KORZYSTNE I NIEKORZYSTNE EFEKTY PROCESÓW MYŚLOWYCH WYSTĘPUJĄCYCH U PACJENTÓW W TRAKCIE LECZENIA POWAŻNEJ CHOROBY SOMATYCZNEJ

BENEFICIAL AND NEGATIVE EFFECTS OF THINKING PROCESSES IN PATIENTS TREATED FOR SERIOUS SOMATIC ILLNESSES

Maciej Załuski

Zakład Psychologii Zdrowia
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

DOI: http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.27

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy była charakterystyka procesów myślowych pacjentów dotkniętych poważną chorobą oraz ocena poziomu adaptacji do ograniczeń wywołanych dolegliwościami i leczeniem z uwzględnieniem treści procesów myślowych.
Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w grupie 56 pacjentów rehabilitowanych po incydentach neurologicznych (udary krwotoczne i niedokrwienne) oraz 18 pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego (białaczka) – łącznie zbadano 74 osoby. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując wystandaryzowane narzędzia badawcze: Skalę Akceptacji Choroby (AIS), Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI) oraz autorski kwestionariusz Skala Ruminacji (SR).
Wyniki. Wraz z upływem czasu od chwili zachorowania osoby badane częściej myślały na temat: sensu życia i wniosków płynących z choroby, pozytywnych zdarzeń towarzyszących leczeniu, problemów związanych z chorobą, a także starały się odciągać uwagę od wyłącznie negatywnego myślenia. Wyróżniono trzy postaci adaptacji pacjenta do choroby różniące się pod względem stopnia akceptacji choroby, częstości występowania pięciu kategorii myśli, zrozumienia przyczyn choroby oraz pozytywnych zmian osobowych: negatywna (19 osób), pozytywna (17 osób), rozwojowa (19 osób). Pomiędzy poziomem akceptacji choroby a deklaracjami rozwoju osobowego zaobserwowano negatywny związek.
Wnioski. Znajomość treści myślenia uzupełnia obraz pacjenta poważnie chorego i ułatwia zrozumienie jego zachowań.

SŁOWA KLUCZOWE: adaptacja psychologiczna, rozwój osobowy, myślenie, pacjent.

ABSTRACT

Aim. The characteristics of thinking processes in patients with serious illness and evaluation of the adaptation level with the content of thinking processes consideration.
Material and methods. The study included 56 patients rehabilitating after serious neurologic diseases (haemorrhagic and ischemic stroce) and 18 patients during oncological treatment (leukemia) together 74 persons. In the research a diagnostic survey was applied, using the standardized questionnaire: Adaptation of Illness Scale (AIS), Posttraumatic Growth Inventory PTGI (PTGI) and the author's questionnaire Rumination Scale (RS).
Results. During the time elapsed since the fall sick the content of patients' sic thoughts has changed statistically significantly, especially about: the meaning of live, recognizing the benefit in the treatment and blocking negative thoughts and problems pondering. Tree figures of the patients adaptations to illness have been identified with the triple kind of thoughts: negative (19 person), positive (17 person) and growing (19 person). There were negative correlations between adaptation of illness and personal growth.
Conslusion. The familiarity of thoughts complements the picture of a seriously ill patient and facilitates the understanding of his behaviours.

KEYWORDS: psychological adaptation, personality development, thinking, patient.

Wprowadzenie

W procesie adaptacji pacjenta do poważnej choroby somatycznej istotną rolę odgrywają myśli bezpośrednio i pośrednio związane z chorobą. Jak zauważają Simontonowie, prawdziwy problem leży już nie w tym, czy myśli i uczucia pacjenta wpływają na postępy jego leczenia, ale jak najefektywniej nimi kierować, by proces ten wspomóc [1].

Tak zwany paradoks zaabsorbowania sobą opisuje dwojakiego rodzaju efekty skupiania uwagi przez człowieka na własnych myślach i emocjach [2]. Z jednej strony niekończące się próby zrozumienia sytuacji lub przesadne przemyśliwanie własnych zachowań rodzą

i podtrzymują objawy depresyjne i lękowe. Z drugiej strony refleksja nad sobą i sytuacją pomaga zrozumieć zachodzące zdarzenia oraz towarzyszące im emocje. Pacjent, zastanawiając się nad własnymi przekonaniami na temat siebie, życia i innych ludzi, może odnaleźć sądy rodzące stres choroby [3]. Rozpoznając przyczyny rozbieżności występujących pomiędzy dotychczasową wiedzą o sobie, oczekiwaniami od życia i realizowanymi planami a aktualną oceną sytuacji po zachorowaniu, może je usunąć, lepiej adoptując się do wymagań i ograniczeń związanych z leczeniem. Zamierzone zastanawianie się pacjenta nad znaczeniem choroby pozwala mu uzyskać pełny obraz sytuacji, wykraczający poza wyłącznie negatywną wymowę choroby i leczenia. W trakcie terapii może skupiać uwagę na swoim zachowaniu i okolicznościach sytuacji niepowiązanych bezpośrednio ze zmianami w stanie zdrowia, np. na znaczeniu relacji z drugim człowiekiem, roli otwartości w dzieleniu się swoimi trudnościami lub własnej sile i determinacji. Pacjent, przyglądając się swoim zachowaniom i reakcjom, wzbudzać może u siebie pozytywne emocje dające wytchnienie, mobilizujące do dalszego leczenia i podtrzymujące zadaniowe sposoby radzenia sobie z chorobą [3]. Pojawia się okazja do refleksji nad własną wiedzą, a także do rewizji oczekiwań od siebie i życia.

Przystosowanie się pacjenta do choroby oznacza uznanie ograniczeń nią wywołanych, podtrzymanie dotychczasowego poziomu poczucia wartości własnej, zaakceptowanie faktu zależności od innych, ustabilizowanie emocji i myśli na poziomie umożliwiającym przyjęcie aktywnej postawy wobec leczenia. Oznacza również stopniowe wygaszanie natarczywych pytań lub sądów podtrzymujących negatywne emocje. Szczególnie w przypadku choroby wywołującej rozległe zmiany w biegu życia pozytywna adaptacja oznacza włączenie informacji wynikających z choroby w obszar przekonań o sobie, posiadanych priorytetów i celów życiowych. Występowanie u pacjenta myśli, których treścią jest uporczywe kontemplowanie faktu zachorowania pomimo upływu czasu i postępów leczenia, traktować można jako jeden z przejawów negatywnej adaptacji do choroby. Podobnie jak rozpamiętywanie okresu sprzed zachorowania, spostrzeganie utraty zdrowia wyłącznie jako straty nie do odzyskania i nie do zastąpienia, powracanie do negatywnych emocji obecnych w chwili zachorowania, skupianie uwagi bez reszty na negatywnych zmianach w życiu.

Dla niektórych pacjentów choroba staje się niezamierzoną okazją do przemyśleń, nabycia nowych doświadczeń i umiejętności oraz przeprowadzenia zmian w dotychczasowych celach i priorytetach życiowych. Sprzyjają temu myślenie o bieżącej sytuacji życiowej, poszukiwanie zrozumienia przyczyn obecności choroby, a także rozwiązywanie problemów powstałych po zachorowaniu oraz dostrzeganie pozytywnych aspektów w przebiegu leczenia. Wspomniane myśli pojawiają się u pacjenta automatycznie i mimowolnie od chwili zachorowania oraz w sposób zamierzony i celowy przez cały okres leczenia [5].

Wyniki badań wskazują, iż myśli współwystępujące z napięciem psychicznym stymulują pacjenta do podejmowania działań wcześniej bagatelizowanych, rewizji posiadanych wartości i priorytetów życiowych, wzmacniania pozytywnych przekonań o sobie oraz innych ludziach [6]. Stojące u ich podłoża negatywne emocje (głównie strach) i napięcie psychiczne są motorami wspomnianych zmian. Naukowcy uważają, że zarówno treść myśli pacjenta na temat choroby, jak i częstość i długotrwałość występowania rodzą pozytywne i negatywne efekty: rozwój osobowy i zaburzenia adaptacyjne [2, 6].

Cel pracy

Przeprowadzone badanie służyć miało ukazaniu współzależności występujących pomiędzy treściami myślenia pacjenta a postacią adaptacji do choroby. Założono, że myśli pacjentów zmieniają się w trakcie długotrwałego leczenia. Obecne od chwili zachorowania automatyczne myśli o przyczynach choroby i jej objawach są sukcesywnie uzupełniane myślami o aktualnych problemach i negatywnych przekonaniach, a także pozytywnych zdarzeniach dających wytchnienie. W miarę upływu czasu pojawiają się myśli o ważnych poglądach o sobie, życiu i jego celach, zwłaszcza jeśli choroba w istotny sposób narusza bieg życia człowieka. U niektórych pacjentów występują myśli świadczące o uporczywym przeżywaniu utraty zdrowia.

Jak zauważył Moss, większość ludzi znajduje zaledwie znośne wyjście z trudnej sytuacji, podczas gdy niektórym udaje się nie tylko wychodzić bez szwanku, ale jeszcze dojrzewać w obliczu przytłaczających przeciwności [7]. W literaturze wyodrębniono trzy wzorce powiązań pomiędzy zajściem niekorzystnego zdarzenia, obecnością oznak braku zrozumienia sytuacji, odtwarzaniem zrozumienia, rozwojem osobowym i przystosowaniem. Pierwszy zakłada wystąpienie u pacjenta dysonansu pomiędzy oceną sytuacji a posiadaną wiedzą wraz z potrzebą jego usunięcia. W efekcie zredukowania dysonansu pacjent lepiej przystosowuje się do choroby oraz ma możliwość dokonania zmian rozwojowych. Drugi wzorzec opisuje nieudany proces usuwania rozbieżności z oznakami niezrozumienia sytuacji, problemami przystosowawczymi oraz brakiem deklaracji rozwoju. We wzorcu trzecim dysonans nie występuje, brak jest trudności przystosowawczych i deklaracji rozwojowych [8, 9]. Uważa się, że zmiany rozwojowe i poziom akceptacji choroby to zmienne wobec siebie niezależne [10].

Korzystając z powyższych danych, w pracy przyjęto założenie o trzech postaciach adaptacji pacjenta do choroby i leczenia, nazwanych: adaptacja rozwojowa, pozytywna i negatywna. Każdą z nich scharakteryzowano za pomocą czterech zmiennych: poziom akceptacji choroby, częstość myślenia na tematy związane z chorobą, zrozumienie przyczyn choroby, obecność deklaracji rozwoju osobowego. Adaptację rozwojową powiązano z: częstymi myślami pacjenta na temat choroby, pytaniami o jej przyczyny, rozważaniem posiadanych przekonań, oczekiwań i celów życiowych, dostrzeganiem korzystnych sytuacji, obecnością deklaracji rozwoju osobowego i brakiem pełnej akceptacji choroby. Pozytywną adaptację charakteryzują: wyższy poziom akceptacji choroby, mniejsze nasilenie myśli o chorobie, brak deklaracji rozwojowych. Na negatywną adaptację wskazują: brak akceptacji choroby, uporczywe i negatywne myśli o chorobie oraz brak deklaracji rozwojowych.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w roku 2014 w grupie 56 pacjentów rehabilitowanych po incydentach neurologicznych (udary krwotoczne i niedokrwienne) oraz 18 pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego (białaczka). Kryteriami doboru pacjentów do badań były: nagły i niespodziewany początek choroby, istotne naruszenie biegu życia w efekcie zachorowania i rozpoczęcia leczenia oraz niepewność rokowania. Starano się, aby w badaniu uczestniczyły osoby będące w różnym wieku i różnym stażu leczenia. Procedura badawcza uzyskała akceptację Komisji Bioetyki, dyrekcji szpitali oraz każdej z osób w niej uczestniczących.

Do badania myśli pacjentów zastosowano autorski kwestionariusz samoopisowy – Skalę Ruminacji. Narzędzie służy oszacowaniu częstości występowania pięciu kategorii myśli, których funkcją jest tworzenie znaczeń choroby. Przedmiotem poznania są myśli występujące u osoby chorej w pierwszych tygodniach po zachorowaniu oraz później, aż do momentu badania. Pacjent ustosunkowuje się do 19 stwierdzeń, używając 4-punktowej skali typu Likerta (0 – wcale nie; 3 – bardzo często), oceniając pięć kategorii myśli: 1) uporczywe kontemplowanie choroby — pacjent mimo upływu czasu wraca myślami do okresu zdrowia, skupia się na negatywnych zmianach w życiu, przypomina sobie uczucia obecne w chwili zachorowania, uporczywie zadaje pytania o powody choroby; 2) rozważanie sensu życia i wyciąganie wniosków z choroby — pacjent rozważa posiadane przekonania na temat siebie i życia, oczekiwania od życia oraz cele życiowe, a także formułuje konkretne wnioski płynące z choroby; 3) dostrzeganie korzyści — pacjent stara się dostrzegać pozytywne chwile towarzyszące leczeniu, drobne, korzystne sytuacje niezwiązane wyłącznie z postępami leczenia; 4) intruzywne ruminowanie na temat przyczyn choroby — pacjent zaraz po zachorowaniu nieustannie skupia uwagę na chorobie, jej objawach i przyczynach, wspomina sam początek choroby; 5) blokowanie negatywnych myśli i przemyśliwanie problemów — pacjent powstrzymuje się przed myśleniem wyłącznie o tym, co złe, stara się uporządkować w myślach problemy wynikłe z choroby oraz poszukuje ich rozwiązań. Kwestionariusz pozwala sprawdzić obecność u pacjenta przekonania na temat przyczyn zachorowania, ocenić jego siłę (0 – zdecydowanie nie; 3 – zdecydowanie tak) oraz treść zastosowanej atrybucji.

Poziom akceptacji choroby poznano za pomocą Skali Akceptacji Choroby (AIS) opracowanej przez Felton, Revenson i Hinrichsena [11]. Jest to narzędzie służące ocenie stopnia akceptacji zmian opisanych za pomocą ośmiu stwierdzeń dotyczących negatywnych następstw utraty zdrowia. Wysoki poziom akceptacji oznacza uznanie ograniczeń narzuconych sytuacją zdrowotną, brak negatywnych przekonań o sobie, zachowanie poczucia wartości własnej, samowystarczalności i komfortu psychicznego. Na niski poziom akceptacji choroby wskazują negatywne przekonania pacjenta o sobie, trudności z przyjęciem ograniczeń oraz dyskomfort psychiczny.

Obecność deklaracji rozwoju osobowego wywołanego stresem choroby zbadano, wykorzystując Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI) [12]. Jest to polska wersja Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju autorstwa Tedeschiego i Calhouna opracowana przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego. Narzędzie pozwala rozpoznać cztery obszary korzystnych zmian występujących u człowieka zmagającego się z następstwami krytycznego wydarzenia życiowego. Za pomocą 21 twierdzeń osoba badana ocenia występowanie nowych zachowań i doświadczeń związanych z: obrazem siebie, relacjami z innymi ludźmi, religijnością i wartościowością życia. Korzysta w tym celu z 6-punktowej skali typu Likerta (0 – nie doświadczyłem zmiany; 5 – doświadczyłem zmiany w bardzo dużym stopniu).

Badanie miało postać indywidualnej, 60-minutowej rozmowy. W jej trakcie badacz czytał kolejne stwierdzenia pochodzące z kwestionariuszy, a osoba badana zaznaczała odpowiedź we własnych egzemplarzach. Osoby niepełnosprawne ruchowo wskazywały odpowiedź, którą zaznaczał w ich imieniu badacz. Zastosowano procedurę korelacyjną służącą analizie zmiennych i łączących je relacji [13]. W statystycznym opracowaniu wyników użyto: współczynnika korelacji rang rho Spearmana, testu analizy wariancji F oraz *post hoc* Tukeya, testu istotności różnic międzygrupowych U Manna-Whitneya. Skorzystano z oprogramowania komputero-

wego STATISTICA 10,0. Istotność statystyczną przyjęto na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki

W **tabeli 1** przedstawiono statystyki opisowe dotyczące częstości występowania pięciu kategorii myśli w badanej grupie oraz siły przekonania na temat przyczyn obecności choroby w życiu pacjenta. Brak różnicy w wynikach uzyskanych przez pacjentów neurologicznych i onkologicznych spowodował, iż wszystkie dane potraktowano jako pochodzące z jednorodnej grupy. Największe różnice indywidualne wystąpiły w ocenie siły zrozumienia przyczyn zachorowania (SD = 1,10), uporczywego kontemplowania choroby (SD = 5,34) oraz dostrzegania korzystnych sytuacji (SD = 2,13), najmniejsze – w przypadku blokowania negatywnych myśli i przemyśliwania problemów (SD = 2,58). Oznacza to, że w badanej grupie były osoby mające silne poczucie zrozumienia przyczyny zachorowania, jak i osoby całkowicie nierozumiejące przyczyny zachorowania, osoby nieustannie rozpamiętujące chorobę jako utratę zdrowia, a także pacjenci rozpamiętujący chorobę bardzo rzadko lub wcale, osoby dostrzegające korzystne sytuacje i niedostrzegające korzystnych sytuacji towarzyszących leczeniu.

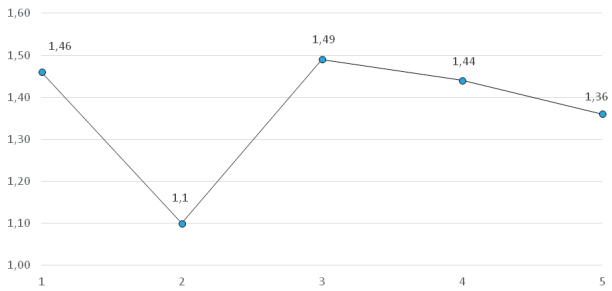
Tabela 1. Kategorie myśli. Statystyka opisowa
Table 1. Categories of the thoughts. Descriptive statistics

Rodzaj myśli/*The kind of thoughts*	Liczba stwierdzeń/ *Number of statements*	M	Me	SD	Zakres/ *Range*
Uporczywe kontemplowanie choroby/ *Persistent illness contemplating*	5	7,31	8	5,34	0–15
Rozważanie sensu życia i wyciąganie wniosków z choroby/*Considering the meaning of life and drawing illness conclusions*	4	4,41	4	3,80	0–12
Dostrzeganie korzystnych sytuacji/ *Recognizing benefits in treatment*	2	2,97	3	2,13	0–6
Intruzywne ruminowanie na temat przyczyn choroby/ *Intrusive rumination about the illness reasons*	5	7,20	8	4,57	0–15
Blokowanie negatywnych myśli i przemyśliwanie problemów/*Blocking negative thoughts and problems pondering*	3	4,10	4	2,58	0–9
Wyjaśnienie przyczyny zachorowania/ *Explanation of the illness reasons*	1	2,08	2,5	1,10	0–3

M – średnia/*avarage*; Me – mediana/*median;* SD – odchylenie standardowe/ *standard deviation*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W celu wzajemnego porównania częstości występowania każdej z pięciu kategorii myśli należało uzyskane wyniki podzielić przez liczbę stwierdzeń badających daną kategorię. Otrzymane dane przedstawiono na **rycinie 1**. Zanotowano istotną różnicę częstości myśli należących do kategorii 1 i 2 ($t = 1,99$; $p < 0,04$) oraz 3 i 2 ($t = 2,15$; $p < 0,03$). Pacjenci zdecydowanie rzadziej podejmowali pytania egzystencjalne i wyciągali wnioski z choroby, natomiast częściej skupiali uwagę na jej objawach i przyczynach zaraz po zachorowaniu, uporczywie rozważali negatywne następstwa, częściej dostrzegali korzystne sytuacje niezwiązane z postępami leczenia.



1 – uporczywe kontemplowanie choroby/*persistent illness contemplating*; 2 – rozważanie sensu życia i wyciąganie wniosków z choroby/*considering the meaning of life and drawing illness conclusions*; 3 – dostrzeganie korzyści w przebiegu leczenia/*recognizing benefits of treatment*; 4 – intruzywne skupianie uwagi/*intrusive focusing attention*; 5 – blokowanie negatywnych myśli i przemyśliwanie problemów/*blocking negative thoughts and problems pondering*

Rycina 1. Intensywność myśli. Wartości uśrednione
Figure 1. Intensity of thoughts. Averaged value

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Czas, który upłynął od chwili zachorowania pacjentów do momentu realizacji badań, to średnio 83 tygodnie (Me = 19,5 tyg.; SD = 87,63). Badanie związku występującego pomiędzy długością pozostawania w leczeniu a częstością występowania czterech kategorii myśli (pominięto intruzywne ruminowanie zaraz po zachorowaniu) wykazało silną, pozytywną zależność ($rho = 0,26$; $p < 0,01$). Pacjenci leczący się długo intensywniej myśleli na temat sensu życia i częściej rozważali wnioski płynące z choroby ($rho = 0,41$; $p < 0,01$), częściej dostrzegali pozytywne chwile towarzyszące leczeniu ($rho = 0,28$; $p < 0,01$), powstrzymywali się przed myśleniem wyłącznie o tym, co złe, oraz przemyśliwali problemy związane z chorobą ($rho = 0,22$; $p < 0,05$). Po wyodrębnieniu czterech podgrup ze względu na upływ czasu od zachorowania do momentu badania (**Tabela 2**) i przeprowadzeniu analizy wariancji okazało się, iż jedynie w przypadku myśli dotyczących sensu życia ich nasilenie pozostało w wyraźnym związku z upływem czasu. Zastosowanie

wielokrotnego porównania *post hoc* i testu HSD Tukeya potwierdziło istotne różnice w średnim nasileniu myśli dotyczących sensu życia pomiędzy okresami: do 6 tygodni i powyżej 52 tygodni ($p < 0,04$) oraz pomiędzy 13. a 52. tygodniem i powyżej 52 tygodni ($p < 0,01$). Wartość statystyki F wskazała, że wydłużony czas leczenia może powodować istotnie częstsze myślenie pacjentów na tematy egzystencjalne. Zaobserwowano również następującą prawidłowość dotyczącą wszystkich czterech kategorii myśli: wyższe nasilenie zgłosiły osoby badane w okresie do 6 tygodni od momentu zachorowania, natomiast niższe – pacjenci zbadani w okresie 7.–12. tygodnia leczenia. Pacjenci leczeni dłużej niż 52,5 tygodnia ponownie zgłosili wyższe nasilenie myśli. Wyniki pokazały zmienność częstości występowania czterech rodzajów myśli pacjenta w zależności od czasu pozostawania w leczeniu.

Tabela 2. Częstość czterech rodzajów myśli w czterech przedziałach czasowych
Table 2. Frequency of 4 kinds of thoughts in 4 time periods

Rodzaj myśli/ *The kind of thoughts*	Przedział czasu/*Length of time*				
	do 6 tygodni/ *to 6 weeks*	7–12 tygodni/ *7–12 weeks*	13–52 tygodnie/ *13–52 weeks*	powyżej 52 tygodni/ *over 52 weeks*	Statystyka F/ *F-statistic*
1	1,60 (1,16)	1,39 (1,03)	1,03 (0,83)	1,60 (1,08)	n.s.
2	1,03 (0,94)	0,96 (0,94)	0,66 (0,65)	1,78 (0,92)	F(1,3)=3,95; p<0,01
3	1,51 (1,13)	1,09 (0,88)	1,50 (1,04)	1,78 (1,10)	n.s.
4	1,45 (0,82)	0,98 (0,91)	1,36 (1,03)	1,57 (0,69)	n.s.
n	29	14	13	18	74

1 – uporczywe kontemplowanie choroby/*persistent illness contemplating*; 2 – rozważanie sensu życia i wyciąganie wniosków z choroby/*considering the meaning of life and drawing illness conclusions*; 3 – dostrzeganie korzyści w przebiegu leczenia/*recognizing benefits of treatment*; 4 – blokowanie negatywnych myśli i przemyśliwanie problemów/*blocking negative thoughts and problems pondering*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Średni poziom akceptacji choroby w badanej grupie przyjął wartość M = 23,45 pkt. (SD = 9,06; Me = 21) i był porównywalny do wyników przeprowadzonych w Polsce badań innych grup pacjentów [11]. W **tabeli 3** przedstawiono wyniki analizy powiązań łączących zmienne: akceptacja choroby, pięć kategorii myśli oraz rozumienie przyczyny zachorowania. Analiza wykazała, iż poziom akceptacji choroby oraz trzy spośród pięciu kategorii myśli połączyły istotne związki o kierunku ujemnym. Poziom akceptacji choroby rósł wraz z obniżaniem się częstości intruzywnego ruminowania w pierwszym okresie po zachorowaniu, uporczywego kontemplowania choroby, rozważania sensu życia. Stopień akceptacji nie zależał od częstego dostrzegania korzyści w przebiegu leczenia, blokowania negatywnych myśli oraz wyjaśnienia przyczyny choroby.

Tabela 3. Akceptacja choroby a nasilenie pięciu kategorii myśli i wyjaśnienie przyczyny zachorowania
Table 3. Acceptance of illness and frequency of 5 kinds of thoughts and explanation of the illness reasons

Zmienna/ *Variable*	Rodzaj myśli/*The kind of thoughts*					
	1	2	3	4	5	6
Akceptacja choroby/ *Acceptance of illness*	-0,63**	-0,38**	-0,12	-0,55**	-0,12	-0,23

**p < 0,01. 1 – uporczywe kontemplowanie choroby/*persistent illness contemplating*; 2 – rozważanie sensu życia i wyciąganie wniosków z choroby/*considering the meaning of life and drawing illness conclusions*; 3 – dostrzeganie korzyści w przebiegu leczenia/*recognizing benefits of treatment*; 4 – intruzywne skupianie uwagi/*intrusive focusing attention*; 5 – blokowanie negatywnych myśli i przemyśliwanie problemów/*blocking negative thoughts and problems pondering*; 6 – wyjaśnienie przyczyny zachorowania/*explanation of the illness reasons*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Rozbicie wyników na dwie podgrupy różniące się poziomem akceptacji choroby (poniżej i powyżej mediany) potwierdziło istotne różnice w nasileniu trzech wspomnianych kategorii myśli. Osoby deklarujące wyższy poziom akceptacji zgłosiły mniejszą koncentrację uwagi na objawach choroby i jej przyczynach zaraz po zachorowaniu (intruzywne ruminowanie) ($Z = 4,68$; $p < 0,0000$), rzadziej uporczywie kontemplowały chorobę ($Z = 5,46$; $p < 0,0000$), rzadziej rozważały kwestie dotyczące sensu życia i wnioski wynikające z choroby ($Z = 2,85$; $p < 0,003$). Z badań płynie wniosek, iż poziom akceptacji choroby silniej łączy się z ustępowaniem myśli konfrontujących pacjenta z faktem zachorowania niż obecnością myśli podnoszących nastrój oraz ze zrozumieniem przyczyny choroby.

Poziom zamian rozwojowych w badanej grupie wyniósł 37,00 pkt. (SD = 25,90), co oznacza wartość stanowiącą 35,2% maksymalnego rozwoju. Wynik wskazuje na małe rozpowszechnienie zmian rozwojowych oraz ich niskie nasilenie u każdego z pacjentów. Aby sprawdzić założenie o występowaniu oznak adaptacji rozwojowej, sprawdzono związki pomiędzy pięcioma kategoriami myśli oraz wyjaśnieniem przyczyn choroby i deklaracjami zmian rozwojowych (**Tabela 4)**.

Tabela 4. Zmiany rozwojowe a nasilenie pięciu kategorii myśli i wyjaśnienie przyczyny zachorowania
Table 4. Personal growth and frequency of 5 kinds of thoughts and explanation of the illness reasons

Zmienna/ *Variable*	Rodzaj myśli/*The kind of thoughts*					
	1	2	3	4	5	6
Rozwój osobowy/ *Personal growth*	0,36**	0,43**	0,28*	0,44**	0,27*	-0,12

*p < 0,05; **p < 0,01. 1 – uporczywe kontemplowanie choroby/*persistent illness contemplating*; 2 – rozważanie sensu życia i wyciąganie wniosków z choroby/*considering the meaning of life and drawing illness conclusions*; 3 – dostrzeganie korzyści w przebiegu leczenia/*recognizing benefits of treatment*; 4 – intruzywne skupianie uwagi/*intrusive focusing attention*; 5 – blokowanie negatywnych myśli i przemyśliwanie problemów/*blocking negative thoughts and problems pondering*; 6 – wyjaśnienie przyczyny zachorowania/*explaining the illness reasons*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Uzyskane wyniki ukazały pozytywne zależności pomiędzy pięcioma kategoriami myślenia i deklaracjami zmian rozwojowych. Oznacza to, że intruzywne skupianie uwagi przez pacjenta na objawach choroby i jej przyczynach w początkowym okresie leczenia (intruzywne ruminowanie), uporczywe kontemplowanie faktu utraty zdrowia oraz rozważanie sensu życia i wyciąganie wniosków z choroby, czyli myśli skojarzone z niższym stopniem akceptacji choroby, towarzyszyły deklaracjom pozytywnych zmian rozwojowych. Podobne relacje wystąpiły w przypadku dostrzegania korzyści i blokowania negatywnych myśli, choć w nieco mniejszym nasileniu. Siła rozumienia przyczyn choroby nie wiązała się z deklaracjami rozwoju osobowego. Podsumowując uzyskane wyniki, stwierdzić należy, że częstość występowania pięciu kategorii myśli łączą ze stopniem akceptacji choroby związki przeciwne niż z deklaracjami zmian rozwojowych. Czy zatem akceptacja i zmiany rozwojowe są niezależne wobec siebie tak, jak przyjęto w założeniu badań? Chcąc to sprawdzić, wyliczono korelację pomiędzy wspomnianymi zmiennymi. Wartość i znak współczynnika (rho = -0,26; p < 0,05) wskazały na wyraźną ujemną zależność: wzrostowi poziomu akceptacji towarzyszył spadek rozpowszechnienia i siły zmian rozwojowych. Wyraźnie widać to wówczas, gdy wyniki badania poziomu akceptacji rozdzieli się na cztery podgrupy (kryterium mediany), a następnie dla każdej z nich wyliczy średnie wartości deklaracji rozwojowych (**Tabela 5**).

Relatywnie najwięcej zmian rozwojowych zgłosiły osoby z niskim i najniższym poziomem akceptacji choroby. Zaakceptowanie choroby nie jest zatem warunkiem rozwoju osobistego.

Tabela 5. Rozwój osobowy a akceptacja choroby
Table 5. Personal growth and acceptance of illness

Akceptacja choroby/ *Acceptance of illness*	n	Rozwój osobowy/ *Personal growth*
kwartyl 1 M=13,14, SD=4,25	19	M=41,31, SD=24,06
kwartyl 2 M=19,27, SD=1,40	19	M=47,05, SD=22,66
kwartyl 3 M=26,80, SD=2,58	19	M=36,45, SD=27,97
kwartyl 4 M=36,39, SD=3,05	17	M=21,50, SD=22,74

M – średnia/*avarage;* SD – odchylenie standardowe/*standard deviation*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Celem pracy było sprawdzenie trzech hipotetycznych postaci adaptacji pacjenta do poważnej choroby. Adaptacja została zoperacjonalizowana za pomocą czterech zmiennych: stopień akceptacji choroby, częstość występowania pięciu kategorii myśli, wyjaśnienie przyczyn choroby i obecność deklaracji rozwoju osobowego. Wyniki badań pokazały, że wyższy poziom adaptacji do choroby (adaptacja pozytywna) oznacza mniejsze nasilenie myśli konfrontujących pacjenta z faktem zachorowania i wpływem choroby na obecne i dalsze życie oraz wyższy stopień akceptacji choroby. Niższy poziom adaptacji do choroby (adaptacja negatywna) to intensywne skupianie uwagi na objawach choroby zaraz po zachorowaniu i próbach odpowiedzi na pytanie o jej przyczyny (intruzywne ruminowanie), podkreślanie negatywnych następstw choroby i wywołanych nią zmian, powracanie do emocji obecnych zaraz po zachorowaniu (kontemplowanie choroby), konfrontowanie faktu zachorowania z dotychczasową wiedzą, oczekiwaniami i celem życia oraz wnioskami płynącymi z choroby (myślenie na temat sensu życia) oraz niższy stopień akceptacji choroby. Adaptacja rozwojowa to zarówno obecność pytań konfrontujących pacjenta z chorobą i leczeniem, niższy stopień akceptacji choroby, jak i relatywnie największe nasilenie zmian rozwojowych. Z literatury wiadomo, że występowanie u pacjenta intensywnych myśli na temat przyczyn i objawów choroby oraz związków z posiadanymi przekonaniami i celami życia wskazywać może na dysonans pomiędzy oceną sytuacji a tzw. uogólnionym rozumieniem życia. Korzystna adaptacja człowieka do krytycznego wydarzenia jest możliwa jedynie w takim zakresie, w jakim procesy myślenia kończą się przywróceniem spójności pomiędzy oceną bieżącej sytuacji i posiadaną wiedzą. Nie musi to zarazem oznaczać całkowitej akceptacji choroby [8, 14]. Obecność dysonansu, którego oznakami są poczucie dyskomfortu i występowanie nawracających myśli podtrzymujących niepokój, stwarza okazję do rewizji posiadanych przekonań oraz priorytetów życiowych i nabycia nowych umiejętności oraz dostrzeżenia tzw. korzyści, czyli zmian

o charakterze rozwoju osobowego [5, 15]. Jednak nie każdy pacjent doświadcza wspomnianego dysonansu. „[…] nie patrzę wstecz, nie mam wyrzutów sumienia, nie jestem podenerwowany, a wszystko to z powodu filozofii, którą wyznaję – adaptuję się do sytuacji i idę do przodu […]" [16]. Są również osoby bezproduktywnie zastanawiające się nad przyczynami nieszczęść, zamartwiające się i rozpamiętujące utracone chwile. Adaptacja tych chorych jest pozorna, a fakt utraty zdrowia ciąży przez całe życie.

Zjawisko równoczesnego występowania u człowieka oznak obniżonego i podwyższonego poziomu przystosowania zaobserwowały Aldwin i Sutton, pisząc: „zindywidualizowany sposób radzenia sobie człowieka z problemem może […] prowadzić do trwałych konsekwencji, które […] będą pozytywne lub negatywne, albo, co najbardziej prawdopodobne, będą kombinacją obu rodzajów" [17]. Brak związku pomiędzy akceptacją choroby, rozwojem osobowym i jakością życia zaobserwowano m.in. w badaniach kobiet leczonych onkologicznie. Zdaniem autorek badań zmiany rozwojowe odnoszą się do różnorodnych procesów, „spośród których niektóre są aktualnymi zmianami w życiu człowieka, inne sposobami radzenia sobie, jeszcze inne poznawczymi manipulacjami, a wszystkie przejawami działającego u człowieka mechanizmu uwydatniania celem łagodzenia dystresu" [10].

Wnioski

1. Pacjent poważnie chory obejmuje swoją uwagą nie tylko postępy leczenia, ale także inne zagadnienia związane z chorobą. Częstość myśli jest zmienną indywidualną i rośnie wraz z upływem leczenia. Znajomość myśli pacjenta pomaga pielęgniarce lub psychologowi zrozumieć jego zachowanie, wzbogaca tematy rozmów, indywidualizuje kontakt oraz uprzedza utrwalanie się problemów przystosowawczych.
2. Pomoc pacjentowi w zaakceptowaniu choroby oznacza w pierwszej kolejności omawianie trudnych myśli konfrontujących go z faktem utraty zdrowia i jego następstwami, w drugiej – celowe działania ułatwiające dostrzeganie korzystnych zdarzeń i odciąganie uwagi wyłącznie od negatywnych okoliczności choroby.
3. Występowanie niejednakowych wzorców adaptacji do choroby tłumaczyć może różne reakcje pacjentów pomimo podobieństwa sytuacji, w jakiej się znaleźli. Z różnic wynikają odmienne cele pomagania. Są osoby niepotrafiące porzucić bezproduktywnych myśli, przeformułować przekonań na swój temat oraz oczekiwań od życia po zachorowaniu. Wymagają cierpliwego zrozumienia kryjących się za myślami wyobrażeń i emocji. Inaczej przebiega kontakt z osobami nieprzeżywającymi choroby jako zdarzenia w istotny sposób naruszającego posiadane przekonania oraz cele lub potrafiącymi szybko je zrewidować, co przejawia się brakiem intensywnych myśli i łatwiejszą akceptacją choroby. W ich wypadku chodzi o podtrzymywanie pozytywnych emocji dających oddech i wspierających walkę z chorobą. Osoby gotowe wykorzystać chorobę dla rozwoju osobowego skorzystają z rozmów sprzyjających refleksji na temat związku utraty zdrowia z posiadanymi przekonaniami o sobie, priorytetami i oczekiwaniami od życia.

Piśmiennictwo

1. Simonton C, Matthews-Simonton S, Creighton J. Triumf życia. Możesz mieć przewagę nad rakiem. Łódź: Wydawnictwo JK; 2006.79.
2. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. Cognitive Ther Res. 2003; 27(3): 247–259.
3. Sęk H. Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2007. 246.
4. Załuski M, Motyka M. Model tworzenia znaczeń Crystal Park i Susan Folkman. Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Sudia Psychologica VII. 2014; 159: 103–114.
5. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. Soc Cogn. 1989; 7: 113–136.
6. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework. W: Calhoun LC, Tedeschi RG (red.). Handbook of Posttraumatic Growth. Research and Practice. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 2006. 9–10.
7. Antonovski A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2005. 52.
8. Park C. Making sense of meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. Psychol Bull. 2010; 136: 257–301.
9. Davis ChG, Wohl, MJ, Verberg N. Profiles of Posttraumatic Growth Following An Unjust Loss. Death Stud. 2007; 31: 693–712.
10. Tomich P, Helgeson VS. Five years later: A Comparison of breast cancer survivors with healthy women. Psychoonkology. 2002; 11: 1–15.
11. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001. 168–172.
12. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. Psychiatria. 2010; 7(4): 129–142.
13. Feruson G, Takane Y. Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice. Warszawa: PWN; 2009. 33.
14. Park C. Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. Rev Gen Psychol.1997; 1: 115–144.
15. Pakenham K. Benefit-finding and sense-making in chronic illness. W: Folkman S (red.). The Oxford handbook of stress, health, and coping. New York: Oxford University Press; 2011. 242–268.

16. Davis C, Wortman C, Lehman, Silver R. Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? Death Studies. 2000; 24: 501.
17. Aldwin CM, Sutton JK. The development of coping resources in adulthood. J Pers. 1996; 64: 842.

Artykuł przyjęty do redakcji: 22.09.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 25.03.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Maciej Załuski
ul. Mikołaja Kopernika 25
31-501 Kraków
tel. kom.: 609 845 542
e-mail: mzaluski@cm-uj.krakow.pl
Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum