

Maciej Załuski

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

Radzenie sobie skoncentrowane na tworzeniu znaczenia i adaptacja pacjenta do choroby przewlekłej – doniesienie z badań

The meaning-focused coping and patients adaptation to chronic illness – the research report

STRESZCZENIE

Wstęp. Jedną z modyfikacji poznawczo-transakcyjnej teorii stresu Richarda Lazarusa i Susan Folkman jest koncepcja nazwana modelem tworzenia znaczenia (*The Meaning Making Model*) Crystal Park i Susan Folkman. Zgodnie z modelem, obecność stresu wywołanego chorobą poważnie zaburzającą bieg życia człowieka jest wynikiem rozbieżności pomiędzy sposobem rozumienia choroby a posiadanymi przekonaniami i celami życiowymi. Redukcji rozbieżności służy radzenie sobie skoncentrowane na tworzeniu znaczenia (MFC, *meaning-focused coping*). Efektem działania procesów zaradczych, obok usunięcia źródeł stresu, może być pojawienie się u człowieka oznak rozwoju osobowego.

Cel. Celem pracy była próba sprawdzenia założeń modelu tworzenia znaczenia w sytuacji osób poważnie chorych somatycznie.

Materiał i metody. Badaniem objęto 52 pacjentów, w tym: 16 leczonych onkologicznie oraz 36 będących w trakcie rehabilitacji neurologicznej. W badaniach wykorzystano autorską Skalę Ruminacji (RS), Skalę Akceptacji Choroby (AIS) oraz Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI).

Wyniki i wnioski. W badanej grupie zdecydowana większość pacjentów ujawniła oznaki radzenia sobie skoncentrowanego na tworzeniu rozumienia choroby. Myśli na temat przyczyn choroby i jej objawów wystąpiły z największym nasileniem w trakcie pierwszych 10 tygodni po zachorowaniu. Poziom akceptacji choroby pozostawał w związku z radzeniem sobie skoncentrowanym na tworzeniu znaczenia, obecnością wsparcia społecznego oraz zmianami rozwojowymi.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (2): 209–215

Słowa kluczowe: choroba; zrozumienie; radzenie sobie

ABSTRACT

Introduction. The Meaning Making Model by Crystal Park and Susan Folkman is supplement of Lazarus' and Folkman's the transactional model of stress and coping. The stress after the most disturbing life illness is a cause of the discrepancy between meaning of illness and global meaning. The meaning-focused coping can reduce discrepancies. The growth of human personality can be an effect of coping, it can also reduce stress's causes.

Aim. An attempt to use the meaning making model in study of seriously ill patients.

Material and methods. The research covered 52 patients, 16 were treated for oncological illness, and 36 were treated for neurological illness. The research is based on the proprietary Ruminations Scale, Acceptance of Illness Scale, and The Posttraumatic Growth Inventory.

Results and conclusions. In the studied group the most of patients were ruminated about meaning-making of illness. Higher rumination was co-morbid with less time between falling ill and a moment of study (less than 10 weeks). The level of acceptance of illness was in accordance with meaning-focused coping, human supports, and personal growth.

Nursing Topics 2014; 22 (2): 209–215

Key words: illness; comprehension; coping

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

Wstęp

W roku 1997 Crystal Park i Susan Folkman [1–3] uzupełniły klasyczną teorię stresu Lazarusa i Folkman. Koncepcja nazwana „modelem tworzenia znaczenia” uwzględnia wpływ rozumienia sytuacji na powstanie i przebieg transakcji stresowej. Autorki rozróżniły dwa rodzaje rozumienia: rozumienie sytuacji i uogólnione rozumienie życia (sens życia). Rozumienie sytuacji, w tym poważnej choroby, oznacza wyjaśnienie jej przyczyn, nadanie znaczenia i wartości oraz poznanie celu i funkcji [4–6]. Uogólnione rozumienie życia jest reprezentacją świata i siebie w umyśle człowieka, zbiorem przekonań o tym, co w życiu istotne, zbiorem wartości i celów życiowych. Jest również źródłem przekonania o tym, że życie jest zrozumiałe i przewidywalne [7]. Człowiek przypisuje ukryte znaczenie każdej sytuacji w jakiej się znajduje. Stres jest oznaką rozdźwięku pomiędzy przypisanym znaczeniem, posiadanymi przekonaniami i celami życiowymi. Jego natężenie jest proporcjonalne do stopnia zaistniałej rozbieżności. Usunięciu źródeł stresu służą specyficzne sposoby radzenia sobie nazwane: radzeniem sobie skoncentrowanym na znaczeniu (MFC, *meaning focusing coping*). To czwarty sposób radzenia sobie ze stresem (obok radzenia sobie skoncentrowanego na usunięciu problemu, samoregulacji emocji i unikaniu) polegający zarówno na wielokrotnej ocenie rozumienia sytuacji, jak i ugięciu i rewizji posiadanych przekonań i celów życiowych. Efektem jest wzajemne dopasowanie obu rodzajów rozumienia (*meaning made*), ale także pojawienie się nowych wartości w postaci oznak rozwoju osobowego. Ten manifestuje się większą afirmacją życia, dostrzeżeniem nowych możliwości życiowych, wzrostem siły osobistej i duchowości oraz polepszeniem relacji z innymi ludźmi [8].

Wyniki badań wskazują, że blisko 80% osób po rozpoznaniu raka, poważnym urazie neurologicznym lub nagłym owdowieniu dąży do wyjaśnienia przyczyn zdarzenia. W przeciągu trzech lat udaje się połowie spośród nich. Jednocześnie, znacząca liczba osób w ogóle nie zastanawia się nad przyczynami, ujawniając relatywnie dobry poziom przystosowania [9]. Pozytywna adaptacja człowieka do poważnej choroby jest możliwa jedynie w takim zakresie, w jakim podejmowane działania kończą się przywróceniem zgodności rozumienia sytuacyjnego i uogólnionego. Niezakończony proces tworzenia znaczenia przyjmuje postać bezproduktywnych ruminacji i zamartwiania się potęgujących stres [2, 10].

Cel

Celem badań było sprawdzenie przydatności modelu tworzenia znaczenia do opisu sytuacji psy-

chologicznej pacjenta poważnie chorego. Chodziło również o ukazanie związków łączących radzenie sobie pacjenta skoncentrowane na tworzeniu znaczenia z poziomem akceptacji choroby i leczenia oraz obecnością zmian rozwojowych.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej. Zbadano 52 pacjentów: 36 z Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii oraz 16 z Oddziału Hematologii i Chorób Wewnętrznych Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie. Strukturę demograficzną badanej grupy przedstawiono w tabeli 1. Średni upływ czasu od chwili rozpoznania choroby do momentu badania wyniósł 58 tygodni (SD = 88,66; Me = 14,5 tygodnia; zakres: 2–439 tygodni). W grupie pacjentów rehabilitowanych neurologicznie 22 osoby leczyły się z powodu następstw udaru mózgu, a 14 z powodu innych chorób neurologicznych. W grupie pacjentów onkologicznych 13 osób leczono z powodu białaczki, a 3 osoby innych chorób nowotworowych. W artykule przedstawiono wyniki uzyskane za pomocą następujących narzędzi: Skala Ruminacji (SR), Skala Akceptacji Choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scale*), Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI, *The Posttraumatic Growth Inventory*).

Skala Ruminacji jest kwestionariuszem badającym częstość występowania 8 rodzajów myśli pacjenta. Twierdzenia badają: 1) rozważanie przyczyn choroby; 2) skupianie uwagi na objawach; 3) nawracające wspomnianie początku choroby oraz przypominanie sobie uczuć obecnych zaraz po zachorowaniu; 4) rozpoznawanie myśli pogarszających nastrój oraz powstrzymywanie się przed myśleniem wyłącznie o tym, co złe; 5) selekcjonowanie w umyśle problemów wynikłych z choroby i poszukiwanie ich rozwiązań; 6) rozważanie przekonań o sobie i życiu, oczekiwań od życia, jego celu oraz wyciąganie konkretnych wniosków dotyczących choroby; 7) powracanie myślami do pytań o powody choroby świadczące o braku zakończenia procesu tworzenia znaczenia; 8) zamartwianie się, skupianie uwagi wyłącznie na negatywnych zmianach powstałych po zachorowaniu.

Skala Akceptacji Choroby jest kwestionariuszem składającym się z 8 twierdzeń opisujących negatywne konsekwencje choroby. Wysoki wynik wskazuje, że pacjent nie doświadcza ograniczeń wywołanych chorobą, jest samowystarczalny, niezależny oraz zachowuje poczucie wartości własnej [14].

Kwestionariusz Potraumatycznego Rozwoju jest narzędziem służącym do pomiaru zmian rozwojowych powstałych w trakcie zmagania się człowieka z poważnymi przeciwnościami losu. Dostrzeganie zmian rozumiane jest

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna grupy osób badanych
Table 1. Descriptive statistics for sociodemographic characteristics

Płeć	Wiek		Stan cywilny				Wykształcenie			
	M	SD	Mediana	Wolny	Małżeństwo	Wdowieństwo	Rozwiedziony	Podstawowe	Zawodowe	Wyższe
Żeńska	60,98	14,93	64,00	10	24	14	4	7	19	8
Męska	24									
	28									

n = 52

również jako jeden ze sposobów radzenia sobie z doświadczanymi trudnościami [2]. Zmiany dotyczyć mogą relacji społecznych, celów i priorytetów życiowych, przekonań, a także duchowości [16].

Obliczenia statystyczne przeprowadzono za pomocą programu Statistica 10.0. Zastosowano testy: test *t*-Studenta dla prób niezależnych, test wariancji F Fishera-Snedecora, test Kołmogorowa-Smirnowa do oceny zgodności z rozkładem normalnym oraz korelacji rang Spearmana.

Wyniki

Poziom akceptacji choroby

Osoby badane cechowały się średnim stopniem akceptacji choroby (tab. 2), a rozkład wyników był bliski normalnemu ($K-S d = 0,11$; $p > 0,20$). Wyniki pacjentów neurologicznych i onkologicznych nie różniły się między sobą w sposób istotny. Upływ czasu od chwili zachorowania do momentu badania nie wyjaśniał zmienności poziomu akceptacji choroby.

Częstość występowania ruminacji

W tabeli 3 zawarto charakterystykę statystyczną wyników uzyskanych w pomiarze 8 rodzajów ruminacji. Zaobserwowano różnice w nasileniu myśli ze względu na upływ czasu od zachorowania. Pacjenci badani przed upływem 10 tygodnia od chwili zachorowania rozważali przyczyny choroby z większą intensywnością niż osoby leczące się dłużej ($t = 2,21$; $p < 0,03$; d -Cohena = 0,74). Częściej doświadczali nachodzących wspomnień sprzed choroby ($t = 2,90$; $p < 0,006$; d -Cohena = 0,95), również częściej rozpamiętywali zmiany w życiu spowodowane chorobą ($t = 1,97$; $p < 0,05$; d -Cohena = 0,68).

Nasilenie oznak zmian o charakterze wzrostu osobowego

Poziom deklaracji wzrostu osobowego w związku z chorobą i leczeniem przyjął wartość $M = 31,0$ ($SD = 26,69$; $Me = 37,5$; zakres: 0–105). Jest to wynik wskazujący na 35-procentowy poziom wzrostu w wyniku doświadczanego zdarzenia (3 sten) [16]. Nie zanotowano związku łączącego nasilenie zmian z upływem czasu od momentu rozpoznania choroby i podjęcia leczenia.

Analiza korelacyjna

W celu uchwycenia siły i kierunku związków pomiędzy poziomem akceptacji choroby a nasileniem ruminacji wyliczono współczynnik korelacji *r* Spearmana. Wyniki przedstawiono w tabeli 4. Występowanie sześciu spośród ośmiu rodzajów myślenia wyjaśniło 9–32% zmienności poziomu akceptacji choroby w badanej grupie. Brak zakończenia rozumienia choroby wyjaśniał 26% zmienności poziomu akceptacji choroby, a bezproduktywne zamartwianie

Tabela 2. Statystyka opisowa akceptacji choroby**Table 2.** Descriptive statistics of the acceptance of the disease

Cała grupa						
N	M	SD	Me	Mo	Zakres	
52	23,11	9,04	21,00	21,00	8–40	
Pacjenci neurologiczni						
36	23,08	8,75	21,00	Wielokrotna	8–40	
Pacjenci onkologiczni						
16	23,18	9,98	22,50	Wielokrotna	15,5–30	

Tabela 3. Statystyka opisowa ruminacji**Table 3.** Descriptive statistics of the ruminations

Rodzaj ruminacji	M	SD	Me	%
Rozważanie przyczyn choroby	1,51	1,02	1,50	83/52
Skupianie uwagi na objawach choroby	1,61	1,75	1,11	85/59
Nachodzące wspomnienia z początkowego okresu choroby	1,19	0,95	1,25	75/36
Kontrolowanie myśli pogarszających nastrój, dostrzeganie wielu sytuacji związanych z chorobą, nie tylko złych	1,36	1,50	0,76	94/76
Oddzielanie problemów bardziej istotnych od mniej istotnych, obmyślanie rozwiązań	1,38	1,17	1,00	69/64
Rozważanie celu i sensu życia oraz posiadanych przekonań	1,13	1,02	1,00	69/28
Uporczywe zastanawianie się nad przyczynami choroby (mimo upływu czasu)	1,35	1,26	1,00	62/72
Zamartwianie się, myślenie o chorobie jako źródle nieodwracalnej straty	1,64	1,14	1,66	81/60

Zakres wszystkich wyników: 0–3; % — oznacza rozpowszechnienie myśli wśród badanych osób; / — wartość po ukośniku oznacza rozpowszechnienie myśli występujących często i bardzo często

się 28%. Wspomniane związki zaznaczyły się ze szczególną siłą w przypadku pacjentów onkologicznych (brak zakończenia rozumienia wyjaśniał 28% zmienności poziomu akceptacji choroby, a zamartwianie się 55%). W zakresie związków łączących ruminowanie z oznakami rozwoju najsilniejsze wystąpiły w przypadku myśli na temat: obecności objawów choroby, nachodzących wspomnień, rozumienia choroby oraz sensu życia: $r_s = 0,43; 0,39; 0,35; 0,37$; ($p < 0,01$), a także: zamartwiania się, powracania do pytań o powody choroby świadczące o braku zakończenia procesu tworzenia znaczenia, a także poszukiwania rozwiązań problemów: $r_s = 0,35; 0,33; 0,27$ ($p < 0,05$).

Analiza regresji

Chcąc poznać zakres zmienności wyjaśnianej przez badane zmienne, przeprowadzono analizę hierarchicznej wielorakiej regresji liniowej. W analizie uwzględniono następujące zmienne: wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, wpływ czasu od chwili zachorowania, rodzaje ruminacji i obszary zmian o charakterze rozwoju osobowego (tab. 5). Model okazał się istotny ($F_{9,43} = 7,25$, $p < 0,00001$). Uwzględnione w badaniu zmienne wyjaśniły łącznie 57% zmienności poziomu akceptacji choroby. Istotny wpływ na poziom akceptacji choroby ujawniło 4 spośród 18 predyktorów: ruminowanie na temat problemów i planowanie ich rozwiązań ($\beta = 0,32$; $t = 2,66$; $p < 0,007$), rumi-

Tabela 4. Interkorelacje pomiędzy ruminacjami i poziomem akceptacji choroby**Table 4.** Intercorrelations among the ruminations and the illness acceptance

	Zrozumienie choroby	Objawy choroby	Nachodzące wspomnienia	Kontrolowanie myśli	Rozwiązywanie problemów	Sens życia	Brak zakończenia	Zamartwianie się
Cała grupa								
n = 52	-0,48 ***	-0,56 ***	-0,57 ***	-0,19	0,006	-0,30*	-0,51 ***	-0,53 ***
Pacjenci neurologiczni								
n = 36	-0,40*	-0,52**	-0,52**	-0,23	0,03	-0,36*	-0,51**	-0,44**
Pacjenci onkologiczni								
n = 16	-0,67**	-0,66**	-0,70**	-0,05	-0,01	-0,28	-0,53*	-0,74***

n = 52; *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Tabela 5. Hierarchiczna wieloraka analiza regresji wyliczona dla predyktorów akceptacji choroby**Table 5.** Hierarchical multiple regression analysis for predictors of the illness acceptance

	Krok 1		Krok 2		Krok 3		Krok 4		Krok 5		Krok 6		Krok 7		Krok 8	
	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p
1	0,59	0,000	0,46	0,000	0,47	0,000	0,30	0,05	0,23	0,14	0,22	0,16	0,21	0,19	0,19	0,21
2			0,27	0,04	0,28	0,03	0,20	0,12	0,21	0,01	0,19	0,13	0,19	0,14	0,19	0,14
3					0,16	0,16	0,21	0,05	0,27	0,02	0,26	0,02	0,28	0,01	0,32	0,007
4							0,30	0,05	0,30	0,05	0,30	0,05	0,36	0,03	0,34	0,04
5									0,19	0,11	0,27	0,03	0,29	0,02	0,31	0,01
6											0,19	0,08	0,19	0,08	0,22	0,05
7													0,14	0,20	0,32	0,04
8															0,26	0,11

1 — nachodzące wspomnienia; 2 — brak zakończenia; 3 — rozwiązywanie problemów; 4 — objawy choroby; 5 — sens życia; 6 — stan cywilny; 7 — docenienie życia; 8 — siła osobista. Krok 1: $F = 27,3$; $R^2 = 0,35$; $p < 0,0000$; Krok 2: $F = 16,77$; $R^2 = 0,40$; $p < 0,0000$; Krok 3: $F = 12,11$; $R^2 = 0,43$; $p < 0,0000$; Krok 4: $F = 10,44$; $R^2 = 0,47$; $p < 0,0000$; Krok 5: $F = 9,17$; $R^2 = 0,49$; $p < 0,0000$; Krok 6: $F = 8,50$; $R^2 = 0,53$; $p < 0,0000$; Krok 7: $F = 7,62$; $R^2 = 0,55$; $p < 0,0000$; Krok 8: $F = 7,25$; $R^2 = 0,57$; $p < 0,0000$

nowanie na temat sensu życia ($\beta = 0,31$; $t = -2,67$; $p < 0,01$), ruminowanie na temat objawów choroby ($\beta = 0,34$; $t = -2,18$; $p < 0,04$) oraz docenienie życia ($\beta = 0,32$; $t = 2,04$; $p < 0,04$).

Dyskusja

Poszukiwanie zrozumienia zdarzenia jest pojęciem obecnym w szeregu koncepcjach opisujących proces adaptacji człowieka do trudnych wydarzeń życiowych [16–19]. Wyniki badań wyraźnie wskazują, że w przypadku rozpoznania i leczenia poważnej choroby somatycznej, paradygmat stresu wydaje się być niewystarczający. W modelu tworzenia znaczenia Park i Folkman [2] zwracają uwagę na szeroki zakres

zmian powstałych w następstwie poważnej choroby. Jej wpływ obejmuje zarówno bezpośrednią sytuację pacjenta (choroba i leczenie jako źródło szeregu stresorów), jak i dalszy bieg jego życia (przekonania, cele życiowe i plany). Tym samym, poważna choroba może być zarówno źródłem stresu, jak i kryzysu emocjonalnego (kryzys rozumienia, tożsamości, kryzys utraty sensu życia). Radzenie sobie pacjenta skoncentrowane na tworzeniu rozumienia choroby polega na wielokrotnych zmianach sposobu jej rozumienia i oceny miejsca w biegu życia. Wyniki uzyskane w badaniach własnych potwierdziły powszechność występowania, u osób niespodziewanie i poważnie chorych, myśli powodowanych potrzebą oceny cho-

roby tak, aby najlepiej dopasować fakt jej wystąpienia do posiadanego sposobu rozumienia życia. Prawie wszystkie badane osoby rozważały przyczyny choroby, skupiały się na jej objawach oraz zamartwiały się jej obecnością w życiu. Starły się również kontrolować myśli pogarszające nastrój i spostrzegać chorobę i leczenie z szerszej perspektywy. Zgodnie z danymi z literatury człowiek najintensywniej rozważa przyczyny obecności choroby w swoim życiu pomiędzy 2. a 4. tygodniem od zachorowania [9]. W badaniach własnych wspomniany okres czasu uległ wydłużeniu do 10 tygodni, co należy tłumaczyć specyfiką choroby i leczenia (więcej w dalszej części artykułu). Tworzenie rozumienia choroby drogą zmian w obszarze uogólnionego rozumienia życia podejmowane jest w drugiej kolejności dopiero wówczas, gdy zmiany oceny choroby okazują się niewystarczające [20]. W badaniach własnych rozważanie celu i sensu życia oraz posiadanych przekonań zgłosiło 69% pacjentów. Zdaniem Park procesy przepracowywania informacji o chorobie nie powinno utożsamiać się z radzeniem sobie drogą pozytywnego przeformułowywania sytuacji lub stosowaniem iluzji. Przykładem przepracowywania informacji jest mimowolne usuwanie się blokad emocjonalnych uniemożliwiających człowiekowi dostrzec w pozytywnym świetle dotychczas bagatelizowane cele życiowe lub niedoceniane, a wartościowe przekonania na własny temat [3].

Zgodnie z założeniami opisywanego modelu, radzenie sobie skoncentrowane na tworzeniu znaczenia choroby współwystępuje z działaniami instrumentalnymi oraz służącymi samokontroli emocjonalnej. Osoby z badanej grupy zastanawiały się nad problemami zrodzonymi chorobą i poszukiwały ich rozwiązań, blokowały myśli obniżające nastrój i starały się odciągać uwagę od myślenia wyłącznie o negatywnych aspektach choroby i leczenia. Starły się również dostrzegać pozytywne chwile pojawiające się w trakcie leczenia, a niezwiązane wyłącznie z postęпами leczenia.

Poziom akceptacji choroby w badanej grupie był porównywalny z wynikami badań przeprowadzonych przez innych autorów [14, 21, 22]. Zwraca uwagę fakt, że jego wysokość nie była związana z rodzajem choroby, płcią, stanem cywilnym, a przede wszystkim upływem czasu od zachorowania. Ponieważ badaną grupę utworzyły osoby będące w trakcie leczenia i rehabilitacji chorób o nagłym i niespodziewanym początku, znacznie ograniczających samodzielność, poziom akceptacji był wypadkową działania wielu zmiennych. Wśród przyczyn obiektywnych wymienić należy: trudności z wyjaśnieniem przyczyny choroby, duży zakres ograniczeń powstałych w życiu pacjenta, niepewne rokowania (niecałkowite ustępowanie niedowładów u pacjentów neurologicznych i trudności w leczeniu białaczki uważanej za chorobę nieuleczalną), wtórne problemy wynikłe z obecności objawów

choroby i przebiegu leczenia, zależność pacjenta od innych osób [22, 23].

Uzyskane wyniki potwierdziły wielorakie związki występujące pomiędzy radzeniem sobie skoncentrowanym na tworzeniu znaczenia, upływem czasu i poziomem akceptacji choroby. Akceptacja choroby przez pacjenta oznacza brak przekonań, których treść wiąże się z występowaniem problemów adaptacyjnych. Jest to również pośredni wskaźnik stresu i negatywnych emocji [14]. Jeśli stres jest efektem rozbieżności występujących pomiędzy rozumieniem sytuacji i uogólnionym rozumieniem życia, wówczas poziom akceptacji choroby jest wskaźnikiem owego dysonansu. Współwystępowanie u pacjentów w przeciągu 10 tygodni od chwili zachorowania niskiego poziomu akceptacji choroby oraz myśli o jej przyczynach, nachodzących wspomnień i zamartwianie się rozumieć można zarówno jako oznakę stresu, jak i procesu tworzenia znaczenia. Uporczywe zastanawianie się nad przyczynami choroby pacjentów chorujących dłużej jest już objawem klinicznym — oznaką trudności z przepracowaniem wspomnianych informacji [9].

Poziom deklaracji rozwoju osobowego skutkiem doświadczanej choroby był relatywnie niski w porównaniu z zaobserwowanym w badaniach innych autorów [8, 16]. Traktując deklaracje rozwojowe jako jeden ze sposobów tworzenia rozumienia choroby 9% pacjentów korzystało z niego na poziomie wysokim, 16% przeciętnym, a 75% — niskim. Z punktu widzenia poziomu akceptacji choroby szczególnie istotne okazało się większe docenienie wartości życia. Badanie potwierdziło występowanie związków pomiędzy ruminowaniem a oznakami rozwoju. Podobnie jak w badaniach innych autorów najsilniejsze związki dotyczyły ruminacji występujących bezpośrednio po zajściu zdarzenia (ich treścią były: przyczyny i objawy choroby) oraz odnoszących się do przekonań, celów życiowych i sensu życia [11, 12]. Nie zanotowano związków łączących współwystępowanie deklaracji rozwojowych ze zmiennymi demograficznymi, rodzajem choroby i upływem czasu od chwili zachorowania.

Wnioski

- Zdecydowana większość badanych pacjentów ujawniła obecność myśli wskazujących na proces radzenia sobie z chorobą skoncentrowany na tworzeniu jej znaczenia.
- Poszukiwanie zrozumienia choroby i koncentracja na objawach występowały najintensywniej w przeciągu pierwszych 10 tygodni od zachorowania.
- Poziom akceptacji choroby pozostawał w negatywnym związku z myślami na temat objawów choroby i sensu życia oraz pozytywnym, gdy myśli dotyczyły planowania rozwiązań powstałych problemów oraz docenienia wartości życia.

— Model tworzenia znaczenia służyć może pomocą w wyjaśnianiu transakcji stresowej i kryzysu wywołanych wystąpieniem poważnej choroby somatycznej.

Piśmiennictwo

1. Folkman S. Positive psychological states and coping with severe stress. *Soc. Sci. Med.* 1997; 45: 1207–1221.
2. Park C., Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. *Rev. Gen. Psychol.* 1997; 1: 115–144.
3. Park C., Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychol. Bull.* 2010; 136: 257–301.
4. Baumeister R. *Meanings in life.* The Guilford Press. New York 1991.
5. Davis C., Nolen-Hoeksema S., Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1998; 75: 561–74.
6. Yalom I. *Psychoterapia egzystencjalna.* Instytut Psychologii Zdrowia. Warszawa 2008.
7. Thompson S., Janigian A. Life schemes: A framework for understanding the search for meaning. *J. Soc. Clin. Psychol.* 1988; 7: 260–280.
8. Ogińska-Bulik N. *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych. Czyli kiedy łzy zamieniają się w perły.* Difin. Warszawa 2013.
9. Davis C., Wortman C., Lehman D., Silver R. Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? *Death Stud.* 2000; 24: 297–540.
10. Nolen-Hoeksema S., Wisco B., Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science* 2008; 3: 414.
14. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2001.
15. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny — charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010; 7: 129–142.
16. Taylor S. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *Am. Psychol.* 1983; 3: 1161–1173.
17. Lifton R., Olson E. *Ludzki wymiar kataklizmu.* Nowiny Psychologiczne. 1987; 5: 86–107.
18. Moos R.H., Scheafer J.A. *The Crisis of Physical Illness, An Overview and Conceptual Approach.* W: R.H. Moos (red). *Coping with Physical Illness. 2 New Perspectives.* Plenum Medical Publishing Corporation. New York 1968: 3–25.
19. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia.* Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2005.
20. Skaggs B., Barron C. Searching for meaning in negative events: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2006; 53: 559–570.
21. Kózka M., Walewska E., Ścisło L., Orzeł-Nowak A., Jajko E. Determinanty radzenia sobie z bólem u pacjentów z chorobą nowotworową. *Probl. Piel.* 2013; 21: 297–305.
22. Wiraszka G., Lelonek B. Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Studia Medyczne.* 2008; 10: 21–26.
23. Dolińska-Zygmunt G. *Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych.* W: Dolińska-Zygmunt G. (red.). *Po-stawy psychologii zdrowia.* Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 209–225.