

IWONA KONIECZNA\*

## ZASOBY OSOBISTE I SPOŁECZNE CZŁOWIEKA W SYTUACJI DOŚWIADCZANIA CHOROBY PRZEWLEKŁEJ

### Wprowadzenie

Aktualnie w wielu naukach, takich jak psychologia, socjologia czy pedagogika, analizowana jest kwestia funkcjonowania osoby egzystującej w sytuacji przewlekłego stresu. Ma to związek z rodzącymi się przeobrażeniami kulturowo-społecznymi, zmianami warunków bytowania i indywidualnymi doświadczeniami, które bardzo często przenikają każdy aspekt życia. Niewątpliwie takim doświadczeniem dla człowieka jest choroba przewlekła.

Choroba jest sytuacją szczególną, która stawia przed człowiekiem określone wymagania, narzuca zmianę stylu życia, wpływa na zachowanie, może prowadzić do niepełnosprawności, a niekiedy do śmierci. W efekcie określa to kontekst działania otoczenia, w którym aktualnie przebywa osoba, jak i jej cechy ujawniane w konkretnych sytuacjach, które z jednej strony mogą wspierać jej działania, z drugiej zaś utrudniać zaspokojenie własnych potrzeb, osiągania celów życiowych oraz realizacji poszczególnych zadań rozwojowych. Zasoby oraz determinanty ryzyka w chorobie tworzą niekiedy złożony i skomplikowany układ, który wpływa na proces zdrowia. Zasoby określają odporność w sytuacji stresu i mają korzystny wpływ na proces przystosowania do zmieniających się warunków, deficyty zaś redukują odporność, przez co traktowane są jako czynniki ryzyka (Heszen, Sęk, 2007).

Sytuacja osób z chorobą przewlekłą na każdym etapie życia jest trudna pod wieloma względami. Zmiany zachodzące w obszarze rozwoju indywidualnego, jak też całościowej struktury społecznej mogą stanowić dla człowieka istotny

---

\* Iwona Konieczna; Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa; tel. +48 22 5893600; e-mail: ikonieczna@aps.edu.pl

element utrudnień w jego życiu. Dodatkowo sam fakt choroby przewlekłej wiąże się z licznymi obciążeniami w codziennym funkcjonowaniu człowieka, jak też w realizacji określonych zadań rozwojowych charakterystycznych dla danego okresu życia.

W artykule podejmę próbę analizy zasobów wpływających na zdrowie człowieka w sytuacji doświadczania choroby przewlekłej. Zostaną przedstawione wybrane definicje pojęcia zasobów, kategorie ich podziału oraz ukazane będzie znaczenie wybranych zasobów dla funkcjonowania człowieka w chorobie. Kluczową kwestią wydaje się to, jakie zasoby są konieczne, aby osoba miała poczucie jak najlepszego przystosowania się do życia z chorobą.

Analizując proces zdrowia i choroby człowieka, można wykorzystać wiedzę o stresie, potencjale osoby, jej zasobach i niedostatkach tkwiących w niej samej, jak i w jej otoczeniu. Te dwa procesy rozpatrywane są w odniesieniu do środowiska, aktualnej sytuacji, w której znalazł się człowiek, a przede wszystkim do jego zasobów w radzeniu sobie w sytuacji choroby.

### **„Multidyscyplinarność” zasobów osobistych i społecznych**

Zainteresowanie wielu badaczy problematyką zasobów ma niezwykle złożony i multidyscyplinarny charakter (Ziarko, 2014). Jak czytamy u Heleny Sęk (2012), w naukach społecznych zasoby analizowane są w kontekście badań nad stresem i czynnikami wpływającymi na przebieg transakcji stresowej. Analizując literaturę przedmiotu, można dojść do wniosku, że wielu badaczy jest zgodnych co do tego, iż zasoby są właściwościami, które mają korzystny wpływ na przebieg transakcji stresowej (Antonovsky, 1995; Hobfoll, 2006; Heszen, Sęk, 2007).

W psychologii pozytywnej zasoby ujmowane są jako czynniki, które mają sprzyjać podtrzymaniu pozytywnych emocji (stanów emocjonalnych), poczucia zadowolenia i satysfakcji z życia (m.in. Czapiński, 1994; Seligman i in., 2003). Pojęcie zasobów analizowane jest także na gruncie psychologii zdrowia i psychologii rozwojowej najczęściej w kontekście zmiennych, które mają pomóc w realizacji poszczególnych zadań rozwojowych i utrzymywać dobre zdrowie w różnych etapach życia człowieka (Heszen, Sęk, 2007).

Sęk (2012) proponuje ujmowanie zasobów w wąskim i szerokim znaczeniu. Podział ten przede wszystkim jest podyktowany rolą zasobów w różnych ujęciach empirycznych. Szerokie ujęcie zasobów obejmuje czynniki, które są uznawane za konieczne do przeżycia. Poszukując przykładów szerokiego ujęcia zasobów osoby, warto wziąć pod uwagę prace Stevena Hobfolla (2006), w których znajdujemy szczegółową analizę stresu w ujęciu społeczno-kulturowym, co w konsekwencji pozwoliło mu stworzyć teorię zachowania zasobów. W ujęciu tym zasoby to przedmioty, warunki, cechy osobowości i magazyny energii, które są cennymi dyspozycjami samymi w sobie umożliwiającymi przetrwanie

lub też mogą służyć do zdobycia zasobów koniecznych do przetrwania (Hobfoll, 2006, za: Ziarko, 2014, s. 148).

Wąskie ujęcie zasobów obejmuje, jak czytamy u Michała Ziarko (2014), modyfikatory różnych procesów psychicznych. Ukierunkowane jest ono na wysiłek zrozumienia procesów mających miejsce w trakcie doświadczania sytuacji wywołującej stres psychologiczny. Jest to ujęcie, które możemy znaleźć w pracach Aarona Antonovsky'ego (1979), gdzie badacz stara się wyjaśnić, dlaczego osoby mimo zróżnicowanych obciążeń potrafią utrzymać dobre zdrowie i funkcjonować w sposób satysfakcjonujący. Zaslugę tę przypisał posiadany przez człowieka zasobom, szczególnie zasobom odpornościowym, czyli właściwościom jednostki, grup społecznych, środowiska lub kultury, które wyróżniają się cechą funkcjonalną, pozwalającą unikać stresorów i/lub usprawniającą dawanie sobie rady z wymaganiami w sposób, który powoduje, że osoba nie doświadcza przewlekłego stresu (Antonovsky, 1995; Sęk, 2012, za: Ziarko 2014, s. 148). Perspektywa ta obejmuje wiele właściwości człowieka i jego otoczenia, które pozwalają przeciwdziałać stresorom. W ujęciu rozwojowym zasoby te będące w posiadaniu człowieka i umiejętność korzystania z nich pozwalają doświadczać jej pozytywnych przeżyć w związku z radzeniem sobie z sytuacją stresową. W konsekwencji wzmacnia to lub powoduje pojawienie się, zdaniem Antonovskiego (za: Pasikowski, 2000; Heszen, Sęk, 2007), zasobu człowieka – poczucia koherencji. Wąskie ujęcie zasobów, według Ziarko (2014), znajdujemy również w pracach Lazarusa i Raymonda Launiera (1978), którzy procesy oceny wtórnej w transakcyjnym ujęciu stresu łączą z szacowaniem przez osobę posiadanych przez nią zasobów.

Sęk (2003, za: Ziarko, 2014, s. 149) stwierdza, że „za zasoby można uznać cechy świata zewnętrznego, interpersonalnego i personalnego (podmiotowego), które w dynamice procesów konfrontacji człowieka z wymaganiami pełnią potrójną regulacyjną i prozdrowotną funkcję: zapobiegają pojawieniu się stresorów; powodują blokadę przejścia napięcia stresowego w chroniczny stres oraz sprzyjają skutecznemu dawaniu sobie rady z doświadczanym stresem”. Zasoby są zatem specyficznymi właściwościami człowieka i jego otoczenia, odnoszonymi się do tego, co jest w nim samym i jego relacji z innymi.

W literaturze przedmiotu nie spotykamy jednego spójnego sposobu systematyzowania zasobów. Za najbardziej spójną, a zarazem najbardziej wielopłaszczyznową klasyfikację zasobów można uznać tę autorstwa Stevena Hobfolla (2006). Badacz ten zasoby ujmuje w trzech wyznacznikach, które odnoszą się do: pochodzenia (analiza relacji zasobu do „Ja” jednostki), rodzaju, a także znaczenia zasobów w sytuacji przetrwania. To stało się predyktorem podziału zasobów na zasoby zewnętrzne i wewnętrzne.

Wśród zasobów wewnętrznych, jak czytamy u Ziarko (2014), można wskazać wszelkie istotne dla procesu adaptacji strukturalne i funkcjonalne cechy „Ja”. Autor wyróżnia tu poczucie tożsamości, poczucie umiejscowienia kontroli, poczucie własnej skuteczności, a także kompetencje poznawcze (inteligencja, elastyczność,

refleksyjność, twórcze nastawienie, otwartość i abstrakcyjność struktur poznawczych), emocjonalne (inteligencja emocjonalna, zdolność do rozpoznawania, rozumienia i wyrażenia emocji; wykorzystywanie ich oraz kierowanie nimi w wykonywaniu zadań i osiąganiu celów, radzenie sobie z trudnościami) i interpersonalne (zespół kompetencji, który pełni funkcje zasobów; ich brak może stanowić duże ryzyko dla zdrowia), jakie posiada osoba. Peter Salovey i in. (2005), jak czytamy dalej (tamże, s. 164), opisuje inteligencję emocjonalną w czterech obszarach: (1) spostrzeganie, ocenianie i wyrażanie emocji; (2) ułatwianie procesu myślenia za pomocą emocji; (3) rozumienie i analizowanie informacji emocjonalnej i posługiwanie się wiedzą o emocjach; (4) regulacja emocji.

Dodatkowo warto wspomnieć, że Antonovsky (1995) uznaje poczucie koherencji za zasób wewnętrzny, ale o strukturze złożonej – tzw. metazasób, który odgrywa znaczącą rolę w procesie adaptacji do zmiany i stanowi „klucz do zdrowia” (Heszen, Sęk, 2007). Jack Block i Adam M. Kremen (1996, za: Ziarko, 2014) do metazasobów zaliczają także sprężystość psychiczną. Metazasoby są traktowane jako układ zdolności lub orientacji psychologicznej, które umożliwiają jednostce ochronę przed stresem i skuteczne radzenie sobie z nim. Przyczyniają się one do tego, że człowiek potrafi wykorzystać wszystkie dostępne zasoby wewnętrzne i zewnętrzne.

Irena Heszen i Helena Sęk (2007) podają, że posiadanie przez osobę zasobów wewnętrznych stanowi jej kapitał, który pomaga adaptować się do sytuacji trudnych, osiągać zadowalający dobrostan, jak też utrzymać dobre zdrowie. Człowiek jednak musi mieć poczucie, że posiada zasoby wewnętrzne, które w dowolny sposób może wykorzystywać w zależności od danej sytuacji. Za zasoby zewnętrzne uznaje się z kolei właściwości środowiska (biologicznego, fizycznego, materialnego, informacyjnego, społecznego i kulturowego), w którym bytuje człowiek.

W odniesieniu do ogólnych koncepcji modeli interakcyjnych zwraca się uwagę na kwestie związane z potencjałem rozwojowym osób z chorobą oraz posiadane przez nie zasoby do dawania sobie rady (Kirenko, Byra, 2011). Choroba przewlekła w sposób istotny obniża sprawność człowieka i przyczynia się do załamania jego zdrowia, co bezpośrednio ma wpływ na dysponowanie przez niego zasobami. Warto podkreślić, że zakres posiadanych zasobów zmienia się w wyniku doświadczania choroby. Także pewne trudności pojawiają się w sytuacji możliwości ich wykorzystania; dotyczy to zarówno zasobów wewnętrznych, jak i zewnętrznych.

Biorąc pod uwagę kolejne kryterium klasyfikacji zasobów według Hobfolla (2006, za: Ziarko, 2014), jakim jest ich rodzaj, możemy wyróżnić cztery kategorie: zasoby materialne (dostępne obiekty fizyczne umożliwiające przeżycie, np. dom lub/i pewne elementy, które mówią o statusie społecznym jednostki), zasoby osobiste (cechy osobowości, kompetencje osoby, które pozwalają jej efektywnie funkcjonować w świecie, np. poczucie własnej skuteczności, optymizm,

umiejętności interpersonalne), zasoby stanu (ich celem jest ułatwianie dostępu do innych zasobów, obligują do inwestowania innych zasobów w ich posiadanie i utrzymanie), zasoby energetyczne (podlegają one wymianie na zasoby z pozostałych trzech grup, np. pieniądze, wiedza).

Ostatnie kryterium według Hobfolla (2006, za: Ziarko, 2014) odnosi się do podziału zasobów ze względu na znaczenie ich przetrwania. Wyróżnia się tu zasoby pierwotne (są to zasoby, które pozwalają przetrwać, np. materialne warunki życia, takie jak mieszkanie, pożywienie, ubranie, dostęp do dóbr), zasoby wtórne (przyczyniają się do uzyskiwania zasobów pierwotnych i mają związek z funkcjonowaniem jednostki w świecie społecznym, np. wsparcie społeczne, pozycja w grupie, poziom optymizmu, nadziei), zasoby trzeciorzędowe (dzięki ich posiadaniu osoba może uzyskać zasoby pierwotne oraz wtórne).

Z uwagi na to, że nie jest możliwe zaprezentowanie działania wszystkich zasobów, w artykule tym zostaną przedstawione zasoby podmiotu i wybrane cechy środowiska społecznego, które w dużym stopniu wpływają na działania innych grup zasobów w warunkach doświadczanego stresu w sytuacji choroby.

### **Człowiek w sytuacji doświadczania choroby przewlekłej a zasoby sprzyjające zdrowiu**

Choroby przewlekłe, biorąc pod uwagę ich zróżnicowaną etiologię, powodują, że osoba w odmienny sposób postrzega znaczenie doświadczanych strat. Ich zróżnicowany charakter ujawnia się w wielu płaszczyznach funkcjonowania. Rysujące się różnice zmieniają swoje zabarwienie na skutek postępowania choroby lub jej stabilizacji. Choroba, kiedy jest w fazie stabilnej, powoduje, że osoba ma możliwość wypracowania względnie stałych taktyk w zakresie codziennego funkcjonowania, nazwania i wypracowania nowych umiejętności niezbędnych do tego, by optymalizować swoje codzienne czynności oraz odgrywane role. W przypadku osób, u których choroba postępuje stopniowo, ale wiąże się z utratą sprawności do samodzielnej egzystencji, zaznacza się wyższe poczucie braku kontroli nad swoim życiem, a także mniejszy zakres planowania swoich działań i wyznaczania celów w przyszłości. Brak możliwości przewidywania procesu związanego z postępowaniem choroby, co w sposób bezpośredni wiąże się z ograniczeniem zdrowotnym i sprawnościowym, jest stymulatorem niekiedy utrzymującej się przez dłuższy czas labilności emocjonalnej (Larkowa, 1987; Gałuszka, 2005; Byra, 2012).

W wielu badaniach, a także z perspektywy postrzegania zdrowia somatycznego i psychosomatycznego, wskazuje się na istotność układów odporności biologicznej, które są monitorowane przez układ nerwowy. Dlatego też wśród grupy zasobów niezwykle istotnych dla zdrowia osoby są jej cechy psychiczne, które, jak czytamy u Heszen i Sęk (2007), są nazywane zasobami odpornościowymi i traktowane jako potencjał zdrowia lub też zdolność zdrowotna. Do tych

cech zalicza się określone cechy osobowości, które mają ścisły związek z temperamentem. Może on być predyktorem w sytuacji powrotu do zdrowia, ale także ryzykiem. Ma to związek z określonym typem osobowości.

W literaturze przedmiotu często wskazywane są wśród grup zasobów osobistych cechy struktury „ja”, które stanowią regulator procesów adaptacji w sytuacji doświadczania choroby przewlekłej. Jak czytamy (tamże, s. 163), są to cechy takie jak: samoakceptacja i optymalna samoocena, poczucie tożsamości, sprawstwa i wpływu na zdarzenia, a także rozmaite formy kontroli zdarzeń i samokontrola oraz poczucie własnej skuteczności. Do istotnych osobistych zasobów zalicza się również kompetencje życiowe wpływające na skuteczne rozwiązywanie zadań oraz oddziałujące na środowisko jednostki. Nie sposób tu pominąć kompetencji poznawczych. Ich niski poziom może mieć wpływ na adaptację człowieka do choroby i wynikających z niej ograniczeń. Szczególnie podkreśla się wpływ takich cech poznawczych, jak: mała złożoność poznawcza, postrzeganie świata w czarno-białych barwach, nadmierna konkretność oraz stereotypowa sztywność strategii poznawczych. Dodatkowo istotną rolę odgrywają kompetencje emocjonalne. Ich niski poziom może mieć wpływ na pojawienie się symptomów choroby szczególnie o podłożu psychosomatycznym. Do złożonych zespołów kompetencji, które pełnią funkcje zasobów, a ich brak stanowi czynnik ryzyka dla zdrowia, zalicza się kompetencje społeczne. Są to werbalne i niewerbalne umiejętności, które wpływają na skuteczność dawania sobie rady z zadaniami życiowymi w różnych sytuacjach społecznych. Mogą one mieć charakter wrodzony, jak i umiejętności, które nabywamy w kontakcie z innymi osobami. Do grupy tych kompetencji zalicza się także kompetencje komunikacyjne, umiejętność stosowania zasad jasnego precyzowania swoich potrzeb. Ma to szczególne znaczenie w sytuacji dzielenia się z innymi osobami swoim bólem i cierpieniem w wyniku doświadczania choroby. Umiejętność wyrażania swoich doznań ma szczególne znaczenie w sytuacji doświadczania bólu przez dzieci. Jak wiadomo, ból jest odczuciem subiektywnym i dla wielu dzieci tematem niezwykle trudnym do wyrażenia w sposób werbalny (Konieczna, 2013).

Prezentowane w literaturze przedmiotu zasoby spełniają rozmaite funkcje i mają wpływ na funkcjonowanie osób z chorobą, a także jakość ich życia. Analizując zasięg poszczególnych zasobów dla funkcjonowania człowieka w sytuacji choroby przewlekłej, Ziarko (2014) sugeruje branie pod uwagę tych zasobów, które jego zdaniem w znacznym stopniu mogą aktywizować osoby z chorobą do dawania sobie rady z wymaganiami narzucanymi przez chorobę. Wskazuje tutaj na poczucie koherencji, sprężystość psychiczną, poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poczucie własnej skuteczności.

Poczucie koherencji (SOC) jest pojęciem wprowadzonym przez Antonovskiego w 1979 r. Stanowi metazasób i obok uogólnionych zasobów odpornościowych jest kluczowym terminem w podejściu salutogenetycznym. Odgrywa też kluczową rolę w procesie radzenia sobie ze stresem i podtrzymywania zdrowia

w warunkach zagrożenia. Poczucie koherencji jest „globalną orientacją człowieka, która wyraża stopień, w jakim człowiek ma dominujące, trwałe i dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwalają sprostać wymaganiom stawianym przez bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” (Antonovsky, 1995, s. 34). W poczuciu koherencji zostały wyróżnione trzy elementy o charakterze poznawczym, instrumentalnym oraz poznawczo-emocjonalnym (poczucie zrozumienia, zaradności i sensowności). Poczucie zrozumienia odnosi się do „stopnia, w jakim człowiek spostrzega bodźce z którymi się styka. Są one sensowne poznawczo, jako informacje uporządkowane, spójne, ustrukturuwane i jasne, a nie jako szum informacji chaotycznych, losowych, nieuporządkowanych, przypadkowych i niewytłumaczalnych. Poczucie zrozumienia wiąże się z dokonywaną oceną poznawczą, rozumieniem, jak też przewidywaniem rzeczywistości oraz procesów w niej zachodzących” (tamże, s. 32). Kolejny komponent, poczucie zaradności, odnosi się do przekonania, że osoba posiada zasoby, które pozwolą jej poradzić sobie ze stresem. Poczucie zaradności ma charakter instrumentalny. Jest to „stopień, w jakim człowiek postrzega dostępne zasoby, jako wystarczające, aby sprostać wymogom, stawianym przez bombardujące go bodźce” (tamże, s. 33). Poczucie sensowności jest to „stopień, w jakim człowiek czuje, że życie ma sens z punktu widzenia emocjonalnego, że przynajmniej część problemów i wymagań, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania” (tamże, s. 34).

Sprężystość psychiczna jest definiowana jako „adaptacyjna elastyczność, przejawiająca się zdolnością do stosowania poziomu kontroli impulsów do wymagań sytuacji” (Letzring, Block, Funder, 2005, za: Ziarko, 2014, s. 158). Podstawową funkcją sprężystości psychicznej jest zarządzanie aktywnością osoby, co w sposób bezpośredni wiąże się z wyborem strategii dawania sobie rady czy ujawnianiem zachowań zdrowotnych w sytuacji doświadczania choroby przewlekłej. Ma ona również wpływ na jakość wykonywanych zadań, gdyż wiąże się z optymalną mobilizacją przed wykonaniem jakiegoś działania, co w konsekwencji wpływa na racjonalne gospodarowanie i kierowanie dostępnymi zasobami (Kaczmarek, 2009). Sprężystość psychiczna jest w wielu pracach traktowana jako zasób sprzyjający doświadczaniu pozytywnych emocji, jak też zasób wspomagający uniwersalny dobór środków pomagających dać sobie radę w odniesieniu do wymagań konkretnej sytuacji. Podejście to znajdujemy w badaniach na temat funkcjonowania dorosłych osób z RZS oraz z cukrzycą (Kaczmarek, Sęk, Ziarko, 2011; Sęk i in., 2012), chorobami endokrynologicznymi (Dunkel Schetter, Dolbier, 2011), a także młodzieży z nowotworem kości (Smorti, 2012).

Kolejnym zasobem istotnym dla zmagania się z chorobą przewlekłą wskazywanym przez Ziarko (2014) jest poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia. Jest to „specyficzna forma poczucia umiejscowienia kontroli odnosząca się do

sytuacji zdrowotnej. Istnieją trzy wymiary poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia: „wewnętrzny (wiąże się z przekonaniem, że zdrowie zależy głównie od własnego zachowania), zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia (wiąże się z przekonaniem, że czynnikiem decydującym o poziomie zdrowia jest udział innych osób z większymi możliwościami i kompetencjami, np. lekarza, pielęgniarki), zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, w którym zdrowie zależy przede wszystkim od losu czy przypadku” (Wallston, Wallston, DeVellis, 1978, za: Ziarko, 2014, s. 161). Wśród funkcji, jakie przypisuje się poczuciu umiejscowienia kontroli zdrowia, wskazuje się na postrzeganie sytuacji zdrowotnej przez osobę jej doświadczającą jako możliwej lub niemożliwej do zmiany w wyniku indywidualnych działań (tamże, s. 154).

Poczucie własnej skuteczności jest zasobem, który definiuje się jako „przekonanie”, że osoba posiada zdolności, które jej umożliwiają uzyskanie poprzez własne działanie pożądaných rezultatów związanych z realizacją ustalonych celów (Schwarzer, 1992; Juczyński, 1998, za: Ziarko, 2014, s. 154). Płaszczyzną, w której osoba z chorobą dokonuje tzw. wtórnej oceny w zakresie uczestniczenia w wyznaczaniu reakcji na sytuację stresową, według Stanisławy Byry (2012, s. 112) jest wartościowanie możliwości w odniesieniu do realnego efektu w dawaniu sobie rady w sytuacji choroby. Poczucie własnej skuteczności (*self-efficacy*) określa przekonania osoby w zakresie zasobów umożliwiających jej satysfakcjonujące radzenie sobie z napotkaną sytuacją (Juczyński, 2001).

Przekonanie o własnej skuteczności jest subiektywnym przeświadczeniem człowieka o jego zdolności w zakresie aktywnego działania w pewnych sytuacjach skutecznego radzenia sobie z zadaniami (Bandura, 1997, za: Byra, 2012). Jak czytamy dalej (tamże), ma ono charakter poznawczy i zawiera indywidualną ocenę osoby odnośnie do posiadania umiejętności wykonywania zadań i zmagania się z problemami. Kształtuje postrzeganie siebie w kategoriach osoby skutecznej lub też nieefektywnej w dawaniu sobie rady w wyniku doświadczania sytuacji trudnych. Uogólnione przekonanie na temat własnej skuteczności, jak podaje Ryszard Poprawa (2001), możemy uznać za ważny zasób osobisty w procesach radzenia sobie ze stresem.

Wśród zasobów mających wpływ na proces radzenia sobie osoby w sytuacji choroby przewlekłej wskazuje się wsparcie społeczne. Jak podaje Sęk (2001, za: Ziarko, 2014, s. 154), jest to pewien rodzaj interakcji społecznej, którą podejmują uczestnicy sytuacji trudnej w celu wymiany informacji, emocji, instrumentów działania, a także dóbr materialnych. Jak czytamy dalej (tamże), wsparcie społeczne jest zasobem relacyjnym, który ma za zadanie mobilizować osobę do angażowania się w dane działanie, mające sprzyjać dobremu funkcjonowaniu jej w chorobie przewlekłej, a także zapewnić pomoc w trakcie realizowania określonych celów związanych z chorobą. Prezentowane tu zasoby mają charakter podmiotowy. Wsparcie społeczne balansuje na granicy zasobów o charakterze osobistym, jak i społecznym (Heszen, Sęk, 2007).



Sęk (2001, s. 14) podaje, że wsparcie społeczne może być określane jako wsparcie strukturalne i funkcjonalne. W pierwszym ujęciu zaznacza się istotę ulokowania osoby w obiektywnie istniejących i dostępnych sieciach społecznych, gdzie w wyniku istnienia więzi i szczególnych rodzajów relacji społecznych fakt przynależności wyraża się poprzez funkcję pomocną w odniesieniu do człowieka, który jest w sytuacji trudnej. Drugie ujęcie koncentruje się na wsparciu społecznym ujmowanym jako przedmiot wymiany między osobami będącymi w sytuacji trudnej, co daje podstawę do wymienienia różnych rodzajów wsparcia:

- wsparcie emocjonalne – ma wpływ na kondycje psychiczną jednostki. Wyraża się ono poprzez troskę i zrozumienie, a także odzwierciedlanie emocji ujawnianych przez człowieka będącego w sytuacji trudnej;
- wsparcie informacyjne – polega na wymianie informacji i ich zdobyciu w celu lepszego rozumienia swojego położenia życiowego, podejmowania działań w celu szukania rozwiązań swojej sytuacji, a także otrzymywanie zwrotnych informacji na temat ich skuteczności;
- wsparcie instrumentalne – ma wymiar instruktażu, etapów tego, co jednostka powinna zrobić, by skutecznie radzić sobie z daną sytuacją;
- wsparcie materialne – odnosi się do osoby, która potrzebuje pomocy materialnej, rzeczowej oraz finansowej;
- wsparcie duchowe – wiąże się z rozumieniem sensu i nadawania znaczenia określonej sytuacji (Heszen, Sęk, 2007).

Warto zaznaczyć, że we wsparciu funkcjonalnym akcentowane jest osobiste znaczenie osoby i jej ustosunkowanie się do danej sytuacji. Nadrzędną funkcją wsparcia w tym ujęciu jest dopasowanie go do potrzeb i oczekiwań człowieka znajdującego się w sytuacji trudnej. W związku z tym można wyróżnić postrzeganie wsparcia społecznego w kategoriach: poszukiwania, mobilizowania i otrzymywania. Postrzeganie odnosi się do tego, na kogo jednostka może liczyć w sytuacji dla niej trudnej, a także gdzie może uzyskać konieczną dla niej pomoc. Poszukiwanie wsparcia to gotowość i umiejętność odnajdywania pomocy w danej sytuacji. Mobilizowanie to umiejętność poszukiwania, a potem dbania o relacje społeczne, otrzymywanie zaś wiąże się ze stanem faktycznym wsparcia otrzymywanego (Sęk, 2001; Heszen, Sęk, 2007).

Z zagadnieniem wsparcia społecznego ma związek to, w jaki sposób poszczególne osoby go poszukują, co jest wsparciem przez nie pożądanym w określonych sytuacjach oraz czy otrzymywane wsparcie jest faktycznie pożądaną przez nie formą pomocy w sytuacji choroby, aż wreszcie – jaki wpływ ma wsparcie społeczne w kategoriach jednostkowych losów ludzkich na funkcjonowanie i zdrowie osób będących w sytuacji trudnej.

## Zasoby sprzyjające radzeniu sobie ze stresem w sytuacji choroby przewlekłej

Zmiana stanu zdrowia (pogorszenie się), a nawet jego stopniowa utrata wiążą się ze stresem. Na szczególne podkreślenie zasługuje to, że zdrowie traktowane jest jako najcenniejszy zasób człowieka, dzięki któremu może on wykonywać określone zadania, funkcjonować w przestrzeni społecznej, realizować określone cele i zadania wynikające z pełnionych przez niego ról. To zdrowie decyduje o jakości życia osoby. Pojęcie zasobów najczęściej stosowane jest w kontekście radzenia sobie człowieka ze stresem. Dotyczy pewnych stabilnych czynników osobowych (np. wiek, wykształcenie, cechy charakteru) i społecznych, (np. sieć wsparcia, relacje z innymi osobami) które przyczyniają się do stosowania sposobów dawania sobie rady z wydarzeniami życiowymi, które wywołują stres. Niewątpliwie takim wydarzeniem życiowym jest choroba przewlekła.

W literaturze przedmiotu odnoszącej się do stresu i dawania sobie z nim rady często poruszane są kwestie dotyczące przebiegu procesu radzenia sobie i konsekwencji analizowanych w kontekście wpływu wielu czynników (dotyczących konkretnej osoby, zakresu jej kompetencji, jak też otoczenia, w którym żyje). Jak czytamy u Richarda Lazarusa i Susan Folkman (1984), czynniki te określane są jako zasoby sprzyjające radzeniu sobie ze stresem.

Analizując radzenie sobie ze stresem w sytuacji choroby przewlekłej, a także szerszej perspektywy przystosowania się do życia z chorobą przewlekłą, zauważa się, że głównym paradygmatem badawczym jest interakcja człowieka i środowiska, w którym żyje. Osoba z chorobą jest narażona na doświadczanie sytuacji trudnych, które aktywizują ją do zastosowania zachowania zaradczego, jako rezultatu niekiedy niezgodności między istniejącymi wymaganiami otoczenia a jej zasobami. Jako sytuację trudną (stresor) określa się sam moment zachorowania, jak też ograniczenia z niego wynikające, stanowiące dla osoby trudności w niemal wszystkich obszarach jej funkcjonowania. Ramy tych konsekwencji wynikają z rodzaju i stopnia posiadanych dysfunkcji (White, Richter, Fry, 1992, za: Byra, 2012).

Występujący u osoby stres wiąże się z reakcją na doświadczany stresor i ma bezpośrednie przełożenie na zaburzenie równowagi fizjologicznej, psychicznej i społecznej. Stresor, jakim jest choroba, powoduje u człowieka reakcję, która zmusza go do określonego zachowania, podejmowania aktywności zmierzających do reaktywacji utraconej równowagi (Heszen, Sęk, 2007).

Zachowania, które ujawnia osoba, są podyktowane jej subiektywną perspektywą i zazwyczaj mają zróżnicowany charakter. Mogą obejmować sekwencje zachowań pożądanych i niewskazanych. Wpływ na to mają różne zmienne, a kluczową rolę odgrywa radzenie sobie. Na podkreślenie zasługuje to, że człowiek nie jest w stanie w pełni przystosować się do roli osoby z chorobą. Kluczową kwestią jest poszukiwanie optymalnych zasobów w zakresie przystosowania

do odgrywanej roli, aby odczuwać satysfakcję z siebie i z życia mimo posiadanych trudności.

Sposób dawania sobie rady postrzegany jest jako proces, styl i strategia (Wrześniowski, 2004; Łosiak, 2008; Byra, 2012). Jak czytamy u Byry (2012, s. 81), styl radzenia sobie określany jest jako cecha osobowościowa, dyspozycyjna, względnie trwała, odzwierciedlająca się w tendencji do zachowania się w pewien sposób w sytuacji stresowej. Bywa, że jest rozpatrywany w kategoriach indywidualnego nawykowego zachowania się wobec doświadczanych stresorów (Heszen, Sęk, 2007). Styl radzenia sobie jest jedną ze zmiennych, które wpływają na zachowanie zaradcze człowieka (Wrześniowski, 2004).

Strategia radzenia sobie jest związana z określoną sytuacją trudną i jest do niej dostosowana. Należy podkreślić, że określone strategie zaradcze będące kompatybilne z warunkami określonych trudności nie muszą być w zgodzie z preferowanym indywidualnym stylem radzenia sobie (Carver, Scheier, 1994; Whitmarsh, Koutantij, Sidell, 2003; Jakubowska-Winecka, 2004; Łosiak, 2008; Terelak, 2008; Byra, 2012).

Radzenie sobie i jego procesualny przebieg łączą się z działaniami podejmowanymi przez osobę, których celem jest pomniejszenie zakresu pomiędzy wymogami otoczenia a jej możliwościami, mogącymi być źródłem dyskomfortu i zakłócać właściwe funkcjonowanie. Aby zminimalizować tę rozbieżność, człowiek podejmuje różnorodne, niekiedy uzupełniające się sposoby zaradcze, które jednocześnie są strategiami w odniesieniu do zaistniałych zmian sytuacyjnych (Wrześniowski, 2004).

Efektywność radzenia sobie z trudnościami jest szczególnie ważna w długotrwałym stresie. Choroba przewlekła stanowi nie tylko zagrożenie dla życia dziecka, lecz przede wszystkim ma wpływ ograniczający na funkcjonowanie w różnych obszarach osoby z chorobą. W związku z tym wiąże się z długotrwałym stresem. Przedstawiciele współczesnej psychologii zajmujący się problematyką stresu zwracają uwagę, jak czytamy u Anity Gałuszki (2005), na radzenie sobie z sytuacją stresową.

Strategia radzenia sobie jest poznawczym i behawioralnym wysiłkiem, jaki podejmuje człowiek w sytuacji stresowej. Służy ona ochronie i obronie zasobów osoby (Gałuszka, 2005). Według Lazarusa i Folkman (1988, za: Czapiński, 1994, s. 167) radzenie sobie obejmuje poznawcze i behawioralne wysiłki zmierzające do sprostania specyficznym wymogom zewnętrznym i/lub wewnętrznym, które w ocenie osoby nadwyrężają możliwości, jakimi ona dysponuje. Proces radzenia sobie jest rozpatrywany jako ciąg zmieniających się w czasie strategii, co ma związek ze zmianami sytuacyjnymi i różnicami stanu psychofizycznego człowieka (Wrześniowski, 1996, za: Gałuszka, 2005, s. 20).

Według Lazarusa i Folkman (1985), jak czytamy u Janusza Czapińskiego (1994, s. 168), człowiek dysponuje dwiema strategiami radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Może on albo próbować zmienić sytuację wywołującą stres

(strategia zorientowana zadaniowo), albo swój wewnętrzny stan stresu (strategia zorientowana emocjonalnie). Podział ten znajduje swój początek w psychologii zwierząt (wyuczone formy zachowań zwiększają prawdopodobieństwo przeżycia jednostki w zagrażających warunkach) i psychologii ego (mechanizmy obronne zmniejszają lęk i inne stany emocjonalne wynikające z zagrożenia ego jednostki), a obie te strategie mogą mieć różne szczegółowe formy czy techniki realizacji. Strategia zadaniowa może mieć charakter konfrontacyjny (obstawanie przy swoim i walka o to, co się chce osiągnąć; czynienie odpowiedzialnym kogoś innego za zmianę własnej decyzji) i interpersonalny (planowane rozwiązanie problemu, przygotowywanie planu działania i jego realizacja). Strategia zorientowana na emocje obejmuje zaś dystansowanie się, ucieczkę-unikanie (np. nałogi), samoobwinianie, samokontrolę, poszukiwanie wsparcia społecznego oraz pozytywne przewartościowanie.

Te dwa główne sposoby radzenia sobie opisane wcześniej są definiowane poprzez określenie, czy ich celem jest bezpośrednio zmierzenie się z problemem – radzenie sobie zorientowane na problem, czy też zmniejszenie dyskomfortu związanego ze stresem – radzenie sobie zorientowane na emocje. Strategia stawiania czoła sytuacjom problemowym jest określana jako „branie byka za rogi” (Billings, Moos, 1982, za: Gerrig, Zimbardo, 2006). Podejście to, jak czytamy (tamże, s. 409), obejmuje wszystkie strategie, które zmierzają do bezpośredniego poradzenia sobie ze stresem, albo poprzez bezpośrednie działanie, albo poprzez podjęcie działań ukierunkowanych na rozwiązanie problemu. Człowiek koncentruje się na problemie, z którym trzeba sobie poradzić, oraz na czynniku, który wywołał stres. Wysiłki te są ukierunkowane na rozwiązaniu problemu w przypadku radzenia sobie ze stresorami podlegającymi kontroli – stresorami, które człowiek może zmienić lub wyeliminować za pomocą swoich działań.

Podejście zorientowane na emocje jest użyteczne w radzeniu sobie z wpływem stresorów niepodlegających kontroli. Jak podaje Ann Masten (2001, za: Gerrig, Zimbardo, 2006, s. 410), niektóre osoby reagują na stresory z określonym stopniem elastyczności. Potrafią one osiągnąć pozytywne wyniki pomimo poważnego zagrożenia ich dobrostanu. Cecha ta charakteryzuje także dzieci. Mogą one pozostać skoncentrowane na zadaniach (co umożliwia radzenie sobie zorientowane na problem) oraz kontrolować swoje reakcje emocjonalne (co umożliwia radzenie sobie zorientowane na emocje) w sposób zwiększający ich życiowe osiągnięcia.

Do strategii zadaniowej i emocjonalnej Czapiński (1994) dodaje jeszcze trzecią strategię – ucieczkową. Natomiast Norman S. Endler i James D.A. Parker (za: Wrześniowski, 1996) w swoim wielowymiarowym ujęciu stylu radzenia sobie wyodrębnili formę skoncentrowaną na unikaniu – strategię unikową. Unik jest pewną techniką stosowaną w walce, stawianiu czoła trudnościom. Natomiast ucieczka odnosi się do odsuwania się od sytuacji trudnej.

Sposoby radzenia sobie stosowane przez osobę z chorobą często w literaturze analizowane są w kontekście hierarchii skoncentrowanej na pokazaniu ich

ważności zarówno z perspektywy subiektywnej, jak i obiektywnej w procesie rehabilitacji (Chronister, Chan, 2007). Wykorzystywane sposoby zaradcze stosowane przez osobę w jej codziennym życiu zmuszają ją do radzenia sobie z bieżącymi trudnościami, które wymagają od niej ujawniania określonego rodzaju aktywności. Wiąże się to z poszukiwaniem bądź unikaniem pewnych informacji, zależności bądź unikania pewnych działań i czynności medycznych, stosowaniem bądź niestosowaniem działań profilaktycznych oraz mechanizmów obronnych w określonych sytuacjach. W kontekście doświadczanych postępujących i trwałych ograniczeń na skutek choroby przewlekłej proces radzenia obejmuje określony ciąg podejmowanych przez człowieka strategii zaradczych, które są uzależnione od przebiegu stresującej sytuacji, jej zmiennego lub stabilnego rodzaju oraz czasu nie tylko w kontekście jej trwania, lecz także wieku osoby, której dotyczy.

Stosowanie zmienności w zakresie sposobów dawania sobie rady jest charakterystyczne dla osób z chorobą przewlekłą. Wiąże się to z ujęciem choroby jako procesu zmieniającego się w czasie od chwili zachorowania. Wówczas człowiek staje przed dużym wyzwaniem odnalezienia się w nowej dla niego sytuacji trudnej, często nagłej i nieoczekiwanej, o nieznanym charakterze. Osoba z chorobą w nowej dla niej sytuacji życiowej początkowo korzysta ze znanych jej wcześniejszych sposobów radzenia sobie w sytuacji trudnej. Podejmując próby odnalezienia rozwiązań określonych sytuacji, bada efektywność stosowanych dotąd konkretnych strategii zaradczych. W kontekście ich weryfikacji mobilizuje się do walki z nowymi dla niej wyzwaniami choćby w zakresie wykonywania najprostszycy czynności codziennych, które przed chorobą nie stanowiły dla niej żadnego problemu, zaczyna korzystać z odmiennych sposobów dawania sobie rady z doświadczanymi trudnościami w nowym kontekście życia (tamże). Stosowanie zróżnicowanych, a zarazem indywidualnych strategii wynika ze zmienności sytuacji chorobowej oraz przenikania jej w rozmaite płaszczyzny funkcjonowania, co w konsekwencji wymusza na osobie z chorobą coraz to nowe sposoby poszukiwań strategii najbardziej skutecznych do pokonania istniejących ograniczeń. Wpływ na to ma także rodzaj choroby, wtórne komplikacje, stabilny lub zmienny charakter określonych objawów i dolegliwości, a także subiektywna ocena ograniczeń oraz ich konsekwencji w codziennym funkcjonowaniu i szeroko pojmowane zasoby radzenia sobie ulokowane wewnątrz i na zewnątrz jednostki (Heszen-Niejodek, 2000; Livneh, Martz, 2007).

Wśród zasobów mających wpływ na zdrowie człowieka Zygryfryd Juczyński i Nina Ogińska-Bulik (2003) wskazują na złożone układy czynników osobowościowych, dyspozycyjnych, a także poznawczych, które zaliczane są do obszaru zmiennych mających wpływ na dawanie sobie rady ze stresem. Wskazują tu właściwości biologiczne, psychologiczne, społeczne i kulturowe, które są zasobami wzmacniającymi i podtrzymującymi zdrowie osoby, sprzyjając jego polepszeniu i zapobiegając chorobie. W wielu ujęciach teoretycznych pojęcie zasobów

ujmowane jest w kategoriach czynników sprzyjających pozytywnej adaptacji do sytuacji choroby przewlekłej.

Wpływ na sposób radzenia sobie z chorobą przewlekłą oraz na wypracowanie indywidualnych strategii, które pozwalają przystosować się do życia z chorobą, mają rozmaite zasoby osobiste i społeczne. Zasoby odnoszące się do właściwości jednostki, a zatem zasoby biologiczne, psychologiczne i interpersonalne, właściwości sieci społecznych (więzi grup odniesienia, grup wsparcia, a także cechy środowiska fizycznego, przyrodniczego i cywilizacyjnego) współwarunkują poziom zdrowia jednostki, co podkreśla się zarówno w modelu socjoekologicznym, jak i w modelu salutogenetycznym. Zasoby te, jak czytamy u Heszen i Sęk (2007), pozwalają unikać stresorów, usprawniać proces radzenia sobie z wymaganiami, przyczyniając się do profilaktyki przekształcenia napięcia w stres i towarzyszące mu procesy patologiczne, jak też w sposób bezpośredni wpływają na zdrowie oceniane zarówno w kategoriach subiektywnych, jak i obiektywnych.

### **Zakończenie**

Problematyka zasobów jest kwestią nadal otwartą z uwagi na to, że każdy człowiek w sposób indywidualny odkrywa posiadanie określonych zasobów tkwiących w nim samym, a także ujawnia indywidualne strategie korzystania z nich w sytuacji trudnej, jaką niewątpliwie jest choroba przewlekła. Przegląd literatury pozwala zgromadzić informacje na temat procesów sterujących zachowaniem, a dokładniej – mających wpływ na funkcjonowanie osób będących w sytuacjach stresowych. Pomimo to istniejący stan wiedzy uniemożliwia wyciąganie wniosków na poziomie szczegółowym, które ujawniają procesy wpływające na funkcjonowanie osób z chorobą. Próbując zrozumieć, czym tak naprawdę są zasoby?, należałoby wprowadzić podział na zasoby faktyczne i zasoby potencjalne. Za zasoby faktyczne można uznać to wszystko, co ma związek z realizacją określonych celów i potrzeb danej osoby, a do czego w danej chwili i samoświadomości ma ona bezpośredni dostęp. Zasoby potencjalne mają wymiar, który człowiek może uzyskać lub odzyskać w przyszłości. Jest to ta grupa zasobów, które powinny być rozwijane przez specjalistów (np. lekarzy, psychologów, pedagogów). W bezpośrednim kontakcie z osobą z chorobą przewlekłą mogą oni w trakcie podejmowania specjalistycznych działań pomóc jej adaptować się do nowych warunków i odkrywać własne zasoby, pozwalające na budowanie lub modyfikację indywidualnych strategii radzenia sobie w otaczającej rzeczywistości. Bywa, że zasoby postrzegane jako dostępne środki zależą w dużej mierze od realizowanych celów, które osoba postrzega jako ważne. Analizując zasoby w wymiarze jednostkowym (indywidualnym), możemy dojść do wniosku, że zasobem staje się to jedynie w relacji do określonej potrzeby lub celu ujawnianego przez daną osobę. Można zatem uznać, że aby człowiek

postrzegał określone zasoby osobiste, musi mieć określoną potrzebę lub sformułowany cel, a także w jego percepcji musi być „coś”, co ma dla niego pewną wartość i znaczenie w radzeniu sobie z daną sytuacją. Dodatkowo dana osoba musi wiedzieć, że to „coś” istnieje i może być w jej zasięgu, wreszcie – musi widzieć relację między „tym czymś” a możliwością zaspokojenia swojej indywidualnej potrzeby lub grupy potrzeb w kontekście danej sytuacji. Na zakończenie należałoby zasygnalizować, że zasoby mają charakter relatywny z uwagi na to, iż o tym, czy „coś” zasobem jest, w dużej mierze decyduje aktualna potrzeba jednostki lub cel, który chce ona osiągnąć.

Biorąc pod uwagę kryterium ograniczoności bądź jej braku w kategoriach zasobów i potrzeb człowieka w chorobie, należałoby podjąć próbę sformułowania pewnych przypuszczeń, co może prowadzić do odmiennych konsekwencji w zakresie specyficznych sposobów funkcjonowania oraz radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Osoba może zatem ujawniać przekonania na temat tego, że jej zasoby są ograniczane, lecz potrzeby nie. Inna konfiguracja jej sposobu postrzegania zasobów może odnosić się do tego, że zarówno potrzeby, jak i zasoby są przez nią ujmowane jako ograniczone lub/i nieograniczone. Wreszcie, może ona ujmować swoje zasoby jako nieograniczone, potrzeby zaś z uwagi na fakt choroby mogą być przez nią postrzegane jako ograniczone. Ujęcie fenomenologiczne w tym znaczeniu akcentuje to, że zasoby, jakimi dysponuje człowiek i wykorzystuje je do radzenia sobie w sytuacji choroby, powinny zawsze być analizowane w kontekście jednostkowych losów ludzkich i subiektywnych doświadczeń, przede wszystkim z uwagi na to, że każda osoba w wyniku zmagania się z chorobą przewlekłą może ujawniać różnorodne reakcje.

## Bibliografia

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa: Fundacja IPN.
- Block, J., Kremen, A.M. (1996). IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349–361.
- Byra, S. (2012). *Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością ruchową i chorobą przewlekłą. Struktura i uwarunkowania*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1(2), 184–195.
- Chronister, J., Chan, F. (2007). Hierarchical coping: Conceptual framework for understanding coping within the context of illness and disability. W: E. Martz, H. Livineh (red.), *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical and Clinical Aspects* (s. 49–71). New York: Springer Science & Business Media.
- Czapiński, J. (1994). *Psychologia szczęścia: przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Dunkel Schetter, C., Dolbier, C. (2011). Resilience in the context of chronic stress and health in adults. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(9), 634–652.
- Gałuszka, A. (2005). *Człowiek przewlekłe chory. Aspekty psychoegzystencjalne*. Katowice: Wydawnictwo UŚ.

- Gerrig, R.J., Zimbardo, P. (2006). *Psychologia i życie*. Warszawa: WN PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: WN PWN.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). Radzenie sobie z chorobą – przegląd zagadnień. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Jak żyć z chorobą i jak ją pokonać* (s. 13–33). Katowice: Wydawnictwo UŚ.
- Hobfoll, S.E. (2006). *Stres, kultura i społeczeństwo. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: GWP.
- Jakubowska-Winecka, A. (2004). Style a strategie radzenia sobie ze stresem po zawale serca. W: K. Wrześniowski, D. Włodarczyk (red.), *Choroba niedokrwienna serca* (s. 83–106). Gdańsk: GWP.
- Juczyński, Z. (1998). Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 14, 54–63.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w psychologii i promocji zdrowia*. Warszawa: PTP.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2003). *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Kaczmarek, Ł. (2009). Resiliency, stress appraisal, positive affect and cardiovascular activity. *Polish Psychological Bulletin*, 40, 46–53.
- Kaczmarek, Ł., Sęk, H., Ziarko, M. (2011). Sprężystość psychiczna i zmienne pośredniczące w jej wpływie na zdrowie. *Przegląd Psychologiczny*, 54(1), 29–46.
- Kirenko, J. (2007). *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kirenko, J., Byra, S. (2011). *Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Konieczna, I. (2013). *Budowanie poczucia koherencji u dzieci z chorobą reumatyczną*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Larkowa, H. (1987). *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*. Warszawa: PWN.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Livneh, H., Martz, E. (2007). An introduction to coping theory and research. W: H. Livneh, E. Martz, (red.), *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical and Clinical Aspects* (s. 3–27). New York: Springer Science & Business Media.
- Łosiak, W. (2008). *Psychologia stresu*. Warszawa: WAiP.
- Paśnikowski, T. (2000). *Stres i zdrowie*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Poprawa, R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (s. 103–141). Wrocław: Wydawnictwa UW.
- Salovey, P., Bedell, B.T., Detwiler, J.B., Mayer, J.B. (2005). *Aktualne kierunki w badaniach nad inteligencją emocjonalną*. W: M. Lewis, J.M. Havilnad-Jones (red.), *Psychologia emocji* (s. 634–654). Gdańsk: GWP.
- Seligman, M.E.P., Walter, E.F., Rosenhan, D.L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Sęk, H. (2001). O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego. W: L. Cierpialkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczne i psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia* (s. 13–32). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Sęk, H. (2012). Zastosowanie teorii zachowania zasobów S. Hobfolla do interpretacji mechanizmów działania zasobów w świetle wybranych badań z zakresu psychologii zdrowia. W: E. Bielawska-Batorowicz, B. Dudek (red.), *Teoria zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla* (s. 65–80). Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Sęk, H., Kaczmarek, Ł., Ziarko, M., Pietrzykowska, E., Lewicka, J. (2012). Sprężystość psychiczna a dobrostan w chorobie przewlekłej – mediująca rola podmiotowego umocowania i radzenia sobie. *Polskie Forum Psychologiczne*, 17, 327–343.
- Smorti, M. (2012). Adolescents' struggle against bone cancer: An explorative study on optimistic expectations of the future, resiliency and coping strategies. *European Journal of Cancer Care*, 21, 251–258.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and the new model. W: R. Schwarzer (red.), *Self-efficacy: Thought Control of Action* (s. 217–242). Washington: Hemisphere.



- Terelak, J.F. (2008). *Człowiek i stres*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Whitmarsh, A., Koutantij, M., Sidell, K. (2003). Illness perception, mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation. *British Journal of Health Psychology*, 8(3), 208–221.
- Wrześniowski, K. (2004). Interakcyjny model radzenia sobie ze stresem po zawale serca. W: K. Wrześniowski, D. Włodarczyk (red.), *Choroba niedokrwienna serca* (s. 69–81). Gdańsk: GWP.
- Ziarko, M. (2014). *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.

#### ZASOBY OSOBISTE I SPOŁECZNE CZŁOWIEKA W SYTUACJI DOŚWIADCZANIA CHOROBY PRZEWLEKŁEJ

##### *Abstrakt*

W artykule podjęto próbę analizy zasobów wpływających na zdrowie człowieka w sytuacji doświadczania choroby przewlekłej. Zostały przedstawione wybrane definicje pojęcia zasobów, kategorie ich podziału oraz ukazano znaczenie wybranych zasobów dla funkcjonowania człowieka w chorobie. Kluczową kwestią wydaje się to, jakie zasoby są konieczne do tego, aby dana osoba miała poczucie jak najlepszego przystosowania się do życia z chorobą.

*Słowa kluczowe:* zasoby, zasoby osobiste, zasoby społeczne, choroba przewlekła, człowiek z chorobą, stres, radzenie sobie

#### PERSONAL AND SOCIAL RESOURCES OF A PERSON IN A SITUATION OF CHRONIC ILLNESS

##### *Abstract*

This article will attempt to analyze the resources affecting the individual's health in a situation of chronic illness. The definitions of the resources, the categories of their distribution, and the importance of selected resources for human functioning in illness will be presented. The key issue seems to be which resources are needed for the individual to feel well adapted to life with the disease.

*Key words:* resources, personal resources, social resources, chronic illness, person with illness, stress, coping