

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Wydział Nauk Społecznych

Instytut Psychologii Zdrowia

KOLETA GABIŃSKA

Nr albumu: 371581

**Determinanty akceptacji choroby w stwardnieniu
rozsiałym (sklerosis multiplex)**

Determinants of acceptance in multiple sclerosis disease

Promotor:

dr hab. Michał Ziarko



Poznań 2017

Poznań, dnia 30.09.2017 r.

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana Koleta Gabińska, studentka Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu oświadczam, że przedkładaną pracę dyplomową pt.: „Determinanty akceptacji choroby w stwardnieniu rozsianym (sclerosis multiplex): napisałam samodzielnie. Oznacza to, że przy pisaniu pracy, poza niezbędnymi konsultacjami, nie korzystałam z pomocy innych osób, a w szczególności nie zlecałam opracowania rozprawy lub jej części innym osobom, ani nie odpisywałam tej rozprawy lub jej części od innych osób.

Oświadczam również, że egzemplarz pracy dyplomowej w wersji drukowanej jest całkowicie zgodny z egzemplarzem pracy dyplomowej w wersji elektronicznej.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że przypisanie sobie, w pracy dyplomowej, autorstwa istotnego fragmentu lub innych elementów cudzego utworu lub ustalenia naukowego stanowi podstawę stwierdzenia nieważności postępowania w sprawie nadania tytułu zawodowego.

[]* - wyrażam zgodę na udostępnianie mojej pracy w czytelni Archiwum UAM

[]* - wyrażam zgodę na udostępnianie mojej pracy w zakresie koniecznym do ochrony mojego prawa do autorstwa lub praw osób trzecich

*Należy wpisać TAK w przypadku wyrażenia zgody na udostępnianie pracy w czytelni Archiwum UAM, NIE w przypadku braku zgody. Niewypełnienie pola oznacza brak zgody na udostępnianie pracy.

.....
(czytelny podpis studenta)

Streszczenie

Celem niniejszej pracy było zbadanie jakie determinanty warunkują akceptację choroby u osób dotkniętych stwardnieniem rozsianym. Spośród wielu możliwych wybrano optymizm, sprężystość psychiczną, a także strategie radzenia sobie z chorobą. Akceptacja jest ważnym czynnikiem mającym wpływ na przebieg choroby oraz rokowania. Z tego też względu wydaje się istotne, by zbadać co determinuje pojawienie się jej u osób chorych. Pierwsza część pracy przybliży literaturę przedmiotu. Dokonano przeglądu badań oraz teorii na temat optymizmu, sprężystości psychicznej, jak również akceptacji choroby. Przedstawiono także czym jest i jak się objawia stwardnienie rozsiane. W części badawczej pracy starano się znaleźć odpowiedzi na następujące pytania: czy występuje związek między optymizmem a akceptacją choroby - stwardnienie rozsiane przez człowieka? Czy występuje związek między wyborem strategii radzenia sobie a akceptacją choroby u osoby cierpiącej na stwardnienie rozsiane? Oraz czy występuje związek między sprężystością psychiczną a akceptacją choroby - stwardnienie rozsiane? W badaniach zastosowano metody kwestionariuszowe, których wyniki posłużyły do przeprowadzenia korelacji między zmiennymi. W ostatniej części pracy próbowano odpowiedzieć na postawione wcześniej pytania oraz dokonać weryfikacji hipotez. Na koniec przedstawiono wnioski wynikające z przeprowadzonych badań.

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane/ akceptacja choroby/ sprężystość psychiczna/ optymizm/ strategie radzenia sobie

Abstract

The aim of the following thesis is to discuss which determinants condition the acceptance of multiple sclerosis among patients suffering from the disease. The analysis of this problem will focus on optimism, resilience, or strategies to deal with such an illness. Acceptance is one of the most important factors determining the course and prognosis of a disease; hence, it is vital to examine how patients start to accept their situation. The first chapter of the thesis will focus on the source literature: discussion of the scientific research and theories of optimism, resilience, and acceptance, as well as it explains the course and symptoms of multiple sclerosis. The research chapter discusses the following questions: is there a connection between optimism and acceptance of a disease – multiple sclerosis? Do accepting and choosing a strategy relate? And finally, is there a relationship between acceptance and mental resilience? The study has been conducted with the use of questionnaires, whose results gave ground to analysing the correlation between the abovementioned determinants. The last chapter, however, aims at answering these questions, and verifying the hypotheses. Finally, the conclusions section discusses the research findings, and provides suggestions for future research.

Key words: multiple sclerosis/ acceptance of disease/ mental resilience/ optimism/ strategy relate

SPIS TREŚCI

Wstęp	6
1. Problematyka badań w świetle teorii	7
1.1. Stres	7
1.1.1. Transakcyjne ujęcie stresu	7
1.1.2. Przyczyny stresu	9
1.1.3. Stresory i sytuacje trudne	10
1.1.4. Radzenie sobie z sytuacją stresową	12
1.1.5. Choroba jako sytuacja stresowa	14
1.2. Zasoby osobiste	16
1.2.1. Optymizm – badania naukowe oraz wybrane teorie	18
1.2.2. Zależność między optymizmem a zdrowiem	26
1.2.3. Sprężystość psychiczna	29
1.3. Akceptacja choroby	30
1.4. Stwardnienie rozsiane	31
1.5. Podsumowanie części teoretycznej	33
2. Metodologia badań własnych	35
2.1. Przedmiot i cel badań	35
2.2. Problem badawczy	35
2.3. Hipotezy	36
2.4. Metody badawcze	38
2.4.1. Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem - Mini COPE	38
2.4.2. Test Orientacji Życiowej – LOT-R	39
2.4.3. Skala Akceptacji Choroby – AIS	40
2.4.4. Skala Sprężystości Psychicznej – KSP	41
2.5. Organizacja terenu badań - charakterystyka badanej zbiorowości	42
2.6. Analiza wyników badań własnych	46
2.6.1. Statystyczny opis zmiennych	47
2.6.2. Statystyczna weryfikacja hipotez zależnościowych	50
Zakończenie – dyskusja oraz wnioski	52
Literatura	56
Spis rycin i tabel	58
Załączniki	59

Wstęp

Doświadczenie choroby przewlekłej jest niezwykle trudne dla każdego człowieka, który się z nią zmagają. Charakteryzuje się długim czasem trwania i aktualnie jest wiodącą przyczyną umieralności na świecie. Problem chorób przewlekłych dotyczy szczególnie krajów wysoko rozwiniętych. Komisja Chorób Przewlekłych przy Światowej Organizacji Zdrowia definiuje je jako „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki” (Pilecka za Shontz 1972, s. 300). Niewątpliwie do chorób o charakterze przewlekłym można zaliczyć stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex)- SM. Zmaganie się z tą chorobą jest dużym obciążeniem zarówno fizycznym, jak i psychicznym i trwa do końca życia. Dlatego, aby funkcjonować na jak najlepszym poziomie osoba korzysta z szeregu strategii i zasobów radzenia sobie. Warto zastanowić się nad tym co pomaga w codziennym życiu osobie dotkniętej stwardnieniem rozsianym? Jakie czynniki mają wpływ na akceptację tej choroby, a co za tym idzie lepszą egzystencję? Być może znalezienie odpowiedzi na te pytania będzie pomocne w wypracowaniu strategii, które wspomogą lepsze funkcjonowanie w chorobie i bardziej satysfakcjonujące życie.

W części teoretycznej omówiono czym jest optymizm oraz sprężystość psychiczna w kontekście zasobów w radzeniu sobie z chorobą. Przedstawiono także wybrane koncepcje stresu oraz zagadnienie akceptacji choroby, która jest istotnym elementem w funkcjonowaniu osoby cierpiącej na chorobę przewlekłą. Opisano również czym charakteryzuje się stwardnienie rozsiane. Tak przygotowana teoria będzie niejako wstępem do badań nad determinantami akceptacji choroby w stwardnieniu rozsianym.

ROZDZIAŁ I . Problematyka badań w świetle teorii

1.1. Stres

Stres pojawia się we wszystkich obszarach życia człowieka. Współcześnie badacze zajmują się z jednej strony przeżywaniem ekstremalnego stresu w wyniku klęsk żywiołowych czy działań wojennych, a z drugiej strony interesuje ich doświadczanie go w codziennej egzystencji człowieka. Powodem silnego stresu może być znalezienie się w sytuacji zagrażającej życiu czy zdrowiu ale również bycie świadkiem czyjejś śmierci czy wypadku. Odrębny obszar zainteresowań stanowi stres w wyniku poważnej choroby somatycznej albo kalectwa. Rezultaty badań dowodzą, że samo traumatyczne zdarzenie nie mówi nam wszystkiego o stresie i jego konsekwencjach. Ważne są także predyspozycje indywidualne, wsparcie innych osób jak również sposoby radzenia sobie z problemem.

W potocznym rozumieniu stres ujmowany jest jako zjawisko niekorzystne, nieprzyjemne. Również dotychczasowe badania koncentrują się na jego negatywnym znaczeniu dla człowieka. Uwypukla się rolę stresu jako czynnika, który ma wpływ na pogorszenie sprawności oraz efektywności funkcjonowania w różnych sferach życia człowieka. Traktuje się go również jako jeden z istotniejszych czynników mogących doprowadzić do zaburzeń w stanie zdrowia zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej.

1.1.1. Transakcyjne ujęcie stresu

Najbardziej znaną spośród transakcyjnych koncepcji stresu jest ta, zaproponowana przez Lazarusa i Folkman (1984). Zgodnie z ich ujęciem stres to: „określona relacja między osobą a otoczeniem, oceniana jako obciążająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi”(Lazarus i Folkman, 1984, s.19). Relacja uwzględnia wymagania otoczenia oraz indywidualne możliwości jednostki poradzenia sobie z tym zdarzeniem. By podkreślić wzajemne oddziaływania w tym układzie przyjęto termin „transakcja” wyrażający proces interakcji oraz jego efekty.

Konfrontowanie wymagań otoczenia z własnymi możliwościami obejmuje proces oceny poznawczej. Jest ona osądem osobistego znaczenia danego wydarzenia dla jednostki tzw. *ocena pierwotna*. W dalszym ciągu dochodzi do *oceny wtórnej* czyli oceny własnych możliwości, predyspozycji do korzystania z zasobów w walce ze stresorem. Transakcja może przyjąć charakter stresujący ale również być zdarzeniem sprzyjająco- pozytywnym lub nie

mieć żadnego znaczenia. W dwóch ostatnich przypadkach znaczy to, że dane zdarzenie nie narusza istotnych dla jednostki wartości oraz nie zagraża jego dobrostanowi. Natomiast, gdy jednostka spostrzega sytuację jako przekraczającą jej możliwości radzenia sobie to konsekwencją będzie doświadczenie stresu.

Jednostka może oceniać sytuację na 3 różne sposoby:

- *krzywda/strata* - wiąże się ze szkodą już zaistniałą w postaci utraty ważnych dla jednostki obiektów i zwykle pociąga za sobą występowanie emocji złości, żalu czy smutku;
- *zagrożenie* - dotyczy możliwej do pojawienia się krzywdy czy utraty i jest związana z wystąpieniem strachu, lęku bądź martwienia się;
- *wyzwanie* - gdy jednostka uwzględnia możliwe szkody ale również spodziewane korzyści, wzbudza to emocje negatywne, charakterystyczne dla zagrożenia ale także pozytywne, które wiążą się z przewidywanymi korzyściami.

Ocena wtórna stanowi punkt wyjścia dla aktywności ukierunkowanej na zmianę transakcji stresowej, którą określa się mianem radzenia sobie. W innych badaniach nad stresem Lazarus (1980) wyróżnia trzy następujące poziomy stresu:

- *społeczny* - związany z relacjami jednostki z innymi ludźmi;
- *psychologiczny* - obejmuje jednostkową ocenę sytuacji, reakcje emocjonalne i organizację zachowania;
- *fizjologiczny* - związany ze zmianami w organizmie.

Owe poziomy są w znacznym stopniu niezależne, obciążenie stresem w jednym z nich na przykład spowodowanym chorobą somatyczną nie musi prowadzić do wytworzenia stresu na innym poziomie ale może prowadzić do nasilenia stresu na przykład psychologicznego. Takie wielowymiarowe traktowanie zgodne jest z biopsychospołecznym modelem zdrowia i choroby (Heszen, Sęk, 2007).

W ostatnim czasie dużego znaczenia nabiera koncepcja Hobfolla (2006), tzw. teoria zachowania zasobów. Poszukuje ona ogólnych zasad, które kierują celowym zachowaniem człowieka. Według teorii sprowadzają się one do utrzymania, ochrony oraz pomnażania zasobów osobistych rozumianych jako wartościowe dla jednostki przedmioty, właściwości osobiste, okoliczności oraz czynniki sprzyjające.

Pojęcie zasobów zdaje się pełnić zbliżoną rolę w definiowaniu stresu co ocena poznawcza w koncepcji zaproponowanej przez Lazarusa (1984). Jednakże Hobfoll (2006) krytykuje uznanie subiektywnej percepcji jako kryterium wystąpienia zjawiska stresu. Według niego człowiek stara się uzyskać zasoby, których jeszcze nie posiada, utrzymać, które już ma oraz chronić je w momencie zagrożenia i promować je przyjmując postawę, która sprzyjałaby optymalnemu ich wykorzystaniu. Według Hobfolla (2006), stres ma podłoże biologiczne jest również kształtowany przez czynniki społeczno-kulturowe wiąże się z koniecznością zdobywania i chronienia warunków, które zapewnią przetrwanie i unikanie zagrożeń dla przetrwania. Stresem można nazwać sytuację utraty zasobów, zagrożenie utraty lub brak wzrostu już posiadanych zasobów po ich zainwestowaniu (Hobfoll, 2006).

W przeciwieństwie do Lazarusa, który podkreślał ocenę relacji jednostki z otoczeniem, koncepcja Hobfolla kładzie nacisk na zasoby, zakładając, że źródłem stresu są zakłócenia równowagi w sferze wymiany między jednostką a otoczeniem (Heszen- Niejodek, 2000).

1.1.2. Przyczyny stresu

Jedną z właściwości stresu jest to, że wiele różnorodnych czynników może go wywołać. W pracach badaczy można spotkać bardzo dużo sposobów opisywania mechanizmu powstawania stresu zależnie od przyjętej orientacji teoretycznej. Koncepcje różnią się też znaczeniem przypisywanym czynnikom powodującym stres. Jako pewne odniesienie dla poszczególnych koncepcji może posłużyć klasyfikacja czterech dróg uruchamiania procesu stresu, cechą charakterystyczną jest uwzględnienie różnych sposobów wpływania otoczenia na organizm (Łosiak, 2007). Pierwsza droga *biologiczna* jest najbardziej pierwotna, znaczy to, że pewne sytuacje są interpretowane jako szkodliwe dla organizmu właściwie odruchowo ze względu na biologiczne znaczenie. Kolejna *warunkowa* oparta jest na uczeniu czyli procesie nabywania doświadczenia indywidualnego. Polega na kojarzeniu pewnych okoliczności z czynnikami, które wywołują stres biologiczny. Trzecia *frustracyjna*, pewne zdarzenia stanowią blokują lub utrudniają nasze celowe działanie co identyfikujemy jako niekorzystne. Ostatnia droga, *poznawcza* występuje wtedy gdy osoba dokonuje złożonej oceny i interpretacji zdarzeń jako niepomysłnych np. gdy utraci bliską osobę.

1.1.3. Stresory i sytuacje trudne

Pojęcie stresora wprowadził Selye (1960), definiując go jako czynnik wywołujący stres. Termin ten wszedł do powszechnego użycia przez psychologów stresu. Pojęciu temu nadaje się szersze znaczenie niż wydarzeniom życiowym, dotyczy ono dyskretnych zdarzeń działających stresująco ale także czynników przewlekłych.

Zdaniem Wheatona (1996) należy dokładnie określić, co w danym bodźcu, zdarzeniu czy sytuacji jest stresujące co czyni z niego stresor. Autor ten wymienia 6 takich kryteriów.

Po pierwsze występują trzy alternatywne właściwości stresora. Są nimi: zagrożenie, wymagania oraz ograniczenia strukturalne. By jakiś czynnik stał się stresorem musi narzucać określone wymagania bądź stwarzać rozbieżność pomiędzy celami i możliwościami działania.

Drugie kryterium wiąże się z możliwościami przystosowawczymi organizmu, które Wheaton (1996) określa jako elastyczność. W tym ujęciu stresor to taka siła, która byłaby zagrażająca dla organizmu gdyby została przekroczona granica elastyczności czyli możliwości adaptacyjnych organizmu. W przypadku tego kryterium uwzględnia się nie tylko właściwości samego stresora, ale także możliwości organizmu, na który on oddziałuje.

Trzecie kryterium to właściwość stresora, która polega na tym, że jest on problemem, który wymaga rozwiązania a konkretniej działania zmierzającego do rozwiązania owego problemu.

Czwarte kryterium wiąże się ze znaczeniem stresora dla jednostki i jej tożsamości. Stresorem może być taki czynnik, który dotyczy poczucia własnej wartości, kontrolowania otoczenia czy ról społecznych i potrzeb związanych z ich pełnieniem.

Kolejne dwa kryteria określają okoliczności w jakich dany czynnik może stać się stresorem. Warunkiem koniecznym nie jest świadomość szkodliwości stresora, więc procesy oceny poznawczej nie pełnią podstawowego znaczenia. Niedobór wymagań i stymulacji może stać się stresorem w takim samym stopniu jak i nadmiar bodźców. Badacz doszedł do wniosku, że zaproponowane przez niego zdefiniowanie cech stresora jest rozwiązaniem problemu tautologii w jego określaniu. Umożliwia to jednocześnie identyfikowanie stresorów bez konieczności rejestrowania reakcji stresowej. W podejściu tym można dostrzec cechy relacyjnego myślenia o stresie. Czy dany czynnik będzie stresorem decydują jego cechy ale także możliwości adaptacyjne jednostki oraz jej tożsamość. Koncepcja Wheatona (1996) jak

również innych autorów w określeniu istoty stresora obejmuje bardzo duży zakres zdarzeń, czynników i okoliczności. Dlatego też dokonano klasyfikacji opierając się na formalnych lub treściowych właściwościach.

Lazarus i Cohen (1977) zaproponowali kryterium wagi stresora (poważne lub drobne), zasięgu działania (grupy ludzi lub jednostki) i stopnia kontroli ze strony człowieka. W ten sposób możemy wyróżnić wydarzenia, które dotyczą większej liczby ludzi jak np. kataklizmy, katastrofy lotnicze itp.; poważne zdarzenia lecz o jednostkowym charakterze np. choroba, rozwód, utrata pracy; ostatnia grupa to zdarzenia mniejsze i uciążliwości dnia codziennego.

Podobną klasyfikację stresorów zaproponowali Lepore i Evans (1996) do pewnego stopnia stanowi ona rozwinięcie poprzedniej. Autorzy wyróżniają: kataklizmy czyli nagłe i poważne wydarzenia dotyczące większej grupy ludzi, poważne zdarzenia w życiu jednostki takie jak rozwód, choroba, zmiana pracy, stresory codziennego życia o większym lub mniejszym znaczeniu dla jednostki. Dodatkowo autorzy przedstawiają dwa rodzaje stresorów: środowiskowe np. hałas, zatłoczenie, promieniowanie jonizujące, oraz stresory roli czyli trudności z pełnieniem określonych ról społecznych, ale również związane z brakiem wsparcia, pracą, przeciążeniem czy niewielkim stopniem kontroli ze strony osoby.

Elliot i Eisdorfer (1982) swoje założenia oparli na kryterium formalnym - czasie trwania stresora i na tej podstawie wyróżnili: stresory ostre, ograniczone w czasie, sekwencje stresorów czyli serię zdarzeń zapoczątkowanych przez jakieś wydarzenie, chroniczne działające oraz przewlekłe.

Odmienne, mające swoje źródło w tradycji myślenia psychologicznego opisywanie przyczyn stresu oparte jest na pojęciu sytuacji trudnej. Tu również mamy do czynienia z konkretnymi warunkami lub czynnikami zewnętrznymi działającymi na podmiot. Choć w literaturze można spotkać się z pojęciem sytuacji trudnej bądź stresowej jednakże nie jest ona dokładnie definiowana. Autorzy opierają się na jej intuicyjnym rozumieniu. Próbę zdefiniowania w swojej teorii podjął się Tomaszewski (1975). Sytuacja trudna to taka gdzie mamy do czynienia z zakłóceniem równowagi, wartości i możliwości z rozbieżnością między celami działania i możliwościami ich osiągnięcia przez jednostkę.

Tomaszewski (1975) zaproponował wyróżnienie pięciu rodzajów sytuacji trudnych:

- *deprywacja* - to sytuacja gdzie jednostka pozbawiona jest czegoś niezbędnego do życia i normalnego funkcjonowania czyli może to być brak pokarmu, wody ale także zaspokojenia potrzeby miłości i innych potrzeb emocjonalnych;
- *przeciążenie* - gdy człowiek zmuszony jest funkcjonować na granicy swoich możliwości psychicznych i fizycznych;
- *konflikt* - to doświadczenie przeciwstawnych pragnień czy dążeń co prowadzi do zablokowania działań;
- *zagrożenie* - poczucie, że można stracić ważne dla jednostki zasoby czy istotne elementy jej życia jak na przykład zdrowie, dobra materialne, pozycję społeczną czy pracę;
- *utrudnienie* - występuje gdy na drodze naszego działania pojawiają się przeszkody lub braki, które je hamują.

W odróżnieniu od pojęcia stresor, sytuacja trudna rozumiana jest bardziej relacyjnie, jednakże daje się również zauważyć podobieństwo między oba terminami. Dla Wheatona (1996) jedną z właściwości stresora jest rozbieżność między celami i możliwościami działania jednostki. Kryterium klasyfikacji stresorów są albo ich cechy formalne albo ich treść z kolei sposób rozróżnienia poszczególnych rodzajów sytuacji trudnych oparte jest na określeniu tego co jest istotą nie mając jednocześnie charakteru całkowicie treściowego. Dostrzec można pewną analogię do podstawowych tematów relacji dla konkretnych emocji opisywanych przez Lazarusa (1991). Podobnie jak w przypadku stresorów w rzeczywistości obraz jest bardziej złożony, łatwo wyobrazić sobie sytuację zagrożenia, która równocześnie będzie przeciążeniem, czy też konflikt, który jest przeszkodą a więc sytuacją utrudnienia.

1.1.4. Radzenie sobie z sytuacją stresową

Bardzo duże zainteresowanie badaczy budzi nie tyle problematyka stresu ale to jak ludzie radzą sobie z nim. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że o skutkach transakcji stresowej w większym stopniu decyduje aktywność osoby aniżeli właściwość stresora. W poznawczo-transakcyjnym ujęciu, radzenie sobie ze stresem określane jest następująco: „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki mające na celu uporanie się z określonymi zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, ocenianymi przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” (Lazarus, Folkman, tłumaczenie Heszen, Sęk, 2007, s. 150).

Proces radzenia sobie z daną sytuacją obejmuje całość wysiłków jednostki zmierzających do rozwiązania jej. Jest dynamiczny, stanowi odpowiedź na określoną okoliczność oraz jedne sposoby radzenia sobie mogą być zastępowane przez inne.

Lazarus i Folkman (1984) przedstawili dwie ważne funkcje radzenia sobie. Instrumentalna, która wiąże się ze sposobami zorientowanymi na problemie oraz druga regulacyjna związana ze strategiami skoncentrowanymi na emocjach. Instrumentalna zmierza do opanowania stresora w celu zmniejszenia bądź usunięcia jego stresujących właściwości natomiast funkcja emocjonalna pomaga kontrolować reakcje emocjonalne związane z danym stresorem. Zwykle większe znaczenie w radzeniu sobie ze stresem przypisuje się strategiom skoncentrowanym na zadaniu, jednakże podkreśla się również rolę emocji wskazując, że pełnią one rolę adaptacyjną niezależnie od znaku. Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach może prowadzić do zwiększenia pobudzenia co z kolei zwiększa mobilizację jednostki do działania (Lazarus, Folkman, 1984).

Lazarus i Folkman (1984) opisują radzenie sobie jako proces natomiast inni autorzy przedstawiają raczej jako ogólną dyspozycję czyli styl radzenia. W takim rozumieniu traktowane jest jako względnie stała, specyficzna dla osoby tendencja, która nadaje przebieg radzenia sobie ze stresem.

Podobny pogląd przedstawia m.in. Miler (1987). Odwołując się do nurtu psychologii poznawczej autorka wyróżniła dwa wymiary radzenia sobie oparte na informacjach: tendencja do poszukiwania informacji oraz do ich unikania. Pierwszy z nich wskazuje na styl konfrontacyjny drugi na unikowy.

Costa i McCrae (1998) wyszczególnili dwa główne czynniki reprezentujące style radzenia sobie: dojrzałe oraz neurotyczne. Inną klasyfikację zaproponował Thaouis (za: Semmer, 2006). Traktowane jako jeden wymiar radzenie sobie skoncentrowane na problemie i na emocjach, oraz drugi obejmujący poznawcze i behawioralne radzenie sobie. Jeszcze inny podział proponuje Band i Weisz (1988), tyczy się głównie młodzieży. Autorzy odwołali się do procesów pierwotnej i wtórnej kontroli. Pierwotna dotyczy próby zmiany warunków zewnętrznych oraz dostosowanie ich do własnych potrzeb, natomiast procesy kontroli wtórnej wiążą się ze zmianą samej jednostki i dopasowania siebie samego do okoliczności zewnętrznych.

Znaczącą rolę w procesie radzenia sobie nadaje się radzeniu prewencyjnemu i proaktywnemu, które w jakimś stopniu korespondują z teorią Hobfolla (2006) o dążeniu do

gromadzenia i powiększania zasobów. Prewencyjne radzenie sobie odwołuje się do bliżej nieokreślonych zagrożeń, które mogą wystąpić w przyszłości i wiąże się z gromadzeniem zasobów do poradzenia sobie z nimi. To zbieranie może dotyczyć np. zdobywania dodatkowych kwalifikacji by uniknąć bezrobocia.

Z kolei proaktywne radzenie sobie jest szczególnie znaczące w kontekście zdrowia. Obejmuje „autonomiczne i samodzielne stawianie sobie celów będących wyzwaniem oraz ich konsekwentną realizacją” (Schwarzer, Taubert, 1999, s.86). Przedstawione w ten sposób radzenie sobie ma za zadanie motywować ludzi do stawiania ambitnych celów oraz dążenia do ich realizacji. Mobilizuje też do samodoskonalenia się. W proaktywnym radzeniu, podobnie jak w prewencyjnym, znaczenie ma zdobywanie zasobów, gromadzenie ich, oraz doskonalenie umiejętności. Różnica natomiast wynika ze źródeł motywacji. W radzeniu sobie prewencyjnym wynika ona z zagrożenia natomiast w proaktywnym z wyzwania. Osoby o proaktywnym radzeniu sobie starają się osiągać wysokie standardy i ulepszać własne życie oraz otoczenie. Jest to możliwe dzięki silnie rozwiniętemu poczuciu władnej skuteczności.

Odmienne i szersze podejście do proaktywnego radzenia sobie prezentują Aspinwall i Taylor (1997). Według nich dotyczy ono wysiłków, które osoba podejmuje zanim wystąpią stresujące zdarzenia. Istotą jest gromadzenie zasobów oraz nabywanie umiejętności, które nie są dostosowane do jakiegoś konkretnego stresora. Można stwierdzić, że przygotowują do radzenia sobie z różnego rodzaju sytuacjami. Istotne jest rozpoznawanie potencjalnych stresorów oraz podejmowanie wstępnych wysiłków mających na celu radzenie sobie oraz znaczenie informacji zwrotnych na temat sukcesu w wyniku podejmowanych wysiłków.

1.1.5. Choroba jako sytuacja stresowa

Istnieje bardzo wiele sytuacji traumatycznych zmieniających życie człowieka, jednak właśnie doświadczenie choroby wydaje się zwracać szczególną uwagę. Zwłaszcza wystąpienie choroby przewlekłej, nieuleczalnej jest bardzo trudne ze względu na nieodwracalność sytuacji i konieczność dokonania zmian we wszystkich sferach życia.

Chorobę można traktować jako krytyczne wydarzenie życiowe. Pojęcie to jest jednym z najstarszych używanych w medycynie. Hipokrates kryzysem określił punkt kulminacyjny choroby po którym następuje wyzdrowienie lub pogorszenie stanu a potem śmierć. Termin ten oznacza również moment wyczerpania się dotychczasowych sposobów radzenia sobie z sytuacją, jak również poczucie cierpienia, zagrożenia czy lęku. Można więc powiedzieć,

że kryzys jest to stan człowieka charakteryzujący się zabarwieniem emocjonalnym, związanym z koniecznością podjęcia ważnych życiowo decyzji, które wynikają z wyczerpania dotychczasowych sposobów radzenia sobie z sytuacją. Od podjętych decyzji zależy czy zostanie rozwiązany, jeśli tak, to w jaki sposób.

W sytuacji kryzysowej jaką niewątpliwie jest doświadczenie choroby przewlekłej, człowiek napotyka wyzwania często będące na granicy jego możliwości radzenia sobie. Granicę wyznaczają cechy choroby, która wywołuje kryzys. Pierwszą jest nagłość wystąpienia. To co pojawia się niespodziewanie niejako z zaskoczenia budzi w ludziach niepokój, który może wynikać z faktu, że człowiek nie wie jak ma się w danej sytuacji zachować, oraz rodzą się wątpliwości czy podjęte działania są słuszne i przyniosą określone rezultaty. Do takiej sytuacji człowiek nie ma czasu się przygotować, przemyśleć, czy przewidzieć zmiany pojawiające się po wystąpieniu choroby. Ta nagłość, brak czasu na przygotowanie, zarówno w aspekcie emocjonalnym, jak również aspekcie potrzebnej wiedzy co do działania jest silnie stresująca dla człowieka.

Następną cechą sytuacji kryzysowej jest jej niezwykłość, niecodziennosc trudnych zdarzeń, które ją poprzedzają. Człowiek w konfrontacji z takiego rodzaju sytuacją traci możliwość odwołania się do swoich poprzednich doświadczeń, porównania ich do siebie. Może rodzić to poczucie, że sytuacja owa nigdy nie przeminie jest nierozwiązalna, a przyszłość będzie jawić się bardzo niepewnie. Dalej prowadzić to może do wytworzenia negatywnych przekonań na temat własnych zdolności, rodzić bezradność nawet poczucie beznadziejności.

Kolejną cechą sytuacji kryzysowej powiązanej z chorobą są pojawiające się informacje niosące wizję utraty ważnych dla człowieka wartości. Może to być szeroko pojęte zdrowie, sprawność fizyczna czy psychiczna, poczucie bezpieczeństwa bądź własnej wartości. Choroba poza bezpośrednimi zagrożeniami niesie za sobą również poczucie straty i frustracji.

Ostatnią cechą często występującą w sytuacji kryzysowej jest zmiana o charakterze nieodwracalnym, ostatecznym. Jest tak, gdy pojawia się choroba przewlekła z ryzykiem nawrotów, która wiąże się z przyjmowaniem leków na stałe czy częstymi wizytami u lekarzy.

Wystąpienie tak poważnego zdarzenia, jak choroba przewlekła niejako zmusza człowieka do podjęcia działań mających na celu przywrócenie kontroli nad własnym życiem, podtrzymania pozytywnego obrazu siebie, zachowania optymistycznej wizji przyszłości czy

akceptacji choroby. Są to podstawowe sposoby adaptacji do nowej, obciążającej rzeczywistości. Utrata poczucia kontroli nad własnym życiem zmusza do rewizji dotychczasowych oczekiwań, i uczynienia zmian w życiu, by dostosować je do możliwości ograniczonych zaistnieniem choroby. Im bardziej rozległy obszar zmian wywołanych chorobą, tym silniejsze oddziaływanie na psychikę człowieka i tym większe dla niego wyzwanie.

Zdarzenie wywołujące kryzys, jakim może być doświadczenie choroby przewlekłej z trudem poddaje się wyjaśnieniu i zrozumieniu przy zastosowaniu standardowych sposobów rozumienia zdarzeń. Jednocześnie sytuacja taka staje się źródłem wielu pytań o przyczyny, odpowiedzialność, możliwość uniknięcia tego zdarzenia. Próby znalezienia odpowiedzi przy aktualnym sposobie wyjaśniania mogą okazać się niesatysfakcjonujące.

1.2. Zasoby osobiste

Zastanawiając się nad przebiegiem psychologicznych procesów walki ze stresem, należałoby zwrócić uwagę na czynniki, które mogą pomóc jednostce w jej wysiłkach podołania wymaganiom stresującej interakcji ze światem. W psychologii, a szczególnie w dziedzinach psychologii klinicznej i medycznej istnieje tradycja dostrzegania związku pomiędzy stresem a zdrowiem somatycznym i psychicznym człowieka. W badaniach poszukuje się takich wydarzeń życiowych, które w sposób negatywny wpływają na funkcjonowanie jednostki. Zdarzenia owe nazywa się krytycznymi lub zmieniającymi bieg życia jednostki. Przyjęto, że przy ich znacznym nasileniu i sprzyjającym gruncie osobowościowo-biologicznym mogą one prowadzić do zaburzeń psychospołeczno- biologicznych mechanizmów przystosowawczych człowieka.

Psychologowie starając się dokonać obiektywizacji negatywnego wpływu wydarzeń życiowych na funkcjonowanie człowieka ustalają listy takich wydarzeń. Najbardziej znaną jest „skala społecznego ponownego przystosowania się” Holmesa i Rahe'a (1967). Wydarzenia życiowe, które mierzy się za ich pomocą określić można jako zmiany relacji człowieka z ważnymi dla niej „obiektami”, które wymagają dużego wysiłku ponownego przystosowania i raczej nie należą do codziennych zdarzeń. Zwykle zalicza się do nich: śmierć bliskiej osoby, współmałżonka, przyjaciela, rozwód, separację, utratę pracy, przejście na emeryturę, zmianę miejsca i charakteru pracy, zmianę miejsca zamieszkania, ciążę, własną

chorobę lub uszkodzenie ciała, traumę seksualną, nawet z pozoru całkiem przyjemne i radosne wydarzenia, jak małżeństwo, narodziny dziecka, Boże Narodzenie czy nawet urlop.

Jednym z najważniejszych efektów badań nad stresującymi wydarzeniami życiowymi było odkrycie, że istnieje znaczna różnorodność w sposobach reagowania na podobne zmiany życiowe. Co więcej nie zawsze muszą one prowadzić do choroby, pogorszenia stanu zdrowia czy zaburzeń psychospołecznego funkcjonowania. Zobiektywizowane mierniki doświadczania tzw. stresujących wydarzeń okazały się nie dość dobrym wskaźnikiem ich negatywnego wpływu na życie ludzi. Badacze zwrócili uwagę na czynniki, które pośredniczą w zmaganiu się z wydarzeniami życiowymi, które mogą łagodzić negatywne efekty stresu.

Aby odróżnić krytyczne wydarzenia życiowe od stresów dnia codziennego wskazuje się na ich zakłócający dotychczasowe relacje ze światem charakter. Podkreśla się wywołanie przez nie zaburzenia równowagi w znanych formach przystosowania, tak że stają się one niewystarczające. Krytyczne wydarzenia życiowe jednostki powodują konieczność zmian w mechanizmach przystosowania (Sęk, 1991). Nawet w przypadku bardzo drastycznych wydarzeń życiowych okazuje się, że człowiek potrafi wyjść z nich bez znacznych uszkodzeń, niekorzystnych konsekwencji zdrowotnych, emocjonalnych czy adaptacyjnych. Nawet przeżycie traumatycznych doświadczeń uruchamia w człowieku wolę walki, życia, umiejętność dostrzeżenia sensu i nadzwyczajną odporność psychobiologiczną. Jak przykład można podać badania nad ocalałymi z Holocaustu, gdzie przeżycia te nie przeszkodziły w prowadzeniu satysfakcjonującego życia oraz nie obniżyły poczucia szczęścia (Lis-Turlejska, 1993). Warto dodać, że stres sam w sobie nie musi być szkodliwy dla człowieka. Doświadczenie stresu jest właściwie wkalkulowanie w życie, stanowi jego nieodłączny element (por. Selye, 1977). Czasami nawet może stwarzać szanse zysku i rozwoju osobistego (por. Koncepcja eustresu- Selye, 1997; ocena transakcji stresowej jako wyzwania – Lazarus, 1981).

Osobisty stosunek do wydarzeń i ich traumatyczny wpływ, zależą od zakresu i znaczenia wartości osobistych, oraz czasu trwania owych wydarzeń. Im coś jest bardziej cenione, i w znacznym stopniu zostaje narażone na szkodę, oraz im dłużej trwa tym większe obciążenie dla osobistych mechanizmów przystosowawczych oraz zagrożenie dla zdrowia i rozwoju jednostki. Ważną rolę w doświadczaniu wydarzeń jako takich, które mogą zmienić życie prowadząc do głębokich zaburzeń oraz trudno odwracalnych strat w funkcjonowaniu psychicznym i zdrowiu odgrywają procesy subiektywnego interpretowania. Procesy te można

nazwać dokonywaniem oceny poznawczej, lub nadawaniem znaczenia relacji człowieka z otoczeniem.

Czynniki pośredniczące w radzeniu sobie ze stresującymi wydarzeniami mogą ułatwiać ich opanowanie, znoszenie, blokować powstawanie negatywnych konsekwencji psychologicznych oraz zdrowotnych. Mogą również uodparniać człowieka na ich doświadczanie, tak że nie będą one doświadczane jako szkodliwe czy zagrażające. Owe czynniki określa się mianem zasobów osobistych w radzeniu sobie ze stresem. Moos i Schaefer (1993, s.234) zasoby radzenia sobie odnoszą do „relatywnie stałych czynników osobowych i społecznych, które wpływają na to, jak jednostki próbują opanować kryzysy życiowe i transakcje”. Natomiast osobiste zasoby radzenia sobie określają następująco: „złożony układ osobowościowych, dyspozycyjnych i poznawczych czynników, które stanowią część psychologicznego kontekstu radzenia sobie. Zasoby osobiste są relatywnie stałymi dyspozycyjnymi cechami, które wpływają na selektywność procesów oceny poznawczej i radzenia sobie i zwrotnie mogą być zmieniane przez skumulowane rezultaty tych procesów” (tamże, s.238). Poniżej przedstawiono wybrane zasoby osobiste, które w kontekście choroby mogą służyć jej akceptacji a tym samym lepszemu funkcjonowaniu i znoszeniu jej konsekwencji.

1.2.1. Optymizm – badania naukowe oraz wybrane teorie

Dużą uwagę badaczy zasobów psychologicznych człowieka zajmuje optymizm. Mamy dwie znaczące teorie prezentujące rolę optymizmu w radzeniu sobie ze stresem. Jedna z nich ujmuje optymizm jako układ ogólnych oczekiwań człowieka wobec przyszłości, że będą spotykały go w przewadze pozytywne niż negatywne wydarzenia (Scheier, Carver, 1992; 1993). Z kolei druga mówi o optymizmie jako charakterystycznym dla osoby stylu wyjaśniania zdarzeń jakie spotykają go w życiu, gdzie porażki traktuje jako chwilowe o niewielkim wpływie na jego życie, i niezawinione przez niego samego (Peterson, Seligman, 1987; Seligman, 1993). Niezależnie od tego, którą koncepcję się przyjmie, wyniki badań empirycznych jednoznacznie wskazują, że optymistom żyje się lepiej. Nawet, gdy spotykają ich porażki oraz przeciwności losu, to dłużej zachowują oni dobre samopoczucie i zdrowie. Natomiast w przypadku zachorowania, leczenie przebiega sprawniej i mają większą szansę szybszego powrotu do zdrowia.

Regulacyjna teoria optymizmu Scheiera i Carvera (1987) opiera się na rozważaniach dotyczących podstawowych przesłanek aktywności fizycznej i psychicznej ludzi. Zdaniem autorów dążenie do osiągnięcia wyznaczonych celów, które rozumiane są jako pożądana wartość, jest jedną z przesłanek i ważnym motywem ludzkiej działalności. W tym miejscu można zadać pytanie, jakie znaczenie dla aktywności ukierunkowanej na osiągnięcie celów posiada ludzka osobowość? W wyniku badań autorzy wyodrębnili zmienną osobowościową, którą zdefiniowali jako skłonność do optymizmu. Ta skłonność to optymizm dyspozycyjny, czyli oczekiwanie w przyszłości pomyślnych wydarzeń oraz wiara w to, że niepomyślne zdarzenia będą pojawiały się rzadko lub nawet wcale. Obecność tej części osobowości staje się czynnikiem ważnym, a czasami nawet decydującym w wyborze celów i aktywności na ich zrealizowanie. Autorzy określają go jako mechanizm samoregulacji. Dyspozycyjny optymizm sprawia, że jednostka wierzy iż może i osiągnie wyznaczone sobie cele. Umożliwia i ułatwia podjęcie decyzji względem wyboru aktywności, a w obliczu przeciwności mobilizuje do ich pokonywania. Autorzy wskazują na wyniki badań, które pozwalają przypuszczać, że skłonność do optymizmu może być ściśle związana z osobowością. Na tej podstawie wysnuwają hipotezę, że ta podatność, podobnie jak inne składowe osobowości mogą być zależne od czynników genetycznych. Innym elementem, który wpływa na zaistnienie optymizmu może być doświadczenie wczesnodziecięce. Wspierając się teorią rozwoju osobowości Eriksona (1963) autorzy zakładają, że występowanie we wczesnym dzieciństwie zdarzeń, które są przewidywalne i niosą poczucie bezpieczeństwa powodują rozwój podstawowej ufności i nadziei.

Badania przeprowadzone przez Scheiera i Carvera (1987) pokazują, że optymistyczne oczekiwania wobec wyników własnych działań oraz w ogóle przyszłości pozwalają zachować znacznie lepsze subiektywne samopoczucie w obliczu różnych stresujących zdarzeń w przeciwieństwie do przekonań pesymistycznych. Istnieją również pewne empiryczne dowody pozytywnego wpływu optymizmu na dobrostan fizyczny. Według badań osoby cierpiące na chorobę wieńcową, które charakteryzują się optymistycznym podejściem do życia, mają znacznie lepsze fizjologiczne wskaźniki radzenia sobie z chorobą i zdrowieniem, w przeciwieństwie do osób o pesymistycznym podejściu do życia. W świetle badań można stwierdzić, że optymiści generalnie lepiej radzą sobie z doświadczeniem choroby somatycznej i szybciej wracają do zdrowia.

Przyczyn korzystnego wpływu optymizmu na stan zdrowia doszukiwać się można w różnym sposobie radzenia sobie ze stresem u optymistów i pesymistów. Ci pierwsi są

bardziej skłonni polegać na aktywnym radzeniu sobie, z kolei pesymiści częściej korzystają ze strategii ucieczkowych, co daje w konsekwencji gorsze wyniki adaptacyjne i wzmacnia stan dystresu. Optymiści starają się bezpośrednio rozwiązywać swoje problemy, koncentrują się na wysiłkach pokonania przeszkód. Również w większym stopniu niż pesymiści są w stanie zaakceptować stresujące sytuacje, ale zarazem są bardziej wytrwali w działaniach. W obliczu porażki nie załamują się i mimo wszystko starają się wyciągnąć korzyści z zaistniałej sytuacji. Wydaje się więc, że optymizm jest bardziej powiązany z aktywnym radzeniem sobie.

Odmienne podejście do badanego zjawiska prezentuje Abramson, Seligman, Teasdale, (1978). Podstawy badań różnią się od tych zaprezentowanych przez Scheiera i Carvera (1987), jednakże wnioski są podobne. Ukazują optymizm jako moderator stresu i zasób osobisty w radzeniu sobie z nim oraz w dążeniu do sukcesów, budowaniu oraz zachowaniu zdrowia psychofizycznego. Seligman (1975) przeprowadzając badania na psach wykorzystywanych w laboratoriach psychologicznych zaobserwował, że gdy były stawiane wielokrotnie w sytuacjach, w których nie miały wpływu na bodźce awersyjne uczą się one bezradności. Na tej podstawie opracował teorię wyuczony bezradności i odniósł ją również do ludzi. Według jego teorii u ludzi, którzy znajdują się w sytuacji, w której są pozbawieni kontroli pojawiają się takie uczucia jak: bezradność i przygnębienie, a po pewnym czasie również deficyty motywacyjne oraz zakłócenia w aktywnym pokonywaniu problemów. Teoria ta jest jednym ze sposobów wyjaśniania powstawania pesymizmu życiowego i depresji reaktywnej (tamże).

Jednakże badania prowadzone w szczególności na ludziach wykazały, że około 1/3 badanych po intensywnych doświadczeniach bezradności, nigdy nie uległa efektowi wyuczony bezradności co znaczy, że nigdy nie stała się bezradna. Wywnioskowano, że są ludzie, którzy niezależnie od tego w jak trudnej i niekontrolowanej sytuacji się znaleźli, nie zaprzestają wysiłków by rozwiązać problem. Z tego też zrodziły się przypuszczenia, że efekt bezradności nie bierze się tylko z niemożności kontrolowania sytuacji, ale przede wszystkim ze sposobu interpretowania owych bodźców przez konkretnego człowieka (Abramson, Seligman, Teasdale, 1978). Określono go „stylem wyjaśniania”, czyli „nawykowego sposobu, za pomocą którego ludzie wyjaśniają negatywne wydarzenia, które przydarzają się im”(Peterson, Seligman, Vaillant, 1988, s. 23). Traktowano go jako względnie trwałą cechę osobowości człowieka. Sposoby wyjaśniania przez ludzi negatywnych wydarzeń życiowych opisano w trzech wymiarach:

- stałości (stabilne - niestabilne);
- zasięgu (ogólne - specyficzne);
- personalizacji (uwewnętrznione - zewnętrznione).

Wydarzenia stabilne ujmuje się jako długotrwałe, natomiast określanie ich nietrwałymi podkreśla przejściowy charakter. Nazywanie wydarzeń globalnymi zwraca uwagę na ich szeroki zakres aktywności, natomiast specyficzne mają ograniczony wpływ. Przypisywanie zdarzeń sobie to ich uwewnętrznianie. Z zewnętrznianiem mamy do czynienia, gdy przyczyn doszukujemy się poza własną osobą.

Osoby skłonne ulegać bezradności zwykle interpretują swoje niepowodzenia jako trwałe o charakterze globalnym i uwewnętrzniają przyczyny ich powstawania. Takich ludzi określa się mianem pesymistów. Optymiści z kolei skłonni są tłumaczyć swoje porażki jako przejściowe, specyficzne oraz zależne od czynników zewnętrznych. To w jaki sposób wyjaśniamy sobie różne wydarzenia, określa nasze podejście do nich i sprawia, że albo stajemy się bezradni, albo mobilizujemy się do większej aktywności (Seligman, 1993).

Długoterminowe badania dowodzą, że ludzie, którzy w młodości w sposób nawykowy wyjaśniali dotyczące ich złe wydarzenia jako stabilne, o globalnym zasięgu oraz z uwewnętrzną przyczyną, w wieku średnim mają większe ryzyko posiadania gorszego stanu zdrowia (Peterson, Seligman, Vaillant, 1998). W świetle badań optymizm poważnie sprzyja człowiekowi zarówno w odnoszeniu sukcesów, utrzymaniu zdrowia czy odporności na stresujące wydarzenia życiowe. Optymistom przydarzają się sytuacje trudne, jednak nie zniechęcają one do działań i traktowane są jako wyzwania. Zazwyczaj optymiści cieszą się lepszym zdrowiem i prawdopodobnie dłużej żyją.

Według Selignana i jego współpracowników źródłem optymizmu jest styl wyjaśniania przyczyn wydarzeń pomyślnych i niepomyślnych doświadczanych przez jednostkę, który to został ukształtowany w dzieciństwie. Aby dojść do takich wniosków należy przyjrzeć się teorii wyuczonyj bezradności (Seligman, 1975; Abramson, Seligman, Teasdale, 1978; Seligman, Abramson, Semmel, 1979; Abramson, Metalsky, Alloy, 1989).

Wyuczona bezradność polega na tym, że osoba, która doświadcza działania bodźców o nieprzyjemnych konsekwencjach, mimo prób przeciwstawienia się im, nadal doświadcza konsekwencji ich działania. Próby uwolnienia się od nich są nieskuteczne. Jeśli doświadczenie braku skuteczności własnych działań w kontrolowaniu będzie się powtarzać może zaistnieć obawa, że również w przyszłości wysiłki na rzecz uwolnienia się od

negatywnych bodźców mogą okazać się nieskuteczne. Ta obawa prowadzi do określonych następstw, zwanych deficytami wyuczonej bezradności:

- *poznawczy* - utrwalenie się przekonania, o tym, że w przyszłości działania zmierzające do uwolnienia się od awersyjnych bodźców będą nieskuteczne;
- *motywacyjny* - ogólne obniżenie motywacji do przeciwdziałania skutkom bodźców awersyjnych, brak podejmowania nowych inicjatyw;
- *emocjonalny* - skłonność do odczuwania negatywnych emocji, pojawienie się lęku, obniżenie nastroju, przygnębienie czy nawet depresja.

Jednak nie wszyscy ludzie doświadczają syndromu wyuczonej bezradności, pomimo iż nie udaje im się przeciwstawić działaniu nieprzyjemnych bodźców. W związku z tym pojawia się pytanie, co jeszcze poza sytuacją zewnętrzną braku kontroli negatywnych wzmocnień musi zaistnieć by syndrom ten się rozwinął.

Posiłkując się atrybucyjną teorią motywacji osiągnięć Weinerja i współpracowników (1971), Seligman (1993) doszedł do wniosku, że warunkiem do zaistnienia syndromu wyuczonej bezradności jest względnie stały styl wyjaśniania przyczyn powodzeń lub niepowodzeń jakim posługuje się jednostka. Aby wyjaśnić sobie przyczyny różnych zdarzeń odpowiadając na pytanie dlaczego tak, a nie inaczej się stało ludzie posługują się trzeba wymiarami:

- *stałości* - w tym wypadku odpowiedź na pytanie o przyczynę tyczy się stałego bądź jej chwilowego działania co pozwala określić czy występuje ona tylko chwilowo, okazjonalnie czy też na stałe;
- *zasięg działania przyczyny* - określenie zasięgu, których może dotyczyć przyczyna. Może obejmować całość życia jednostki bądź znaczne jego obszary i wtedy powiemy o zasięgu uniwersalnym lub globalnym. Jeśli dotyczy jednego wydarzenia mówimy o zasięgu ograniczonym;
- *personalizacja* - określenie gdzie leży przyczyna konkretnego zdarzenia. O sprawstwie wewnętrznym powiemy gdy będzie ona uwarunkowana cechami jednostki jej zasobami lub sposobami działania natomiast sprawstwo zewnętrzne gdy uwarunkowana jest działaniami innych osób lub różnymi okolicznościami zewnętrznymi.

Syndromowi wyuczonej bezradności ulegają osoby posługujące się specyficznym stylem wyjaśniania przyczyn wydarzeń zarówno pozytywnych jak i niepomyślnych. Jednostka posiada przekonanie, że przyczyny wydarzeń niepomyślnych leżą po jej stronie to przekonanie ma stały charakter i globalny zasięg. Odnośnie przyczyn wydarzeń pomyślnych, wyjaśnienia sprzyjające pojawieniu się wyuczonej bezradności są inne. Osoba dopatruje się przyczyn wydarzeń pomyślnych na zewnątrz, a więc sprawstwo przypisuje innym ludziom bądź zewnętrznym okolicznościom. Przyczyny te mają chwilowy i ograniczony zasięg.

Odporne na syndrom wyuczonej bezradności są jednostki, które dopatrują się przyczyn wydarzeń pomyślnych w swoich działaniach i cechach oraz przekonane są, że przyczyny niepowodzeń leżą po stronie innych ludzi i okoliczności zewnętrznych, uznając je za chwilowe o ograniczonym zasięgu. Taki właśnie styl wyjaśniania Seligman (1993) nazywa optymistycznym, natomiast sprzyjający pojawieniu się syndromu wyuczonej bezradności -pesymistycznym.

Seligman (1993) nie podaje definicji optymizmu wprost, ale ukazuje jaki warunek należy spełnić by daną osobę określić optymistą. Warunek ten to stosowanie optymistycznego stylu wyjaśniania wydarzeń pomyślnych i niepomyślnych. Od strony logicznej konstrukcja tej teorii (przy założeniach jakie czyni autor) nie budzi obiekcji, natomiast jedna z wątpliwości może dotyczyć zakresu zawartości pojęcia optymizmu w kwestii zaistnienia wydarzeń. Wydaje się, że badacz mógł przecenić rolę osobistego sprawstwa nie doceniając jednocześnie takich wydarzeń pozytywnych, które są spowodowane działaniem innych ludzi lub okoliczności zewnętrznych. Dla funkcjonowania osoby ważna jest wiara w przewagę dobra nad złem i oczekiwanie pomyślności w przyszłości niż samo umiejscowienie jej. Oczywiście jest to istotne, jednakże nie jest okolicznością, która przesądza o nastawieniu optymistycznym. Można powiedzieć, że przedstawiony optymizm jest tak naprawdę tylko częścią optymizmu jaki można obserwować. Nazwać go można sprawczym. W takim ujęciu brakuje jeszcze optymizmu esencjalnego, sprawczego społecznego i mistycznego. Badacz również odnosi się do genezy stwierdzając, że optymistyczny styl wyjaśniania kształtowany jest w dzieciństwie. Istotne dla jego wystąpienia są następujące czynniki:

- styl wyjaśniania przyczyn wydarzeń prezentowany przez tzw. osoby znaczące z otoczenia dziecka głównie przez matkę. Dziecko obserwując taką osobę uczy się jej sposobu wyjaśniania wydarzeń;
- krytycyzm osób dorosłych w stosunku do dziecka. Dostarcza on gotowych wzorców wyjaśniania, które dzieci przejmują niejako w sposób automatyczny oraz może

powodować obniżenie samooceny co zdecydowanie nie wpływa na rozwój wiary we własne możliwości;

- wydarzenia kryzysowe w szczególności te, które nie zostały przezwyciężone przez co spowodowały u dzieci poczucie bezradności.

Rozważania Seligmana (1993) na temat optymizmu dotyczą również jego wpływu na funkcjonowanie człowieka. Wyniki badań i obserwacji wskazują na to, że jest jednym z wyznaczników sukcesu w karierze zawodowej i nauce. Korzystnie wpływa również na stan zdrowia i długość życia. Jest również istotnym składnikiem dobrego samopoczucia, satysfakcji i radości z życia.

Rotter (1966) w swojej teorii określa poczucie zewnętrznego umiejscowienia jako przekonanie jednostki o tym, że wyniki jej działań uzyskiwanie pożądanych gratyfikacji nie zależą tylko od niej, ale również od okoliczności zewnętrznych np. działań innych ludzi czy przypadku. Z kolei wewnętrzne umiejscowienie kontroli to przekonanie, że rezultat działań jednostki zależy tylko i wyłącznie od niej samej. To w kim jednostka upatruje sprawcy uzyskania wzmocnienia stanowi o umiejscowieniu poczucia kontroli. Owo poczucie umiejscowienia kontroli wynika z indywidualnych doświadczeń danej osoby. To w jaki sposób jednostka była wychowywana, pozycja rodziny w hierarchii społecznej, poczucie tożsamości, kolejność urodzeń w rodzinie oraz kulturowo ukształtowane przekonania o możliwości wpływania na różne wydarzenia to doświadczenia, które mają szczególne znaczenie w wytwarzaniu poczucia umiejscowienia kontroli. Wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli wzrasta wraz z rozwojem dziecka, natomiast u osób starszych przesunęła się w kierunku zewnętrznego umiejscowienia kontroli.

Ważnymi wyznacznikami optymizmu szczególnie sprawczego osobistego oraz społecznego jest zaufanie interpersonalne i wewnętrzne umiejscowienie kontroli. Badania wykazały, że stopień natężenia zaburzeń w funkcjonowaniu wynikające ze stresujących wydarzeń jest dodatnio skorelowane z poczuciem zewnętrznego umiejscowienia kontroli co znaczy, że im jest większe tym również większe jest natężenie zaburzeń funkcjonowania w wyniku stresujących zdarzeń (Crandall, Lehman, 1977).

Podobieństwem między teoriami optymizmu a teorią poczucia umiejscowienia kontroli jest to, że odwołują się do sprawstwa rozmaitych wydarzeń. Bardzo widoczne jest to w rozumieniu optymizmu przez Seligmana (1993) gdzie jak wcześniej było przedstawione jednym z trzech wyznaczników optymizmu jest określenie przyczyny wydarzeń pomyślnych

i niepomysłnych. Teoria poczucia umiejscowienia kontroli odnosi się do wydarzeń pozytywnych, gdyż to one stanowią wzmocnienie i są oczekiwane. Rozumienie optymizmu zaproponowane przez Seligmana (1993) może być niejako rozszerzeniem teorii o umiejscowieniu kontroli przemawia za tym również to, iż zdaniem badacza dla optymizmu ważna jest także stałość działania przyczyny i jej zasięg.

Celem lepszego zrozumienia istoty optymizmu, należy zastanowić się nad tym jak, a także w jakich sytuacjach optymizm się przejawia. W trakcie rozważań nie można pominąć odniesienia do definicji i związku z innymi procesami psychicznymi.

Optymizm uwidacznia się, gdy planujemy lub realizujemy działania mające na celu poprawę naszej sytuacji życiowej ogólnie lub jej fragmentu oraz w sytuacjach, gdy musimy zmierzyć się z różnorodnymi przeciwnościami. Mogą dotyczyć zdrowia, życia jednostki, sytuacji materialnej jak również zagrożenia dobrego mniemania o sobie i swoich kompetencjach co prowadzi do obniżenia samooceny.

Optymizm, podobnie z resztą jak pesymizm, uruchamiany jest w sytuacjach pewnej niedookreśloności braku subiektywnie odczuwanej pewności co do przyszłych wydarzeń. Może stać się elementem orientacji prognostycznej.

Trudności z udzielaniem odpowiedzi dotyczących natury świata i ludzi wynikają między innymi z tego, że nasz umysł nie jest w stanie zgromadzić, uporządkować i wykorzystać wszystkich informacji, które należy wziąć pod uwagę. Odpowiedź w wielu przypadkach ma charakter raczej „statystyczny” co znaczy, że proponuje prawdopodobny rozkład natężenia danej cechy lub właściwości. Taki charakter odpowiedzi sprawia, że nie zawsze da się ją zastosować do konkretnej sytuacji, nie daje pewności co do prawdy bądź fałszu. Być może jest tak dlatego, że logika dnia codziennego ma charakter zerojedynkowy, co oznacza, że wiedza o jakimś aspekcie rzeczywistości jest albo prawdziwa albo nie, użyteczna lub przeciwnie – bezużyteczna. Zdarza się również, że coś jest ważne w pewnych okolicznościach, a w innych już nie. Niemniej sytuacje takie nie stanowią większości ludzkich doświadczeń. Jeszcze bardziej uciążliwe są próby udzielenia odpowiedzi odnośnie przebiegu przyszłych wydarzeń i ich efektów. Wynikają z faktu, że nie jesteśmy w stanie z całkowitą pewnością przewidzieć ich rozwoju i zakończenia. Jeśli chodzi o przyszłość umysł ludzki broni się przed nią za pomocą optymizmu – przed nieprzyjemnym zaskoczeniem, ale akceptuje niespodzianki pomyślne, przyjemne. Rola optymizmu polega między innymi na przecenianiu prawdopodobieństwa wystąpienia pomyślnych wydarzeń niż

dla jednostki nieprzyjemnych, których zaistnienia wręcz nie docenia. Optymizm, w przeciwieństwie do pesymizmu, zaspokaja potrzebę wzmocnień pozytywnych czyniąc to na dwa sposoby. Daje okazję do odczucia: „to wiem” oraz pozwala spojrzeć w przyszłość bez obawy i lęku, daje nadzieję.

Optymizm zaczyna się ujawniać w sytuacjach dnia codziennego, gdy pojawiają się różne trudne życiowo ważne pytania, na które nie sposób od razu jednoznacznie odpowiedzieć. Dotyczyć mogą one ogólnych opinii, przekonań, sądów na temat istoty świata i ludzi, jak również odnosić się do przewidywania przyszłych zdarzeń. Umysł motywowany do tego, by znaleźć odpowiedź może posłużyć się optymizmem, gdzie bez niego nie byłoby to możliwe. Optymizm uwalnia jednostkę od braku kompetencji i niewiedzy, likwiduje chociażby częściowo próżnię poznawczą. Pozwala również spojrzeć w przyszłość z nadzieją bez uczucia lęku i niepokoju motywując do podjęcia różnorodnych działań. Na pytanie czy istnieją sposoby funkcjonowania umysłu, które dopuszczają a nawet wyzwalają optymizm można powiedzieć, że tak są nimi heurystyki czyli uproszczone reguły formułowania wniosków oraz iluzje, czyli złudzenia poprawności formułowania wniosków. Na koniec można dodać, że w wielu przypadkach optymizm dzięki przecenianiu prawdopodobieństwa wystąpienia korzystnego wyniku oraz jego wartości w pewnym stopniu współdecyduje o osiągnięciu sukcesu ale również o powodzeniu w zwykłych codziennych sytuacjach.

1.2.2. Zależność między optymizmem a zdrowiem

Zależność między optymizmem a zdrowiem warto rozpocząć od zaprezentowania sugestii Seligmana (1993) o tym, że istnieje związek między optymizmem i pesymizmem a funkcjonowaniem układu immunologicznego. Optymizm wzmacnia układ a pesymizm osłabia. Myśl ta jest jeszcze nie potwierdzona jednakże jeśli udałoby się to zrobić dysponowalibyśmy dowodem na to, że optymizm i pesymizm wpływają na zdrowie fizyczne działając na układ ustrojowy od którego nasze zdrowie zależy. Przesłanką do sformułowania takiej sugestii stały się badania, w których to stwierdzono, że u mężczyzn w okresie żałoby sześć tygodni po śmierci żon zanotowano spadek aktywności systemu immunologicznego (Bartrop i wsp., 1979).

Istotne znaczenie miały pilotażowe badania, które wykonali Kamen-Siegel, Rodin, Seligman, Dwyer (1991). Stwierdzono, że u osób, którzy cierpieli na czerniaka lub nowotwór złośliwy okrężnicy zastosowanie psychoterapii poznawczej obok leczenia medycznego spowodowało wzrost aktywności układu immunologicznego.

Celem zastosowanej terapii była zmiana sposobu myślenia chorych aby mogli rozpoznawać i eliminować negatywne myśli automatyczne by wyjaśnienia pesymistyczne zastąpili optymistycznymi. U chorych u których zastosowano tylko leczenie medyczne nie zaobserwowano wzrostu aktywności układu immunologicznego. Wzrost optymizmu wpływając na zwiększenie obrony immunologicznej sprawia, że zdrowie ludzi się poprawia (Seligman, 1993).

Segerstrom, Taylor, Kemeny, Fahey (2003). przeprowadzili badania nad zależnością pomiędzy nastawieniem optymistycznym a pesymistycznym a aktywnością układu immunologicznego w warunkach długotrwałego stresu psychologicznego. Na wstępie zmierzono aktywność układu immunologicznego u studentów prawa przed rozpoczęciem studiów. Badanie nie wykazało różnic bez względu na to czy ktoś był optymistą czy pesymistą. Różnice zaobserwowano w połowie pierwszego semestru u studentów, którzy przed rozpoczęciem nauki wykazywali optymistyczne nastawienie zauważono podwyższony poziom limfocytów T oraz wyższy poziom komórek cytotoksycznych- NK. Limfocyty T należą do układu immunologicznego, odpowiedzialne za komórkową odpowiedź odpornościową, natomiast NK wiążą się z odpornością na infekcje wirusowe oraz niektóre typy nowotworów. Na podstawie wyników badań autorzy stwierdzają, że nastawienie optymistyczne wpływa na wzrost aktywności układu immunologicznego w warunkach stresu co zabezpiecza ustrój przed jego negatywnymi skutkami.

Jak powszechnie wiadomo czynnikiem negatywnie wpływającym na stan zdrowia jak również jakość życia jest stres. Z licznych badań wynika, że optymizm jest skutecznym lekarstwem na zaistniały już stres oraz skutecznie zapobiega przyszłemu. W tym miejscu warto przytoczyć jedno z badań, które dotyczy relacji optymizmu z pojawieniem się stresu u kobiet we wczesnej fazie raka piersi. Badania dowiodły, że istnieje korelacja ujemna między poziomem optymizmu pacjentek a zwiększeniem poziomu stresu, który pojawiał się po zapoznaniu kobiet z diagnozą oraz stresem występującym dzień przed operacją oraz kilkoma innymi okresami po operacji. Wykazano więc, że im wyższy poziom optymizmu zanotowano w czasie wywiadu z pacjentką tym niższy poziom stresu obserwowano w różnych etapach choroby i leczenia. Wykazano również, że wysoki poziom optymizmu prognozuje pomyślne efekty leczenia (Carver i wsp., 1993)..

Włodarczyk (2004) badała zależność pomiędzy oceną stresu a sposobami psychologicznego funkcjonowania osób po zawale serca. Autorka wykazała, że ocena stresu o charakterze „wyzwanie-pasywność” związane jest z niskim poziomem pozytywnych emocji

i adaptacji do sytuacji choroby i leczenia oraz wysokim poziomem negatywnych emocji jak również subiektywnego poczucia choroby. Z kolei ocen „wyzwanie-aktywność” związana jest z wyższym poziomem emocji pozytywnych, adaptacji do sytuacji choroby i leczenia oraz niższym poziomem poczucia choroby i emocji negatywnych. Według autorki podział na dwa rodzaje wyzwań dobrze koresponduje z koncepcją optymizmu obronnego i funkcjonalnego Schwarzera (1992). Optymizm obronny podobnie jak „wyzwanie-pasywność” może odzwierciedlać niedocenianie zagrożenia dobrze obrazuje to następujące stwierdzenie: „ja w porównaniu do znajomych w moim wieku trzymam się całkiem dobrze”. Optymizm funkcjonalny tak jak „wyzwanie-aktywność” oparty jest na przekonaniu człowieka o tym iż jest w stanie poradzić sobie z zagrożeniami i wyzwaniami. Zilustrować to może przytoczone przez Włodarczyk stwierdzenie: „wiem już co powinienem zmienić w swoim życiu i mogę to zrobić bez problemu” (Włodarczyk, 2004). Z powyższych badań można wysnuć wniosek, że rodzaj oceny stresu i związane z nią sposoby funkcjonowania psychologicznego są związane z danym optymizmem jaki przejawia chora osoba.

Badania dotyczące optymizmu dyspozycyjnego, również wskazują, że jest on ważnym czynnikiem wpływającym na percepcję własnej choroby i związanej z nią sytuacji życiowej i zdrowotnej u osób będących na oddziale intensywnej terapii kardiologicznej (Molloy, Dalzell, Dunwoody, 2001). Juczyński (2001) wyraża opinię, że optymizm jest ważnym zasobem ludzi będąc szczególnie cennym w sytuacjach zagrożenia utraty zdrowia. Znaczenie i skuteczność w dużej mierze zależy od tego, czy jednostka sobie przypisuje rolę w zachowaniu lub odzyskaniu zdrowia czyli ufności, że zdrowie w istotnym stopniu zależy do jej właściwości i starań.

Optymizm wspiera zdrowie, gdy organizm jest zagrożony chorobą lub już choruje, ale także stwarza takie warunki funkcjonowania, które zapobiegają chorobom. Wyraźnie pokazano to odnośnie do układu sercowo-naczyniowego. Z reguły optymiści mają niższe ciśnienie krwi niż pesymiści. W trzydniowych laboratoryjnych badaniach kontrolnych ciśnienia krwi, optymiści doświadczają mniej stresu niż pesymiści, odczuwają też mniej przykrości, które wynikają z pobytu w laboratorium i pomiarów ciśnienia a samo ciśnienie wzrasta w mniejszym stopniu- jako wynik stresu sytuacyjnego w porównaniu do pesymistów. Juczyński (1997) wykazał również istnienie dodatniej korelacji między optymizmem dyspozycyjnym a zachowaniami prozdrowotnymi. Osoby cechujące się wysokim poziomem optymizmu dyspozycyjnego w większym stopniu przejawiają zachowania prozdrowotne wierząc w ich sens.

1.2.3. Sprężystość psychiczna

Kolejnym istotnym zasobem osobistym w radzeniu sobie z chorobą przewlekłą, który może mieć wpływ na akceptację tej choroby wydaje się być sprężystość psychiczna. Autorem pojęcia sprężystości psychicznej jest Block (Block, Kremen, 1996). Sprężystość rozumiana jest jako adaptacyjna elastyczność, umiejętność dostosowania poziomu kontroli impulsów do danej sytuacji (Letzring, Block, Funder, 2005). Osoby, które charakteryzują się wysokim poziomem sprężystości psychicznej są bardziej pewne siebie wykazują lepsze ogólne przystosowanie psychologiczne i częściej doświadczają pozytywnego afektu. Według autorów sprężystość psychiczna wraz z powiązanim z nią terminem samokontroli czy także kontroli ego to podstawowe cechy osobowości, które umożliwiają zrozumienie zachowania, procesów emocjonalnych i motywacyjnych. Pojęcia pozwalają wyjaśnić funkcjonowanie osób dobrze radzących sobie. Im osoba posiada wyższy poziom sprężystości psychicznej tym ma większą zdolność do modulacji poziomu samokontroli w zależności od możliwości oraz potrzeb sytuacyjnych (Block, Kremen, 1996). Wpływa to na usprawnienie procesów regulacji afektywnej także w zakresie regulacji pozytywnych emocji (Tugade, Fredrikson, 2004, 2007, Kaczmarek, 2007). Gdy osoba przejawia wysoki poziom sprężystości psychicznej osiąga poziom mobilizacji do wykonania zadania w odpowiednim czasie przed jego rozpoczęciem oraz osiąga optymalny poziom reaktywności a także szybko wraca do poziomu wyjściowego minimalizując dzięki temu zużycie zasobów.

Pojęcie sprężystości psychicznej (resiliency) nie może być utożsamiane z pojęciem rezyliencji (resilience) (Heszen, Sęk, 2007; Ostaszewski, 2005; Rutter, 2008). Oba dotyczą elastycznej adaptacji jednak do różnych kategorii opisu. Sprężystość psychiczna jest cechą osobowości (Block, Kremen, 1996). Rezyliencja z kolei to proces skutecznej adaptacji w obliczu bardzo niesprzyjających warunków często ujmowany w perspektywie rozwojowej. Sprężystość psychiczna może brać udział w procesie rezyliencji jednakże nie jest w nim konieczna ani też wystarczająca.

Sprężystość psychiczną można potraktować jako zasób osobisty, który sprzyja odczuwaniu pozytywnych emocji a także wspomaga dobór środków zaradczych w zależności od sytuacji. Takie podejście do rozumienia roli sprężystości psychicznej przyjęli w swoich badaniach nad funkcjonowaniem chorych na cukrzycę i RZS polscy badacze (Kaczmarek, Sęk i Ziarko 2011; Sęk, Kaczmarek i Ziarko, Pietrzykowska i Lewicka, 2012). Zgodnie

z przewidywaniami rezultaty badań wykazały, że chorzy cechujący się dużą sprężystością psychiczną odczuwają większą satysfakcję z życia.

1.3. Akceptacja choroby

Choroba przewlekła jest silnym stresorem dla osoby jej doświadczającej. Diagnoza pomimo wcześniejszych sygnałów pojawia się nagle i jest ogromnym zaskoczeniem zarówno dla osoby jak i jej bliskich. Powoduje szereg konsekwencji i wymaga reorganizacji praktycznie na wszystkich płaszczyznach życia. Człowiek musi dokonać zmian adaptacyjnych, aby przystosować się do nowych zwykle niekorzystnych warunków życia. Głównym problemem osoby dotkniętej chorobą przewlekłą jest radzenie sobie ze stratą jaką niesie za sobą choroba czy zmaganie z zagrożeniami, które mogą się pojawić. Do podstawowych aspektów straty można zaliczyć utratę zdolności do funkcjonowania na takim samym poziomie jaki był przed postawieniem diagnozy. Związane jest to ze zmianami w organizmie, które powodują jego osłabienie czy upośledzenie funkcji. W dalszej konsekwencji może nastąpić utrata określonych ról społecznych wynikająca z niedomagania czy niemożności pełnienia ich na podobnym poziomie co dotychczas. Wycofanie z kontaktów interpersonalnych często spowodowane wystąpieniem objawów chorobowych, hospitalizacją, przyjmowaniem leków czy lękiem ludzi przed oglądaniem bólu i cierpienia. Te konsekwencje choroby są bardziej wyraźne i dotkliwe u osób, które nie zaakceptowały nowej sytuacji i nie poradziły sobie z negatywnymi emocjami towarzyszącymi pojawieniu się choroby przewlekłej.

Wystąpienie pewnych objawów chorobowych może wiązać się z uczuciem silnego lęku. W człowieku budzi się niepokój na tyle wielki, że zaczyna ignorować sygnały, które wysyła jego organizm. Tak więc są blokowane albo nawet wypierane ze świadomości za pomocą mechanizmów obronnych. Trwa to tak długo jak jest potrzebne i skutecznie obniża napięcie. W takiej sytuacji mamy do czynienia z zaprzeczaniem chorobie. Pomimo pewnych objawów i dostępnych informacji a także możliwości intelektualnych osoba nie przyjmuje do wiadomości, że coś jej dolega. Taka postawa być może obniża lęk jednakże w dłuższej perspektywie czasu nie jest korzystna gdyż osoba nie podejmuje żadnych działań na rzecz poprawy swego stanu.

Sytuacją przeciwną do opisanej powyżej jest akceptacja choroby. W przypadku postawienia diagnozy osoba przewartościowuje swoje myślenie i wchodzi w rolę chorego. Jest to proces zmian, który ma na celu przywrócenie równowagi emocjonalnej i funkcjonalnej

oraz poczucia kontroli nad własnym życiem. Akceptacja choroby jest zdecydowanie bardziej korzystna, stwarza poczucie bezpieczeństwa a także zmniejsza nasilenie negatywnych emocji i reakcji związanych z doświadczeniem choroby. Im wyższy stopień akceptacji tym osoba przejawia lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu związane z chorobą. Dzięki wejściu w rolę chorego osoba zaczyna działać na rzecz poprawy swojego zdrowia poprzez kontakty z lekarzami czy stosowanie się do zalecanej terapii.

Akceptacja choroby zależy od kilku czynników. Istotne są predyspozycje osobowościowe chorego oraz cechy samej choroby. Ważny jest rodzaj i nasilenie objawów oraz następstwa w dalszej perspektywie, w sferze funkcjonowania psychospołecznego oraz fizycznego. Także od możliwości leczenia i jego skuteczności zależy stopień akceptacji choroby.

Akceptacja i pogodzenie się ze swoją chorobą jest istotnym elementem w codziennym funkcjonowaniu osoby nią dotkniętej. Warto zastanowić się co powoduje, że jeden człowiek zgadza się z diagnozą i ją przyjmuje a drugi nie. Jest to o tyle istotne, że pomaga w leczeniu i poprawia jakość życia osoby chorej.

1.4. Stwardnienie rozsiane

Stwardnienie rozsiane (SM) jest przewlekłą, postępującą chorobą neurologiczną trwającą przez całe życie. Zwykle w przebiegu występują bardzo poważne objawy, które diametralnie zmieniają życie pacjenta. Z tego też względu choroba ta zajmuje szczególne miejsce wśród chorób neurologicznych. Jej przewlekły oraz ciężki charakter wpływa nie tylko na osobę nią dotkniętą ale również na rodzinę i stanowi istotny problem społeczny. Na całym świecie ze stwardnieniem rozsianym żyje około 2 miliony ludzi w większości wśród populacji europejskiej; również Polska należy do krajów o znacznej częstości występowania tej choroby.

Do niedawna osiągnięcia w leczeniu stwardnienia rozsianego były niewielkie. W ostatnim czasie uległo to zmianie i pojawiły się nowe możliwości terapii tej choroby. Na początku lat 90. wprowadzono leki, które łagodzą przebieg i opóźniają rozwój choroby, dzięki temu rokowanie może być bardziej optymistyczne niż wcześniej. Nie zmienia to faktu, że jest to choroba nieuleczalna, o przewlekłym charakterze, z wystąpieniem, której ciężko jest się pogodzić i zaakceptować.

Postępy w leczeniu wynikają głównie z rozwoju wiedzy na temat zjawisk immunologicznych w patologii ludzkiej. Etiologia stwardnienia rozsianego nadal pozostaje nieznana, jednakże mechanizm patogenetyczny związany jest z procesem autoimmunologicznym. Badania wskazują, że ingerencja w zaburzone funkcjonowanie układu immunologicznego wpływa pozytywnie na leczenie stwardnienia rozsianego. W ostatnim czasie notuje się znaczny wzrost liczby badań nad tą chorobą. Dzięki nim uzyskano nowe informacje o stwardnieniu rozsianym oraz lepsze wyniki leczenia.

Stwardnienie rozsiane jest chorobą demielinizacyjną, która występuje głównie u dorosłych. Istotą jest rozsiane uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (OUN), które powoduje pojawienie się różnorodnych objawów w postaci zaostrzeń bądź powolnego postępu. Stopień nasilenia oraz dynamika rozwoju choroby mogą być bardzo zróżnicowane. Do najczęstszych objawów należą: zaburzenia czucia, niedowłady piramidowe, zapalenia pozagałkowe nerwu wzrokowego, zaburzenia czynności zwieraczy, zespoły bólowe, zaburzenia seksualne, zawroty głowy. Dostrzec można także problemy natury społeczno-psychologicznej. Osoby ze stwardnieniem rozsianym mogą przejawiać zwiększony poziom dystresu i lęku, niską samoocenę czy zaburzenia koncentracji. Występują również deficyty funkcji poznawczych (43-72%) najbardziej zaburzona jest pamięć epizodyczna, uwaga, szybkość przetwarzania informacji i fluencja słowna. Wraz z rozwojem choroby zaburzenia poznawcze pogłębiają się oraz wzrasta liczba osób, które ich doświadczają.

U 42-54% osób chorych notuje się objawy depresyjne, które wymagają leczenia farmakologicznego lekami antydepresyjnymi. Według badań w początkowych fazach choroby symptomy depresyjne zwykle mają łagodny charakter. Stwierdzono również, że w okresie remisji osoby doświadczają niższego poziomu zaburzeń depresyjnych niż w trakcie nawrotu choroby. Zakłada się, że doświadczanie zaburzeń depresyjnych związane jest z krytycznym wydarzeniem życiowym, jakim niewątpliwie jest doświadczenie choroby przewlekłej, oraz wynikającej z niej niepełnosprawności.

Stwardnienie rozsiane jest chorobą występującą przede wszystkim wśród ludności europejskiej. Znacznie rzadziej pojawia się wśród rasy mongoloidalnej czy negroidalnej. Częstość występowania w Europie i Stanach Zjednoczonych to 40-150 przypadków na 100 000 ludności. Choroba ta może pojawić się w każdym wieku, jednakże najwięcej zachorowań pojawia się między 20 a 40 rokiem życia. Na stwardnienie rozsiane częściej chorują kobiety niż mężczyźni w stosunku 2:1. Wyniki badań m.in. w Rochester, Dolnej Saksonii i Danii wykazały, że średni czas przeżycia pacjentów od momentu zdiagnozowania to 35-40 lat.

Spośród pacjentów, którzy przeżyli 20 lat połowa nadal była zdolna do samodzielnego poruszania się. Istotną kwestią jest oczekiwany czas przeżycia. Badania poborowych USA wykazały iż czas przeżycia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym jest krótszy od osób, które nie cierpią na tę chorobę. Im dłużej trwa choroba tym różnica staje się większa. Po 5 latach choroby oczekiwany czas przeżycia ulega tylko niewielkiemu skróceniu natomiast po 20 latach choroby wyniósł 70-80% populacji kontrolnej. Wyniki wskazują, że z dłuższym chorowaniem wiąże się ryzyko skrócenia życia, co bez wątpienia jest związane z rozwojem choroby. Wyraźny wpływ na oczekiwany czas przeżycia miał wiek zachorowania. Osoby, które zachorowały w późniejszym wieku po 35. roku życia różniły się oczekiwanym czasem przeżycia od osób kontrolnych w przeciwieństwie do pacjentów, którzy zachorowali wcześniej. Według danych pacjenci, których choroba dotyka później przebiega szybciej z gorszymi rokowaniami. W niektórych badaniach wykazano związek płci z oczekiwanym czasem przeżycia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Mężczyźni chorujący żyli krócej w stosunku do grupy kontrolnej niż kobiety.

Stwardnienie rozsiane jest poważną, przewlekłą chorobą, która dotyka ludzi w każdym wieku, zarówno kobiety jak i mężczyzn. Uszkadzając układ nerwowy często prowadzi do kalectwa. Jest chorobą, która zwykle przebiega wielofazowo z okresami zaostrzeń i poprawy. Niewątpliwie wystąpienie jej w cyklu życia jest wydarzeniem stresowym i obciążającym dla człowieka, który by sobie poradzić musi uruchomić szereg rozmaitych zasobów.

1.5. Podsumowanie części teoretycznej

Doświadczenie choroby przewlekłej - stwardnienia rozsianego jest zawsze wydarzeniem kryzysowym w życiu człowieka, który staje przed taką diagnozą. Człowiek mierzy się wtedy z wieloma wyzwaniem. Musi przewartościować dotychczasowe spojrzenie na świat i własne życie. Towarzyszy mu silny stres związany z poczuciem zagrożenia bądź utraty sprawności fizycznej i intelektualnej. Upośledzenia ważnych dla niego elementów życia, ograniczenie kontaktów interpersonalnych i zmaganie z uciążliwościami dnia codziennego w nowej dla niego rzeczywistości.

Człowiek w wyniku doświadczenia kryzysu radzi sobie z nim w zależności od posiadanych zasobów osobistych. Badania wykazały, że optymizm sprzyja lepszemu samopoczuciu, zdrowiu zarówno fizycznemu jak i psychicznemu a także pomaga w leczeniu, gdyż osoba wierzy, że przyniesie to dla niego wymierne korzyści. Istotna jest także

sprężystość psychiczna czyli umiejętność dostosowania strategii działania do wymagań sytuacji. Ważna w przypadku pojawienia się choroby przewlekłej gdzie dotychczasowe strategie działania zwykle przestają być adekwatne. Istotnym elementem w przypadku choroby przewlekłej jest jej akceptacja przez człowieka. Wejście w rolę chorego pomaga zaadaptować się do nowej sytuacji i podjąć działania zmierzające do walki o swoje zdrowie a także lepszego funkcjonowania w codziennym życiu.

Przedstawiona powyżej analiza zagadnień teoretycznych prowadzi do badań własnych nad determinantami akceptacji choroby w stwardnieniu rozsianym.

ROZDZIAŁ II. Metodologia badań własnych

2.1. Przedmiot i cel badań

Przedmiotem badania są osoby dotknięte chorobą przewlekłą jaką jest stwardnienie rozsiane. Celem natomiast określenie determinantów warunkujących akceptację tej choroby. Badania mają odpowiedzieć na następujące pytania: czy występuje związek między optymizmem a akceptacją choroby - stwardnienie rozsiane przez człowieka? Czy występuje związek między wyborem strategii radzenia sobie a akceptacją choroby u osoby cierpiącej na stwardnienie rozsiane? Oraz czy występuje związek między sprężystością psychiczną a akceptacją choroby - stwardnienie rozsiane?

2.2. Problem badawczy

M. Łobocki pisze: „Problemy badawcze są to pytania, na które szukamy odpowiedzi na drodze badań naukowych” (Metody badań pedagogicznych, Warszawa 1978, s. 56).

W pracy badawczej poruszono problematykę determinantów akceptacji choroby w stwardnieniu rozsianym. Jest to dosyć szeroka tematyka, którą zawężono do kilku interesujących aspektów. W badaniach starano się znaleźć odpowiedź na następujące pytania:

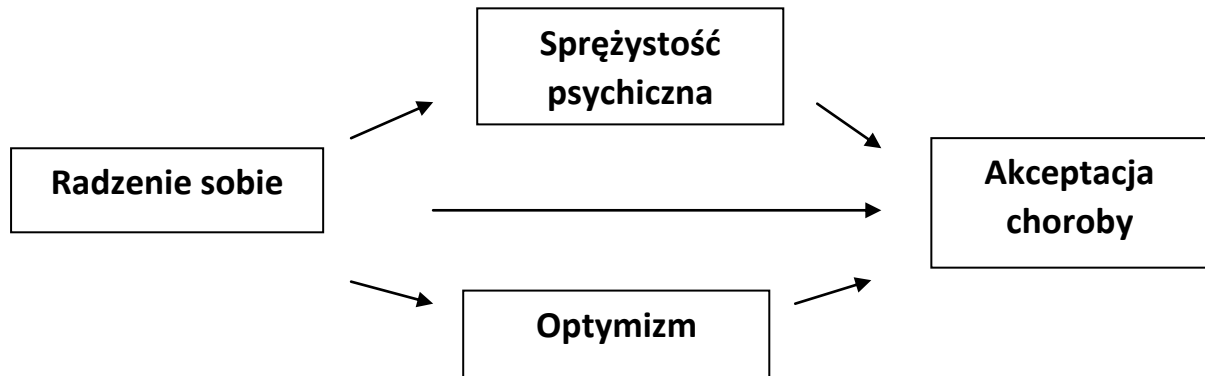
1. Czy występuje związek między zmienną optymizm a akceptacją choroby – stwardnienie rozsiane przez człowieka?
2. Czy występuje związek między wyborem strategii radzenia sobie a akceptacją choroby u osoby cierpiącej na stwardnienie rozsiane?
3. Czy występuje związek między zmienną sprężystość psychiczna a akceptacją choroby – stwardnienie rozsiane?

Założono, że istnieje związek między optymizmem a akceptacją choroby - stwardnienie rozsiane przez człowieka. Również, występuje związek między wyborem strategii radzenia sobie a akceptacją choroby u osoby cierpiącej na stwardnienie rozsiane. Przyjęto, że występuje związek między sprężystością psychiczną a akceptacją choroby - stwardnienie rozsiane.

Poniżej przedstawiono model graficzny determinantów, które mogą mieć istotny wpływ na akceptację choroby. Założono, że strategie radzenia sobie, optymizm oraz

sprężystość psychiczna korelują z akceptacją stwardnienia rozsianego u osoby doświadczającej tej choroby (Rycina 1.).

Rycina 1. Model graficzny akceptacji choroby



Źródło: Opracowanie własne.

2.3. Hipotezy

Z. Skorny pisze: „[...] hipoteza to przypuszczalna, przewidywalna odpowiedź na pytanie zawarte w problemie badań. Może ona przy tym dotyczyć związków zachodzących w danej dziedzinie rzeczywistości, kierujących nią prawidłowości, mechanizmów funkcjonowania badanych zjawisk lub istotnych właściwości” (*Prace magisterskie...*, Warszawa 1984, s. 72-73).

Na podstawie zaprezentowanej w części teoretycznej literatury oraz własnej wiedzy z zakresu psychologii zostały postawione następujące hipotezy:

Hipoteza główna:

H₀: Nie istnieje związek między optymizmem, sprężystością psychiczną, radzeniem sobie a akceptacją choroby - stwardnienie rozsiane.

H₁: Istnieje związek między optymizmem, sprężystością psychiczną, radzeniem sobie a akceptacją choroby - stwardnienie rozsiane.

Hipotezy szczegółowe:

H₀: Nie istnieje związek między optymizmem a akceptacją choroby - stwardnienie rozsiane.

H₁: Istnieje związek między optymizmem a akceptacją choroby-stwardnienie rozsiane.

H₀: Nie istnieje związek między sprężystością psychiczną a akceptacją choroby - stwardnienie rozsiane.

H₁: Istnieje związek między sprężystością psychiczną a akceptacją choroby - stwardnienie rozsiane

H₀: Nie istnieje związek między wyborem strategii radzenia sobie a akceptacją choroby - stwardnienie rozsiane.

H₁: Istnieje związek między wyborem strategii radzenia sobie a akceptacją choroby - stwardnienie rozsiane.

Operacjonalizacja zmiennych

W modelu badawczym przyjęto, że *zmienną zależną Y* jest akceptacja choroby przez osobę dotkniętą stwardnieniem rozsianym. Akceptacja rozumiana jest jako gotowość do przyjęcia siebie w roli osoby chorej gdzie pełni się ją do końca życia. Stwarza poczucie bezpieczeństwa, dzięki niej zmniejsza się nasilenie negatywnych emocji, a także reakcji związanych z chorobą tym samym zmniejszając poczucie dyskomfortu psychicznego.

Z kolei za *zmienną niezależną X1* przyjęto optymizm, zgodnie z teorią rozumiany jako tendencja do spostrzegania świata i jego aspektów w kategoriach raczej pozytywnych i sprzyjających, łączona ze skłonnością człowieka do oczekiwania względnie pomyślnych niż niepomyślnych przyszłych wydarzeń oraz ich konsekwencji.

Kolejną zmienną *niezależną X2* jest sprężystość psychiczna, którą potraktować można jako zasób osobisty sprzyjający odczuwaniu pozytywnych emocji, a także wspomagający dobór środków zaradczych w zależności od sytuacji.

Ostatnią zmienną *niezależną X3* jest radzenie sobie. Proces radzenia sobie z daną sytuacją obejmuje całość wysiłków jednostki zmierzających do rozwiązania jej. Jest dynamiczny, stanowi odpowiedź na określoną okoliczność, dane sposoby radzenia sobie mogą być zastępowane przez inne.

2.4. Metody badawcze

W pracy badawczej wykorzystano metody kwestionariuszowe. Wydają się najlepsze do przeprowadzenia tego typu badań, ze względu na to, że czas wypełniania poszczególnych ankiet nie jest długi, nie są zbyt absorbujące i obciążające osobę badaną. Jest to istotne gdy ma się do czynienia z osobami chorymi, często z ograniczoną sprawnością, jak to ma miejsce w przypadku osób dotkniętych stwardnieniem rozsianym.

2.4.1. Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem - Mini COPE

Pierwszą metodą, którą zastosowano jest Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem - Mini COPE. Autorem jest Charles S. Carver w adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej - Bulik. Inwentarz Mini COPE jest bardzo dobrym narzędziem z tego względu, że mierzy kilkanaście różnych sposobów radzenia sobie. Polska wersja składa się z 28 stwierdzeń, które wchodzi w skład 14 strategii radzenia sobie ze stresem.

Inwentarz Mini COPE należy do metod samoopisowych. Zwykle metodę wykorzystuje się do pomiaru dyspozycyjnego radzenia sobie czyli oceny sposobów odczuwania i reagowania w sytuacjach gdy jednostka doświadcza silnego stresu. Służy do badania osób dorosłych zdrowych i chorych. W przypadku osób chorych jest niezwykle użyteczny ze względu na krótki czas badania oraz łatwy sposób obliczania i interpretacji uzyskanych wyników.

Jeśli chodzi o właściwości psychometryczne to zgodność wewnętrzna polskiej wersji została ustalona na podstawie badania 200 osób w wieku 25-60 lat ($M=35,6$; $SD=10,2$). Każda z 14 skal ma dwa twierdzenia w związku z tym obliczono rzetelność połówkową, której wskaźnik wynosi 0,86 (wskaźnik Gutmana 0,87). Stałość oceniono na grupie 34 osób badanych po upływie sześciu tygodni okazała się zadowalająca dla większości skal.

Trafność teoretyczna polskiej wersji inwentarza ustalono przy pomocy eksploracyjnej analizy czynnikowej wyników badania osób dorosłych w wieku 18-60 lat ($M= 32,2$; $SD=12,6$). Ładunki czynnikowe poszczególnych twierdzeń w większości możemy uznać za zadowalające. Pierwszy czynnik, który wyjaśnia 24,4% wariacji, obejmuje strategie Aktywnego Radzenia Sobie (Aktywne Radzenie Sobie, Planowanie, Pozytywne Przewartościowanie), natomiast drugi, który wyjaśnia 12,5 wariacji to Bezradność obejmująca Zażywanie Substancji Psychoaktywnych, Zaprzestania Działań i Obwiniania Siebie.

2.4.2. Test Orientacji Życiowej – LOT-R

Kolejnym narzędziem, który zastosowano jest Test Orientacji Życiowej- LOT-R. Autorami testu są M. F. Scheier, Ch. S. Carver, M. W. Bridges, natomiast adaptację do polskich warunków przeprowadzili Poprawa i Juczyński.

Istotnym wymiarem osobowości jest uogólnione oczekiwanie wobec przyszłości, które Scheier i Carver (1992) określają mianem dyspozycyjnego optymizmu. Optymizm, który w tym przypadku rozumiemy jako cechę dyspozycyjną wyraża oczekiwanie pozytywnych zdarzeń. Według badań optymizm jest ważnym zasobem osobistym mającym wpływ na stan fizyczny człowieka oraz jego dobre samopoczucie jak również sprzyja odnoszeniu sukcesów oraz odporności na stresujące wydarzenia (Poprawa, 1996).

Test Orientacji Życiowej- LOT-R składa się z 10 stwierdzeń z czego 6 ma wartość diagnostyczną. Służy do badania dyspozycyjnego optymizmu. Przeznaczony jest zarówno dla zdrowych jak i chorych osób.

Zgodność wewnętrzną testu LOT została ustalona na próbie 174 osób w wieku 20-55 lat i wynosi 0,76 (*alfa* Cornbacha). Porównanie wyników dwukrotnego badania, które przeprowadzono na grupie 30 osób po okresie sześciu tygodni dało wskaźnik 0,43. Wskaźnik alfa Cornbacha dla wersji oryginalnej wynosi 0,78, natomiast badania „test-retest”, które przeprowadzono w czterech różnych grupach studentów badanych w odstępach 4,12,24 oraz 28 miesięcy dały następujące współczynniki korelacji : 0,68; 0,60; 0,56 i 0,79. Zgodność wewnętrzną wersji polskiej jest zbliżona do oryginalnej, stałość jest niższa.

Trafność teoretyczną Testu Orientacji Życiowej oceniono analizując związki zachodzące pomiędzy optymizmem a innymi zmiennymi, które współwystępują czyli: wysoką samooceną, koncentracją w sytuacjach stresowych raczej na problemach niż emocjach oraz skłonnością do przeżywania dodatnich emocji. Badanie przeprowadzono na grupie 174 osób w przedziale wiekowym 20-55 lat. Wynik ogólny korelował dodatnio z poczuciem własnej wartości skali Rosenberga (0,63; Self- Esteem Scale- RSES; Rosenberg, 1989) jak również ujemnie z kontrolą depresji (-0,54) i gniewu (-0, 51) skali Kontroli Emocjonalnej CECS.

Biorąc pod uwagę strategie radzenia sobie, oceniane za pomocą wielowymiarowego inwentarza COPE (The Coping Orientations to Problems Experienced; Carver, Scheier

i Weintraub,1989), wskaźnik optymizmu korelował statystycznie istotnie dodatnio z planowaniem (0,51) oraz ujemnie z zaprzestaniem działań (-0,45).

Autorzy dla oryginalnej wersji podają współczynniki korelacji wyników Testu Orientacji Życiowej z lękiem STAI (-0,53; State-Trait Anxiety Inventory; Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1974), poczuciem własnej wartości RSES (0,50), neurotyzmem EPI (-,36; Eysenck Personality Inventory; Eysenck i Eysenck, 1964). Pozytywna korelacja z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli oraz negatywna z bezradnością, depresją, alienacją i spostrzeganym stresem wskazują na trafność testu.

Próba normalizacyjna składała się z 786 osób w przedziale wiekowym 20-55 lat, którzy reprezentowali zróżnicowane miejsca zamieszkania, średni wskaźnik LOT wyniósł 14,55 ($SD=4,05$). Nie wykryto statystycznie istotnych różnic dla wieku, płci i środowiska.

Wyniki polskiej grupy normalizacyjnej nie odstają od średnich wyników oryginalnej wersji.

2.4.3. Skala Akceptacji Choroby – AIS

Kolejnym narzędziem jakim się posłużono jest Skala Akceptacji Choroby- AIS (Acceptance of Illness Scale) autorstwa Barbary J. Felton, Tracey A. Revenson i G.A. Hinrichsen w adaptacji Zygryda Juczyńskiego.

Skala Akceptacji Choroby składa się z ośmiu stwierdzeń, które opisują konsekwencje złego stanu zdrowia. Autorzy używali jej jako części wywiadu z pacjentem, służyła do oceny jego przystosowania się do choroby. Nawiązuje do skali Linkowskiego (1971), która służy do oceny akceptacji niepełnosprawności.

Zgodność wewnętrzna AIS oszacowana została na podstawie badania 138 pacjentów z bólem przewlekłym. Alfa Cornbacha wyniosła 0,85. Stałość ustalono na podstawie dwukrotnego badania 25 pacjentów w odstępie czterech tygodni, wyniosła 0,64. Rzetelność polskiej wersji skali zbliżona jest do wersji oryginalnej gdzie alfa Cornbacha wynosi 0,82, natomiast wskaźnik test-retest w ciągu siedmiu miesięcy 0,69 (Rho Spermana; Felton, Revenson i Hinrichsen, 1984).

By określić trafność diagnostyczną porównano wyniki skali AIS z oceną efektów leczenia. Uzyskano istotną korelację (0,42; $p<0,01$) wyników AIS z oceną efektów leczenia w grupie 60 pacjentek onkologicznych, dokonaną przez lekarzy na odpowiedniej skali. Inne badania (Juczyński i Adamiak,2000), przeprowadzone na grupie 44 chorych ze stwardnieniem

rozszianym (21 mężczyzn i 23 kobiet) w przedziale wiekowym od 35 do 60 lat z zastosowaniem analizy regresji (według procedury krokowej) oraz analizy dyskryminacyjnej wykazały, że akceptacja choroby AIS dobrze prognozuje jakość życia uwarunkowanego chorobą oraz oceną aktualnego stanu zdrowia. Wyniki AIS zostały odniesione także do kilku wskaźników, które są pośrednio związane z akceptacją choroby. Badano grupę diabetyków ($N=70$), osoby dializowane ($N=31$) oraz pacjentów po zawale mięśnia serca ($N=42$). Wskaźnik akceptacji choroby AIS korelował ujemnie, statystycznie istotnie z natężeniem stresu (Skala Odczuwanego Stresu-PSS; Cohen, Kamarck, Mermelstein, 198) jak również umiejscowieniem kontroli zdrowia-wpływem innych i przypadku (Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia- MHLC). Wskaźnik akceptacji choroby AIS korelował dodatnio z poczuciem własnej wartości (Skala Poczucia Własnej Wartości- RSES; Rosenberg, 1989) skuteczności (Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności- GSES) jak również wskaźnikiem subiektywnej oceny własnego zdrowia (skala wzrokowo-analogowa).

W badaniu trafności teoretycznej wersji polskiej także wykorzystano analizę czynnikową. Stosując różne techniki analizy za każdym razem otrzymywano jeden czynnik, który według algorytmu varimax wyjaśnia 49,4% wariancji całkowitej.

Według Felton i Revensson (1984) dla wersji oryginalnej trafność teoretyczną skali potwierdza istotna negatywna korelacja wyników skali z myśleniem życzeniowym, które stosowane jest jako strategia radzenia sobie z chorobą.

Autorzy AIS podają wyniki 151 osób, które są przewlekle chore (cukrzyca, nadciśnienie, choroba nowotworowa, artretyzm). Średnie wyniki badanych grup w dwóch różnych badaniach to 3,51 ($SD=0,70$) oraz 3,56 ($SD= 0,74$) (Felton, Revensson, 1984), znacznie wyższe od średnich wyników polskich badań.

2.4.4. Skala Sprężystości Psychiczej – KSP

Ostatnim narzędziem, które zastosowałam w badaniach to Skala Sprężystości Psychiczej KSP autorstwa Block, Kremen (1996) w polskiej adaptacji Łukasza Kaczmarka. Skala zbudowana jest z czternastu pozycji testowych, które pochodzą z narzędzia do opisu cech osobowości California Adult Q-sort. Badany określa na czterostopniowej skali zakres, w jakim dana pozycja odnosi się do niej.

Trafność kryterialną oryginału skali określono za pomocą wykazania zgodności uzyskiwanych w niej wyników z kryteriami nie-testowymi a konkretnie z ustrukturuowanym godzinnym wywiadem klinicznym diagnozującym wybrane cechy osobowości oraz wynikami zebranymi metodą Q-sort od dwojga znajomych osoby badanej (Letzring, Block, Funder, 2005).

Aby sprawdzić równoważność psychometryczną adaptacji skali, poproszono 8 studentów filologii angielskiej, którzy uczestniczyli w konwersatoriach za zakresu tłumaczenia o wypełnienie wersji polskiej oraz oryginału. Wiek zawierał się przedziale 22-24 lat ($M=22,88$, $SD=0,64$).

Równoważność psychometryczną wersji polskiej z oryginałem oszacowano poprzez określenie siły korelacji obu wersji wypełnionych przez studentów filologii angielskiej, $t_{ab}=0,82$, $p=0,007$, 95% przedział ufności $[0,33;1,00]$.

Rzetelność, która mierzona była alfą Cronbacha dla czternastu pozycji testowych wyniosła $\alpha=0,76$. Pozycja testowa o numerze 10 pozbawiona była mocy dyskryminacyjnej szacowanej jako korelacja z wynikiem ogólnym, $r=0,01$, usunięcie spowodowało zwiększenie rzetelności skali do $\alpha=0,78$. Wartości, które uzyskano są porównywalne z otrzymanymi w wersji oryginalnej Block i Kremen $\alpha=0,76$ (1996).

Metoda test-retest przeprowadzona w odstępie od tygodnia do dwóch wysoka rzetelność pomiaru w aspekcie stabilności wyniku w czasie, $r_{tt}=0,89$, $p < 0,001$.

Z założeń teoretycznych (Block, Kremen, 1996) wynika, że skala powinna być jednoczynnikowa. Po przeprowadzeniu confirmacyjnej analizy czynnikowej wykazano akceptowalne dopasowanie modelu jednoczynnikowego złożonego z trzynastu pozycji testowych $\chi^2 = 478,73$, $df = 65$, $GFI = 0,939$, $AGFI = 0,914$, $RMSEA = 0,073$, $RMSEA$ 90% CI $[0,67; 0,79]$). Standaryzowane współczynniki regresji zawierały się w przedziale od 0,30 do 0,66. Parametry, które uzyskano są zbliżone do wskaźników dopasowania wersji anglojęzycznej $\chi^2 = 124,84$, $df = 65$, $GFI = 0,917$, $AGFI = 0,883$, $RMSEA = 0,064$, $RMSEA$ 90% CI $[0,47; 0,81]$ (Letzring, Block, Funder, 2005).

2.5. Organizacja terenu badań - charakterystyka badanej zbiorowości

Badania na temat determinantów akceptacji choroby w stwardnieniu rozsianym zostały przeprowadzone w kwietniu 2017 roku i trwały miesiąc. Wzięło w nim udział 40 osób, które

wypełniły kwestionariusze zamieszczone na Dysku Google. Jedynym kryterium jakie musiało zostać spełnione przez uczestnika, to postawiona diagnoza stwardnienia rozsianego. Badanie było dobrowolne. Poniższe dane przedstawiają cechy wybranej grupy.

Tabela 1. Płeć respondentów

Płeć	Częstość	Procent
Kobieta	34	85
Mężczyzna	6	15
Ogółem	40	100

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że w grupie 40 przebadanych 36 (85,7%) stanowiły kobiety, a 6 (14,3%) mężczyźni (Tabela 1.).

Tabela 2. Wiek respondentów

Przedział wiekowy w latach	Częstość	Procent
17-30	12	30
31-45	18	45
46-60	10	25

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując dane przedstawione w tabeli 2. zauważyć można, iż najliczniejszą grupę wśród wszystkich badanych stanowiły osoby z przedziału wiekowego od 31 do 45 lat – 18 osób (45%), mniej bo 12 (30%) były to osoby w wieku od 17 do 30, najmniej liczną grupę bo 10 (25%) osób stanowiły osoby z przedziału wiekowego 46 do 60 lat.

Tabela 3. Stan cywilny badanych osób

Stan cywilny	Częstość	Procent (%)
Małżeństwo	18	45
Narzeczeństwo	1	2,5
wdowiec/wdowa	2	5
związek partnerski	10	25
Wolny	9	22,5

Źródło: Opracowanie własne.

Pośród badanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby będące w związku małżeńskim - 18 osób (45%), mniej bo 10 osób (25%) było w nieformalnym związku partnerskim. Kolejną co do liczności grupę stanowiły osoby w stanie wolnym – 9 osób (22,5%). Tylko 2

osoby (5%) spośród wszystkich badanych deklaroowało, że są wdowcem/wdową, a 1 osoba (2,5%) była w narzeczeństwie (Tabela 3.).

Tabela 4. Poziom wykształcenia badanych osób

Poziom wykształcenia	Częstość	Procent
Podstawowe	1	2,5
Zasadnicze zawodowe	5	12,5
Średnie	7	17,5
Policealne/ pomaturalne	3	7,5
Niepełne wyższe	4	10
Wyższe	20	50

Źródło: Opracowanie własne.

Zdecydowanie najliczniejszą grupę spośród badanych, stanowiły osoby posiadające wykształcenie wyższe - 20 osób (50%). Kolejną grupę stanowiły osoby ze średnim wykształceniem - 7 osób (17,5%), niewiele mniej, bo 5 osób spośród badanych miało wykształcenie zasadnicze zawodowe (12,5%). Cztery osoby zadeklarowały wykształcenie niepełne wyższe (10%). Tylko trzy osoby (7,5%) podały, że ich stopniem wykształcenia jest poziom policealny/pomaturalny, natomiast 1 osoba (2,5%) zadeklarowała, że posiada wykształcenie zawodowe (Tabela 4.).

Tabela 5. Miejsce zamieszkania respondentów

Miejsce zamieszkania	Częstość	Procent (%)
Wieś	4	10
Miasto do 50 tys. Mieszkańców	7	17,5
Miasto od 50 tys. do 200 tys. Mieszkańców	11	27,5
Miasto od 200 tys. do 500 tys. Mieszkańców	1	2,5
Miasto pow. 500 tys. Mieszkańców	17	42,5

Źródło: Opracowanie własne.

Spośród badanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które deklarują, że mieszkają w mieście, które ma pow. 500 tys. Mieszkańców – 17 osób (42,5%). W mieście, które ma od 50 do 200 tys. mieszkańców mieszka 11 osób (27,5%). Kolejną grupę stanowią osoby, które mieszkają w mieście do 50 tys. Mieszkańców – 7 osób (17,5%). Na wsi mieszkają 4 osoby (10%), natomiast tylko 1 osoba (2,5%) spośród badanych deklaruje, że mieszka w mieście od 200 do 500 tys. Mieszkańców (Tabela 5.).

Tabela 6. Sytuacja zawodowa respondentów

Sytuacja zawodowa	Częstość	Procent (%)
Pracuję	19	47,5
Studiuje	4	10
Uczę się	2	5
Bezrobotny	5	12,5
Emeryt/rencista	10	25

Źródło: opracowanie własne

Prawie połowa badanych – 19 osób (47,5%) deklaruje, że obecnie jest w stosunku pracy. Niemal połowę mniej, bo 10 osób (25%) to emeryci bądź renciści. Dokładnie taki sam odsetek badanych stanowiły osoby studiujące. 5 osób (12,5%) spośród respondentów zadeklarowało brak pracy. Najmniejszy odsetek ankietowanych – 2 osoby (5%) udzieliły odpowiedzi, że nadal się uczą (Tabela 6.).

Tabela 7. Czas trwania choroby (SM) w latach

Długość trwania SM w latach	Częstość	Procent (%)
1-5	21	52,5
6-15	14	35
16-30	5	12,5

Źródło: Opracowanie własne.

Z badań wynika, że 21 osób (52,5%) choruje w okresie od roku do pięciu lat. Czas trwania choroby od 6 do 15 lat deklaruje 14 osób (35%) spośród badanych, 5 osób (12,5%) cierpi na stwardnienie rozsiane od 16 do 30 lat (Tabela 7.).

Tabela 8. Przebyte rzuty choroby (SM)

Ilość przebytych rzutów SM	Częstość	Procent (%)
1-4	24	60
5-10	15	37,5
Powyżej 10	1	2,5

Źródło: Opracowanie własne.

Ponad połowa badanych – 24 osoby (60%) zadeklarowały, że jak dotąd przeszła od 1 do 4 rzutów choroby, 15 osób (37,5%) podaje, że miało ich dotychczas od 5 do 10. Tylko 1 osoba (2,5%) miała powyżej 10 rzutów (Tabela 8.).

Tabela 9. Wsparcie z zewnątrz

Otrzymywanie wsparcia	Częstość	Procent (%)
Tak	35	87,5
Nie	5	12,5

Źródło: Opracowanie własne.

Zdecydowana większość spośród osób badanych - 35 (87,5%) deklarowało, że otrzymuje wsparcie od innych ludzi, tylko 5 osób (12,5%) twierdziło, że takiego wsparcia nie dostaje (Tabela 9.).

Tabela 10. Przebyta hospitalizacja w związku z SM

Przebyta hospitalizacja	Częstość	Procent (%)
Tak	34	85
Nie	6	15

Źródło: Opracowanie własne.

Przeważająca większość badanych podała, że była hospitalizowanych z powodu stwardnienia rozsianego (SM). Hospitalizację zadeklarowały aż 34 osoby (85%). Tylko 6 osób (15%) twierdziła, że nie była hospitalizowana (Tabela 10.).

Tabela 11. Subiektywna ocena aktualnego stanu zdrowia

Ocena stanu zdrowia przez respondentów	Częstość	Procent (%)
Bardzo dobry	8	19
Dobry	14	33,3
Przeciętny	16	38,1
Zły	3	7,1
Bardzo zły	1	2,4

Źródło: Opracowanie własne.

Swój stan zdrowia jako przeciętny określało 16 osób (38,1%), nieco mniej, czyli 14 osób (33,1%) twierdziło, że aktualnie czują się dobrze. Bardzo dobrze stan swojego zdrowia określało 8 osób (19%). Jako zły swój stan zdrowia widziały 3 osoby (7,1%), natomiast tylko 1 osoba (2,4%) podała, że czuje się aktualnie bardzo źle (Tabela 11.).

2.6. Analiza wyników badań własnych

Celem przeprowadzonych badań było określenie determinantów akceptacji choroby w stwardnieniu rozsianym. Spośród wielu zdecydowano zbadać optymizm, sprężystość

psychiczną, w jakim stopniu warunkują akceptację u ludzi dotkniętych chorobą przewlekłą jaką jest stwardnienie rozsiane. Ponadto sprawdzono czy konkretne strategie radzenia sobie, zbadane przy pomocy kwestionariusza Mini- COPE mają wpływ na akceptację stwardnienia rozsianego, a co za tym idzie na lepsze funkcjonowanie cierpiącego na nią człowieka.

Poniżej dokonano opisu statystycznego badanych zmiennych, a także próby znalezienia odpowiedzi na postawione wcześniej problemy badawcze oraz zweryfikowanie hipotez. W dalszej części rozdziału przedstawiono wyniki analiz statystycznych oraz ich interpretację. Z kolei w ostatniej części znajdują się wnioski podsumowujące badania.

2.6.1. Statystyczny opis zmiennych

Na pytania dotyczące zmiennych odpowiedzi udzieliło 40 osób badanych cierpiących na stwardnienie rozsiane. Poniżej w tabeli 12 zaprezentowano wyniki analizy statystycznej zmiennych niezależnych, a także ich rzetelności dla 40 osób.

Sprężystość psychiczną, która należy do zasobów wewnętrznych zbadano przy pomocy skali KSP i zapisano jako zmienną ilościową. Wyniki mieściły się w przedziale od 22 (minimalne) do 54 (maksymalne), średnia wyniosła 42,15 natomiast odchylenie standardowe 7,33. Współczynnik α -Cronbacha (rzetelność) przyjął wartość 0,82.

Optymizm dyspozycyjny, który także należy do zasobów wewnętrznych zbadano Testem Orientacji Życiowej LOT-R i zapisano jako zmienna ilościowa. Wyniki mieściły się w przedziale od 1 (minimalne) do 22 (maksymalne). Średnia wyniosła 14,28 z kolei odchylenie standardowe 5,35. Współczynnik α -Cronbacha równał się 0,80.

Tabela 12. Statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności zmiennych niezależnych- Sprężystość psychiczna oraz Optymizm ($N=40$)

Zmienna	Min	Max	Średnia	Odchylenie	α - Cronbacha
			(<i>M</i>)	standardowe (<i>SD</i>)	
Sprężystość psychiczna	22	54	41,15	7,33	0,82
Optymizm dyspozycyjny	1	22	14,28	5,35	0,80

Źródło: Opracowanie własne.

Na pytania dotyczące strategii radzenia sobie odpowiedziało 40 osób chorych na stwardnienie rozsiane. W tabeli 13 zebrano wyniki analizy statystycznej badanych zmiennych niezależnych pośredniczących oraz ich rzetelności dla 40 osób.

Strategie radzenia sobie ze stresem zostały zbadane przy pomocy Kwestionariusza Mini-COPE. W badaniu uczestniczyło 40 osób u których zdiagnozowano stwardnienie rozsiane. Spośród trzech strategii radzenia sobie ze stresem najmniejszą wartość współczynnika α -Cronbacha wykazano w Dysfunkcyjnym radzeniu sobie, gdzie $\alpha=0,70$ z kolei największą wartość współczynnika α -Cronbacha uzyskano w Radzeniu sobie skoncentrowanym na problemie gdzie $\alpha=0,79$.

Styl Radzenie sobie skoncentrowane na problemie uzyskał wartości od 2 (minimalne) do 18 (maksymalne), gdzie wartość średnia wynosiła 12,53 natomiast odchylenie standardowe 3,56. Współczynnik α -Cronbacha przyjął wartość 0,79. Dla stylu Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach wyniki wahały się od 3 (minimalne) do 27 (maksymalne), średnia wyniosła 16,98, natomiast odchylenie standardowe 4,65. Współczynnik α -Cronbacha przyjął wartość 0,71. Styl Dysfunkcyjne radzenie sobie uzyskał wyniki od 2 (minimalne) do 28 (maksymalne), średnia wyniosła 14,28, z kolei odchylenie standardowe 5,76. Współczynnik α -Cronbacha przyjął wartość 0,70.

Największy współczynnik rzetelności wśród strategii składających się na Radzenie sobie skoncentrowane na problemie uzyskała strategia Aktywne radzenie sobie gdzie $\alpha=0,67$ z kolei najmniejszą wartość współczynnika rzetelności uzyskała strategia Planowanie gdzie $\alpha=0,54$.

Wśród strategii składających się na Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach największą wartość współczynnika rzetelności uzyskała strategia Zwrot ku religii gdzie $\alpha=0,88$, natomiast najmniejszą wartość przyjęła strategia Poczucie humoru gdzie $\alpha=0,28$.

W ostatniej z trzech strategii radzenia sobie ze stresem czyli Dysfunkcyjnym radzeniu sobie najmniejszą wartość współczynnika rzetelności przyjęła strategia Zażywanie substancji psychoaktywnych gdzie $\alpha=0,79$, natomiast najmniejszą wartość przyjęła strategia Wyładowanie i tu rzetelność wyniosła $\alpha=0,29$.

Ze względu na niskie wartości rzetelności w strategiach: Poczucie humoru $\alpha=0,28$, Czynności zastępcze $\alpha=0,43$ oraz Wyładowanie $\alpha=0,29$ zdecydowano, aby nie poddawać ich dalszej analizie.

Tabela 13. Statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności zmiennej pośredniczącej –Strategie radzenia sobie ($N=40$)

Zmienna	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbach's Alpha
Radzenie sobie skoncentrowane na problemie	2	18	12,5250	3,55894	0,79
Aktywne radzenie sobie	0	6	4,3250	1,55889	0,67*
Planowanie	0	6	4,2750	1,50192	0,54*
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0	6	3,9250	1,49164	0,59*
Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach	3	27	16,9750	4,65468	0,71
Pozytywne przewartościowanie	0	6	3,6750	1,60747	0,61*
Akceptacja	1	6	4,6750	1,28876	0,50*
Poczucie humoru	0	5	2,6500	1,27199	0,28*
Zwrot ku religii	0	6	2,2000	2,13878	0,88*
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0	6	3,7750	1,56053	0,78*
Dysfunkcjonalne radzenie sobie	2	28	14,2750	5,76456	0,70
Czynności zastępcze	0	6	3,1000	1,44648	0,43*
Zaprzeczenie	0	6	2,3000	1,88380	0,61*
Zaprzestanie działań	0	6	1,8000	1,63613	0,59*
Obwinianie siebie	1	6	3,0000	1,64862	0,62*
Zażywanie substancji psychoaktywnych	0	6	,8750	1,52227	0,79*
Wyładowanie	0	6	3,2000	1,55580	0,29*

Źródło: Opracowanie własne. * ze względu na długość skali (2 itemy) podano wysokość współczynnika korelacji.

Na pytania dotyczące zmiennej Akceptacja choroby odpowiedzi udzieliło 40 osób, chorych na stwardnienie rozsiane. W tabeli 14 znajdują się wyniki analizy statystycznej badanej zmiennej zależnej oraz jej rzetelności dla 40 osób.

Akceptację choroby badano przy pomocy Skali Akceptacji Choroby- AIS. Uzyskano wyniki od 8 (minimalne) do 39 (maksymalne), średnia wyniosła 24,12 natomiast odchylenie standardowe 9,20. Współczynnik rzetelności α -Cronbacha przyjął wartość 0,89.

Tabela 14. Statystyka opisowa oraz współczynnik rzetelności zmiennej zależnej Akceptacja choroby ($N=40$).

Zmienna	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbach's Alpha
Akceptacja choroby	8,00	39,00	24,1220	9,20107	0,89

Źródło: Opracowanie własne.

2.6.2. Statystyczna weryfikacja hipotez zależnościowych

W celu weryfikacji hipotezy: „Istnieje związek między optymizmem a akceptacją choroby - stwardnienie rozsiane” posłużono się współczynnikiem korelacji Pearsona. Współczynnik korelacji Pearsona określa zależność liniową między zmiennymi losowymi. Otrzymane wyniki znajdują się w tabeli 15.

Tabela 15. Związki pomiędzy Optimizmem a Akceptacją choroby- współczynniki korelacji r-Pearsona

Zmienna	Akceptacja choroby
Optymizm	,051

Źródło: Opracowanie własne. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Otrzymany wynik korelacji $r=,051$, $p < 0,05$, okazał się nieistotny statystycznie. Oznacza to, że nie wykazano związku pomiędzy Optimizmem a poziomem Akceptacji choroby. Hipoteza badawcza postawiona powyżej nie została potwierdzona. Można zatem sądzić, że optymizm u osoby chorej na stwardnienie rozsiane nie wpływa na większy stopień akceptacji tejże choroby.

W celu weryfikacji hipotezy: „ Istnieje związek między sprężystością psychiczną a akceptacją choroby - stwardnienie rozsiane“ posłużono się współczynnikiem korelacji Pearsona. Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 16.

Tabela 16. Związki pomiędzy Sprężystością psychiczną a Akceptacją choroby-współczynniki korelacji r-Pearsona

Zmienna	Akceptacja choroby
Sprężystość psychiczna	,018

Źródło: Opracowanie własne. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Wyniki analizy okazały się nieistotne statystycznie $r=,018$, $p < 0,05$. Oznacza to, że nie wykazano związku między Sprężystością psychiczną a Akceptacją choroby. Hipoteza nie została potwierdzona. Oznaczać to może, że w przypadku osób dotkniętych

stwardnieniem rozsianym sprężystość psychiczna, elastyczność w zachowaniu nie jest wystarczająca do zaakceptowania faktu iż jest się chorym. Stwardnienie rozsiane jest na tyle poważnym stresorem, że jej doświadczenie może przekraczać możliwości adaptacyjne jednostki.

W celu weryfikacji ostatniej hipotezy szczegółowej: „Istnieje związek między wyborem strategii radzenia sobie a akceptacją choroby - stwardnienie rozsiane.” posłużono się także współczynnikiem korelacji Pearsona. Wyniki znajdują się w tabeli 17 poniżej.

Tabela 17. Związki pomiędzy Strategiami radzenia sobie a Akceptacją choroby–współczynniki korelacji r-Pearsona

Zmienne	Akceptacja choroby
Radzenie sobie skoncentrowane na problemie	-,109
Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach	-,290
Dysfunkcjonalne radzenie sobie	-,026
Aktywne radzenie sobie	-,034
Planowanie	-,028
Pozytywne przewartościowanie	-,163
Akceptacja	-,094
Poczucie humoru	-,288
Zwrot ku religii	-,320*
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	,055
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	-,197
Czynności zastępcze	-,220
Zaprzeczenie	-,016
Wyładowanie	-,068
Zażywanie substancji psychoaktywnych	-,172
Zaprzestanie działań	,209
Obwinianie siebie	,135

Źródło: Opracowanie własne. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Wyniki analizy okazały się istotne statystycznie w przypadku tylko jednej ze strategii radzenia sobie- Zwrot ku religii. Wynik pozostaje w związku ujemnym $r = -,320^*$, $p < 0,05$.

Z badań wynika, że pozostałe 13 strategii nie koreluje istotnie statystycznie z Akceptacją choroby. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że ostatnia hipoteza, także nie została potwierdzona w przypadku przebadanych osób dotkniętych stwardnieniem rozsianym. Ujemna wartość korelacji otrzymanego wyniku świadczy o tym, że wraz ze wzrostem wartości jednej zmiennej maleje wartość drugiej zmiennej. Zatem można przyjąć, że osoby, im bardziej korzystają ze strategii Zwrot ku religii tym mniej akceptują swoją chorobę.

W pracy badawczej zrezygnowano z liczenia mediacji oraz projektowania i rozwiązywania różnic regresji ze względu na brak istotnych korelacji.

Zakończenie – dyskusja oraz wnioski

Głównym celem pracy było zbadanie jakie determinanty wpływają na akceptację choroby u osób dotkniętych stwardnieniem rozsianym. We wstępnym etapie badań wyróżniono zmienne, będące potencjalnymi czynnikami mającymi wpływ na akceptację tj.: optymizm, sprężystość psychiczna oraz strategie radzenia sobie. W kolejnym etapie starano się wykazać zależność pomiędzy uwzględnionymi zmiennymi, a konkretnie w jaki sposób i czy w ogóle optymizm, sprężystość psychiczna oraz strategie radzenia sobie wpływają na poziom akceptacji choroby.

Badania zostały przeprowadzone na grupie 40 osób, które dobrowolnie wypełniły kwestionariusze określające ich poziom optymizmu, sprężystości psychicznej, stopnia akceptacji choroby a także strategii z jakich korzystają w radzeniu sobie ze stresem. Przeprowadzone postępowanie badawcze prowadzi do weryfikacji postawionych wcześniej hipotez oraz sformułowania odpowiedzi na problemy badawcze.

Hipoteza: „Istnieje związek między optymizmem a akceptacją choroby – stwardnienie rozsiane” w przypadku 40 przebadanych, chorych nie znalazła potwierdzenia w badaniach. Przeprowadzono analizę korelacji czynnika Optymizm i Akceptacja choroby, gdzie wynik $r=,051$, $p < 0,05$ okazał się nieistotny statystycznie. Na tej podstawie można pokusić się o stwierdzenie, że dyspozycyjny optymizm nie ma wpływu na adaptację do tak trudnej sytuacji życiowej jakim jest doświadczenie stwardnienia rozsianego. Optymizm odgrywa znaczącą rolę w radzeniu sobie ze stresem. Z jednej strony rozpatrujemy go jako uogólnione oczekiwania człowieka wobec przyszłości, gdzie spodziewa się raczej pozytywnych niż negatywnych wydarzeń (Scheier, Carver, 1992; 1993), a z drugiej traktujemy go jako

charakterystyczny dla osoby styl wyjaśniania zdarzeń jakie go spotykają. Porażki traktuje jako chwilowe o niewielkim zasięgu działania, które nie są zależne od niego samego (Peterson, Seligman, 1987; Seligman, 1993). Być może doświadczenie choroby przewlekłej jaką jest stwardnienie rozsiane odbiera wiarę i nadzieję w to iż przyszłe wydarzenia będą dla osoby pozytywne. Przekracza możliwości adaptacyjne chorego człowieka. Leczenie trwa do końca życia, często wiąże się z bólem, hospitalizacją i wieloma ograniczeniami. Ograniczenia te dotyczą zarówno sfery fizycznej, gdy schodzenie prowadzi do trwałego kalectwa, jak i sfery emocjonalnej, gdzie często osoby ze stwardnieniem rozsianym doświadczają objawów depresyjnych wymagających leczenia farmakologicznego (42-54%). Tym samym, pierwszy z problemów badawczych nie został rozwiązany. W przypadku osób chorych na stwardnienie rozsiane zasób osobisty jakim jest optymizm nie wpływa na akceptację tej choroby. Szczególnie trudna wydaje się akceptacja stwardnienia rozsianego u osób, które dotyka. Są to zwykle ludzie młodzi stojący u progu życia, z planami i marzeniami na przyszłość. Stwardnienie rozsiane jest chorobą, z którą człowiek boryka się do końca życia, często towarzyszy mu cierpienie liczne hospitalizacje i kalectwo, co zdecydowanie nie ułatwia akceptacji.

Kolejna hipoteza „Istnieje związek między sprężystością psychiczną a akceptacją choroby – stwardnienie rozsiane” nie znalazła potwierdzenia w przeprowadzonych badaniach. Analiza korelacji Pearsona pomiędzy zmienną Sprężystość psychiczna a Akceptacja choroby okazała się nieistotna statystycznie $r=,018$, $p < 0,05$. Sprężystość psychiczna rozumiana jest jako adaptacyjna elastyczność, zdolność dostosowania do danej sytuacji. Świadczy o ogólnym lepszym przystosowaniu psychologicznym. Wydawać by się mogło, że osoba o wysokim poziomie sprężystości psychicznej łatwiej zaakceptuje fakt wystąpienia u niej choroby. Nie ma to jednak potwierdzenia w przeprowadzonych badaniach. Stwardnienie rozsiane jest chorobą o zmiennej, nieprzewidywalnej dynamice, a jej przyczyny nie są do końca poznane, przez co leczenie jest mozolne i nie zawsze przynosi oczekiwane rezultaty. To wszystko składać się może na brak poczucia wpływu czy kontroli nad własną chorobą a także życiem. Co za tym idzie przystosowanie się do takiego stresora nie jest łatwe i wymaga wielu wysiłków. Być może jest na tyle trudne i obciążające, że przekracza możliwości osoby. Drugie z postawionych pytań badawczych, czyli: „występuje związek między poziomem sprężystości psychicznej a akceptacją choroby – stwardnienie rozsiane”, także nie zostało potwierdzone w przeprowadzonych badaniach. Sprężystość psychiczna jest zasobem, który

niewątpliwie pozwala dostosować się do danej sytuacji, jednakże w przypadku przebadanych osób chorych na stwardnienie rozsiane nie wpływa na akceptację przez nich choroby.

Hipoteza trzecia: „Istnieje związek między wyborem strategii radzenia sobie a akceptacją choroby – stwardnienie rozsiane”, podobnie jak poprzednie nie znalazła potwierdzenia w badaniach. Przeprowadzono analizę korelacji Pearsona, gdzie wszystkie strategie za wyjątkiem jednej miały wynik nieistotny statystycznie. Ciekawa wydaje się korelacja pomiędzy strategią Zwrot ku religii a Akceptacją choroby, gdzie otrzymany wynik okazał się ujemnie istotny statystycznie $r = -0,320^*$, $p < 0,05$. Ujemna wartość korelacji świadczy o tym, że gdy wzrasta wartość jednej zmiennej, drugiej maleje. Znaczy to, że osoby zwracające się do Boga mniej akceptują swoją chorobę. Przyczyn takiej zależności może być kilka. Osoba, która korzysta ze strategii Zwrot ku religii głęboko wierzy, że dostąpi łaski uzdrowienia, gdy będzie się modlić i mieć kontakt ze swoim Bogiem. Akceptacja choroby mogłaby w tym przypadku być niejako pogodzeniem się ze swoim losem czego osoba nie chce uczynić wierząc, że pod wpływem praktyk religijnych zostanie uzdrowiona. Osoba taka nie przyjmuje racjonalnych argumentów dotyczących przyczyn oraz istoty swojej choroby. Może sądzić, że jest to kara za grzechy, przez co musi ją teraz odpokutować, by dostąpić wyzdrowienia. Nie wierzy w to, że lekarze mogą pomóc choćby złagodzić objawy, nie szuka wsparcia w innych ludziach tylko w praktykach religijnych, co może mieć negatywne konsekwencje właśnie w przebiegu choroby. Osoba taka nie widzi swojego udziału w procesie leczenia, niejako deleguje odpowiedzialność na istotę wyższą. Być może jest to w pewnym stopniu dla niej korzystne. Zrzuca poczucie odpowiedzialności i obniża lęk, jednak w dalszej perspektywie wydaje się to zagrażające, gdy osoba za bardzo zagłębia się w świat przeżyć mistycznych i nie podejmuje wysiłku zmiany stanu swojego zdrowia. W wyniku przeprowadzonej analizy badawczej trzeci z postawionych problemów badawczych, także nie znalazł potwierdzenia. Wynika z tego, że strategie radzenia sobie nie wpływają na akceptację stwardnienia rozsianego. Wręcz przeciwnie, wykazano, że jedna ze strategii radzenia sobie działa na niekorzyść akceptacji choroby. Osoby, które korzystają ze strategii Zwrot ku Religii jeszcze mniej akceptują swoją chorobę.

W badaniu wzięło udział 40 osób, które dobrowolnie do nich przystąpiły. Być może jednym z powodów, dla których nie udało się w pełni rozwiązać żadnego z problemów badawczych była ich liczebność. Niemniej w przypadku tak specyficznej grupy jaką są osoby ze stwardnieniem rozsianym trudno jest znaleźć więcej chętnych. Osoby te dotknięte często kalectwem czy różnego rodzaju problemami zdrowotnymi, zarówno w sferze fizycznej,

jak i intelektualnej mogły nie przejawiać zainteresowania badaniem. Pomimo iż, metody kwestionariuszowe nie są bardzo obciążające, dla osób chorych na stwardnienie rozsiane mogły stanowić problem, lub być obciążające.

Podsumowując można wysnuć kilka wniosków. Optymizm nie wpływa na stopień akceptacji choroby u osób cierpiących na stwardnienie rozsiane. Sprężystość psychiczna nie wpływa na stopień akceptacji choroby u ludzi dotkniętych stwardnieniem rozsianym. Strategie radzenia sobie nie wpływają na akceptację choroby, za wyjątkiem strategii Zwrot ku religii, która to obniża akceptację u osób zmagających się ze stwardnieniem rozsianym. Jak dotąd niewiele jest badań dotyczących akceptacji stwardnienia rozsianego oraz sposobów radzenia sobie z tą chorobą. Na przyszłość warto byłoby pogłębić tą tematykę w badaniach. Warto zaprojektować badania na szerszą skalę dotyczące determinantów akceptacji choroby w stwardnieniu rozsianym. Znalezienie czynników, które mają wpływ na akceptację wydaje się niezwykle istotne. Akceptacja choroby, pogodzenie się z nią i wejście w rolę chorego jest ważne z punktu widzenia leczenia oraz dalszego rokowania. Jest wysoce prawdopodobne, że osoba, która zaakceptuje fakt choroby podejmie działania mające na celu poprawę swojego zdrowia. Będzie aktywnie poszukiwała sposobów złagodzenia jej objawów oraz lepiej poradzi sobie z jej negatywnymi konsekwencjami; tym samym będzie mogła dłużej wieść satysfakcjonujące życie pomimo choroby. W przyszłości warto byłoby przeprowadzić badania pogłębiające tematykę związku korzystania ze strategii Zwrot ku religii a akceptacji choroby. Wynik jaki uzyskano, czyli korelację ujemną wydaje się być ciekawy z punktu widzenia nauki i wymaga zgłębienia tematu. Wydawać by się mogło, że zwracanie się do Boga i praktyki religijne dodają otuchy i pomogą zaakceptować fakt wystąpienia stwardnienia rozsianego. Badania jednak wykazały przeciwną relację. Osoby, które korzystają z tej strategii mniej akceptują stwardnienie rozsiane. Poszerzenie tego tematu wydaje się istotne, także ze względu na wszystkich ludzi korzystających z tej strategii radzenia sobie ze stresem zarówno dnia codziennego, jak i w przypadku osób dotkniętych chorobami, czy innymi poważnymi kryzysami. Praktyki religijne powszechnie uważane za sposób rozładowania napięcia czy lęku, dodające otuchy i wiary w pomyślne rozwiązanie wielu spraw, być może w dłuższej perspektywie działają niekorzystnie na człowieka, który zatracając się w nich, traci kontakt z rzeczywistością. Przestaje aktywnie działać na rzecz rozwiązania problemów, co może przynieść bardzo niekorzystne rezultaty.

Literatura:

- Borys, B. (2010). *Zasoby zdrowotne w psychice człowieka*. Forum Medycyny Rodzinnej, 4(1), 44-52.
- Czerw, A. (2009). *Optymizm. Perspektywa psychologiczna*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Dobrzańska-Socha, B. (2013). *Sytuacja utraty zdrowia. Problemy psychologiczne osób z kalectwem nabytym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kossakowska, M. (2008). Strategie radzenia sobie z chorobą w stwardnieniu rozsianym. *Postępy Psychiatrii i Neuropsychologii*, 17(1), 15-21.
- Kroencke, D.C., Denney, R. D. (1999). Stress and coping in multiple sclerosis: exacerbation, remission and chronic subgroups. *Multiple Sclerosis Journal*, 5, 89- 93.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2010). *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Kurpas, D., Kusz, J., Jedynek, T., Mroczek, B. (2012). *Stopień akceptacji choroby przewlekłej wśród pacjentów*. Family Medicine & Primary Care Review, 14(3), 396-398.
- Łosiak, W. (2008). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Montel, S. R., Bungener C. (2007). Coping and quality of life in one hundred and thirty five subjects with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 13, 393-401.
- Motyka, M., Zauski, M. (2010). *Choroba jako kryzys a zmiany rozwojowe podczas choroby*. Praca pogładowa.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość. Stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Pasikowski, T. (2000). *Stres i zdrowie*. Poznań : Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Pilecka, W. (2007). Psychospołeczne aspekty przewlekłej choroby dziecka – perspektywa ekologiczna. W: B. Cytowska, B. Wilczura (red.), *Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne*. Kraków: Impuls.

- Pod red. Dolińska-Zygmunt, G. (2001). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Pod red. Jakubowska-Winecka, A., Włodarczyk, D. (2007). *Psychologia w praktyce medycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Potempa, K. (2013). *Optymizm a zdrowie*. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19(2),130-134.
- Seligman, M. (2010). *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. Poznań : Media Rodzina
- Selmaj, K. (2006). *Stwardnienie rozsiane*. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne.
- Sęk, H., Kaczmarek, D.Ł., Ziarko, M., Pietrzykowska, E., Lewicka, J. (2012). Sprężystość psychiczna a dobrostan w chorobie przewlekłej-mediująca rola podmiotowego umocnienia i radzenia sobie. *Polskie Forum Psychologiczne*, 17(2),327-343.
- Słownik języka polskiego PWN <https://sjp.pwn.pl/sjp/optymizm;2569880.html> (dostęp 10,05,2017).
- Stach, R. (2006). *Optymizm. Badania nad optylizmem jako mechanizmem adaptacyjnym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Terelak, J.F. (2007). *Człowiek i stres*. Bydgoszcz-Warszawa: Oficyna wydawnicza BRANTA
- Wrzesińska, M.A., Opuchlik, K., Kocur, J. (2008). Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poziomu własnej skuteczności i optylizmu u chorych na stwardnienie rozsiane. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 17(4),314-318.
- Ziarko, M. (2014). *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.

Spis rycin i tabel

Rycina 1. Model graficzny akceptacji choroby

Tabela 1. Płeć respondentów

Tabela 2. Wiek respondentów

Tabela 3. Stan cywilny badanych osób

Tabela 4. Poziom wykształcenia badanych osób

Tabela 5. Miejsce zamieszkania respondentów

Tabela 6. Sytuacja zawodowa respondentów

Tabela 7. Czas trwania choroby (SM) w latach

Tabela 8. Przebyte rzuty choroby (SM)

Tabela 9. Wsparcie z zewnątrz

Tabela 10. Przebyta hospitalizacja w związku z SM

Tabela 11. Subiektywna ocena aktualnego stanu zdrowia

Tabela 12. Statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności zmiennych niezależnych-
Sprężystość psychiczna oraz Optymizm (N=40)

Tabela 13. Statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności zmiennej pośredniczącej –
Strategie radzenia sobie (N=40)

Tabela 14. Statystyka opisowa oraz współczynnik rzetelności zmiennej zależnej Akceptacja
choroby (N=40).

Tabela 15. Związki pomiędzy Optymizmem a Akceptacją choroby- współczynniki korelacji
r-Pearsona

Tabela 16. Związki pomiędzy Sprężystością psychiczną a Akceptacją choroby-współczynniki
korelacji r-Pearsona

Tabela 17. Związki pomiędzy Strategiami radzenia sobie a Akceptacją choroby –
współczynniki korelacji r-Pearsona

Załączniki

Zał. nr 1. Zaproszenie do udziału w badaniu.

Drogi Uczestniku badania!

Jesteśmy wdzięczni za Twoją gotowość do podjęcia udziału w naszym badaniu. Dzięki Twojemu zaangażowaniu możliwe będą studia naukowe poświęcone optymizmowi oraz sposobom radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych.

Twój udział jest dobrowolny i w każdym momencie (nawet po rozpoczęciu badania) można się z niego wycofać. Wszystkie odpowiedzi podlegają ochronie danych osobowych. Podczas wypełniania kwestionariusza proszę zwrócić uwagę na następujące punkty :

- nie ma dobrych, ani złych odpowiedzi
- prosimy odpowiadać w sposób szczery
- prosimy odpowiadać bez dłuższego zastanawiania się
- prosimy odpowiadać po kolei, bez omijania pytań

Wypełnienie ankiety zajmuje około 25 minut. Istotne aby na pytania odpowiadać w sprzyjających warunkach umożliwiających skupienie oraz by spróbować wypełnić całość za jednym razem.

Dziękuję za współpracę!

Koleta Gabińska

koleta.gabinska@onet.pl

Załącznik nr 2. Narzędzie nr 1 pt.: Test Orientacji Życiowej LOT-R

M. F. Scheier, C. S. Carver i M. W. Bridges
LOT-R
Adaptacja: R. Poprawa i Z. Juczyński

.....wiekpłeć M K data
badania.....

Chcielibyśmy określić poziom Twojego optymizmu. Proszę ocenić, w jakim stopniu podane poniżej stwierdzenia odnoszą się do Ciebie. Proszę być szczerym w swoich odpowiedziach i uważać, aby odpowiedź na jedno pytanie nie wpływała na pozostałe. Nie ma tu odpowiedzi ani dobrych ani złych.

Do każdej kratki należy wpisać odpowiednią liczbę stosując następującą skalę:

- 0- zdecydowanie **nie odnosi się** do mnie
- 1- raczej nie odnosi się do mnie
- 2- ani się odnosi ani się nie odnosi
- 3- raczej odnosi się do mnie
- 4- zdecydowanie **odnosi się** do mnie

-
1. w trudnych chwilach zazwyczaj oczekuję pomyślnego rozwiązania
 2. łatwo się relaksuję
 3. jeżeli ma mnie spotkać niepowodzenie, to mnie spotka
 4. zawsze patrzę w przyszłość optymistycznie
 5. towarzystwo moich przyjaciół sprawia mi dużą radość
 6. jest dla mnie ważne, aby zawsze mieć jakieś zajęcie
 7. prawie nigdy nie oczekuję, że sprawy ułożą się po mojej myśli
 8. trudno jest wytrącić mnie z równowagi
 9. rzadko liczę na to, że przytrafi mi się coś dobrego
 10. ogólnie oczekuję, że przytrafi mi się więcej dobrego niż złego
-

Zał. nr 3. Narzędzie nr 2 pt.: Skala Akceptacji Choroby AIS.

Skala Akceptacji Choroby AIS

Poniższa skala służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Proszę ustosunkować się do każdego stwierdzenia zaznaczając na skali od 1 do 5 liczbę, która najlepiej określa Pana/i obecny stan. Swój wybór należy zaznaczyć otaczając kółkiem odpowiednią liczbę. Każda odpowiedź jest dobra o ile jest prawdziwa.

	Zdecydowanie zgadzam się		Zdecydowanie nie zgadzam się		
1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.	1	2	3	4	5
2. Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię.	1	2	3	4	5
3. Choroba sprawia, że czasami czuję się niepotrzebny.	1	2	3	4	5
4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę.	1	2	3	4	5
5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół.	1	2	3	4	5
6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem.	1	2	3	4	5
7. Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu jak bym chciałbym być.	1	2	3	4	5
8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną często zakłopotani z powodu mojej choroby.	1	2	3	4	5

Załącznik nr 4. Narzędzie nr 3 pt.: Skala Sprężystości Psychiczej KSP.

Skala Sprężystości Psychiczej KSP

Poniższa skala pozwoli nam określić jaka jest Państwa sprężystość psychiczna. Ta cecha osobowości odgrywa podstawową rolę w procesie skutecznego radzenia sobie z trudnościami. Proszę przeczytać każde ze zdań znajdujących się poniżej i określić w jakim stopniu odnoszą się one do Ciebie.

Nie ma dobrych ani złych odpowiedzi.

Proszę zastosować podaną skalę :

- 1- nie odnosi się w ogóle
- 2- odnosi się w niewielkim stopniu
- 3- odnosi się trochę
- 4- odnosi się bardzo mocno

1. Jestem hojny w stosunku do moich przyjaciół.	1	2	3	4
2. Szybko dochodzę do siebie, kiedy zostanę przestraszony albo zaskoczony.	1	2	3	4
3. Lubię mieć do czynienia z nowymi i nietypowymi sytuacjami.	1	2	3	4
4. Zazwyczaj udaje mi się wyrzucić na innych korzystne wrażenie.	1	2	3	4
5. Lubię próbować nowych potraw, których nigdy wcześniej nie jadłem.	1	2	3	4
6. Jestem uważany za osobę bardzo energiczną.	1	2	3	4
7. Lubię chodzić różnymi drogami do znajomych miejsc.	1	2	3	4
8. Jestem bardziej ciekawy różnych rzeczy niż większość ludzi.	1	2	3	4
9. Większość ludzi, których spotykam, jest sympatyczna.	1	2	3	4
10. Zazwyczaj dokładnie muszę coś przemyśleć, zanim zacznę działać.	1	2	3	4
11. Lubię robić nowe i różnorodne rzeczy.	1	2	3	4
12. Moje życie codzienne pełne jest spraw, które mnie interesują.	1	2	3	4
13. Określiłbym siebie jako osobę o dość "silnej" osobowości.	1	2	3	4
14. Dość szybko opanowuję złość na innych.	1	2	3	4

Załącznik nr 5. Narzędzie nr 4 pt.: Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE

Charles Carver

Mini-COPE

Adaptacja: Zygryd Juczyński, Nina Ogińska-Bulik

Ludzie różnie reagują, gdy natrafiają w swoim życiu na trudne czy stresujące zdarzenia. Ze stresem można sobie radzić w różny sposób. Kwestionariusz ma ustalić, jak się Pani zazwyczaj zachowuje, gdy Pani doświadcza tego typu zdarzeń. Jest zrozumiałe, że różne zdarzenia wywołują różne reakcje, lecz co Pani zazwyczaj robi, gdy przeżywa Pan bardzo nieprzyjemne zdarzenie?

W każdym wierszu należy zaznaczyć jedną, najbardziej właściwą dla siebie odpowiedź, otaczając kółkiem odpowiednią cyfrę (0–1–2–3). Nie należy opuszczać żadnego stwierdzenia.

Poszczególne cyfry oznaczają:

0 = prawie nigdy tak nie postępuję

2 = często tak postępuję

1 = rzadko tak postępuję

3 = prawie zawsze tak postępuję

Gdy jestem w bardzo trudnej sytuacji, to zazwyczaj:

1. Zajmuję się pracą lub innymi czynnościami, żeby o tym nie myśleć.	0	1	2	3
2. Moje wysiłki koncentrują się na tym, aby coś z tą sytuacją zrobić.	0	1	2	3
3. Mówię do siebie „to nieprawda”.	0	1	2	3
4. Piję alkohol lub zażywam inne środki, aby poczuć się lepiej.	0	1	2	3
5. Uzyskuję wsparcie emocjonalne od innych.	0	1	2	3
6. Rezygnuję z prób osiągnięcia celu.	0	1	2	3
7. Podejmuję działania, aby poprawić tę sytuację.	0	1	2	3
8. Nie chcę uwierzyć, że to naprawdę się zdarzyło.	0	1	2	3
9. Mówię o rzeczach, które pozwalają mi uciec od nieprzyjemnych uczuć.	0	1	2	3

10. Szukam rady i pomocy u innych odnośnie tego, co należy zrobić.	0	1	2	3
11. Piję alkohol lub zażywam inne środki, co pomaga mi przez to przejść.	0	1	2	3
12. Staram się zobaczyć to w innym, bardziej pozytywnym świetle.	0	1	2	3
13. Krytykuję samego siebie.	0	1	2	3
14. Staram się wypracować strategię czy plan określający, co należy robić.	0	1	2	3
15. Otrzymuję otuchę i zrozumienie od innych.	0	1	2	3
16. Rezygnuję z poradzenia sobie z tym.	0	1	2	3
17. Szukam dobrych stron w tym, co się zdarzyło.	0	1	2	3
18. Żartuję na ten temat.	0	1	2	3
19. Robię coś, aby mniej o tym myśleć, np. idę do kina, oglądam TV, czytam, śnię na jawie, śpię lub robię zakupy.	0	1	2	3
20. Akceptuję fakt, że to się już stało.	0	1	2	3
21. Ujawniam swoje negatywne emocje.	0	1	2	3
22. Staram się znaleźć ukojenie w religii czy w swojej wierze.	0	1	2	3
23. Otrzymuję pomoc lub poradę od innych osób.	0	1	2	3
24. Uczę się z tym żyć.	0	1	2	3
25. Poważnie zastanawiam się nad tym, jakie kroki należy podjąć.	0	1	2	3
26. Obwiniam siebie za to, co się stało.	0	1	2	3
27. Modłę się lub medytuję.	0	1	2	3
28. Traktuję tę sytuację jak zabawę.	0	1	2	3

Zał. nr 6. Informacje demograficzne/ informacje o przebiegu choroby

Informacje demograficzne

Wiek :

Płeć :

kobieta

mężczyzna

Stan cywilny:

małżeństwo

narzeczeństwo

wdowiec/wdowa

związek partnerski

wdowa

Wykształcenie :

podstawowe

zasadnicze zawodowe

średnie zawodowe

średnie ogólne

policealne/ pomaturalne

niepełne wyższe

wyższe

Twoje miejsce zamieszkania :

wieś

miasto do 50 tys. mieszkańców

miasto powyżej 50 tys. mieszkańców do 200 tys. mieszkańców

miasto powyżej 200 tys. mieszkańców do 500 tys. mieszkańców

miasto powyżej 500 tys. mieszkańców

Jaka jest Twoja obecna sytuacja zawodowa :

- uczę się
- studiuje
- pracuje
- jestem emerytem/rencistą
- jestem bezrobotny

Informacje o przebiegu choroby

Jak długo Pan/i choruje (ile lat) :

.....

Ile rzutów choroby wystąpiło dotychczas :

.....

Czy otrzymuje Pan/i wsparcie innych osób ?

- tak
- nie

Czy był/a Pan/i hospitalizowany/a z powodu swojej choroby ?

- tak
- nie

Jak obecnie ocenia Pan/i swój stan zdrowia ?

- bardzo dobry
- dobry
- przeciętny
- zły
- bardzo zły

Dziękuję za poświęcony czas !