

mgr Marta Homa

**Zmaganie się z nowotworem a wcześniejsze doświadczenia życiowe
związane z chorowaniem**

Rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki medyczne

Promotor: dr hab. n. med. Maria Litwiniuk, prof. UMP



Kolegium Nauk Medycznych
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań, 2022

Składam serdeczne podziękowania:

Promotorowi prof. UMP dr hab. n. med. Marii Litwiniuk

za okazaną mi pomoc, życzliwość oraz cenne dyskusje i uwagi, a także stworzenie przyjaznej atmosfery ułatwiającej wykonanie tej pracy

prof. UAM dr hab. Michałowi Ziarko

za poświęcenie mi swojego czasu i nieocenioną pomoc przy wykonaniu tej pracy

prof. dr hab. n. med. Andrzejowi Marszałkowi

za życzliwość, wsparcie i cenne wskazówki

Wszystkim Pacjentom Wielkopolskiego Centrum Onkologii, którzy zgodzili się wziąć udział w badaniach na potrzeby tej pracy.

Spis treści

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW.....	5
1. WSTĘP.....	6
1.1. Uzasadnienie wyboru tematu pracy.....	6
1.2. Ogólna charakterystyka chorób nowotworowych.....	6
1.2.1. Choroby nowotworowe – wprowadzenie w problematykę.....	6
1.2.2. Charakterystyka wybranych typów chorób nowotworowych.....	8
1.2.2.1. Rak piersi.....	8
1.2.2.2. Rak jelita grubego.....	9
Podsumowanie.....	10
1.3. Choroby nowotworowe jako silnie stresujące zdarzenia życiowe.....	11
1.3.1. Transakcyjne ujęcie stresu psychologicznego Lazarusa i Folkman.....	11
1.3.2. Model krytycznego wydarzenia życiowego.....	13
1.3.3. Choroba nowotworowa jako krytyczne wydarzenie życiowe.....	15
Podsumowanie.....	16
1.4. Zmaganie się ze stresem choroby nowotworowej.....	17
1.4.1. Czynniki poprzedzające zmaganie się z chorobą nowotworową.....	17
1.4.2. Procesy zachodzące w trakcie zmagania się z chorobą nowotworową.....	19
1.4.2.1. Choroba nowotworowa jako stresor.....	19
1.4.2.2. Aktywność w chorobie nowotworowej.....	21
1.4.2.3. Psychologiczne następstwa zmagania się z chorobą nowotworową.....	23
1.4.3. Znaczenie czynników modyfikujących w przystosowaniu się do choroby nowotworowej.....	27
Podsumowanie.....	30
2. PROBLEM BADAWCZY.....	31
3. CEL I ZAKRES BADAŃ.....	31
4. MATERIAŁY I METODY.....	33
4.1. Badana grupa i przebieg badań.....	33
4.2. Schemat projektu badawczego.....	34
4.3. Zmienne i ich operacjonalizacja.....	37
4.4. Zastosowane techniki badawcze.....	38
4.4.1. Pomiar oceny zdarzeń związanych z utratą zdrowia przed zachorowaniem na chorobę nowotworową.....	39
4.4.1.1. Skala Wpływu Zdarzeń, IES-R.....	39
4.4.1.2. Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju, PTGI.....	40
4.4.1.3. Inwentarz Umiejętności Korzystania z Doświadczeń Choroby, IUKDCh....	41
4.4.2. Pomiar przebiegu radzenia sobie z aktualnie doświadczaną chorobą nowotworową.....	42
4.4.2.1. Kwestionariusz Postrzegania Własnej Choroby, IPQ-R.....	42
4.4.2.2. Skala przystosowania psychicznego, MINI-MAC.....	43
4.4.2.3. Skala akceptacji choroby, AIS.....	44
4.4.2.4. Szpitalna Skala Leku i Depresji, HADS-M.....	44
4.4.2.5. Skala Wsparcia Społecznego, ISSB.....	45
4.4.3. Kwestionariusz osobowy.....	45
4.5. Metody statystyczne.....	45
5. WYNIKI BADAŃ.....	47
5.1. Charakterystyka demograficzna i kliniczna osób uczestniczących w badaniu.....	47
5.2. Opis statystyczny badanych zmiennych.....	49

5.2.1. Opis zmiennych dla populacji osób z doświadczeniem utraty zdrowia przed zachorowaniem na nowotwór.....	49
5.2.2. Opis zmiennych dla populacji osób bez doświadczenia utraty zdrowia przed zachorowaniem na nowotwór.....	51
5.3. Analiza szczegółowa zależności.....	53
5.3.1. Wcześniejsza utrata zdrowia a radzenie sobie z nowotworem.....	54
5.3.2. Wcześniejsza utrata zdrowia, typ nowotworu a radzenie sobie z nowotworem....	56
5.3.3. Wcześniejsza utrata zdrowia, typ nowotworu, zasoby a radzenie sobie z nowotworem.....	63
5.3.4. Objawy traumy a radzenie sobie z nowotworem.....	66
5.3.5. Objawy traumy, typ nowotworu, zasoby a radzenie sobie z nowotworem.....	67
5.3.6. Wcześniejsza utrata zdrowia, zmienne socjodemograficzne a radzenie sobie z nowotworem.....	72
5.3.7. Model zmiennych a następstwa choroby nowotworowej.....	76
5.3.8. Podsumowanie otrzymanych wyników.....	95
6. DYSKUSJA.....	97
6.1. Dyskusja wyników.....	97
6.2. Ograniczenia badań.....	110
6.3. Wykorzystanie wyników badań w pracy z osobą zmagającą się z chorobą nowotworową.....	111
7. WNIOSKI.....	113
PIŚMIENNICTWO.....	114
STRESZCZENIE.....	125
SUMMARY.....	127
SPIS TABEL.....	129
SPIS RYSUNKÓW.....	134
SPIS WYKRESÓW.....	134
ZAŁĄCZNIK 1.....	135
ZAŁĄCZNIK 2.....	139
ZAŁĄCZNIK 3A.....	140
ZAŁĄCZNIK 3B.....	148
ZAŁĄCZNIK 3C.....	156
ZAŁĄCZNIK 3D.....	167
ZAŁĄCZNIK 4.....	174

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW

AIS – ang. *Acceptance of Illness*, Skala akceptacji choroby

ANOVA – ang. *analysis of variance*, analiza wariancji

DF – ang. *degree of freedom*, stopień swobody

DSM-V – ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

HADS-M – ang. *Hospital Anxiety and Depression Scale –Modified*, Szpitalna Skala Lęku i Depresji (rozszerzona o Agresję)

IES-R – ang. *Impact of Event Scale-Revised*, Kwestionariusz Wpływu Zdarzeń

ISSB – ang. *Inventory of Socially Supportive Behaviors*, Skala Wsparcia Społecznego

IUKDCh – Inwentarz Umiejętności Korzystania z Doświadczeń Choroby

IPQ-R – ang. *Illness Perception Questionnaire*, Kwestionariusz Postrzegania Własnej Choroby

K-S – Test Kołmogorowa-Smirnowa

KWŻ – krytyczne wydarzenia życiowe

M – średnia arytmetyczna

Me – mediana

Mini-MAC – ang. *Mental Adjustment to Cancer*, Skala przystosowania psychicznego

N – liczba badanych

PTGI – ang. *Posttraumatic Growth Inventory*, Kwestionariusz Potraumatycznego Rozwoju

PTSD – ang. *posttraumatic stress disorder* Zespół stresu pourazowego

SD – ang. *standard deviation*, odchylenie standardowe

SPSS – ang. *Statistical Package for the Social Sciences*, oprogramowanie do statystycznej analizy danych

1. WSTĘP

1.1. Uzasadnienie wyboru tematu pracy

Inspiracją do wyboru prezentowanego tematu pracy była coraz większa liczba zachorowań na nowotwory złośliwe i związane z tym konsekwencje natury medycznej jak i psychospołecznej. W Polsce w ciągu ostatnich trzech dekad liczba zachorowań wzrosła ponad dwukrotnie [1], powodując, że nowotwory zaraz po chorobach układu krążenia stanowią drugą przyczynę zgonów. Pomimo wzrastającej świadomości społecznej, szerszego dostępu do badań profilaktycznych oraz poprawy skuteczności leczenia onkologicznego prognozy epidemiologiczne wskazują, że w ciągu najbliższych kilku dekad choroby nowotworowe mają stać się najczęstszą przyczyną śmiertelności na świecie [2]. Następstwami tego zjawiska jest wzrastające zapotrzebowanie na rozwój opieki medycznej jak i pozamedycznej, a także potrzeba prowadzenia badań w obszarze medycyny i psychologii zdrowia odnośnie tej grupy chorych. Konieczność stworzenia chorym na nowotwory odpowiedniej oferty pomocy, która pozwoli na utrzymanie wysokiej jakości życia pomimo choroby stanowi zatem wyzwanie dla osób zajmujących się profesjonalną oraz nieformalną opieką nad chorymi. Wymaga to obok poznania medycznych aspektów choroby i jej leczenia, wiedzy na temat psychologicznych mechanizmów regulujących funkcjonowanie chorych.

Drugim, szczególnym źródłem inspiracji do podjęcia poruszanego w pracy tematu jest kilkuletnia praca z chorymi na Oddziale Chemioterapii Wielkopolskiego Centrum Onkologii, która umożliwiła obserwację kliniczną czynników psychologicznych wpływających na przebieg zmagania się ze stresem choroby nowotworowej głównie wśród chorych z rozpoznaniem raka piersi i raka jelita grubego. Zaobserwowany w praktyce klinicznej różny przebieg zmagania się ze stresem choroby onkologicznej w zależności od występowania zdarzeń związanych z poważną utratą zdrowia przed zachorowaniem nowotwór stał się głównym celem badawczym prezentowanej pracy.

1.2. Ogólna charakterystyka chorób nowotworowych

1.2.1. Choroby nowotworowe – wprowadzenie w problematykę

Choroby nowotworowe to choroby o zasięgu globalnym, ale zróżnicowane pod względem typu dominującego w danym regionie świata. Według raportu WHO stanowią pierwszą lub drugą główną przyczynę przedwczesnej śmierci na świecie (dane te odnoszą się do 134

krajów z 183 biorących udział w analizie) [3]. W 2018 roku zostały rozpoznane u 9,5 miliona osób.

W Polsce nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów, zaraz po chorobach układu krążenia. Wśród osób młodych i w średnim wieku narażona na ryzyko zachorowania i śmierci jest zwłaszcza populacja kobiet, gdzie od kilku lat nowotwory są najczęstszą przyczyną śmierci przed 65 rokiem życia. Rak piersi, stanowiący ponad 1/5 zachorowań na nowotwory, to najczęstszy nowotwór wśród kobiet, drugim w kolejności jest rak płuca, a kolejne miejsca zajmują odpowiednio rak jelita grubego, trzonu macicy, jajnika, tarczycy, szyjki macicy, nerki, żołądka. Rak płuca, który stanowił w 2018 roku 9% zachorowań, od kilku lat zajmuje pierwszą pozycję wśród przyczyn zgonów (17,5%) na nowotwory u kobiet [1].

W Polsce liczba zachorowań kobiet i mężczyzn jest podobna - ponad 83 tys. w 2018 roku w obu grupach, natomiast liczba zgonów jest większa u mężczyzn (odpowiednio 55 tys. i 46 tys.), co wynika ze struktury zachorowań (1/6 zachorowań i 1/3 zgonów u mężczyzn to źle rokujący rak płuca). Wśród mężczyzn najczęściej występującym nowotworem jest rak gruczołu krokowego, następny co do częstości jest rak płuca i kolejno rak jelita grubego, rak pęcherza moczowego, żołądka i nerki [1].

Terminem nowotwory złośliwe określa się grupę około 100 schorzeń, które zostały sklasyfikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. W języku potocznym nowotwory złośliwe określa się często słowem „rak”, co nie jest właściwe, gdyż nazwa rak dotyczy jedynie określonej grupy nowotworów złośliwych wywodzących się z tkanki nabłonkowej, wyściełającej układ oddechowy, pokarmowy i moczowo-płciowy [4]. Do grupy tej należą nowotwory omawiane w niniejszej pracy tj. rak piersi i rak jelita grubego.

Nowotwory złośliwe powstają w wyniku niekontrolowanego podziału komórek organizmu. Proces transformacji nowotworowej, czyli proces od przemiany komórki prawidłowej do powstania nowotworu złośliwego nazywamy kancerogenezą. Proces kancerogenezy jest zazwyczaj długotrwały (trwa kilka lat) i bardzo złożony. W początkowym etapie kancerogenezy, nieprawidłowe komórki pozostają w miejscu swojego pierwotnego położenia, jednak w wyniku dalszych niekontrolowanych podziałów komórkowych oraz inicjacji innych złożonych procesów jak neowaskularyzacja, zwiększona ekspresja cząsteczek adhezyjnych czy zablokowanie aktywności komórek immunokompetentnych dochodzi do migracji komórek nowotworowych, naciekania sąsiednich tkanek i tworzenia odległych

przerzutów [5]. Zasadniczą przyczyną transformacji nowotworowej są mutacje genów, wrodzone lub spowodowane przez czynniki kancerogenne. Podłoże genetyczne ma jednak tylko 5-10% nowotworów. Rozwój chorób nowotworowych to zatem efekt oddziaływania wielu uwarunkowań. Wśród czynników ryzyka wymienia się: palenie papierosów, niewłaściwe spożywanie alkoholu, brak ruchu, nieodpowiednia dieta, szkodliwe warunki w miejscu pracy oraz wpływ środowiska czy infekcje [6]. W piśmiennictwie niejednokrotnie wśród czynników wpływających na powstanie nowotworów wymienia się także czynniki psychospołeczne takie jak: doświadczenie krytycznych wydarzeń życiowych, oddziaływanie stresu, zaburzenia psychiczne – zaburzenia depresyjne, osobowość. Badania w tym zakresie są jednak zbyt niejednoznaczne by uznać powyższe czynniki za bezpośrednio wpływające na powstawanie chorób nowotworowych [7].

1.2.2. Charakterystyka wybranych typów chorób nowotworowych

1.2.2.1. Rak piersi

Rak piersi jest najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u kobiet – 23% wszystkich zachorowań. Natomiast wśród mężczyzn stanowi mniej niż 1% wszystkich zachorowań z powodu nowotworów złośliwych. Zachorowalność na ten typ nowotworu charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem w zależności od regionu. Występuje prawie 5-krotnie częściej w krajach wysoko cywilizowanych jak USA, Kanada, Australia, Europa Zachodnia niż w krajach Dalekiego Wschodu. Najmniejszą liczbę zachorowań rejestruje się w południowej Azji i Afryce. Mimo niższego wskaźnika zachorowań kraje słabo rozwinięte odnotowują wyższy wskaźnik śmiertelności z powodu tej choroby. Szacuje się, iż liczba zachorowań w ciągu roku wśród kobiet na całym świecie wynosi 1,5 miliona, a około 400 tysięcy kobiet umiera z tego powodu [1, 8].

W Polsce liczba zachorowań na raka piersi wśród kobiet w 2018 roku wynosiła 18 869 co stanowiło ponad 22% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe. Ryzyko zachorowania na raka piersi zwiększa się wraz z wiekiem, przy czym największą liczbę odnotowuje się w przedziale między 50 a 69 rokiem życia, po tym okresie wskaźnik zachorowań maleje [1].

Rak piersi powstaje z komórek gruczołu piersiowego i może rozwijać się miejscowo lub dawać przerzuty do węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych jak np. płuca, wątroba, kości i mózg [8].

Nadal niezidentyfikowane są dokładne przyczyny zachorowań na raka piersi. Nie-

mniej ustalono wiele czynników zwiększających ryzyko jego wystąpienia. Są to: płeć, wiek, czynniki hormonalne, obciążenia genetyczne, styl życia, czynniki reproduktywne – wczesny wiek pierwszej i późny wiek ostatniej miesiączki, gęstość tkanki gruczołowej, zmiany łagodne występujące w piersiach, inne nowotwory w przeszłości [1]. Na potrzeby pracy i poruszanego w niej problemu badawczego szczególnie istotne są dwa wymienione wyżej czynniki ryzyka tj. obciążenia genetyczne i inne nowotwory w przeszłości, dlatego zostały one szerzej omówione poniżej.

Dziedziczenie raka piersi ma miejsce w przypadku 5-10% nowotworów piersi. Jeszcze do niedawna występowanie raka piersi w rodzinie nie było wyraźnie łączone z obciążeniem dziedzicznym, obecnie uważa się, że prawdopodobieństwo zachorowania zwiększa się wraz z liczbą bliskich krewnych, którzy chorują na ten nowotwór tj. matka, siostra, córka. Wysokie ryzyko wystąpienia raka piersi ma miejsce w przypadku obecności mutacji w obrębie genów supresorowych *BRCA1* oraz *BRCA2*. Inne geny których mutacje zwiększają ryzyko zachorowania to: *ATP*, *BRIP1*, *TP3*, *CHEK* i *PTEN*.

Drugi czynnik ryzyka tj. inne nowotwory w przeszłości, informuje nas o tym, że wystąpienie określonych nowotworów w przeszłości zwiększa ryzyko zachorowania na raka piersi. Ustalono, że trzykrotnie zwiększa się ryzyko zachorowania na raka w zakresie drugiej, dotychczas zdrowej piersi u pacjentki, która miała w przeszłości zdiagnozowanego raka piersi. Rak trzonu macicy i rak jajnika to inne nowotwory, których występowanie wcześniej w historii życia pacjentki zwiększa zachorowanie na raka piersi [9, 10, 11].

1.2.2.2. Rak jelita grubego

W Polsce rak jelita grubego jest trzecim najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym wśród mężczyzn i kobiet. Zaraz po raku płuc to najczęstsza przyczyna zgonów wśród mężczyzn. W 2018 roku stanowił wśród mężczyzn ok. 12% wszystkich zgonów na nowotwory złośliwe (ogółem umieralność wśród mężczyzn wynosiła wówczas 55 363 osób). Wśród kobiet na 46028 wszystkich zgonów na nowotwory złośliwe w 2018 roku przyczynił się do śmierci 3664 kobiet, będąc trzecią najczęstszą przyczyną zgonów na nowotwory złośliwe [1,12].

Rak jelita grubego jest rozpoznawany w obrębie okrężnicy, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu. W większości przypadków do jego rozwoju dochodzi na podłożu uszypułowanego gruczolaka, tj. łagodnej zmiany nowotworowej, która może

przekształcić się w raka, obecnego początkowo wyłącznie w obrębie błony śluzowej (rak nieinwazyjny). W wyniku dalszych procesów dochodzi do jego rozprzestrzenienia się poza blaszkę właściwą błony śluzowej (rak inwazyjny). We wczesnym stadium rozwoju rak jelita grubego może nie dawać żadnych specyficznych objawów bądź pierwsze objawy tego nowotworu mogą przypominać powszechne dolegliwości ze strony układu pokarmowego jak bóle brzucha, wzdęcia, zaburzenia oddawania stolca, co obniża kluczową dla rokowań wczesną wykrywalność [13].

Nie ma ustalonych dokładnych przyczyn powstania raka jelita grubego, jednak w wyniku wielu naukowych badań ustalono szereg czynników ryzyka, które mogą przyczyniać się do większej podatności na rozwój tego typu nowotworu. Wśród głównych czynników ryzyka wymienia się: wiek powyżej 50 roku życia; polipy w obrębie jelita grubego; rodzinna polipowatość gruczolakowata; dieta; palenie papierosów; wrzodziejące zapalenie jelita grubego; choroba Leśniowskiego-Crohna; zmiany genetyczne (10-20% zachorowań ma podłoże genetyczne, geny w których mutacje mogą prowadzić do wystąpienia dziedzicznego raka jelita grubego to: *MMR*, *APC*, *MUTYH*, natomiast zespoły genetyczne, których przebieg może doprowadzić do nowotworu jelita grubego to: FAB (ang. Familial Adenomatous Polyposis) – rodzinna polipowatość gruczolakowata jelita grubego oraz HNPCC (ang. Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer) – inaczej zespół Lyncha, czyli najczęstszy typ dziedzicznego raka jelita grubego niezwiązany z polipowatością); historia rodzinna zachorowań na raka jelita grubego (ryzyko zachorowania na raka jelita grubego zwiększa się jeżeli u bliskich krewnych: rodzice, bracia, siostry, zwłaszcza w młodym wieku, występowało rozpoznanie raka jelita grubego) [9, 10, 13].

Podsumowanie

Mimo znacznego postępu w zakresie możliwości leczenia nowotworów, poprawy jakości życia osób nią dotkniętych oraz ustalenia szeregu czynników zwiększających ryzyko zachorowania, nadal choroby nowotworowe są jedną z głównych przyczyn chorobowości oraz umieralności w krajach rozwiniętych. To czyni choroby nowotworowe obszarem wciąż licznych badań z pogranicza różnych dyscyplin naukowych.

Wybór przedstawionych powyżej typów nowotworu ma uzasadnienie z uwagi na: częstotliwość występowania tych rozpoznań w populacji – są to także najczęściej leczone nowotwory na oddziale na którym prowadzono badania; obecność predyspozycji genetycznych prowadzą-

cych do wystąpienia dziedzicznego raka; ujawnianie się historii zachorowań w rodzinie bądź występowanie w przeszłości innego nowotworu zwiększającego ryzyko ponownego zachorowania.

Z uwagi na prawdopodobny większy zakres i częstość występowania istotnych dla założeń pracy zjawisk (tj. zetknięcie z doświadczeniem zagrażającej życiu choroby przed rozpoznaniem nowotworu raka piersi bądź raka jelita grubego) powyższy dobór typu nowotworu do badanej grupy zwiększa szansę na dokładniejsze przeanalizowanie poruszanego problemu.

1.3. Choroby nowotworowe jako silnie stresujące zdarzenia życiowe

1.3.1. Transakcyjne ujęcie stresu psychologicznego Lazarusa i Folkman

Koncepcja stresu psychologicznego i radzenia sobie w ujęciu Lazarusa i Folkman zaprezentowana została w monografii *Stress, appraisal and coping* w pierwszej połowie lat 80 i do dnia dzisiejszego pozostaje najczęściej cytowaną i aktualną koncepcją z zakresu interakcyjnego podejścia w ujmowaniu stresu [14]. Stres w ujęciu transakcyjnym (interakcyjnym) to złożona, specyficzna relacja osoby z otoczeniem, która zostaje odebrana jako obciążająca oraz doprowadzająca do przekroczenia zasobów i zagrożenia dobrostanowi jednostki [15]. Według Lazarusa i Folkman transakcja z otoczeniem ma charakter ciągłego, dynamicznego procesu w którym dokonywana jest ocena poznawcza elementów transakcji przy uwzględnieniu cech uczestnika interakcji (zasoby versus deficyty) oraz właściwości środowiska w którym to wzajemne oddziaływanie się odbywa. Z punktu widzenia własnego dobrostanu jednostka może ocenić relację jako: nie mającą znaczenia, sprzyjająco-pozytywną albo stresującą z czym wiążą się charakterystyczne dla danej oceny emocje [16, 17]. Oryginalna wersja modelu stresu i radzenia sobie akcentowała tylko negatywne następstwa stresu, w późniejszych latach Suzan Folkman dokonała modyfikacji założeń rozwijając zagadnienie emocji pozytywnych w procesie radzenia sobie ze stresem [18, 19].

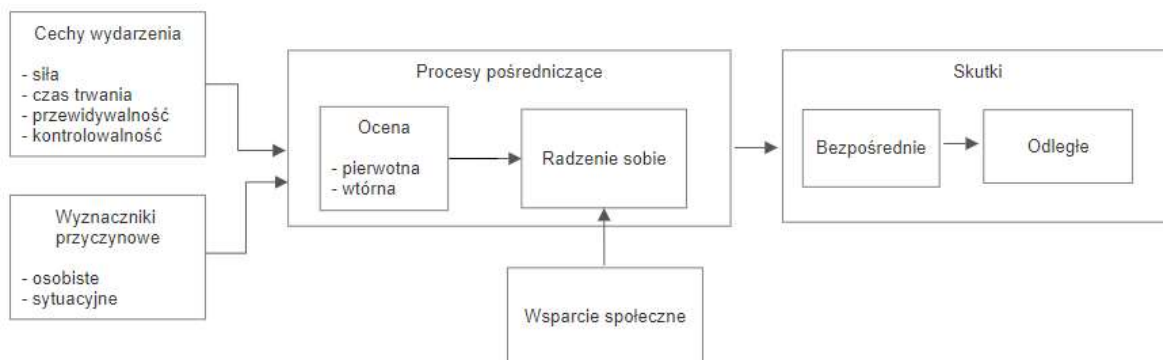
Relacja uznana za stresową w subiektywnej, poznawczej ocenie jednostki (ocena pierwotna) może mieć charakter krzywdy, zagrożenia lub wyzwania i uruchamiać kolejny proces poznawczy (ocena wtórna), odnoszący się do możliwości podjęcia aktywności celem zmiany transakcji stresowej tj. usunięcia przyczyn stresu bądź przynajmniej złagodzenia jego skutków [17]. Ta przedstawiona specyficzna forma aktywności wobec stresu określana jest radzeniem sobie ze stresem i w koncepcji Lazarusa i Folkman może być ukierunkowana na problem bądź na emocje [20] (rodzaje radzenia omówiono w podrozdziale 1.4.2.2). Wyróżnić można

także trzeci rodzaj oceny poznawczej, tzw. ponowną ocenę. Ten często pomijany w literaturze przedmiotu etap wiąże się z weryfikacją zastosowanych przez jednostkę strategii radzenia sobie. Informacje zwrotne docierające z otoczenia bądź własne reakcje jednostki wskazują, czy wybrana na etapie oceny wtórnej strategia radzenia sobie ze stresem jest metodą skuteczną i dostosowaną. Jeżeli zastosowane metody zaradcze okażą się niekorzystne, jednostka ma możliwość dokonania zmiany i wprowadzenia innego sposobu radzenia sobie ze stresującą sytuacją. Etap ponownej oceny poznawczej trwa do momentu, aż transakcja przestanie być uznawana za stresującą [17]. W przeciwieństwie do wielu autorów [21, 22] zakładających istnienie obiektywnych cech sytuacji stresogennej, Lazarus [23] podkreśla subiektywne znaczenie percepcji stresu, czyli o przyznaniu sytuacji statusu stresującej decyduje jednostka.

Według literatury przedmiotu [24] Lazarus i Folkman swoimi pracami przyczynili się do definiowania stresu w kategoriach transakcji i procesu. Ponadto prawidłowe zrozumienie opisywanych przez nich zjawisk zachodzących w czasie konfrontacji człowieka ze stresem jest możliwe przy uwzględnieniu kontekstu w którym interakcja stresowa przebiega. Zatem w przebiegu konfrontacji stresowej możemy wyróżnić występujące po sobie poszczególne etapy, które determinowane i modyfikowane są określonymi czynnikami (rys.1). Jednostka w pierwszym etapie ustala czy znajduje się w sytuacji stresu i jaki jest jego charakter oraz określa jakimi możliwościami i ewentualnymi zasobami dysponuje celem poradzenia sobie ze stresującą sytuacją. Następnie na skutek dokonanej oceny uruchamia określone strategie radzenia sobie, które doprowadzają do danych efektów radzenia sobie: bezpośrednia ocena skutków stresu (ujawniany stan emocjonalny, zmiany fizjologiczne, jakość funkcjonowania po zakończeniu transakcji) i odległa ocena skutków stresu (emocjonalna i społeczna ocena swojego życia oraz określenie poziomu zdrowia). Przebieg transakcji stresowej determinowany jest obecnością określonych wyznaczników przyczynowych, które stanowią punkt wyjścia do analizy funkcjonowania człowieka w sytuacji stresu psychologicznego. Wyróżnia się wśród nich *zmienne osobowe* czyli kompetencje i doświadczenia z którymi jednostka wchodzi w transakcję stresową oraz *zmienne sytuacyjne* za które uznaje się wymagania jakie jednostka ma przed sobą i z którymi musi się zmierzyć. Przebieg procesu zmagania się ze stresem determinowany jest również cechami stresora, tj. danego wydarzenia, jak: siła, czas trwania, możliwość kontroli czy możliwość określenia prawdopodobieństwa z jakim dany stresor może wystąpić w życiu danej jednostki. Ponadto w modelu wyróżnia się czynniki, które pełnią w nim rolę modyfikującą, są to: *dostęp do zewnętrznych i wewnętrznych zasobów* z których jed-

nostka może korzystać funkcjonując w sytuacji stresu. Te elementy, obok procesów psychicznych warunkujących ocenę sytuacji i możliwości radzenia sobie, decydują o całościowym efekcie końcowym transakcji stresowej [24, 25].

Podsumowując, transakcja stresowa to dynamiczny rozciągnięty w czasie proces, który podlega nieustannym zmianom, a jej końcowy efekt podporządkowany jest nie tylko aktywności osoby, ale także właściwościom środowiska w którym transakcja stresowa przebiega.



Rysunek 1. Transakcja stresowa i radzenie sobie w procesualnym ujęciu Lazarusa i Folkman (Źródło: Schwarzer i Schulz, 2003, Heszen-Niejodek, 2000, za: Ziarko s. 33 [35])

1.3.2. Model krytycznego wydarzenia życiowego

Przedstawiony ogólny model przebiegu transakcji stresowej Lazarusa i Folkmana był przez wielu badaczy poddawany uszczegółowieniu. Jedną z takich propozycji stanowi model krytycznych wydarzeń życiowych zaproponowany przez Sigrun-Heide Filipp [26]. Autorka w swoim podejściu przedstawia zjawiska zachodzące w sytuacji konfrontacji z określonym rodzajem stresorów, które nazywa krytycznymi wydarzeniami życiowymi w skrócie KWŻ, określanymi także stresowymi wydarzeniami zmiany życiowej (ang. life change events, major life events, stressful life events). Definiuje się je jako zakłócenie ważnych i cenionych przez człowieka wartości czy spraw. Zakłócenie to pojawia się w układzie podmiot – otoczenie, prowadząc do jego destabilizacji psychicznej. Celem usunięcia lub zminimalizowania tej destabilizacji układ ten wymaga przebudowy [27, 28]. Wyróżnia się następujące cechy krytycznych wydarzeń: brak kontroli, uogólniony, symboliczny charakter; zapisanie się w historii życia jednostki; zakłócenie dotychczasowego rytmu życia człowieka i jego relacji z otoczeniem; zagrożenie cenionych wartości; przeobrażenie tożsamości społecznej jednostki [27]. KWŻ

mogą wywierać zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ na człowieka. Szczególnie zauważalne i dotkliwe jest negatywne oddziaływanie, czyli sytuacja w której człowiek nie jest w stanie poradzić sobie ze zmienioną sytuacją i wypracować nowe sposoby funkcjonowania w jej obliczu [29].

Początek zagadnienia krytycznych wydarzeń życiowych (KWŻ) można odnaleźć w pracach Thomasa Holmesa i Richarda Rahe [30], którzy stworzyli listę wydarzeń życiowych uznanych przez ponad 5 tysięcy badanych za obciążające. Ponadto autorzy na podstawie analizy wypowiedzi badanych osób zaobserwowali, iż wskazane zdarzenia mogą przyczyniać się do wystąpienia choroby. Na liście utworzonej przez Holmesa i Rahe znalazły się takie wydarzenia jak: śmierć dziecka, śmierć małżonki/ka, śmierć matki lub ojca, śmierć brata lub siostry, wypadek, poważna zmiana stanu zdrowia lub zachowania członka rodziny (choroby, wypadki, narkotyki, rażące zachowania itd.), utrata pracy w wyniku zwolnienia dyscyplinarnego, rozwód, poronienie lub aborcja, zerwanie związku z bliską osobą itd.

Dalsza konceptualizacja pojęcia wydarzeń życiowych stanowiła przedmiot zainteresowania badaczy z różnych subdyscyplin psychologii jak: psychologia kliniczna, społeczna czy rozwojowa, włącznie ze wspomnianą wyżej Filipp, która łącząc założenia psychologii rozwojowej z psychologią kliniczną i zdrowia przedstawiła zaprezentowaną wyżej definicję KWŻ [27]. Wyróżniona przez autorkę właściwość, iż zdarzenia krytycznego nie można przetrwać bez ingerencji z zewnątrz i dokonania zmian w układzie człowiek – środowisko, pozwoliła na odróżnienie zdarzeń krytycznych od innych zjawisk stresujących i trudnych i stanowiła tym samym istotny wkład w definiowanie zjawiska wydarzeń życiowych [29].

Celem ułatwienia zrozumienia i dokładnej analizy zjawiska KWŻ Filipp przedstawiła model krytycznych wydarzeń życiowych [27], który tak jak transakcyjny model stresu Lazarusa i Folkman ukazuje interakcje człowieka z otoczeniem w sytuacji stresogennej w formie procesu w którym występują po sobie określone fazy. W modelu Filipp szczególny akcent położono na obserwację zjawisk zachodzących w momencie pojawienia się KWŻ. Zjawiska te określa się *czynnikami równoczesnymi* i składają się na nie cechy podmiotu (biologiczne np. wiek, płeć jak i psychiczne: np. poczucie kontroli, koherencji czy posiadana samoocena) oraz cechy kontekstu (uwarunkowania polityczne, społeczne i ekonomiczne oraz siatka wsparcia społecznego naturalnego oraz instytucjonalnego). Stanowią one wraz z obiektywnymi i subiektywnymi właściwościami samego KWŻ podstawę do dokonania oceny

sytuacji stresowej i jednocześnie początek dla uruchomienia procesów radzenia sobie. Obok cech podmiotu, kontekstu oraz właściwości samego KWŻ istotne z punktu widzenia rozpoczęcia transakcji stresowej są także czynniki poprzedzające wystąpienie KWŻ tzw. antecendensy [29]. Definiuje się je jako podsumowanie wcześniejszych doświadczeń w których osoba konfrontowała się z krytycznymi zdarzeniami życiowymi. W ramach czynników poprzedzających obok bilansu doświadczeń krytycznych wydarzeń życiowych wyróżnia się tzw. antycypacyjną socjalizację, czyli określony typ socjalizacji, który umożliwia jednostce osiągnięcie określonych umiejętności stanowiących formę przygotowania do niektórych zdarzeń życiowych np. udział w szkole rodzenia celem przygotowania się do porodu [27].

1.3.3. Choroba nowotworowa jako krytyczne wydarzenie życiowe

Choroba nowotworowa stanowiąc przykład choroby przewlekłej, postępującej i zagrażającej życiu, uznawana jest za krytyczne wydarzenie życiowe [29, 31]. Decydują o tym określone cechy, które można podzielić na te, które czynią ją podobną do innych krytycznych wydarzeń jak: śmierć bliskiej osoby czy rozwód oraz na te, które wyróżniają ją na tle innych zdarzeń. Wśród cech, które czynią ją podobną do innych krytycznych wydarzeń za Leventhałem [32] można wymienić: zagrożenie posiadanych przez człowieka zasobów; uruchomienie krótkotrwałego negatywnego afektu, tj. odczuwania złości, lęku i obniżenie nastroju; pojawienie się niepewności co do następstw choroby i jej wpływu na dalsze życie oraz zwiększenie wymagań celem efektywnego poradzenia sobie ze zdarzeniem. Natomiast cechy, które czynią chorobę nowotworową w wymiarze choroby przewlekłej, szczególnym zdarzeniem życiowym i odróżniają od innych zdarzeń to m.in. *przewlekłość*, którą należy rozumieć jako brak nagłych symptomów toczącego się procesu chorobowego, który najczęściej przez wiele lat potrafi rozwijać się w niezauważalny sposób oraz *uniwersalność*, która oznacza, że niemal każdy człowiek stanie przed koniecznością zmagania się z przynajmniej jedną chorobą przewlekłą w ciągu życia. Ponadto Leventhal zaznacza, że choroba przewlekła w odróżnieniu od innych zdarzeń wywołuje określone zmiany w ciele, które przyczyniają się do odczuwania długotrwałego napięcia emocjonalnego o charakterze zagrożenia, niepewności, złości czy przygnębienia oraz, że metody radzenia sobie z nią mogą stać się równie obciążające oraz zagrażające zdrowiu i życiu jak choroba sama w sobie.

Choroba nowotworowa jako krytyczne zdarzenie życiowe ma zatem kluczowe

znaczenie dla biegu życia człowieka [33]. Zwiększając poziom obciążenia doprowadza do uruchomienia transakcji stresowej, której początek często nie jest uświadamiany przez chorych (chory znajduje się już pod wpływem działania stresora jakim jest toczący się proces chorobowy, ale nie jest jeszcze w stanie sobie tego uświadomić). Zmaganie się z tym rodzajem krytycznego wydarzenia życiowego trwa niejednokrotnie do końca życia, doprowadzając do wyczerpania zasobów oraz zagrażając zdrowiu i życiu [34].

Zagrożenie zdrowia i życia to właściwość, która wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 pozwala uznać chorobę nowotworową także jako zdarzenie traumatyczne [35]. Literatura przedmiotu nie jest zatem w tym obszarze precyzyjna [36]. Biorąc pod uwagę siłę stresora początkowo uznawano, że zdarzenia traumatyczne, jako zjawiska niecodzienne, należy odróżnić od innych słabszych stresorów jak uciążliwości życia codziennego czy krytyczne wydarzenia życiowe. Badania [37, 38] pozwoliły jednak zaobserwować indywidualne różnice w zakresie doświadczania zdarzeń traumatycznych, a także, że silnie stresujące zdarzenia nie są zjawiskiem rzadkim w populacji. Zatem obok doniesień uznających chorobę przewlekłą w tym chorobę nowotworową za KWŻ coraz więcej publikacji klasyfikuje ten rodzaj schorzenia za zdarzenie traumatyczne [39-42]. Wskazuje to na indywidualny udział jednostki i jej "wrażliwości" w interpretacji doświadczanych zdarzeń.

W pracy, celem analizy psychologicznych mechanizmów zmagania się z chorobą nowotworową i wynikających z tego aktualnych następstw przyjęto model KWŻ, który jako rodzaj konstruktu teoretycznego najlepiej pozwala obserwować zachowanie człowieka w sytuacji zetknięcia się ze stresorem, charakteryzującym się zwykle umiarkowaną siłą i przez to przewlekłością działania, czyli cechami przypisanymi chorobie przewlekłej do której zalicza się chorobę nowotworową.

Podsumowanie

Założenia dwóch zaprezentowanych wyżej koncepcji, tj. transakcyjnej teorii stresu psychologicznego Lazarusa i Folkman oraz modelu krytycznych wydarzeń życiowych Filipp, pozwalają przyjąć transakcyjną perspektywę stresu za najpełniej ukazującą przystosowanie w sytuacji choroby nowotworowej [43], wobec której zakłada się, iż źródłem stresu nie są jedynie fizyczne aspekty choroby, ale także inne elementy jak m.in. ocena choroby dokonana przez chorego, posiadane przez chorego zasoby w radzeniu sobie z nią czy trudne zdarzenia,

które poprzedziły zachorowanie. Zgodnie z założeniami przyjętego modelu celem ukazania procesów zachodzących w czasie transakcji stresowej w sytuacji choroby nowotworowej należy uwzględnić: 1. czynniki poprzedzające i ich wpływ na przebieg doświadczanego zdarzenia; 2. cechy stresora i jego poznawczą ocenę; 3. charakterystykę aktywności podejmowanej w związku z zadziałaniem stresora; 4. opis następstw transakcji stresowej oraz 5. ustalenie czynników modyfikujących jej przebieg. W kolejnych podrozdziałach pracy ukazane zostaną założenia teoretyczne odnośnie wymienionych wyżej elementów transakcji stresowej w obliczu choroby nowotworowej.

1.4. Zmaganie się ze stresem choroby nowotworowej

1.4.1. Czynniki poprzedzające zmaganie się z chorobą nowotworową

Analiza funkcjonowania człowieka w sytuacji stresu w przedstawionych wyżej modelach odbywa się na osi czasu. Wyróżnia się czas przed wydarzeniem, czas wydarzenia oraz czas po wydarzeniu. W czasie wyprzedzającym wydarzenie oddziałują skutki wcześniejszych doświadczeń zetknięcia się człowieka z krytycznymi zdarzeniami tzw. bilans doświadczeń KWŻ [44, 27]. Analizując model krytycznych zdarzeń życiowych Filipp można wnioskować, że bilans doświadczeń KWŻ, czyli ich swoista analiza pod kątem zysków i strat dla człowieka, pozwala przewidywać jak będzie przebiegać kolejna transakcja stresowa.

W pracy jako wydarzenie poprzedzające przyjęto zetknięcie się z przewlekłą chorobą somatyczną, która stanowiła zagrożenie dla życia i przekraczała możliwości zaradcze jednostki (jak choroby kardiologiczne czy choroba nowotworowa). Uznano ten rodzaj stresora za potencjalnie traumatogenny, czyli przyczyniający się do wystąpienia określonych negatywnych skutków, naruszających zwłaszcza sferę psychiczną. Wśród nich wymienia się: poczucie przerażenia, odrętwienia, zagubienie, szok, wycofanie. Za jedno z najpoważniejszych skutków zdarzenia traumatycznego uznaje się zespół stresu pourazowego (PTSD, ang. posttraumatic stress disorder). Diagnoza PTSD wymaga wystąpienia zdarzenia traumatycznego i pojawienia się objawów zaliczanych odpowiednio do: intruzji (nawracające obrazy, sny, myśli związane z przeżytym zdarzeniem), unikania (próby unikania myślenia, odczuwania oraz rozmawiania o sytuacji i emocjach z nią związanych) oraz pobudzenia (problemy z koncentracją uwagi, snem oraz kontrolą emocji). Istotny jest także czas występowania wymienionych symptomów, który musi być dłuższy niż miesiąc [45-47]. W aktualnym ujęciu (wg DSM-V) kryteria PTSD uzupełniono o występowanie trwałych zmian takich jak: negatywne przekona-

nia odnoszące się do siebie, innych i świata; nieadekwatne spojrzenie na przyczyny zdarzenia traumatycznego oraz odczuwanie negatywnych emocji takich jak: przerażenie, strach, złość, poczucie winy i wstydu. Ponadto odstąpiono od kryterium występowania subiektywnych reakcji emocjonalnych na zdarzenie traumatyczne, zwiększając obiektywizm rozpoznania PTSD [48].

Poza negatywnymi konsekwencjami pojawiającymi się w wyniku przeżycia zdarzenia traumatycznego osoba może doświadczyć pozytywnych zmian określanych potraumatycznym wzrostem. Zmiany te wg koncepcji Richarda Tedeschiego i Lawrence'a Calhouna obejmują [49]: percepcje siebie (m.in. wzrost poczucia wartości, lepszą zdolność radzenia sobie oraz dojrzałość), relacje interpersonalne (m.in. wzrost wrażliwości i empatii wobec innych, poprawę w zakresie relacji z bliskimi) oraz sferę duchową (m.in. wzrost poczucia sensu życia oraz rozwój duchowy). Wśród wielu mechanizmów objaśniających pojawienie się potraumatycznego wzrostu w pracy przyjęto model wspomnianych wyżej autorów. Wg Richarda Tedeschiego i Lawrence'a Calhouna [50, 51] potraumatyczny wzrost jest efektem poznawczego przetwarzania fundamentalnych założeń jednostki co do własnej osoby, świata i przyszłości. W wyniku tego procesu dochodzi do zmodyfikowania światopoglądu jednostki i osiągnięcia zmian w przedstawionych wcześniej obszarach tj. percepcji siebie, relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej. Doświadczone zdarzenie zostaje zatem włączone w posiadane przekonania na temat funkcjonowania świata i zajmowanego w nim przez człowieka miejsca. Ponadto w modelu zaznacza się, że wystąpienie zjawiska wzrostu potraumatycznego nie wyklucza doznawania negatywnych stanów emocjonalnych. Pozytywne i negatywne skutki zdarzeń traumatycznych stanowią więc dwa odrębne wymiary funkcjonowania psychologicznego po doznaniu zdarzenia traumatycznego. W pracy główny akcent położony zostanie na obserwacje zdarzeń poprzedzających zachorowanie na nowotwór w zakresie objawów składających się na zespół stresu pourazowego. Wybór negatywnych konsekwencji pojawiających w wyniku przeżycia zdarzenia traumatycznego podyktowany został rozpowszechnieniem objawów stresu traumatycznego w populacji. W badaniu przeprowadzonym w 24 krajach przez Światowe Konsorcjum Badań Zdrowia Psychicznego ustalono, że 70,4% osób doświadczyło w ciągu życia przynajmniej jednego traumatycznego zdarzenia życiowego, a dwóch lub więcej wydarzeń traumatycznych doświadczyło 52,3% badanych [52]. Względem badanych w prezentowanej pracy nie zostało przeprowadzone pełne specjalistyczne badanie według kryteriów PTSD zawartych w DSM-V, stąd

analizowane będzie nasilenie poszczególnych wymiarów (Intruzja, Unikanie, Pobudzenie) oraz ogólny wskaźnik nasilenia symptomów po stresie traumatycznym wg skali IES-R [53], a nie stawianie pełnej diagnozy klinicznej. Według wiedzy autorki pełny przebieg transakcji stresowej warunkowany potencjalnymi czynnikami poprzedzającymi jest zagadnieniem dotychczas tylko sygnalizowanym w literaturze przedmiotu. Badania skupiają się głównie na poszczególnych fragmentach modelu stresu Lazarusa i Folkman [54-56].

W polskiej literaturze przedmiotu na antecedensy traktowane jako wydarzenia mogące wyznaczać znaczenie i radzenie sobie z sytuacją stresogenną zwracają uwagę badania H. Sęk [27]. W literaturze obcojęzycznej zagadnienie stresujących wydarzeń życiowych i ich wpływ na radzenie sobie, jakość życia oraz stopień niepełnosprawności fizycznej wśród pacjentów onkologicznych poruszony został w badaniach Langford [57] i Merluzzi [58]. Przedstawiony przez autorkę niniejszej pracy sposób ukazania zdarzeń poprzedzających i ich wpływ na przebieg wydarzenia krytycznego może stanowić oryginalny wkład w wiedzę z zakresu radzenia sobie z chorobą nowotworową oraz weryfikację transakcyjnego modelu stresu.

1.4.2. Procesy zachodzące w trakcie zmagania się z chorobą nowotworową

1.4.2.1. Choroba nowotworowa jako stresor

Fakt zachorowania, hospitalizacji i leczenia może stanowić poważny stres psychologiczny, którego doświadcza pacjent. Scharakteryzować go można za W. Łosiak [59] w kategoriach: *zagrożeń*, które zależy od rodzaju rozpoznanego nowotworu i dotyczy przede wszystkim zdrowia i życia pacjenta; *bezradności*, czyli ograniczonych możliwości działania jakie posiada pacjent by zwalczać chorobę -chory jedynie wspomaga leczenie stosując się do zaleceń lekarza; *niepewności*, czyli szansy na pomyślne zakończenie leczenia i brak nawrotu. Na skutek rozpoznania choroby i leczenia pacjent może także doświadczać negatywnych zmian w psychice jak obniżenie nastroju, lęk, depresja, drażliwość oraz ograniczeń w realizacji celów życiowych, rodzinnych i zawodowych [60, 61].

Nasilenie stresu na skutek zachorowania na nowotwór jest różne, co świadczy o silnie zindywidualizowanym charakterze odpowiedzi emocjonalnej na chorobę. Wśród czynników socjokulturowych, psychologicznych i medyczno-fizycznych determinujących sposób reagowania na chorobę wymienia się: indywidualne rozumienie choroby, wiek, wiarę, płeć, czynniki kulturowe, aktualne warunki życia, osobowość, chorobę psychiczną w przeszłości, przeszłe doświadczenia z rakiem oraz sytuację medyczną danego pacjenta jak: stopień

zaawansowania choroby nowotworowej, przewidywaną prognozę, stosowane leczenie, skuteczność rehabilitacji czy obecność i nasilenie dolegliwości [62, 63].

Kluczowy element kształtujący psychiczną odpowiedź na chorobę nowotworową oraz podejmowane przez pacjenta działania i sposób przeżywania utraty zdrowia stanowi reprezentacja poznawcza choroby, określana w literaturze psychologicznej także indywidualnym rozumieniem choroby lub obrazem własnej choroby. Ukazuje wiedzę, przekonania, poglądy oraz opinie chorego na temat doświadczanej choroby [64, 65]. Reprezentacja choroby danego pacjenta mieści się w obrębie jego struktur poznawczych i może modyfikować stan emocjonalny. Za Leventhalem i wsp. [66] można wyróżnić określone elementy (zaprezentowane w tabeli poniżej), które decydują o istocie poznawczej reprezentacji choroby.

Tabela 1. Komponenty poznawczej reprezentacji choroby wg Leventhala i wsp.

Komponenty poznawczej reprezentacji choroby	Opis
Przyczyny choroby	Obejmuje przekonania na temat czynników biologicznych (np. geny, układ odpornościowy), emocjonalnych (np. stres), środowiskowych (np. zanieczyszczenia środowiska) odpowiedzialnych za pojawienie się danej choroby.
Konsekwencje choroby	Zawiera przypuszczenia odnośnie wpływu choroby na jakość życia chorego.
Identyfikacja choroby	Uwzględnia wiedzę na temat samej choroby – czym jest i jakie powoduje objawy.
Przebieg choroby	Zawiera sądy odnośnie przebiegu choroby oraz czasu jej trwania.
Możliwość wyleczenia/kontroli choroby	Składa się z przekonań dotyczących możliwości kontrolowania choroby i jej objawów oraz opinii dotyczące skuteczności leczenia.

Dane zawarte w tabeli pozwalają wnioskować, iż kształtowanie się obrazu choroby to proces złożony, zależny od wielu czynników. Jego podstawę stanowi przetwarzanie dopływających do człowieka informacji przede wszystkim o roli pacjenta jak i samej choroby. Leventhal i wsp. [67] podkreślają zwłaszcza trzy źródła informacji:

1. *wiedza o chorobie*: czyli gotowe, potoczne, zależne od uwarunkowań kulturowych przekonania, poglądy i przesady na temat chorób,
2. *nieformalna komunikacja społeczna*: czyli informacje o chorobie i stanie zdrowia

dostarczane przez personel medyczny, niemedyczne otoczenie społeczne, środki masowego przekazu, literaturę fachową, obserwacje innych osób z rozpoznaniem tej samej choroby,

3. *subiektywne odczucia pacjenta wynikające z choroby*: czyli stan psychiczny i fizyczny odczuwany przez pacjenta w związku z chorobą; element uznawany za najważniejsze źródło informacji.

Sposób przetwarzania docierających informacji zależy od wielu czynników podmiotowych w tym: ukształtowanych wcześniej schematów poznawczych dotyczących zdrowia, choroby i leczenia (ostatecznie rozstrzygają, które z docierających informacji chory przyjmie, zniekształci, a które całkowicie odrzuci); nabytej wcześniej wiedzy medycznej; stanu emocjonalnego (decydują o gotowości do przyjmowania informacji); osobowości (określone cechy jak np. neurotyczność, charakteryzująca się zwiększonym natężeniem lęku mogą zniekształcać reprezentację poprzez nadmierną koncentrację na niepomyślnych informacjach odnośnie choroby) [68].

Poznawcza reprezentacja choroby stanowi podstawowy element wielu modeli prezentujących zachowania zdrowotne pacjenta w obliczu choroby jak np. model samoregulacji zachowania w zdrowiu i chorobie Leventhala i in. [66] oraz model przekonań zdrowotnych Rosenstocka [69]. Zakładają one, że to właśnie obraz choroby przesądza o adaptacji do danego schorzenia. Jej obecność jest kluczowa także w prezentowanym transakcyjnym modelu radzenia sobie ze stresem w którym ocena poznawcza dotyczy wiedzy na temat choroby oraz znaczenia choroby dla osoby, która jej doświadcza. Elementem silniej decydującym o ujawniających się emocjach oraz radzeniu sobie z chorobą jest ocena znaczenia dla osoby [70].

1.4.2.2. Aktywność w chorobie nowotworowej

W literaturze przedmiotu działania podejmowane przez pacjenta celem przezwyciężenia sytuacji stresowej określa się jako "zmaganie się" bądź "radzenie sobie" (*coping*) [71]. Odnoszą się one do tego samego rodzaju zachowań i mają ten sam rodowód w postaci teorii stresu psychologicznego, jednak termin "zmaganie się" nie przesądza o charakterze i skuteczności wysiłków podejmowanych przez pacjenta w przeciwieństwie do określenia radzenie sobie. Lazarus i Folkman, twórcy przedstawionego wcześniej modelu stresu określili zmaganie się z sytuacją stresową jako "stale zmieniające się poznawcze i

behawioralne wysiłki mające na celu poradzenie sobie z określonymi zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, ocenianymi przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby" (Lazarus i Folkman za: Sęk, 2007 [14]). Wyróżnili oni dwie funkcje radzenia sobie (przez późniejszych badaczy koncepcji Lazarusa i Folkman określane formami aktywności) takie jak: radzenie skoncentrowane na problemie oraz radzenie sobie skoncentrowane na emocjach. Celem radzenia sobie skoncentrowanego na problemie jest uzyskanie zmiany sytuacji stresogennej poprzez zmianę własnego działania i/lub zagrażającego otoczenia. Rozwiązanie problemu powodującego niepokój może nastąpić przy użyciu strategii polegającej na zbieraniu informacji i rozwiązań oraz podejmowaniu decyzji i działań. Radzenie skoncentrowane na emocjach ma z kolei na celu poprawę negatywnego stanu emocjonalnego. Regulacja negatywnych emocji może nastąpić przy udziale takich strategii jak: dystansowanie się (oddalenie od siebie trudności), poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (korzystanie z pomocy ze strony innych ludzi) oraz unikanie-ucieczka (obniżanie napięcia emocjonalnego w wyniku usuwania ze świadomości powodu trudności poprzez zaangażowanie w inne aktywności czy zwrot ku marzeniom) [15].

Koncepcja radzenia sobie ze stresem psychologicznym Lazarusa i Folkman została uzupełniona przez wielu badaczy o dodatkowe formy radzenia sobie. Endler i Parker [72], wyodrębnili radzenie sobie skoncentrowane na unikaniu, czyli postawę w której osoba wzbrania się przed myśleniem, przeżywaniem i doświadczaniem sytuacji stresowej. W odniesieniu do sytuacji doświadczania stresu przewlekłego, nie podlegającego kontroli (jak w sytuacji chorób nowotworowych) użyteczną formą radzenia sobie może okazać się strategia poznawcza polegająca na nadawaniu znaczenia doświadczeniu. Formę tej aktywności określono radzeniem skoncentrowanym na znaczeniu [73]. Wyróżnia się także formę radzenia sobie w której osoba w sytuacji stresogennej poszukuje wsparcia społecznego [74].

Człowiek w sytuacji stresogennej podejmuje zatem różnorodne aktywności, które mogą przyjmować, zarówno korzystne (aktywne, konstruktywne) jak i niekorzystne (destruktywne) formy, co będzie decydowało o możliwościach przystosowania się do tej sytuacji. W sytuacji choroby nowotworowej za konstruktywne uznaje się strategie nastawione na walkę z chorobą bądź poszukiwanie wsparcia relacyjnego. Wśród strategii niekorzystnych, które najczęściej doprowadzają do wzrostu stresu i negatywnych emocji wymienia się strategie oparte na emocjach i unikaniu [71]. Badania Laskowskiej [75] wykazały, iż wybrana strategia zmagania się z nowotworem (mierzona za pomocą skali Mini Mac – *Skala*

przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej) nadaje kierunek przystosowania się do choroby. Strategie destruktywne jak zaabsorbowanie lękowe czy beznadziejność/bezradność zastosowane w obliczu choroby nowotworowej stanowiły predyktor wystąpienia objawów PTSD w 50%. W innych badaniach [76, 77] porównujących strategie radzenia sobie ustalono, że pacjenci z chorobą nowotworową stosujący aktywne strategie radzenia sobie cechowali się wyższą jakością życia oraz korzystniejszym rokowaniem dotyczącym długości przeżycia oraz czasu remisji.

1.4.2.3. Psychologiczne następstwa zmagania się z chorobą nowotworową

W założeniach transakcyjnego modelu stresu następstwa radzenia sobie z krytycznymi zdarzeniami życiowymi ujawniają się na różnych poziomach: *podmiotowym* (np. stan zdrowia somatycznego i psychicznego, bilans zasobów oraz wpływ na rozwój osobowy), *interakcyjnym* (np. jakość relacji interpersonalnych), *kontekstowym* (sytuacja społeczna oraz kształt sieci społecznych), przyjmują zarówno negatywne jak i pozytywne formy, a także występują w określonym czasie od zadziałania stresora (skutki natychmiastowe jak np. stan emocjonalny czy zmiany fizjologiczne czy odległe jak ogólny stan zdrowia czy jakość życia) [15].

Z uwagi na założenia pracy dokładnie omówione zostaną bezpośrednie, podmiotowe efekty konfrontacji ze stresem choroby nowotworowej w postaci wzbudzanych stanów emocjonalnych oraz akceptacji.

Stan emocjonalny tj. afekt i nastrój, obok procesów poznawczych, napędu psychoruchowego, percepcji siebie i zachowania, stanowi składową procesy psychicznego odpowiadającego zarówno za optymalne psychologiczne funkcjonowanie człowieka i pozytywne przeżycia, jak i stany patologiczne m.in. depresje czy lęk [78].

W obliczu choroby, zwłaszcza choroby nowotworowej przeżywane stany emocjonalne charakteryzują się dużą intensywnością i zmiennością. Częsta zmiana kierunku i natężenia sprawia, iż przeprowadzane badania w tym obszarze ukazują przeżycia chorego bardziej w formie statycznej niż dynamicznej. Ponadto precyzyjne przybliżenie zagadnienia jest utrudnione z uwagi na znaczne indywidualne różnice w zakresie odczuwanych emocji. Główną przyczyną unikalności doznań chorego jest subiektywne poczucie choroby, czyli omawiany wcześniej obraz choroby stworzonej przez chorego [79].

Najbardziej typowym stanem emocjonalnym w sytuacji choroby nowotworowej jest lęk. Stanowi on nieodłączną część innych przeżyć, jak depresja, agresja czy nadzieja. Określa

się go przykrym stanem pobudzenia emocjonalnego, które pojawia się w wyniku poczucia zagrożenia utraty ważnej wartości za którą uznaje się m.in. zdrowie [80]. Lęk bywa przede wszystkim kojarzony z dyskomfortem psychicznym, jednak ta reakcja uczuciowa ma w życiu człowieka szersze znaczenie i może spełniać także funkcje pozytywne jak: ostrzegać przed niebezpieczeństwem np. zbliżającej się choroby (funkcja ostrzegawcza), motywować do zachowań prozdrowotnych, np. badania się, poddawania się różnym formom leczenia (funkcja motywacyjno-regulacyjna). Zatem w sytuacji zagrożenia własnego zdrowia i życia na skutek choroby lęk jest adekwatną i naturalną reakcją u każdej zdrowej psychicznie osoby [81]. W zależności od etapu choroby nowotworowej lęk może dotyczyć różnych sfer funkcjonowania człowieka (tab.2) [82, 83]:

Tabela 2. Oblicza lęku a etap choroby nowotworowej

Etap choroby onkologicznej	Oblicza lęku
Podejrzewanie choroby, badania diagnostyczne	LĘK o potwierdzenie diagnozy; poczucie ogólnego zagrożenia; poczucie, że coś dzieje się „nie tak”; jego natężenie jest tłumione przez świadomość, iż diagnoza nie musi się potwierdzić.
Potwierdzenie diagnozy	LĘK przed śmiercią; niesprawnością; uświadomieniem sobie własnej przemijalności; lęk o najbliższych.
Okres leczenia i rehabilitacji	LĘK przed ewentualnym brakiem skuteczności zastosowanego leczenia; przed skutkami ubocznymi leczenia; przed funkcjonowaniem w zmienionych przez leczenie okolicznościach i warunkach (też: fizycznych jak okaleczanie).
Czas po zakończeniu leczenia	LĘK przed nawrotem choroby (tzw. zjawisko Miecza Damoklesa).
Nawrót i rozwój choroby	LĘK o najbliższych, o możliwość uczestniczenia w ważnych momentach życia osobistego; przed zbliżającą się śmiercią, przed dolegliwościami fizycznymi jak ból, duszność.

W sytuacji w której próg nasilenia lęku zostaje przekroczony (chory traci nad nim kontrolę), a czas jego trwania wypełnia ponad połowę czasu nieprzeznaczonego na sen wówczas lęk przestaje pełnić funkcję adaptacyjną a staje się źródłem poważnego zagrożenia i pojawiają się liczne patologiczne reakcje lękowe jak: zaburzenia snu, zaburzenia poznawcze najczęściej o charakterze deficytów uwagi i pamięci; zaburzenia wegetatywne, zmęczenie, utrata zainteresowań, irytacja, napięcie, nadmierna koncentracja na problemie. Mamy

wówczas do czynienia z zaburzeniami lękowymi z którymi pacjent nie jest w stanie poradzić sobie samodzielnie. Wśród pacjentów onkologicznych najczęściej rozpoznaje się takie zaburzenia lękowe jak: lęk przewlekły, lęk napadowy, lęk fobijny, zespół lękowej koncentracji – diagnozowany najczęściej w grupie pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej [84].

Przygnębienie bądź smutek to kolejna charakterystyczna reakcja uczuciowa towarzysząca pacjentom onkologicznym. Jest odpowiedzią na przewidywaną lub zaistniałą utratę jakiejś istotnej wartości jak np. utrata sprawności ruchowej, zmiana dotychczasowego wyglądu. Wśród ogólnych, charakterystycznych objawów przygnębienia wymienia się: płacz, katastroficzne sądy, spowolnienie, zamkniętą postawę, opuszczone oczy, wyraz twarzy wyrażający smutek, utratę zainteresowań, utratę umiejętności cieszenia się, osłabienie procesów poznawczych (problem ze skupieniem uwagi, osłabienie procesów pamięci) [60]. Towarzyszą im zmiany na poziomie fizjologicznym, wśród których najbardziej typowymi jest utrata apetytu czy zakłócenia snu (płytki, przerywany sen, koszmary nocne) [61]. Tak jak w przypadku lęku, przygnębienie może pełnić funkcję adaptacyjną pomagając przygotować się chorym na utratę ważnych dla nich wartości, w tym atrybutów czy funkcji np. zmiana obrazu ciała w wyniku mastektomii. Natomiast w sytuacji wydłużenia czasu trwania i zwiększenia stopnia nasilenia smutek przybiera patologiczne formy określane zespołami depresyjnymi [85]. Za de Walden Gałuszko [61] można wyróżnić trzy najczęstsze kliniczne postacie zespołów depresyjnych jak: zespół depresyjny hiperaktywny (obok objawów typowej depresji występuje lęk, pobudzenie, drażliwość); zespół hipoaktywny (charakterystycznymi objawami jest zmęczenie, osłabienie oraz problem z podjęciem inicjatywy) oraz depresja maskowana (charakterystycznym objawem jest zgłaszany przez chorego ból pełniący funkcję tzw. "maski" depresji; w tej specyficznej sytuacji klinicznej chory nie odpowiada na podawane leki przeciwbólowe natomiast zauważa się znaczną poprawę bądź eliminację bólu po wdrożeniu leczenia przeciwdepresyjnego). Według innych badań, najistotniejszymi i najgroźniejszymi następstwami depresji wśród pacjentów onkologicznych jest utrata motywacji do leczenia oraz zachowania samobójcze, które w przypadku tej grupy pacjentów rzadko przechodzą w fazę realizacji [86]. Za główne czynniki ryzyka pojawienia się depresji w przebiegu choroby nowotworowej uznaje się: poczucie zagrożenia zdrowia i życia, niewystarczające wsparcie społeczne, ból, zmiany w wyglądzie, utrata kontroli i samodzielności, skutki uboczne zastosowanej terapii, potrzeba hospitalizacji, zmiana dotychczas pełnionych ról społecznych [87].

W następstwie doświadczenia choroby nowotworowej mogą ujawnić się także inne reakcje psychiczne [84, 88], które zaprezentowano w tabeli 3.

Tabela 3. Rodzaje reakcji psychicznych w przebiegu choroby nowotworowej

Reakcje psychiczne	Charakterystyka
Szok	Charakteryzuje się utratą kontaktu z otaczającym światem, włącznie z niepamięcią zdarzeń, przy pozornym zachowaniu spokoju; może także objawiać się płaczem, złością, buntem, chęcią ucieczki od ludzi i miejsca, w którym chory przebywa.
Zaprzeczanie	Odrzucenie faktu rozpoznania choroby nowotworowej przez osobę zdrową psychicznie, włącznie z potrzebą jej leczenia i konsekwencjami braku terapii.
Nadzieja	Szansa na powodzenie w zmaganiu się z chorobą; zwiększa mobilizację do leczenia i wolę życia.
Gniew	Negatywny stan emocjonalny stanowiący odpowiedź na przeszkodę w realizowaniu celu; tak jak lęk i smutek, poprzez inicjowanie motywacji do walki, może odgrywać ważną funkcję w procesie przystosowania się do choroby, jednak w sytuacji wydostania się spod kontroli pacjenta może stać się źródłem zachowań agresywnych skierowanych ku sobie i otoczeniu.
Poczucie winy i krzywdy	Nieprzyjemna kondycja emocjonalna wynikająca z przekonania osoby chorej, że doświadczenie choroby zawdzięcza sobie (poczucie winy) lub innej osobie (poczucie krzywdy); stany te łączy się często z gniewem oraz z zaniżonym poczuciem własnej wartości w postaci poczucia bycia ciężarem dla innych.

Wszystkie wymienione reakcje, w określonym czasie i odpowiednim natężeniu mogą działać integrująco na psychikę ludzką i pomagać w adaptacji do choroby, natomiast ich intensyfikacja i przedłużone oddziaływanie doprowadza do szeregu reakcji dezadaptacyjnych, mogących doprowadzać do określonych zaburzeń psychicznych jak wymienione wcześniej zespoły lękowe czy depresyjne.

Akceptacja choroby oznacza stopień pogodzenia się z konsekwencjami jakie ujawniają się na skutek doświadczonego schorzenia [89]. Ma duże znaczenie w sytuacji choroby przewlekłej (jak choroba nowotworowa), gdzie rozumiana jako przystosowanie do choroby, manifestuje się zmniejszeniem nasilenia odczuwania przykrych emocji czy negatywnych re-

akcji [90].

Jednym z modeli ukazujących przystosowanie się do choroby nowotworowej jest trzy fazowy model J. J. Holland i J. Goosen-Piels [91] w którym fazę pierwszą stanowi początkowa reakcja na postawioną diagnozę, przyjmująca zazwyczaj postać niedowierzania, zaprzeczania lub szoku – pacjent stara się zaprzeczyć postawionej diagnozie i w tym celu zaczyna zniekształcać docierające do niego informacje co przekłada się na kwestionowanie prawdziwości otrzymanych wyników czy podważanie kompetencji lekarza. W drugim etapie określanym przez autorów dysforią, chory zaczyna zdawać sobie sprawę z realności otrzymanej diagnozy; występuje tu duża rozpiętość i natężenie emocji. Pojawiają się nawracające, natrętne myśli o chorobie i śmierci, bezsenność, kłopoty z koncentracją, obniżenie nastroju, reakcja depresyjna, niepokój i lęk, niechęć do jedzenia, ale ujawniać może się także nadzieja i optymizm, najczęściej jako reakcja na otrzymanie informacji o możliwości leczenia. Ostatni etap stanowi adaptacja – chory oswaja się z diagnozą i leczeniem, nadaje sytuacji stresowej wywołanej chorobą odpowiednie znaczenie, uruchamia zasoby oraz rozwija strategie radzenia sobie z chorobą, które umożliwiają odzyskanie równowagi zaburzonej przez chorobę.

W niniejszej pracy przyjęto, iż akceptacja stanowi emocjonalny wskaźnik indywidualnego sposobu radzenia sobie z sytuacją stresu choroby, który wyraża się w stopniu nasilenia negatywnych reakcji emocjonalnych oraz uznaniu ograniczeń na skutek choroby [92].

1.4.3. Znaczenie czynników modyfikujących w przystosowaniu się do choroby nowotworowej

Rolę czynników modyfikujących przebieg transakcji stresowej w koncepcji Lazarusa i Folkmana pełnią zasoby zarówno zewnętrzne jak i wewnętrzne. Pomimo braku jasnej konceptualizacji i typologii zasobów badacze zajmujący się tą problematyką zgodnie stwierdzają, iż zasadniczo wpływają one korzystnie na przebieg transakcji stresowej [93]. Za kluczowe w sytuacji stresu na skutek choroby przewlekłej uznaje się: umiejscowienie kontroli zdrowia, poczucie własnej skuteczności, poczucie koherencji, sprężystość psychiczną oraz wsparcie społeczne [29]. Ich ogólną charakterystykę wraz z funkcją pełnioną na rzecz zdrowia człowieka przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wybrane rodzaje zasobów. Charakterystyka i funkcja

Wybrane typy zasobów	Charakterystyka i funkcja pełniona na rzecz zdrowia.
Zasoby osobiste	
Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia	Specyficzny rodzaj poczucia umiejscowienia kontroli. Wymiar osobowości człowieka, świadczący o jego autonomii, zawierający system przekonań o możliwości oddziaływania na stan własnego zdrowia, w tym jego poprawę. Wyróżnia się trzy wymiary poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrzny, zewnętrzny/inne osoby; zewnętrzny/przypadek. Zwiększa poziom odpowiedzialności za własne zdrowie oraz podejmowanie wysiłków w celu jego zachowania [94].
Poczucie własnej skuteczności	Przekonanie jednostki, że posiada zdolność dzięki której swoją aktywnością może wpływać na osiągnięcie określonych rezultatów, jak np. zmiana zachowań zdrowotnych, radzenie sobie z chorobą nowotworową [95].
Poczucie koherencji	Ogólna orientacja psychologiczna ukazująca przekonania jednostki o przewidywalności i racjonalności świata jak i zajmującego w nim określone miejsce człowieka. Składa się z trzech komponentów: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności, poczucia sensowności. Określane także metazasobem (inicjuje aktywność w sytuacji stresu oraz zarządza innymi zewnętrznymi i wewnętrznymi zasobami) oraz "kluczem do zdrowia" (korzystnie wpływa na stan zdrowia i radzenie sobie ze stresem, postrzegając sytuację trudną za wyzwanie) [96].
Sprężystość psychiczna	Właściwość jednostki lub dynamiczny proces, który umożliwia elastyczną adaptację zarówno wobec wydarzeń codziennego życia jak i w sytuacjach trudnych. Identyfikowana z odpornością psychiczną i zaradnością życiową. U osób zmagających się z chorobą somatyczną ułatwia powrót do zdrowia [97].
Zasoby relacyjne	
Wsparcie społeczne	Zasób zakotwiczony w otoczeniu społecznym, który można określić jako rodzaj transakcji lub wymiany określonych zachowań pomocowych między jednostką zmagającą się z sytuacją trudną a innymi ludźmi. Potocznie jest to forma pocieszenia w trudnej sytuacji życiowej [98].

Z badań wynika, że szczególnie istotnym zasobem wśród pacjentów zmagających się z chorobą nowotworową jest wsparcie społeczne, które pomaga w procesie adaptacji do cho-

roby [98]. Ustalono, że już sama świadomość pacjenta, że posiada system wsparcia społecznego wiąże się z lepszym radzeniem sobie ze stresem oraz szybszym powrotem do zdrowia po chorobie. Pomimo wielu badań wsparcie społeczne nadal pozostaje złożonym zjawiskiem o niejednoznacznej definicji. W kontekście zdrowia i choroby przyjmuje się, iż jest to względnie stały rodzaj interakcji społecznej, w której dochodzi do wymiany bądź przekazania określonych zasobów informacyjnych, emocjonalnych czy rzeczowych. Ta swoista relacja człowieka z otoczeniem społecznym ma pomóc w zmaganiu się z sytuacją trudną i zapobiec odczuwaniu silnego stresu [99].

Tak jak w odniesieniu do ogólnego pojęcia zasobów, tak i w przypadku konkretnego jego przykładu tj. wsparcia społecznego, brakuje jasnych klasyfikacji tego zjawiska. W piśmiennictwie można wyróżnić różne rodzaje wsparcia, które człowiek w sytuacji trudnej może otrzymywać zależnie od swoich potrzeb. Najczęściej wyróżnia się i poddaje badaniom takie rodzaje wsparcia społecznego jak:

- wsparcie emocjonalne – najbardziej powszechny typ wsparcia; dotyczy przekazania zachowań wspierających w formie np. okazania miłości czy sympatii, które mają uspokoić zdestabilizowaną psychicznie jednostkę oraz wyrazić troskę i opiekę,
- wsparcie instrumentalne – odnosi się do przekazania instruktażu postępowania bądź przyswajania przez wspieranego bezpośrednio zaprezentowanych zachowań poradczych; ponieważ odzwierciedla bezpośrednią, konkretną pomoc udzieloną wspieranemu, nie jest najbardziej wskazanym typem wsparcia, gdyż może ograniczać inicjatywę i blokować rozwój zasobów osobowych,
- wsparcie informacyjne (poznawcze) – dotyczy przekazania odpowiednich informacji, które mają pomóc w rozwiązaniu problemów, do tej formy wsparcia zalicza się także dzielenie się doświadczeniem przez osoby, które miały podobne przeżycia i trudności (grupy samopomocowe) oraz wskazanie profesjonalnej pomocy instytucjonalnej,
- wsparcie materialne (rzeczowe) – forma pomocy rzeczowej, materialnej bądź finansowej, obejmuje także bezpośrednie fizyczne działanie względem osób w potrzebie jak np. karmienie czy udostępnianie mieszkania bądź zaopatrzenie w lekarstwa [98, 100].

Poza wymienionymi głównymi rodzajami wsparcia z punktu widzenia chorego onkologicznego istotne znaczenie w odzyskiwaniu zdrowia i równowagi psychicznej mogą mieć też:

- wsparcie integrujące, to pomoc świadczona w oparciu o zasadę, że sam kontakt z drugim człowiekiem i angażowanie się z nim w różne rodzaje aktywności stanowi źródło

wsparcia w trudnej życiowej sytuacji [101] oraz

- wsparcie duchowe, czyli pomoc oferowana w sytuacjach nasyconych cierpieniem i bólem duchowym w związku z utratą sensu życia czy zagrożeniem śmiercią; pożądane zwłaszcza w sytuacjach terminalnych oraz kryzysu egzystencjalnego; odnosi się do strategii duchowego radzenia sobie ze stresem egzystencji i choroby [14].

Uwzględniając rolę wsparcia w radzeniu sobie ze stresem i problemami zdrowotnymi w literaturze przedmiotu wyróżnia się także podział na *wsparcie otrzymywane* (*received social support*) dotyczące indywidualnej oceny ilości oraz rodzaju otrzymywanej pomocy oraz *wsparcie spostrzegane* (*perceived social support*), które ukazuje przekonanie o dostępności sieci wsparcia, czyli na kogo, gdzie, na jakiej zasadzie i w jaki sposób można liczyć w trudnych sytuacjach [98, 102].

Wpływ wsparcia na zdrowie w grupie pacjentów z chorobą nowotworową potwierdzają doniesienia z badań. Ustalono, że kobiety z rozpoznaniem raka piersi charakteryzują się wyższą zdolnością radzenia sobie z następstwami choroby, umiejętnością zachowania swoich dotychczas pełnionych ról oraz większą witalnością i lepszym, ogólnym, subiektywnie odczuwanym stanem zdrowia jeżeli przed diagnozą nowotworu wykazywały korzystne funkcjonowanie społeczne [103]. Natomiast w grupie chorych z rozpoznaniem jelita grubego zaobserwowano mniejsze nasilenie następstw choroby w postaci dolegliwości bólowych w sytuacji otrzymywania wsparcia społecznego o charakterze emocjonalnym [104]. Ponadto wśród różnych grup pacjentów onkologicznych zaobserwowano, że brak dostosowanego wsparcia społecznego może zwiększać poziom dystresu oraz stanowić czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych jak zaburzenia lękowe i nastroju – depresja oraz zwiększać poziom odczuwanego bólu i obniżać zdolności przystosowania się do choroby nowotworowej [104, 105].

Podsumowanie

Zaprezentowana siatka pojęciowa utworzona na podstawie koncepcji transakcyjnego modelu stresu Lazarusa i Folkman ma przybliżyć sytuację człowieka w obliczu zmagania się z zagrażającą życiu chorobą. Z uwagi na brak wystarczających informacji w literaturze przedmiotu szczególne miejsce zajmują w niej antecedensy czyli wydarzenia poprzedzające zachorowanie na nowotwór, których obecność i skutki mogą decydować o aktualnym przebiegu zmagania się ze stresem choroby nowotworowej. Te interakcje będą przedmiotem kolejnej, badawczej części pracy.

2. PROBLEM BADAWCZY

Kontakt z osobą doświadczającą choroby nowotworowej i obserwacja tego jak radzi sobie ze stresem choroby i leczenia oraz dotychczasowe doniesienia naukowe w tym obszarze skłoniły do zadania następującego pytania badawczego: Czy wcześniejsze doświadczenia życiowe związane z chorowaniem u pacjenta jak i w jego najbliższym otoczeniu mają wpływ na przebieg zmagania się z aktualną chorobą nowotworową?

Ponieważ poruszane zagadnienie jest dotychczas tylko sygnalizowane w literaturze przedmiotu przewiduje się, iż badany problem będzie miał swój oryginalny wkład w wiedzę psychoonkologiczną. Ponadto szersze spojrzenie na zmaganie się pacjentów z nowotworem poprzez analizę wcześniejszych utrat zdrowia w historii życia pacjentów umożliwi zaprojektowanie precyzyjnych działań pomocowych osobom chorym na nowotwór. Tym samym przyczyni się do lepszego funkcjonowania w sytuacji choroby i podniesienia jakości życia.

3. CEL I ZAKRES BADAŃ

W pracy postawiono dwa główne cele badawcze:

1. Określenie, czy wcześniejsze doświadczenia życiowe związane z chorowaniem na chorobę zagrażającą życiu u pacjenta lub wśród jego bliskich mają wpływ na przebieg zmagania się z aktualną chorobą nowotworową.
2. Sprawdzenie jak testowany model badawczy pozwala przewidzieć konsekwencje zmagania się z chorobą nowotworową.

W związku z powyższym sformułowano następujące cele szczegółowe:

1. Określenie, czy wcześniejsza obecność lub brak doświadczenia poważnej, zagrażającej życiu choroby u pacjenta lub jego bliskich wpływa na różnicę w zakresie: sposobu postrzegania aktualnie leczonej choroby nowotworowej; uruchamianych strategii radzenia sobie z nią; stopnia akceptacji oraz stanu psychicznego.
2. Określenie, czy typ nowotworu tj. rak piersi i rak jelita grubego u osoby badanej i występowanie doświadczenia poważnej choroby u pacjenta lub u kogoś z jego bliskich przed zachorowaniem na nowotwór różnicuje sposób zmagania się z bieżącą chorobą w zakresie: sposobu jej postrzegania, strategii radzenia sobie z nią, stopnia

akceptacji i stanu psychicznego.

3. Określenie, czy wsparcie społeczne wpływa na różnice w postrzeganiu własnej choroby nowotworowej, strategii radzenia sobie z nią, stopnia akceptacji oraz stanie psychicznym w zależności od typu nowotworu oraz występowania poważnej choroby u pacjenta lub u jego bliskich przed zachorowaniem na nowotwór.
4. Określenie, czy istnieje różnica w zakresie: postrzegania własnej, aktualnej choroby nowotworowej, strategii radzenia sobie z nią, stopnia akceptacji i stanu psychicznego między osobami, które doświadczyły traumy na skutek doświadczenia poważnej choroby u pacjenta lub u kogoś z jego bliskich, a osobami, które nie doświadczyły takiej traumy.
5. Określenie, czy wsparcie społeczne wpływa na różnice w postrzeganiu własnej choroby nowotworowej, strategii radzenia sobie z nią, akceptacji do choroby oraz stanie psychicznym w zależności od typu nowotworu i występowania traumy.
6. Określenie, czy zmienne socjodemograficzne jak: wiek, płeć, status związku, wykształcenie, miejsce zamieszkania i sytuacja zawodowa wpływają na różnice w radzeniu sobie z chorobą nowotworową uwzględniając podział grupy na obecność lub brak wcześniejszej poważnej choroby u pacjenta lub/i jego bliskich.
7. Sprawdzenie jakie elementy modelu badawczego wyprowadzone z transakcyjnej koncepcji stresu wiążą się z akceptacją choroby lub stanem psychicznym tj. depresją, lękiem bądź agresją.

4. MATERIAŁY I METODY

4.1. Badana grupa i przebieg badań

Do badania zostali włączeni pacjenci z rozpoznaniem raka jelita grubego i raka piersi w dniach pracy osoby prowadzącej badanie. Badanymi były osoby rozpoczynające radykalne leczenie chemioterapią na Oddziale Chemioterapii Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu. Badania zostały przeprowadzone w latach 2017–2019.

Uczestnicy byli zapoznani z procedurą i celem prowadzonych badań oraz wyrażali świadomą zgodę na udział w nim. Zostali także poinformowani, że badanie jest anonimowe, dobrowolne i w każdym momencie można z niego zrezygnować bez podania przyczyny, a odmowa czy przerwanie udziału w badaniu nie wpłynie w żaden sposób na współpracę z zespołem leczącym. Ponadto udział w badaniu nie zaburzał postępowania terapeutycznego w trakcie hospitalizacji. Z badania wykluczono osoby z rozpoznaniem choroby psychicznej, która mogłaby wpływać na otrzymywane wyniki badań. Kryteria włączenia i wyłączenia zawarto w tabeli 5. Ponadto z uwagi na poruszany temat trudnych zdarzeń życiowych badani zostali objęci obserwacją psychologiczną i zapewnieni o możliwości skorzystania z pomocy psychologa w sytuacji potrzeby.

Wytypowane do badań osoby otrzymywały pakiet kwestionariuszy do wypełnienia składający się z dwóch części. Pierwsza część baterii testów odnosiła się do sytuacji utraty zdrowia przez pacjenta lub jego bliskich przed zachorowaniem na leczoną aktualnie chorobę nowotworową. Druga część kwestionariuszy dotyczyła aktualnie doświadczanej i leczonej choroby nowotworowej. Wypełnienie całego zestawu kwestionariuszy zajmowało osobom badanym średnio godzinę. Łącznie rozdano 250 kwestionariuszy z których powróciło 126, w tym 5 pustych, które odrzucono. Współczynnik zwrotu wynosił więc 48,4%. Na podstawie informacji zwrotnych od osób rezygnujących z odpowiadania na pytania kwestionariuszowe, ustalono, iż główny powód odmowy wzięcia udziału w badaniu stanowiły skutki uboczne terapii jak szybkie męczenie się oraz problemy poznawcze dotyczące procesów uwagi w zakresie koncentracji bądź funkcji pamięci.

Podstawę do przeprowadzenia badań stanowiła pozytywna opinia wniosku przedstawiającego zakres i plan badań wydana przez Komisję Bioetyczną (uchwała o numerze 744/16 z dnia 16.06.2016 r. oraz uchwała o nr 645/20 z dnia 09.09.2020 r., zawierająca pozytywną

opinię odnośnie poprawek wprowadzonych do protokołu badania; ZAŁĄCZNIK NR 1).

Tabela 5. Kryteria włączenia i wyłączenia z badań

KRYTERIA WŁĄCZENIA	CHARAKTERYSTYKA KRYTERIUM
Typ nowotworu	Rak piersi i rak jelita grubego
Ocena stopnia zaawansowania	Nowotwór we wczesnej fazie rozwoju
Rodzaj leczenia	W trakcie terapii chemioterapią neoadjuwantową i adjuwantową (leczenie radykalne)
Wiek	Grupa od 18 do 85 lat
Zgoda na udział w badaniu	Wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu
Zaburzenia psychiczne	Brak zdiagnozowanych chorób psychicznych
KRYTERIA WYŁĄCZENIA	CHARAKTERYSTYKA KRYTERIUM
Typ nowotworu	Inne nowotwory niż rak piersi i rak jelita grubego
Ocena stopnia zaawansowania	Nowotwór w zaawansowanej fazie rozwoju
Rodzaj leczenia	W trakcie terapii chemioterapią paliatywną
Zgoda na udział w badaniu	Brak zgody
Zaburzenia psychiczne	Diagnoza choroby psychicznej

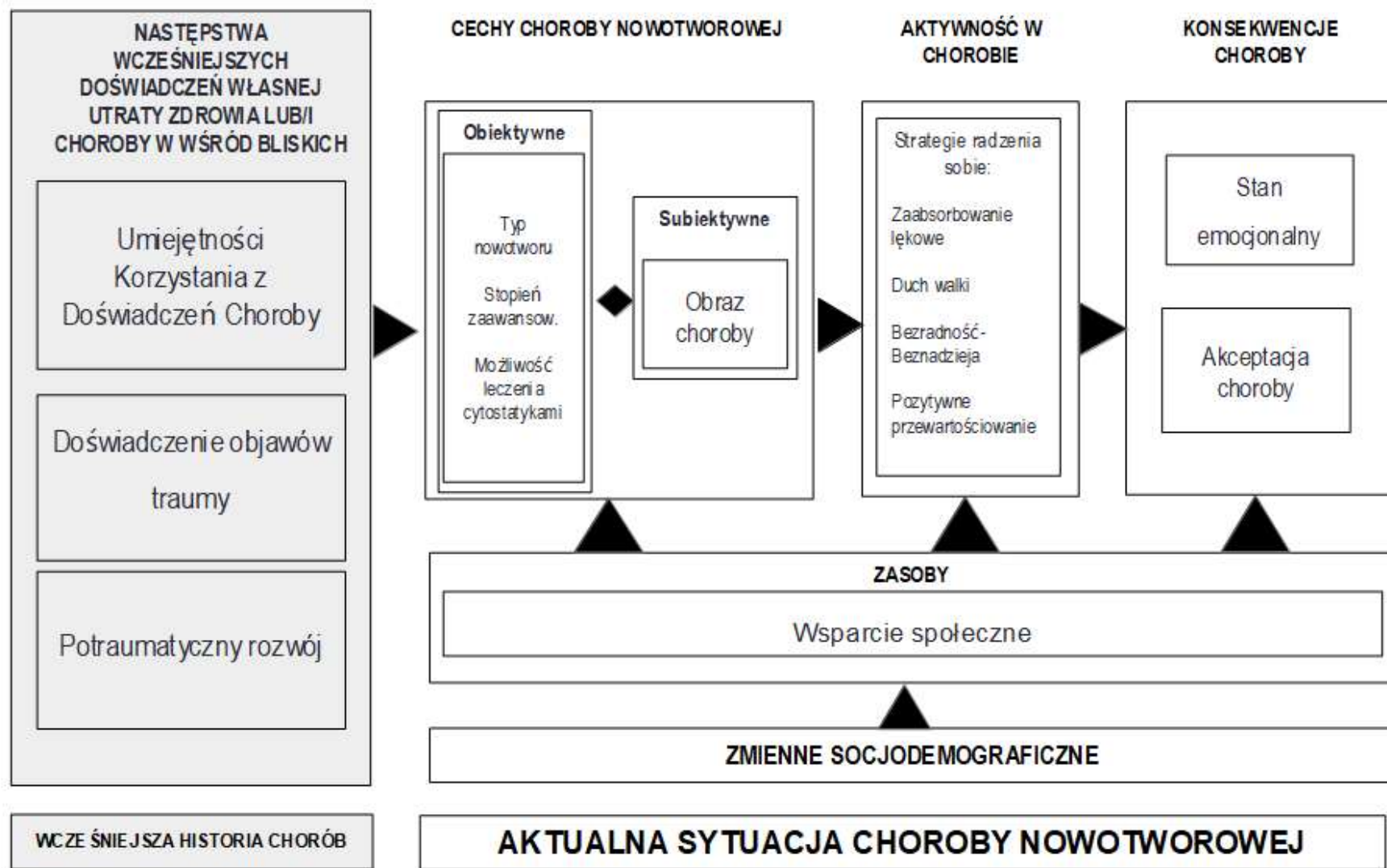
4.2. Schemat projektu badawczego

W celu rozwiązania poruszanego w pracy problemu badawczego, na który składa się analiza określonych parametrów psychologicznych skonstruowano odpowiedni model badawczy. Podstawy teoretyczne stanowiły dla niego: transakcyjny model stresu Lazarusa i Folkman oraz model krytycznych zdarzeń życiowych Filipp. Modele te odwołują się do aktualnego ujęcia stresu psychologicznego jako specyficznej relacji między czynnikami zewnętrznymi a właściwościami człowieka i ukazują konfrontacje ze stresem jako proces w którym następują po sobie określone fazy poddawane oddziaływaniu czynników modyfikujących [15, 29]. Te założenia w pełni odpowiadają dynamice poszczególnych faz zmagania się z chorobą przewlekłą za którą uznawana jest choroba nowotworowa.

W zaprezentowanym modelu (rysunek 1) wyróżniono pięć elementów transakcji stresowej. Składową pierwszą stanowiły antecendensy, rozumiane jako zetknięcie się ze zdarzeniami o charakterze krytycznym przed rozpoczęciem interakcji z aktualnym stresorem. Występowanie i ocena tych zdarzeń może warunkować przebieg kolejnej transakcji stresowej.

W pracy ocenę tych zdarzeń przeprowadzono na trzech wymiarach: umiejętności, które pacjent uzyskał dzięki tym zdarzeniom; pozytywnych następstw o charakterze doświadczenia tzw. potraumatycznego rozwoju oraz negatywnych następstw, czyli objawów stresu pourazowego na które położono w pracy główny akcent. Drugim elementem była ocena aktualnego krytycznego wydarzenia życiowego pod kątem właściwości obiektywnych (tj. typ nowotworu) jak i subiektywnych (poznawcza reprezentacja choroby). Trzeci stanowiły uruchamiane przez chorego strategie radzenia sobie. Na czwarty element składały się konsekwencje choroby, które objęły poziom adaptacji do choroby oraz natężenie depresji, lęku i agresji. Jako piaty element wyróżniono wsparcie społeczne, czyli zasób relacyjny pełniący w modelu funkcję czynnika modyfikującego przebieg transakcji stresowej.

Według przedstawionego modelu podstawowym celem badawczym było określenie następstw przebiegu transakcji stresowej u osób chorych na nowotwór (tj. poziom poczucia akceptacji oraz stan emocjonalny/psychiczny na wymiarze natężenia depresji, lęku oraz agresji) w zależności od obecności lub braku w ich życiu wcześniejszych doświadczeń związanych z występowaniem zagrażających życiu chorób.



Rysunek 2: Przebieg procesu radzenia sobie z chorobą nowotworową w zależności od wcześniejszych doświadczeń życiowych związanych z chorowaniem – schemat badań własnych (źródło: opracowanie własne)

4.3. Zmienne i ich operacjonalizacja

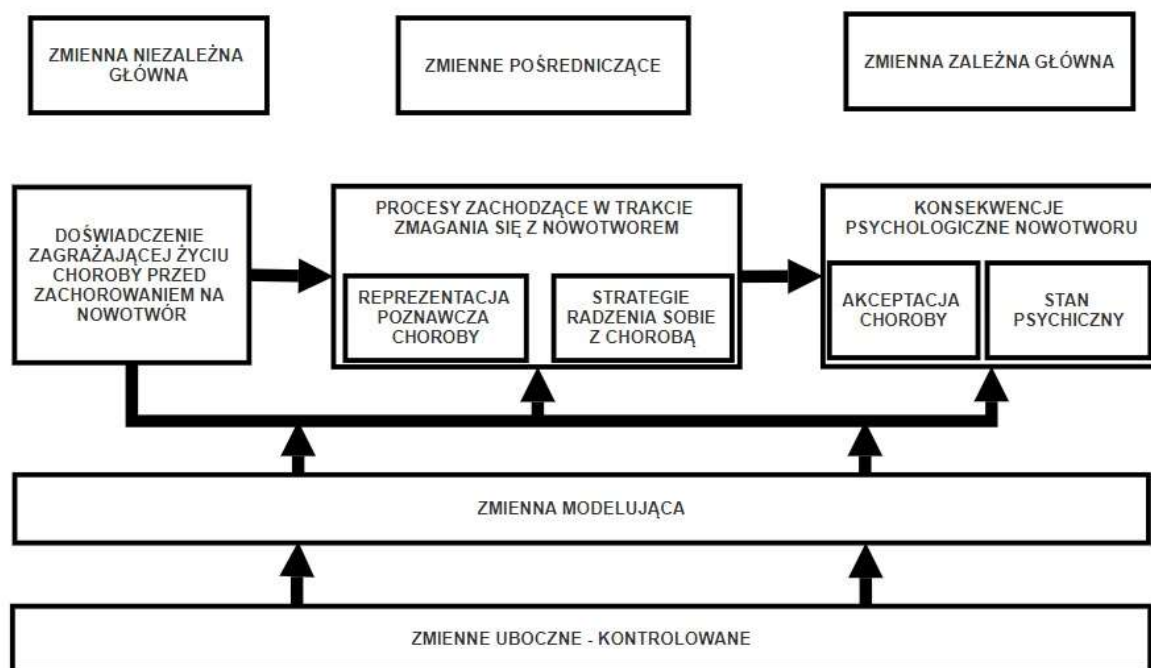
Układ badań podporządkowany został rozważaniom teoretycznym zawartym w rozdziałach prezentowanej pracy (punkty 1.2., 1.3., 1.4.). Na tej podstawie opracowano model badawczy (schemat i omówienie zamieszczone w punkcie 4.2.), wyróżniono określone zmienne (zależne, niezależne oraz pośredniczące) oraz dokonano ich operacjonalizacji.

Zestawienie poszczególnych zmiennych wraz z ich operacjonalizacją przedstawiono w poniższej tabeli oraz na rysunku 3.

Tabela 6. Zmienne i ich operacjonalizacja

Zmienna	Operacjonalizacja
ZMIENNA NIEZALEŻNA GŁÓWNA	
Występowanie choroby zagrażającej życiu	Obecność lub brak utraty zdrowia na skutek poważnej, zagrażającej życiu choroby przed zachorowaniem na nowotwór w przebiegu: 1. historii życia pacjenta; 2. historii życia jego rodziny, 3. historii życia zarówno pacjenta jak i rodziny.
ZMIENNE NIEZALEŻNE UBOCZNE - NASTĘPSTWA WCZEŚNIEJSZYCH DOŚWIADCZEŃ WŁASNEJ UTRATY ZDROWIA LUB/I CHOROBY W WŚRÓD BLISKICH	
Korzystanie z doświadczeń choroby	Umiejętności nabyte w wyniku doświadczania poważnych utrat zdrowia, które poprzedziły zachorowanie na nowotwór. Obejmuje wymiar ogólny, emocjonalny, poznawczy, społeczno/behawioralny.
Potraumatyczny wzrost	Poziom pozytywnych zmian na skutek przeżytej sytuacji trudnej. Zmiany obejmują: percepcję siebie, relacje z innymi, sens życia, duchowość.
Doświadczenie traumy	Pomiar objawów PTSD na wymiarze intruzji, pobudzenia oraz unikania w wyniku doświadczenia zdarzenia traumatycznego.
ZMIENNA NIEZALEŻNA MODELUJĄCA - ZASOBY	
Wsparcie społeczne	Dostępna pomoc wynikająca ze względnie stałej interakcji człowieka z innymi ludźmi, grupami społecznymi, społeczeństwami. Obejmuje wymianę bądź przekazanie określonych zasobów jednostce w sytuacji trudnej przez osoby znaczące i grupy odniesienia. Wyróżnia się 4 główne rodzaje wsparcia: emocjonalne, instrumentalne, informacyjne oraz materialne.
ZMIENNA NIEZALEŻNA UBOCZNA KONTROLOWANA	
Zmienne socjo-demograficzne i kliniczne	Ustalenie parametrów: typ nowotworu, wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny.
ZMIENNE ZALEŻNE GŁÓWNE - KONSEKWENCJE CHOROBY	
Stan emocjonalny	Miara nasilenia wybranych reakcji emocjonalnych jak lęk, depresja czy agresja bądź rozdrażnienie, ujawniających się jako odpowiedź na doświadczaną chorobę.

Akceptacja	Stopień pogodzenia się z następstwami na skutek doświadczonej choroby.
ZMIENNE ZALEŻNE POŚREDNICZĄCE - PROCESY ZACHODZĄCE W TRAKCIE ZMAGANIA SIĘ Z CHOROBAŁ NOWOTWOROWĄ	
Obraz choroby	Pomiar przekonań na temat własnej choroby. Obejmuje wymiar istoty choroby, postawę wobec choroby oraz przyczyny choroby.
Strategie radzenia sobie z chorobą	Pomiar wybranych strategii radzenia sobie z sytuacją choroby nowotworowej. Strategie obejmują: zaabsorbowanie lękowe, duch walki, beznadziejność-bezradność, pozytywne przewartościowanie.



Rysunek 3. Uproszczony schemat zależności pomiędzy zmiennymi

4.4. Zastosowane techniki badawcze

W badaniu wykorzystano odpowiednio przygotowany zestaw narzędzi badawczych, które stanowiły standaryzowane metody kwestionariuszowe. W oparciu o doświadczenie kliniczne i zaplecze teoretyczne przygotowany zestaw narzędzi badawczych podzielony został na dwie grupy. Pierwszą grupę stanowiły narzędzia do pomiaru oceny zdarzeń związanych z utratą zdrowia, poprzedzających aktualną chorobę nowotworową. Znalazły się tu takie metody kwestionariuszowe jak:

- Skala Wpływu Zdarzeń IES-R (Ogińska-Bulik)
- Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju PTGI (Ogińska-Bulik)

- Inwentarz Umiejętności Korzystania z Doświadczeń Choroby – skrót IUKDCh (oprac. własne).

Drugą grupę stanowiły narzędzia do pomiaru przebiegu radzenia sobie z aktualnie doświadczaną chorobą nowotworową. Wśród nich znalazły się:

- Kwestionariusz Postrzegania Własnej Choroby IPQ-R (Wojtyna)
- Kwestionariusz Radzenia Sobie z Chorobą Mini-MAC (Juczyński)
- Kwestionariusz Stanu Psychicznego HADS (de Walden-Gałuszko)
- Kwestionariusz Akceptacji Choroby AIS (Juczyński)
- Skala Wsparcia Społecznego ISSB (Sęk)

Poniżej przedstawiono dokładny opis wykorzystanych narzędzi badawczych.

4.4.1. Pomiar oceny zdarzeń związanych z utratą zdrowia przed zachorowaniem na chorobę nowotworową

4.4.1.1. Skala Wpływu Zdarzeń, IES-R

(ang. Impact of Event Scale; wersja oryginalna: Weiss i Marmara; polska adaptacja: Ogińska-Bulik)

Narzędzie samoopisu służące do pomiaru zaburzeń po stresie traumatycznym. Jedno z bardziej znanych narzędzi do pomiaru objawów PTSD. Składa się z 22 stwierdzeń ocenianych w 5-stopniowej skali typu Likerta, które wchodzi w skład 3 podskal/wymiarów PTSD takich jak:

- Intruzja, wyrażająca powracające obrazy, sny, myśli lub wrażenia percepcyjne związane z traumą;
- Pobudzenie, charakteryzujące się wzmożoną czujnością, lękiem, zniecierpliwieniem, trudnościami w koncentracji uwagi;
- Unikanie, przejawiające się wysiłkami pozbycia się myśli, emocji lub rozmów związanych z traumą.

Wypełnienie skali zajmuje nie więcej niż 10 minut. Zamieszczona na wstępie instrukcja informuje o celu badania i sposobie odpowiadania. Najpierw jednak badany podaje w zaznaczonym miejscu, o jakie zdarzenie chodzi – w omawianej pracy badawczej uczestnik był przez badacza dokładnie poinformowany, iż odnosi się do konkretnego zdarzenia tj. poważnej choroby, którą doświadczył badany i/lub członek jego rodziny przed zachorowaniem na no-

wotwór; modyfikacja została wprowadzona za zgodą autora kwestionariusza prof. N. Ogińskiej-Bulik. Następnie badany ocenia nasilenie występujących objawów, zakreślając odpowiednią cyfrę, która oznacza: 0 – wcale nie; 1 – w małym stopniu; 2 – umiarkowanie; 3 – w znacznym stopniu; 4 – zdecydowanie tak.

Wyniki oblicza się dla całej skali oraz dla poszczególnych wymiarów. Wynik pomiaru wyraża dyskomfort badanego związany nie tyle z częstotliwością pojawiania się objawów, lecz z ich nasileniem. Zamiast obliczania sumy punktów (co jest oczywiście dopuszczalne), rekomendowane jest ustalanie średnich wyników twierdzeń przypisanych do 3 wymiarów i ogólnego wskaźnika PTSD. Sumy punktów dla poszczególnych wymiarów należy więc podzielić przez liczbę twierdzeń (kolejno: 8, 7, 7). Analogicznie, do obliczenia ogólnego wskaźnika PTSD należy podzielić sumę wszystkich punktów skali przez ogólną liczbę twierdzeń (tj. 22). W rezultacie uzyskany wynik pozwala na bezpośrednie odniesienie do nasilenia występujących objawów, zarówno Intruzji, Pobudzenia, Unikania, jak i ogólnego nasilenia objawów PTSD, zgodnie z przyjętymi wartościami skali (0 – wcale nie; 1 – w małym stopniu; 2 – umiarkowanie; 3 – w znacznym stopniu; 4 – zdecydowanie tak). Wartością graniczną jest wynik 1,5 punktu, odnoszący się zarówno do poszczególnych wymiarów, jak i ogólnego wskaźnika nasilenia objawów po stresie traumatycznym. Wyniki przekraczające wartość 1,5 punktu wskazują co najmniej na umiarkowane nasilenie objawów. Ich podobne nasilenie w każdym z trzech wymiarów skali uwiarygodnia diagnozę. Pełna diagnoza kliniczna wymaga jednak przeprowadzenia specjalistycznego badania według kryteriów zawartych w DSM-V.

4.4.1.2. Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju, PTGI

(ang. Posttraumatic Growth Inventory wersja oryginalna: Tedeschi and Calhoun ; polska adaptacja: Ogińska-Bulik)

Inwentarz pozwala ustalić poziom potraumatycznego rozwoju na który składają się takie czynniki jak:

1. Zmiany w percepcji siebie – w wyniku doświadczonej traumy człowiek dostrzega nowe możliwości i odczuwa wzrost poczucia osobistej siły.
2. Zmiany w relacjach z innymi – większe poczucie związku z innymi, wzrost empatii i altruizmu.

3. Większe docenianie życia – zmiana filozofii życia, dotychczasowych priorytetów, większe docenianie każdego dnia.
4. Zmiany duchowe – lepsze rozumienie problemów duchowych i wzrost religijności.

Im wyższy wynik, tym więcej pozytywnych zmian będących skutkiem przeżytej sytuacji traumatycznej.

Poziom potraumatycznego rozwoju można ustalić, odnosząc uzyskany wynik do średniego ogólnego wyniku. Średni ogólny wynik wynoszący 60,36 (SD = 20,6) w skali, której teoretyczny rozkład wynosi 0 – 105 punktów, wskazuje na poziom około 57% maksymalnego rozwoju potraumatycznego (wynik $\times 100/105$). Można również porównać wyniki czterech wymiarów potraumatycznego rozwoju, co jednak – z powodu różnej liczby twierdzeń wchodzących w ich skład – wymaga obliczenia wyników średnich (podzielenia sumy punktów przez - kolejno: 9, 7, 3 i 2). Te wyniki można odnieść bezpośrednio do zastosowanej w inwentarzu skali pomiarowej (od 0 = nie doświadczyłem tej zmiany w wyniku kryzysu, do 5 = doświadczyłem tej zmiany w bardzo dużym stopniu).

4.4.1.3. Inwentarz Umiejętności Korzystania z Doświadczeń Choroby, IUKDCh

Narzędzie to zostało opracowane na potrzeby badań w oparciu o założenia teoretyczne i praktykę kliniczną, które wskazują, że doświadczanie różnych poważnych zagrażających życiu chorób niesie za sobą w chorującym czy wśród jego bliskich różnorodne konsekwencje. To może mieć wpływ na dalsze radzenie sobie z kolejnymi kryzysami związanymi z utratą zdrowia. Skala ta umożliwia badanie zobiektywizowanych konsekwencji wcześniejszych doświadczeń poważnych utrat zdrowia w sytuacji chorowania na nowotwór. Bazując na powyższych założeniach, opracowano wstępną wersję kwestionariusza, składającą się z 45 twierdzeń, do których osoby badane ustosunkowywały się na czteropunktowej skali, gdzie: 1 – zdecydowanie nie, 4 – zdecydowanie tak. Pilotażową wersją skali przebadano 60 osób chorych na nowotwór. Ostatecznie pozostawiono 12 pozycji odnoszących się do trzech wymiarów: emocjonalnego, poznawczego i społecznego/behawioralnego (odrzucono te, które najsłabiej korelowały z wynikiem końcowym testu) i ustalono wynik ogólny testu na który składa się suma poszczególnych podskal. Ustalono wstępny wynik rzetelności dla wymiaru ogólnego na poziomie alfa Cronbacha = 0,72 oraz uzyskano obiecującą trafność tego wymiaru w zestawieniu z podskalami IES-R i PTGI. Natomiast niska rzetelność poszczególnych podskal nie pozwoliła na uwzględnienie całego narzędzia w analizach.

4.4.2. Pomiar przebiegu radzenia sobie z aktualnie doświadczaną chorobą nowotworową

4.4.2.1. Kwestionariusz Postrzegania Własnej Choroby, IPQ-R

(ang. *Illness Perception Questionnaire*; wersja oryginalna: Moss-Morris i in.; polska adaptacja: Wojtyna).

Składa się z trzech części i umożliwia pomiar przekonań na temat własnej choroby. W I części, związanej z wymiarem istoty choroby, badany wybiera z listy czternastu dolegliwości te, których doświadcza, a następnie zaznacza, czy jego zdaniem są one związane z jego chorobą. Wynik tej skali uzyskuje się zliczając liczbę objawów identyfikowanych z własną chorobą (badany może uzyskać od 0 do 14 punktów). Kwestionariusz pozwala także oszacować, czy choroba w percepcji pacjenta powoduje mało czy wiele objawów.

II część kwestionariusza składa się z 38 pozycji, pozwalających określić przekonania pacjenta na temat własnej choroby. Badany ustosunkowuje się do wymienionych twierdzeń na pięciostopniowej skali, od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam). Wymienione pozycje przyporządkowane są odpowiednio do siedmiu wymiarów ukazujących posiadane przez chorego przekonania. Są to:

1. choroba ostra-choroba przewlekła, czas trwania choroby, 6 pozycji (np. „moja choroba będzie trwać krótki czas”),
2. konsekwencje choroby, 6 pozycji (np. „moja choroba powoduje trudności dla tych, którzy są mi bliscy”),
3. częstość występowania objawów, przebieg choroby w kontekście powtarzalności doświadczanych objawów, 4 pozycje (np. „moje objawy pojawiają się i znikają cyklicznie”),
4. samokontrola, możliwości wpływania na stan zdrowia poprzez indywidualne działania, 6 pozycji (np. „moje działania mogą zdecydować o tym, czy choroba się nasili, czy zacznie ustępować”),
5. kontrola leczenia, możliwości oddziaływania na stan swojego zdrowia poprzez leczenie, 5 pozycji (np. „moje leczenie będzie skuteczne w przezwyciężeniu choroby”),
6. poczucie koherencji, poczucia zrozumienia choroby, 5 pozycji (np. „nie rozumiem swojej choroby”)

7. reprezentacja emocjonalna, emocjonalnej reakcji na chorobę, 6 pozycji (np. „fakt, że jestem chory, napawa mnie niepokojem”).

III część kwestionariusza dotyczy przyczyn własnej choroby. Obejmuje ona 18 pozycji, do których badany, tak jak w poprzedniej części, ustosunkowuje się na pięciostopniowej skali, od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam). Udzielane odpowiedzi pozwalają ustalić jakie są przekonania chorego odnośnie przyczyn własnej choroby. Potencjalne przyczyny choroby lokowane są w czterech obszarach:

1. wyjaśnienia psychologiczne, 6 pozycji (np. „Stres lub zmartwienie”),
2. działanie czynników ryzyka, 7 pozycji (np. „Dieta lub zwyczaje żywieniowe”),
3. funkcjonowanie układu odpornościowego, 3 pozycje (np. „Zmieniona odporność”),
4. wypadek lub przypadek, 2 pozycje (np. „Wypadek lub uraz”).

Badany ma także możliwość wybrania spośród podanych pozycji tych, które wydają mu się najważniejsze, może również podać przyczyny nieujęte w kwestionariuszu.

4.4.2.2. Skala przystosowania psychicznego, MINI-MAC

(ang. *Mini-Mental Adjustment to Cancer*; wersja oryginalna: Watson, Law, dos Santos, Greer, Baruch, Blis; polska adaptacja: Juczyński).

Skala zawiera 29 stwierdzeń i mierzy cztery następujące strategie radzenia sobie z sytuacją choroby nowotworowej:

1. zaabsorbowanie lękowe – dotyczy lęku wywołanego chorobą oraz postrzegania choroby jako niepokojące, zagrażające i trudne do skontrolowania zjawisko;
2. duch walki – odnosi się do postrzegania choroby jako wyzwania, a sposobem radzenia sobie jest aktywne działanie;
3. beznadziejność-bezradność – wskazuje na poczucie zagubienia i bezsilności, które może doprowadzić do wycofania się z życia i rezygnacji z podejmowania aktywności;
4. pozytywne przewartościowanie – dotyczy zmiany postawy wobec życia i docenienia jego wartości w obliczu doświadczanej choroby.

W skład każdej strategii wchodzi 7 stwierdzeń, a wynik oblicza się oddzielnie dla każdej strategii sumując udzielone odpowiedzi – im wyższy wynik, tym większe nasilenie zachowań charakterystycznych dla danego sposobu zmagania się z chorobą nowotworową. Kwestionariusz może służyć do oceny reakcji na diagnozę choroby, ale także do ujęcia zmian zachodzących w procesie leczenia i rehabilitacji.

4.4.2.3. Skala akceptacji choroby, AIS

(ang. *Acceptance of Illness*; wersja oryginalna: Felton, Revenson i Hinrichsen; adaptacja polska: Juczyński)

Kwestionariusz służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Konsekwencje te sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości.

Wynik jest sumą odpowiedzi udzielanych przez osobę badaną i jest sumą wszystkich punktów. Zdecydowana zgoda (ocena 1) wyraża złe przystosowanie do choroby, zdecydowany brak zgody (ocena 5) oznacza akceptację choroby. Zakres mieści się w obszarze od 8 do 40 pkt.

Uzyskanie niskiego rezultatu oznacza brak akceptacji i przystosowania do choroby oraz silne poczucie dyskomfortu psychicznego. Z kolei wysoki wynik świadczy o akceptacji własnego stanu chorobowego, co przejawia się w mniejszym nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą. Skala może mieć zastosowanie do oceny stopnia akceptacji w każdej chorobie i przeznaczona jest do badania osób dorosłych, aktualnie chorych.

4.4.2.4. Szpitalna Skala Leku i Depresji, HADS-M

(ang. *Hospital Anxiety and Depression Scale – Modified*; wersja oryginalna A. S. Zigmond, R. P. Snaith; polska adaptacja: M. Majkowicz, K. de Walden-Gałuszko, G. Chojnacka-Szawłowska)

Skala w polskiej adaptacji składa się z 7 pozycji badających lęk, 7 pozycji odnoszących się do stanów depresyjnych oraz 2 pozycji badających rozdrażnienie, agresję. Wynikiem testu jest suma punktów w danej kategorii (A – lęk; D – depresja; R – rozdrażnienie/agresja). Skala pozwala badać stan emocjonalny wśród pacjentów w różnych stadiach rozwoju choroby nowotworowej. Wynik powyżej 7 punktów przyjmuje się jako wskazujący na obecność objawów depresji lub zaburzeń lękowych.

Skala jest narzędziem ogólnodostępnym, a jej opracowanie w wersji polskiej autorstwa M. Majkowicz, K. de Walden-Gałuszko, G. Chojnacka-Szawłowska zostało zamieszczone w publikacji autorstwa de Walden-Gałuszko; Majkowicz (2000) *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Została opracowana w oparciu o pacjentów leczonych w szpitalu.

4.4.2.5. Skala Wsparcia Społecznego, ISSB

(ang. *Inventory of Socially Supportive Behaviors* wersja oryginalna: Barrery, Sandler, Ramsay; polska adaptacja: Sęk)

Narzędzie nastawione na analizę rodzajów otrzymywanego wsparcia społecznego. Składa się z 4 skal mierzących spostrzegane wsparcie społeczne w wymiarze instrumentalnym, poznawczym/informacyjnym, materialnym, emocjonalnym. W wersji podstawowej liczy 40 twierdzeń. Posiada zadowalające właściwości psychometryczne. Badany ma także możliwość wybrania osób na które może liczyć w trudnej sytuacji (może zaznaczyć jedną lub więcej odpowiedzi).

4.4.3. Kwestionariusz osobowy

Na potrzeby pracy skonstruowano także kwestionariusz osobowy, który umożliwił otrzymanie takich informacji o pacjencie jak:

- wiek (zmienna przyjęła wartości: od 18 do 85 roku życia)
- płeć (zmienna przyjęła wartości: K – kobieta; M – mężczyzna)
- wykształcenie (zmienna przyjęła wartości: podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe)
- miejsce zamieszkania (zmienna przyjęła wartości: wieś; miasto)
- status cywilny (zmienna przyjęła wartości: nie jestem w związku; jestem w związku małżeńskim; jestem w związku nieformalnym)
- zatrudnienie (zmienna przyjęła wartości: nie pracuje; emerytura; renta; różne formy zatrudnienia: praca na cały etat, praca na część etatu, inny rodzaj zatrudnienia)
- dane o chorobie (zmienna przyjęła wartości: typ rozpoznania oraz forma leczenia).

4.5. Metody statystyczne

W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie badawcze oraz weryfikacji hipotez przeprowadzono analizy statystyczne z zastosowaniem pakietu IBM SPSS Statistics, na podstawie baz danych stworzonych w programie Excel.

Obliczono podstawowe statystyki opisowe mierzonych cech w tym średnią arytmetyczną (M), medianę (Me), odchylenie standardowe (SD), wartości minimalne oraz maksymalne, skośność, kurtozę. Celem zbadania rzetelności badanych narzędzi obliczono współczynnik alfa Cronbacha. Przyjęto, że o zadowalającej rzetelności skal świadczą wartości współczynnika >0.6 . Do określenia normalności rozkładu zastosowano test Kołmogorowa-Smirnowa.

Badania przeprowadzono według modelu korelacyjno-regresyjnego. Do analizy korelacji zastosowano współczynnik rho-Spearmana. Natomiast do badania różnic w porównywanych grupach stosowano test Manna-Whine'a lub test Kruskala-Walisa z wykorzystaniem testu korygującego Dunna. Przyjęto za poziom istotności *alfa* równy 0,05. Natomiast celem weryfikacji całego modelu badawczego zastosowano analizę współczynników korelacji oraz analizę regresji liniowej z użyciem metody krokowej. Przedstawienie wyników badań, zarówno opis statystyczny zmiennych jak i badane zależności, wykonano zgodnie z regułami APA (American Psychological Association).

5. WYNIKI BADAŃ

5.1. Charakterystyka demograficzna i kliniczna osób uczestniczących w badaniu

Badanie objęło grupę 121 osób w przedziale wiekowym od 18 do 85 roku życia. Średnia wieku badanych osób wynosiła 51,77 lat (SD = 11,40). Dominowały osoby w wieku 56, 61, 62 i 63 lat. Uczestnikami badania były kobiety i mężczyźni. Grupa kobiet liczyła 95 osób i przewyższała grupę mężczyzn niemal 4-krotnie (mężczyźni n=26). W badanej próbie najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (47,2%), pochodzące z miasta (68,6%), będące w pełni aktywne zawodowo (praca na pełen etat 50,4%). W tabeli 7 zaprezentowano charakterystykę socjodemograficzną badanej grupy.

Tabela 7. Opis socjodemograficzny badanej grupy

GRUPA n=121			
Płeć	Kobieta	n=95	79,30%
	Męczyzna	n=26	20,70%
Wiek	Średnia		51,77±11,40
Wykształcenie	Podstawowe	n=1	0,9%
	Zawodowe	n=25	20,7%
	Średnie	n=57	47,2%
	Wyższe	n=38	32,2%
Zamieszkanie	Wieś	n=38	31,4%
	Miasto	n=83	68,6%
Zatrudnienie	Nie pracuje	n=19	15,8%
	Emerytura	n=28	23,1%
	Renta	n=13	10,7%
	Różne formy zatrudnienie	n=61	50,4%
Status związku	Nie jestem w związku	n=14	12%
	Jestem w zw. małżeńskim	n=91	75%
	Jestem w zw. nieformalnym	n=16	13%

Uwzględniając dane kliniczne (tabela 8) badaną grupę tworzyły osoby z rozpoznaniem raka jelita grubego i raka piersi w trakcie radykalnego leczenia chemioterapią. Wybór powyższych typów nowotworu został podyktowany częstością ich występowania w populacji, znaczącymi predyspozycjami genetycznymi do rozwoju tych typów nowotworu oraz specyfiką oddziału onkologicznego na którym przeprowadzono badania. Z uwagi na dostępność osoby z rakiem piersi stanowiły większość grupy (57,90%).

Osoby badane od momentu zachorowania wśród najczęstszych objawów rozpoznawały u siebie zmęczenie, utratę sił oraz kłopoty ze snem. Natomiast za objawy, które identyfikowały z chorobą nowotworową wskazywały: zmęczenie, utratę sił oraz utratę wagi.

Analizując badaną próbę pod względem zetknięcia się z chorobą zagrażającą życiu przed zachorowaniem na nowotwór ustalono, iż 27 osób nie doświadczyło poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór ani u siebie ani u bliskich, natomiast 94 osoby badane miały takie doświadczenie. Wśród tych 94 osób najliczniejszą grupę w liczbie 75, stanowią osoby, które doświadczyły poważnej choroby wśród bliskich, 10 osób stanowią badani, którzy doświadczyli własnej poważnej choroby innej niż aktualnie leczony nowotwór, natomiast 9 osób wskazało, że doświadczało takiej choroby zarówno u siebie jak i wśród bliskich.

U 58 osób, które doświadczyły poważnej choroby u siebie lub bliskich stwierdza się objawy traumy w wyniku tego doświadczenia. Kryterium klasyfikacji osoby do doświadczenia objawów traumy jest wynik testu IES-R. Jeżeli na skali ogólnej osoba zdobyła więcej niż 1,5 pkt to kwalifikuje się ją jako osobę doświadczającą objawów traumy.

Tabela 8. Opis kliniczny badanej grupy

GRUPA n=121			
Typ nowotworu	Rak piersi	n=70	57,9%
	Rak jelita grubego	n=51	42,1%
Główne objawy od momentu zachorowania	Zmęczenie	n=86	71,0%
	Utrata sił	n=81	67,0%
	Kłopoty ze snem	n=58	48,0%
Główne objawy zw. z nowotworem	Zmęczenie	n=82	68,0%
	Utrata sił	n=75	62,0%
	Utrata wagi	n=52	43,0%
Choroba przed diagnozą	Brak	n=27	22,3%
	Własna	n=10	8,3%
	Bliski	n=75	62,0%
	Własna i bliski	n=9	7,4%
Trauma	Obecność objawów PTSD	n=58	61,7%
	Brak objawów PTSD	n=36	38,3%

5.2. Opis statystyczny badanych zmiennych

5.2.1. Opis zmiennych dla populacji osób z doświadczeniem utraty zdrowia przed zachorowaniem na nowotwór

Wyniki pomiaru zmiennych dla całych skal oraz poszczególnych podskal, dotyczących domeny utraty własnego zdrowia i/lub choroby w rodzinie przed zachorowaniem na nowotwór, mierzonych za pomocą IES-R, PTGI oraz Inwentarza Umiejętności Korzystania z Doświadczeń Choroby (IUKDCh) przedstawiono w tabeli 9.

Tabela 9. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące domeny własnej utraty zdrowia i/lub choroby w rodzinie przed zachorowaniem na nowotwór. N = 94

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>α-Cronbacha</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Doświadczenie traumy:										
Ogólny wskaźnik PTSD	0	3,91	1,82	1,82	0,86	0,15	-0,23	0,93	0,05	0,20
Intruzja	0	4	1,99	2,13	0,98	-0,16	-0,62	0,90	0,70	0,20
Pobudzenie	0	4	1,74	1,71	1,04	0,25	-0,54	0,87	0,07	0,20
Unikanie	0	4	1,69	1,57	0,95	0,16	-0,69	0,82	0,09	0,04*
Potraumatyczny wzrost:										
Zmiany w percepcji siebie	0	4,78	2,46	2,72	1,21	-0,48	-0,83	0,92	0,12	0,002*
Zmiany w relacjach z innymi	0	5	3,11	3,43	1,23	-0,90	-0,07	0,91	0,15	<0,001*
Większe docenienie życia	0	5	3,17	3,33	1,33	-0,62	-0,38	0,82	0,11	0,01*
Zmiany duchowe	0	5	2,53	2,5	1,65	-0,06	-1,25	0,68	0,11	0,01*
Korzystanie z dośw. choroby										
Wymiar emocjonalny	1,40	4	2,62	2,70	0,48	0,03	0,08	0,53	0,14	<0,001
Wymiar poznawczy	1,75	4	2,81	2,75	0,45	0,04	0,15	0,50	0,13	0,001*
Wymiar społ./behawioralny	2	4	3,19	3,17	0,43	-0,22	0,37	0,34	0,18	<0,001*
Wymiar ogólny	2,13	3,72	2,88	2,89	0,32	0,01	-0,25	0,72	0,04	0,20

* $p < 0,05$

W tabeli 10 przedstawiono pomiar zmiennych dotyczących reprezentacji własnej choroby w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór mierzonych za pomocą kwestionariusza IPQ-R

Tabela 10. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące reprezentacji własnej choroby w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór. N = 94

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>α-Cronbacha</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Postrzeganie własnej choroby:										
Czas trwania choroby	1	5	3,05	3,00	0,74	-0,29	0,54	0,82	0,11	0,01*
Konsekwencje choroby	1,33	4,83	3,04	3	0,58	-0,02	-0,95	0,62	0,16	<0,001*
Częstość wyst. objawów	1	5	2,79	2,88	0,79	-0,02	0,26	0,67	0,10	0,01*

Samokontrola	1,50	5	3,25	3,17	0,69	0,33	0,34	0,75	0,14	<0,001*
Kontrola leczenia	2,20	5	3,86	3,80	0,62	0,15	-0,62	0,76	0,09	0,09
Poczucie koherencji	1,60	5	3,50	3,60	0,78	-0,11	-0,62	0,74	0,09	0,06
Reprezentacja emocjonalna	1	5	3,56	3,67	0,93	-0,57	-0,31	0,87	0,13	<0,001*
Liczba objawów występujących od zachorowania	0	14	5,36	5	3,42	0,29	-0,62	-	0,10	0,02*
Liczba objawów związanych chorobą	0	14	4,98	5	3,40	0,33	-0,72	-	0,12	0,002*
Przyczyny choroby:										
Wyjaśnienie psychologiczne	1,33	4,83	2,84	2,83	0,69	0,15	-0,003	0,71	0,07	0,20
Działanie czynników ryzyka	1	4,14	2,55	2,57	0,60	0,23	0,67	0,61	0,10	0,02*
Funkcjonowanie układu odp.	2,33	5	3,68	3,67	0,47	-0,01	0,16	0,40	0,15	<0,001*
Wypadek/przypadek	1	4	2,34	2,50	0,72	-0,01	-0,09	0,08	0,16	<0,001*

* $p < 0,05$

Wyniki pomiaru zmiennych dotyczących strategii radzenia sobie w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór mierzonych za pomocą kwestionariusza Mini-MAC przedstawiono w tabeli 11.

Tabela 11. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące strategii radzenia sobie w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór. N = 94

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>α-Cronbacha</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Strategie radzenia sobie:										
Zaabsorbowanie lękowe	1	3,86	2,42	2,43	0,65	-0,13	-0,42	0,85	0,08	0,20
Duch walki	1,71	4	3,15	3,15	0,50	-0,31	0,26	0,77	0,10	0,02*
Beznadziejność-bezradność	1	3,43	1,79	1,79	0,53	0,58	0,54	0,85	0,10	0,04*
Pozytywne przewartościowanie	1,86	4	3,02	3	0,46	-0,01	-0,54	0,62	0,10	0,02*

* $p < 0,05$

Wyniki pomiaru zmiennych dotyczących następstw choroby w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór mierzonych za pomocą kwestionariusza AIS oraz HADS przedstawiono w tabeli 12.

Tabela 12. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące konsekwencji choroby w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór. N = 94

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>α-Cronbacha</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Akceptacja choroby	5	0,11	3,28	3,38	0,84	-0,51	1,38	0,79	0,11	0,004*
Stan psychiczny:										
Lęk	2,71	0,12	1,09	1	0,64	-0,17	0	0,84	0,12	0,003*
Depresja	1,86	0,15	0,63	0,57	0,52	-0,42	0	0,82	0,15	<0,001*
Rozdrażnienie/agresja	3	0,19	1,46	1,50	0,83	-0,59	0	0,94	0,19	<0,001*

* $p < 0,05$

W tabeli 13 przedstawiono opis pomiaru zmiennych dla poszczególnych podskal dotyczących wsparcia społecznego w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby mierzonych za pomocą kwestionariusza ISSB.

Tabela 13. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące wsparcia społecznego w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór. N = 94

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>α-Cronbacha</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Wsparcie społeczne:										
Wsparcie materialne	1,50	5	3,94	4,13	0,73	-0,94	0,99	0,70	0,12	0,002*
Wsparcie emocjonalne	1	4,67	2,48	2,42	0,88	0,35	-0,55	0,88	0,10	0,03*
Wsparcie instrumentalne	1	5	3,25	3,43	0,99	-0,49	-0,59	0,80	0,12	0,004*
Wsparcie poznawcze	1	5	3,44	3,62	1,01	-0,59	-0,28	0,93	0,10	0,04*

* $p < 0,05$

5.2.2. Opis zmiennych dla populacji osób bez doświadczenia utraty zdrowia przed zachorowaniem na nowotwór

Wyniki pomiaru zmiennych dotyczących reprezentacji własnej choroby w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie i/lub w rodzinie przed zachorowaniem na nowotwór mierzonych za pomocą IPQ-R przedstawiono w tabeli 14.

Tabela 14. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące reprezentacji własnej choroby w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie i/lub w rodzinie przed zachorowaniem na nowotwór. N = 27

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>α-Cronbacha</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Postrzeganie własnej choroby:										
Czas trwania choroby	1	4,50	3,18	3,17	0,81	-0,68	1,03	0,82	0,16	0,10
Konsekwencje choroby	2,17	4,67	3,14	3,17	0,63	0,36	-0,13	0,74	0,16	0,09
Częstość występ. objawów	1,50	4	3	3	0,56	-0,46	1,09	0,20	0,20	0,005*
Samokontrola	2,17	4,33	3,19	3,17	0,50	0,14	0,29	0,44	0,25	<0,001*
Kontrola leczenia	2,80	5	3,83	3,80	0,70	0,18	-1,12	0,82	0,17	0,04*
Poczucie koherencji	2	4,20	3,36	3,40	0,60	-0,54	-0,59	0,60	0,15	0,13
Reprezentacja emocjonalna	1,33	5	3,53	4	0,89	-0,65	-0,08	0,86	0,17	0,06
Liczba objawów występujących od zachorowania	0	0	4,44	4	3,24	0,63	-0,15	-	0,15	0,14
Liczba objawów związanych chorobą	12	12	3,93	4	3,19	0,88	0,11	-	0,19	0,01*
Przyczyny choroby:										
Wyjaśnienie psychologiczne	1,50	4,50	3,27	2,83	0,82	0,33	-0,62	0,82	0,11	0,20
Działanie czynników ryzyka	1,43	3,71	2,51	2,43	0,59	0,29	-0,15	0,55	0,11	0,20
Funkcjonowanie układu odp.	3	5	3,81	3,67	0,53	0,17	-0,48	0,59	0,07	0,06
Wypadek/przypadek	1	3,50	2,31	2,50	0,64	-0,43	-0,26	0,02	0,21	0,004*

* $p < 0,05$

Wyniki pomiaru zmiennych dotyczących strategii radzenia sobie w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie i/lub w rodzinie przed zachorowaniem na nowotwór mierzonych za pomocą kwestionariusza Mini-MAC przedstawiono w tabeli 15.

Tabela 15. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące strategii radzenia sobie w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór. N = 27

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	α - Cronbacha	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Strategie radzenia sobie:										
Zaabsorbowanie lękowe	1,71	3,57	2,62	2,71	0,53	-0,11	-1,04	0,64	0,10	0,20
Duch walki	1,86	4	3,28	3,29	0,50	-0,66	0,93	0,79	0,10	0,20
Beznadziejność-bezradność	1	2,71	1,85	2	0,44	-0,31	-0,44	0,63	0,15	0,10
Pozytywne przewartościowanie	2,43	3,86	3,14	3,14	0,36	0,09	-0,49	0,36	0,12	0,20

* $p < 0,05$

Wyniki pomiaru zmiennych dotyczących następstw choroby w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór mierzonych za pomocą kwestionariusza AIS oraz HADS przedstawiono w tabeli 16.

Tabela 16. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące konsekwencji choroby w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór. N = 27

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	α - Cronbacha	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Akceptacja choroby	1,38	5	3,17	3	0,87	0,13	-0,04	0,82	0,13	0,20
Stan psychiczny:										
Lęk	0,14	2,14	0,96	0,86	0,44	0,91	1,26	0,66	0,18	0,02*
Depresja	0	2	0,60	0,57	0,48	1,10	1,47	0,80	0,14	0,16
Rozdrażnienie/agresja	0	3	1,09	1	0,89	0,77	-0,16	0,76	0,25	<0,001*

* $p < 0,05$

W tabeli 17 przedstawiono opis pomiaru zmiennych dla poszczególnych podskal dotyczących wsparcia społecznego w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby, mierzonych za pomocą kwestionariusza ISSB.

Tabela 17. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące wsparcia społecznego w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór. N = 27

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	α - Cronbacha	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Wsparcie społeczne:										
Wsparcie materialne	1,38	5	3,56	3,75	1,05	-0,32	-0,87	0,82	0,11	0,20
Wsparcie emocjonalne	1	4	2,35	2,42	0,94	0,19	-1,05	0,91	0,14	0,20
Wsparcie instrumentalne	1	5	2,98	2,79	1,12	0,20	-1,07	0,86	0,14	0,19
Wsparcie poznawcze	1	4,77	3,05	3	1,03	0,01	-0,79	0,93	0,08	0,20

* $p < 0,05$

W obu grupach większość zmiennych nie spełnia kryterium rozkładu normalnego. W związku z tym do dalszej analizy statystycznej będą stosowane testy do danych nieparametrycznych a w przypadku korelacji r Spermanna. Analizy rozkładu badanych zmiennych dokonano za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa. Skale, u których współczynnik rzetelności jest mniejszy od wartości 0,60 nie będą przy dalszej analizie brane pod uwagę.

5.3. Analiza szczegółowa zależności

Uzyskane dane przeanalizowano w następujących etapach:

1. W kroku pierwszym zweryfikowano czy wcześniejsza obecność lub brak doświadczenia poważnej, zagrażającej życiu choroby przez pacjenta lub jego bliskich wpływa na różnicę w zakresie: sposobu postrzegania własnej, aktualnej choroby nowotworowej; uruchamianych strategii radzenia sobie z nią; stopnia akceptacji oraz stanu psychicznego.
2. W kroku drugim zbadano, czy typ nowotworu tj. rak piersi i rak jelita grubego u osoby badanej i występowanie lub brak doświadczenia poważnej choroby u pacjenta lub u kogoś z jego bliskich przed zachorowaniem na nowotwór różnicuje sposób zmagania się z bieżącą chorobą w zakresie: sposobu jej postrzegania, strategii radzenia sobie z nią, stopnia akceptacji i stanu psychicznego .
3. W kroku trzecim sprawdzono, czy wsparcie społeczne wpływa na różnice w postrzeganiu własnej choroby nowotworowej, strategii radzenia sobie z nią, stopnia akceptacji oraz stanie psychicznym w zależności od typu nowotworu oraz występowania lub braku doświadczenia poważnej choroby u pacjenta lub u jego bliskich przed zachorowaniem na nowotwór.
4. W kroku czwartym określono czy istnieje różnica w zakresie: postrzegania własnej, aktualnej choroby nowotworowej, strategii radzenia sobie z nią, stopnia akceptacji i stanu psychicznego między osobami, które doświadczyły traumy na skutek doświadczenia poważnej choroby u pacjenta lub u kogoś z jego bliskich, a osobami, które nie doświadczyły takiej traumy.
5. W kroku piątym sprawdzono czy wsparcie społeczne wpływa na różnice w postrzeganiu własnej choroby nowotworowej, strategii radzenia sobie z nią, akceptacji choroby oraz stanie psychicznym w zależności od typu nowotworu i występowania

traumy.

6. W kroku szóstym zbadano czy zmienne socjodemograficzne jak: wiek, płeć, status związku, wykształcenie, miejsce zamieszkania i sytuacja zawodowa wpływają na różnice w radzeniu sobie z chorobą nowotworową uwzględniając podział grupy na obecność lub brak wcześniejszej poważnej choroby u pacjenta lub/i jego bliskich.
7. W kroku siódmym zweryfikowano jak składowe modelu badawczego wyprowadzone z transakcyjnej koncepcji stresu wiążą się z akceptacją choroby lub stanem psychicznym tj. depresją, lękiem bądź agresją.

Zrealizowanie etapów 1, 2, 3, 4, 5, 6 miało na celu ustalenie różnic w zmaganiu się z nowotworem w zależności od występowania wcześniejszych doświadczeń związanych z chorobą. Z kolei, etap 7 miał określić czy opracowany model pokazujący zależności pomiędzy zmiennymi wyjaśnia badane zjawisko tj. czy zdarzenia związane z utratą zdrowia przed zachorowaniem na nowotwór warunkują następstwa zmagania się z nowotworem tj. akceptację choroby, depresję, lęk i agresję.

Do weryfikacji danych w ramach etapów od 1 do 6 zostały użyte zostały testy różnic, natomiast weryfikacja modelu badawczego w 7 etapie została przeprowadzona przy użyciu współczynników korelacji oraz analiz regresji. W przedstawionych poniżej analizach pominięto skale, u których współczynnik rzetelności jest niższy niż 0,60 w obu grupach (tj. w grupie osób z doświadczeniem choroby przed nowotworem oraz w grupie osób bez takiego doświadczenia) czyli funkcjonowanie układu odpornościowego oraz wypadek/przypadek (podskale wymiaru przyczyny choroby kwestionariusz IPQ-R). Ponadto w analizach będą wykluczone zmienne: korzystanie z doświadczenia choroby (wymiar emocjonalny, wymiar poznawczy, wymiar społeczno/behawioralny).

5.3.1. Wcześniejsza utrata zdrowia a radzenie sobie z nowotworem

Pierwszy problem badawczy dotyczył sprawdzenia czy wcześniejsza obecność lub brak doświadczenia poważnej, zagrażającej życiu choroby u pacjenta i/lub jego bliskich różnicuje postrzeganie aktualnej choroby nowotworowej, uruchamiane strategie radzenia sobie z nią; stopień akceptacji oraz stan psychiczny (depresja, lęk, agresja/rozdrażnienie).

W celu weryfikacji statystycznej zastosowano test Kruskala-Wallisa. Poszczególne wyniki i ich omówienie zaprezentowano poniżej.

W tabeli 18 zaprezentowano różnice w zakresie postrzegania choroby, strategii radzenia sobie z chorobą, akceptacji choroby oraz stanu psychicznego w zależności od występowania lub nie poważnej, zagrażającej życiu choroby przez pacjenta i/lub jego bliskich.

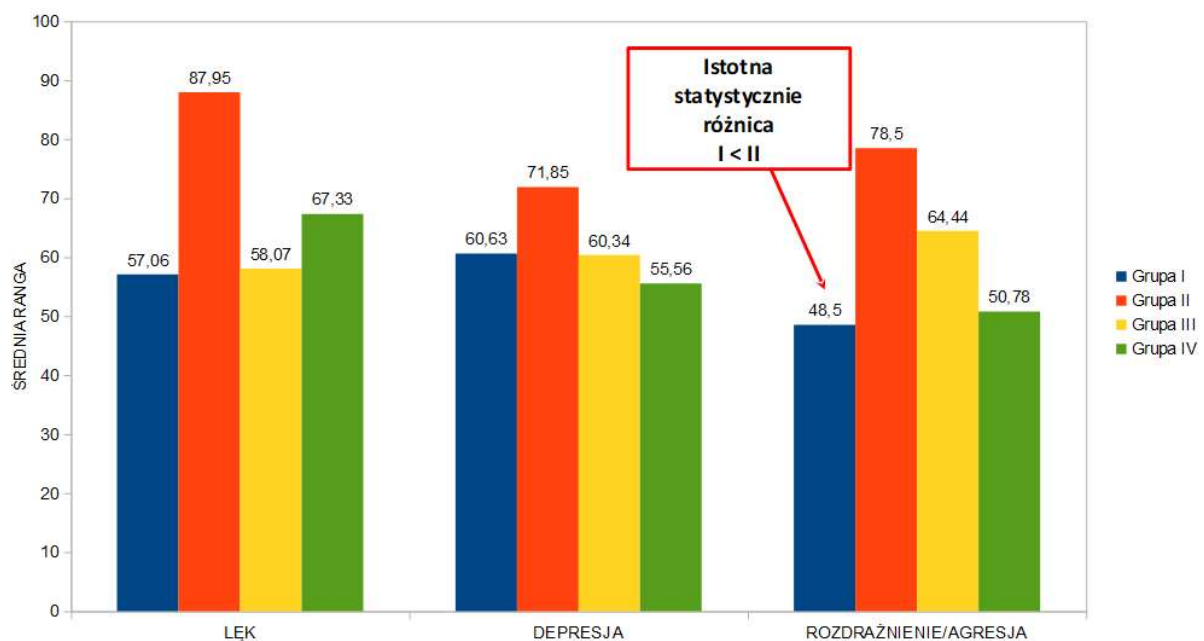
Tabela 18. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór a postrzeganie aktualnej własnej choroby, strategię radzenia sobie, akceptacja oraz stan psychiczny

Występowanie doświadczenia poważnej choroby					Porów. między grupowe	H Kruskala– Wallisa (df = 3)	p	ε²
Średnia ranga								
	Grupa I N=27	Grupa II N=10	Grupa III N=75	Grupa IV N=9				
Postrzeganie choroby:								
Czas trwania choroby	66,63	56,80	59,89	58,06		0,99	0,81	-
Konsekwencje choroby	64,44	69,25	57,71	68,89		1,95	0,58	-
Częstość występ. objawów	69,22	49,35	59,45	62,22		2,80	0,42	-
Samokontrola	59,78	50,15	63,25	58,00		1,38	0,71	-
Kontrola leczenia	59,33	59,65	61,91	59,89		0,14	0,99	-
Poczucie koherencji	56,06	45,05	62,59	80,33		5,53	0,14	-
Reprezentacja emocjonalna	59,96	70,90	60,43	57,89		0,92	0,82	-
Istota choroby:								
Liczba obj. od zachorowania	53,41	56,05	61,75	83,06		5,11	0,16	-
Liczba obj. zw. z chorobą	52,17	53,35	63,53	74,89		4,03	0,26	-
Przyczyny choroby:								
Wyjaśnienie psychologiczne	57,80	81,05	58,87	66,06		3,98	0,26	-
Działanie czyn. ryzyka	58,83	63,25	61,92	57,33		0,30	0,96	-
Strategie radzenia sobie:								
Zaabsorbowanie lękowe	69,43	79,43	55,29	62,67		6,40	0,09	-
Duch walki	68,70	51,05	60,63	52,06		2,73	0,45	-
Beznadziejność-bezradność	66,17	80,20	55,59	69,22		5,92	0,12	-
Pozytyw. przewartościowanie	68,54	58,20	58,07	65,94		2,04	0,57	-
Akceptacja choroby	56,20	59,25	63,70	54,83		1,26	0,74	-
Stan psychiczny:								
Lęk	57,06	87,95	58,07	67,33		7,12	0,07	-
Depresja	60,63	71,85	60,34	55,56		1,22	0,75	-
Rozdrażnienie/agresja	48,50	78,50	64,44	50,78	I<II	7,72	0,05*	0,06

* $p < 0,05$; Legenda: grupa I – osoby bez doświadczeń, grupa II – osoby z własnym wcześniejszym doświadczeniem, grupa III – osoby z doświadczeniem u bliskich osób, grupa IV – osoby z własnym i u osób bliskich doświadczeniem

Z powyższej analizy wynika, że nie istnieją istotne statystycznie różnice między występowaniem doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem

na nowotwór a postrzeganiem aktualnej własnej choroby, strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową, a poziomem akceptacji choroby nowotworowej. Istotną statystycznie różnicę ustalono w zakresie stanu psychicznego na wymiarze natężenia rozdrażnienia/agresji w zależności od występowania doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór. Do porównań międzygrupowych zastosowano test Dunna. Okazuje się, że osoby nie posiadające doświadczenia własnej lub u bliskich poważnej choroby mają istotnie statystycznie mniejszy poziom rozdrażnienia/agresji niż osoby, które posiadają własne doświadczenie poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór. Na wykresie 4 przedstawiono różnice w zakresie stanu psychicznego i wskazano istotne statystycznie różnice.



Wykres 1. Różnice w zakresie stanu psychicznego

Legenda: grupa I – osoby bez doświadczeń, grupa II – osoby z własnym wcześniejszym doświadczeniem, grupa III – osoby z doświadczeniem u bliskich osób, grupa IV – osoby z własnym i u osób bliskich doświadczeniem

5.3.2. Wcześniejsza utrata zdrowia, typ nowotworu a radzenie sobie z nowotworem

Drugi problem badawczy dotyczył sprawdzenia, czy typ nowotworu tj. rak piersi i rak jelita grubego u osoby badanej i występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub kogoś z bliskich osób z rodziny różnicuje sposób zmagania się z bieżącą chorobą.

W celu analizy statystycznej zastosowano test Kruskala-Wallisa. Próbę badawczą podzielono na dwie grupy pod względem typu występowania nowotworu. Następnie w każdej z grup sprawdzono, czy występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór różnicuje postrzeganie własnej choroby, strategię radzenia sobie z nią, akceptację choroby oraz stan psychiczny.

Wyniki analiz w grupie rak piersi przedstawiono w tabeli 19.

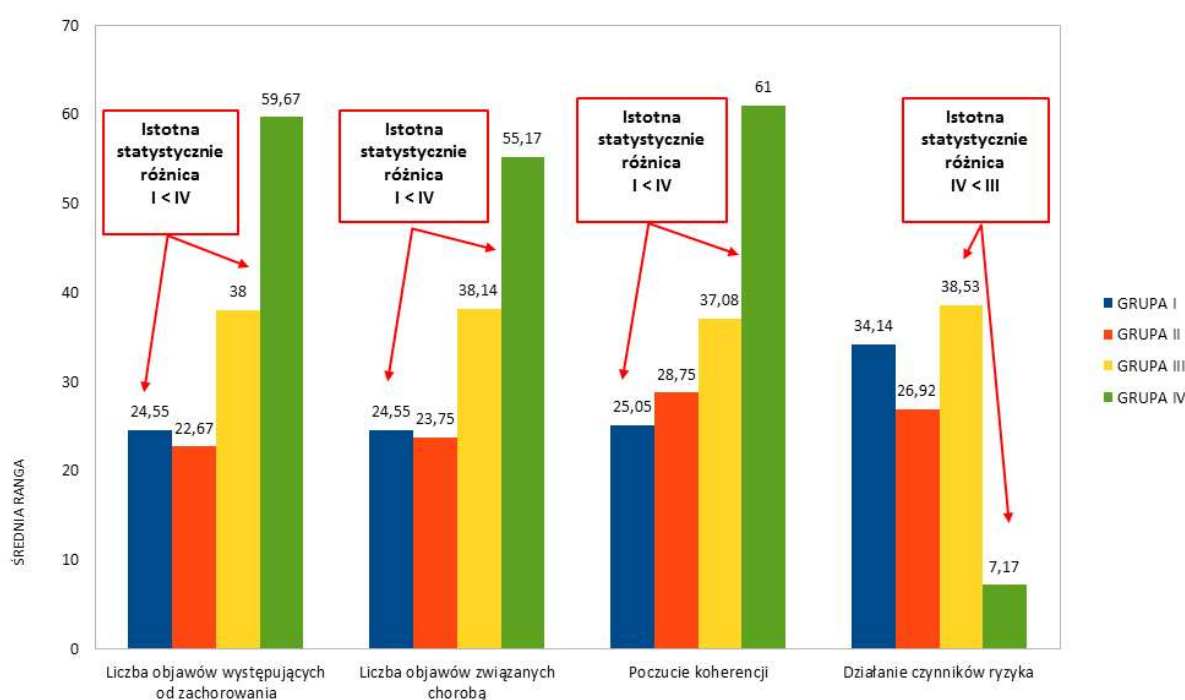
Tabela 19. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwory w grupie osób chorych na raka piersi a postrzeganie własnej choroby, strategię radzenia sobie, akceptacja i stan psychiczny

	Występowanie doświadczenia poważnej choroby								
	Grupa I N=11	Grupa II N=6	Grupa III N=50	Grupa IV N=3	Porównanie między gru- powe	H skala – Wallisa (df = 3)	Kru- ska – p	ε ²	
Postrzeganie własnej choroby:									
Czas trwania choroby	33,05	37,75	35,46	40,67		0,43	0,93	-	
Konsekwencje choroby	34,82	37,17	35,80	29,67		0,31	0,96	-	
Częstość występowania objawów	38,77	27	35,74	36,50		1,37	0,71	-	
Samokontrola	32,64	31,50	36,29	40,83		0,74	0,87	-	
Kontrola leczenia	33,50	39,83	36,13	23,67		1,45	0,69	-	
Poczucie koherencji	25,05	28,75	37,08	61	I<IV	8,66	0,03*	0,29	
Reprezentacja emocjonalna	32,27	48,17	34,91	31,83		2,77	0,43	-	
Liczba obj. od zachorowania	24,55	22,67	38	59,67	I<IV	10,65	0,01*	0,28	
Liczba obj. zw. z chorobą	24,55	23,75	38,14	55,17	I<IV	8,93	0,03*	0,26	
Przyczyny choroby:									
Wyjaśnienie psychologiczne	29,82	48,92	35,02	37,50		3,55	0,31	-	
Działanie czynników ryzyka	34,14	26,92	38,53	7,17	IV<III	8,09	0,04*	0,02	
Strategie radzenia sobie:									
Zaabsorbowanie lękowe	42,91	43,83	32,48	42		3,90	0,27	-	
Duch walki	40,41	31,33	35,34	28,50		1,26	0,74	-	
Beznadziejność-bezradność	35,45	42,67	34,11	44,50		1,58	0,66	-	
Pozytywne przewartościowanie	36,36	30,50	35,61	40,50		0,57	0,90	-	
Akceptacja choroby	40,50	33,58	35,47	21,50		2,14	0,54	-	
Stan psychiczny:									
Lęk	32	45,75	34,07	51,67		4,03	0,26	-	
Depresja	33,77	40,58	35,48	32		0,55	0,91	-	
Rozdrażnienie/agresja	28,18	33,58	38,40	17,83		5,00	0,17	-	

* $p < 0,05$; Legenda: grupa I – osoby bez doświadczeń, grupa II – osoby z własnym wcześniejszym doświadczeniem, grupa III – osoby z doświadczeniem u bliskich osób, grupa IV – osoby z własnym i u bliskich doświadczeniem

Z powyższych analiz wynika, że w grupie osób chorych na raka piersi występują istotnie statystycznie różnice między osobami o różnych doświadczeniach poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór w zakresie poczucia koherencji, liczby objawów występujących od momentu zachorowania, liczby objawów związanych z chorobą oraz działania czynników ryzyka. Po analizie testu Dunna (wykres 5) okazuje się, że:

- wyższe poczucie koherencji ma grupa IV w porównaniu z grupą I,
- wyższą liczbę objawów występujących od momentu zachorowania i związanych z chorobą ma grupa IV niż grupa I,
- grupa III ma wyższy od grupy IV wynik działania czynnika ryzyka.



Wykres 2. Istotne statystycznie różnice w zakresie postrzegania własnej choroby

Legenda: grupa I – osoby bez doświadczeń, grupa II – osoby z własnym wcześniejszym doświadczeniem, grupa III – osoby z doświadczeniem u bliskich osób, grupa IV – osoby z własnym i u osób bliskich doświadczeniem

Wyniki analiz w grupie rak jelita grubego przedstawiono w tabeli 20.

Tabela 20. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór w grupie osób chorych na raka jelita grubego a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie, akceptacja i stan psychiczny

Występowanie doświadczenia poważnej choroby									
Średnia ranga									
	Grupa I N=16	Grupa II N=4	Grupa III N=25	Grupa IV N=6	Porów. między grupowe	H Kru- skala – Wallisa (df = 3)	p	ε ²	
Postrzeganie własnej choroby:									
Czas trwania choroby	28,78	21,25	26,02	21,67		1,49	0,69	-	
Konsekwencje choroby	28,41	32,62	21,90	32,25		4,23	0,24	-	
Częstość występowania objawów	29,62	23,12	24,26	25,50		1,51	0,68	-	
Samokontrola	26,88	18,25	27,62	22,08		1,90	0,59	-	
Kontrola leczenia	26,66	19,12	25,46	31,08		1,64	0,65	-	
Poczucie koherencji	31	14,12	22,80	33,92		7,31	0,06	-	
Reprezentacja emocjonalna	28,12	32	24,04	24,50		1,49	0,69	-	
Liczba obj. występ. od zachorow.	25,53	35,75	23,64	30,58		2,98	0,40	-	
Liczba obj. zw. z chorobą	24,50	30,38	26,14	26,14			0,91	-	
Przyczyny choroby:						0,53			
Wyjaśnienie psychologiczne	27,00	33,12	23,78	27,83		1,66	0,65	-	
Działanie czynników ryzyka	22,62	39,38	24,92	30,58		4,82	0,19	-	
Strategie radzenia sobie:									
Zaabsorbowanie lękowe	27,00	36,50	23,88	24,42		1,66	0,44	-	
Duch walki	22,62	18,62	26,34	23,25		4,82	0,66	-	
Beznadziejność-bezradność	30,12	37,75	22,22	27,17		5,72	0,20	-	
Pozytywne przewartościowanie	24,16	28,75	23,34	26,33		8,83	0,62	-	
Akceptacja choroby	20,16	26	28,96	29,25		3,77	0,29	-	
Stan psychiczny:									
Lęk	24,28	43,12	24,86	23,92		5,86	0,12	-	
Depresja	25,97	32,62	25,56	23,50		0,99	0,80	-	
Rozdrażnienie/agresja	22,25	44	25,08	27,83		7,63	0,06	-	

* $p < 0,05$; Legenda: grupa I – osoby bez doświadczeń, grupa II – osoby z własnym wcześniejszym doświadczeniem, grupa III – osoby z doświadczeniem u bliskich osób, grupa IV – osoby z własnym i u bliskich doświadczeniem

Z powyższych analiz wynika, że w grupie osób chorych na raka jelita grubego nie występują istotnie statystycznie różnice między osobami o różnych doświadczeniach poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór w zakresie strategii radzenia, postrzegania własnej choroby, akceptacji choroby oraz stanem psychicznym. Poniżej przedstawiono tabelę podsumowującą (tab. 21) dotychczasowe analizy dotyczące występowania doświadczenia poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór.

Tabela 21. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór – podsumowanie dotychczasowych analiz

Zmienne niezależne	Zmienna zależna	Porównanie między grupowe
	(postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja do choroby oraz stan psychiczny)	
Występowanie doświadczenia poważnej choroby w całej próbie badanej	Rozdrażnienie/agresja	I<II
	Poczucie koherencji	I<IV
Występowanie doświadczenia poważnej choroby w grupie osób chorych na nowotwór piersi	Działanie czynników ryzyka	IV<III
	Liczba objawów występujących od zachorowania	I<IV
	Liczba objawów związanych chorobą	I<IV
Występowanie doświadczenia poważnej choroby w grupie osób chorych na nowotwór jelita grubego	Brak	Brak

Legenda: grupa I – osoby bez doświadczeń, grupa II – osoby z własnym wcześniejszym doświadczeniem, grupa III – osoby z doświadczeniem u bliskich osób, grupa IV – osoby z własnym i u bliskich doświadczeniem

Z powyższej tabeli wynika, że przy uwzględnieniu typu nowotworu przestaje być istotna statystycznie różnica między badanymi grupami na wymiarze rozdrażnienie/agresja. Za to pojawia się istotna statystycznie różnica w zakresie poczucia koherencji u osób chorych na raka piersi, a także w zakresie działania czynników ryzyka, liczby objawów występujących od momentu zachorowania i liczby objawów związanych z chorobą. Natomiast u osób chorych na raka jelita grubego w porównywanych grupach nie istnieją istotne statystycznie różnice.

Następnie w celu zweryfikowania czy typ nowotworu różnicuje postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptację choroby, stan psychiczny w zależności od występowania doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich przed zachorowaniem zastosowano test Manna Whitney’a. Wyniki zaprezentowano w tabeli 22 i 23.

Tabela 22. Typ nowotworu z uwzględnieniem osób bez doświadczenia poważnej choroby u pacjenta lub w jego rodzinie a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą oraz akceptacja i stan psychiczny

	<i>Średnia ranga</i>		<i>U</i>	<i>p</i>
	Rak pier- si	Rak jelita grubego		
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby	11,23	15,91	57,50	0,13
Konsekwencje choroby	12,18	15,25	68	0,34
Częstość występowania objawów	12,14	15,28	67,50	0,32
Samokontrola	13,27	14,50	80	0,72
Kontrola leczenia	14,36	13,75	84	0,87
Poczucie koherencji	13,18	14,56	79	79
Reprezentacja emocjonalna	14,27	13,81	85	0,90
Liczba obj. występ. od zachorow.	10,41	16,47	48,50	0,05*
Liczba obj. zw. z chorobą	10,77	16,22	52,50	0,08
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne	12,91	14,75	76	0,58
Działanie czynników ryzyka	12,36	15,13	70	0,39
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe	15	13,31	77	0,61
Duch walki	13,50	14,34	82,50	0,79
Beznadziejność-bezradność	11,55	15,69	61	0,20
Pozytywne przewartościowanie	11,09	16	56	0,12
Akceptacja choroby	17,55	11,56	49	0,06
Stan psychiczny:				
Lęk	13,27	14,50	80	0,72
Depresja	12,36	15,13	70	0,39
Rozdrażnienie/agresja	14,50	13,66	82,50	0,79

* $p < 0,05$

Z powyższej analizy wynika, że w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór osoby chore na raka jelita grubego zgłaszają większą liczbę objawów występujących od zachorowania, niż osoby chore na raka piersi. Typ nowotworu w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich nie różnicuje strategii radzenia sobie z chorobą, poziomu akceptacji choroby i stanu psychicznego.

Tabela 23. Typ nowotworu z uwzględnieniem posiadania doświadczenia poważnej choroby u pacjenta lub w jego rodzinie a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie oraz akceptacja i stan psychiczny

	Średnia ranga			
	Rak pier- si	Rak jelita grubego	U	p
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby	44,85	51,97	876	0,22
Konsekwencje choroby	46,33	49,47	963,50	0,59
Częstość występowania objawów	45,69	50,54	926	0,40
Samokontrola	48,10	46,49	997	0,78
Kontrola leczenia	49,99	43,30	885	0,25
Poczucie koherencji	55,84	33,44	540,50	<0,001*
Reprezentacja emocjonalna	50,69	42,11	844	0,14
Liczba obj. występ. od zachorow.	46,89	48,53	996,50	0,78
Liczba obj. zw. z chorobą	47,03	48,30	1004,50	0,83
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne	48	46,66	1003	0,82
Działanie czynników ryzyka	41,72	57,24	691,50	0,01*
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe	45,72	50,50	927,50	0,41
Duch walki	45,33	51,16	904	0,31
Beznadziejność-bezradność	45,25	51,29	900	0,30
Pozytywne przewartościowanie	45,10	51,54	891	0,27
Akceptacja choroby	47,96	46,73	1005,50	0,83
Stan psychiczny:				
Lęk	46,75	48,77	988	0,73
Depresja	45,80	50,37	932	0,43
Rozdrażnienie/agresja	50,19	42,97	874	0,20

* $p < 0,05$

Typ nowotworu w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie lub bliskich różnicuje poziom poczucia koherencji i działanie czynników ryzyka. Okazuje się, że w tej grupie osoby chore na raka piersi mają wyższy poziom poczucia koherencji oraz niższy poziom działania czynników ryzyka niż osoby chore na raka jelita grubego. Typ nowotworu w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie lub bliskich nie różnicuje strategii radzenia sobie z chorobą oraz poziomu akceptacji choroby i stanu psychicznego.

5.3.3. Wcześniejsza utrata zdrowia, typ nowotworu, zasoby a radzenie sobie z nowotworem

Kolejny problem badawczy dotyczył sprawdzenia czy wsparcie społeczne wpływa na różnice w postrzeganiu własnej choroby, strategii radzenia sobie z chorobą, akceptacji choroby oraz stanie psychicznym w zależności od występowania poważnej choroby u siebie lub u bliskich przed zachorowaniem na nowotwór oraz typu nowotworu. W tym celu wsparcie społeczne na wymiarach emocjonalnym, instrumentalnym, materialnym i poznawczym zdychotomizowano wg. wartości mediany zgodnej z danym wymiarem wsparcia społecznego w celu wyodrębnienia wysokiego i niskiego poziomu wsparcia. Następnie próbę badawczą podzielono na podgrupy w zależności od występowania lub nie doświadczenia własnej poważnej choroby lub u bliskich przed zachorowaniem, typu nowotworu oraz poziomu wsparcia. Powstało po 8 podgrup dla każdego rodzaju wsparcia społecznego tj.:

- **Podgrupa 1** – brak doświadczenia występowania u siebie lub u bliskich poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór, występuje rak piersi, niski poziom wsparcia społecznego danego rodzaju.
- **Podgrupa 2** – brak doświadczenia występowania u siebie lub u bliskich poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór, występuje rak piersi, wysoki poziom wsparcia społecznego danego rodzaju.
- **Podgrupa 3** – brak doświadczenia występowania u siebie lub u bliskich poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór, występuje rak jelita grubego, niski poziom wsparcia społecznego danego rodzaju.
- **Podgrupa 4** – brak doświadczenia występowania u siebie lub u bliskich poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór, występuje rak jelita grubego, wysoki poziom wsparcia społecznego danego rodzaju.
- **Podgrupa 5** – występuje doświadczenie występowania u siebie lub u bliskich poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór, występuje rak piersi, niski poziom wsparcia społecznego danego rodzaju.
- **Podgrupa 6** – występuje doświadczenie występowania u siebie lub u bliskich poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór, występuje rak piersi, wysoki poziom wsparcia społecznego danego rodzaju.
- **Podgrupa 7** – występuje doświadczenie występowania u siebie lub u bliskich poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór, występuje rak jelita grubego, niski poziom wsparcia społecznego danego rodzaju.

- **Podgrupa 8** – występuje doświadczenie występowania u siebie lub u bliskich poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór, występuje rak jelita grubego, wysoki poziom wsparcia społecznego danego rodzaju.

Do analizy statystycznej zastosowano test Kruskala-Wallisa. W tabelach 24 do 27 prezentowane istotne statystycznie różnice. Pełen protokół metodologiczny przeprowadzonych zależności zamieszczono w ZAŁĄCZNIKU 3A.

Tabela 24. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór, typ nowotworu, wsparcie społeczne – **wsparcie emocjonalne** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 7)	<i>p</i>	ϵ^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Kontrola leczenia	4 < 5	17,74	0,01*	0,31
Poczucie koherencji	7 < 5; 7 < 6; 8 < 5	20,27	0,01*	0,39

**p*<0,05

Tabela 25. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór, typ nowotworu, wsparcie społeczne – **wsparcie materialne** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 7)	<i>p</i>	ϵ^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Poczucie koherencji	7 < 5; 7 < 6	27,65	<0,001*	0,42

**p*<0,05

Tabela 26. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór, typ nowotworu, wsparcie społeczne – **wsparcie instrumentalne** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 7)	<i>p</i>	ϵ^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Poczucie koherencji	7 < 5; 7 < 6	20,97	0,01*	0,39

**p*<0,05

Tabela 27. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór, typ nowotworu, wsparcie społeczne – **wsparcie poznawcze** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 7)	p	ϵ^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Poczucie koherencji	7 < 5; 8 < 5	21,93	0,003*	0,40
Reprezentacja emocjonalna	5 < 6	14,60	0,04*	0,11

* $p < 0,05$;

Z powyższych analiz wynika, że wsparcie społeczne istotnie różnicuje relacje między osobami o różnym typie raka, posiadających lub nie doświadczenie poważnej choroby własnej lub u bliskich przed zachorowaniem a zmaganie się z doświadczeniem choroby nowotworowej. Do dalszej analizy porównującej dane pary wykorzystano test Dunna. Okazuje się, że:

1. Wsparcie emocjonalne:

- W przypadku poczucia koherencji okazuje się, grupa 7 ma niższy poziom od grupy 5 i 6 oraz grupa 8 ma niższy poziom od grupy 5.
- W przypadku kontroli leczenia okazuje się, że na tej skali wyższy poziom ma grupa 5 od grupy 4.

2. Wsparcie materialne:

- W przypadku poczucia koherencji okazuje się, że grupa 5 i 6 ma wyższy poziom koherencji od grupy 7.

3. Wsparcie instrumentalne:

- W przypadku poczucia koherencji okazuje się, że grupa 5 i 6 ma wyższy poziom koherencji od grupy 7.

4. Wsparcie poznawcze:

- W przypadku poczucia koherencji okazuje się, że grupa 5 ma wyższy poziom koherencji od grupy 7 i 8.
- W przypadku emocjonalnej reprezentacji grupa 6 ma wyższy poziom niż grupa 5.

Podsumowując wykazano, że wsparcie emocjonalne, instrumentalne, materialne oraz poznawcze wchodzi w interakcje z typem nowotworu modyfikując poczucie koherencji. Osoby z rakiem piersi otrzymujące jakąkolwiek formę wsparcia społecznego mają wyższy poziom koherencji niż osoby z rakiem jelita grubego nie otrzymujące żadnej formy wsparcia. Ponadto

wsparcie poznawcze wchodzi w interakcje z typem nowotworu i doświadczeniem choroby powodując, że grupa chorych na raka piersi z doświadczeniem poważnej choroby u siebie lub bliskich przy wysokim wsparciu poznawczym będzie mieć wyższy poziom reprezentacji emocjonalnej niż w przypadku niskiego wsparcia poznawczego.

5.3.4. Objawy traumy a radzenie sobie z nowotworem

Kolejny problem badawczy dotyczył sprawdzenia czy istnieje różnica między osobami, które doświadczyły objawów traumy na skutek doświadczenia własnej lub u kogoś z bliskich poważnej choroby, a osobami, które nie doświadczyły takich objawów w postrzeganiu własnej aktualnej choroby, strategii radzenia sobie z chorobą, akceptacji choroby i stanu psychicznego. W celu weryfikacji statystycznej zastosowano test Mana Whitney'a. Wyniki zaprezentowano w tabeli 28 (w pracy na określenie osób bez objawów traumy na skutek zagrażającej życiu choroby przyjęto skrót "bez traumy", natomiast na określenie osób, które doświadczyły objawów traumy przyjęto skrót "z traumą").

Tabela 28. Występowanie "traumy" lub "brak traumy" na skutek doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór a postrzeganie własnej choroby, strategię radzenia sobie z chorobą, akceptacja i stan psychiczny

	Brak dośw. traumy N=36	Doświadczenie traumy N=58		
	Średnia ranga		U	p
Postrzeganie choroby:				
Czas trwania choroby	42,58	50,55	867	0,16
Konsekwencje choroby	40,65	51,75	797,50	0,05*
Częstość występowania objawów	36	54,64	630	0,001*
Samokontrola	47,54	47,47	1042,50	0,99
Kontrola leczenia	51,67	44,91	894	0,24
Poczucie koherencji	53,54	43,75	826,50	0,09
Reprezentacja emocjonalna	39,31	52,59	749	0,02*
Liczba obj. od zachorowania	39,06	52,74	1348	0,02*
Liczba obj. zw. chorobą	37,94	53,43	1388	0,007*
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne	36,60	52,41	651	0,002*
Działanie czynników ryzyka	45,01	49,04	954,50	0,49
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe	38,28	53,22	712	0,01*
Duch walki	45,60	48,68	975,50	0,59
Beznadziejność-bezradność	34,97	55,28	593	<0,001*
Pozytywne przewartościowanie	43,36	50,07	895	0,24

Akceptacja choroby	49,65	46,16	966,50	0,55
Stan psychiczny:				
Lęk	34,06	55,84	560	<0,001*
Depresja	40,18	52,04	780,50	0,04*
Rozdrażnienie/agresja	45,07	49,01	956,50	0,48

Z powyższych analiz wynika, że istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy osobami "z traumą a osobami "bez traumy" w związku z występowaniem poważnej choroby u siebie lub bliskich przed zachorowaniem na chorobę nowotworową. Okazuje się, że osoby "bez traumy" mają niższy poziom od osób "z traumą" w: postrzeganiu konsekwencji choroby, w częstotliwości występowaniu objawów, reprezentacji emocjonalnej i wyjaśnieniu psychologicznym. Poza tym osoby "bez traumy" wskazują mniejszą liczbę objawów od początku zachorowania i mniejszą liczbę objawów związanych z chorobą. Co więcej osoby "bez traumy" rzadziej od osób "z traumą" stosują takie strategie radzenia sobie jak: zaabsorbowanie lękowe i beznadziejność-bezsilność oraz doświadczają mniej lęków i stanów depresyjnych.

5.3.5. Objawy traumy, typ nowotworu, zasoby a radzenie sobie z nowotworem

Następny problem badawczy dotyczył określenia czy wsparcie społeczne wpływa na różnice w postrzeganiu własnej choroby, strategii radzenia sobie z chorobą, akceptacji choroby oraz stanie psychicznym w zależności od występowania traumy i typu nowotworu. W tym celu rodzaje wsparcia społecznego (emocjonalne, instrumentalne, materialne i poznawcze) zdychotomizowano wg. wartości mediany zgodnej z danym rodzajem wsparcia społecznego, w celu wyodrębnienia wysokiego i niskiego poziomu wsparcia. Następnie próbę badawczą podzielono na pod grupy w zależności od występowania lub nie traumy, typu nowotworu oraz poziomu wsparcia. Powstało po 8 podgrup dla każdego rodzaju wsparcia społecznego tj.:

- **Podgrupa I** – występuje trauma, występuje rak piersi, niski poziom wsparcia społecznego danego rodzaju,
- **Podgrupa II** – występuje trauma, występuje rak piersi, wysoki poziom wsparcia społecznego danego rodzaju,
- **Podgrupa III** – występuje trauma, występuje rak jelita grubego, niski poziom wsparcia społecznego danego rodzaju,
- **Podgrupa IV** – występuje trauma, występuje rak jelita grubego, wysoki poziom wsparcia społecznego danego rodzaju,

- **Podgrupa V** – brak traumy, występuje rak piersi, niski poziom wsparcia społecznego danego rodzaju,
- **Podgrupa VI** – brak traumy, występuje rak piersi, wysoki poziom wsparcia społecznego danego rodzaju,
- **Podgrupa VII** – brak traumy, występuje rak jelita grubego, niski poziom wsparcia społecznego danego rodzaju,
- **Podgrupa VIII** – brak traumy, występuje rak jelita grubego, wysoki poziom wsparcia społecznego danego rodzaju.

Do analizy statystycznej zastosowano test Kruskala-Wallisa. W tabelach 29 do 32 zaprezentowano tylko istotne statystycznie różnice. Pełen protokół metodologiczny przeprowadzonych zależności zamieszczono w ZAŁĄCZNIKU 3B.

Tabela 29. Występowanie traumy, typu nowotworu i wsparcia społecznego – **wsparcie emocjonalne** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 7)	p	ε^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Częstość występ. objawów	V<III	15,66	0,03*	0,17
Poczucie koherencji	III<V; III<I; III<VI; IV<V	25,32	0,001*	0,28
Działanie czynników ryzyka	VIII<II	20,13	0,01*	0,22
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe	V<III	15,27	0,03*	0,16
Beznadziejność-bezradność	V<IV; V<II	22,01	0,003*	0,24
Stan psychiczny:				
Lęk	V<III	16,93	0,02*	0,18

* $p < 0,05$

Tabela 30. Występowanie traumy, typu nowotworu i wsparcia społecznego – **wsparcie materialne** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 7)	p	ε^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Częstość występowania objawów	III > V	17,16	0,02*	0,19
Kontrola leczenia	V > III	16,05	0,03*	0,18
Poczucie koherencji	III<I; III<V; III<VI; III<II	25,17	0,001*	0,28
Liczba obj. związanych chorobą	VI<III	14,62	0,04*	0,16
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne	VIII<III	15,04	0,04*	0,17

Działanie czynników ryzyka	V<III	15,74	0,03*	0,17
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe	V<III	14,86	0,04*	0,16
Beznadziejność-bezradność	V<III	16,09	0,02*	0,18
Stan psychiczny:				
Lęk	VI<III; VIII<III	19,63	0,006*	0,21

* $p < 0,05$

Tabela 31. Występowanie traumy, typu nowotworu i wsparcia społecznego – **wsparcie instrumentalne** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 7)	p	ϵ^2
Spostrzeganie własnej choroby:				
Poczucie koherencji	III<I; III<V; III<VI	24,18	0,001*	0,27
Strategie radzenia sobie				
Pozytywne przewartościowanie	V<III	18,12	0,01*	0,20
Stan psychiczny:				
Lęk	VI<III	18,31	0,01*	0,20

* $p < 0,05$

Tabela 32. Występowanie traumy, typu nowotworu i wsparcia społecznego – **wsparcie poznawcze** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 7)	p	ϵ^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Częstość występowania objawów	V<II; V<IV	17,05	0,02*	0,19
Poczucie koherencji	III<I; IV<I; III<VI; III<V	25,41	0,001*	0,28
Reprezentacja emocjonalna	V<II	16,28	0,02*	0,18
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe	V<III	15,04	0,04*	0,16
Beznadziejność-bezradność	V<IV	18,86	0,009*	0,21
Stan psychiczny:				
Lęk	VIII<III	18,75	0,009*	0,20

* $p < 0,05$;

Z powyższych analiz wynika, że wsparcie społeczne istotnie różnicuje relacje między osobami o różnym typie raka, występowaniem traumy a postrzeganiem własnej choroby. Do dalszej analizy porównującej dane pary wykorzystano test Dunna:

A. Gdy analizuje się wpływ wsparcia emocjonalnego to:

- W przypadku częstości występowania objawów to częściej występują w grupie III niż w grupie V.
- W przypadku skali poczucie koherencji to grupa III ma niższy poziom koherencji niż grupa I, V i VI. Ponadto grupa IV ma niższe wyniki od grupy V.
- W przypadku wyjaśnienia psychologicznego to grupa VIII ma niższy wynik od grupy II.
- W przypadku zaabsorbowania lękowego to grupa V ma niższy poziom od grupy III.
- W przypadku bezradności/beznadziejności to grupa V ma niższy poziom od grupy IV i od grupy II.
- W przypadku lęku to grupa V ma mniejszy poziom lęku od grupy III.

B. Gdy analizuje się wpływ wsparcia materialnego to:

- W przypadku częstości występowania objawów okazuje się, że grupa V ma mniejszy poziom od grupy III.
- W przypadku kontroli leczenia grupa III ma mniejszy poziom od grupy V.
- W przypadku skali poczucia koherencji to grupa III ma niższe poczucie koherencji od grup I, II, V, VI.
- W przypadku liczby objawów związanych z chorobą okazuje się, że grupa VI < III.
- W przypadku wyjaśnienia psychologicznego to grupa III ma wyższy poziom od grupy VIII.
- W przypadku działania czynników ryzyka, to grupa III ma wyższy poziom niż grupa V.
- W przypadku przypadku/wypadek, to grupa III ma wyższy poziom niż grupa V.
- W przypadku zaabsorbowania lękowego, to grupa III ma wyższy poziom niż grupa V.
- W przypadku lęku, to grupa III ma wyższy poziom niż grupa VI i niż grupa VIII.

C. Gdy analizuje się wpływ wsparcia instrumentalnego to:

- W przypadku skali poczucia koherencji to grupa III ma niższe wyniki od grupy I i grupy V i VI.

- W przypadku bezradności/beznadziejności, to grupa III ma wyższy poziom niż grupa V.
- W przypadku lęku, to grupa III ma wyższy poziom od grupy VI.

D. Gdy analizuje się wpływ wsparcia poznawczego to:

- W przypadku częstości występowania objawów, to rzadziej występują objawy w grupie V niż II lub IV.
- W przypadku skali poczucia koherencji, to grupa III ma wyniki niższe od grupy I, V i VI. Ponadto grupa IV ma niższy poziom od I.
- W przypadku reprezentacji emocjonalnej, to grupa II ma wyższy poziom niż grupa V.
- W przypadku zaabsorbowania lękowego, to grupa III ma wyższy poziom niż grupa V.
- W przypadku beznadziejności/bezradności, to grupa IV ma wyższy wynik niż grupa V.
- W przypadku lęku, to grupa III ma wyższy poziom niż grupa VIII.

Podsumowanie

Występowanie wysokiego wsparcia emocjonalnego, materialnego, instrumentalnego i poznawczego może w większości porównań niwelować negatywny wpływ interakcji występowania traumy oraz typu nowotworu. Natomiast w przypadku niskiego poziomu wsparcia danego rodzaju zwiększa się oddziaływanie interakcji traumy i typu nowotworu na określone wymiary:

- w przypadku niskiego poziomu wsparcia emocjonalnego są to: częstotliwość występowania objawów, poczucie koherencji, wyjaśnienie psychologiczne i zaabsorbowania lękowe oraz lęk.
- w przypadku niskiego poziomu wsparcia materialnego są to: częstość występowania objawów, kontrola leczenia, poczucie koherencji, liczby objawów związanych z chorobą, wyjaśnienie psychologiczne, działanie czynników ryzyka, zaabsorbowanie lękowe i lęk.
- w przypadku niskiego poziomu wsparcia instrumentalnego są to: poczucie koherencji, bezradności/beznadziejności i lęku.
- w przypadku niskiego poziomu wsparcia poznawczego są to: konsekwencje choroby, częstość występowania objawów, poczucie koherencji, reprezentacji emocjonalnej, zaabsorbowania lękowego, bezradności/beznadziejności i lęku.

5.3.6. Wcześniejsza utrata zdrowia, zmienne socjodemograficzne a radzenie sobie z nowotworem

Następny problem badawczy miał na celu określenie czy zmienne socjodemograficzne wpływają na różnice w radzeniu sobie z chorobą nowotworową uwzględniając podział grupy na obecność lub brak wcześniejszej poważnej choroby u pacjenta lub/i jego bliskich. Z przeprowadzonych analiz wynika, że zmienne socjodemograficzne jak: wiek, płeć, status związku, wykształcenie i sytuacja zawodowa przy uwzględnieniu podziału grupy na obecność lub brak poważnej choroby u pacjenta lub/i jego bliskich przed zachorowaniem na nowotwór, wpływają istotnie na różnice w zmaganiu się z chorobą nowotworową. Jedynie miejsce zamieszkania niezależnie od doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich przed zachorowaniem na nowotwór nie różnicuje sposobów radzenia sobie ze stresem choroby nowotworowej. W tabelach (33 – 37) zaprezentowano uproszczone wyniki przeprowadzonych analiz. Pełen protokół metodologiczny zamieszczono w ZAŁĄCZNIKU 3C.

W wyniku przeprowadzonych analiz ustalono, że:

1. Przy uwzględnieniu zmiennej wiek (do analizy statystycznej zastosowano współczynnik rho-Spearmana, wyniki analiz zaprezentowano w tabeli 33):
 - a) w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór wiek koreluje umiarkowanie dodatnio z częstością występowania objawów, co oznacza, że im starsza osoba, tym wyższy poziom zmiennej częstość występowania objawów, czyli powtarzalność doświadczanych objawów w przebiegu choroby.
 - b) w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór wiek koreluje słabo dodatnio z czasem trwania choroby, działaniem czynników ryzyka i bezzadnością-beznadziejnością. Oznacza, to że im starsza osoba tym wyższy poziom zmiennych: czas trwania choroby, działanie czynników ryzyka oraz strategia radzenia sobie na wymiarze bezzadność-beznadziejność.

Tabela 33. Wiek z uwzględnieniem podziału grupy na obecność lub brak doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich a postrzeganie własnej choroby, strategię radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Wiek	
	Brak doświadczenia	Z doświadczeniem
Postrzeganie własnej choroby:		
Czas trwania choroby	0,20	0,21*
Częstość występowania objawów	0,51*	0,18
Działanie czynników ryzyka	0,13	0,24*
Strategie radzenia sobie:		
Beznadziejność-bezradność	0,26	0,25*
Akceptacja choroby	n.ist.	n.ist.
Stan psychiczny	n.ist.	n.ist.

* $p < 0,05$; n.ist.- brak istotnych statystycznie różnic

2. Przy uwzględnieniu zmiennej płeć (do analizy statystycznej zastosowano test Manna – Whitney’a; wyniki analiz zaprezentowano w tabeli 34):
 - a) w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich płeć nie różnicuje spostrzegania własnej choroby, strategii radzenia sobie z chorobą, poziomu akceptacji choroby oraz stanu psychicznego.
 - b) w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie lub bliskich płeć różnicuje tylko postrzeganie własnej choroby na wymiarze czas trwania choroby oraz działanie czynników ryzyka. Zmienne czas trwania choroby i działania czynników ryzyka jest wyższy w grupie mężczyzn niż kobiety. Nie ustalono różnic w ramach strategii radzenia sobie z chorobą oraz na poziomie akceptacji choroby i w stanie psychicznym.

Tabela 34. Płeć z uwzględnieniem podziału grupy na obecność lub brak doświadczenia poważnej choroby a zmaganie się z nowotworem

	Średnia ranga		U	p
	Kobiety	Mężczyźni		
	Brak doświadczenia			
Postrzeganie choroby	n.ist.	n.ist.		
Strategie radzenia sobie	n.ist.	n.ist.		
Akceptacja choroby	n.ist.	n.ist.		
Stan psychiczny	n.ist.	n.ist.		

Z doświadczeniem				
Postrzeganie choroby:				
Czas trwania choroby	44,76	59,06	476	0,04*
Działanie czynników ryzyka	44,06	62,03	422,5	0,01*
Strategie radzenia sobie	n.ist.	n.ist.		
Akceptacja choroby	n.ist.	n.ist.		
Stan psychiczny	n.ist.	n.ist.		

* $p < 0,05$; n.ist.- brak istotnych statystycznie różnic

3. Przy uwzględnieniu zmiennej stan cywilny (do analizy statystycznej zastosowano test Kruskala-Wallisa, wyniki analiz zaprezentowano w tabeli 35):
- w grupie bez doświadczenia poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór nie ustalono żadnych statystycznie istotnych różnic.
 - w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby własnej lub u bliskich, chorzy, którzy nie są w żadnym związku mają wyższy poziom konsekwencji choroby niż chorzy będący w relacjach pozamałżeńskich. Natomiast w zakresie pozostałych zmiennych: strategie radzenia sobie, akceptacja czy stan psychiczny nie stwierdzono żadnych istotnych statystycznie różnic.

Tabela 35. Stan cywilny z uwzględnieniem podziału grupy na obecność lub brak doświadczenia poważnej choroby a zmaganie się z nowotworem

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 3)	p	ϵ^2
Brak doświadczenia				
Postrzeganie własnej choroby	n.ist.			
Strategie radzenia sobie	n.ist.			
Akceptacja choroby	n.ist.			
Stan psychiczny	n.ist.			
Z doświadczeniem				
Postrzeganie własnej choroby:				
Konsekwencje choroby	III < I	9,24	0,03*	0,36
Strategie radzenia sobie	n.ist.			
Akceptacja choroby	n.ist.			
Stan psychiczny	n.ist.			

* $p < 0,05$; Legenda: I - nie jestem w związku; II - jestem w związku małżeńskim; III - jestem w związku nieformalnym; n.ist.- brak istotnych statystycznie różnic

4. Przy uwzględnieniu zmiennej wykształcenie (do analizy statystycznej zastosowano test Kruskala-Wallisa, wyniki analiz zaprezentowano w tabeli 36):
- w grupie osób z brakiem doświadczenia poważnej choroby własnej lub u bliskich osoby o różnym wykształceniu różnią się w zakresie poziomu konsekwencji choroby. Osoby ze średnim wykształceniem dostrzegają mniej konsekwencji choroby niż osoby z wyższym wykształceniem. W zakresie strategii radzenia sobie z chorobą oraz akceptacji i stanie psychicznym nie zaobserwowano żadnych różnic.
 - w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby własnej lub u bliskich osoby o różnym wykształceniu różnią się istotnie statystycznie w zakresie zmiennych: częstość występowania objawów oraz pozytywne przewartościowanie. Osoby z wykształceniem pomaturalnym/policealnym mają niższy poziom zmiennej: częstość występowania objawów oraz pozytywne przewartościowanie niż osoby z wykształceniem zawodowym. Nie zaobserwowano różnic w zakresie akceptacji choroby oraz w stanie psychicznym.

Tabela 36. Wykształcenie z uwzględnieniem podziału grupy na obecność lub brak doświadczenia poważnej choroby a zmaganie się z nowotworem

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 3)	p	ϵ^2
Bez doświadczenia				
Postrzeganie własnej choroby:				
Konsekwencje choroby	IV < VII	9,74	0,04*	0,34
Przyczyny choroby	n.ist.			
Strategie radzenia sobie	n.ist.			
Akceptacja choroby	n.ist.			
Stan psychiczny	n.ist.			
Z doświadczeniem				
Postrzeganie własnej choroby:				
Częstość występowania objawów	V < III	9,92	0,04*	0,36
Pozytywne przewartościowanie	V < III	12,14	0,02*	0,45
Strategie radzenia sobie	n.ist.			
Akceptacja choroby	n.ist.			
Stan psychiczny	n.ist.			

* $p < 0,05$; Legenda: I - podstawowe; II - gimnazjalne; III - zawodowe; IV - średnie; V - policealne/pomaturalne; VI - niepełne wyższe; VII - wyższe; n.ist. - brak istotnych statystycznie różnic

5. Przy uwzględnieniu zmiennej sytuacja zawodowa (do analizy statystycznej zastosowano test Kruskala-Wallisa; wyniki analiz zaprezentowano w tabeli 37):
- w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby własnej lub u bliskich obecna sytuacja zawodowa nie różnicuje postrzegania własnej choroby, strategii radzenia oraz poziomu akceptacji i stanu psychicznego.
 - w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby własnej lub u bliskich obecna sytuacja zawodowa różnicuje poziom koherencji. Osoby na emeryturze mają niższy poziom poczucia koherencji niż osoby bez pracy. Nie zaobserwowano natomiast różnic w zakresie strategii radzenia sobie z chorobą, poziomie akceptacji i stanie psychicznym.

Tabela 37. Sytuacja zawodowa z uwzględnieniem występowania lub braku doświadczenia poważnej choroby u pacjenta lub bliskich a zmaganie się z nowotworem

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 3)	p	ϵ^2
Brak doświadczenia				
Postrzeganie własnej choroby	n.ist.			
Strategie radzenia sobie	n.ist.			
Akceptacja choroby	n.ist.			
Stan psychiczny	n.ist.			
Z doświadczeniem				
Postrzeganie własnej choroby:				
Poczucie koherencji	VI < VII	12,94	0,04*	0,30
Strategie radzenia sobie	n.ist.			
Akceptacja choroby	n.ist.			
Stan psychiczny	n.ist.			

* $p < 0,05$; Legenda: I - studiuje; II - zatrudnienie na pełny etat; III - zatrudnienie na część etatu; IV - inna forma zatrudnienia; V - renta; VI - emerytura; VII nie pracuje; n.ist.- brak istotnych statystycznie różnic

5.3.7. Model zmiennych a następstwa choroby nowotworowej

Ostatni etap analiz to próba podsumowania całego modelu badawczego, czyli sprawdzenie jakie składowe modelu badawczego wyprowadzone z transakcyjnej koncepcji stresu Lazarusa i Folkman wiążą się z akceptacją choroby oraz stanem psychicznym tj. depresją, lękiem bądź agresją.

Weryfikację modelu badawczego przeprowadzono przy zastosowaniu analiz korelacji oraz regresji liniowej metodą krokową w grupach bez lub z doświadczeniem zagrażającej życiu choroby przed zachorowaniem na nowotwór.

W pierwszym etapie sprawdzono czy akceptacja i stan psychiczny ma związek z pozostałymi zmiennymi wyróżnionymi w modelu badawczym. Do analizy statystycznej zastosowano współczynnik korelacji rho-Spearmana. Wyniki zaprezentowano w tabelach 38 (grupa bez doświadczenia) i 39 (grupa z doświadczeniem).

Poniżej zaprezentowano wyniki dla grupy bez doświadczenia zagrażającej życiu choroby poprzedzającego zachorowanie na nowotwór.

Tabela 38. Akceptacja i stan psychiczny z uwzględnieniem osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich a pozostałe zmienne wyróżnione w modelu

	Akceptacja	Lęk	Depresja	Agresja
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby	-0,24	0,16	0,16	0,09
Konsekwencje choroby	-0,20	0,001	0,14	0,05
Częstość występowania objawów	-0,08	0,42*	0,19	-0,01
Samokontrola	0,19	-0,37	-0,38*	0,17
Kontrola leczenia	0,23	0,11	-0,17	0,26
Poczucie koherencji	-0,15	-0,27	-0,08	0,06
Reprezentacja emocjonalna	0,30	0,45*	0,19	0,33
Liczba objawów występujących od zachorowania	-0,32	0,09	0,28	0,10
Liczba objawów związanych chorobą	-0,28	0,14	0,16	0,14
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne	-0,23	-0,08	0,16	0,01
Działanie czynników ryzyka	-0,39*	0,23	0,27	0,02
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe	0,12	0,27	0,22	0,41*
Duch walki	0,49*	-0,37	-0,34	-0,23
Beznadziejność-bezradność	-0,27	0,29	0,44*	-0,16
Pozytywne przewartościowanie	0,06	-0,07	0,08	-0,15
Rodzaje wsparcia:				
Wsparcie emocjonalne	-0,40	-0,07	0,14	0,11
Wsparcie materialne	-0,05	0,13	-0,13	-0,12
Wsparcie instrumentalne	-0,12	0,07	-0,01	0,01
Wsparcie poznawcze	-0,13	0,06	-0,06	0,05

* $p < 0,05$

Z analizy współczynników korelacji rho-Spearmana, wynika, że w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby poprzedzającego zachorowanie na nowotwór:

- Akceptacja choroby koreluje umiarkowanie silnie ujemnie z działaniem czynników ryzyka. Oznacza to, że im wyższe działanie czynników ryzyka tym mniejszy poziom akceptacji.
- Lęk umiarkowanie silnie dodatnio koreluje z częstością występowania objawów oraz z reprezentacją emocjonalnej reakcji na chorobę. Oznacza to, że im większa częstość występowania objawów oraz większa reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę, tym wyższy poziom lęku.
- Depresja natomiast koreluje umiarkowanie silnie ujemnie z samokontrolą oraz umiarkowanie dodatnio z bezradnością-beznadziejnością. Oznacza to, że im wyższy poziom samokontroli, tym niższy poziom depresji oraz im wyższy poziom bezradności-beznadziejności, tym wyższy poziom depresji.
- Agresja koreluje umiarkowanie dodatnio z zaabsorbowaniem lękowym, oznacza to, że im wyższy poziom zaabsorbowania lękowego, tym wyższy poziom agresji.

Poniżej zaprezentowano wyniki dla grupy z doświadczeniem zagrażającej życiu choroby poprzedzającym zachorowanie na nowotwór.

Tabela 39. Akceptacja i stan psychiczny z uwzględnieniem osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie lub bliskich a pozostałe zmienne wyróżnione w modelu

	Akceptacja	Lęk	Depresja	Agresja
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby	-0,12	0,14	0,08	-0,08
Konsekwencje choroby	-0,15	0,15	0,24*	0,02
Częstość występowania objawów	-0,23*	0,40*	0,28	0,14
Samokontrola	0,14	-0,18	-0,14	0,03
Kontrola leczenia	0,18	-0,25*	-0,35*	-0,16
Poczucie koherencji	0,04	-0,32*	-0,35*	-0,17
Reprezentacja emocjonalna	-0,37	0,59	0,42*	0,38*
Liczba objawów występujących od zachorowania	-0,39*	0,34*	0,05	0,21*
Liczba objawów związanych chorobą	-0,36*	0,30	0,05	0,13
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne	0,04	0,22*	0,33*	0,06
Działanie czynników ryzyka	-0,04	0,06	0,17	0,10
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe	-0,34*	0,69*	0,53*	0,27*
Duch walki	0,17	-0,34	-0,33*	-0,16
Beznadziejność-bezradność	-0,27*	0,61*	0,66*	0,23*
Pozytywne przewartościowanie	0,27*	-0,23*	-0,38*	-0,23*
Wsparcie emocjonalne	0,08	-0,01	0,20	0,01
Wsparcie materialne	0,12	-0,13	0,02	0,03
Wsparcie instrumentalne	0,08	-0,14	-0,004	-0,03
Wsparcie poznawcze	0,03	-0,19	-0,001	-0,04
Intruzja	-0,11	0,38*	0,19	0,11
Pobudzenie	-0,20	0,51*	0,24*	0,13
Unikanie	-0,02	0,22*	0,03	-0,07
Zmiany w percepcji siebie	0,27*	-0,01	-0,11	-0,15
Zmiany w relacjach z innymi	0,19	0,05	0,02	-0,07
Większe docenianie życia	0,10	0,10	-0,03	-0,03
Zmiany duchowe	0,04	0,04	-0,02	-0,15
Korzystanie z własnego doświadczenia	0,30*	-0,29*	-0,39	-0,29

* $p < 0,05$

Z analizy współczynników korelacji wynika, że w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby przed zachorowaniem istnieją istotne statystycznie związki między badanymi zmiennymi.

- Akceptacja choroby słabo dodatnio koreluje z zmianą percepcji siebie, pozytywnym przewartościowaniem oraz korzystaniem z własnego doświadczenia, co oznacza, że im większe korzystanie z własnego doświadczenia, pozytywne przewartościowanie i zmiana percepcji siebie, tym większa akceptacja siebie. Ponadto akceptacja choroby słabo lub umiarkowanie silnie koreluje ujemnie z: częstością występowania objawów, liczbą objawów występujących od zachorowania, liczbą objawów związanych z chorobą i bezradnością. Oznacza to, że im częściej powtarzają się doświadczane objawy oraz im większa jest liczba objawów rozpoznawanych od zachorowania i częściej objawy te związane są z chorobą, a także im częściej występuje strategia bezradność-beznadziejność, tym mniejszy jest poziom akceptacji choroby.
- Lęk słabo dodatnio koreluje z wyjaśnieniem psychologicznym, liczbą objawów występujących od zachorowania i unikaniem, co oznacza, że im wyższy poziom wyjaśnienia psychologicznego, liczba objawów występujących od zachorowania oraz objawy traumy o charakterze unikania, tym większy lęk. Lęk również dodatnio ale umiarkowanie silnie koreluje z częstością występowania objawów, zaabsorbowaniem lękowym, bezradnością, pobudzeniem i intruzją. Natomiast słabo ujemnie koreluje z: kontrolą leczenia, poczuciem koherencji, pozytywnym przewartościowaniem i korzystaniem z własnego doświadczenia. Oznacza to, że im wyższy poziom wymienionych zmiennych tym niższy poziom lęku.
- Depresja słabo dodatnio koreluje ze zmiennymi takimi jak: konsekwencje choroby, wyjaśnienie psychologiczne i pobudzenie. Oznacza to, że im wyższy poziom konsekwencji choroby, wyjaśnienie psychologiczne oraz objawy traumy o charakterze pobudzenia, tym wyższy poziom depresji. Depresja umiarkowanie silnie dodatnio koreluje również z reprezentacją emocjonalnej reakcji na chorobę, zaabsorbowaniem lękowym, bezradnością-beznadziejnością, co oznacza, że im większy poziom reprezentacji emocjonalnej reakcji na chorobę, zaabsorbowania lękowego oraz bezradności-beznadziejności, tym większy poziom depresji. Depresja umiarkowanie silnie ujemnie koreluje z kontrolą leczenia, poczuciem koherencji, duchem walki i pozytywnym przewartościowaniem. Oznacza to, że im większy poziom wymienionych zmiennych, tym mniejsze natężenie depresji.
- Agresja słabo lub umiarkowanie silnie dodatnio koreluje z reprezentacją emocjonalnej reakcji na chorobę, liczbą objawów występujących od zachorowania, zaabsorbowa-

niem lękowym i bezradnością-beznadziejnością. Co oznacza, że im większe natężenie reprezentacji emocjonalnej reakcji na chorobę, liczby objawów występujących od zachorowania, zaabsorbowania lękowego oraz bezradności-beznadziejności, to tym większy poziom agresji. Natomiast agresja słabo ujemnie koreluje z pozytywnym przewartościowaniem. Oznacza to, że im większy poziom pozytywnego przewartościowania, tym mniejszy poziom agresji.

Podsumowując przeprowadzone analizy korelacji można zauważyć, iż zdecydowanie więcej istotnych statystycznie zależności uzyskano w grupie chorych z doświadczeniem poważnej zagrażającej życiu choroby u siebie lub bliskich przed zachorowaniem na nowotwór. Spośród wielu ustalonych istotnych statystycznie związków uwagę zwracają zwłaszcza relacje odnoszące się do bezpośrednich związków między skutkami wcześniejszych doświadczeń związanych z zagrażającą życiu chorobą własną i/lub w rodzinie a następstwami przebiegu zmagania się z chorobą nowotworową czyli stanem psychicznym (poziom natężenia lęku, depresji czy agresji) i akceptacją. Najwięcej istotnych związków w tym wymiarze zauważono między doświadczeniem objawów traumy tj. intruzją, unikaniem, pobudzeniem oraz umiejętnością korzystania z doświadczeń choroby (wymiar ogólny) a natężeniem lęku. Dokładna analiza korelacji wykazała, że lęk słabo dodatnio koreluje z unikaniem oraz że umiarkowanie silnie dodatnio koreluje z pobudzeniem i intruzją. Co oznacza, że im wyższy poziom unikania, pobudzenia i intruzji tym wyższy poziom lęku. Natomiast słabą ujemną korelację wykazano pomiędzy korzystaniem z własnego doświadczenia a lękiem co oznacza, że im wyższy poziom wymienionej zmiennej tym niższy poziom lęku.

W kolejnym etapie weryfikacji modelu badawczego zastosowano regresję liniową metodą krokową. Sprawdzone jak model badawczy składający się z predyktorów wyprowadzonych z transakcyjnej koncepcji stresu wiąże się z akceptacją choroby oraz stanem psychicznym tj. depresją, lękiem i agresją w poszczególnych podgrupach:

- **Podgrupa A** – osoby z doświadczeniem poważnej choroby u siebie lub bliskich,
- **Podgrupa B** – osoby bez doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich,
- **Podgrupa C** – osoby bez doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich i z rakiem piersi lub z rakiem jelita grubego,

- **Podgrupa D** – osoby z doświadczeniem poważnej choroby u siebie lub bliskich i z rakiem piersi lub z rakiem jelita grubego.

Podgrupa A – osoby z doświadczeniem poważnej choroby u siebie lub bliskich

W pierwszym kroku zweryfikowano jak model badawczy składający się z predyktorów: umiejętność korzystania z doświadczenia choroby, PTSD, posttraumatyczny wzrost, postrzeganie własnej choroby, wsparcie społeczne oraz strategie radzenia sobie z chorobą wiąże się odpowiednio z akceptacją choroby (tabela 40, 41) oraz stanem psychicznym na wymiarze: lęk (tabela 42, 43), depresja (tabela 44, 45), agresja (tabela 46, 47).

Tabela 40. Podsumowanie modelu dla zmiennej zależnej **akceptacja choroby** w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Model	M	R ²	Skorygowane	Std. błąd oszacowania	F	Anova	
			R ²			df ₁ ; df ₂	p
1	0,408 ^a	0,17	0,158	0,77	18,42	1;92	<0,001
2	0,519 ^b	0,27	0,253	0,72	16,74	2;91	<0,001

a. Predyktory: (stała), Reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę

b. Predyktory: (stała), Reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę, liczba objawów występujących od zachorowania

Tabela 41. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej **akceptacja choroby** w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Model		Współczynniki niestandardowe		Współczynniki standaryzowane	
		N	Std. błąd	Rozkład beta	t
1	(Stała)	4,59	0,31		14,47
	Reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę	-0,37	0,08	-0,408	-4,29
2	(Stała)	4,88	0,31		15,76
	Reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę	-0,33	0,08	-0,364	-4,02
	Liczba objawów występujących od zachorowania	-0,08	0,02	-0,323	-3,56

Z analizy regresji liniowej przy zastosowaniu metody krokowej, okazuje się, że najlepiej dopasowany model składa się ze zmiennych: reprezentacja emocjonalna reakcji na chorobę oraz liczba objawów występujących od zachorowania. Pozostałe zmienne w tym modelu

zostały usunięte z uwagi na brak istotnych związków. Model złożony z obu predyktorów pozwala lepiej przewidzieć poziom akceptacji choroby, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,27$; $p < 0,05$). Oba predyktory pozwalają w istotny sposób, w 27% przewidzieć poziom wspólnej wariancji zmiennej akceptacja choroby. Reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę jest nieco silniejszym predyktorem ($\beta = -0,36$; $p < 0,05$) niż liczba objawów występujących od zachorowania ($\beta = -0,32$; $p < 0,05$). Interpretując uzyskane wyniki współczynników, można stwierdzić, że im większy poziom reprezentacji emocjonalnej reakcji na chorobę i liczby objawów występujących od zachorowania tym mniejszy poziom akceptacji choroby.

Tabela 42. Podsumowanie modelu dla zmiennej zależnej **lęk** w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Model	M	R^2	Skorygowane	Std. błąd oszacowania	Anova		
			R^2		F	df_1 ; df_2	p
1	0,69 ^a	0,47	0,47	0,47	82,85	1;92	<0,001
2	0,74 ^b	0,54	0,53	0,44	53,57	2;91	<0,001
3	0,77 ^c	0,59	0,58	0,42	42,93	3;90	<0,001
4	0,79 ^d	0,63	0,61	0,40	37,45	4;89	<0,001
5	0,81 ^e	0,65	0,63	0,39	32,97	5;88	<0,001
6	0,82 ^f	0,67	0,65	0,38	29,22	6;87	<0,001

a. Predyktory: (stała), zaabsorbowanie lękowe

b. Predyktory: (stała), zaabsorbowanie lękowe, bezradność

c. Predyktory: (stała), zaabsorbowanie lękowe, bezradność, wsparcie poznawcze,

d. Predyktory: (stała), zaabsorbowanie lękowe, bezradność, wsparcie poznawcze, wsparcie materialne,

e. Predyktory: (stała), zaabsorbowanie lękowe, bezradność, wsparcie poznawcze, wsparcie materialne, reprezentacja emocjonalna reakcji na chorobę,

f. Predyktory: (stała), zaabsorbowanie lękowe, bezradność, wsparcie poznawcze, wsparcie materialne, reprezentacja emocjonalna reakcji na chorobę, liczba objawów występujących od zachorowania`

Tabela 43. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej **lęk** w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Model		Współczynniki niestandardy- zowane		Współczynniki standaryzowane	t	Ist.
		N	Std. błąd	Rozkład beta		
1	(Stała)	-0,57	0,19		-3,02	0,003
	Zaabsorbowanie lękowe	0,69	0,08	0,69	9,10	<0,001
2	(Stała)	-0,77	0,19		-4,14	<0,001
	Zaabsorbowanie lękowe	0,46	0,10	0,46	4,82	<0,001
	Bezradność/ beznadziejność	0,42	0,12	0,35	3,64	<0,001
3	(Stała)	-0,31	0,23		-1,36	0,18
	Zaabsorbowanie lękowe	0,48	0,09	0,48	5,33	<0,001
	Bezradność/beznadziejność	0,40	0,11	0,33	3,62	<0,001
	Wsparcie poznawcze	-0,14	0,04	-0,22	-3,24	0,002
4	(Stała)	-0,94	0,30		-3,13	0,002
	Zaabsorbowanie lękowe	0,47	0,09	0,47	5,41	<0,001
	Bezradność/beznadziejność	0,46	0,11	0,38	4,28	<0,001
	Wsparcie poznawcze	-0,28	0,06	-0,43	-4,53	<0,001
	Wsparcie materialne	0,26	0,09	0,29	3,04	0,003
5	(Stała)	-0,99	0,29		-3,41	0,001
	Zaabsorbowanie lękowe	0,29	0,11	0,29	2,56	0,01
	Bezradność/beznadziejność	0,49	0,11	0,41	4,71	<0,001
	Wsparcie poznawcze	-0,27	0,06	-0,42	-4,49	<0,001
	Wsparcie materialne	0,22	0,09	0,25	2,57	0,01
	Reprezentacja emocjonalna	0,16	0,06	0,23	2,50	0,01
6	(Stała)	-1,06	0,29		-3,69	<0,001
	Zaabsorbowanie lękowe	0,30	0,11	0,30	2,70	0,01
	Bezradność/beznadziejność	0,45	0,11	0,37	4,32	<0,001
	Wsparcie poznawcze	-0,24	0,06	-0,38	-4,09	<0,001
	Wsparcie materialne	0,20	0,08	0,23	2,43	0,02
	Reprezentacja emocjonalna	0,15	0,06	0,22	2,37	0,02
	Liczba obj. od zachorowania	0,03	0,01	0,14	2,07	0,04

Przeprowadzone analizy pozwoliły ustalić, że najlepiej dopasowany model wyjaśniający zmienną zależną lęk składa się ze zmiennych: zaabsorbowanie lękowe, bezradność-beznadziejność, liczba objawów występujących od zachorowania, wsparcie poznawcze i materialne oraz reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę. Pozostałe zmienne w tym modelu zostały usunięte z uwagi na brak istotnych związków. Model złożony z sześciu predyktorów pozwala lepiej przewidzieć poziom lęku, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,67$; $p < 0,05$). Ra-

zem predyktory pozwalają w 67% przewidzieć poziom wspólnej wariancji zmiennej lęk. Wsparcie poznawcze jest najsilniejszym w tym modelu predyktorem ($\beta = -0,38$; $p < 0,05$). Interpretując uzyskane wyniki współczynników można stwierdzić, że im wyższy poziom zmiennych zaabsorbowanie lękowe, bezradność-beznadziejność, liczba objawów występujących od zachorowania, reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę, wsparcie materialne przy jednoczesnym obniżaniu się wsparcia poznawczego, tym większy poziom lęku.

Tabela 44. Podsumowanie modelu dla zmiennej zależnej **depresja** w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Model	M	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Std. błąd oszacowania	F	Anova	
						df_1 ; df_2	p
1	0,70 ^a	0,49	0,49	0,36	89,30	1;92	<0,001
2	0,75 ^b	0,57	0,56	0,34	59,64	2;91	<0,001
3	0,76 ^c	0,59	0,57	0,33	42,72	3;93	<0,001

a. Predyktory: (stała), bezradność -beznadziejność

b. Predyktory: (stała), bezradność-beznadziejność, pozytywne przewartościowanie

c. Predyktory: (stała), bezradność-beznadziejność, pozytywne przewartościowanie, reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę

Tabela 45. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej **depresja** w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Model		Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	
		N	Std. błąd	Rozkład beta	t
1	(Stała)	-0,60	0,14		-4,411
	Bezradność-beznadziejność	0,68	0,07	0,702	9,450
2	(Stała)	0,46	0,29		1,565
	Bezradność-beznadziejność	0,62	0,07	0,641	9,076
	Pozytywne przewartościowanie	-0,32	0,08	-0,280	-3,963
3	(Stała)	0,16	0,32		0,50
	Bezradność-beznadziejność	0,57	0,02	0,57	7,99
	Pozytywne przewartościowanie	-0,29	0,08	-0,26	-3,63
	Reprezentacja emocjonalna	0,09	0,04	0,16	2,10

Okazuje się, że najlepiej dopasowany model dla zmiennej zależnej depresja składa się ze zmiennych: bezradność, pozytywne przewartościowanie, reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę. Pozostałe zmienne w tym modelu zostały usunięte z uwagi na brak istotnych związków. Model złożony z trzech predyktorów pozwala lepiej przewidzieć poziom depresji, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,59$; $p < 0,05$). Razem predyktory pozwalają w 59% przewi-

dzień poziom wspólnej wariancji zmiennej depresja. Bezradność-beznadziejność jest najsilniejszym w tym modelu predyktorem ($\beta = 0,57$; $p < 0,05$). Interpretując uzyskane wyniki współczynników, można stwierdzić, że im większy poziom zmiennych bezradność-beznadziejność oraz reprezentacji emocjonalnej reakcji na chorobę oraz mniejszy poziom zmiennej pozytywne przewartościowanie, tym większy poziom depresji.

Tabela 46. Podsumowanie modelu dla zmiennej zależnej **agresja** w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Model	M	R ²	Skorygowane	Std. błąd oszacowania	F	Anova	
			R ²			df ₁ ; df ₂	p
1	0,39 ^a	0,15	0,14	0,77	16,47	1;92	<0,001

a. Predyktory: (stała), Reprezentacja emocjonalna

Tabela 47. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej **agresja** w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Współczynniki niestandardyzowane					
		Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	
Model	N	Std. błąd	Rozkład beta	t	Ist.
1 (Stała)	0,22	0,32		0,71	0,48
Reprezentacja emocjonalna	0,35	0,09	0,39	4,06	<0,001

Przeprowadzenie analiz pozwoliło zauważyć, że najlepiej dopasowany model składa się ze zmiennej: reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę. Pozostałe zmienne w tym modelu zostały usunięte z uwagi na brak istotnych związków. Model złożony z tego predyktora pozwala przewidzieć poziom agresji, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,15$; $p < 0,05$). Model ten pozwala w 15% przewidzieć poziom wspólnej wariancji zmiennej agresja. Interpretując uzyskane wyniki współczynnika można stwierdzić, że im większy poziom reprezentacji emocjonalnej reakcji na chorobę, tym większy poziom agresji.

Podgrupa B – osoby bez doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich

Następnie sprawdzono jak model badawczy w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich składający się z predyktorów: postrzeganie własnej choroby, wsparcie społeczne, PTSD i posttraumatyczny wzrost, korzystania z doświadczeń choroby oraz

strategie radzenia sobie z chorobą wiążą się z akceptacją choroby (tabela 48, 49) oraz stanem psychicznym: lęk (tabela 50, 51), depresja (tabela 52, 53), agresja/rozdrażnienie.

Tabela 48. Podsumowanie modelu dla zmiennej zależnej **akceptacja choroby** w grupie osób bez doświadczenia wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Model	M	R ²	Skorygowane	Std. błąd oszacowania	F	Anova	
			R ²			df ₁ ; df ₂	p
1	0,52 ^a	0,27	0,24	0,75	8,84	1;24	0,01

a. Predyktory: (stała), Działanie czynników ryzyka

Tabela 49. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej **akceptacja choroby** w grupie osób bez doświadczenia wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Model	Współczynniki niestandardowe		Współczynniki standaryzowane		t	Ist.
	N	Std. błąd	Rozkład beta			
1 (Stała)	5,09	0,68			7,51	<0,001
Działanie czynników ryzyka	-0,80	0,27	-0,52		-2,97	0,01

Najlepiej dopasowany model dla zmiennej zależnej akceptacja składa się ze zmiennej: działanie czynników ryzyka. Pozostałe zmienne w tym modelu zostały usunięte z uwagi na brak istotnych związków. Model złożony z tego predyktora pozwala przewidzieć poziom akceptacji choroby, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,27$; $p < 0,05$). Model ten pozwala w 27% istotny sposób przewidzieć poziom wspólnej wariancji zmiennej akceptacja choroby. Interpretując uzyskane wyniki współczynnika, można stwierdzić, że im większy poziom działania czynników ryzyka, tym niższy poziom akceptacji choroby lub im mniejszy poziom działania czynników ryzyka, tym wyższy poziom akceptacji choroby.

Tabela 50. Podsumowanie modelu dla zmiennej **lęk** w grupie osób bez doświadczenia wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Model	M	R ²	Skorygowane	Std. błąd oszacowania	F	Anova	
			R ²			df ₁ ; df ₂	p
1	0,46 ^a	0,21	0,18	0,41	6,30	1;24	0,02
2	0,62 ^b	0,39	0,34	0,37	7,33	2;23	0,03

a. Predyktory: (stała), reprezentacja emocjonalna,

b. Predyktory: (stała), reprezentacja emocjonalna, częstość występowania objawów

Tabela 51. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej **lęk** w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Model		Współczynniki niestandardy- zowane		Współczynniki standaryzowane		t	Ist.
		N	Std. błąd	Rozkład beta			
1	(Stała)	0,14	0,34			7,51	<0,001
	reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę	0,23	0,09	0,46		-2,97	<0,001
2	(Stała)	-0,87	0,49			-1,77	0,68
	reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę	0,23	0,08	0,46		2,82	0,02
	częstość występowania objawów	0,34	0,13	0,43		2,61	0,02

Przeprowadzone analizy regresji wykazały, że najlepiej dopasowany model składa się z dwóch zmiennych: reprezentacji emocjonalne reakcji na chorobę i częstości występowania objawów. Pozostałe zmienne w tym modelu zostały usunięte z uwagi na brak istotnych związków. Model złożony z tych predyktorów pozwala przewidzieć poziom lęku, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,39$; $p < 0,05$). Model ten pozwala w 39% przewidzieć poziom wspólnej wariancji zmiennej lęk. Interpretując uzyskane wyniki współczynników, można stwierdzić, że im większy poziom reprezentacji emocjonalnej choroby i częstości występowania objawów, tym wyższy poziom lęku w grupie osób bez doświadczenia wcześniejszej poważnej choroby u siebie lub bliskich.

Tabela 52. Podsumowanie modelu dla zmiennej **depresja** w grupie osób bez doświadczenia wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Model	M	R^2	Skorygowane		Std. błąd oszacowania	Anova	
			R^2			F	$df_1; df_2$ p
1	0,40 ^a	0,16	0,13		0,44	4,63	1;24 0,04

a. Predyktory: (stała), działanie czynników ryzyka,

Tabela 53. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej **depresja** w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Model		Współczynniki niestandardy- zowane		Współczynniki standaryzowane		t	Ist.
		N	Std. błąd	Rozkład beta			
1 (Stała)		-0,22	0,40			-0,54	0,59
	Działanie czynników ryzyka	0,34	0,16	0,40		-2,97	0,04

Okazuje się, że w przypadku zmiennej zależnej depresja najlepiej dopasowany model składa się z zmiennej: działanie czynników ryzyka. Pozostałe zmienne w tym modelu zostały usunięte z uwagi na brak istotnych związków. Model złożony z tego predyktora pozwala przewidzieć poziom depresji, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,16$; $p < 0,05$). Model ten pozwala w 16% przewidzieć poziom wspólnej wariancji zmiennej depresja. Interpretując uzyskane wyniki współczynnika, można stwierdzić, że im większy poziom działania czynników ryzyka, tym wyższy poziom depresji w grupie osób bez doświadczenia wcześniejszej poważnej choroby u siebie lub bliskich.

W odniesieniu do analizy badanych zmiennych mających istotny związek z agresją, okazuje się, że nie ma istotnego statystycznie modelu w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich.

Podgrupa C – osoby bez doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich i z rakiem piersi lub z rakiem jelita grubego

W następnych analizach sprawdzono jak model badawczy składający się ze zmiennych i ich podskal: postrzeganie choroby, wsparcie społeczne, objawy PTSD, posttraumatyczny wzrost, korzystanie z doświadczeń choroby oraz strategie radzenia sobie z chorobą wiążą się z stanem psychicznym oraz akceptacją choroby w grupie chorych bez doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich z uwzględnieniem typu nowotworu. Poniżej zaprezentowano omówienie zależności otrzymanych w wyniku przeprowadzenia analizy regresji liniowej z użyciem metody krokowej. Zrezygnowano z prezentacji kolejnych tabel w tekście zasadniczym rozprawy ze względu na przejrzystość i objętość pracy. Tabele ukazujące omówione poniżej wyniki zamieszczono w protokole metodologicznym (ZAŁĄCZNIK 3D).

Model dla zmiennej zależnej akceptacja choroby

W przypadku raka piersi najlepiej dopasowany model w grupie bez doświadczenia u chorych na raka piersi składa się z zmiennej: *działanie czynników ryzyka* (wymiar postrzegania własnej choroby). Model złożony z tego predyktora pozwala przewidzieć w 45% poziom wspólnej wariancji zmiennej akceptacja choroby, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,45$; $p < 0,05$). Interpretując uzyskane wyniki współczynnika, można stwierdzić, że im wyższy poziom działania czynników ryzyka, tym niższy poziom akceptacji choroby w prezentowanej grupie.

W przypadku raka jelita grubego natomiast najlepiej dopasowany model w grupie osób bez doświadczenia u chorych na raka jelita grubego składa się z zmiennej: *duch walki* (wymiar strategii radzenia sobie z chorobą). Model złożony z tego predyktora pozwala w 32% istotny sposób przewidzieć poziom wspólnej wariancji zmiennej akceptacja choroby, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,32$; $p < 0,05$). Interpretując uzyskane wyniki współczynnika, można stwierdzić, że im wyższy poziom zmiennej duch walki, tym wyższy poziom akceptacji choroby w opisywanej grupie.

Model dla zmiennej zależnej lęk

W przypadku raka piersi przeprowadzone analizy pozwoliły ustalić, że najlepiej dopasowany model w grupie bez doświadczenia u chorych na raka piersi składa się z zmiennych: *samokontrola i liczba objawów związanych z chorobą* (wymiar postrzegania własnej choroby). Model złożony z tych predyktorów pozwala w 77% istotny sposób przewidzieć poziom wspólnej wariancji zmiennej lęk, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,77$; $p < 0,05$). Interpretując uzyskane wyniki współczynników, można stwierdzić, że im mniejszy poziom samokontroli i większa liczba objawów związanych z chorobą, tym wyższy poziom lęku w badanej grupie.

W przypadku raka jelita grubego nie występuje żaden istotnie statystycznie model, który wiąże się z lękiem.

Model dla zmiennej zależnej depresja

W przypadku raka piersi najlepiej dopasowany model w grupie bez doświadczenia i chorych na raka piersi składa się z zmiennej: *częstość występowania objawów* (wymiar postrzegania własnej choroby). Model złożony z tych predyktorów pozwala przewidzieć poziom wspólnej wariancji zmiennej depresja, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,48$; $p < 0,05$). Interpretując uzyskane wyniki współczynnika, można stwierdzić, że im niższy poziom zmiennej częstość występowania objawów, tym mniejszy poziom depresji lub im wyższy poziom zmiennej częstość występowania objawów, tym wyższy poziom depresji w badanej grupie.

W przypadku raka jelita grubego nie występuje żaden istotnie statystycznie model, który wiąże się z depresją.

Model dla zmiennej zależnej agresja.

Podczas analizy modelu zmiennych wiążących się z agresją w grupie osób bez doświadczenia własnej poważnej choroby lub u bliskich i chorych na raka piersi oraz w grupie osób chorych na raka jelita grubego ustalono, że *nie ma istotnego statystycznie modelu*.

Podgrupa D – osoby z doświadczeniem poważnej choroby u siebie lub bliskich i z rakiem piersi lub z rakiem jelita grubego.

Kolejną grupą w której sprawdzono związek stanu psychicznego tj. depresji, lęku, agresji i akceptacji choroby ze zmiennymi wyprowadzonymi z modelu badawczego składającego się z wsparcia społecznego, postrzegania własnej choroby, strategii radzenia sobie z chorobą, PTSD i posttraumatycznego wzrostu oraz umiejętności korzystania z doświadczeń choroby jest grupa osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie lub bliskich przy uwzględnieniu typu raka. Poniżej zaprezentowano omówienie zależności otrzymanych w wyniku przeprowadzenia analizy regresji liniowej z użyciem metody krokowej. Tak jak w przypadku podgrupy C zrezygnowano z prezentacji kolejnych tabel w tekście zasadniczym rozprawy ze względu na przejrzystość i objętość pracy. Tabele ukazujące omówione wyniki zamieszczono w protokole metodologicznym (ZAŁĄCZNIK 3D)

Model dla zmiennej zależnej akceptacja

W przypadku raka piersi najlepiej dopasowany model w grupie z doświadczeniem u chorych na raka piersi składa się z zmiennych: *zaabsorbowanie lękowe i liczba objawów występujących od zachorowania* (wymiar postrzegania własnej choroby). Model złożony z tych predyktorów pozwala w 21% istotny sposób przewidzieć poziom wspólnej wariancji zmiennej akceptacja choroby, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,21$; $p < 0,05$). Interpretując uzyskane wyniki współczynników, można stwierdzić, że im niższy poziom zaabsorbowania lękowego i mniejsza liczba objawów występujących od zachorowania, tym wyższy poziom akceptacji choroby lub im wyższy poziom zaabsorbowania lękowego i wyższa liczba objawów występujących od zachorowania, tym niższy poziom akceptacji choroby w prezentowanej grupie.

W przypadku raka jelita grubego natomiast najlepiej dopasowany model w grupie z doświadczeniem składa się ze zmiennej liczba objawów występujących od zachorowania (wymiar postrzegania własnej choroby). Model złożony z tego predyktora pozwala w 40%

przewidzieć poziom wspólnej wariancji zmiennej akceptacja choroby na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,40$; $p < 0,05$). Interpretując uzyskane wyniki współczynnika, można stwierdzić, że im mniejsza liczba objawów występujących od zachorowania, tym wyższy poziom akceptacji choroby lub im wyższa liczba objawów występujących od zachorowania, tym niższy poziom akceptacji choroby w badanej grupie.

Model dla zmiennej zależnej lęk

W przypadku raka piersi najlepiej dopasowany model w grupie z doświadczeniem u chorych na raka piersi składa się ze zmiennych: bezzadność-beznadziejność i zaabsorbowanie lękowe (wymiar strategii radzenia sobie z chorobą), liczba objawów występujących od zachorowania (wymiar postrzegania własnej choroby) i wsparcie poznawcze (wymiar wsparcia społecznego). Model złożony z tych predyktorów pozwala w istotny sposób przewidzieć w 66% poziom lęku, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,66$; $p < 0,05$). Interpretując uzyskane wyniki współczynników, można stwierdzić, że im wyższy poziom bezzadności-beznadziejności, zaabsorbowania lękowego, liczby objawów występujących od zachorowania przy jednoczesnym obniżaniu poziomu wsparcia poznawczego, tym wyższy poziom lęku w badanej grupie.

W przypadku rak jelita grubego natomiast najlepiej dopasowany model w grupie z doświadczeniem i chorych na raka jelita grubego składa się z zmiennej: zaabsorbowanie lękowe (wymiar strategii radzenia sobie z chorobą). Model złożony z tego predyktora pozwala przewidzieć w istotny sposób w 54% poziom natężenia lęku, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,54$; $p < 0,05$). Interpretując uzyskany wynik współczynnika, można stwierdzić, że im niższy poziom zaabsorbowania lękowego, tym niższy poziom lęku w badanej grupie.

Model dla zmiennej zależnej depresja

W przypadku raka piersi najlepiej dopasowany model w grupie z doświadczeniem u chorych na raka piersi składa się z zmiennych: bezzadność-beznadziejność, duch walki (wymiar strategii radzenia sobie z chorobą). Model złożony z tych predyktorów pozwala w istotny sposób w 64% przewidzieć poziom depresji, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,64$; $p < 0,05$). Interpretując uzyskane wyniki współczynników, można stwierdzić, że im wyższy poziom bezzadności-beznadziejności przy jednoczesnym obniżaniu się poziomu zmiennej duch walki, tym wyższy poziom depresji w badanej grupie.

W przypadku raka jelita grubego najlepiej dopasowany model w grupie z doświadczeniem składa się z zmiennych: bezradność-beznadziejność i pozytywne przewartościowanie (wymiar strategii radzenia sobie z chorobą). Model złożony z tego predyktora pozwala w istotny sposób przewidzieć poziom depresji, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,45$; $p < 0,05$). Interpretując uzyskany wynik współczynnika, można stwierdzić, że im niższy poziom zmiennej bezradność-beznadziejność, przy jednoczesnym zwiększaniu się poziomu zmiennej pozytywne przewartościowanie, tym mniejszy poziom depresji w badanej grupie.

Model dla zmiennej zależnej agresja

W przypadku raka piersi okazuje się, że najlepiej dopasowany model w grupie z doświadczeniem u chorych na raka piersi składa się z zmiennych: umiejętność korzystania z doświadczeń choroby – poziom ogólny. Model złożony z tych predyktorów pozwala przewidzieć w istotny sposób w 9% poziom depresji, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,09$; $p < 0,05$). Interpretując uzyskane wyniki współczynników można stwierdzić, że im wyższy poziom umiejętności korzystania z własnych doświadczeń choroby ($\beta = -0,30$; $p < 0,05$) tym niższy poziom agresji w badanej grupie.

W przypadku raka jelita grubego najlepiej dopasowany model w grupie z doświadczeniem składa się z zmiennych: poczucie koherencji, czas trwania choroby (wymiar postrzegania własnej choroby) oraz pozytywne przewartościowanie (wymiar strategii radzenia sobie). Model złożony z tych predyktorów pozwala przewidzieć w 36% istotny sposób agresję, na co wskazuje R-kwadrat ($R^2 = 0,36$; $p < 0,05$). Interpretując uzyskane wyniki współczynników, można stwierdzić, że im niższy poziom poczucia koherencji ($\beta = -0,51$; $p < 0,05$), czasu trwania choroby ($\beta = -0,41$; $p < 0,05$) i pozytywnego przewartościowania ($\beta = -0,33$; $p < 0,05$) tym wyższy poziom agresji w badanej grupie.

Dokonano także podsumowania istotnych statystycznie modeli zmiennych wiążących się z akceptacją choroby i stanem psychicznym z uwzględnieniem typu nowotworu oraz występowania doświadczenia wcześniejszej poważnej choroby u siebie lub bliskich. Wyniki za-prezentowano w tabeli 54.

Tabela 54. Podsumowanie istotnych statystycznie modeli zmiennych wiążących się z akceptacją choroby i stanem psychicznym z uwzględnieniem typu nowotworu oraz występowania doświadczenia wcześniejszej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Model zmiennych	Zmienna zależne	Grupa
reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę, liczba objawów występujących od zachorowania	akceptacja	Doświadczenie choroby u siebie lub bliskich
zaabsorbowanie lękowe, bezzadność-beznadziejność, wsparcie poznawcze, wsparcie materialne, reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę, liczba objawów występujących od zachorowania	lęk	
bezzadność-beznadziejność, pozytywne przewartościowanie, reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę	depresja	
reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę	agresja	
działanie czynników ryzyka	akceptacja	Brak doświadczenia choroby u siebie lub bliskich
reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę, częstość występowania objawów	lęk	
działanie czynników ryzyka	depresja	
n.ist.	agresja	
działanie czynników ryzyka	akceptacja	Brak doświadczenia choroby u siebie lub bliskich i rak piersi
samokontrola, liczba objawów występujących od zachorowania	lęk	
częstość występowania objawów	depresja	
n.ist.	agresja	
duch walki	akceptacja	Brak doświadczenia choroby u siebie lub bliskich i rak jelita grubego
n.ist.	lęk	
n.ist.	depresja	
n.ist.	agresja	
zaabsorbowanie lękowe, liczba objawów występujących od zachorowania	akceptacja	Doświadczenie choroby u siebie lub bliskich i rak piersi
bezzadność-beznadziejność liczba objawów występujących od zachorowania, zaabsorbowanie lękowe, wsparcie poznawcze	lęk	

bezradność-beznadziejność, duch walki	depresja	Doświadczenie choroby u siebie lub bliskich i rak jelita grubego
umiejętność korzystania z doświadcze- nia - poziom ogólny	agresja	
liczba objawów występujących od za- chorowania	akceptacja	
zaabsorbowanie lękowe	lęk	
bezradność-beznadziejność, pozytywne przewartościowanie	depresja	
bezradność-beznadziejność, pozytywne przewartościowanie, czas choroby	agresja	

5.3.8. Podsumowanie otrzymanych wyników

Celem badań było sprawdzenie, czy wcześniejsze doświadczenia życiowe związane z chorowaniem na chorobę zagrażającą życiu u pacjenta lub wśród jego bliskich mają wpływ na przebieg jego zmagania się z aktualną chorobą nowotworową. Przeprowadzone badania umożliwiły uzyskanie odpowiedzi na sformułowane cele badawcze:

1. Pacjenci u których wystąpiła zagrażająca życiu choroba przed zachorowaniem na nowotwór są narażeni na bardziej dynamiczny i negatywny w zakresie następstw psychicznych przebieg transakcji stresowej związanej ze zmaganiem się z nowotworem. Można zatem sądzić, że zetknięcie się z utratą zdrowia przed zachorowaniem na nowotwór może zwiększać ryzyko rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego.
2. Typ nowotworu i występowanie lub brak doświadczenia poważnej choroby u pacjenta lub jego bliskich przed zachorowaniem na nowotwór różnicuje sposób zmagania się z bieżącą chorobą w zakresie sposobu jej postrzegania. Pacjenci z rakiem jelita grubego i doświadczeniem wcześniejszej utraty zdrowia w przeciwieństwie do pacjentów z rakiem piersi tworzą mniej zrozumiałą i adekwatny sposób rozumienia swojej choroby. Stąd grupie tych pacjentów należy się szczególna uważność w zakresie diagnozowania czynników dodatkowo obciążających w trakcie choroby.
3. Wsparcie społeczne można uznać za czynnik pośredniczący w występowaniu różnic w zakresie przebiegu transakcji ze stresem na skutek nowotworu w zależności od typu nowotworu oraz występowania poważnej choroby u pacjenta lub u jego bliskich przed zachorowaniem na nowotwór. Osoby z rozpoznaniem raka jelita grubego i obciążeniem utratą zdrowia w przeszłości przy braku wsparcia relacyjnego zmagają się z cho-

robą w sposób bardziej obciążający i ryzykowny pod względem utrzymania zdrowia psychicznego niż pacjenci z rakiem piersi (zarówno z doświadczeniem wcześniejszej choroby jak i bez takiego doświadczenia).

4. Obecność objawów traumy na skutek doświadczenia utraty zdrowia u siebie bądź bliskich przed zachorowaniem na nowotwór przyczynia się do mniej korzystnego radzenia sobie z nowotworem zwłaszcza jeśli objawy traumy ujawniają się w grupie z rozpoznaniem jelita grubego przy niskim poziomie wsparcia społecznego. Zatem konsekwencje przeszłych zdarzeń stanowią dodatkowe wyzwanie dla potencjalnie już przeciążonego radzeniem sobie z poważną chorobą i jej leczeniem pacjenta.
5. Zmienne socjodemograficzne jak: wiek, płeć, status związku, wykształcenie i sytuacja zawodowa przyczyniają się do nasilenia różnic w radzeniu sobie z chorobą nowotworową zwłaszcza w grupie osób z doświadczeniem wcześniejszej utraty zdrowia u pacjenta lub/i jego bliskich. Można sądzić, że w sposób bardziej obciążający zmagać się z chorobą nowotworową będą starsi mężczyźni, z średnim wykształceniem, nie pozostający w związkach i przebywający na emeryturze, a w historii ich życia miało miejsce zetknięcie z utratą zdrowia własnego lub wśród bliskich.
6. Model zmiennych wywodzący się z transakcyjnego modelu stresu najlepiej umożliwia określenie poziomu lęku jako konsekwencji danego sposobu zmagania się z nowotworem zwłaszcza przy występowaniu doświadczenia poważnej utraty zdrowia przed zachorowaniem na nowotwór.

6. DYSKUSJA

6.1. Dyskusja wyników

Główny problem podjęty w pracy dotyczył znalezienia odpowiedzi na pytanie czy przebieg zmagania się ze stresem u osób chorych na nowotwór jest podobny czy różny w zależności od obecności w historii życia pacjentów wcześniejszych zagrażających życiu chorób własnych lub w obrębie rodziny. Ponadto starano się ustalić jakie czynniki w badanej grupie mogą decydować o charakterze następstw zmagania się z chorobą nowotworową, czyli o poziomie poczucia akceptacji choroby oraz natężenia lęku, depresji oraz agresji. W celu rozwiązania tego problemu przygotowano odpowiedni model badawczy, którego podstawę teoretyczną stanowiła transakcyjna koncepcja stresu Lazarusa i Folkman oraz koncepcja choroby nowotworowej w kategoriach krytycznych zdarzeń życiowych (koncepcja Filipp). W sprawdzanym modelu badawczym wyróżniono pięć składowych przebiegu zmagania się ze stresem choroby nowotworowej. Pierwszy kluczowy i zgodnie z wiedzą autorki pracy, dotychczas tylko sygnalizowany w literaturze przedmiotu element stanowiły antecedensy, czyli zdarzenia poprzedzające o charakterze krytycznym, z którymi badany zetknął się przed zachorowaniem na nowotwór. Za zdarzenia te przyjęto w pracy utratę zdrowia na skutek przewlekłej choroby zagrażającej życiu, która mogła wystąpić u badanego jak i wśród jego bliskich przed zachorowaniem na nowotwór. Uznano, że ocena tych zdarzeń zwłaszcza pod kątem traumatogennych zmian może warunkować charakter przebiegu kolejnej transakcji stresowej. Drugim elementem była ocena aktualnego krytycznego wydarzenia życiowego, czyli choroby nowotworowej uwzględniająca właściwości obiektywne tj. typ nowotworu oraz subiektywne, analizowane pod kątem indywidualnych i niepowtarzalnych reakcji chorego na chorobę, określanych po prostu reprezentacją choroby. Jako trzeci element wyróżniono strategie radzenia sobie z nowotworem. Na czwarty element składały się konsekwencje choroby, które objęły poziom adaptacji do choroby oraz natężenie depresji, lęku i agresji. Funkcję czynnika modyfikującego przebieg zmagania się ze stresem choroby nowotworowej pełniło jako piąty element, wsparcie społeczne.

Przeprowadzona analiza różnic w całej populacji badanej wykazała, iż poziom rozdrażnienia/agresji u osób, które doświadczyły własnej utraty zdrowia przed zachorowaniem na nowotwór jest istotnie wyższy niż u osób, które nie miały takiego doświadczenia w swojej historii życia. Wskazuje to na tendencję do zmagania się z silnymi, gwałtownymi emocjami w

sytuacji w której osoba ponownie musi zmierzyć się z krytycznym doświadczeniem w życiu, które niezależnie od przeszłości stanowi źródło poważnego stresu psychologicznego. Doniesienia naukowe tylko sygnalizują problem złości i niepewności pacjenta onkologicznego jako konsekwencji zachwiania poczucia bezpieczeństwa w wyniku wcześniejszych doświadczeń związanych z chorowaniem i leczeniem, zwłaszcza obciążonym komplikacjami [106, 107]. Objawy gniewu w postaci krzyku, oskarżeń (włącznie z negatywnymi wypowiedziami na temat służby zdrowia) czy irytacji mogą według typologii Grovesa [108] przyczynić się do sklasyfikowania pacjenta jako roszczeniowego (w potocznym określeniu tzw. pacjenta "trudnego"). Nieakceptowana społecznie złość jest w tym przypadku maskowaniem bezradności, lęku przed chorobą czy metodami leczenia.

Pomiędzy grupą "z doświadczeniem" (tj. osoby, które przed zachorowaniem na nowotwór zetknęły się z utratą zdrowia na skutek poważnej, zagrażającej życiu choroby własnej i/lub kogoś z rodziny) a "bez doświadczenia" (tj. osoby, które przed zachorowaniem na nowotwór nie doświadczyły utraty zdrowia na skutek poważnej, zagrażającej życiu choroby własnej i/lub kogoś z rodziny) nie stwierdzono natomiast istotnych statystycznie różnic w zakresie pozostałych badanych zmiennych jak obraz choroby, strategie radzenia sobie czy poziom akceptacji oraz natężenie depresji i lęku. Uwzględnienie typu nowotworu pozwoliło zaobserwować więcej prawidłowości odnoszących się do wymiaru postrzegania własnej choroby w obrębie każdej z grup. Nie stwierdzono statystycznych różnic w obrębie aktywności w chorobie i jej konsekwencji. Grupa "z doświadczeniem" i rozpoznaniem nowotworu piersi miała wyższe poczucie zrozumienia własnej choroby oraz w mniejszym stopniu koncentrowała się na odkrywaniu przyczyn choroby w obrębie działania czynników ryzyka niż osoby z rozpoznaniem nowotworu jelita grubego z tej grupy. Natomiast grupa "bez doświadczenia" i diagnozą raka jelita grubego w porównaniu z osobami z rozpoznaniem raka piersi obserwowała u siebie od momentu zachorowania więcej objawów, których nie wiązała bezpośrednio z objawami nowotworu. Analiza grupy tylko z rakiem jelita z "doświadczeniem" lub "brakiem doświadczenia" choroby poprzedzającej nowotwór nie wykazała różnic w zakresie obserwowanych zmiennych, natomiast w przypadku raka piersi z "doświadczeniem" względem osób z rakiem piersi "bez doświadczenia" pozwoliła zauważyć tendencje do większego poczucia zrozumienia choroby oraz rozpoznawania objawów identyfikowanych z chorobą. Dane te wskazują, iż osoby z rakiem piersi i z doświadczeniem wcześniejszej utraty zdrowia tworzą bardziej adekwatną reprezentację choroby w sytuacji zmagania się ze stresem kolejnej choro-

by oraz posiadają większą umiejętność rozpoznawania objawów związanych z chorobą. Pacjenci z rakiem jelita grubego charakteryzują się natomiast mniejszą świadomością istoty choroby. Może to sugerować, że w obrębie określonej grupy pacjentów, w zależności od rozpoznania, wcześniejsze doświadczenie sytuacji stresogennej w zakresie zdrowia pomaga stworzyć w sytuacji kolejnej utraty zdrowia bardziej adekwatny obraz choroby.

EJ. Cassel [109] wskazuje na zależność postrzegania choroby od "kolektywizacji znaczeń" warunkowanych sytuacją biograficzną. Autor wyjaśnia, że przypisywanie określonych znaczeń oraz ich rozumienie w sytuacji doświadczania choroby przez pacjenta jest zależne od własnych wcześniejszych doświadczeń społecznych i przeżyć psychologicznych. Wg Heszen-Klemens [110] w genezie poznawczej reprezentacji choroby istotną rolę obok nabytej wcześniej wiedzy medycznej, stanu emocjonalnego oraz osobowości odgrywają ukształtowane schematy poznawcze dotyczące zdrowia, choroby i leczenia, które ostatecznie decydują jak człowiek chory zachowa się wobec docierających aktualnie informacji o chorobie. Jokiel [111] za moment kształtowania się obrazu choroby podaje dostrzeżenie pierwszych niepokojących symptomów i zaznacza, że proces ten może mieć niewiele wspólnego z uzyskiwaniem obiektywnych informacji medycznych. Przykład stanowią ujawniające się w fazie diagnozy emocjonalne reakcje na chorobę najczęściej pełne lęku i pesymistycznego przewidywania, które są odzwierciedleniem lęku społecznego dotyczącego chorób nowotworowych, a nie reakcją na obiektywne dane płynące do pacjenta.

Łosiak [65] podaje, że podstawę do tworzenia się obrazu choroby może stanowić zachorowanie kogoś w rodzinie, które poprzedza zachorowanie pacjenta. W takiej sytuacji klinicznej doświadczenie choroby bliskiego czyni obraz choroby bardziej uporządkowanym, kompletnym oraz zawierającym więcej istotnych informacji. Dane uzyskane przez Łosiaka są zbliżone do wyników pracy autorki, które pokazały, że pacjenci z doświadczeniem utraty zdrowia przed zachorowaniem na nowotwór (włącznie z utratą zdrowia przez bliskiego) tworzyli korzystną reprezentację choroby, ale tylko w obrębie pacjentów z konkretnym rozpoznaniem tj. rak piersi (zależności tej nie zaobserwowano w grupie pacjentów z rakiem jelita grubego). W badaniu Sak, Jarosz, i in. [64] w grupie pacjentów hospitalizowanych z powodu różnych chorób przewlekłych ustalono, iż pacjenci tworzą negatywną reprezentację choroby głównie w sytuacji występowania przekonania o braku możliwości wpływania na stan swojego zdrowia co sprzyja postrzeganiu jej jako bardziej dokuczliwej. W przeciwieństwie do tych danych literaturowych w przedstawionych dotychczas analizach nie ustalono poczucia kontro-

li (brak istotnych statystycznie różnic w zakresie kontroli leczenia czy samokontroli) za zmienną istotną w tworzeniu negatywnego obrazu choroby. Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają wnioskować, iż dokuczliwość choroby wiązała się z ilością identyfikowanych objawów choroby u konkretnej grupy pacjentów tj. z rozpoznaniem jelita grubego i bez doświadczenia utraty zdrowia przed zachorowaniem.

Literatura przedmiotu według wiedzy autorki jedynie sygnalizuje poruszane zagadnienie, brakuje badań ukazujących przekonania pacjenta na temat swojej choroby w zależności od obecności historii wcześniejszych utrat zdrowia. Stąd badania w tym zakresie i przeprowadzony proces wnioskowania mogą stanowić oryginalny wkład w istniejący stan wiedzy.

W kolejnym kroku analiz ujęto posiadane przez badanych zasoby relacyjne. Ustalono, iż różne wymiary otrzymywanego wsparcia społecznego istotnie statycznie różnicują relacje między typem raka, "doświadczeniem" lub "brakiem doświadczenia" a określonymi wymiarami zmagania się ze stresem choroby nowotworowej. Pacjenci z rozpoznaniem jelita grubego i "z doświadczeniem" przy niskim wsparciu społecznym każdego wymiaru (wsparcie poznawcze, emocjonalne, instrumentalne, materialne) mają niższe poczucie zrozumienia własnej choroby niż osoby z rakiem piersi i "z doświadczeniem", niezależnie czy posiadane przez tę grupę pacjentów wsparcie jest wysokie bądź niskie. Potwierdza to wcześniejszy wniosek i skłania do konkluzji, że osoby z nowotworem jelita grubego w porównaniu z pacjentami z rozpoznaniem raka piersi stanowią grupę, która posiada mniejszą wiedzę na temat swojej choroby, mniejszą umiejętność adekwatnego jej rozumienia oraz mniejszą zdolność do korzystania z przeszłych doświadczeń, zwłaszcza jeśli nie mogą liczyć na pomoc innych. W związku z tym jest to grupa szczególnie narażona na wystąpienie konsekwencji psychicznych doświadczanej choroby. Dane z badań w dziedzinie wsparcia społecznego, wskazują [97, 98], że brak wspierających więzi społecznych obok braku umiejętności radzenia sobie z przewlekłym stresem są uznawane za znaczące psychologiczne czynniki ryzyka chorób przewlekłych, a także mogą mieć wpływ na przebieg doświadczanej choroby. W badaniach Merluzziego [112] ustalono, iż pacjenci w trakcie leczenia onkologicznego, którzy nie uzyskują wsparcia społecznego gorzej przystosowują się do sytuacji choroby nowotworowej. W odniesieniu do chorób nowotworowych liczy się każdy rodzaj wsparcia, które przyczynia się do obniżenia natężenia negatywnych reakcji emocjonalnych jak lęk, niepokój, przygnębienie, zwiększając jednocześnie poczucie bezpieczeństwa, przewidywalności i stabilności [113].

Wg Curtona [114] by osiągnąć najbardziej korzystny wpływ wsparcia na jednostkę istotne jest by dany typ wsparcia był dopasowany do potrzeb pacjenta. Teoria optymalnego dopasowania wsparcia społecznego (Optimal Matching Theory, OMT) [115] wskazuje, iż udzielenie odpowiedniego rodzaju wsparcia społecznego w sytuacji stresującej zwiększa szansę na poradzenie sobie z nią. Determinantami adekwatnego dopasowania wsparcia jest uwzględnienie charakteru sytuacji stresowej jako pozostającej pod lub poza kontrolą jednostki. W sytuacjach na które jednostka ma wpływ najbardziej odpowiednie jest wsparcie instrumentalne, natomiast w zdarzeniach, które znajdują się poza kontrolną jednostki za najbardziej korzystne wskazywane jest wsparcie emocjonalne. Choroba mimo, że klasyfikowana wg autorów koncepcji jako zdarzenie pozostające poza kontrolą jednostki z uwagi na specyficzny charakter może wymagać zarówno obecności wsparcia emocjonalnego jak i instrumentalnego i wówczas odpowiednio pomagać w dostosowywaniu się do choroby. Przeprowadzone analizy w odniesieniu do pacjentów z nowotworem jelita grubego potwierdzają powyższe doniesienia literaturowe wskazując na istotną rolę każdego rodzaju wsparcia (w tym emocjonalnego i instrumentalnego) w przebiegu zmagania się ze stresem, a tym samym potwierdzają moderującą funkcję wsparcia społecznego w trudnej sytuacji życiowej.

Dalsza część pracy badawczej była próbą oceny skutków doświadczenia utraty zdrowia własnego i/lub w rodzinie przed zachorowaniem na nowotwór i sprawdzenia jak te konsekwencje różnicują zmaganie się z chorobą nowotworową. W tym celu wyróżniono z całej populacji grupy badawczej osoby "z doświadczeniem" (j.w. osoby, które zetknęły się z chorobą zagrażającą życiu u siebie i/lub bliskich przed zachorowaniem na nowotwór) i oceniono to doświadczenie pod względem objawów składających się na zespół stresu pourazowego, przyjmując zgodnie z literaturą przedmiotu [45], że zagrażająca życiu choroba może być przyczyną silnego dystresu manifestującego się w objawach charakterystycznych dla PTSD mierzonych za pomocą kwestionariusza IES-R. Symptomy PTSD wykazało 61% badanych "z doświadczeniem", co jest wynikiem wyższym w stosunku do danych z polskich badań normalizacyjnych oraz niższym w stosunku do badań normalizacyjnych uwzględniających restrykcyjne podejście w mierzeniu PTSD tj. zgodne z obowiązującymi kryteriami klinicznymi diagnozy PTSD (dane z tych badań wskazują, że 51 % kobiet po mastektomii otrzymało diagnozę PTSD) [53]. Początkowo zakładano, iż doświadczenia urazogenne zostaną ocenione także na wymiarach składających się na Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju PTGI (pozwalający określić pozytywne zmiany na skutek przeżytej sytuacji traumatycznej) oraz Inwentarza

Umiejętności Korzystania z Doświadczeń Choroby IUKzDCh (narzędzia pozwalającego określić umiejętność korzystania z poprzednich doświadczeń choroby, który został opracowany na potrzeby badań z wstępnymi wynikami rzetelności na poziomie alfa Cronbacha=0,72 dla wymiaru ogólnego i obiecującej trafność tego wymiaru w zestawieniu z podskalami IES-R i PTGI, jednak niska rzetelność poszczególnych podskal nie pozwoliła na uwzględnienie całego narzędzia w analizach). Z uwagi na wysokie rozpowszechnienie występowania PTSD jako konsekwencji zdarzeń traumatycznych [54] przyjęto, że wnioskowanie o obejmie negatywne skutki w postaci objawów PTSD (podskale PTGI tj. potraumatyczny rozwój oraz ogólny wymiar IUKzDCh tj. umiejętność korzystania z doświadczeń choroby zostały uwzględnione tylko przy analizach dotyczących weryfikacji całego modelu badawczego).

W opisywanych badaniach stwierdzono, że osoby "z traumą" (tj. grupa osób u której na skutek doświadczenia zagrażającej życiu choroby wystąpiły objawy PTSD) w przeciwieństwie do osób "bez traumy" (tj. grupa osób u której na skutek doświadczenia zagrażającej życiu choroby nie wystąpiły objawy PTSD) wyjaśniają stan swojego zdrowia czynnikami psychologicznymi (cechy osobowości, przeżywane stany emocjonalne, nastawienie psychiczne do świata), a swoją chorobę postrzegają jako poważny i nieprzewidywalny stan, który wpływa dezintegrująco na życie powodując liczne objawy somatyczne oraz negatywne reakcje emocjonalne w postaci lęków i stanów depresyjnych. W radzeniu sobie z chorobą u osób w tej grupie dominują strategie skoncentrowane na emocjach, które nie sprzyjają korzystnemu rozwiązaniu transakcji stresowej jak zaabsorbowanie lękowe czy beznadziejność-bezsilność.

Ustalono także, że dane wymiary wsparcia społecznego istotnie statycznie różnicują relacje między typem raka, "traumą" lub "brakiem traumy" a określonymi wymiarami zmagania się ze stresem choroby nowotworowej. Niskie poziomy poszczególnych wymiarów wsparcia zwiększają negatywny wpływ interakcji występowania traumy i typu nowotworu na poszczególne podskale. Najmniej korzystnie w obliczu choroby nowotworowej radzą sobie osoby z rakiem jelita grubego o niskim poziomie wsparcia społecznego każdego wymiaru, u których występują symptomy potraumatycznego stresu na skutek zetknięcia się z doświadczeniem utraty zdrowia przed zachorowaniem na nowotwór. Chorzy Ci postrzegają swoją chorobę jako nieprzewidywalne zjawisko wobec którego możliwości oddziaływań terapeutycznych mają niską skuteczność. Nie mają poczucia, że rozumieją swoją chorobę. Trudno im odnaleźć sens doświadczanej sytuacji. Stan swojego zdrowia wyjaśniają oddziaływaniem czynników ryzyka oraz czynników psychologicznych. Wykazują też tendencję do postrzegania choroby

na wymiarze przypadek/wypadek. Stan psychiczny wskazuje na tendencję do dezadaptacyjnych zachowań, gdyż dominują reakcje lękowe. W sferze aktywności w trakcie choroby ujawnia się skłonność do dysfunkcjonalnego radzenia sobie. Chorzy w zmaganiu się z chorobą wybierają strategie oparte na emocjach (zaabsorbowanie lękowe, bezradność/beznadziejność). Scharakteryzowane trudności w zmaganiu się z nowotworem ujawniają się zwłaszcza przy niskim wsparciu emocjonalnym i materialnym.

Omówione analizy pozwalają wnioskować, że występowanie "traumy" na skutek występowania poważnej choroby ma większy wpływ na przebieg zmagania się z bieżącą chorobą nowotworową niż sam fakt występowania poważnej choroby u siebie lub bliskich (w analizach uwzględniających osoby "z traumą" zauważa się więcej istotnych statystycznie różnic). Obecność objawów traumy jako konsekwencji poprzedniego krytycznego zdarzenia życiowego wpływa przede wszystkim negatywnie na możliwości radzenia sobie z kolejnym krytycznym doświadczeniem życiowym (tj. chorobą nowotworową). Dane w literaturze przedmiotu [72, 117] wskazują, że w obliczu kolejnych poważnych problemów zdrowotnych lepiej radzą sobie osoby, które wcześniej korzystnie poradziły sobie z poważną chorobą somatyczną. Wskazują przede wszystkim na istotną rolę rodzaju strategii jakie pacjent wybierał do tej pory. Stosowanie strategii unikowych oraz emocjonalnych, które podejmowane są zwłaszcza w sytuacjach o charakterze traumy, wg licznych autorów [37, 53] przyczynia się do dezadaptacyjnego radzenia sobie w sytuacji kolejnej poważnej choroby oraz nie sprzyja procesom adaptacji. Ponadto jeśli przeszła trudna sytuacja przekraczała możliwości radzenia sobie to w obliczu diagnozy poważnej choroby może wystąpić silna reakcja emocjonalna oraz zubożenie na pomoc psychologiczną [31]. W opisywanych w tej pracy badaniach stwierdzono, że pacjenci z objawami traumy na skutek doświadczenia poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór wybierają mniej korzystne strategie radzenia sobie z nowotworem tj. strategie oparte na emocjach co pozwala jedynie przypuszczać, iż pacjenci mogą stosować nieefektywne strategie w sytuacjach trudnych. Ponieważ w przeprowadzonych analizach nie określano jakie konkretnie strategie stosowali pacjenci w stresującej sytuacji życiowej przed zachorowaniem na nowotwór dane tylko częściowo pokrywają się z powyższymi danymi literaturowymi.

Dotychczas omówione wyniki badań można zestawić z wynikami analiz przeprowadzonych przez Merluzziego [118] oraz Langforda [57], którzy wskazują, że stresujące zdarzenia życiowe wśród pacjentów z nowotworem (SLEs - Stressful life events) stanowią dodatko-

we wyzwanie dla potencjalnie już przeciążonego radzeniem sobie z poważną chorobą i jej leczeniem pacjenta. Badanie Merluzziego i in. [118] dotyczące obecności stresujących wydarzeń życiowych (choroba bliskiego lub wypadek była wskazywana za jedno z najbardziej stresujących zdarzeń) w grupie 662 osób z diagnozą nowotworu pokazały, że unikanie/wycofanie jako strategia radzenia sobie z sytuacją trudną jest jedyną istotną zmienną pośredniczącą między zmaganiem się z nowotworem a stresującym zdarzeniem życiowym. Zmniejsza to zdolność do aktywnego radzenia sobie w sytuacji poważnej choroby zwiększając jednocześnie ryzyko konsekwencji psychospołecznych i chorobowych. Zdaniem autorów może to świadczyć o tym, że w trakcie leczenia jest zmniejszona zdolność do aktywnego radzenia sobie z wyzwaniami jakie stawia sama choroba, jej leczenie oraz inne stresujące zdarzenia życiowe. Ponadto chociaż uznaje się stresujące zdarzenia życiowe za mało przewidywalne i pozostające poza kontrolą jednostki to ich obecność jest możliwa do wykrycia w dowolnym momencie trajektorii nowotworu i tym samym umożliwia wdrożenie pomocy psychologicznej. Badanie autorki jest szerszą próbą analizy jak pacjenci z doświadczeniem poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór oraz z symptomami traumy na skutek tego doświadczenia radzą sobie w obliczu kolejnego krytycznego zdarzenia. Brak przeprowadzonych analiz odnośnie użyteczności modelu radzenia sobie ze stresem Lazarusa i Folkman w celu oceny i wyjaśniania wpływu przeszłych stresujących zdarzeń na przebieg choroby nowotworowej może świadczyć, iż badania autorki to krok w kierunku uzyskania brakujących informacji.

W przedstawianych badaniach stwierdzono także, iż określone zmienne socjodemograficzne są istotnym moderatorem w radzeniu sobie z chorobą nowotworową w zależności od występowania lub braku zagrażającej życiu choroby własnej bądź w rodzinie przed zachorowaniem na nowotwór. Badani różnią się pod względem płci, wykształcenia, sytuacji zawodowej, stanu cywilnego, a także zauważono istotne statystycznie związki przy uwzględnieniu zmiennej wiek. Najwięcej statystycznie istotnych różnic zaobserwowano w grupie "z doświadczeniem" co pozwala wnioskować, że obciążenie utratą zdrowia w przeszłości wchodzi w interakcje z wybranymi danymi socjodemograficznymi i może mieć wpływ na aktualną sytuację związaną z chorobą, nasilając czy inicjując pojawianie się określonych właściwości. Ustalono w obrębie tej grupy, że mężczyźni częściej niż kobiety postrzegają chorobę jako zjawisko przewlekłe spowodowane znacznym udziałem czynników ryzyka. Osoby w relacjach pozamałżeńskich obserwują u siebie mniej objawów od momentu zachorowania, a osoby z wykształceniem średnim rzadziej dokonują pozytywnego przewartościowania względem osób

z wykształceniem zawodowym, które z kolei częściej postrzegają chorobę jako zjawisko nieprzewidywalne w zakresie objawów. Uwzględniając sytuację zawodową okazało się, że osoby na emeryturze trudniej odnajdują sens i zrozumienie w sytuacji choroby względem osób aktywnych zawodowo, ale bez pracy. Wiek w obrębie grupy "z doświadczeniem" wykazał pozytywną korelację z czasem trwania choroby, działaniem czynników ryzyka oraz bezradnością/beznadziejnością, co wskazuje na tendencję osób starszych do negatywnego postrzegania choroby jako zjawiska warunkowanego czynnikami ryzyka, które trwa długi czas, a w jego obliczu chory podejmuje niekorzystne strategie radzenia sobie. W grupie "bez doświadczenia" stwierdzono pojedynczą pozytywną korelację wieku z częstością występowania objawów, co pozwala wnioskować, że im osoba starsza tym w jej przekonaniu objawy choroby potrafią cyklicznie ujawniać się i wygaszać, co czyni chorobę mało przewidywalną, a tym samym bardziej obciążającą dla danego pacjenta.

Ostatni etap przeprowadzonych analiz to próba weryfikacji modelu badawczego przy zastosowaniu analiz korelacji oraz regresji liniowej metodą krokową. Wyniki przeprowadzonych analiz korelacji ujawniły istotnie statystycznie więcej związków pomiędzy zmiennymi w grupie chorych "z doświadczeniem" niż wśród chorych "bez doświadczenia". Ustalono bezpośredni związek pomiędzy występowaniem następstw wcześniejszych doświadczeń dotyczących występowania zagrażającej życiu choroby w postaci objawów traumy jak intruzja, pobudzenie, unikanie oraz umiejętność korzystania z doświadczeń choroby (wymiar ogólny) a stanem emocjonalnym na wymiarze natężenie lęku. Słabe lub umiarkowanie silne dodatnie korelacje między lękiem a objawami traumy wskazują, iż im silniej chorzy w obliczu nowotworu doświadczają: nawrotu wspomnień odnośnie przeszłych zdarzeń związanych z utratą zdrowia przed zachorowaniem na nowotwór; ponownie przeżywają to zdarzenie w postaci natrętnych, negatywnych myśli czy snów; charakteryzują się zmniejszoną ogólną reaktywnością (zwłaszcza unikają działań, miejsc, ludzi, którzy wywołują wspomnienia o tym zdarzeniu) oraz mają problemy z koncentracją uwagi, snem, czy gwałtownymi emocjami jak np. wybuchy złości, tym większe jest u nich natężenie lęku. Obniżenie poziomu natężenia lęku może nastąpić w sytuacji w której chorzy będą potrafili korzystać z wachlarza umiejętności jakie zdobyli w trakcie wcześniejszych doświadczeń (np. umiejętność rozmowy z lekarzem, umiejętność wprowadzania odpowiednich zachowań zdrowotnych wspomagających odzyskiwanie zdrowia, unikanie myśli odnośnie niepowodzenia terapii czy śmierci).

Kolejnym krokiem w kierunku weryfikacji modelu badawczego tj. ustalenia zależności pomiędzy wyróżnionymi w modelu badawczym zmiennymi a następstwami zmagania się z nowotworem na wymiarze stanu emocjonalnego (depresja, lęk, agresja) oraz poczucie akceptacji było przeprowadzenie równań regresji liniowej z użyciem metody krokowej w grupach "z doświadczeniem" lub "brakiem doświadczenia" wcześniejszej zagrażającej choroby własnej lub wśród rodziny oraz w grupach uwzględniających, poza występowaniem lub brakiem występowania obciążenia wcześniejszą zagrażającą życiu chorobą, podział na dany typ nowotworu.

Przeprowadzone analizy ujawniły, że określony układ zmiennych (składający się przede wszystkim ze zmiennych pośredniczących) pozwala przewidzieć poziom natężenia zmiennych zależnych jak depresja, lęk, agresja czy poczucie akceptacji. Szczególnie istotne zależności w ramach wyróżnionych grup ustalono względem poziomu natężenia lęku, który jest najbardziej typowym stanem emocjonalnym w sytuacji choroby nowotworowej, stanowiąc nieodłączną część innych przeżyć, jak depresja czy agresja [119].

Porównując układy zmiennych wpływających na poziom lęku w poszczególnych grupach ustalono, iż w grupie "z doświadczeniem" poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór wyróżniono sześć istotnych statystycznie zmiennych jak zaabsorbowanie lękowe, bezradność/beznadziejność, wsparcie poznawcze, wsparcie materialne, reprezentacja emocjonalna, liczba objawów występujących od zachorowania, które razem w 67 procentach pozwalają przewidzieć wzrost poziomu lęku. Pozwala to wysunąć wniosek, że wyższy poziom lęku w tej grupie może wystąpić u chorych wyróżniających się obecnością określonych właściwości. Zarysowuje się obraz chorych, którzy częściej wybierają niekorzystne strategie radzenia sobie jak zaabsorbowanie lękowe czy bezradność/beznadziejność. Identyfikują chorobę z dużą ilością objawów, a myślenie o niej uruchamia w nich przykre odczucia jak przygnębienie, rozdrażnienie, złość czy niepokój. Ponadto otrzymują oni głównie wsparcie materialne przy jednocześnie znacznie obniżonym otrzymywanym wsparciu poznawczym (informacyjnym). Wsparcie poznawcze okazało się najsilniejszym predyktorem w tym układzie zmiennych, co może sugerować, iż przekazywanie odpowiednich informacji, które mają pomóc w rozwiązywaniu problemów, pełni funkcję ochronną w zakresie utrzymania zdrowia psychicznego tj. obniżać poziom lęku w sytuacji zmagania się z nowotworem w grupie chorych, która wcześniej doświadczyła zetknięcia z zagrażającą życiu chorobą. Zestawiając scharakteryzowaną grupę z grupą "bez doświadczenia" zauważono, iż tylko reprezentacja emocjonalna po-

wtarza się jako istotna zmienna, która pozwala przewidzieć wzrost poziomu lęku. Obok niej na wzrost poziomu lęku w tej grupie wpływa częstość występowania objawów (układ tych dwóch zmiennych przewiduje wzrost poziomu lęku w 39%). Sugeruje to, iż chorzy w grupie "bez doświadczenia" traktujący chorobę jako nieprzewidywalne zjawisko, które wywołuje szereg negatywnych reakcji emocjonalnych mają wyższy poziom lęku. Natomiast uwzględniając typ nowotworu ustalono, iż w grupie z rakiem piersi, bez doświadczenia zagrażającej życiu choroby przed nowotworem zmienne: liczba objawów występujących od zachorowania oraz samokontrola pozwalają w 77% przewidzieć wzrost natężenia zmiennej lęk. Może to wskazywać na tendencje chorych z rozpoznaniem raka piersi bez wcześniejszego zetknięcia się z doświadczeniem choroby do postrzegania jej za zjawisko powodujące wiele objawów, na które jak i na całą chorobę chory ma niewielki wpływ. Taki sposób postrzegania choroby przyczynia się do zwiększenia poziomu natężenia lęku. Zupełnie inny układ zmiennych, który wpływa na poziom lęku zaobserwowano w grupie z rakiem piersi, ale "z doświadczeniem" zagrażającej życiu choroby. W tej grupie układ zmiennych takich jak: zaabsorbowanie lękowe, bezradność/beznadziejność, wsparcie poznawcze, liczba objawów występujących od zachorowania pozwalały w 66% przewidzieć zmienną lęk. Pozwala to wysunąć wniosek, iż osoby z tej grupy uruchamiające niekorzystne strategie radzenia sobie, identyfikujące wiele objawów dotyczących choroby oraz nie otrzymujące odpowiedniego wsparcia poznawczego (informacyjnego) mogą charakteryzować się wyższym poziomem lęku. W przeprowadzonym porównaniu zwraca uwagę grupa chorych z rakiem jelita grubego zarówno "z doświadczeniem" jak i "bez doświadczenia" w której ustalono najmniej istotnych statystycznie zależności pozwalających przewidzieć poziom lęku. W grupie z rozpoznaniem raka jelita grubego "bez doświadczenia" nie ustalono żadnego układu zmiennych wpływających na poziom lęku, natomiast w obrębie grupy z rozpoznaniem jelita grubego i "z doświadczeniem" wcześniejszej zagrażającej życiu choroby ustalono, iż chorzy z tej grupy mogą stosować destrukcyjny styl radzenia sobie z nowotworem w którym skupiają się na postrzeganiu choroby jako zjawiska niepokojącego, niekontrolowanego oraz zagrażającego i w ten sposób wpływają na zwiększenie poziomu lęku (w przeprowadzonych analizach w tej grupie tylko jedna zmienna tj. zaabsorbowanie lękowe, pozwalała przewidzieć wysokie natężenie lęku w 54%). Porównanie pokazało, iż ta sama zmienna tj. lęk może być warunkowana innym układem zmiennych w zależności od analizowanej grupy.

Podobną prawidłowość ustalono dla zmiennej depresja, czyli drugiej obok lęku najczęstszej reakcji uczuciowej doświadczanej w wyniku zmagania się z nowotworem. Tu także w zależności od grupy inny układ zmiennych decydował o natężeniu depresji. W grupie "z doświadczeniem" uzyskany istotny statystycznie układ zmiennych takich jak: bezradność-beznadziejność, reprezentacja emocjonalna oraz pozytywne przewartościowanie pozwalał przewidzieć w 59% wysoki poziom depresji. Można wnioskować, iż osoby z wcześniejszym doświadczeniem zagrażającej życiu choroby, które częściej za strategię radzenia sobie wybierają mniej efektywne formy radzenia jak bezradność-beznadziejność (strategia oparta na emocjach), jednocześnie rzadziej stosują bardziej korzystne rodzaje radzenia sobie z trudną sytuacją jak pozytywne przewartościowanie (strategia oparta na znaczeniu) oraz ich sposób myślenia o chorobie wywołuje złość, przygnębienie, niepokój czy smutek mogą reprezentować wyższy poziom depresji. Zestaw tych zmiennych nie powtórzył się w obrębie innych grup, ponieważ w grupie "bez doświadczenia" wysoki poziom depresji przewidywany był koncentracją na przyczynach choroby w zakresie działania czynników ryzyka. Natomiast przy uwzględnieniu typu nowotworu na natężenie depresji wpływały takie zmienne jak: a) w grupie "z doświadczeniem" i z rakiem piersi: bezradność-beznadziejność oraz duch walki; b) w grupie "bez doświadczenia" i z rakiem piersi: częstość występowania objawów; c) w grupie "z doświadczeniem" i z rakiem jelita grubego: bezradność-beznadziejność, pozytywne przewartościowanie; d) w grupie "bez doświadczenia" i z rakiem jelita grubego nie ustalono żadnej zmiennej, która pozwalałaby przewidzieć poziom depresji.

Należy także zaznaczyć, iż układ zmiennych dla agresji i akceptacji w obrębie analizowanych grup składał się najczęściej z pojedynczych zmiennych, które w niskim stopniu przewidywały poziom wyjaśnianej zmiennej czyli agresję lub akceptację.

Zatem, analiza wielkości współczynników determinacji, czyli wyprowadzonych z transakcyjnego modelu stresu Lazarusa i Folkman określonych zmiennych uznanych za istotne statystycznie w wyniku rozwiązania równań regresji sugeruje, że przyjęty w badaniach zestaw zmiennych pozwala najlepiej wyjaśniać funkcjonowanie emocjonalne u osób z doświadczaniem zagrażającej życiu choroby u siebie lub bliskich przed zachorowaniem na nowotwór oraz u osób z rozpoznaniem nowotworu piersi. Najlepiej dopasowany układ zmiennych ustalono dla określenia natężenia lęku w obrębie każdej z wyróżnionych grup, natomiast zestawienie ze sobą wyników poszczególnych grup nie pozwoliło na ujednolicenie wniosków tj. w każdej grupie ujawniły się inne zmienne, które warunkowały lęk. Wskazuje to, na brak pro-

stych zależności przy opisywaniu tak unikalnych doznań i zachowań jakie pojawiają się na skutek doświadczonej choroby nowotworowej. Jednocześnie wskazuje to kierunek pracy z pacjentem onkologicznym w której należy dostosowywać prowadzone interwencje do profilu pacjenta (np. pacjent z wysokim natężeniem lęku bez wcześniejszego zetknięcia się z doświadczeniem choroby, który postrzega chorobę za zjawisko powodujące wiele objawów na które ma niewielki wpływ wymaga intensywniejszej pracy w obszarze poczucia kontroli w porównaniu z pacjentem o również wysokim natężeniu lęku, ale z rakiem jelita grubego i doświadczeniem wcześniejszej choroby u siebie lub bliskich, który stosuje nieefektywne strategie radzenia sobie z chorobą). Uzyskane dane zyskują na znaczeniu jeśli uwzględnimy wyniki badań dotyczących rozpowszechnienia zjawiska lęku u chorych na nowotwory. Reakcje lęku obok depresji stanowią poważny problem medyczny u ponad połowy chorych na nowotwory. Około 19-22% pacjentów ma rozpoznawany lęk zaraz po rozpoznaniu nowotworu [120]. Kryteria diagnostyczne, metody badawcze, rodzaj nowotworu czy etap rozwoju choroby mogą jednak wpływać na rozbieżności szacunkowe w zakresie częstości występowania lęku. Lęk wiąże się ze stratami zarówno dla chorego jak i jego rodziny oraz społeczeństwa. Może doprowadzić do sytuacji w której chory przerywa leczenie bądź korzysta z terapii nieregularnie [76]. Ponadto lęk obok depresji stanowi jedno z najważniejszych następstw psychologicznych ekspozycji na potencjalnie urazowe zdarzenia [36]. Stąd ustalanie czynników warunkujących lęk ma istotne znaczenie w trakcie prowadzonej terapii onkologicznej.

Przeprowadzenie analiz regresji pozwoliło wysunąć także dodatkowy wniosek, iż u pacjentów z diagnozą raka jelita grubego w porównaniu z diagnozą raka piersi rozpoznaje się zdecydowanie mniej istotnych statycznie zmiennych (współczynników determinacji) wpływających na następstwa psychiczne choroby, co implikuje pytanie jakie inne zmienne spoza modelu oddziałują na człowieka chorego z tym rozpoznaniem. Można postawić hipotezę, że zmienne te związane są ze środowiskiem społecznym w którym przebywa chory tj. jego rodziną, miejscem pracy itp. i wskazywać na obecny tam niski poziom wiedzy oraz mniejszy zakres umiejętności pomagania pacjentom z rozpoznaniem raka jelita grubego bądź mogą wiązać się z innymi, nieuwzględnionymi w modelu czynnikami podmiotowymi. Zasadne wydaje się eksplorowanie tego zagadnienia w kolejnych pracach badawczych.

Podsumowując, przeprowadzone w badaniu analizy wskazują, iż rak nie jest jedynym stresującym wydarzeniem z którym zmagają się pacjenci. Diagnoza, leczenie, skutki medyczne, psychologiczne czy społeczne są osadzone w kontekście innych stresujących wydarzeń

życiowych, które poprzedzają zachorowanie i wchodzą w interakcje z nowotworem. Pacjenci, szczególnie z diagnozą rakiem jelita grubego, doświadczają więcej negatywnych konsekwencji występowania zdarzeń związanych z utratą zdrowia przed nowotworem. Przyczyniają się one do pogorszenia kondycji psychicznej i osłabienia procesów adaptacji oraz ogólnego obniżenia zdolności radzenia sobie ze stresem choroby nowotworowej. Ponadto powyższe badania są nowym źródłem informacji w zakresie testowania modelu radzenia sobie z stresem Lazarusa i Folkmana w zależności od występowania i oceny tzw. antecedensów, czyli zdarzeń poprzedzających o charakterze sytuacji związanych z poważną, zagrażającą życiu utratą zdrowia.

6.2. Ograniczenia badań

Badanie przeprowadzone zostało w celu weryfikacji obserwowanego w praktyce klinicznej zjawiska, na którego temat brakuje wystarczających danych w literaturze przedmiotu. Eksploracyjny charakter badań wiąże się jednak z występowaniem pewnych ograniczeń.

Projekt badawczy ma charakter przekrojowy ograniczając tym samym możliwość rozpoznania przyczynowych związków pomiędzy badanymi zmiennymi. Badania podłużne umożliwiłyby zaobserwowanie zmian skutków radzenia sobie z nowotworem w funkcji czasu w relacji ze zdarzeniami poprzedzającymi o charakterze wcześniejszej utraty zdrowia.

Do badania włączono niewielką grupę chorych o wybranym typie rozpoznania (rak piersi i rak jelita grubego), określonym rodzaju terapii onkologicznej (leczenie cytostatykami) oraz z jednego ośrodka leczniczego (Wielkopolskie Centrum Onkologii). Uogólnienie wyników z tak dobranej grupy badanej na całą populację może prowadzić do nierzetelnych wniosków. Przeprowadzenie badań o ogólnopolskim zasięgu, w większej i bardziej różnorodnej grupie pozwoliłoby na bardziej całościowe analizy.

Ponadto badanie warto byłoby poszerzyć o inne metody oceny zdarzeń związanych z utratą zdrowia przed zachorowaniem na nowotwór jak np. stworzenie schematu wywiadu ustrukturyzowanego obejmującego analizę uprzednich zdarzeń, gdzie osoba go przeprowadzająca pozbawiona byłaby wszelkich informacji o pacjencie. Wprowadzenie dodatkowych rzetelnych i trafnych narzędzi umożliwiłoby zredukowanie potencjalnego ryzyka nakładania się doświadczeń tj. właściwe rozróżnienie znaczeń wydarzeń mających potencjał traumatyczności oraz dokonanie oceny narażenia na traumę w wyniku ekspozycji na zdarzenia urazowe.

6.3. Wykorzystanie wyników badań w pracy z osobą zmagającą się z chorobą nowotworową

Wyniki przeprowadzonego badania mają bezpośrednie implikacje praktyczne zwłaszcza w odniesieniu do grupy pacjentów z diagnozą raka jelita grubego i doświadczeniem poważnej choroby przed zachorowaniem na nowotwór oraz objawami traumy na skutek tego doświadczenia. Pacjenci z tej grupy w swoim myśleniu o chorobie akcentowali głównie brak poczucia jej zrozumienia. Wybierali mniej efektywne strategie radzenia sobie (strategie zorientowane na emocjach) oraz przeżywali intensywne emocje negatywne jak lęk czy agresja. Jak pokazują nieliczne doniesienia problemy tej grupy pacjentów są mało znane, a możliwości zapobiegania im i radzenia sobie z nimi są mało rozpowszechnione [120]. Stąd tym bardziej wdrożenie działań pomocowych wydaje się istotne i to na jak najwcześniejszym etapie leczenia. Pomoc pacjentom może polegać na zwiększaniu poczucia rozumienia swojej choroby poprzez informowanie pacjentów o chorobie i jej przebiegu, wspólne ustalanie celów przyczyniających się do odzyskiwania zdrowia, tworzenie przekonania, że w wyniku swoich działań mogą uczynić chorobę bardziej znośną i być bardziej aktywnym w procesie leczenia. Ponadto istotne może okazać się kształtowanie bądź stymulowanie do radzenia sobie skoncentrowanego na problemie oraz stworzenie chorym warunków do przeżywania i wyrażania emocji, głównie lęku, bezsilności, bezradności czy złości. Wobec osób doświadczających objawów traumy na skutek doznania zagrażającej życiu choroby przed zachorowaniem na nowotwór pomocne może być wdrożenie określonych interwencji klinicznych takich jak: psychoedukacja (dostarczanie, kiedy to wskazane, wiedzy na temat istoty zdarzeń traumatogennych i jej następstw), redukcja cierpienia i trening regulacji afektu (ograniczenie destabilizujących emocji i objawów oraz pomoc w nabyciu zdolności do regulacji negatywnych stanów emocjonalnych) oraz przetwarzanie poznawcze (nadanie sensu i znaczenia zdarzeniu oraz dopasowanie do zmienionej na skutek tego zdarzenia rzeczywistości).

Wnioski z badań podkreślają także potrzebę wsparcia i działania grup samopomocowych zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów z rozpoznaniem raka jelita grubego, którzy w porównaniu z pacjentami z rakiem piersi nie są grupą, która intensywnie zrzesza się w stowarzyszeniach pacjenckich i chętnie nagłaśnia tematy dla niej trudne wiążące się z chorobą przez co świadomość społeczna i "oswojenie" z tym rodzajem nowotworu jest zdecydowanie mniejsze.

Namacalnym wykorzystaniem wyników badań jest opracowanie przykładowej broszury (zamieszczonej w załącznikach pracy) skierowanej do pacjenta z rozpoznaniem raka jelita grubego i doświadczeniem zagrażającej życiu choroby przed zachorowaniem na nowotwór oraz do zajmującego się pacjentem lekarza. Mogą być one odpowiedzią jak odnaleźć się i jak pomóc w sytuacji w której przeszłe doświadczenia nasiliły i tak liczne wyzwania w radzeniu sobie z rakiem.

Przedstawiona pomoc powinna przyjmować charakter indywidualnych działań proponowanych pacjentowi, obejmować psychoedukacją jego rodzinę czy szerzyć szeroko rozumianą edukację wśród społeczeństwa. Ponadto jak pokazały przeprowadzone analizy (zwłaszcza dotyczące weryfikacji modelu badawczego) występuje silna potrzeba dopasowania formy pomocy do grupy chorych, którymi zajmuje się lekarz, psycholog bądź inny pracownik służby zdrowia.

7. WNIOSKI

1. Pacjenci, którzy przed zachorowaniem na nowotwór doświadczyli własnej lub wśród bliskich zagrażającej życiu choroby są narażeni na bardziej negatywny przebieg zmagania się z nowotworem. Czynnikiem, które głównie decydują o rodzaju oraz sile negatywnych następstw zmagania się ze stresem choroby jest występowanie objawów traumy na skutek doświadczenia wcześniej zagrażającej życiu choroby, rozpoznanie raka jelita grubego oraz niskie wsparcie społeczne każdego wymiaru.
2. Opracowany na podstawie transakcyjnego modelu stresu Lazarusa i Folkman oraz modelu krytycznych zdarzeń życiowych Filipp model badawczy umożliwia określenie kierunku i natężenia następstw zmagania się z nowotworem.
3. U chorych na nowotwór, planując pomoc psychologiczną, należy brać pod uwagę wcześniejsze doświadczenia życiowe związane z chorowaniem, celem wprowadzania wobec grup narażonych odpowiednio dobranych interwencji psychologicznych redukujących poziom stresu psychologicznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Didkowska, J. (red.). (2020). *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
2. Meder, J. (2014). Rak głównym zabójcą ludzi w XXI wieku. Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych. W: A. Potrykowska, Z. Strzelecki, J. Szymborski, J. Witkowski (red.), *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski* (s. 50–85). Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
3. Stewart, B. W., Weiderpass, E., Wild, C. P., (red.). (2020). *World Cancer Report*. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
4. Rucińska, M., (2015). Choroba nowotworowa a inne choroby przewlekłe – etiologia, epidemiologia, rokowanie. W: M. Rogiewicz (red.), *Praktyczny Podręcznik Psychoonkologii Dorosłych* (s. 23-66). Kraków: Medycyna Praktyczna.
5. Jędrzejczak, W., Deptała, A. (2015). Czym jest nowotwór, czyli wstęp do biologii nowotworów. W: A. Deptała (red.), *Onkologia w praktyce* (s. 14–16). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
6. Lyman, G. H. (2015). Etiology and epidemiology. W: J. Cassidy, D. Bissett, M. Payne, R.A. Spence (red.), *Oxford American Handbook of Oncology* (s. 15–25). New York: Oxford University Press.
7. Johansen, C. (2014). Psychosocial factors. W: J.C. Holland, S.B. Williams, P.N. Butow, P.B. Jacobsen, M.J. Loscalzo & R. McCorkle (red.), *Psychooncology* (s. 35-39). New York: Oxford University Press.
8. Jasem, J., Krzakowski, M., Bobek-Bilewicz, B. (red.). (2020) *Breast Cancer. Oncol Clin Pract* 2020; 16 (5) s. 207-260. DOI: 10.5603/OCP.2020.0038.
9. Dębniak, T., Lubiński, J. (2015). Zasady dziedziczenia predyspozycji do nowotworów. W: J. Lubiński (red.), *Genetyka kliniczna nowotworów 2015* (s. 9–18). Szczecin: Print Group.
10. Deptała, A. (2015). Podstawy epidemiologii nowotworów. Środowiskowe i genetyczne uwarunkowania rozwoju nowotworów. W: A. Deptała (red.), *Onkologia w praktyce* (s. 32-45). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
11. Cardoso F., Douillard J-Y., Senkus-Konefka E. et al. *Breast Cancer. ESMO Patient Guide Series based on the ESMO Clinical Practice Guidelines*” Pobrano z: <https://>

www.esmo.org/for-patients/patient-guides/patient-guides-by-language/cancer-patient-guides-in-english w dniu 01.11.21r.

12. Potemski, P., Bujko, K., Rutkowski, A., Krzakowski, M. Clinical practice guidelines for diagnosis and treatment of colon (C18) and rectosigmoid junction (C19) cancer. *Oncol Clin Pract*; 16. DOI: 10.5603/OCP.2020.0030.
13. Billiau A., (2016). *Colorectal cancer*. ESMO/ACF Patient Guide Series based on the ESMO Clinical Practice Guidelines. Pobrano z: <https://www.esmo.org/for-patients/patient-guides/patient-guides-by-language/cancer-patient-guides-in-english> w dniu 01.11.21r.
14. Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
15. Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nowy Jork: Springer.
16. Lazarus, R. S., Launier, R. (1978). Stress related transactions between person and environment. W: L. A. Pervin, M. Lewis (red.), *Perspectives in international psychology* (s. 287–327). Nowy Jork: Plenum.
17. Lazarus, R. S., Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141–170. doi:10.1002/per.2410010304.
18. Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45, 1207–1221. doi:10.1016/S0277-9536(97)00040-3.
19. Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647–654. doi:10.1037//0003-066X.55.6.647.
20. Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford: Oxford University Press.
21. Hobfoll S.E. (1989). Zachowanie zasobów. Nowa próba konceptualizacji stresu. *Nowiny Psychologiczne*, 5-6, 24-49.
22. Terelak J. F. (1995). *Stres psychologiczny*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
23. Folkman S., Lazarus R. S., Dunkel - Schetter C., DeLongis A., Gruen R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 5, 992-1003.
24. Schwarzer, R., Schulz, U. (2003). Stressful life events. W: A. M. Nezu, C. M. Nezu, P. A. Geller (red.), *Handbook of psychology: Health psychology* (t. 10, s. 27–50). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.

25. Heszen-Niejodek, i. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 465–492). Gdańsk: GWP.
26. Sęk, H. (1991). Procesy twórczego zmagania się z krytycznymi wydarzeniami żywotnymi a zdrowie psychiczne. W: H. Sęk (red.), *Twórczość i kompetencje a zdrowie psychiczne* (s. 31–41). Poznań: Wyd. Naukowe UAM
27. Sęk, H. (2001). Stres krytycznych wydarzeń życiowych. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (s. 11–25). Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora.
28. Filipp, S-H. (2006). *Kritische Lebensereignisse*. Monachium: Urban & Schwarzenberg.
29. Ziarko, M. (2014). *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. Poznań: Wyd. Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.
30. Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 121–132.
31. Krok, D. (2017). *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej*. Opole: Wyd. Uniwersytetu Opolskiego.
32. Leventhal, H., Patrick-Miller, I. (2005). Emocje a choroby somatyczne – przyczyny i wskaźniki podatności na zachorowanie. W: M. Lewis, J. M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji* (s. 657–675). Gdańsk: GWP
33. Sęk, H., Ziarko, M. (2017). Człowiek w sytuacji przewlekłej choroby. *Czasopismo Psychologiczne*, 23, 89-96. doi: 10.14691/CPPJ 23.1.89.
34. Kubacka-Jasiecka, D., Ziarko, M. (2019). Pomoc psychologiczna w różnych typach kryzysu. W: Cierpiałkowska L., H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. (s. 673–694). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
35. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD–10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. UWM (2000). Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” IPiN.
36. Ogińska-Bulik, N. (2019). Psychologiczne następstwa doświadczeń traumatycznych. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. (s. 665–682). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.

37. Lis-Turlejska, M. (2005). *Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
38. Popiel, A., Pragłowska, E. (2009). Psychopatologia reakcji na traumatyczne wydarzenia. W: J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.) *Konsekwencje psychiczne traumy: uwarunkowania i terapia* (s. 34-63). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
39. Rzeszutek, M. (2016). PTSD w obliczu przebiegu przewlekłej choroby somatycznej na przykładzie pacjentów zakażonych wirusem HIV oraz cierpiących z powodu przewlekłego bólu; przegląd badań. *Polskie Forum Psychologiczne* 21 (1), 61-75.
40. Wachen, J.S., Patidar, S.M., Mulligan E. A., Naik, A.D., Moye, J. (2014). Cancer-related PTSD symptoms in a veteran sample: association with age, combat PTSD, and quality of life. *PsychoOncology* 23, s. 921–927. DOI: 10.1002/pon.3494
41. Zebrack, B., Kwak, M., Salsman, J., Cousino, M., Meeske, K., Aguilar, Ch., Embry, L., Block, R., Hayes-Lattin, B., Cole, S. (2015). The relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adolescent and young adult (AYA) cancer patients. *Psycho-Oncology* 24, s. 162–168. DOI: 10.1002/pon.3585
42. Ogińska-Bulik, N., Michalska, P. (2020). The Relationship Between Emotional Processing Deficits and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Breast Cancer Patients: The Mediating Role of Rumination. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 27, s.11–21. DOI: 10.1007/s10880-019-09606-6.
43. Kozaka, J. (2010). Radzenie sobie ze stresem choroby – współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkologia* 2, 60–69.
44. Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosom. Med.* 55 (3), 234-247.
45. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2012). Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych - objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost. *Psychiatria*, 9 (1), s. 1-10.
46. Steuden, S., Jankowski, K.. (2016). Trauma – kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne. *Roczniki psychologiczne*, 19 (3), s. 549-565. DOI: 10.18290/rpsych.2016.19.3-5pl
47. Lis-Turlejska, M. (2002). *Stres traumatyczny - występowanie, następstwa, terapia*. Warszawa: Wydawnictwo akademickie Żak.

48. Gałęcki, P., Pilecki, M., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S., Wciórka, J., *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*. Wrocław: Edra Urban&Partner.
49. Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996). The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), s. 455-471.
50. Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004). Post-Traumatic Growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), s. 1-18.
51. Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2007). Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: P. A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 230 -248). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
52. Benjet, C., Bromet, E., Karam, E.G. et. al. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psych Med* 46 s. 327–343. DOI: 10.1017/s0033 29171 50019 81.
53. Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym - polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria* 6 (1) s. 15–25.
54. Benight, C. C. (2012). Understanding human adaptation to traumatic stress exposure: Beyond the medical model. *Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy*, 4 (1), s. 1-8. DOI: 10.1037/a0026245
55. Hooberman, J., Rosenfeld, B., Rasmussen, A., & Keller, A. (2010). Resilience in trauma-exposed refugees: The moderating effect of coping style on resilience variables. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80 (4), s. 557-563. DOI: 10.1111/j.1939-0025.2010.01060.
56. Kirby, R., Shakespeare-Finch, J., & Palk, G. (2011). Adaptive and maladaptive coping strategies predict posttrauma outcomes in ambulance personnel. *Traumatology*, 17 (4), 25-34. DOI: 10.1177/1534765610395623
57. Langford, D. J., Cooper, B., Paul, S., Humphreys, J., Keagy, C., Conley, Y. P., Dunn, L. B. (2017). Evaluation of coping as a mediator of the relationship between stressful life events and cancer-related distress. *Health Psychology*. DOI:10.1037/hea000054
58. Merluzzi, T. V., Philip, E. J., Zhang, Z., & Sullivan, C. (2015). Perceived discrimination, coping, and quality of life for African-American and Caucasian persons with cancer. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 21 (3), s. 337–344. DOI:10.1037/a0037543

59. Łosiak, W. (1999). Proces zmagania się ze stresem choroby przez pacjentów. W: Ku-
backa-Jasiecka, D., Łosiak, W. *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia
współczesna wobec pacjentów onkologicznych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu
Jagiellońskiego.
60. de Walden-Gałuszko, K. (2011). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa:
Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
61. de Walden-Gałuszko K. (2015). Reakcje i potrzeby psychicznie chorych, przystoso-
wanie do choroby. W: de Walden-Gałuszko K. (red.), *Medycyna paliatywna* (s. 31-
44). Warszawa: PZWL.
62. Rucińska, M., Rogiewicz, M., Chrystowska-Jabłońska, B., de Walden-Gałuszko K.
(2015). Etapy chorowania oraz leczenia przeciwnowotworowego i hematologicznego.
W: M. Rogiewicz (red.), *Praktyczny Podręcznik Psychoonkologii Dorosłych* (s. 81-
162). Kraków: Medycyna Praktyczna.
63. Chojnacka-Szawłowska, G. (2012). *Psychologiczne aspekty przewlekłych chorób so-
matycznych*. Warszawa: Vizja Press&IT.
64. Sak, J., Jarosz, M., Mosiewicz, J., Sagan, D., Wiechetek, M., Pawlikowski, J., Włosz-
czak-Szubzda A., Olszewska, E. (2011). Postrzeganie własnej choroby a poczucie od-
powiedzialności za swoje zdrowie osób przewlekle chorych. *Medycyna Ogólna i Na-
uki o zdrowiu*. 17 (4), s. 169-173.
65. Łosiak, W. (1999). Subiektywny obraz choroby u pacjentów. W: Ku-
backa-Jasiecka, D., Łosiak, W. *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wo-
bec pacjentów onkologicznych* (s. 67-78). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Ja-
giellońskiego.
66. Leventhal H., Meyer D., Nerenz D. The common sense repre-
sentation of illness danger. (1980). W: Rachman S. (red.). *Contribution
to medical psychology*. Oxford: Pergamon Press,.
67. Leventhal, H., Nerenz, D. R., Steele, D. J. (1984). Illness representations and cop-
ing with health threats. W: A. Baum, S. e. Taylor, J. e. Singer (red.), *Handbook of
psychology and health: Social psychological aspects of health* s. 219–252. Hillsdale,
NJ: Lawrence Erlbaum.

68. Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S. (1997). Illness representations: theoretical foundations, W: K. J. Petrie, J. A. Weinman (red.), *Perceptions of health and illness* (s. 1–18). Amsterdam: Harwood.
69. Rosenstock, I. M. (1966) Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quartel.* (44) s. 94–124.
70. Folkman S. (2013). Stress, Coping, and Hope. W: B.I. Carr, J. Steel (et al.) *Psychological Aspects of Cancer: A guide to emotional and psychological consequences of cancer, their causes and their management*, USA: Springer Science+Business Media.
71. Łosiak, W. (2011). Klasyfikacja form radzenia sobie ze stresem oparta na kryterium celu i metody działania. Próba weryfikacji empirycznej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 16 (1), 44–53.
72. Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, s. 844-854.
73. Park, C.L., Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 69, s. 481-488.
74. Folkman, S., Moskowitz, J.T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
75. Laskowska A. (2015). Nieadaptacyjna reakcja na chorobę – radzenie sobie ze stresem, zmienne demograficzne a objawy traumy u osób chorych na nowotwory. *Psychiatria Polska*; 49 s. 811-819.
76. Redeker, N.S., Lev, E.L., Ruggiero, J. (2000). Insomnia, fatigue, anxiety, depression, and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Sch. Inq. Nurs. Pract.* 14 s. 275-290.
77. Juczyński Z. (2000). Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: de Walden-Gałuszko K (red.). *Psychoonkologia*. (s. 55-70). Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
78. Andruszkiewicz, A., Basińska, M.A, (2016) Stan psychiczny pacjentów na etapie wczesnej i późnej starości a ich oczekiwania wobec lekarza. *Psychiatr. Pol.* 50 (5) s. 1001-1014. DOI: 10.12740/PP/61408.
79. Widera, A. (2007). Psychologiczne aspekty pacjenta z chorobą nowotworową. W: B. Bętkowska-Korpała, B., Gierowski J. K. *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*. (s.67-83). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

80. Rashid, A. (2011). Anxiety in Cancer Patients. W: Duffy, J.D., Valentine, A. D., Anderson, M.D. *Manual of Psychosocial Oncology*. (s. 71-86). USA: The McGraw-Hill Companies.
81. Keise, M. (2007). *Życie z chorobą*. Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne.
82. Krajnik M. (2009). *Opowieści o raku. Sztuka komunikacji w opiece onkologicznej*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.
83. Barraclough, J. (1997). Problemy emocjonalne chorych na nowotwory. W: J. Barraclough. *Rak i emocje* (s. 64-91). Warszawa: Wydawnictwo Medyczne SANMEDICA.
84. de Walden-Gałuszko K. (1996). Sytuacja psychologiczna chorego. W: K. de Walden-Gałuszko. *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi* (s. 20-57) Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne MAKmed.
85. Pouget-Schors, D., (2011). Diagnostyka psychoonkologiczna. W: H. Dietzfelbinger. *Psychoonkologia. Diagnostyka. Metody terapeutyczne*. Wrocław: Elsevier Urban&Partner.
86. Tomaszewska I. (2000) Psychologiczne aspekty depresji w chorobach nowotworowych, *Psychoonkologia*, 7, s. 9-18.
87. Valentine, A.D. Mood Disorders. (2011). W: J.D. Duffy, A.D. Valentine, M. D. Anderson. *Manual of Psychosocial Oncology*. (59-70). USA: The McGraw-Hill Companies.
88. Sesiuk, A., Rzepiela, L. (2016). Wybrane zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób nowotworowych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 16 (1), s. 21–26.
89. Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Pracownia Testów Psychologicznych.
90. Kulpa, M., Owczarek, K., Stypuła-Ciuba, B. (2013). Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. *Medycyna Paliatywna*; 5 (3) s. 12-18.
91. Holland, J. C., Gooen-Piels, J. (2000). Principles of psycho-oncology. W: J. C. Holland, E. Frei. (red.), *Psychological care of the patient with cancer* (s. 222–239). Nowy Jork: Oxford University Press.

92. Taylor, S. E. (1984). Przystosowanie się do zagrażających wydarzeń. *Nowiny Psychologiczne*, 6 (7) s. 23-30.
93. Sęk, H., Ziarko, M. (2009). Utilization of resources in coping with chronic illness. *Polish Psychological Bulletin*, 40, s. 6–12.
94. Wrona-Polańska, H., Kaczmarska, A. (2012), Zasoby podmiotowe i radzenie sobie ze stresem a poziom zdrowia pacjentów po przeszczepie szpiku kostnego. W: H. Wrona-Polańska (red.), *Psychologia zdrowia w służbie człowieka* (s.124-140), Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
95. Kulpa M., Kosowicz, M., Flaga-Łuczkiwicz M., Stypuła-Ciuba B., J. (2019). Strategie radzenia sobie z chorobą i poczucie własnej skuteczności u pacjentów chorych onkologicznie. *Medycyna Paliatywna*, 11 (2) s. 81–87. DOI: 10.5114/pm.2019.86532
96. Ogińska-Bulik, N. (2015). Rola zasobów osobistych w rozwoju po traumie u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia*, 3, s. 88–96.
97. Basińska, M.A, Sołtys M., Peplińska, S., Kawiecka-Dziembowska, B., Kwiatkowska, J., Borzyszkowska, A. (2017). Zasoby osobiste – prężność i nadzieja – a elastyczność w radzeniu sobie: moderująca rola poczucia stresu. *Psychoonkologia*, 21 (3), s. 100–112. DOI: 10.5114/pson.2017.77298
98. Sęk. H., Cieślak, R. (2004) Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 11–28). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
99. Popiołek, K. (1996). Wsparcie społeczne – zarys problematyki. W: Popiołek K. (red.), *Psychologia pomocy. Wybrane zagadnienia* (s. 20-45). Katowice: Uniwersytet Śląski w Katowicach.
100. Kacperczyk, A. (2006). *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
101. Cohen, S., Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), s. 310-357. DOI:10.1037//0033-2909.98.2.310
102. Król, J., Rzepa, T., Milik, A., Ligocka, M., Kołodziejska, A. (2016). Spostrzegane wsparcie społeczne – miejsce i rola w przystosowaniu do choroby nowotworowej. *Psychological Journal*, 22, (2), s. 261-267. DOI: 10.14691/CPPIJ.22.2.261

103. Michael, Y.L., Berkman, L.F., Colditz, G.A., Holmes, M.D., Kawachi, I. (2002). Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: A prospective study. *Journal of psychosomatic research*, 52, s. 285- 293.
104. Kurowska, K., Kościelna H., (2008). Orientacja życiowa a wsparcie społeczne u osób z kolostomią wyłonioną z powodu raka jelita grubego. *Współczesna Onkologia*, 12; (5) s. 228-233).
105. Parker, P.A., Baile, W.F., DeMoor, C., Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psychooncology*, 12, s. 183-193.
106. Rucińska, M., Chrystowska-Jabłońska, B., Rogiewicz, M., Wojtasik, N. (2015). Choroba nowotworowa - wprowadzenie. W: M. Rogiewicz (red.), *Praktyczny Podręcznik Psychoonkologii Dorosłych* (s. 23-81). Kraków: Medycyna Praktyczna.
107. Lim, M. (2003). Who is Being Difficult? Addressing the Determinants of Difficult Patient - Physician Relationship by Michelle Lim. *Online Ethics Journal of the American Medical Association*, 5 (4) DOI: 10.1001/virtualmentor.2003.5.4.jdsc2-0304
108. Groves, J. E. (2003). Taking Care of the Hateful Patient. *N Engl J Med*, 298 s. 883-887 DOI: 10.1056/NEJM197804202981605
109. Cassel E. J. (1979). The subjective in clinical judgment. W: J.H.T. Engelhardt (red.) *Clinical Judgment: A Critical Appraisal*. Dordrecht: D. Reidel.
110. Heszen-Klemens I. (2000). *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
111. Jokieli M. (1994). Uświadomienie społeczeństwa polskiego o nowotworach oraz wpływające na nie czynniki. *Medycyna*, 45-46 (5) s. 37-39.
112. Merluzzi, T. V., Philip, E. J., Yang, M., Heitzmann, C. A. (2015). Matching of received social support with need for support in adjusting to cancer and cancer survivorship. *PsychoOncology*, 25 (6), s. 684-690. DOI:10.1002/pon.3896
113. Michałowska-Wieczorek, I. (2006). Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia*, 10 (2), s. 51-56.
114. Cutrona, C.E. (1990). Stress and social support: In search of optimal matching. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 3-14. DOI: 10.1521/jscp.1990.9.1.3169

115. Cutrona C, Russell D. (1990). Type of social support and specific stress: toward a theory of optimal matching. W: B. Sarason, I. Sarason, G. Pierce (red.), *Social Support: An Interactional View*. New York: Wiley.
116. Salmon, P. (2002). Psychologia w medycynie. Gdańsk: Wydawnictwo GWP.
117. Hack T.F., Degner L.F. (1999). Coping with breast cancer: a cluster analytic approach. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54 (3) s. 185-94.
118. Merluzzi, T.V., Chirico, A., Serpentine, S. (et al) (2019). The role of coping in the relationship between stressful life events and quality of life in persons with cancer, *Psychology & Health*, DOI: 10.1080/08870446.2018.1545905
119. Gołota, Sz. , Białczyk, K., Wyszowska, Z. (red.) (2017). Lęk i depresja u chorych na nowotwory - co tracimy? *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 11 (3), s. 111–117.
120. Kuprewicz, A., Krajewska-Kułak, E., Trochimowicz, L. (2016). Wiedza na temat raka jelita grubego i preferowane zachowania zdrowotne mieszkańców miasta i wsi. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2, s. 74–83
121. Cooper, C.L., Quick, J.C. (red.). (2017). *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*. Oxford: John Wiley & Sons.

STRESZCZENIE

W pracy podjęto temat wpływu wcześniejszych zdarzeń związanych z utratą zdrowia na przebieg zmagania się z chorobą nowotworową. Strukturę pracy wyznaczono w oparciu o założenie, iż choroba nowotworowa stanowi źródło stresu, z którym wiąże się dezorganizacja dotychczasowego funkcjonowania, a procesy zachodzące w trakcie zmagania się z nią można zrozumieć w perspektywie transakcyjnej koncepcji stresu psychologicznego (Lazarus, Folkman) oraz modelu krytycznych zdarzeń życiowych (Filipp). Te dwa wzajemnie uzupełniające się podejścia stanowiły teoretyczną podstawę badań, przy czym akcent spoczywał na określeniu roli pełnionej przez zdarzenia poprzedzające/antecedensy w przebiegu transakcji stresowej u chorych na nowotwory. Nurt badań z ostatnich kilkunastu lat w obszarze psychologii zdrowia i choroby koncentrował się głównie na analizie uwarunkowań i konsekwencji transakcji stresowej w zakresie rodzajów radzenia sobie [121, 70]. Kategoria antecedensów (za które w pracy przyjęto wcześniejsze zetknięcie się z utratą zdrowia na skutek poważnej choroby) jako kluczowy punkt analiz jest w literaturze przedmiotu dotychczas tylko sygnalizowanym problemem. Dodatkowym celem pracy była próba zbudowania kwestionariusza oceny następstw wcześniejszych krytycznych zdarzeń życiowych związanych z poważną utratą zdrowia, które przekładają się na aktualne zmaganie się z cierpieniem choroby somatycznej.

Praca składa się z dwóch części: teoretycznej, wprowadzającej do poruszanej tematyki oraz empirycznej. W części teoretycznej przedstawiono ogólną specyfikę chorób nowotworowych oraz omówiono wybrane przykłady jednych z najbardziej rozpowszechnionych nowotworów złośliwych czyli raka jelita grubego i raka piersi. Omówiono tu także najbardziej znane i zarazem wciąż aktualne modele stresu oraz dokonano charakterystyki procesów zachodzących w trakcie zmagania się ze stresem choroby nowotworowej. W części empirycznej wyróżniono takie rozdziały pracy jak: przedstawienie problemów badawczych, wyjaśnienie celu i zakresu badań, zaprezentowanie materiałów i metod, przedstawienie wyników analiz, które umożliwiły odpowiedź na stawiane pytania badawcze oraz omówienie wyników badań, w ramach których dowiedziono użyteczności przeprowadzonych analiz. Praca zawiera także piśmiennictwo, podsumowanie w języku polskim i angielskim, spis tabel i rycin oraz aneksy na które składają się: wykaz stosowanych narzędzi badawczych, opisy protokołów metodologicznych, które nie były ujęte w wynikach badań, zgody Komisji Bioetycznej oraz stworzone na podstawie wyników badań przykładowej broszury dla pacjenta i lekarza.

W badaniu wzięło udział 121 osób. Podstawowym kryterium doboru uczestników do badań było radykalne leczenie chemioterapią oraz rozpoznanie raka piersi bądź raka jelita grubego. Uczestnicy badania byli poproszeni o wypełnienie odpowiednio przygotowanego zestawu kwestionariuszy oceniających doświadczenie występowania utraty zdrowia na skutek poważnej choroby u siebie lub bliskich przed zachorowaniem na nowotwór oraz przebieg zmagania się z aktualnie doświadczaną chorobą nowotworową.

Zależności pomiędzy zmiennymi testowano przy pomocy następujących procedur statystycznych: testów istotności różnic (test Manna-Whitney'a, test Kruskala-Wallisa, test chi-kwadrat), współczynników korelacji (rho-Spearmana), metody regresji liniowej przy użyciu metody krokowej. Za właściwy dla testowania wszystkich hipotez statystycznych uznano poziom istotności $p=0,05$.

Wyniki badań wskazują, że stresujące zdarzenia życiowe zwłaszcza jeśli doprowadziły do wykształcenia symptomów traumy mają tendencję do zwiększania wyzwań w radzeniu sobie z rakiem. Szczególnie narażoną grupę stanowią pacjenci z rakiem jelita grubego i doświadczeniem wcześniejszej utraty zdrowia przed zachorowaniem na nowotwór, którzy w obliczu zmagania się z chorobą nowotworową tworzą niekorzystny obraz choroby, wybierają mniej efektywne strategie radzenia sobie oraz odczuwają na wyższym poziomie reakcje lęku. Trudności te obserwuje się zwłaszcza w sytuacji braku wsparcia relacyjnego.

Otrzymane wyniki pozwoliły na wyciągnięcie służących praktyce klinicznej wniosków, które sugerują konieczność dokonywania rozpoznania i oceny skutków przeszłych zdarzeń życiowych związanych z utratą zdrowia przede wszystkim w grupach szczególnie narażonych oraz potrzebę profesjonalnych oraz świadczonych przez grupy samopomocowe form wsparcia i psychoedukacji dla pacjentów, którzy doświadczyli wcześniejszej utraty zdrowia i traumy na skutek tego zdarzenia.

SUMMARY

The study deals with the impact of previous health-related events on the course of coping with cancer. The structure of the work was determined by the assumption that neoplastic disease is a source of stress associated with disorganization of the functioning so far, and the processes taking place during the struggle with the disease can be understood from the perspective of the transactional concept of psychological stress (Lazarus, Folkman) and the model of critical life events (Flipp). Both approaches, largely compatible with each other, formed the theoretical basis of the research, with the emphasis on determining the role played by antecedents in the course of stress transaction in cancer patients. The current of research in the last dozen or so years in the field of health and disease psychology has focused mainly on the analysis of the determinants and consequences of a stress transaction in terms of types of coping [121, 70]. The category of antecedents (for which the study assumes an earlier encounter with loss of health as a result of a serious illness) as a key point of analyzes has been only mentioned in the literature so far. An additional goal of the study was an attempt to construct a questionnaire to assess the consequences of previous life events related to a serious loss of health, which transfer into the current struggle with suffering from a somatic disease.

The work consists of two parts – the theoretical, introducing the subject and the empirical one. The theoretical part presents the general specificity of cancer and discusses selected examples of the most common malignant neoplasms, i.e. colorectal cancer and breast cancer. The most common models of stress are also described and the processes occurring during coping with the stress of neoplastic disease are characterized. In the empirical part, the following chapters have been distinguished: presentation of research problems, explanation of the purpose and scope of the research, presentation of materials and methods, presentation of the results of analyzes that allowed to answer the research questions posed and the research results which have proved the usefulness of the conducted analyzes. The study also includes references, a summary in Polish and English, a list of tables, figures and annexes which include: a list of applied research tools, descriptions of methodological protocols that were not included in the research results, the consent of the Bioethics Committee and brochures for patients and doctors created on the basis of the research results.

121 people participated in the research. The basic criteria for selecting participants for the study were radical chemotherapy treatment and the diagnosis of breast cancer or colorectal cancer. The participants of the study were asked to complete a prepared set of questionnaires

assessing the experience of loss of health as a result of a serious illness in themselves or their relatives before contracting cancer and the course of coping with the currently experienced cancer.

The relations between the variables were tested using the following statistical procedures: significance difference tests (Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test, chi-square test), simple correlation coefficients (Spearman's rho), linear regression method using the stepwise method. The significance level $p = 0.05$ was considered appropriate for testing all statistical hypotheses.

Research results indicate that stressful life events, especially if they have led to the development of trauma symptoms, tend to increase the challenges in coping with cancer. A particularly vulnerable group are patients with colorectal cancer who experienced a loss of health before contracting cancer, who, when facing the struggle with cancer, create an unfavorable picture of the disease, choose less effective coping strategies and experience higher levels of anxiety reactions. These difficulties are observed especially in the cases where there is lack of relational support.

The obtained results allowed to draw conclusions serving clinical practice, which suggest the need to assess the effects of past life events related to loss of health, especially in vulnerable groups, and the need for professional and self-help forms of support as well as psycho education for patients who experienced earlier loss of health and trauma as a result of these events.

SPIS TABEL

Tabela 1. Komponenty poznawczej reprezentacji choroby wg Leventhala i wsp.

Tabela 2. Oblicza lęku a etap choroby nowotworowej

Tabela 3. Rodzaje reakcji psychicznych w przebiegu choroby nowotworowej

Tabela 4. Wybrane rodzaje zasobów. Charakterystyka i funkcja

Tabela 5. Kryteria włączenia i wyłączenia z badań

Tabela 6. Zmienne i ich operacjonalizacja

Tabela 7. Opis socjodemograficzny badanej grupy

Tabela 8. Opis kliniczny badanej grupy

Tabela 9. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące domeny własnej utraty zdrowia i/lub choroba w rodzinie przed zachorowaniem na nowotwór

Tabela 10. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące reprezentacji własnej choroby w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór.

Tabela 11. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące strategii radzenia sobie w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór

Tabela 12. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące konsekwencji choroby w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór

Tabela 13. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące wsparcia społecznego w grupie osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór

Tabela 14. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące reprezentacji własnej choroby w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie i/lub w rodzinie przed zachorowaniem na nowotwór

Tabela 15. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące strategii radzenia sobie w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór

Tabela 16. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące konsekwencji choroby w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór

Tabela 17. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych i rzetelność metod; zmienne dotyczące wsparcia społecznego w grupie osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie i/lub rodziny przed zachorowaniem na nowotwór

Tabela 18. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór a postrzeganie aktualnej własnej choroby, strategie radzenia sobie, akceptacja oraz stan psychiczny

Tabela 19. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwory w grupie osób chorych na raka piersi a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie, akceptacja i stan psychiczny

Tabela 20. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór w grupie osób chorych na raka jelita grubego a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie, akceptacja i stan psychiczny.

Tabela 21. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór – podsumowanie dotychczasowych analiz

Tabela 22. Typ nowotworu z uwzględnieniem osób bez doświadczenia poważnej choroby u pacjenta lub w jego rodzinie a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą oraz akceptacja i stan psychiczny

Tabela 23. Typ nowotworu z uwzględnieniem posiadania doświadczenia poważnej choroby u pacjenta lub w jego rodzinie a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie oraz akceptacja i stan psychiczny

Tabela 24. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór, typ nowotworu, wsparcie społeczne – wsparcie emocjonalne a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny.

Tabela 25. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór, typ nowotworu, wsparcie społeczne – wsparcie materialne a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

Tabela 26. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór, typ nowotworu, wsparcie społeczne – wsparcie instrumentalne a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

Tabela 27. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór, typ nowotworu, wsparcie społeczne – wsparcie poznawcze a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

Tabela 28. Występowanie "traumy" lub "brak traumy" na skutek doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja i stan psychiczny.

Tabela 29. Występowanie traumy, typu nowotworu i wsparcia społecznego – wsparcie emocjonalne a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

Tabela 30. Występowanie traumy, typu nowotworu i wsparcia społecznego – wsparcie materialne a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

Tabela 31. Występowanie traumy, typu nowotworu i wsparcia społecznego – wsparcie instrumentalne a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

Tabela 32. Występowanie traumy, typu nowotworu i wsparcia społecznego – wsparcie poznawcze a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

Tabela 33. Wiek z uwzględnieniem podziału grupy na obecność lub brak doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

Tabela 34. Płeć z uwzględnieniem podziału grupy na obecność lub brak doświadczenia poważnej choroby a zmaganie się z nowotworem

Tabela 35. Stan cywilny z uwzględnieniem podziału grupy na obecność lub brak doświadczenia poważnej choroby a zmaganie się z nowotworem

Tabela 36. Wykształcenie z uwzględnieniem podziału grupy na obecność lub brak doświadczenia poważnej choroby a zmaganie się z nowotworem

Tabela 37. Sytuacja zawodowa z uwzględnieniem występowania lub braku doświadczenia poważnej choroby u pacjenta lub bliskich a zmaganie się z nowotworem

Tabela 38. Akceptacja i stan psychiczny z uwzględnieniem osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, doświadczenie traumy oraz wsparcie społeczne

Tabela 39. Akceptacja i stan psychiczny z uwzględnieniem osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie lub bliskich a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, doświadczenie traumy oraz wsparcie społeczne

Tabela 40. Podsumowanie modelu dla zmiennej zależnej akceptacja choroby w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Tabela 41. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej akceptacja choroby w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Tabela 42. Podsumowanie modelu dla zmiennej zależnej lęk w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Tabela 43. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej lęk w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Tabela 44. Podsumowanie modelu dla zmiennej zależnej depresja w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Tabela 45. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej depresja w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Tabela 46. Podsumowanie modelu dla zmiennej zależnej agresja w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Tabela 47. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej agresja w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Tabela 48. Podsumowanie modelu dla zmiennej zależnej akceptacja choroby w grupie osób bez doświadczenia wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Tabela 49. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej akceptacja choroby w grupie osób bez doświadczenia wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Tabela 50. Podsumowanie modelu dla zmiennej lęk w grupie osób bez doświadczenia wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Tabela 51. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej lęk w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Tabela 52. Podsumowanie modelu dla zmiennej depresja w grupie osób bez doświadczenia wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Tabela 53. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej depresja w grupie osób doświadczających wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich

Tabela 54. Podsumowanie istotnych statystycznie modeli zmiennych wiążących się z akceptacją choroby i stanem psychicznym z uwzględnieniem typu nowotworu oraz występowania doświadczenia wcześniejszej poważnej choroby u siebie lub bliskich

SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1. Transakcja stresowa i radzenie sobie w procesualnym ujęciu Lazarusa i Folkman

Rysunek 2. Schemat projektu badawczego.

Rysunek 3. Uproszczony schemat zależności pomiędzy zmiennymi.

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Różnice w zakresie stanu psychicznego.

Wykres 2. Istotne statystycznie różnice w zakresie postrzegania własnej choroby.

ZAŁĄCZNIK 1

Zgody Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu



UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

KOMISJA BIOETYCZNA PRZY UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

Collegium Maius
ul. Fredry 10
61-701 Poznań

tel. (+48 61) 854 62 51, 854 60 60
fax. (+48 61) 854 61 07
www.bioetyka.ump.edu.pl

Uchwała nr 744/16

Na podstawie przepisów Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2011, Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz. U. Nr 47, poz. 480); Ustawy z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2008 Nr 45, poz. 271 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 kwietnia 2004r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. 2004 Nr 101, poz. 1034 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2005r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. Nr 101, poz. 845); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004r. w sprawie sposobu prowadzenia badań klinicznych z udziałem małoletnich (Dz. U. 2004 Nr 104, poz. 1108); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. w sprawie zgłaszania niespodziewanego ciężkiego niepożądanego działania produktu leczniczego (Dz. U. Nr 104, poz. 1107); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2010r. w sprawie warunków wniosków przedkładanych w związku z badaniem klinicznym, wysokości opłat za złożenie wniosków oraz sprawozdania końcowego z wykonania badania klinicznego (Dz. U. 2010r. Nr 222, poz. 1453, z późn. zm.); Ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2010r. Nr 107, poz. 679, z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 6 października 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sponsora i badacza klinicznego w związku z prowadzeniem badania klinicznego (Dz. U. 2010r. Nr 194, poz. 1290); Ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz. U. 2011 Nr 82, poz. 451); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012r. w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej (Dz. U. 2012, poz. 489); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012r. w sprawie wzorów dokumentów przedkładanych w związku z badaniem klinicznym produktu leczniczego oraz w sprawie wysokości i sposobu niszczania opłat za złożenie wniosku o rozpoczęcie badania klinicznego (Dz. U. 2012, Nr 0, poz. 491); w oparciu o Deklarację Helsińską - Zasady Etycznego Postępowania w Eksperymentach Medycznych z Udziałem Ludzi oraz przepisy ICH GCP.

Komisja Bioetyczna, na posiedzeniu w dniu

16 czerwca 2016 r.

rozpatrzyła wniosek dotyczący prowadzenia badań naukowych.

Kierownik projektu:

dr hab. Maria Litwiniuk

Miejsce prowadzenia badań:

Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Główny badacz:

mgr Marta Zagolda

Temat badań:

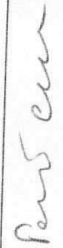
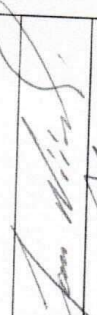
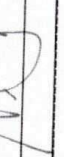
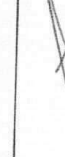
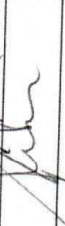
„Zmaganie się z chorobą nowotworową, a wcześniejsze doświadczenia życiowe związane z chorowaniem”.

Komisja wydała uchwałę o pozytywnym zaopiniowaniu tego wniosku

Przewodniczący Komisji

[Podpis]
prof. dr hab. med. Paweł Chęciński

Podpisy członków Komisji Bioetycznej podejmujących Uchwałę nr 764/16 z dnia 16.06.2016r.

Lp.	Imię i Nazwisko	Specjalność	Miejsce Pracy	Podpis
1.	Przewodniczący Komisji prof. dr hab. Paweł Chęciński	chirurgia ogólna, naczyniowa i angiologia	Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej oraz Angiologii UMP, ZOZ MSWiA, ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań.	
2.	Z-ca Przewodniczącego Komisji prof. dr hab. Janusz Wiśniewski	filozof	Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa UAM, ul. Umultowska 89A, 61-614 Poznań.	
3.	prof. dr hab. Zygmunt Adamski	dermatologia i wenerologia	Katedra i Klinika Dermatologii UMP, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań	
4.	dr Krystyna Babiak	prawnik	Kancelaria Radcy Prawnego, dr Krystyna Babiak, ul. Czartoria 1/2, 61-102 Poznań.	
5.	prof. dr hab. Maciej Krawczyński	genetyka kliniczna, okulistyka	Katedra i Zakład Genetyki Medycznej UMP, ul. Rokietnicka 8, 60-806 Poznań.	
6.	mgr Jolanta Lojko-Kołodziejczak	pielęgniarka	Pielęgniarska Oddziałowa Izby Przyjęć Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera UMP, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.	
7.	mgr Krystyna Malinger	farmaceuta	Apteka Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego UMP, ul. Polna 33, 60-535 Poznań.	
8.	prof. dr hab. Andrzej Marszałek	patomorfologia	Katedra i Zakład Patologii i Profilaktyki Nowotworów UMP, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań.	
9.	prof. dr hab. Maciej Owecki	choroby wewnętrzne, endokrynologia	Klinika Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych UMP, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań.	
10.	prof. dr hab. Wojciech Służewski	pediatria, neurologia dziecięca, choroby zakaźne	Klinika Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej UMP, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.	
11.	prof. dr hab. Robert Spaczynski	ginekologia i położnictwo	Klinika Niepłodności i Endokrynologii Rozrodu UMP, ul. Polna 33, 60-535 Poznań.	
12.	dr med. Piotr Tomczak	onkologia kliniczna, radioterapia	Klinika Onkologii UMP, ul. Szamarzewskiego 82/84, 60-569 Poznań.	
13.	prof. dr hab. Joanna Twarowska-Hauser	psychiatria	Klinika Psychiatrii Dorosłych, Zakład Genetyki w Psychiatrii UMP, ul. Rokietnicka 8, 60-806 Poznań.	
14.	ks. prof. dr hab. Jerzy Troska	teologia, etyka	Wydział Teologiczny UAM, ul. Wieżowa 2/4, 61-111 Poznań.	
15.	prof. dr hab. Henryk Wysocki	choroby wewnętrzne, kardiologia	Wyższa Szkoła Pedagogiki i Administracji im. Mieszka I w Poznaniu, ul. Bułgarska 55, 60-320 Poznań.	



UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

KOMISJA BIOETYCZNA PRZY UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

Collegium Stomatologicum
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań

tel. (+48 61) 854 73 36
www.bioetyka.ump.edu.pl

Uchwała nr 645/20

Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarzy i lekarzy dentystów (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 617 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz. U. z 1999 r., Nr 47, poz. 480); Ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2211 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. z 2004 Nr 101, poz. 1034 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 18 maja 2005 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. z 2005 r. Nr 101, poz. 845); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobu prowadzenia badań klinicznych z udziałem małoletnich (Dz. U. z 2004 r. Nr 104, poz. 1108); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie zgłaszania niepodzielnego ciężkiego niepożądanego działania produktu leczniczego (Dz. U. z 2004 r. Nr 104, poz. 1107); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016 r. w sprawie wzorów wniosków związanych z badaniem klinicznym wyrobu medycznego lub aktywnego wyrobu medycznego do implantacji oraz wysokości opłat za złożenie tych wniosków (Dz. U. z 2016 r., poz. 308); Ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 211, z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 6 października 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sponsora i badacza klinicznego w związku z prowadzeniem badania klinicznego wyrobów (Dz. U. z 2010 r. Nr 194, poz. 1290); Ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1718 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012 r. w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej (Dz. U. z 2012 r., poz. 489); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie wzorów dokumentów przedkładanych w związku z badaniem klinicznym produktu leczniczego oraz opłat za złożenie wniosku o rozpoczęcie badania klinicznego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1994); w oparciu o Deklarację Helsińską - Zasady Etycznego Postępowania w Eksperymentach Medycznych z Udziałem Ludzi oraz przepisy ICH GCP.

Komisja Bioetyczna, na posiedzeniu w dniu 09 września 2020 r.

rozpatrzyła wniosek dotyczący prowadzenia badań naukowych.

Kierownik projektu:

dr hab. Maria Litwiniuk prof. UMP

Miejsce prowadzenia badań:

Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Główny badacz: mgr Marta Zagolda

Temat badań:

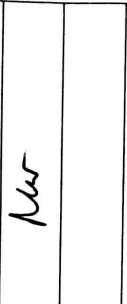
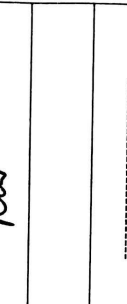
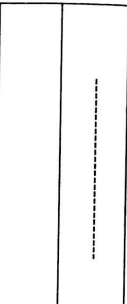
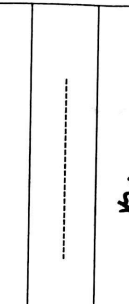
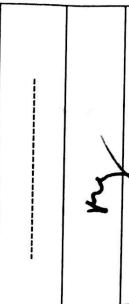
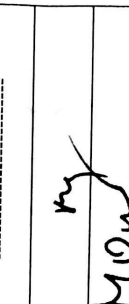
„Zmaganie się z chorobą nowotworową, a wcześniejsze doświadczenia życiowe związane z chorowaniem”.

Komisja podjęła Uchwałę o pozytywnym zaopiniowaniu poprawek wprowadzonych do protokołu powyższego badania, polegających na rozszerzeniu grupy badanej, wydłużeniu okresu trwania badań do grudnia 2021r. oraz na zaktualizowaniu narzędzi badawczych, zgodnie z Aneks nr 1 z dnia 09.09.2020r. do Uchwały Komisji Bioetycznej nr 744/16 z dnia 16.06.2016r.

Przewodniczący Komisji

prof. zw. dr hab. med. Paweł Chęciński

Podpisy członków Komisji Bioetycznej podejmujących Uchwałę nr 645/20 z dnia 09.09.2020r.

Lp.	Imię i Nazwisko	Specjalność	Miejsce Pracy	Podpis
	Przewodniczący Komisji			
1.	prof. dr hab. Paweł Chęciński	chirurgia ogólna, naczyniowa i angiologia	Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej oraz Angiologii UMP, ZOZ MSWiA, ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań.	
2.	Z-ca Przewodniczącego Komisji prof. dr hab. Janusz Wiśniewski	filozof	Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa UAM, ul. Umultowska 89A, 61-614 Poznań.	
3.	prof. dr hab. Zygmunt Adamski	dermatologia i wenerologia	Katedra i Klinika Dermatologii UMP, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań	
4.	dr Krystyna Babiak	prawnik	Kancelaria Radcy Prawnego, dr Krystyna Babiak, ul. Czartoria 1/2, 61-102 Poznań.	
5.	ks. prof. UAM dr hab. Andrzej Bohdanowicz	teologia	Wydział Teologiczny Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu, ul. Wieżowa 2/4, Poznań	
6.	prof. dr hab. Maciej Krawczyński	genetyka kliniczna, okulistyka	Katedra i Zakład Genetyki Medycznej UMP, ul. Rokietnicka 8, 60-806 Poznań.	
7.	mgr Jolanta Łojko-Kołodziejczak	pielęgniarka	Pielęgniarka Oddziałowa Izby Przyjęć Pediatrii Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera UMP, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.	
8.	mgr Krystyna Malingier	farmaceuta	Apteka Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego UMP, ul. Polna 33, 60-535 Poznań.	
9.	prof. dr hab. Andrzej Marszałek	patomorfologia	Katedra i Zakład Patologii i Profilaktyki Nowotworów UMP, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań.	
10.	prof. dr hab. Maciej Owecki	choroby wewnętrzne, endokrynologia	Katedra Medycyny Społecznej UMP, ul. Rokietnicka 4, 60-806 Poznań.	
11.	prof. dr hab. Wojciech Służewski	pediatria, neurologia dziecięca, choroby zakaźne	Klinika Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej UMP, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.	
12.	prof. dr hab. Robert Spaczyński	ginekologia i położnictwo	Klinika Niepłodności i Endokrynologii Rozrodu UMP, ul. Polna 33, 60-535 Poznań.	
13.	dr med. Piotr Tomczak	onkologia kliniczna, radioterapia	Klinika Onkologii UMP, ul. Szamarzewskiego 82/84, 60-569 Poznań.	
14.	prof. dr hab. Joanna Twarowska-Hauser	psychiatria	Klinika Psychiatrii Dorosłych, Zakład Genetyki w Psychiatrii UMP, ul. Rokietnicka 8, 60-806 Poznań.	
15.	prof. dr hab. Henryk Wysocki	choroby wewnętrzne, kardiologia	Wyższa Szkoła Pedagogiki i Administracji im. Mieszka I w Poznaniu, ul. Bułgarska 55, 60-320 Poznań.	

ZAŁĄCZNIK 2

Wykaz stosowanych kwestionariuszy

Narzędzia do pomiaru oceny zdarzeń związanych z utratą zdrowia, poprzedzających aktualną chorobę nowotworową:

1. Skala Wpływu Zdarzeń IES-R (Ogińska-Bulik)
2. Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju PTGI (Ogińska-Bulik)
3. Inwentarz Umiejętności Korzystania z Doświadczeń Choroby - skrót IUKDCh (oprac. własne).

Narzędzia do pomiaru przebiegu radzenia sobie z aktualnie doświadczaną chorobą nowotworową:

1. Kwestionariusz Postrzegania Własnej Choroby IPQ-R (Wojtyna)
2. Kwestionariusz Radzenia Sobie z Chorobą Mini-MAC (Juczyński)
3. Kwestionariusz Stanu Psychicznego HADS (de Walden-Gałuszko)
4. Kwestionariusz Akceptacji Choroby AIS (Juczyński)
5. Skala Wsparcia Społecznego ISSB (Sęk)

ZAŁĄCZNIK 3A

Protokoły metodologiczne, które nie zostały ujęte w omówieniu wyników badań

Protokół metodologiczny dotyczący wpływu różnego rodzaju wsparcia społecznego na różnice w postrzeganiu własnej choroby, strategii radzenia sobie z chorobą, adaptacji do choroby oraz stanie psychicznym w zależności od występowania poważnej choroby u siebie lub u bliskich przed zachorowaniem na nowotwór oraz typu nowotworu.

WSPARCIE EMOCJONALNE

Tabela 1. Średnie rangi występowania doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór, typ nowotworu, **wsparcie emocjonalne** a postrzeganie własnej choroby, strategię radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4	Grupa 5	Grupa 6	Grupa 7	Grupa 8
<i>Średnia ranga</i>								
Postrzeganie własnej choroby:								
Czas trwania choroby	46,43	62,88	74,62	78,19	52,88	60	70,75	61,60
Konsekwencje choroby	48,86	70,62	69,25	70,19	52,68	66,62	70,50	57,02
Częstość występowania objawów	65,93	56,25	87,69	60,12	53,29	60,66	61,57	62,93
Samokontrola	57,07	54,62	69,50	55	65,68	57,40	56,36	62,38
Kontrola leczenia	76,43	32,50	81,50	35,62	73,59	52,46	53,39	58
Poczucie koherencji	57,14	45,50	51,25	65,19	77,04	68,80	34,43	49,81
Reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę	69,36	43	53,56	66,62	63,90	67,64	66,07	50,36
Liczba objawów występujących od zachorowania	39,29	38,50	66,56	60,06	63,16	61,24	73,07	58,93
Liczba objawów związanych chorobą	41,21	35,12	65,69	56,75	65,18	59,34	74,39	58,64
Przyczyny choroby:								
Wyjaśnienie psychologiczne	39,07	70	57,31	68,56	52,99	75,46	73,36	52,64
Działanie czynników ryzyka	38	77,75	74,75	51,69	53,76	54,94	77,68	71,60
Funkcjonowanie układu odp.	66,14	53	85,75	57,94	53,09	68,66	53,89	60,98
Wypadek/przypadek	40,93	85,12	51,06	75,19	56,21	56,42	79,11	62,62
Strategie radzenia sobie:								
Zaabsorbowanie lękowe	67,50	80,50	64,25	70,75	49,88	64,88	69,82	57,67
Duch walki	85,07	32,38	80,69	60,56	58,38	52,84	60,32	65,50
Beznadziejność-bezradność	40,07	83,62	66,38	80,06	49,63	66,06	63,18	65,29
Pozytywne przewartościowanie	67,07	39	85,62	67,50	58,54	51,76	65,96	62,98
Akceptacja choroby	80,21	61,75	55,31	33,31	59,13	67,80	58	64,10
Stan psychiczny:								
Lęk	56,71	49,62	67,31	50,81	58,28	64,92	68,14	61,05
Depresja	51,43	58	64,94	65,69	54,79	64,12	56,75	70,64
Rozdrażnienie/agresja	40,64	73,25	48,56	42,94	68,12	68,02	65,04	54,50

Legenda: grupa 1: brak dośw, rak piersi, niskie wsparcie emo; grupa 2: brak dośw, rak piersi, wysokie wsparcie emo; grupa 3: brak dośw, rak jelita, niskie wsparcie emo; grupa 4: brak dośw, rak jelita, wysokie wsparcie emo; grupa 5: dośw, rak piersi, niskie wsparcie emo; grupa 6: dośw, rak piersi, wysokie wsparcie emo; grupa 7: dośw, rak jelita, niskie wsparcie emo; grupa 8: dośw, rak jelita, wysokie wsparcie emo.

Tabela 2. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór, typ nowotworu, wsparcie społeczne – **wsparcie emocjonalne** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 7)	p	ε^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby		7,33	0,40	-
Konsekwencje choroby		6,05	0,53	-
Częstość występowania objawów		6,69	0,46	-
Samokontrola		2,09	0,96	-
<u>Kontrola leczenia</u>	IV<V	17,74	0,01*	0,31
<u>Poczucie koherencji</u>	VII<V; VII<VI; VIII<V	20,27	0,01*	0,39
Reprezentacja emocjonalna		5,12	0,65	-
Liczba obj. występ. od zachorow.		6,46	0,49	-
Liczba obj. zw. z chorobą		7,41	0,39	-
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne		12,49	0,09	-
Działanie czynników ryzyka		13,09	0,07	-
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe		6,99	0,43	-
Duch walki		10,49	0,16	-
Beznadziejność-bezradność		11,28	0,13	-
Pozytywne przewartościowanie		8,34	0,30	-
Akceptacja choroby		8,63	0,28	-
Stan psychiczny:				
Lęk		2,58	0,92	-
Depresja		3,89	0,79	-
Rozdrażnienie/agresja		9,81	0,20	-

* $p < 0,05$

WSPARCIE MATERIALNE

Tabela 3. Średnie rangi występowania doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór, typ nowotworu, **wsparcie materialne** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4	Grupa 5	Grupa 6	Grupa 7	Grupa 8
Średnia ranga								
Postrzeganie własnej choroby:								
Czas trwania choroby	44,38	73,83	74,78	78,50	52,94	58,39	70,61	59,59
Konsekwencje choroby	49,62	75,83	65,72	74,86	59,19	58,08	73,44	50,74
Częstość występowania objawów	60	68,83	85,72	58,71	59,28	54	67,78	56,68
Samokontrola	64,12	35	62,83	61,50	67,46	57,70	56,47	63,68
Kontrola leczenia	68,31	39,50	71	42,57	69,67	60,39	47,89	64,91
Poczucie koherencji	60,44	32,83	44	76,50	80,11	68,02	31,89	56,12
Reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę	51,62	81,50	54,22	67,64	57,41	72,30	58,86	49,35
Liczba objawów występujących od zachorowania	43,38	27,33	68,61	56,50	71,98	54,22	74,61	53,97
Liczba objawów związanych chorobą	46,50	19	64,67	56,79	74,83	52,47	75	54,29
Przyczyny choroby:								
Wyjaśnienie psychologiczne	41,81	73	64,50	60,93	64,94	60,45	74,47	46,59
Działanie czynników ryzyka	51,75	54,33	75,28	47,71	50,67	57,30	83,81	63,68
Funkcjonowanie układu odp.	56,56	74,17	74,28	68,71	60,07	59,36	59,14	57,09
Wypadek/przypadek	58,88	52	49,56	80,57	52,78	59,27	82,53	55,12
Strategie radzenia sobie:								
Zaabsorbowanie lękowe	62,62	97,83	62	74,57	50,07	61,44	75,39	48,91
Duch walki	78,06	33,50	76,28	63,36	58,43	54,02	57,56	69,65
Beznadziejność-bezradność	50,44	70,50	69,44	78,07	57,78	55,59	70,97	57,53
Pozytywne przewartościowanie	64,50	36,50	88,72	60,93	54,31	56,81	64,61	63,71
Akceptacja choroby	71,38	79,17	53,44	32,57	56,04	68,52	53,61	70,18
Stan psychiczny:								
Lęk	50,44	64	64,22	52,43	61,28	60,94	74,67	52,47
Depresja	54,75	51,33	74	54,14	54,31	62,48	63,31	66,97
Rozdrażnienie/agresja	49,06	61,67	49,56	40,86	62,43	72,84	63,08	54,09

Legenda: grupa 1: brak dośw, rak piersi, niskie wsparcie mat.; grupa 2: brak dośw, rak piersi, wysokie wsparcie mat.; grupa 3: brak dośw, rak jelita, niskie wsparcie mat.; grupa 4: brak dośw, rak jelita, wysokie wsparcie mat.; grupa 5: dośw, rak piersi, niskie wsparcie mat.; grupa 6: dośw, rak piersi, wysokie wsparcie mat.; grupa 7: dośw, rak jelita, niskie wsparcie mat.; grupa 8: dośw, rak jelita, wysokie wsparcie mat.;

Tabela 4. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór, typ nowotworu, wsparcie społeczne - **wsparcie materialne** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 7)	p	ε^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby		8,37	0,30	-
Konsekwencje choroby		6,72	0,46	-
Częstość występowania objawów		6,69	0,46	-
Samokontrola		3,37	0,85	-
Kontrola leczenia		8,60	0,28	-
<u>Poczucie koherencji</u>	VII<V; VII<VI	27,65	<0,001*	0,42
Reprezentacja emocjonalna		7,78	0,35	-
Liczba obj. występ. od zachorow.		6,46	0,49	-
Liczba obj. zw. z chorobą		7,41	0,39	-
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne		8,76	0,27	-
Działanie czynników ryzyka		13,67	0,06	-
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe		12,12	0,10	-
Duch walki		8,19	0,32	-
Beznadziejność-bezradność		5,79	0,56	-
Pozytywne przewartościowanie		8,99	0,25	-
Akceptacja choroby		10,52	0,16	-
Stan psychiczny:				
Lęk		5,02	0,66	-
Depresja		3,64	0,82	-
Rozdrażnienie/agresja		9,10	0,25	-

* $p < 0,05$

WSPARCIE INSTRUMENTALNE

Tabela 5. Średnie rangi występowania doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór, typ nowotworu, **wsparcie instrumentalne** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4	Grupa 5	Grupa 6	Grupa 7	Grupa 8
<i>Średnia ranga</i>								
Postrzeganie własnej choroby:								
Czas trwania choroby	47,42	59	75,95	75,08	50,83	58,92	64,92	64,38
Konsekwencje choroby	42,33	66,50	60,55	84,17	57,13	59,53	67,11	56,53
Częstość występowania objawów	59,67	63,62	85,30	53,42	53,46	58,05	62,29	61,56
Samokontrola	54,83	45,50	60,50	65	64,85	59,79	58,32	61,69
Kontrola leczenia	64,33	47,75	60,05	55,42	69,79	59,95	51,50	61,16
Poczucie koherencji	50,08	47,38	52,65	67	74,96	71,77	34,66	54,09
Reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę	63,25	60,88	57,35	62,58	56,69	70,97	56,13	50,34
Liczba objawów występujących od zachorowania	50,08	26,50	58,80	68,33	63,38	59,97	70,66	55,38
Liczba objawów związanych chorobą	52,75	21,88	54,30	70,33	62,50	61,33	70,21	56,75
Przyczyny choroby:								
Wyjaśnienie psychologiczne	41,50	57	57,20	71,42	67,02	58,23	68,76	50,75
Działanie czynników ryzyka	36,50	60,62	70,50	50,83	52,44	55,64	75,55	72,09
Funkcjonowanie układu odp.	45,92	77,12	72,10	70,42	52,17	65,12	57,45	58,47
Wypadek/przypadek	54,83	63,62	58,65	68,50	58,38	53,53	75,03	60,56
Strategie radzenia sobie:								
Zaabsorbowanie lękowe	60,58	98,50	63,45	72,08	52,67	57,73	67,13	55,34
Duch walki	76,25	39,62	73,10	66,25	53,31	58,02	61	66
Beznadziejność-bezradność	42,83	75,50	69,60	77,42	56,85	55,42	70,03	56,44
Pozytywne przewartościowanie	54,25	48,50	86,95	58,83	53,29	57,35	63,61	64,47
Akceptacja choroby	72,75	66	53,70	28,50	60,29	64,52	57,61	66,28
Stan psychiczny:								
Lęk	51,42	57,38	59,85	56,33	65,17	56,86	73,03	51,69
Depresja	57,92	57	66,60	60,50	59,02	56,86	65,79	62,16
Rozdrażnienie/agresja	43,42	72,50	43,75	47,08	64,81	69,03	66,97	47,12

Legenda: grupa 1: brak dośw, rak piersi, niskie wsparcie ins.; grupa 2: brak dośw, rak piersi, wysokie wsparcie ins.; grupa 3: brak dośw, rak jelita, niskie wsparcie ins.; grupa 4: brak dośw, rak jelita, wysokie wsparcie ins.; grupa 5: dośw, rak piersi, niskie wsparcie ins.; grupa 6: dośw, rak piersi, wysokie wsparcie ins.; grupa 7: dośw, rak jelita, niskie wsparcie ins.; grupa 8: dośw, rak jelita, wysokie wsparcie ins.;

Tabela 6. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór, typ nowotworu, wsparcie społeczne - **wsparcie instrumentalne** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 7)	p	ϵ^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby		6,51	0,48	-
Konsekwencje choroby		5,75	0,57	-
Częstość występowania objawów		6,69	0,46	-
Samokontrola		1,53	0,98	-
Kontrola leczenia		3,91	0,79	-
<u>Poczucie koherencji</u>	VII<V; VII<VI	20,97	0,01*	0,39
Reprezentacja emocjonalna		5,14	0,64	-
Liczba obj. występ. od zachorow.		6,46	0,49	-
Liczba obj. zw. z chorobą		7,41	0,39	-
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne		5,93	0,55	-
Działanie czynników ryzyka		11,61	0,11	-
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe		8,12	0,32	-
Duch walki		5,89	0,55	-
Beznadziejność-bezradność		7,10	0,42	-
Pozytywne przewartościowanie		8,30	0,31	-
Akceptacja choroby		7,34	0,39	-
Stan psychiczny:				
Lęk		4,89	0,67	-
Depresja		1,28	0,99	-
Rozdrażnienie/agresja		11,16	0,13	-

* $p < 0,05$

WSPARCIE POZNAWCZE

Tabela 7. Średnie rangi występowania doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór, typ nowotworu, **wsparcie poznawcze** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4	Grupa 5	Grupa 6	Grupa 7	Grupa 8
<i>Średnia ranga</i>								
Postrzeganie własnej choroby:								
Czas trwania choroby	44,38	73,83	77,55	74,50	44,57	63,14	64,62	65,79
Konsekwencje choroby	49,62	75,83	54,75	94,67	51,98	62,81	66,22	59,21
Częstość występowania objawów	60	68,83	82,10	60,25	47,33	62,22	57,38	66,61
Samokontrola	64,12	35	63,90	59,50	75,76	53,49	58,44	61,26
Kontrola leczenia	68,31	39,50	68,65	41,75	79,04	55,43	55,28	56,89
Poczucie koherencji	60,44	32,83	55,30	63,08	82,54	67,81	37,34	48,97
Reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę	51,62	81,50	54,65	69,17	47,43	77,01	53,91	54,53
Liczba objawów występujących od zachorowania	43,38	27,33	62,05	65,42	62,04	62,54	67,81	61,87
Liczba objawów związanych chorobą	46,50	19	57,55	67,33	62,91	62,57	66,66	63,50
Przyczyny choroby:								
Wyjaśnienie psychologiczne	41,81	73	52,30	80,67	59,80	64,24	63,38	58,87
Działanie czynników ryzyka	51,75	54,33	64,05	61,83	49,54	57,28	77,88	70,79
Funkcjonowanie układu odp.	56,56	74,17	72,55	70,67	50,67	65,44	56,06	59,89
Wypadek/przypadek	58,88	52	54,70	77,17	56,33	56,28	79,03	60,95
Strategie radzenia sobie:								
Zaabsorbowanie lękowe	62,62	97,83	61,50	77,50	45,17	63,31	64,03	61,26
Duch walki	78,06	33,50	77,90	58,50	58,83	54,25	65,34	61,82
Beznadziejność-bezradność	50,44	70,50	69,20	79,92	49,89	60,88	64,44	64,45
Pozytywne przewartościowanie	64,50	36,50	89,30	55,33	60,70	52,46	63,44	64,79
Akceptacja choroby	71,38	79,17	52,65	30,42	63,59	62,31	65,09	58,76
Stan psychiczny:								
Lęk	50,44	64	62,75	52,92	60,22	61,65	73,28	55,97
Depresja	54,75	51,33	64,15	67,25	53,50	62,10	63,19	66,68
Rozdrażnienie/agresja	49,06	61,67	40,85	53,92	62,93	71,36	68,81	50,21

Legenda: grupa 1: brak dośw, rak piersi, niskie wsparcie poz.; grupa 2: brak dośw, rak piersi, wysokie wsparcie poz.; grupa 3: brak dośw, rak jelita, niskie wsparcie poz.; grupa 4: brak dośw, rak jelita, wysokie wsparcie poz.; grupa 5: dośw, rak piersi, niskie wsparcie poz.; grupa 6: dośw, rak piersi, wysokie wsparcie poz.; grupa 7: dośw, rak jelita, niskie wsparcie poz.; grupa 8: dośw, rak jelita, wysokie wsparcie poz.;

Tabela 8. Występowanie doświadczenia poważnej choroby u siebie lub krewnych przed zachorowaniem na nowotwór, typ nowotworu, wsparcie społeczne - **wsparcie poznawcze** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 7)	p	ϵ^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby		11,11	0,13	-
Konsekwencje choroby		9,34	0,23	-
Częstość występowania objawów		6,69	0,46	-
Samokontrola		7,69	0,36	-
Kontrola leczenia		11,53	0,12	-
<u>Poczucie koherencji</u>	VII<V; VIII<V	21,93	0,003*	0,40
<u>Reprezentacja emocjonalna</u>	V<VI	14,60	0,04*	0,11
Liczba obj. występ. od zachorow.		6,46	0,49	-
Liczba obj. zw. z chorobą		7,41	0,39	-
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne		5,76	0,57	-
Działanie czynników ryzyka		8,85	0,26	-
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe		9,67	0,21	-
Duch walki		7,85	0,35	-
Beznadziejność-bezradność		5,94	0,55	-
Pozytywne przewartościowanie		10,76	0,15	-
Akceptacja choroby		7,12	0,42	-
Stan psychiczny:				
Lęk		3,49	0,84	-
Depresja		2,43	0,93	-
Rozdrażnienie/agresja		10,86	0,15	-

* $p<0,05$;

ZAŁĄCZNIK 3B

Protokoły metodologiczne, które nie zostały ujęte w omówieniu wyników badań

Protokół metodologiczny dotyczący wpływu wsparcia społecznego na różnice w postrzeganiu własnej choroby, strategii radzenia sobie z chorobą, akceptacji choroby oraz stanie psychicznym w zależności od występowania traumy i typu nowotworu.

WSPARCIE EMOCJONALNE

Tabela 1. Średnie rangi występowania traumy, typu nowotworu, **wsparcia emocjonalnego** a postrzeganie własnej choroby, strategii radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4	Grupa 5	Grupa 6	Grupa 7	Grupa 8
<i>Średnia ranga</i>								
Postrzeganie własnej choroby:								
Czas trwania choroby	36,77	39,62	52,17	44,95	44,98	51,06	57,88	51,50
Konsekwencje choroby	36,64	42	46,58	37,70	43,05	56,97	62,44	50,95
Częstość występowania objawów	23,18	43,12	31,17	46,75	53,32	50,59	62,25	53,23
Samokontrola	49,32	43,44	55,17	44,20	51,64	43,82	34,12	50,36
Kontrola leczenia	60,73	40,62	59,75	44,85	55,05	39,53	26,50	43,27
Poczucie koherencji	67,95	51	42,42	45,70	53,93	51,47	14,25	29,86
Reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę	36,41	47,69	29,83	38,50	54,93	53,88	58,69	39,18
Liczba objawów występujących od zachorowania	45,05	34	43,08	34,25	49,34	50,21	62,81	51
Liczba objawów związanych chorobą	44,59	28,38	45,50	33,70	51,64	50,62	62,69	49,59
Przyczyny choroby:								
Wyjaśnienie psychologiczne	31,23	48,50	44,75	25,15	43,66	62,35	64,06	53,32
Działanie czynników ryzyka	33,77	36,69	57,83	52,70	43,39	44,74	60,81	57,32
Funkcjonowanie układu odp.	33,64	43,81	34,67	42,25	46,89	59,29	48,69	53,73
Wypadek/przypadek	29,23	34,56	60,50	46,15	49,91	47,74	60,75	50,27
Strategie radzenia sobie:								
Zaabsorbowanie lękowe	26,55	51,06	41	35,70	46,39	52,53	67,94	55,50
Duch walki	40,73	37,00	45,83	57,85	50,50	44,50	48,69	46,95
Beznadziejność-bezradność	20,55	48,06	37,25	35,50	48,05	54,21	58,81	66,64
Pozytywne przewartościowanie	38,27	38,19	56,67	45,35	51,93	42,94	48,25	53,86
Akceptacja choroby	52,05	41,81	55,33	45,80	39,91	55,91	35,50	51,05
Stan psychiczny:								
Lęk	30,50	37,50	33,42	32,65	50,73	54,62	54,62	65,19
Depresja	25,59	45,62	28,50	54,85	49,66	51,44	55,81	53,77
Rozdrażnienie/agresja	42,41	58,81	37,92	38,15	53,02	45,41	55,81	40

Legenda: grupa 1: brak traumy, rak piersi, niskie wsparcie emo; grupa 2: brak traumy, rak piersi, wysokie wsparcie emo; grupa 3: brak traumy, rak jelita, niskie wsparcie emo; grupa 4: brak traumy, rak jelita, wysokie wsparcie emo; grupa 5: trauma, rak piersi, niskie wsparcie emo; grupa 6: trauma, rak piersi, wysokie wsparcie emo; grupa 7: trauma, rak jelita, niskie wsparcie emo; grupa 8: trauma, rak jelita, wysokie wsparcie emo.

Tabela 2. Występowanie traumy, typu nowotworu i wsparcia społecznego – **wsparcie emocjonalne** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 7)	p	ϵ^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby		4,61	0,71	-
Konsekwencje choroby		8,83	0,27	-
<u>Częstość występowania objawów</u>	V<III	15,66	0,03*	0,17
Samokontrola		3,79	0,80	-
Kontrola leczenia		12,89	0,08	-
<u>Poczucie koherencji</u>	III<V; III<I; III<VI; IV<V	25,32	0,001*	0,28
Reprezentacja emocjonalna		10,60	0,16	-
Liczba obj. występ. od zachorow.		6,46	0,49	-
Liczba obj. zw. z chorobą		7,41	0,39	-
Przyczyny choroby:				
<u>Wyjaśnienie psychologiczne</u>	VIII<II	20,13	0,01*	0,22
Działanie czynników ryzyka		9,51	0,22	-
Strategie radzenia sobie:				
<u>Zaabsorbowanie lękowe</u>	V<III	15,27	0,03*	0,16
Duch walki		3,91	0,79	-
<u>Beznadziejność-bezradność</u>	V<IV; V<II	22,01	0,003*	0,24
Pozytywne przewartościowanie		4,71	0,70	-
Akceptacja choroby		6,37	0,50	-
Stan psychiczny:				
<u>Lęk</u>	V<III	16,93	0,02*	0,18
Depresja		12,97	0,07	-
Rozdrażnienie/agresja		6,78	0,45	-

* $p<0,05$

WSPARCIE MATERIALNE

Tabela 3. Średnie rangi występowania traumy, typu nowotworu, **wsparcia materialnego** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4	Grupa 5	Grupa 6	Grupa 7	Grupa 8
<i>Średnia ranga</i>								
Postrzeganie własnej choroby:								
Czas trwania choroby	29,81	41,08	51,50	44,05	47,44	47,42	59,36	48,79
Konsekwencje choroby	33,31	43,75	46,33	37,55	51,75	46,28	62,09	41,86
Częstość występowania objawów	27,75	32,88	31,17	46,55	56,25	48,85	64,95	43,57
Samokontrola	67,62	30,67	54,83	44,10	44,89	51,62	34,55	54,07
Kontrola leczenia	62,81	43	59,17	44,50	49,89	47,12	20,82	55,71
Poczucie koherencji	65,19	54,50	42	45,40	57,33	47,55	14,50	36,29
Reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę	34	45,54	28,67	37,20	48,56	59,35	54,86	35,86
Liczba objawów występujących od zachorowania	51,31	31,12	43,33	34,90	54,08	45,38	61,59	46,64
Liczba objawów związanych chorobą	52,56	26,29	46	34,60	55,78	46,25	60,55	46,43
Przyczyny choroby:								
Wyjaśnienie psychologiczne	32,31	43,67	44,58	25,10	56,58	46,90	61,45	49,21
Działanie czynników ryzyka	25,56	43,08	56,67	51,40	43,56	42,58	69,95	42,50
Funkcjonowanie układu odp.	33,62	39,42	34,75	42,05	53,25	50,98	53,23	49,07
Wypadek/przypadek	17,88	41,08	59,67	45,05	50,39	46,92	66,59	36,50
Strategie radzenia sobie:								
Zaabsorbowanie lękowe	30,25	42,58	40	34,95	45,58	52,20	69,68	43,50
Duch walki	45,56	33,29	46	57,35	45,89	49,25	44,32	52,29
Beznadziejność-bezradność	28,94	36,21	36,83	34,85	52,53	48,18	64,91	59,93
Pozytywne przewartościowanie	32,94	40,17	56,33	45,55	47,44	48,82	45,95	57,57
Akceptacja choroby	42,81	52,83	54,33	44,70	41,64	49,92	31	62,79
Stan psychiczny:								
Lęk	35,19	32,58	32,58	31,85	51,39	52,70	69,86	49,14
Depresja	31,31	37,25	27,50	53,10	46,81	52,60	61,23	45,21
Rozdrażnienie/agresja	41,25	53,75	36,83	36,90	46,36	51,12	53,18	38,71

Legenda: grupa 1: brak traumy, rak piersi, niskie wsparcie mat.; grupa 2: brak traumy, rak piersi, wysokie wsparcie mat.; grupa 3: brak traumy, rak jelita, niskie wsparcie mat.; grupa 4: trauma, rak jelita, wysokie wsparcie mat.; grupa 5: trauma, rak piersi, niskie wsparcie mat.; grupa 6: trauma, rak piersi, wysokie wsparcie mat.; grupa 7: trauma, rak jelita, niskie wsparcie mat.; grupa 8: trauma, rak jelita, wysokie wsparcie mat.

Tabela 4. Występowanie traumy, typu nowotworu i wsparcia społecznego – **wsparcie materialne** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 7)	p	ϵ^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby		6,62	0,47	-
Konsekwencje choroby		7,95	0,34	-
<u>Częstość występowania objawów</u>	III > V	17,16	0,02*	0,19
Samokontrola		13,59	0,06	-
<u>Kontrola leczenia</u>	V > III	16,05	0,03*	0,18
<u>Poczucie koherencji</u>	III<I; III<V; III<VI; III<II	25,17	0,001*	0,28
Reprezentacja emocjonalna		12,66	0,08	-
Liczba obj. występ. od zachorow.		11,31	0,13	-
<u>Liczba obj. zw. z chorobą</u>	VI<III	14,62	0,04*	0,16
Przyczyny choroby:				
<u>Wyjaśnienie psychologiczne</u>	VIII<III	15,04	0,04*	0,17
<u>Działanie czynników ryzyka</u>	V<III	15,74	0,03*	0,17
Strategie radzenia sobie:				
<u>Zaabsorbowanie lękowe</u>	V<III	14,86	0,04*	0,16
Duch walki		5,28	0,63	-
<u>Beznadziejność-bezradność</u>	V<III	16,09	0,02*	0,18
Pozytywne przewartościowanie		4,99	0,66	-
Akceptacja choroby		8,66	0,28	-
Stan psychiczny:				
<u>Lęk</u>	VI<III; VIII<III	19,63	0,006*	0,21
Depresja		12,21	0,09	-
Rozdrażnienie/agresja		5,52	0,60	-

*p<0,05

WSPARCIE INSTRUMENTALNE

Tabela 5. Średnie rangi występowania traumy, typu nowotworu, **wsparcia instrumentalnego** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4	Grupa 5	Grupa 6	Grupa 7	Grupa 8
<i>Średnia ranga</i>								
Postrzeganie własnej choroby:								
Czas trwania choroby	35,11	39,45	47	48,44	42,38	50,43	54,32	53,75
Konsekwencje choroby	35,39	43,64	46,25	36,38	48,31	47,29	57,82	52,06
Częstość występowania objawów	24,22	36,23	37,12	44,44	52,41	52,19	58,32	54,12
Samokontrola	52,56	40,14	56,19	41,12	46,72	47,62	37,14	53,62
Kontrola leczenia	52,61	49,86	57	43,62	52,75	43,90	26,27	49,50
Poczucie koherencji	55,56	62,82	38,94	50,88	57,53	47,69	17,91	31,19
Reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę	28,33	53,32	31,94	38,56	51,38	54,88	52,41	40,19
Liczba objawów występujących od zachorowania	38,39	40,09	39,88	36,88	51,25	46,74	63,86	46,69
Liczba objawów związanych chorobą	35,78	37,41	41,50	36	50,78	50,52	61,09	47,38
Przyczyny choroby:								
Wyjaśnienie psychologiczne	43,78	35,59	38,88	26,06	53,84	48,36	62,68	50,81
Działanie czynników ryzyka	30,22	41,45	56,44	51,19	42,88	42,88	57,91	58,19
Funkcjonowanie układu odp.	25,94	46,95	37,81	41,56	48,75	53,62	51,82	52,12
Wypadek/przypadek	28,44	34,36	54,69	46,44	53,09	45,98	59,05	46,31
Strategie radzenia sobie:								
Zaabsorbowanie lękowe	25,06	48,41	39,31	35,25	50,81	46,26	64,77	53,31
Duch walki	41,94	34,77	54,06	52	42,41	51,76	43,95	52,56
Beznadziejność-bezradność	26,50	39,05	42,25	29,25	54,84	46,31	64	60,50
Pozytywne przewartościowanie	38,83	36,14	58,38	41,12	42,41	51,07	44,86	61,31
Akceptacja choroby	58,11	40,95	54,38	42	36,56	53,64	33,50	56,69
Stan psychiczny:								
Lęk	35,28	33,73	40,56	24,94	55,91	48,40	65,86	53,75
Depresja	31,44	38,55	38,81	48,75	55,06	46,43	58,8	46,12
Rozdrażnienie/agresja	40,94	57,77	42,56	33,50	49,34	47,17	55,55	34,31

Legenda: grupa 1: brak traumy, rak piersi, niskie wsparcie ins.; grupa 2: brak traumy, rak piersi, wysokie wsparcie ins.; grupa 3: brak traumy, rak jelita, niskie wsparcie ins.; grupa 4: brak traumy, rak jelita, wysokie wsparcie ins.; grupa 5: trauma, rak piersi, niskie wsparcie ins.; grupa 6: trauma, rak piersi, wysokie wsparcie ins.; grupa 7: trauma, rak jelita, niskie wsparcie ins.; grupa 8: trauma, rak jelita, wysokie wsparcie ins.

Tabela 6. Występowanie traumy, typu nowotworu i wsparcia społecznego – **wsparcie instrumentalne** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 7)	p	ϵ^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby		4,86	0,67	-
Konsekwencje choroby		5,31	0,62	-
Częstość występowania objawów		13,65	0,06	-
Samokontrola		4,47	0,73	-
Kontrola leczenia		9,55	0,22	-
<u>Poczucie koherencji</u>	III<I; III<V; III<VI	24,18	0,001*	0,27
Reprezentacja emocjonalna		11,62	0,11	-
Liczba obj. występ. od zachorow.		8,24	0,31	-
Liczba obj. zw. z chorobą		8,50	0,29	-
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne		12,91	0,07	-
Działanie czynników ryzyka		9,39	0,23	-
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe		14,04	0,06	-
Duch walki		5,12	0,65	-
<u>Beznadziejność-bezradność</u>	V<III	18,12	0,01*	0,20
Pozytywne przewartościowanie		7,88	0,34	-
Akceptacja choroby				
		10,63	0,16	-
Stan psychiczny:				
<u>Lęk</u>	VI<III	18,31	0,01*	0,20
Depresja		8,58	0,28	-
Rozdrażnienie/agresja		8,07	0,33	-

* $p<0,05$

WSPARCIE POZNAWCZE

Tabela 7. Średnie rangi występowania traumy, typu nowotworu, **wsparcia poznawczego** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4	Grupa 5	Grupa 6	Grupa 7	Grupa 8
<i>Średnia ranga</i>								
Postrzeganie własnej choroby:								
Czas trwania choroby	31,56	41,46	47,38	48,44	37,70	54,65	54,50	54,18
Konsekwencje choroby	31,62	45,71	46,25	36,50	45,97	50,15	59	53,86
Częstość występowania objawów	17,50	39,58	37,25	44,56	49,13	55,70	54,38	58,95
Samokontrola	57,31	37,92	55,88	40,75	58,07	42,89	33,38	50,91
Kontrola leczenia	58,50	46,42	57	43,38	61,73	40,59	26,75	42,68
Poczucie koherencji	61,56	58,42	38,94	50,88	62,57	46,70	18,44	27,18
Reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę	24,56	54,29	32,06	38,81	43,33	60,83	51,56	44,95
Liczba objawów występujących od zachorowania	40,06	37,54	39,09	36,06	49,13	52,11	61,44	52
Liczba objawów związanych chorobą	37,62	36,42	41,62	36,19	51,70	51,11	58	54,14
Przyczyny choroby:								
Wyjaśnienie psychologiczne	38,62	39,62	38,88	25,81	48,57	54,11	57,44	57,86
Działanie czynników ryzyka	30,25	40,29	56,75	51,38	41,47	45,74	61,81	55,64
Funkcjonowanie układu odp.	23,38	46,38	37,75	41,06	48,97	55,74	51	52,05
Wypadek/przypadek	29	34,50	55,56	47	50,73	48,30	65,25	46,41
Strategie radzenia sobie:								
Zaabsorbowanie lękowe	21,62	49,96	39,94	35,62	45	50,41	64,12	58,77
Duch walki	41,88	36,46	54,69	53	50,23	46,15	49,12	48,09
Beznadziejność-bezradność	23,31	40,38	42,56	29,19	48,17	52,37	58,62	66,36
Pozytywne przewartościowanie	39,62	36,33	58,94	41,62	53,73	44,09	42,25	59,59
Akceptacja choroby	57,94	42,92	54,69	42,25	43,07	49,59	42,25	44,77
Stan psychiczny:								
Lęk	31,19	36,38	40,50	24,88	53,30	52,26	69,44	55
Depresja	26,25	42,08	39,44	49,38	49,03	51,43	57,31	51,68
Rozdrażnienie/agresja	39,50	56,58	42,38	33,12	48,37	50,78	58,62	37,23

Legenda: grupa 1: brak traumy, rak piersi, niskie wsparcie poz.; grupa 2: brak traumy, rak piersi, wysokie wsparcie poz.; grupa 3: brak traumy, rak jelita, niskie wsparcie poz.; grupa 4: brak traumy, rak jelita, wysokie wsparcie poz.; grupa 5: trauma, rak piersi, niskie wsparcie poz.; grupa 6: trauma, rak piersi, wysokie wsparcie poz.; grupa 7: trauma, rak jelita, niskie wsparcie poz.; grupa 8: trauma, rak jelita, wysokie wsparcie poz.

Tabela 8. Występowanie traumy, typu nowotworu i wsparcia społecznego – **wsparcie poznawcze** a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 7)	p	ϵ^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby		8,23	0,31	-
Konsekwencje choroby		6,54	0,48	-
<u>Częstość występowania objawów</u>	V<II; V<IV	17,05	0,02*	0,19
Samokontrola		9,23	0,24	-
Kontrola leczenia		13,37	0,06	-
<u>Poczucie koherencji</u>	III<I; IV<I; III<VI;	25,41	0,001*	0,28
<u>Reprezentacja emocjonalna</u>	III<V; V<II	16,28	0,02*	0,18
Liczba obj. występ. od zachorow.		7,67	0,36	-
Liczba obj. zw. z chorobą		7,56	0,37	-
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne		12,02	0,10	-
Działanie czynników ryzyka		9,37	0,23	-
Strategie radzenia sobie:				
<u>Zaabsorbowanie lękowe</u>	V<III	15,04	0,04*	0,16
Duch walki		3,51	0,83	-
<u>Beznadziejność-bezradność</u>	V<IV	18,86	0,009*	0,21
Pozytywne przewartościowanie		8,28	0,31	-
Akceptacja choroby		3,35	0,85	-
Stan psychiczny:				
<u>Lęk</u>	VIII<III	18,75	0,009*	0,20
Depresja		8,11	0,32	-
Rozdrażnienie/agresja		8,43	0,30	-

* $p<0,05$;

ZAŁĄCZNIK 3C

Protokoły metodologiczne, które nie zostały ujęte w omówieniu wyników badań

Protokół metodologiczny dotyczący wpływu zmiennych socjodemograficznych na różnice w postrzeganiu własnej choroby, strategii radzenia sobie z chorobą, akceptacji choroby oraz stanie psychicznym w zależności od występowania poważnej choroby u siebie lub u bliskich przed zachorowaniem na nowotwór

WIEK

Tabela 1. Wiek z uwzględnieniem podziału na grupy z lub brakiem doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich a postrzeganie własnej choroby, strategii radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Wiek	
	Brak doświadczenia	Z doświadczeniem
Postrzeganie własnej choroby:		
<u>Czas trwania choroby</u>	0,20	0,21*
Konsekwencje choroby	-0,11	0,11
<u>Częstość występowania objawów</u>	0,51*	0,18
Samokontrola	-0,16	-0,18
Kontrola leczenia	-0,05	-0,10
Poczucie koherencji	-0,20	-0,43
Reprezentacja emocjonalnej reakcji na chorobę	-0,07	-0,03
Liczba objawów występujących od zachorowania	-0,13	-0,09
Liczba objawów związanych chorobą	0,03	-0,06
Przyczyny choroby:		
Wyjaśnienie psychologiczne	0,06	0,16
<u>Działanie czynników ryzyka</u>	0,13	0,24*
Strategie radzenia sobie:		
Zaabsorbowanie lękowe	0,002	0,16
Duch walki	-0,03	0,14
<u>Beznadziejność-bezradność</u>	0,26	0,25*
Pozytywne przewartościowanie	0,02	0,20
Akceptacja choroby	0,06	0,09
Stan psychiczny:		
Lęk	0,36	0,11
Depresja	-0,03	0,12
Rozdrażnienie/agresja	-0,30	-0,09

* $p < 0,05$

PLEĆ

Tabela 2. Płeć z uwzględnieniem braku doświadczenia poważnej choroby u pacjenta lub w jego rodzinie a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Brak doświadczenia			
	Średnia ranga			
	Kobiety	Mężczyźni	U	p
Postrzeganie choroby:				
Czas trwania choroby	13,75	14,71	65	0,78
Konsekwencje choroby	14,23	13,36	65,5	0,80
Częstość występow. objawów	13,05	16,71	51	0,31
Samokontrola	13,83	14,50	55,5	0,85
Kontrola leczenia	14,73	11,93	55,5	0,43
Poczucie koherencji	12,78	17,50	45,5	0,18
Reprezentacja emocjonalna	14,23	13,36	65,50	0,81
Liczba obj. od zachorow.	12,70	17,71	44	0,16
Liczba obj. zw. z chorobą	13,13	16,50	52,50	0,34
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne	15,20	10,57	46	0,20
Działanie czynników ryzyka	13,90	14,29	68	0,94
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe	15,20	10,57	47	0,22
Duch walki	13,90	14,29	63,5	0,73
Beznadziejność-bezradność	13,28	16,07	61,5	0,65
Pozytyw. przewartościowanie	13,10	16,57	66,5	0,85
Akceptacja choroby	14,68	12,07	56,5	0,46
Stan psychiczny:				
Lęk	14,10	13,71	68	0,94
Depresja	13,60	15,14	62	0,69
Rozdrażnienie/agresja	13,20	16,29	54	0,40

* $p < 0,05$

Tabela 3. Płeć z uwzględnieniem doświadczenia poważnej choroby u pacjenta lub w jego rodzinie a postrzeganie własnej choroby, strategię radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Z doświadczeniem			
	Średnia ranga			
	Kobiety	Mężczyźni	U	p
Postrzeganie choroby:				
<u>Czas trwania choroby</u>	44,76	59,06	476	0,04*
Konsekwencje choroby	48,47	43,39	610	0,48
Częstość występ. objawów	48,30	44,11	623	0,56
Samokontrola	46,46	51,89	605	0,45
Kontrola leczenia	47,80	46,25	661,5	0,83
Poczucie koherencji	49,21	40,28	554	0,21
Reprezentacja emocjonalna	48,49	43,31	608,5	0,47
Liczba obj. od zachorowania	48,15	44,75	634,5	0,63
Liczba obj. zw. z chorobą	47,34	48,17	672	0,91
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne	48,53	43,14	605,5	0,45
<u>Działanie czynników ryzyka</u>	44,06	62,03	422,5	0,01*
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe	47,19	48,81	660,5	0,82
Duch walki	47,15	48,97	657,5	0,80
Beznadziejność-bezradność	47,39	47,94	676	0,94
Pozytywne przewartościowanie	48,01	45,36	645,5	0,71
Akceptacja choroby	46,61	51,25	616,5	0,52
Stan psychiczny:				
Lęk	47,64	46,89	673	0,92
Depresja	47,47	47,64	681,5	0,98
Rozdrażnienie/agresja	48,33	44	621	0,53

* $p < 0,05$

STAN CYWILNY

Tabela 4. Stan cywilny z uwzględnieniem osób z **brakiem doświadczenia** poważnej choroby u siebie lub bliskich a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 3)	p	ε^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby		5,61	0,13	-
Konsekwencje choroby		0,94	0,82	-
Częstość występowania objawów		0,97	0,81	-
Samokontrola		2,86	0,41	-
Kontrola leczenia		1,91	0,59	-
Poczucie koherencji		3,54	0,32	-
Reprezentacja emocjonalna		3,60	0,31	-
Liczba obj. występ. od zachorowania		4,30	0,23	-
Liczba obj. zw. chorobą		2,46	0,48	-
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne		4,61	0,20	-
Działanie czynników ryzyka		6,83	0,08	-
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe		4,16	0,24	-
Duch walki		4,72	0,19	-
Beznadziejność-bezradność		3,92	0,27	-
Pozytywne przewartościowanie		2,48	0,48	-
Akceptacja choroby				
		0,91	0,82	-
Stan psychiczny:				
Lęk		2,72	0,44	-
Depresja		1,78	0,62	-
Rozdrażnienie/agresja		2,24	0,52	-

* $p < 0,05$; Legenda: I – nie jestem w związku; II – jestem w związku małżeńskim; III – jestem w związku nieformalnym

Tabela 5. Stan cywilny z uwzględnieniem osób **z doświadczeniem** poważnej choroby u siebie lub bliskich a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 3)	p	ϵ^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby		1,96	0,58	-
<u>Konsekwencje choroby</u>	III < I	9,24	0,03*	0,36
Częstość występowania objawów		3,67	0,30	-
Samokontrola		5,67	0,13	-
Kontrola leczenia		2,79	0,43	-
Poczucie koherencji		2,54	0,47	-
Reprezentacja emocjonalna		0,08	0,99	-
Liczba obj. występ. od zachorowania		9,55	0,02	-
Liczba obj. zw. z chorobą		5,08	0,17	-
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne		1,77	0,62	-
Działanie czynników ryzyka		1,06	0,79	-
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe		0,29	0,96	-
Duch walki		1,47	0,69	-
Beznadziejność-bezradność		2,99	0,39	-
Pozytywne przewartościowanie		2,50	0,48	-
Akceptacja choroby		0,96	0,81	-
Stan psychiczny:				
Lęk		2,19	0,53	-
Depresja		0,93	0,82	-
Rozdrażnienie/agresja		1,57	0,67	-

* $p < 0,05$; Legenda: I – nie jestem w związku; II – jestem w związku małżeńskim; III – jestem w związku nieformalnym

WYKSZTAŁCENIE

Tabela 6. Wykształcenie z uwzględnieniem osób z brakiem doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 3)	p	ε^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby		7,31	0,12	-
<u>Konsekwencje choroby</u>	IV < VII	9,74	0,04*	0,34
Częstość występowania objawów		1,56	0,82	-
Samokontrola		5,67	0,13	-
Kontrola leczenia		3,62	0,46	-
Poczucie koherencji		0,65	0,96	-
Reprezentacja emocjonalna		2,58	0,63	-
Liczba obj. występ. od zachorowania		6,37	0,17	-
Liczba obj. zw. z chorobą		5,08	0,17	-
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne		5,48	0,24	-
Działanie czynników ryzyka		2,12	0,71	-
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe		1,97	0,74	-
Duch walki		4,51	0,34	-
Beznadziejność-bezradność		2,42	0,66	-
Pozytywne przewartościowanie		3,70	0,45	-
Akceptacja choroby				
		2,94	0,57	-
Stan psychiczny:				
Lęk		2,83	0,59	-
Depresja		2,26	0,69	-
Rozdrażnienie/agresja		1,26	0,87	-

* $p < 0,05$; Legenda: I – podstawowe; II – gimnazjalne; III – zawodowe; IV - średnie; V – policealne/pomaturalne; VI – niepełne wyższe; VII – wyższe;

Tabela 7. Wykształcenie z uwzględnieniem osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie lub bliskich a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 3)	p	ϵ^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby		1,69	0,79	-
Konsekwencje choroby		0,85	0,93	-
<u>Częstość występowania objawów</u>	V < III	9,92	0,04*	0,36
Samokontrola		2,31	0,68	-
Kontrola leczenia		2,68	0,61	-
Poczucie koherencji		5,04	0,28	-
Reprezentacja emocjonalna		2,05	0,73	-
Liczba obj. występ. od zachorowania		2,58	0,63	-
Liczba obj. zw z chorobą		2,51	0,64	-
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne		2,70	0,61	-
Działanie czynników ryzyka		2,21	0,69	-
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe		4,86	0,74	-
Duch walki		8,57	0,34	-
Beznadziejność-bezradność		4,36	0,66	-
<u>Pozytywne przewartościowanie</u>	V < III	12,14	0,02*	0,45
Akceptacja choroby		2,54	0,64	
Stan psychiczny:				
Lęk		2,43	0,66	
Depresja		1,36	0,85	
Rozdrażnienie/agresja		1,36	0,13	

* $p < 0,05$; Legenda: I – podstawowe; II – gimnazjalne; III – zawodowe; IV – średnie; V – policealne/pomaturalne; VI – niepełne wyższe; VII – wyższe;

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Tabela 8. Miejsca zamieszkania z uwzględnieniem osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 4)	p	ϵ^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby		0,52	0,97	-
Konsekwencje choroby		2,59	0,63	-
Częstość występowania objawów		2,94	0,57	-
Samokontrola		2,88	0,58	-
Kontrola leczenia		2,75	0,60	-
Poczucie koherencji		5,66	0,23	-
Reprezentacja emocjonalna		1,37	0,85	-
Liczba obj. występ. od zachorowania		2,24	0,69	-
Liczba obj. zw. z chorobą		1,25	0,87	-
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne		0,88	0,93	-
Działanie czynników ryzyka		1,79	0,78	-
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe		5,61	0,23	-
Duch walki		0,22	0,99	-
Beznadziejność-bezradność		4,13	0,39	-
Pozytywne przewartościowanie		1,44	0,84	-
Akceptacja choroby		4,05	0,40	-
Stan psychiczny:				
Lęk		6,56	0,16	-
Depresja		0,35	0,99	-
Rozdrażnienie/agresja		4,67	0,32	-

* $p < 0,05$ Legenda: I – wieś; II – miasto do 50 tys.; III – miasto od 50 do 200 tys.; IV – miasto od 200 do 500 tys.;

V – miasto ponad 500 tys.;

Tabela 9. Miejsca zamieszkania z uwzględnieniem osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie lub bliskich a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 4)	p	ϵ^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby		2,10	0,72	-
Konsekwencje choroby		0,69	0,95	-
Częstość występowania objawów		6,76	0,15	-
Samokontrola		7,43	0,12	-
Kontrola leczenia		6,94	0,14	-
Poczucie koherencji		4,35	0,36	-
Reprezentacja emocjonalna		1,74	0,78	-
Liczba obj. występ. od zachorowania		3,58	0,47	-
Liczba obj. zw. z chorobą		2,69	0,61	-
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne		1,11	0,89	-
Działanie czynników ryzyka		2,60	0,63	-
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe		1,70	0,79	-
Duch walki		3,70	0,45	-
Beznadziejność-bezradność		3,38	0,50	-
Pozytywne przewartościowanie		6,90	0,14	-
Akceptacja choroby		3,15	0,53	-
Stan psychiczny:				
Lęk		7,46	0,11	-
Depresja		6,75	0,15	-
Rozdrażnienie/agresja		9,26	0,06	-

Legenda: I – wieś; II – miasto do 50 tys.; III – miasto od 50 do 200 tys.; IV – miasto od 200 do 500 tys.; V – miasto ponad 500 tys.; * $p < 0,05$

SYTUACJA ZAWODOWA

Tabela 10. Obecna sytuacja zawodowa z uwzględnieniem osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 5)	p	ε^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby		4,53	0,48	-
Konsekwencje choroby		5,85	0,32	-
Częstość występowania objawów		9,10	0,11	-
Samokontrola		3,39	0,64	-
Kontrola leczenia		5,75	0,33	-
Poczucie koherencji		2,43	0,79	-
Reprezentacja emocjonalna		5,79	0,33	-
Liczba obj. występ. od zachorowania		2,03	0,85	-
Liczba obj zw z chorobą		2,16	0,83	-
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne		4,47	0,48	-
Działanie czynników ryzyka		8,83	0,12	-
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe		2,26	0,81	-
Duch walki		1,89	0,86	-
Beznadziejność-bezradność		8,68	0,12	-
Pozytywne przewartościowanie		3,73	0,59	-
Akceptacja choroby		7,09	0,21	-
Stan psychiczny:				
Lęk		10,60	0,06	-
Depresja		6,75	0,24	-
Rozdrażnienie/agresja		6,38	0,27	-

* $p < 0,05$; Legenda: I – studiuje; II – zatrudnienie na pełny etat; III – inna forma zatrudnienia; IV - renta; V – emerytura; VI nie pracuje;

Tabela 11. Obecna sytuacja zawodowa z uwzględnieniem osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie lub bliskich a postrzeganie własnej choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby oraz stan psychiczny

	Porównanie między grupowe	H Kruskala – Wallisa (df = 6)	p	ϵ^2
Postrzeganie własnej choroby:				
Czas trwania choroby		6,04	0,42	-
Konsekwencje choroby		11,40	0,08	-
Częstość występowania objawów		3,78	0,71	-
Samokontrola		2,11	0,91	-
Kontrola leczenia		2,94	0,82	-
<u>Poczucie koherencji</u>	VI < VII	12,94	0,04*	0,30
Reprezentacja emocjonalna		2,03	0,85	-
Liczba obj. występ. od zachorowania				
Liczba obj. zw. Z chorobą		2,16	0,83	-
Przyczyny choroby:				
Wyjaśnienie psychologiczne		4,47	0,48	-
Działanie czynników ryzyka		8,83	0,12	-
Strategie radzenia sobie:				
Zaabsorbowanie lękowe		9,45	0,15	-
Duch walki		4,97	0,55	-
Beznadziejność-bezradność		10,26	0,11	-
Pozytywne przewartościowanie		5,90	0,44	-
Akceptacja choroby		1,87	0,93	-
Stan psychiczny:				
Lęk		12,10	0,06	-
Depresja		5,10	0,53	-
Rozdrażnienie/agresja		6,60	0,36	-

* $p < 0,05$; Legenda: I – studiuję; II – zatrudnienie na pełny etat; III - zatrudnienie na część etatu; IV – inna forma zatrudnienia; V - renta; VI – emerytura; VII nie pracuje;

ZAŁĄCZNIK 3D

Protokoły metodologiczne, które nie zostały ujęte w omówieniu wyników badań

Protokół metodologiczny dotyczący sprawdzenia jak model badawczy składający się z zmiennych i ich pod skal: postrzeganie choroby, wsparcie społeczne, objawy PTSD, posttraumatyczny wzrost, korzystanie z doświadczeń choroby oraz strategie radzenia sobie z chorobą wiążą się z stanem psychicznym oraz akceptacją choroby w grupie osób bez lub z doświadczeniem poważnej choroby u siebie lub bliskich z uwzględnieniem typu nowotworu.

Grupa osób bez doświadczenia poważnej choroby u siebie lub bliskich i z rakiem piersi lub z rakiem jelita grubego.

Tabela 1. Podsumowanie modelu dla zmiennej **akceptacja choroby** w grupie osób bez doświadczenia wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich z uwzględnieniem typu nowotworu

							Anova	
Model	M	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Std. błąd oszacowania	F	$df_1; df_2$	p	
Rak piersi	1	0,67 ^a	0,45	0,38	0,58	6,61	1;8	0,03
Rak jelita grubego	1	0,57 ^b	0,32	0,27	0,74	6,65	1;14	0,02

c. Predyktory: (stała), działanie czynników ryzyka,

d. Predyktory: (stała), Duch walki

Tabela 2. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej **akceptacja choroby** w grupie osób bez doświadczenia wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich z uwzględnieniem typu nowotworu

			Współczynniki			
			Współczynniki niestandardyzowane		standardyzowane	
Model			N	Std. błąd	Rozkład beta	t
Rak piersi	1	(Stała)	5,34	0,75		7,14
		Działanie czynników ryzyka	-0,83	0,32	-0,67	-2,57
Rak jelita grubego	1	(Stała)	-0,20	1,22		-0,17
		Duch walki	0,95	0,37	0,57	2,58

Ist.

Tabela 3. Podsumowanie modelu dla zmiennej **lęk** w grupie osób bez doświadczenia wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich z uwzględnieniem typu nowotworu

		Anova						
	Model	M	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Std. błąd oszacowania	F	df ₁ ; df ₂	p
Rak piersi	1	0,67 ^a	0,45	0,38	0,37	6,51	1;8	0,03
	2	0,88 ^b	0,77	0,71	0,25	11,82	2;7	0,01
Rak je- lita gru- bego	Brak istotnego statystycznie modelu							

b. Predyktory: (stała), samokontrola,

c. Predyktory: (stała), samokontrola, liczba objawów związanych z chorobą

Tabela 4. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej **lęk** w grupie osób bez doświadczenia wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich z uwzględnieniem typu nowotworu

			Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane		
	Model		N	Std. błąd	Rozkład beta	t	Ist.
Rak piersi	1	(Stała)	2,66	0,69		3,86	<0,001
		Samokontrola	-0,57	0,22	-0,67	-2,55	0,03
	2	(Stała)	3,01	0,49		6,18	<0,001
		Samokontrola	-0,78	0,17	-0,98	-4,65	0,002
		Liczba objawów związanych z chorobą	0,10	0,03	0,62	3,15	0,02

Tabela 5. Podsumowanie modelu dla zmiennej zależnej **depresja** w grupie osób bez doświadczenia wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich z uwzględnieniem typu nowotworu

		Anova						
	Model	M	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Std. błąd oszacowania	F	df ₁ ; df ₂	p
Rak piersi	1	0,70 ^a	0,48	0,42	0,31	7,52	1;8	0,03

- Predyktory: (stała), Częstość objawów

Tabela 6. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej **depresja** w grupie osób bez doświadczenia wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich z uwzględnieniem typu nowotworu

			Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane		
	Model		N	Std. błąd	Rozkład beta	t	Ist.
Rak piersi	1	(Stała)	-0,99	0,57		-1,75	0,12
		Częstość objawów	0,54	0,20	0,70	2,74	0,03

Grupa osób z doświadczeniem poważnej choroby u siebie lub bliskich i z rakiem piersi lub z rakiem jelita grubego.

Tabela 7. Podsumowanie modelu dla zmiennej **akceptacja choroby** w grupie osób z doświadczeniem wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich z uwzględnieniem typu nowotworu

							Anova	
	Model	M	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Std. błąd oszacowania	F	$df_1; df_2$	p
Rak piersi	1	0,36 ^a	0,13	0,12	0,85	8,56	1;57	0,01
	2	0,46 ^b	0,21	0,18	0,82	7,43	2;56	0,001
Rak jelita grubego	1	0,63 ^c	0,40	0,38	0,58	22,04	1;33	<0,001

- Predyktory: (stała), zaabsorbowanie lękowe,
- Predyktory: (stała), zaabsorbowanie lękowe, liczba objawów występujących od zachorowania
- Predyktory: (stała), liczba objawów występujących od zachorowania

Tabela 8. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej **akceptacja choroby** w grupie osób z doświadczeniem wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich z uwzględnieniem typu nowotworu

			Współczynniki				
			Współczynniki niestandardyzowane		standaryzowane		
Model			N	Std. błąd	Rozkład beta	t	Ist.
Rak piersi	1	(Stała)	4,46	0,41		10,84	<0,001
		zaabsorbowanie lękowe	-0,49	0,17	-0,36	-2,93	0,01
	2	(Stała)	4,91	0,44		11,19	<0,001
		zaabsorbowanie lękowe	-0,51	0,16	-0,38	-3,20	0,002
		liczba objawów występujących od zachorowania	-0,07	0,03	-0,28	-2,37	0,02
Rak jelita grubego	1	(Stała)	4,01	0,19		20,92	<0,001
		liczba objawów występujących od zachorowania	-0,14	0,03	-0,63	-4,70	<0,001

Tabela 9. Podsumowanie modelu dla zmiennej **lęk** w grupie osób z doświadczeniem wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich z uwzględnieniem typu nowotworu

		Anova						
	Model	M	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Std. błąd oszacowania	F	<i>df</i> ₁ ; <i>df</i> ₂	<i>p</i>
Rak piersi	1	0,72 ^a	0,52	0,51	0,43	60,68	1;57	<0.001
	2	0,76 ^b	0,57	0,56	0,40	37,55	2;56	<0,001
	3	0,80 ^c	0,63	0,61	0,38	31,57	3;55	<0.001
	4	0,81 ^d	0,66	0,64	0,37	26,49	4;54	<0.001
Rak jeli- ta grube- go	1	0,73 ^c	0,54	0,52	0,49	38,49	1;33	<0,001

- Predyktory: (stała), bezradność,
- Predyktory: (stała), bezradność, liczba objawów występujących od zachorowania,
- Predyktory: (stała), bezradność, liczba objawów występujących od zachorowania, zaabsorbowanie lękowe,
- Predyktory: (stała), bezradność, liczba objawów występujących od zachorowania, zaabsorbowanie lękowe, wsparcie poznawcze
- Predyktory: (stała),zaabsorbowanie lękowe,

Tabela 10. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej **lęk** w grupie osób z doświadczeniem wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich z uwzględnieniem typu nowotworu

			Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane		
Model			N	Std. błąd	Rozkład beta	t	Ist.
Rak piersi	1	(Stała)	-0,39	0,20		-2,00	0,05
		bezradność	0,84	0,11	0,72	7,79	<0,001
	2	(Stała)	-0,60	0,20		-2,99	0,004
		bezradność	0,83	0,10	-0,71	8,15	<0,001
		liczba objawów występujących od zachorowania	0,04	0,02	0,24	2,74	0,008
	3	(Stała)	-0,87	0,21		-4,17	<0,001
		bezradność	0,52	0,14	0,45	3,68	0,001
		liczba objawów występujących od zachorowania	0,05	0,01	2,72	3,30	0,002
		zaabsorbowanie lękowe	0,33	0,11	0,36	2,99	0,04
Rak jeli- ta grube- go	4	(Stała)	-0,52	0,26		-2,02	0,05
		bezradność	0,52	0,14	0,44	3,77	<0,001
		liczba objawów występujących od zachorowania	0,04	0,01	0,25	3,06	0,003
		zaabsorbowanie lękowe	0,36	0,11	0,39	3,33	0,002
		wsparcie poznawcze	-0,11	0,05	-0,18	-2,18	0,03
Rak jeli- ta grube- go	1	(Stała)	-1,03	0,36		-2,89	0,07
		zaabsorbowanie lękowe	0,86	0,14	0,73	6,20	<0,001

Tabela 11. Podsumowanie modelu dla zmiennej **depresja** w grupie osób z doświadczeniem wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich z uwzględnieniem typu nowotworu

							Anova	
Model		M	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Std. błąd oszacowania	F	df ₁ ; df ₂	p
Rak piersi	1	0,78 ^a	0,62	0,61	0,34	91,14	1;57	<0,001
	2	0,80 ^b	0,64	0,63	0,33	50,49	2;56	<0,001
Rak jeli- ta grube- go	1	0,56 ^c	0,31	0,29	0,40	14,77	1;33	0,001
	2	0,67 ^d	0,45	0,42	0,36	13,19	2;32	<0,001

- Predyktory: (stała), bezradność,
- Predyktory: (stała), bezradność, duch walki,
- Predyktory: (stała), bezradność,
- Predyktory: (stała), bezradność, pozytywne przewartościowanie

Tabela 12. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej **depresja** w grupie osób z doświadczeniem wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich z uwzględnieniem typu nowotworu

			Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane		
Model			N	Std. błąd	Rozkład beta	t	Ist.
Rak piersi	1	(Stała)	-0,82	0,16		-5,26	<0,001
		bezradność	0,82	0,09	0,78	9,55	<0,001
	2	(Stała)	-0,10	0,37		-0,28	0,78
		bezradność	0,74	0,09	0,71	8,06	<0,001
		duch walki	-0,19	0,09	-0,18	-2,10	0,04
Rak jelit grube- go	1	(Stała)	-0,24	0,24		-0,98	0,34
		bezradność	0,48	0,13	0,56	3,84	0,001
	2	(Stała)	0,88	0,45		1,96	0,06
		bezradność	0,52	0,11	0,60	4,53	<0,001
		pozytywne przewartościowanie	-0,38	0,13	-0,38	-2,89	0,01

Tabela 13. Podsumowanie modelu dla zmiennej zależnej **agresja** w grupie osób z doświadczeniem wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich z uwzględnieniem typu nowotworu

							Anova	
Model		M	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Std. błąd oszacowania	F	df ₁ ; df ₂	p
Rak piersi	1	0,30 ^a	0,09	0,07	0,76	5,66	1;57	0,02
Rak jelit grube- go	1	0,35 ^b	0,12	0,10	0,84	4,56	1;33	0,04
	2	0,51 ^c	0,26	0,21	0,79	5,51	2;32	0,01
	3	0,60 ^d	0,36	0,29	0,74	5,68	3;31	0,003

a. Predyktory: (stała), doświadczenie własne – poziom ogólny,

b. Predyktory: (stała), poczucie koherencji,

c. Predyktory: (stała), poczucie koherencji, pozytywne przewartościowanie,

d. Predyktory: (stała), bezradność, pozytywne przewartościowanie, czas trwania choroby

Tabela 14. Współczynniki modeli dla zmiennej zależnej **agresja** w grupie osób z doświadczeniem wcześniej poważnej choroby u siebie lub bliskich z uwzględnieniem typu nowotworu

			Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane		Ist.
Model			N	Std. błąd	Rozkład beta	t	
Rak piersi	1	(Stała)	3,75	0,93		4,04	<0,001
		doświadczenie własne – poziom ogólny,	-0,76	0,32	-0,30	-2,38	0,02
Rak jelit grube- go	1	(Stała)	2,77	0,70		3,98	<0,001
		poczucie koherencji	-0,47	0,22	-0,35	-2,14	0,04
	2	(Stała)	5,17	1,19		4,35	<0,001
		poczucie koherencji	-0,55	0,21	-0,41	-2,65	0,01
		pozytywne przewartościowanie	-0,38	0,13	-0,38	-2,41	0,02
	3	(Stała)	6,95	1,39		4,99	<0,001
		poczucie koherencji	-0,68	0,21	-0,51	-3,32	0,002
		pozytywne przewartościowanie	-0,76	0,28	-0,41	-2,76	0,01
		czas trwania choroby	-0,37	0,17	-0,33	-2,18	0,04

ZALĄCZNIK 4

Wzór broszury dla pacjenta i lekarza





**W SYTUACJI NASILANIA SIĘ
PSYCHOLOGICZNYCH TRUDNOŚCI MOŻESZ:**

skierować chorego do skorzystania
ze specjalistycznej pomocy
psychologicznej i/lub psychiatrycznej

wskazać stowarzyszenia
udzielające pomocy pacjentom
z rozpoznaniem raka jelita grubego jak:

EuropaColon
<https://europacolompolska.pl/>

Pol-ilko
<http://www.polilko.pl/>

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych
<https://www.pkpo.p>



INFORMACJA DLA LEKARZA



LEKARZU!

**JEŚLI LECZYSZ CHOREGO
Z ROZPOZNANIEM RAKA JELITA GRUBEGO
I ZAUWAŻASZ U NIEGO:**

brak zrozumienia choroby i leczenia

obniżoną zdolność
aktywnego zmagania się z chorobą

nasilenie trudnych emocji
zwłaszcza niepokoju, przygnębienia

**JEDNOCZEŚNIE W HISTORII JEGO ŻYCIA
PRZED ZACHOROWANIEM NA RAKA
WYSTĘPOWAŁA:**

inna poważna, zagrażająca życiu choroba
na którą chorował chory

inna poważna, zagrażająca życiu choroba
na którą chorował ktoś z jego bliskich
(np. matka, ojciec czy rodzeństwo)

inna poważna, zagrażająca życiu choroba
na którą chorował chory jak i jego bliski

WAŻNE MOŻE OKAZAĆ SIĘ:

informowanie chorego o chorobie
i jej przebiegu

wspólne ustalanie celów przyczyniających
się do odzyskiwania zdrowia

tworzenie przekonania, że w wyniku
swoich działań może uczynić chorobę
bardziej znośną i być bardziej aktywnym
w procesie leczenia

zachęcanie do podejmowania aktywnych
działań w celu rozwiązania problemu

stworzenie warunków do przeżywania
i wyrażania emocji, głównie lęku,
bezsilności, bezradności czy złości

stworzenie przestrzeni do opowiedzenia
historii związanej z wcześniejszą
utrata zdrowia



**W SYTUACJI NASILANIA SIĘ TRUDNOŚCI
MIMO PODEJMOWANYCH STARAŃ MOŻESZ:**

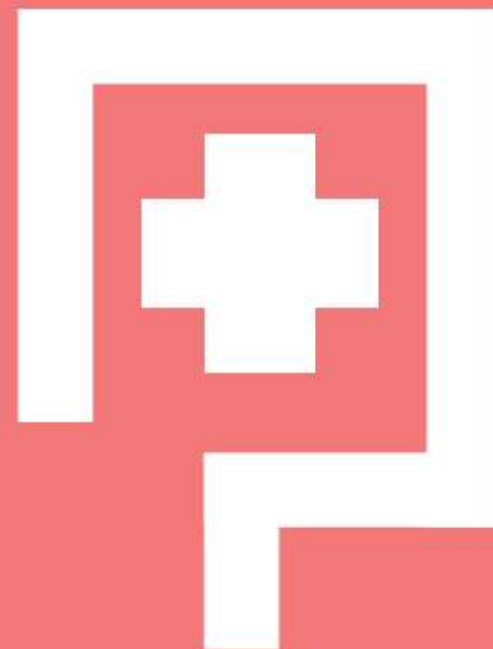
skorzystać z pomocy specjalisty
(psycholog, psychoonkolog,
psychoterapeuta, psychiatra)

skorzystać z pomocy stowarzyszeń
udzielających pomocy pacjentom
z rozpoznaniem raka jelita grubego
takich jak:

EuropaColon
<https://europacolonpolska.pl/>

Pol-ilko
<http://www.polilko.pl/>

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych
<https://www.pkpo.p>



INFORMACJA DLA PACJENTA



PACJENCIE!

JEŚLI CHORUJESZ NA RAKA JELITA GRUBEGO I OBSERWUJESZ U SIEBIE:

brak poczucia zrozumienia swojej choroby

złość, niepokój, smutek na myśl o chorobie

trudności w podejmowaniu działań
umożliwiających radzenie sobie z chorobą

JEDNOCZEŚNIE DOŚWIADCZYŁEŚ W SWOIM ŻYCIU:

innej zagrażającej Twojemu życiu choroby

poważnej choroby na którą cierpiała
bliska Ci osoba (np matka, ojciec
czy rodzeństwo)

WARTO:

opowiedzieć osobom, którym ufasz
o swoich wcześniejszych trudnych
doświadczeniach związanych
z chorowaniem

ustalić co Cię uspokaja

rozpoznać z czyjej strony
możesz liczyć na wsparcie

rozmawiać z personelem medycznym
o chorobie i jej przebiegu

ustalać cele przyczyniające się
do odzyskiwania zdrowia (np. zmiana
diety, stylu życia, stosowanie
zaleceń lekarskich)
