnego ze strony osób bliskich i znaczących (+PWE). Co więcej poszukują skutecznych możliwości pokonania trudności (+PWI), angażują się w modlitwę (+ZKR), dostrzegają wartościowy charakter konsekwencji, będących efektem trudnego doświadczenia (+PPR). Starają się unikać zaangażowania w czynności zastępcze (+UKD), które miałyby na celu odwrócenie uwagi i uwolnienie się od przykrych myśli (Ogińska – Bulik i Juczyńska, 2008).

Prezentowane współczynniki korelacji wykazują stosunkowo niską istotność statystyczną, tym samym mamy do czynienia z niską siłą związków między zmiennymi.

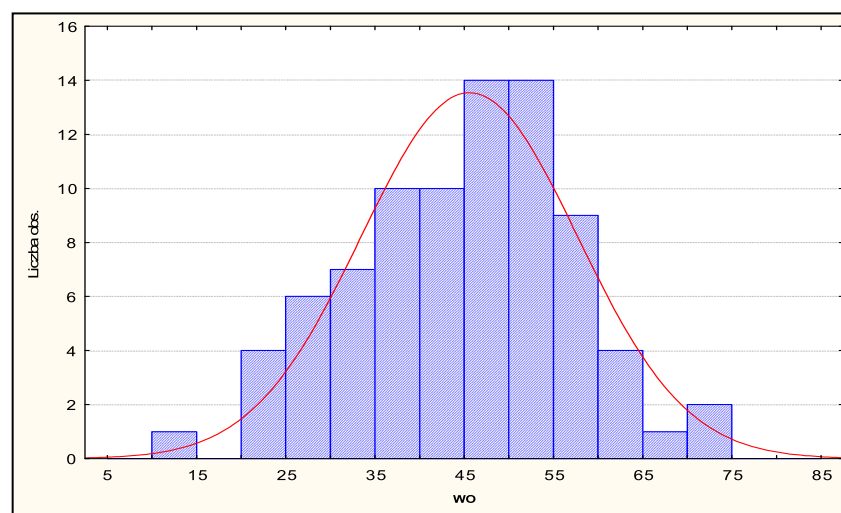
Po dokonaniu analizy psychologicznej zależności zachodzących pomiędzy poszczególnymi wymiarami poczucia jakości życia, a sposobami radzenia sobie ze stresem dla całej grupy badanych osób, w kolejnym podrozdziale zostanie omówiona charakterystyka powiązań między badanymi zmiennymi w grupach skrajnych.

5.2. Powiązania między ujmowanymi zmiennymi w grupach skrajnych

Przedmiotem zainteresowań tego podrozdziału będzie analiza porównawcza między sposobami radzenia sobie ze stresem preferowanych przez pracowników opieki paliatywnej wyróżniających się wysoką oraz niską jakością życia. W tym celu wyodrębniono dwie grupy skrajne, w których skład wchodzi badane pielęgniarki z wysokim poziomem poczucia jakości życia oraz grupa osób charakteryzująca się niskimi wynikami w ogólnym wymiarze jakości życia. Po przedstawieniu sposobu, w jaki wyodrębniono grupy skrajne, zostanie dokonane porównanie zachowań zaradczych stosowanych przez personel opieki paliatywnej o różnym poziomie poczucia dobrostanu psychicznego.

5.2.1. Sposoby wyodrębnienia grup skrajnych

Przeprowadzone badania własne z wykorzystaniem *Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia* Straś – Romanowskiej były podstawą do otrzymania danych liczbowych we wskaźniku ogólnego poczucia jakości życia dla całej grupy badanych pracowników opieki paliatywnej: średnia wynosząca 45,37, odchylenie standardowe wynoszące 12,08, przy rozkładzie uzyskanych wyników wynoszących: Min = 13 i Max = 74.



Wykres 5.1. Graficzny rozkład wyników we wskaźniku ogólnym poczucia jakości życia dla całej grupy badanych

Umieszczona poniżej Tabela 5.3. prezentuje przedziały w jakich plasowały się ogólne wyniki poczucia jakości życia uzyskane przez całą grupę badanych osób.

Tabela 5.3. Procentowy rozkład wyników we wskaźniku ogólnego poczucia jakości życia dla całej grupy badanych

PRZEDZIAŁY POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA – wynik ogólny	N (liczebność)	% (procent)
10 < x ≤ 20	1	1,22
20 < x ≤ 30	7	8,54
30 < x ≤ 40	17	20,73
40 < x ≤ 50	25	30,49
50 < x ≤ 60	22	26,83
60 < x ≤ 70	8	9,76
70 < x ≤ 80	2	2,44
RAZEM	82	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 5.3. wskazuje, iż najliczniejszą grupę stanowią pracownicy opieki paliatywnej, których ogólny wynik poczucia jakości życia mieści się w przedziale od 40 do 50, co stanowi 30,49% całości. W przedziale od 50 do 60 znalazło się 26,83% badanych, którzy jednocześnie stanowią drugą pod względem liczebności grupę. Z kolei 20,73% pielęgniarek wybrało wyniki plasujące się między 30 a 40. Natomiast najwyższy wynik ogólnego poczucia jakości życia mieszczący się w przedziale od 70 do 80 uzyskało tylko 2,44% pracowników opieki paliatywnej. 9,76% badanych osób reprezentuje kolejny pod względem wysokości ogólny wynik plasujący się pomiędzy 60 a 70. Pozostałe przedziały od 20 do 30 wybrało 8,54% osób. Najmniej liczną grupę stanowi 1,22% pielęgniarek z wynikiem pomiędzy 10 a 20.

Biorąc pod uwagę średnią i odchylenie standardowe dla całej grupy badanych wyodrębniono grupy skrajne. Procedura ta była możliwa dzięki sposobowi kwartyłowemu. Spośród wszystkich uczestników badania wyłoniono 20% osób z najwyższymi oraz 20% osób z najniższymi wynikami. W efekcie wyodrębniono dwie grupy pracowników opieki paliatywnej, w których skład wchodzi osoby z wysokim oraz niskim poziomem ogólnego poczucia jakości życia.

Tabela 5.4. Liczebność wyodrębnionych grup skrajnych

GRUPA	N (liczebność)	% (procent)
Niskie poczucie jakości życia (N – PJŻ)	20	24,39
Wysokie poczucie jakości życia (W – PJŻ)	20	24,39
Pozostali badani	42	51,22
RAZEM	82	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 5.4. wykazuje, iż z całej grupy 82 badanych, 40 spośród nich utworzyło grupy skrajne. Zauważa się, że zarówno grupa osób z niskim, jak i wysokim wynikiem ogólnym poczucia jakości życia są równoliczne, każda z nich tworzy 20 badanych, co stanowi 24,39% ogółu. Warto zaznaczyć, że 42 osoby badane, czyli 51,22% nie zostały uwzględnione w żadnej z grup skrajnych.

Tak wyodrębnione grupy skrajne stanowią podstawę do przeprowadzenia analizy porównawczej z uwzględnieniem *Kwestionariusza COPE* do pomiaru zachowań zaradczych w kolejnym podrozdziale

5.2.2. Porównanie strategii radzenia sobie w grupach skrajnych

W celu dokonania porównania preferencji zaradczych wykorzystywanych przez pracowników opieki paliatywnej o wysokim i niskim ogólnym poziomie poczucia jakości życia zastosowano test t – studenta. Analizie poddano dane uzyskane w *Kwestionariuszu COPE* do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem Carvera z uwzględnieniem dwóch grup skrajnych, co prezentuje poniższa Tabela 5.5. (patrz s. 106)

Tabela 5.5. Porównanie wyników średnich w grupach o niskim (N-PJŻ) i wysokim (W-PJŻ) poczuciu jakości życia w profilu radzenia sobie w Skali COPE

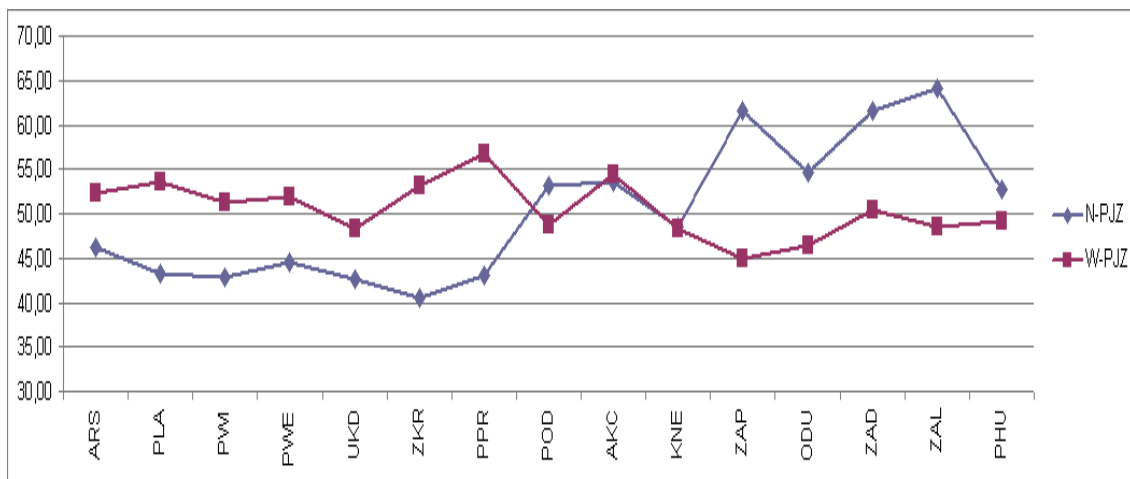
SKALA RADZENIA SOBIE	Grupa o wysokim poczuciu jakości życia GR. W-PJŻ N=20		Grupa o niskim poczuciu jakości życia GR. N-PJŻ N=20		Statystyka	
	M	SD	M	SD	t	p
ARS - aktywne radzenie sobie	52,35	5,66	46,25	6,34	3,21	0,003
PLA - planowanie	53,30	4,11	43,25	6,48	5,97	0,001
PWI - poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	51,25	8,67	42,75	8,88	3,06	0,004
PWE - poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	51,90	7,19	44,60	7,78	3,08	0,004
UKD - unikanie konkurencyjnych działań	48,30	5,86	42,70	5,58	3,10	0,004
ZKR - zwrot ku religii	53,20	14,27	40,45	18,21	2,47	0,018
PPR - pozytywne przewartościowanie i rozwój	56,75	7,99	43,10	8,99	5,08	0,001
POD - powstrzymanie się od działania	48,75	10,13	53,25	10,46	-1,38	0,175
AKC - akceptacja	54,35	7,33	53,50	9,35	0,32	0,751
KNE - koncentracja na emocjach	48,35	10,72	48,60	8,57	-0,08	0,936
ZAP - zaprzeczanie	44,85	7,76	61,55	12,78	-4,99	0,001
ODU - odwracanie uwagi	46,45	7,35	54,65	10,60	-2,84	0,007
ZAD - zaprzestanie działań	50,35	8,39	61,55	10,21	-3,79	0,001
ZAL - zażywanie alkoholu/środków psychoaktywnych	48,45	6,32	64,10	12,34	-5,05	0,001
PHU - poczucie humoru	49,15	9,99	52,65	10,10	-1,10	0,278

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 5.5. wskazuje, że badane pielęgniarki z wyższym poziomem poczucia jakości życia, wykazują większą aktywność zaradczą w przeciwieństwie do grupy badanych cechujących się niższym poziomem jakości życia. Potwierdza to przewaga wyższych wyników średnich. Tym samym można wnioskować, że pracownicy opieki paliatywnej charakteryzujący się wyższym wskaźnikiem poczucia jakości życia w sytuacji radzenia sobie ze stresem podejmują zachowania zaradcze takie jak: aktywne radzenie sobie (ARS) (M=52,35), planowanie (PLA) (53,30), poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI) (M=51,25), poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE) (M=51,90), unikanie konkurencyjnych działań (UKD) (M=48,30), zwrot ku religii (ZKR) (M=53,20), pozytywne przewartościowanie i rozwój (PPR) (M=56,70) oraz akceptacja (AKC) (M=54,35). Natomiast grupa badanych o niskim poczuciu jakości życia preferuje strategie radzenia sobie polegające na:

powstrzymywaniu się od działań (POD) (M=53,25), koncentracji na emocjach (KNE) (M=48,60), zaprzeczaniu (ZAP) (M=61,55), odwracaniu uwagi (ODU) (M=54,65), zaprzestaniu działań (ZAD) (M=61,55), zażywaniu alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (ZAL) (M=64,10) i poczuciu humoru (PHU) (M=52,65).

Powyższe dane sugerują, iż osoby z wyższym poczuciem jakości życia sięgają po skuteczniejsze sposoby radzenia sobie w stresie, skoncentrowane na efektywnym rozwiązaniu sytuacji problemowej oraz poszukiwaniu wsparcia instrumentalnego, emocjonalnego i duchowego. Z kolei badani o niższym poziomie jakości życia przejawiają tendencje do zaprzeczania istniejącym trudnościom, szybkiej rezygnacji z podejmowanych aktywności zaradczych oraz sięgania po alkohol i/lub inne substancje psychoaktywne w sytuacji niepowodzenia.



Wykres 5.2. Porównanie wyników średnich w grupach o niskim N-PJŻ i wysokim (W-PJŻ) poczuciu jakości życia w profilu radzenia sobie w Skali COPE

Warto zauważyć, że zdecydowana większość działań zaradczych wykazuje obecność istotnych różnic pomiędzy pracownikami opieki paliatywnej o wysokim i niskim poczuciu jakości życia. Wyjątek stanowią trzy rodzaje strategii radzenia sobie, do których należą: powstrzymywanie się od działania (POD) ($r=-1,38$; $p=0,175$), koncentracja na emocjach (KNE) ($r=-0,08$; $p=0,936$) oraz akceptacja (AKC) ($r=0,32$; $p=0,751$).

W kolejnym rozdziale zostaną przedstawione sposobów radzenia sobie pielęgniarzek o różnym typie poczucia jakości życia z zastosowaniem procedury analizy skupień.

ROZDZIAŁ 6. ZACHOWANIA ZARADCZE PRACOWNIKÓW OPIEKI PALIATYWNEJ O RÓŻNYM TYPIE POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA

W rozdziale tym zostanie zaprezentowana charakterystyka działań zaradczych preferowanych przez pracowników opieki paliatywnej o różnym typie ogólnego poczucia jakości życia. Pierwsza część rozdziału zawierać będzie opis kryteriów wyodrębnienia grup o różnym typie jakości życia oraz opis osób badanych, wchodzących w skład poszczególnych skupień. Następnie zostanie dokonana analiza powiązań zachodzącymi pomiędzy kolejnymi typami ogólnego poczucia jakości życia a preferowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem. Końcowe paragrafy będą poświęcone podsumowaniu przeprowadzonych analiz statystycznych oraz weryfikacji hipotez badawczych.

6.1. Kryteria wyodrębnienia i charakterystyka grup homogenicznych

W celu wyodrębnienia grupy homogeniczne z uwagi na przejawiane typy poczucia jakości życia przez badane osoby, zastosowano analizę skupień metodą k-średnich. Podstawą do przeprowadzenia procedury, były wyniki standaryzowane uzyskane w *Kwestionariusza CASP – 19* do badania poczucia jakości życia. Za pomocą skali można wyróżnić cztery typy poczucia jakości życia w następujących wymiarach:

- (1) Kontrola,
- (2) Autonomia,
- (3) Przyjemność,
- (4) Samorealizacja.

Zastosowano rozwiązanie 3 – skupieniowe, czego efektem było wyłonienie trzech grup badanych osób różniących się między sobą układem i poziomem wymiarów poczucia jakości życia.

Tabela 6.1. oraz Wykres 6.1. prezentują charakterystyczne cechy wyróżnionych trzech podgrup:

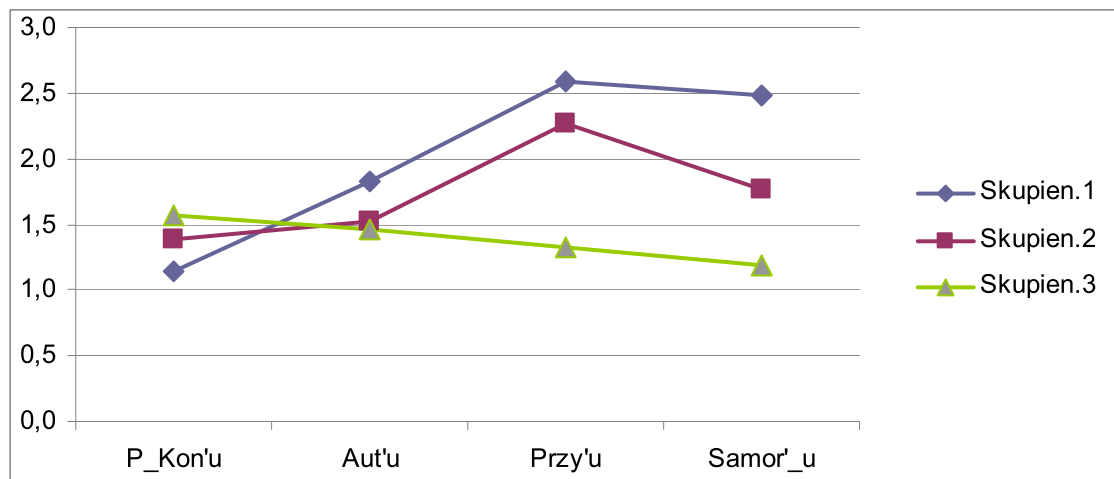
- (1) Swobodni,
- (2) Hedonistyczni,
- (3) Kontrolujący.

Tabela 6.1. Porównanie wyników średnich uzyskanych przez osoby badane o różnym typie poczucia jakości życia w Kwestionariuszu CASP – 19

WYMIARY POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA	GRUPA 1 <i>Swobodni</i> (N = 36)		GRUPA 2 <i>Hedonistyczni</i> (N = 29)		GRUPA 3 <i>Kontrolujący</i> (N= 17)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Kontrola	1,15	0,31	1,38	0,31	1,57	0,35
Autonomia	1,82	0,29	1,52	0,32	1,46	0,20
Przyjemność	2,59	0,28	2,26	0,29	1,33	0,16
Samorealizacja	2,49	0,28	1,77	0,41	1,19	0,32

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 6.1. (patrz s. 109) wykazuje, że najwyższe wyniki średnie w trzech wymiarach, uzyskali badani wchodzący w skład pierwszej grupy (Swobodni). W wymiarze Autonomii osoby uzyskały średni wynik $M = 1,82$, w wymiarze Przyjemności $M=2,59$, Samorealizacji $M=2,49$, natomiast najniższy spośród pozostałych dwóch podgrup w wymiarze Kontroli $M = 1,15$. Kolejną pod względem wysokości wyników średnich w poszczególnych wymiarach tworzą pracownicy opieki paliatywnej z grupy drugiej (Hedonistyczni): Kontrola – średnia $M=1,38$, Autonomia – średnia $M=1,52$, Przyjemność – średnia $M=2,26$ i Samorealizacja – średnia $M=1,77$. Z kolei osoby wchodzące w skład ostatniej trzeciej podgrupy (Kontrolujący) najwyższe wyniki średnich, spośród pozostałych grup uzyskały w wymiarze Kontroli $M=1,57$.



Wykres 6.1. Konfiguracja wyników w skalach Kwestionariusza CASP – 19 uzyskanych przez osoby badane o różnym typie poczucia jakości życia

Mając na uwadze poziom i strukturę wymiarów poczucia jakości życia, poniżej zostanie przedstawiona zwięzła charakterystyka wydzielonych typów jakości życia.

Pierwszą podgrupę **Swobodnych** cechują najwyższe wyniki średnich w wymiarach Przyjemności ($M=2,59$), Samorealizacji ($M=2,49$), Autonomii ($M=1,82$) oraz najniższa średnia w Kontroli ($M=1,15$). Tym samym, można stwierdzić, że osoby tworzące tę grupę przejawiają tendencje do optymistycznego spojrzenia na własne życie. Mają poczucie zadowolenia i sensu życia. Zazwyczaj cieszą się dobrym zdrowiem, są pełni wigoru i energii. Czerpią dużą przyjemność z poznawania i doświadczania czegoś nowego. Dużą wagę przywiązują do samorealizacji i samorozwoju. Z nadzieją patrzą w przyszłość, swobodnie ją planując. Nie czują

potrzeby bezwzględnej kontroli otoczenia, z dystansem podchodzą do wygórowanych potrzeb materialnych.

Kolejna grupa, nosząca nazwę **Hedonistyczni** tworzą badane pielęgniarki, które uzyskały równie wysoką średnią w wymiarach: Przyjemności (M=2,26), Autonomii (M=1,52) i Samorealizacji (M=1,17) oraz nieznacznie podwyższony wynik w Kontroli (M=1,38) w porównaniu do grupy Swobodnej. Można wnioskować, że badani wyróżniają się dużym poczuciem zadowolenia, satysfakcji i sensowności życia. Odczuwają radość z przebywania w towarzystwie innych ludzi, ponadto są pozytywnie nastawieni zarówno do przeszłości, jak i przyszłości. Stan zdrowia, czy kwestie finansowe nie stanowią dla nich przeszkody do realizacji swoich planów. Charakteryzują się jednak nieco większą potrzebą kontroli sytuacji, niż osoby z podgrupy pierwszej.

Pracownicy opieki paliatywnej z grupy **Kontrolujących**, uzyskali najwyższą średnią w wymiarze Kontroli (M=1,57) oraz zdecydowanie niższe wyniki w zakresie pozostałych wymiarów (Autonomia: M=1,46, Przyjemność: M=1,33, Samorealizacja: M=1,19) w porównaniu do pozostałych dwóch grup Swobodnych i Hedonistycznych. Osoby te w większym stopniu czują potrzebę wpływania na otoczenie. Ponadto, często może towarzyszyć im poczucie utraty kontroli, szczególnie w sytuacjach doświadczania trudności i niepowodzeń. Charakteryzują się niższą aktywnością, częściej mają poczucie ograniczenia realizacji zaplanowanych działań ze względu na stan zdrowia. Z mniejszą swobodą i optymizmem planują swoją przyszłość oraz czerpią satysfakcję z życia, możliwości samorealizacji i rozwoju.

Przedstawione powyżej trzy grupy zostały wyodrębnione również ze względu na ich w miarę optymalną liczebność. Tabela 5.6. (patrz s. 112) przedstawia statystyki odnoszące się do liczby osób tworzących grupy o poszczególnych typach poczucia jakości życia.

Analiza danych zawartych w Tabeli 6.2. (patrz s. 112) wskazuje, że najliczniejszą grupę stanowią badani swobodni, składający się z 36 osób, co stanowi 43,90% badanej grupy. Drugą grupę, tworzy 29 hedonistycznych pracowników opieki paliatywnej, co stanowi 35,37% całej zbiorowości badanych. Najmniej liczna grupa osób kontrolujących, składa się z 17 pielęgniarek, co stanowi 20,73% badanych.

Tabela 6.2. Procentowy rozkład liczebności grupy o różnym typie poczucia jakości życia

GRUPA/ LICZEBNOŚĆ	N (liczebność)	% (procent)
Grupa 1 - <i>Swobodni</i>	36	43,90
Grupa 2 - <i>Hedonistyczni</i>	29	35,37
Grupa 3 - <i>Kontrolujący</i>	17	20,73
RAZEM	82	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

6.2. Zachowania zaradcze pracowników opieki paliatywnej o różnym typie poczucia jakości życia

Niniejszy paragraf będzie dotyczył ujęcia różnic zachodzących między grupami o różnym typie poczucia jakości życia pod względem aktywności zaradczych. Dane liczbowe uzyskane na podstawie *Kwestionariusza COPE* do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem Carvera zostały poddane następującym procedurom statystycznym: testowi ANOVA – w celu zestawienia wyników dla wyróżnionych grup skupień oraz testowi post hoc Gamesa - Howella, w celu wskazania istotnych pod względem statystycznym różnic międzygrupowych.

Poniższa Tabela 6.3. (patrz s. 113) zawiera opis każdej z wyłonionych grup o różnym typie jakości życia za pomocą wskaźników liczbowych: średnia, odchylenie standardowe, jednoczynnikowa analiza wariancji oraz test post-hoc.

Na podstawie analizy wskaźników liczbowych zawartych w Tabeli 6.3. (patrz s. 113) zauważa się istotne statystycznie różnice międzygrupowe odnośnie strategii radzenia sobie, polegającej na planowaniu (PLA) ($F=3,63$; $p=0,031$). W tej skali grupa osób swobodnych osiągnęła znacznie wyższą średnią ($M=52,14$; $SD=6,98$) w porównaniu do grupy badanych kontrolujących ($M=45,71$; $SD=8,59$).

Tabela 6.3. Analiza powiązań pomiędzy preferowanymi sposobami radzenia sobie a wyróżnionymi typami poczucia jakości życia wśród badanej grupy osób

SKALE RADZENIA SOBIE	GRUPA I <i>Swobodni</i>		GRUPA II <i>Hedonistyczni</i>		GRUPA III <i>Kontrolujący</i>		F	p	GAMES-HOWELL
	M	SD	M	SD	M	SD			
ARS - aktywne radzenie sobie	50,86	6,67	49,90	8,63	49,53	8,61	1,15	0,321	
PLA - planowanie	52,14	6,98	47,52	11,41	45,71	8,59	3,63	0,031	I - III
PWI - poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	50,67	9,35	47,55	11,00	43,94	9,45	2,71	0,073	
PWE - poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	52,97	8,63	47,28	10,68	44,65	7,05	5,82	0,004	I - III
UKD - unikanie konkurencyjnych działań	47,69	7,16	45,72	9,17	43,94	5,67	1,47	0,236	
ZKR - zwrot ku religii	56,39	13,63	50,72	13,95	39,59	19,21	7,21	0,001	I - III
PPR - pozytywne przewartościowanie i rozwój	52,94	10,81	51,55	10,78	44,82	11,89	3,24	0,044	[I - III] TENDENCJA
POD - powstrzymanie się od działania	49,69	11,12	45,72	13,46	54,59	9,79	3,08	0,052	
AKC - akceptacja	52,42	9,57	55,59	12,17	54,18	8,23	0,76	0,470	
KNE - koncentracja na emocjach	50,56	8,61	49,34	11,87	49,59	8,93	0,13	0,877	
ZAP - zaprzeczanie	48,14	9,13	50,00	9,89	60,35	13,02	8,51	0,001	I - III II - III
ODU - odwracanie uwagi	49,14	9,33	50,21	9,65	52,47	10,44	0,69	0,507	
ZAD - zaprzestanie działań	51,28	9,88	51,48	7,83	62,53	9,44	10,11	0,001	I - III II - III
ZAL - zażywanie alkoholu/środków psychoaktywnych	51,89	11,37	52,69	8,31	64,18	13,32	8,20	0,001	I - III II - III
PHU - poczucie humoru	50,64	10,02	48,86	7,46	53,59	10,27	1,40	0,253	

Źródło: Opracowanie własne.

W zakresie poszukiwania wsparcia emocjonalnego (PWE) stwierdza się istotne statystycznie różnice ($F=5,82$; $p=0,004$), zachodzące pomiędzy grupą pierwszą (swobodnych) ($M=52,97$; $SD=8,63$) a grupą trzecią (kontrolujących) ($M=44,65$; $SD=7,05$).

Ponadto, odnośnie zwrotowi ku religii (ZKR) również można wnioskować o zachodzących różnicach międzygrupowych istotnych na poziomie statystycznym

($F=7,21$; $p=0,001$). Gdzie grupa swobodnych pracowników opieki paliatywnej osiągnęła wyższy wynik ($M=56,39$; $SD=13,63$) tym samym, różniąc się w stosunku do grupy pielęgniarek kontrolujących ($M=39,59$; $SD=19,21$).

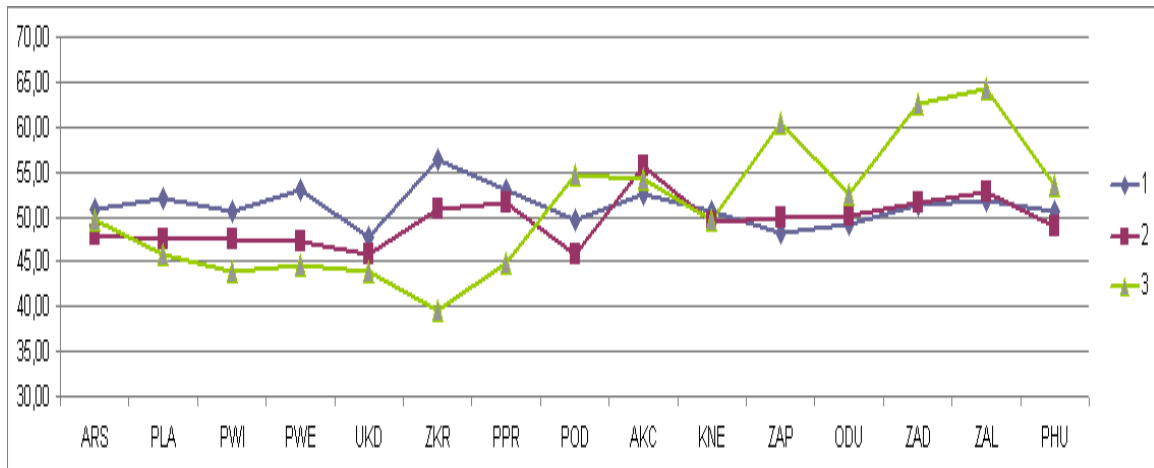
Kolejną aktywnością zaradczą, w której zachodzą istotne pod względem statystycznym różnice ($F=8,51$; $p=0,001$) jest zaprzeczanie (ZAP). Najwyższy wynik w tej skali osiągnęła grupa kontrolująca ($M=60,35$; $SD=13,02$), co istotnie ją wyróżnia w stosunku do grupy badanych hedonistycznych ($M=50,00$; $SD=9,89$) oraz swobodnych ($M=48,14$; $SD=9,13$).

W sposobie radzenia sobie polegającym na zaprzestaniu działań (ZAD), również możemy mówić o istotnych statystycznie różnicach ($F=10,11$; $p=0,001$) zachodzącymi pomiędzy grupą trzecią (kontrolującą) ($M=62,53$; $SD=10,11$), w której osoby uzyskały zdecydowanie wyższy wynik średniej. Jednocześnie wyraźnie różniąc się od wartości średnich grupy pierwszej (swobodnych) ($M=51,28$; $SD=9,88$) i grupy drugiej (hedonistycznych) ($M=51,48$; $SD=7,83$).

Ostatnią strategią zaradczą, w której udało się zaobserwować różnice międzygrupowe na poziomie istotności statystycznej ($F=8,20$; $p=0,001$) jest zażywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (ZAL). Najwyższą średnią w tym sposobie radzenia sobie ze stresem, uzyskały osoby tworzące grupę kontrolujących ($M=64,10$; $SD=13,32$), co istotnie różni ją od badanych wchodzących w skład grupy hedonistycznej ($M=52,69$; $SD=8,31$) oraz swobodnej ($M=51,89$; $SD=11,37$).

Warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden sposób zmagania się ze stresem polegający na pozytywnym przewartościowaniu i rozwoju (PPR). Odnośnie, której zaobserwowane wyraźną na poziomie istotności statystycznej ($F=3,24$; $p=0,044$) tendencją do zróżnicowania dwóch grup: swobodnych ($M=52,94$; $SD=10,81$) i kontrolujących ($M=44,82$; $SD=11,89$).

Do pozostałych skal radzenia sobie, w których nie wystąpiły różnice istotne statystycznie, a tym samym nie różnicują wygenerowanych grup o różnym typie poczucia jakości życia należą: aktywne radzenie sobie (ARS), poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI), unikanie konkurencyjnych działań (UKD), pozytywne przewartościowanie i rozwój (PPR), powstrzymanie się od działań (POD), akceptacja (AKC), koncentracja na emocjach (KNE), odwracanie uwagi (ODU) oraz poczucie humoru (PHU).



Wykres 6.2. Preferowane sposoby radzenia sobie ze stresem przez osoby badane o różnym typie poczucia jakości życia

Podsumowując przedstawioną powyżej analizę porównawczą, można wnioskować, że pielęgniarki hospicyjne i onkologiczne o swobodnym typie poczucia jakości życia w sytuacji radzenia sobie ze stresem posługują się takimi działaniami zaradczymi jak: planowanie (PLA), poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE) oraz zwrot ku religii (ZKR). Z kolei, inna grupa pracowników opieki paliatywnej wyróżniająca się kontrolującym typem jakości życia preferuje następujące sposoby zmagania się z trudnościami: zaprzeczanie (ZAP), zaprzestanie działań (ZAD) i zażywanie alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych (ZAL).

Przedmiotem rozważań ostatniej części tego rozdziału poświęconego analizie statystycznej wyników uzyskanych przez pielęgniarki hospicyjne i onkologiczne o różnym poziomie oraz typie poczucia jakości życia, będzie podsumowanie. Zawarta w nim będzie dyskusja wyników w kontekście postawionych hipotez badawczych.

6.3. Podsumowanie i weryfikacja hipotez badawczych

Realizowany program badawczy dostarczył danych dotyczących strategii radzenia sobie pracowników opieki paliatywnej o różnym poziomie oraz typie poczucia jakości życia. Wyniki przeprowadzonych badań własnych dały podstawy do udzielenia odpowiedzi na postawione pytania oraz hipotezy badawcze.

Celem niniejszej pracy była odpowiedź na następujące pytanie: **czy i jakie różnice zachodzą w sposobach radzenia sobie ze stresem u pracowników opieki paliatywnej o różnym poziomie jakości życia?** Natomiast szczegółowe pytania badawcze brzmiały następująco:

P1. Czy i jakie różnice w poszczególnych sposobach radzenia sobie ze stresem występują u pracowników opieki paliatywnej o niskim i wysokim poczuciu jakości życia?

P2. Jakie powiązania występują pomiędzy, sposobami radzenia sobie ze stresem a poczuciem jakości życia wśród grupy osób badanych?

P3. Czy i jakie różnice w sposobach radzenia sobie ze stresem, występują u pracowników opieki paliatywnej o różnym typie poczucia jakości życia ?

Na pierwsze pytanie poszukiwano odpowiedzi analizując dane w grupach skrajnych o różnym poczuciu jakości życia. Natomiast analiza korelacji umożliwiła odpowiedz na pytanie drugie. Z kolei, odpowiedzi na ostatnie pytanie dostarczyły wyniki przedstawione w oparciu o analizę skupień, w wyniku której wyodrębniono trzy grupy: swobodnych, hedonistycznych i kontrolujących. Rezultaty zawiera rozdział szósty.

Opracowania statystyczne pozwalają na weryfikację postawionych hipotez, pierwsza z nich brzmi: ***Pracownicy opieki paliatywnej o wysokim poziomie poczucia jakości życia charakteryzują się wyższą aktywnością zaradczą.*** Weryfikacja założenia była możliwa dzięki zastosowaniu procedury testu t-studenta, w celu podzielenie grupy badanych pracowników opieki paliatywnej na grupy skrajne. Grupa badanych pielęgniarek charakteryzująca się wyższym poziomem jakości życia wykazała wyższą aktywność zaradczą. Ponadto preferowane przez nich zachowania zaradcze w większości są efektywne i zmiierzają do skutecznego rozwiązania problemu. Tym samym, pracownicy opieki paliatywnej o wysokim poczuciu jakości życia w konfrontacji z trudną sytuacją posługują się następującymi strategiami: aktywne radzenie sobie (ARS), planowanie (PLA), poszukiwania wsparcia instrumentalnego (PWI), poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE), unikanie konkurencyjnych działań (UKD), zwrot ku religii (ZKR), pozytywne przewartościowanie i rozwój (PRR) oraz akceptacja (AKC).

Druga z postawionych hipotez brzmi następująco: ***Pracownicy opieki paliatywnej o wysokim poziomie jakości życia preferują strategie radzenia sobie skoncentrowane na problemie i działaniu.*** Dane uzyskane w badaniach własnych dają

podstawę do potwierdzenia powyższej hipotezy. Okazuje się, że grupa pielęgniarek hospicyjnych i onkologicznych przejawiająca wyższe poczucie jakości życia w sytuacji stresowej zdecydowanie częściej wybiera sposoby radzenia sobie skoncentrowane na działaniu i rozwiązaniu istniejącego problemu, niż działania zaradcze mające na celu rozładowanie emocji. Potwierdzają to różnice istotne statystycznie występujące we wszystkich pięciu skalach radzenia sobie skoncentrowanych na zadaniu. Dlatego, też w obliczu stresu pracownicy opieki paliatywnej o wysokim poczuciu jakości życia stosują następujące aktywności mające na celu rozwiązanie problemu: aktywne radzenie sobie (ARS), planowanie (PLA), poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI), unikanie konkurencyjnych działań (UKD) oraz pozytywne przewartościowanie (PPR).

Hipoteza **H3**: *Pracownicy opieki paliatywnej o niskim poziomie poczucia jakości życia w radzeniu sobie ze stresem wykorzystują działania zaradcze skoncentrowane na emocjach i unikaniu.* Na podstawie danych zawartych w Tabeli 5.5., można stwierdzić, iż personel opieki paliatywnej o niskim poczuciu jakości życia charakteryzują emocjonalne i unikowe strategie radzenia sobie. Różnica istotna na poziomie statystycznym występuje w odniesieniu do czterech kategorii zachowań zaradczych polegających na: odwracaniu uwagi (ODU) ($t=-2,84$; $p=0,007$), zaprzestaniu działań (ZAD) ($t=-3,79$; $p=0,001$), zażywaniu alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (ZAL) ($t=-5,05$; $p=0,001$) oraz zaprzeczaniu (ZAP) ($t=-4,99$; $p=0,001$). Biorąc pod uwagę wysokość wyników średnich, zauważa się również, występowanie tendencji do podejmowania pozostałych działań skoncentrowanych na emocjach (KNE) ($M=48,60$) oraz na unikaniu: powstrzymywanie się od działań (POD) ($M=53,25$) oraz poczucie humoru (PHU) ($M=52,65$). Powyższe dane potwierdzają wcześniejsze przeprowadzenia, iż grupa osób badanych o niższym poziomie poczucia jakości życia nie przejawia tendencji do zachowań ukierunkowanych na rozwiązanie problemu, ale skupia się na rozładowaniu nieprzyjemnych emocji oraz ucieka w inne, mniej efektywne działania.

Ostatnia hipoteza niniejszego projektu badawczego brzmi: *Pracownicy opieki paliatywnej charakteryzujący się wysokim poczuciem jakości życia w zmaganiu się z trudnościami preferują aktywne radzenie sobie, planowanie oraz pozytywne przewartościowanie.* Powiązanie jakości życia z niniejszymi działaniami zaradczymi zostało niejednokrotnie potwierdzone w przeprowadzonej analizie statystycznej wyników uzyskanych w badaniach własnych. Wskaźniki liczbowe (średnia i odchylenie standardowe) uzyskane przez pracowników opieki paliatywnej o wysokim i niskim

poczuciu jakości życia, wskazują na występowanie istotnych statystycznie różnic w preferowanych aktywnościach zaradczych. Zróznicowanie to, zauważa się między innymi w następujących sposobach radzenia sobie: pozytywne przewartościowanie i rozwój (PPR) ($t=5,08$; $p=0,001$), planowanie (PLA) ($t=5,97$; $p=0,001$) oraz aktywne radzenie sobie (ARS) ($t=3,21$; $p=0,003$). Powyższe dane liczbowe dowodzą, że badane pielęgniarki charakteryzujące się wysokim poczuciem jakości życia osiągają zdecydowanie wyższe wyniki w omawianych podskalach. Tym samym, w konfrontacji z doświadczanymi trudnościami podejmują aktywne sposoby radzenia sobie, racjonalnie planują swoje działania oraz dostrzegają w sytuacji problemowej okoliczności, które mogą być wartościowe.

Prezentowane powyżej rezultaty, z kilkoma wyjątkami (osoby badane oprócz strategii uwzględnionych w H4 preferują: PWI, PWE, UKD, ZKR i KNE) są analogiczne do tych otrzymanych w analizie danych uzyskanych w *Kwestionariuszu CASP – 19* do badania jakości życia Higgasa oraz *Kwestionariuszu COPE* do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem Carvera. Wyłonienie grup homogenicznych, a następnie zastosowanie testu ANOVA, pozwoliło na uzyskanie wyników (zawarte w Tabeli 6.3), które stanowią podstawę do wysunięcia następujących wniosków. Personel medyczny o wysokim poczuciu jakości życia (grupa *Swobodnych*) stosuje więcej aktywności zaradczej w porównaniu z pielęgniarkami o niższym poczuciu jakości życia (grupa *Kontrolujących*). Należą do nich: aktywne radzenie sobie (AKR), planowanie (PLA), poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI) i emocjonalnego (PWE), unikanie konkurencyjnych działań (UKD), zwrot ku religii (ZKR), pozytywne przewartościowanie i rozwój (PPR) oraz koncentracja na emocjach (KNE). Ponadto, pracownicy opieki paliatywnej, którzy przejawiają wyższy poziom jakości życia w radzeniu sobie ze stresem koncentrują się na jak najszybszym i skutecznym rozwiązaniu problemu. Charakteryzuje ich planowe podejście oraz tendencja do podejmowania prób pozytywnego przekształcenia sytuacji. Zauważa się również, iż badani równie często podejmują działania zaradcze ukierunkowane na emocje, polegające na poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego, czy duchowego. Biorąc pod uwagę specyfikę miejsca pracy badanej grupy pielęgniarek, która wiąże się z dużym obciążeniem psychicznym i emocjonalnym, umiejętność poszukiwania możliwości rozładowania przykrych emocji oraz wsparcia wśród najbliższego otoczenia, czy w wartościach religijnych są jak najbardziej pożądanymi sposobami radzenia sobie. Są one niezbędne do optymalnego

funkcjonowania pracownika opieki hospicyjnej i onkologicznej, zarówno w środowisku zawodowym, jak i rodzinnym.

Zupełnie odwrotnie radzi sobie ze stresem, grupa personelu cechująca się niższym dobrostanem psychicznym. W konfrontacji z problemem często zaprzecza istnieniu trudności i neguje fakty. Rezygnuje z podejmowania jakichkolwiek działań, popada w bezradność, porzucając przy tym osiągnięcie celu. Ponadto, unikają konfrontacji z sytuacją problemową, uciekając od trudnych okoliczności na przykład w alkohol i/lub zażywanie innych substancji psychoaktywnych.

Analiza współczynnika korelacji r – Persona dla wyników uzyskanych w *Kwestionariuszu Poczucia Jakości Życia Straś* – Romanowskiej i *Kwestionariusza COPE* Carvera dla całej grupy osób badanych (patrz Tabela 5.1), wskazują na dodatnie powiązania między wynikiem ogólnym jakości życia a następującymi działaniami zaradczymi: aktywne radzenie sobie (ARS), planowanie (PLA), oszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI), emocjonalnego (PWE) i duchowego (ZKR), unikanie konkurencyjnych działań (UKD) oraz pozytywne przewartościowanie i rozwój (PPR). Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu ogólnego poczucia zadowolenia i satysfakcji z życia, rośnie tendencja do preferowania powyższych sposobów radzenia sobie. Uzyskane wyniki, z kilkoma wyjątkami są analogiczne do rezultatów otrzymanych w analizie korelacyjnej danych z *Kwestionariusza CASP – 19* do badania jakości życia Higgsa i *Kwestionariusza COPE* Carvera dla całej badanej zbiorowości (patrz, Tabela 5.2). Niewielkie różnice zauważa się jedynie w odniesieniu do braku istotnego statystycznie związku wyniku ogólnej jakości życia z takimi sposobami zaradczymi jak: aktywne radzenie sobie (ARS) oraz odwracanie uwagi (ODU).

Po przeprowadzonych analizach nasuwają się następujące wnioski. Zjawisko poczucia jakości życia jest istotnym czynnikiem modyfikującym zachowania zaradcze. Okazuje się, że ta grupa pracowników opieki paliatywnej, która charakteryzuje się wyższym poczuciem dobrostanu psychicznego w większości stosuje techniki radzenia sobie skoncentrowane na skutecznym rozwiązaniu problemu. Ponadto, stosują te rodzaje emocjonalnych strategii zaradczych, które wydają się być efektywnym regulatorem doświadczanego obciążenia emocjonalnego i psychicznego. Tymczasem, wyniki uzyskane przez personel medyczny o niższym poziomie jakości życia wskazują, że w konfrontacji z doświadczanymi trudnościami podejmują zdecydowanie mniej efektywne aktywności. Mają one na celu unikanie bezpośredniego zmagania się z

istniejącym problemem oraz krótkotrwałe obniżenie napięcia, które w konsekwencji może jeszcze zwiększyć poczucie odczuwanego stresu.

Podsumowując powyższe założenia można stwierdzić, iż wszystkie hipotezy uzyskały potwierdzenie w wynikach realizowanego projektu badawczego. Dotychczas, w badaniach pracowników służby zdrowia, w szczególności pracowników opieki hospicyjnej i onkologicznej bardzo mało uwagi poświęcono kwestii zmagania się ze stresem oraz satysfakcji życiowej. Rezultaty otrzymane w niniejszej pracy są komplementarne do wiedzy i badań dotyczących zjawiska jakości życia oraz źródeł stresu i sposobów jego przezwyciężania przez personel medyczny, autorstwa Wysokińskiego i in.(2009), Tartas i in.(2009) i Bytnar (2010). Stwierdzono w nich, że stres zawodowy i emocjonalny jest jedną z głównych czynników determinującym obniżenie poziomu ogólnej jakości życia u pielęgniarek. Stosowanie przez nich adaptacyjnych aktywności zaradczych warunkuje poczucie dobrostanu psychicznego. Desbiens i Fillion (2007) zwracają uwagę na moderującą funkcję poznawczych i emocjonalnych strategii zaradczych w pozytywnej reakcji na stres. Pielęgniarki opieki paliatywnej, które preferują sposoby radzenia sobie w wymiarze duchowym polegające na pozytywnym przewartościowaniu i zwrocie ku religii, charakteryzują się wyższym poczuciem jakości życia, w tym skuteczniejszą adaptacją do sytuacji żałoby.

ZAKOŃCZENIE

Poczucie satysfakcji z własnego życia jest jedną z najbardziej pożądaných i poszukiwanych wartości przez człowieka, zarówno w wymiarze osobistym, jak i społecznym. Jakość życia stała się przedmiotem zainteresowań badaczy różnych dziedzin nauki już od lat 60 XX wieku. Początkowo utożsamiana ze statusem materialnym (Bańka, 1994; Kowalik, 1993, za: Okła, Steuden, 2007). W dalszej kolejności poszerzona o zmienne związane z warunkami życia społecznego, zaspokojeniem potrzeb psychicznych, wolnością i rozwojem osobistym, systemem wartości, realizacją celów życiowych, pracą oraz stanem zdrowia osoby (Peterman, Cella, 2000, Derbis, Bańka, 1998, Schipper, 1990, za: Okła, Steuden, 2007).

Najintensywniej pojęcie jakości życia rozwija się na gruncie nauk medycznych, socjologicznych i psychologicznych, koncentrujących się na szeroko pojmowanej problematyce zdrowia. Dziurowicz – Kozłowska (2002, s. 78,79) zwraca uwagę na trzy główne przyczyny, wzrostu zapotrzebowania na analizę i ocenę zjawiska poczucia jakości życia w kontekście zdrowia i choroby. *Po pierwsze gwałtowny wzrost zachorowań na choroby przewlekłe, których nie da się wyleczyć doraźnie, ale w których można kontrolować i stymulować wzrost subiektywnego poczucia jakości życia*

pacjenta. Po drugie, szybki rozwój często inwazyjnych technik diagnostycznych i terapeutycznych (...), które ratują życie, leczą choroby, a jeśli całkowite wyleczenie pacjenta nie jest możliwe, przyczyniają się do przedłużenia jego egzystencji. (...) Po trzeciej, dramatyczny wzrost kosztów leczenia i opieki zdrowotnej kwestionuje zasadność stosowania różnych, często bardzo drogich interwencji medycznych – jakie są ich efekty? Czy rzeczywiście poprawiają funkcjonowanie pacjenta? Udzielenie odpowiedzi na powyższe pytania, zdecydowanie wymagają pogłębionej refleksji nad jakością życia związanej ze stanem zdrowia.

Shipper (1990, za: Okła, Steuden, 2007) jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia określa jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia przeżywany przez pacjenta w następujących obszarach życia: stan fizyczny i sprawność ruchowa, stan psychiczny, doznania somatyczne, sytuacja społeczna oraz warunki ekonomiczne.

Badania empiryczne dotyczące ogólnej jakości życia pacjentów podkreślają znaczenie takich kategorii jak: rodzaj i intensywność objawów, wiążące się z tym doświadczanie cierpienia i silnego stresu oraz aspekt psychologiczny i społeczny związany z przebiegiem choroby (Steuden, Okła, 2007; Bereza, Steuden, Soból, 2007; Nowak, Steuden, 2007; Pietrzykowska i in., 2007; Bogaczewicz i in., 2011).

Zagrożenie obniżenia subiektywnej oceny poczucia jakości życia, nie jest tylko domeną chorych, ale również udziałem osób leczących – lekarzy, psychologów i pielęgniarek.

Biorąc pod uwagę specyfikę miejsca pracy oraz wielość sytuacji stresogennych, literatura przedmiotu oraz rezultaty dotychczasowych badań (Kopeć, Orchowska, Pogonowska, 2007; Tartas i in., 2009; Majos, Głowacka, 2005; Boruń, 2011) dowodzą, że średni personel medyczny, w szczególności opieki paliatywnej jest jednym z zawodów najbardziej narażonych na negatywne konsekwencje chronicznego stresu.

Osoby zajmujące się opieką pielęgniarską na skutek częstej konfrontacji ze stresem emocjonalnym oraz niedogodnościami związanymi z organizacją miejsca pracy, doświadczają mniejszej satysfakcji z życia, w porównaniu do innych zawodów (Wysokiński i in., 2009; Bytnar, 2010).

Ponadto, personel medyczny przejawiający tendencje do stosowania mało efektywnych sposobów radzenia sobie ze stresem, w większym stopniu narażony jest na wystąpienie symptomów wypalenia zawodowego (Brown – Ceslowitz, 1989; Payne, 2001; Mojs, Głowacka, 2005; Sęk, 2009; Wilczek – Różyczka, 2003).

Realizowany program badawczy dotyczył uzyskania odpowiedzi na następujące pytanie **czy i jakie różnice zachodzą w sposobach radzenia sobie ze stresem u pracowników opieki paliatywnej o różnym poziomie jakości życia?** Niniejszy problem został rozwiązany w oparciu o przeprowadzone badania własne z wykorzystaniem następujących metod psychologicznych:

- Arkusz personalny własnej konstrukcji,
- *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia*, autorstwa Straś – Romanowskiej,
- *Kwestionariusz COPE* do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem, autorstwa Carvera i in.,
- *Kwestionariusz CASP – 19* do badania jakości życia, autorstwa Higgsa i in.

Celem weryfikacji postawionych hipotez przeprowadzono badania własne. Odbyły się w okresie od 20.08.2011r. do 30.12.2011r. w Szpitalu Specjalistycznym im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach, w Hospicjum im. Chrystusa Króla w Stróżach oraz w Ośrodku Opieki Hospicyjnej TPCCH "Hospicjum im. Św. Łazarza" w Krakowie. Miały charakter indywidualny, łącznie objęły grupę 82 osób, gdzie 100 procent stanowiły kobiety w przedziale wiekowym od 24 do 55 lat pracujące na stanowisku pielęgniarki w Oddziale Paliatywnym, Onkologicznym lub w Hospicjum.

Zebrany materiał empiryczny poddano analizie statystycznej i psychologicznej. Jej rezultaty zostały omówione w rozdziale piątym i szóstym. Uzyskane wyniki pozwalają określić charakterystyczne sposoby radzenia sobie z trudnościami, wykorzystywane przez pracowników opieki paliatywnej o różnym poziomie poczucia jakości życia. Ujmując je syntetycznie, można stwierdzić, że:

- pielęgniarki hospicyjne i onkologiczne o wysokim poczuciu jakości życia w konfrontacji z sytuacją stresową zdecydowanie częściej posługują się strategiami zaradczymi skoncentrowanymi na aktywnym radzeniu sobie z problemami i efektywnym palowaniu działań mających na celu pokonanie doświadczanych trudności. Nie przejawiają tendencji do angażowania się w realizację konkurencyjnych działań, ale poszukują skutecznych możliwości przezwyciężenia sytuacji stresowej. Co więcej zauważają pozytywne konsekwencje płynące z jej doświadczenia.
- pracownicy opieki paliatywnej charakteryzujący się wysoką jakością życia preferują efektywne działania zaradcze ukierunkowane na regulację napięcia emocjonalnego i psychicznego. Polegające na intensywnym poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego wśród najbliższego otoczenia rodziny, znajomych, czy współpracowników. Ponadto, mając do czynienia z sytuacją obciążającą wykazują

silną potrzebę odnoszenia się do wartości sakralnych (zaangażowanie w modlitwę, odwoływanie się do pomocy Boga, poszukiwanie wsparcia i zrozumienia w wierze).

- z kolei, personel paliatywny o niższym dobrostanie psychicznym i satysfakcji z życia w sytuacji zagrożenia podejmuje zachowania, mające na celu uniknięcie bezpośredniej konfrontacji z problemem. Co często prowadzi do zaniechania aktywności zaradczych lub podejmowania działań zastępczych, które skutecznie odwracają uwagę osoby od przykrych myśli o stresie i jego przyczynach.
- zaprzeczanie, to kolejna strategia radzenia sobie charakteryzująca pielęgniarki paliatywne o niższej jakości życia, wyrażająca się w negowaniu i ignorowaniu rzeczywistego stanu rzeczy. Ponadto, badane wykazują skłonność do łagodzenia przykrych emocji (lęk, bezradność, rezygnacja, złość, gniew, poczucie winy itp.) poprzez zażywanie alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych. Sięganie po nieefektywne strategie radzenia sobie ze stresem skoncentrowane na unikaniu i emocjach wiąże się z trudnościami adaptacyjnymi zarówno w środowisku zawodowym, jak i rodzinnym. Co niesie ze sobą duże ryzyko chronicznego poczucia braku satysfakcji z życia, a w dalszej perspektywie pojawienia się symptomów zespołu wypalenia zawodowego u pracowników opieki paliatywnej.

Przedstawione powyżej rezultaty badań własnych są zgodne z doniesieniami z dotychczasowych badań odnoszących się do sposobów radzenia sobie ze stresem pracowników służby zdrowia, w tym pielęgniarek z ryzykiem doświadczania symptomów wypalenia zawodowego (Bernard i in., 2000; Payne, 2000; Bron – Ceslowitz, 1989).

Okazuje się, że najczęściej preferowanymi sposobami radzenia sobie przez personel medyczny jest wykorzystywanie dostępnej sieci wsparcia społecznego o charakterze nieformalnym (osoby bliskie), jak i formalnym (współpracownicy, przełożeni) (Burnard i in., 2000).

Bron – Ceslowitz (1989) w swoich badaniach wykazała, że pielęgniarki wypalone zawodowo stosują mniej efektywne działania zaradcze, jak: ucieczka/unikanie, samokontrola i konfrontacja, w przeciwieństwie do pielęgniarek nie wypalonych, które w obliczu sytuacji stresowej wykorzystują: planowanie, pozytywne przewartościowanie i poszukiwanie wsparcia społecznego.

Przegląd literatury przedmiotu wskazuje na stosunkowo niewielką ilość badań, poświęconych analizie powiązań między sposobami przezwycięzania stresu a odczuwaną jakością życia przez pracowników służby zdrowia, w tym opieki

paliatywnej. Jednak można stwierdzić, że uzyskane rezultaty badań własnych są komplementarne z wynikami Desbiens i Fillion (2007). Analiza preferowanych przez personel paliatywny sposobów radzenia sobie oraz poziomu odczuwanej jakości życia, wykazała pozytywny związek między poznawczymi i emocjonalnymi działaniami zaradczymi: pozytywnym przewartościowaniem i zwrotem ku religii, a wzrostem duchowej satysfakcji z życia, w tym procesowi przeżywania żałoby. Co jednocześnie sugeruje, że stosowanie adaptacyjnych strategii zaradczych sprzyja pozytywnej reakcji na stres, tym samym wpływa na wzrost ogólnego dobrostanu psychicznego oraz zmniejsza ryzyko pojawienia się symptomów wypalenia zawodowego u pracowników służby zdrowia, zwłaszcza opieki paliatywnej.

Zrealizowany program badawczy z udziałem pracowników opieki hospicyjnej i onkologicznej, dostarczył wyników, które posiadają zarówno wartość poznawczą, jak i aplikacyjną. Stwierdzone powiązania między badanymi zmiennymi mogą być wykorzystane w pracy psychologicznej i terapeutycznej obejmującej pracowników opieki paliatywnej z ryzykiem wystąpienia symptomów zespołu wypalenia zawodowego, charakteryzujących się obniżonym poczuciem jakości życia oraz trudnościami w radzeniu sobie ze stresem.

Z uwagi na to, iż zarówno zjawisko obniżonej ogólnej jakości życia oraz symptomy wypalenia zawodowego, swoim zasięgiem obejmują funkcjonowanie osoby w środowisku miejsca pracy oraz systemie rodzinnym, można zasugerować działania pomocowo – profilaktyczne uwzględniając rezultaty prezentowanych badań:

- w pracy z pracownikami opieki paliatywnej o niższym poczuciu satysfakcji życiowej zaproponować można trening podnoszenia kompetencji w zakresie skutecznego radzenia sobie w konfrontacji z sytuacją stresową. Zarówno **stresem zawodowym** (głównie związany ze: złą organizacją miejsca pracy, nadmiarem obowiązków, pracą zmianową, niskimi zarobkami itp.), jak i **emocjonalnym** (dotyczy: silnego obciążenia psychicznego, codziennej konfrontacji z cierpieniem i śmiercią chorego, doświadczania negatywnych emocji, niejednokrotne trudnej komunikacji z pacjentem, jego rodziną i przełożonymi). Proponowane zajęcia powinny koncentrować się na rozwijaniu zachowań zaradczych ukierunkowanych na aktywne działanie i rozwiązywanie problemów oraz umiejętności wykorzystywania dostępnej sieci społecznego wsparcia. Ważne jest tu również, uzyskanie przez personel paliatywny, lepszej świadomości aktualnie przeżywanych uczuć, sposobów efektywnego obniżania napięcia emocjonalnego, rozwijanie empatii, zdystansowania się do miejsca pracy i

sytuacji choroby pacjenta oraz skuteczniejszej komunikacji z chorym, jego rodziną oraz współpracownikami.

- ponadto, istotnym jest zapewnienie pracownikom opieki hospicyjnej i onkologicznej stałego dostępu do opieki psychologicznej, szczególnie o charakterze superwizyjnym. Personel doświadczający silnego obciążenia psychicznego i emocjonalnego, miałby możliwość redukcji napięcia oraz przykrych uczuć (leku, frustracji, złości, bezradności, poczucia winy itp.).
- pracując z najbliższą rodziną zaproponować można zajęcia psychoedukacyjne dostarczające wiedzy z zakresu: specyfiki pracy personelu opieki paliatywnej, czynników obciążających, istotnej roli środowiska rodzinnego oraz wsparcia społecznego w kształtowaniu optymalnego dobrostanu psychicznego pielęgniarki hospicyjnej i onkologicznej.

Zrealizowany program badawczy nie wyczerpuje w pełni problematyki aktywności zaradczych preferowanych przez pracowników opieki paliatywnej. Tym samym, wskazać można perspektywy dalszych badań w obszarze jakości życia oraz radzenia sobie ze stresem. Mając na uwadze wiek osób badanych, stan cywilny oraz staż pracy można rozważyć związek między tymi zmiennymi a poczuciem jakości życia u personelu hospicyjnego. Ponadto, dla potwierdzenia powiązań uzyskanych w niniejszej pracy, warto powtórzyć badania z udziałem większej grupy respondentów. Celowe wydaje się również, uściślenie kryterium doboru badanych osób, co wiąże się z większą koncentracją uwagi na pracownikach opieki paliatywnej o obniżonej satysfakcji życiowej oraz wysokim ryzyku wypalenia zawodowego. W kolejnych badaniach, zaleca się również zastosowanie bardziej zaawansowanych metod analizy statystycznej.

Bibliografia

Bereza, B., Steuden, S., Soból, A. (2007). Poczucie jakości życia u osób z nowotworem krtani. W: S. Steuden, W. Okła, (red.), *Jakość życia w chorobie*, (s. 29-31). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Blane, D., Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R.D. (2004). Life course influences on quality of life in early old age. *Social Science & Medicine*, nr 58, 2171–2179.

Blane, D., Netuveli, G., Montgomery, M.S. (2008). Quality of life, health and physiological status and change at older ages. *Social Science & Medicine*, nr 66, 1579-1587.

Bogaczewicz, A., Sobów, T., Bogaczewicz, J., Sysa-Jędrzejowska, A., Wodniacka, A. (2011). Neurotyczność negatywnie koreluje z radzeniem sobie ze stresem u chorych na łuszczycę. *Dermatologia Kliniczna*, tom 4, nr 13, 229-233.

Bond, L.A., Rosen, J.C. (1980). *Competence and Coping during Adulthood*. University Press of New England.

Boruń, T. (2011). Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej – opis przypadku Adama. *Pielęgniarstwo Zdrowia publicznego*, tom 1, nr 3, 289-295.

Brown – Ceslowitz, S. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, nr 14, 553-557.

Buksik, D. (2012). Znaczenie religijności w życiu człowieka. W: J. Daszykowska, M. Rewery, (red.), *Wokół problemów jakości życia współczesnego człowieka*, (s. 25-31). Kraków: Wydawnictwo PETRUS.

Burnard, P., Edwards, D., Fothergiell, A., Hannigan, B., Coyle, D. (2000). Community mental health nurses in Wales: self – reported stressors and copins streses. *Jurnal of Psychiatric and Mental Heltah Nursing*, nr 7, 523-503.

Bytnar, B. (2010). Jakość życia instrumentariuszek pracujących w systemie zmianowym. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, nr 2, 205-2012.

Coyle, D., Edwards, D., Hannigan, B., Burnard, F., Fothergill, A. (2000) An explanation of the coping strategies used by Community Psychiatric Nurses in Wales. *Nursing and Health Sciences*, nr 2, 59–67.

Çoban, A. I. (2012). Factors determining the quality of family life. W: J. Daszykowska, M. Rewery, (red.), *Wokół problemów jakości życia współczesnego człowieka*, (s. 35-40). Kraków: Wydawnictwo PETRUS.

Czapiński, J. (2004). *Psychologia Pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwo PWN

Derbis, R., Jędreń, K. (2010). Poczucie jakości życia a osobowość sportowców dyscyplin indywidualnych i zespołowych. *Przegląd Psychologiczny*, tom 53, nr 1, 9-30.

Desbiens, J.F., Fillion, L. (2007). Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, tom 13, nr 6, 209-299.

Dębska, U. (2007). Jakość życia w kontekście osobowościowych uwarunkowań i poczucia koherencji. Badania osób we wczesnej i średniej dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, tom 12, nr 4, 55-63.

Doliński, D. (2002). Wpływ społeczny a jakość życia. *Psychologia Jakości Życia*, tom 1, nr 1, 35-38.

Dolińska-Zygmunt, D. (2001). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Dziurawicz – Kozłowska, A. (2000). Wokół Pojęcia Jakości Życia. *Psychologia Jakości Życia*, tom 1, nr 2, 77-99.

Frąckowiak, T. (2004). *Personalistyczno – Egzystencjalna Koncepcja Poczucia Jakości Życia. Próba Operacjonalizacji*. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski. Niepublikowana praca magisterska.

Heszen – Niejodek, I. (1997). Style radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje. *Czasopismo Psychologiczne*, tom 1, nr 3, 8-13.

Heszen – Niejodek, I. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenie sobie. W: J. Strelau, (red), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Tom 3, (s. 480). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Heszen-Niejodek, I., Ratajczak, Z. (2000). *Człowiek w sytuacji stresu*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Heszen – Niejodek, I. (2008). Zdrowie i stres. W: J. Strelau, D. Doliński, (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Tom 2, (s. 689, 703-716). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Heszen, I., Sęk H. (2008). Zdrowie i stres. W: J. Strelau, D. Soliński, (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Tom 2, (s. 683-685). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R.D., Blane, D. (2003). *Researching Quality of Life in Early Old Age: The Importance of the Sociological Dimension. Social Policy and Administration*, nr 37, 239 – 252 (tłum. J. Szafrńska, S. Steuden).

Hobfoll, S. E. (2006). *Stres, Kultura i Społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Janowski, K. (2007). Problematyka jakości życia w chorobach dermatologicznych. W: S. Steuden, W. Okła, (red.), *Jakość życia w chorobie*, (s. 53-58). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Kopeć, M., Orchowska, I., Pogonowska, E. (2007). Pielęgniarki. W: J. F. Terelak, (red.), *Stres zawodowy. Charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowyc.*, (s. 283-292). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

Krzemińska, S., Papaj, M., Uchmanowicz, I., Brodzisz – Cedro, A., Arendarzy, M. (2009). Charakterystyka grupy zawodowej pielęgniarek w opinii osób wykonujących ten zawód. W: M. Artymiak, K. Janowski, (red.), *Człowiek chory. Aspekt Biopsychospołeczny*, tom 4, (s. 199-202). Lublin: Wydawnictwo POLIHYMNIA.

Krzemińska, S., Wojnarowska, J., Uchmanowicz I., Borodzicz – Cedro, A., Arendarczyk, M. (2009). Czynniki stresogenne dla pielęgniarek w Oddziałach Intensywnej Terapii. W: M. Artymiak, K. Janowski, (red.), *Człowiek chory. Aspekt Biopsychospołeczny*, tom 4. (s. 260-267). Lublin: Wydawnictwo POLIHYMNIA.

Kuryłowicz, J. (2006). *Radzenie sobie z własną chorobą. Badania psychologiczne pacjentów z zespołem bólowym korzeniowym*. Lublin: SERBA.

Lazarus, R. (1980). Paradygmat stresu i radzenia sobie. W: L.A. Bond, J.C. Rosen, (red.), *Competence and Coping during Adulthood*, (s. 8-29). University Press of New England. (tłum. B. Łapiński).

Łosiak, W. (1994). *Dynamika emocji i radzenie sobie w stresie psychologicznym. Badania pacjentów chirurgicznych*. Rozprawy habilitacyjne. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.

Łosiak, W. (2007). *Psychologia emocji*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.

Łuczak, J., Kotliska – Lemieszek, A. (2011). Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna. *Nowiny Lekarskie*, tom 1, nr 80, 3-10.

Majos, E., Głowacka, M.D. (2005). Wypalenie zawodowe u polskich pielęgniarek. *Nowiny Lekarskie*, tom 74, nr 2, 238-243.

Mróz, B. (2011). *Poczucie jakości życia u pracowników wyższego szczebla. Uwarunkowania osobowościowe i aksjologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Muraczyńska, B. (2000). Źródła i nasilenie stresu pielęgniarek w pracy z człowiekiem umierającym. *Annales Universitas Mariae Curie – Skłodowska*, tom 7, nr 34, 165-168.

Nowak, K., Steuden, S. (2007). Psychologiczne aspekty jakości życia u osób chorych na depresję. W: S. Steuden, W. Okła, (red.), *Jakość życia w chorobie*, (s. 98-100). Lublin: Wydawnictwo KUL.

- Ogińska- Bulik, N., Juczyński Z. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Okła, W., Łukasiewicz, M. (2007). Wsparcie społeczne jako czynnik modyfikujący poczucie jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo. W: S. Steuden, W. Okła, (red.), *Jakość życia w chorobi*, (s.139-148). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Okła, W., Steuden, S. (2007). Wprowadzenie w problematykę jakości życia. W: S. Steuden, W. Okła (red.), *Jakość życia w chorobie*, (s. 5-10). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Okła, W., Steuden, S., Puzon, P. (2007). Ocena jakości życia u kobiet po mastektomii. W: S. Steuden i W. Okła (red.), *Jakość życia w chorobie*, (s. 42-46). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Oleś, M. (2010). *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i w chorobie*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Oleś, M. (2005). Jak ocenić jakość życia u dzieci?. *Psychologia Jakości Życia*, tom 4, nr 1, 69-88.
- Oleś, P. (2002). Jakość życia w zdrowiu i chorobie. W: P. Oleś, S. Steuden. J. Toczółowski, (red.), *Jak świat mniej widzę: Zaburzenia widzenia a jakość życia*, (s. 38-40). Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Oleś, P. (1993). Zagadnienie stresu, kryzysu i radzenia sobie. *Roczniki Filozoficzne*, tom XLI, nr 4, 6-13.
- Oleś, P. (1996). Z problematyki interwencji kryzysowej i radzenia sobie ze stresem. *Studia z psychologii*, nr 8, 254-256.
- Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, tom 33, nr 3, 396-405.

Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P. CH., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M., Pincon, D. (2010). Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. *International Journal of Palliative Nursing* 2010, tom 16, nr 9, 432-438.

Poprawa, R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt, (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, (s. 103-141). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Ratajczak, Z. (2000). Stres-radzenie sobie-koszty psychologiczne. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak, (red.), *Człowiek w sytuacji stresu*, (s. 14-18). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Rostowska, T. (2008). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

Rynkowska, D. (2009). Opieka paliatywna i hospicyjna jako alternatywa wobec eutanazji. W: M. Artymiak, K. Janowski, (red.), *Człowiek chory. Aspekt Biopsychospołeczny*, tom 4, (s. 43-54). Lublin: Wydawnictwo POLIHYMNIA.

Sęk, H., Cieślak, R. (2004). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk., R. Cieślak, (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, (s. 11-28). Warszawa: PWN.

Sęk, H., Cieślak, R. (2004). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN.

Sęk, H. (2009). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sheridan, C. L., Radmacher, S. A. (1997). Radzenie sobie w sytuacjach trudnych. *Nowiny Psychologiczne*, nr 4, 13-17.

Smoleń, R., Sękowski, A. (2008). Ocena poczucia jakości życia u osób upośledzonych umysłowo w kontekście zmiennych psychospołecznych. *Studia z psychologii*, nr 15, 157-184.

Sonejko, A. (2006). Jakość życia samotnych matek a ich stosunek do zagrażających wydarzeń życiowych. *Psychologia Rozwojowa*, tom 11, nr 3, 53-162.

Straś-Romanowska, M. (2004). Jakość życia w perspektywie psychologicznej. W: J. Patkiewicz, (red.), *Jakość życia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w Polsce i w krajach Unii Europejskiej*, (s. 15-22). Wrocław: TWK.

Straś – Romanowska M. (1995). *Na tropach psychologii jako nauki humanistycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Studen, S., Nowak, K. (2007). Jakość życia u osób z rozpoznaną schizofrenią. W: S. Studen, W. Okła, (red.), *Jakość życia w chorobie*, (s. 132-136). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Studen, S., Okła, W. (2007). Czynniki sprzyjające podnoszeniu jakości życia w sytuacji choroby. W: S. Studen, W. Okła, (red.), *Jakość życia w chorobie*, (s. 195-204). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Tartas, M., Derewicz, G., Walkiewicz, M., Będziński, W. (2009). Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – Hospicjum oraz Chirurgii Ogólnej. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, nr 39, 145-153.

Terelak, J. F. (2005.) *Stres Organizacyjny Koncepcje, Przyczyny, Symptomy i Sposoby Radzenia Sobie*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza „BRANTA”.

Terelak, F.J. (2007). *Stres zawodowy. Charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

Terelak, J. F. (2008). *Człowiek i Stres*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza „BRANTA”.

Trylińska – Tekielska, E. (2009). Komu jest potrzebny psycholog w hospicjum? W: M. Artymiak, K. Janowski, (red.), *Człowiek chory. Aspekt Biopsychospołeczny*, tom 4, (s. 11-14). Lublin: Wydawnictwo POLIHYMNIA.

Trylińska – Nakielska, E. (2009). Wolontariusz hospicyjny – charakterystyka ogólna na podstawie przeprowadzonych badań sondażowych w Hospicjum Caritas Archidiecezji Warszawskiej w latach 2005 – 2009. W: M. Artymiak, K. Janowski, (red.), *Człowiek chory. Aspekt Biopsychospołeczny*, tom 4, (s. 24-26). Lublin: Wydawnictwo POLIHYMNIA.

Trzebińska, E., Łuszczynska, A. (2002). Psychologia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, tom 1, nr 1, 5-7.

Tucholska, S. (2009). Jakość życia w ujęciu psychologicznym. W: S. Janeczek, W. Bajor, M. Maciorek, (red.), *Gaudium in litteris*, (s. 1009-10024). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Wilczek – Różyczka, E. (2008). *Wypalenie zawodowe a empatia u lekarzy i pielęgniarek*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wilczek – Różyczka, E. (2006). Empatia a wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia. *Sztuka Leczenia*, tom 8, nr 1-2, 39-49.

Wilczek – Różyczka, E. (2003). Wypalenie zawodowe a poziom empatii u pielęgniarek. *Sztuka Leczenia*, tom 9, nr 1, 91-95.

Wnuk, M., Marcinkowski, J. T. (2010). Religijne korelaty jakości życia młodzieży studiującej – moderacyjna rola płci. *Probl Hig Epidemiol*, tom 4, nr 91, 678-684.

Wrona – Pogańska, H. (2006). Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania. *Sztuka Leczenia*, tom 8, nr 1-2, 19-31.

Wysokiński, M., Fidecki, W., Walas, L., Ślusarz, R., Sienkiewicz, Z., Sadurska, A., Kachaniuk, H. (2009). Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*, tom 17, nr 3, 167-172.

Zalewska, A. (2003). *Dwa Światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS.

SPIS

TABELE

TABELA 2.1. CHARAKTERYSTYKA WYMIARÓW JAKOŚCI ŻYCIA WG M. STRAŚ – ROMANOWSKIEJ	45
TABELA 2.2. WYMIARY, WSKAŹNIKI I KATEGORIE JAKOŚCI ŻYCIA R. SCHALOCKA – NOWA WERSJA	48
TABELA 4.2. PROCENTOWY ROZKŁAD STANU CYWILNEGO OSÓB BADANYCH.....	82
TABELA 4.5. PROCENTOWY ROZKŁAD Z MIEJSCEM ZAMIESZKANIA BADANYCH.....	83
TABELA 4.6. PROCENTOWY ROZKŁAD OBOWIĄZUJĄCEJ SYTUACJI MATERIALNEJ W RODZINIE OSÓB BADANYCH	84
TABELA 4.7. PROCENTOWY ROZKŁAD CZASU POŚWIĘCONEGO NA PRACĘ ZAWODOWĄ.....	84
TABELA 4.8. PROCENTOWY ROZKŁAD Z OCENĄ WŁASNEJ OSOBY, JAKO PRACOWNIKA W KATEGORIACH RADZENIA SOBIE Z OBOWIĄZKAMI ZAWODOWYMI	85
TABELA 4.9. PROCENTOWY ROZKŁAD Z OCENĄ STOPNIA DOCENIENIA PRACY BADANYCH PRZEZ OTOCZENIE	86
TABELA 4.10. PROCENTOWY ROZKŁAD ZAINTERESOWAŃ BADANYCH.....	86
TABELA 4.11. PROCENTOWY ROZKŁAD STOSUNKÓW Z CZŁONKAMI RODZINY, PRZYJACIÓŁMI ORAZ WSPÓŁPRACOWNIKAMI DEKLAROWANYCH PRZEZ OSOBY BADANE	87
TABELA 4.12. PROCENTOWY ROZKŁAD STOPNIA ZADOWOLENIA Z SIEBIE, DEKLAROWANEGO PRZEZ BADANYCH.....	87
TABELA 4.13. PROCENTOWY ROZKŁAD DZIAŁAŃ ZARADCZYCH W SYTUACJACH STRESOWYCH PREFEROWANYCH PRZEZ BADANYCH.....	88
TABELA 4.14. PROCENTOWY ROZKŁAD STOSUNKU DO KWESTII RELIGIJNYCH OSÓB BADANYCH	89
TABELA 5.1. WSKAŹNIK KORELACJI (R PEARSONA) POMIĘDZY WYNIKAMI W KWESTIONARIUSZU POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA STRAŚ – ROMANOWSKIEJ A WYNIKAMI W KWESTIONARIUSZU COPE DLA CAŁEJ BADANEJ GRUPY (N=82).....	93
TABELA 5.2. WSKAŹNIK KORELACJI (R PEARSONA) POMIĘDZY WYNIKAMI W KWESTIONARIUSZU CASP - 19 A WYNIKAMI W KWESTIONARIUSZU COPE DLA CAŁEJ BADANEJ GRUPY (N=82).....	99
WYKRES 5.1. GRAFICZNY ROZKŁAD WYNIKÓW WE WSKAŹNIKU OGÓLNYM POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA DLA CAŁEJ GRUPY BADANYCH.....	103
TABELA 5.3. PROCENTOWY ROZKŁAD WYNIKÓW WE WSKAŹNIKU OGÓLNEGO POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA DLA CAŁEJ GRUPY BADANYCH.....	104
TABELA 5.4. LICZEBNOŚĆ WYODRĘBNIONYCH GRUP SKRAJNYCH	105
TABELA 5.5. PORÓWNANIE WYNIKÓW ŚREDNICH W GRUPACH O NISKIM (N-PJŻ) I WYSOKIM (W-PJŻ) POCZUCIU JAKOŚCI ŻYCIA W PROFILU RADZENIA SOBIE W SKALI COPE.....	106
TABELA 6.1. PORÓWNANIE WYNIKÓW ŚREDNICH UZYSKANYCH PRZEZ OSOBY BADANE O RÓŻNYM TYPIE POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA W KWESTIONARIUSZU CASP – 19.....	109
TABELA 6.2. PROCENTOWY ROZKŁAD LICZEBNOŚCI GRUPY O RÓŻNYM TYPIE POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA.....	111
TABELA 6.3. ANALIZA POWIĄZAŃ POMIĘDZY PREFEROWANYMI SPOSOBAMI RADZENIA SOBIE A WYRÓŻNIONYMI TYPMI POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA WŚRÓD BADANEJ GRUPY OSÓB.....	112

RYSUNKI

RYSUNEK 2.1. CEBULOWA TEORIA SZCZĘŚCIA W UJĘCIU J. CZAPIŃSKIEGO	43
RYSUNEK 2.2. HIERARCHICZNY MODEL JAKOŚCI ŻYCIA W UJĘCIU R. SCHALOCKA.....	47
RYSUNEK 3.1. GRAFICZNA PREZENTACJA KONCEPCJI „DOM – HOSPICJUM” WEDŁUG R. TWYXCROSSA	63

WYKRESY

WYKRES 5.1. GRAFICZNY ROZKŁAD WYNIKÓW WE WSKAŹNIKU OGÓLNYM POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA DLA CAŁEJ GRUPY BADANYCH.....	103
WYKRES 5.2. PORÓWNANIE WYNIKÓW ŚREDNICH W GRUPACH O NISKIM (N-PJŻ) I WYSOKIM (W-PJŻ) POCZUCIU JAKOŚCI ŻYCIA W PROFILU RADZENIA SOBIE W SKALI COPE.....	107
WYKRES 6.1. KONFIGURACJA WYNIKÓW W SKALACH KWESTIONARIUSZA CASP – 19 UZYSKANYCH PRZEZ OSOBY BADANE O RÓŻNYM TYPIE POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA.	110
WYKRES 6.2. PREFEROWANE SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM PRZEZ OSOBY BADANE O RÓŻNYM TYPIE POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA.....	115