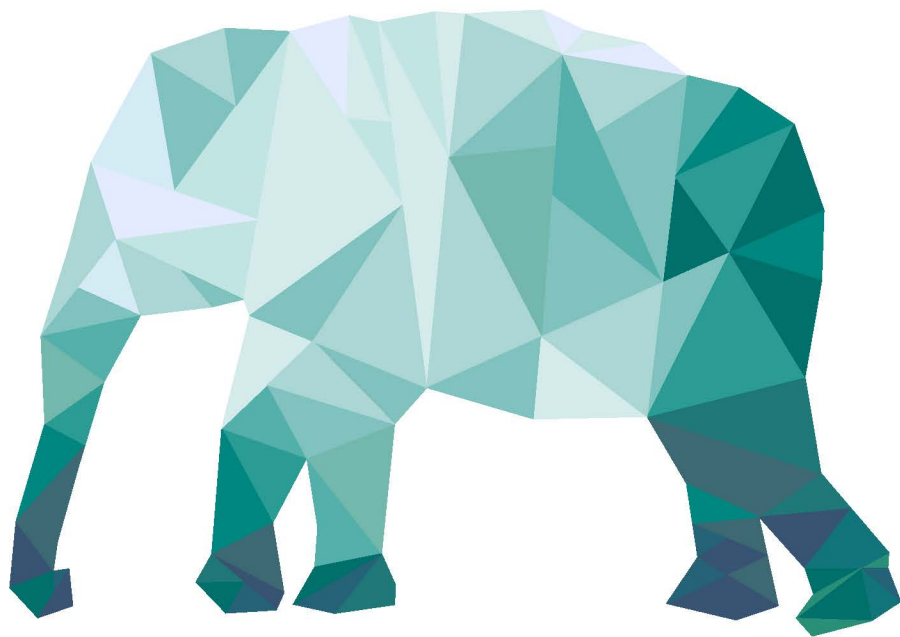


Joanna Miniszewska

BYCIE Z CHOROBA

Przystosowanie do wybranych
przewlekłych chorób somatycznych
z perspektywy
psychologii pozytywnej
i koncepcji poznawczych

PSYCHOLOGIA



BYCIE Z CHOROBA

Przystosowanie do wybranych
przewlekłych chorób somatycznych
z perspektywy
psychologii pozytywnej
i koncepcji poznawczych



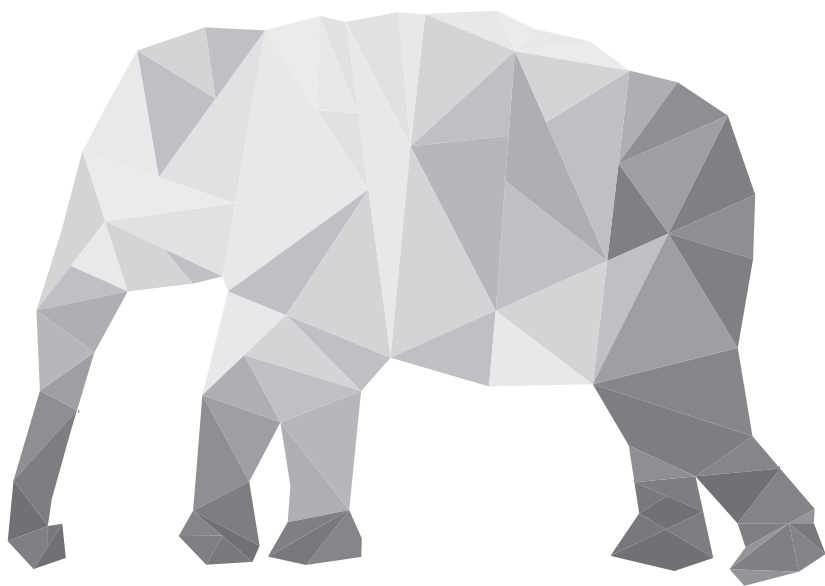
WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Joanna Miniszewska

BYCIE Z CHOROBA

Przystosowanie do wybranych
przewlekłych chorób somatycznych
z perspektywy
psychologii pozytywnej
i koncepcji poznawczych

PSYCHOLOGIA



**WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO**
Łódź 2019

Joanna Miniszewska – Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu, Instytut Psychologii
Zakład Psychologii Zdrowia, 91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12

RECENZENT

Stanisława Steuden

REDAKTOR INICJUJĄCY

Urszula Dzieciatkowska

OPRACOWANIE REDAKCYJNE

Małgorzata Szymańska

SKŁAD I ŁAMANIE

AGENT PR

KOREKTA TECHNICZNA

Leonora Gralka

PROJEKT OKŁADKI

Katarzyna Turkowska

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/cat_arch_angel

© Copyright by Joanna Miniszewska, Łódź 2019

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2019

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.08717.18.0.M

Ark. wyd. 16,6; ark. druk. 17,25

ISBN 978-83-8142-277-2

e-ISBN 978-83-8142-278-9

<https://doi.org/10.18778/8142-277-2>

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. (42) 665 58 63

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
Rozdział 1. Przystosowanie do przewlekłej choroby somatycznej – wybrane zagadnienia. Czy można być pozytywnie przystosowanym?.....	13
1.1. Wprowadzenie w problematykę zdrowia i przewlekłej choroby somatycznej.....	14
1.2. Sposoby rozumienia pojęcia „przystosowanie do choroby”	23
1.3. Modele przystosowania do choroby przewlekłej	28
1.3.1. Model medyczny	29
1.3.2. Modele uwzględniające znaczenie procesów poznawczych i zasobów osobistych....	29
1.3.3. Modele holistyczne.....	42
Rozdział 2. Adaptacja do choroby przewlekłej – istota i uwarunkowania	49
2.1. Ocena poznawcza choroby – uwarunkowania i znaczenie	50
2.2. Wybrane aspekty zmagania się z przewlekłą chorobą somatyczną	60
2.3. Psychologiczne i medyczne aspekty wybranych chorób somatycznych	70
2.3.1. Cukrzyca	71
2.3.2. Reumatoidalne zapalenie stawów.....	74
2.3.3. Łuszczyca	77
2.3.4. Przewlekła choroba nerek.....	80
Rozdział 3. Podejście poznawczo-behawioralne w procesie adaptacji i przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej	83
3.1. Podejście poznawczo-behawioralne – charakterystyka	83
3.2. Zastosowanie interwencji poznawczo-behawioralnych u osób chorych somatycznie....	85
3.3. Badania nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej w wybranych chorobach somatycznych	92
Rozdział 4. Koncepcja badań własnych	97
4.1. Cele i zadania badawcze	97
4.2. Założenia, modele i hipotezy badawcze.....	99
4.3. Grupa badana i procedura badań	105
4.4. Zastosowane narzędzia	107
4.4.1. Przystosowanie do choroby	108
4.4.2. Zasoby pozytywne	111
4.4.3. Poznawcza reprezentacja choroby	113
4.4.4. Nasilenie zmian chorobowych.....	116
4.5. Sposób opracowania wyników	116
Rozdział 5. Przystosowanie do przewlekłej choroby somatycznej w badanych grupach.....	119
5.1. Zależności między poszczególnymi konstruktami tworzącymi przystosowanie do choroby	119
5.2. Przystosowanie do choroby osób z cukrzycą, łuszczycą, przewlekłą chorobą nerek (PChN) i reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS) – analiza różnic międzygrupowych	123

Rozdział 6. Typy przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej i udział osób z różnym rozpoznaniem klinicznym w wyodrębnionych typach	125
6.1. Wyodrębnienie grup (typów) o różnym przystosowaniu do choroby somatycznej	125
6.2. Typy przystosowania do choroby a rodzaj schorzenia	130
Rozdział 7. Poznawcza reprezentacja choroby i zasoby pozytywne w grupach osób z różnym rozpoznaniem	133
7.1. Sposób postrzegania choroby	133
7.2. Poziom zasobów pozytywnych	142
Rozdział 8. Całościowa analiza modelu badań	151
8.1. Wielowymiarowość zmiennych w przyjętym modelu teoretycznym dla wszystkich osób badanych	151
8.2. Modele przystosowania w badanych grupach chorych	161
Rozdział 9. Korelaty przystosowania do choroby	171
9.1. Korelaty przystosowania u osób chorych na cukrzycę	171
9.2. Korelaty przystosowania u osób chorych na łuszczycę	174
9.3. Korelaty przystosowania u osób chorych na przewlekłą chorobę nerek	177
9.4. Korelaty przystosowania u osób chorych na reumatoidalne zapalenie stawów	180
Rozdział 10. Predyktory poziomu przystosowania do choroby przewlekłej	185
10.1. Predyktory poziomu przystosowania do choroby u osób chorych na cukrzycę	185
10.2. Predyktory poziomu przystosowania do choroby u osób chorych na łuszczycę	190
10.3. Predyktory poziomu przystosowania do choroby u osób chorych na przewlekłą chorobę nerek	194
10.4. Predyktory poziomu przystosowania do choroby u osób chorych na reumatoidalne zapalenie stawów	198
Rozdział 11. Dyskusja wyników	201
11.1. Przystosowanie do choroby przewlekłej – aspekty strukturalne i dynamiczne	202
11.2. Przystosowanie do choroby w różnych grupach klinicznych	203
11.3. Typy przystosowania do choroby	207
11.4. Poznawcza reprezentacja choroby, zasoby pozytywne i przystosowanie do choroby w badanych grupach – wzajemne zależności	209
Podsumowanie i praktyczne implikacje do pracy z osobami chorymi somatycznie	217
Piśmiennictwo	221
Spis tabel	251
Spis rysunków	253
Spis wykresów	255
Aneks	257
Summary	269

Wstęp

Sześciu ślepców, ciekawych tego, jakim zwierzęciem jest słoń, wybrało się na jego poszukiwanie. Natknąwszy się na zwierzę, Pierwszy z nich, przyspieszywszy kroku rozbił sobie nos na twardym słoniowym boku. Krzyknął więc: „Już wiem o tym zwierzęciu, że jest najtwardszym murem!”. Drugi ślepiec, natknął się na ostry kieł i ostrzegł: „Uważajcie, żebyście się nie skaleczyli, bo słoń to ostry oszczep!”. Trzeci, dotknąwszy trąby słoniowej rzekł: „Ja już wszystko wiem o słoniu, słoń jest gatunkiem węża!”. Wtedy Czwarty ślepiec obejmując kolano zwierzęcia odparł, że słoń jest drzewem. Gdy się do słonia Piąty zbliżył, słoń usiadł na ziemi, łeb obniżył i ruszać zaczął uszami, na co Piąty oświadczył: „Już poznałem prawdę całą, słonie są wachlarzami!”. Ostatni, Szósty, za ogon słonia chwycił: „Nie przypuszczałem nigdy w życiu, że słoń jest zwykłą liną!”

(na podstawie: Marianowicz, Nowicki, 1986).

Rozwój i osiągnięcia medycyny oraz poprawa warunków bytowych w krajach wysoko rozwiniętych przyczyniły się do wydłużenia średniej życia ludzi. Do połowy XX wieku najczęstszą przyczyną zgonów były choroby zakaźne (głównie wieku dziecięcego) oraz zapalenie płuc, gruźlica czy zapalenia otrzewnej o różnej etiologii, współcześnie, w XXI wieku, będące pod kontrolą. Rozwój medycyny przyczynił się, w pewnym stopniu, do tego, iż ich miejsce zajęły choroby przewlekłe. Część schorzeń, wcześniej nieuleczalnych i powodujących śmierć, aktualnie poddaje się długotrwałej terapii, przez co stają się chorobami chronicznymi, towarzyszącymi człowiekowi przez większość życia. Wydłużenie średniej życia, z kolei, doprowadziło do wzrostu odsetka ludzi starszych, u których typowa jest tzw. wielochorobowość, czyli współwystępowanie kilku chorób przewlekłych jednocześnie. Ponadto choroby przewlekłe określane są mianem cywilizacyjnych, ze względu na to, że mocno wiążą się ze stylem życia oraz zanieczyszczeniem środowiska. Ich powszechność spowodowała, że niektóre z nich (np. cukrzyca) określa się wręcz mianem epidemii XXI wieku. Choroby przewlekłe stanowią obciążenie dla osób cierpiących na nie (oraz ich rodzin), często wymuszając konieczność poczynienia zmian w dotychczasowym trybie życia, rezygnację z wielu przyzwyczajzeń i przyjemności, wiążą się z konsekwencjami społecznymi i ekonomicznymi. W psychologii często rozpatrywane są z perspektywy stresu

psychologicznego. Wskazuje się również na współwystępowanie z somatycznymi chorobami przewlekłymi zaburzeń psychicznych (depresji, lęku).

Choroba zakłóca pewien porządek, ale stwarza własny, i z tym paszportem chory wraca do innego świata, gdzie logika zdrowych, świata zewnętrznego staje się nieistotna, absurdalna, czasami nawet obraźliwa (Terazni, 2009, s. 86).

Tak więc cały czas dynamiczny rozwój medycyny z jednej strony przynosi remedia na wiele dolegliwości, z drugiej powoduje całkiem nowe jakościowo problemy. Znaczna medykalizacja opieki i kontaktu ze służbą zdrowia (wywodząca się z biomedycznego podejścia), w której to w centrum uwagi znajduje się nie człowiek a chory narząd lub jedynie zdjęcie tego narządu, dodatkowo utrudnia, obfitujące w różnego rodzaju dolegliwości, życie chorych. „Oczywiście doświadczenia choroby się nie wybiera. Ale przecież czas choroby jest także czasem życia” (Baranowska, 2011, s. 47).

Pojawia się zatem pytanie – jak żyć, będąc przewlekle chorym, żeby życie było satysfakcjonujące? Albo inaczej, czy można coś zrobić, żeby osoby chore mogły być ze swojego życia zadowolone, mimo towarzyszącego im schorzenia? Na te pytania stara się odpowiedzieć, między innymi, psychologia zdrowia, eksplorująca strategię radzenia sobie z chorobą, jakość życia w chorobie czy przystosowanie do niej, oraz psychologia pozytywna, poszukująca tych czynników i interwencji, które życie osób chorych mogą poprawić. Powstaje coraz więcej opracowań dążących do wyodrębnienia tych składowych ludzkiej psychiki, które odgrywają znaczącą rolę w życiu ludzi chorych. Różne podejścia terapeutyczne, koncentrujące się pierwotnie na leczeniu zaburzeń psychicznych, współcześnie tworzą wytyczne do pracy z osobami somatycznie chorymi. Zapotrzebowanie na tego typu interwencje (najczęściej wywodzące się z modalności poznawczo-behawioralnej) dobrze widać chociażby na rynku księgarskim, na którym fachowej literatury z tego zakresu jest coraz więcej (jeszcze kilka lat temu z trudem można było takową znaleźć).

Wszystko to pokazuje, jak bardzo osoby chore potrzebują pomocy w życiu czy też byciu ze swoją chorobą, a to implikuje kolejne pytania – czy można przystosować się do choroby? Jeśli tak, to czym jest i jakie właściwości ma owo przystosowanie? Co konkretnie należy analizować, jakie wymiary ludzkiej psychiki, żeby określić, jak dana osoba zaadaptowała się (bądź też nie) do swojego stanu zdrowia? Po czym to można poznać? Jeżeli pomoc psychologiczna ma się skupić na wzmacnianiu jakiś posiadanych przez chorego zasobów, to trzeba najpierw ustalić, z czym te zasoby powinny się wiązać, tak aby można było stwierdzić, iż są ważne w odniesieniu do tego, intuicyjnie rozumianego, aczkolwiek okazującego się enigmatycznym, przystosowania do choroby. Różni badacze tematu często odmiennie definiują, konceptualizują i analizują przystosowanie. I prawdopodobnie każde z tych ujęć jest słuszne, tylko czy przedstawia, jak w hinduskiej opowieści rozpoczynającej wstęp, całego „słonia”?

Rozważania zaprezentowane w niniejszej monografii koncentrują się właśnie na przystosowaniu do przewlekłej choroby somatycznej, zaś ogólnym celem

Autorki jest sprawdzenie, jaka jest struktura przystosowania oraz jakie czynniki odgrywają istotną rolę w tym procesie. W części teoretycznej przedstawiono, między innymi, różne sposoby rozumienia i, w związku z tym, analizowania omawianego pojęcia. Skoncentrowano się również na założeniach psychologii pozytywnej, i wskazano, dlaczego i w jaki sposób warto w tym nurcie podejmować problematykę przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej. Ze względu na to, że ocenę poznawczą porównano do „punktu startowego” procesu zmagania się z chorobą, dużo miejsca poświęcono problematyce poznawczego obrazu choroby, czyli znaczeniu i konsekwencji różnych sposobów postrzegania swojej sytuacji zdrowotnej. Omówiono również psychologiczne aspekty związane z życiem z chorobą – między innymi emocje doświadczane w chorobie, strategie radzenia sobie czy inne procesy uruchamiane w celu przystosowania się do nich. Przybliżono funkcjonowanie osób cierpiących na wybrane choroby przewlekłe (cukrzycę, łuszczycę, reumatoidalne zapalenie stawów i przewlekłą chorobę nerek) oraz specyficzne problemy wynikające ze zmagania się z nimi. W części teoretycznej podkreślono również zasadność stosowania interwencji poznawczo-behawioralnych w odniesieniu do osób chorych somatycznie, podając przykłady konkretnych oddziaływań dedykowanych specyficznym problemom wynikającym z określonych schorzeń.

Prezentacja otrzymanych wyników badań poprzedzona została przedstawieniem, omówieniem i uzasadnieniem teoretycznym przyjętego modelu badawczego. W oparciu o literaturę przedmiotu przyjęto, iż przystosowanie do choroby odzwierciedla stopień dostosowania się, w danym momencie, do funkcjonalnych, psychologicznych i społecznych zmian życiowych wynikających z doświadczania choroby przewlekłej i związanego z nią leczenia, uzyskiwany w wyniku dynamicznego procesu adaptacyjnego (por. Bishop, 2005 i rozdz. 1.2). Przystosowanie do choroby również ma charakter dynamiczny i zmienny, ze względu na to, że w schorzeniach przewlekłych obraz kliniczny choroby i związane z nim wymagania nie mają charakteru stałego. Przyjęto ponadto, że przystosowanie do choroby składa się z pięciu elementów, takich jak: akceptacja życia z chorobą, akceptacja choroby, bilans emocjonalny, ogólny stan zdrowia psychicznego oraz zadowolenie z życia, co jest zgodne z ujęciem D. de Riddera i wsp. (2008).

Paradygmat badań własnych oparto na relacyjnej teorii stresu (Lazarus, Folkman, 1984; Heszen, 2013) oraz Modelu Zdroworozsądkowej Samoregulacji (Leventhal, Leventhal, Cameron, 2001; Leventhal, Phillips, Burns, 2016), które zakładają, że sposób oceny choroby oraz przekonania o niej oddziałują na przystosowanie się i efekty zdrowotne. Poznawcza reprezentacja choroby, uwzględniona w przyjętym modelu, rozumiana jest jako subiektywne odzwierciedlenie położenia życiowego osoby chorej będące rezultatem procesów kognitywnych polegających na przetworzeniu i kodowaniu wszelkich informacji związanych z chorobą. Składają się na nią subiektywne znaczenia, jakie człowiek nadaje własnej chorobie (czyli zagrożenie, korzyść, przeszkoda/strata, wyzwanie, krzywda, wartość, znaczenie) oraz przekonania na temat różnych jej aspektów (objawy, czas trwania choroby, konsekwencje, możliwości kontrolowania choroby poprzez własne działania, zrozumienie schorzenia, skuteczność leczenia, cykliczność objawów oraz emocje związane z chorobą, czyli tzw. obraz emocjonalny).

Trendy psychologii pozytywnej w odniesieniu do funkcjonowania osób z chorobami przewlekłymi dotyczą akcentowania znaczenia takich aspektów, jak określone zasoby osobiste, dostrzeganie sensu i korzyści z choroby i ich związków z przystosowaniem się do niej oraz ogólnym dobrostanem (Diener, Chan, 2013; Martz, Livneth, 2016). Ze względu na to uwzględniono w pracy wybrane zasoby pozytywne, do których zaliczono strategie radzenia sobie ze stresem choroby, korzyści z niej wynikające oraz poczucie sensu życia. Podjęto próbę uchwycenia złożonych zależności zachodzących między wszystkimi jego elementami jednocześnie, tj. bez dzielenia go na części w celu wykonania poszczególnych analiz.

Strategie radzenia sobie ze stresem ujmowane są tutaj jako kategorie zachowań podejmowanych w celu sprostania wymaganiom choroby. Sens życia może być rozumiany jako subiektywny stan psychiczny danej osoby związany z odczuwaniem podmiotowej satysfakcji z życia, który wynika z osiągania stawianych sobie celów (por. Kossakowska, Kwiatek, Stefaniak, 2013). Najczęściej jednak pojęcie sensu życia jest wyjaśniane w kontekście sytuacyjnym, tj. poprzez podawanie epizodycznych przykładów z życia, które mogą świadczyć o jego posiadaniu czy dążeniu do niego (tamże). Tak więc w przyjętym modelu badań wzięto pod uwagę zarówno posiadanie, jak i poszukiwanie subiektywnie pojmowanego sensu życia. Z kolei uwzględnione korzyści z choroby dotyczą pozytywnego jej wpływu na psychospołeczne aspekty funkcjonowania, tzn. docenienie życia, poprawę relacji interpersonalnych, przewartościowanie filozoficzne i religijne, wzrost sił wewnętrznych czy bycie inspiracją dla innych. Założono, że wymienione zasoby pozytywne mediują między poznawczą oceną choroby a przystosowaniem do niej. W modelu uwzględniono również płeć, czas trwania choroby, jej nasilenie i rodzaj, którym przypisano funkcję moderującą analizowane zależności. Podsumowując, przyjęty model pozwala na poszukiwanie powiązań między poznawczą reprezentacją choroby (*zmienna objaśniająca*), zasobami pozytywnymi (*zmienna mediująca*), typem choroby (łuszczyca, reumatoidalne zapalenie stawów, cukrzyca, przewlekła choroba nerek) i ich klinicznymi cechami (*zmienna moderująca*) a przystosowaniem do choroby (*zmienna objaśniana*).

Poszczególne elementy modelu, jak i sposób prezentacji wyników pokrywa się z chronologią treści teoretycznych. I tak, pierwsza część analiz dotyczy samego przystosowania do choroby i miała na celu odpowiedzieć na pytania, na ile (i czy w ogóle) oraz w jaki sposób powszechnie przyjęte w badaniach sposoby konceptualizacji przystosowania do choroby są ze sobą powiązane. Czy zależności między wymiarami służącymi do określenia przystosowania do choroby są ze sobą powiązane w sposób prostoliniowy, tzn. czy można zakładać, że wysoki poziom przystosowania do choroby, rozumiany jako zadowolenie z życia, wiąże się z wysokim poziomem przystosowania wyznaczonego przez akceptację własnej choroby? Czy przystosowanie różni się w zależności od rodzaju choroby? Czy istnieją typy przystosowania do choroby? Kolejna część analizy dotyczyła tego, w jaki sposób spostrzeganie i ocena poznawcza choroby oraz wybrane zasoby osobiste są z tymże przystosowaniem powiązane.

Uzyskane wyniki ukazały szereg interesujących i złożonych zależności, pozwoliły również na sformułowanie praktycznych wytycznych do pracy z osobami

chorymi somatycznie. Ich szczegółowe omówienie zawarto w rozdziale *Podsumowanie i implikacje porady do pracy z osobami chorymi somatycznie*.

Podziękowania winna jestem wielu osobom, które mnie wspierały na różne sposoby, inspirowały i mobilizowały oraz bez których ta praca by nigdy nie powstała. Pani Profesor Stanisławie Steuden dziękuję za przeogromną, ciepłą życzliwość, serdeczne wsparcie i bezcenne wskazówki. Współpracownikom Pani Profesor za gotowość do wysłuchania i przedyskutowania moich pomysłów. Pani Profesor Nienie Ogińskiej-Bulik za stworzenie warunków do pracy oraz konstruktywne uwagi.

Mężowi Jankowi za wszystko co powyżej, cierpliwość, oraz za to, że jest. Córce Oldze za nieustanny doping i liczenie stron.

Profesorowi Zygrydowi Juczyńskiemu za kształtowanie mojej drogi zawodowej, dzielenie się wiedzą, inspirowanie, nieustanną bezinteresowną pomoc oraz przyjaźń.

Dziękuję też śp. dr Marlenie Kossakowskiej za użyczenie narzędzi i wsparcie; niestety, życie napisało inny scenariusz, niż zakładałyśmy.

Lekarzom, ordynatorom, i wszystkim znajomym pracującym w służbie zdrowia za umożliwienie mi przeprowadzenia badań. I oczywiście dziękuję osobom zmagającym się z chorobami przewlekłymi, które zechciały poświęcić mi swój czas.

Rozdział 1. Przystosowanie do przewlekłej choroby somatycznej – wybrane zagadnienia

Czy można być pozytywnie przystosowanym?

Ludzie zaniepokojeni są nie rzeczami samymi w sobie, ale tym, jak te rzeczy postrzegają.

Epiktet (za: Curwen, Palmer, Ruddell, 2006, s. 29).

Zgodnie z danymi WHO, u 75% populacji ogólnej występuje co najmniej jedna choroba przewlekła, zaś niemal połowa osób ze schorzeniami przewlekłymi ma zdiagnozowane co najmniej dwie choroby wymagające stałego kontaktu z lekarzem. Stanowią one 72% wszystkich zaburzeń stwierdzanych w populacji powyżej 30. roku życia (za: Kurpas, 2014). Schorzenia te wiążą się często z koniecznością wprowadzenia znaczących zmian w dotychczasowym stylu życia, rezygnacją z różnych form aktywności (często zawodowej), reżimem terapeutycznym, zmianami w sposobie spostrzegania samego siebie. Niektóre z nich, na przykład reumatoidalne zapalenie stawów, wymagają długoterminowego leczenia farmakologicznego i charakteryzują się bólem oraz postępująca niepełnosprawnością. Inne, jak cukrzyca, mogą być w miarę skutecznie kontrolowane, ale tylko pod warunkiem rygorystycznego stosowania się do zaleceń lekarskich. Wszystko to wiąże się z koniecznością podjęcia przez osobę chorą wysiłków w celu przystosowania się do tej nowej, trudnej sytuacji.

Jeżeli mówimy o chorobie przewlekłej, nie chodzi o kilka dni czy tygodni zwolnienia, ale o całe życie, z którego nie ma u kogo wziąć zwolnienia. Tu się zaczyna codzienna praca bez żadnych urlopów, karier ani odznaczeń (Baranowska, 2011, s. 91).

Tradycyjne (biomedyczne) podejście zarówno do leczenia, jak i wspierania osób przewlekle chorych koncentruje się głównie na negatywnych symptomach schorzenia oraz na pomocy chorym w radzeniu sobie z trudnościami wynikającymi ze stanu zdrowia. Innymi słowy, w centrum uwagi są zaburzenia, dysfunkcje i sama choroba. Okazuje się jednak, że redukcja negatywnych objawów czy emocji sama w sobie wcale nie musi automatycznie nasilać tych pozytywnych, natomiast wzmocnianie pozytywnych (emocji czy zasobów) może doprowadzić

do zredukowania intensywności stanów negatywnych (Eaton, Bradley, Morrissey, 2013). Jak akcentuje D. Kubacka-Jasiecka (1999) – określenie „zwyciężyć chorobę” (ale też przecież przystosować się do życia z nią) nie odnosi się tylko do wyzdrowienia, które nie zawsze jest osiągalne, ale raczej do pozostania aktywnym tak długo, jak długo jest to możliwe, czerpania radości z każdej chwili życia, bycia szczęśliwym mimo stanu zdrowia oraz bycia zdolnym do dzielenia się tym szczęściem z innymi. Autorka również niezwykle trafnie przytacza metaforę Skynnera i Cleesa (1993):

Jeśli [...] jesteśmy realistami, jeśli zaakceptujemy to, że jesteśmy zdani na łaskę rwącej rzeki i mamy niewielką kontrolę nad tym, gdzie nas zniesie, bo nie możemy powstrzymać jej wartkiego prądu ani popłynąć pod prąd, to mamy wtedy większą jasność, co do niewielkich wyborów, które jednak nam zostały. Możemy przynajmniej płynąć tak, żeby nie wpaść na skały. Albo nawet więcej [...] (Skynner, Clees, 1993, s. 417).

Przytoczone cytaty dobrze korespondują ze sposobem, w jaki psychologia pozytywna pochyla się nad problematyką człowieka z przewlekłą chorobą somatyczną.

W rozdziale pierwszym przybliżone zostaną ogólne założenia psychologii pozytywnej, pokazane, dlaczego i w jaki sposób warto w tym nurcie podejmować problematykę przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej oraz, a może przede wszystkim, prześledzone różne sposoby rozumienia pojęcia „przystosowanie do choroby”. Jest to też miejsce na sprecyzowanie pojęcia „przewlekłe choroby somatyczne”, określającego w dużym stopniu przedmiot niniejszego opracowania. Tytuł tej części pracy zawiera pytanie, nawiązujące do psychologii pozytywnej, na które odpowiedzi powinny udzielić poniższe dywagacje.

1.1. Wprowadzenie w problematykę zdrowia i przewlekłej choroby somatycznej

Psychologia pozytywna jest stosunkowo nowym nurtem w psychologii, definiowanym jako

[...] nauka o pozytywnych doświadczeniach człowieka, jego pozytywnych cechach oraz instytucjach wspierających ich rozwój. Koncentruje się na problematyce dobrostanu i optymalnego funkcjonowania (Duckworth, Steen, Seligman, 2005, s. 630).

Jak pisze M. Seligman (2002), psychologia pozytywna interesuje się tym, co sprawia, że życie warte jest życia. Jej zadaniem nadrzędnym jest dostarczenie takiej psychologicznej praktyki, która umożliwi ludziom osiągnięcie dobrostanu psychicznego i lepszego zdrowia fizycznego, zaś jej przedmiotem są zdrowe, prawidłowe i pożądane aspekty ludzkiego zachowania oraz sprzyjające im czynniki.

W centrum zainteresowania jest zwykły człowiek, który, mimo trudności, prowadzi sensowne i szczęśliwe życie, a psychologia pozytywna stara się wyjaśnić, jak on tego dokonuje oraz wspiera jego dążenie do szczęścia (Trzebińska, 2008). A. Duckworth, T. Steen, M. Seligman (2005), tłumacząc różnice między psychologią pozytywną a psychologią kliniczną, podkreślają, że nawet bardzo cierpiący człowiek chce i oczekuje od życia czegoś więcej niż złagodzenia cierpienia. Potrzebuje również radości, satysfakcji i zadowolenia. Pragnie wzmocnienia swoich zasobów, „budowania siły, a nie tylko korygowania słabości” (tamże, s. 630).

Psychologia pozytywna, mimo początkowego, dosyć zdecydowanego przeciwstawienia się tzw. psychologii tradycyjnej (określanej nawet mianem negatywnej lub przedłużeniem medycyny), ma na celu poszerzenie obszaru zainteresowań psychologii klinicznej, która koncentruje się przede wszystkim na problematyce cierpienia i jego łagodzenia (Duckworth, Steen, Seligman, 2005; Trzebińska, 2008). Intencją psychologów pozytywnych jest wzbogacenie obrazu człowieka oraz usystematyzowane badanie tego, co składa się na całość ludzkiej kondycji (za: Tucholska, Gulla, 2007). Obecnie, w ramach psychologii pozytywnej, akcentuje się wartość dorobku psychologii tradycyjnej i przyznaje, że w wyniku jej dotychczasowych osiągnięć, a w pierwszym rzędzie ze względu na to, że poznano dostatecznie dobrze problematykę zaburzeń i słabości, można wreszcie zająć się pozytywnymi aspektami egzystencji. Innymi słowy, nastąpiły dogodne warunki, aby przyjrzeć się uwarunkowaniom „dobrego życia” (Trzebińska, 2008).

Psychologia pozytywna jest obecnie traktowana jako dopełnienie psychologii tradycyjnej, której celem jest skorygowanie istniejącego w badaniach oraz praktyce braku równowagi dotyczącego zainteresowania negatywnymi i pozytywnymi aspektami ludzkiego funkcjonowania oraz wprowadzenie większej systematyczności w analizowaniu i wspomaganie optymalnego funkcjonowania ludzi (za: Trzebińska, 2008). Podkreśla się tu, że cierpiący człowiek posiada nie tylko nieprawidłowe nawyki, konflikty z dzieciństwa czy popędy, ale także pozytywne doświadczenia, siłę charakteru i ambicje, które mogą służyć jako bufor dla różnych nieprawidłowości i zaburzeń (Duckworth, Steen, Seligman, 2005; Seligman, 2008).

Współczesna psychologia pozytywna – założenia, specyfika, kontrowersje

Na gruncie wspomnianej psychologii zakłada się, że pozytywne emocje nie są po prostu brakiem emocji negatywnych czy jedynie ich przeciwieństwem, zaś usunięcie przyczyn emocji negatywnych nie musi skutkować pojawieniem się emocji pozytywnych. Pozytywne i negatywne emocje mogą być od siebie całkowicie niezależne, tak więc usunięcie przyczyny cierpienia nie musi prowadzić do osiągnięcia dobrostanu – jest to jedynie usunięcie jednej z barier (por. podrozdz. 1.2). Szczęście i dobrostan to wypadkowa procesu będącego czymś więcej niż tylko brakiem depresji, lęku czy złości (Duckworth, Steen, Seligman, 2005; Seligman, 2008; 2011).

Szczęście, zgodnie z założeniami psychologów pozytywnych, przyjmuje trzy postaci wybierane jako cel sam w sobie i w ten sposób można wyjaśnić jego stałość bądź też zmienność. Wykazuje w dłuższej perspektywie stabilność, ponieważ w odpowiedzi na nowe warunki zmienia się postać, w jakiej jest przeżywane (Duckworth, Steen, Seligman, 2005; Tucholska, Gulla, 2007; Trzebińska, 2008; Seligman, 2011). Są to: a) przyjemne życie (*the pleasant life*), b) życie „zaangażowane” (*the engaged life*), oraz c) życie pełne sensu (*the meaningful life*).

Pierwsza forma dotyczy pozytywnych emocji związanych z przeszłością, teraźniejszością i przyszłością. Pozytywne emocje dotyczące przeszłości to satysfakcja, zadowolenie i spokój. Emocje związane z teraźniejszością to proste przyjemności zmysłowe i doznania somatyczne (smakowe, węchowe, wzrokowe itd.) oraz przyjemności wyższego rzędu, jak na przykład radość czy ekstaza. Z kolei z przyszłością związane są optymizm, nadzieja, wiara i zaufanie. Przyjemne życie polega na maksymalizowaniu emocji pozytywnych i minimalizowaniu bólu i emocji negatywnych, co nawiązuje do hedonistycznych koncepcji szczęścia. Życie zbudowane na skutecznym zaspakajaniu potrzeb wynikających z tego elementu można więc nazwać „życiem przyjemnym”.

Życie zaangażowane dotyczy pochłonięcia czy zaabsorbowania wykonywaną czynnością. Pochłonięcie czy zatopienie się w jakimś działaniu jest, według M. Seligmiana (2011), czymś więcej niż emocje pozytywne. Takie całkowite zaabsorbowanie wymaga użycia wszystkich sił i talentów, wymaga nauki i wyćwiczenia. Innymi słowy, szczęście jest tu pojmowane jako efekt podejmowania wysiłku i zaangażowania w określone czynności czy realizację celów. Istotną rolę odgrywają tu tzw. zalety sygnaturowe – *signature* (za: Tucholska, Gulla, 2007), czyli takie, które człowiek spostrzega jako autentycznie własne, są to między innymi mądrość, dzielność, zdolności przywódcze, dobroć, uprzejmość i zdolność do miłości. Życie zaangażowane jest spójne z eudajmonią.

Życie pełne sensu wiąże się z przynależnością do „pozytywnych instytucji”, do których zalicza się instytucje mentora, rodzinę, religię, lokalną społeczność, demokratyczne społeczeństwo, wolną prasę itp. Życie w służbie tych instytucji i przynależność do nich, większych i silniejszych niż sama jednostka, można określić życiem pełnym sensu.

Wyniki badań wskazują, że to przede wszystkim zaangażowanie i poczucie sensu życia przyczyniają się do ogólnej oceny szczęścia (za: Trzebińska, 2008).

Jak zauważył sam M. Seligman (2011), teoria szczęścia ma słabe punkty. Po pierwsze, utożsamia szczęście z pozytywnym nastrojem. Po drugie, badając szczęście bada w istocie zadowolenie z życia, które zależy w dużym stopniu od nastroju w danej chwili. Po trzecie, okazało się, że pozytywne emocje, zaangażowanie i poczucie głębszego sensu to nie wszystkie elementy, które ludzie wybierają jako cel sam w sobie. Konsekwencją tejże refleksji jest nowa teoria dobrostanu. Odejdźcie od teorii szczęścia w kierunku teorii dobrostanu M. Seligman (tamże) argumentuje następująco:

[...] kiedyś wydawało mi się, że przedmiotem psychologii pozytywnej jest szczęście, że najlepszym miernikiem szczęścia jest zadowolenie z życia, a celem psychologii pozytywnej jest zwiększenie zadowolenia z życia. Teraz uważam, że przedmiotem

psychologii pozytywnej jest dobrostan, najlepszym miernikiem dobrostanu jest osobisty rozkwit (życie pełną życia), a celem pozytywnej psychologii jest spotęgowanie osobistego rozkwitu. Ta teoria, którą nazywam teorią dobrostanu, mocno się różni od poprzedniej teorii, tj. teorii prawdziwego szczęścia (tamże, s. 28–29).

Dobrostan zgodnie z tą aktualną koncepcją jest konstruktem składającym się z pięciu elementów, które ludzie wybierają jako cele same w sobie, zaś każdy element musi posiadać następujące właściwości:

- 1) przyczyniać się do poprawy samopoczucia;
- 2) ludzie muszą go poszukiwać dla samego siebie, a nie w celu uzyskania czegoś innego;
- 3) być odrębny, czyli dawać się zdefiniować i zmierzyć niezależnie od pozostałych elementów.

Elementy składające się na dobrostan (akronim PERMA) to:

1. Pozytywne emocje (*Positive emotions*).
2. Pochłonięcie (*Engagement*).
3. Związki z innymi (*Positive relations*).
4. Sens (*Meaning*).
5. Osiągnięcia (*Accomplishment*).

Żaden z tych elementów sam w sobie dobrostanu nie określa, natomiast każdy z nich do niego się przyczynia (Seligman, 2011).

C. Peterson i M. Seligman (2004) stworzyli również listę sześciu cnót i 24 sił charakteru (*Values in Action VIA*), które według nich są uniwersalnymi i korzystnymi właściwościami psychicznymi składającymi się na charakter człowieka, chroniącymi przed problemami psychicznymi i będącymi przesłankami wysokiej jakości życia. Siły charakteru rozumiane są jako „pozytywne cechy mające swoje odzwierciedlenia w myślach, uczuciach i zachowaniach” (Park, Peterson, Seligman, 2004, s. 603). Cnoty to:

- 1) człowieczeństwo, na które składają się dobroć i miłość;
- 2) powściągliwość, złożona z skromności, samokontroli i rozwagi;
- 3) mądrość, składająca się z twórczości, ciekawości, chęci uczenia się, inteligencji społecznej, mądrości i racjonalności;
- 4) odwaga i takie siły jak witalność, zaradność i koherencja;
- 5) sprawiedliwość, do której zaliczono lojalność, zespołowość i przywódcość;
- 6) transcendencja i odpowiadające jej nadzieja, wdzięczność, wybaczenie, podziw dla piękna, duchowość, poczucie humoru.

W literaturze przedmiotu można znaleźć doniesienia wskazujące na zależności między siłami charakteru a zadowoleniem z życia (Park, Peterson, Seligman, 2004; Peterson i wsp., 2007), dobrostanem (Govindji, Linley 2007; Proctor, Maltby, Linley, 2009; Minhas, 2010; Linley i wsp. 2010), jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia (Proctor, Maltby, Linley, 2009) oraz poziomem stresu (Wood i wsp., 2010).

M. Seligman (2008; 2011) wprowadza także pojęcie „zdrowia pozytywnego”, które jest definiowane jako coś więcej niż tylko brak objawów zaburzeń i które należy analizować poprzez trzy wymiary (określane też terminem atuty), tj. subiektywny, biologiczny i funkcjonalny. Wymiary te można oszacować w sposób ilościowy, a ich kombinacje pozwalają prognozować między innymi długowieczność,

koszty zdrowotne, rokowania. Koncepcja zdrowia pozytywnego jest empiryczna, zaś zadaniem psychologów pozytywnych jest zbadanie, na ile wymienione wymiary rzeczywiście poprawiają wyniki dotyczące zdrowia i choroby.

Na wymiar subiektywny składają się:

- a) poczucie pozytywnego samopoczucia fizycznego. Poczucie witalności, wigoru, energii (w przeciwieństwie do poczucia słabego zdrowia, bycia podatnym na choroby czy przeżywania lęków o zdrowie);
- b) brak dokuczliwych symptomów;
- c) poczucie wytrzymałości, odporności i pewności własnego ciała (*confidence about one's body*);
- d) wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia;
- e) optymizm;
- f) wysoka satysfakcja z życia;
- g) pozytywne emocje, niewielkie i adekwatne do sytuacji nasilenie emocji negatywnych, silne poczucie zaangażowania i sensu.

Wymiar biologiczny dotyczy fizjologicznych i anatomicznych aspektów funkcjonowania człowieka, zarówno tych ogólnych (BMI, ciśnienie krwi, temperatura ciała, puls itp.), jak i charakterystycznych dla określonych chorób (np. w cukrzycy poziom cukru we krwi, czynność nerek, ostrość widzenia itp.).

Ostatni wymiar, funkcjonalny, dotyczy stopnia, w jakim jednostka funkcjonuje. Ten wymiar zawiera dwa rodzaje danych – laboratoryjne, czyli takie jak na przykład szybkość reakcji czy prędkość chodu, tolerancję wysiłku w chorobach serca, czucie w kończynach w cukrzycy, siłę chwytu w chorobach stawów oraz tzw. dopasowanie człowiek – środowisko, będące optymalnym poziomem adaptacji między funkcjami ciała i pozytywnymi wymaganiami wynikającymi ze stylu życia danego człowieka. Tak rozumiana adaptacja wiąże się z brakiem przeszkód w realizowaniu zadań związanych z życiem rodzinnym, zawodowym, społecznym. Do pomiaru tego ostatniego wymiaru pozytywnego zdrowia M. Seligman (2008) proponuje takie narzędzia, jak kwestionariusz SF-36 pozwalający ocenić, między innymi, funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego, dolegliwości bólowe, ogólne poczucie zdrowia, witalność, funkcjonowanie społeczne, ograniczenia w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych i poczucie zdrowia psychicznego (Tylka, Piotrowicz, 2009), *Sickness Impact Profile* – SIP (Bergner i wsp., 1976) do pomiaru stopnia wpływu stanu zdrowia/choroby na fizyczne, psychiczne i społeczne funkcjonowanie człowieka, *Functional Status Questionnaire* – FSQ (Jette i wsp., 1986) pozwalający dokonać oszacowania stopnia trudności, jakich doświadcza człowiek w swoim codziennym funkcjonowaniu.

Wśród celów tak rozumianej psychologii pozytywnej wymienić trzeba poznanie pozytywnej natury człowieka, opisanie specyficznych pozytywnych doświadczeń i dobrostanu, wyjaśnienie funkcjonowania człowieka zgodnie z „modelem pozytywnym”, optymalizowanie ludzkiego życia (za: Gulla, Tucholska, 2007).

Psychologia pozytywna, mimo wielu zwolenników, jest też również przedmiotem krytyki (m.in. Taylor, 2001; Held, 2002; 2004; Lazarus, 2003; Tucholska, Gulla, 2007; Miller, 2008). Główne zarzuty dotyczą niejasności pojęć, tautologii,

powierzchności sądów, nadmiernych uproszczeń i nieuwzględnienia zależności przyczynowo-skutkowych, moralizowania, dawania rad, nieuwzględnienia wartości adaptacyjnej tzw. emocji negatywnych i bogactwa ludzkiego doświadczenia. Próby merytorycznego przyjrzenia się stawianym zarzutom podjęli P. Kwiatek i K. Wilczewska (2015), słusznie zauważając, że psychologia pozytywna jest młodą i dynamicznie rozwijającą się dziedziną, dlatego jeśli chce się ją zrozumieć i opisać, należy uwzględnić ewolucyjność i dynamikę przemian. Zdaniem wspomnianych autorów trudno jest mówić o psychologii pozytywnej jako o czymś stałym, już ukonstytuowanym. To zaś, co zmianom nie podlega, to jej naukowy charakter, metody budowania i uzasadniania poglądów (założyciele nurtu psychologii pozytywnej od początku podkreślali posługiwanie się wiedzą opartą na rygorystycznych badaniach empirycznych) oraz ukierunkowanie na pozytywność. Celem psychologii pozytywnej jest przecież nie wyznaczanie sposobów osiągnięcia szczęścia, ale ich obiektywne opisywanie. Część zarzutów wiąże się też z błędnym rozumieniem tej dziedziny, zaliczaniem jej do, jak trafnie zauważyli P. Kwiatek i K. Wilczewska (2015), tzw. pop-psychologii i utożsamianiem z myśleniem pozytywnym czy „efektem Polyanny”.

Psychologia pozytywna nie zaprasza do postrzegania świata przez „różowe okulary” czy też do ignorowania realnych problemów egzystencjalnych lub koncentrowania się wyłącznie na pozytywnych stronach doświadczenia ludzkiego. Choć jest tu miejsce dla optymizmu i pozytywnego myślenia, to jednak psychologia pozytywna jest czymś znacznie szerszym i większym niż określony sposób interpretacji świata czy wydażeń. Jako nauka opisuje i wyjaśnia rzeczywistość taką, jaka ona jest, a nie, jaką powinna lub mogłaby być (tamże, s. 140).

Psychologia pozytywna rzeczywiście nie eksponuje w badaniach tzw. „emocji negatywnych”, to jednak nie bagatelizuje ich – przykładem jest chociażby „pozytywna terapia” powstała na gruncie klinicznym czy koncepcja „poszerzającej i budującej funkcji pozytywnych emocji” (*The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions*) B. Fredrickson (za: Kwiatek, Wilczyńska, 2015). Koncepcja Fredrickson nie zakłada braku trudnych emocji, ale mówi o właściwych proporcjach między tym, co negatywne i tym, co pozytywne (tamże).

Podsumowując, mimo – częściowo może i słusznych – zarzutów sformułowanych w stosunku do psychologii pozytywnej, należy podkreślić, że jej niewątpliwą zasługą jest akcentowanie i zwrócenie uwagi na mocne strony człowieka (zasoby osobiste czy też potencjał, nie wdając się w tym miejscu w szczegóły definicyjne), problematykę szczęścia, dobrostanu i jakości życia i ich związków ze zdrowiem somatycznym. Psychologia zdrowia w dużym stopniu korzysta właśnie z dorobku psychologii pozytywnej (za: Gulla, Tucholska, 2007). Na uwagę zasługuje również wprowadzenie do repertuaru technik terapeutycznych takich, które mają na celu koncentrację na pozytywnych aspektach życia (np. w przypadku terapii depresji; por. Duckworth, Steen, Seligman, 2005; Seligman, Rashid, Parks, 2006).

Czym jest przewlekła choroba somatyczna?

Nie istnieje jedna, ogólnie przyjęta definicja choroby przewlekłej, chronicznej (łac. *chronicus* – ‘ciągły’, stały w przeciwieństwie do łac. *acutus* – ‘ostry’) czy przewlekłego stanu somatycznego. Początkowo podział chorób na „ostre” i „przewlekłe” był oparty na ocenie czasu trwania, który jednak nie został jednoznacznie określony. Jeden epizod ostrej choroby liczono w dniach lub tygodniach, podczas gdy przewlekłą chorobę postrzegano jako trwającą miesiące, lata lub nawet całe życie. W literaturze przedmiotu można również spotkać stwierdzenie, że ostre choroby są spowodowane przez drobnoustroje chorobotwórcze, natomiast przewlekłe są wynikiem stylu życia, zachowania i środowiska. Taki sposób rozumowania jest jednak mocno uproszczony, gdyż, przykładowo, choroba ostra może zmienić, z wielu przyczyn, formę i stać się przewlekłą (Topór-Mądry, 2011).

Definicje formułowane aktualnie zarówno w literaturze, jak i na stronach różnych instytucji czy organizacji, różnią się od siebie. Wydaje się, że rozbieżności dotyczą przede wszystkim czasu trwania oraz stopnia precyzji w odniesieniu do poszczególnych kryteriów. M. Ziarko (2014) zauważa, że głównym kryterium definicji formułowanych na gruncie nauk medycznych jest czas trwania, zaś w naukach społecznych – typowe cechy.

I tak, według W. Hwang i wsp. (2001), osoba przewlekłe chora to taka, której dolegliwość trwa (bądź oczekuje się, że będzie trwać) 12 lub więcej miesięcy i wiąże się z ograniczeniami funkcjonalnymi oraz wymaga opieki medycznej. A. Berstain i wsp. (2003) chorobę przewlekłą definiują jako charakteryzującą się co najmniej jedną właściwością: jest chroniczna, skutkuje niepełnosprawnością, spowodowana jest nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymaga rehabilitacji lub specjalnego przeszkolenia chorego, można się spodziewać, że będzie wymagała długiego okresu nadzoru i opieki.

G. Warsaw (2006) twierdzi, że przewlekła choroba to stan, który trwa co najmniej jeden rok, wymaga ciągłej opieki lekarskiej oraz ogranicza codzienną aktywność chorego.

B. Friedman i wsp. (2008) uważają, że jest to stan, który trwa co najmniej 12 miesięcy i spełnia co najmniej jedno z dwóch kryteriów, tj. utrudnia samoopiekę, codzienne samodzielne funkcjonowanie i interakcje społeczne i/lub wymaga ciągłego korzystania z opieki lekarskiej, używania produktów medycznych lub specjalistycznych sprzętów.

G. Anderson (2010) twierdzi, że stan przewlekły to termin ogólny, który obejmuje różne choroby i zaburzenia. Dotyczy takich stanów, co do których oczekuje się, że będą trwały co najmniej rok, ograniczą funkcjonowanie i będą wymagać opieki lekarskiej.

Według National Center for Health Statistics (2011) każdy stan somatyczny, który ogranicza aktywność człowieka i wiąże się z odstępstwem od dobrostanu fizycznego i psychicznego, będzie mógł zostać określony jako przewlekły, jeżeli nie jest wyleczalny (np. choroby serca, cukrzyca, wady wrodzone) bądź trwa dłużej niż trzy miesiące.

M. McKenna i J. Collins (2010) opisują choroby przewlekłe jako te, które cechuje nie do końca poznana etiologia, wiele czynników ryzyka, długi okres lencji, brak zakaźności, ograniczenia funkcjonalne lub niepełnosprawność oraz nieuleczalność.

Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia (2011) zdefiniowali choroby przewlekłe to te, które są długotrwałe i wolno postępujące.

Jak widać z powyższych przykładowych definicji, wspólne cechy chorób przewlekłych to przede wszystkim długi czas trwania, zazwyczaj nieodwracalność zmian, konieczność opieki lekarskiej i różnorodne trudności oraz ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu.

Na charakterystyczne właściwości choroby przewlekłej wskazują także H. Leventhal i wsp. (2005 za: Ziarko, 2014). Uważają oni, że choroba taka:

- 1) ma charakter ogólnosystemowy, oddziałujący na funkcjonowanie wielu układów, przez co zakłóca przebieg procesów fizycznych, psychicznych i społecznych;
- 2) zakłóca normalny bieg życia; jej rozwój trwa przez wiele lat, z których większość przebiega bez widocznych objawów, a pełnoobjawowa choroba ujawnia się ok. 60. r.ż.;
- 3) jej przebieg i rozwój może być kontrolowany, ale nie jest możliwe całkowite wyleczenie;
- 4) stopniowo i niepostrzeżenie zaburza bądź uniemożliwia wykonywanie wielu codziennych czynności;
- 5) większość z nich charakteryzuje się relatywnie spokojnym przebiegiem, zakłócanym przez nawroty lub dramatyczne komplikacje zagrażające życiu.

Do głównych somatycznych chorób przewlekłych zalicza się: nowotwory, chorobę wieńcową, choroby naczyń mózgowych, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, przewlekłe choroby układu oddechowego, otyłość. Choroby przewlekłe są często przyczyną przedwczesnych zgonów – przyjmuje się, że na obecnym etapie rozwoju cywilizacji i opieki zdrowotnej zgon, który nastąpił przed 75. rokiem życia, jest zgonem przedwczesnym (Topór-Mądry, 2011). P. Conrad (za: Charmaz, 1994) wyróżnił dwa rodzaje chorób przewlekłych: takie, które wymagają zmiany dotychczasowego stylu życia i dostosowania się do nich i które nie wywołują poczucia zagrożenia życia (*lived-with-illness*), oraz choroby zagrażające życiu, które pojawiają się nagle (*mortal illnesses*). Do pierwszej grupy można zaliczyć między innymi cukrzycę, niewydolność nerek, reumatoidalne zapalenie stawów, łuszczycę, stwardnienie rozsiane, zespół przewlekłego zmęczenia, do drugiej zawał mięśnia sercowego, udar czy choroby nowotworowe.

Bardzo użyteczne kryteria klasyfikacji chorób przewlekłych zaproponował M. Ziarko (2014, 2016), mianowicie:

- 1) prawdopodobieństwo utraty życia, czyli schorzenia bezpośrednio zagrażające życiu i te, które skracają jego długość;
- 2) przebieg choroby oznaczający albo powolną ciągłą progresję, albo przebieg w postaci rzutów i remisji;
- 3) możliwość leczenia i kontrolowania choroby (bądź brak tych możliwości);

- 4) sposób leczenia – ograniczenie tylko do procedur medycznych lub dodatkowo zmiana stylu życia;
- 5) konsekwencje choroby (czyli nieznaczne upośledzenie funkcjonowania lub znaczne upośledzenie funkcjonowania w sferze somatycznej, psychicznej, społecznej).

Przypisanie określonej choroby do wymienionych kategorii implikuje odmienną sytuację psychologiczną chorego, różne koszty i oddziaływania terapeutyczne.

Znaczenie psychologii pozytywnej w wyjaśnianiu funkcjonowania osób przewlekle chorych

Na gruncie psychologii pozytywnej prowadzi się również badania poświęcone związkom między pozytywnymi emocjami, zasobami osobistymi, dobrotanem i przystosowaniem do chorób somatycznych, aczkolwiek są one stosunkowo nieliczne. Według E. Martz i H. Livneth (2016) na współczesne podejście do problematyki radzenia sobie z przewlekłą chorobą i niepełnosprawnością ogromny wpływ miały prace B. Wright i C. Vash (za: Martz, Livneth, 2016), które reprezentowały filozofię psychologii pozytywnej i można je wręcz traktować jak przysłowiowe „kamienie węgielne” dla tej dziedziny. B. Wright (1960) podkreślała rolę pozytywnego przewartościowania na skutek traumy lub utraty oraz przewagi pozytywnego radzenia sobie (w przeciwieństwie do poddania się) w procesie adaptacji do schorzenia. Akceptację niepełnosprawności (lub utraty) pojmowała jako pozytywny przebieg psychospołecznego rozwoju, w którym to osoba z niepełnosprawnością uznaje poniesione straty (np. zdrowotne) za niedeprecjonujące jej życia. Za konieczne do pomyślniej adaptacji uznała takie czynniki, jak rozszerzenie zakresu posiadanych wartości, minimalizowanie znaczenia wartości związanych z ciałem i fizycznością na rzecz innych, blokowanie negatywnych konsekwencji stanu zdrowia oraz skupienie się na swoich zasobach bez porównywania się z innymi ludźmi bądź też bez odnoszenia się do standardów wypracowanych przed chorobą/niepełnosprawnością. Pozytywne radzenie sobie wiąże się z kolei z aktywnością, wewnętrznym przekonaniem o kontroli zdrowia, rozwiązywaniem problemów, nadzieją, satysfakcją z życia. Osoba, która sobie radzi, docenia to co osiągnęła w życiu i czerpie satysfakcję z posiadanych zasobów.

Znaczenie duchowości, transcendencji i niezależności w procesie doceniania życia z niepełnosprawnością, jako jedna z pierwszych, zaczęła podkreślać C. Vash (za: Martz, Livneth, 2016). Zwracała uwagę na znaczenie miłości, związków z ludźmi, intymności, relacji seksualnych, pracy i rekreacji w życiu ludzi niepełnosprawnych. Jak podkreślają E. Martz i H. Livneth (2016), C. Vash, na wiele lat przed M. Seligmanem, dostrzegła istotę przekraczania ograniczeń nałożonych na osoby niepełnosprawne i znaczenie tego procesu w osiąganiu pomyślniej adaptacji. Co więcej, postrzegala niepełnosprawność jako możliwość doświadczenia wzrostu.

Współczesne trendy psychologii pozytywnej w odniesieniu do funkcjonowania osób z chorobami przewlekłymi najczęściej dotyczą analizowania takich

aspektów, jak związki określonych zasobów osobistych (takich jak optymizm, nadzieja, prężność) z przystosowaniem do przewlekłej choroby somatycznej, konsekwencje dostrzegania sensu i korzyści z choroby, problematyka potraumatycznego wzrostu, korelaty jakości życia w chorobach somatycznych, a także związki dobrostanu i pozytywnych stanów emocjonalnych ze stanem zdrowia i długością życia (Sęk, Ziarko, 2009; Diener, Chan, 2013; Ogińska-Bulik, 2013; Martz, Livneth, 2016). Aktualne trendy psychologii pozytywnej dobrze oddaje pytanie: ile zdrowia tkwi w chorobie? (Sęk, 2001).

1.2. Sposoby rozumienia pojęcia „przystosowanie do choroby”

Uzyskanie medycznej diagnozy przewlekłej choroby somatycznej wiąże się z konfrontacją z zupełnie nową sytuacją, która wymaga od człowieka wykorzystania adaptacyjnych sposobów radzenia sobie. Chory musi znaleźć nowe sposoby poradzenia sobie i przystosowania do niespodziewanej, najczęściej ocenianej jako zagrażającej i niepewnej, sytuacji. Sytuacji, która nie skończy się, co najwyżej będzie się nasilać. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że przystosowanie się do przewlekłej choroby jest skomplikowanym procesem, na który wpływają wzajemnie oddziałujące uwarunkowania zewnętrzne (wsparcie społeczne, sytuacja życiowa), właściwości jednostki (m.in. cechy osobowościowe, mechanizmy obronne, system przekonań i oczekiwań, sposoby radzenia sobie ze stresem) oraz charakterystyki samego schorzenia (de Ridder i wsp., 2008; Hoyt, Staton, 2012; Heszen, Sęk, 2012).

Problematyka przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej poruszana jest na gruncie psychologii zdrowia od początku istnienia tej dyscypliny, jednak okazuje się, że nie została jeszcze wypracowana spójna definicja oraz sposób pomiaru tego zjawiska (Frank, Elliot, 2000; Smart, 2001; Bishop, 2005; Larsen, Hummel, 2013; Moss-Morris, 2013). Wydaje się, że ten brak konsensusu co do definicji przystosowania się do choroby wynika między innymi z braku zgodności odnośnie do tego, co na przystosowanie powinno się składać; innymi słowy, jakie aspekty funkcjonowania świadczą o przystosowaniu. Ponadto otwarte pozostaje pytanie, na ile przystosowanie jest procesem wspólnym dla wszystkich chorych, a na ile przeciwnie, ma charakter specyficzny i u każdego człowieka przebiega inaczej. A może różni się także w zależności od rodzaju choroby?

Istnieje wiele sposobów rozumienia i pomiaru przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej. Wydaje się również, że pojawiające się w doniesieniach (i w badaniach) teoretyczne ujęcia przystosowania do choroby nie mają przełożenia na praktykę kliniczną (por. Bishop, 2005).

W literaturze przedmiotu angielskie pojęcia *adaptation* i *adjustment* są zazwyczaj stosowane naprzemiennie (Larsen, Hummel, 2013), aczkolwiek, jak podkreślają S. Smedema, S. Bakken-Gillen i J. Dalton (2009), mają różne znaczenie. *Adaptacja (adaptation)* jest dynamicznym procesem doświadczanym przez

człowieka i prowadzącym do uzyskania harmonii ze środowiskiem, czyli przystosowania (*adjustment*). Adaptacja jest więc „drogą, jaką człowiek musi przemierzyć w swojej podróży do przystosowania” (Smedana, Bakken-Gollen, Dalton, 2009, s. 51). Innymi słowy, adaptacja jest procesem prowadzącym do uzyskania celu, jakim jest przystosowanie.

Psychologiczne przystosowanie do choroby somatycznej rozumiane może być jako „zdrowe osiągnięcie równowagi w nowych warunkach” (de Ridder i wsp., 2008, s. 246), co jest dosyć ogólnym sposobem spojrzenia na omawiane zjawisko. Podobnie szeroko definiuje pojęcie psychologicznej adaptacji do choroby M. Bishop (2005), według której jest to „proces będący odpowiedzią na funkcjonalne, psychologiczne i społeczne zmiany pojawiające się w wyniku doświadczania niepełnosprawności lub choroby przewlekłej i związanego z tym leczenia” (tamże, s. 6). Proces ten jest przedstawiony w kategoriach ruchu w kierunku różnie opisywanych wyników (*outcomes*). W tej ostatniej charakterystyce widać wyraźnie (choć nie jest to zaakcentowane) rozróżnienia na adaptację i przystosowanie. Dokonując przeglądu literatury przedmiotu, można zauważyć, że zarówno adaptacja jak i przystosowanie opisywane są na różne sposoby.

A. Dijkstra i wsp. (2008) psychologiczną adaptację do choroby sprowadzają i utożsamiają z akceptacją choroby i podają różne sposoby rozumienia tego pojęcia. Przykładowo, według T. Dembo, G. Leviton i B. Wright (1956) akceptacja niepełnosprawności oznacza akceptację straty. J. Zauszniewski i wsp. (2002) pod pojęciem akceptacji choroby rozumieją psychologiczne przystosowanie do potencjalnych jej ograniczeń skutkujące integracją stylu życia i przewlekłej choroby. Wspomniani autorzy (por. Dijkstra i wsp., 2008) po dokonaniu przeglądu twierdzeń składających się na różne metody do pomiaru akceptacji choroby, dochodzą do wniosku, że można ją opisać jako „stan psychologiczny, w którym choroba staje się częścią spostrzeganej przez chorego rzeczywistości, i nie jest już traktowana jako czynnik ograniczający człowieka” (tamże, s. 120). Takie stanowisko akcentuje, iż życie z chorobą jest cenne i warte podejmowania wysiłku (np. stosowania się do zaleceń), jednocześnie zaś chęć wyzdrowienia jest pozbawiona obsesyjnego szukania skutecznego leku. Inni badacze (np. Livneth, Antonak, 1997; Juczyński, 2001; Steuden, 2002; Chodkiewicz, 2004) akceptację choroby postrzegają raczej jako element przystosowania do choroby, które jest zjawiskiem znacznie szerszym. W tym ujęciu wiąże się ona z uznaniem przez pacjenta faktu wystąpienia choroby i jest swoistą „zgoda” na związane z nią zmiany w dotychczasowym życiu oraz brak samowystarczalności czy zależność od innych ludzi (Juczyński, 2001).

Wyrazem przystosowania do choroby jest brak zarówno zaburzeń psychicznych (najczęściej tych z grupy zaburzeń depresyjnych i lękowych, zaburzeń adaptacyjnych czy PTSD), jak i symptomów pozwalających na rozpoznanie tych zaburzeń (Hoyt, Staton, 2012; Larsen, Hummel, 2013; Moss-Morris, 2013). Jak podkreśla R. Moss-Morris (2013), takie podejście pozwala na stosunkowo łatwy pomiar, aczkolwiek nie uwzględnia tego, że słabe przystosowanie do schorzenia może nie wyrażać się zmianami nastroju tylko, przykładowo, nieadaptacyjnymi zachowaniami zdrowotnymi (jak, na przykład, nadużywanie alkoholu czy innych substancji psychoaktywnych) lub problemami w wypełnianiu ról społecznych. Co

więcej, podejście to zakłada, że przystosowanie do przewlekłej choroby somatycznej jest problemem psychicznym, co z kolei implikuje interwencje psychoterapeutyczne skoncentrowane tylko na poradzeniu sobie z zaburzeniami psychicznymi. Okazuje się jednak, że takie postępowanie terapeutyczne nie zawsze jest skuteczne w przypadku omawianej grupy chorych (Hind i wsp. 2010; Moss-Morris, 2013). Ponadto występowanie psychopatologii nie musi być tylko skutkiem choroby – może występować jeszcze przed pojawieniem się zmian somatycznych czy być też niezwiązane ze stanem fizycznym. Innymi słowy, występowanie, przykładowo, klinicznej depresji nie musi oznaczać, że chory ma problemy z przystosowaniem się do swojego schorzenia somatycznego.

Przystosowanie do przewlekłej choroby somatycznej bywa też analizowane przez oszacowanie nasilenia negatywnego afektu związanego z chorobą (Hoyt, Stanton, 2012). Jednakże nasilenie negatywnego afektu powinno się rozpatrywać w odniesieniu od etapu czy czasu trwania choroby. Początkowo, po otrzymaniu diagnozy, silne emocje mogą działać motywująco do szukania pomocy i leczenia. I w tym przypadku, bądź też również w momencie wznowienia zmian chorobowych, brak silniejszych emocji będzie powodował trudności w przystosowaniu się osoby chorej do sytuacji, w jakiej się znalazła. Z kolei silny negatywny afekt utrzymujący się zbyt długo nie będzie już działał adaptacyjnie (Moss-Morris, 2013). Jak podkreślają M. Hoyt i A. Stanton (2012), uwzględnianie w badaniach tylko negatywnych emocji daje połowiczny obraz przystosowania do choroby. Silny stres nie musi wcale wiązać się z późniejszymi problemami we wszystkich dziedzinach życia. Uwzględnienie pozytywnych aspektów funkcjonowania człowieka z chorobą przewlekłą pozwala obalić społeczne przekonanie, że choroba jest wyłącznie źródłem cierpienia. E. Costanzo, C. Ryff i B. Singer (2009) porównali 398 osób chorych na nowotwory z 796 osobami, u których choroby nie stwierdzono. Okazało się między innymi, że chorzy mają znacznie obniżony nastrój (wyższy poziom lęku i depresji, silniejszy negatywny afekt i słabszy pozytywny), ale już dobrostan społeczny, duchowość i wzrost osobowy był u nich na wyższym poziomie. Tak więc osoby przewlekłe chore doświadczają szerokiego wachlarza emocji, również określanych jako pozytywne.

Przystosowanie do choroby somatycznej bardzo często rozpatruje się z perspektywy radzenia sobie ze stresem i adaptacji do przewlekłego stresu. Znamienną dla tego podejścia jest relacyjna koncepcja stresu R. Lazarusa i S. Folkmana (1984), którzy zdefiniowali stres jako „określoną relację między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” (tamże, s. 19). W badaniach w obrębie tego podejścia wykorzystuje się różne narzędzia pomiaru albo do badania ogólnego nasilenia stresu (jak PSS-10), albo strategii radzenia sobie ze stresem (COPE), albo specyficznych dla danej jednostki chorobowej sposobów radzenia sobie. Rezultaty podejmowanej przez chorego człowieka aktywności analizowane są, w tym ujęciu, poprzez szacowanie na przykład poziomu jakości życia czy dobrostanu. Tak więc interpretacja wyników nie jest jednoznaczna, zależy bezpośrednio od zastosowanego narzędzia i daje tylko częściowy obraz przystosowania do choroby (por. Moss-Morris, 2013).

Niektórzy autorzy definiują przystosowanie się do choroby przewlekłej poprzez realizację wyzwań, jakie stawia przed człowiekiem stan fizyczny (Hoyt, Staton, 2012; Moss-Morris, 2013). I znowu, taki sposób rozumienia tego terminu wydaje się być niewystarczający – różne choroby stawiają bowiem przed człowiekiem różne wymagania. Osoby cierpiące na reumatoidalne zapalenie stawów muszą stawić czoło bólowi, bezsennym nocom z nim związanym i postępującej niepełnosprawności. W przypadku chorych na łuszczycę jest to, między innymi, radzenie sobie ze zmienionym wyglądem i społeczną ekspozycją. Chorzy na cukrzycę borykają się z reżimem dietetycznym, koniecznością przyjmowania leków i lękiem przed powikłaniami. Przewlekłe choroby nerek mogą wymagać dostosowania trybu życia do dializ. Tak więc przewlekłe choroby somatyczne stawiają człowieka przed różnymi wyzwaniami. Co więcej, ta sama jednostka chorobowa może być zupełnie inaczej doświadczana przez różnych chorych, a zatem w odniesieniu do adaptacji w chorobach przewlekłych można powiedzieć, że „heterogeniczność jest regułą, nie wyjątkiem” (Lubkin, Larsen, 2013, s. 77).

Z drugiej jednak strony, istnieją trudności i problemy wspólne dla osób z różnymi schorzeniami (Schiaffino, Shawaryn, Blum, 1998) i w związku z tym następnym sposobem analizowania przystosowania do choroby przewlekłej jest koncentracja na realizacji tzw. celów adaptacyjnych – ogólnych i związanych z samą chorobą (Moos, Schaefer, 1984; Moos, Holahan, 2007). Do tych ogólnych zalicza się: utrzymanie równowagi emocjonalnej, zadowalającego obrazu samego siebie oraz poczucia kompetencji, zachowanie dobrych relacji społecznych i przygotowanie na niepewną przyszłość. Specyficzne, czyli związane z chorobą, cele to radzenie sobie z objawami chorobowymi, niepełnosprawnością i leczeniem oraz wytworzenie i utrzymanie adekwatnych relacji z zespołem leczącym. Podkreśla się jednak, że w zależności od samej osoby chorej oraz obrazu schorzenia, wymienione zadania mogą być zupełnie różne. Ponadto, nie jest wiadomo, w jaki sposób ustalono wymienione wcześniej cele – nie istnieją żadne dane na ten temat (Moss-Morris, 2013). Podobnie jak cele adaptacyjne można potraktować umiejętności związane z chorobą somatyczną, wśród których wymienia się: zdolność do kontrolowania emocji, by móc podjąć niezbędne działania; unikanie, pomniejszanie lub negowanie znaczenia bądź wpływu sytuacji kryzysowych; korzystanie z zasobów intelektualnych szczególnie w poszukiwaniu informacji na temat choroby; umiejętność zdobywania wsparcia społecznego ze strony rodziny, przyjaciół, personelu medycznego; wyrażanie ważnych uczuć w stosunku do innych ludzi; uczenie się konkretnych procedur związanych ze zmaganiem się z chorobą, a tym samym radzenie sobie z nią i zwiększaniem poczucia kontroli; ustalanie konkretnych, ograniczonych i realistycznych celów w procesie zdrowienia; rozpatrywanie różnych możliwych wydarzeń, na przykład konsekwencji zabiegu, rozmawianie o tych przemyśleniach z osobami bliskimi, aby przygotować je na to, co może się zdarzyć, uspokoić je i siebie samego lub rozpocząć proces żałoby; odnajdywanie sensu i celu przebiegu zdarzeń (Moos, 1977).

W wielu doniesieniach wyznacznikiem bądź synonimem przystosowania do choroby są również:

- różnie operacjonalizowana jakość życia (Farber i wsp. 2000; Ferrin, 2003; Viane i wsp., 2003; Juczyński, 2001; Fournier, de Ridder i Bensig, 2001; Trevino, McConnel, 2014),
- dobrostan psychiczny (Viane i wsp., 2003; Bishop, 2005; 2007; 2008);
- stopień przestrzegania zaleceń medycznych (*compliance*) lub systematyczne zażywanie leków (*adherence*) (Wright, Kirby, 1999).

D. de Ridder i wsp. (2008) wyróżniają pięć elementów składających się na przystosowanie do choroby:

- 1) realizacja wyzwań adaptacyjnych (np. przystosowanie do niepełnosprawności);
- 2) utrzymanie równowagi emocjonalnej, satysfakcjonujących relacji z innymi ludźmi;
- 3) brak zaburzeń psychicznych, obniżony negatywny i podwyższony pozytywny afekt;
- 4) optymalne funkcjonowanie w rolach (np. zawodowych);
- 5) zadowolenie z różnych wymiarów składających się na ogólny dobrostan.

H. Livneh i R. Antonak (2005), opierając się na literaturze przedmiotu, traktują przystosowanie w kategoriach reakcji, będącej

[...] reorganizacją, reintegracją lub reorientacją, która zawiera w sobie: a) poznawcze pogodzenie się z własną kondycją, jej wpływem i chronicznością oraz trwałością; b) afektywną akceptację i internalizację siebie jako osoby z przewlekłą chorobą somatyczną uwzględniającą nową lub zrekonstruowaną koncepcję siebie (*self-concept*), uaktualnione wartości życiowe i poszukiwanie nowych znaczeń; c) aktywne dążenie (m.in. behawioralne) do osiągnięcia osobistych, społecznych i/lub zawodowych celów wiążące się z radzeniem sobie z wszelkimi trudnościami, które to utrudniają osiągnięcie tych celów (tamże, s. 83).

Przeglądając literaturę przedmiotu, M. Hoyt i A. Stanton (2012) wyciągają następujące wnioski odnośnie do przystosowania się do choroby, mianowicie: przystosowanie do przewlekłej choroby somatycznej ma charakter wielowymiarowy, złożony, uwzględniający zarówno intra-, jak i interpsychiczne wymiary oraz zmienia się wraz z upływem czasu. Wymiary składające się na przystosowanie do choroby są ze sobą wzajemnie powiązane i wzajemnie na siebie oddziałują (np. obniżone samopoczucie i symptomy depresyjne mogą wpłynąć na stopień kontroli poziomu glukozy u osób z cukrzycą). Przystosowanie do choroby zależy zarówno od samego obrazu klinicznego, jak i od właściwości psychologicznych osoby chorej. Z jednej strony wskazuje się na to, że osoby przewlekle chore są narażone na silny stres i związane z nim dysfunkcje, z drugiej strony wielu chorych dobrze sobie radzi i można stwierdzić, że są „dobrze przystosowani” (por. Diener, 1984; Helgeson, Snyder, Seltman, 2004; Hinnen i wsp., 2008). Przystosowanie do choroby zawiera w sobie zarówno pozytywne, jak i negatywne wymiary. Pozytywne i negatywne emocje są oddzielnymi wymiarami, mającymi inne przyczyny i inne konsekwencje. Co więcej, wielu autorów podkreśla, że doświadczając trudnych sytuacji człowiek jest zdolny odczuwać nie tylko negatywne emocje – jest w stanie również doświadczać na przykład zadowolenia czy radości. Osoby z przewlekłymi

chorobami somatycznymi potrafią dostrzec pozytywne zmiany, jakie zaszły w ich życiu właśnie na skutek choroby (polegające, na przykład, na poprawie relacji z bliskimi), znaleźć jej sens czy dokonać weryfikacji wyznawanych wartości (Tedeschi, Calhoun, 1996; Widows i wsp., 2005; Belizzi i wsp. 2007; Folkman, 2008). Dosadnie obrazuje to fragment z książki M. Baranowskiej (2011), zawierającej refleksje na temat życia z chorobą przewlekłą:

W ostatnich tygodniach życia była nieszczęśliwa, że musi opuścić męża i dzieci, ale w tym samym czasie doznała niezwykłego szczęścia, polegającego na odkryciu, jak wspaniale miała życie, dotąd uważane przez nią za zwyczajne i szare (tamże, s. 151).

1.3. Modele przystosowania do choroby przewlekłej

K. Stewart, D. Ross i S. Hartley (2004) twierdzą, że idealny model przystosowania do choroby przewlekłej powinien uwzględniać wzajemnie powiązania biologicznych, psychologicznych, społecznych i behawioralnych zmiennych związanych z jednostką i procesem chorobowym, być dostatecznie ogólny, żeby można go było odnieść do wielu chorób przewlekłych, uwzględniać wpływ kultury, pochodzenia etnicznego oraz etapu życia jednostki, a także móc tak przewidywać poziom przystosowania jednostki, by można było wyznaczyć i wdrożyć odpowiednie interwencje.

Dokonując przeglądu literatury przedmiotu można wyróżnić kilka mniej lub bardziej rozbudowanych i całościowych modeli odnoszących się do przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej i traktujących tę problematykę z perspektywy różnych paradygmatów. Co prawda trudno znaleźć taki, który spełniałby wszystkie wyżej wymienione kryteria. Wydaje się, że opracowywane modele ewoluują w kierunku coraz bardziej obszernych, starających się uwzględnić jak najwięcej czynników.

Najczęściej opisywane w literaturze i najbardziej znaczące w kontekście niniejszych rozważań są modele, które można zaliczyć do trzech głównych kategorii:

- medyczne,
- uwzględniające znaczenie procesów poznawczych i zasobów osobistych,
- holistyczne.

Pierwsza kategoria zawiera dwa modele, prezentujące klasyczne, medyczne podejście do problematyki przystosowania do chorób przewlekłych i koncentrujące się przede wszystkim na systemie opieki zdrowotnej. Zostanie tu podany przykład jednego z nich. Kolejne kategorie przedstawione zostaną znacznie obszerniej. Najwięcej miejsca zostanie poświęcone relacyjnemu ujęciu stresu i jego modyfikacjom oraz zdroworozsądkowemu modelowi samoregulacji, ze względu na to, że niniejsze opracowanie bazuje właśnie na transakcyjnej koncepcji stresu i radzenia sobie z nim oraz roli oceny poznawczej. Co więcej, większość kolejno

opisywanych modeli nawiązuje do klasycznej koncepcji R. Lazarusa i S. Folkman, zaś dwa ostatnie próbują ją uzupełnić tak, by powstał całościowy obraz elementów składających się na przystosowanie do przewlekłej choroby somatycznej.

1.3.1. Model medyczny

Model Opieki nad Osobami Przewlekłe Chorymi (The Chronic Care Model – CCM) sformułowany został w 1998 roku przez E. Wagnera, i dopracowany znacznie później, przez tego samego autora (Wagner i wsp., 2001). Głównym elementem tego podejścia jest aktywność własna chorego określana mianem samodzielnego zarządzania (*self-management*), zaś sama koncepcja ma na celu, przede wszystkim, zwrócenie uwagi na aktywność człowieka chorego oraz pomoc przy podejmowaniu biopsychospołecznych decyzji dotyczących leczenia (Wagner, 2000; Lubkin, Larsen, 2013). Zakłada ona, że przystosowanie do choroby przewlekłej jest możliwe dzięki współpracy wszystkich poziomów opieki zdrowotnej z pacjentem i dąży do utrzymania człowieka w tak dobrym stanie zdrowia, jak tylko jest to możliwe (Lubkin Larsen, 2013). Kolejny Model Opieki nad Osobami Przewlekłe Chorymi ma na celu poprawę i optymalizację sześciu głównych, powiązanych ze sobą elementów systemu ochrony zdrowia. Do elementów tych zaliczono: organizację systemu opieki zdrowotnej, wzmacnianie i wspieranie umiejętności samodzielnego zarządzania zdrowiem przez pacjenta (w tym edukację chorych i ich opiekunów), wspieranie chorego w podejmowaniu decyzji odnośnie do stanu zdrowia, dostarczanie specyficznych usług, dostarczanie informacji klinicznej i organizowanie źródeł wsparcia dla osób przewlekłe chorych w społeczności lokalnej (Wagner i wsp. 2001).

System opieki zdrowotnej, która jest zorientowana na pomoc osobom przewlekłe chorym, powinien obejmować całą populację pacjentów z danego ośrodka opieki podstawowej oraz identyfikować pacjentów obciążonych ryzykiem wystąpienia chorób przewlekłych (Wagner i wsp. 2001; Davis, Tamayo, Fernandez, 2012).

1.3.2. Modele uwzględniające znaczenie procesów poznawczych i zasobów osobistych

S. Taylor (1984) w swoim modelu poznawczej adaptacji do choroby podkreśla znaczenie radzenia sobie z wyzwaniami choroby poprzez takie poznawcze aktywności, jak poszukiwanie znaczenia choroby, zdobywanie poczucia mocy i odzyskanie poczucia wartości. Poszukiwanie znaczenia choroby ujmowane jest jako chęć zrozumienia swojej sytuacji. Próby znalezienia przyczyny choroby przyjmują co najmniej dwie formy: poszukiwania odpowiedzi na pytanie, co dokładnie spowodowało chorobę (np. stres, dieta, uraz piersi) oraz rekonstrukcję hierarchii wartości i zmianę życia w taki sposób, aby dawało ono więcej satysfakcji. Jak

podaje Taylor (tamże, s. 19): „zagrożenie spowodowane rakiem spostrzegane jest przez wiele osób jako czynnik katalizujący rekonstrukcję ich życia, aby było ono bardziej sensowne, prowadzi więc do nagradzających efektów”. Taka reinterpretacja zaistniałej sytuacji ma na celu wzbudzenie pozytywnych emocji i uzyskanie korzystnego bilansu życiowego.

Zdobywanie poczucia mocy jest próbą znalezienia czynników umożliwiających kontrolę nad sytuacją zagrażającą, czyli odzyskiwanie poczucia wpływu na przebieg schorzenia i wyrobienie przekonania, że jest się w stanie zapobiec nawrotowi choroby (m.in. poprzez stosowanie takich technik jak medytacja, autohipnoza, pozytywne myślenie, a także zmianę diety czy zaprzestanie przyjmowania medykamentów, takich jak np. pigułki antykoncepcyjne).

Z kolei odzyskanie poczucia wartości dokonuje się poprzez przetwarzanie informacji o sobie i świecie. Powszechnie używaną strategią jest „porównywanie w dół” z osobami będącymi w takiej samej sytuacji lub w sytuacji gorszej i gorzej sobie radzącymi.

Celem wszystkich opisanych powyżej zabiegów jest poprawa samopoczucia i odzyskanie równowagi psychicznej. Koncepcja Taylor opiera się na założeniu o pozytywnej roli złudzeń, rozumianych jako specyficzny sposób dostrzegania faktów, który pozwala zobaczyć je jako korzystniejsze. W. Łosiak (1999) podkreśla, iż skuteczność oraz korzystny wpływ złudzeń należy rozpatrywać w odniesieniu do konkretnych sytuacji i osób, a nie w kategoriach uniwersalnych zasad. Tak więc złudzenia są niezbędne dla zachowania zdrowia psychicznego oraz niezwykle pomocne w zmaganiu się z chorobami przewlekłymi, ze względu na ulgę, którą przynoszą. Opisana powyżej adaptacja polega na wykorzystaniu mechanizmów poznawczych w celu uformowania obrazów własnej sytuacji i osoby tak, aby przestały być źródłem lęku a nawet budziły pozytywne emocje (Łosiak, 1999; Heszen-Niejodek, 2000; Grzegołowska-Klarkowska, 2001; Kofta, 2001; Sędek, 2001).

Należy jednak podkreślić, że koncepcja S. Taylor powstała w oparciu o wywiady prowadzone z 78 (*sic!*) kobietami z rozpoznanym nowotworem piersi. Jak podkreśla I. Heszen (2013), koncepcja zyskała rozgłos w dużej mierze dzięki swojemu optymistycznemu wydźwiękowi, jednak nie udało się dokonać polskiej replikacji badań nad poznawczą adaptacją do choroby oraz nie znalazła ona zastosowania w polskiej rzeczywistości (Wawak-Sobierajska, 1995; Heszen, 2013). Z drugiej strony warto zaznaczyć, że istnieją zagraniczne doniesienia potwierdzające użyteczność opisanej powyżej teorii (Bower i wsp., 1998; Reed i wsp., 1994; 1999; Goodwin, Ogden, 2007).

Relacyjna teoria stresu

Na przystosowanie do przewlekłej choroby somatycznej można również spojrzeć z perspektywy relacyjnej teorii stresu (Lazarus, Folkman, 1984), w której kryterium wystąpienia stresu stanowi ocena sytuacji dokonywana na drodze konfrontacji między, z jednej strony, wymaganiami i ograniczeniami danej sytuacji, z drugiej – indywidualnymi cechami jednostki formującymi się w ciągu całego życia. Stresujący charakter danej relacji określają dwa podstawowe procesy psychologiczne, mianowicie ocena poznawcza i radzenie sobie (Lazarus, Folkman, 1984; Heszen, 2013).

Ocena poznawcza jest procesem wartościowania, poprzez który jednostka określa osobiste znaczenia relacji z otoczeniem. Wyróżnia się dwie formy oceny poznawczej: ocenę pierwotną i wtórną. Ocena pierwotna jest osądem o znaczeniu danej transakcji dla dobrostanu jednostki. Może ona przybierać postać krzywdy/straty, zagrożenia lub wyzwania. Krzywda odnosi się do szkody już zaistniałej (jak utrata wartościowych obiektów), zagrożenie zaś do takich samych szkód, które mogą zaistnieć w przyszłości. Wyzwanie natomiast dotyczy sytuacji, w których możliwe są zarówno szkody oraz straty, jak i korzyści. M. Hoyt i A. Stanton (2012) podkreślają, że ocena pierwotna odgrywa kluczową rolę w procesie adaptacji do choroby przewlekłej. Każdej z postaci oceny towarzyszą charakterystyczne emocje. W przypadku krzywdy/straty pojawia się złość, żal i smutek. Zagrożeniu towarzyszą strach, lęk oraz martwienie się. Co więcej, ocena sytuacji w kategoriach zagrożenia jest silnym predyktorem symptomów depresyjnych. Szczególnie silny związek spostrzeganego zagrożenia z pogorszeniem zdrowia psychicznego dotyczy sytuacji, w której choroba zagraża utrzymaniu cenionych (w danym kręgu kulturowym) ról społecznych, bądź też realizacji, na optymalnym poziomie, ważnych dla człowieka zadań (Hoyt, Stanton, 2012). Przykładowo, G. Affleck i wsp. (2001) wykazali, że u osób z fibromyalgią spostrzeganie zagrożenia dla osiągnięcia celów wiąże się z odczuwaniem silniejszego bólu i z silniejszym zmęczeniem.

Ocena sytuacji w kategoriach wyzwania może pociągać za sobą zarówno emocje negatywne, podobne do tych, które towarzyszą zagrożeniu, jak i pozytywne, tj. nadzieję, zapał, podniecenie i rozweselenie (Heszen-Niejodek, 2000; 2002; Heszen, 2013). Literatura przedmiotu zawiera stosunkowo dużo doniesień na temat pozytywnego związku postrzegania sytuacji stresowej (w tym choroby) w kategoriach korzyści i przystosowania do stanu zdrowia (Carver, Antoni, 2004; Bower i wsp., 2005; Bussell, Naus, 2010; Kossakowska, Zemla-Sieradzka, 2011; Hoyt, Stanton, 2012; Ogińska-Bulik, Kraska, 2017). Oczywiście, można znaleźć doniesienia (ale już zdecydowanie mniej), które takich związków nie wykazują (Lechner i wsp., 2006).

Ocena poznawcza dotycząca choroby i jej konsekwencji może przybrać każdą z wyżej wymienionych form. Aktualna sytuacja może być oceniana jako krzywda/strata (kalectwo, utrata poczucia sensu życia), co wyraża się w wypowiedziach typu „dlaczego ja?”, „za co mnie to spotkało?”. Może być oceniana jako zagrożenie dla wartości takich jak życie (nawet jeżeli istnieje brak obiektywnych podstaw), samoocena, sprawność, relacje z innymi. Wyzwanie z kolei wiąże się ze świadomością możliwości leczenia i własnego w nim udziału oraz z oceną realizacji życiowych celów. Obecność wszystkich trzech form oceny poznawczej została potwierdzona w różnych badaniach. Najczęściej jednak na plan pierwszy wysuwała się ocena choroby jako wyzwania (Heszen-Niejodek, 2000; Heszen, 2013).

Ocena poznawcza rozpatrywana w wymiarze czasowym charakteryzuje się zmieniającą się dynamiką oraz współwystępowaniem różnych elementów (np. zagrożenia i wyzwania). Dynamika zmian zależy od obiektywnej sytuacji chorego. Człowiek ocenia, czy jego aktualna konfrontacja z otoczeniem angażuje ważne dla niego wartości i cele. Może ona zostać oceniona jako transakcja bez znaczenia, nieistotna, sprzyjająco-pozytywna lub stresująca (Makowska, Poprawa, 2001).

Ocena wtórna pojawia się, gdy sytuacja zostaje oceniona przez przedmiot jako stresująca. Człowiek dokonuje wtedy osądu możliwości poradzenia sobie z aktualną konfrontacją stresową, czyli jest to odpowiedź na pytanie „czy jestem w stanie poradzić sobie z tą sytuacją?”. Czynniki determinującymi ocenę wtórną są:

- wcześniejsze doświadczenia jednostki z podobnymi sytuacjami,
- uogólnione przekonania na temat własnej osoby i świata,
- dostępność takich zasobów jak morale, hart ducha,
- oszacowania zdrowia i energii,
- umiejętność rozwiązywania problemów,
- wsparcie społeczne,
- zasoby materialne (Makowska, Poprawa, 2001; Miniszewska, 2007).

Ocena wtórna wiąże się więc z przekonaniem odnośnie do kontroli choroby i jej przebiegu oraz przekonaniem o możliwości osiągnięcia ważnych dla siebie celów i tym samym wpływa na adaptację do choroby. Analogicznie, poczucie bezradności w obliczu schorzenia wiązać się będzie z brakiem przystosowania (por. Hoyt, Stanton, 2012). Przykładowo, badania K. Hommel i wsp. (2004) wykazały, że chorzy na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) deklarujący przekonanie o własnej bezradności charakteryzują się gorszym przystosowaniem i gorszym fizycznym funkcjonowaniem (niezależnym od ciężkości choroby). Przekonanie o posiadaniu kontroli i poczucie skuteczności związane z chorobą wiążą się również z wyborem adaptacyjnych strategii radzenia sobie, które sprzyjają przystosowaniu do choroby (Roesh, Weiner, 2001; Engel i wsp., 2004; Hoyt, Stanton, 2012). Przekonania odnośnie do posiadanej kontroli i własnych możliwości poradzenia sobie stanowią też podstawę oczekiwań co do przebiegu choroby i leczenia i tym samym współdecydują o przystosowaniu człowieka do stanu zdrowia (Hoyt, Stanton, 2012).

Obie oceny, pierwotna i wtórna, służą ustaleniu, czy dana relacja ma wpływ na dobrostan podmiotu, a jeśli tak, to czy stanowi zagrożenie i czy jest wyzwaniem. Relacja człowieka ze światem stanowi stres psychologiczny wówczas, gdy oceniana jest jako poddająca próbie lub przekraczająca jej zasoby (możliwości) radzenia sobie. Poznawcza interpretacja leży więc u podłoża emocji, które z kolei zwrótnie oddziałują na dalsze procesy poznawcze. Oba procesy poznawcze, tj. ocena pierwotna i wtórna, przebiegają równocześnie i są ze sobą sprzężone. Tak więc proces nadawania znaczenia określonej sytuacji stanowi podstawę kształtowania się reakcji emocjonalnych oraz wpływa na dobór strategii radzenia sobie.

We współczesnej teorii stresu psychologicznego, odpowiednio do ogólnych tendencji rozwojowych w psychologii, nastąpiło charakterystyczne przesunięcie akcentów. Mniejszą wagę przykładana się do czynników powodujących stres, większą natomiast do radzenia sobie z nim. Argumentem przemawiającym za taką zmianą perspektywy jest między innymi teza, że to właśnie aktywność związana z radzeniem sobie, bardziej niż obiektywne właściwości stresora, decyduje o skutkach stresu. Sam proces radzenia sobie, inicjowany przez ocenę poznawczą sytuacji, trwa tak długo, jak długo taki stan rzeczy trwa. Oznacza to, że w przypadku chorób przewlekłych może utrzymywać się wiele lat bądź też nigdy się nie zakończyć. Jednocześnie, zmienia się on w czasie w zależności od zmian w sytuacji (Heszen, 2013).

R. Lazarus i S. Folkman (1984) przypisują radzeniu sobie dwie funkcje (co jest najstarszą i najprostszą klasyfikacją; por. Heszen, 2013): instrumentalną, inaczej zadaniową, zorientowaną na problem, czyli poprawę relacji podmiotu z otoczeniem (forma radzenia sobie skoncentrowana na zadaniu), oraz samoregulacji emocji (forma radzenia sobie skoncentrowana na emocjach). Ta druga polega zwykle na obniżaniu przykrego napięcia i łagodzeniu innych negatywnych stanów emocjonalnych. Do strategii skoncentrowanych na problemie R. Lazarus (1997) zalicza: radzenie sobie konfrontacyjne, samokontrolę, poszukiwanie wsparcia społecznego, akceptację odpowiedzialności, planowanie rozwiązania problemów. Skuteczne radzenie sobie skoncentrowane na problemie wymaga dobrego wykorzystania komponentów poznawczych, takich jak racjonalność, elastyczność i dalekowzroczność. Konieczna jest realistyczna i trafna ocena stresora oraz dostępnych zasobów. Dla ograniczenia przykrych stanów emocjonalnych można zastosować wiele różnych strategii.

K.B. Matheny i wsp. (za: Sheridan, Radmacher, 1998) wśród strategii tego rodzaju wyróżnili: monitorowanie stresu, strukturalizację i wykorzystanie umiejętności społecznych. Monitorowanie stresu polega na uświadamianiu sobie zwiększonego napięcia oraz możliwych przyczyn tego stanu. Strukturalizacja polega na zbieraniu informacji o stresorze, przeglądzie dostępnych zasobów i planowaniu sposobu ich wykorzystania. Z kolei umiejętności społeczne dotyczą asertywności, wchodzenia w bliskie związki społeczne i ujawniania siebie.

Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach to dystansowanie się, ucieczka – unikanie lub podejście pozytywne. Radzenie skoncentrowane na emocjach często polega na dokonaniu ponownej oceny poznawczej. Dystansowanie charakteryzuje się postępowaniem, jak gdyby nic się nie stało. Unikanie charakteryzuje się fizycznym usunięciem z sytuacji zagrażającej („co z oczu, to z serca”). Zaprzeczanie z kolei to psychiczna ucieczka od stresora, polegająca na ignorowaniu go lub znalezieniu dla niego innego wytłumaczenia. Jeżeli nie można rozwiązać określonego problemu, jednym ze sposobów poprawienia samopoczucia jest jego ponowna ocena, czyli tzw. reinterpretacja poznawcza (Lazarus, 1997; Sheridan, Radmacher, 1998).

Możliwe są sytuacje, w której dochodzi do pomyślnej realizacji jednej funkcji i niepomyślnej drugiej. I tak, osoba nieuleczalnie chora nie jest w stanie zmienić własnej sytuacji chorobowej i wynikających z niej konsekwencji (funkcja instrumentalna), ale może skutecznie kontrolować swoje emocje (samoregulacja emocji). Sam sposób czy forma radzenia sobie może również służyć każdej z obu funkcji, w zależności od kontekstu. Na przykład poszukiwanie informacji o zagrożeniu doprowadzić może do redukcji lęku, jeśli zagrożenie okazuje się mniejsze niż w ocenie pierwotnej (funkcja redukcji emocji), a może też zainicjować działania zabezpieczające (funkcja instrumentalna). Ponadto efektywne radzenie sobie wymaga często opanowywania emocji, na przykład poprzez zachowania ucieczkowo-unikowe czy zaprzeczanie w obliczu spostrzeganego zagrożenia, jak i wysiłków, dzięki którym stresowa relacja zmienia się w korzystną z punktu widzenia uczestniczącego w niej człowieka (Lazarus, 1997).

Autorzy podejmujący zagadnienie efektywności radzenia sobie zakładają zwykle, że aktywna postawa w obliczu stresu jest generalnie korzystniejsza dla adaptacji w porównaniu z postawą bierną (m.in. Hoyt, Stanton, 2012). Istnieją dowody na to, że

aktywne podejście do radzenia sobie w życiu sprzyja dobremu samopoczuciu. Dane empiryczne wskazują też na skuteczność niektórych form radzenia sobie w obniżaniu negatywnych emocji w konkretnych sytuacjach. Metaanaliza (Moskowitz i wsp. 2009) badań nad radzeniem sobie i przystosowaniem do HIV/AIDS wykazała, że unikowe strategie radzenia sobie wiązały się z niższym pozytywnym i wyższym negatywnym afektem, gorszymi zachowaniami zdrowotnymi i gorszym zdrowiem fizycznym, z kolei aktywne radzenie sobie (przede wszystkim bezpośrednie działanie i pozytywna reinterpretacja) miały związek z odwrotnymi zależnościami.

J. Suls i E. Fletcher (1985, za: Sheridan, Radmacher, 1998; Miniszewska, 2007) przeprowadzili analizę doniesień z badań porównujących obie strategie. Znaleźli niewiele dowodów świadczących o ogólnej wyższości strategii unikowej nad strategią koncentracji na problemie. Kiedy jednak zróżnicowano wyniki badań długoterminowych i krótkoterminowych („krótkoterminowe” oznacza, że rezultat mierzono tego samego dnia, gdy zadziałał stresor), okazało się, że w badaniach krótkoterminowych strategia unikowa jest lepsza. Strategie unikowe były skuteczniejsze na początku badań długoterminowych, ale ich efekty malały w miarę upływu czasu. W dłuższym odstępie czasu lepsze okazały się strategie skoncentrowane na problemie. M. Hoyt i A. Stanton (2012) podkreślają, że w przypadku chorób przewlekłych to, jaki sposób radzenia sobie ma znaczenie przystosowawcze, zależy od czasu trwania choroby. We wspomnianych badaniach J. Moskowitz i wsp. (2009) strategie aktywne, ukierunkowane na cel, były bardziej adaptacyjne we wczesnych fazach choroby.

Opisany powyżej model transakcji stresowej ewoluuje – jest uszczegóławiany i modyfikowany. Propozycje zmian dotyczą, przede wszystkim, dookreślenia charakterystyki procesów radzenia sobie i opisanie roli zasobów w tym zakresie (por. Ziarko, 2014). Należy też pamiętać, że główne tezy opisanego modelu budzą kontrowersje i są poddawane krytyce (por. Heszen-Niejodek, 2011). Wątpliwości dotyczą między innymi subiektywnej percepcji jako kryterium decydującego, czy człowiek ma do czynienia ze stresem. Nie można jednoznacznie stwierdzić, czy ocena poznawcza jest istotnie pierwotna i nadrzędna w stosunku do emocji oraz czy może być wyznacznikiem radzenia sobie. Badania pod kierunkiem I. Heszen-Niejodek dowodzą, że niekoniecznie musi tak być – radzenie sobie może być reakcją na przeżywane emocje a nie aktywnością ukierunkowaną na cel, wynikającą z poznawczej oceny sytuacji i oceny własnych możliwości (Heszen-Niejodek, 2011). Również B. Curwen, S. Palmer i P. Ruddel (2006) oraz A. Popiel i E. Pragłowska (2008), w swoich opracowaniach dotyczących terapii poznawczo-behawioralnej, przyznają, że kierunek zależności ocena poznawcza – emocje może być dwojakiego rodzaju.

Bardziej współczesne ujęcia radzenia sobie ze stresem podkreślają znaczenie emocji pozytywnych oraz wyodrębniają kolejną funkcją, jaką jest radzenie sobie ukierunkowane na znaczenie oraz przyjmują czasowy wymiar radzenia sobie (Heszen, 2013).

S. Folkman (1997) zwróciła uwagę na adaptacyjną rolę pozytywnych emocji w procesie radzenia sobie ze stresem i radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu, będące źródłem tych emocji. Radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu (*meaning focused coping*) opisywane jest jako radzenie sobie oparte na ocenie

sytuacji, w której człowiek odnosi się do swoich przekonań i wartości w celu podtrzymania procesu radzenia sobie i utrzymania dobrego samopoczucia (Folkman, 2008). Można wyodrębnić znaczenie sytuacyjne i globalne (aczkolwiek Folkman i Moskowitz traktują nadawanie znaczenia jako trzecią funkcję radzenia sobie). Pierwsze, czyli sytuacyjne, odnosi się do oceny konkretnych sytuacji w relacji do własnych celów i własnego dobrostanu. Drugie, globalne, dotyczy stałych wartości, przekonań na temat świata, własnej osoby i celów wyższego rzędu – przekonania te mają charakter bardziej egzystencjalny. S. Folkman (tamże) wyróżnia pięć kategorii radzenia sobie ukierunkowanego na znaczenie:

- 1) odnajdywanie korzyści;
- 2) przypominanie sobie korzyści;
- 3) adaptacyjne przekształcanie celów;
- 4) przeorganizowanie priorytetów.
- 5) nadawanie zwykłym wydarzeniom pozytywnego znaczenia.

Jedną z nowszych kontynuacji i modyfikacji klasycznego ujęcia stresu według R. Lazarusa i S. Folkman jest propozycja R. Schwarzera i N. Knoll (2003). Autorzy ci nawiązują do rozróżnienia na radzenie ukierunkowane na zadanie i emocje (Lazarus, 1991) oraz radzenie asymilacyjne (polegające na modyfikacji otoczenia) i akomodacyjne (odnoszące się do dokonywania zmian w sobie) J. Brandstädtera (1992). Ten ostatni podział porównują z kontrolą pierwszo- (uzyskaniem kontroli nad środowiskiem) i drugorzędową (przystosowanie się do sytuacji poprzez modyfikację samopoczucia czy sposobu myślenia) F. Rothbauma, J.R. Weisza i S. Snydera (1982), a także do poszukiwania znaczenia i zdobywania mocy S. Taylor (1984).

Według R. Schwarzera i N. Knoll (2003) dwa podstawowe nurty w radzeniu sobie to opanowanie sytuacji (*mastery*), które odnosi się do koncentracji na problemie i radzenia sobie akomodacyjnego oraz radzenie ukierunkowane na znaczenie (*meaning*), mające akomodacyjny charakter i zawierające w sobie restrukturyzację poznawczą i dostrzeganie korzyści w sytuacji stresowej. Wymienione procesy mogą zachodzić równocześnie bądź też w określonym porządku czasowym. Autorzy podkreślają, że oba procesy mogą służyć regulacji emocji, zaś ich podejście koncertuje się na pozytywnym radzeniu sobie. Podkreślają, że opanowanie wymagań (*stressful demands*) wiąże się z uwzględnieniem kontekstu czasowego (przeszłe wydarzenia, aktualne i przyszłe) oraz subiektywnej pewności zdarzeń (pewne i niepewne wydarzenia), czego konsekwencją jest wyodrębnienie czterech kategorii radzenia sobie: reaktywnego, antycypacyjnego, prewencyjnego i proaktywnego.

Reaktywne radzenie sobie dotyczy sytuacji stresowej, która miała miejsce w przeszłości bądź nadal trwa. Celem radzenia sobie jest zrekompensowanie powstałej straty bądź złagodzenie krzywdy. Przykładami takich sytuacji są wypadek samochodowy, choroba, rozwód. Inne aktywności, w obrębie reaktywnego radzenia sobie, to przeformułowanie celów życiowych tak, aby pasowały do aktualnej sytuacji (por. *response-shift*), szukanie korzyści bądź poszukiwanie znaczenia. Reaktywne radzenie sobie może być ukierunkowane na problem, emocje i relacje społeczne (*social-relation-focused*; Schwarzer, Knoll, 2003).

Antycypacyjne radzenie sobie znacząco różni się od poprzedniego – dotyczy zdarzenia, które jeszcze nie miało miejsca. Może być traktowane jako próba

poradzenia sobie z nieuchronnym wydarzeniem, które nastąpi w niedalekiej przyszłości i może skutkować doznaniem krzywdy bądź też straty (wizyta u lekarza, zabieg chirurgiczny, egzamin itd.). Nadchodząca sytuacja może być oceniana w kategoriach zagrożenia, wyzwania lub korzyści. Radzenie będzie tutaj ukierunkowane na rozwiązanie rzeczywistego problemu albo zwiększenie wysiłków w celu organizowania odpowiednich zasobów (np. pomocy). Funkcją radzenia antycypacyjnego będzie też utrzymanie dobrego samopoczucia mimo niesprzyjających warunków. Tak więc antycypacyjne radzenie sobie może być rozumiane jako „zarządzanie znanym zagrożeniem (*risk management*), obejmujące inwestowanie własnych zasobów w celu zapobiegnięcia lub zwalczenia stresu bądź też maksymalizowania przewidywanych korzyści” (tamże, s. 5).

Prewencyjne radzenie sobie dotyczy wydarzeń o charakterze stresowym, które mogą (ale nie muszą) pojawić się w odległej przyszłości. Celem tego rodzaju radzenia sobie jest budowanie ogólnych zasobów odpornościowych, które w przyszłości przyczynią się do zmniejszenia napięcia poprzez zminimalizowanie skutków ewentualnego wydarzenia stresowego (utruty pracy, jakiejś choroby).

Proaktywne radzenie sobie polegające na gromadzeniu zasobów odpornościowych wiąże się ze spostrzeganiem ryzyka w kategoriach osobistego wyzwania. Takie radzenie sobie jest zatem zarządzaniem celami (*goal management*) w przeciwieństwie do poprzedniego „zarządzania ryzykiem” (*risk management*). Proaktywność, w przeciwieństwie do reaktywności, polega na budowaniu własnej ścieżki rozwoju i tym samym, według autorów, jest prototypem pozytywnego radzenia sobie. Taki sposób rozumienia proaktywnego radzenia sobie jest odmienny od sposobu definiowania tego pojęcia przez L. Aspinwall i S. Taylor (1997), czyli traktowania go tylko i wyłącznie w kategoriach prewencyjnych. Jak piszą R. Schwarzer i N. Knoll (2003, s. 7), „proaktywne kreowanie lepszych warunków życia i większej wydajności umożliwia nadanie życiu znaczenia i znalezienie jego celu”.

Należy zauważyć, że antycypacyjne i proaktywne radzenie wiążą się z gromadzeniem zasobów odpornościowych, co jest zbieżne z Modelem Zachowania Zasobów Hobfolla (por. Hobfoll, 2006; Heszen, 2013).

Opisane wcześniej strategie należały do pierwszego nurtu w radzeniu sobie ze stresem, czyli do opanowania sytuacji (*mastery*). Drugi nurt – poszukiwanie znaczenia (*meaning*) – R. Schwarzer i N. Knoll (2003) charakteryzują, posiłkując się, przede wszystkim, modelem S. Folkman i J. Moskowitz (2000) i przyjmując rozróżnienie na znaczenie globalne i sytuacyjne, z tą różnicą, że bardziej rozwijają temat znaczenia globalnego. To ostatnie definiowane jest jako „odnoszące się do bardziej abstrakcyjnego, uogólnionego zrozumienia znaczenia, związanego z fundamentalnymi założeniami, przekonaniami i oczekiwaniami odnośnie do świata i siebie w świecie” (Schwarzer i Knoll, 2003, s. 10) oraz jako próba rekonstrukcji w celu poradzenia sobie z niekorzystnymi sytuacjami, egzystencjalnych przekonań i dalszych celów, które definiują tożsamość człowieka (tamże). Taki sposób traktowania globalnego znaczenia jest zbieżny z założeniami S. Folkman (2008) i poznawczymi teoriami funkcjonowania człowieka (Beck, 2005; Young, Kolosko, Weishaar, 2013; por rozdz. 3). R. Schwarzer i N. Knoll (2003), nawiązując do publikacji G. Afflecka i H. Tennena (1996) oraz C. Davisa, S. Nolen-Hoeksema

i J. Larsson (1998), wskazują na wagę takich strategii jak nadawanie sensu i znajdowanie korzyści (pierwsi autorzy rozróżniają znajdowanie korzyści i przypominanie sobie korzyści). Nadawanie sensu polega na znajdowaniu takiego wyjaśnienia zdarzenia (np. choroby), które jest możliwe do włączenia do posiadanych schematów związanych z religią czy przekonaniami na temat zdrowia/choroby. Z kolei znajdowanie korzyści polega na dostrzeganiu pozytywnych konsekwencji negatywnych zdarzeń.

Jak zaznacza I. Heszen (2013), zmodyfikowany model transakcji stresowej ma implikacje kliniczne (co rzadko się zdarza w odniesieniu do współczesnych teorii psychologicznych) i wskazuje na zasadność stosowania interwencji poznawczo-behawioralnych w pomocy psychologicznej dla osób zmagających się z przewlekłym stresem. Autorka ta, wskazując na powinowactwo radzenia sobie ukierunkowanego na emocje z technikami stosowanymi w podejściu poznawczo-behawioralnym odnosi się do modelu S. Folkman i J. Mysłowitza, ale oczywistym jest, że to podobieństwo dotyczy również opracowania R. Schwarzera i N. Knoll. Zastosowanie konkretnych technik i protokołów poznawczo-behawioralnych w odniesieniu do przewlekłego stresu związanego z chorobami somatycznymi opisano w rozdziale 3.

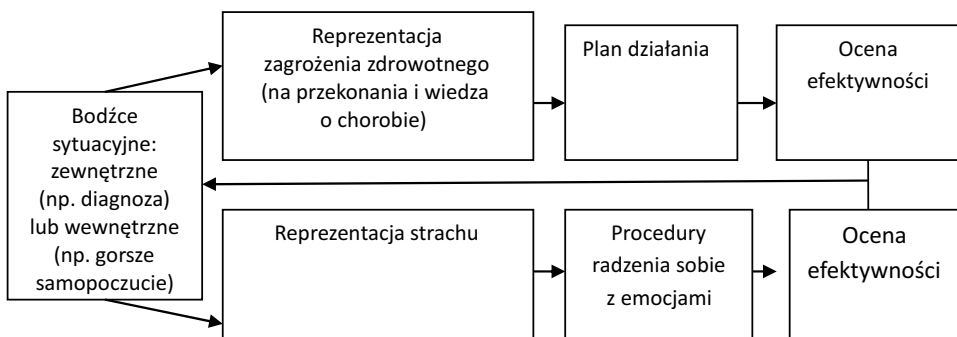
Zdroworozsądkowa samoregulacja przekonań zdrowotnych według H. Leventhala i wsp.

Poznawcze ustosunkowanie się do własnej choroby jest w literaturze przedmiotu konceptualizowane za pomocą takich pojęć, jak schematy poznawcze, przekonania na temat choroby, zdroworozsądkowe modele choroby czy percepcja choroby (Ziarko, 2014). Stosunkowo dużo opracowań dotyczy zdroworozsądkowego modelu choroby, który bywa też określany mianem modelu zdroworozsądkowej samoregulacji przekonań zdrowotnych. Model bazuje na wiedzy z zakresu psychologii społecznej i osobowości oraz nawiązuje do antropologicznych badań nad tzw. chorobą ludową (czyli społecznym wyobrażeniem doświadczenia choroby). Ma na celu wyjaśnienie sposobu, w jaki człowiek kontroluje i zarządza własnym zachowaniem w obliczu zagrożenia zdrowia i zakłada, że każdą chorą osobę można porównać do zdroworozsądkowego naukowca, który podejmuje próby zrozumienia i nadania znaczenia doświadczeniu, jakim jest przewlekła choroba. Efektem jest zmienny w czasie zestaw interpretacji sytuacji zdrowotnej, który nazwany jest reprezentacją choroby i który skutkuje podjęciem różnorodnych form radzenia sobie z chorobą. W opisywanym podejściu zakłada się, że normalnym stanem jest bycie zdrowym, zaś wystąpienie choroby jest jego zakłóceniem. Model zdroworozsądkowej samoregulacji opisuje proces odzyskiwania tejże zaburzonej równowagi (Leventhal, Diefenbach, Leventhal, 1992; Leventhal, Meyer, Nerenz, 1980; Leventhal i wsp., 2012; Ziarko, 2014; Leventhal, Phillips, Burns, 2016).

Najogólniej ujmując, model zdroworozsądkowej samoregulacji (Leventhal, Cameron, 2001; Leventhal, Phillips, Burns, 2016) zakłada, że przekonania odnośnie do choroby, czyli jej reprezentacja, oddziałują na adaptację do choroby i efekty zdrowotne.

Osoba chora rozwija poznawczą i emocjonalną reprezentację swojej kondycji w celu odnalezienia sensu bądź też nadania znaczenia chorobie. Zgodnie z omawianym modelem, człowiek jest aktywny w procesie rozwiązywania problemów i poszukiwaniu znaczenia wszelkich potencjalnych bądź istniejących zmian związanych z jego stanem zdrowia. W sytuacji spostrzeżenia symptomów podejmuje aktywność mającą na celu albo kontrolę, albo uniknięcie zmian. Przystosowanie do choroby jest więc wynikiem procesu rozwiązywania problemów, w którym decyzje o podjęciu określonej aktywności wynikają ze sposobu, w jaki człowiek pojmuje zagrożenie chorobą (reprezentacja choroby), dostępności sposobów poradzenia sobie (reprezentacja procedur radzenia sobie i planu działania) oraz doświadczanych korzyści oraz kosztów podjętych działań. Proces przystosowania opiera się na indywidualnych przekonaniach, zdroworozsądkowej percepcji i dostępnych umiejętnościach. Oznacza to, że ani poznawcze reprezentacje, ani podejmowane procedury nie odzwierciedlają faktycznego stanu biologicznego. Ponadto zarówno poznawcza reprezentacja zagrożenia chorobą, jak i wybór oraz ocena procedur radzenia sobie są kształtowane poprzez społeczne i kulturowe środowisko człowieka (rodzinę, znajomych, pracowników służby zdrowia, mass media, język i określenia używane do opisywania zdrowia, choroby i postępowania medycznego) (Leventhal i wsp., 2012).

Opisywany model skoncentrowany jest na procesie samoregulacji, jakim jest rozwiązywanie problemów, i składa się co najmniej z trzech grup czynników: (1) reprezentacji problemu, (2) procedur i planów działania mających na celu poradzenie sobie z problemem, (3) oceny efektów podejmowanych czynności zaradczych. Uproszczony schemat modelu przedstawia rysunek 1.1. W modelu założono, że dwa niezależne, ale równoległe systemy przetwarzają sygnały związane z zagrożeniem zdrowia – poznawczy (górny rząd na rysunku) i emocjonalny (rząd dolny). W wyniku działania systemu poznawczego (czyli tego, co człowiek myśli i wie) dochodzi do powstania i realizacji planów postępowania, a następnie oceny ich efektywności. Analogicznie, system emocjonalny (i doświadczanie emocji, np. strachu) uruchamia odpowiednie procedury radzenia sobie z emocjami i ocenę ich



Rysunek 1.1. Model zdroworozsądkowej samoregulacji

Źródło: Leventhal i wsp. 2012, *Kindle for PC*.

efektywności. Tak więc te dwa niezależne systemy mają na celu, odpowiednio, kontrolę zagrożenia i kontrolę emocji wywołanych przez to zagrożenie.

Model zdroworozsądkowej samoregulacji określa zarówno strukturę, jak i treść poznawczej reprezentacji choroby, na którą składają się:

1. Tożsamość (etykieta, identyfikacja, natura) choroby (*illness identity*) – zawierająca nazwę, objawy i symptomy definiujące daną chorobę. Nadanie nazwy objawom dzieje się często w oparciu o posiadane poznawcze prototypy (schematy) choroby. Człowiek, dostrzegając zmiany w swoim stanie zdrowia, dopasowuje je do posiadanych prototypów. Innymi słowy, spostrzeżenie symptomów różnych od normalnego stanu fizycznego człowieka ma charakter automatyczny i powoduje albo automatyczne i nieświadome, albo celowe dopasowanie do posiadanych prototypów, w oparciu o które formułuje się tożsamość choroby.
2. Czas trwania choroby – będący przekonaniem o przebiegu choroby i jej charakterze (ostra czy przewlekła).
3. Spostrzegane przyczyny złego stanu zdrowia. Mogą być zewnętrzne (takie jak wirusy, bakterie, stres zawodowy, a nawet przekonanie o rzuceniu uroku), wewnętrzne (m.in. czynniki genetyczne) i związane z zachowaniem (np. ucisk spowodował raka piersi).
4. Przekonania i przewidywania dotyczące konsekwencji choroby. Mogą mieć charakter psychospołeczny, biologiczny i ekonomiczny.
5. Kontrola – będąca przekonaniem o wyleczalności choroby lub możliwości jej kontroli i radzenia sobie z jej objawami (samodzielnie lub przy pomocy specjalistów).

Wszystkie powyżej opisane elementy są ze sobą powiązane, tworząc logiczną i uporządkowaną historię choroby, która jednakże podlega zmianom, może być modyfikowana w wyniku własnych doświadczeń bądź doświadczeń innych ludzi, poprzez informacje z mass mediów i rozmowy z personelem medycznym. U jej podłoża mogą leżeć przekonania (schematy) dotyczące zdrowia i choroby, które wykształciły się w dzieciństwie. Tak więc często reprezentacja choroby ma charakter intuicyjny. Tworzy ona ramy dla podejmowanych działań oraz jest punktem wyjścia do opracowania planu działania i wyboru odpowiednich strategii (Leventhal i wsp., 2012; Ziarko, 2014; Leventhal, Phillips, Burns, 2016). Dla zobrazowania tego procesu H. Leventhal i wsp. (2012) posługują się przykładem osoby mającej katar i ból głowy, która może przypuszczać, że jest to ostra infekcja (tożsamość choroby), która będzie trwała około tygodnia (czas trwania), jest nieprzyjemna, ale nie wiąże się z poważnym zagrożeniem (konsekwencje), zaś z symptomami można sobie poradzić (kontrola). Tak powstała reprezentacja wyznacza wybór sposobu radzenia sobie, na przykład zażycia aspiryny czy paracetamolu (tożsamość i kontrola choroby) w celu zmniejszenia intensywności objawów w ciągu godziny (czas trwania), bez skutków ubocznych, ewentualnie z podrażnieniem żołądka, z którym można sobie poradzić za pomocą leków zobojętniających kwas żołądkowy (konsekwencje i kontrola). Tak więc reprezentacja procedur radzenia sobie i plan działania odzwierciedlają właściwości obrazu choroby.

Procedury radzenia sobie z chorobą są definiowane w tym modelu jako „poznawcze i behawioralne działania podejmowane (bądź nie) w celu poprawy zdrowia,

jego ochrony, leczenia bądź rehabilitacji jej konsekwencji” (za: Ziarko, 2014, s. 71). Opisujemy model zakłada, że strategie radzenia sobie pełnią rolę mediatora między poznawczą reprezentacją choroby a jej konsekwencjami. H. Leventhal nie rozwinął własnego podejścia odnośnie do procedur radzenia sobie (tamże). Plany działania natomiast odgrywają istotną rolę we wdrażaniu w życie procedur radzenia sobie z chorobą i są niezbędne do ich wykonania. Są źródłem konkretnych wytycznych dla procedur radzenia sobie (np. zażycie tabletki w trakcie śniadania). Jak podkreśla H. Leventhal (2012), tworzenie planu działania w taki sposób, żeby był dostosowany do stylu życia i rytmu dnia osoby chorej jest skomplikowanym procesem, szczególnie, jeżeli rytm ten jest nieregularny, zaś jej możliwości poznawcze ograniczone. Warto zauważyć, że opisany model ma charakter hierarchiczny, od poziomu abstrakcyjnego, jakim jest poznawcza reprezentacja choroby, do poziomu konkretnego – czyli efektów podjętych działań. Ocena skuteczności tych działań pozwala zdecydować albo o ich kontynuacji, albo o konieczności ich zmiany, w celu znalezienia takich, które będą bardziej skuteczne.

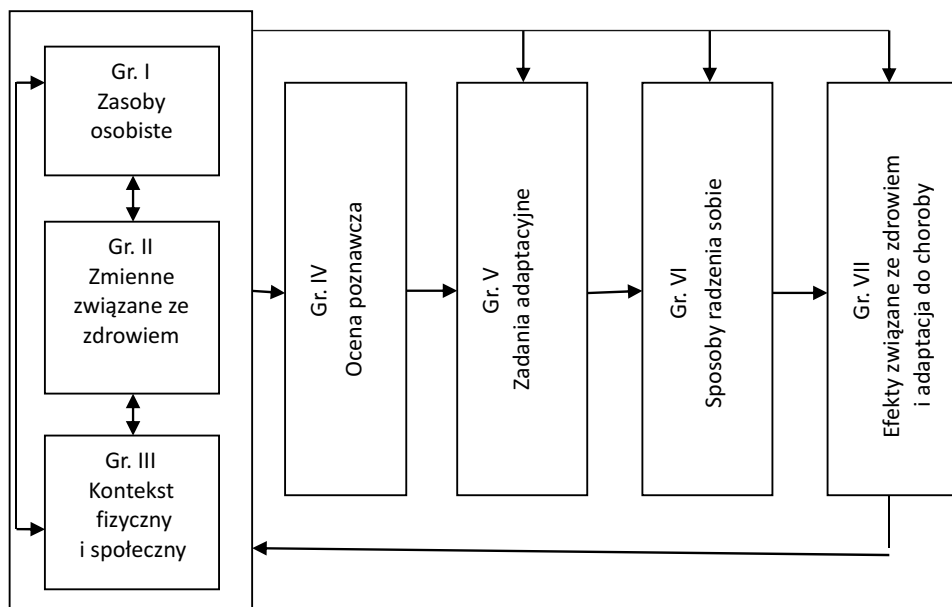
Metaanalizy dotyczące modelu H. Leventhala (za: Ziarko, 2014) wskazują, że lepsze przystosowanie do chorób przewlekłych (przystosowanie rozumiane jako wypełnianie ról społecznych, mniej fizjologicznych konsekwencji, wyższy poziom dobrostanu psychicznego i większa witalność) przejawiają osoby, które charakteryzują się dostrzeganiem mniejszej liczby konsekwencji choroby oraz w mniejszym stopniu koncentrują się na jej symptomach. Percepcja przyczyn schorzenia okazała się być nieistotna w odniesieniu do przystosowania do kondycji zdrowotnej.

Podsumowując, Model Zdroworozsądkowej Samoregulacji pozwala zarówno zrozumieć, jak i przewidywać poziom przystosowania do choroby. Jest również przydatny w planowaniu interwencji psychoterapeutycznych (Hagger, Orbell, 2003; Walsh i wsp. 2004; Hale i wsp., 2007; Wearden, Peters, 2008; Leventhall, 2012; Leventhal, Phillips, Burns, 2016, Mattei i wsp. 2016).

Determinanty stanu zdrowia i adaptacji do choroby przewlekłej według R. Moosa i C. Holahana

R. Moos i C. Holahan (2007) opracowali prosty (w użyciu) model, który może posłużyć jako podstawa do zrozumienia i dalszego analizowania procesu adaptacji do choroby przewlekłej i niepełnosprawności (rysunek 1.2). Model zakłada istnienie pięciu grup czynników, które są związane z wyborem adekwatnych sposobów radzenia sobie, a ich konsekwencje wiążą się ze zdrowiem i adaptacją do choroby. Trzy grupy czynników decydujących o ocenie poznawczej to zasoby osobiste, zmienne związane ze zdrowiem, kontekst społeczny i fizyczny. Ocena poznawcza (IV) z kolei wyznacza określone zadania adaptacyjne (V) do zrealizowania. Grupa I (zasoby osobiste) poprzez grupę V (zadania adaptacyjne) mediuje wybór określonych sposobów radzenia sobie (VI), prowadząc do określonych efektów związanych ze zdrowiem i adaptacją do choroby (VII).

Zgodnie z modelem pierwszy zbiór czynników powiązanych z procesem adaptacji do choroby stanowią zasoby osobiste. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, iż termin ‘zasoby osobiste’ (prawdopodobnie zaczerpnięty z ekologii) nie doczekał się jeszcze w psychologii jednoznacznej definicji. Pojęcie to występuje



Rysunek 1.2. Model determinantów stanu zdrowia i adaptacji do choroby przewlekłej według R. Moosa i H. Holahana

Źródło: R. Moos, C. Holahan, 2007, s. 110.

zazwyczaj wraz z problematyką stresu i radzenia sobie z nim (Antonovsky, 1995; Poprawa, 2001; Mudyń, 2003; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2003; Sęk, 2003; Chodkiewicz 2005a, b, c; Miniszewska, 2007; Lubkin, Larsen, 2013; Ziarko, 2014). R. Moos i J. Schaefer (1993) definiują zasoby osobiste jako „względnie stałe czynniki osobowe i społeczne, które wpływają na to, jak jednostka próbuje opanować kryzysy życiowe i transakcje” (tamże, s. 234). Samo posiadanie zasobów nie jest jednoznaczne z uruchomieniem ich w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej, ale kiedy zostaną uruchomione, stają się ważną zmienną pośredniczącą między wydarzeniami stresowymi a radzeniem sobie (Halahan, Moos, 1987; Sęk, 2003).

Według H. Sęka (2003) zasoby to

[...] najogólniej cechy świata zewnętrznego, intrapersonalnego i personalnego (podmiotowego), które w dynamice procesów konfrontacji człowieka z wymaganiami, jakie napotyka w życiu, pełnią potrójną, regulacyjną i prozdrowotną funkcję: zapobiegają wystąpieniu stresorów, zapobiegają przekształcaniu się napięcia stresowego w chroniczny stres, oraz sprzyjają skutecznemu radzeniu sobie ze stresem. Istotę pojęcia zasoby stanowią więc specyficzne właściwości funkcjonalne cech istniejących potencjalnie w środowisku człowieka i w nim samym oraz w jego relacjach z otoczeniem (tamże, s. 18).

Według Autorki zasoby można klasyfikować na różne sposoby. Jednym z ujęć jest podział na zasoby zewnętrzne i wewnętrzne. Do zasobów zewnętrznych zaliczyć należy zasoby środowiska fizycznego (m.in. klimat, jakość powietrza, wody,

gleby, zasoby środowiska materialnego, architekturę, komunikację, domy, mieszkania, miejsca pracy i nauki), zasoby środowiska biologicznego (las, zwierzęta), kulturowe (zwyczaje, tradycje, zasady współżycia, przepisy, normy itp.) i społeczne (bliskie relacje, grupy odniesienia, stowarzyszenia, grupy samopomocy, profesjonalne grupy oparcia, instytucje rządowe i pozarządowe służące opiece i pomocą). Do zasobów wewnętrznych zaliczamy natomiast zasoby duchowe (poczucie sensu i transgresji), zasoby psychiczne (czyli wszystkie uogólnione i parcjalne cechy odpornościowe, takie jak temperament, struktury i funkcje intelektualno-poznawcze, kompetencje emocjonalne, cechy struktury ja, kompetencje interpersonalne itp.) oraz zasoby biologiczne (odporność biologiczna, struktura ośrodkowego układu nerwowego, wydolność fizjologiczna, odporność immunologiczna itp.).

Jak podaje M. Ziarko (2014), prawdopodobnie jedyną spójną i wielowymiarową propozycję klasyfikacji zasobów sformułował S. Hobfoll (2006), sugerując podział na trzy kategorie, tj. ze względu na pochodzenie, rodzaj i znaczenie dla przetrwania.

R. Moos i C. Holahan (2007) stwierdzają, że osoby, które charakteryzują się wyższym poziomem takich zasobów jak wewnętrzne umiejscowienie kontroli, poczucie własnej skuteczności oraz poczucie koherencji (Gr. I w modelu), będą wybierały częściej aktywne strategie radzenia sobie (Gr. VI). M. Ziarko (2014) do zasobów, które w największym stopniu mogą aktywizować osoby chore oraz stymulować ich aktywność ukierunkowaną na radzenie sobie z wymaganiami choroby zalicza poczucie koherencji, sprężystość psychiczną, poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, poczucie własnej skuteczności i wsparcie społeczne. Pozostałe elementy omawianego modelu zostaną opisane przy okazji charakterystyki innych propozycji traktowania czynników wiążących się z przystosowaniem do przewlekłej choroby somatycznej.

Przy okazji krótkiego omówienia problematyki zasobów osobistych warto dodać, że założenia teoretyczne dotyczące tych czynników mają odzwierciedlenie w pracach badawczych – zasoby włączane są do istniejących modeli teoretycznych w celu zwiększenia ich mocy predykcyjnych (Ziarko, 2014).

1.3.3. Modele holistyczne

Podejście integracyjne według H. Livneha i R. Antonaka

H. Livneh i R. Antonak (1997) dokonali przeglądu literatury dotyczącej przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej i zauważyli, że wszystkie opisywane modele zawierają cztery kategorie czynników istotnych dla adaptacji. Do kategorii tych zaliczyli czynniki: związane z samą chorobą, socjodemograficzne, osobowościowe i różnice indywidualne oraz związane z fizycznym i społecznym środowiskiem.

Czynniki odnoszące się do samej choroby to, między innymi, jej przyczyny, typ (terminalna – nieterminalna), nagłość pojawienia się (rodzaj początku), stopień funkcjonalnej niepełnosprawności, obszar ciała zajęty chorobą, stopień, w jakim choroba oddziałuje na układ nerwowy, wiek osoby, której postawiono diagnozę, wiek, w którym pojawiły się pierwsze symptomy, przewlekłość, stabilność kondycji, widoczność.

Czynniki socjodemograficzne odnoszą się do płci i identyfikacji z płcią, wieku, fazy rozwojowej, pochodzenia etnicznego, statusu ekonomicznego, ogólnego stanu zdrowia, poziomu edukacji, stanu cywilnego, zawodu i historii zatrudnienia, umiejętności zawodowych.

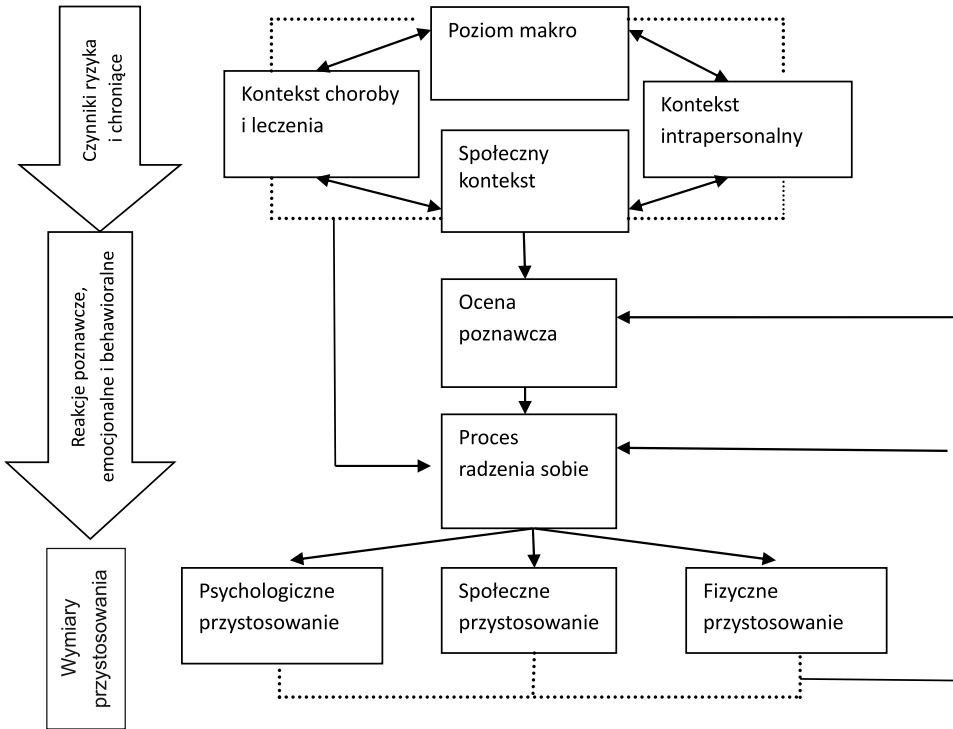
Trzecia grupa, czyli czynniki osobowościowe i różnice indywidualne, to: stosowane strategie radzenia sobie ze stresem, mechanizmy obronne, postrzegane umiejscowienie kontroli, postawy wobec zdrowia i choroby, wartości osobiste, przekonania, koncepcja siebie, siła ego, obraz ciała, zdolności intelektualne i poznawcze, akceptacja choroby, przedchorobowy stan psychiczny i wcześniejsze doświadczenia z sytuacjami kryzysowymi.

Trzy pierwsze grupy czynników mają charakter intrapersonalny. Ostatnia, czwarta grupa, składa się z czynników zewnętrznych i obejmuje: systemy wsparcia społecznego, wsparcie ekonomiczne i instytucjonalne, stygmatyzację, napotykaną przeszkodę. Czynniki z trzech pierwszych grup wchodzi w interakcje z ostatnią grupą i determinują stopień i dynamikę przystosowania do choroby (Livneh, Antonak, 1997).

Czynniki mające wpływ na przystosowanie się do przewlekłej choroby somatycznej według M. Hoyta i A. Stanton

W oparciu literaturę przedmiotu M. Hoyt i A. Stanton (2012) przedstawiają swój hipotetyczny model czynników mających wpływ na przystosowanie do choroby przewlekłej, na który składają się czynniki ryzyka i czynniki chroniące, reakcje poznawcze, emocjonalne i behawioralne oraz wymiary przystosowania. Wśród czynników ryzyka i chroniących autorzy wyróżniają poziom makro, czyli te związane ze statusem socjoekonomicznym, płcią, kulturą, rasą i orientacją seksualną, kontekst choroby, czyli diagnozę, prognozę, reżim terapeutyczny i działanie uboczne leków oraz kontekst intrapersonalny (m.in. czynniki osobowościowe) i społeczny (m.in. wsparcie społeczne). Wszystkie wymienione elementy oddziałują na siebie wzajemnie oraz warunkują określone reakcje (poznawcze, emocjonalne i behawioralne), czyli ocenę pierwotną i wtórną, poznawczą reprezentację choroby i wynikające z nich procesy radzenia sobie. Efektem jest określony poziom przystosowania psychologicznego, społecznego i fizycznego oddziałujący zwrotnie na ocenę poznawczą i radzenie sobie (rysunek 1.3).

M. Hoyt i A. Stanton (2012) formułują kilka zaleceń odnośnie do dalszych kierunków badań nad adaptacją do choroby przewlekłej. Postulują skoncentrowanie się na innych, niż tylko związanych ze stresem, czynnikach, tzn. również biologicznych, behawioralnych, funkcjonalnych, oraz poszukiwanie pozytywnych wskaźników przystosowania. Ponadto zwracają uwagę na to, jak ważne jest eksplorowanie powiązań między tymi czynnikami, za przykład podając doniesienia (m.in. Di Matteo, Lepper, Crogham, 2000; Casey i wsp., 2008), które pokazują, że symptomy depresyjne mogą być predyktorem niestosowania się do zaleceń lekarskich. Z kolei negatywny afekt jest bardziej szkodliwy w przypadku społecznej izolacji (Denolet, Vaes, Brutsae, 2000). Tak więc brak uwzględnienia tych zależności da niepełny bądź fałszywy obraz przystosowania do choroby. Co więcej, należy uwzględnić dynamikę procesu przystosowania do choroby, który zmienia



Rysunek 1.3. Czynniki mające wpływ na przystosowanie się do przewlekłej choroby somatycznej według M. Hoyta i A. Stanton

Źródło: M. Hoyt, A. Stanton, 2012, *Kindle for PC*.

się w czasie i w zależności od krytycznych momentów, związanych na przykład z leczeniem.

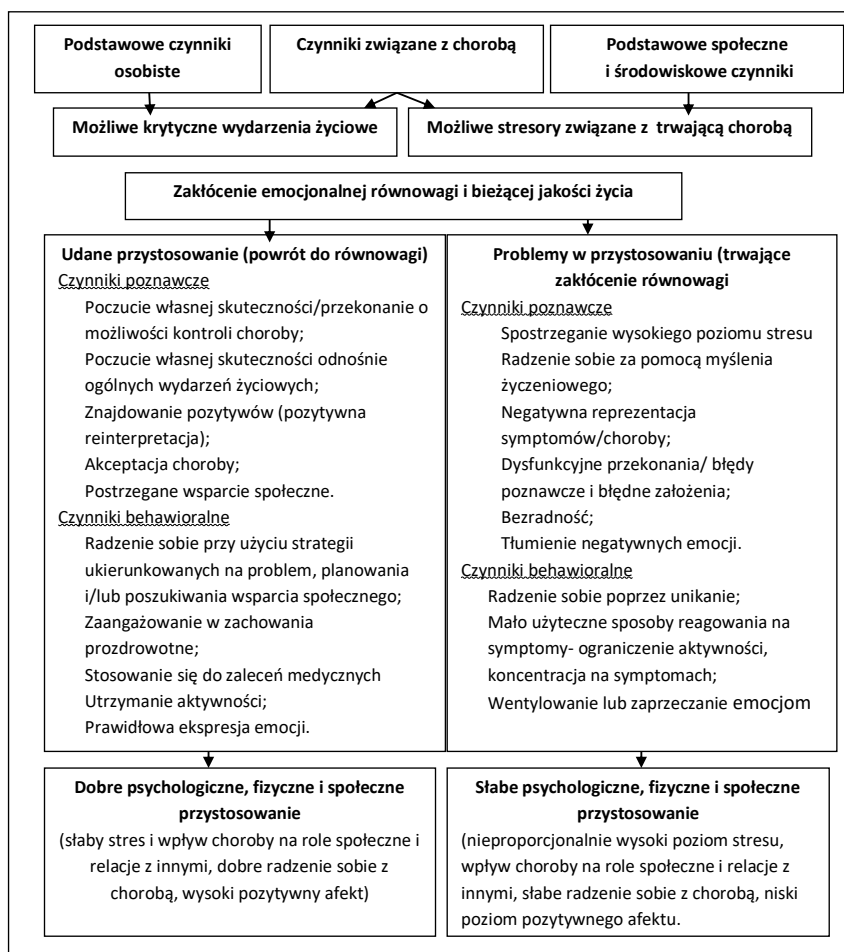
Kolejna wskazówka dotyczy związków przystosowania do choroby z czynnikami biologicznymi – takimi jak reakcje autoimmunologiczne i zapalne, które przyczyniają się do odczuwania zmęczenia, bólu i depresji. Różnice w postrzeganiu choroby i w reakcjach na nią oraz leczenie wiążą się z aktywnością układu sympatycznego, aktywnością osi podwzgórze–przysadka–nadnercza i w konsekwencji reakcjami immunologicznymi wpływającymi na fizyczne i psychiczne przystosowanie do choroby (możliwy jest również odwrotny związek przyczynowy). Stosunkowo nowe doniesienia wskazują na rolę cytokin prozapalnych w procesie przystosowania do choroby – w przebiegu zaburzeń somatycznych, w których obserwuje się wzmożoną syntezę cytokin prozapalnych, widoczne są cechy zespołu depresyjnego lub oznaki ryzyka zachorowania na depresję. Objawy depresji w odpowiedzi na podniesione stężenie cytokin prozapalnych w chorobach somatycznych zostały nazwane „zachowaniem chorobowym” – tzw. *sickness behaviour* (Cubała i wsp., 2006; Hoyt, Stanton, 2012; por. podrozdz. 2.2).

M. Hoyt i A. Stanton (2012) podkreślają również zasadność przekładania wyników badań na konkretne oddziaływania mające na celu wzmocnienie i poprawę

przystosowania do choroby. Zazwyczaj składają się one z wielu elementów, między innymi oddziaływań mających na celu wsparcie emocjonalne i koncentrujących się na typowych obawach związanych z daną jednostką chorobową, edukacji na temat choroby czy treningu umiejętności poznawczych i behawioralnych mających na celu uczenie i wzmacnianie strategii radzenia sobie ze stresem choroby (tamże).

Przystosowanie do choroby według R. Moss-Morris

R. Moss-Morris (2013), opierając się między innymi na własnych badaniach (Dennison, Moss-Morris, Chalder, 2009) oraz założeniach takich badaczy jak H. Leventhal, Y. Benyamini i S. Brownlee (1997), R. Moos i J. Schaefer (1984) oraz M. Hoyt i A. Stanton (2012), zaproponowała rozbudowany model przystosowania do przewlekłych chorób somatycznych (rysunek 1.4). Model zakłada znaczenie



Rysunek 1.4. Model przystosowania do przewlekłej choroby

Źródło: R. Moss-Morris, 2013, s. 684.

kilku grup czynników warunkujących dobre bądź też złe psychologiczne, fizyczne i społeczne przystosowanie. Podstawowe (bazowe) grupy to czynniki osobiste (m.in. wczesne doświadczenia, osobowość, wartości i cele życiowe oraz uwarunkowania demograficzne), związane z chorobą (natura symptomów, stopień niepełnosprawności i niepewności, prognoza, metody leczenia i efekty uboczne) oraz społeczne i środowiskowe (dostęp do lekarzy i opieki społecznej, wsparcie społeczne, relacje z innymi ludźmi). Wszystkie te elementy determinują charakter i naturę krytycznych wydarzeń życiowych (np. rozwój symptomów choroby, nawroty lub nasilenie objawów, zagrożenie śmiercią) oraz stresorów związanych z trwającą chorobą (np. utrzymywanie relacji ze służbą zdrowia, radzenie sobie z leczeniem, zmianą stylu życia, niepewną przyszłością), czego konsekwencją jest zakłócenie emocjonalnej równowagi i oceny jakości życia. Proces przystosowania do choroby ma na celu tę równowagę przywrócić.

Podsumowując zawarte w tym rozdziale informacje, stwierdzić należy, że psychologia pozytywna interesuje się człowiekiem, który, mimo trudności i cierpienia, może prowadzić sensowne i szczęśliwe życie. Dziedzina ta próbuje wyjaśniać, jak można ten stan osiągać. W obszarze zainteresowań psychologii pozytywnej jest również człowiek przewlekle chory somatycznie, który, mimo trudności wynikających ze stanu zdrowia, osiąga pewien optymalny dla siebie poziom przystosowania. Czym więc jest owo przystosowanie? Wydaje się, że z założeniami psychologii pozytywnej najlepiej współbrzmi definicja, zgodnie którą jest to „zdrowe osiągnięcie równowagi w nowych warunkach” (de Ridder i wsp., 2008, s. 246). Określenie „zdrowe” przywodzi na myśl wielowymiarowe ujęcie zdrowia (Światowej Organizacji Zdrowia i sposób ujmowania zdrowia w psychologii zdrowia) oraz koncepcję pozytywnego zdrowia M. Seligmmana (2008; 2011). Zgodnie z takim rozumowaniem, zdrowe przystosowanie to optymalne funkcjonowanie w wymiarze subiektywnym, funkcjonalnym i biologicznym (por. podrozdz. 1.1), co przecież jest równoznacznikiem zdrowia w ujęciu psychologii pozytywnej (tzw. pozytywnego zdrowia). W większości zaprezentowanych modeli przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej te trzy wymiary stanowią filary przystosowania (rozumianego jako cel procesu adaptacyjnego). Tak więc pozytywne przystosowanie się do choroby somatycznej można rozpatrywać analogicznie do konstruktów pozytywnego zdrowia i poszukiwać jego determinantów. Jak łatwo zauważyć, psychologiczne ujęcia przystosowania do choroby akcentują rolę poznawczego przetwarzania informacji i przekonań odnośnie do choroby oraz jej wpływu na życie człowieka. Jest to o tyle ważne, że, po pierwsze, pozwala niejako „złapać” punkt startowy procesu adaptacyjnego, po drugie zaś, skutkuje praktycznymi implikacjami, między innymi zastosowaniem w miarę precyzyjnych oddziaływań poznawczo-behawioralnych.

Psychologia pozytywna poszukuje „pozytywnych” wyznaczników przystosowania. Takich, które można wzmocnić lub budować (co znowu pozwala na praktyczne oddziaływanie). Powstające modele przystosowania są rozbudowywane o coraz to inne elementy składowe (mające znaczenie w procesie adaptacji) w celu zidentyfikowania tych najistotniejszych. Otwartym pozostaje natomiast pytanie o sposób operacjonalizacji przystosowania do choroby, sposób, który objąłby wszystko co pod tym pojęciem kryć się może.

Na koniec tego rozdziału warto sformułować najczęściej pojawiające się grupy zagadnień poruszanych w literaturze w związku z problematyką przystosowania do choroby przewlekłej:

- a) struktura, dynamika oraz rodzaj reakcji psychologicznych występujących w trakcie procesu adaptacji do choroby oraz ograniczenia z nią związane;
- b) rola strategii radzenia sobie ze stresem w procesie adaptacji w różnych okresach choroby;
- c) rola procesów poznawczych lub stylów percepcyjnych;
- d) wpływ doświadczania choroby na percepcję jakości życia i satysfakcji z życia (Chojnacka-Szawłowska, 2012).

Rozdział 2. Adaptacja do choroby przewlekłej – istota i uwarunkowania

Zwykliśmy postrzegać naszą rzeczywistość przez pryzmat wyobrażeń na swój temat. Nasza wizja wszechświata jest dokładnym odzwierciedleniem obrazu naszej osoby. Kiedy rozglądamy się wokół, wszystko co widzimy, to nasz umysł. Drzewo, twarz, dom lub obraz – gdy na nie patrzymy – stają się lustrem odbijającym osobę, za jaką się uważamy [...]. Zazwyczaj doświadczamy naszych upodobań, lęków, nadziei, zwątpień i uprzedzeń. Stwarzamy świat na swój własny obraz i podobieństwo, niewiele miejsca wyznaczając istnieniu jako takiemu (Levine, 2014, s. 71).

Ciało jest naszą kotwicą w świecie.
(Shattner, Shahar, 2008, s. 471).

W rozdziale pierwszym zwrócono uwagę, że adaptacja do choroby może być rozumiana jako proces mający na celu osiągnięcie do niej przystosowania. Dlatego też kolejny rozdział zostanie poświęcony właśnie procesowi (bądź też raczej procesom) adaptacji do przewlekłej choroby somatycznej. Wspomniano również, że ocenę poznawczą porównać można do „punktu startowego” procesu zmagania się z chorobą (autorzy większości opisanych wcześniej modeli zwracają na to uwagę). Stosownie do tego założenia (albo raczej chronologii) przebiegać będzie charakterystyka adaptacji (rozumianej jako proces) do choroby. Oczywiście, twierdzenie, że ocena poznawcza czy procesy myślowe są pierwotne w stosunku do innych aspektów psychicznego funkcjonowania człowieka, jest uproszczeniem, niemniej jednak taki sposób analizowania omawianego procesu pozwala na utrzymanie porządku i klarowności podjętych rozważań. Co więcej, jest adekwatny do ogólnych założeń paradygmatu poznawczo-behawioralnego, kluczowego dla niniejszej monografii.

Rozdział drugi rozpocznie się więc omówieniem znaczenia i konsekwencji sposobów spostrzegania swojej sytuacji (tzw. poznawczego obrazu choroby), jako że bliższe przyjrzenie się tej problematyce ma, oprócz walorów *stricte* poznawczych, implikacje praktyczne, zarówno dla metodologii badań nad daną problematyką, jak i dla planowania skutecznych interwencji psychologicznych wobec osób chorych somatycznie.

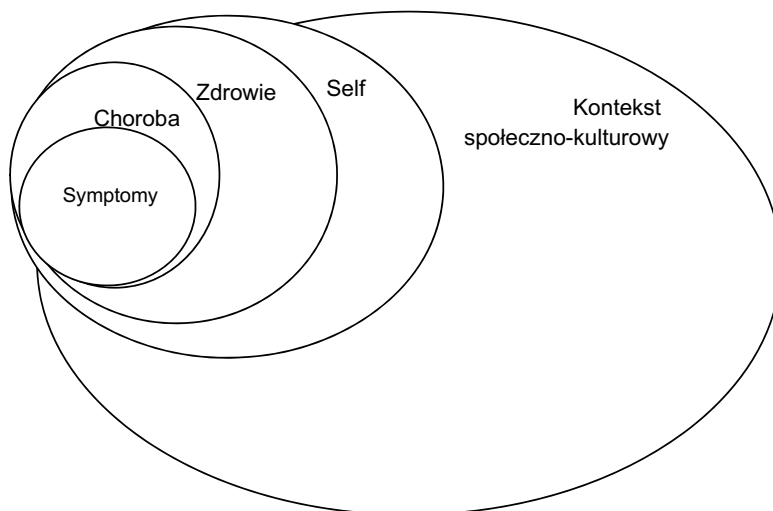
Kolejno omówione zostaną różne psychologiczne aspekty związane z doświadczaniem przewlekłych chorób – między innymi emocje doświadczane w chorobie, strategie radzenia sobie z chorobą czy procesy uruchamiane w celu adaptacji. Ostatni podrozdział poświęcony zostanie omówieniu funkcjonowania w wybranych chorobach przewlekłych oraz problemów wynikających ze zmagania się z nimi.

2.1. Ocena poznawcza choroby – uwarunkowania i znaczenie

Pewien lud pasterski z Ugandy, Bahimowie, chorował często na podskórne wrzody, leczone w ten sposób, że... przenosiło się je na inną osobę. Ażeby do owego „przeniesienia” doszło, należało zgłosić się do szamana po określone zioła, w celu wtarcia ich w spuchnięte miejsce. Zużyte rośliny trzeba było zakopać na drodze, po której często chodzili ludzie. Bahimowie wierzyli, że pierwsza osoba, która na te zioła nastąpi, zachoruje, zaś człowiek do tej pory chorujący, wyzdrowieje (Frazer, 1970). Jest to jeden z barwnych przykładów alternatywnego sposobu rozumienia problemów zdrowotnych. Warto zwrócić uwagę na spójność w tłumaczeniu objawu (przeniesienie choroby) oraz wskazanie na rozwiązanie, które wydaje się być logiczną konsekwencją wcześniejszego sposobu wnioskowania („podanie” choroby dalej). Co więcej, efekty „leczenia” (ustąpienie opuchlizny prawdopodobnie na skutek leczniczego działania ziół podanych przez szamana – możliwe, że była to chociażby babka lancetowata, występująca również w Afryce, o właściwościach bakteriostatycznych) podtrzymują przyjętą koncepcję choroby. Tak więc doświadczenie dodatkowo ją uzasadniało i wzmacniało, a tym samym czyniło mało podatną na zmiany. Utrzymywanie się zmian skórnych również dało się łatwo wytłumaczyć – nikt nie nastąpił na zakopane zioła (Benyamini, 2011). Jak widać z powyższego przykładu, ludzie zawsze starali się nadawać znaczenie chorobom w taki sposób, żeby były one zgodne z ich przekonaniem i osobistymi doświadczeniami (por. podrozdz. 1.3.4).

Niezależnie od epoki i odpowiadającej jej wiedzy ludzie cały czas tworzą subiektywne obrazy choroby, które mogą (ale nie muszą) być powszechnie przyjęte. Zdarza się i tak, że sposób rozumienia własnej kondycji zdrowotnej jest różnie rozumiany i interpretowany przez osoby z tym samym rozpoznaniem. Obiektywne wskaźniki zdrowia/choroby oddziałują na percepcję ogólnego stanu zdrowia, zaś sposób percepcji własnego stanu zdrowia zwrótnie wpływa na sposób postrzegania doświadczanych objawów (rysunek 2.1). Ponadto sposób postrzegania własnego zdrowia determinuje również postrzeganie własnego „ja” i jednocześnie od niego zależy – tak samo jak zależy od czynników społeczno-kulturowych, które decydują o sposobie jego oceny (Benyamini, 2011).

Można przyjąć, że poznawcza reprezentacja choroby czy, inaczej mówiąc, poznawczy obraz choroby (oba te określenia będą w niniejszym opracowaniu używane naprzemiennie i traktowane jako synonimy) odzwierciedla położenie



Rysunek 2.1. Wymiary oddziałujące na sposób spostrzegania zdrowia/choroby
 Źródło: Y. Benyamini, 2011, *Kindle for PC*.

życiowe osoby chorej oraz jest rezultatem procesów poznawczych polegających na przetworzeniu i kodowaniu wszelkich informacji związanych z chorobą. Innymi słowy, „reprezentacja choroby zarówno obejmuje jak i organizuje wiedzę oraz przekonania ludzi odnośnie do symptomów” (Benyamini, 2012, *Kindle for PC*). Należy w tym miejscu zaznaczyć, że w polskiej literaturze, stosunkowo od dawna (lata siedemdziesiąte ubiegłego wieku), funkcjonuje określenie poznawczy obraz choroby i „koncepcja choroby” (Kulczycki, 1971; Heszen-Klemens, 1979).

W skład poznawczej reprezentacji choroby wchodzi elementy o charakterze obrazowym (wyobrażenia na jej temat) oraz pojęciowym (sądy, przypuszczenia, opinie). Podstawowe charakterystyki choroby dotyczą więc jej rodzaju i objawów klinicznych, przyczyn powstania, przebiegu i dynamiki, konsekwencji, czasu trwania oraz sposobu leczenia. Źródłem wiedzy o chorobie mogą być na przykład opinie rodziny i znajomych (tzw. konsultacje paramedyczne), diagnoza lekarska, inni ludzie z tym samym schorzeniem, literatura fachowa, publikacje popularnonaukowe, środki masowego przekazu (w obecnych czasach szczególnie Internet). Ponadto chory bierze pod uwagę również własne obserwacje swojego organizmu, uwzględniając dolegliwości, które wpływają na jego ogólne samopoczucie. Ważnym źródłem informacji jest także semantyczne skojarzenie z nazwą choroby – przykładowo, w środowiskach anglojęzycznych, nadciśnienie kojarzone jest z napięciem emocjonalnym (*hypertension-emotional tension*) (Juczyński, 1998; Bishop, 2000; Heszen-Niejodek, 2002; Steuden, 2002; Miniszewska, 2007). Bywa i tak, że

[...] pisma z poradami medycznymi cieszą się wielką popularnością, dużo większą niż rozum. W dodatku nagminnie występuje zjawisko straszenia jednych chorych przez drugich [...]. Sąsiadka mówi, że ktoś z tą samą chorobą żył tylko dwa lata, albo, że

piętnastu wytysiało od lekarstw, albo... Uprzedzające rzeczywistość przesady i rzeczywiste nieszczęścia mieszają się wieczorami w mieszkankę wybuchową z opóźnionym zapłonem (Barańska, 2012, s. 43).

Badania dotyczące percepcji choroby opierają się zazwyczaj na jednej z dwu teorii, mianowicie, Modelu Wyjaśniania Choroby A. Kleinmanna (Explanatory Model) i Modelu Zdroworozsądkowej Samoregulacji (The Common-Sense Model of Self-Regulation, CSM) Leventhala (Lubkin, Larsen, 2013). Koncepcja A. Kleinmanna zakłada, najogólniej ujmując, istnienie tzw. modeli wyjaśniania choroby, będących przekonaniem, wszystkich osób zaangażowanych w proces leczenia, na temat określonego schorzenia. Dotyczy ona, przede wszystkim, chorób psychicznych, podkreśla znaczenie wpływów kulturowych i rozwijana jest na gruncie antropologii medycznej (Lubkin, Larsen, 2013). Model Zdroworozsądkowej Samoregulacji Leventhala bazuje głównie na wiedzy psychologicznej (por. podrozdz. 1.3.4) i dlatego też charakterystyka poznawczego obrazu choroby, w dużej mierze, będzie właśnie do niego nawiązywała (a dokładnie do sposobu rozumienia obrazu choroby i jego pięciu składowych, czyli tożsamości, czasu trwania, przyczyn, konsekwencji i kontroli).

Kształtowanie się obrazu własnej choroby polega na zebraniu posiadanych informacji, interpretacji danych (prowadząc do uznania siebie za chorego/zdrowego) oraz na wysnuciu przypuszczenia odnośnie do rodzaju choroby. Informacje, na podstawie których powstaje reprezentacja choroby, można podzielić na trzy typy, tj. ogólną wiedzę o chorobie, nieformalną komunikację społeczną oraz własne doświadczenia chorego i odczucia z organizmu (Leventhal, Meyer, Nerenz, 1980). Ogólna wiedza o chorobie, w dużym stopniu potoczna, przyjęta w danym kręgu kulturowym, obejmuje gotowe poglądy i wierzenia. Nieformalna komunikacja społeczna to wszystkie informacje pochodzące z rozmów z innymi ludźmi, w tym personelem medycznym, innymi chorymi czy ze środków masowego przekazu. Ważną rolę odgrywają również przekazy rodzinne i rodzinne postawy wobec określonych chorób. Najważniejszym źródłem wiedzy są jednak własne doświadczenia, odczuwane symptomy i dynamika ich zmian oraz samopoczucie chorego. Według G. Bishopa i wsp. (Bishop, Converse, 1986; Bishop 2000) pierwotny obraz choroby może być traktowany jako prototyp choroby (czyli wyidealizowany lub typowy obraz przebiegu danego schorzenia), do którego osoba doświadczająca niepokojących objawów będzie je porównywała i dopasowywała. Jeżeli uda jej dopasować objawy do posiadanego prototypu, wtedy można interpretować je jako oznakę określonego schorzenia. Dostępne prototypy decydują o sposobie doświadczania choroby. Jeżeli takie dopasowanie nie jest możliwe, wtedy osoba doświadczająca objawów zaczyna odczuwać niepokój związany między innymi z poczuciem braku kontroli i zrozumienia swojego stanu. Może być też bardziej skłonna do zaniechania szukania wytłumaczenia stanu zdrowia bądź też zwlekać z decyzją o udaniu się do lekarza. Ciekawe jest istnienie pewnej swoistej symetrii między symptomami i prototypami – ludzie nie tylko poszukują prototypów pasujących do spostrzeżonych symptomów, ale również szukają symptomów, które mogłyby pasować do określonego prototypu, a tym samym

potwierdzałyby przekonanie o istnieniu określonej choroby (czego przykładem może być tzw. choroba studentów medycyny). Innymi słowy, posiadanie określonego prototypu może spowodować doświadczanie symptomów, które by nie wystąpiły w przypadku braku owego prototypu (Bishop, 2000; Benyamini, 2011).

W wielu przypadkach informacje o charakterze choroby są przekazywane przez samego lekarza i głównie właśnie one służą do oszacowania stanu własnego zdrowia, tak więc nie ma wątpliwości co do tożsamości/etykiety (*identity*) choroby. Problemem może być sama akceptacja tej tożsamości (Benyamini, Medalion, Garfinkel, 2007). Może być też tak, że im większa jest rozbieżność między diagnozą lekarską a odczuwanymi symptomami, tym większa jest tendencja do szukania informacji z innych źródeł (Moss-Morris, Wrapson, 2003; Benyamini, 2011).

Intuicyjnym sposobem testowania natury symptomów jest śledzenie ich trwałości (czasu trwania). W historii ludzkości większość chorób miała charakter ostrej, i, między innymi, z tego zapewne powodu system przekonań odnośnie do chorób dotyczy w dużym stopniu chorób o ograniczonym w czasie przebiegu. Oznacza to, że początkowo uruchamiany jest schemat choroby ostrej, który, z upływem czasu, zamieniany jest w model choroby przewlekłej (Meyer, Leventhal, Gutmann, 1985; Wersch, Cartwright, Forshaw, 2009). Poznawczy obraz choroby to także przekonania odnośnie do przyczyn – formułowane są one na podstawie dosyć prostej zasady, wskazującej na to, że przyczyna musi mieć bliski związek czasowy i przestrzenny z efektem oraz powinna przypominać efekt. Przykładowo, bóle stawów wynikają z ubioru niedostosowanego do pogody, tj. zakładania zbyt lekkiego ubrania w chłodne dni (Leventhal i wsp., 2008; Benyamini, 2011).

Inne heurystyki służące do identyfikacji przyczyny choroby charakteryzują się podobną pragmatyką – jeżeli objawy kojarzone są z przyczynami środowiskowymi, jednostka porównuje się z innymi ludźmi wystawionymi na działanie tych samych czynników, jeżeli choroba związana jest ze stresem – poszukuje sytuacji stresowych, które mogły ją wywołać, jeżeli, z kolei, uważa ją za związaną z wiekiem – spodziewa się powolnych i mało poważnych zmian (Leventhal i wsp., 2008, Benyamini, 2011). Tak więc działania w obliczu objawów będą zależały, między innymi, od stwierdzonej (słusznie lub nie) przyczyny. Kolejną składową obrazu choroby, która jest związana z jej konsekwencjami (a dokładnie spostrzeganymi następstwami w różnych sferach życia) często odgrywa najistotniejszą rolę w odniesieniu do oceny jakości życia, funkcjonowania fizycznego i emocjonalnego oraz samego procesu zdrowienia (Petrie i wsp., 1996; Whittaker, Kemp, House, 2007; Stafford, Berk, Jackson, 2009; Benyamini, 2011). Ostatni element – kontrolę – można zróżnicować na wewnętrzną i zewnętrzną, czyli posiadanie kontroli nad objawami i efektami leczenia oraz przekonanie o tym, że lekarze (medycyna) takową kontrolę posiadają (Moss-Morris i wsp., 2002; Benyamini, 2011). Wszystkie wymienione komponenty obrazu choroby są ze sobą powiązane i tworzą jej spójną, uporządkowaną historię (Benyamini, 2011).

Z upływem czasu człowiek poszerza obraz własnej choroby, co jednak nie musi być równoznaczne z posiadaniem rzetelnych informacji. Wyobrażenia na temat chorób są zwykle fragmentaryczne i nietrafne oraz mało podatne na przekształcenia. Zazwyczaj w obliczu własnej choroby posiadana wiedza jest

niewystarczająca, co prowadzi do poszukiwania dalszych informacji, które ze względu na sztywną strukturę schematu poznawczego są odbierane selektywnie. Na ogół dopływ nowych informacji jest stale modyfikowany poprzez wcześniej ukształtowane schematy/prototypy odnoszące się do zagadnień zdrowia/choroby. Co więcej, docierające informacje są, jak już wcześniej zaznaczono, często zniekształcone – przez media (w których podkreśla się określone aspekty choroby, najczęściej wyzwalające silne emocje i niemające odzwierciedlenia w rzeczywistej częstotliwości występowania) lub kulturowe przekonania na temat chorób (Jarosz, 1983; Tobiasz-Adamczyk, Szafranec, Bajka, 1999; Gałuszka, 2000; Miniszewska, 2007; Benyamini, 2011).

Ważną rolę w kształtowaniu się poznawczej reprezentacji choroby odgrywa dysonans poznawczy, który decyduje o przyjęciu, przekształceniu lub odrzuceniu pojawiających się komunikatów. Istotne znaczenie posiadają również takie czynniki, jak postawa chorego wobec źródła informacji, oczekiwania, poziom wykształcenia, środowisko społeczno-kulturowe, wcześniej przebyte choroby, stan emocjonalny (Bishop i wsp., 1987; Bishop, Concerse, 1986; Bishop, 2000; Gałuszka, 2000; Miniszewska, 2007). Na kształtowanie się obrazu własnej choroby wpływa również, co nie ulega wątpliwości, osobowość chorego. Niektóre cechy, takie jak neurotyczność i wpisany w nią podwyższony poziom lęku, mogą sprzyjać nadmiernej koncentracji na negatywnych informacjach związanych z chorobą, a tym samym decydować o formowaniu jej zniekształconej reprezentacji, zawierającej wyolbrzymianie ciężkości schorzenia i zagrożeń, jakie może wywołać (Diefenbach i Leventhal, 1996; Starowicz, 2009).

Modyfikacja obrazu choroby wiąże się ze zmianą jej percepcji i interpretacji oraz ma wpływ na sposób zmagania się nią. Od poznawczego obrazu choroby zależy w jakie działania zaradcze zaangażuje się człowiek oraz jaki będzie jego stosunek do leczenia się. Jest to proces ciągły, charakteryzujący się licznymi zmianami. Postawa wobec własnej choroby i jej obraz kształtują się w wyniku współdziałania procesów poznawczych, emocjonalnych i motywacyjnych. Ma charakter dynamiczny i może się zmieniać w kolejnych etapach rozwoju choroby. Zazwyczaj w początkowym okresie interpretacja choroby oraz doświadczane emocje mają charakter negatywny. Zależy to również od oceny wtórnej, dotyczącej posiadanych zasobów osobistych, mających znaczenie w zmaganiu się z chorobą, a ściślej – własnych możliwości poradzenia sobie. Negatywne emocje mogą powodować ograniczenie zainteresowania otaczającą rzeczywistością i uruchomienie zachowań obronnych. Wraz z upływem czasu ludzie przystosowują się do swojego stanu somatycznego, a doświadczane symptomy mogą być odbierane jako znacznie mniej dokuczliwe, wzrasta też przekonanie o kontrolowalności symptomów (Papadopoulos, Bor, 1999; Schenkman i wsp., 2002; Steuden, 2002; Richards i wsp., 2004; Goodman i wsp., 2005; Miniszewska, 2007; Mora i wsp., 2007; Benyamini, 2011).

Poszczególne elementy składające się na poznawczy obraz choroby zorganizowane są hierarchicznie – Y. Benyamini (2011) proponuje wyobrażenie sobie przestrzennego układu wzajemnie powiązanych komponentów, w którym na samym dole mieszczą się najbardziej konkretne, na górze zaś abstrakcyjne.

Wspomniana autorka (tamże) uważa, odwołując się do Leventhala, że poznawczy obraz choroby działa w dwojaki sposób, tj. dół – góra i góra – dół. Pierwszy charakteryzuje się tym, że określone, konkretne objawy somatyczne mogą wzbudzić niepokój, następnie spowodować nadanie etykiety, na przykład zawał serca. Drugi polega na tym, iż wiedza dotycząca istoty choroby, czyli znajomość etykiety (np. wspomniany zawał serca) pochodząca z własnego doświadczenia lub obserwacji innych ludzi, prowadzi do koncentracji na określonych symptomach lub do wzmożonej czujności i gotowości dostrzegania owych symptomów.

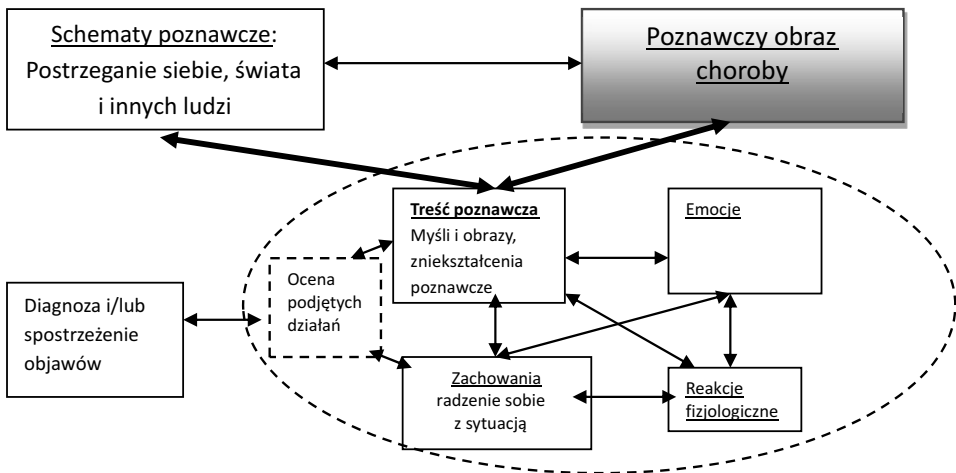
Poznawczy obraz choroby pełni kilka podstawowych funkcji, mianowicie pozwala porządkować, systematyzować i aktualizować informacje dotyczące zdrowia człowieka. Zachowanie porządku i nadanie logicznej struktury informacjom pozwala na redukcję niepewności i utrzymanie przekonania o posiadaniu kontroli. Przekonanie o posiadanej kontroli i zrozumienie tego, co się dzieje z człowiekiem obniża poziom lęku oraz pozwala wybrać odpowiednie sposoby reagowania. Można przyjąć, że emocjonalne korzyści – redukcja lęku i niepewności – powodują, że poszukiwanie przyczyn choroby jest znacznie intensywniejsze u osób, których stan zdrowia można uznać za poważny (Leventhal, Benyamini, Shafer, 2007; Benyamini, 2011). Według J. Cacioppo i wsp. (1986), im więcej poważnych konsekwencji swojej choroby spostrzega człowiek, tym bardziej jest zmotywowany do poszukiwania jej przyczyn w celu właśnie poradzenia sobie z własnymi emocjami. Tak więc poznawczy obraz choroby pełni funkcję regulacji emocji i odpowiada za wybór odpowiednich zachowań zaradczych.

Jeżeli napływające informacje (m.in. od lekarzy) nie pasują do przekonań chorego, zaś rozbieżności między nimi są tak duże, że nie można ich logicznie połączyć, większe jest wówczas prawdopodobieństwo pogorszenia zdrowia psychicznego. Co więcej, taka sytuacja może doprowadzić do podważania czy zaprzeczania diagnozie i poszukiwania innego, bardziej zrozumiałego wytłumaczenia (Lillrank, 2003; Benyamini, 2011).

Oczywiście, jak wcześniej zostało pokazane, aktualizacja informacji opiera się, w dużej mierze, na selektywnym ich poszukiwaniu i włączaniu do istniejącej struktury tych elementów, które do niej „pasują”. Nie zawsze więc omawiana struktura poznawcza odpowiada rzeczywistości. Inną przyczyną tego stanu rzeczy jest funkcja regulacji emocji – obwinianie siebie za spowodowanie pogorszenia zdrowia (np. poprzez ekspozycję na słońce czy nieprawidłową dietę) obniża samoocenę i pogarsza samopoczucie. Zatem znacznie „bezpieczniejsze”, w odniesieniu do stanu emocjonalnego, jest spostrzeganie zewnętrznych przyczyn choroby. Z drugiej strony, co jest swoistym paradoksem, stwierdzenie, że własne zachowania i działania mają wpływ na stan zdrowia, przyczynia się do zwiększenia poczucia kontroli. Wynika więc z tego, że „najzdrowszy” poznawczy obraz choroby powinien być tak zorganizowany, żeby obniżyć samoobwinianie i jednocześnie nasilać poczucie kontroli w procesie powrotu do zdrowia (Baker, Wiginton, 1997; Shiloh i wsp., 2007; Benyamini, 2011). Przykład takiego spostrzegania własnej sytuacji pokazują badania French, Maissi i Marteau (2005) – osoby, które doświadczyły ataku serca deklarowały, iż przyczyny ich problemów zdrowotnych miały charakter zewnętrzny (np. stres) i nie miały związku z ich stylem życia.

Jednocześnie były skłonne wskazywać na styl życia i nawyki z nim związane jako istotne w zapobieganiu podobnym sytuacjom w przyszłości. Jak podkreślają autorzy, taka atrybucja ma charakter adaptacyjny, pozwala uniknąć samoobwiniania, zaś wszelkie próby jej zmieniania mogą być szkodliwe.

Podsumowując, w miarę syntetycznie, powyższy fragment odnoszący się do znaczenia poznawczej reprezentacji choroby, można wymienić następujące jej funkcje: regulacji emocji, regulacji behawioralnej (podejmowania zachowań zaradczych, przestrzegania zaleceń terapeutycznych, zachowań zdrowotnych) i, niewątpliwie, regulacji fizjologicznej. Można przyjąć, że poznawczy model przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej pokazujący znaczenie reprezentacji choroby (na podst. White, 2001; Moorey, Greer, 2007; Sage i wsp., 2008; Young, Klosko, Waishaar, 2013) przedstawia się następująco (rysunek 2.2): w sytuacji otrzymania diagnozy lub spostrzeżenia odbiegających od normy objawów, człowiek posiada określone myśli i oceny, których treść zależy od schematów poznawczych¹ i posiadanego obrazu choroby (wzajemnie na siebie oddziałujących). Myśli, zgodnie z założeniami podejścia poznawczo-behawioralnego, wywołują odpowiadające im emocje, zachowania (działania mające na celu poradzenie sobie z sytuacją zdrowotną) i reakcje organizmu. Emocje, zachowania i reakcje fizjologiczne zwrótnie wpływają (potwierdzając je bądź też nie) na pojawiające się uprzednio treści poznawcze, oraz na siebie wzajemnie. Te kolejne informacje (m.in. podjęte działania) podlegają ponownej ocenie (por. Model



Rysunek 2.2. Poznawczy model przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej
Źródło: opracowanie własne na podstawie: White, 2001; Moorey, Greer, 2007; Sage i wsp., 2008; Young, Klosko, Waishaar, 2013.

¹ Schemat poznawczy to „ogólny, wszechogarniający motyw lub wzorec, składający się ze wspomnień, emocji, przekonań oraz doznań cielesnych dotyczących jednostki oraz jej relacji z innymi, wykształcony w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania, rozwijany przez całe życie” (Young, Klosko, Weishaar, 2014, s. 26).

Zdroworozsądkowej Samoregulacji Leventhala) i mogą wpłynąć na pierwotne przekonania odnośnie do objawów. Oczywiście powyższe zależności są znacznym uproszczeniem, niemniej jednak pozwalają na usystematyzowanie wiedzy i zrozumienie funkcjonowania w sytuacji choroby somatycznej. Należy również podkreślić, iż przedstawiona propozycja ma charakter autorski. G. Furze, J. Donnison i R. Lewin (2008) podkreślają, że zdecydowana większość modeli odnoszących się do funkcjonowania w chorobie akcentuje rolę przekonań, wiedzy i myśli.

Konsekwencje błędnych przekonań najobszerniej zostały przeanalizowane w odniesieniu do chorób układu krążenia. Wykazano na przykład, iż wysoki poziom lęku i przejście na wcześniejszą emeryturę osób po przebytych ataku serca wynikał z ich błędnego przekonania o szkodliwości podejmowania pracy. Wysoki poziom lęku, depresja, ograniczenie aktywności fizycznej, brak powrotu do pracy po przebytych ataku serca oraz częstsze niepotrzebne hospitalizacje zależały istotnie od „błędnych kardiologicznych przekonań” – *cardiac misconceptions* (Furze i wsp., 2001; 2003; Furze, Donnison, Levin, 2008). Co więcej, zmiana błędnych przekonań osób z chorobami serca okazała się być lepszym predyktorem poprawy fizycznego funkcjonowania niż zmniejszenie objawów duszniczy bolesnej (Furze i wsp., 2005).

Ludzie przewlekle chorzy mogą mieć również poczucie pokrzywdzenia przez los, oceniać swoje życie negatywnie jako ograniczające ich aktywność i niezależność oraz konstruować negatywny i zagrażający obraz rzeczywistości. Taka percepcja często wyzwała postawy typu „od ludzi” (wyrażane w formie unikania i ucieczki), bądź „przeciw ludziom”, które ujawniają się w postaci buntu i agresji (Steuden, 2002). Powszechną cechą ludzi przygnębionych i załęknionych jest posiadanie negatywnych i irracjonalnych przekonań o tym, iż choroba determinuje ich życie we wszystkich możliwych aspektach. Przyczyną takiego stanu rzeczy są często zniekształcenia procesów poznawczych² (por. rysunek 6), które powodują, że doświadczenia i sposób interpretacji rzeczywistości są nieprawidłowe (Papadopoulos, Bor, 1999; Pilecka, 2004). Można wyróżnić szereg typów zniekształceń procesów poznawczych, które mogą w dużym stopniu determinować funkcjonowanie oraz reakcje chorych somatycznie. Poniżej przedstawiono zniekształcenia charakterystyczne dla osób z chorobami skóry (Papadopoulos, Bor, 1999; Miniszewska, 2007):

- a) selektywne abstrahowanie (*selective abstraction*), czyli koncentrowanie się na negatywnych aspektach własnego wyglądu, w przekonaniu, że stan skóry determinuje wygląd („Nie jest ważne, że inni mówią, że mam ładne ciało lub śliczne oczy, jedyne co zauważam, to egzema”);
- b) personalizacja (*personalization*), rozumiana jako obarczanie się odpowiedzialnością za różne wydarzenia („Ona nie usiadła obok mnie, ponieważ waż mam trądzik”);
- c) wyciąganie arbitralnych i negatywnych wniosków (*arbitrary inference*) pomimo braku dowodów („Zostałem zaproszony na imprezę, ponieważ

² Błędy logiczne zawarte w treści myśli, łączące się z negatywnymi emocjami (Popiel, Prąglowska, 2008).

- jest im mnie żal; nie ma możliwości, żeby ktoś chciał być dla mnie miły, widząc, jak zaawansowana jest moja łuszczyca”);
- d) myślenie typu „wszystko albo nic” (*all-or-nothing thinking*), czyli myślenie w kategoriach: „Nigdy nie będę szczęśliwy, jeżeli nie będę w stanie przestać myśleć o moich plamach na skórze”;
 - e) uogólnianie (*generalization*) – przekonanie, że nieprzyjemne doświadczenie może wpłynąć na wszystkie aspekty życia („Trzyletnia córka znajomego nie chce podać mi ręki ze względu na łuszczycę, tak więc wszyscy muszą czuć wstręt na widok moich zmian na skórze”);
 - f) katastrofizowanie (*catastrophizing*) – myślenie o najgorszym scenariuszu wydarzeń oraz wyolbrzymianie trudności („Jeżeli wyjdę z domu bez makijażu zakrywającego moje czerwone plamy, to wszyscy na ulicy będą się śmiać i szydzić ze mnie i w efekcie nie będę w stanie zrobić ważnych zakupów”).

Zniekształcenia poznawcze, szczególnie katastrofizowanie, mogą doprowadzić do unikania aktywności, w tym takich, które wspomagają procesy lecznicze. Dobrym przykładem jest tu model lęku – unikanie, dotyczący przewlekłego bólu (Vlaeyen, Linton, 2000):

1. Negatywne, katastroficzne przekonania odnośnie do bólu i jego konsekwencji prowadzą do pojawiania się lęku przed bólem (*pain-related fear*).
2. Lęk przed bólem powoduje unikanie wielu aktywności (w tym tych codziennych).
3. Ponieważ unikanie bólu wynika często z jego antycypacji a nie z rzeczywistych doświadczeń, nie ma wielu okazji do skorygowania tych błędnych przekonań i zweryfikowania, które z aktywności rzeczywiście mogłyby spowodować negatywne, fizyczne konsekwencje.
4. Długotrwałe unikanie aktywności prowadzi do zmian w układzie mięśniowym i krążenia, pojawianie się tzw. zespołu wyuczonego nieużywania (*disuse syndrome*), a w konsekwencji nasilenia dolegliwości bólowych i zmian chorobowych. Lęk przed bólem wiąże się z selektywnym abstrahowaniem i wzmożoną czujnością, co utrudnia przekierowanie uwagi na informacje, które nie są z bólem związane i radzenie sobie z codziennymi zadaniami. Ponadto lęk przed bólem, wynikający z katastrofizowania, wiąże się z wzmożoną psychofizjologiczną reaktywnością podczas konfrontacji z sytuacjami ocenianymi jako zagrażające (Vlaeyen i wsp., 1990; McCracken, Gross, 1993; Vlaeyen, Linton, 2000; Boersma i wsp., 2004; Spinhoven i wsp., 2004).

Znaczenie, jakie ludzie nadają chorobie, może przybierać różne postaci/treści. I tak Z. Lipowski (1970) wyróżnił aż osiem ich kategorii. W zależności od kategorii znaczeniowej nadanej chorobie, wzbudzone są różne emocje, które uruchamiają określone motywacje i behawioralne sposoby radzenia sobie z chorobą (przewyciężanie, poddanie się i unikanie). Poniżej przedstawiono każdą z nich, zobrazowaną przykładem wypowiedzi osób zmagających się z różnymi chorobami somatycznymi:

1. Wróg – „Całe życie walczę i będę walczyć. Z czymś trzeba. Nie mam zamiaru się poddać i płakać. Mam siłę i jestem silny, i wygram z tym

- dziadostwem. Poza tym i tak nie mam wyboru. Mogę albo wygrać, albo przegrać życie. Na razie jest remis” (wypowiedź pacjenta chorego na łuszczycę zwyczajną [36 lat], archiwum autorki).
2. Kara – „Pani Łuszczycyca oczywiście, jak zawsze, pojawiła się, żeby mi dać nauczkę i mnie ukarać. Nie powinnam się zapominać i cieszyć życiem. Przecież na to nie zasługuję. No i co, będę grzeczna. Do [...] śmierci będę grzeczna. A jak się zapomnę, to ona mi przypomni, gdzie jest moje miejsce w szeregu” (wypowiedź pacjentki z łuszczycą zwyczajną [49 lat], archiwum autorki).
 3. Słabość – „Objadałem się, to [...] mam. Nigdy sobie nie odmawiałem przyjemności [...]. Nadal mi się nie udaje utrzymać diety. Jestem niekonsekwentny i leniwy” (wypowiedź pacjenta chorego na cukrzycę typu 2 [41 lat], archiwum autorki).
 4. Ulga – „To tylko nadczynność tarczycy. Kamień spadł mi z serca. Nie jestem wariatką. Jestem – bo się cieszę z choroby” (wypowiedź pacjentki z nadczynnością tarczycy [29 lat], archiwum autorki).
 5. Korzyść/strategia – „Do tego wszystkiego mam to. Pewnie bym był lepszy, ale nie mogę ćwiczyć. Na siłownię też nie mogłem chodzić. Pociłem się i to źle mi robiło. Z wf też muszę się zwalniać. No, bo jestem chory. Z kumplami też nigdzie nie pojedę [...]. No, bo mam tę chorobę!” (wypowiedź pacjenta chorego na AZS [19 lat], archiwum autorki).
 6. Strata – „Nic mi już nie pozostało. Jestem dziadem. Chorym dziadem, który już niczego nie może. Tylko umrzeć” (wypowiedź pacjenta chorego na łuszczycę stawową [60 lat], archiwum autorki).
 7. Wartość – „Choroba jest chyba pewnym przebudzeniem. Wydaje mi się, że ludzie, którzy nie zachorowali, nie zdają sobie sprawy, że można mieć taką krótką perspektywę” (*Choroba nowotworowa – doświadczenia pacjentów...*, 2014).

Jak widać z powyższego, choroba może też przynieść pomyślne konsekwencje (wtórne zyski z choroby). Przykładem jest tu młody człowiek, który brak grupy znajomych i bycie mało lubianym tłumaczy niepowodzeniami sportowymi (ważnymi dla chłopców) oraz niemożnością brania udziału w różnych formach aktywności (wyjazdy na biwaki, mecze). Za przyczynę podaje chorobę skóry (taki sposób spostrzegania własnej sytuacji pełni tu funkcję ochrony obrazu siebie). Należy też dodać, że z medycznego punktu widzenia schorzenie wspomnianego pacjenta nie stanowiło przeszkody w podejmowaniu wielu aktywności. Tak więc, człowiek sumując wszystkie następstwa swojego stanu zdrowia dokonuje ich bilansu, aczkolwiek zazwyczaj jest on jednak ujemny (Heszen, 2013).

K. Janowski (2006) zaznacza, że sytuacja choroby może uaktywniać nie jedną, ale kilka możliwych kategorii oceny, współwystępujących ze sobą. Okazuje się, że nawet pozornie sprzeczne oceny (choroba jako zagrożenie i jako korzyść) mogą ze sobą współistnieć, co odzwierciedla złożoność motywacji człowieka i wieloaspektowość choroby. To właśnie bywa przyczyną wielu trudności, chociażby w przełożeniu koncepcji R. Lazarusa i S. Folkman na sytuację choroby, która może być jednocześnie utratą (zdrowia), zagrożeniem (planów) oraz stanowić

wyzwanie. W każdym bądź razie doniesienia empiryczne (za: Janowski, 2006) potwierdzają zależności między kategoriami oceny własnej choroby a strategiami i stylami radzenia sobie, objawami psychopatologicznymi (takimi jak lęk i depresja), stosowanymi mechanizmami obronnymi, a także pozwalają prognozować przebieg choroby.

Jako podsumowanie przedstawionych w tej części pracy rozważań niech posłużą słowa K. Wilbera (1995, s. 55–58):

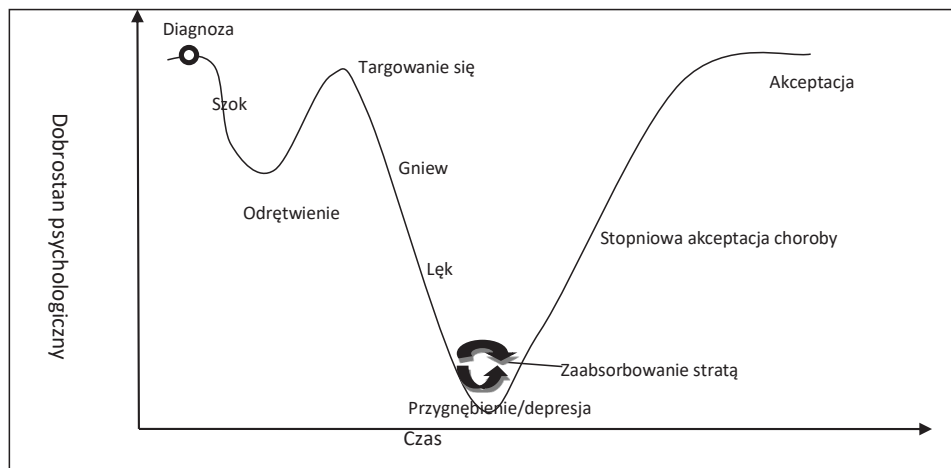
Naszym podstawowym problemem nie był rak; była nim informacja. A bardzo szybko okazuje się, że żadna nie jest prawdziwa [...]. W każdej chorobie człowiek musi się zmierzyć z dwoma różnymi jej aspektami. Po pierwsze, staje twarzą w twarz z samym procesem chorobowym – złamaną kością [...], nowotworem złośliwym. Nazwijmy ten aspekt „jednostką chorobową”. Na przykład rak jest dosyć dokładnie opisany przez medycynę i naukę [...]. Po drugie, człowiek staje twarzą w twarz również z tym, co społeczeństwo, w którym żyje, i kultura tworzy wokół choroby – ze wszystkimi osądami, lękami, nadziejami, mitami, opowieściami, wartościami i znaczeniami. Nazwijmy ten aspekt „schorzeniem” [...]. Ludzie skazani są na nadawanie znaczenia [...]. Nie wystarczy wiedzieć, że jest się chorym, że ma się określoną jednostkę chorobową. Muszą wiedzieć, DLACZEGO. Dlaczego ja? Co to znaczy? Co złego zrobiłem? Jak to się stało? Rak jest chorobą, o której właściwie wiadomo bardzo niewiele [...]. I dlatego narosła wokół niego ogromna liczba mitów [...]. Co ma więc robić typowy lekarz? Wie, że jego leczenie – operacja, chemioterapia, naświetlania – nie będzie zbyt efektywne, ale musi coś zrobić [...]. Próbuje więc określić ZNACZENIE choroby, zalecając pacjentowi pewien sposób myślenia o nowotworze.

2.2. Wybrane aspekty zmagania się z przewlekłą chorobą somatyczną

Zmaganie się z chorobą można określić jako „proces obejmujący całokształt działań nakierowanych na wyleczenie lub złagodzenie występujących u niej objawów oraz obniżenie ryzyka pojawienia się skutków negatywnych w różnych obszarach funkcjonowania człowieka” (Steuden, 2002, s. 31). W miarę postępu choroby przewlekłej zmieniają się procesy radzenia sobie. Czynniki modyfikujące ten proces zależą od dynamiki obrazu klinicznego, stopnia zaawansowania choroby, efektów leczenia i rokowania, a także dynamiki życiowej oraz zasobów osobistych i społecznych osoby chorej.

W procesie zmagania się z chorobą można wyodrębnić kilka kluczowych etapów psychologicznej adaptacji do choroby, takich jak niepewność, zakłócenie równowagi, dążenie do zmiany, powrót do dobrego samopoczucia (Morse, Johnson, za: Steuden, 2002). N. Sage i wsp. (2008), nawiązując do koncepcji adaptacji do choroby zagrażającej życiu E. Kübler-Ross (2002), proponują bardziej szczegółowy schemat wyjaśniający proces osiagania przystosowania do zmian wynikających z przewlekłej choroby (tzw. krzywą przejścia – *The Transition*

Curve). Rysunek 2.3 przedstawia kolejne etapy adaptacji oraz odpowiadający im poziom dobrostanu.



Rysunek 2.3. Adaptacja do zmian wynikających z choroby

Źródło: opracowanie własne na podstawie: N. Sage i wsp. (2008).

Można również wyróżnić dwie formy przystosowania się do choroby, tj. utożsamianie się z chorobą oraz świadomość istnienia choroby, która wymaga leczenia, bez – w związku z tym – etykietowania siebie. Pierwsza łączy się z doświadczaniem: depresji, załamania psychicznego, poczucia bezradności i beznadziejności, wątpliwości oraz z uruchomieniem mechanizmów obronnych osobowości. Druga z kolei mobilizuje do aktywności i radzenia sobie z chorobą niezależnie od jej typu, zaawansowania, zmienności objawów i przewidywanych następstw. Za najistotniejszy czynnik w procesie adaptacji do choroby można uznać akceptację (będącą swoistą zgodą) stanu chronicznego i związanych z nim ograniczeń (Steuden, 2002; Miniszewska, 2007).

Zmiana oceny sytuacji i hedonistyczna adaptacja

S. Lyubomirsky (2011, s. 200) przytacza słowa F. Dostojewskiego, który twierdzi, że człowiek jest „elastycznym zwierzęciem, które się do wszystkiego przyzwyczai”. I rzeczywiście, zarówno doświadczenie, jak i doniesienia naukowe dowodzą, że z czasem tracą na intensywności i pozytywne, i negatywne wydarzenia, co sugeruje, że dobrostan człowieka charakteryzuje się względną stabilnością.

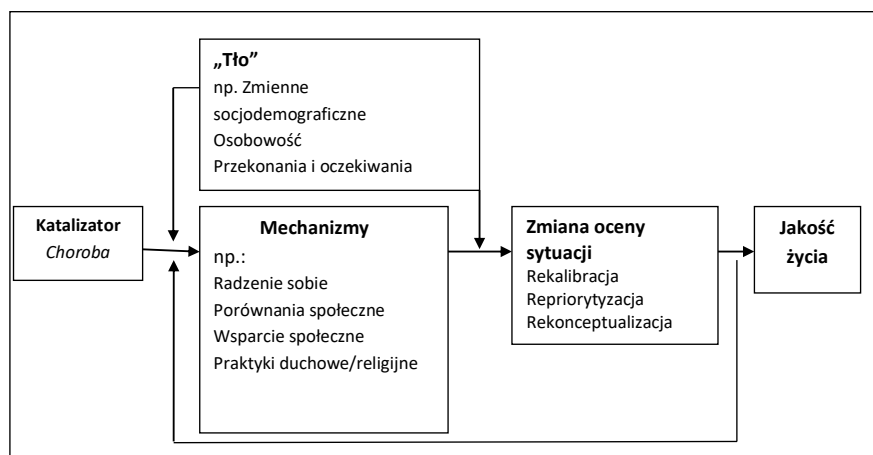
W ostatnich latach coraz częściej (Rees, 2005; Ring, 2005; Korfage, 2007; Schwartz, 2007; Barclay-Goddard, Epstein, Mayo, 2009; Eton, 2010; Howard, 2011) podkreśla się znaczenie zmiany oceny sytuacji (*Response Shift*), czyli zmiany

zachodzącej w ocenie własnej sytuacji życiowej u osób przewlekle chorych. Oceniając i analizując problematykę jakości życia w chorobie bądź też, różnie rozumiane, przystosowanie do choroby, należy tę zmianę uwzględnić, w przeciwnym razie dokonywane analizy mogą być obciążone poważnym błędem (Barclay-Goddard, Epstein, Mayo, 2009; Howard, 2011; Barclay, Tate, 2014). Dotyczy to szczególnie tych wyników, które pokazują, iż, na przykład, poziom jakości życia osób przewlekle chorych jest porównywalny do poziomu deklarowanego przez osoby zdrowe – pomimo wyraźnych ograniczeń w wykonywaniu codziennych aktywności przez tych pierwszych. Zmiana oceny sytuacji definiowana jest jako zmiana znaczenia oceny analizowanego konstrukt (np. jakości życia), będąca rezultatem: a) zmiany wewnętrznych standardów oceny zachodzącej u respondenta (tzw. rekalkibracja skali oceny), b) zmiany w systemie wartości respondenta (np. znaczenia poszczególnych wymiarów składających się na analizowany konstrukt), c) przeddefiniowania analizowanego konstrukt – jego rekonceptualizacji (Schwarz, Sprangers, 1999; Sprangers, Schwarz, 2010). Upraszczając, ocena jakości życia osoby przewlekle chorej może wynikać ze zmian w systemie wartości i wewnętrznych standardów czy sposobie postrzegania własnej sytuacji, czego konsekwencją jest poprawa dobrostanu (Barclay-Goddard, Epstein, Mayo, 2009). Za przykład może posłużyć stwierdzenie (Norman, 2003) chorego na nowotwór płuc mężczyzny (w stadium terminalnym), który spytany o to jak się czuje, odpowiadał, że: „Och, całkiem nieźle, zważywszy (na stan zdrowia)” (*Oh, pretty good, considering*).

R. Barclay-Goddard, J. Epstein i N. Mayo (2009) porównują zmianę oceny do procesu homeostatycznego mającego właśnie na celu utrzymanie poziomu dobrostanu na mniej więcej takim samym poziomie, pozwalając jedynie na jego niewielkie wahnięcia. W jego wyniku osoba chora adaptuje się do zmian w stanie zdrowia na poszczególnych etapach progresji choroby (Hosseini i wsp., 2013). Zmiany zachodzące w opisywanym procesie można określić jako rekalkibrację (*recalibration*), wiążącą się z ponowną oceną określonego zjawiska na przyjętej przez chorego nowej skali szacunkowej bądź nowego punktu odniesienia; reprioryzacją (*reprioritization*), będącą ponownym ustaleniem priorytetów (np. rodzina staje się najważniejsza); rekonceptualizację (*reconceptualization*), polegającą na przeddefiniowaniu konstrukt (np. jakości życia), które wynika, przykładowo, ze spostrzeżenia, że w sytuacji zmiany kondycji zdrowotnej inne, niż wcześniej człowiek przypuszczał, aspekty życia są najważniejszymi składnikami jego jakości życia. Może nawet okazać się, że jakość życia w chorobie jest oceniana jako wyższa w porównaniu ze stanem przedchorobowym (Schwarz, Sprangers, 1999a, b; Barclay-Goddard, Epstein, Mayo, 2009; Eton, 2010; Ubel, Peeters, Smith, 2010; Hosseini i wsp., 2013). Rekalkibracja, reprioryzacja i rekonceptualizacja powodują, że analizowany konstrukt nie może być porównywany czy oceniany ponownie po upływie jakiegoś czasu bez uwzględnienia zmian, które dokonały się w odniesieniu do wewnętrznych standardów, systemu wartości i sposobu spostrzegania samego konstrukt.

Zastosowanie standardowego sposobu postępowania (typu test, re-test) jest więc niewystarczające ze względu na występowanie zmiany oceny sytuacji (por. Hosseini i wsp., 2013).

C. Schwarz i M. Sprangers (1999b) zaproponowali teoretyczny model zmiany oceny sytuacji (rysunek 2.4), zgodnie z którym zmiana w zdrowiu człowieka działa na zasadzie katalizatora, uruchamiając szereg procesów poznawczych oraz behawioralnych i w konsekwencji prowadzi do zmiany w ocenie jakości życia. Należy w tym miejscu nadmienić, że pojawiły się już próby (m.in. Lau i wsp., 2012) analizowania opisywanego procesu w odniesieniu do innych niż choroba ważnych dla jednostki wydarzeń, którymi mogą być uprzedni, idealny lub oczekiwany stan zdrowia bądź też stan zdrowia innych ludzi z tym samym schorzeniem. Te ramy odniesienia mogą się zmieniać w trakcie leczenia i postępowania choroby.



Rysunek 2.4. Model zmiany oceny sytuacji

Źródło: opracowanie własne na podstawie: C.E. Schwartz, M.A. Sprangers, 1999b.

Założenie, że wraz ze zmianą warunków życia zmieniają się też kryteria oceny swojego życiowego położenia przywodzi na myśl (i jest częściowo spójne) koncepcję tzw. hedonistycznego młyna (Lyubomirsky, Sheldon, Schkade, 2005; Diener, Lucas, Scollon, 2006; Wilson, Gilbert, 2008; Lyubomirsky, Sheldon, 2007; Lyubomirsky, 2011), która również wyjaśnia względną stabilność dobrostanu człowieka. Hedonistyczny młyn, czy inaczej mówiąc, hedonistyczna adaptacja, odnosi się jednak zarówno do negatywnych, jak i pozytywnych wydarzeń życiowych. Hedonistyczna adaptacja definiowana jest jako: „psychologiczny proces, w wyniku którego ludzie przyzwyczajają się do pozytywnych lub negatywnych bodźców w taki sposób, że ich emocjonalne skutki słabną wraz z upływem czasu” (Lyubomirsky, 2011, s. 201). Autorzy Modelu Hedonistycznej Adaptacji do Pozytywnych i Negatywnych Doświadczeń (*The Hedonic Adaptation to Positive and Negative Experiences* – HAPNE), S. Lyubomirsky i K. Sheldon (2007; Lyubomirsky, 2011) zakładają, że adaptacja zachodzi przy udziale dwóch niezależnych od siebie dróg. Pierwsza charakteryzuje się tym, że nasilenie emocji (pozytywnych i negatywnych) osłabia się wraz z upływem czasu i powraca do poziomu wyjściowego. Druga odnosi się do zmiany oczekiwań (poziomu aspiracji) w obliczu

pozytywnych lub negatywnych wydarzeń (Lyubomirsky, 2011). Dyskusyjne pozostaje, czy hedonistyczna adaptacja ma charakter automatyczny i pasywny, czy może wymaga aktywnego radzenia sobie polegającego, na przykład, na intencjonalnym szukaniu korzyści zaistniałej sytuacji lub zmianie priorytetów (w przypadku negatywnych wydarzeń). S. Lyubomirsky (tamże) zadaje również pytania, które pozostawia bez odpowiedzi: na ile bodźcem, do którego adaptuje się człowiek, jest aktualna sytuacja, a na ile jej poznawcza ocena, oraz czy redukcja nasilenia emocji wraz z upływem czasu jest wynikiem i wskaźnikiem prawdziwej „adaptacji” czy może zaledwie efektem wyznaczenia innego punktu odniesienia i nadaniem nowej etykiety (*relabeling*) doświadczanej sytuacji. Być może częściową odpowiedź na powyższe pytania znaleźć można w Modelu Zmiany Oceny Sytuacji. Na uwagę zasługuje też stwierdzenie S. Lyubomirsky (tamże), że nie można badać adaptacji do określonej sytuacji bez znajomości poziomu funkcjonowania sprzed owego wydarzenia.

Sposoby radzenia sobie z chorobą

Jak już wcześniej wspomniano, proces zmagania się z chorobą ma charakter dynamiczny i obejmuje całokształt działań nakierowanych na wyleczenie lub złagodzenie objawów oraz obniżenie ryzyka pojawienia się negatywnych skutków w różnych obszarach funkcjonowania (por. Steuden, 2002). Działania te można określić mianem „strategii” radzenia sobie, będących poznawczymi i behawioralnymi wysiłkami podejmowanymi przez człowieka w sytuacji stresowej, w tym przypadku choroby (por. Heszen-Niejodek, 2000; Heszen, 2013). W literaturze przedmiotu można spotkać kilka podziałów strategii radzenia sobie z chorobą somatyczną. Najczęściej stosowany podział odwołuje się do koncepcji R. Lazarusa i S. Folkman (por. podrozdz.1.3.3), wyróżniających dwa podstawowe sposoby radzenia sobie: skoncentrowane na problemie, inaczej zadaniowe, oraz skoncentrowane na emocjach, a także odpowiadające im strategie.

Zadaniowe formy radzenia sobie z chorobą mają na celu poprawę własnego stanu zdrowia i obejmują zachowania służące pokonaniu trudności lub dostarczenia na ten temat informacji. Specyficzną zdolnością człowieka jest przekształcanie percepcji sytuacji na zadanie do wykonania (Heszen-Niejodek, 2000; Heszen, 2013). Rozpatrywanie danej sytuacji w aspekcie zadaniowym stanowi określony układ wartości i możliwości, które mogą być pozytywne lub negatywne. Pozytywne wartości stają się celami, do których dąży człowiek, zaś pozytywne możliwości warunkują osiągnięcie celu. Z kolei wartości negatywne skłaniają do unikania, negatywne możliwości utrudniają osiągnięcie celu. Cechą charakterystyczną sytuacji zadaniowej jest zachowanie celowe, zmierzające do przekształcenia określonej sytuacji.

Zadaniową sytuację chorego konstytuują aktualna choroba (wartość negatywna) i potencjalne zdrowie (wartość pozytywna). Warunkiem podjęcia działania zmierzającego do uwolnienia się od choroby i do odzyskania zdrowia jest w miarę

adekwatny obraz własnej choroby i przekształcenie go na zadanie do wykonania. Pomyślna realizacja zadania zależy od wielu czynników – pozytywnych, takich jak łatwy dostęp do lekarza, właściwe nawyki zdrowotne, posiadane zasoby osobiste, oraz negatywnych – zła tolerancja leków, nałogi. Zadaniowe radzenie sobie obejmuje strategie poznawcze i behawioralne, na przykład mentalne „próbowanie” ćwiczeń fizykoterapeutycznych przez pacjentów oddziału chirurgicznego, kontrolowanie myśli wywołujących niepokój za pomocą wewnętrznego monologu, wykonywanie zaleceń lekarskich, aktywność podejmowaną z własnej inicjatywy (np. zmiana trybu życia, zmiana diety).

Do form radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach, czyli radzenia sobie z lękiem spowodowanym chorobą, zalicza się unikanie i zaprzeczanie choroby, adaptację poznawczą (opisaną w podrozdz. 1.3.2) oraz ekspresję emocji (Heszen-Niejodek, 2000; Heszen, 2013).

Zaprzeczanie chorobie polega na nieprzyjmowaniu do wiadomości faktu zachorowania lub konsekwencji choroby, mimo dostępnych informacji oraz intelektualnych możliwości ich wykorzystania. Odrzucenie informacji związanych z chorobą ma nieświadomy charakter, pełni funkcje obrony przed zagrożeniem. Reakcja ta powstaje wskutek interakcji procesów emocjonalnych i poznawczych (pacjent musi rozpoznać jakieś sygnały zagrożenia, aby nastąpiła reakcja obrony przed nimi). Poprzez zapobieganie pełnemu uświadomieniu powagi sytuacji nie dopuszcza do rozwoju lęku. Reakcji tej przypisuje się ochronną, adaptacyjną rolę w pierwszej fazie szoku spowodowanego chorobą oraz w stanach niepoddających się leczeniu, beznadziejnych. Przejściowy okres zaprzeczania po postawieniu diagnozy lub nawrocie choroby może zmniejszać podatność na depresję. Skuteczność tej formy radzenia sobie jest krótkotrwała, przydatna w okresie krótkotrwałego kryzysu (Kübler-Ross, 1997; Heszen-Niejodek, 2000). Występowanie zaprzeczania można podejrzewać wtedy, kiedy pacjent nie zadaje żadnych pytań na temat choroby, zapomina o uzyskanych informacjach, snuje nierealne plany na przyszłość, bądź też kiedy wydaje się, że rozumie swój problem, lecz nie okazuje normalnego w tej sytuacji stresu emocjonalnego (Juczyński, 2000). Zaprzeczaniu często towarzyszy selektywna uwaga, myślenie życzeniowe, nierealistyczne oczekiwania wyzdrowienia i nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich (Livneth, Antolak, 2005).

Silne emocjonalne przeżycia związane z chorobą mogą również wyrażać się w niekontrolowanych zachowaniach i reakcjach emocjonalnych (płacz, napady paniki, wybuchy złości skierowane przeciwko personelowi medycznemu) oraz mogą się przejawiać w na przykład opowiadaniu o przeżyciach związanych z chorobą (Heszen-Niejodek, 2000). To ostatnie zachowanie ma także na celu wywołanie u rozmówcy odpowiedniego wrażenia, a jeżeli rozmówcą jest lekarz, dochodzi także do realizacji funkcji instrumentalnej. Wymieniona ekspresja daje upust emocjom powodując ich rozładowanie, zaś opowiadanie o przeżyciach przynosi ulgę. Jednakże niekontrolowane wybuchy emocjonalne prowadzą do zmian fizjologicznych (takich jak m.in. wzrost tętna i ciśnienia krwi, wzmożona perystaltyka jelit), które mogą ujemnie wpływać na zdrowie. Co więcej, konsekwencją niekontrolowanej ekspresji emocji może być wstyd lub poczucie winy.

Analizując sposoby radzenia sobie z chorobą, podkreślić należy dwie postawy wobec informacji o wydarzeniu stresowym, które mogą pełnić zarówno funkcję zadaniową, jak i emocjonalną. Człowiek może poszukiwać informacji (koncentracja na chorobie) lub je wypierać, albo aktywnie unikać (Sheridan, Radmacher, 1998; Łosiak, 1999; Heszen-Niejodek, 2000; Juczyński, 2000). W przypadku koncentracji na chorobie osoba chora skupia uwagę na dolegliwościach poprzez poszukiwanie informacji lub zmianę swojego stosunku do nich. Wymienić tu można takie formy aktywności, jak korzystanie z różnych źródeł wiedzy medycznej, porównywanie zdobytych informacji z własnym systemem przekonań zdrowotnych, ich ocenę, a następnie wykorzystanie w działaniu. Istnieją dwie kategorie strategii koncentracji na chorobie (Sheridan, Radmacher, 1998). W pierwszej człowiek skupia się na dolegliwościach, tak aby rozpoznać i wyrazić wzbudzone przez nie emocje. W drugiej, koncentruje się na odczuciach związanych z chorobą i dzieli doznania na elementy (np. osoba doświadczająca bólu może dzielić go na doznania składowe, takie jak ostrość, szybkość pojawiania się i siła napięcia mięśniowego). Poszukiwanie informacji pozwala zrozumieć i zapamiętać zalecenia lekarskie, a także podejmować działania wynikające z własnej inicjatywy. Z drugiej strony duża czujność informacyjna może pogorszyć stan emocjonalny chorego poprzez koncentrację na drobnych dolegliwościach czy szczegółach postępowania medycznego. Unikanie z kolei polega na odwracaniu uwagi od różnych przejawów choroby (krańcową formą unikania informacji może być zaprzeczanie chorobie).

Analiza doniesień z badań porównujących obie strategie (Suls, Fletcher, za: Sheridan, Radmacher, 1998) wykazała, że strategie unikowe były skuteczniejsze na początku badań długoterminowych, a ich efekty malały w miarę upływu czasu. Długoterminowo lepsze okazały się strategie koncentracji na chorobie. Pacjentom doświadczającym bólu przez krótki czas bardziej pomagały strategie unikowe, zaś pacjenci cierpiący na przewlekłe bóle więcej zyskiwali dzięki strategiom koncentracji (Sheridan, Radmacher, 1998). Z drugiej strony, w przypadku chorób przewlekłych, których nie można wyleczyć, istotne znaczenie wydają się mieć takie strategie jak unikanie, zaprzeczanie, dystansowanie się lub podejście pozytywne. Między innymi D. Roubinov i wsp. (2015) w swoich analizach pokazali, że symptomy lękowe i depresyjne wśród osób chorych na stwardnienie rozsiane były znacznie bardziej nasilone, kiedy w warunkach nie poddających się kontroli stosowali strategie skoncentrowane na zadaniu (w przeciwieństwie do tych, które ukierunkowane są na emocje). R. Lazarus (1997), analizując adaptacyjną funkcję strategii unikowych, powołuje się na motto Anonimowych Alkoholików: „Bóg mi dał pokorę konieczną do zaakceptowania tego, czego nie mogę zmienić, odwagę zmieniania tego, co zmienić mogę i mądrość do zauważenia tej różnicy” (tamże, s. 7).

Uważa się, że rodzaj strategii powinien być dostosowany do aktualnej sytuacji chorego, a to wymaga elastyczności w ich wyborze. Badania pozwalają stwierdzić (Heszen-Niejodek, 2000), że pacjenci stosujący zróżnicowane formy radzenia sobie osiągają lepsze przystosowanie niż pacjenci posługujący tylko jednym rodzajem strategii lub bierni. Co więcej, strategie radzenia sobie mogą się różnić w zależności od rodzaju choroby:

każdy proces radzenia sobie może być korzystny lub niekorzystny zależnie od tego, kto go stosuje, kiedy, w jakich warunkach i w odniesieniu do jakich oczekiwań adaptacyjnych [...] funkcjonalna wartość radzenia sobie rzadko może zostać oddzielona od kontekstu (Lazarus, 1997, s. 7).

Jak podkreśla M. Basińska (2015),

[...] człowiek efektywnie radzi sobie ze stresem, gdy posiada bogaty i zróżnicowany repertuar czynności zaradczych, które umiejętnie dopasuje do zmieniających się warunków stresogennej transakcji. W związku z tym jego zachowanie cechuje się elastycznością (tamże, s. 12).

Autorka wraz ze współpracownikami (Basińska, Woźniewicz, Warchoń, 2015) wskazują na znaczenie nie tyle samych sposobów radzenia sobie, co na sposób, w jaki człowiek je wykorzystuje. Zgodnie z koncepcją elastycznego radzenia sobie ze stresem autorstwa T. Kato (2015a, s. 25), elastyczne radzenie sobie jest definiowane „jako zdolność do zaprzestania używania nieefektywnych strategii radzenia sobie i wytworzenia oraz wdrożenia w życie strategii alternatywnych”. Elastyczne radzenie sobie składa się z dwu procesów, mianowicie, z ewaluacyjnego radzenia sobie i z radzenia adaptacyjnego. Pierwsze polega na poddawaniu ocenie sytuacji stresowej oraz podejmowaniu decyzji o utrzymaniu lub zmianie stosowanych strategii, drugie dotyczy tworzenia i wdrażania nowych sposobów postępowania. Badania (Cheng i wsp., 2007; Vriezeka i wsp., 2012a, b; Vowles i wsp. 2013; Kato, 2014; 2015b; Sołtys, 2015) dowodzą, że wysoki poziom ewaluacyjnego i adaptacyjnego radzenia sobie wiąże się z niższym poziomem symptomów depresyjnych oraz sprzyja lepszemu funkcjonowaniu osób z chorobami przewlekłymi (m.in. przewlekłym bólem, chorobami reumatycznymi, nowotworami).

Radzenie sobie z chorobą jest procesem dynamicznym, zaś preferowane sposoby zmagania się z chorobą odzwierciedlają również doświadczenia z przeszłości (Salmon, 2002). Osoby, które spotykały się z wieloma trudnościami i potrafiły sobie skutecznie poradzić, w obliczu poważnej choroby somatycznej będą prawdopodobnie wykorzystywać te wcześniejsze przeżycia. Również doświadczenie przebytej choroby wzmacnia odporność psychiczną. Przykładowo, osoba, która sprostała wyzwaniom stawianym przez cukrzycę – troska o siebie, organizacja życia wokół choroby i leczenia, kontrolowanie poziomu cukru we krwi – lepiej poradzi sobie z kolejnymi problemami, takimi jak niewydolność nerek, niż osoba dotąd zdrowa. Istotny jest rodzaj strategii wybieranych przez pacjenta do tej pory – jeżeli były to strategie unikowe, to w przypadku poważnej choroby mogą okazać się nieefektywne. Ważne jest również to, czy stosowane wcześniej strategie okazały się właściwe w wypadku poprzedniego wyzwania. Jeżeli przeszła sytuacja przekraczała możliwości radzenia sobie, to doświadczenie tego typu może wywołać silną reakcję wobec diagnozy poważnej choroby i zubożętnić go na pomoc psychologiczną (Salmon, 2002).

Podsumowując, można powiedzieć, że różne ujęcia radzenia sobie z chorobą uzupełniają się wzajemnie. Ponadto wybór określonych strategii zmagania się

z chorobą uwarunkowany jest szeregiem czynników indywidualnych i sytuacyjnych (Heszen-Niejodek, 2000; Basińska, 2015). Proces radzenia sobie składa się z ciągu następujących po sobie strategii, których wybór zależy od charakterystyki stylu radzenia sobie, właściwości choroby, indywidualnych właściwości (np. temperamentu) oraz od czynników sytuacyjnych. Z kolei efektywność radzenia sobie może być rozpatrywana w wymiarze psychologicznym (powrót do normalnego samopoczucia), społecznym (normalne funkcjonowanie w rolach społecznych) oraz biologicznym, oznaczającym powrót do zdrowia (tamże).

Pułapka nadaktywność–odpoczynek jako behawioralny sposób radzenia sobie z objawami choroby

Chcąc poradzić sobie z wyzwaniem przewlekłej choroby (np. bólem w przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów), ludzie często wpadają w tzw. pułapkę nadaktywność–odpoczynek (*overactivity rest trap*). Wynika ona z przekonania chorego o tym, że bywają dni „dobre” i „złe”. Podczas tych pierwszych, sądząc, że objawy chorobowe trochę ustąpiły, człowiek stara się nadrobić wszelkie zaległości (np. w sprzątaniu, pracy zawodowej). Konsekwencją jest zmęczenie, nasilone dolegliwości i „złe” dni, podczas których chory wypoczywa, starając się zebrać siły na te „dobre” i zazwyczaj całkowicie rezygnując z aktywności. Pułapka ta polega też na tym, że osoba taka szybciej traci formę niż ją odzyskuje, potrzebuje coraz więcej odpoczynku, a im więcej odpoczynku, tym mniejsza sprawność fizyczna. Obniżona sprawność fizyczna przyczynia się do zwiększonego oporu naczyniowego i zwiększonej spoczynkowej pracy serca (innymi słowy, serce musi ciężiej pracować), zmniejszonej masy mięśniowej, mniejszej wytrzymałości kości, chrząstek i tkanki łącznej, zmniejszonej tolerancji wysiłku, pogorszenia dobrostanu i wzrostu przekonania o utracie zdolności do osiągnięcia różnorodnych celów (Furze, Donnison, Levin, 2008; Sage i wsp., 2008).

Współwystępowanie chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych

Zaburzenia psychiczne pojawiające się w przebiegu choroby somatycznej mogą być spowodowane szeregiem przyczyn, takich jak:

- reakcja na chorobę, stopień jej ciężkości, uciążliwości, wynikające z niej ograniczenia, złe rokowania, zmianę sytuacji społecznej,
- działanie czynników somatycznych (fizjologicznych i patologicznych) na O.U.N.,
- obydwie wymienione (Rabe-Jabłońska, 2013).

Jak słusznie zauważają T. Pietras, Ł. Mokros i A. Witusik (2017), choroba somatyczna jest silnym stresorem, ponieważ stanowi zagrożenie dla życia i funkcjonowania, wywołuje cierpienie w formie dolegliwości somatycznych, obniża

jakość życia, wiąże się z pogorszeniem sytuacji ekonomicznej oraz angażuje całą rodzinę, może wywoływać stygmatyzację. Przewlekły stres z kolei może doprowadzić do rozwoju zaburzeń nastroju oraz zaburzeń lękowych. Co ciekawe, wyeliminowanie stresora (choroby) nie musi wyeliminować zaburzeń nastroju. Torowanie obwodów neuronalnych związanych z myśleniem depresyjnym, wyuczona bezradność czy nowe schematy poznawcze mogą podtrzymywać mechanizm zaburzeń. Zmniejsza się również przeżywalność serotonergiczną oraz noradrenergiczną w O.U.N. Tak więc zaburzenia nastroju mogą „niezależnić się” od stresora, który je wywołał (Popiel, Pragłowska, 2008; Pietras, Mokros, Witusik, 2017).

Do zaburzeń nastroju zawsze prowadzi przewlekły ból (Pietras, Mokros, Witusik, 2017), zaś w depresji wzrasta podatność na ból fizyczny. Przewlekły ból jest więc, z jednej strony, stresem prowadzącym do rozwoju zaburzeń nastroju, z drugiej zaś zaburzenia nastroju go pogłębiają, a neurofizjologiczne mechanizmy odczuwania bólu nakładają się na rozwój zaburzeń nastroju. M. Härter i wsp. (2007) donoszą o 42,5% (w ciągu roku) rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych wśród osób z przewlekłymi chorobami somatycznymi (dla porównania wskaźnik ten dla osób zdrowych somatycznie wynosił 25%). Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w grupach chorych z różnym rozpoznaniem nie różniło się istotnie. Najczęściej występowały zaburzenia afektywne (21,1% w ciągu roku) i lękowe (22,9% w ciągu roku). Wskazuje się również na częste występowanie zaburzeń adaptacyjnych (Bengel, Hubert, 2010; Bengel, Hecht, Frommberger, 2015). P. Casey, C. Dowrick i G. Wilkinson (2001) wskazują na częste diagnozowanie zaburzeń adaptacyjnych wśród pacjentów ambulatoryjnych – od 5 do 20% chorych leczonych ambulatoryjnie ma takie rozpoznanie.

Większość pacjentów przystosowuje się do nowej sytuacji związanej z chorobą, ale u około 30% osób chorych proces adaptacji trwa znacznie dłużej i często nie jest w ogóle osiągnięty (de Ridder i wsp., 2008). Obecność choroby somatycznej wydaje się istotnym czynnikiem ryzyka zachorowania na dużą depresję. Objawy depresyjne można stwierdzić u ponad 40% osób przebywających w szpitalach z przyczyn somatycznych, a ich nasilenie nie zależy ani od ciężkości podstawowego schorzenia, ani też od liczby poprzednich hospitalizacji (Härter i wsp., 2007; Dudek, Siwek, 2010). Co istotne, rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych jest porównywalne w grupach osób z różnymi schorzeniami (Härter i wsp., 2007). Najczęściej występują zaburzenia afektywne, lękowe i przystosowania (Bengel, Hubert, 2010; Beltman, Voshaar, Speckens, 2010; Bengel, Hecht, Frommberger, 2015). Według P. Casey, C. Dowricka i G. Wilkinona (2001) rozpoznanie zaburzeń adaptacyjnych ma 5–20% pacjentów ambulatoryjnych.

Na podstawie badań epidemiologicznych stwierdzono, że stres wywołany chorobą somatyczną zwiększa ryzyko wystąpienia depresji, zaś w chorobach somatycznych, przebiegających ze zwiększoną aktywnością układu odpornościowego i widoczną reakcją zapalną, ryzyko depresji jest znacząco wyższe. Dotyczy to chorób zarówno o podłożu infekcyjnym, jak i nieinfekcyjnym (jak np. cukrzyca). W przebiegu zaburzeń somatycznych, w których obserwuje się wzmożoną syntezę cytokin prozapalnych, widoczne są cechy zespołu depresyjnego lub oznaki ryzyka zachorowania na depresję (teorię zapalną depresji szczegółowo opisuje

m.in. Gałęcki, 2012). Objawy depresji w odpowiedzi na podniesione stężenie cytokin prozapalnych w chorobach somatycznych zostały nazwane „zachowaniem chorobowym” (*sickness behaviour*) (Kubera, 2004; Cudała i wsp., 2006; Ufnal, Wołyńczyk-Gmaj, 2011). Wśród tych zachowań chorobowych de Ridder i wsp. (2008) wymieniają: osłabienie, senność, złe samopoczucie bądź nastroj depresyjny, brak łaknienia, anhedonię, problemy z koncentracją, bóle mięśni. Tak więc osoba chora musi niejednokrotnie zmagać się nie tylko z problemami poznawczymi, emocjonalnymi i behawioralnymi wynikającymi z choroby jako takiej, ale dodatkowo z objawami, których przyczyny są wyłącznie fizjologiczne i wiążą się ze wzmożoną produkcją cytokin (Pietras, Mokros, Witusik, 2017).

Badania dowodzą również, że choroby przewlekłe, takie jak na przykład cukrzyca typu 2, z współwystępującą depresją charakteryzują się znacznie gorszą prognozą (Lustman i wsp. 2000; di Benedetto i wsp., 2014), między innymi z tego powodu, że objawy depresyjne utrudniają przestrzeganie zaleceń lekarskich i zmianę stylu życia. Zaburzenia depresyjne wpływają również negatywnie na działanie osi podwzgórze – przysadka – nadnercza, podwyższony poziom kortyzolu oraz braku wrażliwości na insulinę. Czynniki te mogą wpłynąć na rozwój cukrzycy typu 2, szczególnie jeśli wystąpiły w okresie wczesnej dorosłości (Katon, 2010). Również w przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) depresja może nasilać odczuwany ból oraz dodatkowo pogarszać, już i tak znacznie utrudnione, codzienne funkcjonowanie (Dunoff-Burg, Seawell, 2012). Osoby z RZS, u których rozpoznano depresję, zgłaszają większe natężenie bólu, większą liczbę bolesnych stawów oraz gorszą sprawność ruchową, zaś współistnienie klinicznie istotnej depresji wiąże się z większą śmiertelnością (Clemmey, Nicasiso, 1997; Ang i wsp., 2005). Również zaburzenia lękowe, występujące wśród chorych przewlekłe wiążą się ze znacznie gorszą prognozą i obniżonym dobrostanem (Mousas i wsp., 2007; Härter i wsp., 2007).

2.3. Psychologiczne i medyczne aspekty wybranych chorób somatycznych

M. Seligman (2008) w artykule pt. *Positive health*, w którym postulował powołanie nowej dziedziny badań, tzw. zdrowia pozytywnego (por. podrozdz.1.1), wskazuje na kryteria, jakimi powinny się charakteryzować jednostki chorobowe analizowane w badaniach. Przede wszystkim, powinny być powszechne, na tyle poważne, żeby znacznie upośledzać funkcjonowanie, wpływać na długość życia chorych oraz mieć niepewne rokowania. Ponadto powinny być kosztowne pod względem opieki medycznej. W prezentowanym opracowaniu skoncentrowano się na cukrzycy, reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS), przewlekłej chorobie nerek (PChN) oraz łuszczycy. Spośród wymienionych chorób jedynie łuszczycy nie została przez M. Seligmmana (2008) wyszczególniona, niemniej jednak, co zostało poniżej pokazane, wydaje się ona spełniać powyższe kryteria.

2.3.1. Cukrzyca

Na początku był szok i zdziwienie. Zagubienie. Zbyt dużo do zapamiętania i robienia. Kontrolowania. Sprawdzania. Teraz to już rutyna. Nawet się boję, że zapominam o kontrolowaniu. Ciało działa jak maszyna. Jak się zapomnę, to się zepsuję. Ale jestem inżynierem, to mi chyba łatwiej tak myśleć

Wypowiedź pacjenta chorego od 5 lat na cukrzycę typu 2 (35 lat) – archiwum autorki.

Cukrzyca jest chorobą społeczną, pierwszą chorobą niezakaźną uznaną przez ONZ za epidemię XXI wieku (Janeczko, 2006; Sieradzki, 2017). Na świecie żyje 382 milionów ludzi chorych na cukrzycę. Szacuje się, że w 2030 roku liczba chorych będzie wynosić ~360 milionów. Cukrzyca jest jedną z pierwszych 10 przyczyn niepełnosprawności ludzi na świecie, w tym 15 milionów utraciło wzrok w skutek jej powikłań (Sieradzki, 2017). Według danych International Diabetes Federation z 2012 roku, w Polsce zdiagnozowano 3,1 miliona przypadków cukrzycy, większość z nich to cukrzyca typu 2. J. Sieradzki (2017) podaje, że wskaźnik chorobowości na cukrzycę typu 2 w Polsce wynosi od 1,6 do 4,7%.

Według Światowej Organizacji Zdrowia cukrzyca to nie jedna choroba, a grupa chorób metabolicznych, charakteryzujących się lipotoksycznością wynikającą z nieprawidłowego działania lub wydzielania insuliny (Sieradzki, 2017).

Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne ustanowiło następującą klasyfikację cukrzycy: cukrzyca typu 1 (w tym immunologiczna i idiopatyczna), typu 2, inne specyficzne typy cukrzycy oraz cukrzyca ciężarnych (tamże).

W przypadku cukrzycy typu 1 następuje całkowita destrukcja komórek β wysp trzustkowych, powodująca całkowity niedobór insuliny. Choroba rozpoczyna się przeważnie przed 40. rokiem życia. Cukrzyca typu 1 występuje u ok. 10% wszystkich pacjentów. Jest spowodowana autoagresją prowadzącą do zniszczenia komórek β , co skutkuje utratą zdolności do wydzielania insuliny. Przyczyny tej postaci choroby nie są do końca zidentyfikowane, jednak za prawdopodobne uważa się: zakażenia wirusowe, krótki okres karmienia piersią i zastąpienie mleka matki mlekiem krowim; podawanie azotynów, stres (Tatoń, Czech, 2000; Korzeniowska, Jabłecka, 2008).

Cukrzyca typu 2 jest powiązana z nabyciem zmniejszonej wrażliwości tkanek na działanie insuliny oraz zaburzeniem działania komórek β z zakresu wydzielania. Pojawia się głównie powyżej 40. roku życia i często współwystępuje z nadwagą, ale są również przypadki zachorowania we wcześniejszym wieku. Mechanizmami tego typu cukrzycy są: glukotoksyczność – podwyższony poziom cukru we krwi zaburza wydzielanie insuliny i jej działanie; lipotoksyczność – podwyższone stężenie kwasów tłuszczowych powoduje między innymi nadmierną produkcję glukozy i zaburzenie w jej magazynowaniu oraz hamowanie sekrecji insuliny; otyłość trzewna. Do głównych powikłań cukrzycy należą: kwasica ketonowa i śpiączka ketonowa, nieketonowa hiperglikemia hipersomalna (może wywołać zaburzenia świadomości bądź śpiączkę), powikłania oczne (w tym jaskrę,

zaczme lub porażenie nerwów czaszkowych), cukrzycowa choroba nerek, stopa cukrzycowa (może prowadzić do owrzodzenia, deformacji i martwicy stóp), zmiany skórne, stawowe lub kostne. Bardzo niebezpieczna i częsta u pacjentów jest hipoglikemia polekowa powstała na skutek zbyt wysokiej dawki insuliny lub bardzo niskiego poziomu cukru we krwi. Chorzy mogą sami nad nią zapanować, jeśli jednak w porę nie wyregulują poziomu cukru we krwi, mogą zapaść w śpiączkę, a w najgorszym przypadku umrzeć. Świadomość możliwych powikłań jest wielce obciążające dla chorych osób (Leiter i wsp., 2005; Szczeklik, 2006; Wild i wsp., 2007; McDade-Montez, Watson, 2012).

Zauważono związek między częstością zapadania na depresję a występowaniem powikłań u chorych na cukrzycę, mianowicie, im więcej powikłań, tym większe ryzyko wstąpienia zaburzeń depresyjnych (Peyrot, Rubin, 1997; Ali i wsp., 2006; Potyralaska, Krawczyk, 2007). Ryzyko wystąpienia depresji wśród osób chorych na cukrzycę jest sześciokrotnie wyższe niż w populacji ogólnej, zaś związki cukrzyca z depresją są silniejsze niż z innymi zaburzeniami psychicznymi (Gonzalez i wsp., 2010; McDade-Montez, Watson, 2011; Snippe i wsp., 2015). Chociaż nie wszyscy pacjenci mogą wykazywać objawy dużej depresji, to 40% z nich wykazuje podwyższony poziom nastroju depresyjnego (Mućko, Kokoszka, Skłodowska, 2005; Potyralaska, Krawczyk, 2007; Kozub-Doros i wsp., 2009; Pearce, Pereira, Davis, 2013; Makara-Studzińska i wsp., 2013). Badanie poświęcone postawom, oczekiwaniom i potrzebom związanym z leczeniem cukrzyca – *Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2* (DAWN2) – pokazuje, że w Polsce 19,2% chorych prawdopodobnie cierpi na depresję, a 56,7% przeżywa silny stres w związku z chorobą i jej powikłaniami (Nicolucci i wsp., 2013). Analizy współwystępowania depresji i cukrzyca wskazują na występowanie swoistego błędnego koła: objawy depresyjne, takie jak spadek energii, brak motywacji, problemy z podejmowaniem decyzji i rozwiązywaniem problemów negatywnie wpływają na przestrzeganie reżimu dietetycznego i zaleceń lekarskich, co może doprowadzić do podwyższonego poziomu glukozy we krwi czy wręcz hiperglikemii. Hiperglikemia z kolei może prowadzić do obwiniania siebie, bezradności, beznadziejności i w konsekwencji wzmacniać objawy depresji (Safren, Gonzalez, Soroudi, 2007; Gonder-Frederick i wsp., 2009).

Obok zaburzeń depresyjnych u chorych na cukrzycę występują również często zaburzenia lękowe mogące być związane z lękiem przed wystąpieniem wahań poziomu cukru we krwi oraz konsekwencjami tych zmian (Pearce, Pereira, Davis, 2013). Wśród zaburzeń lękowych u diabetyków najczęściej można zaobserwować zespół lęku uogólnionego – 14% pacjentów, nie różnicowane zaburzenia lękowe – 27% oraz nasilone objawy lękowe. Osobom chorym na cukrzycę może również towarzyszyć fobia przed podawaniem insuliny za pomocą strzykawki (hematofobia) oraz wspomniana wcześniej fobia przed wystąpieniem wahań w poziomie cukru we krwi, która może się objawiać obawą przed wychodzeniem z domu, strachem przed pozostaniem samemu, przesadnym kontrolowaniem poziomu cukru oraz przez podjadanie i regulowanie dawek insuliny bez konsultacji lekarzem, albo wbrew jego zaleceniom, w celu zapobiegnięcia wahanom poziomu glukozy (Niezborąta, Stanisławska-Kubiak, 2010; Pearce, Pereira, Davis, 2013). Badania

wykazały również, że cukrzyca 2 typu wpływa na pogorszenie umiejętności z zakresu pamięci werbalnej i przestrzennej, percepcji, uwagi, fluencji słownej, sprawności psychomotorycznej oraz funkcji zależnych od płata czołowego (Talarowska i wsp., 2007; Awad, Gagnon, Messier, 2004; Arvanitakis i wsp., 2004; Derkacz, Sawicka, Marczewski, 2005).

Zaburzenia odżywiania to kolejny problem, który może towarzyszyć lub może być przyczyną cukrzycy. Stres, którego pacjenci doświadczają w zmaganiu się z cukrzycą potencjalnie wpływa na rozwinięcie się zaburzeń odżywiania. Również reżim dietetyczny konieczny w tego typu chorobie może prowokować obsesyjne myśli na temat jedzenia i wagi. W skład zaburzeń odżywiania wchodzi wiele jednostek chorobowych, jednak na tle cukrzycy typu 2 wyróżnić można głównie zespół objadania się, zespół jedzenia nocnego oraz bulimię. Zespół objadania się częściej występuje u kobiet. Zaburzenia odżywiania mogą prowadzić do otyłości oraz pogorszenia się kontroli glukozy we krwi i ogólnie cukrzycy (Niezborała, Stanisławska-Kubiak, 2010; Crow i wsp., 2001; Goodwin, Hoven, Spitzer, 2003; Melo, Odorizzi, 2009).

Niektóre doniesienia ukazują zależności między stresem a pogorszeniem metabolizmu glukozy u osób chorych na cukrzycę (Surwit, Schneider, Feinglos, 1992; Inui i wsp., 1998), jednakże nie jest jasne, czy jest to wynik wyłącznie odpowiedzi biologicznej na czynnik stresogenny, czy następstwo szkodliwych zachowań mających na celu poradzenie sobie z sytuacją choroby. Możliwe też, że jest to wypadkowa obu czynników. Wskazuje się również na zależności między stresem a pojawieniem się pierwszych objawów cukrzycy typu 2 (Surwit, Schneider, Feinglos, 1992; Knapik-Kordecka, Piwowar, Warwas, 2007).

Różne analizy (m.in. Pietrzykowska, Zozulińska, Wierusz-Wysocka, 2007; Koligat i wsp., 2012; Bosić-Živanović, Medić-Stojanoska, Kovačev-Zavišić, 2012; Kalka, 2014) pokazują, że osoby chore na cukrzycę charakteryzują się gorszą jakością życia i gorszym dobrostanem w porównaniu z osobami zdrowymi (w wielu wymiarach, m.in. w obszarze zdrowia oraz sfery fizycznej związanej z czynnościami życia codziennego, poziomu energii, mobilności, wypoczynku i snu oraz zdolności). Niektóre doniesienia wskazują na to, że nie sama świadomość chorowania, a codzienny reżim związany z leczeniem jest najbardziej obciążający dla psychiki chorego (Lustman i wsp., 2000).

W wielu badaniach, których celem było zidentyfikowanie czynników wiążących się z lepszym przystosowaniem do choroby, najczęściej wymienia się: poznawczy obraz choroby i przekonania na jej temat oraz kontroli poziomu glukozy (Glasgow i wsp., 1997; Aalto, Uutela, 1998; Lange, Piette, 2006; Basińska, Maćkowska, Listwan, 2011); spostrzeganą kontrolę osobistą (Macrodimitis, Endler, 2007; O’Hea i wsp., 2009; Scollan-Koliopoulou, O’Connell, Walker, 2007; Janowski i wsp. 2013); nadzieję (Kwissa-Gajewska, Wojtyna, 2008); różnorodne zadaniowe strategie radzenia sobie ze stresem (Macrodimitis, Endler, 2007; Karlsen, Bru, 2002); wsparcie społeczne (Shawon i wsp., 2016); poczucie koherencji (Motyka, Stanisław-Wallis, 2013). Zwraca się również uwagę na korzystny wpływ terapii poznawczo-behawioralnej i psychoedukacji na temat samoopieki na samopoczucie i poprawę kontroli glikemii, sprzyjające przystosowaniu (Lustman i wsp., 1998;

Markowitz i wsp., 2012; Safren i wsp., 2007; 2014). Przeglądając bazy danych w poszukiwaniu doniesień dotyczących czynników warunkujących adaptację do cukrzycy można odnieść (aczkolwiek jednak subiektywne) wrażenie, że przeważają dane wskazujące na znaczenie przekonania o posiadaniu kontroli nad własnym zdrowiem – co wydaje się o zrozumiałe, jako że w leczeniu omawianej choroby samoopieka ma kluczowe znaczenie.

2.3.2. Reumatoidalne zapalenie stawów

Ona [RZS – przyp. aut.] mi tak bardzo na co dzień nie przeszkadza. Tylko jak są nawroty i bóle. Nie śpię całe noce i płaczę. I wyobrażam sobie jak zostaję kaleką na wózku, zależną od rodziny. Albo jak nie mogę dzieckiem się zająć. Boję się, że ją upuszczę. Wtedy jest bardzo źle. Na szczęście teraz leki działają. I mam leki na sen – bez nich nie dałabym rady.

Wypowiedź pacjentki chorej na RZS od 10 lat (lat 37)
– archiwum autorki.

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to przewlekła, immunologicznie zależna układowa choroba tkanki łącznej o nieznannej etiologii. Charakteryzuje się postępującym procesem zapalnym błony maziowej symetrycznych stawów oraz powikłaniami układowymi (zmiany chorobowe obejmują wiele narządów, jednak w obrazie klinicznym dominują zniekształcenia stawów). Procesy zapalne rozpoczynają się od ognisk zapalnych w błonie maziowej stawu, stopniowo obejmując obszar całego stawu. Zapalenie stawów w RZS jest określane jako reumatoidalne ze względu na to, że powoduje nieodwracalne zniszczenia struktur stawowych i okołostawowych z zaburzeniami czynności narządów ruchu, prowadzącymi do często do inwalidztwa (Filipowicz-Sosnowska, 2017).

Charakterystyczne objawy RZS to symetryczny ból i obrzęk stawów rąk, nadgarstków i stóp, znacznie rzadziej dużych stawów (kolanowych lub barkowych), oraz sztywność poranna ustępująca podczas wykonywania codziennych zajęć o różnym czasie trwania (najczęściej ponad godzinę). W stawach pojawia się wysięk, skóra staje się cieńsza i nadmiernie potliwa, występują zaniki mięśni. Początkowo (we wczesnym okresie choroby) zajęte są stawy nadgarstkowe, palców, kolanowe i stawy stóp, w późniejszym okresie stawy barkowe, łokciowe, biodrowe (Zimmermann-Górska, 2004; Kokot, Chwalińska-Sadowska, 2006; Krawczyk-Wasielewska, Gajewska, Samborczyk, 2012; Gajewski, Augustynowicz-Kopeć, 2013).

U części chorych (10–25%) występują guzki reumatoidalne, które zlokalizowane są przeważnie w okolicach stawów narażonych na ucisk (np. stawów łokciowych). Zniszczenie układu więzadeł stabilizujących stawy powoduje łokciowe odchylenie palców w stawach śródrečno-paliczkowych. Kolejną charakterystyczną deformacją są zwichnięcia palców w kształcie „łabędziej szyi” lub „palce butonierkowate”. W zaawansowanych stadiach choroby powstają przykurcze, rozległe deformacje, podwichnięcia rąk, stóp, łokci czy kolan, doprowadzające

do inwalidztwa. Natomiast podwichnięcie kręgow szyjnych może spowodować ucisk rdzenia kręgowego i w efekcie groźne porażenia nerwów, a nawet nagłą śmierć (Zimmerman-Górska, 2004). Przebieg reumatoidalnego zapalenia stawów bywa zróżnicowany pod względem dynamiki zmian niszczących stawy i czasu, po którym dochodzi do niepełnosprawności. U 70% osób występuje przebieg postępujący z widocznymi okresami zaostrzeń i względnych remisji, jednak przy stałej postępującej destrukcji stawów. W 15% przypadków przebieg choroby jest łagodny, z zajęciem kilku stawów i wolno postępującymi zmianami w ich obrębie. Natomiast u 10% pacjentów z RZS występują długotrwałe, nawet kilkuletnie remisje. Zdarzają się również sytuacje, kiedy przebieg choroby jest epizodyczny bądź samoograniczający się, ale są one niezmiernie rzadkie. Samoistne remisje następują częściej u mężczyzn oraz osób w wieku starszym (Filipowicz-Sosnowska, 2017).

Na podstawie literatury przedmiotu można stwierdzić, że w Polsce na RZS choruje od 400 tys. do 600 tys. osób (0,5–2%), zaś co roku odnotowuje się od 8 tys. do 16 tys. nowych rozpoznań. Na świecie ok. 1% populacji ma rozpoznane RZS. Choroba dotyka przede wszystkim młode osoby, między 30. a 50. rokiem życia. Kobiety chorują częściej niż mężczyźni (3/4 : 1). Najwięcej zachorowań obserwuje się u kobiet po 40. roku życia (Krawczyk-Wasielewska, Gajewska, Samborczyk, 2012; Tatara, Snakowska, 2015).

U 1/3 chorych wskutek zmian stawowych dochodzi do inwalidztwa. Po dziesięciu latach 50% chorych jest niezdolnych do podjęcia pracy zawodowej. Zauważono, że niepełnosprawność jest tym większa, im większe upośledzenie funkcjonalne występowało na początku choroby (tamże). U ponad połowy chorych występuje przynajmniej jedna inna choroba przewlekła (Janowska i wsp., 2010; Krawczyk-Wasielewska, Gajewska, Samborczyk, 2012).

Kluczowym problemem osób cierpiących na RZS jest przewlekły, często silny, wielostawowy ból, który znacznie ogranicza bądź wręcz uniemożliwia aktywność. Uważa się, że ból jest jednym z najistotniejszych czynników determinujących stan zdrowia i samopoczucie chorych (Minnock i wsp., 2003; Zautra i wsp. 2007). W RZS problemem jest też tolerancja leczenia i działania niepożądanego terapii oraz śmiertelność związana z chorobami współistniejącymi (Sierakowska i wsp., 2006).

Częstość występowania zespołów depresyjnych i zaburzeń lękowych u osób z RZS szacuje się na 14–46% (Soderlin, Hakala, Nieminen, 2000; Groarke i wsp., 2004; Isik i wsp., 2007; Ahmed, Radwan, Baddary, 2016). W grupie kobiet z RZS, które popełniły samobójstwo, u 90% rozpoznano depresję (Timonen i wsp., 2003). Wiele doniesień wskazuje również na związki bólu z depresją (por. Zautra i wsp., 2007).

Reumatoidalne zapalenie stawów jest źródłem wielu czynników stresowych, takich jak wspomniane wcześniej ograniczenie aktywności i wypełniania ról społecznych, trudności finansowe związane z ograniczeniem dochodów i wysokimi kosztami opieki medycznej, zmiany w wyglądzie zewnętrznym oraz zaburzone relacje międzyludzkie (Celińska-Löwenhoff, Musiał, 2012). Wśród osób chorych na RZS powszechne jest uczucie zmęczenia, wynikające, między innymi, z wcześniej opisanych problemów (Logan, Magem, 2012).

Badania wykazały (Harrington i wsp., 1992; Zautra i wsp., 1997, 1998), że nasilenie wpływu codziennych czynników stresowych prowadzi do zwiększonego odczuwania bólu oraz zaburzonej odpowiedzi układu immunologicznego. Z kolei zaburzona czynność osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej wpływa na zależność pomiędzy stresem a aktywnością choroby (Huysler, Parker, 1998).

Obszerny przegląd badań zaprezentowany przez M. Basińską (2006) wskazuje na występującą u osób z RZS predyspozycję do reagowania depresyjnego, połączonego z poczuciem beznadziei i bezradności. Nastrój depresyjny wpływa na aktywność limfocytów T, przez co jest kolejnym czynnikiem mającym znaczenie w procesie autoimmunologicznym w przebiegu tej choroby. Autorka opisuje badania dotyczące między innymi percepcji i akceptacji choroby oraz poczucia własnej skuteczności osób chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Wynika z nich, że percepcja choroby ma istotny wpływ na przystosowanie się do niej, rozwój fizycznych dysfunkcji z nią związanych oraz stopień natężenia bólu. Brak poczucia własnej skuteczności i/lub poczucie beznadziei wpływają destabilizująco na stan organizmu i natężenie procesu chorobowego. Z kolei w swoich autorskich badaniach M. Basińska (2006) wykazała, że pacjenci z RZS charakteryzują się silną kontrolą emocji (zwłaszcza agresji), tendencją do nieodczuwania negatywnych stanów emocjonalnych, postawą niewymagania dla siebie i współczucia dla innych, submisywnością i zależnością (przejawiającymi się w poszukiwaniu wsparcia, poczuciu nieradzenia sobie, postrzeganiu innych jako lepszych i silniejszych i podporządkowywaniu się) oraz zachowaniami niecierpliwymi i impulsywnymi. Przy czym należy zaznaczyć, że większość z opisywanych właściwości dotyczy chorujących na RZS kobiet, ponieważ badania ujawniły różnice między obrazami psychologicznymi pacjentów ze względu na ich płeć. U mężczyzn zaobserwowano skłonność do większej samoakceptacji, zaufania sobie, stawiania sobie mniejszych wymagań oraz funkcjonowania w sposób dojrzały i wytrwały, zwłaszcza w grupie cięższej i dłużej chorujących mężczyzn.

Literatura przedmiotu (por. Basińska, 2006) konsekwentnie potwierdza związki poznawczej reprezentacji choroby z samopoczuciem u osób chorujących na RZS; przykładowo, osoby przekonane o tym, że ich choroba wiąże się z doświadczaniem wielu dolegliwości, poważnymi konsekwencjami i nie da się jej kontrolować, były bardziej podatne na depresję (Sharpe i wsp., 2001). Chorzy, którzy uważali, że choroba w znacznym stopniu wpływa na ich funkcjonowanie, charakteryzowali się wyższym nasileniem lęku (Groarke i wsp., 2005). Osoby z RZS, postrzegające konsekwencje swojej choroby jako poważne, deklarowały niższą satysfakcję z życia (Treharne i wsp., 2005). Jednocześnie doniesienia podkreślają znaczącą i pozytywną rolę wsparcia społecznego (Evers i wsp., 2003; Bediako, Frien, 2004; Holtzman, Newth, Delongis, 2004; Danoff-Burg, Revenson 2005; Costa, Gouveia, 2013; McCarron, 2015). Wskazuje się również na znaczenie strategii radzenia sobie ze stresem, na przykład unikanie nie sprzyja przystosowaniu do choroby, zaś radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu – przeciwnie (Ramjeet, Smith, Adams, 2008; Gruszczyńska, Knoll, 2015). Istotny wydaje się również poziom optymizmu – wysoki zdaje się wiązać z doświadczaniem słabszego bólu,

większą aktywnością i mniejszym katastrofizowaniem (Kwissa-Gajewska, Olesińska, Tomkiewicz, 2014). Podkreśla się również znaczenie interwencji psychologicznych (Sharp i wsp., 2001; Keefe i wsp., 2002; Astin, 2004; Pradhan, 2007).

2.3.3. Łuszczyca

Straciłam przez nią [łuszczycę – przyp. aut.] najlepszą część życia. Niczego nie mogłam robić, nie mogłam bywać, poznać ludzi. Albo się smarowałam godzinami i spóźniałam do pracy, albo wyglądałam źle. A teraz, proszę, mam to gdzieś. Nawet już nóg nie zasłaniam.

Wypowiedź pacjentki chorej na łuszczycę od 38 lat (50 lat)
– archiwum autorki.

Łuszczyca należy do najczęstszych chorób skóry – szacuje się, że choruje na nią około 2% populacji. Łuszczyca jest chorobą o złożonej etiologii, w której istotną rolę odgrywa podłoże genetyczne. Choroba ma przewlekły i nawrotowy przebieg. Charakteryzuje się zwiększoną proliferacją naskórka (polegającą na ośmiokrotnym skróceniu czasu trwania cyklu komórkowego) i złuszczającymi się wykwitami grudkowymi. Istnieje duża różnorodność obrazu morfologicznego i nasilenia zmian, od nielicznych ognisk, ograniczonych do szczególnych okolic, aż do ciężkich postaci zajmujących całą skórę i stawy, a nawet prowadzących do inwalidztwa. W prowokowaniu schorzenia istotny wpływ odgrywają takie czynniki inicjujące, jak uszkodzenia skóry, infekcje, niektóre leki oraz stres (Pacan i wsp., 2002; Jabłońska, Majewski, 2005).

Choroba w równym stopniu dotyczy kobiet i mężczyzn, ale u kobiet obserwuje się jej wcześniejszy początek. Pierwsze objawy łuszczycy pojawiają się najczęściej pomiędzy 20. a 50. rokiem życia (u mężczyzn jest to najczęściej po 28. roku życia). Jednakże objawy mogą wystąpić w każdym wieku. Lokalizacja zmian łuszczycowych jest różna. Dla łuszczycy zwykłej (*psoriasis vulgaris*) typowe jest umiejscowienie w okolicy kolan, łokci i na owłosionej skórze głowy.

Łuszczycy najczęściej towarzyszą zaburzenia nastroju. Szacuje się, że na depresję zachorowało ok. 57%, natomiast 5% osób leczonych z powodu łuszczycy podejmuje próbę samobójczą (za: Cabała i wsp., 2006). Uważa się, że wczesny początek choroby może być czynnikiem aktywującym dysfunkcjonalne i depresyjne elementy schematu poznawczego chorego i tym samym warunkować wystąpienie depresji. Co więcej, zarówno w łuszczycy jak i w depresji obserwuje się patologiczną prozapalną gotowość układu immunologicznego (Cabała i wsp., 2006).

Wyniki badań wskazują, że u osób ze schorzeniami skóry nasilenie objawów depresyjnych jest istotnie wyższe niż w populacji osób zdrowych. Uważa się (za: Miniszewska, 2007), że jest to spowodowane między innymi poprzez:

- a) wzbudzanie przez chorych „niezdrowego” zainteresowania, co prowadzi do unikania przebywania w miejscach publicznych;

- b) negatywne reakcje na widok osoby chorej (wynika to z utożsamiania zmian skórnych z brakiem higieny oraz z błędnego przekonania, że dana choroba jest zakaźna);
- c) negatywny obraz własnego ciała oraz nasilenie problemów psychologicznych z tym związanych (silny stres, obniżenie poczucia własnej wartości, lęk społeczny, bezradność);
- d) problemy z nawiązywaniem nowych relacji;
- e) absencje w pracy lub szkole spowodowane częstymi hospitalizacjami lub trudnościami ze znalezieniem zatrudnienia;
- f) problemy w szkole lub pracy spowodowane zaburzeniami zachowania i trudnością koncentracji uwagi wynikającymi z deprywacji snu;
- g) wysokie koszty leków;
- h) wymagania związane ze stosowaniem określonej diety;
- i) zmianę stylu życia;
- j) problemy z życiem seksualnym.

Samo pojawienie się zmian dermatologicznych jest stresorem samym w sobie, powodując, że chory znajduje się w błędnym kole, prowadzącym do pojawienia się poważniejszych zaburzeń sfery psychicznej w momencie, gdy dojdzie do wyczerpania mechanizmów kompensacyjnych związanych z osią podwzgórze – przysadka – nadnercza (Denys, 2014). Tak więc zależności między stresem a łuszczycą są złożone. Stres może wyzwać wystąpienie, nawrót, bądź zaostrzenie zmian chorobowych. Z kolei objawy choroby mogą być źródłem stresu, który, na zasadzie wspomnianego błędnego koła, może nasilać objawy (Szumański, Kokoszka, 2001; Janowski, 2005; Denys, 2014).

Jak w każdej chorobie przewlekłej, tak i w łuszczycy chorzy uruchamiają różnorodne strategie radzenia sobie. Przykładem strategii zadaniowych stosowanych przez pacjentów ze schorzeniami skóry są konkretne sposoby aktywnego radzenia sobie z sytuacjami, takimi jak złośliwe komentarze i inne niezręczne sytuacje społeczne. Wymienić tu można utrzymanie wzrokowego kontaktu z komentującą osobą, szybką odpowiedź na złośliwą uwagę bądź odwrócenie uwagi „atakującego” i ukierunkowanie jej na inny aspekt. Strategie ukierunkowane na emocje to na przykład zmiana sposobu myślenia i postrzegania sytuacji budzących lęk (Papadopoulos, Bor, 1999). Ich efektywność zależy oczywiście od kontekstu – w sytuacjach, nad którymi pacjent ma kontrolę, efektywniejsze są strategie zadaniowe, jeżeli kontroli nie ma – emocjonalne.

M. Scharloo i wsp. (2000) dowodzą, że chorzy na łuszczycę stosujący takie strategie, jak ekspresja emocji (m.in. ekspresja złości), poszukiwanie wsparcia społecznego (prośby o pomoc, dzielenie się problemami), odwracanie uwagi (próby relaksacji, wychodzenie z domu) charakteryzują się mniejszym poziomem lęku, depresji oraz cieszą się lepszym zdrowiem fizycznym w porównaniu z osobami stosującymi strategie unikania (m.in. pozostawianie zdarzeń samym sobie), strategie pasywne (izolowanie się od innych, ucieczka w marzenia), strategie polegające na pielęgnowaniu uspokajających myśli – *fostering reassuring thoughts* („wszystko będzie dobrze”). Z kolei S.R. Rapp i wsp. (2001) wykazują, iż chorzy na łuszczycę w radzeniu sobie z reakcjami innych ludzi stosują takie strategie,

jak ukrywanie zmian (jest to najczęściej stosowana strategia), mówienie o swojej chorobie, informowanie o tym, że łuszczycą nie można się zarazić, tłumaczenie sobie, że inni ludzie nie są w stanie zrozumieć problemu, bądź są niewrażliwi lub podli. Ostatnią wymienianą przez autorów strategią jest unikanie innych (była to strategia stosowana najrzadziej w omawianych badaniach). Warto również zaznaczyć, iż żadna z tych strategii nie wiązała się z lepszym samopoczuciem. Co więcej, unikanie może prowadzić do społecznej izolacji i poczucia osamotnienia.

Przeglądu bardzo bogatej literatury dotyczącej problematyki jakości życia w łuszczycy dokonali między innymi J. de Korte (2004), K. Janowski (2006) i M. Obradors i wsp. (2016). Okazuje się, że wpływ łuszczycy na funkcjonowanie fizyczne przejawia się, przede wszystkim, w odczuwaniu świądu, łuszczenia i bólu skóry. Choroba utrudnia wykonywanie takich czynności, jak noszenie ciężkich przedmiotów, wchodzenie po schodach, zajmowanie się domem (np. praca w ogrodzie). Problemem jest konieczność noszenia specjalnej odzieży, jej zmiany, częste kąpiele, zaburzenia przebiegu snu i wypoczynku. Psychologiczne funkcjonowanie chorych na łuszczycę wiąże się z lękiem, depresją, obniżeniem samopoczucia, utratą kontroli nad zachowaniem i emocjami. U pacjentów dominuje odczuwanie wstydu, bezradności, złości i skrępowania. Choroba wpływa na poczucie własnej wartości i sposób postrzegania własnego ciała (m.in. poczucie bycia brudnym, seksualnie nieatrakcyjnym). Społeczne funkcjonowanie to przede wszystkim trudności w kontaktach z otoczeniem, ograniczenia w podejmowaniu różnego rodzaju aktywności (m.in. seksualnej), ograniczanie przebywania w miejscach publicznych oraz unikanie sytuacji wiążących się z ekspozycją ciała (uczęszczanie na basen, opalanie się, chodzenie do fryzjera). Chorzy unikają noszenia ubrań odsłaniających zmienione chorobowo części ciała (np. latem ubierają się w koszulę z długim rękawem i długie spodnie) oraz ciemnych, na których widać łuszczącą się skórę. Zmiany skórne w widocznych miejscach na ciele są czynnikami ryzyka stygmatyzacji pacjentów dermatologicznych. T. Hawro i wsp. (2018) wykazali, że u osób ze zmianami na rękach poczucie piętna społecznego było wyższe niż u chorych ze zmianami w innych lokalizacjach, co z kolei przekładało się na pogorszenie oceny jakości życia.

Przyjmuje się, że przystosowanie do łuszczycy jest wynikiem interakcji wielu czynników, wśród których wymienić można obraz kliniczny choroby, czas pojawienia się zmian, właściwości osobowości, schematy poznawcze, poznawczy obraz choroby, wsparcie społeczne, umiejętności społeczne, poczucie własnej skuteczności, optymizm, styl radzenia sobie, przekonania odnośnie do swojego stanu zdrowia, system wartości, sytuacja życiowa chorego, czynniki religijne, inteligencja emocjonalna, typ zachowania, umiejscowienie kontroli (m.in. Ginsburg, 1996; Papadopoulos, Bor, 1999; Moos, 2004; Miniszewska, 2007; 2013; Basińska, Drozdowska; 2012; Basińska, Kasprzak, 2012; Basińska, Woźniewicz, 2012; Woźniewicz, Basińska, 2013; Miniszewska, Adamska, 2014; Adamska, Juczyńska, Miniszewska, 2015; Obradors, 2016). Należy również pamiętać, że wiele osób, u których choroba ma łagodny przebieg, deklaruje dobre samopoczucie.

2.3.4. Przewlekła choroba nerek

Nie radzę sobie. Moje życie to szpital i dializy. Nikt tego nie rozumie. Nie wiem, co będzie dalej. Jakie życie towarzyskie? Nie mam na nie czasu. Źle się czuję, albo jestem tutaj [w szpitalu – przyp. aut.]

Wypowiedź pacjentki z PChN zdiagnozowaną dwa lata wcześniej (lat 61) – archiwum autorki.

Przewlekłą chorobę nerek (PChN) wymienia się (Król, Rutkowski, 2008) od niedawna jako jedną spośród chorób cywilizacyjnych XXI wieku (obok chorób sercowo-naczyniowych, nadciśnienia tętniczego, otyłości i cukrzycy). Jak piszą E. Król i B. Rutkowski (2008), PChN jest w tym gronie jednostką pod wieloma względami szczególną, ponieważ może być następstwem czy też powikłaniem wszystkich pozostałych chorób cywilizacyjnych. Jest zbyt rzadko rozpoznawana, występuje znacznie częściej niż dotychczas sądzono, zaś jej przebieg jest często utajony. Jest to „wielobjawowy zespół chorobowy powstały w wyniku trwałego uszkodzenia lub zmniejszenia liczby czynnych nefronów niszczonych przez różnorodne procesy chorobowe toczące się w mięszu nerek” (tamże, s. 2).

Do czynników wpływających na rozwój PChN należą wrodzone lub nabyte patologie bezpośrednio zapoczątkowujące uszkodzenie nerek, których skutkiem jest redukcja czynnych nefronów, prowadząca do nadciśnienia wewnątrzkiłębuszkowego w pozostałych nefronach i ich przerostu. W następstwie tych zaburzeń dochodzi do wystąpienia białkomoczu oraz postępującego stwardnienia kiłębuszków nerkowych i włóknienia śródmięszu nerek. Nadmierna utrata białka z moczem jest najistotniejszym czynnikiem ryzyka rozwoju i postępu PChN oraz występowania powikłań pozanerkowych, w tym epizodów sercowo-naczyniowych. Podstawową rolę w rozwoju i progresji przewlekłej nefropatii przypisuje się cytokinom prozapalnym, które są uwalniane w wyniku działania czynników uszkadzających na nerkę (Zajączkowska, Bieniaś, 2013; Myśliwiec, 2017).

Obraz kliniczny zależy od zaawansowania choroby oraz choroby podstawowej. PChN nerek podzielono na pięć stadiów, w zależności od stopnia wydolności nerek mierzonego za pomocą stopnia przesączania kiłębuszkowego (GFR, *glomerular filtration rate*). Stadium I, z prawidłowym lub wręcz podwyższonym stopniem filtracji kiłębuszkowej, rozpoznaje się na podstawie obecności cech uszkodzenia nerek stwierdzanych podczas badań laboratoryjnych bądź widocznych w badaniach obrazowych. Stadium ostatnie, V, jest krańcową niewydolnością nerek wymagającą leczenia nerkozastępczego (Król i Rutkowski, 2008; Myśliwiec, 2017).

Częstość występowania PChN w przeciętnej populacji waha się od 5 do 16% (Czekalski, 2007). W Polsce, w pilotażowym badaniu POLNEF, przeprowadzonym w roku 2004 (na grupie liczącej ok. 2,5 tys. osób), cechy uszkodzenia nerek (zwiększone stężenie albumin w moczu i/lub podwyższone stężenie kreatyniny w surowicy) stwierdzono u 16% osób.

Przewlekła choroba nerek, zwłaszcza w początkowych stadiach, może przebiegać bezobjawowo. Nawet w zaawansowanych stadiach powolne narastanie

objawów pozwala się do nich powoli przyzwyczajać, w związku z czym chory może przez długi czas nie odczuwać żadnych niepokojących dolegliwości. Powszechne jest przypadkowe rozpoznanie PChN w ostatnim, skrajnym stadium (tamże). Leczenie PChN zależy od stadium – jest to zarówno kontrola czynników mogących przyspieszyć rozwój choroby, jak i zmiana stylu życia, w tym diety i suplementacja oraz hemodializy, dializy otrzewnowe czy przeszczepienie nerki. W ciężkich stadiach choroby, związanych z dializami czy przeszczepieniem nerki, pojawia się lęk przed śmiercią, trudności w pełnieniu ról życiowych i zawodowych, problemy finansowe, utrudnione kontakty społeczne, zagrożenie planów życiowych. Problemem jest reżim dietetyczny, regularne wizyty w szpitalach lub stacjach dializ i uzależnienie od opieki i aparatury medycznej (Kohli, Batra, Aggarwal, 2011; Chojnacka-Szawłowska, 2012).

Także w tej grupie chorych występowanie zaburzeń psychicznych jest znacznie częstsze niż w populacji ogólnej. Wynika to zarówno z problemów diagnostycznych, jak i znacznie obniżonej jakości życia oraz kosztownego leczenia (Fisher i wsp., 2008; Mezuk i wsp., 2008; Ciu i wsp., 2010; McKercher, Sanderson, Jose, 2013; Kokoszka i wsp. 2016). S. Palmer i wsp. (2013) przeprowadzili metaanalizę badań dotyczących rozpowszechnienia depresji wśród osób z przewlekłą chorobą nerek. Uzyskane wyniki zależały od narzędzi użytych do oszacowania poziomu depresji; i tak, w stadium krańcowej niewydolności nerek (V stadium) 22,8–39,3% chorych spełniało kryteria depresji. Nie stwierdzono różnic w częstości występowania depresji wśród osób hemodializowanych i leczonych za pomocą dializy otrzewnowej. Inne badania wykazały, że współwystępowanie depresji z PChN jest związane z kilkakrotnie wyższą śmiertelnością i dłuższym okresem hospitalizacji (Diefenthaler, Wagner, de Figueiredo, 2008; Lopez i wsp., 2009; McKercher, Sanderson, Jose, 2013; Rahimpour, Shahgholian, Yazdani, 2015; Treadwell, 2017). Również częstość prób samobójczych w tej grupie jest znacznie większa niż w generalnej populacji (za: Chojnacka-Szawłowska, 2012).

W 2016 roku opublikowano wyniki badań A. Kokoszki i współpracowników, według których spośród 107 hemodializowanych osób z PChN 78,5% spełniało kryteria depresji (chorych badano kwestionariuszami BDI i MINI), w tym u 29% zdiagnozowano epizod depresyjny, 28% spełniało kryteria dystymii, 21,5% depresji z cechami melancholii, 11,2% przejawiało mieszane zaburzenia lękowe i depresyjne, 5,6% zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, 3,7% lęk uogólniony, zaś 1,9% lęk napadowy. Tylko 21% chorych nie miało zaburzeń psychicznych. Najwyższy poziom akceptacji choroby wykazano u osób bez zaburzeń, następnie u tych z epizodem depresyjnym i kolejno u osób z dystymią i depresją z cechami melancholii (Kokoszka i wsp., 2016).

Chwiejność emocjonalna i inne objawy psychopatologiczne u osób z PChN mogą występować na tle zaburzonego funkcjonowania organizmu (np. w wyniku zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej) lub jako skutek uboczny przyjmowanych leków (np. kortykoidów). Ponadto hemodializa może przyczyniać się do choroby naczyniowej mózgu, a to może nasilać dysfunkcje neuropsychologiczne (Chojnacka-Szawłowska, 2012).

Jakość życia osób z przewlekłą niewydolnością nerek oceniana jest jako gorsza w porównaniu z populacją generalną (McKercher, Sanderson, Jose, 2013; Rahimipour, Shahgholian, Yazdani, 2015). Badania pokazały, że mężczyźni i osoby młodsze deklarowały lepszą jakość życia, zaś w odniesieniu do form dializy stwierdzono, że osoby poddane dializom otrzewnowym doświadczały większej kontroli nad leczeniem i lepiej oceniały jakość swojego życia (za: Chojnacka-Szawowska, 2012). Należy jednak podkreślić, że ta grupa osób była znacznie młodsza niż grupa poddana hemodializom. Z kolei osoby z przeszczepioną nerką znacznie bardziej akceptowały chorobę niż osoby poddawane hemodializom czy dializom otrzewnowym (Costello i Boston, 1999).

Dokonując przeglądu psychospołecznych czynników mających związek z lepszym przystosowaniem (różnie rozumianym) do PChN, można zauważyć, że są to: poznawczy obraz choroby (Fowler, Baas, 2006; Jansen i wsp., 2013; Knowles i wsp., 2014; Pagels, Söderquist, Heiwe, 2015); wsparcie społeczne (Hoth i wsp., 2007; Rosland i wsp., 2008; Kallay, Pop, Balazsi, 2009; Ibrahim i wsp., 2015); strategie radzenia sobie ze stresem choroby (Wolf, Mori, 2009; Nearhos, Van Eps, Connor, 2013); umiejscowienie kontroli (Hoth i wsp., 2007); nadzieja (Rahimipour, Shahgholian, Yazdani, 2015).

Omawiając tę, ostatnią w niniejszym opracowaniu, grupę chorych, należy podkreślić, że jest ona najbardziej zróżnicowana – kolejne stadia różnią się od siebie zarówno obrazem klinicznym, jak i sposobem leczenia – w związku z czym trzeba pamiętać, mówiąc o przystosowaniu do choroby, że w każdym stadium konstelacja czynników je ułatwiających może być zupełnie odmienna.

Jak zostało to zasygnalizowane we wstępie do rozdziału, przedmiotem rozważań autorki była specyfika procesu adaptacji i przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej. Problematyka ta jest niezwykle obszerna, wieloaspektowa i można na nią spojrzeć w różnych perspektyw. Tak jak „całe bowiem bogactwo przeżyć chorego nie jest ani wymierne, ani sprawdzalne” (Kępiński, 2004, s. 16; w oryginale cytowana myśl odnosi się do chorób psychicznych, niemniej w omawianym kontekście też jest adekwatna), tak nie da się ująć ani empirycznie, ani teoretycznie, wszystkich doświadczeń człowieka zmagającego się z chorobą. Przedstawiono zatem te informacje, które wydają się najważniejsze w odniesieniu do tematu niniejszego opracowania.

Rozdział 3. Podejście poznawczo-behawioralne w procesie adaptacji i przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej

Każdy inaczej odczuwa ubóstwo, smutek i żądzę zaszczytów, bo każdego inaczej kształtują przyzwyczajenia i czynią go słabym i nieodpornym na straszne a błędne wyobrażenia o rzeczach niekoniecznie strasznych.

Seneka (za: Popiel, Pragłowska, 2008, s. 35)

Wspieranie psychologiczne osób chorych somatycznie ma stosunkowo krótką historię, ale, jak zauważają K. Petrie i T. Revenson (2005), badania i interwencje z tego zakresu bardzo dynamicznie się rozwijają. Psychologiczne interwencje w chorobach przewlekłych zazwyczaj dotyczą trzech obszarów. Po pierwsze, jest to edukacja na temat samej choroby i uczenie różnych sposobów ułatwiających radzenie sobie z nią (zarządzanie bólem, stresem, nauka komunikacji, asertywności). Działania w tej domenie odnosiły się pierwotnie do bólu przewlekłego, aktualnie sprawdzają się także w innych przewlekłych schorzeniach. Drugi obszar to interwencje mające wpływ na fizjologiczne objawy choroby i umożliwiające ich kontrolowanie (np. *biofeedback*, relaksacja). I, po trzecie, jest to wspomaganie i ułatwienie radzenia sobie i przystosowania do skutków zabiegów medycznych (Petrie, Revenson, 2005).

Rozdział 3 poświęcony jest zastosowaniu interwencji z nurtu poznawczo-behawioralnego w odniesieniu do osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi. Przybliżone zostaną założenia tego podejścia, pokazane przykłady postępowania terapeutycznego czy wsparcia psychologicznego w wybranych schorzeniach oraz udzielone odpowiedzi na pytanie o skuteczność tych działań.

3.1. Podejście poznawczo-behawioralne – charakterystyka

Podejście poznawczo-behawioralne, które rozwinęło się w ubiegłym stuleciu, szybko stało się bardzo dynamiczną dziedziną psychoterapii. Znajduje szerokie zastosowanie w leczeniu licznych zaburzeń, uważa się również, że najsilniej

oddziałuje na współczesną psychologię zdrowia (Kokoszka, Popiel, Sitarz 2000; Sheridan, Radmacher, 1998; Chodkiewicz, Miniszewska, 2006; Sage i wsp., 2008). Znaczenie terapii poznawczo-behawioralnej, określanej czasami „poznawczą rewolucją”, wynika z jej licznych przymiotów, tj. solidnie ugruntowanych podstaw teoretycznych, krótkoterminowości, ustrukturalizowania, łatwej adaptacji do indywidualnych lub/i grupowych potrzeb, bezproblemowego łączenia z farmakoterapią i odrębnymi oddziaływaniami psychoterapeutycznymi, oraz z jej wysokiej, empirycznie potwierdzonej, skuteczności (Ellis, 1998; Dudek, Zięba, 2000; Chodkiewicz, Miniszewska, 2006; Pragłowska, Popiel, 2008).

Terapia poznawczo-behawioralna wywodzi się z ujęcia behawioralnego, zakładającego, że wszelkie zachowania człowieka (w tym zaburzenia) są efektem procesu uczenia się, opierającego się na warunkowaniu klasycznym i instrumentalnym (Czabała, 1997; Popiel, Pragłowska, 2008). W wyniku intensywnych zmian zachodzących w psychologii, ujęcie behawioralne przechodziło ciągłą ewolucję, dzieląc się na kilka nurtów (Chodkiewicz, Miniszewska, 2006). Jednym z rezultatów tego procesu było powstanie koncepcji poznawczo-behawioralnych, do czego przyczyniły się, między innymi, prace A. Becka, A. Ellisa, D. Meichenbauma, M. Maultsby'ego (tamże).

Podejście poznawczo-behawioralne przyjmuje, że zachowanie człowieka jest wynikiem procesu uczenia się, z tym że efektem tego procesu są nie tylko widoczne zachowania, lecz również określone struktury poznawcze. Struktury te, przebiegające świadomie i/lub automatycznie, determinują reakcje emocjonalne i zachowania. Od oceny poznawczej, sposobu myślenia oraz interpretacji otaczającej rzeczywistości i siebie samego zależy funkcjonowanie, a także zdrowie psychiczne i równowaga wewnętrzna człowieka. Pomoc osobom z różnorodnymi zaburzeniami polega, między innymi, na korygowaniu nawykowych błędów w myśleniu (zakłóceń przetwarzania informacji), wprowadzeniu „zdrowych” sposobów myślenia i wynikających z nich nowych zachowań. W przypadku głębokich zaburzeń zmiana poznawczej oceny rzeczywistości dokonuje się przy pomocy psychoterapeuty, w przypadku codziennych problemów możliwe jest dokonanie zmian samemu. Najistotniejsze jest zwrócenie uwagi na przyjmowane dotąd (na zasadzie pewników) przekonania i założenia życiowe, przyjrzenie się własnym, automatycznym myślom pojawiającym się w konkretnych, problemowych sytuacjach i poddanie ich racjonalnej analizie (Chodkiewicz, Miniszewska, 2006). Dużą zaletą podejścia poznawczo-behawioralnego jest możliwość samodzielnego wprowadzania w życie wyuczonych w trakcie terapii sposobów korygowania własnych myśli.

Jednym z głównych założeń omawianego podejścia jest przyjęcie, że terapia jest swego rodzaju eksperymentem, którego efekty należy weryfikować empirycznie, zaś ocena jej skuteczności podlega tym samym rygorom metodologicznym, jakie stosuje się w badaniach naukowych (Popiel, Pragłowska, 2008). Jak już wcześniej zostało zasygnalizowane, omawiana terapia łączy wiedzę z różnych dziedzin nauki z modelami powstawania zaburzeń (psychologicznymi i biologicznymi). Włączenie tej wiedzy do terapii wymaga jej empirycznej weryfikacji pod względem spójności z przyjętym modelem zaburzenia, zaś terapia powstała

w wyniku takiej integracji powinna przewyższać skutecznością wcześniejsze leczenie danego zaburzenia. Przyjęte założenia powodują stale wzrastającą liczbę badań nad efektywnością terapii różnego typu zaburzeń, zaś poszukiwanie skutecznych metod sprzyja powstawaniu różnych odmian terapii poznawczo-behawioralnej. Przykładem może być terapia schematów stosowana w leczeniu zaburzeń osobowości, dialektyczna terapia behawioralna osób z zaburzeniami typu *borderline*, terapia oparta na uważności czy terapia oparta na akceptacji i zaangażowaniu (tamże).

Analizowanie funkcjonowania człowieka chorego poprzez pryzmat modelu R. Lazarusa i S. Folkman podkreśla (por. rozdz. 2) zasadność stosowania interwencji poznawczo-behawioralnych. W ujęciu relacyjnym oceny i przekonania stanowią klucz do zrozumienia procesu stresu i, jak twierdzi S.E. Hobfoll (2006), największą zasługą twórców tego podejścia jest „docenienie roli poznania w interpretowaniu znaczenia wydarzeń zewnętrznych oraz w radzeniu sobie z nimi” (tamże, s. 30). Terapia poznawczo-behawioralna jest ograniczona w czasie, zorientowana na cel i koncentrująca się na problemie (Beck, 2005). Wydaje się więc idealna do pracy w warunkach szpitalnych, gdzie występuje duża rotacja pacjentów, a część z nich, z różnych przyczyn (m.in. odległe miejsce zamieszkania) po wyjściu ze szpitala do psychologa nie wróci. Tak więc słuszne są interwencje krótkie, ukierunkowane na pracę z konkretnym problemem. Odnosi się to zarówno do terapii indywidualnej, jak i grupowej, ponieważ – w tym ostatnim przypadku – prowadzenie spotkań przez dłuższy czas w tym samym składzie może być znacznie utrudnione. Dodatkowym atutem omawianego podejścia terapeutycznego jest wyposażanie pacjentów w określone umiejętności i techniki, które mogą stosować samodzielnie, już po ukończeniu terapii czy innej formy wsparcia psychologicznego (Sage i wsp., 2008; Hoffman i wsp. 2012, Hunsley, Elliott, Therrien, 2014).

3.2. Zastosowanie interwencji poznawczo-behawioralnych u osób chorych somatycznie

Większość doniesień dowodzących skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej dotyczy stosowania jej w odniesieniu jedynie do zaburzeń czy problemów natury psychicznej (Sage i wsp. 2008; Hoffman i wsp. 2012; Hunsley, Elliott, Therrien, 2014). Nieporównywalnie mniej prac poświęconych jest jej efektywności w odniesieniu do osób chorych somatycznie. Jeżeli takie opracowania już są, to (jak wcześniej przedstawiono) wnioski z nich są niejednoznaczne. Biorąc jednak pod uwagę współwystępowanie schorzeń somatycznych i psychicznych (por. podrozdz. 2.2), można przyjąć, że omawiany (i rekomendowany) typ terapii jest jak najbardziej wskazany w pracy z osobami somatycznie chorymi. Innymi słowy, skoro osoby zmagające się z przewlekłymi schorzeniami somatycznymi cierpią na różnego rodzaju problemy natury psychicznej, między innymi te z kręgu zaburzeń depresyjnych i lękowych, w odniesieniu do których skuteczność

omawianego podejścia jest udowodniona i bezsporna, to jak najbardziej zasadne jest jej stosowanie (Sage i wsp., 2008; Beltman, Voshaar, Speckens, 2010).

Podczas zapoznawania się z problematyką pomocy psychologicznej osobom przewlekle chorym można odnieść wrażenie, że właśnie podejście poznawczo-behawioralne jest najczęściej rekomendowanym bądź też jedynym sprawdzonym. Podkreśla się, że pozwala ono poprawić jakość życia ludzi przewlekle chorych, w niektórych przypadkach wiąże się wręcz z wydłużeniem życia, chroni przed pogorszeniem kondycji fizycznej i utratą zasobów. Ważne jest też, że interwencje poznawczo-behawioralne mogą z powodzeniem stosować przedstawiciele różnych szkół psychoterapeutycznych oraz lekarze i pielęgniarki (Papadopoulos, Bor, 1999; Furze, Donnison, Lewin, 2008; Safren, Gonzales, Soroudi, 2007; Sage i wsp., 2008; Hoffman i wsp., 2012). Wydaje się, że najwięcej prac na temat skuteczności interwencji poznawczo-behawioralnych w chorobach somatycznych dotyczy osób chorych onkologicznie i/lub leczonych paliatywnie (m.in. Greer i wsp., 2010; 2012; Moorey, Greer, 2002; 2012; Zimmermann, Heinrichs, 2006; Sage i wsp., 2008; Luckett i wsp., 2011; Pietrzyk, 2011) oraz leczenia przewlekłego bólu, również w chorobach nowotworowych (Dalton i wsp. 2004; Tatro, Montgomery, 2006; Heapy i wsp., 2006; Hoffman i wsp., 2007; Turk, Swanson, Tunks, 2008; Machowska, Marciniak, 2016).

Należy jednak zwrócić uwagę, że część opracowań cechuje się różnego rodzaju niedociągnięciami natury metodologicznej, a w związku z tym należy je interpretować z ostrożnością oraz uwzględniając kontekst, w jakim badania zostały przeprowadzone. Stosunkowo często zarzuty dotyczą braku grupy porównawczej, w związku z czym nie ma pewności, co tak naprawdę spowodowało obserwowane zmiany. Oczywiście, istnieje też duża grupa doniesień niewskazujących na wystąpienie jakiegokolwiek statystycznie istotnej poprawy w wyniku stosowania opisywanych oddziaływań (tamże). Uwzględniając to wszystko i analizując rezultaty, często sprzecznych, doniesień warto zwrócić uwagę na:

- a) możliwość zastosowania standardowych procedur (co w praktyce jest trudne, jako że każdy człowiek inaczej reaguje, a w związku z tym wymaga elastyczności w wyborze oddziaływań); różnice w odpowiedzi na zastosowane interwencje mogą spowodować brak istotnych wyników;
- b) małe grupy osób poddane terapii – z jednej strony trudno więc uogólniać wyniki, z drugiej mała grupa oznacza małą statystyczną istotność;
- c) brak badania kontrolnego (*follow-up*) – nie wiadomo, czy w przypadku wystąpienia zmian utrzymują się one w czasie oraz czy w sytuacji braku pojawienia się oczekiwanych zmian zaraz po terapii (interwencji) nie pojawiły się one później, ponieważ wymagały czasu;
- d) moment, w którym osoby chore zostały poddane terapii – jeżeli zaraz po diagnozie, to być może będąc w szoku (por. rozdz. 2), nie są więc po prostu w stanie korzystać z interwencji; jeżeli różne osoby zostały poddane standardowym oddziaływaniom w różnych etapach zmagania się z chorobą, to wyniki efektywności oddziaływań będą prawdopodobnie słabe;
- e) te same interwencje mogą u różnych osób wywoływać różne zmiany, a tym samym nie znaleźć odzwierciedlenia w uzyskanych wynikach, które zależą od zastosowanych metod pomiaru;

- f) najbardziej spektakularne wyniki uzyskuje się, poddając oddziaływaniom terapeutycznym osoby z wysokim poziomem stresu lub klinicznymi objawami zaburzeń. Jeżeli w badanej grupie jest takich osób niewiele lub wcale, to rezultaty mogą nie być istotne na poziomie statystycznym (Sage i wsp., 2008; Hoffman i wsp., 2012).

Biorąc pod uwagę powyższe, zrozumiałe jest, iż bardzo łatwo zarówno przeszacować, jak i niedoszacować rezultaty badań nad efektywnością psychoterapii poznawczo-behawioralnej (i nie tylko) w chorobach somatycznych. Niejednoznaczność odnośnie do efektywności omawianej formy oddziaływań wynikać może również z różnie rozumianego i operacjonalizowanego pojęcia „skuteczność” interwencji – może to być poprawa jakości życia, zmniejszenie nasilenia stresu, objawów depresyjnych i/lub lękowych, poprawa samopoczucia, lepsze stosowanie się do zaleceń lekarskich, zmniejszenie dolegliwości bólowych bądź lepsze funkcjonowanie pomimo odczuwanego dyskomfortu.

Wielość problemów związanych z chorobami przewlekłymi doprowadziła do tworzenia oddziaływań psychoterapeutycznych dostosowanych bezpośrednio do potrzeb osób z konkretnym rozpoznaniem. Przykładem takiego programu jest indywidualna terapia poznawczo-behawioralna dla osób we wczesnym stadium RZS (*tailored cognitive-behavioral psychotherapy in early rheumatoid arthritis*) opisana przez zespół A. Evers (Evers i wsp., 2002), która składa się z 10 sesji. Chory uczestniczy w dwóch z czterech modułów, w zależności od potrzeb. Moduły dotyczą bólu i niepełnosprawności, zmęczenia, obniżonego nastroju oraz relacji społecznych. Ciekawą alternatywą są również interwencje poznawczo-behawioralne skierowane do osób przewlekle chorych, które są prowadzone przy użyciu Internetu lub aplikacji na smartfony (np. Beatty, Koczwara, Wade, 2011; Ferwerda i wsp., 2013; van Beugen i wsp., 2014; McCombie, 2015).

Poniżej przedstawiono dwa opisy zastosowania typowych interwencji poznawczo-behawioralnych w odniesieniu do bólu przewlekłego i chorób skóry. Przybliżenie zasad pracy z osobami zmagającymi się z innymi, omawianymi w niniejszym opracowaniu, chorobami znacznie wybiegałoby jego poza temat. Ponadto większość interwencji ukierunkowana jest na redukcję objawów depresyjnych i lękowych, w związku z czym zasady postępowania są zbliżone. W przypadku bólu przewlekłego (występującego w przebiegu RZS) i chorób dermatologicznych, specyfika pracy, wynikająca ze swoistych problemów i objawów, jest nieco inna.

Interwencja poznawczo-behawioralna w sytuacji bólu przewlekłego

Za ból przewlekły uważa się ból uporczywy, powracający i utrzymujący się pomimo zagojenia uszkodzonych tkanek, bądź też towarzyszący chorobie przewlekłej (np. reumatoidalnemu zapaleniu stawów). Trwa powyżej trzech miesięcy i utrzymuje dłużej niż przewidywany czas leczenia. Ma charakter patologiczny, nie spełnia już funkcji ostrzegawczej i w związku z tym traci swój biologiczny sens, stając się chorobą samą w sobie. Utrzymywanie się bólu wiązane jest ze swoistymi mechanizmami patologicznymi w obrębie układu nerwowego oraz z czynnikami psychospołecznymi (Sage i wsp. 2008; Suchocka, 2008; Ehde, Dillworth,

Turner 2014; Sheung-Tak i wsp., 2017). Najczęstszą konsekwencją bólu przewlekłego są: zmniejszona aktywność ruchowa, wadliwa postawa, brak łaknienia, obniżenie tolerancji na ból, spowolnienie procesów myślowych, bierna postawa wobec różnych aktywności życiowych oraz zaburzenia depresyjne i lękowe. Bólowi przewlekłemu z czasem zaczynają towarzyszyć zaburzenia nastroju, snu, apetytu, koncentracji, drażliwość i obniżenie libido (Sage i wsp. 2008; Suchocka, 2008; Macea i wsp., 2010, Dobrogowski i wsp., 2011). Problemy narastają w sytuacji, kiedy chory jest przekonany, że ból związany jest z poważnymi uszkodzeniami tkanek. Lęk przed pogorszeniem swojego stanu powstrzymuje od podejmowania aktywności, co w konsekwencji niekorzystnie wpływa na stan zdrowia fizycznego oraz psychicznego (por. podrozdz. 2.2; pułapka nadaktywność – odpoczynek). W terapii bólu wykorzystuje się zarówno techniki *stricte* behawioralne, oparte na warunkowaniu, jak i zawierające behawioralne oraz poznawcze komponenty i, w końcu, interwencje wyłącznie poznawcze.

Pierwszym rodzajem interwencji psychologicznych, które znalazły zastosowanie w terapii bólu przewlekłego, były te oparte na warunkowaniu sprawczym. Zwrócono uwagę (za: Ziółkowska, Trusz, Babel, 2014) na to, że tzw. zachowania bólowe (czyli np. przyjmowanie leków, pocieranie bolącej części ciała, utykanie, ekspresja mimiczna wyrażająca ból, narzekanie, unikanie jakiegokolwiek aktywności) mogą się utrzymywać nawet po wyleczeniu tego bólu, jeśli są wciąż wzmacniane. Z kolei pożądane zachowania alternatywne (takie jak chociażby aktywność, chodzenie, stanie), które w tej nowej sytuacji powinny się pojawić, nie wystąpią bez ich wzmacniania. Oznacza to, że zachowania bólowe mogą występować nie tylko jako reakcje na uszkodzenia ciała, ale również w odpowiedzi na bodźce kontrolujące, które zapowiadają pojawienie się wzmocnienia lub jego brak (Sanders, 2002; 2006; Osborne, Raichle, Jensen, 2006; Ziółkowska, Trusz, Babel, 2014). Celem wykorzystywania warunkowania sprawczego w terapii bólu jest utrzymanie lub przywrócenie satysfakcjonującego poziomu funkcjonowania przez modyfikację zachowań bólowych, które je utrudniają.

W leczeniu bólu przewlekłego stosuje się również warunkowanie klasyczne. Znajduje ono zastosowanie w przypadku reakcji bólowych opartych na odruchach bezwarunkowych. Jedną z technik tej terapii jest progresywna relaksacja mięśni, u której podstaw leży założenie, że ból powoduje zwiększone napięcie mięśniowe, które z kolei zwiększa poziom odczuwanego bólu oraz wywołuje dodatkowe problemy, takie jak zaburzenia snu, unieruchomienie ciała oraz depresję. Celem terapii jest redukcja napięcia mięśniowego. Pierwszy etap polega na nauczaniu pacjenta dostrzegania związku między odczuwanym bólem i napięciem mięśniowym. Drugi obejmuje proces uczenia się umiejętności dowolnego zastępowania napięcia mięśniowego reakcją przeciwną – rozluźnieniem mięśni (Ziółkowska, Trusz, Babel, 2014). Do walki z bólem wykorzystywane jest również biologiczne sprzężenie zwrotne (*biofeedback*) polegające na niwelowaniu napięcia mięśniowego (tamże).

Do specyficznych technik wykorzystywanych w terapii bólu, które łączą oddziaływania behawioralne i poznawcze, zalicza się również wyznaczanie celów i ich stopniowe osiągnięcie (*goal setting and the step-by-step approach*) oraz utrzymywanie stałego rytmu (*spacing*) (Sage i wsp., 2008).

Zasady wyznaczania celów i ich stopniowego osiągnięcia polegają na wspólnym (z terapeutą) ustaleniu jasnych i realnych celów oraz pracy nad ich realizacją, modyfikowaniem zbyt wysokich standardów i niepotrzebnych wymagań, planowaniem i rozkładaniem zadań na etapy w celu uniknięcia przeciążenia oraz na uzyskaniu równowagi między osiągnięciami a przyjemnościami. Kolejność wyznaczania celów polega na opisanie aktualnej sytuacji i pożądanego stanu oraz zidentyfikowaniu rzeczy, które trzeba zmienić, żeby dojść do zamierzonego celu. Następnie planuje się kolejne etapy postępowania oraz przywiduje potencjalne trudności przy realizacji każdego z kroków.

Planowanie aktywności i wyznaczanie celów może przybrać postać tzw. drabiny aktywności, w której każdy odcinek budowany jest na bazie osiągnięć z poprzedniego (por. Aneks).

Z kolei celem techniki „stałego rytmu” (*pacing*) jest utrzymywanie takiej samej liczby aktywności każdego dnia, niezależnie od tego czy pacjent ma tzw. dobry, czy zły dzień, oraz minimalizowanie ryzyka pojawienia się prowokowanego przez siebie bólu poprzez uważną obserwację sygnałów płynących z ciała. Również w tej technice wyróżnia się kolejne etapy, a więc:

- a) uświadomienie sobie znaczenia wyznaczania sobie rytmu i tempa pracy w minimalizowaniu objawów bólu;
- b) przygotowanie listy aktywności i oszacowanie dni jako dobrych i złych w kontekście bólu i zmęczenia;
- c) wyjaśnienie potrzeby ostrożnego zarządzania swoim ciałem i monitorowania jego stanu oraz zidentyfikowanie tych czynności, które powodują najsilniejszy ból;
- d) ustalenie limitów, między innymi czasowych, wykonywania danych aktywności w ciągu dnia;
- e) monitorowanie liczby dobrych dni;
- f) podwyższanie limitów czasowych wraz ze wzrostem liczby dobrych dni. Osoba chora powinna trzymać się ustalonych przedziałów czasowych, czyli ich nie podnosić, kiedy ma się dobry dzień, albo obniżać w złym dniu. Ważna jest stała liczba czynności każdego dnia. Kiedy pacjent zauważy, że jego wytrzymałość się poprawiła, może podnieść limity czasowe (Sage i wsp., 2008).

Jak już wcześniej opisano, model poznawczo-behawioralny zakłada, że zachowanie pacjenta jest efektem procesów uczenia się oraz różnorodnych czynników poznawczych. Osoba, która jest przekonana, iż nie można nic zrobić w celu zmniejszenia bólu jest mniej zaangażowana w proces przyswajania adaptacyjnych strategii radzenia sobie z bólem i osłabia tym samym ich skuteczność. Pierwszy etap typowo poznawczej terapii bólu polega na psychoedukacji na temat bólu (Mills, Torrance, Smith, 2016), a następnie na nauczaniu pacjenta racjonalnego sposobu myślenia oraz radzenia sobie z problemami, które mogą pojawiać się podczas prób pokonywania cierpienia. Kolejne interwencje koncentrują się na rozwijaniu specyficznych umiejętności obejmujących wyróżnienie myśli i przekonań dotyczących bólu, ocenę ich adekwatności oraz zmianę nieadekwatnych i szkodliwych na bardziej adaptacyjne (Ziółkowska, Trusz, Bąbel, 2014).

Standardowy całościowy poznawczo-behawioralny program radzenia sobie z bólem przewlekłym zawiera między innymi wszystkie wcześniej wspomniane elementy oraz dodatkowo edukację na temat bólu, naukę asertywności oraz zapoznanie z zasadami ergonomii (czyli dostosowania środowiska tak, aby codzienne funkcjonowanie było łatwiejsze).

Interwencja poznawczo-behawioralna w odniesieniu do osób z chorobami skóry

Techniki poznawcze i behawioralne mają szerokie zastosowanie w pomocy osobom z chorobami skóry – uczyć radzenia sobie ze specyficznymi dolegliwościami (np. świądem) poprzez wprowadzenie zasad samomonitorowania, redukują szkodliwe nawyki, odwracają uwagę od dolegliwości oraz zmieniają przekonania odnośnie do choroby i własnego funkcjonowania, co może przyczynić się do podwyższenia jakości życia chorych (Sheridan, Radmacher, 1998; Papadopoulos, Bor, 1999; Beelaert, 2003; Evers, 2003; Shenefelt, 2003, 2010; Fortune i wsp., 2002; 2004a, Miniszewska, 2007; Farrand, Woodford, 2015; Fordham, Griffiths, Bundy, 2015; van Beugen, 2016).

L. Papadopoulos i R. Bor (1999), zalecający i opisujący podejście poznawczo-behawioralne w odniesieniu do osób chorych dermatologicznie, wyodrębniają określone poziomy pracy:

- informacyjny – polegający na dostarczaniu konkretnych informacji i porad dotyczących choroby, problemów z nią związanych, diagnozy, leczenia, środków farmakologicznych i ich skutków ubocznych, zapobiegania powikłaniom itp.;
- implikacyjny – polegający na przedyskutowaniu z pacjentem i jego najbliższymi zmian, jakie powoduje choroba w stylu życia całej rodziny;
- wspierający – będący pomocą w tworzeniu i znajdowaniu wspierającego środowiska, które umożliwi skuteczne radzenie sobie z negatywnymi emocjami towarzyszącymi chorobie;
- psychoterapeutyczny – zapewniający psychologiczne przystosowanie do sytuacji choroby, trenujący umiejętność radzenia sobie i rozwiązywania problemów.

Proponowane techniki wykorzystywane w terapii to między innymi stosowanie pytań do kwestionowania błędów w myśleniu, „technika najgorszego scenariusza”, nauka monitorowania myśli, prowadzenie dzienniczka, technika zatrzymywania myśli, korzystanie z dystraktorów w celu odwrócenia uwagi, relaksacja, zapamiętywanie pozytywnych aspektów swojego wyglądu, systematyczne desensytyzacja (scenariusz ośmiu pięćdziesięciminutowych sesji został przedstawiony w Aneksie).

Główne etapy terapii poznawczo-behawioralnej według L. Papadopoulos i R. Bora (1999) rozpoczyna wprowadzenie polegające na ustaleniu przyczyny szukania pomocy przez pacjenta; zebraniu informacji o tym, jak pacjent się czuje podczas pierwszego kontaktu oraz czego oczekuje. Kolejnym krokiem jest dokładne wysłuchanie pacjenta – może być to pierwszy raz, kiedy ma on możliwość otwartego opowiadania o swoich troskach. Następną jest próba uszczegółowienia, zrozumienia, podsumowania i wyodrębnienia głównych problemów. Bardzo ważna

jest analiza zarówno przekonań pacjenta odnośnie do trudnej sytuacji, jak i do tychczas podejmowanych prób poradzenia sobie z problemem. Zebranie tych informacji pozwala na zaoferowanie pomocy i przejście do konkretnych interwencji. Ostatni elementem jest monitorowanie zmian.

Korzyści, które mogą przynieść choremu wymienione oddziaływania, to:

1. Poznanie przez chorego swojej psychicznej i fizycznej kondycji, zidentyfikowanie i nazwanie objawów oraz trudności.
2. Rozeznanie się w możliwościach medycznych interwencji oraz ułatwienie podjęcia decyzji o poddaniu się leczeniu.
3. Przedyskutowanie trudności w relacjach z innymi ludźmi oraz sposobów radzenia sobie z nimi.
4. Przeanalizowanie trudności i problemów wynikających z choroby oraz wyodrębnienie tych czynników i zachowań, które je wzmacniają.
5. Przeanalizowanie, oszacowanie a następnie poprawa obrazu własnego ciała i samooceny.
6. Poznanie własnych, błędnych przekonań związanych z chorobą i praceowanie ich.
7. Identyfikacja efektywnych sposobów radzenia sobie stosowanych już przez chorego i wzmocnienie ich.
8. Identyfikacja posiadanych przez pacjenta zasobów, które mogą usprawniać radzenie sobie z chorobą, ale nie są wykorzystywane (np. wsparcie ze strony przyjaciół).
9. Poznanie praktycznych sposobów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przećwiczenie ich. Poznanie psychologicznych problemów, które nie muszą być bezpośrednio związane z chorobą skóry (Papadopoulos, Bor, 1999).

Przykładem interwencji opartych na założeniach podejścia poznawczo-behawioralnego był zrealizowany i zewaluowany przez D.G. Fortune i wsp. (2004) program pomocy psychologicznej dla osób z łuszczycą (Psoriasis Symptom Management Programme). Składał się on z sześciu dwuipółgodzinnych sesji prowadzonych przez psychologa klinicznego i personel medyczny. Pierwsze spotkanie poświęcone było edukacji na temat biologicznych aspektów łuszczycy i leczenia, przedstawieniu modelu stresu oraz założeń terapii poznawczo-behawioralnej. Ponadto ustalono cele terapeutyczne i wprowadzono trening relaksacyjny. Późniejsze sesje poświęcone były między innymi identyfikacji błędów poznawczych, rozwijaniu umiejętności radzenia sobie, asertywności. Autorzy podjęli się próby oszacowania wpływu programu na percepcję choroby oraz strategię radzenia sobie ze stresem. Percepcję choroby wyznaczały takie aspekty jak obraz choroby, przekonania o jej przyczynach, postrzegany przebieg schorzenia, przekonania o konsekwencjach łuszczycy oraz postrzegana uleczalność i kontrola łuszczycy (por. podrozdz. 1.3.4 i 2.1). Analizowano takie strategie radzenia sobie jak radzenie skoncentrowane na problemie, ukierunkowane na emocje, unikanie i przewartościowanie/dystansowanie. Po zakończeniu omawianego programu okazało się, że u uczestników nastąpiła między innymi redukcja przekonań dotyczących negatywnego wpływu choroby na codzienne funkcjonowanie oraz obniżyła się częstotliwość, liczba i nasilenie doświadczanych symptomów choroby.

Nie zmieniły się natomiast inne aspekty obrazu choroby oraz strategię radzenia sobie. Autorzy sugerują, iż brak znaczących zmian w zakresie radzenia sobie ze stresem mógł wynikać ze specyfiki zastosowanego narzędzia pomiaru, które nie uwzględniało wielu charakterystycznych dla łuszczycy aspektów. Niemniej jednak krótkoterminowa terapia poznawczo-behawioralna przyczyniła się do korzystnych zmian w funkcjonowaniu chorych. Coraz częściej wskazuje się również na to, że terapia oparta na uważności, wywodząca się z CBT, może być skuteczna również w redukcji samych objawów chorobowych. B. Fordham i wsp. (2015) wykazali, że terapia oparta na uważności spowodowała obniżenie nasilenia objawów depresyjnych i lękowych, a także poprawę w zakresie jakości życia i objawów skórnych wśród pacjentów z łuszczycą.

3.3. Badania nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej w wybranych chorobach somatycznych

Jak już zostało zaznaczone w poprzednim podrozdziale, istnieje wiele opracowań potwierdzających skuteczność omawianego podejścia w problemach natury psychicznej, jednak poszukując dowodów na jego efektywność w odniesieniu do zaburzeń somatycznych napotyka się na pewien brak spójności (w tym natury metodologicznej). Wynika to, między innymi, ze specyfiki grupy, jaką są osoby somatycznie chore, a dokładnie z trudności dobrania grupy (bądź grup) w miarę heterogenicznych. Przewlekłe choroby somatyczne różnią się od siebie wieloma czynnikami (co jest oczywiste i zostało opisane w podrozdziale 1.1, przy okazji definiowania pojęcia „przewlekła choroba somatyczna”), ale również występują znaczące różnice w obrębie grupy osób z tym samym schorzeniem (wynikające chociażby z dynamiki procesów biologicznych). Co więcej, część chorób przewlekłych współwystępuje ze sobą. Wraz z wiekiem wzrasta liczba przewlekłych schorzeń u jednej osoby. Nakładając na to problemy natury psychicznej, okazuje się, że kontrolowanie tych wszystkich zmiennych w badaniach jest niezmiernie trudne (a może i niemożliwe). Analiza skuteczności interwencji poznawczo-behawioralnych w chorobach somatycznych wiąże się dodatkowo z ustaleniem jej kryterium, a te, w doniesieniach dostępnych w literaturze przedmiotu, są różnorodne – może to być złagodzenie objawów chorobowych, obniżenie nasilenia zaburzeń psychicznych, redukcja poziomu bólu czy specyficznych problemów wynikających ze stanu fizycznego (por. podrozdz. 3.2).

Chcąc więc prześledzić skuteczność zastosowania podejścia poznawczo-behawioralnego w odniesieniu do wybranych, specyficznych, problemów związanych z przewlekłymi schorzeniami, warto odwołać się do zagadnień przedstawionych w opracowaniu N. Sage i wsp. (2008) pt. *CBT for Chronic Illness and Palliative Care. A Workbook and Toolkit*. Poniżej przedstawiono te zagadnienia odnoszące się do różnych chorób somatycznych i poruszone przez wspomnianych Autorów oraz uzupełnione o istotne dla niniejszego opracowania.

1. Wartość podejścia poznawczo-behawioralnego w odniesieniu do przebiegu bólu.
W wyniku przeglądu 25 badań dowiedziono, że interwencje poznawczo-behawioralne są skuteczniejsze (w porównaniu z samym biofeedbackiem, relaksacją i podejściem *stricte* behawioralnym) w odniesieniu do rezultatów mierzonych poziomem doświadczanego bólu, poznawczą oceną i poznawczym radzeniem sobie oraz funkcjonowaniem w rolach społecznych. Innymi słowy, podejście to okazało się skuteczniejsze w odniesieniu do tych wymiarów (Morley, Eccleston, Williams, 1999; Eccleston, Williams, Moorley, 2009). Dowodzi się, że, terapia poznawczo-behawioralna pozwala na lepsze radzenie sobie z bólem poprzez, między innymi, zmianę oczekiwań w zakresie możliwości jego kontroli, zmianę znaczenia bólu dla osoby chorej czy dekatastrofizowanie bólu, a tym samym ułatwia funkcjonowanie mimo odczuwania dolegliwości bólowych (Sharpe i wsp., 2001; Ostelo i wsp., 2005; Sage i wsp., 2008; Eccleston, Morley, Williams, 2013; Morley, Williams, 2013; Ehde, Dillworth, Turner, 2014).
2. Skuteczność podejścia poznawczo-behawioralnego w redukowaniu zmęczenia i braku energii u osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów.
Badania A. Evers i wsp. (2002) oraz S. Hewletta i wsp. (2011) wykazały, że interwencje poznawczo-behawioralne skutecznie redukują odczuwane przez osoby z RZS zmęczenie. Są to prawdopodobnie jedyne badania (dostępne) dotyczące tego problemu.
3. Podejście poznawczo-behawioralne a obniżenie poziomu depresji i poprawienie kontroli poziomu glukozy we krwi u osób z cukrzycą.
Badania S. Safrena i wsp. (2016) wykazały, że podejście poznawczo-behawioralne (w omawianym doniesieniu badaniu podano 87 dorosłych osób z cukrzycą, które uczestniczyły w 9/12 sesjach terapeutycznych) prowadzi do zmniejszenia objawów depresyjnych, lepszej kontroli glikemii oraz lepszego przestrzegania zaleceń lekarskich. Inne badania również wskazują na podobną efektywność oddziaływań poznawczo-behawioralnych (Lustman i wsp., 1998; McGinn, 1999; Lustman, Clouse, 2002; Snoek i wsp., 2001; Snoek i wsp. 2008; Anderbro, 2012, Seyed-Reza, Norzarina, Kimura, 2015).
4. Terapia poznawczo-behawioralna i specyficzne lęki związane z cukrzycą.
Nieliczne badania (Wild i wsp., 2007; Sage i wsp., 2008; Anderbro, 2012) wskazują, że podejście poznawczo-behawioralne jest skuteczne w obniżaniu lęku przed wystąpieniem hipoglikemii oraz ewentualnymi przyszłymi powikłaniami cukrzycowymi.
5. Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu hematomfobii u chorych na cukrzycę.
Wydaje się, że doniesień dotyczących terapii poznawczo-behawioralnej i lęku przed iniekcjami, konkretnie u osób z cukrzycą nie ma. Można natomiast znaleźć badania potwierdzające skuteczność omawianych interwencji odnośnie do hematomfobii w ogóle (Snoek, Skinner, 2002; Sage i wsp., 2008; Chapman, DeLapp, 2013).

6. Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w odniesieniu do zaburzeń odżywiania u osób z cukrzycą.
W literaturze przedmiotu brakuje danych odnośnie do skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń odżywiania u diabetyków. F. Snoek i T. Skinner (2002) w swoim przeglądzie interwencji psychologicznych ukierunkowanych na problemy specyficzne dla chorych na cukrzycę wskazali tylko na dwa takie doniesienia. Bardziej aktualnych danych również brakuje.
7. Skuteczność oddziaływań poznawczo-behawioralnych w odniesieniu do zachowań autodestruktywnych występujących u osób z cukrzycą.
Zachowania autodestrukcyjne, w omawianym kontekście, dotyczą niewystarczającej (lub też braku) kontroli glikemii skutkującej zagrażającym zdrowiu i życiu zmianom poziomu glukozy ze krwi. Problem ten dotyczy, przede wszystkim, dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 (Snoek, Skinner, 2002). Wspomniani autorzy (tamże) wskazali tylko na dwa doniesienia na temat zasygnalizowanego problemu.
8. Wpływ terapii poznawczo-behawioralnej na nasilenie objawów łuszczycowych.
R. Zachariae i wsp. (1996), R. Fortune i wsp. (2002), P. Shenefelt (2003), A. Peserico i wsp. (2016) dowodzą, iż uczestnictwo w terapii poznawczo-behawioralnej skutkuje, między innymi, zmniejszeniem nasilenia zmian chorobowych oraz zmniejszeniem częstotliwości nawrotów (Fortune i wsp. 2004; Zachariae i wsp., 1996). Również zastosowanie oddziaływań poznawczo-behawioralnych opartych na *mindfulness* (Fordham, Griffiths, Bundy, 2015) przyczynia się do złagodzenia objawów skórnych. Uczestnictwo w terapii powoduje, że również w subiektywnej ocenie osób chorych objawy chorobowe są mniejsze (Piaserico i wsp., 2016).
9. Skuteczność oddziaływań poznawczo-behawioralnych w redukcji przewlekłego świądu u osób chorych na łuszczycę.
Większość doniesień z badań nad skutecznością psychologicznych oddziaływań redukujących świąd dotyczy osób z atopowym zapaleniem skóry. Niemniej jednak okazuje się, że w tym schorzeniu terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczna (Ehlers, Stangier, Gielers, 1995; Shenefelt, 2005; Verhoeven i wsp., 2006; van Os-Medendorp i wsp., 2007), liczne dane wskazują na jej skuteczność gdy chodzi o osoby z łuszczycą (van Beugen i wsp., 2016).
10. Skuteczność podejścia poznawczo-behawioralnego w odniesieniu do osób z przewlekłą chorobą nerek.
Doniesienia prezentujące skuteczność omawianego podejścia w pracy z osobami cierpiącymi na przewlekłą chorobę nerek koncentrują się najczęściej na efektywnym złagodzeniu poszczególnych objawów depresyjnych (Dimidjia, Dobson, Kohlenberg, 2006; Cukor, 2007; Lii, Tsay, Wang, 2007; Duarte i wsp., 2009; Marvi i wsp., 2011; Rahimipour, Shahgholian, Yazdani, 2015; Chan i wsp., 2016; Lerma i wsp., 2017). Badania Chen i wsp. (2011) dowodzą również, że terapia poznawczo-behawioralna

skutecznie zmniejsza stan zapalny, stres oksydacyjny i bezsenność u osób hemodializowanych.

Podsumowując, podejście poznawczo-behawioralne prezentuje się jako zdecydowanie odpowiednie do pracy z ludźmi zmagającymi się z somatycznymi schorzeniami. Co więcej, wydaje się, że ma ono duży potencjał w odniesieniu do tej grupy pacjentów, dlatego też jest najczęściej rekomendowanym podejściem terapeutycznym (White, 2001; Sage i wsp., 2008; van Beugen i wsp., 2016) do pracy z osobami cierpiącymi na choroby przewlekłe. Za takim wnioskiem, poza przytoczonymi wcześniej wynikami badań, przemawiają również następujące argumenty:

- przyjęcie aktywnej postawy, której wymaga życie z chroniczną chorobą, własne zmaganie się z codziennymi problemami wynikającymi ze stanu zdrowia oraz konieczność stałej współpracy z personelem medycznym są analogiczne z założeniami terapii poznawczo-behawioralnej;
- techniki poznawczo-behawioralne kładące nacisk na budowanie i rozszerzenie repertuaru umiejętności służących do regularnego rozwiązywania i radzenia sobie z mentalnymi problemami mogą być z powodzeniem zaadaptowane do stałego radzenia sobie z wyzwaniami, jakie stawia choroba;
- krótkoterminowość i ukierunkowanie na określony cel/problem pozwala na zastosowanie w warunkach zarówno szpitalnych, jak i ambulatoryjnych;
- z somatycznymi chorobami przewlekłymi współwystępują zaburzenia i problemy psychiczne (takie jak lęk, depresja, chroniczne zmęczenie, zaburzenia snu), w leczeniu których terapia poznawczo-behawioralna charakteryzuje się sprawdzoną i wysoką skutecznością;
- powstaje coraz więcej programów terapeutycznych realizowanych zarówno tradycyjnie, jak i *online* bądź też za pomocą stworzonych do tego aplikacji, których skuteczność, oceniana przy użyciu różnych kryteriów, jest udokumentowana w literaturze.

Na zakończenie i podsumowanie rozdziału poświęconego poznawczo-behawioralnej terapii osób chorych somatycznie warto podkreślić, że stosowanie wspomnianych technik zależy od stadium choroby. Wyróżnić można trzy fazy – tzw. niemą, kiedy nie występują jeszcze widoczne oznaki choroby, okres kryzysu zdrowotnego, czyli rzutu choroby, podczas którego dochodzi do wystąpienia pełnego spektrum objawów, oraz okres remisji (Kubacka-Jasiecka, Ziarko, 2016). Każda z nich wymaga innych interwencji, ukierunkowanych na inne cele. Szczegółowe wskazówki do pracy z osobami chorymi, w zależności od etapu choroby, przedstawiają D. Kubacka-Jasiecka i M. Ziarko (2016).

Rekapitulacja przedstawionych w niniejszym rozdziale rozważań i przytoczonych danych pozwala stwierdzić, że stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z ludźmi zmagającymi się z przewlekłymi chorobami somatycznymi jest jak najbardziej zasadne.

Rozdział 4. Koncepcja badań własnych

4.1. Cele i zadania badawcze

Przewlekła choroba somatyczna jest, bezsprzecznie, krytycznym wydarzeniem życiowym, które charakteryzuje się kilkoma specyficznymi cechami (Kubacka-Jasiecka, Ziarko, 2016). Przede wszystkim jest stresorem uniwersalnym, co oznacza, że większość ludzi w ciągu życia będzie się zmagać z przynajmniej jedną chorobą przewlekłą. Ponadto prowadzi do wyczerpywania się posiadanych zasobów w wyniku dysfunkcji powodujących obniżenie sprawności fizycznej. Co więcej, choroby przewlekłe przeważnie diagnozowane są w późnej dorosłości, kiedy to człowiek szybciej zużywa zasoby niż je odbudowuje. Radzenie sobie z chorobą przewlekłą jest zaś obciążające w stopniu porównywalnym z samą chorobą. Zmiany zachodzące w organizmie chorego przewlekłe prowadzą do długotrwałego napięcia emocjonalnego. Nie jest też zdarzeniem nagłym – początkowe objawy są zazwyczaj nieswoiste i subtelne, tak więc, w początkowej fazie transakcji stresowej człowiek, znajdując się już pod wpływem działania stresora, nie jest tego świadom. I w końcu, choroba przewlekła i radzenie sobie z nią osadzone są bardzo mocno w kontekście instytucjonalnym i kulturowym.

Wspólne dla chorób przewlekłych i innych krytycznych wydarzeń jest między innymi to, że przed zachorowaniem najczęściej nie można dostrzec żadnych zwiastunów, zaś efektywne radzenie sobie z chorobą przewlekłą wymaga przygotowań, na które przeważnie brakuje czasu. Ponadto choroba zagraża posiadanym zasobom; osoby chore doświadczają silnych emocji, a także pojawia się niepewność związana z przyszłością (Levanthal, 2005; Kubacka-Jasiecka, Ziarko, 2016).

Wszystko to powoduje, że, po pierwsze, chorób przewlekłych uniknąć się nie da, po drugie, życie z nimi rządzi się swoistymi regułami, i w końcu, psychologia (przede wszystkim psychologia zdrowia) bezustannie poszukuje wskazówek do tego, jak to życie uczynić lepszym.

Prezentowana praca dotyczy szeroko pojętego problemu przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej, zaś **ogólnym celem Autorki jest sprawdzenie, jaka jest struktura przystosowania i jakie czynniki odgrywają istotną rolę w jej kształtowaniu**. Problem przystosowania do choroby somatycznej jest intensywnie i od dawna eksplorowany, niemniej jednak, zważywszy chociażby na wspomnianą

w części teoretycznej specyfikę i złożoność poruszanego zagadnienia, okazuje się, że dotychczasowe doniesienia nie dość, że nie wyczerpują tematu, to stwarzają coraz to nowsze dylematy. I tak, co zostało opisane w rozdziale 1, nie została wypracowana spójna definicja oraz sposób pomiaru samego przystosowania do choroby (Frank, Elliot, 2000; Smart, 2001; Bishop, 2005; Larsen, Hummel, 2013; Moss-Morris, 2013). Istnieje wiele określeń oraz sposobów rozumienia tego pojęcia, czego konsekwencją jest wielość narzędzi pomiaru. Ponadto pojawiające się teoretyczne ujęcia przystosowania do choroby wydają się nie mieć przełożenia na praktykę kliniczną (por. Bishop, 2005). Warto więc przyjrzeć się, **na ile (i czy w ogóle) oraz w jaki sposób powszechnie przyjęte w badaniach sposoby operacjonalizacji przystosowania do choroby są ze sobą powiązane**. Czy wysoki poziom przystosowania w jednym ujęciu odpowiada takiemu samemu poziomowi w innym? Czy zależności między wymiarami służącymi do określenia przystosowania do choroby są ze sobą powiązane w sposób prostoliniowy, tzn. czy, przykładowo, można zakładać, że wysoki poziom przystosowania do choroby, rozumianego jako zadowolenie z życia, wiąże się z wysokim poziomem przystosowania ujmowanego jako akceptacja własnej choroby? Taki sposób postępowania może rzucić nowe światło na rozumienie omawianego zjawiska. Coraz szersze ujmowanie analizowanego problemu oraz przyglądanie mu się z różnych perspektyw może też pozwolić uniknąć zjawiska opisanego w znanej hinduskiej przypowieści o słońiu i sześciu ślepcach (opisanej we *Wstępie*).

Otwarte pozostaje również pytanie, **na ile przystosowanie jest wspólne dla wszystkich chorych, a na ile ma charakter specyficzny, oraz czy u każdego człowieka przebiega inaczej**. A może różni się także w zależności od rodzaju choroby? Tak czy inaczej, zintegrowanie wiedzy na temat przystosowania do różnych schorzeń może doprowadzić do stworzenia uniwersalnych sposobów postępowania z osobami chorymi somatycznie. Co więcej, ewentualna znajomość sposobów/typów przystosowania do chronicznych dolegliwości somatycznych pozwoli na zwiększenie efektywności tych oddziaływań.

Kolejne zagadnienie dotyczy tego, **w jaki sposób spostrzeganie i ocena poznawcza choroby** (których rola i znaczenie zostały opisane w rozdziale 1) **oraz wybrane zasoby osobiste i sposoby radzenia sobie ze stresem są z tymże przystosowaniem powiązane**. Szczególny nacisk warto położyć na sposób spostrzegania i interpretowania własnej choroby, ponieważ, jak podkreślano w rozdziale 1, interpretacja poznawcza wydarzenia (w tym przypadku choroby) jest swoistym punktem startowym w procesie przystosowania (w tym wszelkiej aktywności z nim związanej). Skoro do pomocy ludziom przewlekle chorym rekomendowana jest terapia poznawczo-behawioralna (por. rozdz. 3), której założenia i, w konsekwencji techniki, opierają się na poznaniu sposobu rozumienia świata i zdarzeń osoby chorej, to, zgodnie z tymi współczesnymi trendami, należy szukać powiązań między omawianymi zależnościami. I znowu, mimo że zależności między niektórymi z tych czynników były analizowane w różnych konfiguracjach (por. Ziarko, 2014), to obrazują zaledwie niewielki fragment możliwych układów. Im więcej będziemy wiedzieć na temat możliwych powiązań, tym większa szansa na przełożenie tej wiedzy na praktykę psychoterapeutyczną. Zidentyfikowanie jak największej liczby czynników

ułatwiających życie z chorobą przewlekłą pozwoli na dobranie bądź też stworzenie takich sposobów oddziaływania, które je będą wzmacniać, odbudowywać lub kształtować. Ze względu na wydłużającą się średnią życia ludzkiego (Salomon i wsp., 2012) osób z chorobami przewlekłymi będzie coraz więcej, a co za tym idzie coraz większym wyznawaniem będzie pomoc tym osobom (także ze względu na koszty dla budżetu państwa opieki nad nimi). Wydaje się, że nie do końca wiadomo jak wzmacniać wszystkie analizowane w różnorodnych doniesieniach zasoby. Warto więc szukać takich, do pracy z którymi istnieją uznane techniki psychoterapeutyczne.

W związku z powyższym, na podstawie literatury przedmiotu oraz zagadnień poruszonych w poprzednich, teoretycznych rozdziałach opracowania, postawiono następujące pytania badawcze:

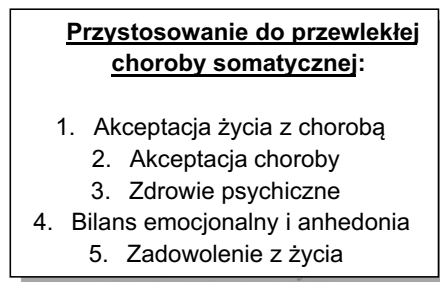
1. Czy powszechnie używane zmienne służące do pomiaru przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej są spójne i badają powiązane ze sobą wymiary?
2. Czy osoby z różnymi chorobami wykazują podobny poziom i strukturę przystosowania?
3. Czy można wyróżnić różne typy przystosowania do choroby i czy osoby cierpiące na różne choroby należą do tych samych typów?
4. W jaki sposób poznawcza reprezentacja choroby przewlekłej wiąże się z przystosowaniem do niej w badanych grupach chorych?
5. W jaki sposób zasoby pozytywne wiążą się z przystosowaniem do choroby w badanych grupach?
6. Jakie są wzajemne zależności między poznawczą oceną choroby, zasobami osobistymi i przystosowaniem do choroby w badanych grupach chorych?
7. Czy znajomość powyższych zależności pozwoli na ustalenie wytycznych odnośnie do pracy terapeutycznej w rekomendowanym podejściu poznawczo-behawioralnym?

4.2. Założenia, modele i hipotezy badawcze

W celu udzielenia odpowiedzi na przedstawione powyżej pytania badawcze należało w pierwszej kolejności zdefiniować, czym jest przystosowanie do choroby przewlekłej, a następnie dokonać przeglądu i, w konsekwencji, selekcji sposobów konceptualizacji pojęcia „przystosowanie do choroby”.

Na użytek prezentowanych badań przyjęto, iż **przystosowanie do choroby odzwierciedla stopień dostosowania się, w danym momencie, do funkcjonalnych, psychologicznych i społecznych zmian życiowych wynikających z doświadczania choroby przewlekłej i związanej z nią leczenia, uzyskiwany w wyniku dynamicznego procesu adaptacyjnego** (por. Bishop, 2005, i podrozd. 1.2).

W literaturze przedmiotu autorzy, odnosząc się do przystosowania do choroby, ujmują je najczęściej jako akceptację choroby, jakość życia, dobrostan, brak zaburzeń psychicznych, przewagę afektu pozytywnego i realizację wyzwań, jakie stawia choroba (Dijkstra i wsp., 2008; Hoyt, Staton, 2012; Larsen, Hummel, 2013; Moss-Morris, 2013). W badaniach własnych wsparto się również ujęciem D. de Ridder i wsp., (2008), wyróżniającym następujące elementy składające się na przystosowanie do choroby, tj. realizację wyzwań adaptacyjnych, utrzymanie równowagi emocjonalnej, brak zaburzeń psychicznych, obniżony negatywny i podwyższony pozytywny afekt, optymalne funkcjonowanie w rolach oraz zadowolenie z różnych wymiarów składających się na ogólny dobrostan. Jak łatwo zauważyć, wymienione składowe są analogiczne do różnych ujęć pojawiających się w piśmiennictwie. Tak rozumiane przystosowanie do choroby, jako konstrukt składający się z wymienionych elementów, uczyniono przedmiotem prezentowanych badań. Jednocześnie przystosowanie do choroby potraktowano w kategoriach zmiennej latentnej i zmiennej objaśnianej – w zależności od postawionego pytania badawczego. Wracając do meritum, przystosowanie do choroby zostało zoperacjonalizowane przy użyciu takich konstruktów, jak akceptacja życia z chorobą, akceptacja choroby, bilans emocjonalny, ogólny stan zdrowia psychicznego oraz zadowolenie z życia. Wszystkie te konstrukty obejmują elementy wymienione przez D. de Ridder i wsp. (2008). I tak, realizacja wyzwań adaptacyjnych będzie zawierała się w akceptacji choroby i akceptacji życia z chorobą (rozdzielenie między tymi konstruktami znajduje się w charakterystyce zastosowanych narzędzi), utrzymanie równowagi emocjonalnej również w akceptacji życia z chorobą, brak zaburzeń psychicznych i obniżony negatywny a podwyższony pozytywny afekt zawierać się będzie w zdrowiu psychicznym, bilansie emocjonalnym i anhedonii, zaś optymalne funkcjonowanie w rolach zawodowych i zadowolenie z różnych wymiarów składających się na ogólny dobrostan w konstrukcie odpowiadającym zadowoleniu z życia. Dobór takich a nie innych czynników podyktowany został, po pierwsze, próbą znalezienia jak najlepszych odpowiedników dla wspomnianych pięciu elementów, po drugie, wyborem odpowiadających im narzędzi badawczych. Graficzną prezentację czynnika „przystosowanie do przewlekłej choroby somatycznej” przedstawia rysunek 4.1.



Rysunek 4.1. Czynniki „przystosowanie do przewlekłej choroby somatycznej” w modelu badań własnych

Źródło: opracowanie własne.

W związku z takim ujęciem przystosowania do choroby, nawiązując do przedstawionych wcześniej założeń oraz opierając się na literaturze przedmiotu, sformułowano hipotezy niekierunkowe. Brak określenia kierunku hipotez wynika, przede wszystkim, z ich eksploracyjnej formy oraz złożoności poszczególnych zmiennych.

Hipoteza 1a (H1a). Konstrukty składające się na ocenę przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej są ze sobą, w większości, powiązane, aczkolwiek nie jest to zależność prostoliniowa.

Hipoteza 1b (H1b). Osoby z różnymi chorobami wykazują porównywalny poziom i różną strukturę przystosowania.

Hipoteza 1c (H1c). Można wyodrębnić różne typy przystosowania do choroby, charakterystyczne dla różnych jednostek chorobowych.

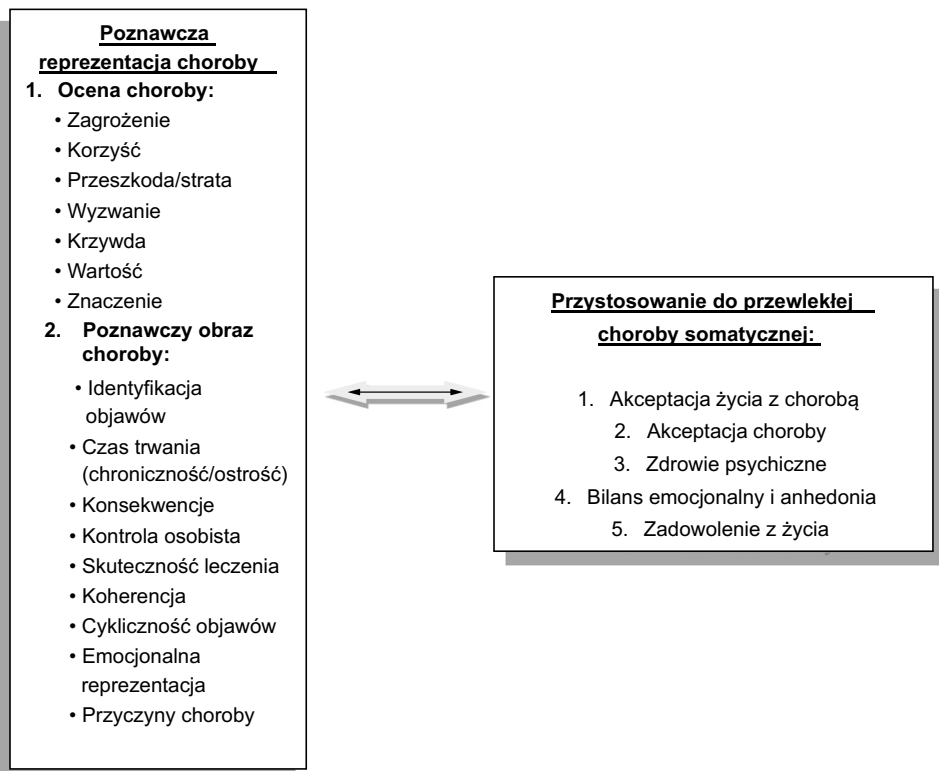
Hipoteza 1a oparta jest na doniesieniach z literatury przedmiotu (por. podrozdz. 1.2) dowodzących, iż stres związany z chorobą somatyczną nie musi wiązać się z problemami we wszystkich aspektach życia. Choroba nie musi też być wyłącznie źródłem cierpienia, zaś osoby chore doświadczają przecież również pozytywnych emocji. Z drugiej strony, przykładowo, akceptacja życia z chorobą nie wyklucza przeżywania emocji negatywnych, związanych chociażby z dolegliwościami fizycznymi. Warto tu ponownie przypomnieć badania przeprowadzone przez E. Costanzo, C. Ryff i B. Singer (2009), które pokazały, że chorzy onkologicznie mieli znacznie obniżony nastrój (wyższy poziom lęku i depresji, silniejszy negatywny afekt i słabszy pozytywny) w porównaniu z osobami zdrowymi, ale już dobrostan społeczny był u nich na poziomie wyższym. Założenie o występowaniu powiązań między badanymi wymiarami wydaje się oczywiste – wszystkie są stosowane do szacowania przystosowania do choroby i jako wymiary tegoż przystosowania mogą być traktowane. Jak twierdzą M. Hoyt i L. Stanton (2012), wymiary składające się na przystosowanie do choroby są ze sobą wzajemnie powiązane i wzajemnie na siebie oddziałują. Ponadto, dokonując przeglądu różnorodnych badań (w tym własnych), można zauważyć, iż wymiary te związane są, bądź też wyznaczane, przez te same czynniki – na przykład zasoby osobiste (m.in. Miniszewska i wsp., 2006; Basińska, Kasprzak, 2012; Basińska, Drozdowska, 2012; Basińska, Woźniewicz, 2012; Basińska, Andruszkiewicz, 2012; Janowski i wsp., 2012; 2013; 2014; Miniszewska, 2013; Miniszewska i wsp., 2013b; Miniszewska, Adamska, 2014; Ziarko, 2014; Adamska, Miniszewska, 2016; Jedynek, Janowski, Mackiewicz, 2016).

Hipotezy 1b i 1c zostały sformułowane na podstawie analizy literatury przedmiotu (por. podrozdz. 1.2), której wnioski sprowadzają się, w dużym uproszczeniu, do tego, że różne choroby stawiają przed człowiekiem odmienne wymagania, z drugiej jednak strony istnieją trudności i problemy wspólne dla osób z różnymi schorzeniami. W związku z powyższym, można wyodrębnić odrębne typy przystosowania do choroby, które będą charakterystyczne dla osób z określonym rozpoznaniem.

Hipoteza 2a (H2a). Zmienne wyznaczające poznawczą reprezentację choroby wiążą się z przystosowaniem do niej w wybranych grupach chorych.

Hipoteza H2a została sformułowana w oparciu o relacyjną teorię stresu (Lazarus, Folkman, 1984; Heszen, 2013) oraz Model Zdroworozsądkowej

Samoregulacji (Leventhal, Leventhal, Cameron, 2001; Leventhal, Phillips, Burns, 2016), które zakładają, że ocena choroby oraz przekonania odnośnie do niej (poznawczy obraz) oddziałują na adaptację do choroby i efekty zdrowotne (por. podrozdz. 1.3.4 i 2.1). W związku z powyższym zmienna latentna „poznawcza reprezentacja choroby” została zoperacjonalizowana poprzez (analogicznie do założeń teoretycznych) ocenę znaczenia choroby i jej poznawczy obraz. Założono również, że zależności te mogą być (do pewnego stopnia) dwukierunkowe (rysunek 4.2). Ze względu na to, że różne schorzenia stawiają przed doświadczającymi ich ludźmi różne wymagania, powyższe zależności będą mieć w badanych grupach inny charakter.



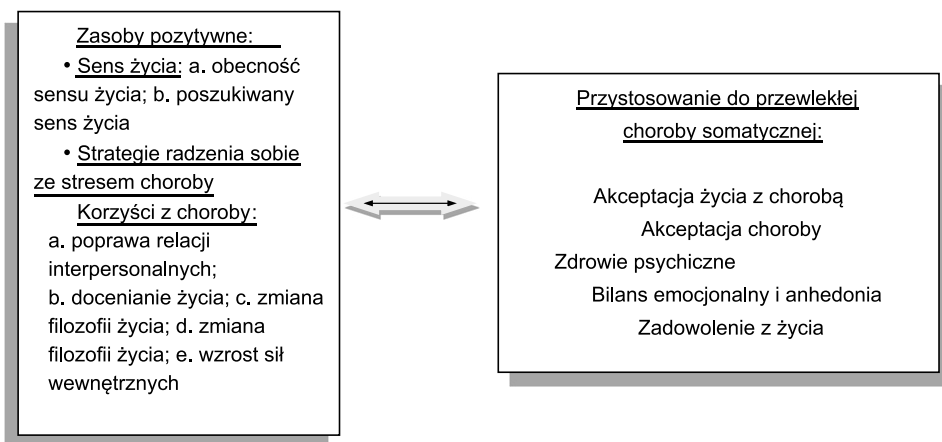
Rysunek 4.2. Model dwukierunkowych zależności między poznawczą reprezentacją choroby i przystosowaniem do niej w badaniach własnych

Źródło: opracowanie własne.

Hipoteza 2b (H2b). Zmienne związane z zasobami pozytywnymi wiążą się z przystosowaniem do choroby.

Współczesne trendy psychologii pozytywnej w odniesieniu do funkcjonowania osób z chorobami przewlekłymi dotyczą analizowania takich aspektów, jak związku określonych zasobów osobistych, konsekwencji dostrzegania sensu

i korzyści z choroby, z przystosowaniem do niej i ogólnym dobrostanem (Diener, Chan, 2011; Martz, Livneth, 2016). Podobnie jak poprzednio, hipotezę 2b oparto na analizie literatury (por. podrozdz. 1.1) i przedstawiono na rysunku (rysunek 4.3). Spośród wielu zasobów wybrano właśnie poczucie sensu życia i spostrzegane korzyści z choroby, jako że – z jednej strony – wykazują one związki z różnymi aspektami przystosowania do choroby, z drugiej zaś – stanowią przedmiot pracy terapeutycznej z osobami chorymi somatycznie (Sage i wsp., 2008; Kossakowska, Kwiatek, Stefaniak, 2013; Kossakowska, Zielazny, 2013). Strategie radzenia sobie ze stresem potraktowano w kategoriach zasobów, zaś ich uwzględnienie wynika z transakcyjnej teorii stresu, która, najogólniej przyjmując, zakłada, że człowiek przywraca sobie równowagę psychiczną poprzez poszukiwanie rozwiązania sytuacji (wykorzystując strategie zadaniowe) bądź poprzez próbę poprawy samopoczucia (stosując strategie emocjonalne) (por. H2a). Tak jak poprzednio podkreślono, różne schorzenia stawiają przed doświadczającymi ich ludźmi różne wymagania, w związku z czym analizowane zależności będą mieć w badanych grupach inny charakter.

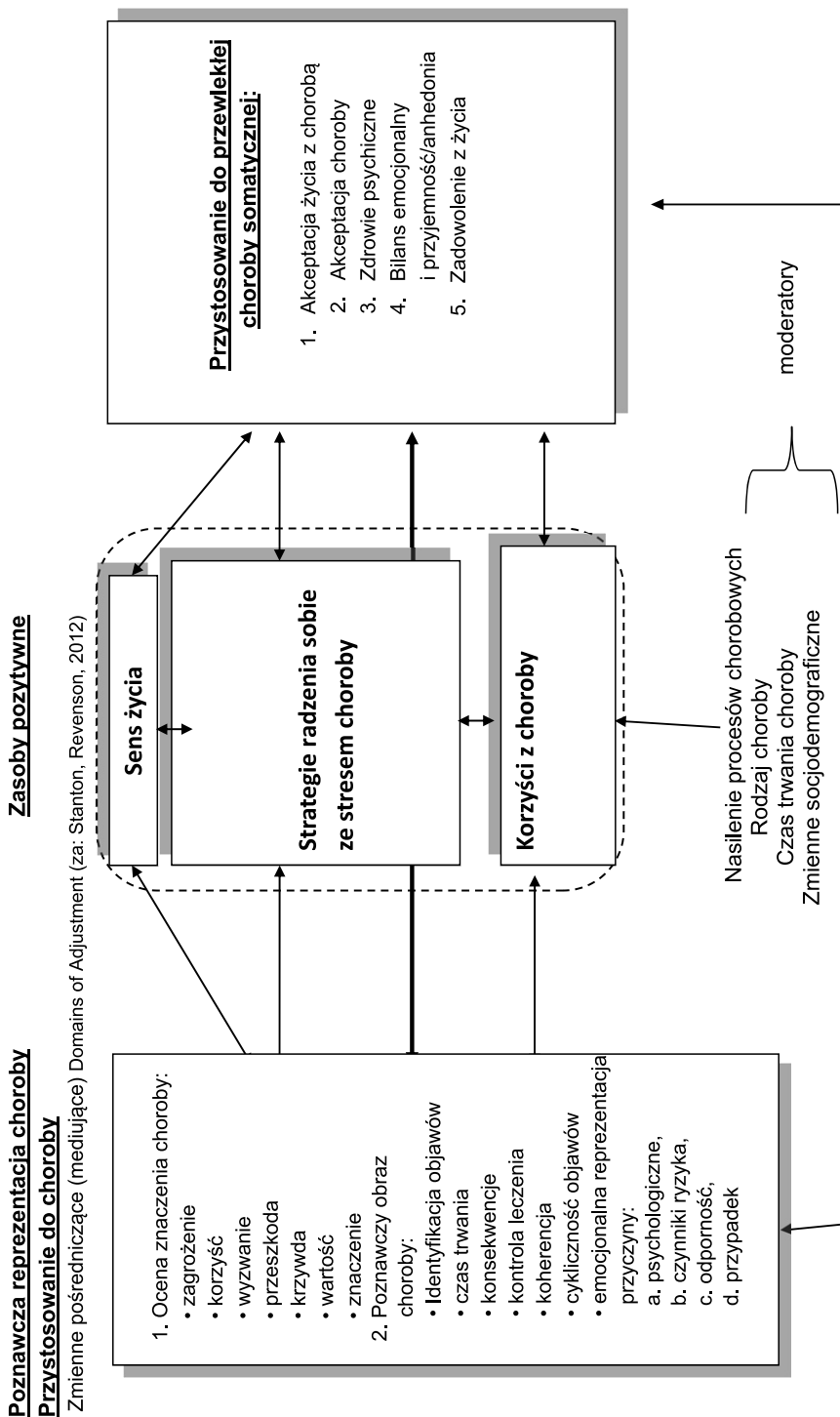


Rysunek 4.3. Model dwukierunkowych zależności między zasobami pozytywnymi i przystosowaniem do przewlekłej choroby somatycznej w badaniach własnych

Źródło: opracowanie własne.

Hipoteza 2c (H2c). Zasoby pozytywne, czyli poczucie sensu życia, korzyści z choroby oraz strategie radzenia sobie z chorobą pełnią funkcję pośredniczącą między poznawczą reprezentacją choroby a przystosowaniem się do niej.

Hipoteza 2c została przyjęta częściowo intuicyjnie, częściowo zaś w oparciu o literaturę przedmiotu, w której to radzenie sobie ze stresem i sens życia pełnią funkcje pośredniczące (mediujące) w różnych układach zmiennych (Miniszewska, 2007; Krok, 2014; Ziarko, 2014). W prezentowanym **całościowym, teoretycznym modelu badań własnych** (rysunek 4.4) podobnie potraktowano korzyści z choroby. Założono, że te trzy zmienne, składające się na zasoby pozytywne



Rysunek 4.4. Teoretyczny model badań własnych

Źródło: opracowanie własne.

wiążą się również ze sobą. W modelu uwzględniono także takie zmienne, jak nasilenie procesów chorobowych, rodzaj i czas trwania choroby oraz zmienne socjodemograficzne. Przyjęto, że wszystkie te czynniki pełnią rolę moderującą. W tym miejscu należy zaznaczyć, iż ocena nasilenia procesów chorobowych (choroby) jest wyłącznie subiektywna. Zdecydowano się na takie rozwiązanie ze względu na to, że – po pierwsze – prezentowane badanie dotyczy różnych jednostek chorobowych i w związku z tym nie ma możliwości dokonania w miarę obiektywnej, ujednocionej i pozwalającej na porównania oceny nasilenia czy też zaawansowania schorzenia (dokonywanej np. przez lekarza), po drugie – jak pokazują różne doniesienia z literatury przedmiotu (na podstawie: Miniszewska i wsp., 2013b) – ocena subiektywna i obiektywna choroby nie zawsze się pokrywają. Uwzględniono również czas trwania choroby (szacowany od momentu uzyskania diagnozy lekarskiej), który obiektywnie wiąże się najczęściej z postępowaniem procesu chorobowego (na podstawie: Lubkin, Larsen, 2013). I na koniec, założenia i koncepcja badań (por. podrozdz. 4.1) koncentrują się właśnie na ocenie subiektywnej.

Podsumowując, w teoretycznym modelu badań własnych, przystosowanie do przewlekłej choroby somatycznej (rozumiane jako dostosowanie się, w danym momencie, do zmian wynikających z doświadczania choroby przewlekłej i związanego z nią leczenia, uzyskiwane w wyniku procesu adaptacyjnego) składające się z pięciu elementów (zgodnie z założeniami de Ridder i wsp., 2008) jest powiązane z poznawczą reprezentacją choroby (na którą składa się ocena znaczenia choroby i jej obraz) oraz zasobami pozytywnymi (poczuciem sensu życia, strategiami radzenia sobie ze stresem oraz spostrzeganymi korzyściami z choroby) pełniącymi jednocześnie rolę mediatorów. Powyższe współzależności są uwarunkowane zmiennymi socjodemograficznymi oraz zmiennymi związanymi z samą chorobą (czyli jej typem, czasem trwania i nasileniem).

4.3. Grupa badana i procedura badań

Badania prowadzono w latach 2014–2016 w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi, Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. N. Barlickiego w Łodzi oraz w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. WAM – Centralnym Szpitalu Weteranów w Łodzi.

Badaniami objęto osoby dorosłe z rozpoznaniem:

- a) łuszczycy zwykłej;
- b) cukrzycy;
- c) reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS);
- d) przewlekłej choroby nerek (PChN).

Wybór jednostek chorobowych wynikał z powszechności ich występowania, braku bezpośredniego zagrożenia życia oraz opisanego w literaturze obciążającego wpływu choroby na codzienne funkcjonowanie (por. rozdz. 2). Zdecydowano się na

cztery jednostki chorobowe z tego względu, iż analizy na większej liczbie grup osób chorych, przy tak złożonym modelu badań własnych, mogłyby być mało klarowne.

Kryteria włączenia osób do badań były następujące:

- odpowiednia diagnoza lekarska;
- pobyt w szpitalu w trakcie wypełniania kwestionariuszy;
- brak innych bezpośrednio zagrażających życiu chorób przewlekłych (m.in. choroby nowotworowe, choroby układu krwiotwórczego, ciężkie stany przewlekłe);
- niewystępowanie chorób ostrych lub zaostrzenia chorób przewlekłych w dniu badania;
- brak zdiagnozowanych i leczonych chorób psychicznych;
- niekorzystanie z żadnych form pomocy psychologicznej;
- wyrażenie zgody na uczestnictwo w badaniu.

Badani zostali poinformowani o celu, przedmiocie i przebiegu badania. Po pisemnym wyrażeniu zgody na wzięcie udziału w badaniach, pacjentowi wręczano zestaw arkuszy testowych, które po wypełnieniu były zwracane osobie przeprowadzającej badanie. W przypadku trudności z czytaniem kwestionariusze były wypełniane przy pomocy osoby prowadzącej badanie. Czas trwania badania jednej osoby wynosił (w przybliżeniu) 30 minut. Komisja Bioetyki Uniwersytetu Łódzkiego wyraziła zgodę na prowadzenie badań (nr KBBN/II/15/2013).

Badaniom poddano łącznie 441 osób:

- a) 122 z cukrzycą,
- b) 126 z łuszczycą zwykłą,
- c) 101 z przewlekłą chorobą nerek,
- d) 92 z reumatoidalnym zapaleniem stawów.

Po uwzględnieniu przyjętych kryteriów oraz odrzuceniu kwestionariuszy ze znacznymi brakami (por. podrozdz. 4.5), do ostatecznej grupy zakwalifikowano 112 osób z cukrzycą, 103 osoby z łuszczycą zwykłą, 92 osoby z przewlekłą niewydolnością nerek, i 70 osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów. W tabeli 4.1 przedstawiono charakterystykę badanych grup.

Łącznie przebadano 191 (50,66%) kobiet i 186 (49,34%) mężczyzn. Średni wiek badanych wynosił $M = 55,56$ lat ($SD = 14,24$; min. = 18,00, maks. = 84,00), zaś średni czas chorowania $M = 11,54$ lata ($SD = 10,79$; min. 0,001, maks. = 61,00). Przebadane osoby oceniały średnio nasilenie swojej choroby na $M = 6,32$ ($SD = 2,21$; min. 1,00, maks. 10,00) na skali 10- punktowej. Najwięcej osób miało wykształcenie średnie (138, tj. 36,60%), najmniej zaś podstawowe (36, tj. 9,55%). Większość była w związku małżeńskim (233 osoby, tj. 62%), najmniej było osób owdowiałych (36, tj. 9,54%) i rozwiedzionych (37, tj. 9,81%). Analizując wiek i czas trwania choroby ze względu na płeć, nie zauważono istotnych różnic. Kobiety i mężczyźni byli w porównywalnym wieku ($M_k = 55,11$; $SD_k = 13,72$; $M_m = 55,97$; $SD_m = 14,81$; $t = -0,57$; $df = 361$; $p = 0,50$) i chorowali średnio tak samo długo ($M_k = 10,82$; $SD_k = 9,81$; $M_m = 12,11$; $SD_m = 11,73$; $t = -1,12$; $df = 352$; $p = 0,26$).

Już na podstawie analizy charakterystyki wyodrębnionych grup widać, przede wszystkim, nierówny podział ze względu na płeć (szczególnie u osób z RZS). Różnice te odzwierciedlają częstość zachorowania na daną chorobę w zależności

od płci w populacji. Podobnie różnice w średnim wieku osób z wyróżnionym rozpoznaniem odzwierciedlają różny wiek zapadalności na te schorzenia – średnio najstarsze są osoby z cukrzycą i przewlekłą chorobą nerek ($F = 16,08$; df mie = 2; df wew = 360; $p = 0,000$). Również szacowane subiektywne nasilenie choroby jest różne w badanych grupach – największe u osób z łuszczycą i RZS ($F = 20,66$; df mie = 3; df wew = 360; $p = 0,000$). Jeżeli chodzi o czas trwania choroby, to średnio najdłużej chorują osoby z przewlekłą chorobą nerek i z cukrzycą ($F = 11,01$; df mie = 3; df wew = 360; $p = 0,000$).

Tabela 4.1. Charakterystyka badanych osób

Grupy badanych osób	1	2	3	4
	Osoby z cukrzycą $N = 112$	Osoby z łuszczycą $N = 103$	Osoby z przewlekłą chorobą nerek $N = 92$	Osoby z reumatoidalnym zapaleniem stawów $N = 70$
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Płeć:				
Kobiety	53 (47,32)	40 (38,83)	42 (54,65)	56 (80)
Mężczyźni	59 (52,68)	63 (61,17)	50 (54,35)	14 (20)
Wykształcenie:				
podstawowe	10 (8,92)	5 (4,86)	9 (9,78)	1 (1,42)
zawodowe	37 (33,04)	28 (27,18)	33 (35,86)	19 (27,14)
średnie	34 (30,36)	38 (36,89)	30 (32,62)	37 (52,86)
wyższe	31(27,68)	32 (31,07)	20 (21,74)	13 (18,58)
Stan cywilny:				
panna/kawaler	10 (8,93)	30 (29,13)	20 (21,18)	4 (5,71)
zamężna/zonaty	77 (68,75)	62 (60,19)	53 (57,66)	43 (61,43)
rozwidziona/y	7 (6,25)	65 (65,82)	10 (10,88)	17 (24,29)
wdowa/wdowiec	17(16,075)	54 (54,86)	9 (9,78)	6 (8,57)
Występowanie choroby w rodzinie				
Tak	68 (60,72)	59 (57,28)	22 (23,91)	28 (40)
Nie	44 (39,28)	44 (42,72)	70 (76,09)	42 (60)

Źródło: opracowanie własne.

4.4. Zastosowane narzędzia

W celu weryfikacji postawionych hipotez badawczych użyto narzędzi dostosowanych do pomiaru zmiennych analizowanych w projekcie badań własnych – dotyczą one przystosowania do choroby, zasobów pozytywnych, poznawczego obrazu choroby oraz jej klinicznych aspektów.

4.4.1. Przystosowanie do choroby

W celu pomiaru przystosowania do choroby zastosowano sześć, przedstawionych poniżej, narzędzi.

Skala Akceptacji Życia z Chorobą (SAŻzC) skonstruowana przez K. Janowskiego i S. Steuden służy do pomiaru stopnia akceptacji własnego życia z chorobą. Akceptacja życia z chorobą ujęta jest jako postawa przejawiająca się pogodzeniem z faktem bycia chorym, poczuciem zadowolenia z życia pomimo uciążliwości wynikających ze stanu zdrowia oraz utrzymanie emocjonalnego i poznawczego dystansu wobec choroby. Zawiera 20 twierdzeń składających się na trzy podskale:

Satysfakcja z życia – mierząca poczucie zadowolenia, spełnienia i samo-realizacji pomimo choroby (np. „Pomimo choroby czuję się człowiekiem w pełni szczęśliwym”).

Pogodzenie się z chorobą – mierzące przekonanie o wewnętrznej zgodzie na życie z chorobą, współistnienie z chorobą pomimo związanego z nią obciążenia („Nauczyłem się żyć z chorobą”).

Dystansowanie się od choroby – będące poznawczą decentracją, umiejętnością zaangażowania w różne aktywności pozwalające na minimalizowanie znaczenia choroby („Jestem zbyt przejęty innymi sprawami, by przejmować się chorobą”).

Oblicza się również wynik ogólny, stanowiący sumę wyników uzyskanych dla wszystkich podskal. W niniejszym opracowaniu zdecydowano się na pomiar jedynie wyniku ogólnego. Wyższe wyniki oznaczają większą akceptację życia z chorobą. Właściwości psychometryczne skali się zadowalające. Wskaźnik rzetelności alfa Cronbacha dla wyniku ogólnego skali wyniósł 0,91, dla podskali 'satysfakcja z życia' – 0,90, dla podskali 'pogodzenie się z chorobą' – 0,80 i dla podskali 'dystansowanie się od choroby' – 0,69. Respondenci odpowiadają na skali czterostopniowej (od 4 – tak, do 1 – nie). Można więc uzyskać od 20 do 80 punktów, przy czym im wyższy wynik, tym większa akceptacja życia z chorobą (Janowski i wsp., 2009; 2012).

Skala Akceptacji Choroby – AIS (Felton, Revenson, Hinrichsen, polska adaptacja Juczyński, 2001) wykorzystywana jest do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Skala Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale) skonstruowana przez B. Felton i wsp. zawiera osiem stwierdzeń opisujących konsekwencje spowodowane chorobą. Stopień akceptacji choroby przejawia się brakiem negatywnych reakcji i emocji z nią związanych. Skala może być wykorzystana do pomiaru akceptacji każdej choroby. W każdym stwierdzeniu badany określa swój obecny stan w skali 5-stopniowej, od 1 – zdecydowanie zgadam się, do 5 – zdecydowanie nie zgadzam się. Zdecydowana zgoda (1) wyraża złe przystosowanie do choroby i silny dyskomfort psychiczny, brak zgody (5) oznacza akceptację choroby. Ogólny wynik, będący miarą stopnia akceptacji własnej choroby mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. Im wynik jest wyższy, tym większa akceptacja swojego stanu i mniej negatywnych emocji związanych z chorobą. Interpretacja uzyskanego

wyniku polega również na porównaniu go ze średnimi wskaźnikami akceptacji w różnych grupach chorych. Zarówno w wersji oryginalnej, jak i polskiej adaptacji, skala posiada dobre właściwości psychometryczne. Współczynniki rzetelności wersji polskiej są zbliżone do oryginalnej, dla której alfa Crombacha wynosi 0,82. W następstwie zastosowania analizy czynnikowej otrzymano jeden czynnik, który wyjaśniał 49,4% wariancji całkowitej (Juczyński, 2001).

Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia – GHQ-28 (Goldberg, polska adaptacja Makowska, Merecz, 2001), mierzący: A – symptomy somatyczne, B – lęk i bezsenność, C – zaburzenia funkcjonowania, D – symptomy depresji. Kwestionariusz składa się z 28 pozycji, po siedem na każdą z czterech skal. Odpowiadając na pytania, badany wybiera jedną z czterech odpowiedzi punktowanych od 0 do 3. Ogólny wynik jest sumą punktów uzyskanych za odpowiedzi na wszystkie pytania. Im wynik wyższy, tym gorszy stan zdrowia. Rzetelność kwestionariusza oszacowano na podstawie badań trzech grup. Uzyskane wskaźniki rzetelności dla wyniku ogólnego dotyczą zakresu 0,91–0,93. Współczynniki alfa Cronbacha dla poszczególnych skal są również wysokie – dla skali lęk i bezsenność alfa Cronbacha = 0,90 (Makowska, Merecz, 2001).

Kwestionariusz Zadovolenia z Życia (FLZ) – autorstwa J. Fahrenberga i wsp. (2000), w polskiej adaptacji Chodkiewicza (2009). Służy do badania zadowolenia z życia, składa się z 10 podskal, tj.: zdrowie, praca i zawód, sytuacja finansowa, czas wolny, małżeństwo/związek partnerski, relacje z dziećmi, własna osoba, przyjaciele/znajomi, mieszkanie, seksualność. Każda podskala składa się z siedmiu pozycji, których odpowiedzi oceniane są siedmiostopniowo (od 1 – bardzo niezadowolony do 7 – bardzo zadowolony). Wskaźnik ogólnego zadowolenia z życia oblicza się poprzez dodanie surowych wyników podskal, z wyłączeniem podskal praca i zawód, małżeństwo/związek partnerski oraz relacje z własnymi dziećmi, gdyż nie dotyczą one wszystkich badanych. Polska adaptacja Kwestionariusza Zadovolenia z Życia przeprowadzona została na 1050 osobach. Uzyskane współczynniki zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha wyniosły od 0,77 dla skali przyjaciele/znajomi do 0,92 dla skali małżeństwo/związek partnerski, a dla wyniku ogólnego 0,94. Metoda ta ma więc wysoką rzetelność (Fahrenberg i wsp., 2000; Chodkiewicz, 2009).

Skala Uczuć Pozytywnych i Negatywnych PANAS (Positive and Negative Affect Schedule), Watson, Clark i Tellegen (1988). Autorem polskiej adaptacji jest P. Brzozowski (1995). Narzędzie tworzą dwie podskale: Skala Afektu Pozytywnego i Skala Afektu Negatywnego, składające się z 10 przymiotników każda. Częstotliwość doświadczania danego afektu określana jest na skali pięciostopniowej (od 1 – nieznacznie lub wcale do 5 – bardzo silnie). Jest to technika nadająca się zarówno do pomiaru intensywności aktualnego nastroju, jak też jego retrospektywnego samopisu obejmującego – w zależności od instrukcji – dowolny przedział czasowy. PANAS, zarówno w wersji oryginalnej, jak i polskiej (występujący pod nazwą SUPIN) charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. Współczynniki rzetelności alfa Cronbacha wyniosły 0,80 dla afektu pozytywnego i 0,91 dla negatywnego.

Skala do Badania Anhedonii vs. Przyjemności (Snaith-Hamilton Pleasure Scale, SHAPS) autorstwa Snaitha i wsp. (1995), w adaptacji J. Chodkiewicza

i J. Miniszewskiej (materiał niepublikowany), służy do pomiaru stopnia odczuwanej lub antycypowanej przyjemności. Składa się z 14 pozycji odnoszących się do czterech sfer związanych z doświadczaniem przyjemności; należą do nich: rozrywka/zainteresowania, interakcje społeczne, doznania zmysłowe oraz związane z jedzeniem i piciem (np. „Sprawiał mi przyjemność widok uśmiechniętych twarzy innych ludzi” czy „Sprawiało mi przyjemność jedzenie ulubionych posiłków”). Do każdej pozycji kwestionariusza można ustosunkować się, używając jednego z czterech stwierdzeń: zdecydowanie się nie zgadzam, nie zgadzam się, zgadzam się, zdecydowanie się zgadzam. Za odpowiedzi typu „nie zgadzam się” przyznawany jest jeden punkt, podczas gdy za odpowiedzi zawierające stwierdzenie „zgadzam się” nie przyznaje się punktów. Końcowym pomiarem w skali SHAPS jest suma odpowiedzi dla wszystkich pozycji kwestionariusza, zawierająca się w zakresie od 0 do 14 punktów. Im wyższy jest uzyskany wynik w skali tym bardziej pogłębiony stan anhedonii danego respondenta.

Statystyki opisowe i współczynniki rzetelności dla przedstawionych narzędzi otrzymane w przeprowadzonym badaniu zaprezentowano w tabeli 4.2. Wyniki te uzyskano dla całej grupy badanej, tj. 347 osób.

Tabela 4.2. Statystyki opisowe i współczynniki rzetelności dla narzędzi szacujących przystosowanie do choroby

	<i>alfa Cronbacha</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Kr</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Akceptacja życia z chorobą	0,93	58,83	8,57	-0,12	0,14	30,00	83,00
Akceptacja choroby	0,86	26,07	8,23	-0,21	-0,58	8,00	40,00
Ogólny stan zdrowia							
Symptomy somatyczne	0,76	9,33	4,04	0,31	-0,68	0,00	19,00
Lęk, bezsenność	0,84	8,71	4,62	0,36	-0,54	0,00	21,00
Zaburzenia funkcjonowania	0,88	9,05	3,58	1,16	1,90	0,00	21,00
Symptomy depresji	0,87	2,87	3,66	1,55	1,85	0,00	17,00
GHQ – wynik ogólny	0,90	29,96	11,95	0,583	-0,07	0,00	64,00
Zadowolenie z życia							
Zdrowie	0,85	24,99	7,23	0,09	-0,10	7,00	44,00
Praca	0,85	32,46	7,64	-0,22	-0,05	7,00	49,00
Finanse	0,91	26,83	8,61	-0,04	-0,68	7,00	49,00
Czas wolny	0,90	33,10	6,94	0,11	0,008	11,00	49,00
Dzieci	0,92	38,21	7,29	-0,69	0,42	12,00	49,00
Z siebie	0,88	34,35	6,26	-0,47	0,25	14,00	49,00
Przyjaciele	0,89	33,81	6,61	-0,57	0,99	7,00	49,00
Mieszkanie	0,84	33,80	7,13	-0,51	0,45	7,00	49,00

Związek	0,96	36,44	8,77	-0,57	-0,17	7,00	49,00
Seks	0,94	30,16	9,62	-0,32	-0,38	7,00	49,00
Ogólne zadowolenie z życia	0,94	216,81	34,03	-0,02	-0,09	105,00	310,00
Bilans emocjonalny							
Afekt pozytywny	0,85	29,98	7,65	-0,44	0,005	10,00	4,00
Afekt negatywny	0,84	24,86	7,63	0,12	-0,63	10,00	43,00
Anhedonia/ przyjemność	0,87	2,43	3,28	1,63	2,14	0,00	14,00

Oznaczenia: *alfa Cronbacha* – współczynnik rzetelności alfa Cronbacha; *M* – średnia; *SD* – błąd standardowy; *Sk* – skośność, *Kr* – kurtoza; *Min.* – minimum; *Maks.* – maksimum.

Źródło: opracowanie własne.

4.4.2. Zasoby pozytywne

Jak wspomniano, do zasobów pozytywnych włączono poczucie sensu życia, strategię radzenia sobie z chorobą oraz korzyści z choroby. Do ich szacowania zastosowano następujące narzędzia psychologiczne:

Kwestionariusz do Pomiaru Sensu Życia (The Meaning in Life Questionnaire – MLQ) M.F. Stegera i wsp. (2006), mierzący deklarowany sens życia w czasie teraźniejszym oraz w perspektywie przyszłości, tj. obecność sensu w życiu (MLQ-Presence, np. „Moje życie posiada jasno określony cel”) i poszukiwanie sensu w życiu (MLQ-Search, np. „Szukam celów lub misji w swoim życiu”). Polskiej adaptacji narzędzia dokonali M. Kossakowska, P. Kwiatek i T. Stefaniak (2013). MLQ składa się z 10 pozycji, co do których można się ustosunkować w skali siedmipunktowej Likerta, wybierając odpowiedź z zakresu od „absolutna nieprawda” do „absolutna prawda”. Dla wersji polskiej wskaźnik rzetelności kwestionariusza dla 10 pozycji testowych wynosi 0,79. Natomiast dla poszczególnych podskal MLQ-P i MLQ-S współczynnik alfa Cronbacha przyjmuje wartości odpowiednio 0,86 i 0,72 (Kossakowska, Kwiatek, Stefaniak 2013).

Kwestionariusz Mini-Cope autorstwa Carvera, w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik. Obejmuje 28 stwierdzeń, które wchodzi w skład 14 strategii radzenia sobie (po dwa stwierdzenia w każdej strategii), którymi są: aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie, akceptacja, poczucie humoru, zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zajmowanie się czymś innym, zaprzeczanie, wyładowanie, zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań, obwinianie siebie. Osoba badana zaznacza w odniesieniu do każdego stwierdzenia jedną z czterech możliwych odpowiedzi, które są punktowane: „prawie nigdy tak nie postępuję” (0 pkt), „rzadko tak postępuję” (1 pkt), „często tak postępuję” (2 pkt) oraz „prawie zawsze tak postępuję” (3 pkt). Każda z 14 strategii radzenia sobie oceniana jest oddzielnie. Im wyższa punktacja, tym częściej badana osoba

stosuje daną strategię. Metoda służy do oszacowania radzenia sobie dyspozycyjnego lub sytuacyjnego. W prezentowanych analizach korzystano z drugiej opcji (radzenie sobie w sytuacji choroby). Zgodność wewnętrzna polskiej wersji kwestionariusza wynosi 0,86 (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009).

Kwestionariusz Korzyści z Choroby SL-38 (Silver Lining, SL-38) autorstwa Sodergren i Hyland, w adaptacji M. Kossakowskiej (Kossakowska, w przygotowaniu; Kossakowska, Zielazny, 2013), służący do badania pozytywnych aspektów wynikających z zachorowania i składający się z 38 pytań. Przy użyciu kwestionariusza mierzy się pięć typów korzyści psychospołecznych, które mogą wynikać z chorowania, tj.: docenianie życia (np. „Teraz moje życie jest lepsze niż wcześniej”); pozytywny wpływ na relacje interpersonalne (np. „Moja choroba wzmocniła relacje z innymi”); przewartościowanie filozoficzne i religijne (np. „Jestem bardziej religijna/y, duchowa/y, dzięki chorobie”); pozytywny wpływ na innych (np. „Stałem się inspiracją dla innych dzięki chorobie”); wzrost sił wewnętrznych/siły charakteru (np. „Moja choroba pozwoliła mi odnaleźć samego siebie”). Polska wersja kwestionariusza posiada dobre wartości psychometryczne: alfa Cronbacha dla całej podskali wynosi 0,93 ($n = 511$). Analiza konfirmacyjna potwierdziła strukturę pięcioczynnikową wersji oryginalnej. Wartości poszczególnych współczynników dla polskiej wersji SL przedstawiają się następująco: ML chi-kwadrat = 834,58; $p < 0,0001$, $df = 242$, RMS = 0,068, wskaźnik dobroci dopasowania GFI = 0,864, skorygowany wskaźnik dopasowania AGFI = 0,83, pierwiastek średniokwadratowego błędu aproksymacji RMSEA = 0,078, nieunormowany wskaźnik dopasowania Bentlera-Bonetta BBNFI = 0,87 (Kossakowska, w przygotowaniu; Kossakowska, Zielazny, 2013).

Statystyki opisowe i współczynniki rzetelności dla Kwestionariuszy Korzyści z Choroby SL-38, Sensu Życia (MLQ) i Mini-Cope przedstawia tabela 4.3.

Tabela 4.3. Statystyki opisowe i współczynniki rzetelności dla narzędzi oceniających zasoby pozytywne

	<i>alfa Cronbacha</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Kr</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Sens życia							
Obecność sensu	0,78	22,23	7,10	-0,26	-0,52	5,00	35,00
Poszukiwanie sensu	0,85	21,92	7,50	-0,39	-0,49	5,00	35,00
Korzyści z choroby:							
Poprawa relacji	0,68	1,70	1,64	0,78	-0,20	0,00	6,00
Docenianie życia	0,54	0,97	1,01	1,72	3,61	0,00	5,00
Pozytywny wpływ na innych	0,83	0,70	1,34	3,12	3,12	0,00	5,00
Siły wewnętrzne	0,68	1,36	1,33	0,98	0,26	0,00	5,00
Zmiany w filozofii życiowej	0,60	0,64	0,86	1,20	0,61	0,00	3,00

Wynik ogólny	0,91	11,51	8,11	1,43	1,98	1,00	40,00
Strategie radzenia sobie:							
Aktywne radzenie sobie	0,76	3,37	1,59	-0,56	-0,23	0,00	6,00
Planowanie	0,67	3,94	1,57	-0,61	-0,16	0,00	6,00
Pozytywne przewartościowanie	0,69	3,18	1,64	-0,26	-0,54	0,00	6,00
Akceptacja	0,65	3,48	1,46	-0,28	-0,26	0,00	6,00
Poczucie humoru	0,47	1,83	1,86	-0,33	-0,48	0,00	6,00
Zwrot ku religii	0,81	1,90	1,77	0,69	-0,36	0,00	6,00
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,65	3,41	1,59	-0,34	-0,43	0,00	6,00
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,67	3,31	1,63	-0,21	-0,56	0,00	6,00
Zajmowanie się czymś innym	0,55	3,10	1,70	-0,15	-0,76	0,00	6,00
Zaprzeczanie	0,56	1,71	1,50	0,53	-0,58	0,00	6,00
Wyładowanie	0,49	2,55	1,61	0,67	-0,87	0,00	6,00
Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,81	0,80	1,32	1,68	2,15	0,00	6,00
Zaprzestanie działań	0,68	1,58	1,49	0,84	0,36	0,00	6,00
Obwinianie siebie	0,69	2,25	1,68	0,41	-0,51	0,00	6,00

Oznaczenia: *alfa Cronbacha* – współczynnik rzetelności alfa Cronbacha; *M* – średnia; *SD* – błąd standardowy; *Sk* – skośność; *Kr* – kurtოza; *Min.* – minimum; *Maks.* – maksimum.

Źródło: opracowanie własne.

4.4.3. Poznawcza reprezentacja choroby

Do pomiaru poznawczej reprezentacji choroby zastosowano dwa, niżej przedstawione, narzędzia.

Skala Oceny Własnej Choroby (SOWC). Skala służy do badania subiektywnych znaczeń, jakie pacjent nadaje własnej chorobie. Autorami skali są K. Janowski oraz S. Steuden. Metoda zawiera 47 stwierdzeń, tworzących siedem podskal, które dotyczą różnych kategorii znaczeniowych, jakie ludzie mogą przypisywać sytuacji własnej choroby, mianowicie:

1. Zagrożenie – choroba oceniana jest jako wydarzenie zakłócające stan równowagi i bezpieczeństwa, a także destabilizujące aktualną sytuację życiową jednostki i naruszającą plany na przyszłość. Schorzenie budzi lęk i niepokój o stan zdrowotny i status społeczny (np. „Choroba jest dla mnie czymś, co wzbudza we mnie niepokój”).
2. Korzyść – choroba postrzegana jest w kategoriach wtórnego zysku. Pozwala ona usprawiedliwiać się wobec innych i siebie, zaspokajając

- potrzeby doznawania uczuć, dowodów zainteresowania, życzliwości, troski od innych, umożliwia zwolnienie z obowiązków, odpowiedzialności, wywołując poczucie ulgi. Może także nasilać chęć do uzyskania korzyści materialnych w postaci odszkodowania lub renty (np. „Choroba jest dla mnie czymś, co pozwala na zabezpieczenie mojej sytuacji materialnej”).
3. Przeszkoda/strata – choroba oceniana jest jako ograniczenie, które może odnosić się do utraty dotychczasowych planów, możliwości, nadziei. Może być również postrzegana w kategoriach utrudnień w codziennym funkcjonowaniu chorego w obszarze życia rodzinnego, zainteresowań, kondycji fizycznej, kontaktów międzyludzkich i niezależności (np. „Choroba jest dla mnie przeszkodą w realizacji moich zainteresowań”).
 4. Wyzwanie – choroba oceniana jest jako trudna sytuacja, którą przynosi życie i wyzwala motywację do pokonania jej z pomocą wszystkich dostępnych środków. Traktowana jest jak wróg, z którym trzeba walczyć (np. „Choroba jest dla mnie motywacją do zmagania się z przeciwnościami”).
 5. Krzywda – choroba postrzegana jest jako losowe wydarzenie będące niesprawiedliwością i krzywdą. Chorzy traktują chorobę jako nieszczęście, niezасłużoną karę i nie widzą w niej sensu (np. „Choroba jest dla mnie cierpieniem, którego sensu nie widzę”).
 6. Wartość – choroba oceniana jest pozytywnie, rozwojowo, z powodu roli, jaką odgrywa, prowadzi do docenienia wartości życia, odszukania jego sensu (np. „Choroba jest dla mnie czymś, co pozwala mi znaleźć sens życia”).
 7. Znaczenie – jest to kontrolna podskala, która określa, na ile choroba pozostaje dla chorego istotnym wydarzeniem życiowym (np. „Choroba jest dla mnie mało istotnym epizodem w życiu”). Wysoki wynik w tej skali oznacza, że pacjent traktuje swą chorobę jako zakłócenie jego życiowej równowagi, sytuację trudną, wymagającą mechanizmów przystosowawczych. Niski wynik oznacza, że choroba ma małe znaczenie dla chorego i jest jedynie epizodem, do którego nie przywiązuje on żadnej wagi.

Skala przeznaczona jest do badania osób dorosłych. Chory ustosunkowuje się do podanych stwierdzeń na pięciostopniowej skali (tak – 5 punktów, raczej tak – 4 punkty, nie wiem – 3 punkty, raczej nie – 2 punkty, nie – 1 punkt). Wartości współczynników rzetelności (alfa Cronbacha) dla poszczególnych podskal wynoszą od 0,64 do 0,87 (Janowski, 2006; Janowski i wsp., 2009; 2012).

Kwestionariusz Percepcji Choroby (IPQ-R) autorstwa R. Moss-Morris i wsp. (2002), w adaptacji E. Wojtyny (2012). Jest przeznaczony do badania poznawczego obrazu własnej choroby u pacjentów chorych na daną jednostkę chorobową. Składa się on z trzech części. Pierwsza z nich służy do pomiaru odczuwanych symptomów (identyfikacja symptomów). Zawiera 14 proponowanych przez autorów powszechnych objawów. Badany ma odpowiedzieć, czy jego zdaniem dany objaw towarzyszy danej chorobie. Zliczane są objawy utożsamiane z chorobą (od 0 do 14 punktów). Wynik pozwala na oszacowanie, czy w percepcji pacjenta posiadana choroba ma liczne objawy, czy jest ich niewiele. Druga część, zawierająca 38 stwierdzeń, mierzy posiadane przez chorego przekonania na

temat różnych aspektów choroby (czas trwania choroby rozumiany jako postrzegana chroniczność bądź ostrość schorzenia; jej konsekwencje; kontrola osobista, czyli możliwości kontrolowania choroby poprzez własne działania; koherencja, czyli spójność i zrozumienie schorzenia; skuteczność leczenia; cykliczność objawów; emocje związane z chorobą, czyli tzw. obraz emocjonalny). Odpowiedzi są oceniane na pięciopunktowej skali (od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam”). Ostatnia, trzecia część odnosi się do przyczyn powstania choroby spostrzeganych przez pacjentów. Składa się z 18 podanych możliwych przyczyn, grupowanych w następujące kategorie: psychologiczne, czynniki ryzyka, odporność i przypadek. Odpowiedzi respondentów są oceniane na pięciopunktowej skali (od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam”). W dalszej części pacjent ma podać trzy najważniejsze dla niego przyczyny, posługując się podanymi lub dodając własne. Metoda posiada dobre wskaźniki psychometryczne – współczynniki alfa Cronbacha zawierają się w przedziale od 0,77 do 0,84 (Moss-Morris i wsp., 2002, Wojtyła, 2012).

Statystyki opisowe i współczynniki rzetelności dla przedstawionych narzędzi otrzymane w przeprowadzonym badaniu prezentuje tabela 4.4.

Tabela 4.4. Statystyki opisowe i współczynniki rzetelności dla narzędzi do pomiaru poznawczej reprezentacji choroby

	<i>alfa Cronbacha</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Kr</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Ocena choroby:							
Zagrożenie	0,84	29,44	7,43	-0,66	-0,17	8,00	40,00
Korzyść	0,64	14,42	4,69	0,52	0,03	7,00	30,00
Przeszkoda	0,82			-0,19	-0,81	8,00	40,00
Wyzwanie	0,69	21,37	4,46	-0,35	-0,09	8,00	30,00
Krzywdza	0,84	19,68	7,66	0,06	-1,00	7,00	35,00
Wartość	0,78	14,66	5,50	0,47	0,03	6,00	30,00
Znaczenie	0,62	18,62	4,37	-0,45	-0,49	5,00	25,00
IPQR – Identyfikacja	0,68	4,12	3,11	0,68	0,20	0,00	15,00
Czas trwania (chroniczność/ostrość)	0,72	23,23	4,27	-0,62	0,62	6,00	30,00
Konsekwencje	0,64	21,11	3,94	-0,453	0,15	9,00	30,00
Kontrola osobista	0,68	17,46	3,80	-0,557	0,10	6,00	26,00
Skuteczność leczenia	0,60	16,95	3,05	-,438	0,63	5,00	25,00
Koherencja	0,74	15,43	3,94	-,059	-259, 00	5,00	25,00
Cykliczność	0,73	12,27	3,24	-0,52	169,00	4,00	20,00
Emocjonalna reprezentacja	0,82	21,22	4,79	-0,46	0,10	7,00	30,00
Przyczyny: Psychologiczne	0,83	15,82	4,86	-0,02	-0,24	6,00	30,00

cd. Tabela 4.4

Czynniki ryzyka	0,49	18,63	4,65	-0,09	-0,11	7,00	32,00
Odporność	0,50	8,17	2,24	-0,12	-0,12	3,00	14,00
Przypadek	0,20	4,60	1,64	0,28	-0,12	2,00	10,00

Oznaczenia: *alfa Cronbacha* – współczynnik rzetelności alfa Cronbacha; *M* – średnia; *SD* – błąd standardowy; *Sk* – skośność; *Kr* – kurtოza; *Min.* – minimum; *Maks.* – maksimum.

Źródło: opracowanie własne.

4.4.4. Nasilenie zmian chorobowych

W celu oszacowania nasilenia choroby zastosowano wizualną skalę analogową pozwalającą na dokonanie oceny subiektywnej. Jak wcześniej zasygnalizowano, zdecydowano się na takie rozwiązanie, ze względu na to, że badanie dotyczy osób z różnymi rozpoznaniami i w związku z tym nie ma możliwości dokonania innej, w miarę obiektywnej, ujednocionej i pozwalającej na porównania oceny nasilenia czy też zaawansowania schorzenia (dokonywanej np. przez lekarza).

Wizualna Skala Analogowa (The Visual Analogue Scale – VAS) jest skalą pozwalającą na ogólną ocenę nasilenia objawów chorobowych. Może przyjmować postać numeryczną lub być graficznym odcinkiem o długości 10 cm, na którym chory zaznacza nasilenie swoich dolegliwości w zakresie od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity ich brak, a 10 maksymalne nasilenie (Grant i wsp., 1999; Adamchic i wsp., 2012). W niniejszym badaniu przyjęto wersję numeryczną (od 0 – całkowity brak nasilenia objawów chorobowych, do 10 – bardzo nasilone objawy chorobowe).

4.5. Sposób opracowania wyników

Przed przystąpieniem do zasadniczych obliczeń uzupełniono pojedyncze braki danych (w grupie, która pozostała po uprzednim usunięciu obserwacji niespełniających wcześniej wskazanych wytycznych). Uzupełnianie braków danych odbyło się z wykorzystaniem techniki regresyjnej, polegającej na estymacji współczynników regresji liniowej przy przewidywaniu każdej ze zmiennych. Polegało ono na przewidywaniu wartości w miejscu braków danych za pomocą zmiennych niezależnych.

Po dokonaniu analizy rzetelności wykorzystywanych narzędzi badawczych (alfa Cronbacha) przyjęto, iż satysfakcjonująca wartość tego wskaźnika wynosi powyżej 0,5. W konsekwencji z analiz wyłączono następujące zmienne: 1) rozumienie przyczyn choroby w kategoriach czynników ryzyka, odporności i przypadku,

oraz dwie ze strategii radzenia sobie z chorobą, mianowicie: 2) poczucie humoru, i 3) wyładowanie.

Ze względu na to, że trzy spośród czterech spostrzeganych przyczyn choroby (Kwestionariusz Percepcji Choroby) nie spełniały wymaganych kryteriów, zdecydowano się na nieuwzględnienie tej jednej, czwartej, akceptowalnej kategorii.

Zastosowano następujące analizy statystyczne:

W celu weryfikacji trafności czynnikowej testowanych wskaźników przeprowadzono **konfirmacyjną analizę czynnikową**. Chcąc dokonać porównań odnośnie do poziomu badanych zmiennych, w grupach osób z różnym rozpoznaniem przeprowadzono serie **jednoczynnikowych analiz wariancji w układzie dla prób niezależnych**. Celem wyodrębnienia typów przystosowania do choroby przeprowadzono serię **analiz skupień metodą k-średnich**. Weryfikację wyodrębnionych profili przeprowadzono przy zastosowaniu **analizy profili latentnych** (*latent profile analysis – LPA*). W celu weryfikacji zależności między rodzajem choroby a obecnością w danej grupie (typie przystosowania) przeprowadzono **analizę testem chi-kwadrat**. W celu przetestowania modelu strukturalnego przeprowadzono **modelowanie równań strukturalnych metodą PLS**. Siłę związku między poszczególnymi zmiennymi ilościowymi oceniono przy użyciu **współczynnika korelacji r-Pearsona**. Weryfikacja wpływu wymiarów poznawczej reprezentacji choroby, zasobów pozytywnych i zmiennych kontrolnych na poziom przystosowania do choroby została przeprowadzona przy użyciu **analizy regresji**.

Rozdział 5. Przystosowanie do przewlekłej choroby somatycznej w badanych grupach

Prezentacja wyników badań odpowiada chronologii postawionych pytań i hipotez badawczych.

5.1. Zależności między poszczególnymi konstruktami tworzącymi przystosowanie do choroby

Pierwszym etapem analiz było poszukanie odpowiedzi na pytanie dotyczące występowania zależności między konstruktami powszechnie stosowanymi do oceny przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej a tym samym zasadności stosowania ich do szacowania przystosowania do choroby (w rozumieniu przyjętym w tym opracowaniu – por. rozdz. 3.5). Poszczególne zmienne składające się na przystosowanie do choroby podzielono na dwie grupy: 1) pozytywne aspekty przystosowania, oraz 2) negatywne aspekty przystosowania. Następnie, w celu weryfikacji korelacji między nimi, przeprowadzono analizę rzetelności metodą alfa Cronbacha.

Analiza wykazała, że wskaźniki tworzące pozytywne aspekty przystosowania mają wysoką dokładność pomiarową ($\alpha = 0,80$), negatywne aspekty rzetelność umiarkowaną ($\alpha = 0,64$). Zaobserwowane korelacje pozycji ogółem wskazują na wysokie liniowe korelacje skali z ogólnym wskaźnikiem przystosowania. Rezultaty przedstawia tabela 5.1.

Kolejno, w celu weryfikacji trafności czynnikowej testowanych wskaźników, przeprowadzono confirmacyjną analizę czynnikową (CFA). Wykazano, że testowany układ czynnikowy był dobrze dopasowany do danych (CMIN/DF = 1,96, NFI = 0,88, TLI = 0,92, CFI = 0,94, RMSEA = 0,05, Ci (0,04–0,06). Pozytywne aspekty przystosowania do choroby najsilniej wpływają na zmienność zadowolenia z własnej osoby ($\beta = 0,77$, C.R. = 4,92; $p < 0,001$), a najslabiej na akceptację choroby ($\beta = 0,27$). Negatywne aspekty przystosowania najsilniej wpływają na lęk i bezsenność ($\beta = 0,72$, C.R. = 5,82; $p < 0,001$), a najslabiej na

anhedonię/przyjemność ($\beta = 0,32$). W toku analizy uzyskano wskaźnik ogólnego przystosowania do choroby odzwierciedlający uśrednione wyniki pozytywnych i negatywnych cech przystosowania. Wyniki konfirmacyjnej analizy czynnikowej przedstawia tabela 5.2.

Tabela 5.1. Wyniki analizy rzetelności alfa Cronbacha i mocy dyskryminacyjnych dla wszystkich chorych łącznie

Wskaźniki	<i>alfa Cronbacha</i>	Pomiary	Korelacja pozycji ogółem
Pozytywne aspekty przystosowania	0,80	Akceptacja choroby	0,25
		Akceptacja życia z chorobą	0,36
		Afekt pozytywny	0,39
		Zadowolenie ze zdrowia	0,46
		Zadowolenie z pracy i zawodu	0,54
		Zadowolenie z finansów	0,52
		Zadowolenie z czasu wolnego	0,42
		Zadowolenie z dzieci	0,36
		Zadowolenie z własnej osoby	0,65
		Negatywne aspekty przystosowania	0,64
Zadowolenie z mieszkania	0,40		
Zadowolenie ze związku/małżeństwa	0,39		
Zadowolenie z seksu	0,43		
Afekt negatywny	0,25		
Symptomy somatyczne	0,47		
Negatywne aspekty przystosowania	0,64	Lęk i bezsenność	0,60
		Zaburzenia funkcjonowania	0,47
		Depresja	0,49

Źródło: opracowanie własne.

Konkludując, wszystkie analizowane konstrukty są ze sobą powiązane liniowo oraz wspólnie tworzą (ładują) zmienną „przystosowanie do choroby”, której stosowanie, w przyjętej postaci, w dalszych analizach (i badaniach dotyczących przystosowania do choroby w ogóle) jest jak najbardziej zasadne.

Tabela 5.2. Wyniki analizy konfirmacyjnej (CFA)

	Kierunek wpływu	Cecha latentna	<i>B</i>	<i>s.e.</i>	β	<i>C.R.</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Akceptacja choroby			1,00		0,27			0,07
Akceptacja życia z chorobą			1,62	0,33	0,37	4,92	***	0,14
Afekt pozytywny			1,49	0,34	0,42	4,44	***	0,18
Zadowolenie ze zdrowia	<		2,06	0,42	0,59	4,94	***	0,35
Zadowolenie z pracy i zawodu			2,46	0,53	0,66	4,68	***	0,43
Zadowolenie z finansów			2,25	0,48	0,56	4,73	***	0,31
Zadowolenie z czasu wolnego		Pozytywne aspekty	1,73	0,40	0,50	4,36	***	0,25
Zadowolenie z dzieci	<	przystosowania	1,65	0,38	0,41	4,34	***	0,16
Zadowolenie z własnej osoby			2,16	0,44	0,75	4,92	***	0,56
Zadowolenie z przyjaciół, krewnych i znajomych			1,92	0,40	0,64	4,82	***	0,41
Zadowolenie z mieszkania			1,29	0,30	0,40	4,32	***	0,16
Zadowolenie ze związku/małżeństwa			1,64	0,38	0,39	4,27	***	0,15
Zadowolenie z seksu			2,00	0,45	0,44	4,44	***	0,20
Anhedonia/przyjemność	<		1,00		0,32			0,10
Depresja	<		1,97	0,36	0,56	5,49	***	0,31
Zaburzenia funkcjonowania	<	Negatywne aspekty	2,24	0,40	0,64	5,63	***	0,41
Lęk i bezsenność	<	przystosowania	3,24	0,56	0,72	5,82	***	0,52
Symptomy somatyczne			2,50	0,44	0,64	5,68	***	0,41
Afekt negatywny			3,23	0,72	0,42	4,52	***	0,18

Oznaczenia: *p* – poziom istotności, **p* < 0,05, ***p* < 0,01, ****p* < 0,001.

Źródło: opracowanie własne.

Następnym krokiem była weryfikacja zgodności testowanych rozkładów z teoretycznym rozkładem normalnym. Przeprowadzono analizę testem Kołmogorowa-Smirnowa (KS) w każdej badanej grupie chorych. Analiza wykazała zarówno rozkłady zgodne, jak i niezgodne z teoretycznym rozkładem normalnym. Z tego względu przeprowadzono analizę histogramów, która wykazała, że rozkłady badanych zmiennych były bliższe kształtem do rozkładu normalnego niż do jakiegokolwiek innego znanego rozkładu. W związku z tym w dalszych etapach analiz statystycznych posłużono się testami parametrycznymi. Wyniki testów KS przedstawia tabela 5.3.

Tabela 5.3. Wyniki analizy testu Kołmogorowa-Smirnowa uzyskane w czterech grupach chorych

Badane grupy	Cukrzyca (N = 111)		Łuszczyca (N = 103)		PChN (N = 92)		RZS (N = 70)	
	KS	p	KS	lp	KS	p	KS	p
Akceptacja choroby	0,08	0,054	0,08	0,113	0,07	0,200	0,08	0,200
Akceptacja życia z chorobą	0,12	0,000	0,13	0,000	0,14	0,000	0,08	0,200
Afekt pozytywny	0,06	0,200	0,12	0,002	0,13	0,001	0,08	0,200
Zadowolenie ze zdrowia	0,08	0,141	0,11	0,006	0,06	0,200	0,08	0,200
Zadowolenie z pracy i zawodu	0,06	0,200	0,06	0,200	0,11	0,008	0,12	0,019
Zadowolenie z finansów	0,07	0,200	0,10	0,010	0,12	0,003	0,08	0,200
Zadowolenie czasu wolnego	0,09	0,022	0,11	0,002	0,16	0,000	0,11	0,028
Zadowolenie z dzieci	0,16	0,000	0,10	0,018	0,10	0,036	0,16	0,000
Zadowolenie z własnej osoby	0,08	0,077	0,08	0,104	0,10	0,016	0,16	0,000
Zadowolenie z przyjaciół, krewnych i znajomych	0,10	0,009	0,07	0,200	0,12	0,003	0,09	0,200
Zadowolenie z mieszkania	0,11	0,002	0,07	0,200	0,12	0,002	0,08	0,200
Zadowolenie ze związku/małżeństwa	0,09	0,015	0,10	0,011	0,15	0,000	0,14	0,002
Zadowolenie seksu	0,11	0,001	0,08	0,133	0,11	0,005	0,14	0,001
Afekt negatywny	0,08	0,133	0,07	0,200	0,09	0,077	0,09	0,200
Symptomy somatyczne	0,16	0,000	0,11	0,002	0,11	0,007	0,12	0,009
Lęk i bezsenność	0,11	0,003	0,08	0,065	0,15	0,000	0,10	0,065
Zaburzenia funkcjonowania	0,22	0,000	0,23	0,000	0,21	0,000	0,21	0,000
Depresja	0,23	0,000	0,23	0,000	0,25	0,000	0,20	0,000
Anhedonia/przyjemność	0,25	0,000	0,25	0,000	0,26	0,000	0,21	0,000
Wskaźnik przystosowania	0,06	0,200	0,06	0,200	0,12	0,052	0,07	0,200

Oznaczenia: KS – test Kołmogorowa-Smirnowa; p – poziom istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

5.2. Przystosowanie do choroby osób z cukrzycą, łuszczycą, przewlekłą chorobą nerek (PChN) i reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS) – analiza różnic międzygrupowych

Dokonanie porównań odnośnie do poziomu przystosowania do choroby w badanych grupach osób z różnym rozpoznaniem wymagało przeprowadzenia serii jednoczynnikowych analiz wariancji w układzie dla prób niezależnych. Zaobserwowano różnice dotyczące afektu pozytywnego, zadowolenia ze zdrowia, zadowolenia z przyjaciół, krewnych i znajomych, afektu negatywnego, symptomów somatycznych, zaburzeń funkcjonowania oraz anhedonii/przyjemności. Najsilniejsze różnice między grupami zaobserwowano pod względem zadowolenia ze zdrowia ($\eta^2 = 0,10$), a najslabsze pod względem anhedonii/przyjemności ($\eta^2 = 0,03$) (tabela 5.4).

Na podstawie uzyskanych danych przedstawionych w tabeli 5.4 można stwierdzić, że najniższy poziom pozytywnego afektu zaobserwowano u osób chorujących na przewlekłą chorobę nerek.

Najmniej zadowolone ze swojego zdrowia są osoby z przewlekłą chorobą nerek oraz osoby chorujące na reumatoidalne zapalenie stawów. Poziom zadowolenia ze zdrowia u osób chorych na cukrzycę i łuszczycę jest porównywalny.

Najmniej zadowolone z kontaktów z przyjaciółmi, krewnymi i znajomymi są również osoby z chorujące na przewlekłą chorobę nerek.

Analizując różnice dotyczące nasilenia afektu negatywnego można jednak zauważyć, iż w grupie chorych na przewlekłą chorobę nerek jest on niższy niż w grupie chorych na łuszczycę.

Najbardziej nasilone skargi na dolegliwości somatyczne występują u osób chorych na reumatoidalne zapalenie stawów (statystycznie istotnie silniejsze niż u osób chorujących na cukrzycę i łuszczycę).

Największe problemy w codziennym funkcjonowaniu występują u chorych na przewlekłą chorobę nerek i reumatoidalne zapalenie stawów.

Również osoby z przewlekłą chorobą nerek deklarują najsilniejszą anhedonię, oznaczającą, że najrzadziej odczuwają przyjemności (statystycznie istotnie większą niż chorzy na cukrzycę).

Konkludując, można przyjąć z dużą ostrożnością (wynikającą ze złożonej struktury zmiennej „przystosowanie do choroby”), że największe problemy z przystosowaniem do swojej choroby w badanych grupach mają osoby chorujące na przewlekłą chorobę nerek (PChN). Należy jednak podkreślić, iż w obrębie samych wskaźników przystosowania różnic nie odnotowano.

Tabela 5.4. Wyniki analizy różnic między grupami chorych pod względem testowanych zmiennych

	F	p	η^2	Cukrzyca (a)		Łuszczycza (b)		PCnN (c)		RZS (d)		Różnice
				M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Akceptacja choroby	1,59	0,193	0,02	26,95	8,26	25,22	6,82	24,90	9,03	27,46	8,25	a = b = c = d
Akceptacja życia z chorobą	1,49	0,217	0,02	58,48	8,85	59,57	8,28	56,23	12,58	59,38	8,76	a = b = c = d
Afekt pozytywny	5,22	0,002	0,05	30,66	7,51	30,82	6,64	25,75	10,53	29,87	7,35	c < a, b, d
Zadowolenie ze zdrowia	9,82	0,000	0,10	27,49	7,56	25,60	6,93	22,08	7,16	22,08	6,67	a = b, d = c, a > c, d, b > c, d, c < a, b
Zadowolenie z pracy i zawodu	0,76	0,515	0,01	30,79	8,03	32,64	7,77	32,10	8,19	31,43	8,22	a = b = c = d
Zadowolenie z finansów	1,64	0,180	0,02	28,22	7,73	27,34	7,71	26,00	9,18	25,44	8,62	a = b = c = d
Zadowolenie z czasu wolnego	2,34	0,074	0,03	33,96	7,18	31,21	6,59	32,38	6,21	33,16	6,84	a = b = c = d
Zadowolenie z dzieci	1,25	0,292	0,01	37,50	8,08	36,40	7,05	38,46	8,21	38,75	8,20	a = b = c = d
Zadowolenie z własnej osoby	0,36	0,785	0,00	33,52	6,31	34,26	5,26	33,62	7,31	34,41	6,28	a = b = c = d
Zadowolenie z przyjaciół, krewnych i znajomych	4,29	0,006	0,05	34,82	5,27	32,48	5,38	31,25	8,95	34,54	7,02	a > c, c < a, d
Zadowolenie z mieszkania	1,83	0,142	0,02	34,39	6,85	33,22	5,42	31,98	9,14	34,67	6,87	a = b = c = d
Zadowolenie ze związku/małżeństwa	1,35	0,258	0,01	35,38	8,47	35,57	8,59	38,21	8,77	35,51	9,55	a = b = c = d
Zadowolenie seksu	1,33	0,266	0,01	31,13	8,40	31,53	8,72	28,35	11,61	30,30	9,81	a = b = c = d
Afekt negatywny	4,14	0,007	0,04	25,24	7,60	26,58	7,36	22,17	9,21	23,40	6,79	b > c
Symptomy somatyczne	6,70	0,000	0,07	8,68	3,98	8,62	3,84	9,90	4,21	11,24	3,78	d > a, b
Lęk i bezsenność	,85	0,469	0,01	8,17	4,26	8,65	4,54	9,10	4,39	9,27	4,84	a = b = c = d
Zaburzenia funkcjonowania	7,14	0,000	0,07	8,23	2,39	8,32	3,18	10,10	3,75	10,27	4,31	d > a, b/c > a
Depresja	2,40	0,068	0,03	3,29	4,04	2,30	2,80	2,23	3,25	3,54	3,80	a = b = c = d
Anhedonia/przyjemność	2,74	0,044	0,03	1,79	2,50	1,95	2,87	3,27	4,30	2,40	2,95	c > a
Wskaźnik przystosowania	1,85	0,138	0,02	0,16	0,88	0,06	0,86	-0,23	1,16	-0,08	1,13	a = b = c = d

Oznaczenia: F – statystyka F; p – poziom istotności statystycznej; η^2 – miara siły efektu.

Źródło: opracowanie własne.

Rozdział 6. Typy przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej i udział osób z różnym rozpoznaniem klinicznym w wyodrębnionych typach

Kolejny etap analiz statystycznych odnosił się do twierdzenia o istnieniu określonych typów przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej i założenia, iż choroba nie musi być wyłącznie źródłem cierpienia, zaś osoby chore mogą być przystosowane do swojego stanu na różne sposoby (czyli struktura przystosowania może być heterogeniczna). Sprawdzono ponadto, na ile różne typy przystosowania są charakterystyczne dla osób z określonym rozpoznaniem klinicznym.

6.1. Wyodrębnienie grup (typów) o różnym przystosowaniu do choroby somatycznej

W typologii osób ze względu na przystosowanie do choroby w pierwszej kolejności zastosowano analizę skupień metodą k-średnich, a następnie analizę profili latentnych (*latent profile analysis* – LPA).

Przed uruchomieniem algorytmu zmienne wejściowe poddano standaryzacji. W serii przeprowadzonych analiz skupień, w których kolejno wyodrębniano 2, 3, 4, 5, 6 oraz 7 skupień, zaobserwowano, że rozwiązanie 4-skupieniowe uzyskiwało najwyższą zbieżność algorytmu. Analiza wykazała, że wyodrębnione grupy (typy) najsilniej różniły się pod względem zadowolenia z własnej osoby ($\eta^2 = 0,38$), a najslabiej pod względem akceptacji choroby ($\eta^2 = 0,07$). Wyniki analizy skupień przedstawia tabela 6.1. oraz wykres 6.1.

Przeprowadzone analizy pozwoliły na wyodrębnienie czterech typów przystosowania do choroby, mianowicie:

Typ 1 – charakteryzujący się *najslabszym zdrowiem psychicznym i najgorzej oceniający własne zdrowie somatyczne*.

Ten typ przystosowania cechuje najwyższy poziom lęku, niepokoju i bezsenności, najsilniejsze zaburzenia funkcjonowania, przejawiające się między innymi trudnościami w podejmowaniu decyzji oraz nieradzeniem sobie z codziennymi obowiązkami,

znacznym nasileniem objawów depresyjnych i anhedonią. Osoby należące do tego typu są również najmniej zadowolone z własnego zdrowia, a także najbardziej skarżą się na somatyczne dolegliwości (np. wyczerpanie i osłabienie czy bóle głowy).

Typ 2 – *najbardziej zadowolony z życia i najzdrowszy psychicznie.*

Osoby należące do tej grupy deklarują największe zadowolenie ze zdrowia (zarówno fizycznego, jak i psychicznego), swojej pracy i sytuacji finansowej, sposobu spędzania czasu wolnego oraz długości tego czasu, mieszkania. Są również zadowolone z własnej osoby – ze swoich umiejętności i zdolności, sposobu życia i życiowych wyborów, charakteru. Cechuje je również najniższy poziom lęku i bezsenności, depresji i anhedonii (co oznacza najwyższy poziom odczuwanej przyjemności). Ciekawe, że są to osoby najmniej zadowolone ze swojego małżeństwa.

Typ 3 – *najbardziej pogodzony z chorobą (najbardziej akceptujący życie z chorobą).*

Osoby prezentujące ten typ przystosowania do swojej choroby osiągają najwyższe wyniki w skali do szacowania poziomu akceptacji życia z chorobą. Można więc przyjąć, iż są najbardziej z chorobą pogodzone, mają do niej dystans (zarówno emocjonalny, jak i poznawczy), potrafią cieszyć się życiem, mimo że doświadczają różnych fizycznych dolegliwości i niedogodności. Są to również osoby charakteryzujące się wysokim afektem pozytywnym, będące zadowolone ze swoich kontaktów z krewnymi i przyjaciółmi. Co ciekawe, najmniej są usatysfakcjonowane z kontaktów z dziećmi.

Typ 4 – *najmniej zadowolony z życia, z najmniejszą liczbą symptomów somatycznych.*

W tym typie przystosowania do choroby przeważa brak zadowolenia z pracy (stanowiska, wymagań, urozmaicenia, atmosfery), finansów (zarobków, standardu życia, perspektyw finansowych), czasu wolnego (i jego długości, i sposobu spędzania tego czasu), własnej osoby (wyborów życiowych, charakteru, umiejętności), kontaktów z krewnymi i znajomymi (otrzymywanej pomocy i wsparcia, własnej aktywności w środowisku społecznym, częstości przebywania z innymi), mieszkania (jego wielkości, stanu, położenia, standardu, połączeń komunikacyjnych, hałasu) i życia seksualnego (sprawności, aktywności, częstości kontaktów seksualnych). Jednocześnie, co ciekawe, osoby należące do tego typu najmniej skarżą się na dolegliwości somatyczne.

Wyodrębnienie opisanych czterech typów przystosowania pozwala przypuszczać, iż powszechnie rozumiane „najgorsze przystosowanie do choroby” występuje u osób prezentujących typ pierwszy, zaś „najlepsze przystosowanie” u osób z typu drugiego i trzeciego. Można również założyć, iż niespodziewanie niska satysfakcja z życia osób z typu czwartego niekoniecznie ma związek z samą chorobą, ale na przykład z ich osobowością, temperamentem czy wcześniejszymi doświadczeniami życiowymi.

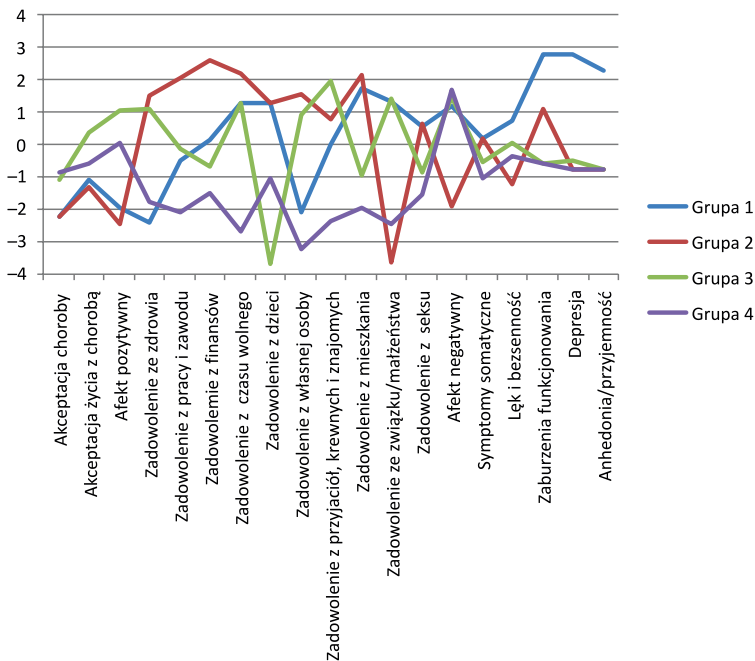
Najwięcej badanych należy do typu trzeciego, czyli osób najbardziej akceptujących życie z chorobą i najbardziej z chorobą pogodzonych, oraz czwartego – najmniej zadowolonych z życia z najmniejszą liczbą symptomów somatycznych. Interesujące wydaje się, że najmniej liczna grupa to osoby z typu pierwszego, charakteryzującego się najgorszym zdrowiem psychicznym i najgorzej oceniający własne zdrowie.

Tabela. 6.1. Wyniki analizy skupień – rozwiązanie 4-skupieniowe

	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	Grupa 1 (<i>N</i> = 69)	Grupa 2 (<i>N</i> = 88)	Grupa 3 (<i>N</i> = 122)	Grupa 4 (<i>N</i> = 97)
Akceptacja choroby	9,84	0,000	0,07	-2,20	-2,20	-1,10	-0,86
Akceptacja życia z chorobą	36,43	0,000	0,23	-1,10	-1,31	0,37	-0,57
Afekt pozytywny	33,34	0,000	0,21	-1,96	-2,46	1,04	0,04
Zadowolenie ze zdrowia	59,77	0,000	0,33	-2,42	1,51	1,10	-1,74
Zadowolenie z pracy i zawodu	76,47	0,000	0,38	-0,51	2,06	-0,11	-2,10
Zadowolenie z finansów	71,05	0,000	0,36	0,16	2,59	-0,65	-1,47
Zadowolenie z czasu wolnego	33,94	0,000	0,21	1,27	2,21	1,27	-2,65
Zadowolenie z dzieci	35,01	0,000	0,22	1,28	1,28	-3,67	-1,03
Zadowolenie z własnej osoby	114,13	0,000	0,48	-2,09	1,55	0,92	-3,20
Zadowolenie z przyjaciół, krewnych i znajomych	68,02	0,000	0,35	0,03	0,78	1,98	-2,37
Zadowolenie z mieszkania	38,56	0,000	0,24	1,72	2,14	-0,96	-1,95
Zadowolenie ze związku/małżeństwa	43,26	0,000	0,26	1,34	-3,62	1,44	-2,44
Zadowolenie seksu	27,89	0,000	0,18	0,56	0,63	-0,85	-1,55
Afekt negatywny	13,79	0,000	0,10	1,20	-1,88	1,45	1,71
Symptomy somatyczne	74,24	0,000	0,37	0,18	0,18	-0,55	-1,04
Lęk i bezsenność	65,34	0,000	0,35	0,72	-1,22	0,07	-0,36
Zaburzenia funkcjonowania	74,92	0,000	0,38	2,77	1,10	-0,56	-0,56
Depresja	43,41	0,000	0,26	2,80	-0,78	-0,51	-0,78
Anhedonia/przyjemność	24,08	0,000	0,16	2,30	-0,75	-0,75	-0,75

Oznaczenia: *F* – statystyka *F*; *p* – poziom istotności statystycznej; η^2 – miara siły efektu.

Źródło: opracowanie własne.



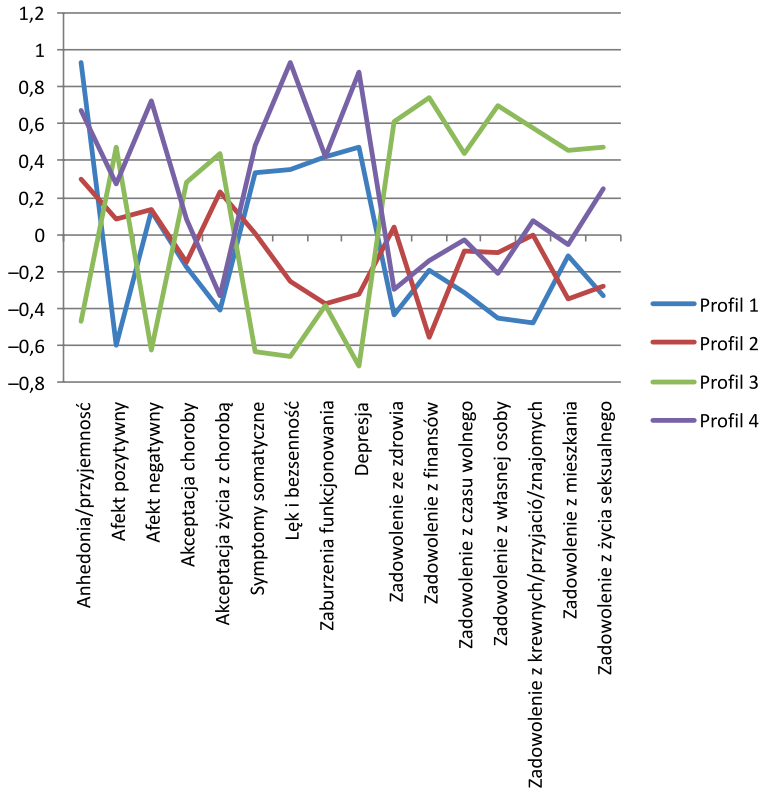
Wykres 6.1. Wyniki analizy skupień – cztery typy przystosowania do choroby
 Źródło: opracowanie własne.

W następnym etapie, przede wszystkim w celu weryfikacji wyodrębnionych typów przystosowania do choroby, zastosowano analizę profili latentnych (*latent profile analysis* – LPA). Do obliczeń posłużono się procedurą Mclust dostępną w pakiecie R. LPA jest podobna do analizy skupień, czyli też pozwala na wyodrębnienie podgrup osób cechujących się pod względem danych zmiennych wysokim podobieństwem wewnątrz grupy i jednocześnie zróżnicowaniem pomiędzy grupami. Przewaga tej metody wynika z faktu, że metodologicznie jest podejściem typu „góra – dół”, bazującym na modelu opisującym rozkład zmiennych, na podstawie którego szacowane jest prawdopodobieństwo, że określone osoby są członkami pewnych „ukrytych” grup. Zmienna latentna jest zmienną kategoryjną, z K liczbą kategorii, z których każda reprezentuje odrębną grupę w obrębie danej próby. Możliwe jest więc zidentyfikowanie heterogenicznej struktury poprzez oszacowanie dobroci dopasowania poszczególnych modeli, różniących się liczbą grup, i wybór tego, który jest najbardziej adekwatny (Benaglia i wsp., 2009; Scrucca i wsp., 2016; Chodkiewicz, Gruszczynska, 2018).

Przed uruchomieniem algorytmu zmienne wejściowe poddano standaryzacji. Za pomocą Bayesowskiego Kryterium Informacyjnego (BIC) dokonano estymacji modeli o różnych konfiguracjach¹ zawierających od jednego do dziewięciu profili (szczegółowe dane znajdują się w załączniku). Spośród tych modeli został wyłoniony najle-

¹ Procedura realizowana przez Mclust pozwala dokonać podziału otrzymanych danych wejściowych na skupienia (*components*), jednocześnie określając orientację (wertykalna, horyzontalna, ukośna), wielkości oraz kształty (zróżnicowane, równe) otrzymanych profili.

piej dopasowany do danych ($BIC = -14695,88$), zawierający cztery profile ($n = 376$, $df = 251$, $ICL = -14737,44$). Prawdopodobieństwa przynależności do danego profilu to, dla profilu 1 ($n = 119$) = 0,328, dla profilu 2 ($n = 89$) = 0,237, dla profilu 3 ($n = 111$) = 0,288, dla profilu 4 ($n = 56$) = 0,146. Model ten prezentuje wykres 6.2.



Wykres 6.2. Wyniki analizy profili latentnych (LPA) – cztery profile/typy przystosowania do choroby
Źródło: opracowanie własne.

Podobnie jak poprzednio, wyodrębniono cztery typy przystosowania do choroby (typy odpowiadają wyodrębnionym, w tym postępowaniu, profilom). W przypadku zastosowania LPA są one następujące:

Typ 1 – *najbardziej niezdolny do odczuwania przyjemności i najmniej zadowolony z życia.*

Profil ten góruje pod względem anhedonii, przy najniższych wskaźnikach afektu pozytywnego, akceptacji życia z chorobą, zadowolenia ze zdrowia, czasu wolnego, własnej osoby, przyjaciół, krewnych i znajomych, a także (wraz z typem 2) z seksu.

Typ 2 – *przeciętny.*

Profil ten cechuje najniższa średnia wskaźnika zadowolenia z finansów oraz z mieszkania – reszta wymiarów jest na średnim poziomie.

Typ 3 – *najbardziej akceptujący życie z chorobą.*

Profil ten dominuje pod względem afektu pozytywnego, akceptacji choroby oraz akceptacji życia z chorobą, zadowolenia ze zdrowia, zadowolenia z finansów, czasu wolnego, własnej osoby, przyjaciół, krewnych i znajomych, mieszkania oraz seksu, zaś najniższe wskaźniki dotyczą symptomów somatycznych, lęku i bezsenności, zaburzeń funkcjonowania (tu wraz z typem 2) oraz depresji. Przynależą więc do niego osoby pogodzone ze swoją chorobą, potrafiące się zdystansować do niej i do ograniczeń z nią związanych, zadowolone z siebie i swojego życia, często przeżywające tzw. pozytywne emocje.

Typ 4 – *charakteryzujący się najłabszym zdrowiem psychicznym.*

Do tego profilu należą osoby o najsilniejszym afekcie negatywnym, silnych symptomach somatycznych, nasilonym lęku i bezsenności, zaburzeniach funkcjonowania (wraz z typem 1) oraz depresji. Typ ten charakteryzuje więc skłonność do przeżywania negatywnych emocji, w tym lęku i niepokoju oraz objawów depresyjnych (myśli samobójczych, poczucia beznadziejności życia i bezwartościowości własnej osoby). Dominują problemy z podejmowaniem decyzji i realizacją codziennych zadań oraz skłonnością do „przesypiania zmartwień”.

Można przyjąć, *a priori*, że osoby najlepiej przystosowane należą do typu trzeciego, zaś najgorzej – do czwartego. W tej klasyfikacji najwięcej osób badanych należy do pierwszego profilu, czyli tego, który charakteryzuje się, między innymi, najmniejszą odczuwaną przyjemnością oraz najłabszym afektem pozytywnym i zadowoleniem z życia, oraz do trzeciego – najbardziej akceptującego życie z chorobą. Najmniej osób należy do typu ostatniego, który cechuje najgorsze zdrowie psychiczne.

Porównanie obu klasyfikacji typów przystosowania do choroby, nieco różniących się od siebie, pozwala zauważyć, iż najwięcej badanych osób zmagających się z przewlekłą chorobą somatyczną prezentuje dwa, podobne do siebie, i jednocześnie skrajne, typy przystosowania – w pierwszej klasyfikacji są to: typ najbardziej pogodzony z chorobą, czyli inaczej, najbardziej akceptujący życie z chorobą, oraz typ najmniej zadowolony ze swojego życia, z najmniejszą liczbą symptomów somatycznych. W drugiej – najbardziej niezdolny do odczuwania przyjemności i najmniej zadowolony ze swojego życia, z najłabszym afektem pozytywnym, oraz typ najbardziej akceptujący życie z chorobą. Tak więc największa liczba badanych osób zmagających się z cukrzycą, łuszczycą, PChN lub RZS to osoby należące do dwóch skrajnych typów przystosowania do choroby, czyli, upraszczając, osoby pogodzone ze swoją sytuacją zdrowotną i zdystansowane wobec niej oraz osoby ogólnie niezadowolone ze swojego życia.

6.2. Typy przystosowania do choroby a rodzaj schorzenia

Po wyodrębnieniu czterech typów przystosowania do choroby somatycznej, oczywistym krokiem było sprawdzenie przynależności do nich osób z różnymi chorobami. W celu weryfikacji zależności między rodzajem choroby a obecnością

w danej grupie z pierwszej klasyfikacji (typu przystosowania) przeprowadzono analizę testem chi-kwadrat. Wykazano istotną zależność między zmiennymi ($\chi^2(9) = 18,50$; $p < 0,05$; $\eta = 0,18$). Siła tego związku jest umiarkowana.

I tak, w typie pierwszym (charakteryzującym się *najgorszym zdrowiem psychicznym i najgorszą oceną własnego zdrowia*) najwięcej jest osób z RZS i PChN, trochę mniej osób z łuszczycą, najmniej z cukrzycą.

W grupie odpowiadającej typowi drugiemu (*najbardziej zadowolonymu z życia*) najwięcej jest osób chorych na cukrzycę, a najmniej chorych na łuszczycę, PChN i RZS.

W grupie trzeciej (typ trzeci – *najbardziej pogodzony z chorobą*) najwięcej jest osób chorych na cukrzycę i łuszczycę, a najmniej na PChN i RZS.

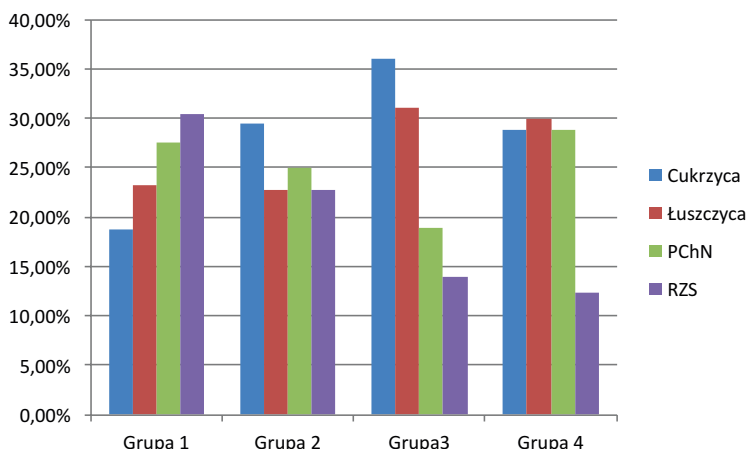
W grupie czwartej (typ czwarty – *najmniej zadowolony z życia z najmniejszą liczbą symptomów somatycznych*) najwięcej jest chorych na cukrzycę, łuszczycę i PChN, a najmniej na RZS. Wyniki analizy przedstawia tabela 6.2 oraz wykres 6.3.

Powyższe wyniki ponownie pozwalają wysunąć przypuszczenie, że największe trudności z przystosowaniem do choroby mają osoby z PChN oraz chory na RZS.

Tabela 6.2. Różnice w procentowym udziale chorych w zaobserwowanych grupach (typach) przystosowania

	Cukrzyca	Łuszczycza	PChN	RZS
Grupa 1	18,8	23,2	27,5	30,4
Grupa 2	29,5	22,7	25,0	22,7
Grupa 3	36,1	31,1	18,9	13,9
Grupa 4	28,9	29,9	28,9	12,4

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 6.3. Różnice w procentowym udziale chorych w zaobserwowanych grupach (typach przystosowania)

Źródło: opracowanie własne.

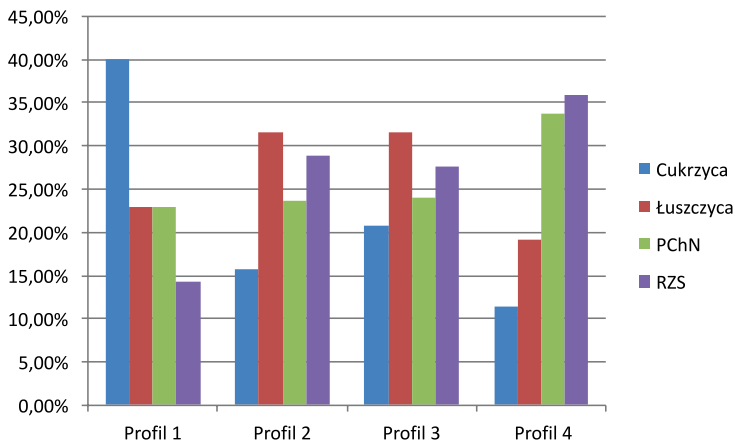
Odnosnie do drugiej klasyfikacji (LPA) okazało się, że w typie pierwszym (profilu 1), *najbardziej niezdolnym do odczuwania przyjemności i najmniej zadowolonym z życia*, znalazło się najwięcej osób chorych na cukrzycę, zaś najmniej z RZS. W typie drugim (*przeciętnym*) najwięcej jest chorych na łuszczycę, najmniej osób z cukrzycą. Do typu trzeciego (*najbardziej akceptującego życie z chorobą*) należy najwięcej osób z łuszczycą, zaś do typu czwartego (*charakteryzującego się najgorszym zdrowiem psychicznym*) przynależy zdecydowanie najwięcej osób z RZS i PChN. Porównując obie klasyfikacje, można ponownie zauważyć podobieństwa – najgorszym zdrowiem psychicznym charakteryzują się osoby z RZS i PChN, osoby z cukrzycą są najmniej zadowolone z własnego życia, chorzy na łuszczycę najsilniej akceptują życie z chorobą.

Rozkład procentowy chorych przedstawia tabela 6.3. i wykres 6.4.

Tabela 6.3. Różnice w procentowym udziale chorych w zaobserwowanych profilach przystosowania

	Cukrzyca	Łuszczycyca	PChN	RZS
Profil 1	40,0	22,9	22,9	14,3
Profil 2	15,8	31,6	23,7	28,9
Profil 3	20,7	31,6	24,1	27,6
Profil 4	11,5	19,2	33,8	35,9

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 6.4. Różnice w procentowym udziale chorych w zaobserwowanych profilach (typach przystosowania)

Źródło: opracowanie własne.

Rozdział 7. Poznawcza reprezentacja choroby i zasoby pozytywne w grupach osób z różnym rozpoznaniem

Problematyka będąca przedmiotem rozważań w niniejszym rozdziale skupia się, w pierwszej kolejności, wokół zagadnień związanych ze sposobem spostrzegania swojej choroby, czyli jej poznawczej reprezentacji, a następnie, zasobów pozytywnych, do których zaliczono spostrzegany sens życia, strategie radzenia sobie z chorobą oraz korzyści z niej.

7.1. Sposób postrzegania choroby

Przybliżenie specyfiki poznawczej reprezentacji choroby somatycznej w analizowanych grupach osób z różnym rozpoznaniem klinicznym wymagało przeprowadzenia serii jednoczynnikowych analiz wariancji w układzie dla prób niezależnych, najpierw dla **poznawczego obrazu choroby**, a następnie dla subiektywnej **oceny znaczenia choroby** (tabela 7.1).

Pierwsza część analizy koncentruje się wokół wiedzy na temat schorzenia. W obrębie tego **poznawczego wymiaru choroby** wykazano różnice odnośnie do przekonania o czasie trwania choroby (chroniczności/ostrości), jej konsekwencji, kontroli osobistej i skuteczności leczenia – czyli wszystkich wymiarów dotyczących wiedzy na temat choroby, z wyjątkiem koherencji/spójności i emocjonalnej reprezentacji choroby. Najsilniejsze różnice między grupami stwierdzono odnośnie do identyfikacji objawów chorobowych ($\eta^2 = 0,16$) oraz przekonania o osobistej kontroli ($\eta^2 = 0,14$), a najsłabsze dotyczyły spostrzegania choroby w kategoriach ważnego wydarzenia (która to zmienna ma charakter skali kontrolnej) ($\eta^2 = 0,03$) (tabela 7.1).

I tak, osoby z RZS identyfikują najwięcej objawów związanych z chorobą, chorzy na łuszczycę najmniej. Innymi słowy, osoby zmagające się z reumatoidalnym zapaleniem stawów doświadczają, i są tego świadome, największej liczby dolegliwości chorobowych. Chorzy na łuszczycę wręcz przeciwnie, dolegliwości chorobowych odczuwają najmniej. Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż omawiany wymiar dotyczy liczby, a nie nasilenia doświadczanych symptomów. Osoby

z PChN są również najsilniej przekonane o tym, że ich schorzenie ma charakter chroniczny i w związku z tym będzie im towarzyszyć do końca życia.

Osoby z cukrzycą i przewlekłą chorobą nerek na podobnym poziomie oceniają konsekwencje swojej choroby (m.in. wpływ na ich życie, skutki finansowe, sposób w jaki widzą ich bliscy). Również chorzy na łuszczycę i reumatoidalne zapalenie stawów podobnie spostrzegają konsekwencje swoich schorzeń oraz są bardziej niż poprzednie dwie grupy przekonani o negatywnym wpływie chorób na ich życie. Innymi słowy, osoby z łuszczycą oraz chorzy na RZS są statystycznie istotnie bardziej przekonane o tym, iż ich schorzenia wiążą się z negatywnymi konsekwencjami i oddziałują na ich życie.

Najsilniejsze przekonanie o posiadaniu wpływu na swoje zdrowie (kontrola osobista) mają osoby z cukrzycą, kolejno, chorzy na łuszczycę. Najślabsze przekonanie charakteryzuje osoby z PChN i RZS (na tym samym poziomie). Tak więc, uogólniając, osoby chore na cukrzycę i łuszczycę bardziej, w porównaniu z osobami z RZS i PChN, wierzą, że ich działania mogą mieć pozytywny wpływ na zmiany chorobowe i mogą coś zrobić, aby choroba zaczęła ustępować.

Najsilniejszą wiarę w skuteczność leczenia (m.in. w to, że leczenie pozwoli kontrolować objawy i poprawić stan zdrowia) mają osoby z łuszczycą. Nieco mniejszą (aczkolwiek statystycznie istotnie porównywalną) mają chorzy na cukrzycę. Najślabszą osoby z PChN i RZS.

O cykliczności, inaczej nawrotowym charakterze objawów chorobowych, najsilniej przekonane są osoby z łuszczycą i RZS.

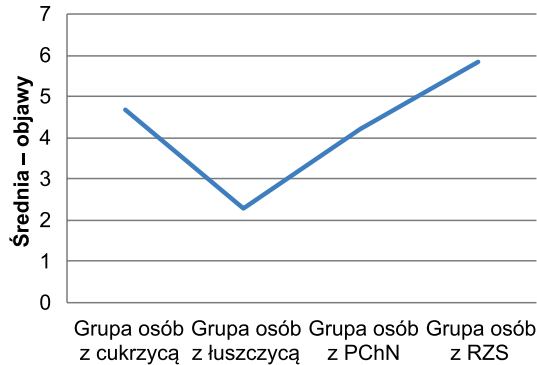
Tabela. 7.1. Wyniki analizy różnic między grupami chorych pod względem poznawczego obrazu choroby i oceny jej znaczenia

	F	p	η^2	Cukrzyca (a)			Łuszczyca (b)			PChN (c)			RZS (d)			Różnice
				M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Poznawczy obraz choroby																
Identyfikacja objawów	23,95	0,00	0,16	4,68	3,026	2,29	2,21	4,20	2,94	5,83	3,40	a = c > b, d > a, b, c				
Czas trwania choroby (chro- niczność/ostrosć)	5,542	0,01	0,04	22,06	4,315	22,64	4,742	24,39	3,922	23,69	4,477	a = b = c, d > a, b, c				
Konsekwencje choroby	5,731	0,01	0,04	19,46	3,945	21,35	4,633	20,92	3,806	21,76	4,130	a = c, b = d, a, c < b, d				
Kontrola osobista	21,303	0,00	0,14	19,29	2,934	17,75	3,865	15,95	4,012	15,56	3,717	a > b, c = d, a, b > c, d				
Skuteczność leczenia	5,318	0,01	0,04	16,92	2,660	17,78	3,410	16,12	3,030	17,12	3,030	a = b, a = c = d, b > c, d				
Koherencja	0,897	0,44	0,00	32,76	5,047	32,40	6,154	31,55	5,093	31,86	6,288	A = b = c = d				
Cykliczność objawów	13,374	0,00	0,12	11,69	3,005	13,64	3,567	11,30	3,250	14,31	2,811	a = c < b = d				
Emocjonalna reprezentacja choroby	2,598	0,052	0,02	20,06	4,581	21,37	4,951	21,53	5,154	21,89	4,968	a = b = c = d				
Ocena znaczenia choroby																
Choroba jako zagrożenie	1,739	0,15	0,01	29,41	7,385	27,94	7,042	29,79	7,357	30,33	8,090	a = b = c = d				
Choroba jako korzyść	7,379	0,000	0,05	14,95	5,281	13,51	4,461	15,98	4,598	12,96	4,140	a = b, a = c, d = b, d < a, c				
Choroba jako przeszkoda/ strata	11,691	0,000	0,09	21,86	7,907	25,77	8,166	27,36	7,146	27,87	8,351	a < b = c = d				
Choroba jako wyzwanie	5,650	0,001	0,04	27,87	8,351	20,56	4,469	20,48	4,500	23,10	4,160	d = b = c < d				
Choroba jako krzywda	1,181	0,317	0,00	19,16	8,274	20,14	7,056	20,27	7,622	18,30	7,694	a = b = c = d				
Choroba jako wartość	1,827	0,142	0,01	14,38	4,971	14,31	5,445	15,83	6,203	14,13	5,437	a = b = c = d				
Choroba jako znaczenie	4,161	0,006	0,03	16,48	5,065	18,18	5,175	18,40	4,294	18,57	4,245	a = b, b = c = d, a < c, d				

Oznaczenia: F – statystyka F; p – poziom istotności statystycznej; η^2 – miara siły efektu.

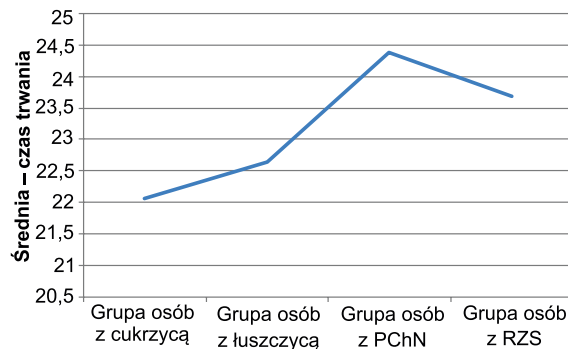
Źródło: opracowanie własne.

Graficzną ilustracją wyników średnich odnoszących się do poznawczego obrazu choroby (dotyczącego wiedzy), nieuwzględniającą jednak różnic statystycznych, przedstawiają wykresy 7.1–7.8.



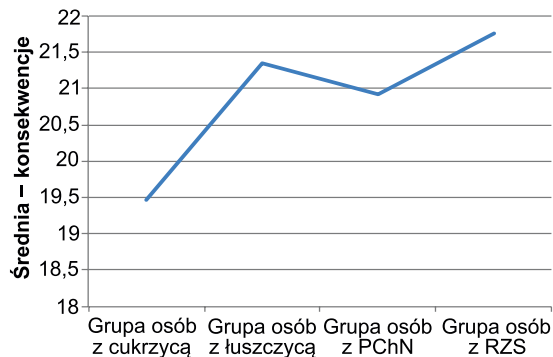
Wykres 7.1. Przekonanie o liczbie doświadczanych objawów

Źródło: opracowanie własne.



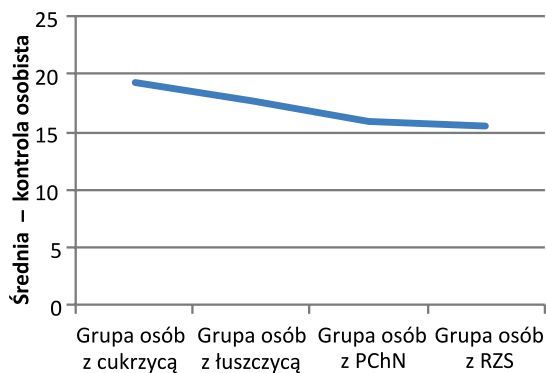
Wykres 7.2. Przekonanie o czasie trwania (chroniczność/ostrość) i konsekwencjach choroby

Źródło: opracowanie własne.

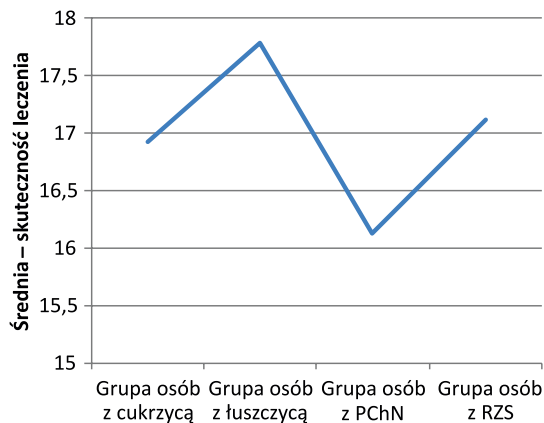


Wykres 7.3. Przekonanie o konsekwencjach choroby

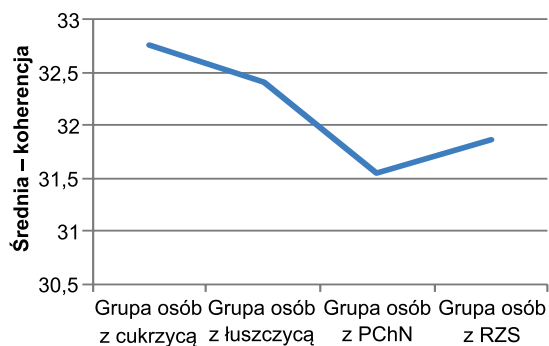
Źródło: opracowanie własne.



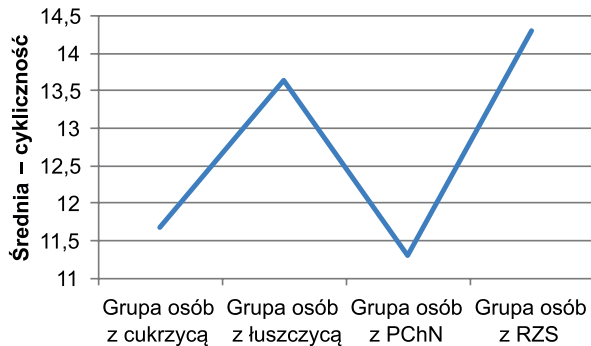
Wykres 7.4. Przekonanie o posiadanej kontroli osobistej i skuteczności leczenia
Źródło: opracowanie własne.



Wykres 7.5. Przekonanie skuteczności leczenia
Źródło: opracowanie własne.

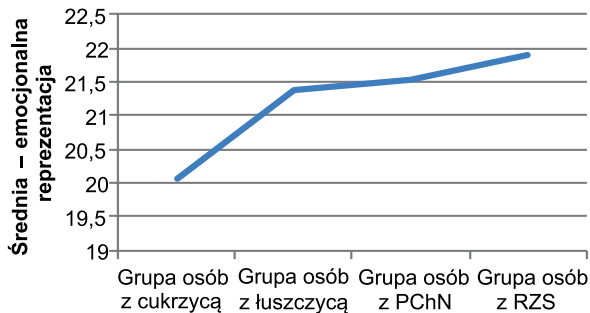


Wykres 7.6. Przekonanie o koherencji (spójności)
Źródło: opracowanie własne.



Wykres 7.7. Przekonanie o cykliczności choroby

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 7.8. Emocjonalna reprezentacja choroby

Źródło: opracowanie własne.

Kolejny złożony wymiar oceny poznawczej choroby dotyczy jej subiektywnego znaczenia. W obrębie **oceny choroby** różnice dotyczą: korzyści, przeszkody/straty, wyzwania oraz znaczenia. Najwyższe wyniki odnośnie do oceny choroby odnotowano w kategoriach przeszkody/straty ($\eta^2 = 0,09$), najniższe w postrzeganiu choroby w kategoriach ważnego wydarzenia życiowego ($\eta^2 = 0,03$), czemu odpowiada zmienna „znaczenie” (por. tabela 7.1).

W kategorii korzyści, czyli pewnego rodzaju wtórnego zysku pozwalającego zaspokajać określone potrzeby, najsilniej postrzegają swoją chorobę osoby z PChN i nieco słabiej chorzy na cukrzycę. Najmniej korzyści widzą chorzy na RZS (statystycznie istotnie porównywalnie z osobami zmagającymi się z łuszczycą, które mają nieznacznie niższe wyniki). Osoby z cukrzycą i łuszczycą uzyskały, w tej zmiennej, przeciętne wyniki.

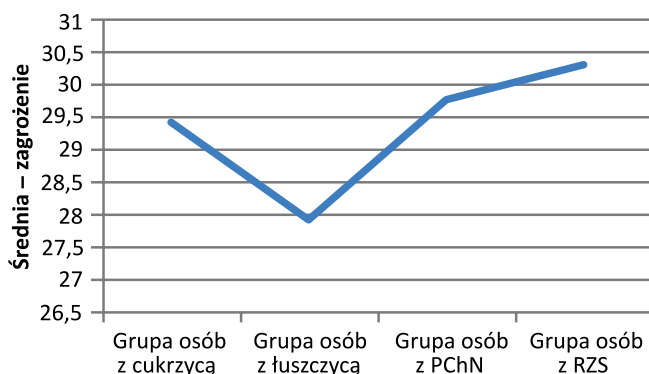
Osoby z cukrzycą uzyskały najniższą średnią odnośnie do oceny choroby jako przeszkody bądź straty, czyli ograniczenia, które może odnosić się do konieczności rezygnacji z dotychczasowych planów lub możliwości. Pozostali

chorzy znacznie częściej przypisywali swoim schorzeniom taką ocenę (na tym samym poziomie znajdują się wszystkie trzy grupy).

Choroba postrzegana jest jako wyzwanie, czyli trudna sytuacja, którą przynosi życie i z którą należy walczyć, najsilniej przez osoby z PChN. Pozostałe grupy uzyskały średnie niższe, porównywalne do siebie.

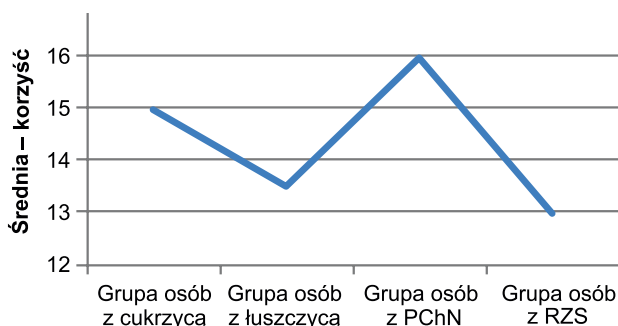
Największe znaczenie choroba wydaje się mieć dla osób cierpiących na RZS i PChN (jednak na statystycznie podobnym poziomie jak osób z łuszczycą). Wydaje się na podstawie uzyskanych wyników, że te grupy chorych najsilniej oceniają swoją kondycję jako zakłócenie życiowej równowagi i sytuację trudną. Najmniejsze znaczenie schorzenie ma dla chorych na cukrzycę (aczkolwiek również porównywalne do wyniku uzyskanego przez osoby z łuszczycą). Warto zauważyć, że średni wynik uzyskany przez osoby chore na łuszczycę jest statystycznie istotnie porównywalny z wynikami pozostałych skrajnych grup, znajduje się więc pośrodku, w związku z czym uznać go można za przeciętny.

Graficzną ilustracją średnich wyników oceny choroby przedstawiają wykresy 7.9–7.15.



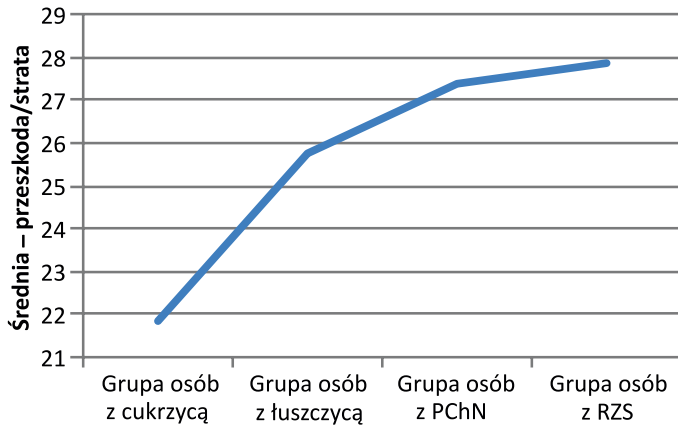
Wykres 7.9. Ocena choroby w kategoriach zagrożenia

Źródło: opracowanie własne.



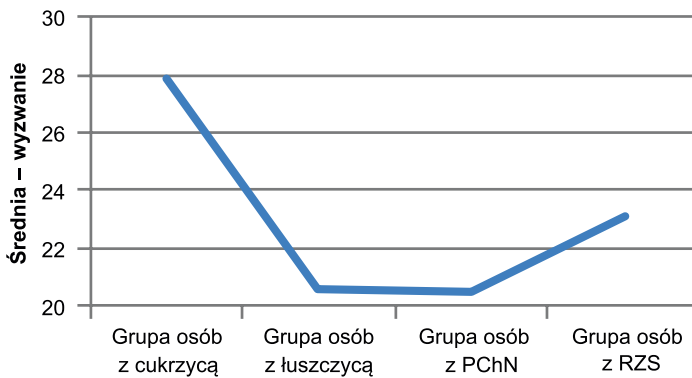
Wykres 7.10. Ocena choroby w kategoriach korzyści

Źródło: opracowanie własne.



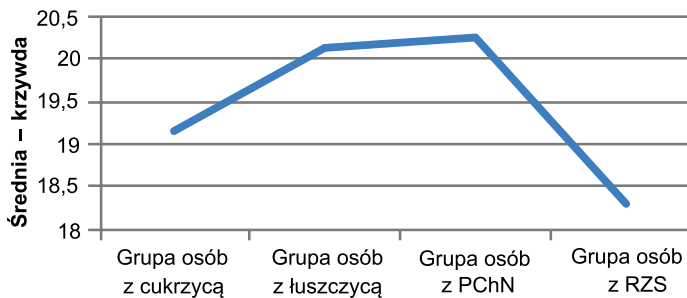
Wykres 7.11. Ocena choroby w kategoriach przeszkoda/strata

Źródło: opracowanie własne.



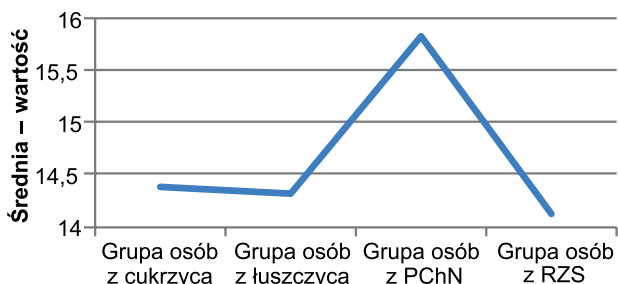
Wykres 7.12. Ocena choroby w kategoriach wyzwania

Źródło: opracowanie własne.



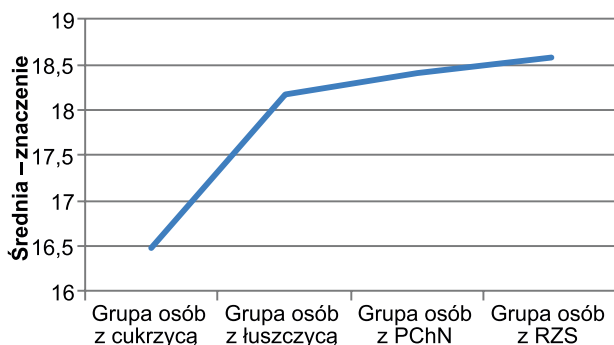
Wykres 7.13. Ocena choroby w kategoriach krzywdy

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 7.14. Ocena choroby w kategoriach wartości

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 7.15. Ocena znaczenia choroby

Źródło: opracowanie własne.

Uogólniając uzyskane wyniki, można zauważyć, iż osoby zmagające się z RZS są silnie przekonane o przewlekłości i nawrotowym charakterze swojego schorzenia oraz jego negatywnym wpływie na ich życie (w tym w sposobie, w jaki jest się spostrzegającym przez innych czy konsekwencjach finansowych). Najmniej, z kolei, wierzą w to, że ich własne zachowania i działania mogą mieć dodatni wpływ na zmiany chorobowe i przyczynić się do poprawy stanu zdrowia oraz że leczenie pozwoli opanować objawy schorzenia i pozwoli uniknąć jego negatywnych skutków. Swoją chorobę spostrzegają w kategoriach przeszkody bądź utraty dotychczasowych planów, marzeń i nadziei (bardziej w porównaniu z pozostałymi grupami). Przypisują chorobie duże znaczenie, traktując ją jako istotne życiowe zdarzenie, zakłócenie dotychczasowej równowagi, które wymaga zaangażowania wielu strategii przystosowawczych; dostrzegają najmniej wtórnych zysków ze swojego stanu.

Osoby cierpiące na PChN również najmniej wierzą w możliwości kontrolowania choroby i wpływania na jej objawy oraz w skuteczność leczenia. Traktują jednak chorobę jako wyzwanie skłaniające ich do walki, trudną sytuację zakłócającą ich funkcjonowanie oraz jako przeszkodę lub stratę.

Co interesujące, dostrzegają najwięcej wtórnych korzyści, co nasuwa przypuszczenie o czerpaniu wtórnych zysków ze swojego stanu (być może finansowych lub polegających na uzyskiwaniu uwagi i zainteresowania ze strony innych ludzi).

Osoby chore na łuszczycę spostrzegają najwięcej (tak jak osoby z RZS) negatywnych skutków swojego stanu oraz zdają sobie sprawę z jego cykliczności, aczkolwiek wierzą w to, że mogą kontrolować swoje zdrowie poprzez odpowiednie działania. Wierzą również w skuteczność leczenia. I chociaż – w porównaniu z pozostałymi grupami – nadają swojemu schorzeniu stosunkowo najmniejsze znaczenie, to oceniają je jako przeszkodę lub stratę.

Osoby z cukrzycą najsilniej wierzą, że mogą kontrolować swoje zdrowie i objawy chorobowe (aczkolwiek statystycznie porównywalnie z osobami z łuszczycą) oraz trochę słabiej niż chorzy na RZS, dostrzegają wtórne zyski z choroby (czyli oceniają ją w kategorii korzyści). Wydaje się, że, w porównaniu z pozostałymi grupami badanych osób, choroba stanowi dla nich mniejszą trudność i przeszkodę oraz że nie jest dla nich bardzo istotnym życiowym wydarzeniem zakłócającym ich funkcjonowanie czy poczucie bezpieczeństwa. Uzyskane na tym etapie analiz wyniki zdają się korespondować z wcześniejszymi wnioskami i pozwalają przyjąć *a priori*, że najwięcej trudności doświadczają osoby z RZS i PChN.

7.2. Poziom zasobów pozytywnych

Do oceny zasobów pozytywnych w analizowanych grupach osób z różnym rozpoznaniem choroby somatycznej zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji w układzie dla prób niezależnych. Przedmiotem oceny uczyniono **poczucie sensu życia (czyli obecność sensu życia i poszukiwanie sensu życia), strategie radzenia sobie ze stresem choroby i psychospołeczne korzyści z choroby** (tabela 7.2.).

I tak, odnośnie do poczucia sensu życia, największe różnice dotyczyły obecności sensu w życiu ($\eta^2 = 0,05$) i nieco mniejsze poszukiwania sensu ($\eta^2 = 0,04$). Należy jednak zaznaczyć, że współczynniki η^2 wskazują na słaby efekt (King, Minium, 2009).

Odnośnie do deklarowanego poczucia sensu życia najniższe wyniki uzyskały osoby z cukrzycą, zaś najwyższe chorzy na łuszczycę i RZS. Co do szukania sensu w życiu najwyższe wyniki osiągnęły osoby z RZS, istotnie wyższe od tych, które uzyskali chorzy na cukrzycę i PChN. Tak więc, osoby zmagające się z reumatoidalnym zapaleniem stawów najsilniej deklarują zarówno odnalezienie sensu w swoim życiu, jak i jego poszukiwanie (co może oznaczać jego rozwijanie i wzmocnianie). Z kolei osoby chore na cukrzycę deklarują raczej brak znajomości sensu życia oraz stosunkowo słabe jego poszukiwanie.

Tabela 7.2. Wyniki analizy różnic między grupami chorych pod względem zasobów pozytywnych

	F	p	η^2	Cukrzyca (a)				Łuszczyca (b)				PChN (c)				RZS (d)				Różnice
				M		SD		M		SD		M		SD		M		SD		
Sens życia																				
Obecność sensu w życiu	7,070	0,000	0,05	19,13	7,203	23,40	8,230	21,27	7,919	24,56	11,695	a = c, b = c = d, a < b, d								
Poszukiwanie sensu	5,335	0,001	0,04	20,35	7,343	23,40	8,230	21,27	7,919	24,56	11,695	a - b - c, b = d, a, c < d								
Strategie radzenia sobie z chorobą																				
Aktywne radzenie sobie	2,160	0,092	0,01	3,83	1,623	3,90	1,425	3,41	1,761	3,96	1,527	a = b = c = d								
Planowanie	3,778	0,011	0,02	3,81	1,604	4,17	1,346	3,57	1,724	4,26	1,539	a = b = c, a = b = d, c < d								
Pozytywne przewartościowanie	0,732	0,533	0,00	3,25	1,665	3,22	1,495	2,96	1,728	3,27	1,710	a = b = c = d =								
Akceptacja	2,727	0,044	0,02	3,18	1,363	3,62	1,429	3,47	1,486	3,76	1,610	a = b = c, b = c = d, a < d								
Zwrot ku religii	3,695	0,012	0,02	1,91	1,535	1,84	1,708	1,52	1,706	2,44	2,165	a = b = c, a = b = d, c < d								
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,511	0,675	0,00	3,47	1,623	3,38	1,515	3,50	1,634	3,21	1,605	a = b = c = d								
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,585	0,625	0,00	3,28	1,754	3,45	1,519	3,32	1,664	3,11	1,565	a = b = c = d								
Zajmowanie się czymś innym	2,993	0,051	0,01	3,32	1,624	3,03	1,599	2,68	1,851	3,34	1,693	a = b = c = d								
Zaprzeczenie	4,519	0,004	0,03	2,10	1,629	1,68	1,423	1,39	1,382	1,50	1,381	a = c = d, a = b, c < a								
Zażywanie substancji psychoaktywnych	11,887	0,000	0,08	1,10	1,483	1,18	1,545	0,34	0,745	0,37	0,981	a = b, c = d, c, d < a, c								
Zaprzestanie działań	2,156	0,093	0,01	1,79	1,754	1,66	1,333	1,35	1,441	1,36	1,204	a = b = c = d								
Obwinianie siebie	1,151	0,328	0,00	2,41	1,928	2,35	1,296	2,02	1,729	2,11	1,699	a = b = c = d								

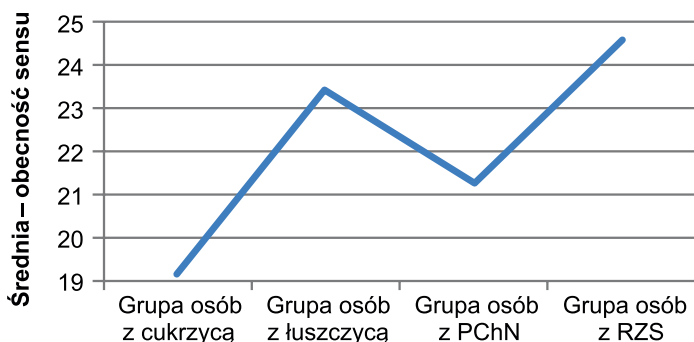
Tabela 7.2 cd.

Korzyści z choroby																			
Poprawa relacji interpersonalnych	5,531	0,001	0,04	1,17	1,381	1,83	1,599	1,85	1,709	2,06	1,856								$a < b = c = d$
Docenianie życia	8,425	0,000	0,06	0,77	0,953	0,75	0,967	1,41	1,111	0,99	1,210								$a = b = d < c$
Pozytywny wpływ na innych	1,377	0,249	0,01	0,55	1,150	0,40	0,994	0,66	1,122	0,70	1,172								$a = b = c = d$
Zmiany w filozofii życiowej	3,508	0,016	0,02	0,46	0,772	0,60	0,784	0,82	1,016	0,76	0,806								$a = b = d, b = c = d, a < c$
Wzrost sił życiowych	4,789	0,003	0,03	1,01	1,116	1,35	1,319	1,71	1,559	1,41	1,257								$a = b = d, b = c = d, a < c$

Oznaczenia: F – statystyka F ; p – poziom istotności statystycznej; η^2 – miara siły efektu.

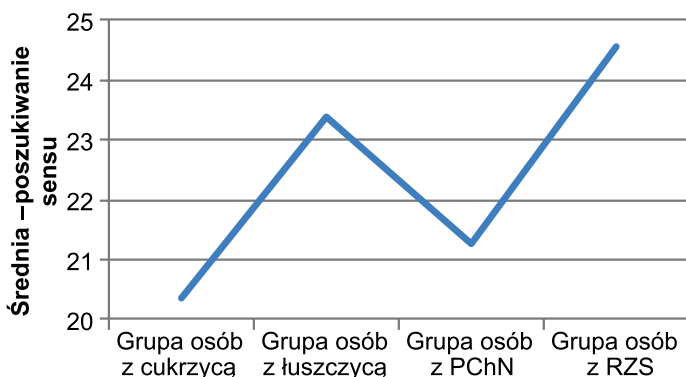
Źródło: opracowanie własne.

Graficzną ilustrację wyników, nieuwzględniającą jednak istotności statystycznych, przedstawiają wykresy 7.16 i 7.17.



Wykres 7.16. Ocena obecności sensu życia

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 7.17. Ocena poszukiwania sensu życia

Źródło: opracowanie własne.

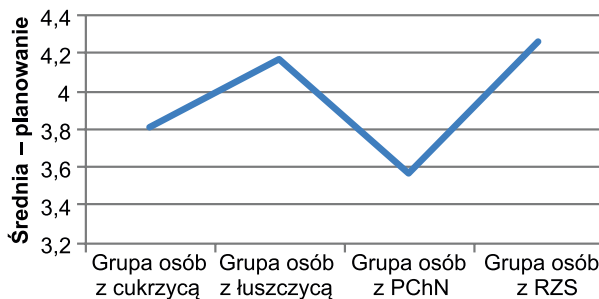
Analizując stosowanie **strategii radzenia sobie z chorobą**, można zauważyć, że największe różnice dotyczą zażywania substancji psychoaktywnych ($\eta^2 = 0,08$), najmniejsze zaś planowania, akceptacji i zwrotu ku religii ($\eta^2 = 0,02$). Zaprzeczanie różnicuje badane osoby również w niewielkim stopniu ($\eta^2 = 0,03$), natomiast nie ma istotnych różnic w zakresie pozostałych strategii (por. tabela 7.2). Podobnie jak wcześniej, siła efektu (η^2) i w tym przypadku jest bardzo słaba.

I tak, kolejno, strategię radzenia sobie z chorobą polegającą na planowaniu działań najintensywniej stosują osoby chore na RZS i łuszczycę, najrzadziej chorzy na PChN. Akceptacja sytuacji choroby, rozpatrywana w tym przypadku jako strategia radzenia sobie ze stresem choroby, charakteryzuje przede wszystkim osoby z RZS. Chorzy na cukrzycę najrzadziej wybierają akceptację sytuacji. Osoby z RZS również najczęściej szukają ulgi w religii, najrzadszej zaś chorzy na PChN. Najczęściej zaprzeczają swojej sytuacji osoby z cukrzycą, najrzadziej

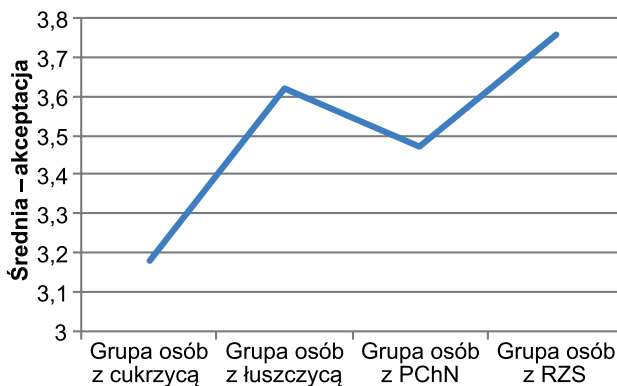
chorzy na PChN. Odnośnie do zażywania substancji psychoaktywnych w celu poradzenia sobie ze stresem choroby to osoby z cukrzycą i łuszczycą osiągnęły istotnie wyższe wyniki w porównaniu z chorymi na PChN i RZS.

Można więc przyjąć, iż osoby z RZS znacznie częściej, w porównaniu z pozostałymi chorymi, w celu poradzenia sobie ze stresem choroby stosują strategie polegające na planowaniu postępowania bądź też szukają ukojenia w religii albo, po prostu, starają się zaakceptować sytuację. Osoby chore na łuszczycę również intensywnie korzystają z planowania działań oraz cechuje je radzenie sobie z chorobą za pomocą środków psychoaktywnych. Chorzy na łuszczycę również często radzą sobie za pomocą środków psychoaktywnych oraz znacznie częściej zaprzeczają problemom (jednocześnie najmniej je akceptując). Co do osób z PChN, to można zauważyć, iż uzyskały one stosunkowo niskie wyniki odnośnie do strategii radzenia sobie ze stresem choroby.

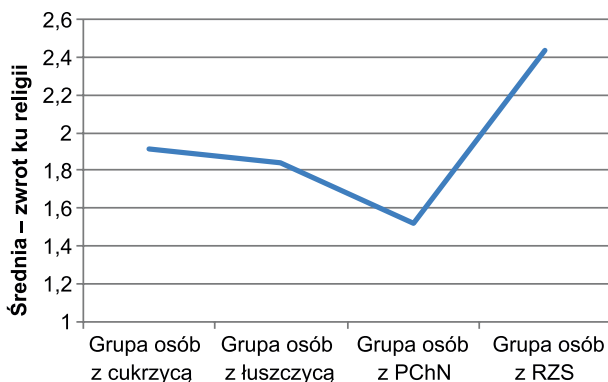
Ze względu na dużą liczbę strategii radzenia sobie ze stresem choroby uwzględnionych w badaniach, wykresy 7.18–7.22 prezentują jedynie średnie wyniki tych zmiennych, w obrębie których uzyskano statystycznie istotne różnice.



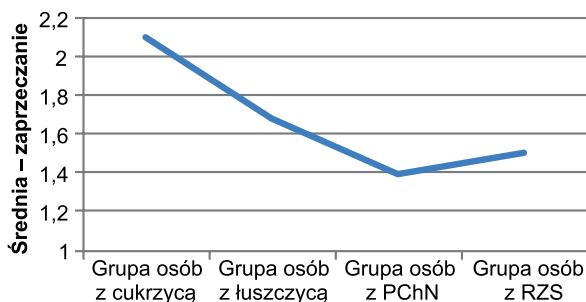
Wykres 7.18. Strategie radzenia sobie z chorobą polegające na planowaniu działań
Źródło: opracowanie własne.



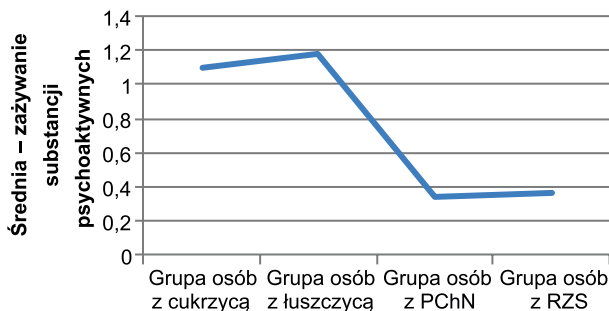
Wykres 7.19. Strategie radzenia sobie z chorobą polegające na akceptacji
Źródło: opracowanie własne.



Wykres 7.20. Strategie radzenia sobie z chorobą polegające na zwróceniu się ku religii
Źródło: opracowanie własne.



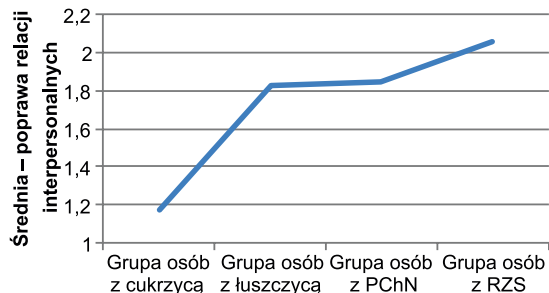
Wykres 7.21. Strategie radzenia sobie z chorobą polegające na zaprzeczaniu
Źródło: opracowanie własne.



Wykres 7.22. Strategie radzenia sobie z chorobą polegające na zażywaniu substancji psychoaktywnych
Źródło: opracowanie własne.

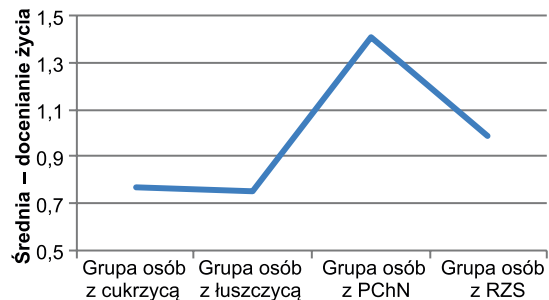
Analizując różnice dotyczące spostrzeganych przez osoby chore korzyści psychospołecznych (tabela 7.2) wynikających ze stanu zdrowia, można zauważyć, że dotyczą one najsilniej ($\eta^2 = 0,06$) doceniania własnego życia, zaś najslabiej – zmian w filozofii życiowej ($\eta^2 = 0,02$). Pozostałe różnice odnoszą się do poprawy relacji interpersonalnych ($\eta^2 = 0,04$) i wzrostu sił życiowych ($\eta^2 = 0,03$). Niemniej jednak, wartości siły efektu są niewielkie.

Najmniej korzyści polegających na poprawie relacji z innymi ludźmi dostrzegają chorzy na cukrzycę. Pozostałe grupy uzyskały w obrębie tej zmiennej wyższy, porównywalny wynik. Zdecydowanie najsilniej swoje życie zaczęły doceniać, w wyniku choroby, osoby cierpiące na PChN. Pozostałe grupy chorych uzyskały wyniki istotnie niższe, porównywalne ze sobą. Co do zmiany filozofii życiowej i wzrostu sił wewnętrznych, to największe różnice występują między osobami z cukrzycą i PChN – te ostatnie uzyskały najwyższe wyniki. Graficzną prezentację istotnych wyników w zakresie korzyści psychospołecznych przedstawiają wykresy 7.23–7.26.



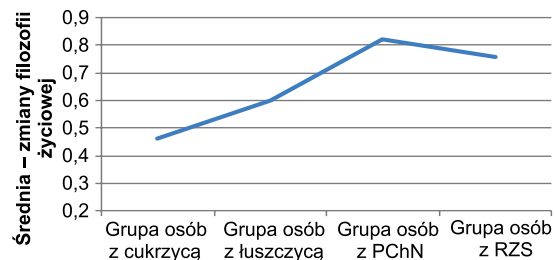
Wykres 7.23. Poprawa relacji interpersonalnych

Źródło: opracowanie własne.



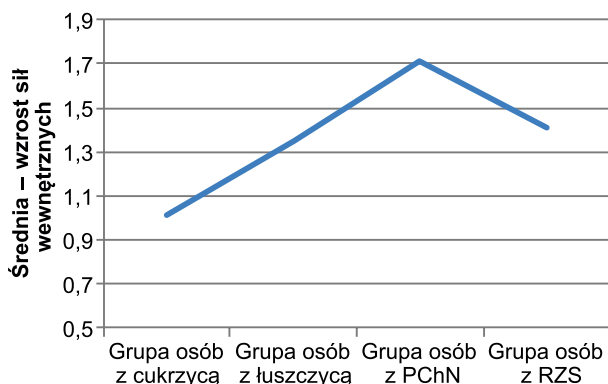
Wykres 7.24. Docenianie życia w wyniku choroby

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 7.25. Zmiana filozofii życiowej w wyniku choroby

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 7.26. Wzrost sił wewnętrznych w wyniku choroby

Źródło: opracowanie własne.

Uogólniając powyższe wyniki, można stwierdzić, że osoby chore na cukrzycę charakteryzuje najsłabsze przekonanie o odnalezieniu sensu w życiu. Odnośnie do strategii radzenia sobie ze stresem choroby grupa ta najczęściej zaprzecza i nie akceptuje zaistniałej sytuacji. Chorzy na cukrzycę istotnie częściej niż osoby z PChN i RZS w sytuacji stresu spowodowanego schorzeniem sięgają po substancje psychoaktywne. Grupa ta dostrzega najmniej korzyści ze swojej choroby.

Osoby chore na łuszczycę deklarują odnalezienie sensu życia, często planują swoje działania w celu poradzenia sobie ze stresem choroby oraz, podobnie jak zmagający się z cukrzycą, sięgają po substancje psychoaktywne (statystycznie istotnie częściej w porównaniu z cierpiącymi na PChN i RZS). Spośród korzyści wynikających z choroby dostrzegają, przede wszystkim, tę polegającą na poprawie relacji z innymi ludźmi.

Osoby zmagające się z PChN osiągnęły stosunkowo niskie wyniki odnośnie do odnalezienia i poszukiwania sensu w życiu. Niskie wyniki uzyskały również w strategiach polegających na planowaniu działania, szukaniu ulgi w religii, zaprzeczaniu i zażywaniu substancji psychoaktywnych. Co jednak ciekawe, badana grupa chorych na PChN dostrzega najwięcej korzyści psychospołecznych ze swojej choroby – oprócz poprawy relacji z innymi ludźmi, istotnie bardziej docenia swoje życie, dostrzega wzrost sił wewnętrznych oraz zmianę swojej filozofii życiowej.

Osoby zmagające się z RZS uzyskały najwyższe wyniki w zakresie znalezienia oraz poszukiwania sensu życia. Istotnie częściej planują swoje postępowanie w obliczu choroby oraz istotnie najsilniej akceptują stres z nią związany. Również najwyższe wyniki osiągnęły w strategii zwrot ku religii, co oznacza, że istotnie częściej, w sytuacji stresu związanego z chorobą, szukają ulgi na przykład w modlitwie. Grupa ta najrzadziej sięga po substancje psychoaktywne i zaprzecza (podobnie jak chorzy na PChN). Podobnie jak chorzy na łuszczycę, spośród korzyści wynikających z choroby dostrzegają, przede wszystkim, poprawę relacji z innymi ludźmi.

Rozdział 8. Całościowa analiza modelu badań

Po przeanalizowaniu poziomu zmiennych składających się na poznawczy obraz choroby i zasoby pozytywne, a wcześniej przystosowania do choroby w badanych grupach osób chorych, kolejny etap postępowania statystycznego odnosi się do poznania wzajemnych powiązań między tymi zmiennymi.

8.1. Wielowymiarowość zmiennych w przyjętym modelu teoretycznym dla wszystkich osób badanych

W celu przetestowania modelu strukturalnego przeprowadzono modelowanie równań strukturalnych metodą PLS. Jednocześnie zbudowano model konfirmacyjnej analizy czynnikowej (CFA) z trzema zmiennymi niezależnymi i zmiennymi zależnymi, między którymi pośredniczyły również trzy zmienne. I tak, w pierwszej kolejności w celu zidentyfikowania wskaźników zmiennych niezależnych, mediatorów i zmiennych zależnych przeprowadzono serię analiz czynnikowych wykonanych metodą głównych składowych z ortogonalną rotacją VARIMAX. Wszystkie analizy uzyskały zbieżność wyników w mniej niż ośmiu iteracjach algorytmu.

Przystosowanie do choroby (zmienna objaśniana)

Eksploracyjna analiza czynnikowa (EFA) weryfikująca wymiarowość zmiennych składających się na **przystosowanie do choroby** wykazała, że miara KMO wynosi 0,84, co oznacza, że dane pozwalają na redukcję zmiennych do mniejszej liczby czynników. Test sferyczności Bartletta wykazał, iż testowane zmienne są ze sobą istotnie skorelowane ($\chi^2(171) = 1818,62$; $p < 0,01$). Całkowita wyjaśniona wariancja przez wyodrębnione trzy czynniki wynosiła 43,6%. Czynniki 1, który nazwano **zadowoleniem z życia**, wyjaśnia 16,76% zmienności wyniku i składają się na niego wszystkie zmienne mierzące właśnie zadowolenie z życia. Czynniki 2 (wyjaśniający 16, 31% zmienności wyniku) określony został mianem **symptomy negatywne**, jako że konstytuują go zmienne takie, jak: symptomy somatyczne,

lęk i bezsenność, zaburzenia funkcjonowania, depresja, anhedonia oraz afekt pozytywny (z ujemnym znakiem). Na czynnik trzeci, **akceptację choroby**, składają się akceptacja choroby i akceptacja życia z chorobą. Wyjaśnia on 10,54% zmienności wyniku (tabela 8.1).

Tabela 8.1. Wymiarowość zmiennych przystosowania do choroby

	Przystosowanie do choroby		
	Czynniki		
	1	2	3
Zadowolenie z finansów	0,65	-0,25	-0,09
Zadowolenie z własnej osoby	0,65	-0,27	0,32
Zadowolenie z mieszkania	0,62	0,02	0,08
Zadowolenie z czasu wolnego	0,62	-0,14	-0,05
Zadowolenie z dzieci	0,61	0,12	0,19
Zadowolenie z pracy i zawodu	0,6	-0,29	0,09
Zadowolenie z przyjaciół, krewnych i znajomych	0,6	-0,18	0,28
Zadowolenie ze związku/małżeństwa	0,55	-0,04	-0,01
Zadowolenie z seksu	0,52	-0,12	0,00
Zadowolenie ze zdrowia	0,25	-0,64	0,17
Symptomy somatyczne	-0,06	0,77	-0,02
Lęk i bezsenność	-0,12	0,77	-0,08
Zaburzenia funkcjonowania	-0,05	0,72	-0,09
Depresja	-0,25	0,50	-0,30
Afekt negatywny	-0,18	0,30	-0,24
Anhedonia/przyjemność	-0,20	0,28	-0,27
Afekt pozytywny	0,25	-0,30	0,25
Akceptacja choroby	-0,01	-0,03	0,79
Akceptacja życia z chorobą	0,14	-0,24	0,72

Źródło: opracowanie własne.

Poznawcza reprezentacja choroby (zmienna objaśniająca)

Analiza czynnikowa weryfikująca wymiarowość zmiennych składających się na **poznawczą reprezentację choroby** wykazała, że miara KMO wyniosła 0,73, co znaczyło, że dane również pozwalają na redukcję zmiennych do mniejszej liczby czynników. Test sferyczności Bartletta wykazał, że testowane zmienne są ze sobą istotnie skorelowane ($\chi^2(105) = 1927,70$; $p < 0,01$). Całkowita wyjaśniona wariancja

przez wyodrębnione trzy czynniki wyniosła 52,57%. Na czynnik pierwszy (wyjaśniający 18,86% zmienności wyniku), **cechy choroby**, składają się: konsekwencje choroby, emocjonalna reprezentacja choroby, choroba oceniana jako mająca znaczenie, cykliczność objawów i czas trwania choroby (chroniczność/ostrość). Czynnik drugi, nazwany **ocena i tożsamość choroby**, konstituowany jest przez takie zmienne, jak: spostrzeganie choroby jako wartości, korzyści, przeszkody/straty, zagrożenia, krzywdy, wyzwania oraz identyfikacja objawów, czyli czynnik najmniej jednolity, który odzwierciedla, najogólniej ujmując, stopień przyznania znaczenia chorobie. Czynnik ten odpowiada za 17,98% obserwowanej zmienności. Czynnik trzeci, **kontrola i znaczenie choroby**, tworzą zmienne takie jak skuteczność leczenia, koherencja i kontrola osobista. Odpowiada on za 10,54% obserwowanej zmienności (tabela 8.2).

Tabela 8.2. Wymiarowość zmiennych poznawczej reprezentacji choroby

	Poznawcza reprezentacja choroby		
	Czynniki		
	1	2	3
Konsekwencje choroby	0,75	0,18	-0,04
Emocjonalna reprezentacja choroby	0,73	0,14	-0,10
Choroba jako znaczenie	0,61	0,27	-0,13
Cykliczność objawów	0,58	0,00	0,20
Czas trwania choroby (chroniczność/ostrość)	0,50	-0,16	-0,09
Choroba jako Wartość	-0,07	0,76	0,21
Choroba jako Korzyść	-0,20	0,71	-0,17
Choroba jako Przeszkoda/strata	0,52	0,64	-0,23
Choroba jako Zagrożenie	0,53	0,63	-0,08
Choroba jako Krzywda	0,27	0,58	-0,25
Choroba jako Wyzwanie	0,17	0,51	0,34
Identyfikacja objawów	0,22	0,27	-0,11
Skuteczność leczenia	0,03	-0,08	0,87
Koherencja	-0,10	-0,08	0,82
Kontrola osobista	-0,13	0,00	0,73

Źródło: opracowanie własne.

Zmienne pośredniczące – zasoby pozytywne

Ostatnia analiza czynnikowa weryfikująca wymiarowość **zmiennych pośredniczących** wykazała, że miara KMO wyniosła 0,78, czyli dane pozwalają na redukcję zmiennych do mniejszej liczby czynników. Test sferyczności Bartletta wykazał,

że testowane zmienne są ze sobą istotnie skorelowane ($\chi^2(171) = 2333,25$; $p < 0,01$). Całkowita wyjaśniona wariancja przez wyodrębnione trzy czynniki wynosiła 47,38% (kolejno dla poszczególnych czynników jest to 19,07%, 16,81%, 11,50%). Wyodrębnione czynniki to – czynnik pierwszy, czyli **adaptacyjne radzenie sobie i sens życia** (składają się na niego: planowanie, pozytywne przewartościowanie, aktywne radzenie sobie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, zajmowanie się czymś innym, poszukiwanie sensu, obecność sensu w życiu, akceptacja i zwrot ku religii). Czynnik drugi to **korzyści psychospołeczne**, które konstytuują zmianę filozofii życiowej, poprawa relacji interpersonalnych, wzrost sił wewnętrznych, docenianie życia i pozytywny wpływ na innych. Ostatni, trzeci czynnik, określony został mianem **nieadaptacyjne radzenie sobie**, jako że zawiera: zaprzestanie działań, zaprzeczanie, obwinianie siebie i zażywanie substancji psychoaktywnych (tabela 8.3).

Tabela 8.3. Wymiarowość zmiennych pośredniczących

	Zasoby pozytywne		
		Czynniki	
	1	2	3
Planowanie	0,80	-0,12	-0,05
Pozytywne przewartościowanie	0,74	-0,09	0,17
Aktywne radzenie sobie	0,72	-0,10	-0,06
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,66	0,07	0,13
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,58	0,09	0,15
Zajmowanie się czymś innym	0,53	-0,05	0,28
Poszukiwanie sensu	0,53	0,16	-0,02
Obecność sensu w życiu	0,50	0,16	-0,12
Akceptacja	0,42	0,05	0,01
Zwrot ku religii	0,32	0,12	0,14
Zmiana filozofii życiowej	0,11	0,84	-0,02
Poprawa relacji interpersonalnych	0,16	0,81	-0,11
Wzrost sił wewnętrznych	0,15	0,78	-0,10
Docenianie życia	-0,10	0,75	0,07
Pozytywny wpływ na innych	-0,01	0,73	-0,01
Zaprzestanie działań	-0,10	-0,02	0,79
Zaprzeczanie	0,10	0,00	0,75
Obwinianie siebie	0,26	0,00	0,62
Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,04	-0,08	0,57

Źródło: opracowanie własne.

Pomiary testowe a zmienne latentne u wszystkich chorych

Model pomiarowy jest w całości modelem refleksywnym¹ (rysunek 8.1). Poszczególne cechy latentne (zmienne) są odzwierciedlone przez korespondujące z nimi pomiary testowe. Analiza współczynników modelu wykazała, że model jest zadowalająco dopasowany do danych SRMR = 0,080 (Hu, Bentler, 1999), rMS Theta = 0,12 (Henseler i wsp., 2014). Tabela 8.4 przedstawia wpływ cech latentnych na zebrane pomiary, zaś tabela 8.5 przedstawia miary rzetelności alfa Cronbacha (wynik powyżej 0,7 wskazuje na akceptowalną rzetelność), miary rzetelności kompozytywnej (wynik powyżej 0,7 wskazuje na akceptowalną rzetelność) oraz miarę dyskryminacji (wyniki powyżej 0,5 wskazują na wysoką moc dyskryminacyjną).

Tabela 8.4. Wyniki konfirmacyjnej analizy czynnikowej (CFA) przedstawiającej wpływ zmiennych latentnych na zebrane pomiary

Zmienna pomiarowa ← Zmienna latentna	Podsumowanie			95 PU	
	β	t	p	L	H
Kontrola osobista ← Kontrola i zrozumienie choroby	0,77	18,71	0,000	0,69	0,82
Czas trwania choroby ← Cechy choroby	0,34	3,40	0,000	0,16	0,49
Konsekwencje choroby ← Cechy choroby	0,79	18,85	0,000	0,71	0,84
Kontrola leczenia ← Kontrola i zrozumienie choroby	0,90	55,50	0,000	0,87	0,92
Koherencja ← Kontrola i zrozumienie choroby	0,84	31,17	0,000	0,80	0,88
Cykliczność objawów ← Cechy choroby	0,54	6,68	0,000	0,40	0,66
Emocjonalna reprezentacja choroby ← Cechy choroby	0,79	23,74	0,000	0,73	0,84
Zagrożenie ← Ocena i tożsamość choroby	0,82	32,80	0,000	0,78	0,86
Korzyść ← Ocena i tożsamość choroby	0,56	9,19	0,000	0,45	0,65
Przeszkoda/strata ← Ocena i tożsamość choroby	0,85	51,18	0,000	0,82	0,87
Wyzwanie ← Ocena i tożsamość choroby	0,37	3,50	0,000	0,18	0,52
Krzywdza ← Ocena i tożsamość choroby	0,75	19,81	0,000	0,68	0,81
Wartość ← Ocena i tożsamość choroby	0,51	6,16	0,000	0,36	0,62
Znaczenie < Cechy choroby	0,71	15,30	0,000	0,62	0,77
Afekt pozytywny ← Symptomy negatywne	-0,39	3,22	0,001	-0,56	-0,17

1 Model refleksywny (*reflective model*), inaczej odzwierciedlający – jeden z dwu, obok formatywnego, modeli pomiaru w modelowaniu strukturalnym. Polega na, w uproszczeniu, identyfikowaniu powiązań między czynnikami nieobserwowalnymi (Hoyle, 2012).

Tabela 8.4 cd.

Afekt negatywny <– Symptomy negatywne	0,49	5,49	0,000	0,34	0,63
Poprawa relacji interpersonalnych <– Korzyści psychospołeczne	0,84	21,59	0,000	0,78	0,88
Docenianie życia <– Korzyści psychospołeczne	0,73	8,65	0,000	0,59	0,82
Pozytywny wpływ na innych <– Korzyści psychospołeczne	0,65	8,88	0,000	0,53	0,76
Zmiana filozofii życiowej <– Korzyści psychospołeczne	0,83	21,03	0,000	0,77	0,87
Wzrost sił wewnętrznych <– Korzyści psychospołeczne	0,87	23,28	0,000	0,80	0,90
Akceptacja choroby <– Akceptacja choroby	0,86	21,60	0,000	0,78	0,91
Akceptacja życia z chorobą <– Akceptacja choroby	0,80	16,91	0,000	0,72	0,87
Symptomy somatyczne <– Symptomy negatywne	0,70	16,04	0,000	0,62	0,75
Lęk i bezsenność <– Symptomy negatywne	0,80	26,95	0,000	0,74	0,84
Zaburzenia funkcjonowania <– Symptomy negatywne	0,69	13,74	0,000	0,60	0,75
Depresja <– Symptomy negatywne	0,69	16,25	0,000	0,61	0,75
Zadowolenie z pracy i zawodu <– Zadowolenie z życia	0,52	2,40	0,008	0,04	0,75
Zadowolenie z finansów <– Zadowolenie z życia	0,44	1,60	0,055	0,01	0,88
Zadowolenie z własnej osoby <– Zadowolenie z życia	0,71	2,44	0,007	-0,06	0,91
Zadowolenie z przyjaciół, krewnych i znajomych <– Zadowolenie z życia	0,78	2,95	0,002	0,27	0,92
Zadowolenie z mieszkania <– Zadowolenie z życia	0,82	3,24	0,001	0,23	0,94
Zadowolenie ze związku/małżeństwa <– Zadowolenie z życia	0,37	2,31	0,010	0,06	0,59
Zadowolenie z seksu <– Zadowolenie z życia	0,65	2,60	0,005	-0,03	0,79
Aktywne radzenie sobie <– Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	0,79	14,82	0,000	0,70	0,84
Planowanie <– Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	0,84	20,64	0,000	0,78	0,87
Pozytywne przewartościowanie <– Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	0,77	18,86	0,000	0,71	0,81
Akceptacja <– Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	0,44	6,34	0,000	0,32	0,54

Zwrot ku religii <– Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	0,27	3,03	0,001	0,12	0,41
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego <– Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	0,57	6,71	0,000	0,42	0,69
Poszukiwani wsparcia instrumentalnego <– Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	0,67	10,98	0,000	0,56	0,75
Zajmowanie się czymś innym <– Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	0,56	8,30	0,000	0,45	0,66
Zaprzeczanie <– Nieadaptacyjne radzenie sobie	0,76	15,34	0,000	0,67	0,83
Zażywanie substancji psychoaktywnych <– Nieadaptacyjne radzenie sobie	0,57	6,39	0,000	0,40	0,69
Zaprzestanie działań <– Nieadaptacyjne radzenie sobie	0,73	11,90	0,000	0,62	0,82
Obwinianie siebie <– Nieadaptacyjne radzenie sobie	0,72	10,28	0,000	0,59	0,80
Identyfikacja objawów <– Ocena i tożsamość choroby	0,39	5,38	0,000	0,26	0,50

Oznaczenia: β – współczynnik wpływu Beta; t – wartość testu t ; p – poziom istotności statystycznej; L – RMSEA LO; H – RMSEA HI; PU – przedział ufności dla parametru RMSEA.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8.5. Wyniki analizy rzetelności dla wyodrębnionych wymiarów

	<i>alfa Cronbacha</i>	Rzetelność kompozytowa	<i>AVE</i>
Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	0,78	0,84	0,41
Akceptacja choroby	0,55	0,82	0,69
Cechy choroby	0,67	0,78	0,43
Kontrola i zrozumienie choroby	0,79	0,88	0,70
Korzyści psychospołeczne	0,85	0,89	0,62
Nieadaptacyjne radzenie sobie	0,66	0,79	0,49
Ocena i tożsamość choroby	0,75	0,81	0,40
Symptomy negatywne	0,57	0,71	0,41
Zadowolenie z życia	0,74	0,81	0,40

Oznaczenia: *alfa Cronbacha* – współczynnik rzetelności alfa Cronbacha; *AVE* – miara dyskryminacji.

Źródło: opracowanie własne.

Omawiając testowany model, w pierwszej kolejności zaprezentowano analizę kierunkowych relacji między zmiennymi, następnie zaś ogólne efekty pośredniczące i, na końcu, specyficzne efekty pośredniczące.

Analiza współczynników wpływu β w testowanym modelu strukturalnym wykazała, że wraz ze wzrostem poziomu adaptacyjnego radzenia sobie i sensu życia mała poziom zadowolenia z życia $\beta = -0,22$, $t = 1,46$; $p = 0,073$ (jest to jednak wynik na granicy tendencji statystycznej). Wykazano, że wraz z nasileniem w obrębie zmiennej „cechy choroby” wzrasta adaptacyjne radzenie sobie i sens życia ($\beta = 0,18$, $t = 2,33$; $p < 0,01$) oraz nasilenie symptomów negatywnych ($\beta = 0,21$, $t = 4,26$; $p < 0,001$). Kolejna analiza wykazała, że wzrost poziomu kontroli i zrozumienia choroby powoduje wzrost adaptacyjnego radzenia sobie i poziomu sensu życia ($\beta = 0,23$, $t = 3,5$; $p < 0,001$) oraz akceptacji choroby ($\beta = 0,11$, $t = 2,31$; $p < 0,001$), wpływa ponadto na spadek nasilenia odczuwanych symptomów negatywnych ($\beta = -0,22$, $t = 3,94$; $p < 0,001$).

Nasilenie korzyści psychospołecznych powoduje wzrost poziomu akceptacji choroby ($\beta = 0,11$, $t = 1,9$; $p < 0,05$). Kolejno, nieadaptacyjne radzenie sobie wywołuje nasilenie symptomów negatywnych ($\beta = 0,24$, $t = 3,34$; $p < 0,001$). Ostatnia analiza wykazała, że wraz ze wzrostem wyników w obrębie zmiennej „ocena i tożsamość” mała poziom akceptacji choroby, a wzrastał poziom korzyści psychospołecznych ($\beta = 0,19$, $t = 2,39$; $p < 0,01$), nieadaptacyjnego radzenia sobie ($\beta = 0,23$, $t = 3,42$; $p < 0,001$) i odczuwania symptomów negatywnych ($\beta = 0,22$, $t = 3,96$; $p < 0,001$). Nie wykazano żadnych innych istotnych relacji między zmiennymi. Uzyskane rezultaty przedstawiono w tabeli 8.6 i na rysunku 8.1.

Podsumowując, silne przekonanie o chroniczności i nawrotowości choroby oraz jej niekorzystnych konsekwencjach nasila tendencję do angażowania się w adaptacyjne sposoby (strategie) radzenia sobie ze schorzeniem i poczucie sensu życia. Jednocześnie jednak wiąże się z eskalacją symptomów negatywnych (m.in. lękiem, depresją, anhedonią, problemami w codziennym funkcjonowaniu). Również, wraz ze zrozumieniem jej istoty i przekonaniem o możliwościach wpływania na jej przebieg, wzrasta korzystanie z adaptacyjnych sposobów poradzenia sobie i poczucie sensu życia oraz akceptacja choroby i życia z nią. Zrozumienie choroby obniża intensywność odczuwanych negatywnych symptomów.

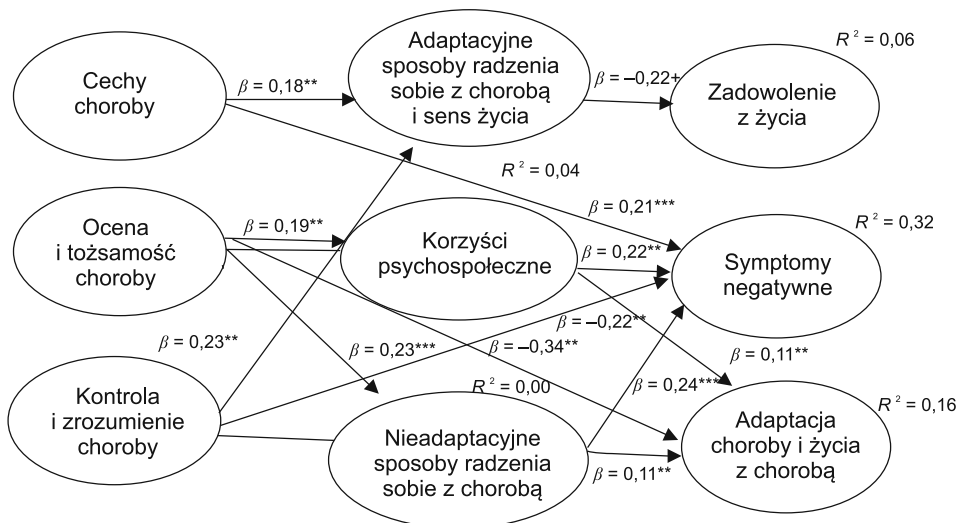
Tabela 8.6. Współczynniki podsumowujące wszystkie siły wpływów w testowanym modelu

	Współczynniki modelu			95 PU	
	β	t	p	D	G
Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Akceptacja choroby	0,09	1,38	0,084	-0,02	0,19
Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Symptomy negatywne	-0,06	0,87	0,191	-0,17	0,06
Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Zadowolenie z życia	-0,22	1,46	0,073	-0,31	0,25
Cechy choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	0,18	2,33	0,010	0,05	0,30
Cechy choroby → Akceptacja choroby	0,02	0,35	0,363	-0,08	0,10

Cechy choroby → Korzyści psychospołeczne	0,04	0,53	0,297	-0,07	0,15
Cechy choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie	-0,09	1,25	0,105	-0,20	0,03
Cechy choroby → Symptomy negatywne	0,21	4,26	0,000	0,13	0,29
Cechy choroby → Zadowolenie z życia	-0,03	0,56	0,286	-0,16	0,03
Kontrola i zrozumienie choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	0,23	3,85	0,000	0,14	0,33
Kontrola i zrozumienie choroby → Akceptacja choroby	0,11	2,31	0,010	0,03	0,19
Kontrola i zrozumienie choroby → Korzyści psychospołeczne	0,08	1,07	0,143	-0,04	0,19
Kontrola i zrozumienie choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie	-0,07	1,07	0,143	-0,18	0,03
Kontrola i zrozumienie choroby → Symptomy negatywne	-0,22	3,94	0,000	-0,30	-0,12
Kontrola i zrozumienie choroby → Zadowolenie z życia	0,04	0,67	0,252	-0,05	0,17
Korzyści psychospołeczne → Akceptacja choroby	0,11	1,90	0,029	0,01	0,20
Korzyści psychospołeczne → Symptomy negatywne	0,01	0,26	0,398	-0,07	0,10
Korzyści psychospołeczne → Zadowolenie z życia	0,02	0,23	0,409	-0,08	0,22
Nieadaptacyjne radzenie sobie → Akceptacja choroby	-0,05	0,92	0,179	-0,15	0,04
Nieadaptacyjne radzenie sobie → Symptomy negatywne	0,24	3,34	0,000	0,12	0,36
Nieadaptacyjne radzenie sobie → Zadowolenie z życia	0,00	0,07	0,473	-0,08	0,07
Ocena i tożsamość choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	-0,06	0,59	0,278	-0,23	0,11
Ocena i tożsamość choroby → Akceptacja choroby	-0,34	5,03	0,000	-0,44	-0,22
Ocena i tożsamość choroby → Korzyści psychospołeczne	0,19	2,39	0,008	0,06	0,31
Ocena i tożsamość choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie	0,23	3,42	0,000	0,12	0,34
Ocena i tożsamość choroby → Symptomy negatywne	0,22	3,96	0,000	0,13	0,31
Ocena i tożsamość choroby → Zadowolenie z życia	-0,07	1,06	0,146	-0,17	0,03

Oznaczenia: β – współczynnik Beta; t – wartość testu t ; p – poziom istotności statystycznej; L – RMSEA LO; H – RMSEA HI; PU – przedział ufności dla parametru RMSEA.

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 8.1. Testowany model badań własnych dla wszystkich badanych osób łącznie
 Oznaczenia: β – współczynnik Beta; R^2 – stopień dopasowania do danych; + $p < 0,10$, * $p < 0,05$,
 ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Źródło: opracowanie własne.

Analiza ogólnych efektów pośredniczących pokazała, że adaptacyjne radzenie sobie i sens życia, korzyści psychospołeczne oraz nieadaptacyjne radzenie sobie istotnie pośredniczą między kontrolą i zrozumieniem choroby a akceptacją choroby ($\beta = 0,03$ Ci (0,00–0,07), $t = 1,66$; $p < 0,05$). Innymi słowy, wzmacniają one relację między kontrolą i zrozumieniem choroby a akceptacją choroby. Dalsza analiza wykazała drugi efekt mediujący między oceną i tożsamością choroby a zadowoleniem z życia ($\beta = 0,06$ Ci (0,03–0,11), $t = 2,42$; $p < 0,01$) – wymienione czynniki mediujące wzmacniają relację między oceną i tożsamością choroby a symptomami negatywnymi (okazały się więc czynnikami supresyjnymi). Ze względu na utrzymujący się istotny wpływ zmiennych niezależnych na badane zmienne zależne w obu przypadkach zachodzi efekt mediacji częściowej. Wyniki ogólnych efektów pośredniczących przedstawia tabela A4 zamieszczona w Aneksie.

Analiza specyficznych efektów pośredniczących wykazała, że nieadaptacyjne radzenie sobie z chorobą pośredniczy istotnie między oceną i tożsamością choroby a symptomami negatywnymi ($\beta = 0,05$ Ci (0,02–0,10), $t = 2,39$; $p < 0,01$). Wzmacnia ono wpływ zmiennej „ocena i tożsamość choroby” na poziom symptomów negatywnych. Rezultaty przedstawia tabela A4 zamieszczona w Aneksie.

8.2. Modele przystosowania w badanych grupach chorych

Kolejnym etapem postępowania było przetestowanie modelu badań własnych w grupach osób chorych, innymi słowy, uwzględnienie we wspomnianym modelu rodzaju choroby. Analiza współczynników dopasowania wykazała, że testowane modele w podgrupach chorych były umiarkowanie dobrze dopasowane do danych $SRMR = 0,11\text{--}0,14$ (Hu, Bentler, 1999), $rMS\ Theta = 0,14\text{--}0,17$ (Henseler i wsp., 2014). Tabela 8.7 przedstawia współczynniki dopasowania dla każdej z analizowanych grup, zaś tabela 8.8 miary rzetelności alfa Cronbacha (wynik powyżej 0,7 wskazuje na akceptowalną rzetelność), miary rzetelności kompozytowej (wynik powyżej 0,7 wskazuje na akceptowalną rzetelność) oraz miarę dyskryminacji (wyniki powyżej 0,5 wskazują na wysoką moc dyskryminacyjną pomiarów). W tabeli 8.9 przedstawiono współczynniki wyjaśnionej wariancji R^2 wraz z skorygowanymi odpowiednikami.

Tabela 8.7. Współczynniki dopasowania dla badanych grup osób z różnym rozpoznaniem

	RZS	Cukrzyca	PChN	Łuszczycza
<i>SRMR</i>	0,14	0,11	0,14	0,12
<i>rmsTheta</i>	0,17	0,14	0,17	0,15
<i>Chi-square</i>	2181,50	2106,85	2576,42	2286,46
<i>NFI</i>	0,27	0,39	0,26	0,33

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8.8. Wyniki dokładności pomiarowej skal i miar dyskryminacyjnych

	RZS			Cukrzyca			PChN			Łuszczycza		
	α	RC	(AVE)	α	RC	(AVE)	α	RC	(AVE)	α	RC	(AVE)
Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	0,81	0,84	0,42	0,78	0,84	0,43	0,83	0,87	0,45	0,67	0,77	0,32
Akceptacja choroby	0,56	0,82	0,69	0,53	0,81	0,68	0,53	0,79	0,66	0,61	0,80	0,67
Cechy choroby	0,67	0,76	0,42	0,67	0,77	0,44	0,43	0,67	0,31	0,75	0,82	0,49
Kontrola i zrozumienie choroby	0,76	0,86	0,68	0,79	0,88	0,70	0,78	0,87	0,70	0,83	0,90	0,74
Korzyści psychospołeczne	0,77	0,76	0,45	0,85	0,89	0,63	0,89	0,91	0,66	0,84	0,87	0,58

Tabela 8.8 cd.

Nieadaptacyjne radzenie sobie	0,35	0,65	0,36	0,73	0,83	0,55	0,61	0,44	0,27	0,66	0,79	0,49
Ocena i tożsamość choroby	0,74	0,79	0,41	0,78	0,83	0,45	0,68	0,40	0,21	0,79	0,85	0,46
Symptomy negatywne	0,49	0,71	0,46	0,59	0,73	0,37	0,58	0,65	0,42	0,61	0,75	0,43
Zadowolenie z życia	0,81	0,86	0,47	0,78	0,83	0,42	0,77	0,83	0,41	0,76	0,82	0,41

Oznaczenia: α – współczynnik rzetelności alfa Cronbacha; RC – rzetelność kompozytowa; AVE – miara dyskryminacji.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8.9. Wyniki współczynników wyjaśnionej wariancji

	RZS		Cukrzyca		PChN		Łuszczycza	
	R^2	ΔR^2	R^2	ΔR^2	R^2	ΔR^2	R^2	ΔR^2
Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	0,07	0,03	0,16	0,13	0,28	0,26	0,06	0,03
Akceptacja choroby	0,28	0,21	0,41	0,37	0,17	0,11	0,24	0,19
Korzyści psychospołeczne	0,10	0,06	0,05	0,03	0,07	0,04	0,11	0,08
Nieadaptacyjne radzenie sobie	0,10	0,06	0,20	0,17	0,10	0,07	0,12	0,10
Symptomy negatywne	0,66	0,63	0,30	0,26	0,46	0,42	0,35	0,31
Zadowolenie z życia	0,39	0,34	0,21	0,16	0,36	0,31	0,19	0,14

Oznaczenia: R^2 – współczynnik wyjaśnionej wariancji; ΔR^2 – skorygowane R^2 .

Źródło: opracowanie własne.

Współczynniki siły wpływów w testowanym modelu oddzielnie dla każdej grupy chorych przedstawione zostały w tabeli 8.10, zaś graficzną prezentację poszczególnych modeli prezentują rysunki 8.2–8.5.

Tabela 8.10. Współczynniki podsumowujące wszystkie siły wpływów w testowanym modelu oddzielnie dla każdej grupy chorych

	RZS (A)		Cukrzyca (B)		PChN (C)		Łuszczyca (D)		B vs. A		B vs. C		B vs. D		A vs. C		A vs. D		
	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	
Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Akceptacja choroby	0,48	0,009	0,05	0,325	-0,04	0,422	-0,10	0,207	0,345	0,961	0,168	0,052	0,586	0,965					
Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Symptomy negatywne	-0,16	0,060	-0,10	0,208	-0,08	0,345	0,24	0,020	0,506	0,359	0,973	0,623	0,090	0,010					
Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Zadowanie z życia	0,16	0,095	0,30	0,013	0,25	0,037	-0,04	0,386	0,378	0,208	0,042	0,691	0,932	0,872					
Cechy choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	0,08	0,400	0,48	0,003	0,05	0,365	0,23	0,076	0,035	0,114	0,100	0,469	0,198	0,322					
Cechy choroby → Akceptacja choroby	-0,05	0,374	0,05	0,335	0,13	0,220	-0,05	0,341	0,649	0,306	0,263	0,778	0,800	0,512					
Cechy choroby → Korzyści psychospołeczne	-0,20	0,239	-0,18	0,078	0,16	0,159	0,01	0,473	0,946	0,512	0,856	0,879	0,768	0,255					
Cechy choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie	-0,07	0,421	0,22	0,018	-0,24	0,134	-0,30	0,013	0,029	0,204	0,004	0,329	0,603	0,754					
Cechy choroby → Symptomy negatywne	0,19	0,086	0,15	0,090	0,26	0,049	0,17	0,066	0,732	0,590	0,552	0,644	0,706	0,548					
Cechy choroby → Zadowanie z życia	-0,27	0,048	0,12	0,248	-0,27	0,011	-0,26	0,026	0,040	0,046	0,046	0,467	0,458	0,494					
Kontrola i zrozumienie choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	0,28	0,074	0,07	0,251	0,44	0,001	-0,02	0,448	0,975	0,830	0,310	0,716	0,975	0,865					

Kontrola i zrozumienie choroby → Akceptacja choroby	0,00	0,489	0,14	0,036	0,05	0,383	0,20	0,053	0,325	0,209	0,684	0,581	0,227	0,165
Kontrola i zrozumienie choroby → Korzyści psychospołeczne	-0,01	0,464	0,11	0,122	0,16	0,208	0,15	0,091	0,592	0,260	0,604	0,752	0,523	0,201
Kontrola i zrozumienie choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie	-0,08	0,310	-0,23	0,012	0,11	0,264	-0,16	0,092	0,958	0,783	0,689	0,789	0,899	0,637
Kontrola i zrozumienie choroby → Symptomy negatywne	-0,22	0,008	-0,09	0,262	-0,24	0,068	-0,08	0,266	0,217	0,208	0,532	0,443	0,179	0,160
Kontrola i zrozumienie choroby → Zadowolenie z życia	0,00	0,487	0,16	0,090	0,19	0,096	0,22	0,057	0,583	0,184	0,650	0,828	0,444	0,121
Korzyści psychospołeczne → Akceptacja choroby	-0,10	0,230	0,30	0,000	0,14	0,113	-0,17	0,088	0,134	0,009	0,002	0,906	0,958	0,667
Korzyści psychospołeczne → Symptomy negatywne	0,03	0,397	-0,10	0,184	0,15	0,129	-0,03	0,367	0,934	0,799	0,667	0,786	0,874	0,676
Korzyści psychospołeczne → Zadowolenie z życia	0,04	0,393	0,25	0,006	-0,28	0,048	-0,05	0,369	0,062	0,116	0,047	0,404	0,581	0,674
Nieadaptacyjne radzenie sobie → Akceptacja choroby	-0,12	0,188	-0,16	0,054	0,32	0,097	0,16	0,124	0,972	0,587	0,974	0,951	0,701	0,073
Nieadaptacyjne radzenie sobie → Symptomy negatywne	0,32	0,011	0,42	0,013	0,22	0,080	0,18	0,060	0,218	0,325	0,139	0,328	0,609	0,802
Nieadaptacyjne radzenie sobie → Zadowolenie z życia	-0,24	0,172	-0,17	0,046	-0,15	0,231	-0,25	0,022	0,540	0,349	0,282	0,640	0,677	0,493

Ocena i tożsamość choroby -> Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia	0,05	0,448	-0,41	0,014	-0,15	0,273	0,02	0,449	0,790	0,840	0,946	0,340	0,304	0,534
Ocena i tożsamość choroby -> Akceptacja choroby	-0,17	0,196	-0,49	0,000	-0,30	0,056	-0,31	0,007	0,814	0,918	0,854	0,302	0,501	0,731
Ocena i tożsamość choroby -> Korzyści psychospo- feczne	0,42	0,087	0,29	0,088	-0,13	0,295	0,28	0,028	0,095	0,670	0,471	0,084	0,074	0,708
Ocena i tożsamość choroby -> Nieadaptacyjne radzenie sobie	0,33	0,199	0,15	0,119	0,33	0,135	0,31	0,007	0,771	0,721	0,829	0,486	0,593	0,574
Ocena i tożsamość choroby -> Symptomy negatywne	0,37	0,011	0,05	0,379	0,28	0,065	0,33	0,002	0,833	0,919	0,911	0,361	0,419	0,573
Ocena i tożsamość choroby -> Zadawolenie z życia	-0,29	0,045	-0,08	0,315	-0,08	0,325	-0,04	0,374	0,507	0,183	0,579	0,812	0,431	0,124

Oznaczenia: β – współczynnik Beta, p – poziom istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

W pierwszej kolejności skoncentrowano się na różnicach między grupami chorych pod względem siły i kierunku relacji między zmiennymi. Analiza współczynników wpływu β w testowanym modelu strukturalnym (tabela 8.10) wykazała, że w grupie osób cierpiących na RZS (rysunek 8.2) wraz ze wzrostem adaptacyjnego radzenia sobie wzrasta poziom akceptacji choroby ($\beta = 0,48$; $p < 0,01$). Wpływ ten istotnie różnił się siłą, i kierunkiem od analogicznej (aczkolwiek nieistotnej) relacji w grupie chorych na PChN (rysunek 8.4). Dalsza analiza wykazała, że w grupie chorych na RZS wraz ze wzrostem adaptacyjnego radzenia sobie maleją symptomy negatywne ($\beta = -0,16$; $p = 0,06$), a w grupie osób z łuszczycą (rysunek 8.5), co ciekawe, istotnie wzrastają ($\beta = 0,24$; $p < 0,05$). Różnica między siłą i kierunkiem tych relacji jest istotna.

Kolejno, okazało się, że wraz ze wzrostem adaptacyjnego radzenia sobie wzrasta zadowolenie z życia w grupie osób z cukrzycą ($\beta = 0,30$; $p < 0,01$) i PChN ($\beta = 0,25$; $p < 0,01$), przy czym siła wpływu w tej grupie chorych była istotnie wyższa (rysunek 8.3). Dalsza analiza wykazała, że wraz ze wzrostem cech choroby, u osób chorych na cukrzycę wzrasta poziom adaptacyjnego radzenia sobie i sensu życia ($\beta = 0,48$; $p < 0,01$); wpływ ten był istotnie wyższy niż w grupie cierpiących na PChN. Wraz z nasileniem w obrębie zmiennej obejmującej cechy choroby wzrasta również nieadaptacyjne radzenie sobie w grupie chorych na cukrzycę ($\beta = 0,22$; $p < 0,01$) i maleje w grupie chorych na łuszczycę ($\beta = -0,30$; $p < 0,01$). Różnica między tymi grupami była istotna statystycznie. Dalsza analiza wykazała, że w grupie osób z PChN wraz z nasileniem cech choroby nasilają się symptomy negatywne ($\beta = 0,26$; $p < 0,01$). Z kolei, w grupie osób z RZS, PChN i łuszczycą wraz ze wzrostem cech choroby maleje poziom zadowolenia z życia ($\beta = -0,27$; $p < 0,01$, $\beta = -0,27$; $p < 0,01$, $\beta = -0,26$; $p < 0,01$). Wyniki te różnią się siłą i kierunkiem od rezultatu uzyskanego w grupie chorych na cukrzycę (w której jednak zanotowano brak istotności statystycznej).

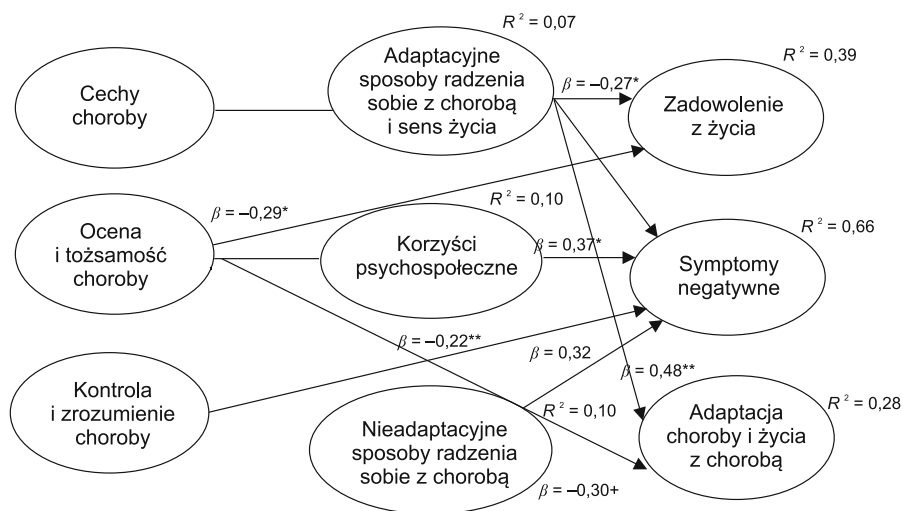
W grupie osób z PChN wraz z nasileniem przekonania o posiadaniu kontroli i zrozumieniu choroby wzrasta poziom adaptacyjnego radzenia sobie oraz sensu życia ($\beta = 0,44$; $p < 0,01$). Natomiast, co ciekawe i jednocześnie bardziej zrozumiałe, w grupach chorych na cukrzycę i łuszczycę wraz z nasileniem poziomu kontroli i zrozumienia choroby wzrasta poziom jej akceptacji ($\beta = 0,14$; $p < 0,05$, $\beta = 0,20$; $p = 0,053$). Z kolei w grupie osób z cukrzycą nasilenie kontroli i zrozumienia choroby wiąże się z obniżaniem się poziomu nieadaptacyjnego radzenia sobie ($\beta = -0,23$; $p < 0,05$). W grupie osób z RZS wraz z nasileniem poziomu kontroli i zrozumienia choroby maleje nasilenie symptomów negatywnych ($\beta = -0,22$; $p < 0,01$). W grupie chorych na łuszczycę wraz z nasileniem poziomu kontroli i zrozumienia choroby wzrasta poziom zadowolenia z życia ($\beta = 0,22$; $p = 0,057$).

Wyniki przeprowadzonej analizy pokazały, że w grupie chorych na cukrzycę wraz ze wzrostem korzyści psychospołecznych wzrasta poziom akceptacji choroby ($\beta = 0,30$; $p < 0,001$). Siła tej zależności jest istotnie wyższa niż w grupie chorych na łuszczycę, w której zaobserwowano również inny kierunek ($\beta = -0,17$; $p < 0,085$). Z kolei, w grupie diabetyków wraz z nasilaniem się korzyści psychospołecznych wzrasta poziom zadowolenia z życia ($\beta = 0,25$; $p < 0,01$). Siła tego wpływu jest istotnie wyższa niż w grupach

chorych na PChN i łuszczycę. Również kierunek wpływu w tych dwu grupach był przeciwny – czyli wraz ze wzrostem korzyści psychospołecznych malało zadowolenie z życia (co jednak jest nieistotne statystycznie w grupie osób z łuszczycą, dla osób z PChN $\beta = -0,48$; $p < 0,001$).

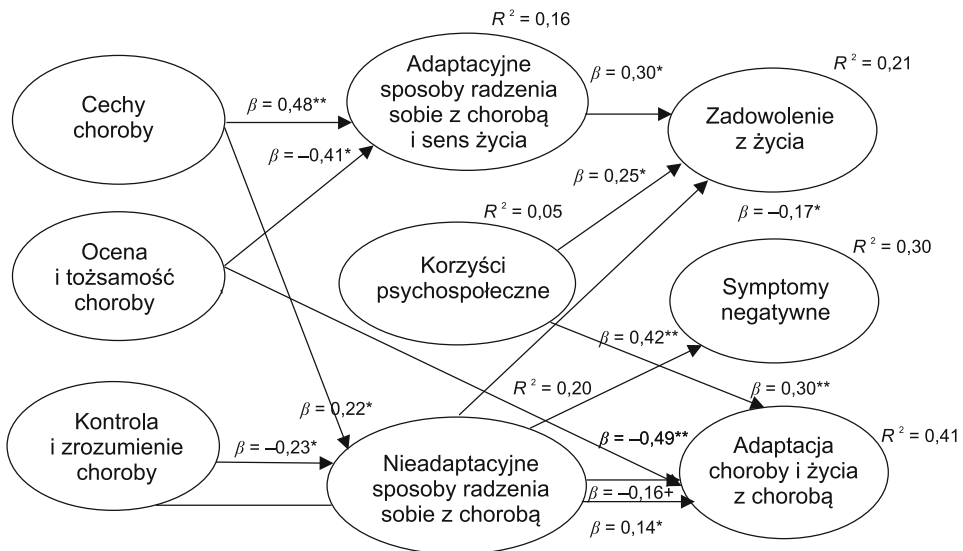
W grupie chorych na cukrzycę wraz ze wzrostem stosowania nieadaptacyjnego radzenia sobie maleje poziom akceptacji choroby ($\beta = -0,16$; $p = 0,054$). U badanych osób z RZS, cukrzycą oraz łuszczycą wraz ze wzrostem nieadaptacyjnego radzenia sobie nasilają się odczuwane symptomy negatywne ($\beta = 0,32$; $p < 0,05$, $\beta = 0,42$; $p < 0,05$, $\beta = 0,18$; $p = 0,06$). W grupie chorych na cukrzycę i łuszczycę wraz ze wzrostem poziomu nieadaptacyjnego radzenia sobie maleje poziom zadowolenia z życia ($\beta = -0,17$; $p < 0,05$, $\beta = -0,25$; $p < 0,01$).

Stwierdzono odnośnie do osób ze zdiagnozowaną cukrzycą, że wraz ze wzrostem w obrębie zmiennej „ocena i tożsamość choroby” maleje poziom adaptacyjnego radzenia sobie i sensu życia ($\beta = -0,41$; $p < 0,01$). W grupach osób z cukrzycą, PChN i łuszczycą wraz ze wzrostem uzyskanych wyników w obrębie tej zmiennej maleje poziom akceptacji choroby ($\beta = -0,49$; $p < 0,01$, $\beta = -0,30$; $p = 0,056$, $\beta = -0,31$; $p < 0,01$). W grupie chorych na łuszczycę wraz z nasileniem wyników dotyczących oceny i tożsamości choroby wzrasta poziom korzyści psychospołecznych ($\beta = 0,28$; $p < 0,05$) oraz poziom nieadaptacyjnego radzenia sobie $\beta = 0,31$; $p < 0,01$). W grupie osób z RZS, PChN i łuszczycą wraz ze wzrostem w obrębie oceny i tożsamości choroby nasilają się symptomy negatywne ($\beta = 0,37$; $p < 0,05$, $\beta = 0,28$; $p = 0,065$, $\beta = 0,33$; $p < 0,01$). Ostatnia analiza wykazała, że w grupie RZS wraz ze wzrostem w obrębie oceny i tożsamości choroby maleje poziom zadowolenia z życia ($\beta = -0,29$; $p < 0,01$).



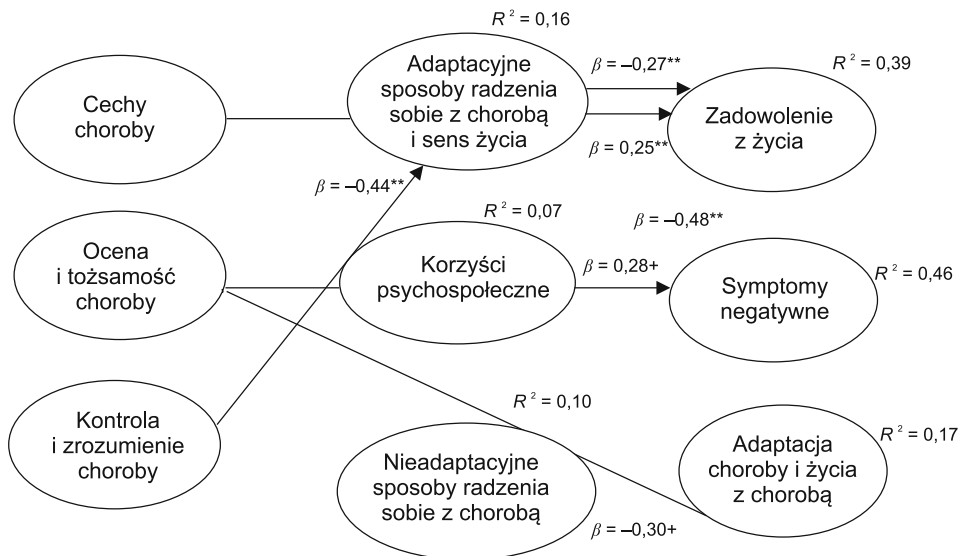
Rysunek 8.2. Testowany model badań własnych dla grupy osób chorych na RZS
Oznaczenia: współczynnik beta; R^2 – stopień dopasowania do danych; + $p < 0,10$, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Źródło: opracowanie własne.



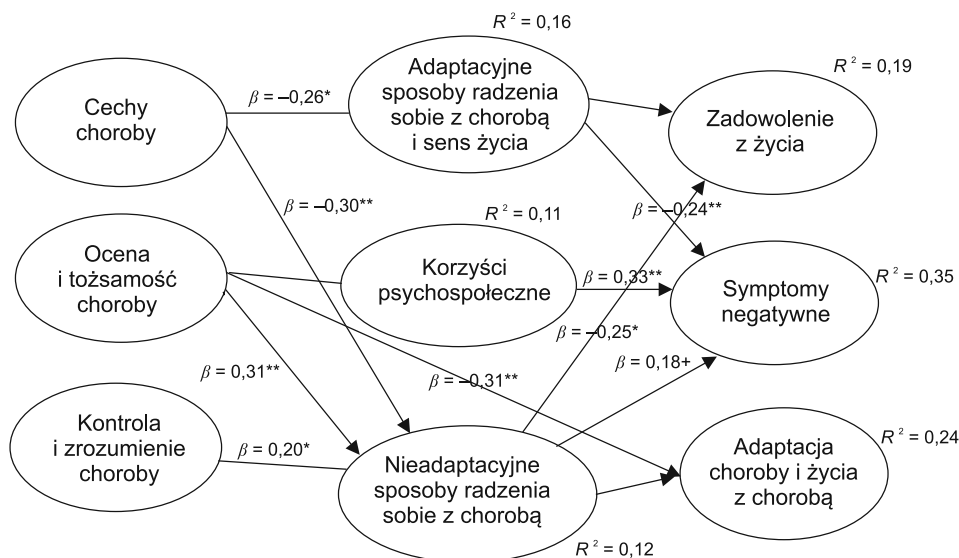
Rysunek 8.3. Testowany model badań własnych dla grupy osób chorych na cukrzycę
 Oznaczenia: współczynnik beta; R^2 – stopień dopasowania do danych; + $p < 0,10$, * $p < 0,05$,
 ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 8.4. Testowany model badań własnych dla grupy osób chorych na PChN
 Oznaczenia: współczynnik beta; R^2 – stopień dopasowania do danych; + $p < 0,10$, * $p < 0,05$,
 ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 8.5. Testowany model badań własnych dla grupy osób chorych na łuszczycę
 Oznaczenia: współczynnik beta; R^2 – stopień dopasowania do danych; + $p < 0,10$, * $p < 0,05$,
 ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Źródło: opracowanie własne.

Analiza ogólnych efektów pośredniczących (por. tabela A6 w Aneksie) wykazała, że mediatory, jakimi były adaptacyjne radzenie sobie i sens życia, korzyści psychospołeczne oraz nieadaptacyjne radzenie sobie, pośredniczą istotnie między kontrolą i zrozumieniem choroby a akceptacją choroby w grupie osób z RZS ($\beta = 0,15$; $p = 0,064$) i cukrzycą ($\beta = 0,08$; $p = 0,058$).

Analiza różnic wykazała, że w grupie RZS efekt mediacyjny jest istotnie wyższy niż w grupie chorych na łuszczycę. Zmienne pośredniczące w tych grupach wzmacniają związek między kontrolą i zrozumieniem choroby a akceptacją choroby. W grupie chorych na cukrzycę zmienne mediujące pośredniczą w relacji między kontrolą i zrozumieniem choroby a symptomami negatywnymi ($\beta = -0,12$; $p < 0,05$). Zmienne pośredniczące w tej grupie osłabiają związek między kontrolą i zrozumieniem choroby a symptomami negatywnymi. Siła omawianego efektu mediacyjnego w grupie osób z cukrzycą istotnie się różni od efektu zaobserwowanego w grupie chorych na łuszczycę. W grupie chorych na cukrzycę zmienne mediujące pozytywnie pośredniczą w relacji między kontrolą i zrozumieniem choroby a zadowoleniem z życia ($\beta = 0,12$; $p < 0,05$).

Analiza specyficznych efektów pośredniczących wykazała, że w grupie osób z PChN nieadaptacyjne radzenie sobie istotnie pośredniczy między cechami choroby a jej akceptacją ($\beta = -0,08$; $p = 0,062$). Nieadaptacyjne radzenie sobie osłabia wpływ cech choroby na poziom jej akceptacji. W grupie osób chorujących na cukrzycę nieadaptacyjne radzenie sobie pośredniczy we wpływie kontroli i zrozumienia choroby na symptomy negatywne ($\beta = -0,10$; $p = 0,050$), czyli powoduje,

że pozytywny wpływ czynnika „kontrola i rozumienie choroby”, polegającego na zmniejszaniu odczuwanych symptomów negatywnych, ulega osłabieniu. Okazało się również, że nieadaptacyjne radzenie sobie osłabia wpływ kontroli i zrozumienia choroby na poziom zadowolenia z życia we wszystkich grupach. Rezultaty analiz przedstawia tabela A7 (w Aneksie).

Rozdział 9. Korelaty przystosowania do choroby

Kolejny etap analizy miał na celu przyjrzenie się szczegółowym zależnościom między poznawczą reprezentacją choroby (czyli oceną znaczenia choroby i poznawczym obrazem choroby) oraz zasobami pozytywnymi (sensem życia, strategiami radzenia sobie z chorobą i korzyściami z choroby) a przystosowaniem. Przystosowanie do choroby analizowano w postaci wcześniej wyodrębnionych trzech czynników, tj. zadowolenia z życia, symptomów negatywnych i akceptacji. W odniesieniu do poznawczej reprezentacji choroby i zasobów pozytywnych zdecydowano się jednak na uwzględnienie w analizach korelacyjnych poszczególnych zmiennych oddzielnie (nie w postaci czynników), aby uzyskać jak najbardziej pełny obraz istniejących zależności. Obliczeń dokonano oddzielnie dla każdej grupy chorych.

9.1. Korelaty przystosowania u osób chorych na cukrzycę

W pierwszej kolejności sprawdzono, czy istnieją powiązania między poznawczą reprezentacją choroby i przystosowaniem do niej u osób cierpiących na cukrzycę. W tabeli 9.1 przedstawiono tylko istotne statystycznie zależności.

Tabela 9.1. Wyniki korelacji r-Pearsona między poznawczą reprezentacją choroby a przystosowaniem do niej w grupie osób chorujących na cukrzycę

	Przystosowanie do choroby		
	zadowolenie z życia	symptomy negatywne	akceptacja
Poznawczy obraz choroby			
Identyfikacja objawów		0,291**	
Czas trwania			
Konsekwencje		0,343**	
Kontrola osobista		-0,324**	
Skuteczność leczenia		-0,331**	

Tabela 9.1 cd.

Koherencja		-0,194*	
Cykliczność	0,192*		
Emocjonalna reprezentacja		0,240*	
Znaczenie choroby			
Zagrożenie		0,350**	-0,460**
Korzyść		0,214*	-0,287**
Przeszkoda/strata		0,345**	-0,349**
Wyzwanie	0,189*		
Krzywdza		0,259**	-0,489**
Wartość			
Znaczenie		0,242*	

Oznaczenia: * korelacja istotna na poziomie $p \leq 0,05$; ** korelacja istotna na poziomie $p \leq 0,01$.

Źródło: opracowanie własne.

Dane zawarte w tabeli wskazują, że zadowolenie z życia (odzwierciedlające zadowolenie ze zdrowia, finansów, pracy, małżeństwa, własnej osoby, relacji ze znajomymi, seksu, mieszkania, czasu wolnego, dzieci) wiąże się jedynie z cyklicznością objawów i postrzeganiem choroby w kategorii wyzwania (kolejno $r = 0,192$; $p \leq 0,05$; $r = 0,189$; $p \leq 0,05$). Oznacza to, że, im silniejsze występuje przekonanie o powtarzalności (w tym przewidywalności) objawów chorobowych oraz im bardziej choroba traktowana jest w kategoriach życiowego wyzwania, z którym należy walczyć, tym wyższy poziom zadowolenia z życia w grupie osób z cukrzycą. Otrzymana korelacja wskazuje jednak na słabą siłę związku.

Drugi czynnik przystosowania do choroby, tj. symptomy negatywne (czyli dolegliwości somatyczne, lęk i bezsenność, problemy w codziennym funkcjonowaniu, depresja, afekt negatywny, anhedonia) wiąże się ze znacznie większą liczbą zmiennych. I tak, im więcej osoby chore na cukrzycę spostrzegają objawów chorobowych ($r = 0,291$; $p \leq 0,01$) i negatywnych konsekwencji swojego stanu ($r = 0,343$; $p \leq 0,01$), w tym emocjonalnych ($r = 0,240$; $p \leq 0,05$), tym więcej symptomów negatywnych doświadczają. Im mniejsze przekonanie o możliwościach kontrolowania swojego stanu ($r = -0,324$; $p \leq 0,01$) i skuteczności leczenia ($r = -0,331$; $p \leq 0,01$) oraz mniejsze zrozumienie natury schorzenia ($r = -0,194$; $p \leq 0,05$), tym więcej deklarowanych negatywnych symptomów. W odniesieniu do znaczenia choroby, z symptomami negatywnymi najsilniej koreluje spostrzeganie choroby w kategoriach zagrożenia ($r = 0,350$; $p \leq 0,01$) oraz przeszkody/straty ($0,345$; $p \leq 0,01$), a następnie korzyści – czyli wtórnych zysków z choroby ($r = 0,214$; $p \leq 0,05$). Innymi słowy, im bardziej chorzy są przekonani, iż choroba destabilizuje ich życie, zagraża bezpieczeństwu i planom na przyszłość, im bardziej, w ich przekonaniu, będzie utrudniać codzienne życie, tym większe nasilenie lęku i niepokoju, depresji, anhedonii, afektu negatywnego, zakłóceń w funkcjonowaniu (np. w podejmowaniu decyzji).

Również dostrzeganie wtórnych zysków z choroby (np. doznawania zainteresowania, opieki, zwolnienia z obowiązków itd.) będzie nasilać symptomy negatywne. Ponadto, im większe znaczenie choroby przypisują chorobie, tym więcej deklarują negatywnych symptomów ($r = 0,242$; $p \leq 0,05$). Siła związków jest słaba bądź przeciętna.

Z trzecim czynnikiem, akceptacją, najsilniej wiąże się spostrzeganie choroby w kategoriach zagrożenia ($r = -0,460$; $p \leq 0,01$) i krzywdy ($r = -0,489$; $p \leq 0,01$), kolejno zaś przeszkody/straty ($r = -0,349$; $p \leq 0,01$) oraz korzyści ($r = -0,287$; $p \leq 0,01$). Czyli, im większe przekonanie, że choroba stanowi zagrożenie i niezasłużoną karę bądź też przeszkodę w realizowaniu różnych życiowych zamiarów, bądź też można z niej czerpać jakieś wtórne korzyści, tym trudniej zaakceptować życie z nią i ograniczeniami z niej wynikającymi. Siła związków jest w tym przypadku większa, ale nadal przeciętna. W tabeli 9.2 zaprezentowano istotne zależności między przystosowaniem do choroby a zasobami pozytywnymi.

Tabela 9.2. Wyniki korelacji r-Pearsona między zasobami pozytywnymi a przystosowaniem do niej w grupie osób chorujących na cukrzycę

	Przystosowanie do choroby		
	zadowolenie z życia	symptomy negatywne	akceptacja
Sens życia			
Obecność sensu w życiu		-0,203*	
Poszukiwanie sensu życia			
Korzyści z choroby:			
Poprawa relacji z innymi ludźmi			0,220*
Docenianie życia			
Pozytywny wpływ na innych			
Siły wewnętrzne			0,199*
Zmiany w filozofii życiowej		-0,245**	0,234*
Strategie radzenia sobie:			
Aktywne radzenie sobie	0,265**		
Planowanie	0,204*		
Pozytywne przewartościowanie	0,233*		
Akceptacja			
Zwrot ku religii			
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,251**		
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,263**		
Zajmowanie się czymś innym			
Zaprzeczenie		0,203*	

Tabela 9.2 cd.

Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,306**	-0,362**
Zaprzestanie działań	0,240*	-0,274**
Obwinianie siebie	0,240*	-0,249**

Oznaczenia: * korelacja istotna na poziomie $p \leq 0,05$; ** korelacja istotna na poziomie $p \leq 0,01$.
 Źródło: opracowanie własne.

Z zadowoleniem z życia wiąże się jedynie stosowanie określonych strategii radzenia sobie ze stresem choroby. I tak, im intensywniejsze aktywne radzenie sobie ($r = 0,265$; $p \leq 0,01$), planowanie ($r = 0,204$; $p \leq 0,05$), pozytywne przewartościowanie ($r = 0,233$; $p \leq 0,05$), poszukiwanie wsparcia zarówno emocjonalnego ($r = 0,251$; $p \leq 0,01$), jak i instrumentalnego ($r = 0,263$; $p \leq 0,01$), tym wyższy poziom zadowolenia z życia w badanej grupie chorych.

Z symptomami negatywnymi wiąże się ujemnie obecność sensu w życiu ($r = -0,203$; $p \leq 0,05$), czyli im silniejsze przekonanie, że życie ma sens, tym mniejsze nasilenie negatywnych symptomów. Poza tym, im silniejsze angażowanie się w takie strategie jak zaprzeczanie ($r = 0,203$; $p \leq 0,05$), zażywanie substancji psychoaktywnych ($r = 0,306$; $p \leq 0,01$), obwinianie siebie ($r = 0,240$; $p \leq 0,05$) czy zaprzestanie działań ($r = 0,240$; $p \leq 0,05$), tym silniejsze symptomy negatywne.

Akceptacja choroby i życia z nią koreluje dodatnio z takimi korzyściami z choroby, jak: poprawa relacji z innymi ($r = 0,220$; $p \leq 0,05$), wzrost sił wewnętrznych ($r = 0,199$; $p \leq 0,05$) oraz zmiana filozofii życiowej ($r = 0,234$; $p \leq 0,05$). Oznacza to, że im bardziej osoby chore na cukrzycę akceptują chorobę i życie z nią, tym silniej spostrzegają korzyści związane z poprawą stosunków z ludźmi (które nastąpiły w wyniku choroby), zmianę swojego charakteru i filozofii życiowej. Oczywiście zależności te są dwukierunkowe. Siła wszystkich otrzymanych związków jest słaba.

9.2. Korelaty przystosowania u osób chorych na łuszczycę

Zależności między poznawczą reprezentacją choroby a przystosowaniem do niej w grupie osób chorujących na łuszczycę prezentuje tabela 9.3.

Tabela 9.3. Wyniki korelacji r-Pearsona między poznawczą reprezentacją choroby a przystosowaniem do niej w grupie osób chorujących na łuszczycę

	Przystosowanie do choroby		
	zadowolenie z życia	symptomy negatywne	akceptacja
Poznawczy obraz choroby			
Identyfikacja objawów		0,217*	
Czas trwania	-0,288**		
Konsekwencje	-0,025*	0,315**	-0,382*
Kontrola osobista			
Skuteczność leczenia			
Koherencja			
Cykliczność			
Emocjonalna reprezentacja		0,236*	
Znaczenie choroby			
Zagrożenie	-0,254**	0,498*	-0,386**
Korzyść			
Przeszkoda/strata	-0,269**	0,523**	-0,387**
Wyzwanie			
Krzywda			
Wartość			
Znaczenie		0,318**	-0,236*

Oznaczenia: * korelacja istotna na poziomie $p \leq 0,05$; ** korelacja istotna na poziomie $p \leq 0,01$.

Źródło: opracowanie własne.

W grupie osób z łuszczycą zadowolenie z różnych aspektów życia wiąże się ujemnie z czasem trwania choroby ($r = -0,288$; $p \leq 0,01$), jej negatywnymi konsekwencjami ($r = -0,251$; $p \leq 0,05$) oraz spostrzeganiem jej w kategoriach zagrożenia ($r = -0,254$; $p \leq 0,01$) oraz przeszkody lub straty ($r = 0,269$; $p \leq 0,01$). Innymi słowy, im bardziej ludzie zmagający się z łuszczycą są przekonani o jej chroniczności i niewyleczalności oraz spodziewają się różnego rodzaju nieprzyjemnych konsekwencji, tym gorzej oceniają zadowolenie ze swoje życia w różnych jego aspektach.

Tabela 9.4 prezentuje związki między przystosowaniem do choroby a zasobami pozytywnymi, i, co interesujące, zależności w tej grupie chorych jest bardzo niewiele i są one słabe. Jak można też zauważyć, kształtują się one inaczej niż w poprzedniej grupie chorych.

Tabela 9.4. Wyniki korelacji r-Pearsona między zasobami pozytywnymi a przystosowaniem do niej w grupie osób chorujących na łuszczycę

	Przystosowanie do choroby		
	zadowolenie z życia	symptomy negatywne	akceptacja
Sens życia			
Obecność sensu w życiu	0,227*		
Poszukiwanie sensu życia			
Korzyści z choroby:			
Poprawa relacji			
Docenianie życia			
Pozytywny wpływ na innych			
Siły wewnętrzne			
Zmiany w filozofii życiowej			
Strategie radzenia sobie:			
Aktywne radzenie sobie			
Planowanie			
Pozytywne przewartościowanie			
Akceptacja			
Zwrot ku religii			
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,213*		
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego		0,201*	
Zajmowanie się czymś innym			
Zaprzeczanie		0,253*	
Zażywanie substancji psychoaktywnych		0,196*	
Zaprzestanie działań			
Obwinianie siebie			

Oznaczenia: * korelacja istotna na poziomie $p \leq 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Z samym zadowoleniem z życia wiąże się obecność sensu w życiu ($r = 0,227$; $p \leq 0,05$), co oznacza, że im bardziej osoby chore na łuszczycę są przekonane o tym, że ich życie ma sens i cel, tym bardziej są zadowolone z różnych jego aspektów. Poza tym są bardziej z życia zadowolone, gdy intensywniej poszukują i korzystają ze wsparcia emocjonalnego ($r = 0,213$; $p \leq 0,05$). Żadna z pozostałych strategii radzenia sobie z chorobą wydaje się nie mieć związku z zadowoleniem z życia tej grupy chorych. Spośród pozostałych strategii radzenia sobie,

tylko trzy wiążą się z przystosowaniem do choroby, a konkretnie z symptomami negatywnymi. Jest to poszukiwanie wsparcia instrumentalnego ($r = 0,201$; $p \leq 0,05$), zaprzeczanie ($r = 0,253$; $p \leq 0,05$) i zażywanie substancji psychoaktywnych ($r = 0,196$; $p \leq 0,05$). Czyli, im intensywniej osoby chore na łuszczycę poszukują wsparcia instrumentalnego (np. pomocy ze strony innych ludzi), zaprzeczają problemom i sięgają po substancje psychoaktywne, tym więcej negatywnych symptomów doświadczają. Co ciekawe, w tej grupie chorych żadna ze zmiennych zaliczanych do zasobów pozytywnych zdaje się bezpośrednio nie wiązać z akceptacją choroby i życia z nią. Podobnie jak poprzednio, wyniki te wskazują na słabą siłę związku.

9.3. Korelaty przystosowania u osób chorych na przewlekłą chorobę nerek

W grupie przedostatniej, zmagającej się z przewlekłą chorobą nerek, zależności między przystosowaniem do choroby a zmiennymi składającymi się na poznawczą reprezentację choroby kształtują się jeszcze inaczej. I tak, w przypadku zadowolenia z życia, najwyższe miary współzależności uzyskano w odniesieniu do przekonania na temat skuteczności leczenia ($r = 0,470$; $p \leq 0,01$) i koherencji ($r = 0,433$; $p \leq 0,01$), następnie zaś kontroli osobistej ($r = 0,261$; $p \leq 0,05$), czasu trwania ($r = -0,239$; $p \leq 0,05$), emocjonalnej reprezentacji ($r = -0,231$; $p \leq 0,05$) oraz spostrzegania choroby w kategoriach przeszkody bądź straty ($r = -0,283$; $p \leq 0,01$). Oznacza to, że im bardziej osoby z PChN są przekonane o tym, że leczenie może poprawić stan zdrowia, choroba jest zrozumiała i same mogą mieć wpływ na jej przebieg, tym bardziej są zadowolone z własnego życia. Również im mniej zdają sobie sprawę z tego, że jest chroniczna i będzie im towarzyszyć do końca życia, oraz że wpływa na ich emocje, tym poziom zadowolenia z życia jest wyższy. W przypadku symptomów negatywnych i w odniesieniu do poznawczego obrazu choroby najsilniejsze zależności dotyczą emocjonalnej reprezentacji choroby ($r = 0,491$; $p \leq 0,01$) oraz kontroli osobistej ($r = -0,447$; $p \leq 0,01$); świadczy to o tym, że im bardziej osoby z PChN są przekonane o wpływie choroby na ich emocje oraz mniej wierzą w swoje możliwości kontrolowania objawów chorobowych, tym więcej negatywnych symptomów doświadczają. Ponadto z symptomami negatywnymi wiąże się przekonanie o skuteczności leczenia ($r = -0,392$; $p \leq 0,01$) i koherencji ($r = -0,289$; $p \leq 0,01$). Ujmując inaczej, im bardziej chorzy na PChN są przekonani o skuteczności interwencji medycznych oraz lepiej rozumieją na czym ich choroba polega, tym mniej negatywnych symptomów doświadczają.

Tabela 9.5. Wyniki korelacji r-Pearsona między poznawczą reprezentacją choroby a przystosowaniem do niej w grupie osób chorujących na przewlekłą chorobę nerek

	Przystosowanie do choroby		
	zadowolenie z życia	symptomy negatywne	akceptacja
Poznawczy obraz choroby			
Identyfikacja objawów			
Czas trwania	-0,239*		
Konsekwencje			
Kontrola osobista	0,261*	-0,447**	
Skuteczność leczenia	0,470**	-0,392**	0,282**
Koherencja	0,433**	-0,289**	
Cykliczność			
Emocjonalna reprezentacja	-0,231*	0,491**	
Znaczenie choroby			
Zagrożenie		0,368**	
Korzyść		0,231*	-0,326**
Przeszkoda/strata	-0,283**	0,359*	
Wyzwanie			
Krzywdza		0,496**	
Wartość			
Znaczenie		0,258*	

Oznaczenia: * korelacja istotna na poziomie $p \leq 0,05$; ** korelacja istotna na poziomie $p \leq 0,01$.

Źródło: opracowanie własne.

Ciekawe zależności między przystosowaniem do choroby a pozytywnymi zasobami prezentuje tabela 9.6. Przede wszystkim, co odróżnia grupę osób z PChN od poprzednich grup chorych, z przystosowaniem do choroby wiąże się poczucie sensu życia. Zarówno obecność sensu w życiu ($r = 0,306$; $p \leq 0,01$), jak i jego poszukiwanie ($r = 0,276$; $p \leq 0,01$) koreluje dodatnio z zadowoleniem z życia. Tak więc im silniejsze przekonanie o odnalezieniu sensu w życiu i/lub jego poszukiwanie, tym wyższy poziom zadowolenia z życia. Z zadowoleniem z życia wiąże się aż siedem strategii, z czego najsilniej pozytywne przewartościowanie ($r = 0,496$; $p \leq 0,01$) i planowanie ($r = 0,408$; $p \leq 0,01$), a następnie aktywne radzenie sobie ($r = 0,375$; $p \leq 0,01$), akceptacja ($r = 0,265$; $p \leq 0,05$), zwrot ku religii ($r = 0,247$; $p \leq 0,05$), zajmowanie się czymś innym ($r = 0,239$; $p \leq 0,05$), i poszukiwanie wsparcia emocjonalnego ($r = 0,209$; $p \leq 0,05$). Oznacza to, że bardziej zadowolone z różnych aspektów swojego życia są te osoby, które częściej starają się pozytywnie przewartościować sytuację, w której się znalazły, częściej planują i starają się aktywnie poradzić sobie z trudnościami wynikającymi z choroby, starają się je zaakceptować, szukają ukojenia w religii i ponadto zajmujące się czynnościami niezwiązanymi z chorobą oraz poszukujące wsparcia emocjonalnego.

W odniesieniu do symptomów negatywnych, można zauważyć, że im silniejsze przekonanie o odnalezieniu sensu życia, tym mniejsze nasilenie symptomów negatywnych ($r = 0,306$; $p \leq 0,01$). Jednocześnie, im więcej chorzy z PChN doświadczają symptomów negatywnych, tym bardziej doceniają swoje życie ($r = 0,249$; $p \leq 0,05$). Symptomy negatywne wiążą się również, w tej grupie chorych, ze strategiami radzenia sobie ze stresem choroby – ujemnie z aktywnym radzeniem sobie ($r = -0,392$; $p \leq 0,01$), planowaniem ($r = -0,334$; $p \leq 0,01$), zwrotem ku religii ($r = -0,235$; $p \leq 0,05$), pozytywnym przewartościowaniem ($r = -0,207$; $p \leq 0,05$) i dodatnio z zaprzestaniem działań ($r = 0,227$; $p \leq 0,01$). Oznacza to, że im mniej osoby cierpiące na PChN są aktywne, mniej planują i nie próbują przewartościować sytuacji, w której się znalazły, nie starają się szukać ukojenia w religii oraz zaprzestają działań, tym więcej negatywnych symptomów doświadczają. Z akceptacją choroby w tej grupie wiąże się posiadanie sensu w życiu ($r = 0,252$; $p \leq 0,05$), aktywne radzenie sobie ($r = 0,251$; $p \leq 0,05$) i ujemnie, obwinianie siebie ($r = -0,21$; $p \leq 0,05$). Czyli akceptacja choroby i życia z nią jest tym większa, im silniejsze przekonanie o odnalezieniu sensu w swoim życiu, intensywniejsze angażowanie się w aktywne poradzenie sobie ze stresem choroby oraz słabsze obwinianie siebie. Siła wszystkich otrzymanych związków u osób z PCHN jest słaba lub przeciętna.

Tabela 9.6. Wyniki korelacji r-Pearsona między zasobami pozytywnymi a przystosowaniem do niej w grupie osób z przewlekłą chorobą nerek

	Przystosowanie do choroby		
	zadowolenie z życia	symptomy negatywne	akceptacja
Sens życia			
Obecność sensu w życiu	0,306**	-0,330**	0,252*
Poszukiwanie sensu życia	0,276**		
Korzyści z choroby			
Poprawa relacji			
Docenianie życia		0,249*	
Pozytywny wpływ na innych			
Siły wewnętrzne			
Zmiany w filozofii życiowej			
Strategie radzenia sobie			
Aktywne radzenie sobie	0,375**	-0,392**	0,251*
Planowanie	0,408**	-0,334**	
Pozytywne przewartościowanie	0,496**	-0,207*	
Akceptacja	0,265*		
Zwrot ku religii	0,247*	-0,235*	
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,209*		

Tabela 9.6 cd.

Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego		
Zajmowanie się czymś innym	0,239*	
Zaprzeczanie		
Zażywanie substancji psychoaktywnych		
Zaprzestanie działań	0,227*	
Obwinianie siebie		-0,214*

Oznaczenia: * korelacja istotna na poziomie $p \leq 0,05$; ** korelacja istotna na poziomie $p \leq 0,01$.
 Źródło: opracowanie własne.

9.4. Korelaty przystosowania u osób chorych na reumatoidalne zapalenie stawów

W ostatniej z badanych grup, tj. grupie osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów, zależności między przystosowaniem do choroby a jej poznawczą reprezentacją i zasobami pozytywnymi kształtują się jeszcze inaczej (tabela 9.7). I tak, zadowolenie z życia wiąże się najsilniej ze spostrzeganiem choroby w kategorii przeszkody i/lub straty ($r = -0,626$; $p \leq 0,01$) i zagrożenia ($r = -0,526$; $p \leq 0,01$), co oznacza, że im silniejsze przekonanie o tym, iż choroba ogranicza i utrudnia realizację planów, bądź stanowi poważną przeszkodę w funkcjonowaniu oraz zakłóca stan równowagi i bezpieczeństwa, tym zadowolenie z życia mniejsze. Również przekonanie o tym, iż choroba jest swoistą niesprawiedliwością i krzywdą ($r = -0,415$; $p \leq 0,01$) oraz, w ogóle, nadawanie chorobie dużego znaczenia ($r = -0,419$; $p \leq 0,01$) związane jest z niższym poziomem zadowolenia z życia. Z zadowoleniem z życia wiąże się również, ujemnie, przekonanie o negatywnych konsekwencjach choroby ($r = -0,452$; $p \leq 0,01$) oraz jej wpływie na emocje ($r = -0,402$; $p \leq 0,01$). Z kolei, im lepsze zrozumienie choroby, czyli koherencja ($r = 0,265$; $p \leq 0,05$), tym większe zadowolenie z życia.

Przechodząc do korelatów symptomów negatywnych, można zauważyć, że jest nimi zdecydowana większość zmiennych składających się na poznawczą reprezentację choroby; najwyższe miary współzależności dotyczą jednak sposobów oceny choroby i nadawanego jej znaczenia. I tak, najsilniej z symptomami negatywnymi wiąże się ocena choroby w kategoriach zagrożenia ($r = 0,603$; $p \leq 0,01$), przeszkody/straty ($r = 0,601$; $p \leq 0,01$), krzywdy ($r = 0,589$; $p \leq 0,01$) i nadawanie chorobie znaczenia jako ważnemu wydarzeniu życiowemu ($r = 0,530$; $p \leq 0,01$). Czyli, im silniejsza tendencja do spostrzegania choroby w kategoriach zagrożenia stanu równowagi i bezpieczeństwa, ograniczenia mogącego utrudnić lub uniemożliwić realizację planów, niesprawiedliwości

i krzywdy oraz – ogólnie – istotnego zdarzenia życiowego, tym nasilenie symptomów negatywnych większe. Spośród pozostałych zmiennych składających się na poznawczy obraz choroby, z negatywnymi symptomami mają związek: skuteczność leczenia ($r = -0,452$; $p \leq 0,01$), koherencja ($r = -0,389$; $p \leq 0,01$), identyfikacja objawów i spostrzegane konsekwencje (dla obu zmiennych $r = 0,356$; $p \leq 0,01$), oraz kontrola osobista ($r = -0,349$; $p \leq 0,01$). Oznacza to, że negatywne symptomy nasilają się wraz z mniejszą wiarą w skuteczność leczenia i możliwość wpływania na swój stan, brakiem zrozumienia natury choroby, spostrzeganiem wielu symptomów związanych z chorobą oraz jej negatywnych konsekwencji. Akceptacja choroby, z kolei, wiąże się ujemnie jedynie z oceną choroby w kategorii przeszkody/straty ($r = -0,269$; $p \leq 0,05$), krzywdy ($r = -0,285$; $p \leq 0,05$) oraz z nadawaniem jej dużego znaczenia ($r = -0,272$; $p \leq 0,05$). Tak więc akceptacja choroby i życia z nią jest tym słabsza, im silniejsza ocena choroby w kategorii przeszkody lub straty i krzywdy oraz spostrzeganie jej jako ważnego wydarzenia życiowego.

Tabela 9.7. Wyniki korelacji r-Pearsona między poznawczą reprezentacją choroby a przystosowaniem do niej w grupie osób chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów

	Przystosowanie do choroby		
	zadowolenie z życia	symptomy negatywne	akceptacja
Poznawczy obraz choroby			
Identyfikacja objawów		0,356**	
Czas trwania			
Konsekwencje	-0,452**	0,356**	
Kontrola osobista		-0,349**	
Skuteczność leczenia		-0,452**	
Koherencja	0,265*	-0,389**	
Cykliczność			
Emocjonalna reprezentacja	-0,402**	0,491**	
Znaczenie choroby			
Zagrożenie	-0,526**	0,603**	
Korzyść			
Przeszkoda/strata	-0,626**	0,601**	-0,269*
Wyzwanie			
Krzywdą	-0,415**	0,589**	-0,285*
Wartość			
Znaczenie	-0,419**	0,530**	-0,272*

Oznaczenia: * korelacja istotna na poziomie $p \leq 0,05$; ** korelacja istotna na poziomie $p \leq 0,01$.
Źródło: opracowanie własne.

Analiza związków między przystosowaniem do choroby i zasobami pozytywnymi wykazała, że – podobnie jak w grupie osób chorych na PChN – w grupie cierpiących na RZS z przystosowaniem do choroby wiąże się sens życia (tabela 9.8). Jednak, w odróżnieniu od poprzednio analizowanej grupy, w tym przypadku zarówno z posiadanym sensem życia, jak i z poszukiwanym wiąże się zadowolenie z życia (kolejno $r = 0,344$; $p \leq 0,01$; $r = 0,288$; $p \leq 0,05$), symptomy negatywne ($r = -0,464$; $p \leq 0,01$; $r = -0,284$; $p \leq 0,01$) oraz akceptacja ($r = 0,276$; $p \leq 0,05$; $r = 0,308$; $p \leq 0,01$). Oznacza to, że im silniejsze przekonanie o odnalezieniu sensu życia oraz silniejsze jego poszukiwanie, tym większe zadowolenie z życia i akceptacja choroby oraz mniejsze nasilenie symptomów somatycznych.

Z zadowoleniem z życia w grupie osób z RZS wiąże się jeszcze tylko, ujemnie, strategia radzenia sobie, polegająca na obwinianiu siebie ($r = -0,462$; $p \leq 0,01$). Z kolei z symptomami negatywnymi związek ujemny wykazuje strategia polegająca na pozytywnym przewartościowaniu ($r = -0,240$; $p \leq 0,05$) oraz, dodatni, strategię wyrażającą się zaprzestaniem działań ($r = 0,286$; $p \leq 0,05$) oraz obwinianiem samego siebie ($r = 0,409$; $p \leq 0,01$). Innymi słowy, im bardziej badani starają się pozytywnie przewartościować sytuację choroby, rzadziej zaprzestają działań oraz rzadziej siebie obwiniają, tym mniej doświadczają negatywnych symptomów.

Ciekawe, że w grupie osób z rozpoznaniem RZS aż pięć strategii radzenia sobie z chorobą ma związek z akceptacją. Najsilniejsze powiązanie odnosi się do pozytywnego przewartościowania ($r = 0,423$; $p \leq 0,01$), kolejne – planowania ($r = 0,359$; $p \leq 0,01$), aktywnego radzenia sobie ($r = 0,350$; $p \leq 0,01$), akceptacji ($r = 0,303$; $p \leq 0,01$) i poszukiwania wsparcia emocjonalnego ($r = 0,243$; $p \leq 0,05$). Innymi słowy, im bardziej osoby chore na RZS starają się przewartościować sytuację, w której się znalazły, im intensywniej planują swoje działania i aktywniej je realizują, starają się ją również zaakceptować oraz poszukują wsparcia emocjonalnego, tym bardziej akceptują chorobę i życie z nią. Siła otrzymanych związków jest w grupie osób z RZS najbardziej zróżnicowana – od związków słabych do silnych (powyżej 0,5).

Tabela 9.8. Wyniki korelacji r-Pearsona między zasobami pozytywnymi a przystosowaniem do niej w grupie osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów

	Przystosowanie do choroby		
	zadowolenie z życia	symptomy negatywne	akceptacja
Sens życia			
Obecność sensu w życiu	0,344**	-0,464**	0,276*
Poszukiwanie sensu życia	0,288*	-0,284*	0,308**
Korzyści z choroby			
Poprawa relacji			
Docenianie życia			

 Pozytywny wpływ na innych

Siły wewnętrzne

Zmiany w filozofii życiowej

Strategie radzenia sobie

Aktywne radzenie sobie		0,350**
Planowanie		0,359**
Pozytywne przewartościowanie	-0,240*	0,423**
Akceptacja		0,303**
Zwrot ku religii		
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego		0,243**
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego		
Zajmowanie się czymś innym		
Zaprzeczanie		
Zażywanie substancji psychoaktywnych		
Zaprzestanie działań		0,286**
Obwinianie siebie	-0,462**	0,409**

Oznaczenia: * korelacja istotna na poziomie $p \leq 0,05$; ** korelacja istotna na poziomie $p \leq 0,01$.

Źródło: opracowanie własne.

Rozdział 10. Predyktory poziomu przystosowania do choroby przewlekłej

Ostatni etap analizy danych przeprowadzony został w celu udzielenie odpowiedzi na pytanie o rolę poszczególnych zmiennych konstytuujących poznawczy obraz choroby i zasoby pozytywne, a dokładnie o ich znaczenie w przewidywaniu poziomu przystosowania do choroby. W prezentowanych wcześniej modelach strukturalnych zmienne te analizowano jedynie w postaci ogólnych czynników odnoszących się do choroby, co nie pozwalało na dokładniejsze przyjrzenie się ich znaczeniu i bardziej precyzyjne określenie ich roli w przewidywaniu poziomu przystosowania. Analizowane w poprzednim rozdziale korelaty przystosowania do choroby wskazały jednak na ich możliwe znaczenie.

Tak jak w przypadku analiz korelacyjnych, przystosowanie do choroby przedstawiono w postaci trzech czynników, tj. zadowolenia z życia, symptomów negatywnych oraz akceptacji choroby i życia z nią.

Ze względu na dużą liczbę zmiennych w stosunku do liczby obserwacji (por. Bedyńska, Brzezicka, 2007) zdecydowano się podzielić pozytywne zasoby osobiste na dwa zestawy:

- I. Strategie radzenia sobie z chorobą.
- II. Obecność sensu w życiu i poszukiwanie sensu oraz korzyści z choroby.

W poniższych analizach, oprócz poznawczej reprezentacji choroby i zasobów pozytywnych, uwzględniono również takie zmienne kontrolne, jak płeć, wiek, wykształcenie, lata trwania choroby (liczone od momentu uzyskania diagnozy), występowanie choroby w rodzinie, liczba hospitalizacji.

10.1. Predyktory poziomu przystosowania do choroby u osób chorych na cukrzycę

W celu weryfikacji predykcyjnej wartości wymiarów poznawczej reprezentacji choroby i zmiennych kontrolnych na poziom przystosowania do choroby w grupie osób z cukrzycą, przeprowadzono analizę regresji metodą krokową, w której pierwszą ze zmiennych objaśnianych był czynnik przystosowania do choroby,

określony jako zadowolenie z życia, a zmiennymi objaśniającymi poszczególne wymiary składające się na poznawczą reprezentację chorobym (tabela 10.1). Przyjęty model okazał się być wystarczająco dobrze dopasowany do danych ($F(3,99) = 7,720$; $p < 0,001$) i wyjaśniał 16% zmienności wyników (na co wskazuje skorygowana wartość współczynnika R^2). Tak więc, zadowolenie z życia w grupie osób z cukrzycą wyznaczają: ocena choroby w kategoriach zagrożenia ($\beta = -0,90$; $p < 0,001$), wartości ($\beta = 0,382$; $p < 0,001$) oraz jej emocjonalna reprezentacja ($\beta = -0,253$; $p < 0,001$). W odniesieniu do symptomów negatywnych, determinują je: ocena choroby w kategoriach zagrożenia ($\beta = 0,376$; $p < 0,001$) i wyzwania ($\beta = -0,209$; $p = 0,020$) oraz przekonanie o skuteczności leczenia ($\beta = -0,2,199$; $p = 0,004$). I w tym przypadku przyjęty model jest wystarczająco dopasowany ($F(3,107) = 12,157$ $p < 0,001$) i wyjaśnia 23% zmienności wyników. Trzecią składową przystosowania do choroby, czyli akceptację, również determinują trzy czynniki ($F(3,107) = 17,900$; $p < 0,001$), mianowicie: zagrożenie ($\beta = -0,471$; $p < 0,001$), skuteczność leczenia ($\beta = 0,303$; $p < 0,001$) oraz czas trwania choroby rozumiany jako przekonanie o jej chroniczności ($\beta = 0,173$; $p = 0,034$), które wyznaczają razem 35% zmienności wyników. W oparciu o otrzymane dane można przyjąć, iż dla przystosowania do cukrzycy kluczowe jest nieocenianie choroby w kategoriach zagrożenia (innymi słowy, przekonanie, że nie jest ona zagrożeniem). Im ta tendencja jest słabsza, tym wyższe zadowolenie z życia, mniej symptomów somatycznych oraz większa akceptacja choroby i życia z nią. Przekonanie o skuteczności działań terapeutycznych zwiększa akceptację i obniża nasilenie negatywnych symptomów. Z kolei przekonanie, że choroba jest swoistą wartością, ale jednocześnie nienadwanie jej zbyt dużego znaczenia wpływa pozytywnie na zadowolenie z życia. Ocenianie choroby w kategorii wyzwania, czyli sytuacji, z którą trzeba walczyć, obniża skargi na doświadczane symptomy negatywne, zaś przekonanie, że choroba nie minie, czyli jest przewlekła, pozwala ją bardziej zaakceptować. Należy jednak podkreślić, iż otrzymane współczynniki determinacji nie są zbyt wysokie.

Tabela 10.1. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z cukrzycą – rola poznawczej reprezentacji choroby

Zadowolenie z życia					
	<i>B</i>	s.e.	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Stała	2,260	15,195		14,015	0,000
Zagrożenie	-2,006	0,466	-0,90	-4,303	0,000
Wartość	2,368	0,623	0,382	3,799	0,000
Emocjonalna reprezentacja	-1,688	0,702	-0,253	-2,404	0,018
$R = 0,435$; $R^2 = 0,19$, skorygowane $R^2 = 0,165$					
Symptomy negatywne					
Stała	40,853	11,562		3,533	0,001
Zagrożenie	0,870	0,200	0,376	4,355	0,000

Skuteczność leczenia	-1,623	0,556	-0,253	-2,919	0,004
Wyzwanie	-0,755	0,320	-0,209	-2,363	0,020

R = 0,504; R² = 0,254; skorygowane R² = 0,233

Akceptacja

Stała	72,310	9,755		7,413	0,000
Zagrożenie	-0,884	0,152	-0,471	-5,824	0,000
Skuteczność leczenia	1,582	0,413	0,303	3,828	0,000
Czas trwania	0,556	0,259	0,173	2,147	0,034

R = 0,578; R² = 0,334; skorygowane R² = 0,315

Oznaczenia: *B* – współczynnik B; *s.e.* – błąd standardowy estymacji; β – współczynnik Beta; *t* – wartość testu *t*; *p* – poziom istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Jak wcześniej zaznaczono, ze względu na dużą liczbę zmiennych w stosunku do liczby obserwacji zdecydowano się analizować pozytywne zasoby osobiste w dwóch zestawach: I. Strategie radzenia sobie z chorobą; II. Obecność sensu w życiu i poszukiwanie sensu oraz korzyści z choroby. Wyniki przedstawia tabela 10.2.

Tabela 10.2. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z cukrzycą – rola zasobów pozytywnych

Zadowolenie z życia					
I	<i>B</i>	<i>s.e.</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Stała	201,729	9,477		21,285	0,000
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	4,337	2,135	0,201	2,032	0,045
Zajmowanie się czymś innym	-8,209	2,375	-0,352	-3,456	0,001
Aktywne radzenie sobie	7,998	2,579	0,342	3,101	0,002
R = 4,28; R ² = 0,383; skorygowane R ² = 0,260					
Symptomy negatywne					
I					
Stała	25,497	3,394		7,513	0,000
Zażywanie substancji psychoaktywnych	3,984	1,049	0,346	3,800	0,000
Pozytywne przewartościowanie	-2,153	0,934	-0,210	-2,305	0,023
R = 0,369; R ² = 0,136; skorygowane R ² = 0,126					
II					
Stała	10,100	4,552		2,218	0,029
Obecność sensu życia	-0,783	0,221	-0,317	03,548	0,001
Zmiana filozofii życiowej	-9,224	2,519	-0,417	-3,662	0,000
Pozytywny wpływ na innych	3,490	1,679	0,236	2,079	0,040
R = 0,432; R ² = 0,286; skorygowane R ² = 0,263					

Tabela 10.2 cd.

Akceptacja					
I					
Stała	88,689	1,560		56,853	0,000
Zażywanie substancji psychoaktywnych	-3,053	0,848	-0,326	-3,603	0,000
R = 0,426; R ² = 0,206; skorygowane R ² = 0,198					
II					
Stała	83,165	1,724		48,249	0,000
Poprawa relacji z innymi	2,207	0,944	0,223	2,339	0,021
R = 0,322; R ² = 0,150; skorygowane R ² = 0,140					

Oznaczenia: I – strategię radzenia sobie z chorobą; II – sens życia i korzyści z choroby; B – współczynnik B; s.e. – błąd standardowy estymacji; β – współczynnik Beta; t – wartość testu t ; p – poziom istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Trzy spośród analizowanych strategii radzenia sobie ze stresem choroby pozwalają przewidywać poziom zadowolenia z życia ($F(3,107) = 7,97$; $p < 0,001$): poszukiwanie wsparcia instrumentalnego ($\beta = 0,20$; $p < 0,001$), zajmowanie się czymś innym ($\beta = -0,352$; $p = 0,001$) oraz aktywne radzenie sobie ($\beta = 0,342$; $p = 0,002$). Tak więc radzenie sobie z chorobą polegające na poszukiwaniu pomocy od innych osób oraz aktywne sposoby szukania rozwiązania sprzyjają zadowoleniu z życia, natomiast odwracanie uwagi od problemów, w przypadku osób chorych na cukrzycę, zadowolenie z życia obniżają. Wyodrębnione zasoby wyjaśniają 26% zmienności wyników. W odniesieniu do tej grupy chorych żaden z zasobów ujętych w drugim zestawie zmiennych (tj. sens życia i korzyści z choroby) nie pozwala na przewidywanie poziomu zadowolenia z życia.

Odnosnie do symptomów negatywnych (por. tabela 10.2), zarówno zmienne z zestawu I, jak i II, okazały się mieć wartość predykcyjną. Dwie strategie wyznaczają 12% zmienności wyników, jest to zażywanie substancji psychoaktywnych ($\beta = 0,346$; $p < 0,001$), co sprzyja nasileniu odczuwania negatywnych symptomów, oraz pozytywne przewartościowanie ($\beta = -0,210$; $p = 0,023$), które zmniejsza ich intensywność. Przyjęty model jest wystarczająco dopasowany ($F(2,108) = 8,505$; $p < 0,001$), aczkolwiek w małym stopniu pozwala wyjaśnić siłę symptomów negatywnych. Z drugiego zestawu, trzy zmienne wyznaczają nasilenie negatywnych symptomów: obecność sensu w życiu ($\beta = -0,317$; $p = 0,001$), zmiana filozofii życiowej ($\beta = -0,417$; $p < 0,001$) oraz pozytywny wpływ na innych ($\beta = 0,236$; $p = 0,040$), które razem tłumaczą 26% zmienności wyników ($F(3,103) = 7,876$; $p < 0,001$). Można więc przyjąć, że brak odnalezienia sensu życia i zmiany filozofii życiowej w wyniku choroby oraz pozytywny wpływ na innych w wyniku jej przebiegu nasila negatywne objawy.

Akceptację choroby i życia z nią wyznacza, z I zestawu zmiennych, tylko zażywanie substancji psychoaktywnych ($\beta = -0,326$; $p < 0,001$), co oznacza, że sięganie po substancje psychoaktywne celem poradzenia sobie ze stresem choroby nie sprzyja jej akceptacji (por. tabela 10.2). Tylko ta strategia wyznacza 19% zmienności wyników ($F(1,109) = 12,978$; $p < 0,001$). Z II zestawu również

tylko jedna zmienna wyznacza 14% zmienności wyników ($F(1,105) = 12,978$; $p = 0,021$) i jest nią poprawa relacji z innymi ludźmi ($\beta = 0,223$; $p = 0,021$). Innymi słowy, korzyść z cukrzycy wyrażająca się lepszymi relacjami z innymi osobami pozwala przewidywać poziom jej akceptacji.

W tabeli 10.3 zaprezentowano te zmienne, zaliczone do zmiennych kontrolnych (czyli płeć, wiek, wykształcenie, lata trwania choroby, występowanie choroby w rodzinie, liczba hospitalizacji), które wyznaczają przystosowanie do cukrzycy. I tak, symptomy negatywne są determinowane przez zaostrzenie objawów chorobowych ($\beta = 0,287$; $p = 0,003$), wiek ($\beta = -0,306$; $p = 0,002$) oraz czas trwania choroby ($\beta = 0,225$; $p = 0,002$). Przyjęty model jest dobrze dopasowany ($F(3,93) = 9,205$ $p < 0,001$) i wyznacza 30% zmienności wyników. Można więc przyjąć, że silne objawy chorobowe i długi czas jej trwania oraz młodszy wiek pozwalają przewidywać duże nasilenie negatywnych symptomów związanych z przystosowaniem do choroby. Z kolei akceptację determinują liczba hospitalizacji ($\beta = -0,288$; $p = 0,004$) i nasilenie objawów chorobowych ($\beta = -0,217$; $p = 0,029$), wyjaśniając 24% zmienności wyników ($F(2,94) = 9,265$ $p < 0,001$). Mniejsza ich liczba sprzyja akceptacji choroby i życia z nią.

Żadna z uwzględnionych zmiennych kontrolnych wydaje się nie determinować zadowolenia z życia w tej grupie chorych.

Tabela 10.3. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z cukrzycą – rola zmiennych kontrolnych

Symptomy negatywne					
	<i>B</i>	<i>s.e.</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Stała	30,273	9,078		3,335	0,001
Nasilenie objawów choroby	2,642	0,874	0,287	3,022	0,003
Wiek	-0,445	0,137	-0,306	-3,262	0,002
Czas trwania choroby (lata)	0,583	0,252	0,226	2,316	0,023
$R = 0,578$; $R^2 = 0,329$, skorygowane $R^2 = 0,304$					
Akceptacja					
Stała	94,940	3,808		24,933	0,000
Liczba hospitalizacji	-0,377	0,129	-0,288	-2,931	0,004
Nasilenie objawów choroby	-1,554	0,702	-0,217	-2,214	0,029
$R = 0,406$, $R^2 = 0,265$; skorygowane $R^2 = 0,247$					

Oznaczenia: *B* – współczynnik B; *s.e.* – błąd standardowy estymacji; β – współczynnik Beta; *t* – wartość testu *t*; *p* – poziom istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując, w grupie osób chorych na cukrzycę zadowoleniu z życia sprzyja ocenianie choroby w kategoriach swoistej wartości, aktywne radzenie sobie z jej wymaganiami oraz poszukiwanie wsparcia instrumentalnego. Zadowoleniu nie służy spostrzeganie schorzenia w kategorii zagrożenia i wiązanie objawów z negatywnymi emocjami oraz odwracanie od choroby uwagi poprzez zajmowanie się czymś innym.

Doświadczanie negatywnych symptomów związane jest ze spostrzeganiem choroby w kategoriach zagrożenia, zażywaniem substancji psychoaktywnych, spostrzeganiem, że dzięki chorobie inni ludzie zmienili się na lepsze, nasileniem jej objawów i dłuższym czasem trwania. Z kolei traktowanie cukrzycy jako wyzwania, z którym trzeba walczyć, wiara w efektywność leczenia, umiejętność pozytywnego przewartościowania sytuacji choroby, znalezienie sensu w życiu oraz młodszy wiek wiążą się z mniejszą intensyfikacją negatywnych symptomów.

Akceptacji cukrzycy sprzyja wiara w skuteczność leczenia, świadomość jej chroniczności oraz przekonanie, że w wyniku choroby poprawiły się relacje z innymi ludźmi. Akceptacji nie służy natomiast spostrzeganie choroby jako zagrożenia (np. planów), zażywanie substancji psychoaktywnych, duża liczba hospitalizacji i nasilenie objawów chorobowych.

10.2. Predyktory poziomu przystosowania do choroby u osób chorych na łuszczycę

Wśród predyktorów zadowolenia z życia osób cierpiących na łuszczycę znalazły się cztery zmienne wchodzące w skład poznawczej reprezentacji choroby, czyli: czas trwania choroby, rozumiany jako przekonanie o jej chroniczności ($\beta = -0,239$; $p = 0,008$), ocena choroby w kategoriach wartości ($\beta = -0,408$; $p < 0,001$) i korzyści ($\beta = 0,305$; $p = 0,004$) oraz spójność ($\beta = 0,227$; $p = 0,011$) będąca zrozumieniem objawów choroby. Interesujące, że zgodnie z przyjętym modelem zadowoleniu z życia osób z łuszczycą sprzyja ocenianie choroby w kategorii korzyści oraz rozumienie jej objawów, zaś niesprzyjające jest przekonanie o tym, że jest chroniczna, będzie towarzyszyć do końca życia i jest swoistą wartością ($F(4,98) = 8,224$; $p < 0,001$). Ten układ zmiennych wyjaśnia 22% zmienności wyników (tabela 10.4).

Poziom odczuwanych symptomów negatywnych (tabela 10.4) determinuje układ czterech zmiennych wchodzących w skład sposobów oceny choroby, tj. spostrzeganie choroby w kategorii przeszkody/straty ($\beta = 0,618$; $p < 0,001$), wyzwania ($\beta = -0,310$; $p = 0,003$), korzyści ($\beta = -0,291$; $p = 0,004$) i wartości ($\beta = 0,294$; $p = 0,010$). Zgodnie z przyjętym modelem ($F(4,98) = 14,523$) nasilenie doświadczanych symptomów negatywnych wzrasta wraz z oceną choroby w kategorii przeszkody/straty (odnoszących się do utraty planów bądź ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu) i wartości, kiedy to choroba oceniana jest pozytywnie ze względu na rolę, jaką odgrywa w docenieniu życia. Z kolei spostrzeganie choroby w kategorii korzyści (inaczej: wtórnych zysków) lub wyzwania osłabia symptomy negatywne. Zmienne te tłumaczą 30% zmienności wyników. Poziom akceptacji choroby i życia z nią (tabela 10.4) pozwalają przewidzieć dwie zmienne zawarte w poznawczej ocenie choroby; są nimi: ocena choroby w kategorii przeszkody/straty ($\beta = -0,280$; $p = 0,008$) oraz krzywdy ($\beta = -2,150$; $p = 0,034$), które łącznie tłumaczą 27% zmienności wyniku. Oznacza to, że wymienione sposoby spostrzegania choroby nie służą jej akceptacji. Przyjęty model jest dobrze dopasowany ($F(2,100) = 11,528$).

Tabela 10.4. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z łuszczycą – rola poznawczej reprezentacji choroby

Zadowolenie z życia					
	<i>B</i>	s.e.	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Stała	217,400	21,948		9,905	0,000
Czas trwania	-1,620	0,603	-0,239	-2,687	0,008
Wartość	-2,412	0,613	-0,408	-3,933	0,000
Korzyść	2,202	0,748	0,305	2,943	0,004
Spójność	1,188	0,458	0,227	2,593	0,011
R = 0,501; R ² = 0,251, skorygowane R ² = 0,221					
Symptomy negatywne					
Stała	15,858	7,874		2,014	0,047
Przeszkoda/strata	1,416	0,241	0,618	5,887	0,000
Wyzwanie	-1,300	0,429	-0,310	-3,028	0,003
Korzyść	-1,219	0,396	-0,291	-3,078	0,003
Wartość	1,009	0,383	0,294	2,634	0,010
R = 0,610; R ² = 0,372; skorygowane R ² = 0,356					
Akceptacja					
Stała	104,990	4,381		23,964	0,000
Przeszkoda/strata	-0,458	0,168	-0,280	-2,721	0,008
Krzywdza	-0,419	0,195	-0,221	-2,150	0,034
R = 0,533, R ² = 0,287; skorygowane R ² = 0,271					

Oznaczenia: *B* – współczynnik B; s.e. – błąd standardowy estymacji; β – współczynnik Beta; *t* – wartość testu *t*; *p* – poziom istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Kolejny krok analizy determinantów przystosowania do choroby w grupie osób chorych na łuszczycę, analogicznie jak w poprzedniej grupie badanych, obejmował pozytywne zasoby ujęte w dwóch zestawach, tj. I. Strategie radzenia sobie z chorobą i II. Obecność sensu w życiu i poszukiwanie sensu oraz korzyści z choroby (tabela 10.5). Okazało się, że w tej grupie chorych zasoby pozytywne bardzo słabo wyznaczają przystosowanie do choroby. I tak, spośród strategii radzenia sobie ze stresem choroby jedynie poszukiwanie wsparcia emocjonalnego sprzyja zadowoleniu z życia ($\beta = 0,213$; $p = 0,032$), ($F(1,101) = 4,808$; $p = 0,031$), jednakże współczynnik determinacji jest bardzo niski i wskazuje na to, że strategia ta wyznacza jedynie 3% zmienności wyników. W przypadku zasobów pozytywnych sytuacja wygląda podobnie – tylko jedna zmienna, obecność sensu życia ($\beta = 0,222$; $p = 0,022$), wyznacza niewiele ponad 4% zmienności wyników ($F(1,100) = 5,420$; $p = 0,022$). Symptomy negatywne determinują dwie zmienne, mianowicie strategię polegającą na zaprzeczaniu ($\beta = 0,266$; $p = 0,006$) i planowaniu ($\beta = -0,203$, $p = 0,035$), które łącznie wyznaczają 18% zmienności wyników ($F(1,101) = 5,784$; $p = 0,004$). Tak więc zaprzeczanie nasila, zaś planowanie obniża

symptomy negatywne. W grupie osób chorujących na łuszczycę żadna zmienna z zestawu zawierającego sens życia i korzyści z choroby nie wyznacza symptomów negatywnych, natomiast akceptacji choroby i życia z nią nie pozwalają przewidywać zmienne z obydwu zestawów – tj. ani zawierających strategie radzenia sobie ze stresem choroby, ani obejmujących sens życia i korzyści z choroby.

Tabela 10.5. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z łuszczycą – rola zasobów pozytywnych

Zadowolenie z życia					
I	<i>B</i>	<i>s.e.</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Stała	199,163	7,633		26,091	0,000
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	4,524	2,063	0,213	2,193	0,031
R = 0,213; R ² = 0,045; skorygowane R ² = 0,036					
II					
Stała	193,369	9,422		20,524	0,000
Obecność sensu życia	0,885	0,380	0,227	2,330	0,022
R = 0,227; R ² = 0,15; skorygowane R ² = 0,042					
I					
Symptomy negatywne					
Stała	5,948	6,259		0,950	0,344
Zaprzeczanie	3,498	1,247	0,266	2,806	0,006
Planowanie	-2,819	1,317	-0,203	-2,140	0,035
R = 0,424; R ² = 0,205; skorygowane R ² = 0,187					

Oznaczenia: I – strategie radzenia sobie z chorobą; II – sens życia i korzyści z choroby; *B* – współczynnik *B*; *s.e.* – błąd standardowy estymacji; β – współczynnik Beta; *t* – wartość testu *t*; *p* – poziom istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Podobnie jak zasoby pozytywne, tak i zmienne kontrolne praktycznie nie pozwalają na przewidywanie poziomu przystosowania do choroby osób zmagających się z łuszczycą (tabela 10.6). Dla wszystkich czynników przystosowania do choroby współczynniki determinacji są bardzo niskie i mieszczą się przedziale od 3 do 15%. Testowane modele w największym stopniu pozwalają przewidzieć poziom akceptacji choroby i życia z nią ($F(1,93) = 6,466$; $p = 0,013$), którą wyznacza czas trwania łuszczycy ($\beta = -0,255$; $p < 0,0001$). Oznacza to, że wraz z upływem lat coraz trudniej zaakceptować chorobę. Odnośnie do zadowolenia z życia, zmienną niesprzyjającą jest nasilenie objawów chorobowych ($\beta = -0,203$; $p = 0,048$), ($F(1,93) = 4,017$; $p = 0,048$). Z kolei symptomy negatywne nasilają się wraz z liczbą hospitalizacji ($\beta = 0,240$; $p = 0,019$); ($F(1,93) = 5,679$; $p = 0,019$).

Tabela 10.6. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z łuszczycą – rola zmiennych kontrolnych

Zadowolenie z życia					
	<i>B</i>	<i>s.e.</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Stała	238,738	12,082		19,760	0,000
Nasilenie objawów choroby	-3,152	1,572	-0,203	-2,004	0,048
R = 0,203; R ² = 0,041, skorygowane R ² = 0,031					
Symptomy negatywne					
Stała	22,712	2,063		11,009	0,000
Liczba hospitalizacji	0,389	0,163	0,240	2,383	0,019
R = 0,240, R ² = 0,05; skorygowane R ² = 0,047					
Akceptacja					
Stała	88,317	1,897		46,559	0,000
Czas trwania choroby (lata)	-0,214	0,084	-0,255	-2,543	0,013
R = 0,256; R ² = 0,165, skorygowane R ² = 0,158					

Oznaczenia: *B* – współczynnik B; *s.e.* – błąd standardowy estymacji; β – współczynnik Beta; *t* – wartość testu *t*; *p* – poziom istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując, w grupie osób chorujących na łuszczycę stosunkowo mało zmiennych pozwala przewidywać poziom przystosowania do choroby. Co więcej, zdecydowanie silniej przystosowanie determinują zmienne wchodzące w skład poznawczej reprezentacji choroby niż te składające się na zasoby pozytywne. Zmienne kontrolne zdają się, w tej grupie chorych, odgrywać bardzo małą rolę w odniesieniu do przystosowania. I tak, dla zadowolenia z życia istotne okazało się odnalezienie wtórnych korzyści z choroby oraz rozumienie jej natury. Z kolei przekonanie, że łuszczycą jest wartością, ponieważ odgrywa w życiu jakąś ważną rolę oraz będzie towarzyszyć do końca życia, zadowoleniu zdecydowanie nie sprzyja. Zadowoleniu z życia sprzyja również poszukiwanie emocjonalnego wsparcia oraz odnalezienie sensu życia. Z kolei silne objawy chorobowe zadowoleni z życia będą obniżać.

Negatywne symptomy związane z przystosowaniem do choroby, takie jak odczuwane dolegliwości somatyczne, lęk i niepokój, depresja, zaburzenia codziennego funkcjonowania, anhedonia, zdeterminowane są najsilniej spostrzeganiem choroby jako przeszkody bądź straty, a następnie wartości. Ocenianie choroby jako korzyści lub wyzwania symptomy te osłabia. Również planowanie działań w celu poradzenia sobie z chorobą symptomy negatywne zmniejsza, w przeciwieństwie do zaprzeczania problemom związanym z łuszczycą. Z kolei, im więcej razy chorzy byli hospitalizowani, tym silniej negatywne symptomy mogą prawdopodobnie odczuwać.

10.3. Predyktory poziomu przystosowania do choroby u osób chorych na przewlekłą chorobę nerek

W grupie osób z przewlekłą chorobą nerek zadowolenie z życia pozwalają przewidywać dwie zmienne (tabela 10.7) wchodzące w skład poznawczej reprezentacji choroby ($F(1,90) = 15,193$; $p < 0,001$), mianowicie, przekonanie o skuteczności podejmowanego leczenia ($\beta = 0,471$; $p < 0,001$) oraz nadawanie chorobie znaczenia jako ważnemu życiowemu wydarzeniu ($\beta = -0,184$; $p = 0,047$), które łącznie wyjaśniają 24% zmienności wyników. Inaczej mówiąc, przekonanie o skuteczności leczenia służy zadowoleniu z życia osób z PChN, natomiast uznanie, że choroba jest znaczącym wydarzeniem życiowym – wręcz przeciwnie, zadowolenie z życia obniża. Symptomy negatywne doświadczane przez osoby z PChN zdeterminowane są przez trzy zmienne poznawczej reprezentacji choroby. Są to: ocena choroby w kategoriach krzywdy ($\beta = 0,279$; $p = 0,002$), przekonanie o możliwości wpływania na przebieg choroby ($\beta = -0,365$; $p < 0,001$) oraz emocjonalna reprezentacja ($\beta = 0,337$; $p < 0,001$). Oznacza to, że traktowanie choroby w kategoriach nieszczęścia i niezasłużonej krzywdy oraz spostrzeganie związku między chorobą a emocjami nasila negatywne symptomy, zaś wiara w możliwości wpływania na swoje zdrowie je obniża. Zmienne te wyjaśniają ponad 40% zmienności wyników ($F(3,88) = 25,460$; $p < 0,001$). Akceptacji choroby wśród osób z PChN nie sprzyja traktowanie jej w kategorii korzyści ($\beta = -3,270$; $p = 0,003$). Ta jedna zmienna tłumaczy ponad 20% zmienności wyników ($F(1,90) = 10,693$; $p = 0,002$). Wyniki zaprezentowane są w tabeli 10.7.

Tabela 10.7. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z przewlekłą chorobą nerek – rola poznawczej reprezentacji choroby

Zadowolenie z życia					
	<i>B</i>	<i>s.e.</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Stała	129,587	25,965		4,991	0,000
Skuteczność leczenia	6,411	1,246	0,471	5,147	0,000
Znaczenie	-1,767	0,879	-0,184	-2,010	0,047
R = 0,504; R ² = 0,255, skorygowane R ² = 0,248					
Symptomy negatywne					
Stała	7,853	10,735		0,732	0,466
Krzywdza	0,756	0,233	0,279	3,243	0,002
Kontrola osobista	-1,462	0,330	-0,365	-4,425	0,000
Emocjonalna reprezentacja	1,737	0,420	0,337	4,134	0,000
R = 0,682; R ² = 0,465; Skorygowane R ² = 0,446					

	Akceptacja				
Stała	101,435	6,216		16,317	0,000
Korzyść	-1,223	0,374	-0,326	-3,270	0,002
R = 0,322, R ² = 0,206; skorygowane R ² = 0,196					

Oznaczenia: B – współczynnik B ; s.e. – błąd standardowy estymacji; β – współczynnik Beta; t – wartość testu t ; p – poziom istotności statystycznej

Źródło: opracowanie własne.

Zasoby pozytywne, będące wyznacznikami przystosowania do przewlekłej choroby nerek, przedstawia tabela 10.8. I tak, spośród zmiennych zestawu I (strategii radzenia sobie ze stresem choroby) tylko dwie tłumaczą 22% zmienności wyników zadowolenia z życia. Jest to, przede wszystkim, pozytywne przewartościowanie sytuacji ($\beta = 0,452$; $p < 0,001$), a następnie zaprzestanie podejmowania działań w celu poradzenia sobie z chorobą ($\beta = -0,229$; $p = 0,016$). Można więc stwierdzić, iż zadowoleniu z życia służy stosowanie pozytywnej reinterpretacji poznawczej, zaś obniża je rezygnacja z podejmowania działań. Przyjęty model jest wystarczająco dopasowany do danych ($F(2,89) = 13,251$). Spośród II zestawu zmiennych, tj. sensu życia i korzyści z choroby, żadna nie pozwala na przewidywanie poziomu zadowolenia z życia w tej grupie chorych osób. Doświadczanie negatywnych symptomów determinują już zmienne z obu zestawów. I tak, z pierwszego, są to w pierwszym rzędzie aktywne radzenie sobie ($\beta = -0,422$; $p < 0,001$), kolejno zaś zaprzeczanie ($\beta = 0,240$; $p = 0,013$), które wyjaśniają prawie 30% zmienności wyników ($F(2,98) = 11,835$; $p < 0,001$). Aktywne radzenie sobie ze stresem choroby obniża nasilenie negatywnych symptomów, natomiast strategia zaprzeczania je nasila. Z zestawu drugiego, doświadczanie negatywnych symptomów pozwalają przewidywać dwie zmienne: obecność sensu życia ($\beta = -0,242$; $p = 0,0120$) i docenienie życia ($\beta = -2,720$; $p = 0,008$), wyjaśniając łącznie 24% zmienności wyników. Tak więc odnalezienie sensu życia oraz docenienie życia w wyniku choroby determinuje mniejsze nasilenie negatywnych symptomów ($F(2,84) = 8,271$ $p < 0,001$). Akceptacji choroby i życia z nią sprzyja, z pierwszego zestawu zmiennych, aktywne radzenie sobie z problemami z niej wynikającymi ($\beta = 0,321$; $p = 0,002$) oraz nieobwinianie siebie za te problemy ($\beta = -0,290$; $p = 0,005$). Strategie te tłumaczą 22% zmienności wyników ($F(2,89) = 0,7396$; $p = 0,001$). Z drugiego zestawu zmiennych sprzyja akceptacji odnalezienie sensu życia ($\beta = 0,23$; $p = 0,025$) oraz przekonanie o wzroście sił wewnętrznych w wyniku doświadczania choroby ($\beta = 0,207$; $p = 0,049$). Te dwie zmienne wyjaśniają ponad 18% zmienności wyników ($F(2,84) = 4,979$; $p = 0,009$).

Tabela 10.8. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z przewlekłą chorobą nerek – rola zasobów pozytywnych

Zadowolenie z życia					
I	B	s.e.	β	t	p
Stała	177,352	8,090		21,923	0,000
Pozytywne przewartościowanie	10,793	2,230	0,452	4,839	0,000
Zaprzestanie działań	-6,566	2,676	-0,229	-2,454	0,016
R = 0,483; R ² = 0,233; skorygowane R ² = 0,226					
Symptomy negatywne					
I					
Stała	38,876	4,493	8,652		0,000
Aktywne radzenie sobie	-4,952	1,114	-0,422	-4,446	0,000
Zaprzeczanie	3,582	1,419	0,240	2,524	0,013
R = 0,558; R ² = 0,310; skorygowane R ² = 0,292					
II					
Stała	-0,812	0,299	-0,278	-2,720	0,008
Obecność sensu życia	-4,367	1,847	-0,242	-2,365	0,020
Docenienie życia	-0,812	0,299	-0,278	-2,720	0,008
R = 0,506; R ² = 0,265; skorygowane R ² = 0,245					
Akceptacja					
I					
Stała	77,026	3,890		19,800	0,000
Aktywne radzenie sobie	3,141	0,990	0,321	3,172	0,002
Obwinianie siebie	-2,896	1,009	-0,290	-2,870	0,005
R = 0,478; R ² = 0,243; skorygowane R ² = 0,223					
II					
Stała	64,604	6,032		10,711	0,000
Obecność sensu w życiu	0,579	0,253	0,237	2,288	0,025
Wzrost sił wewnętrznych	2,246	1,125	0,207	1,996	0,049
R = 0,426; R ² = 0,206; skorygowane R ² = 0,185					

Oznaczenia: I – strategie radzenia sobie z chorobą; II – sens życia i korzyści z choroby; B – współczynnik B; s.e. – błąd standardowy estymacji; β – współczynnik Beta; t – wartość testu t; p – poziom istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Spośród zmiennych zaliczanych do kontrolnych (tabela 10.9), zadowolenie z życia determinuje tylko wykształcenie ($\beta = 0,501$; $p < 0,001$), które wyjaśnia aż 33% zmienności wyników ($F(1,59) = 19,760$). Im jest ono wyższe, tym większe zadowolenie z życia.

Symptomy negatywne wyznaczają w 29% trzy zmienne, mianowicie, wykształcenie ($\beta = -0,420$; $p < 0,001$), liczba hospitalizacji ($\beta = 0,307$; $p = 0,008$)

i wiek ($\beta = -0,239$; $p = 0,035$). Oznacza to, że osoby gorzej wykształcone, częściej hospitalizowane oraz młodsze są bardziej narażone na doświadczanie symptomów negatywnych ($F(3,57) = 9,266$; $p < 0,001$). Żadna ze zmiennych kontrolnych nie determinuje akceptacji choroby w tej grupie badanych.

Tabela 10.9. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z przewlekłą chorobą nerek – rola zmiennych kontrolnych

Zadowolenie z życia					
	<i>B</i>	s.e.	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Stała	142,453	14,698		9,692	0,000
Wykształcenie	23,100	5,197	0,501	4,445	0,000
R = 0,601; R ² = 0,351, skorygowane R ² = 0,338					
Symptomy negatywne					
Stała	79,130	13,529		5,849	0,000
Wykształcenie	-9,091	2,419	-0,420	-3,759	0,000
Liczba hospitalizacji	0,866	0,312	0,307	2,770	0,008
Wiek	-0,394	0,182	-0,239	-2,165	0,035
R = 0,573, R ² = 0,328; skorygowane R ² = 0,291					

Oznaczenia: *B* – współczynnik B; s.e. – błąd standardowy estymacji; β – współczynnik Beta; *t* – wartość testu *t*; *p* – poziom istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując uzyskane dane, wyższe zadowolenie z życia osób zmagających się z PChN pozwala przewidywać wiara w skuteczność podejmowanych interwencji medycznych, stosowanie strategii radzenia sobie ze stresem choroby polegającej na pozytywnym przewartościowaniu sytuacji oraz wyższe wykształcenie. Z kolei nadawanie chorobie dużego znaczenia i traktowanie jej jako zakłócenie życiowej równowagi oraz zaprzestanie podejmowania działań w celu poradzenia sobie z wyzwaniami choroby zadowolenie z życia obniża.

Symptomy negatywne w tej grupie badanych nasilać będzie przeświadczenie, że choroba jest niesprawiedliwością i krzywdą wiążącą się z negatywnymi emocjami oraz stosowanie strategii radzenia sobie polegającej na zaprzeczaniu problemom. Symptomy negatywne będą nasilać się również wraz ze wzrostem liczby hospitalizacji. Przekonanie o posiadaniu wplywu na stan zdrowia, aktywne radzenie sobie ze stresem choroby, odnalezienie sensu życia i docenienie życia w wyniku choroby oraz starszy wiek obniżają doświadczanie symptomów negatywnych w grupie chorych na PChN.

10.4. Predyktory poziomu przystosowania do choroby u osób chorych na reumatoidalne zapalenie stawów

Analiza modelu regresji dla grupy osób chorych na RZS wykazała, że zmienne w nim uwzględnione istotnie wyjaśniają poziom zadowolenia z życia ($F(2,67) = 29,680$; $p < 0,001$) i są z nią silnie powiązane (tabela 10.10). Skorygowana wartość współczynnika R^2 wykazała, że model zmiennych wyjaśnia 45% zmienności wyników. I tak, zadowolenie z życia w tej grupie chorych maleje wraz z oceną choroby w kategorii przeszkody/straty ($\beta = -0,694$; $p < 0,001$), zaś wzrasta w wyniku spostrzegania choroby jako wartości ($\beta = 0,283$; $p = 0,003$).

Prawie 60% zmienności wyników dla negatywnych symptomów (tabela 10.10) wyjaśniają cztery zmienne, mianowicie: przekonanie o skuteczności leczenia ($\beta = -0,282$; $p = 0,002$), identyfikacja objawów ($\beta = 0,362$; $p < 0,001$), przekonanie o tym, iż choroba jest wartością ($\beta = -0,329$; $p < 0,001$) oraz spostrzeganie jej w kategorii przeszkody bądź straty ($\beta = 0,500$; $p < 0,001$). Największą rolę w tym modelu zmiennych odgrywa ocena choroby jako przeszkody/straty, następnie zaś identyfikacja objawów związanych z chorobą – determinują one nasilenie negatywnych objawów. Z kolei przekonanie o tym, że choroba jest swego rodzaju wartością oraz wiara w skuteczność leczenia obniża negatywne objawy u badanych osób z RZS. Przyjęty model jest dobrze dopasowany ($F(4,65) = 25,519$; $p < 0,001$). Odnośnie do akceptacji choroby i życia z nią (tabela 10.10), tylko jedna zmienna pozwala przewidywać jej poziom – jest to spostrzeganie choroby w kategorii niezasażonej krzywdy ($\beta = -0,285$; $p = 0,018$), i wyznacza niewiele ponad 6% zmienności wyniku ($F(1,68) = 6,027$; $p = 0,017$).

Tabela 10.10. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów – rola poznawczej reprezentacji choroby

Zadowolenie z życia					
	<i>B</i>	<i>s.e.</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Stała	273,367	13,240		20,647	0,000
Przeszkoda/strata	-3,129	0,413	-0,694	-7,585	0,000
Wartość	1,958	0,634	0,283	3,090	0,003
R = 0,685; R ² = 0,470, skorygowane R ² = 0,454					
Symptomy negatywne					
Stała	21,673	11,807		1,836	0,071
Skuteczność leczenia	-1,751	0,532	-0,282	-3,292	0,002
Identyfikacja objawów	2,877	0,668	0,364	4,310	0,000
Wartość	-1,259	0,324	-0,329	-3,885	0,000
Przeszkoda/strata	1,245	0,221	0,500	5,640	0,000
R = 0,776; R ² = 0,601; skorygowane R ² = 0,577					

Akceptacja					
Stała	96,182	4,330		22,212	0,000
Krzywdza	-0,536	0,218	-0,285	-2,455	0,017
R = 0,285, R ² = 0,081; skorygowane R ² = 0,068					

Oznaczenia: *B* – współczynnik B; *s.e.* – błąd standardowy estymacji; β – współczynnik Beta; *t* – wartość testu *t*; *p* – poziom istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 10.11 przedstawiono te zasoby pozytywne, które determinują przystosowanie do RZS. I tak, zadowolenie z życia wyznaczają (z I zestawu zmiennych) pozytywne przewartościowanie ($\beta = 0,452$; $p < 0,001$) oraz zaprzestanie działań ($\beta = -0,229$), które łącznie wyjaśniają 12% zmienności wyników ($F(2,89) = 13,521$). Oznacza to, że w tej grupie zadowolenie z życia wzrasta wraz ze stosowaniem pozytywnego przewartościowania jako strategii radzenia sobie ze stresem choroby, maleje zaś, kiedy stosowana jest strategia polegająca na zaprzestaniu działań. Z II zestawu zmiennych jest to tylko obecność sensu życia ($\beta = 0,306$; $p = 0,004$), która wyznacza 8% zmienności wyników ($F(1,85) = 8,11$; $p = 0,04$). Tak więc odnalezienie sensu życia w niewielkim stopniu pozwala przewidywać poziom zadowolenia z życia w tej grupie chorych. Odnośnie do symptomów negatywnych, to obwinianie siebie ($\beta = 0,490$; $p < 0,001$) i pozytywne przewartościowanie ($\beta = -0,352$; $p = 0,001$) tłumaczą 36% zmienności wyników ($F(2,67) = 13,347$ $p < 0,001$). Są to zmienne z zestawu I, obejmującego strategię radzenia sobie ze stresem choroby, zaś wynik ten oznacza, że obwinianie siebie nasila negatywne symptomy, zaś pozytywne przewartościowanie sytuacji je obniża. Spośród zmiennych II zestawu tylko odnalezienie sensu życia pozwala przewidywać nasilenie negatywnych symptomów ($\beta = -0,464$; $p < 0,001$) i wyjaśnia 20% zmienności wyników ($F(1,68) = 18,621$; $p < 0,001$). Przechodząc do akceptacji choroby, okazało się, że sprzyja jej strategia pozytywnego przewartościowania ($\beta = 0,423$; $p = 0,000$), która sama tłumaczy 16% zmienności wyników ($F(1,68) = 14,785$), a następnie poszukiwanie sensu życia ($\beta = 0,308$; $p = 0,009$), wyjaśniające niewiele ponad 10% zmienności ($F(1,68) = 14,785$; $p < 0,001$). Obie te zmienne sprzyjają akceptacji choroby.

W grupie osób zmagających się z reumatoidalnym zapaleniem stawów żadna ze zmiennych, zaliczanych do zmiennych kontrolnych, nie pozwala przewidywać przystosowania do choroby.

Tabela 10.11. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów – rola zasobów pozytywnych

Zadowolenie z życia					
I	<i>B</i>	<i>s.e.</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Stała	177,352	8,090		21,923	0,000
Pozytywne przewartościowanie	10,793	2,230	0,452	4,839	0,000
Zaprzestanie działań	-6,566	2,676	-0,229	-2,454	0,016
R = 0,483; R ² = 0,233; skorygowane R ² = 0,126					

Tabela 10.11 cd.

Symptomy negatywne					
II					
Stała	161,769	14,092		11,479	0,000
Obecność sensu w życiu	1,814	0,611	0,306	2,968	0,004
R = 0,306; R ² = 0,094; skorygowane R ² = 0,083					
I					
Stała	27,974	4,959		5,641	0,000
Obwinianie siebie	5,992	1,299	0,490	4,614	0,000
Pozytywne przewartościowanie	-4,280	1,290	-0,352	-3,318	0,001
R = 0,634; R ² = 0,385; skorygowane R ² = 0,364					
II					
Stała	61,047	8,275		7,377	0,000
Obecność sensu w życiu	-1,460	0,338	-0,464	-4,315	0,000
R = 0,464; R ² = 0,215; skorygowane R ² = 0,203					
Akceptacja					
I					
Stała	74,687	3,424		21,814	0,000
Pozytywne przewartościowanie	3,572	0,929	0,423	3,845	0,000
R = 0,423; R ² = 0,279; skorygowane R ² = 0,167					
II					
Stała	71,000	5,987		11,859	0,000
Poszukiwanie sensu życia	0,627	0,235	0,308	2,672	0,009
R = 0,308; R ² = 0,095; skorygowane R ² = 0,109					

Oznaczenia: I – strategie radzenia sobie z chorobą; II – sens życia i korzyści z choroby; B – współczynnik B; s.e. – błąd standardowy estymacji; β – współczynnik Beta; t – wartość testu t ; p – poziom istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Rozdział 11. Dyskusja wyników

Prezentowane badania dotyczyły problematyki przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej na przykładzie osób chorujących na cukrzycę, łuszczycę, PChN (przewlekłą chorobę nerek) i RZS (reumatoidalne zapalenie stawów). Wybór jednostek chorobowych podyktowany był kryteriami przyjętymi przez M. Seligmana (2008), a więc ich powszechnością, niepewnym rokowaniem, upośledzeniem codziennego funkcjonowania oraz wpływem na długość życia chorych. Celem było, po pierwsze, przyjrzenie się strukturze przystosowania do choroby, po drugie zaś sprawdzenie, jakie czynniki odgrywają istotną rolę w tym procesie. Zarówno w rozdziałach poświęconych teoretycznemu wprowadzeniu do tematu, jak i w części metodologicznej niniejszego opracowania zaakcentowano dylematy związane z tą problematyką, między innymi to, że nie została dotychczas wypracowana spójna definicja oraz metodyka pomiaru samego przystosowania do choroby (Frank, Elliot, 2000; Smart, 2001; Bishop, 2005; Larsen, Hummel, 2013; Moss-Morris, 2013). Zwrócono również uwagę na istnienie wielu sposobów rozumienia tego pojęcia i, w związku z tym, wielości stosowanych w badaniach narzędzi pomiaru. Taka sytuacja powoduje wątpliwości chociażby odnośnie do tego, co dokładnie składa się na przystosowanie do przewlekłej choroby somatycznej i w jaki sposób mierzyć jego stopień. Pojawiają się więc uzasadnione pytania, czy określając – przykładowo – stopień akceptacji choroby otrzymujemy przesłanki do wnioskowania o przystosowaniu się do niej chorego człowieka? A może należy jeszcze określić zadowolenie z życia lub oszacować wymiary odpowiadające stanowi psychicznemu chorego, aby opis przystosowania był wystarczający i jak najlepiej odzwierciedlał funkcjonowanie? W literaturze przedmiotu, jak również często w praktyce klinicznej, wszystkie te konstrukty, nie będąc tożsamymi, służą (oddzielnie) ocenie przystosowania do choroby somatycznej. Czy w związku z powyższym, otrzymywane w badaniach rezultaty są miarodajne i pozwalają określać przystosowanie do choroby? Problem wydaje się być niezmiernie ważny, jako że na podstawie tak uzyskanych wyników generalizowane są wnioski o tym, jakie grupy chorych są lepiej lub gorzej przystosowane do choroby, bądź też, które osoby bardziej lub mniej potrzebują pomocy psychologicznej. Co więcej, jednym z obszarów diagnozy psychologicznej osób chorych somatycznie jest rozpoznanie trudności z zakresu somatopsychologii, tj. oszacowanie, między innymi, wpływu stanu zdrowia na funkcjonowanie psychospołeczne oraz identyfikacja zasobów ochronnych

i sposobów radzenia sobie (Jakubowska-Winecka, 2016). Tak więc, dobór narzędzia diagnostycznego jest niezmiernie istotny, podobnie jak znajomość ważnych i przystosowawczych, w danych chorobach, zasobów osobistych.

11.1. Przystosowanie do choroby przewlekłej – aspekty strukturalne i dynamiczne

W prezentowanym opracowaniu przyjęto, że przystosowanie do choroby składa się z pięciu elementów: akceptacji życia z chorobą, akceptacji choroby, bilansu emocjonalnego, ogólnego stanu zdrowia psychicznego oraz zadowolenia z życia, co jest zgodne z ujęciem D. de Ridder i wsp. (2008). Paradygmat badań własnych oparto na relacyjnej teorii stresu (Lazarus, Folkman, 1984; Heszen, 2013) oraz Modelu Zdroworozsądkowej Samoregulacji (Leventhal, Leventhal, Cameron, 2001; Leventhal, Phillips, Burns, 2016), które zakładają, że ocena choroby oraz przekonania o niej oddziałują na przystosowanie do choroby i efekty zdrowotne. Ze względu na to, że trendy psychologii pozytywnej w odniesieniu do funkcjonowania osób z chorobami przewlekłymi dotyczą analizowania takich aspektów, jak związki określonych zasobów osobistych, konsekwencji w dostrzeganiu sensu i korzyści z choroby z przystosowaniem do niej i ogólnym dobrostanem (Diener, Chan, 2013; Martz, Livneth, 2016), uwzględniono w modelu badań również wybrane zasoby pozytywne, do których zaliczono strategie radzenia sobie ze stresem, korzyści z choroby oraz poczucie sensu życia. W przyjętym modelu spróbowano określić złożone zależności zachodzące między wszystkimi jego elementami jednocześnie, tj. bez dzielenia go na części w celu wykonania poszczególnych analiz. Oryginalne jest więc, po pierwsze, podjęcie próby empirycznej oceny struktury przystosowania do choroby, po drugie zaś, przeanalizowanie modelu złożonych zależności między oceną poznawczą, zasobami pozytywnymi i przystosowaniem do choroby dla każdej grupy chorych oddzielnie.

Pierwsza część analiz miała zweryfikować hipotezy zakładające, że konstrukty powszechnie stosowane do oceny przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej są ze sobą w większości powiązane, aczkolwiek nie jest to zależność prostoliniowa (H1a), osoby z różnymi chorobami wykazują podobny poziom i różną strukturę przystosowania (H1b) oraz można wyodrębnić różne typy przystosowania do choroby (H1c).

Pierwsza hipoteza została potwierdzona – **wszystkie analizowane konstrukty są ze sobą powiązane liniowo oraz wspólnie tworzą zmienną „przystosowanie do choroby”** (por. tabele 5.1, 5.2).

Okazuje się więc, że jednoczesne stosowanie wszystkich użytych w badaniu metod pomiaru do szacowania przystosowania do choroby somatycznej jest wskazane, ponieważ pozwala przyjrzeć się całościowo różnym jego aspektom. Z drugiej strony zastosowanie tylko jednej z metod może łączyć się z ryzykiem zignorowania ważnych dla chorego obszarów problemowych (zarówno

w badaniach, jak i w pracy klinicznej). Można się w tym miejscu pokusić o propozycję stosowania kwestionariuszy mierzących omawiane konstrukty w charakterze uzupełnienia wywiadu diagnostycznego. Objętość ich jest jednak dość duża, w związku z czym trudno byłoby je w całości wykorzystać jako narzędzie przesiewowe. Może to jednak być impulsem do skonstruowania w przyszłości, ze wszystkich użytych w prezentowanych analizach narzędzi, jednego, spełniającego niezbędne wymagania psychometryczne. Otrzymane wyniki pokazują, że stworzenie takiego narzędzia wydaje się być bardzo potrzebne, zaś ograniczanie do jednej z metod może dawać mało wiarygodne rezultaty.

11.2. Przystosowanie do choroby w różnych grupach klinicznych

Druga hipoteza (H1b) potwierdziła się częściowo, wykazano bowiem, że **osoby zmagające się z różnymi schorzeniami cechują się zarówno różnym poziomem, jak i różną strukturą przystosowania do choroby** (por. tabela 5.4). Okazało się, że chociaż sam wskaźnik przystosowania w badanych grupach był statystycznie porównywalny, to jednak znaczące różnice uwidoczniły się odnośnie do poszczególnych zmiennych składających się na przystosowanie. Najsilniejsze różnice między chorymi dotyczą zadowolenia ze zdrowia, najłabsze zaś anhedonii/przyjemności. Można przyjąć, że najwięcej problemów z przystosowaniem do swojej choroby mają osoby z PChN. Osoby te cechuje najmniejsze zadowolenie ze stanu zdrowia i z kontaktów z innymi ludźmi, największe problemy w codziennym funkcjonowaniu (m.in. radzenie sobie i wykonywanie codziennych czynności, podejmowanie decyzji), najbardziej nasiloną anhedonią, czyli utratą zdolności do odczuwania przyjemności i cieszenia się życiem oraz najniższy afekt pozytywny. Uzyskany wynik można wytłumaczyć złożonym obrazem klinicznym choroby (por. podrozdz. 2.3.4), skomplikowanym leczeniem (chorzy w zaawansowanych stadiach choroby wymagają leczenia nerkozastępczego, tj. hemodializ lub dializ otrzewnowych), współwystępowaniem innych somatycznych schorzeń przewlekłych oraz zaburzeń psychicznych i zaburzeń snu (Fisher i wsp., 2008; Mezuk i wsp., 2008; McKercher, Sanderson, Jose, 2013; Kokoszka i wsp., 2016). Co więcej, badana grupa osób z PChN średnio choruje najdłużej (por. rozdz. 3.6). Jak podają M. Kochan-Wójcik i K. Prokopowicz (2015), dużym problemem dla osób z PChN jest między innymi nagła konfrontacją z rozpoznaniem choroby i wizja jej nieuleczalności, codzienne uciążliwości samej terapii oraz doświadczanie skutków ubocznych leczenia i chorób współtowarzyszących. Ponadto trudności wynikają z doświadczania rzeczywistych zmian w dotychczasowym stylu życia – znacznego ograniczenia lub nawet rezygnacji z pełnienia dotychczasowych ról społecznych, konieczności stosowania farmakoterapii oraz diety redukującej spożycie płynów. Doniesienia z literatury przedmiotu (m.in. Cruz i wsp., 2011; Birmelé i wsp., 2012; Pagels i wsp., 2012; Perales-Montilla, Duschek, Reyes del Paso, 2016) są zgodne co do niskiej jakości życia osób z PChN. Zastanawia jednak,

porównywalny z innymi grupami chorych, poziom depresji, który, wydawałoby się, powinien być wyższy. Jednak doniesienia z literatury przedmiotu w tej kwestii też nie są jednoznaczne. J. Jaracz (2010) tłumaczy to, pośrednio, tym, że obraz kliniczny depresji i PChN, szczególnie w zaawansowanych stadiach, ma pewne cechy wspólne. Są to: zmniejszenie łaknienia i masy ciała, zaburzenia snu, obniżenie energii i zmęczenie. Może być to jedną z przyczyn trudności w rozpoznawaniu depresji u chorych na PChN. Z kolei wpływ na samopoczucie osób, które są dializowane, mogą wywierać zaburzenia elektrolitowe, wywołując uczucie lęku, dysfориę, zaburzenia świadomości, oraz nagłe zmiany stężenia mocznika, których skutkiem jest zmęczenie, niepokój i bóle głowy. Tak więc z jednej strony objawy zaburzeń psychicznych mogą zostać zinterpretowane jako dolegliwości somatyczne, z drugiej zaś wskaźniki natury somatycznej wcale nie muszą mieć związku z wystąpieniem zaburzenia psychicznego. Wszystko to tłumaczy, czemu wskaźniki rozpowszechnienia depresji uzyskiwane w różnych badaniach są różne – zależą bowiem od zastosowanych metod psychometrycznych i narzędzi diagnostycznych. Wracając jednak do wniosków z badań własnych, gorsze przystosowanie do choroby badanych osób z PChN oraz problemy diagnostyczne depresji (i niewątpliwie zaburzeń lękowych), związane z nakładaniem się na siebie objawów chorobowych, wskazują na konieczność objęcia tej grupy chorych szczególną uwagą. Zastosowanie może mieć zatem wykorzystanie narzędzi do pomiaru przystosowania do choroby w trakcie rozmowy klinicznej. Wymiary wskazujące na problem z przystosowaniem mogą być wskazówką do poszerzenia diagnostyki w kierunku ewentualnej psychopatologii. Tak czy inaczej, wykorzystanie powyższej procedury pozwoli zidentyfikować obszary problematyczne, wymagające interwencji psychologicznej. Wysoki wynik anhedonii (odzwierciedlający się m.in. w nieumiejętności cieszenia się z codziennych czynności i niewielkich przyjemności) i powiązany z nim niski afektu pozytywnego pozwala przypuszczać, że w tej grupie chorych zasadne byłoby zastosowanie technik opartych na ćwiczeniu uważności mających zastosowanie w tego typu problemach (por. Garland, Howard, Zubieta, Froeliger, 2017; Thomas, Garland, 2017).

Drugą grupą chorych, cechującą się, w porównaniu z pozostałymi grupami, znacznie obniżonymi wynikami w wymiarach codziennego funkcjonowania i dolegliwości somatycznych są osoby z RZS. Są to też osoby, które oceniają swoją chorobę jako najbardziej nasiloną (w porównaniu z innymi badanymi grup chorych). RZS jest chorobą charakteryzującą się zapaleniem wielu stawów, degradacją chrząstki stawowej i kości oraz występowaniem zmian pozastawowych oraz powikłań układowych. Jej przebieg ma charakter przewlekły z częstymi nawrotami, prowadzącymi do postępującego zniszczenia chrząstki stawowej i tkanek okołostawowych, deformacji stawów oraz do niepełnosprawności i przedwczesnej śmierci pacjenta (Jura-Półtorak, Olczyk, 2011). RZS wiąże się z (por. rozdz. 2.3.2) bólem, zmęczeniem, zaburzeniami snu, utrudnieniami w codziennym funkcjonowaniu wynikającymi z ograniczonych możliwości ruchowych i manualnych, poczuciem niepełnosprawności, lękiem o przyszłość (Pollard i wsp., 2006; Głuszko, Kowalczyk, 2009; Jędryka-Góral, 2010; Dobrucka-Janeczek, Jędryka-Góral, 2012; Walker i wsp., 2011; Purabdollah i wsp., 2015). W swoich badaniach M. Ziarko

(2014) odnotował, iż chorzy z RZS wykazali najniższy stopień akceptacji choroby i wypełniania ról społecznych oraz największe natężenie depresji w porównaniu z chorymi na cukrzycę i chorobę niedokrwinną serca (nie porównywał jednak osób z RZS z chorymi na PChN i łuszczycę). Również w tej grupie występował najniższy poziom posiadanych zasobów osobistych (tamże). W prezentowanych analizach poziom depresji oraz akceptacji choroby okazał się porównywalny dla wszystkich grup chorych. Różnice odnośnie do depresji mogą wynikać z zastosowania innych narzędzi, zastanawia natomiast inny wynik co do akceptacji ograniczeń w przypadku chorych na RZS i cukrzycę – w obu przypadkach użyta została bowiem ta sama metoda: AIS autorstwa B. Felton w adaptacji Z. Juczyńskiego (2001). Nie ulega jednak wątpliwości, że reumatoidalne zapalenie stawów (razem z PChN) jest znacznym obciążeniem dla chorych. Wiele badań wskazuje na związki poziomu codziennego funkcjonowania i jakości życia z nasileniem choroby oraz bólem (Houssien, McKenna, Scott, 1997; Molenaar, Voskuyl, Dijkmans, 2002; Happach i wsp., 2007; Prajs, 2007; Chodkiewicz, Tabaszewska, 2010; Hodkinson i wsp., 2012; Sonar i wsp., 2015; Purabdollah i wsp., 2015; Unar i wsp., 2015; Kojima i wsp. 2017; Liu i wsp., 2017). M. Happach i wsp. (2007) wykazali, iż ból towarzyszył 61% osób chorych na RZS. Nocne bóle, wybudzające ze snu doskwierały 58% chorych. Według H. Sęk i M. Frydrychiewicz (2009) osoby z RZS, spośród wyzwań związanych ze schorzeniem, najgorzej radzą sobie właśnie z opanowaniem bólu. W świetle uzyskanych wyników wydaje się, że i dla tej grupy korzystne może być zastosowanie techniki celowego planowania ułatwiającego codzienne aktywności oraz, opisane w części teoretycznej niniejszego opracowania, klasyczne poznawcze i behawioralne techniki pracy z bólem. Jak wspomniano, analizy ewaluacyjne potwierdzają ich skuteczność, między innymi istotną poprawę w zakresie ogólnej sprawności i nasilenia bólu, objawów lęku oraz obniżonego nastroju (Williams, Eccleston, Morley, 2012; Heapy i wsp., 2017). Warto w tym miejscu zaznaczyć, że podstawę interwencji psychoterapeutycznych powinna stanowić psychoedukacja na temat bólu, szczególnie wtedy, kiedy nie można farmakologicznie lub zabiegowo usunąć przyczyny dolegliwości (Mills i wsp., 2016). Jak pisał J. Aleksandrowicz (1994, s. 30) „[...] świat, w którym człowiek żyje, musi być dla niego w jakiś sposób zrozumiały i przewidywalny. [...] gdy nie rozumie się swoich przeżyć czy zachowania, musi się skonstruować jakieś wyjaśnienia, nadające sens”. Użyteczną propozycją i inspiracją może być program F. Cano-Garcia i wsp. (2017), przeznaczony dla osób zmagających się z przewlekłym bólem. Składa się on z 10 sesji, obejmujących psychoedukację, techniki relaksacyjne i oddechowe, naukę wyznaczania celów i organizację czasu, radzenie sobie z emocjami, rekonstrukcję poznawczą przekonań dotyczących bólu, trening umiejętności społecznych, zasady higieny snu oraz aktywizację behawioralną. W programie wzięło udział 40 osób, pracowano w grupach 13–14 osobowych. Uzyskano poprawę w zakresie objawów depresyjnych, nasilenia bólu, poczucia zmęczenia czy napięcia psychicznego. Efekt ten wydawał się jednak słabnąć w czasie i zanikał w 6-miesięcznym okresie *follow-up*. Również wspomniane wcześniej techniki uważności wydają się mieć coraz częstsze zastosowanie w radzeniu sobie z przewlekłym bólem (Zeidan i wsp., 2012; Garland,

Thomas, Howard, 2014; Davis i wsp., 2015; de Jong i wsp., 2016; Zeidan, Vago, 2016; Curtin, Norris, 2017; Garland i wsp., 2017; Lestoquoy i wsp., 2017; Nathan i wsp., 2017; Thomas, Garland, 2017; Yu, Norton, McCracken, 2017). Ich celem jest kształtowanie uważnej, a zatem akceptującej i nieoceniającej postawy wobec napływających doświadczeń i myśli związanych z bólem. Wyniki z metaanaliz wskazują na poprawę w zakresie odczuwanej intensywności bólu, funkcjonowania, jakości życia oraz objawów depresyjnych (niektóre z tych wymiarów były przez Autorkę analizowane). Należy jednak zaznaczyć, że osiągnięty efekt wydaje się być krótkoterminowy, tj. nieprzekraczający trzech miesięcy (Anheyer i wsp., 2017; Hilton i wsp., 2017). Pomocą mogą być również różne aplikacje internetowe mające na celu wspieranie zmagania się z przewlekłym bólem. Analizy (15 doniesień obejmujących 2012 osób) wskazują na pozytywny efekt w zakresie obniżenia bólu, depresji, lęku oraz ogólnej sprawności w stosunkowo krótkim terminie (Eccleston i wsp., 2014).

Zastanawiający, w świetle literatury przedmiotu, jest otrzymany w badaniu własnym rezultat, wskazujący, że osoby z łuszczycą charakteryzują się mniejszą liczbą trudności w przystosowaniu do choroby niż dwie poprzednie grupy chorych. Wiele badań wskazuje na to, że łuszczycy wywiera znaczący, negatywny wpływ na jakość życia dotkniętych nią osób (de Korte i wsp., 2004), porównywalny z wywieranym przez ciężkie choroby zagrażające życiu, jak schorzenia układu sercowo-naczyniowego czy nowotwory (Rapp i wsp., 1999), lub też choroba wieńcowa serca, astma czy cukrzyca (Kowalczyk-Zieleniec, Nowicki, Majkowicz, 1999). Pojawiają się również, powtarzane w różnych doniesieniach, informacje, iż osoby z atopowym zapaleniem skóry, łuszczycą, wypryskiem lub trądzikiem „uważają, że choroba wpływa na ich życie bardziej niż rak podstawnokomórkowy, brodawki czy znamiona na twarzy” (m.in. Żelazny i wsp., 2004, s. 63). Również wielość doniesień na temat jakości życia osób cierpiących na łuszczycę sugerowała gorsze przystosowanie do choroby (m.in. Roenigk, Roenigk, 1979; Fortunne i wsp., 1997; Krueger i wsp., 2001; Rapp i wsp., 2001; Zalewska i wsp., 2003; de Korte i wsp. 2004; Janowski, 2006; Augustin, Radtke, 2014; Karia i wsp., 2015; Nazik, Nazik, Gul, 2017). W prezentowanych badaniach osoby chore na łuszczycę charakteryzują się jedynie większym nasileniem afektu negatywnego w porównaniu z osobami z PChN. Należy jednak zauważyć, iż sam średni poziom przystosowania do choroby, tzw. wskaźnik przystosowania, był we wszystkich grupach porównywalny. Można przypuszczać, że taka rozbieżność wyników ma związek z zastosowaniem różnych narzędzi badawczych, bądź też z faktu nieuwzględnienia w prezentowanych badaniach osób z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi (jak zostało wspomniane, wśród przewlekle chorych ludzi rozpoznane zaburzenia psychiczne jest duże, zaś w niniejszym badaniu jednym z kryteriów doboru do grupy był brak tego rodzaju zaburzeń i niekorzystanie z opieki psychologicznej).

11.3. Typy przystosowania do choroby

Identyfikacja **typów przystosowania do choroby**, a tym samym weryfikacja trzeciej z hipotez (H1c), pokazała iż takowe niewątpliwie istnieją, aczkolwiek ich charakterystyka (struktura bądź profil) zależy od zastosowanego narzędzia statystycznego. W badaniach własnych użyto dwóch metod statystycznych i, chociaż każda z nich pozwoliła na wyodrębnienie czterech typów przystosowania do choroby, to jednak nie były one zupełnie tożsame (por. tabele 6.1, 6.2, wykresy 6.1, 6.2). Biorąc jednak pod uwagę wielość i złożoność zastosowanych narzędzi do pomiaru przystosowania oraz pewną deklaratywność wyników statystycznych, nie jest to zaskakujące. Tak więc potwierdziła się przyjęta hipoteza. W zależności od zastosowanej metody można więc wyróżnić dwa podziały, tj.:

1. Pierwsza klasyfikacja:

Typ 1 – charakteryzujący się *najgorszym zdrowiem psychicznym i najgorzej oceniający własne zdrowie*;

Typ 2 – *najbardziej zadowolony z życia i najzdrowszy psychicznie*;

Typ 3 – *najbardziej akceptujący życie z chorobą – osoby zdrowe w chorobie*¹;

Typ 4 – *najmniej zadowolony z życia z najmniejszą liczbą symptomów somatycznych*.

2. Druga klasyfikacja:

Typ 1 – *najbardziej niezdolny do odczuwania przyjemności i najmniej zadowolony z życia*;

Typ 2 – *przeciętny*;

Typ 3 – *najbardziej akceptujący życie z chorobą i najzdrowszy psychicznie (zdrowy w chorobie)*;

Typ 4 – *charakteryzujący się najgorszym zdrowiem psychicznym*.

W pierwszej klasyfikacji przyjęto, apriorycznie, iż „najgorsze przystosowanie do choroby” występuje u osób prezentujących typ pierwszy, zaś „najlepsze przystosowanie” u osób z typu drugiego i trzeciego. Można również przypuszczać, iż niskie zadowolenie z życia osób z typu czwartego niekoniecznie ma związek z samą chorobą, bądź bezpośrednio z symptomami chorobowymi. Najwięcej badanych należy do typu trzeciego, najbardziej akceptującego życie z chorobą, oraz do typu czwartego – najmniej zadowolonego z życia, z najmniejszą liczbą symptomów somatycznych. Najmniej liczna grupa to osoby z typu pierwszego, charakteryzującego się najgorszym zdrowiem psychicznym i najgorzej oceniający własne zdrowie.

W typie 1, **najgorzej przystosowanym do choroby**, najwięcej jest osób z RZS i PChN, najmniej z cukrzycą, co potwierdza wcześniejsze rozważania. Do typu drugiego, **najlepiej przystosowanego**, należy najwięcej chorych na cukrzycę, a najmniej cierpiących na łuszczycę, PChN i RZS. Typ trzeci, również najlepiej przystosowany do choroby, tworzą, przede wszystkim, chorzy z cukrzycą

¹ Określenie zapożyczone z tekstu H. Sęk (2009), How much health is there in disease?, *European Health Psychologist*, 11, s. 24–25.

i łuszczycą. Co ciekawe, do typu czwartego, w którym mimo niewielkiego deklarowanego nasilenia dolegliwości somatycznych występuje niskie zadowolenie z życia, należy najwięcej osób zmagających się z cukrzycą i łuszczycą, kolejno z PChN, a najmniej z RZS. Być może, w dwóch pierwszych grupach chorych (tj. z cukrzycą i łuszczycą), brak zadowolenia z życia zdeterminowany jest koniecznością istotnej zmiany stylu życia i wprowadzenia wzmocnionej kontroli swojego stanu w celu uniknięcia nasilenia dolegliwości. Zarówno w cukrzycy, jak i w łuszczycy, to na osobie chorej spoczywa największa odpowiedzialność odnośnie do utrzymania dobrego stanu zdrowia. Wiąże się to, znacznie uogólniając, z bezwzględną koniecznością wprowadzenia zmian w dotychczasowym trybie życia, monitorowania stanu zdrowia i samopoczucia, posiłków, nauczania się różnych zabiegów pielęgnacyjnych itd. Tak więc nie same dolegliwości, a wymogi związane z ich unikaniem mogą być problemem i utrudniać przystosowanie się do choroby (tabela 6.2, wykres 6.1).

W drugiej klasyfikacji przyjęto, że osoby **najlepiej przystosowane** należą do typu trzeciego, zaś **najgorzej przystosowane** do czwartego. Najwięcej badanych osób należy tu do pierwszego profilu, czyli tego, który charakteryzuje się, między innymi, najmniejszą odczuwaną przyjemnością oraz najsłabszym afektem pozytywnym i zadowoleniem z życia, oraz do trzeciego – najbardziej akceptującego życie z chorobą. W typie pierwszym przeważają osoby chore na cukrzycę, zaś najmniej jest osób z RZS. W trzecim (najlepiej przystosowanym), najwięcej jest chorych na łuszczycę. Najmniej osób należy do typu ostatniego, najgorzej przystosowanego, który cechuje najgorsze zdrowie psychiczne (podobnie jak w pierwszej klasyfikacji). Do tego typu należy najwięcej osób z PChN i RZS. Obie klasyfikacje są bardzo podobne do siebie (tabela 6.3, wykres 6.2).

Można zauważyć, dokonując analizy obu klasyfikacji, iż osób z typów charakteryzujących się największymi problemami w zakresie psychicznego funkcjonowania jest najmniej. Stosunkowo dużo badanych to chorzy mniej zadowoleni z własnego życia, z obniżonym afektem pozytywnym oraz osoby akceptujące swoją sytuację. Tak więc, w zależności od prezentowanego profilu przystosowania, wdrażane interwencje psychologiczne powinny się różnić. Wydaje się, że druga z zaprezentowanych klasyfikacji jest słuszniejsza ze względu na wyższość metody LPA (Benaglia i wsp., 2009; Scrucca i wsp., 2016). Heapy i wsp. (2017) na podstawie swoich obserwacji również potwierdzają potrzebę indywidualizacji podejścia do pacjenta. Co więcej, przyjęcie założenia o istnieniu różnych typów przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej potwierdza, postulowaną powyżej, konieczność uwzględnienia wielowymiarowości w badaniach nad tym aspektem oraz konieczność zaniechania szacowania przystosowania do choroby w oparciu jedynie o pojedyncze narzędzia badawcze. Tym bardziej że jak widać na przykładzie wcześniejszego zestawienia prezentowanych wyników z wynikami M. Ziarko (2016), jednowymiarowe porównanie może dawać sprzeczne rezultaty wymagające pogłębionej refleksji. Podobnie, oparcie się tylko na wskaźnik przystosowania do choroby dałoby fałszywe przekonanie o porównywalnym przystosowaniu wszystkich badanych grup. Nawiązując do wspomnianej idei skonstruowania metody mierzącej szeroko rozumiane

przystosowanie do choroby, warto by uwzględnić w niej pomiar czterech typów przystosowania i w ten sposób uzyskać szybką informację odnośnie do potrzeb i obszarów problematycznych osoby badanej.

11.4. Poznawcza reprezentacja choroby, zasoby pozytywne i przystosowanie do choroby w badanych grupach – wzajemne zależności

Kolejna część analiz poświęcona została weryfikacji hipotez zakładających, że **zmienne wyznaczające poznawczą reprezentację choroby oraz zasoby pozytywne wiążą się z przystosowaniem do choroby (H2b)**, oraz że **zasoby pozytywne, czyli poczucie sensu życia, korzyści z choroby oraz strategie radzenia sobie z chorobą pełnią funkcję pośredniczącą między poznawczą reprezentacją choroby a przystosowaniem się do niej (H2c)**.

Ze względu na wieloaspektowy i złożony charakter uwzględnionych zmiennych, zdecydowano się najpierw przyjrzeć poznawczej reprezentacji choroby w badanych grupach, następnie zasobom pozytywnym. W dalszej kolejności zwerifikowano przyjęte modele badawcze.

I tak, odnośnie do poznawczej reprezentacji choroby i zasobów pozytywnych (por. tabela 7.1) okazało się, że chorzy na PChN charakteryzują się najniższą wiarą w możliwości kontrolowania swojego stanu zdrowia, wpływania na objawy chorobowe oraz w skuteczność leczenia. Wydają się również najmniej rozumieć swoją chorobę. Traktują ją jako wyzwanie skłaniające ich do walki, trudną sytuację zakłócającą ich codzienne funkcjonowanie; jest dla nich ważnym wydarzeniem życiowym o chronicznym przebiegu. Chorzy z PChN są najsilniej przekonani o przewlekłości i nawrotowym charakterze swojego schorzenia. Osoby te osiągnęły stosunkowo niskie wyniki odnośnie do odnalezienia i poszukiwania sensu w życiu, a także w zakresie strategii polegających na planowaniu działania, szukaniu ulgi w religii, ale także (co wydaje się być pozytywne) zaprzeczaniu i zażywaniu substancji psychoaktywnych (tabela 7.2). Pozytywne wydaje się być i to, że choroba traktowana jest przez te osoby w kategoriach wyzwania, co mimo braku wiary w skuteczność leczenia, musi skłaniać do aktywności w celu nie poddania się i tym samym chronić przed bezradnością i depresją (pomimo wysokich wyników anhedonii wynik w wymiarze depresji badani z PChN mieli porównywalny z pozostałymi chorymi). Bardzo interesujące jest, że badana grupa chorych na PChN dostrzega najwięcej korzyści psychospołecznych ze swojej choroby polegających na poprawie relacji z innymi ludźmi, docenianiu życia, wzroście sił wewnętrznych oraz zmianie swojej filozofii życiowej (podobnie wysokie wyniki uzyskały osoby z RZS). Można w tym miejscu sformułować przypuszczenie, iż spostrzegane korzyści psychospołeczne mają związek z koniecznością korzystania z pomocy bądź opieki ze strony innych ludzi oraz zależnością od otoczenia. Kwestia ta wymaga jednak bardziej dogłębnych analiz.

Chorzy na RZS identyfikują najwięcej objawów związanych z chorobą (innymi słowy, spostrzegają największe obciążenie chorobą) oraz są najsilniej przekonani o jej negatywnym wpływie na ich życie (osobiste, społeczne i sytuację finansową). Podobnie jak osoby z PChN (w porównaniu z pozostałymi dwiema grupami chorych) najmniej wierzą w to, że ich własne zachowania i działania mogą mieć wpływ na zmiany chorobowe oraz że leczenie może być skuteczne. Swoją chorobę spostrzegają najczęściej w kategoriach przeszkody/straty, czyli utrudnień, jakie wnoszą w codzienne funkcjonowanie (zdecydowanie bardziej niż pozostałe grupy chorych) oraz są przekonani, że choroba jest znaczącym zakłóceniem równowagi życiowej, wymagającym uruchomienia nowych mechanizmów przystosowawczych (por. tabela 7.1). Osoby chore na RZS częściej planują swoje postępowanie w obliczu choroby oraz bardziej niż inni chorzy akceptują stres z nią związany. Również najwyższe wyniki osiągnęły w strategii zwrot ku religii, co oznacza, że istotnie częściej, w sytuacji stresu związanego z chorobą, szukają ulgi, na przykład w modlitwie. Grupa ta najrzadziej sięga po substancje psychoaktywne i zaprzecza chorobie (podobnie jak chorzy na PChN) oraz uzyskała najwyższe wyniki w zakresie znalezienia oraz poszukiwania sensu życia. Są to jednocześnie osoby, które uzyskały wysoki wynik odnośnie do oceny choroby w kategoriach korzyści, spośród których dostrzegają, przede wszystkim, poprawę relacji z innymi ludźmi (por. tabela 7.2).

W przeciwieństwie do poprzednich grup, chorzy z cukrzycą są najsilniej przekonani o możliwości kontrowania i wpływania na swoje zdrowie. Wydaje się, że – w porównaniu z pozostałymi chorymi – choroba stanowi dla nich mniejszą trudność i przeszkodę oraz że nadają jej stosunkowo małe znaczenie. Osoby te cechuje najsilniejsze przekonanie o odnalezieniu sensu w życiu i jednocześnie najintensywniejsze jego poszukiwanie. Interesujące, że odnośnie do strategii radzenia sobie ze stresem choroby grupa ta najczęściej zaprzecza i nie akceptuje zaistniałej sytuacji. Chorzy na cukrzycę istotnie częściej, niż osoby z PChN i RZS, w sytuacji stresu spowodowanego schorzeniem, sięgają po substancje psychoaktywne. Grupa ta dostrzega najmniej korzyści ze swojej choroby (tabela 7.1 i 7.2).

Chorzy na łuszczycę spostrzegają z kolei najmniej objawów chorobowych, ale jednocześnie najwięcej (porównywalnie z osobami z RZS) negatywnych skutków swojego stanu oraz zdają sobie sprawę z jego nawrotowości. Są to chorzy, którzy – wraz z osobami z RZS – ocenili swój stan chorobowy jako najbardziej nasilony. Jednocześnie jednak wierzą w to, że mogą kontrolować stan swojej skóry poprzez odpowiednie zabiegi i działania. Wierzą również w skuteczność leczenia. W porównaniu z pozostałymi grupami, nadają swojemu schorzeniu najmniejsze znaczenie (tabela 7.1). Osoby chore na łuszczycę deklarują odnalezienie sensu życia, często planują swoje działania w celu poradzenia sobie ze stresem choroby, choć jednocześnie sięgają po substancje psychoaktywne częściej, w porównaniu z osobami z PChN i RZS. Spośród korzyści wynikających z choroby dostrzegają, przede wszystkim, tę polegającą na poprawie relacji z innymi ludźmi. Być może to wiara we wpływ na własne zdrowie oraz skuteczność leczenia służy lepszemu przystosowaniu do choroby w porównaniu z osobami z PChN i RZS (tabela 7.2).

Jak można zauważyć, uzyskane wyniki, odnośnie do poznawczego obrazu choroby, w dużym stopniu odzwierciedlają obiektywny obraz chorób. Warto również zwrócić uwagę na to, że osoby chorujące na PChN charakteryzujące się najgorszym przystosowaniem do choroby oraz deklarujące brak wiary w skuteczność własnych działań czy leczenia, jednocześnie dostrzegają najwięcej korzyści ze swojego stanu polegających na poprawie relacji z innymi ludźmi, docenianiu życia, wzroście sił wewnętrznych oraz zmianie swojej filozofii życiowej. Jest to o tyle ciekawe, że właśnie osoby z tej grupy wydają się mieć największe problemy z przystosowaniem do swojej choroby. Również u osób z RZS, najmocniej obciążonych dolegliwościami chorobowymi i prezentującymi problemy z przystosowaniem do choroby, uwagę zwraca wysoki wynik odnalezienia i poszukiwania sensu życia oraz dostrzeżenia korzyści psychospołecznych. Pojawia się więc pytanie, czy możemy tu mówić o zmianie oceny sytuacji (por. podrozdz. 2.2)? W psychologii pozytywnej poruszany jest również, stosunkowo od niedawna, temat kontekstualnego podejścia do pozytywności i negatywności, w którym zwraca się uwagę na korzyści wynikające z negatywnych sytuacji, w tym wzrost potraumatyczny, oraz na negatywne następstwa stanów pozytywnych (Ogińska-Bulik, 2013; Kaczmarek, 2016). Nasuwa się również pytanie o rolę nieświadomych mechanizmów obronnych (aczkolwiek nie jest to już modalność poznawczo-behawioralna, jednak warta dalszej eksploracji).

Starając się dokładniej prześledzić zależności między badanymi zmiennymi (latentnymi) u osób z PChN, można zobaczyć również niejednoznaczne i bardzo interesujące zależności (por. tabela 8.10, rysunek 8.4). I tak, wzrost wyników w obrębie czynnika tzw. cech choroby (czyli przekonania o przyszłych konsekwencjach choroby, jej emocjonalnej reprezentacji i traktowania w kategoriach ważnego wydarzenia w życiu, cykliczności objawów i czasu trwania choroby) wiąże się z nasileniem odczuwanych symptomów negatywnych, takich jak lęk i bezsenność, zaburzenia funkcjonowania, depresja, anhedonia oraz obniżaniem afektu pozytywnego. Wzrost cech choroby (czyli analogicznie, przekonania o negatywnych konsekwencjach stanu zdrowia, długotrwałości i nawrotowości choroby oraz emocjach przez nią wywoływanych) wiąże się również z obniżeniem zadowolenia z życia i jednocześnie nasila (być może uruchamia) adaptacyjne sposoby poradzenia sobie z zaistniałą sytuacją (m.in. planowanie, pozytywne przewartościowanie, aktywne radzenie sobie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, zajmowanie się czymś innym, poszukiwanie sensu i odnalezienie sensu w życiu, akceptacja i zwrot ku religii). Część z tych sposobów to behawioralne strategie radzenia sobie ze stresem, część opiera się na poznawczej restrukturyzacji i zmianie kontekstu. Co ważne, nasilające się, wraz ze wzrostem cech choroby, adaptacyjne radzenie sobie ze stresem choroby może, w konsekwencji, poprawić ocenę zadowolenia z życia. Z kolei nasilone wyniki w czynniku „ocena i znaczenie choroby” (czyli nadawanie znaczenia oraz identyfikacja objawów z nim związanych) powoduje spadek jej akceptacji i nasilenie symptomów negatywnych. Interesująca zależność dotyczy również korzyści psychospołecznych – wraz z ich nasileniem maleje (*sic!*) zadowolenie z życia. Ta zależność sugeruje, że istotną rolę odgrywa tu nie zmiana

oceny sytuacji, pełniąc funkcję raczej swoistego katalizatora między trudnym wydarzeniem a dobrostanem (por. rozdz. 2.2), ale, być może, wtórne korzyści z choroby same w sobie są wartością. Warto w tym miejscu przypomnieć, iż badane osoby z PChN deklarują najwięcej korzyści psychospołecznych wynikających z choroby, polegających na poprawie relacji z innymi ludźmi, docenianiu życia, wzroście sił wewnętrznych oraz zmianie swojej filozofii życiowej (por. tabela 7.1). Innymi słowy, poprawa zadowolenia z życia mogłaby, na przykład, wiązać się z ryzykiem ich utraty. Jest to aspekt, na który zazwyczaj nie zwraca się uwagi w literaturze przedmiotu. Okazuje się również, że im bardziej chorzy na PChN są przekonani o swoich możliwościach kontrolowania i rozumienia schorzenia, tym bardziej są skłonni uruchamiać adaptacyjne sposoby poradzenia sobie. Jak widać z powyższego, utrzymanie równowagi w chorobie wymaga uruchomienia procesów i mechanizmów wychodzących poza rozumienie prostych zależności przyczynowo-skutkowych. Przechodząc do próby wyznaczenia predyktorów przystosowania do choroby (spośród poszczególnych zmiennych konstytuujących poznawczą reprezentację choroby oraz zmiennych socjodemograficznych) w tej grupie chorych, okazało się, że istotną, pozytywną rolę odgrywa jedynie słabsze przekonanie o tym, że objawy chorobowe będą nawracać, wyższe wykształcenie i starszy wiek. Z kolei badania S. Mujais i wsp. (2009) oraz M. Cruz i wsp. (2011) dowodzą przeciwnej zależności – jakość życia pogarszała się wraz z wiekiem. Pierwsze z wspomnianych badań wskazały również na znaczenie płci, czego prezentowane analizy nie wykazały.

U drugiej, mocno obciążonej grupy chorych, czyli osób z RZS (por. tabela 8.10. i rysunek 8.2) zauważono znacznie bardziej oczekiwane zależności. I tak, wraz ze wzrostem cech choroby (czyli przekonania o negatywnych konsekwencjach stanu zdrowia, długotrwałości i nawrotowości choroby oraz emocjach przez nią wywoływanych) maleje zadowolenie z życia i nasilają się symptomy negatywne. Również wzrost w obrębie czynnika oceny i tożsamości choroby (nadawania znaczenia i identyfikacji objawów) oraz nieadaptacyjnego radzenia sobie wywołuje negatywne symptomy oraz skutkuje gorszym zadowoleniem z życia (rozumianym jako czynnik składający się ze wszystkich wymiarów zadowolenia z życia). W tej grupie większa kontrola i rozumienie swojej choroby wpływa na spadek nasilenia negatywnych symptomów. Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia, korzyści psychospołeczne oraz (co ciekawe) nieadaptacyjne radzenie sobie pośredniczą, w grupie osób z RZS, między kontrolą i zrozumieniem choroby a akceptacją – wzmacniają pozytywny wpływ kontroli i zrozumienia choroby na stopień jej akceptacji. Tak więc w tej grupie osób rola dostrzeganych korzyści psychospołecznych jest jednoznaczna i może wiązać się z *response shift* lub wzrostem potraumatycznym. Co do wyznaczników przystosowania, to silne przekonanie o chroniczności choroby (wiążące się może z zaprzestaniem oczekiwania na wyleczenie), ocena choroby w kategoriach wyższej wartości oraz przekonanie o możliwościach oddziaływania i kontrolowania swojego zdrowia poprzez odpowiednie leczenie, a także brak postrzegania choroby w kategoriach przeszkody/straty, pozwala przewidywać lepsze się do niej przystosowanie. Literatura przedmiotu wskazuje, z kolei, na rolę wykształcenia, stanu cywilnego, czasu trwania

choroby oraz wieku w wyznaczaniu jakości życia osób z RZS (m.in. Sierakowska i wsp., 2006; Kowalczyk, Głuszko, 2009; Janowska i wsp., 2010; Tabaszewska, Chodkiewicz, 2010). W badaniach A. Tabaszewskiej i J. Chodkiewicza (2010) wyznacznikami subiektywnego stanu zdrowia psychicznego okazało się stosowanie dojrzałych mechanizmów obronnych, krótszy czas trwania choroby oraz wsparcie społeczne. Z kolei wyznacznikami subiektywnie odczuwanego upośledzenia sprawności psychicznej był ból fizyczny, czas trwania choroby i tłumienie gniewu (ocena sprawności fizycznej była tym gorsza, im silniejszy odczuwany ból, dłuższy czas trwania choroby i silniejsze tłumienie gniewu). Jak pokazano w podrozdz. 2.3.2, literatura przedmiotu potwierdza również związki poznawczej reprezentacji choroby z samopoczuciem osób chorujących na RZS. I tak, osoby przekonane o tym, że ich choroba wiąże się z doświadczaniem wielu dolegliwości, poważnymi konsekwencjami i nie da się jej kontrolować, były bardziej podatne na depresję (Sharpe i wsp., 2001). Chorzy, którzy uważali, że choroba w znacznym stopniu wpływa na ich funkcjonowanie, charakteryzowali się wyższym nasileniem lęku (Groarke i wsp., 2005), zaś osoby spostrzegające konsekwencje swojej choroby jako poważne deklarowały niższą satysfakcję z życia (Treharne i wsp., 2005). Z kolei Y. Ulus i wsp. (2017) wykazali, że przekonanie o skuteczności leczenia oraz zrozumienie choroby wiąże się z wyższą satysfakcją z życia, zaś wraz z nasileniem identyfikacji objawów, przekonaniem o chroniczności schorzenia (przeciwieństwo więc niż w prezentowanym badaniu) oraz emocjonalnej reprezentacji choroby – satysfakcja z życia maleje. Doniesienia wskazują również na znaczenie strategii radzenia sobie ze stresem – na przykład unikanie nie sprzyja przystosowaniu do choroby, zaś radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu przeciwnie (Ramjeet, Smith, Adams, 2008; Gruszczyńska, Knoll, 2015).

W grupie osób zmagających się z cukrzycą zaobserwowano (por. tabela 8.10 i rysunek 8.3), iż wzrost w obrębie czynnika cechy choroby (przekonania o negatywnych konsekwencjach stanu zdrowia, długotrwałości i nawrotowości choroby oraz emocjach przez nią wywoływanych) nasila zarówno adaptacyjne, jak i nieadaptacyjne radzenie sobie. Wynik taki nasuwa przypuszczenie, że silne przekonanie między innymi o wpływie choroby na życie, jej emocjonalnych konsekwencjach, chroniczności i nawrotowości powoduje uruchomienie różnych dostępnych sposobów poradzenia sobie. Okazuje się, że adaptacyjne radzenie sobie z chorobą przyczynia się do wzrostu zadowolenia z życia, zaś nieadaptacyjne nasila symptomy negatywne i utrudnia akceptację życia z chorobą. Wzrost czynnika oceny i tożsamości choroby (przekonanie o znaczeniu choroby oraz nasileniu objawów z nią związanych) skutkuje z kolei mniejszą częstotliwością stosowania adaptacyjnego radzenia sobie oraz słabszym poczuciem i poszukiwaniem sensu życia. Przekonanie o posiadaniu kontroli i rozumieniu choroby sprzyja jej akceptacji i osłabia sięganie po nieadaptacyjne sposoby radzenia sobie. U osób z cukrzycą spostrzeżenie korzyści psychospołecznych wynikających z choroby wpływa pozytywnie na zadowolenie z życia i lepszą akceptację. Zmienne pośredniczące (adaptacyjne radzenie sobie i sens życia, nieadaptacyjne radzenie sobie oraz korzyści psychospołeczne) w tej grupie osłabiają związek między kontrolą i zrozumieniem choroby a symptomami negatywnymi. Jednocześnie analizowane zmienne pośredniczące nasilają

wpływ kontroli i rozumienia choroby na poziom odczuwanego zadowolenia z życia. Tak więc rola adaptacyjnego radzenia sobie i sensu życia oraz korzyści psychospołecznych jest tu jednoznacznie pozytywna. Co do nieadaptacyjnego radzenia sobie, to okazuje się, iż osłabia ono pozytywny wpływ kontroli i rozumienia choroby na odczuwanie mniej nasilonych negatywnych symptomów. Jak pokazano w podrozdz. 2.3.2, z lepszym przystosowaniem do choroby, zgodnie z danymi z literatury przedmiotu, wiążą się: poznawczy obraz choroby i przekonania na temat choroby i kontroli poziomu glukozy (Glasgow i wsp., 1997; Robiel, Keel, 1997; Aalto, Uutela, 1998; Lange, Piette, 2006; Basińska, Maćkowska, Listwan, 2011), kontrola osobista (Macrodimitris, Endler, 2007; O'Hea i wsp., 2009; Scollan-Koliopoulo, O'Connel, Walker, 2007; Janowski i wsp. 2013; Nie i wsp., 2018), nadzieja (Kwissa-Gajewska, Woźtyna, 2008), zadaniowe strategie radzenia sobie ze stresem (Macrodimitris, Endler, 2007; Karlsen, Bru, 2002), wsparcie społeczne (Shawon i wsp., 2016), poczucie koherencji (Motyka, Stanisław-Wallis, 2013). Doniesienia z literatury dowodzą również, iż poznawczy obraz choroby ma związek z przestrzeganiem zaleceń lekarskich u chorych na cukrzycę (Kugbey, Asante, Adulai, 2017; Lee i wsp., 2017) oraz poziomem lęku i depresji (Purewal, Fisher, 2018).

W ostatniej grupie chorych, tj. osób z łuszczycą, omawiane zależności kształtują się jeszcze inaczej (por. tabela 8.10 i rysunek 8.5). Wzrost wyników w obrębie czynnika obejmującego cechy choroby obniża zarówno zadowolenie z życia, jak i częstotliwość stosowania nieadaptacyjnych sposobów poradzenia sobie. Natomiast przekonanie o możliwości kontrolowania objawów i rozumieniu swojego stanu wpływa na wzrost akceptacji choroby i zadowolenia z życia. Z kolei wysokie wyniki dotyczące czynnika oceny i tożsamości choroby obniżają jej akceptację, jednocześnie zwiększając zadowolenie z kontaktów z innymi ludźmi. Nasilenie stosowania nieadaptacyjnych sposobów radzenia sobie wzmacnia u osób z łuszczycą odczuwane symptomy negatywne i obniża zadowolenie z życia. Co zastanawiające, stosowanie adaptacyjnych sposobów radzenia sobie (planowania, pozytywnego przewartościowania, aktywnego radzenia sobie, poszukiwania wsparcia, zajmowania się czymś innym, poszukiwania i odnajdywania sensu w życiu, akceptacji, szukania ulgi w religii) również zwiększa nasilenie symptomów negatywnych. Być może, kluczowy wpływ na taki wynik mają aktywne strategie, pełniące funkcję instrumentalną, czyli mające na celu zmianę zaistniałej sytuacji, która, jak wiadomo, do zmiany możliwa nie jest. Brak upragnionego efektu skutkuje pogorszeniem samopoczucia psychicznego. Warto w tym miejscu nadmienić, że inne badania osób chorych na łuszczycę (Miniszewska, 2013; Miniszewska i wsp., 2013b) uwidoczniły zbliżone zależności. Mianowicie, z gorszą oceną jakości życia wiązało się istotnie przekonanie o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia oraz wiara w przypadek jako czynnik determinujący zdrowie. Dywagowano, że, być może, silna wiara w skuteczność działań personelu medycznego i otoczenia wiąże się z silniejszą koncentracją na chorobie oraz większym rozczarowaniem w przypadku nawrotów. Wspomniana zależność była o tyle ciekawa, że przekonanie o posiadaniu wpływu na własne zdrowie, czyli wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, z oceną jakości życia związku nie wykazało, a przeciż podkreśla się, że osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia lepiej sobie radzą

z trudnymi sytuacjami (Miniszewska, 2013; Miniszewska i wsp., 2013b). Wracając do prezentowanych analiz, okazało się również, że czynniki pośredniczące w tej grupie wzmacniają związek między kontrolą i zrozumieniem choroby a jej akceptacją, a tym samym potwierdzają wcześniejszą sugestię na temat ich roli w przystosowaniu do choroby. I znowu, jak pokazano w podrozdz. 2.3.2, w literaturze przedmiotu podkreśla się, że przystosowanie do łuszczycy jest wynikiem interakcji wielu czynników, takich jak obraz kliniczny choroby, czas pojawienia się zmian, właściwości osobowości, schematy poznawcze, poznawczy obraz choroby, wsparcie społeczne, umiejętności społeczne, poczucie własnej skuteczności, optymizm, styl radzenia sobie, przekonania odnośnie do swojego stanu zdrowia, system wartości, sytuacja życiowa chorego, czynniki religijne, inteligencja emocjonalna, typ zachowania, umiejscowienie kontroli (m.in. Ginsburg, 1996; Papadopoulos, Bor, 1999; Moos, 2004; Miniszewska, 2007, 2013; Basińska, Drozdowska, 2012; Basińska, Kasprzak, 2012; Basińska, Woźniewicz, 2012; Woźniewicz, Basińska, 2013; Miniszewska, Adamska, 2014; Adamska, Juczyńska, Miniszewska, 2015; Obradors, 2016; Sakson-Obada i wsp., 2017). A. Wahl i wsp. (2014) wykazali, że chorzy na łuszczycę z bardziej nasilonymi zmianami skórnymi są silniej przekonani o chroniczności swojego stanu, jego negatywnych konsekwencjach oraz reagują silniejszymi emocjami. Osoby z wyższym wykształceniem dostrzegają mniej niekorzystnych konsekwencji związanych ze stanem zdrowia, zaś silne przekonanie o niekorzystnych skutkach choroby obniża jakość życia (tamże). M. Scharloo i wsp. (2000) dowiedli, że spostrzegane negatywne konsekwencje związane ze schorzeniem wiążą się z gorszym ogólnym funkcjonowaniem, zaś D. Fortune i wsp. (2002) wykazali, że to właśnie poznawczy obraz choroby najsilniej tłumaczy poziom funkcjonowania ludzi chorych na łuszczycę. Generalnie poznawczy obraz choroby wiąże się z jakością życia czy dobrostanem w wielu chorobach przewlekłych (Hagger, Orbel, 2003). Wskazuje się, że silna identyfikacja choroby, spostrzeganie wielu negatywnych konsekwencji, przekonanie o chroniczności schorzenia oraz braku możliwości jego kontrolowania wiąże się z obniżeniem dobrostanu (tamże). Warto tu jednak zaznaczyć, iż niewiele jest doniesień analizujących aż tak złożone zależności, zazwyczaj opisywane są proste powiązania, nieuwzględniające mediującego wpływu poszczególnych czynników.

Opisane powyżej relacje, różniące się w zależności od choroby (zarówno siłą, jak i kierunkami), sugerują, co jest bardzo ważne, ostrożność w stosowaniu interwencji mających na celu pomoc w przystosowaniu się do choroby przewlekłej. Być może nie w każdej chorobie zasadne jest, na przykład, analizowanie wtórnych korzyści czy trenowanie wszystkich aktywnych sposobów poradzenia sobie? Można w tym miejscu zacytować Ł. Kaczmarka (2016, s. 233), piszącego, iż „badania nad pozytywnymi interwencjami, skoncentrowane do tej pory na uzasadnieniu swojej wartości, wkraczają obecnie – podobnie jak sama psychologia pozytywna – w drugą fazę, bardziej skoncentrowaną na integracji wiedzy o korzyściach z wiedzą o ryzyku”. Tak czy inaczej warto zastanowić się, zanim podejmie się decyzję o wykorzystaniu, na przykład, protokołu oddziaływań terapeutycznych przeznaczonego dla określonej grupy klinicznej i zastosowaniu w pracy z inną grupą. Również bezrefleksyjne wykorzystywanie w pracy terapeutycznej rezultatów

badan uwzględniających jedynie proste zależności może przynieść więcej szkód niż korzyści. Opisane powyżej zależności są dowodem na pozytywną weryfikację ostatnich z postawionych hipotez (H2a, H2b, H2c).

Przyjęty sposób postępowania unaoczniał różnice we wzajemnym wpływie poszczególnych czynników, który zależy od rodzaju choroby oraz udowadnia, iż analizowanie różnego rodzaju zależności w jednej grupie składającej się z osób z różnymi chorobami może prowadzić do błędnych wniosków. Przyjęty model, zakładający poznanie całego przypowieściowego „słonia” (por. *Wstęp*) zmanifestował również Autorce nieadekwatność owego założenia i przypomniał o złożoności natury ludzkiej. I tak, jak można przyjąć, że samo „przystosowanie do choroby” składa się z analizowanych i potwierdzonych wymiarów, tak już czynniki mające na nie wpływ wymagają pogłębionych analiz oraz przyjęcia, że zmaganie się z chorobą (o ile – w ogóle – zawsze to jest zmaganie, a nie po prostu bycie „z” chorobą²) jest dynamicznym procesem wzajemnych zależności między wieloma zasobami i czynnikami. Można przypuszczać, że dodanie do analiz kolejnych zasobów zmieniłoby ich relacje. Trzeba również pamiętać o czynnikach egzogennych, takich jak posiadane wsparcie społeczne czy poczucie stygmatyzacji, które na przystosowanie do choroby mają przecież wpływ (m.in. Richards i wsp., 2001; Haduch i wsp., 2008; Hawro, Miniszewska, Zalewska, 2011; Janowski, Steuden, Kuryłowicz, 2010; Janowski, 2012; Ziarko, Hulewska, 2015). Konkludując, podejście naukowe wymaga pokory w związku z, między innymi, znajomością jego ograniczeń, aczkolwiek pokazuje kierunki zależności i daje wytyczne do pracy terapeutycznej. Z kolei w podejściu terapeutycznym pokory wymaga złożoność i zmienność ludzkiej natury oraz niemożność „upchnięcia jej w formułę” (Yalom, 2010).

Zaprezentowane analizy mają oczywiście **ograniczenia**. Przede wszystkim liczebność grup jest nierówna i niezbyt duża, nie było też technicznej możliwości w miarę obiektywnego kontrolowania i porównywania nasilenia procesów chorobowych. Medyczne protokoły służące monitorowaniu i określaniu nasilenia chorób są bardzo zróżnicowane i uwzględniają, co zrozumiale, różne parametry. Na lepsze zrozumienie omawianych zależności i dynamiki procesu przystosowania się do choroby somatycznej pozwoliłyby niewątpliwie badania podłużne, aczkolwiek wymagałyby one uwzględnienia zmian w ocenie – tzw. *response shift* (por. podrozdz. 2.2), czyli zmian, które dokonały się w odniesieniu do wewnętrznych standardów, systemu wartości i sposobu spostrzegania samego konstruktu. Co więcej, uwzględnienie dużej liczby zmiennych w jednym modelu wymusiło skupienie ich w formie czynników i tym samym uniemożliwiło precyzyjniejsze jednoczesne przyjrzenie się relacjom między nimi. Wyjątkowo mocno widać to w odniesieniu do czynnika „ocena i tożsamość choroby”, zawierającego różne kategorie oceny stanu zdrowia oraz adaptacyjnego radzenia sobie. Zasadne byłoby więc, w przyszłych badaniach, bardziej drobiazgowo przeanalizowanie poszczególnych fragmentów przyjętego modelu. W prezentowanych analizach takie rozczłonkowanie modelu uniemożliwiłoby jednak uchwycenie wielu bardziej ogólnych zależności.

2 Według A. Kępińskiego (1977) drugą fazą zmiany obrazu siebie pod wpływem przewlekłej choroby somatycznej (po fazie totalnego zagrożenia wyrażającego się przekonaniem, iż „cały jestem chory”) następuje obronne „odszczepienie” chorego narządu („ja jestem zdrowy, tylko mój narząd jest chory”).

Podsumowanie i praktyczne implikacje do pracy z osobami chorymi somatycznie

Podsumowując powyższe rozważania, można stwierdzić, że:

1. Na przystosowanie do choroby składają się wszystkie analizowane konstrukty, tj. akceptacja życia z chorobą, akceptacja choroby, bilans emocjonalny, ogólny stan zdrowia psychicznego oraz zadowolenie z życia. Tak więc potwierdza się, iż przystosowanie do choroby ma charakter złożony i w przyszłych badaniach zasadne jest stosowanie kompletu metod w celu wychwycenia wszystkich aspektów zaadaptowania się do życia z chorobą przewlekłą.
2. Wskaźnik przystosowania do choroby w badanych grupach jest porównywalny, aczkolwiek, analizując poszczególne wymiary przystosowania, można przyjąć, że największe trudności w przystosowaniu do swojej choroby, w badanej populacji, mają osoby zmagające się z przewlekłą chorobą nerek, w następnej kolejności chorzy na reumatoidalne zapalenie stawów, najmniejsze zaś osoby z cukrzycą i łuszczycą (porównywalne ze sobą).
3. Można wyróżnić różne typy przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej.
4. Typy, które cechuje przyjęte *a priori* najlepsze i najgorsze przystosowanie, są do siebie zbliżone liczebnościowo. Oznacza to, że porównywalna liczba chorych jest „zdrowa w chorobie” i źle przystosowana (biorąc pod uwagę wszystkie badane osoby razem).
5. Między badanymi zmiennymi występują bardzo złożone relacje, które różnią się w zależności od rodzaju choroby.
6. Można sformułować pewne wytyczne do pracy terapeutycznej z osobami z różnym rozpoznaniem.

W pracy terapeutycznej trzeba zachować ostrożność przy wyborze określonych technik postępowania, ze względu na wykazane złożone zależności między analizowanymi zmiennymi.

Odnosząc się do postawionych celów prezentowanych badań i na podstawie uzyskanych wyników, można sformułować wytyczne, które mogą posłużyć jako wskazówki czy pewnego rodzaju inspiracje do tworzenia własnych scenariuszy pracy z osobami chorymi. Poniżej wypunktowano zalecenia do pracy terapeutycznej/

interwencji terapeutycznych dla każdej z badanych grup. Dodatkowo, w odniesieniu do osób zmagających się z PChN, opisano techniki oparte na uważności (należące do trzeciej fali CBT), którym nie poświęcono wcześniej uwagi.

Wskazania do pracy z osobami chorymi na PChN:

1. Psychoedukacja na temat choroby.
2. Poprawa samopoczucia psychicznego (zastosowanie technik uważnościowych oraz interwencji pozytywnych).
3. Usprawnienie codziennego funkcjonowania (np. technika celowego planowania, por. podrozdz. 3.2).
4. Aktywizacja.
5. Nauka adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem choroby (przede wszystkim pozytywnego przewartościowania i aktywnego radzenia sobie z trudnościami) oraz pomoc w odnalezieniu i poszukiwaniu sensu życia.
6. Urealnienie poznawczego obrazu choroby (techniki restrukturyzacji poznawczej, praca nad katastroficznymi przekonaniem).
7. Wzmocnienie wiary w skuteczność interwencji medycznych.

W tej grupie chorych sugerowana jest **szczególna ostrożność**, ze względu na możliwość wystąpienia wewnętrznych konfliktów i utraty wtórnych zysków.

Jak już podkreślono przy okazji dyskusji wyników, wysoki wynik anhedonii i niski afektu pozytywnego pozwala przypuszczać, że w grupie chorych na PChN szczególnie zasadne jest zastosowanie technik opartych na ćwiczeniu uważności użytecznych w tego typu problemach. Uważność rozumiana jest jako nieoceniająca i akceptująca postawa skupiona na chwili obecnej (Germer, 2015; Siegel, 2016; Kabat-Zinn, 2017),

[...] jest szczególnym stosunkiem do doświadczania lub sposobem pojmowania życia, który zmniejsza cierpienie i czyni życie bogatym oraz pełnym treści. Dzieje się tak dzięki dostrojeniu się do doświadczania, które pojawia się tu i teraz, oraz dzięki bezpośredniemu wglądowi w to, jak nasze umysły tworzą niepotrzebne cierpienie (Siegel, 2016, s. 22–23).

Również stosowanie interwencji pozytywnych, czyli działań „promujących występowanie pozytywnych emocji, przekonań i zachowań w celu zwiększania szczęścia” (Kaczmarek, 2016, s. 42), mogło by być dla tej grupy chorych wyjątkowo korzystne, tym bardziej że część tychże interwencji jest krótka, nadaje się więc do stosowania czy też nauczania w warunkach szpitalnych. Jedną z technik pozytywnych jest pogłębianie pozytywnych doświadczeń, polegające, w dużym uproszczeniu, na odtwarzaniu i delektowaniu się pozytywnymi wspomnieniami autobiograficznymi wzbudzającymi pozytywne emocje związane z pierwotnym doświadczeniem. Co ciekawe i ważne, u osób, które intencjonalnie przywołują pozytywne wspomnienia autobiograficzne, wzrasta aktywność prążkowiej oraz części przyśrodkowej kory przedczołowej. Im większa natomiast jest aktywność prążkowiej, tym większa poprawa nastroju (por. Kaczmarek, 2016). Podobne efekty może dawać również tzw. kapitalizacja pozytywnych emocji, będąca procesem interpersonalnym, w którym jedna osoba przekazuje drugiej informacje o dobrym

wydarzeniu i odbiera informację zwrotną (tamże). Jak pisze Ł. Kaczmarek (tamże), w kapitalizacji istotne jest to, że otrzymywanie komunikatów aktywnych konstruktywnych wiąże się ze wzrostem emocji pozytywnych, które przekraczają poziom wynikający z siły samego zdarzenia. Jest to metoda ich potęgowania, zaś jej skuteczność zaobserwowano także w grupach klinicznych (tamże). Koncentracja na chwili bieżącej i pozytywne wspomnienia pomagają w utrzymaniu pozytywnych emocji, zaś dzielenie się tymi emocjami z innymi ludźmi przyczynia się do wzrostu zadowolenia z życia (tamże). Zarówno techniki uważności, jak i interwencje pozytywne (mające ze sobą dużo wspólnego) koncentrują się również na praktykowaniu wdzięczności, która, z kolei, prowadzi do korzystnych zmian związanych z dobrostanem społecznym oraz do poprawy związków i relacji z innymi ludźmi (Kaczmarek, 2016; Siegiel, 2016), a tym samym może być pomocna z podwyższaniem zadowolenia z relacji z innymi ludźmi u, między innymi, osób z PChN. Również wspomniana wcześniej kapitalizacja pozytywnych emocji może być wykorzystywana do intensyfikowania pozytywnych emocji doświadczanych w związku małżeńskim/partnerskim oraz do zwiększania satysfakcji z niego. Inne techniki, również z grupy interwencji pozytywnych, przyczyniających się, między innymi, do wzrostu afektu pozytywnego i zadowolenia z relacji z ludźmi, polegają na aktywizacji życzliwości poprzez koncentrację na niej lub jej praktykowanie. Życzliwość jest w tym przypadku rozumiana jako motywacja do udzielania pomocy bez oczekiwania wzajemności (por. Kaczmarek, 2016). Kolejną propozycją dla tej grupy chorych może być tzw. celowe planowanie (należące do klasycznych technik poznawczo-behawioralnych), mające zastosowanie w pracy z osobami mającymi problemy w codziennym funkcjonowaniu i z podejmowaniem decyzji. Pozwala ona na stworzenie prostego i precyzyjnego planu działania, pomagającego w normalnym życiu oraz motywującego do aktywności i ułatwiającego podejmowanie decyzji. Składa się z kilku etapów, tj. ustalania realistycznych celów i tworzenia szczegółowego schematu ich osiągnięcia oraz rozpisania harmonogramu codziennych aktywności (tygodniowego) uwzględniającego zarówno obowiązki, jak i konkretne przyjemności, a także monitorowania postępów (por. Sage i wsp., 2008).

Wskazania do pracy z osobami chorymi na RZS:

1. Psychoedukacja na temat choroby i natury bólu. Ważny jest nacisk położony na możliwości i sposoby postępowania (np. farmakologicznego) w sytuacji pojawienia się określonych dolegliwości.
2. Usprawnienie codziennego funkcjonowania (np. technika celowego planowania, stałego rytmu – por. rozdz. 3.2 oraz Aneks).
3. Radzenie sobie z bólem (np. techniki poznawczo-behawioralne i uważnościowe – por. rozdz. 3.2).
4. Urealnienie poznawczego obrazu choroby (techniki restrukturyzacji poznawczej).
5. Nadawanie chorobie znaczenia – choroba jako wartość bądź wyzwanie, a nie strata lub przeszkoda nie do ominięcia.

6. Nauka adaptacyjnych strategii radzenia sobie z chorobą (zwłaszcza pozytywnego przewartościowania) i pomoc w odnalezieniu i poszukiwaniu sensu życia.
7. Znalezienie pozytywnych aspektów choroby (np. doceniania życia, poprawy relacji z innymi ludźmi, przewartościowania i zmiany filozofii życiowej, zmiany charakteru i wzrostu wewnętrznych sił).

Wskazania do pracy z osobami chorymi na cukrzycę:

1. Psychoedukacja na temat choroby i możliwości jej kontrolowania. Nauka kontrolowania choroby (np. mierzenia poziomu glukozy we krwi, zachowania w sytuacji wystąpienia hipo- lub hiperglikemii itp.).
2. Modyfikacja nieadaptacyjnych sposobów radzenia sobie ze stresem (takich jak zaprzestanie działań, zaprzeczanie, obwinianie siebie, zażywanie substancji psychoaktywnych) i nauka adaptacyjnych (przede wszystkim pozytywnego przewartościowania, poszukiwania wsparcia instrumentalnego, aktywnego radzenia sobie z wyzwaniami).
3. Znalezienie pozytywnych aspektów choroby (np. doceniania życia, poprawy relacji z innymi ludźmi, przewartościowania i zmiany filozofii życiowej, zmiany charakteru i wzrostu wewnętrznych sił).
4. Praca nad przekonaniem dotyczącym możliwości kontrolowania choroby i skuteczności leczenia (wzmacnianie tych przekonań).
5. Przeformułowanie znaczenia choroby, tak aby była postrzegana w kategoriach wyzwania.

Wskazania do pracy z osobami chorymi na łuszczycę:

1. Psychoedukacja na temat choroby i możliwości kontrolowania objawów (np. nauka pielęgnacji skóry).
2. Praca nad przekonaniem dotyczącym skuteczności leczenia.
3. Urealnienie poznawczego obrazu choroby (techniki restrukturyzacji poznawczej, praca nad katastroficznymi przekonaniem) oraz przeformułowanie znaczenia choroby, tak aby była spostrzegana w kategoriach wyzwania.
4. Modyfikacja nieadaptacyjnych sposobów radzenia sobie ze stresem (takich jak zaprzestanie działań, zaprzeczanie, obwinianie siebie, zażywanie substancji psychoaktywnych) i nauka adaptacyjnych (skoncentrowanych przede wszystkim na poprawę samopoczucia, np. poszukiwanie wsparcia emocjonalnego) oraz planowania działań. Informacje na temat pracy z osobami zmagającymi się z chorobami skóry zawiera również rozdział 3.2.

Piśmiennictwo

- Aalto, A.M., Uutela, A. (1998). Glycemic control, self-care behaviors and psychosocial factors among insulin treated diabetics: a test of an extended health belief model. *The International Journal of Behavioral Medicine*, 3, 191–214.
- Adamchic, I., Langguth, B., Hauptmann, C. Tass, P.A. (2012). Psychometric evaluation of visual analog scale for the assessment of chronic tinnitus. *American Journal of Audiology*, 21, 215–225. DOI: 10.1044/1059-0889(2012/12-0010).
- Adamska, M., Miniszewska, J. (2016). Determinants of acceptance of an illness in the case of patients suffering from psoriasis treated in the hospital and outpatient clinic settings. *Health Psychology Report*, 4, 1, 54–64.
- Adamska, M., Juczyńska, K., Miniszewska, J. (2015). Perception of the disease as determinant of illness acceptance in patients with psoriasis. *Current Problems of Psychiatry*, 16, 1, 26–37.
- Affleck, G., Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 899–922.
- Affleck, G., Tennen, H., Zautra, A., Urrows, S., Abeles, M., Karoly, P. (2001). Women's pursuit of personal goals in daily life with fibromyalgia: A value-expectancy analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 587–596.
- Ahmed, A.B., Radwan, A.A., Baddary, H.M. (2016). Prevalence of Generalized Anxiety Disorder in Patients with Rheumatoid Arthritis and its Relationship with Disease Activity. *Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 65, 652–661. DOI: 10.12816/0033778.
- Åkerblom, S., Perrin, S., Fischer, M.R. McCracken, L.M. (2015). The mediating role of acceptance in multidisciplinary cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *The Journal of Pain*, 16, 7, 606–615.
- Aleksandrowicz, J. (1994). *Psychoterapia medyczna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Algoe, S.B., Stanton, A.L. (2009). Is benefit finding good for individuals with chronic disease? W: C.L. Park, S.C. Lechner, M.H. Antoni (red.), *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* (s. 173–193). Washington: American Psychological Association.
- Ali S., Stone, M.A., Peters, J.L., Davies, M.J, Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 23, 1165–1173.
- Allgulander, C. (2010). Morbid anxiety as a risk factor in patients with somatic diseases: A review of recent findings. *Mind, Brain. The Journal of Psychiatry*, 1, 1, 1–9.
- Anderbro, T. (2012). *Behavior change intervention and fear of hypoglycemia in type 1 diabetes*. Thesis for doctoral degree. Department of Clinical Sciences, Danderyd Hospital, Division of Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/41244/thesis_therese_anderbro.pdf.
- Anderson, G. (2010). *Chronic care: making the case for ongoing care*. Princeton (NJ): Robert Wood Johnson Foundation. <http://www.rwjf.org/content/rwjf/en/research-publications/find-rwjf-research/2010/01/chronic-care.html>.

- Ang, D.C., Choi, H., Kroenke, K., Wolfe, F. (2005). Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 32, 1013–1019.
- Anheyer, D., Haller, H., Barth, J., Lauche, R., Dobos, G., Cramer, H. (2017). Mindfulness-based stress reduction for treating low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 166, 11, 799–807. DOI: 10.7326/M16-1997.
- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zwariować*. Warszawa: Fundacja IPN.
- Arvanitakis, Z., Wilson, R.S., Bienias, J.L., Evans, D.A., Bennett, D.A. (2004). Diabetes mellitus and risk of Alzheimer disease and decline in cognitive function. *Archives of Neurology (Chicago)*, 5, 661–666.
- Aspinwall, L.G., Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417–436.
- Astin, J.A. (2004). Mind-body therapies for the management of pain. *Clinical Journal of Pain*, 20, 27–32.
- Augustin, M., Radtke, M.A. (2014). Quality of life in psoriasis patients. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 14, 4, 559–568. DOI: 10.1586/14737167.2014.914437.
- Awad, N., Gagnon, M., Messier, C. (2004). The relationship between impaired glucose tolerance, type 2 diabetes, and cognitive function. *Neuropsychology, Development, and Cognition. Section A, Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 8, 1044–1080.
- Baczyk, G., Samborski, P., Pieścikowska, J., Kmiecik, M., Walkowiak, I. (2007). Comparison functioning and quality of life of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Advances in Medical Sciences*, 52, 1, 55–59.
- Baker, J.A., Wiginton, K. (1997). Perceptions and coping among women living with Lupus. *American Journal of Health Behavior*, 21, 2, 129–136.
- Baranowska, M. (2011). *To jest wasze życie. Być sobą w chorobie przewlekłej*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.
- Barclay, R., Tate, R.R. (2014). Response shift recalibration and reprioritization in health-related quality of life was identified prospectively in older men with and without stroke. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67, 5, 500–507.
- Barclay-Goddard, R., Epstein, J.D., Mayo, N.E. (2009). Response shift: a brief overview and proposed research priorities. *Quality of Life Research*, 18, 3, 335–346.
- Barclay-Goddard, R., King, J., Dubouloz, C.J., Schwartz, C.E. (2012). On behalf of the Response Shift Think Tank Working Group. Building on transformative learning and response shift theory to investigate health-related quality of life changes over time in individuals with chronic health conditions and disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93, 214–220.
- Barclay-Goddard, R., Lisa, L., Tate, R., Weinberg, L., Mayo, N.E. (2011). Health-related quality of life after stroke: Does response shift occur in self-perceived physical function? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 1762–1769.
- Barclay-Goddard, R., Lix, L.M., Tate, R., Weinberg, L., Mayo, N.E. (2009). Response shift was identified over multiple occasions with a structural equation modeling framework. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62, 11, 1181–1188.
- Basińska, M.A. (2006). *Reumatoidalne zapalenie stawów – obraz psychologiczny*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Basińska, M.A. (2007). Samoakceptacja chorych na reumatoidalne zapalenie stawów i jej związek z funkcjonowaniem psychicznym. *Polskie Forum Psychologiczne*, 12, 2, 151–167.
- Basińska, M.A. (2011). Wzór zachowania A osób z chorobą Gravesa-Basedowa jako predyktor akceptacji choroby. *Polskie Forum Psychologiczne*, 16, 1, 29–43.
- Basińska, M.A. (red.). (2015). *Coping flexibility with stress in health and in disease. Elastyczne radzenie sobie ze stresem w zdrowiu i w chorobie*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Basińska, M.A., Andruszkiewicz, A. (2012). Health locus of control in patients with Graves-Basedow disease and Hashimoto disease and their acceptance of illness. *International Journal of Endocrinology & Metabolism*, 10, 3, 537–542.
- Basińska, M.A., Drozdowska, M. (2012). Type A behavior in individuals with Psoriasis as a determinant of acceptance of the illness. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 29, 6, 432–439.

- Basińska, M.A., Kasprzak, A. (2012). Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. *Przegląd Dermatologiczny*, 99, 6, 692–700.
- Basińska, M.A., Woźniewicz, A. (2012). Inteligencja emocjonalna pacjentów chorych na łuszczycę jako wyznacznik akceptacji choroby. *Przegląd Dermatologiczny*, 99, 3, 202–209.
- Basińska, M.A., Maćkowska, P., Listwan, A. (2011). Przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia chorych na cukrzycę typu 1 a zachowania zdrowotne. *Diabetologia Praktyczna*, 12, 4, 151–159.
- Basińska, M.A., Woźniewicz, A., Warchoń, Ł. (2015). Psychological resources and flexibility coping in patients with chronic disorders. W: M.A. Basińska (red.), *Coping flexibility with stress in health and in disease. Elastyczne radzenie sobie ze stresem w zdrowiu i w chorobie* (s. 197–215). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Bąbel, P., Trusz, S., Ziółkowska, A.M. (2014). Techniki terapii behawioralnej bólu przewlekłego i ich skuteczność w świetle wyników metaanaliz. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 23, 10–16.
- Beatty, L., Koczwar, B., Wade, T. (2011). 'Cancer Coping Online': A pilot trial of a self-guided CBT internet intervention for cancer-related. *E-Journal of Applied Psychology*, 7, 2, 17–25.
- Beck, J.S. (2005). *Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bediako, S.M., Friend, R. (2004). Illness-specific and general perceptions of social relationships in adjustment to rheumatoid arthritis: The role of interpersonal expectations. *Annals of Behavioral Medicine*, 28, 203–210.
- Bedyńska, S., Brzesicka, A. (2007). *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS „Academica”.
- Beelaert, L. (2003). *Cognitive Behaviour Therapy for dermatology patients*. Abstracts 10th. International Congress on Dermatology and Psychiatry Brussels, 2.
- Bellizzi, K.M., Miller, M.F., Arora, N.K., Rowland, J.H. (2007). Positive and Negative Life Changes Experienced by Survivors of Non-Hodgkin's Lymphoma. *Annals of Behavioral Medicine*, 2, 188–199.
- Beltman, M.W., Voshaar, R.O., Speckens, A.E. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 197, 1, 11–19. DOI:10.1192/bjp.bp.109.064675.
- Benaglia, T., Chauveau, D., Hunter, D.R., Young, D. (2009). Mixtools: An R package for analyzing finite mixture models. *Journal of Statistical Software*, 32, 6, 1–29.
- Bengel, J., Hubert, S. (2010). *Anpassungsstörung und Akute Belastungsreaktion*. Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, J., Hecht, H., Frommberger, U. (2015). Anpassungsstörungen. W: M. Berger (red.), *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie* (s. 517–524). München: Urban & Fischer, Elsevier.
- Benyamini, Y. (2011). Health and Illness perceptions. W: H.S. Friedman (red.), *The Oxford Handbook of Health Psychology*. DOI:10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0013.
- Benyamini, Y., Goner-Shilo, D., Lazarov, A. (2012). Illness perception and quality of life in patients with contact dermatitis. *Contact Dermatitis*, 4, 193–199.
- Benyamini, Y., Medalion, B., Garfinkel, D. (2007). Patient and spouse perceptions of the patient's heart disease and their associations with received and provided social support and undermining. *Psychology and Health*, 7, 765–785.
- Bernstein, A., Hing, E., Moss, A.J., Allen, K.F., Siller, A.B., Tiggle, R.B. (2003). *Health care in America: trends in utilization*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Beugen, S. van, Ferwerda, M., Spillekom-van Koulik, S., Smit, J.V., Zeeuwen-Franssen, M.J., Kroft, E.M., Evers, A.M. (2016). Tailored Therapist-Guided Internet-Based Cognitive Behavioral Treatment for Psoriasis: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 5, 297–307. DOI: 10.1159/000447267.
- Beugen, S. van, Ferwerda, M., Van Middendorp, H., Evers, A., Hoeve, D., Spillekom-van Koulik, S., Rovers, M. (2014). Internet-based cognitive behavioral therapy for patients with chronic somatic conditions: A meta-analytic review. *Journal of Medical Internet Research*, 16, 3, e88. DOI: 10.2196/jmir.2777
- Birmelé, B., Le Gall, A., Sautenet, B., Aguerre, C., Camus, V. (2012). Clinical, sociodemographic, and psychological correlates of health-related quality of life in chronic hemodialysis patients. *Psychosomatics*, 53, 30–37.

- Bishop, D.G. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Bishop, G., Converse, S. (1986). Illness representations: A prototype approach. *Health Psychology*, 5, 2, 95–114. DOI: 0.1037/0278-6133.5.2.95.
- Bishop, M. (2001). The recovery process and chronic illness and disability: Applications and implications. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 16, 47–52.
- Bishop, M. (2005). Quality of Life and Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Acquired Disability: A Conceptual and Theoretical Synthesis. *Journal of Rehabilitation – Washington*, 2, 5.
- Boersma, K., Linton, S., Overmeer, T., Jansson, M., Vlaeyen, J., Jong, J. de (2004). Lowering fear-avoidance and enhancing function through exposure in vivo. A multiple baseline study across six patients with back pain. *Pain*, 108, 1–2, 8–16.
- Bosić-Živanović, D., Medić-Stojanoska, M., Kovačev-Zavišić, B. (2012). Kvalitet života obolelih od dijabetesa melitusa tipa 2. *Vojnosanit Pregled*, 69, 10, 858–863.
- Bower, J.E., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., Fahey, J.L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 979–986.
- Bower, J.E., Meyerowitz, B.E., Desmond, K.A., Bernaards, C.A., Rowland, J.H., Ganz, P.A. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 29, 236–245. DOI: 10.1207/s15324796abm2903_10.
- Brandstädter, J. (1992). Personal control over development: Implications of self-efficacy. W: R. Schwarzer (red.), *Self-efficacy: Thought control of action* (s.127–145). Washington: Hemisphere.
- Brzozowski, P. (1995). *Skala uczuć negatywnych i pozytywnych SUPIN. Polska adaptacja skali PANAS Davida Watsona i Lee Anny Clark. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Bury, M. (2001). Illness narratives: Fact or fiction? *Sociology of Health & Illness*, 23, 263–285.
- Bussell, A., Naus, M.J. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28, 1, 61–78. DOI: 10.1080/07347330903438958.
- Cacioppo, J.T., Andersen, B.L., Turnquist, D.C., Petty, R.E. (1986). Psychophysiological comparison processes: Interpreting cancer symptoms. W: B.L. Andersen (red.), *Women with cancer: Psychological perspectives* (s. 141–171). New York: Springer-Verlag.
- Cano-García, F.J., González-Ortega, M. del C., Sanduvete-Chaves, S., Chacón-Moscoco, S., Moreno-Borrego, R. (2017). Evaluation of a psychological intervention for patients with chronic pain in primary care. *Frontiers in Psychology*, 8, 1–12. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00435.
- Carver, C., Antoni, M. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23, 595–598.
- Casey, E., Hughes, J.W., Waechter, D., Josephson, R., Rosneck, J. (2008). Depression predicts failure to complete phase-II cardiac rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 5, 421–431.
- Casey, P., Dowrick, C., Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders: fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, 79, 479–481.
- Celińska-Löwenhoff, M., Musiał, J. (2012). Zaburzenia psychiczne w chorobach autoimmunologicznych – problemy diagnostyczno-terapeutyczne. *Psychiatria Polska*, XLVI, 6, 1029–1042.
- Chan, R., Dear, B.F., Titov, N., Chow, J., Suranyi, M. (2016). Examining internet-delivered cognitive behaviour therapy for patients with chronic kidney disease on haemodialysis: A feasibility open trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 89, 78–84. DOI:10.1016/j.jpsychores.2016.08.012
- Chapman, K., DeLapp, R. (2013). Nine Session Treatment of a Blood-Injection-Injury Phobia with Manualized Cognitive Behavioral Therapy. *Clinical Case Studies*, 13, 4, 299–312.
- Chen, H., Cheng, I., Pan, Y., Chiu, Y., Hsu, S., Pai, M., Wu, K. (2011). Cognitive-behavioral therapy for sleep disturbance decreases inflammatory cytokines and oxidative stress in hemodialysis patients. *Kidney International*, 80, 415–422. DOI: 10.1038/ki.2011.151.
- Cheng, C., Yang, F., Jun, S., Hutton, J.M. (2007). Flexible coping psychotherapy for functional dyspeptic patients: A randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 69, 81–88.

- Chiu, C.J., Wray, L.A., Beverly, E.A., Dominic, O.G. (2010). The role of health behaviors in mediating the relationship between depressive symptoms and glycemic control in Type 2 Diabetes: A structural equation modelling approach. *Social Psychiatry, Psychiatric Epidemiology*, 45, 1, 67–76. DOI: 10.1007/s00127-009-0043-3.
- Chodkiewicz, J. (2004). Problem akceptacji choroby u osób uzależnionych od alkoholu. Znaczenie zasobów osobistych. *Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Psychologica*, 8, 24, 123–133.
- Chodkiewicz, J. (2005a). *Psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi.
- Chodkiewicz, J. (2005b). Zasoby osobiste w rozwoju człowieka. Cz. I. *Remedium*, 1, 143, 14–15.
- Chodkiewicz, J. (2005c). Zasoby osobiste w rozwoju człowieka. Cz. II. *Remedium*, 4, 146, 14–15.
- Chodkiewicz, J. (2009). Adaptacja polska Kwestionariusza Zadovolnienia z Życia (FLZ). *Studia Psychologiczne*, 47, 3, 5–21.
- Chodkiewicz, J., Miniszewska, J. (2006). Aktualne zastosowania i perspektywy rozwoju terapii poznawczo-behavioralnej. *Psychiatria Polska*, 2, 279–290.
- Chodkiewicz, J., Tabaszewska, A. (2010). Wyznaczniki subiektywnego stanu zdrowia kobiet chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. W: M. Basińska, A. Ratajska. (red.), *Psychosomatyka. Problemy i kierunki badań* (s. 115–130). Bydgoszcz: Wydawnictwo Tekst.
- Chojnacka-Szawłowska, G. (2012). *Psychologiczne aspekty przewlekłych chorób somatycznych*. Warszawa: Wizja Press & IT.
- Clemmey, P.A., Nicassio, P.M. (1997). Illness self-schemas in depressed and nondepressed rheumatoid arthritis patients. *Journal of Behavioural Medicine*, 20, 273–290.
- Cohen, F., Lazarus, R.S. (1983). Coping and adaptation in health and illness. W: D. Mechanic (red.), *Handbook of health, health care, and the health profession* (s. 608–631). New York: Free Press.
- Costa, J., Pinto Gouveia, J. (2013). A New Approach to Explain the Link between Social Support and Depression in A 2-Years Arthritis Rheumatoid Sample. Is There Any Moderation Effect of Acceptance? *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 13, 65–82.
- Costanzo, E., Ryff, C., Singer, B. (2009). Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being, *Health Psychology*, 28, 2, 147–56. DOI: 10.1037/a0013221.
- Costello, T. (1999). *Conceptions of Illness and Adaptation in Adults With End-Stage Renal Disease: A Partnership Model of Inquiry*. Boston: Boston College.
- Crow, S., Kendall, D., Praus, B., Thuras, P. (2008) Binge eating and other psychopathology in patients with type II diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 222–226.
- Cruz, M.C., Andrade, C., Urrutia, M., Draibe, S., Nogueira-Martins, L.A., Castro Cintra Sesso, R. de (2011). Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics*, 66, 6, 991–995. DOI: 10.1590/S1807-59322011000600012.
- Cubała, W.J., Godlewska, B., Trzonkowski, P., Landowski, J. (2006). Wykładniki przewlekłej aktywacji prozapalnej układu odpornościowego w depresji. *Psychiatria Polska*, 11, 3, 431–444.
- Cukor, D. (2007). Use of CBT to treat depression among patients on hemodialysis. *Psychiatric Services*, 58, 5, 711–712. DOI: 10.1176/appi.ps.58.5.711.
- Curtin, K.B., Norris, D. (2017). Observational study: The relationship between chronic musculoskeletal pain, anxiety and mindfulness: Adjustments to the Fear-Avoidance Model of Chronic Pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 17, 156–166. DOI: 10.1016/j.sjpain.2017.08.006.
- Curwen, B., Palmer, S., Ruddell, P. (2006), *Poznawczo-behavioralna terapia krótkoterminowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Czabała, C. (1997) *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czekalski, S. (2007). Przewlekła choroba nerek – przewlekła niewydolność nerek w Polsce i na świecie. *Przewodnik Lekarza*, 1, 10–16.
- Dalton, J., Carlson, J., Youngblood, R., Keefe, F. (2004). Tailoring cognitive-behavioral treatment for cancer pain. *Pain Management Nursing*, 5, 1, 3–18. DOI: 10.1016/S1524-9042(03)00027-4.
- Danoff-Burg, S., Revenson, T.A. (2005). Benefit-finding among patients with rheumatoid arthritis: Positive effects on interpersonal relationships. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 91–103.
- Davis, C., Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561–574.

- Davis, E., Tamayo, A., Fernandez, A. (2012). "Because Somebody Cared about Me. That's How It Changed Things": Homeless, Chronically Ill Patients' Perspectives on Case Management. *PLoS ONE*, 9. DOI: 10.1371/journal.pone.0045980.
- Davis, M.C., Zautra, A.J., Wolf, L.D., Tennen, H., Yeung, E.W. (2015). Mindfulness and Cognitive-behavioral Interventions for Chronic Pain: Differential Effects on Daily Pain Reactivity and Stress Reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 1, 24–35. DOI: 10.1037/a0038200.
- De Jong, M., Lazar, S.W., Hug, K., Mehling, W.E., Hölzel, B.K., Sack, A.T., ..., Gard, T. (2016). Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Body Awareness in Patients with Chronic Pain and Comorbid Depression. *Frontiers in Psychology*, 7, 967. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00967.
- De Korte, J., Sprangers, M.A.G., Mommers, F.M.C., Bos, J.D. (2004). Quality of life in patients with psoriasis: A systematic literature review. *The Journal of Investigative Dermatology, Symposium Proceedings*, 9, 2, 140–147.
- Dembo, T., Leviton, G.L., Wright, B.A. (1956). Adjustment to misfortune: A problem of social-psychological rehabilitation. *Artificial Limbs*, 3, 2, 4–62.
- Dennison, L., Moss-Morris, R., Chalder, T. (2009). A Review of the Psychological Correlates of Adjustment in Patients with Multiple Sclerosis. *Clinical Psychology Review*, 29, 141–153. DOI: 10.1016/j.cpr.2008.12.001.
- Denollet, J., Vaes, J., Brutsaert, D.L. (2000). Inadequate Response to Treatment in Coronary Heart Disease: Adverse Effects of Type D Personality and Younger Age On 5-Year Prognosis and Quality of Life. *Circulation*, 102, 6, 630–635.
- Denys, K. (2014). Psychologiczne aspekty leczenia chorób dermatologicznych. W: A. Orzechowska, P. Gałęcki (red.), *Zaburzenia psychosomatyczne w ujęciu terapeutycznym*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Derkacz, M., Sawicka, A., Marczewski, K. (2005). Łagodne zaburzenia funkcji poznawczych u chorych na cukrzycę – obserwacje ośrodka terenowego. *Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna*, 4, 273–278.
- Di Benedetto, M., Lindner, H., Aucote, H., Churcher, J., McKenzie, S., Croning, N., Jenkins, E. (2014). Co-morbid depression and chronic illness related to coping and physical and mental health status. *Psychology, Health & Medicine*, 19, 3, 253–262. DOI: 10.1080/13548506.2013.803135.
- Di Mattei, V.E., Carnelli, L., Mazzetti, M., Bernardi, M., Di Pierro, R., Bergamini, A., Sarno, L. (2016). Mental Representations of Illness In Patients with Gestational Trophoblastic Disease: How Do Patients Perceive Their Condition? *Plos ONE*, 11, 4, 1–13. DOI: 10.1371/journal.pone.0153869.
- Di Matteo, M.R., Lepper, H.S., Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101–2107.
- Diefenbach, M.A., Leventhal, H. (1996). The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5, 1, 11–38.
- Diefenthaler, E., Wagner, M., de Figueiredo, P.C. (2008). Is depression a risk factor for morality in chronic hemodialysis patients? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 2, 99–103.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575.
- Diener, E., Chan, M.Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes To Health and Longevity. *Applied Psychology Health and Well Being*, 3, 1, 1–43.
- Diener, E., Lucas, R., Scollon, C. (2006). Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. *American Psychology*, 61, 4, 305–314.
- Dijkstra, A., Buunk, A.P., Tóth, G., Jager, N. (2007). Psychological Adjustment to Chronic Illness: The Role of Prototype Evaluation in Acceptance of Illness. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 12, 3/4, 119–140. DOI: 10.1111/j.1751-9861.2008.00018.x.
- Dimidjian, S., Dobson, K.S., Kohlenberg, R.J. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658–670.
- Dobrogowski, J., Zajączkowska, R., Dutka, J., Wordliczek, J. (2011). Patofizjologia i klasyfikacja bólu. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 7, 1, 20–30.
- Dobrucka-Janeczek, I., Jędryka-Góral, A. (2012). Problemy psychologiczne w chorobach reumatycznych. *Postępy Nauk Medycznych*, 2, 152–155.

- Duarte, P.S., Miyazaki, M.C., Blay, S.L., Sesso, R. (2009). Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. *Kidney International*, 76, 414–421. DOI: 10.1038/ki.2009.156.
- Duckworth, A.L., Steen, T.A., Seligman, M.E.P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 1, 629–651.
- Dudek, D., Siwek, M. (2010). Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria Polska*, 4, 1, 17–24.
- Dudek, D., Zięba, D. (2000). Zastosowanie terapii poznawczej i technik poznawczych w leczeniu choroby niedokrwiennej serca. *Psychoterapia*, 4, 15, 55–61.
- Dunoff-Burg, S., Seawell, A.H. (2012). Psychological processes in rheumatic disease. W: A. Baum, T.A. Revenson, J. Singer (red.), *Handbook of health psychology* (s. 739-754). New York, NY, US: Psychology Press.
- Eccleston, C., Morley, S.J., Williams, A.C. (2013). Psychological approaches to chronic pain management: evidence and challenges. *British Journal of Anaesthesia*, 111, 1, 59–63.
- Eccleston, C., Williams, A., Morley, S. (2009). *Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults (Review)*. *The Cochrane Collaboration*. New Jersey: John Wiley & Sons, Ltd.
- Eccleston, C., Fisher, E., Craig, L., Duggan, G.B., Rosser, B.A., Keogh, E. (2014). Psychological therapies (Internet-delivered) for the management of chronic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. DOI: 10.1002/14651858.CD010152.pub2.
- Egede, L.E., Ellis, C. (2010). Diabetes and depression: global perspectives. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87, 3, 302–312.
- Ehde, D.M., Dillworth, T.M., Turner, J.A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain. Efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychoogy*, 69, 2, 153–166.
- Ehlers, A., Stangier, U., Gielier, U. (1995). Treatment of atopic dermatitis: a comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 624–635.
- Ellis, A. (1998). *Terapia krótkoterminowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Eton, D.T. (2010). Why we need response shift: An appeal to functionalism. *Quality of Life Research*, 19, 6, 929–930.
- Evers, A.W.M., Kraaijaat, F.W., Riel, P.L. van, Jong, A.J. de (2002). Tailored cognitive-behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: a randomized controlled trial. *The Korean Journal of Pain*, 1, 141. DOI: 10.1016/S0304.
- Evers, A.W.M., Kraaijaat, F.W., Geene, R., Jacobs, J.W.G., Bijlsma, J.W.J. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1295–1310.
- Evers, A.W.M., Duller, P., Jong, E.M. de, Otero, M.E., Verhaak, C.M., Valk, P.G. van der (2009). Effectiveness of a multidisciplinary itch-coping training programme in adults with atopic dermatitis. *Acta Dermato Venereologica*, 89, 57–63.
- Evers, A.W.M., Duller, P., Hoek, W. van den, Mesters, H., Otero, M., Kerhof, P.C.M. van de, Kraaijaat, F.W. (2003). A short-term, group cognitive-behavioral training for coping with itch and scratching in patients with atopic dermatitis. *Abstracts 10th International Congress on Dermatology and Psychiatry in Brussels*, 5.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe. Vorgänger.
- Farber, E.W., Schwartz, J.A., Schaper, P.E., Moonen, D.J., McDaniel, J.S. (2000). Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics*, 41, 2, 140–146.
- Farrand, P., Woodford, J. (2015). Effectiveness of Cognitive Behavioural Self-Help for the Treatment of Depression and Anxiety in People with Long-Term Physical Health Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 49, 4, 579–593. DOI: 10.1007/s12160-015-9689-0.

- Ferrin, J.M. (2003). *Acceptance of loss after an adult-onset disability: Development and psychometric validation of the Multidimensional Acceptance of Loss Scale*. Doctoral dissertation, University of Wisconsin.
- Ferwerda, M., Beugen, S. van, Burik, A. van, Middendorp, H. van, Jong, E.J. de, Kerkhof, P.M. van de, Evers, A.M. (2013). What patients think about E-health: patients' perspective on internet-based cognitive behavioral treatment for patients with rheumatoid arthritis and psoriasis. *Clinical Rheumatology*, 32, 6, 869–873. DOI: 10.1007/s10067-013-2175-9.
- Filipowicz-Sosnowska, A. (2017). Reumatoidalne zapalenie stawów. W: P. Gajewski (red.), *Interna Szczeklika* (s. 1958–1972). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Fisher, L., Skaff, M.M., Mullan, J.T., Arean, P., Glasgow, R., Masharani, U. (2008). A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with Type 2 Diabetes. *Diabetic Medicine*, 25, 9, 1096–1101. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2008.02533.x.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 839–852.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45, 1207–1221.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety Stress Coping*, 21, 3–14. DOI:10.1080/10615800701740457.
- Folkman, S., Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647–654.
- Fordham, B., Griffiths, C., Bundy, C. (2015). A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis. *Psychology, Health & Medicine*, 20, 1, 121–127. DOI: 10.1080/13548506.2014.902483
- Fortune, D.G., Main, C.J., O'Sullivan, T.M., Griffiths, C.E.M. (1997). Quality of life in patients with psoriasis: The contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *British Journal of Dermatology*, 137, 755–760.
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Griffiths, C.E., Main, C.J. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 157–174.
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Griffiths, C.E., Main, C.J. (2004). Targeting cognitive-behaviour therapy to patients' implicit model of psoriasis: results from a patient preference controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 65–82.
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Kirby, B., Bowcock, S., Main, C.J., Griffiths, C.M. (2002). A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *The British Journal of Dermatology*, 146, 3, 458–465.
- Fournier, M., Ridder, D. de, Bensing, J. (2002). Optimism and adaptation to chronic disease: The role of optimism in relation to self-care options of type 1 diabetes mellitus, rheumatoid arthritis and multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology*, 7, 409–432.
- Fournier, M., Ridder, D. de, Bensing, J. (2003). Is Optimism Sensitive to the Stressors of Chronic Disease? The Impact of Type 1 Diabetes Mellitus and Multiple Sclerosis on Optimistic Beliefs. *Psychology and Health*, 3, 277–294.
- Fowler, C., Baas, L.S. (2006). Illness Representations in Patients with Chronic Kidney Disease on Maintenance Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 33, 2, 173–187.
- Frank, R.G., Elliott, T.R. (2000). Rehabilitation psychology: Hope for a psychology of chronic conditions. W: R.G. Frank, T.R. Elliott (red.), *Handbook of Rehabilitation Psychology* (s. 3–8). Washington, DC: American Psychological Association.
- French, D.P., Maissi, E., Marteau, T.M. (2005). The purpose of attributing cause: Beliefs about the causes of myocardial infarction. *Social Science and Medicine*, 60, 7, 1411–1421.
- Friedman, B., Jiang, H.J., Elixhauser, A. (2008). Costly hospital readmissions and complex chronic illness. (Report). *Inquiry*, 4, 408–421.
- Furze, G., Lewin, B. (2000). Causal attributions for angina: results of an interview study. *Coronary Health Care*, 4, 130–134.
- Furze, G., Lewin, R.P., Donnison, J. (2008). *The Clinician's Guide to Chronic Disease Management for Long-term Conditions: A Cognitive-behavioural Approach*. Keswick: M&K Update Ltd.
- Furze, G., Bull, P., Lewin, R., Thompson, D.R. (2003). Development of the York Angina Beliefs Questionnaire. *Journal of Health Psychology*, 8, 307–316.

- Furze, G., Lewin, R.P., Roebuck, A., Thompson D. (2001). Attributions and Misconceptions in Angina: An Exploratory Study, *Journal of Health Psychology*, 6, 501–510. DOI: 10.1177/135910530100600504.
- Furze, G., Lewin, R.P., Murberg, T., Bull, P., Thompson, D.R. (2005). Does it matter what patients think? The relationship between changes in patients' beliefs about angina and their psychological and functional status. *Journal of Psychosomatic Research*, 5, 323.
- Furze, G., Roebuck, A., Bull, P., Lewin, R.J.P., Thompson, D.R. (2002). A comparison of the illness beliefs of people with angina and their peers: A questionnaire study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 2, 4. DOI: 10.1186/1471-2261-2-4.
- Gajewski, P., Augustynowicz-Kopeć, E. (red.). (2013). *Interna Szczeklika: podręcznik chorób wewnętrznych*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Gajewski, P., Szczeklika, A. (2017). *Interna Szczeklika 2017. Podręcznik chorób wewnętrznych*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Gałęcki, P. (2012). Teoria zapalna depresji. *Psychiatria*, 9, 2, 68–75.
- Gałuszka, A. (2000). Dynamika poznawczego i emocjonalnego funkcjonowania osób przewlekle chorych. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Jak żyć z chorobą a jak ją pokonać* (s. 34–54). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Garland, E.L., Thomas, E., Howard, M.O. (2014). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement Ameliorates the Impact of Pain on Self-Reported Psychological and Physical Function Among Opioid-Using Chronic Pain Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48, 6, 1091–1099. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2014.03.006.
- Garland, E.L., Howard, M.O., Zubieta, J.-K., Froeliger, B. (2017). Restructuring hedonic dysregulation in chronic pain and prescription opioid misuse: Effects of Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement on responsiveness to drug cues and natural rewards. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 111–112.
- Germer, C.K. (2015). Czym jest uważność? Dlaczego ma znaczenie? W: C.K. Germer, R.D. Siegel, P.R. Fulton (red.), *Uważność i psychoterapia* (s. 29–63). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gili, M., Comas, A., García-García, M., Monzón, S., Antoni, S., Roca, M. (2010). Psychiatry and Primary Care: Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 32, 240–245. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2010.01.013.
- Ginsburg, I.H. (1996). The psychosocial impact of skin disease. An overview. *Dermatology Clinics*, 14, 3, 473–483.
- Glasgow, R.E., Strycker, L.A., Hampson, S.E., Ruggiero, L. (1997). Personal models beliefs and social environmental barriers to diabetes self-management, *Diabetes Care*, 20, 556–561.
- Global status report on noncommunicable diseases 2011*. Geneva: World Health Organization.
- Głuszko, P., Kowalczyk, K. (2009). Ocena jakości życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów za pomocą badań ankietowych. *Reumatologia*, 47, 1, 4–9.
- Gonder-Frederick, L., Stargardt, T., Krobot, K.J., Alexander, Ch.M. (2009). Fear of hypoglycaemia: defining a minimum clinically important difference in patients with type 2 diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 1, 9. DOI: 10.1186/1477-7525-7-91.
- Gonzalez, J.S., McCarl, L.A., Wexler, D.J., Cagliero, E., Delahanty, L., Soper, T.D. (2010). Cognitive-behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in type 2 diabetes. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24, 4, 329–343. DOI: 10.1891/0889-8391.24.4.329.
- Goodman, D., Morrissey, S., Graham, D., Bossingham D. (2005). Illness Representations of Systemic Lupus Erythematosus. *Qualitative Health Research*, 15, 5, 606–619. DOI: 10.1177/1049732305275167.
- Goodwin, P., Ogden, J. (2007). Women's reflections upon their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time. *Psychology and Health*, 2, 231–248.
- Goodwin, R.D., Hoven, C.W., Spitzer, R.L. (2003). Diabetes and eating disorders in primary care. *The International Journal of Eating Disorders*, 1, 85–91.
- Govindji, R., Linley, P.A. (2007). Strengths Use, Self-Concordance and Well-Being: Implications for Strengths Coaching and Coaching Psychologists. *International Coaching Psychology Review*, 2, 143–153.
- Graham, J. (2009). Missing data analysis: making it work in the real world. *Annual Review of Psychology*, 60, 549–576. DOI: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085530.

- Grant, S., Aitchison, T., Henderson, E., Christie, J., Zare, S., McMurray, J., Dargie, H. (1999). A comparison of the reproducibility and the sensitivity to change of visual analogue scales, Borg scales, and Likert scales in normal subjects during submaximal exercise. *Chest*, 116, 5, 1208–1217. DOI: 10.1378/chest.116.5.1208.
- Greer, J.A., Park, E.R., Prigerson, H.G., Safren, S.A. (2010). Tailoring Cognitive-Behavioral Therapy to Treat Anxiety Comorbid with Advanced Cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24, 4, 294–313.
- Greer, J., Traeger, L., Bemis, H., Solis, J., Hendriksen, E., Park, E., Safren, S. (2012). A Pilot Randomized Controlled Trial of Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Patients with Terminal Cancer. *Oncologist*, 17, 10, 1337–1345.
- Groarke, A., Curtis, R., Coughlan, R., Gsel, A. (2004). The role of perceived and actual disease status inadjustment to rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 43, 1142–1149.
- Groarke, A., Curtis, R., Coughlan, R., Gsel, A. (2005). The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: A longitudinal study. *Psychology & Health*, 20, 5, 597–613.
- Gruszczynska, E., Knoll, N. (2015). Meaning-focused coping, pain, and affect: a diary study of hospitalized women with rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*, 24, 2873–2883. DOI: 10.1007/s11136-015-1031-6.
- Grzegółowska-Klarkowska, H. (2001). Samoobrona a samooszukiwanie się. W: M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gulla, B., Tuchołska, K., (2007). Psychologia pozytywna: cele naukowo-badawcze i aplikacyjne oraz sposób ich realizacji. *Studia z Psychologii w KUL*, 14, 133–153.
- Haduch, I., Hawro, T., Miniszewska, J., Chodkiewicz, J., Sysa-Jędrzejowska, A., Zalewska, A. (2008). Wsparcie społeczne a ogólny stan zdrowia psychicznego chorych na łuszczycę. *Dermatologia Kliniczna*, 10, 1, 9–13.
- Haggart, M., Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common sense model of illness representations. *Psychology of Health*, 18, 141–184.
- Halahan, C.J., Moos, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 5, 956–955.
- Hale, E.D., Treharne, G.J., Kitas, G.D. (2007). The common-sense model of self-regulation of health and illness: How can we use it to understand and respond to our patients' needs? *Rheumatology*, 46, 6, 904–906. DOI: 10.1093/rheumatology/kem060.
- Happach, M., Moskalewicz, B., Krzemińska-Dąbrowska, I., Świerocka, K., Mańczak, M. (2007). Społeczny kontekst przewlekłego bólu u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia*, 44, 4, 199–204.
- Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J. (2007). Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 354–360.
- Hawro, M., Maurer, M., Weller, K., Maleszka, R., Zalewska-Janowska, A., Kaszuba, A., Hawro, T. (2018). Lesions on the back of hands and female gender predispose to stigmatization in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76(4), 648–654.e2. DOI: 10.1016/j.jaad.2016.10.040.
- Hawro, T., Miniszewska, J., Zalewska, A. (2011). Jakość życia i stygmatyzacja a nasilenie zmian skórnych i świądu u osób chorych na łuszczycę. W: T. Rzepa, J. Szepietowski, R. Żaba (red.), *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry* (s. 42–510). Wrocław: Cornetis.
- Heapy, A.A., Stroud, M.W., Higgins, D.M., Sellinger, J.J. (2006). Tailoring cognitive-behavioral therapy for chronic pain: a case study. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1345–1354.
- Heapy, A.A., Wandner, L., Driscoll, M.A., LaChappelle, K., Czlapinski, R., Fenton, B.T., Kerns, R.D. (2018). Developing a typology of patient-generated behavioral goals for cognitive behavioral therapy for chronic pain (CBT-CP): Classification and predicting outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 41, 2, 174–185. DOI: 10.1007/s10865-017-9885-4.
- Heapy, A., Higgins, D., Goulet, J., LaChappelle, K., Driscoll, M., Czlapinski, R., Buta, E., Piette, J., Krein, S., Kerns, R. (2017). Interactive Voice Response–Based Self-Management for Chronic Back Pain: The Copes Noninferiority Randomized Trial. *JAMA Internal Medicine*, 177, 6, 765–773.

- Hedayati, S., Minhajuddin, A.T., Toto, R.D., Morris, D.W., Rush, A.J. (2009). Prevalence of Major Depressive Episode in CKD. *American Journal of Kidney Diseases*, 3, 424–432.
- Held, B. (2002). The tyranny of the positive attitude in America: Observation and speculation. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 965–992.
- Held, B. (2004). The negative side of positive psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 44, 9–46.
- Helgeson, V.S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 656–666.
- Helgeson, V.S., Snyder, P., Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23,1, 3–15.
- Henseler, J., Dijkstra, T.K., Sarstedt, M., Ringle, C.M., Diamantopoulos, A., Straub, D.W., Ketchen, D.J., Hair, J.F., Hult, G.T.M., Calantone, R.J. (2014). Common Beliefs and Reality about Partial Least Squares: Comments on Rönkkö & Evermann, *Organizational Research Methods*, 17, 2, 182–209.
- Herrero, A.M., Ramírez-Maestre, C., González, V. (2008). Personality, cognitive appraisal and adjustment in chronic pain patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 2, 531–541.
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2012). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Klemens, I. (1979). Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). Radzenie sobie z chorobą – przegląd zagadnień. W: *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać* (s. 13–33). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Heszen-Niejodek, I. (2002). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3 (s. 465–492). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hewlett, S., Ambler, N., Almeida, C., Blair, P.S., Choy, E., Dures, E., Pollock, J. (2015). Protocol for a randomised controlled trial for Reducing Arthritis Fatigue by clinical Teams (RAFT) using cognitive-behavioural approaches. *BMJ Open*, 5, 8, 1. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009061.
- Hewlett, S., Ambler, N., Almeida, C., Cliss, A., Hammond, A., Kitchen, K., Pollock, J. (2011). Selfmanagement of fatigue in rheumatoid arthritis: A randomised controlled trial of group cognitive-behavioural therapy. *Annals of Rheumatic Disease*, 70, 1060–1067. DOI: 10.1136/ard.2010.144691.
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B.A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., ..., Maglione, M.A. (2017). Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 51, 2, 199–213. DOI: 10.1007/s12160-016-9844-2.
- Hind, D., O’Cathain, A., Cooper, C.L., Parry, G.D., Isaac, C.L., Rose, A., ..., Sharrack, B. (2010). The acceptability of computerised cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with chronic physical disease: A qualitative study of people with multiple sclerosis. *Psychology & Health*, 25, 6, 699–712. DOI: 10.1080/08870440902842739.
- Hinnen, C., Ranchor, A., Sanderman, R., Snijders, T., Hagedom, M., Coyne, J. (2008). Course of Distress in Breast Cancer Patients, Their Partners, and Matched Control Couples. *Annals of Behavioral Medicine*, 2, 141. DOI: 10.1007/s12160-008-9061-8.
- Hobfoll, S.E. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hodkinson, B., Musenge, E., Ally, M., Meyer, P., Anderson, R., Tikly, M. (2012). Functional disability and health-related quality of life in South Africans with early rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 41, 5, 366–374. DOI: 10.3109/03009742.2012.676065.
- Hoffman, B.M., Papas, R.K., Chatkoff, D.K., Kerns R.D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*, 26, 1–9.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J.J., Sawyer, A.T., Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 427–440.
- Holtzman, S., Newth, S., DeLongis, A. (2004). The role of social support in coping with daily pain among patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology*, 9, 677–695.
- Hoth, K.F., Christensen, A.J., Ehlers, S.L., Raichle, K.A., Lawton, W.J. (2007). A longitudinal examination of social support, agreeableness and depressive symptoms in chronic kidney disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 69–76.

- Houssien, D.A., Mckenna, S.P., Scott, D.L. (1997). The Nottingham Health Profile as a measure of disease activity and outcome in rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 36, 69–73.
- Howard, J.S., Mattacola, C.G., Howell, D.M., Lattermann, C. (2011). Response shift theory: an application for health-related quality of life in rehabilitation research and practice. *Journal of Allied Health*, 40, 1, 31–8.
- Hoyle, R.H. (red.). (2012). *Handbook of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Hoyt, M.A., Stanton, A.L. (2012). Adjustment to chronic illness. W: A.S. Baum, T.A. Revenson, J.E. Singer (red.), *Handbook of health psychology* (s. 219–246). New York: Taylor & Francis.
- Hu, J., Gruber, K.J. (2008). Positive and negative affect and health functioning indicators among older adults with chronic illnesses. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 8, 895–911.
- Hu, L., Bentler, P.M. (1998). Fit Indices in Covariance Structure Modeling: Sensitivity to Underparameterized Model Misspecification. *Psychological Methods*, 3, 4, 424–453.
- Hunsley, J., Elliott, K., Therrien, Z. (2014). The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety, and related disorders. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 55, 3, 161–176. DOI.org/10.1037/a0036933.
- Huysen, B., Parker, J.C. (1998). Stress and rheumatoid arthritis: an integrative review. *Arthritis Care Research*, 11, 135–145.
- Hwang, W., Weller, W., Ireys, H., Anderson, G. (2001). Out-Of-Pocket Medical Spending for Care of Chronic Conditions. Chronically ill persons who are uninsured have higher out-of-pocket medical spending and are five times less likely to see a physician than their insured counterparts. *Health Affairs*, 6, 267–278.
- Ibrahim, N., Teo, S.L., Che Din, N., Abdul Gafor, A.H., Ismail, R. (2015). The Role of Personality and Social Support in Health-Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease Patients. *Plos ONE*, 10, 7, 1–11. DOI:10.1371/journal.pone.0129015.
- International Diabetes Federation (2011). *IDF Diabetes Atlas. Fifth edition*. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; www.idf.org/diabetesatlas.
- Inui, A., Kitaoka, H., Morita, S., Kawara, A., Yokono, K., Kasuga, M., ..., Amano, K. (1998). Effect of the Kobe earthquake on stress and glycemic control in patients with diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine*, 3, 274–278.
- Isik, A., Koca, S., Ozturk, A., Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 26, 6, 872. DOI: 10.1007/s10067-006-0407-y.
- Jabłońska, S., Majewski, S. (2005). *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jakubowska-Winiecka, A. (2016). Diagnostyka psychologiczna osób chorych somatycznie. W: L. Zabłocka-Żytka, E. Sokołowska (red.), *Pomoc psychologiczna chorym somatycznie. Wybrane zagadnienia*, t. 1 (s. 170–219). Gdańsk: Via Medica.
- Jankowska, B., Uchmanowicz, I., Polański, J., Uchmanowicz, B., Dudek, K. (2010). Czynniki kliniczne i socjodemograficzne determinujące jakość życia w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS). *Family Medicine & Primary Care Review*, 12, 4, 1027–1034.
- Janowski, K. (2005). Stres a patofizjologia procesów tłuszczowych. *Przegląd Dermatologiczny*, 1, 92, 63–70.
- Janowski, K. (2006). Problematyka jakości życia w chorobach dermatologicznych. W: S. Steuden, W. Okla (red.), *Jakość życia w chorobie* (s. 49–62). Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Janowski, K., Steuden, S. (2008). Severity of psoriasis and health-related quality of life: the moderating effects of temperament. *British Journal of Dermatology*, 3, 633–635.
- Janowski, K., Steuden, S., Bogaczewicz, J. (2014). Clinical and psychological characteristics of patients with psoriasis reporting various frequencies of pruritus. *International Journal of Dermatology*, 53, 7, 820–829. DOI: 10.1111/ijd.12074.
- Janowski, K., Steuden, S., Kuryłowicz, J. (2010). Factors accounting for psychosocial functioning in patients with low back pain. *European Spine Journal*, 19, 4, 613–623. DOI: 10.1007/s00586-009-1151-1.
- Janowski, K., Steuden, S., Kuryłowicz, J., Nieśpiałowska-Steuden, M. (2009). The Disease-Related Appraisals Scale: a tool to measure subjective perception of the disease situation. W: K Janowski,

- S. Steuden (red.), *Biopsychosocial aspects of health and disease*, vol. 1 (s. 108–125). Lublin: CPPP Scientific Press.
- Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., Jedynek, T. (2013). Health-related behavior, profile of health locus of control and acceptance of illness in patients suffering from chronic somatic diseases. *Plos One*, 8, 5, e63920. DOI: 10.1371/journal.pone.0063920.
- Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., Jedynek, T. (2014). Emotional control, styles of coping with stress and acceptance of illness among patients suffering from chronic somatic diseases. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 30, 1, 34–42. DOI: 10.1002/smi.2493.
- Janowski, K., Steuden, S., Pietrzak, A., Krasowska, D., Kaczmarek L., Gradus, I., Chodorowska, G. (2012). Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. *Archives of Dermatological Research*, 304, 6, 421–432. DOI: 10.1007/s00403-012-1235-3.
- Jansen, D.L., Heijmans, M., Rijken, M., Spreuuenberg, P., Grootendorst, D.C., Dekke, F.W., Groenewegen P.P. (2013). Illness perceptions and treatment perceptions of patients with chronic kidney disease: Different phases, different perceptions? *British Journal of Health Psychology*, 18, 2, 244–262. DOI:10.1111/bjhp.12002.
- Jaracz, J. (2010). Zaburzenia psychiczne i choroby nerek. *Psychiatria po Dyplomie*, 7, 5, 54–57.
- Jarosz, M. (1983). *Psychologia lekarska*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Jędryka-Góral, A. (2010). Stres psychologiczny i jego predyktory u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 56, 83–85.
- Jedynek, T., Janowski, K., Mackiewicz, B. (2016). Disease-related appraisals and clinical characteristics of chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Psychology*, 51, 698–699.
- Juczyński, Z. (1998). Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 14, 54–63.
- Juczyński, Z. (2000). Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: K. De Walden-Gałuszko (red.), *Psychoonkologia* (s. 23–44). Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia stosowane w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2003). Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka. W: Z Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Jura-Półtorak, A., Olczyk, K. (2011). Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. *Diagnostyka laboratoryjna*, 4, 431–438.
- Kabat-Zinn, J. (2017). *Życie to piękna katastrofa*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Kaczmarek, Ł. (2016). Pozytywne interwencje psychologiczne. *Dobrostan a zachowania intencjonalne*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Kalka, D. (2014). Quality of life and proactive coping with stress in a group of middle adulthood women with type 2 diabetes. *Polish Psychological Bulletin*, 47, 3, 327–337. DOI: 10.1515/ppb-2016-0039.
- Karia, S.B., De Sousa, A., Shah, N., Sonavane, S., Bharati, A. (2015). Psychiatric morbidity and quality of life in skin diseases: A comparison of alopecia areata and psoriasis. *Industrial Psychiatry Journal*, 24, 2, 125–128. DOI: 10.4103/0972-6748.181724.
- Karlsen, B., Bru, E. (2002). Content Coping styles among adults with Type 1 and Type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 7, 245–256. DOI: 10.1080/13548500220139403.
- Kato, T. (2014). Effects of flexibility in coping with chronic headaches on depressive symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22, 4, 506–511.
- Kato, T. (2015a). The Impact of Coping Flexibility on the Risk of Depressive Symptoms. *PLoS ONE* 10, 5: e0128307. DOI: 10.1371/journal.pone.0128307.
- Kato, T. (2015b). Effects of flexibility in coping with chronic headaches on depressive symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22, 4, 506–511. DOI: 10.1007/s12529-014-9443-1.
- Katon, W. (2010). Depression and Diabetes: Unhealthy Bedfellows. *Depression and Anxiety*, 4, 323–326. DOI: 10.1002/da.20683.

- Keefe, F.J., Smith, S.J., Buffington, A.L.H., Gibson, J., Studts, J.L., Caldwell, D.S. (2002). Recent advances and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 640–655.
- Kępiński, A. (1977). *Lęk*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Kępiński, A. (2004). *Poznanie chorego*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- King, B.B., Minium, E.W. (2009). *Statystyka dla psychologów pedagogów*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kiojima, T., Ishikawa, H., Tanaka, S., Haga, N., Nishida, K., Yukioka, M., Ishiguro, N. (2017). Characteristics of functional impairment in patients with long-standing rheumatoid arthritis based on range of motion of joints: Baseline data from a multicenter prospective observational cohort study to evaluate the effectiveness of joint surgery in the treat-to-target era. *Modern Rheumatology*, 1–8. DOI:10.1080/14397595.2017.1349593.
- Knapik-Kordecka, M., Piwowar, A., Warwas, M. (2007). Zaburzenia równowagi oksydacyjno-antyoksydacyjnej a czynniki ryzyka miażdżycy i powikłania naczyniowe u chorych na cukrzycę typu 2. *Wiadomości Lekarskie*, 2007, LX, 7–8, 329–334.
- Knowles, S., Swan, L., Salzberg, M., Castle, D., Langham, R. (2014). Exploring the relationships between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity in a chronic kidney disease cohort. *The American Journal of the Medical Sciences*, 348, 4, 271–276. DOI: 10.1097/MAJ.0000000000000242.
- Kochan-Wójcik, M., Prokopowicz, K. (2015). Pomoc psychologiczna dla pacjentów hemodializowanych – przykład dobrej praktyki współpracy między uczelnią a stacją dializ. *Forum Nefrologiczne*, 8, 2, 122–129.
- Kofta, M. (2001). Poczucie kontroli, złudzenia na temat siebie, a adaptacja psychologiczna. W: M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć* (s. 199–225). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kohli, S., Batra, P., Aggarwa, H.K. (2011). Anxiety, locus of control, and coping strategies among end-stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis. *Indian Journal of Nephrology*, 21, 3, 177–181. DOI: 10.4103/0971-4065.83729.
- Kojima, M., Nakayama, T., Otani, T., Hasegawa, M., Kawahito, Y., Kaneko, Y., ..., Yamana, H. (2017). Integrating patients' perceptions into clinical practice guidelines for the management of rheumatoid arthritis in Japan. *Modern Rheumatology*, 27, 6, 924–929. DOI: 10.1080/14397595.2016.1276511.
- Kokoszka, A. (2007). *Psychodiabetologia dla lekarzy, cz. III*. Warszawa: Medical Communications.
- Kokoszka, A., Popiel, A., Sitarz, M. (2000). Terapia poznawczo-behawioralna w polskiej psychoterapii: analiza piśmiennictwa. *Psychoterapia*, 2, 53–61.
- Kokoszka, A., Leszczyńska, K., Radzio, R., Daniewska, D., Łukasiewicz, A., Orzechowski, W., Piskorz, A., Gellert A. (2016). Prevalence of depressive and anxiety disorders in dialysis patients with chronic kidney disease. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 8–13. DOI: 10.12740/APP/61977.
- Kokot, F., Chwalińska-Sadowska H. (red.). (2006). *Choroby wewnętrzne*, t. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Koligat, D., Leszczyński, P., Pawlak-Buś, K., Koligat, A., Zaprutko, T., Kus, K. (2012). Wpływ chorób przewlekłych (osteoporozy i cukrzycy) na Health Related Quality-of-Life – badanie pilotażowe. *Nowiny Lekarskie*, 81, 2, 122–128.
- Korfage, I., de Koning, H., Essink-Bot, M. (2007). Response Shift Due to Diagnosis and Primary Treatment of Localized Prostate Cancer: A Then-Test and a Vignette Study. *Quality of Life Research*, 16, 10, 1627–1634. DOI: 10.1007/s11136-007-9265-6.
- Korzeniowska, K., Jabłecka, A. (2008). Cukrzyca (część I). *Farmacja Współczesna*, 1, 231–235.
- Kossakowska, M. (w przygotowaniu), *Polska wersja kwestionariusza do mierzenia korzyści psychospołecznych w chorobie przewlekłej SLQ-38*.
- Kossakowska, M., Zemla-Sieradzka, L. (2011). Wybrane aspekty wzrostu osobistego u osób chorych na stwardnienie rozsiane (SM). *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 20, 259–267.
- Kossakowska, M., Zieliński, P. (2013). Obraz choroby i korzyści psychospołeczne u osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 22, 3, 117–185.

- Kossakowska, M., Kwiatek, P., Stefaniak, T. (2013). Sens w życiu. Polska wersja kwestionariusza MLQ (Meaning in Life Questionnaire). *Psychologia Jakości Życia*, 12, 2, 111–131. DOI: 10.5604/16441796.1090786.
- Kowalczyk-Zieleniec, E., Nowick, R., Majkowicz, M. (1999). Jakość życia w dermatologii. Metody pomiaru. *Przegląd Dermatologiczny*, 86, 2, 153–157.
- Kozub-Doros, I., Pierzchała, K., Łabuz-Roszak, B., Strojek, K. (2009). Objawy depresyjne u chorych na cukrzycę. *Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna*, 9, 98–103.
- Krawczyk-Wasielewska, A., Gajewska E., Samborski, W. (2012). Pleć jako jeden z czynników mogących determinować jakość życia w reumatoidalnym zapaleniu stawów. *Nowiny Lekarskie*, 81, 4, 347–353.
- Krok, D. (2014). Religijny system znaczeń i religijne radzenie sobie ze stresem a eudajmonistyczny dobrostan psychiczny. *Roczniki Psychologiczne / Annals of Psychology*, XVII, 4, 647–664.
- Król, E., Rutkowski, B. (2008). Przewlekła choroba nerek – klasyfikacja, epidemiologia i diagnostyka. *Forum Nefrologiczne*, 1, 1, 1–6.
- Król, E., Rutkowski, B., Czekalski, S., Sułowicz, W., Więcek, A., Lizakowski, S., Czarniak, P., Szubert, R., Karczewska-Maksymienko, Ł., Orlikowska, M., Kraszewska, E., Magdoń, R. (2005). Wczesne wykrywanie chorób nerek – wstępne wyniki programu pilotażowego PolNef. *Przegląd Lekarski*, 62, 690–693.
- Krueger, G., Koo, J., Lebwohl, M., Menter, A. (2001). The impact of Psoriasis on Quality of Life. *Archives of Dermatology*, 137, 280–284.
- Kubacka-Jasiecka, D. (1999). Perspektywy promocji zachowań zdrowotnych w zmaganiu się z ciężką chorobą somatyczną. *Przegląd Psychologiczny*, 42, 4, 57–68.
- Kubacka-Jasiecka, D., Ziarko, M. (2016). Pomoc psychologiczna w różnych typach kryzysu. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 673–694). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kubera, M. (2004). Cytokinowa teoria depresji. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1, 17, 35–41.
- Kübler-Ross, E. (1997). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina.
- Kübler-Ross, E. (2002). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina.
- Kugbey, N., Asante, K.O., Adulai, K. (2017). Illness perception, diabetes knowledge and self-care practices among type-2 diabetes patients: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 101–107. DOI: 10.1186/s13104-017-2707-5.
- Kulczycki, M. (1971). *Psychologiczne problemy człowieka chorego*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Kurella, M., Kimmel, P.L., Young, B.S., Chertow, G.M. (2005). Suicide in the United States end-stage renal disease program. *Journal of The American Society of Nephrology*, 16, 3, 774–781.
- Kurpas, D. (2014). Zadania podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 1, 4, 301–308.
- Kwiatek, P., Wilczewska, K. (2015). Czym jest, a czym nie jest psychologia pozytywna? Poszukiwania paradygmatu. *Seminare*, 36, 4, 135–145.
- Kwissa-Gajewska Z., Olesińska M., Tomkiewicz A. (2014). Optimism, pain coping strategies and pain intensity among women with rheumatoid arthritis. *Reumatologia*, 52, 3, 166–171.
- Kwissa-Gajewska Z., Wojtyła E. (2008). Czy nadzieja sprzyja zdrowiu? Nadzieja i radzenie sobie ze stresem a stan zdrowia oraz podejmowanie zachowań zdrowotnych u chorych na cukrzycę typu 2. W: I. Heszen, J. Życińska (red.), *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu nowych inspiracji* (s. 39–52). Warszawa: Wydawnictwo SWPS „Academica”.
- Lange, L. J., Piette, J.D. (2006). Personal Models for Diabetes in Context and Patients' Health Status. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 3, 239–253. DOI: 10.1007/s10865-006-9049-4.
- Larsen, P., Hummel, F. (2013). Adaptation. W: I.M. Lubkin, P. Larsen (red.), *Chronic illness. Impact and intervention* (s. 75–96). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Lau, D., Agborsangay, C., Al Sayah, F., Wu, X., Ohinmaa, A., Johnson, A. (2012) Population-level response shift: novel implications for research. *Quality of Life Researches*, 21, 1495–1498. DOI: 10.1007/s11136-011-0064-8.
- Lazarus, R.S. (1997). Radzenie sobie ze stresem wywołanym chorobą. W: A. Kaplun (red.), *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych* (s. 3–15). Łódź: Szkoła Zdrowia Publicznego – Instytut Medycyny Pracy w Łodzi.

- Lazarus, R.S. (2003). Does the positive psychology movement have legs? *Psychological Inquiry*, 14, 93–109.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Lechner, S.C., Carver, C.S., Antoni, M.H., Weaver, K.E., Phillips, K.M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 828–840. DOI: 10.1037/0022-006X.74.5.828.
- Lee, S.F., Teh, X.R., Malar, L.S., Ong, S.L., James, R.P. (2017). The associations of illness perception with metabolic control (HbA1c) among type 2 diabetes mellitus patients in a district hospital. *The International Journal of Pharmacy Practice*, 26, 5, 442–449. DOI: 10.1111/ijpp.12413.
- Leiter, L., Yale, J., Chiasson, J., Harris, S., Kleinstiver, P., Sauriol, L. (2005). Assessment of the impact of fear of hypoglycemic episodes on glycemic and hypoglycemia management. *Canadian Journal of Diabetes*, 29, 3, 186–192.
- Lerma, A., Perez-Grovas, H., Bermudez, L., Peralta-Pedrero, M.L., Robles-García, R., Lerma, C. (2017). Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 90, 1, 105–123. DOI: 10.1111/papt.12098.
- Lestoquoy, A.S., Laird, L.D., Mitchell, S., Gergen-Barnett, K., Negash, N.L., McCue, K., ..., Gardiner, P. (2017). Living with chronic pain: Evaluating patient experiences with a medical group visit focused on mindfulness and non-pharmacological strategies. *Complementary Therapies in Medicine*, 33, 35–38. DOI: 10.1016/j.ctim.2017.09.002.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S. (1997). Illness representation: Theoretical foundations, W: K. J. Petrie, J.A. Weinman (red.), *Perceptions of health and illness* (s. 1–18). Amsterdam: Harwood.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Shafer, C. (2007). Lay beliefs about health and illness. W: S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, R. West (red.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (s. 124–128). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Leventhal, H., Diefenbac, M., Leventhal, E. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and effect cognitive interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143–163.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A., Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. W: A. Baum, T.A. Revenson, J.E. Singer (red.), *Handbook of Health Psychology* (s. 19–48). New York: Erlbaum.
- Leventhal, H., Leventhal, E., Contrada, R. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health*, 13, 717–733.
- Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. W: S. Rachman (red.), *Contribution to medical psychology* (s. 7–30). Oxford: Pergamon Press.
- Leventhal, H., Musumeci, T.J., Contrada, R.J. (2007). Current issues and new directions in psychology and health: Theory, translation, and evidence-based practice. *Psychology and Health*, 22, 4, 381–386.
- Leventhal, H., Phillips, L.A., Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39, 6, 935–946.
- Leventhal, H., Weinman, J., Leventhal, E.A., Phillips, L.A. (2008). Health Psychology: the Search for Pathways between Behavior and Health. *The Annual Review of Psychology*, 59, 477–505.
- Leventhal, H., Bodnar-Deren, S., Breland, J.Y., Hash-Converse, J., Phillips, L.A., Leventhal, E.A., Cameron, L.D. (2012). Modeling health and illness behavior: The approach of the commonsense model. W: A. Baum, T., A., Revenson, J. Singer (red.), *Handbook of Health Psychology* (s. 3–35). New York: Psychology Press.
- Lii, Y., Tsay, S., Wang, T. (2007). Group intervention to improve quality of life in haemodialysis patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 11, 268–275. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.01963.x.
- Lillrank, A. (2003). Back pain and the resolution of diagnostic uncertainty in illness narratives. *Social Science & Medicine*, 6, 1045–1054.

- Linley, P.A., Nielsen, K.M., Gillett, R., Biswas-Diener, R. (2010). Using signature strengths in pursuit of goals: Effects on goal progress, need satisfaction, and well-being, and implications for coaching psychologists. *International Coaching Psychology Review*, 5, 1, 6–15.
- Linton, S. (1982). A critical review of behavioural treatments for chronic benign pain other than headache. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 4, 321–337. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1982.tb00570.x.
- Lipowski, Z.J. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, 1, 2, 91–102. DOI: 10.2190/19Q3-9QL8-XYV1-8XC2.
- Liu, L., Xu, X., Xu, N., Wang, L. (2017). Disease activity, resilience and health-related quality of life in Chinese patients with rheumatoid arthritis: a multi-center, cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 1, 149. DOI: 10.1186/s12955-017-0725-6.
- Livneh, H. (1980). The process of adjustment to disability: Feelings, behaviors, and counseling strategies. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 4, 2, 26–35.
- Livneh, H. (1988). Rehabilitation goals: Their hierarchical and multifaceted nature. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 79, 3, 12–18.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44, 3, 151–160.
- Livneh, H., Antonak, R.F. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Aspen: Gaithersburg, MD.
- Livneh, H., Antonak, R.F. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *Journal of Counseling and Development*, 83, 12–20. DOI: 10.1002/j.1556-6678.2005.tb00575.x.
- Livneh, H., Martz, E., Wilson, L.M. (2001). Denial and perceived visibility as predictors of adaptation to disability among college students. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 16, 3, 4, 227–234.
- Logan, P., Magem, S. (2012). Group cognitive-behavioural therapy aimed at self-management reduced fatigue impact in people with rheumatoid arthritis is better than fatigue information alone. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, 5, 397–398. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2012.1039.x.
- Lopes, A.A., Bragg, J., Young, E., Goodkin, D., Mapes, D., Combe, C. (2002). Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney International*, 1, 199–207.
- Lubkin, I.M., Larsen, P. (red.). (2013). *Chronic illness. Impact and intervention*. Burlington, Mass: Jones & Bartlett Learning.
- Luckett, T., Britton, B., Clover, K., Rankin, N. (2011). Evidence for interventions to improve psychological outcomes in people with head and neck cancer: a systematic review of the literature, Supportive Care in Cancer. *Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19, 871–881.
- Lustman, P.J., Clouse, R.E. (2002). Treatment of depression in diabetes: Impact on mood and medical outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 4, 917–924. DOI: 10.1016/S0022-3999(02)00416-6.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Freedland, K.E. (1999). Cognitive behaviour therapy relieved depression in type 2 diabetes mellitus. *Annals of Internal Medicine*, 129, 8, 613–621. DOI: 10.7326/0003-4819-129-8-199810150-00005.
- Lustman, P.J., Anderson, R.J., Freedland, K.E., De Groot, M., Carney, R.M., Clouse, R.E. (2000). Depression and poor glycemic control: A meta-analytic review of the literature. *Treatment Modalities*, 23, 7, 934–942.
- Lyubomirsky, S., Sheldon K.M. (2007). Is it possible to become happier? (And, if so, how?) *Social and Personality Psychology Compass*, 1, 129–145.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K., Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111–131.
- Lyubomirsky, S., Sousa, L., Dickerhoof, R. (2006). The costs and benefits of thinking, writing, and talking about life's triumphs and defeats. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 4, 692–708. DOI: 10.1037/0022-3514.90.4.692.
- Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J., Sheldon, K. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: An experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion*, 11, 2, 391–402. DOI: 10.1037/a0022575.

- Łosiak, W. (1999). Proces zmagania się ze stresem choroby przez pacjentów. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową* (s. 183–196). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Macea, D.D., Gajos, K., Daglia Calil, Y.A., Fregni, F. (2010). The efficacy of Web-based cognitive behavioral interventions for chronic pain: a systematic review and metaanalysis. *The Journal of Pain*, 11, 10, 917–929. DOI: 10.1016/j.jpain.2010.06.005.
- Machowska, R., Marciniak, B. (2016). Terapia poznawczo-behavioralna bólu w przebiegu choroby nowotworowej – podejście spersonalizowane. *Psychoonkologia*, 20, 3, 142–153. DOI: 10.5114/pson.2016.64966.
- Macrodimitris, S.D., Endler, N.S. (2001). Coping, control, and adjustment in type 2 diabetes. *Health Psychology*, 20, 3, 208–216.
- Magin, P.J., Pond, C.D., Smith, W.T., Watson, A.B., Goode, S.M. (2008). A cross-sectional study of psychological morbidity in patients with acne, psoriasis and atopic dermatitis in specialist dermatology and general practices. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22, 12, 1435–1444. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2008.02890.x.
- Makara-Studzińska, M., Partyka, I., Ziemecki, P., Ziemecka, A., Andrzejewska, D. (2013). Występowanie lęku i depresji w cukrzycy – przegląd literatury. *Current Problems of Psychiatry*, 14, 2, 98–102.
- Makowska, H., Poprawa, R. (2001). Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 71–102). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Makowska, Z., Merez, D. (2001). *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Dawida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*. Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
- Markowitz, S.M., Carper, M.M., Gonzalez, J.S., Delahanty, L.M., Safren, S.A. (2012). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of depression and adherence in patients with type 1 diabetes: pilot data and feasibility. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 14, 2. DOI: 10.4088/PCC.11m01220.
- Marianowicz, A., Nowicki, A. (1986). *Księga nonsensu*. Warszawa: Wydawnictwa Artystyczne i Filmowe.
- Martz, E., Livneth, H. (2016). Psychosocial adaptation to Disability within the Context of Positive Psychology: Findings from the Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26, 1, 4–12. DOI: 10.1007/s10926-015-9598-x.
- Marvi, A., Bayazi, M.H., Rahmani, M., Deloei, A.K. (2011). Studying the Effect of Cognitive Behavioral Group Training on Depression in Hemodialysis Patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 2nd World Conference on Psychology, Counselling and Guidance – 2011*, 1831–1836. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.10.353.
- Matthias, A., Radtke, M.A. (2014). Quality of life in psoriasis patients. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 14, 4, 559–568. DOI: 10.1586/14737167.2014.914437.
- McCarron, A. (2015). An exploration of the perceived effects of a support group for individuals with rheumatoid arthritis. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27, 3, 160–166. DOI: 10.1002/2327-6924.12146.
- McCombie, A., Gearry, R., Mulder, R., Andrews, J., Mikočka-Walus, A. (2015). Computerised Cognitive Behavioural Therapy for Psychological Distress in Patients with Physical Illnesses: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 22, 1, 20–44. DOI: 10.1007/s10880-015-9420-0.
- McCracken, L.M., Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*, 105, 1–2, 197–204.
- McDade-Montez, E.A., Watson, D. (2011). Examining the potential influence of diabetes on depression and anxiety symptoms via multiple sample confirmatory factor analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 42, 3, 341–351. DOI: 10.1007/s12160-011-9298-5.
- McDade-Montez, E.A., Watson, D. (2012). Examining the Potential Influence of Diabetes on Depression and Anxiety Symptoms via Multiple Sample Confirmatory Factor Analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 3, 341–351.
- McGinn, G. (1999). Cognitive behaviour therapy relieved depression in type 2 diabetes mellitus. *Evidence-Based Mental Health*, 2, 50.

- McKenna, M., Collins, J. (2010). Current Issues and Challenges in Chronic Disease Control. W: P.L. Remington, R. Brownson, M.V. Wegner (red.), *Chronic Disease Epidemiology and Control* (s. 1–16). Washington: American Public Health Association.
- McKercher, C., Sanderson, K., Jose, M. (2013). Psychosocial factors in people with chronic kidney disease prior to renal replacement therapy. *Nephrology*, 18, 9, 585–591. DOI: 10.1111/nep.12138.
- Meyer, D., Leventhal, H., Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 2, 115–135.
- Mezuk, B., Eaton, W., Albrecht S., Golden S. (2008). Depression and Type 2 Diabetes over the lifespan. *Diabetes Care*, 31, 12, 2383–2390. DOI: 10.2337/dc08-0985.
- Miller, A. (2008). Critique of Positive Psychology—Or 'The New Science of Happiness'. *Journal of Philosophy of Education*, 42, 3–4, 591–609.
- Mills, S., Torrance, N., Smith, B.H. (2016). Identification and Management of Chronic Pain in Primary Care: a Review. *Current Psychiatry Reports*, 18, 2, 22. DOI: 10.1007/s11920-015-0659-9.
- Miniszewska, J. (2007). *Zasoby osobiste jako wyznaczniki jakości życia chorych na łuszczycę*. Niepublikowana praca doktorska. Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski.
- Miniszewska, J. (2013). Jakość życia osób chorych na łuszczycę – rola czynników psychologicznych. *Psychologia Jakości Życia*, 12, 1, 173–192.
- Miniszewska, J., Adamska, M. (2014). Przekonania na temat zdrowia i choroby a akceptacja ograniczeń wynikających z przewlekłej choroby somatycznej na przykładzie osób z łuszczycą. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 14, 3, 202–212.
- Miniszewska, J., Chodkiewicz, J. (2013). Zmaganie się z przewlekłą chorobą somatyczną w świetle psychologicznej koncepcji stresu – implikacje praktyczne i nowe kierunki badań. *Przegląd Lekarski*, 69, 6, 253–259.
- Miniszewska, J., Chodkiewicz, J., Ograczyk, A., Zalewska, A. (2013). Optimism as a predictor of health related quality of life in psoriatics. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 30, 2, 91–95.
- Miniszewska, J., Ograczyk, A., Juczyński, Z., Zalewska, A. (2013). Health-related Quality of Life in Psoriasis: Important Role of Personal Resources. *Acta Dermato-Venereologica*, 93, 551–556.
- Miniszewska, J., Juczyński, Z., Sysa-Jędrzejowska, A., Zalewska, A., Woźniacka, A. (2006). Wyznaczniki jakości życia chorych na toczeń rumieniowaty układowy. *Przegląd Lekarski*, 63, 4, 118–190.
- Minnock P., FritzGerald, O., Bresnihan, B. (2003). Women with established rheumatoid arthritis perceive pain as the predominant impairment of health status. *Rheumatology*, 42: 995–1000.
- Misiewicz, A., Różański, J., Marchelek-Myśliwiec, M., Wiśniewska, M. (2010). Problemy psychospołeczne chorych przewlekle dializowanych. *Postępy Nauk Medycznych*, 3, 188–191.
- Mojs, E., Warchulska, B., Samborski, W. (2010). Pomoc psychologiczna pacjentom z chorobami reumatycznymi na przykładzie reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia*, 48, 2, 121–127.
- Molenaar, E.T., Voskuyl, A.E., Dijkmans, B.A. (2002). Functional disability in relation to radiological damage and disease activity in patients with rheumatoid arthritis in remission. *Journal of Rheumatology*, 29, 267–270.
- Montgomery, K., Norman, P., Messenger, A.G., Thompson, A.R. (2016). The importance of mindfulness in psychosocial distress and quality of life in dermatology patients. *British Journal of Dermatology*, 175, 5, 930–936. DOI: 10.1111/bjd.14719.
- Moorey, S., Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Moorey, S., Greer, S. (2007). *Terapia poznawczo-behawioralna osób z chorobą nowotworową*. Gdynia: Alliance Press.
- Moorey, S., Greer, S. (2012). *Oxford Guide to CBT for People with Cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Moos, R. (1977). *Coping with physical illness*. New York: Plenum.
- Moos, R.H. (2004). *Coping Responses Inventory: An update on research applications and validity*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Moos, R.H., Holahan, C.J. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 5, 956–955.
- Moos, R.H., Holahan, C.J. (2007). Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability. W: E. Martz, H. Livneh (red.), *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects* (s. 107–126). Springer US. DOI: 10.1007/978-0-387-48670-3_6.

- Moos R.H., Schaefer J.A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. W: L. Goldberger, S. Breznitz (red.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: The Free Press.
- Moos, T., Carr, T. (2004). Understanding adjustment to disfigurement: the role of the self-concept. *Psychology and Health*, 19, 6, 737–748.
- Mora, P.A., Halm, E., Leventhal, H., Ceric, F. (2007). Elucidating the Relationship Between Negative Affectivity and Symptoms: The Role of Illness-Specific Affective Responses. *Annals of Behavioral Medicine*, 31, 1, 77–86.
- Morley, A., Williams, A. (2015). New Developments in the Psychological Management of Chronic Pain. *Canadian Journal of Psychiatry*. 60, 168–175. DOI: 10.1177/070674371506000403.
- Morley, A., Eccleston, C., Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache, *Pain*. 80, 1–13.
- Morley, S., Williams, A. (2013). Examining the evidence about psychological treatments for chronic pain: Time for a paradigm shift? *Pain (Amsterdam)*, 10, 1929–1931.
- Moskowitz, J.T., Hult, J.R., Bussolari, C., Acree, M. (2009). What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness. *Psychological Bulletin*, 135, 1, 121–141. DOI: 10.1037/a0014210.
- Moss-Morris, R. (2013). Adjusting to chronic illness: time for a unified theory. *British Journal of Health Psychology*, 18, 4, 681–686. DOI: 10.1111/bjhp.
- Moss-Morris, R., Wrapson, W. (2003). Representational beliefs about functional somatic syndromes. W: L. Cameron, H. Leventhal (red.), *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour* (s.119–137). London: Routledge.
- Motyka, H., Stanisław-Wallis, K. (2013). Wybrane determinanty jakości życia w cukrzycy. *Nowa Medycyna*, 3, 115–123.
- Moussas, G., Tselebis, A., Karkaniyas, A., Stamouli, D., Ilias, I., Bratis, D., Vassila-Demi, K. (2008). A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Annals of General Psychiatry*, 7, 7. DOI: 10.1186/1744-859X-7-71.
- Mučko, P., Kokoszka, A., Skłodowska, Z. (2005). Porównanie stylów radzenia sobie z chorobą, występowania objawów depresyjnych i lękowych oraz lokalizacji poczucia kontroli u chorych na cukrzycę typu 1 i 2. *Diabetologia Praktyczna*, 6, 240–250.
- Mudyń, K. (2003). Czy można mieć zasoby, nie mając do nich dostępu? Problem dostępności zasobów. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 63–78). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Mujais, S.K., Story, K., Brouillette, J., Takano, T., Soroka, S., Franek, C., Finkelstein, F.O. (2009). Health-related quality of life in CKD Patients: correlates and evolution over time. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 4, 8, 1293–1301. DOI: 10.2215/CJN.05541008.
- Mulligan, K., Steed, L., Newman, S. P. (2009). *Chronic Physical Illness: Self-Management and Behavioral Interventions*, Maidenhead, England: McGraw-Hill Education.
- Myśliwiec, M. (2017). Przewlekła choroba nerek. W: P. Gajewski, A. Szczeklik (red.), *Interna Szczeklika* (s. 1532–1542). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Nathan, H.J., Poulin, P., Wozny, D., Taljaard, M., Smyth, C., Gilron, I., Shergill, Y. (2017). Randomized Trial of the Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on Pain-Related Disability, Pain Intensity, Health-Related Quality of Life, and A1C in Patients With Painful Diabetic Peripheral Neuropathy. *Clinical Diabetes*, 35, 5, 294–304. DOI: 10.2337/cd17-0077.
- National Center for Health Statistics (2011). <https://healthfinder.gov/FindServices/Organizations/Organization.aspx?code=HR0031>
- Nazik, H., Nazi, S., Gul, F.C. (2017). Body Image, Self-esteem, and Quality of Life in Patients with Psoriasis. *Indian Dermatology Online Journal*, 8, 5, 343–346. DOI: 10.4103/idoj.IDOJ_503_15.
- Nearhos, J., Van Eps, C., Connor, J. (2013). Psychological factors associated with successful outcomes in home haemodialysis. *Nephrology*, 18, 7, 505–509. DOI: 10.1111/nep.12089.
- Nicassio, P., Smith, T. (1995). *Managing chronic illness: A biopsychosocial perspective*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Nicolucci, A., Kovacs-Burns, K., Holt, R., Comaschi, M., Hermanns, N., Ishii, H. (2013). Diabetes attitudes, wishes and needs second study (DAWN2TM): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 30, 767–777.
- Nie, R., Han, Y., Xu, J., Huang, Q., Mao, J. (2018). Illness perception, risk perception and health promotion self-care behaviors among Chinese patient with type 2 diabetes: A cross-sectional survey. *Applied Nursing Research: ANR*, 39, 89–96. DOI: 10.1016/j.apnr.2017.11.010.
- Niezborala, P., Stanisławska-Kubiak, M. (2010). Psychosomatic disorders in diabetic. *Pielęgniarstwo Polskie*, 4, 38, 195–201.
- Norman, G. (2003). Hi! How are you? Response shift, implicit theories and differing epistemologies. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 12, 239–249.
- Obradors, M., Blanch, C., Comellas, M., Figueras, M., Lizan, L. (2016). Health-related quality of life in patients with psoriasis: a systematic review of the European literature. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 25, 11, 2739–2754. DOI: 10.1007/s11136-016-1321-7.
- Ogińska-Bulik, N. (2013). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy tży zamieniają się w perły*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Ogińska-Bulik N., Kraska K. (2017). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in HIV-infected patients – the role of coping strategies. *Health Psychology Report*, 5, 4, 323–332. DOI:10.5114/hpr.2017.68017.
- O’Hea, E.L., Moon, S., Grothe, K.B., Boudreaux, E., Bodenlos, J.S., Wallston, K., Brantley, P.J. (2009). The interaction of locus of control, self-efficacy, and outcome expectancy in relation to HbA1c in medically underserved individuals with type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 1, 106–117.
- Osborne, T.L., Raichle, K.A., Jensen, M.P. (2006). Psychologic Interventions for Chronic Pain. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America*, 17, 415–433. DOI: 10.1016/j.pmr.2005.12.002.
- Os-Medendorp, H. van, Eland-de Kok, P.M., Ros, W.G., Buijnzeel-Koomen, C.M., Grypdonck, M. (2007). The nursing programme ‘Coping with itch’: a promising intervention for patients with chronic pruritic skin diseases. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 7, 1238–1246.
- Ostelo, R.W., Tulder, M.W. van, Vlaeyen, J.W., Linton, S.J., Morley, S.J., Assendelft, W.J. (2005). *Behavioural treatment for chronic low-back pain*. Cochrane Database of Systematic Reviews: CD002014. DOI: 10.1002/14651858.CD002014.pub2.
- Pacan, P., Szepietowski, J., Kiejna, A. (2002). Wpływ czynników psychicznych na przebieg łuszczycy. *Przegląd Dermatologiczny*, 89, 401–407.
- Pagels, A.A., Söderquist, B.K., Heiwe, S. (2015). Differences in illness representations in patients with chronic kidney disease. *Journal of Renal Care*, 41, 3, 146–155. DOI: 10.1111/jorc.12117.
- Pagels, A.A., Söderqvist, B., Medin, C., Hylander, B., Heiwe, S. (2012). Health-related quality of life in different stages of chronic kidney disease and at initiation of dialysis treatment. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 71. DOI: 10.1186/1477-7525-10-71.
- Palmer, S., Vecchio, M., Craig, J.C., Tonelli, M., Johnson, D.W., Nicolucci, A., Strippoli, G.F. (2013). Clinical Investigation: Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney International*, 84, 179–191. DOI: 10.1038/ki.2013.77.
- Papadopoulos, L., Bor, R. (1999). *Psychological Approaches to Dermatology*. London: The British Psychological Society.
- Park, N., Peterson, C., Seligman, M.E.P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 603–619.
- Pearce, M.J., Pereira, K., Davis, E. (2013). The psychological impact of diabetes: A practical guide for the nurse practitioner. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 11, 578–583. DOI: 10.1002/2327-6924.12035.
- Perales Montilla, C.M., Duschek, S., Reyes Del Paso, G.A. (2016). Health-related quality of life in chronic kidney disease: predictive importance of mood and somatic symptoms. *Nefrologia*, 36, 3, 275–282.

- Perales Montilla, C.M., Duschek, S., Reyes Del Paso, G.A. (2016). Quality of life related to health chronic kidney disease: Predictive importance of mood and somatic symptoms. *Nefrologia: Publicacion Oficial De La Sociedad Espanola Nefrologia*, 36, 3, 275–282. DOI: 10.1016/j.nefro.2015.12.002.
- Peterson, C., Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook of Classification*. Oxford: Oxford University Press.
- Peterson, C., Park, N., Seligman, M. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *Journal of Positive Psychology*, 1, 17–26.
- Peterson, C., Ruch, W., Beermann, U., Park, N., Seligman, M. (2007). Strengths of character, orientation to happiness, and life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 2, 149–156.
- Petrie, K.J., Revenson, T. (2005). Editorial: new psychological interventions in chronic illness: towards examining mechanisms of action and improved targeting. *Journal of Health Psychology*, 10, 2, 179–184.
- Petrie, K.J., Weinman, J., Sharpe, N., Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *British Medical Journal*, 312, 7040, 1191–1194.
- Peyrot, M., Rubin, R. (1997). Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*, 20, 4, 585–590. DOI: org/10.2337/diacare.20.4.585.
- Piaserico, S., Marinello, E., Dessi, A., Linder, M.D., Coccarielli, D., Peserico, A. (2016). Efficacy of Biofeedback and Cognitive-behavioural Therapy in Psoriatic Patients. *Acta Dermato-Venereologica*, 96, 217, 91–95. DOI: 10.2340/00015555-2428.
- Pietras, T., Mokros, Ł., Witusik, A. (2017). Wspólchorobowość somatyczna. W: A. Orzechowska, P. Galecki, T. Pietras (red.), *Nawracające zaburzenia depresyjne – etiologia, diagnoza, terapia* (s. 50–61). Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Pietrzyk, A. (2011). Interwencje poznawczo-behawioralne dla chorych na nowotwory i ich bliskich – możliwość podnoszenia jakości życia. *Psychoonkologia*, 12, 58–65.
- Pietrzykowska, E., Zozulińska, D., Wierusz-Wysocka, B. (2007). Jakość życia chorych na cukrzycę. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 23, 136, 311–314.
- Pollard, L.C., Choy, E.H., Gonzalez, J., Khoshaba, B., Scott, D.L. (2006). Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain, not disease activity. *Rheumatology (Oxford)*, 45, 885–889.
- Popiel, A., Prąglowska, A. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.
- Poprawa, R., (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem, W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (s. 103–141). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Potyrska, M., Krawczyk, A. (2007) Depresja u osób z cukrzycą typu 2 – współwystępowanie, implikacje kliniczne i terapeutyczne. *Wiadomości Lekarskie*, 60, 9–10.
- Pradhan, E.K., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerker, B., Gilpin, A.K., Magyari, T., Berman, B.M. (2007). Effect of mindfulness-based stress reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis & Rheumatism*, 57, 1134–1142.
- Prąglowska, A. Popiel, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna: teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Prajs, K. (2007). Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów w odniesieniu do sprawności fizycznej i stanu psychicznego. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 53, 2, 72–82.
- Prajs, K., Flicinski, J., Brzosko, I., Przepiera-Bedzak, H., Ostanek, L., Brzosko, M. (2006). Quality of life and activity of disease in patients with rheumatoid arthritis. *Annales Academiae Medicae Stetinensis*, 52, 39–43.
- Price, M.L., Mottahedin, I., Mayo, P.R. (1991). Can psychotherapy help patients with psoriasis? *Clinical and Experimental Dermatology*, 16, 2, 114–117.
- Proctor, C., Linley, P., Maltby, J. (2009). Youth Life Satisfaction. A Review of the Literature. *Journal of Happiness Studies*, 10, 583–630.

- Purabdollah, M., Lakdizaji, S., Rahmani, A., Hajalilu, M., Ansarin, K. (2015). Relationship between sleep disorders, pain and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Caring Sciences*, 4, 3, 233–241. DOI: 10.15171/Jcs.2015.024.
- Purewal, R., Fisher, P.L. (2018). The contribution of illness perceptions and metacognitive beliefs to anxiety and depression in adults with diabetes. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 136, 16–22. DOI: 10.1016/j.diabres.2017.11.029.
- Rabe-Jabłońska, J. (2013). Zaburzenia psychiczne związane ze stanem somatycznym. W: M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Rahimpour, M., Shahgholian, N., Yazdani, M. (2015). Effect of hope therapy on depression, anxiety, and stress among the patients undergoing hemodialysis. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*, 20, 6, 694–699. DOI: 10.4103/1735-9066.170007.
- Ramjeet, J., Smith, J., Adams, M. (2008). The relationship between coping and psychological and physical adjustment in rheumatoid arthritis: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 418–428.
- Rapkin, B.D., Schwartz, C.E. (2004). Toward a theoretical model of quality-of-life appraisal: Implications of findings from studies of response shift. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 14.
- Rapp, S.R., Cottrell C.A., Leary M.R. (2001). Social coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients. *British Journal of Dermatology*, 145, 610–616.
- Rapp, S.R., Feldman, S.R., Excum, M.L., Fleischer, A.B., Reboussin, D.M. (1999). Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 41, 3, 1, 401–406.
- Reed, G.M., Kemeny, M.E, Taylor, S.E., Visscher, B.R. (1999). Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men. *Health Psychology*, 18, 4, 354–363.
- Reed, G.M., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., Wang, H.Y., Visscher, B.R. (1994) Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13, 299–307.
- Rees, J., MacDonagh, R.P., Clarke, M.G., Waldron, D., O'Boyle, C., Ewings, P. (2005). The measurement of response shift in patients with advanced prostate cancer and their partners. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 21. DOI: 10.1186/1477-7525-3-21.
- Richards, H.L., Fortune, D.G., Griffiths, C.M., Main, C.J. (2001). The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 1, 11–50.
- Ridder, D. de, Geenen, R., Kuijjer, R., Van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 72, 9634, 246–255. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61078-8.
- Ring, L., Höfer, S., O'Boyle, C.A., Heuston, F., Harris, D. (2005). Response shift masks the treatment impact on patient reported outcomes (PROs): The example of individual quality of life in edentulous patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 55. DOI: 10.1186/1477-7525-3-55.
- Robiner, W., Keel, P.K. (1997). Self-care behaviors and adherence in diabetes mellitus. *Seminar on Clinical Neuropsychology*, 2, 40–56.
- Roenigk, R.K., Roenigk, H.H. (1979). Sex differences in the psychological effects of psoriasis. *Cutis*, 21, 529–553.
- Roesch, S.C., Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness: Do causal attributions matter? *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 205–219.
- Rosland, A.M., Kieffer, E., Israel, B., Cofield, M., Palmisano, G., Sinco, B., Heisler, M. (2008). When is social support important? The association of family support and professional support with specific diabetes self-management behaviors. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 12, 1992–1999. DOI: 10.1007/s11606-008-0814-7.
- Rothbaum, R., Weisz, J.R., Snyder, S.S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5–37. DOI: 10.1037/0022-3514.42.1.5.
- Roubinov, D.S., Turner, A.P., William, R.M. (2015). Coping among individuals with multiple sclerosis: Evaluating a goodness-of-fit model. *Rehabilitation Psychology*, 60, 2, 162–168.
- Rubin, R., Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 15, 3, 205–218.

- Safren, S.A., Gonzalez, J.S., Soroudi, N. (2007a). *CBT for Depression and Adherence in Individuals with Chronic Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Safren, S.A., Gonzalez, J., Soroudi, N. (2007b). *Coping with Chronic Illness: A Cognitive-Behavioral Approach for Adherence and Depression Therapist Guide*. New York, Oxford University Press.
- Safren, S.A., Soroudi, N., Gonzalez, J.S. (2008). *Coping with Chronic Illness: A Cognitive-Behavioral Approach for Adherence and Depression*. Oxford: Oxford University Press.
- Safren, S.A., Gonzalez, J.S., Wexler, D.J., Psaros, C., Delahanty, L.M., Blashill, A.J., Cagliero, E. (2014). A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Adherence and Depression (CBT-AD) in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 37, 3, 625–633.
- Safren, S.A., Gonzalez, J., Wexler, A., Psaros, C., Delahanty, L., Blashill, A.J., Margolina, A., Cagliero, E. (2016). A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Adherence and Depression (CBT-AD) in Patients With Uncontrolled Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 39, 6, 1065. DOI: 10.2337/dc16-er06.
- Sage, N., Sowden, M., Chorlton, E., Edelenau, A. (2008). *CBT for Chronic Illness and Palliative Care: A Workbook and Toolkit*. Chichester, West Sussex, England: Wiley-Interscience.
- Sakson-Obada, O., Pawlaczyk, M., Gerke, K., Adamski, Z. (2017). Acceptance of psoriasis in the context of body image, body experience, and social support. *Health Psychology Report*, 5, 3, 251–257.
- Salmon, P. (2002). *Psychologia w medycynie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Salomon, J.A., Wang, H., Freeman, M.K., Vos, T., Flaxman, A.D., Lopez, A.D., Murray, C.J.L. (2012). Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *The Lancet*, 380, 9859, 2144–2162.
- Sanders, S.H. (2002). Operant conditioning with chronic pain: back to basics. W: D.C. Turk, R.J. Gatchel (red.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook* (s. 128–137). New York: Guilford Press.
- Sanders, S.H. (2006). Behavioral conceptualization and treatment for chronic pain. *The Behavior Analyst Today*, 7, 2, 253–261. DOI: 10.1037/h0100082.
- Scharloo, M., Kaptein, A.A., Weinman, J., Bergman, W., Vermeer, B.J., Rooijmans, H.M. (2000). Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *Current British Research in Contact Dermatitis*, 5, 899–907.
- Schattner, E., Shahar, G. (2011). Role of Pain Personification in Pain-Related Depression: An Object Relations Perspective. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 74, 1, 14–20. DOI: org/10.1521/psyc.2011.74.1.14.
- Schattner, E., Shahar, G., Abu-Shakra, M. (2008). I Used to Dream of Lupus as Some Sort of Creature: Chronic Illness as an Internal Object. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 4, 466–472.
- Schenkman, M., Cutson, T.M., Zhu, C.W., Whetten-Goldstein, K. (2002). A longitudinal evaluation of patients' perceptions of parkinson's disease. *The Gerontologist*, 42, 6, 790–798.
- Schiaffino, K.M., Shawaryn, M.A., Blum, D. (1998). Examining the impact of illness representations on psychological adjustment to chronic illnesses. *Health Psychology*, 17, 3, 262–268.
- Schwartz, C.E., Rapkin, B. (2004). Toward a theoretical model of quality-of-life appraisal: Implications of findings from studies of response shift. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 1, 14. DOI: 10.1186/1477-7525-2-14.
- Schwartz, C.E., Sprangers, M.A. (1999a). The challenge of response shift for quality of life based clinical oncology research. *Annals of Oncology*, 10, 747–749.
- Schwartz, C.E., Sprangers, M.A. (1999b). Methodological approaches for assessing response shift in longitudinal health related quality of life research. *Social Science and Medicine*, 48, 1531–1548. DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00047-7.
- Schwartz, C.E., Sprangers, M.A. (2000). *Adaptation to changing health: Response shift in quality of life research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schwartz, C.E., Andresen, E.M., Nosek, M.A., Krahn, G.L., the RRTC Expert Panel on Health Status Measurement. (2007). Response shift theory : Important implications for measuring quality of life in people with disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 4, 529–536.
- Schwarzer, R., Knoll, N. (2003). *Positive coping: mastering demands and searching for meaning*. W: S. Lopez, C.R. Snyder (red.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures* (s. 393–409). Washington, DC: American Psychological Association.

- Scollan-Koliopoulos, M., O'Connel, K., Walker, E. (2007). Legacy of diabetes and self-care behavior. *Research on Nursing and Health*, 5, 508–517.
- Scrucca, L., Fop, M., Murphy, T.B., Raftery, A.E. (2016). mclust 5: Clustering, Classification and Density Estimation Using Gaussian Finite Mixture Models. *The R Journal*, 8, 1, 289–317.
- Sęk, H. (2001). O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia* (s. 13–32). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Sęk, H. (2003). *Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia*. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 17–32). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Sęk, H. (2009). How much health is there in disease? *European Health Psychologist*, 11, 24–25.
- Sęk, H., Frydrychiewicz, M. (2009). *Poczucie własnej skuteczności i jakość życia w chorobie reumatycznej*. Referat na Ogólnopolskiej Konferencji Psychologii Zdrowia.
- Sęk, H., Kaczmarek, Ł. (2009). Życ z godnością w zdrowiu i chorobie. *Czasopismo Psychologiczne*, 15, 2, 195–205.
- Sęk, H., Ziarko, M. (2009). Utilization of resources in coping with chronic illness. *Polish Psychological Bulletin*, 40, 6–12.
- Sęk, H., Ziarko, M. (2017). Człowiek w sytuacji choroby przewlekłej. *Czasopismo Psychologiczne*, 23, 89–96. DOI: 10.14691/CPJ.23.1.89.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Positive psychology, positive prevention, and positive therapy*. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *The Handbook of Positive Psychology* (s. 3–12). New York: Oxford Press.
- Seligman, M.E.P. (2008). Positive health. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 3–18.
- Seligman, M.E.P. (2011). *Pełnia życia*. Poznań: Media Rodzina.
- Seligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
- Seligman, M.E.P., Rashid, T., Parks, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774–788.
- Seligman, M.E.P., Steen, T., Park, N., Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410–421. DOI: 10.1037/0003-066X.60.5.410.
- Seyed-Reza, A., Norzarina, M., Kimura, L. (2015). The benefits of cognitive behavioral therapy (cbt) on diabetes distress and glycemic control in type 2 diabetes. *The Malaysian Journal of Psychiatry*, 24, 2.
- Shahar, G., Lerman, S.F. (2013). The personification of chronic physical illness: Its role in adjustment and implications for psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23, 1, 49–58. DOI: 10.1037/a0030272.
- Sharif, F., Masoudi, M., Ghanizadeh, A., Dabbaghmanesh, M.H., Ghaem, H., Masoumi, S. (2014). The effect of cognitive-behavioral group therapy on depressive symptoms in people with type 2 diabetes: A randomized controlled clinical trial. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*, 19, 5, 529–536.
- Sharpe, L., Sensky, T., Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis: The predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 6, 713–719.
- Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Ryan, B., Allard, S. (2003). Long-term efficacy of a cognitive behavioural treatment from a randomized controlled trial for patients recently diagnosed with rheumatoid arthritis. *Rheumatology* (Oxford), 42, 435–441.
- Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Ryan, B., Brewin, C.R., Allard, S. (2001). A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioural intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: Preventing psychological and physical morbidity. *Pain*, 89, 275–283.
- Shawon, S.R., Hossain, F.B., Adhikary, G., Gupta, R.D., Hashan, M.R., Rabbi, F., Ahsan, G U. (2016). Attitude towards diabetes and social and family support among type 2 diabetes patients attending a tertiary-care hospital in Bangladesh: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 9, 91–98. DOI: 10.1186/s13104-016-2081-8.

- Sheldon, K., Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 2, 73–82. DOI: 10.1080/17439760500510676.
- Sheldon, K., Lyubomirsky, S. (2007). Is it possible to become happier? (And if so, how?). *Social and Personality Psychology Compass*, 1, 1, 129–145. DOI: 10.1111/j.1751-9004.2007.00002.x.
- Shenefelt, P.D. (2003). Biofeedback, cognitive-behavioral methods, and hypnosis in dermatology: Is it all in your mind? *Dermatologic Therapy*, 16, 114–122.
- Shenefelt, P.D. (2010). Psychological interventions in the management of common skin conditions. *Psychology Research & Behavioral Management*, 3, 51–63.
- Sheridan, Ch.L., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Sheung-Tak, C., Ka Long, C., Lam, R.L., Mok, M.T., Phoon Ping, C., Yu Fat, C., ..., Chow, Y. F. (2017). A multicomponent intervention for the management of chronic pain in older adults: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 181–210. DOI:10.1186/s13063-017-2270-3.
- Shiloh S. (2006). Illness representations, self-regulation, and genetic counseling: A theoretical review. *Journal of Genetic Counseling*, 15, 5, 325–337.
- Sidell, N.L. (1997). Adult adjustment to chronic illness: A review of the literature. *Health and Social Work*, 22, 1, 5–12.
- Siegel, R. (2016). *Uważność. Trening pokonywania codziennych trudności*. Warszawa: Czarna Owca.
- Sieradzki, J. (2017). Cukrzyca. W: P. Gajewski (red.). *Interna Szczeklika* (s.1532–1542). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Sierakowska, M., Matys, A., Kosior, A., Ołtarzewska, B., Kita, J., Sierakowski, S., Krajewska-Kulak, E. (2006). Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia*, 44, 6, 298–303.
- Smart, J. (2001). *Disability, Society, and the Individual*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Smedema, S.M., Bakken-Gillen, S.K., Dalton, J. (2009). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: Models and measurement. W: F. Chan, E. Da Silva Cardoso, J.A. Chronister (red.), *Understanding Psychosocial Adjustment to Chronic Illness and Disability: A Handbook for Evidence-Based Practitioners in Rehabilitation* (s. 51–73). New York: Springer Publishing Co.
- Snaith, R.P., Hamilton, M., Morley, S., Humayan, A., Hargreaves, D., Trigwell, P. (1995). A scale for the assessment of hedonic tone: the Snaith-Hamilton Pleasure Scale. *British Journal of Psychiatry*, 167, 1, 99–103.
- Snippe, E., Schroevers, M., Annika Tovote, K., Sanderman, R., Emmelkamp, P., Fleer, J. (2015). Patients' Outcome Expectations Matter in Psychological Interventions for Patients with Diabetes and Comorbid Depressive Symptoms. *Cognitive Therapy & Research*, 39, 3, 307–317. DOI: 10.1007/s10608-014-9667-z.
- Snoek, F.J., Skinner, T.C. (2002). Psychological counselling in problematic diabetes: does it help? *Diabetic Medicine*, 19, 4, 265–273. DOI: 10.1046/j.1464-5491.2002.00678.x.
- Snoek, F., Ven, N. van der, Lubach, C., Chatrou, M., Adèr, H.J., Heine, R., Jacobson, A. (2001). Effects of cognitive behavioural group training (CBGT) in adult patients with poorly controlled insulin-dependent (type 1) diabetes: a pilot study. *Patients Education Counselling*, 45, 2, 143–148.
- Snoek, F., Ven, N. van der, Twisk, J., Hogenelst, M., Tromp-Wever, A., Ploeg, H. van der, Heine, R. (2008). Cognitive behavioural therapy (CBT) compared with blood glucose awareness training (BGAT) in poorly controlled Type 1 diabetic patients: long-term effects on HbA moderated by depression. A randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 25, 11, 1337–1342. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2008.02595.x.
- Söderlin, M.K., Hakala, M., Nieminen, P. (2000). Anxiety and depression in a community-based rheumatoid arthritis population. *Annual Meeting of the Swedish Society for Rheumatology*, 3, 177.
- Sołtys, M. (2015). Elastyczne radzenie sobie ze stresem a zdrowie psychiczne i duchowy dobrostan duchowy osób chorych przewlekle. W: M.A. Basińska (red.), *Elastyczne radzenie sobie ze stresem w zdrowiu i w chorobie* (s. 197–215). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Spinhoven, P., Kuile, M., Kole-Snijders, A.M.J., Hutten Mansfeld, M., Ouden, D.J. den, Vlaeyen, J.W.S. (2004). Catastrophizing and internal pain control as mediators of outcome in the multidisciplinary treatment of chronic low back pain. *European Journal of Pain*, 8, 3, 211–219.

- Sprangers, M.A.G., Schwartz, C.E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: A theoretical model. *Social Science and Medicine*, 48, 11, 1507–1515.
- Sprangers, M.A.G., Schwartz, C.E. (2010). Do not throw out the baby with the bath water: Build on current approaches to realize conceptual clarity. Response to Ubel, Peeters, and Smith. *Quality of Life Research*, 19, 4, 477–479.
- Sprangers, M.A.G., Regt, E.B. de, Andries, F. van, Agt, H. van, Bijl, R., Boer, J. de, Foets, M., Hoeymans, N., Jacobs, A., Kempen, G., Miedema, H., Tjihuis, M., Haes, H. de (2000). Which chronic condition is associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 9, 895–907.
- Stafford, L., Berk, M., Jackson, H.J. (2009). Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 3, 211–220.
- Starowicz, A. (2009). Rola poznawczego obrazu własnej choroby w adaptacji do cukrzycy – charakterystyka zagadnienia i przegląd badań. *Diabetologia Praktyczna*, 10, 3, 97–105.
- Steger, M.F., Frazier, P., Oishi, S., Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80–93.
- Studen, S. (2002). Z psychologicznej problematyki zdrowia i choroby. W: P. Oleś, S. Studen, J. Tochydłowski (red.), *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia* (s. 27–36). Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Stewart K., Ross D., Hartley S. (2004). Patient adaptation to chronic illness. W: T. Boll, J. Raczynski (red.). *Handbook of Clinical Health Psychology* (s. 405–421). Washington, DC: American Psychological Association.
- Suchocka, L. (2008). *Psychologia bólu*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Surwit, R.S., Schneider, M.S., Feinglos, M.N. (1992). Stress and diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 15, 10, 1413–1422.
- Szczekliak, A. (2006). *Choroby wewnętrzne*. Cholerzyn: Medycyna Praktyczna.
- Szumański, J., Kokoszka, A. (2001). Psychological factors in psoriasis: review of literature. *Psychiatria Polska*, 35, 5, 831–838.
- Szymona-Pałkowska, K., Janowski, K., Pedrycz, A., Mucha, D., Ambroży, T., Siermontowski, P., ..., Kraczkowski J. (2016). Knowledge of the Disease, Perceived Social Support, and Cognitive Appraisals in Women with Urinary Incontinence. *Biomed Research International*, 3694792. DOI: 10.1155/2016/3694792.
- Talarowska, M., Florkowski, A., Zboralski, K., Orzechowska, A., Galecki, P. (2007). Funkcjonowanie poznawcze u chorych na cukrzycę typu 1 oraz typu 2 – doniesienia wstępne. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 7, 51–59.
- Tatara, T., Snakowska P. (2015). Rola diety w reumatoidalnym zapaleniu stawów – przegląd systematyczny badań. *Medycyna Rodzinna*, 2, 70–78.
- Tatoń, J., Czech, A. (2000). *Cukrzyca. Podręcznik edukacji terapeutycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tatoń, J., Czech, A., Bernas, M. (2008). *Diabetologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Tatrow, K., Montgomery, G.H. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy Techniques for Distress and Pain in Breast Cancer Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 17–27.
- Taylor, E. (2001). Positive psychology and humanistic psychology: A reply to Seligman. *Journal of Humanistic Psychology*, 41, 13–29.
- Taylor, S. (1984). Przystosowanie do zagrażających wydarzeń. *Nowiny Psychologiczne*, 6–7, 15–38 (przedruk z *American Psychologist*, 38, 10, 1161–1173).
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471.
- Terazni, T. (2009). *Koniec jest moim początkiem*. Poznań: Zys i Ska.
- Thomas, E.A., Garland, E.L. (2017). Mindfulness Is Associated with Increased Hedonic Capacity Among Chronic Pain Patients Receiving Extended Opioid Pharmacotherapy. *The Clinical Journal of Pain*, 33, 2, 166–173. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000379.
- Timonen, M., Viilo, K., Hakko, H., Särkioja, T., Ylikulju, M., Meyer-Rochow, V.B., Räsänen, P. (2003). Suicides in persons suffering from rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 2, 287–291.

- Tobiasz-Adamczyk, B., Szafranec, K., Bajka, J. (1999). *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta*. Kraków: Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Topor-Mądry, R. (2011). Choroby przewlekłe. Obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, IX, 1, 25–49. DOI: 10.4467/20842627OZ.11.002.0339.
- Treadwell, A.A. (2017). Examining depression in patients on dialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 44, 4, 295–307.
- Treharne, G.J., Kitas, G.D., Lyons, A.C., Booth, D.A. (2005). Well-being in Rheumatoid Arthritis: The Effects of Disease Duration and Psychosocial Factors. *Journal of Health Psychology*, 10, 457–474.
- Trevino, K.M., McConnel, T.R. (2014). Religiosity and Religious Coping in Patients with Cardiovascular Disease: Change over Time and Associations with Illness Adjustment. *Journal of Religion & Health*, 53, 1907–1917.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Tucholska, K., Gulla, B. (2007) Psychologia pozytywna – krytyczna analiza koncepcji. *Studia z Psychologii w KUL*, 14, 107–131.
- Tulder, M. van, Ostelo, R., Vlaeyen, J., Linton, S., Morley, S., Assendelft, W. (2005). Behavioural treatment for chronic low back pain. *Cochrane Database Systematic Review*, 2. DOI: 10.1002/14651858.CD002014.
- Turk, D.C., Swanson, K.S., Tunks, E.R. (2008). Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients – when pills, scalpels, and needles are not enough. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 213–223.
- Ubel, P.A., Peeters, Y., Smith, D. (2010). Abandoning the language of “response shift”: A plea for conceptual clarity in distinguishing scale recalibration from true changes in quality of life. *Quality of Life Research*, 19, 4, 465–471.
- Ufnal, M., Wolyńczyk, G., Maj, D. (2011). Mózg i cytokiny – wspólne podłoże depresji, otyłości i chorób układu krążenia? *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 65, 228–235.
- Ulus, Y., Tander, B., Akyol, Y., Terzi, Y., Zahiroğlu, Y., Sarisoy, G., Kuru, Ö. (2017). Are Illness Perceptions Associated With Disease Activity or Psychological Well-Being in Rheumatoid Arthritis? A Study With the Evidence of Confirmatory Factor Analysis. *Archives of Rheumatology*, 32, 4, 315–324. DOI: 10.5606/ArchRheumatol.2017.6234.
- Unar, İ., Garip, Y., Yilmaz, Ö., Bodur, H., Ataman, Ş. (2015). Disease Activity (Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index-5) in Patients with Rheumatoid Arthritis and its Association with Quality of Life, Pain, Fatigue, and Functional and Psychological Status. *Archives Of Rheumatology*, 30, 2, 144–149. DOI: 10.5606/ArchRheumatol.2015.5122.
- Vaughan, R., Morrison, L., Miller, E. (2003). The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *British Journal of Health Psychology*, 8, 3, 287–301.
- Verhoeven, L., Kraaimaat, F., Duller, P., Kerkhof, P. van de, Evers, A. (2006). Cognitive, Behavioral, and Physiological Reactivity to Chronic Itching: Analogies to Chronic Pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13, 3, 237–243. DOI: 10.1207/s15327558ijbm1303_7.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B., De Corte, W. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: Empirical evidence and reappraisal. *Pain*, 106, 1–2, 65–72.
- Vlaeyen, J.W., Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 3, 317–332.
- Vlaeyen, J.W.S., Geurts, S.M., Kole-Snijders, A.M.J., Schuerman, J.A., Groenman, J.A., Van Eek, N.H. (1990). What do chronic pain patients think of their pain. Towards a pain cognition questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 383–394.
- Vowles, K., McCracken L., Sowden, G., Ashworth, J. (2014). Psychological Flexibility in Coping with Chronic Pain Further Examination of the Brief Pain Coping Inventory-2. *Clinical Journal of Pain*, 30, 4, 324–330. DOI: 1097/AJP.0b013e31829ea187.
- Vriezekenk, J.E., Geenen, R., Ende, C.H.M. van den, Slot, H., Lankveld, W.G.J.M. van, Helmond, T. van (2012a). Behavior Change: Behavior change, acceptance, and coping flexibility in highly distressed patients with rheumatic diseases: Feasibility of a cognitive-behavioral therapy in multimodal rehabilitation. *Patient Education and Counseling*, 87, 171–177. DOI: 10.1016/j.pec.2011.09.001.

- Vriezekolk, J.E., Lankveld, W.G., Eijbsbouts, A.M., Helmond, T., Geenen, R., den Ende, C.H. (2012b). The coping flexibility questionnaire: development and initial validation in patients with chronic rheumatic diseases. *Rheumatology International – Berlin*, 32, 8, 2383–2391.
- Wagner, E.H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*, 320, 569–572.
- Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarch, M., Schafer, J., Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, 20, 6, 64–78.
- Wagner, J., Tennen, H. (2007). Coping with diabetes: Psychological determinants of diabetes outcomes. W: E. Martz, H. Livneh (red.), *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects* (s. 215–239). New York: Springer Science + Business Media.
- Wahl, A.K., Robinson, H.S., Larsen, M.H., Langeland, E., Krogstad, A.L., Moum, T. (2014). Clinical characteristics associated with illness perception in psoriasis. *Acta Dermato-Venereologica*, 94, 3, 271–275. DOI: 10.2340/00015555-1673.
- Walker, J.R., Graff, L.A., Dutz, J.P., Bernstein, C.N. (2011). Psychiatric disorders in patients with immune-mediated inflammatory diseases: prevalence, association with disease activity, and overall patient well-being. *Journal of Rheumatology*, 2, 88, 31–35. DOI: 10.3899/jrheum.110900.
- Walsh, J.C., Lynch, M., Murphy, A.W., Daly, K. (2004). Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction: An evaluation of the Self-Regulatory Model of illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 1, 67–73.
- Wang, Z., Xia, Y., Zhao, Y., Chen, L. (2017). Cognitive behavioural therapy on improving the depression symptoms in patients with diabetes: a meta-analysis of randomized control trials. *Bioscience Reports*, 37, 2. DOI: 10.1042/BSR20160557.
- Warshaw, G. (2006). Introduction: advances and challenges in care of older people with chronic illness. *Generations*, 30, 3, 5–10.
- Watson, D., Clark, L.A., Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070. DOI: 10.1037/0022-3514.54.6.1063.
- Wawak-Sobierajska, B. (1995). Proces adaptacji do zagrażających wydarzeń. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń?* (s. 120–134), Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wearden, A., Peters, S. (2008). Therapeutic techniques for interventions based on Leventhal's common sense model. *British Journal of Health Psychology*, 13, 2, 189–193. DOI: 10.1348/135910708X295613.
- Welschen, L.M., Oppen, P. van, Bot, S.D., Kostense, P.J., Dekker, J.M., Nijpels, G. (2013). Effects of a cognitive behavioural treatment in patients with type 2 diabetes when added to managed care; a randomised controlled trial. *Journal of Behavioural Medicine*, 36, 556–566. DOI: 10.1007/s10865-012-9451-z.
- Wersch, A. van, Forshaw, M., Cartwright, T. (red.). (2009). *Complementary Medicine and Health Psychology*. Berkshire: Open University Press.
- White, C. (2001). Cognitive behavioral principles in managing chronic disease. *California Medicine*, 175, 5, 338–342.
- Whittaker, R., Kemp, S., House, A. (2007). Illness perceptions and outcome in mild head injury: a longitudinal study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 78, 6, 644–646.
- Widows, M.R., Jacobsen, P.B., Booth-Jones, M., Fields, K.K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow. *Health Psychology*, 24, 266–273. DOI:10.1037/0278-6133.24.3.266.
- Wilbe, K. (1995). *Śmiertelni nieśmiertelni*. Warszawa: Czarna Owca.
- Wild, D., Maltzahn, R. von, Brohan, E., Christensen, T., Clauson, P., Gonder-Frederick, L. (2007). Review: A critical review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: Implications for diabetes management and patient education. *Patient Education and Counseling*, 68, 10–15. DOI: 10.1016/j.pec.2007.05.003.
- Williams, A.C., Eccleston, C. de, Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14, 11. DOI: 10.1002/14651858.CD007407.pub3.
- Wilson, T.D., Gilbert, D.T., (2008). Explaining away: A model of affective adaptation. *Perspectives on Psychological Science*, 5, 370–386.

- Wojtyna, E. (2012). Poznawcze, afektywne i społeczne uwarunkowania stosowania się do zaleceń lekarskich przez chorych na cukrzycę typu 2. Niepublikowana praca doktorska. Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Wolf, E.J., Mori, D.L. (2009). Avoidant coping as a predictor of mortality in veterans with end-stage renal disease. *Health Psychology*, 28, 3, 330–337.
- Wood, A., Linley, P., Maltby, J., Hurling, R. (2010). Using personal and psychological strengths leads to increases in well-being over time: A longitudinal study and the development of the Strengths Use Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 50, 1, 15–19. DOI: 10.1016/j.paid.2010.08.004.
- Wright, R.A., Kirby, L.D. (2001). Effort determination of cardiovascular response: An integrative analysis with applications in social psychology. W: M.P. Zanna (red.), *Advances in experimental social psychology* (s. 255–307). San Diego: Academic.
- Young, J., Kolosko, E., Weishaar, J. (2013). *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Yu, L., Norton, S., McCracken, L.M. (2017). Original Report: Change in „Self-as-Context” (“Perspective-Taking”) Occurs in Acceptance and Commitment Therapy for People With Chronic Pain and Is Associated With Improved Functioning. *Journal of Pain*, 18, 6, 664–672. DOI: 10.1016/j.jpain.2017.01.005.
- Zabłocka-Żytka, L. (2015). Poradnictwo psychologiczne dla osób chorych somatycznie. W: C. Czabała, S. Kluczyńska (red.), *Poradnictwo psychologiczne* (s. 323–349). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zachariae, R., Øster, H., Bjerring, P., Kragballe, K. (1996). Effects of psychologic intervention on psoriasis: A preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 6, 1008–1015.
- Zajączkowska, M.M., Bieniaś, B. (2013). Aktualny stan wiedzy na temat patogenez, diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19, 1, 1–7.
- Zalewska, A., Miniszewska, J., Woźniacka, A., Juczynski, Z., Sysa-Jędrzejowska, A. (2003). Radzenie sobie z chorobą a jakość życia pacjentów z łuszczycą zwykłą. *Przegląd Dermatologiczny*, 90, 267–272.
- Zauszniewski, J.A., McDonald, P.E., Krafcik, K., Chung, C. (2002). Acceptance, cognitions, and resourcefulness in women with diabetes. *Western Journal of Nursing Studies*, 24, 728–750.
- Zautra, A.J., Hoffman, J.M., Potter, P., Matt, K.S., Yocum, D., Castro, L. (1997). Examination of changes in interpersonal stress as a factor in disease exacerbations among women with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 19, 3, 279–286.
- Zautra, A.J., Hoffman, J.M., Matt, K.S., Yocum, D., Potter, P.T., Castro, W.L., Roth, S. (1998). An examination of individual differences in the relationship between interpersonal stress and disease activity among women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 11, 271–279.
- Zeidan, F., Vago, D.R. (2016). Mindfulness meditation-based pain relief: a mechanistic account. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1373, 1, 114–127. DOI: 10.1111/nyas.13153.
- Zeidan, F., Grant, J., Brown, C., McHaffie, J., Coghill, R. (2012). Review: Mindfulness meditation-related pain relief: Evidence for unique brain mechanisms in the regulation of pain. *Neuroscience Letters*, 165–173. DOI: 10.1016/j.neulet.2012.03.082.
- Ziarko, M. (2014). *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych.
- Ziarko, M., Hulewska, A. (2015). The role of social support in coping with a chronic disease. W: A. Hulewska, A. Piasecka (red.), *Health Communication in Poland*. Toruń: Adam Marszałek Wydawnictwo.
- Zimmermann, T., Heinrichs, N. (2006). Psychosoziale Interventionen für Frauen mit Krebserkrankungen der Genitalorgane / Psychosocial interventions for women with genital cancers. *Verhaltens-therapie & Verhaltensmedizin*, 27, 125–141.
- Zimmermann-Górska, I. (2004). *Choroby reumatyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Ziółkowska, A.M., Trusz, S., Bąbel, P. (2014). Praca pogładowa / Review: Techniki terapii behawioralnej bólu przewlekłego i ich skuteczność w świetle wyników metaanaliz. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 23, 10–16. DOI: 10.1016/j.pin.2014.03.003.
- Żelazny, I., Nowicki, R., Majkowicz, M., Samet, A. (2004). Jakość życia w chorobach skóry. *Przewodnik Lekarza*, 7, 9, 60–65.

Spis tabel

Tabela 4.1. Charakterystyka badanych osób.....	107
Tabela 4.2. Statystyki opisowe i współczynniki rzetelności dla narzędzi szacujących przystosowanie do choroby	110
Tabela 4.3. Statystyki opisowe i współczynniki rzetelności dla narzędzi oceniających zasoby pozytywne.....	112
Tabela 4.4. Statystyki opisowe i współczynniki rzetelności dla narzędzi do pomiaru poznawczej reprezentacji choroby	115
Tabela 5.1. Wyniki analizy rzetelności alfa Cronbacha i mocy dyskryminacyjnych dla wszystkich chorych łącznie.....	120
Tabela 5.2. Wyniki analizy confirmacyjnej (CFA).....	121
Tabela 5.3. Wyniki analizy testu Kołmogorowa-Smirnowa uzyskane w czterech grupach chorych....	122
Tabela 5.4. Wyniki analizy różnic między grupami chorych pod względem testowanych zmiennych....	124
Tabela 6.1. Wyniki analizy skupień – rozwiązanie 4-skupieniowe.....	127
Tabela 6.2. Różnice w procentowym udziale chorych w zaobserwowanych grupach (typach) przystosowania.....	131
Tabela 6.3. Różnice w procentowym udziale chorych w zaobserwowanych profilach przystosowania	132
Tabela 7.1. Wyniki analizy różnic między grupami chorych pod względem poznawczego obrazu choroby i oceny jej znaczenia	135
Tabela 7.2. Wyniki analizy różnic między grupami chorych pod względem zasobów pozytywnych....	143
Tabela 8.1. Wymiarowość zmiennych przystosowania do choroby	152
Tabela 8.2. Wymiarowość zmiennych poznawczej reprezentacji choroby.....	153
Tabela 8.3. Wymiarowość zmiennych pośredniczących	154
Tabela 8.4. Wyniki confirmacyjnej analizy czynnikowej (CFA) przedstawiającej wpływ zmiennych latentnych na zebrane pomiary	155
Tabela 8.5. Wyniki analizy rzetelności dla wyodrębnionych wymiarów	157
Tabela 8.6. Współczynniki podsumowujące wszystkie siły wpływów w testowanym modelu.....	158
Tabela 8.7. Współczynniki dopasowania dla badanych grup osób z różnym rozpoznaniem.....	161
Tabela 8.8. Wyniki dokładności pomiarowej skal i miar dyskryminacyjnych	161
Tabela 8.9. Wyniki współczynników wyjaśnionej wariancji.....	162
Tabela 8.10. Współczynniki podsumowujące wszystkie siły wpływów w testowanym modelu oddzielnie dla każdej grupy chorych.....	163
Tabela 9.1. Wyniki korelacji r-Pearsona między poznawczą reprezentacją choroby a przystosowaniem do niej w grupie osób chorujących na cukrzycę.....	171
Tabela 9.2. Wyniki korelacji r-Pearsona między zasobami pozytywnymi a przystosowaniem do niej w grupie osób chorujących na cukrzycę	173

Tabela 9.3. Wyniki korelacji r-Pearsona między poznawczą reprezentacją choroby a przystosowaniem do niej w grupie osób chorujących na łuszczycę	175
Tabela 9.4. Wyniki korelacji r-Pearsona między zasobami pozytywnymi a przystosowaniem do niej w grupie osób chorujących na łuszczycę	176
Tabela 9.5. Wyniki korelacji r-Pearsona między poznawczą reprezentacją choroby a przystosowaniem do niej w grupie osób chorujących na przewlekłą chorobę nerek	178
Tabela 9.6. Wyniki korelacji r-Pearsona między zasobami pozytywnymi a przystosowaniem do niej w grupie osób z przewlekłą chorobą nerek	179
Tabela 9.7. Wyniki korelacji r-Pearsona między poznawczą reprezentacją choroby a przystosowaniem do niej w grupie osób chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów	181
Tabela 9.8. Wyniki korelacji r-Pearsona między zasobami pozytywnymi a przystosowaniem do niej w grupie osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów	182
Tabela 10.1. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z cukrzycą – rola poznawczej reprezentacji choroby	186
Tabela 10.2. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z cukrzycą – rola zasobów pozytywnych	187
Tabela 10.3. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z cukrzycą – rola zmiennych kontrolnych	189
Tabela 10.4. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z łuszczycą – rola poznawczej reprezentacji choroby	191
Tabela 10.5. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z łuszczycą – rola zasobów pozytywnych	192
Tabela 10.6. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z łuszczycą – rola zmiennych kontrolnych	193
Tabela 10.7. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z przewlekłą chorobą nerek – rola poznawczej reprezentacji choroby	194
Tabela 10.8. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z przewlekłą chorobą nerek – rola zasobów pozytywnych	196
Tabela 10.9. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z przewlekłą chorobą nerek – rola zmiennych kontrolnych	197
Tabela 10.10. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów – rola poznawczej reprezentacji choroby	198
Tabela 10.11. Wyznaczniki przystosowania do choroby w grupie osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów – rola zasobów pozytywnych	199
Tabela A3. Bayesian Information Criterion (BIC)	260
Tabela A4. Ogólne efekty pośredniczące w grupie wszystkich badanych	261
Tabela A5. Specyficzne efekty pośredniczące w grupie wszystkich badanych	263
Tabela A6. Współczynniki podsumowujące wszystkie efekty ogólnych współczynników mediacyjnych w testowanym modelu oddzielnie dla każdej grupy chorych	265
Tabela A7. Współczynniki podsumowujące wszystkie efekty specyficznych współczynników mediacyjnych w testowanym modelu oddzielnie dla każdej grupy chorych	266

Spis rysunków

Rysunek 1.1. Model zdroworozsądkowej samoregulacji.....	38
Rysunek 1.2. Model determinantów stanu zdrowia i adaptacji do choroby przewlekłej według R. Moosa i H. Holahana	41
Rysunek 1.3. Czynniki mające wpływ na przystosowanie się do przewlekłej choroby somatycznej według M. Hoyta i A. Stanton	44
Rysunek 1.4. Model przystosowania do przewlekłej choroby	45
Rysunek 2.1. Wymiary oddziałujące na sposób spostrzegania zdrowia/choroby.....	51
Rysunek 2.2. Poznawczy model przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej	56
Rysunek 2.3. Adaptacja do zmian wynikających z choroby	61
Rysunek 2.4. Model zmiany oceny sytuacji.....	63
Rysunek 4.1. Czynniki „przystosowanie do przewlekłej choroby somatycznej” w modelu badań własnych.....	100
Rysunek 4.2. Model dwukierunkowych zależności między poznawczą reprezentacją choroby i przystosowaniem do niej w badaniach własnych	102
Rysunek 4.3. Model dwukierunkowych zależności między zasobami pozytywnymi i przystosowaniem do przewlekłej choroby somatycznej w badaniach własnych.....	103
Rysunek 4.4. Teoretyczny model badań własnych.....	104
Rysunek 8.1. Testowany model badań własnych dla wszystkich badanych osób łącznie.....	160
Rysunek 8.2. Testowany model badań własnych dla grupy osób chorych na RZS	167
Rysunek 8.3. Testowany model badań własnych dla grupy osób chorych na cukrzycę.....	168
Rysunek 8.4. Testowany model badań własnych dla grupy osób chorych na PChN	168
Rysunek 8.5. Testowany model badań własnych dla grupy osób chorych na łuszczycę	169

Spis wykresów

Wykres 6.1. Wyniki analizy skupień – cztery typy przystosowania do choroby	128
Wykres 6.2. Wyniki analizy profili latentnych (LPA) – cztery profile/typy przystosowania do choroby...	129
Wykres 6.3. Różnice w procentowym udziale chorych w zaobserwowanych grupach (typach przystosowania)	131
Wykres 6.4. Różnice w procentowym udziale chorych w zaobserwowanych profilach (typach przystosowania)	132
Wykres 7.1. Przekonanie o liczbie dowiadczanych objawów	136
Wykres 7.2. Przekonanie o czasie trwania (chroniczność/ostrość) konsekwencjach choroby	136
Wykres 7.3. Przekonanie o konsekwencjach choroby	136
Wykres 7.4. Przekonanie o posiadanej kontroli osobistej i skuteczności leczenia	137
Wykres 7.5. Przekonanie o skuteczności leczenia	137
Wykres 7.6. Przekonanie o koherencji (spójności)	137
Wykres 7.7. Przekonanie o cykliczności choroby	138
Wykres 7.8. Emocjonalna reprezentacja choroby	138
Wykres 7.9. Ocena choroby w kategoriach zagrożenia	139
Wykres 7.10. Ocena choroby w kategoriach korzyści	139
Wykres 7.11. Ocena choroby w kategoriach przeszkody/straty	140
Wykres 7.12. Ocena choroby w kategoriach wyzwania	140
Wykres 7.13. Ocena choroby w kategoriach krzywdy	140
Wykres 7.14. Ocena choroby w kategoriach wartości	141
Wykres 7.15. Ocena znaczenia choroby	141
Wykres 7.16. Ocena obecności sensu życia	145
Wykres 7.17. Ocena poszukiwania sensu życia	145
Wykres 7.18. Strategie radzenia sobie z chorobą polegające na planowaniu działań	146
Wykres 7.19. Strategie radzenia sobie z chorobą polegające na akceptacji	148
Wykres 7.20. Strategie radzenia sobie z chorobą polegające na zwróceniu się ku religii	147
Wykres 7.21. Strategie radzenia sobie z chorobą polegające na zaprzeczaniu	147
Wykres 7.22. Strategie radzenia sobie z chorobą polegające na zażywaniu substancji psychoaktywnych	147
Wykres 7.23. Poprawa relacji interpersonalnych	148
Wykres 7.24. Docenianie życia w wyniku choroby	148
Wykres 7.25. Zmiana filozofii życiowej wyniku choroby	148
Wykres 7.26. Wzrost sił wewnętrznych w wyniku choroby	149

Aneks

A1

Przykład drabiny aktywności (za: Sage i wsp., 2008).

- **Co chcę osiągnąć? Co jest moim ogólnym celem?**
„Chcę móc więcej chodzić”
- **Jak mogę przełamać stan obecny bym mógł więcej osiągnąć?**
„Chciałbym chodzić przez 30 minut dwa razy w tygodniu”
- **Co mogę robić teraz w dobre i złe dni?**
„Mogę chodzić przez około 10 minut”
- **Jaki może być pierwszy krok i minicel prowadzący mnie do głównego celu?**
„Chodzić przez 10 minut dwa razy w tygodniu, by zdobyć więcej pewności siebie”
- **Jaki może być następny krok?**
„Chodzić przez 15 minut dwa razy w tygodniu, może przez dwa tygodnie”
- **Co jeszcze mogę zrobić jako krok prowadzący mnie do celu?**
„Jeśli dam radę, mogę chodzić przez 20 minut dwa razy w tygodniu. Jeśli nie, może będę potrzebował przerwy na odpoczynek lub będzie dłużej trwało, zanim wydłużę znowu czas chodzenia”

A2

Scenariusz pracy z osobami chorymi dermatologicznie oparty na założeniach terapii poznawczo-behawioralnej – CBT (osiem pięćdziesięciminutowych sesji minutowych sesji) (na podst. Papadopoumos, Bor, 1999, s. 97–99, za: Miniszewska, 2007).

Sesja I (wprowadzająca)

Zebranie informacji dotyczących statusu socjodemograficznego oraz historii rodziny w kontekście danego problemu (występowanie choroby w rodzinie).

Zebranie informacji o chorobie, jej obrazie, przebiegu i przekonaniach pacjenta z nią związanych.

Określenie przyczyn podjęcia decyzji o terapii.

Określenie oczekiwań pacjenta odnośnie do terapii.

Poinformowanie o konieczności i zasadności wykonywania prac domowych w trakcie terapii.

Zebrać informacji zwrotnych od pacjenta.

Poinformowanie o poufności spotkań.

Przedstawienie założeń CBT.

Sesja 2

Przedyskutowanie kwestii dotyczących kondycji pacjenta oraz jego przekonań związanych z chorobą.

Rozmowa o doświadczeniach pacjenta (związanych z jego kondycją psychofizyczną), prośba o wskazanie najbardziej stresujących doświadczeń/ wydarzeń i wyjaśnienie, czemu właśnie one były takie trudne.

Wskazanie przez pacjenta scenariuszy najgorszych sytuacji związanych z chorobą skóry (realnych i wymyślonych), przedyskutowanie możliwych sposobów poradzenia sobie z nimi.

Nauka technik relaksacyjnych, które mogą być użyte przez pacjenta w trudnych sytuacjach.

Praca domowa – dzienniczek (sytuacje w których choroba skóry powstrzymała przed zrobieniem czegoś, myśli pojawiające się w tej sytuacji).

Sesja 3

Przedyskutowanie pracy domowej.

Przedyskutowanie użytecznych sposobów radzenia sobie stosowanych w trudnych sytuacjach.

Rozmowa o kamuflującym makijażu (jeżeli pacjent go stosuje), zebranie informacji o tym, jak się czuje, kiedy jest widziany bez makijażu, i dlaczego.

Konstrukcja hierarchii części ciała pacjenta (od tych najbardziej satysfakcjonujących po te najmniej); użycie technik redukcji lęku w trakcie myślenia o poszczególnych częściach ciała, następnie o całym ciele.

Użycie relaksacji podczas wyobrażania sobie sytuacji wzbudzających lęk.

Praca domowa – kontynuacja dzienniczka.

Sesja 4

Przedyskutowanie pracy domowej.

Koncentracja na zmienionych chorobowo częściach ciała – pacjent wymienia automatyczne myśli, które przychodzą mu do głowy. Pomoc w identyfikacji myśli alternatywnych.

Przedyskutowanie sytuacji, w których pacjent był przekonany, że inni patrzą się (staring – gapią) na niego lub o nim mówią. Znalezienie innych powodów, dla których mogli się patrzeć; przedyskutowanie praktycznych sposobów radzenia sobie z uporczywym patrzaniem.

Poszukiwanie pozytywów choroby.

Praca domowa – zapisywanie sytuacji, w których pacjent czuje, że inni mówią o jego wyglądzie, poszukanie innych przyczyn takiej sytuacji oraz sytuacji, w których powstrzymał się od zrobienia czegoś, co chciał.

Sesja 5

Przedyskutowanie pracy domowej.

Wymienienie dwóch sytuacji, których pacjent unika ze względu na stan skóry.

Prośba o wyobrażenie sobie, co by się stało, gdyby nie uniknął wyżej wymienionej sytuacji.

Pacjent wypisuje racjonalne przekonania/myśli odnośnie do negatywnych wyobrażeń.

Relaksacja podczas wyobrażania sobie usuwania kamuflującego makijażu.

Praca domowa – zmycie makijażu bądź zdjęcie ubrania zakrywającego zmiany chorobowe, patrzenie się w lustro przez 1–2 minuty, zapisanie pojawiających się myśli. Praktykowanie ćwiczeń relaksacyjnych zaprezentowanych podczas sesji.

Sesja 6

Przedyskutowanie pracy domowej.

Zapoznanie z koncepcją angażowania się w takie zachowania, które wywołają zadowolenie ze sprawności fizycznej, dają poczucie opanowania i przyjemności, tak aby ułatwić postrzeganie własnego ciała z perspektywy umiejętności i sprawności, a nie jedynie jako obiektu estetycznego.

Zebranie informacji zwrotnych od pacjenta – co o tym myśli.

Praca domowa – oszacowanie częstotliwości podejmowania aktywności fizycznej oraz ocena tych czynności w kategoriach przyjemności i ich opanowania.

Praca domowa – podjęcie jednej z wyżej wymienionych sytuacji, w trakcie jej wykonywania powtarzanie racjonalnych przekonań i pozytywnych myśli.

Przypomnienie o zbliżającym się zakończeniu terapii, przedyskutowanie obaw z tym związanych.

Sesja 7

Przedyskutowanie pracy domowej.

Przedyskutowanie stopnia trudności społecznych/zawodowych związanych z wypoczynkiem i przyjemnościami, które są, zdaniem pacjenta, wynikiem choroby skóry.

Rozmowa o zmianach w stylu życia, które rozpoczęły się wraz z początkiem choroby.

Zadanie dla pacjenta – mówienie o sobie i swojej kondycji tak, jakby nie było choroby skóry.

Przedyskutowanie obaw związanych z zakończeniem terapii.

Praca domowa – wypisanie kontrargumentów dla myśli/przekonań związanych z chorobą.

Sesja 8

Przedyskutowanie pracy domowej.

Omówienie najważniejszych punktów terapii oraz technik mających na celu utrzymanie efektów po zakończeniu terapii.

Przedyskutowanie tych sfer funkcjonowania, które uległy poprawie oraz procedur ułatwiających radzenie sobie ze stresem i procedur zabezpieczających przed nawrotami.

Tabela A3. Bayesian Information Criterion (BIC)

Typ modelu liczba skupień	EII	VII	EEI	VEI	EVI
1	-37205,80	-37205,80	-36161,77	-36161,77	-36161,77
2	-36525,09	-36468,65	-35481,10	-35309,12	-35368,16
3	-36456,95	-36325,25	-35329,30	-35106,58	-35241,20
4	-36389,40	-36339,11	-35235,18	-35068,40	-35132,97
5	-36371,51	-36284,57	-35203,93	-35035,94	-35206,52
6	-36385,40	-36325,08	-35172,62	-35013,22	-35242,04
7	-36387,67	-36307,73	-35199,85	-35074,07	-35274,16
8	-36390,00	-36330,36	-35207,03	-35098,14	NA
9	-36420,80	-36271,37	-35228,57	-35095,51	NA
Typ modelu liczba skupień	VVI	EEE	EVE	VEE	VVE
1	-36161,77	-35294,37	-35294,37	-35294,37	-35294,37
2	-35122,66	-35239,88	-35180,77	-35113,56	-34949,01
3	-34988,87	-35177,27	-35167,72	-35040,03	-34954,13
4	-34938,56	-35223,10	NA	-35092,89	NA
5	-35022,07	-35214,50	NA	-35063,87	NA
6	-35089,17	-35231,31	NA	-35147,20	NA
7	NA	-35246,42	NA	-35194,23	NA
8	NA	-35303,02	NA	-35229,57	NA
9	NA	-35430,10	NA	-35237,98	NA
Typ modelu liczba skupień	EEV	VEV	EVV	VVV	-
1	-35294,37	-35294,37	-35294,37	-35294,37	-
2	-35583,73	-35545,86	-35650,47	-35477,68	-
3	-36035,18	-36014,87	-36310,23	-36241,80	-
4	-36612,82	-36581,26	NA	NA	-
5	-36979,00	-36962,51	NA	NA	-
6	-37402,38	-37428,50	NA	NA	-
7	-37910,42	-37918,00	NA	NA	-
8	-38407,94	-38444,78	NA	NA	-
9	-39024,43	-38804,10	NA	NA	-

Symbole „NA” odnoszą się do rodzajów modeli, które ze względu na charakter rozkładów zmien-nych w badanej próbie nie mogły zostać wyestymowane. Wartość pogrubiona oznacza najlepszą wartość BIC.

Tabela A4. Ogólne efekty pośredniczące w grupie wszystkich badanych

	Współczynniki modelu			95 PU	
	β	t	p	D	G
Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Akceptacja choroby					
Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Symptomy negatywne					
Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Zadowolenie z życia					
Cechy choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia					
Cechy choroby → Akceptacja choroby	0,02	1,42	0,078	0,00	0,05
Cechy choroby → Korzyści psychospołeczne					
Cechy choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie					
Cechy choroby → Symptomy negatywne	-0,03	1,52	0,064	-0,06	0,00
Cechy choroby → Zadowolenie z życia	-0,04	1,11	0,133	-0,08	0,04
Kontrola i zrozumienie choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia					
Kontrola i zrozumienie choroby → Akceptacja choroby	0,03	1,66	0,049	0,00	0,07
Kontrola i zrozumienie choroby → Korzyści psychospołeczne					
Kontrola i zrozumienie choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie					
Kontrola i zrozumienie choroby → Symptomy negatywne	-0,03	1,25	0,107	-0,07	0,01
Kontrola i zrozumienie choroby → Zadowolenie z życia	-0,05	1,17	0,122	-0,09	0,07
Korzyści psychospołeczne → Akceptacja choroby					
Korzyści psychospołeczne → Symptomy negatywne					
Korzyści psychospołeczne → Zadowolenie z życia					
Nieadaptacyjne radzenie sobie → Akceptacja choroby					
Nieadaptacyjne radzenie sobie → Symptomy negatywne					
Nieadaptacyjne radzenie sobie → Zadowolenie z życia					
Ocena i tożsamość choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia					

Tabela A4 cd.

Ocena i tożsamość choroby → Akceptacja choroby	0,00	0,12	0,453	-0,04	0,04
Ocena i tożsamość choroby → Korzyści psychospołeczne					
Ocena i tożsamość choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie					
Ocena i tożsamość choroby → Symptomy negatywne	0,06	2,42	0,008	0,03	0,11
Ocena i tożsamość choroby → Zadowolenie z życia	0,02	0,47	0,319	-0,04	0,07

Oznaczenia: β – współczynnik wpływu Beta; t – wartość testu t ; p – poziom istotności statystycznej; PU – przedział ufności dla parametru RMSEA.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela A5. Specyficzne efekty pośredniczące w grupie wszystkich badanych

	Współczynniki modelu			95 PU	
	β	t	p	D	G
Cechy choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Akceptacja choroby	0,02	1,14	0,128	0,00	0,04
Kontrola i zrozumienie choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Akceptacja choroby	0,02	1,21	0,113	0,00	0,05
Ocena i tożsamość choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Akceptacja choroby	-0,01	0,47	0,320	-0,02	0,01
Cechy choroby → Korzyści psychospołeczne → Akceptacja choroby	0,00	0,48	0,314	-0,01	0,02
Kontrola i zrozumienie choroby → Korzyści psychospołeczne → Akceptacja choroby	0,01	0,90	0,184	0,00	0,02
Ocena i tożsamość choroby → Korzyści psychospołeczne → Akceptacja choroby	0,02	1,38	0,083	0,00	0,05
Cechy choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Akceptacja choroby	0,00	0,65	0,259	-0,01	0,02
Kontrola i zrozumienie choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Akceptacja choroby	0,00	0,57	0,284	-0,01	0,01
Ocena i tożsamość choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Akceptacja choroby	-0,01	0,83	0,203	-0,04	0,01
Cechy choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Symptomy negatywne	-0,01	0,75	0,227	-0,04	0,01
Kontrola i zrozumienie choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Symptomy negatywne	-0,01	0,82	0,206	-0,04	0,01
Ocena i tożsamość choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Symptomy negatywne	0,00	0,34	0,366	-0,01	0,02
Cechy choroby → Korzyści psychospołeczne → Symptomy negatywne	0,00	0,12	0,453	-0,01	0,01
Kontrola i zrozumienie choroby → Korzyści psychospołeczne → Symptomy negatywne	0,00	0,19	0,426	-0,01	0,01
Ocena i tożsamość choroby → Korzyści psychospołeczne → Symptomy negatywne	0,00	0,23	0,407	-0,01	0,02
Cechy choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Symptomy negatywne	-0,02	1,22	0,112	-0,05	0,01
Kontrola i zrozumienie choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Symptomy negatywne	-0,02	1,01	0,157	-0,04	0,01
Ocena i tożsamość choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Symptomy negatywne	0,05	2,39	0,008	0,02	0,10
Cechy choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Zadowolenie z życia	-0,04	1,23	0,109	-0,07	0,03

Tabela A5 cd.

Kontrola i zrozumienie choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Zadowolenie z życia	-0,05	1,31	0,095	-0,09	0,05
Ocena i tożsamość choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Zadowolenie z życia	0,01	0,52	0,302	-0,03	0,05
Cechy choroby → Korzyści psychospołeczne → Zadowolenie z życia	0,00	0,10	0,459	-0,01	0,01
Kontrola i zrozumienie choroby → Korzyści psychospołeczne → Zadowolenie z życia	0,00	0,17	0,432	-0,01	0,02
Ocena i tożsamość choroby → Korzyści psychospołeczne → Zadowolenie z życia	0,00	0,21	0,418	-0,02	0,05
Cechy choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Zadowolenie z życia	0,00	0,05	0,479	-0,01	0,01
Kontrola i zrozumienie choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Zadowolenie z życia	0,00	0,05	0,481	-0,01	0,01
Ocena i tożsamość choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Zadowolenie z życia	0,00	0,06	0,474	-0,02	0,02

Oznaczenia: β – współczynnik wpływu Beta; t – wartość testu t ; p – poziom istotności statystycznej; PU – przedział ufności dla parametru RMSEA.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela A6. Współczynniki podsumowujące wszystkie efekty ogólnych współczynników mediacyjnych w testowanym modelu oddzielnie dla każdej grupy chorych

	RZS (A)		Cukrzyca (B)		PChN (C)		Łuszczyca (D)		B vs. B vs.		A vs. A vs.		D vs. D vs.		A vs. A vs. D
	β	p	β	p	β	p	β	p	A	D	C	A	C	C	
Cechy choroby → Akceptacja choroby	0,07	0,325	-0,07	0,168	-0,05	0,200	-0,07	0,126	0,807	0,484	0,212	0,590	0,212	0,590	0,021
Cechy choroby → Symptomy negatywne	-0,04	0,358	0,06	0,260	-0,03	0,310	0,00	0,491	0,227	0,288	0,518	0,363	0,518	0,363	0,102
Cechy choroby → Zadowolenie z życia	0,02	0,437	0,06	0,246	0,05	0,226	0,07	0,185	0,404	0,511	0,542	0,407	0,542	0,407	0,201
Kontrola i zrozumienie choroby → Akceptacja choroby	0,15	0,064	0,08	0,058	0,04	0,363	-0,05	0,186	0,759	0,028	0,232	0,765	0,232	0,765	0,023
Kontrola i zrozumienie choroby → Symptomy negatywne	-0,07	0,131	-0,12	0,033	0,01	0,455	-0,04	0,226	0,859	0,703	0,841	0,754	0,841	0,673	0,061
Kontrola i zrozumienie choroby → Zadowolenie z życia	0,07	0,206	0,09	0,047	0,09	0,178	0,03	0,269	0,515	0,381	0,219	0,600	0,600	0,709	0,106
Ocena i tożsamość choroby → Akceptacja choroby	-0,06	0,383	0,05	0,305	0,09	0,164	0,00	0,486	0,651	0,307	0,334	0,766	0,334	0,795	0,111
Ocena i tożsamość choroby → Symptomy negatywne	0,11	0,195	0,07	0,196	0,07	0,253	0,05	0,252	0,485	0,600	0,420	0,397	0,420	0,571	0,161
Ocena i tożsamość choroby → Zadowolenie z życia	-0,05	0,360	-0,08	0,213	-0,09	0,230	-0,09	0,085	0,477	0,530	0,438	0,453	0,530	0,438	0,014

Oznaczenia: β – współczynnik Beta; p – poziom istotności statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela A7. Współczynniki podsumowujące wszystkie efekty specyficznych współczynników mediacyjnych w testowanym modelu oddzielnie dla każdej grupy chorych

	RZS (A)		Cukrzyca (B)		PChN (C)		Łuszczyca (D)		P
	β	p	β	p	β	p	β	p	
Cechy choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Akceptacja choroby	0,04	0,393	0,02	0,328	0,00	0,476	-0,02	0,278	p > 0,05
Kontrola i zrozumienie choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Akceptacja choroby	0,14	0,074	0,00	0,412	-0,02	0,430	0,00	0,467	p > 0,05
Ocena i tożsamość choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Akceptacja choroby	0,03	0,447	-0,02	0,339	0,01	0,456	0,00	0,468	p > 0,05
Cechy choroby → Korzyści psychospołeczne → Akceptacja choroby	0,02	0,323	-0,06	0,113	0,02	0,210	0,00	0,479	p > 0,05
Kontrola i zrozumienie choroby → Korzyści psychospołeczne → Akceptacja choroby	0,00	0,474	0,03	0,135	0,02	0,267	-0,03	0,190	p > 0,05
Ocena i tożsamość choroby → Korzyści psychospołeczne → Akceptacja choroby	-0,04	0,246	0,09	0,117	-0,02	0,334	-0,05	0,128	p > 0,05
Cechy choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Akceptacja choroby	0,01	0,445	-0,04	0,104	-0,08	0,062	-0,05	0,164	p > 0,05
Kontrola i zrozumienie choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Akceptacja choroby	0,01	0,380	0,04	0,104	0,04	0,233	-0,02	0,227	p > 0,05
Ocena i tożsamość choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Akceptacja choroby	-0,04	0,300	-0,02	0,218	0,11	0,131	0,05	0,154	p > 0,05

B vs. C
B vs. A
B vs. D
A vs. C
D vs. C
A vs. C

Cechy choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Symptomy negatywne	-0,01	0,394	-0,05	0,224	0,00	0,456	0,05	0,144	$p > 0,05$
Kontrola i zrozumienie choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Symptomy negatywne	-0,05	0,108	-0,01	0,334	-0,04	0,353	-0,01	0,452	$p > 0,05$
Ocena i tożsamość choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Symptomy negatywne	-0,01	0,446	0,04	0,246	0,01	0,422	0,01	0,450	$p > 0,05$
Cechy choroby → Korzyści psychospołeczne → Symptomy negatywne	-0,01	0,439	0,02	0,259	0,02	0,204	0,00	0,492	$p > 0,05$
Kontrola i zrozumienie choroby → Korzyści psychospołeczne → Symptomy negatywne	0,00	0,491	-0,01	0,263	0,02	0,269	-0,01	0,395	$p > 0,05$
Ocena i tożsamość choroby → Korzyści psychospołeczne → Symptomy negatywne	0,01	0,402	-0,03	0,275	-0,02	0,337	-0,01	0,378	$p > 0,05$
Cechy choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Symptomy negatywne	-0,02	0,415	0,09	0,059	-0,05	0,182	-0,06	0,115	$p > 0,05$
Kontrola i zrozumienie choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Symptomy negatywne	-0,03	0,325	-0,10	0,050	0,02	0,279	-0,03	0,172	$p > 0,05$
Ocena i tożsamość choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Symptomy negatywne	0,11	0,204	0,06	0,185	0,07	0,186	0,06	0,114	$p > 0,05$
Cechy choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Zadawolenie z życia	0,01	0,417	0,15	0,041	0,01	0,374	-0,01	0,415	$p > 0,05$
Kontrola i zrozumienie choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Zadawolenie z życia	0,05	0,145	0,02	0,279	0,11	0,080	0,00	0,487	$p > 0,05$
Ocena i tożsamość choroby → Adaptacyjne radzenie sobie i sens życia → Zadawolenie z życia	0,01	0,455	-0,12	0,049	-0,04	0,280	0,00	0,487	$p > 0,05$

Tabela A7 cd.

Cechy choroby → Korzyści psychospołeczne → Zadowanie z życia	-0,01	0,440	-0,05	0,115	0,00	0,489	0,00	0,491	$p > 0,05$
Kontrola i zrozumienie choroby → Korzyści psychospołeczne → Zadowanie z życia	0,00	0,491	0,03	0,154	0,00	0,492	-0,01	0,393	$p > 0,05$
Ocena i tożsamość choroby → Korzyści psychospołeczne → Zadowanie z życia	0,02	0,404	0,07	0,100	0,00	0,493	-0,01	0,388	$p > 0,05$
Cechy choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Zadowanie z życia	0,02	0,445	-0,04	0,128	0,04	0,173	0,08	0,076	$p > 0,05$
Kontrola i zrozumienie choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Zadowanie z życia	0,02	0,385	0,04	0,107	-0,02	0,338	0,04	0,163	$p > 0,05$
Ocena i tożsamość choroby → Nieadaptacyjne radzenie sobie → Zadowanie z życia	-0,08	0,283	-0,03	0,194	-0,05	0,254	-0,08	0,060	$p > 0,05$

Oznaczenia: β – współczynnik Beta; p – poziom istotności statystycznej

Źródło: opracowanie własne.

Summary

Being with Illness. Adaptation to Chronic Somatic Disease, Perspectives from Positive Psychology and Cognitive Concepts

According to WHO data, up to 75% of the general population has at least one chronic disease, and almost half of those with chronic conditions have been diagnosed with at least two diseases requiring ongoing contact with a doctor. Furthermore, 72% of all disorders found in the population aged over 30 years are believed to be chronic conditions (Kurpas, 2014). They often require the introduction of significant changes in existing lifestyle, resignation from various forms of activity (including those associated with professional life), the adoption of a therapeutic regime, and changes in the way of perceiving oneself. Some conditions, such as rheumatoid arthritis (RA), require long-term pharmacological treatment and are characterized by pain and progressive disability. Others, such as diabetes, can be reasonably controlled, but only if the patient strictly adheres to medical advice. All this requires a sick patient to strive to adapt to a new, difficult situation; in this case, the role of the psychologist is to use interventions that will accelerate and facilitate this process.

Obtaining a diagnosis of chronic somatic disease places the recipient into a completely new situation that requires them to adopt new ways of adaptive coping. The patient must learn how to dealing with and adapt to the unexpected; this is often regarded as a threatening and uncertain situation, a situation that will not resolve itself, and most likely will become worse. The literature emphasizes that adaptation to a chronic disease is a complex process influenced by mutually-interacting external conditions (social support, life situation), individual characteristics (e.g. personal character, defence mechanisms, system of beliefs and expectations, ways of coping with stress) and the nature of the condition itself (de Ridder et al., 2008; Hoyt, Staton, 2012).

Health Psychology explores strategies of coping with illness, improving quality of life and adjusting to illness, while Positive Psychology identifies factors and interventions that may improve the lives of patients. Many studies have attempted to identify the components of the human psyche that play a significant role in the lives of sick people (e.g. Janowski, Steuden, Kurysłowicz, 2010; Sęk,

Kaczmarek, Ziarko, 2012) Various therapeutic approaches focussing primarily on treating psychological disorders can also serve as guidelines for working with people with somatic illness and preparing types of intervention, and most of which are commonly based around a cognitive-behavioural modality; even through it was difficult to find such information even a few years ago, these approaches are well represented in professional literature).

The considerations presented in the monograph focus on adaptation to chronic somatic illness, and **it's overall goal was to determine the structure of adaptation and identify the factors that play an important role in this process.**

The first chapter presents the general assumptions of Positive Psychology, It discusses why it is important to tackle the problem of adaptation to chronic somatic illness and in which way, and it proposes that current trends in positive psychology accurately address the question of "how much health is held in illness" (Sełk, 2001). Above all, it presents various ways of understanding the term "adaptation to illness" and models of adaptation. The discussed chapter focuses primarily on clarifying the concept of the "chronic somatic illness", concluding that it is typically characterised by a long duration, a typically irreversible change, the need for medical attention and entails a variety of difficulties and limitations in everyday functioning.

The second chapter devotes a great deal of space to the cognitive picture of the illness, i.e. the significance of various ways by which the patient understands her physical condition, and their consequences. Moreover, it discusses the psychological aspects of living with an illness, such as the emotions experienced, and the choice of coping strategies and other processes carried out with the aim of adapting to the condition. It describes the functioning of people coping with certain chronic illnesses, viz. diabetes, psoriasis, RA and chronic kidney disease (CKD), as well as the specific problems resulting from the struggle. The final chapter of the theoretical part characterizes the principles of cognitive-behavioural therapy and emphasizes the value of its use in relation to somatically ill persons (these implications stem directly from the assumptions of relational stress theory and the Common-Sense Self-regulation model), and illustrates this framework with examples of interactions related to the problems arising from certain diseases.

The issues raised in the theoretical part and a corresponding literature review serves as a basis and justification for the adoption of the research model, presented in the fourth chapter.

For the purposes of the presented research, it was assumed adaptation to the disease to be **influenced by the degree of adaptation by a patient at any given moment to a changing functional, psychological and social life environment, with this environment in turn being influenced by the experience of the chronic disease and its associated treatment** (Bishop, 2005).

The research was strongly influenced by de Ridder et al., (2008), who analyse adaptation to illness in terms of some categories: *implementation of adaptive challenges, maintaining emotional balance, lack of mental disorders, reduced negative and elevated positive affect, optimal functioning in roles and satisfaction with various dimensions that contribute to overall well-being.*

The present study examines adaptation to illness through the use of such constructs as accepting life with illness, acceptance of the illness itself, emotional balance, general mental health and satisfaction with life, all of which include elements mentioned by de Ridder et al. (2008).

Thus, *implementation of adaptive challenges* is included in *acceptance of illness* and *acceptance of life with illness* (the distinction between these constructs is in the characteristics of the tools used), *maintaining emotional balance* is included in *accepting life with the illness*, while *lack of mental disorders* and *reduced negative and elevated positive affect* are included in *mental health, emotional balance and anhedonia*; however, *optimal functioning in professional roles* and *satisfaction with various dimensions that contribute to overall well-being* are merged in a construction that corresponds to *satisfaction with life*.

Hence, for the purposes of the study, *adaptation to illness* was assumed to be a construct composed of these aforementioned elements, while *adaptation to illness* was treated as a latent variable or an explained variable depending on the research question posed.

The research questions and hypotheses put forward in the work, based on the assumptions presented earlier, examine the relationships between the constructs comprising adaptation to chronic somatic disease, they compare the degrees of adaptation between people with different clinical diagnoses and they distinguish individual types of adaptation to disease according to the disease type. The study also analyses the complex relationships between the cognitive representation of the disease, the personal positive resources available (i.e. feelings that life has meaning, the benefits offered by the illness and the strategies used to cope with the stress of the illness) and adaptation to the illness. The adopted model was constructed to determine complex relationships between all the constituent elements, i.e. without dividing it into parts to perform separate analyses. It attempts to empirically evaluate the structure of adaptation to illness, and secondly, to analyse the complex relationships between cognitive appraisal, positive resources and adaptation to illness for each individual group of patients.

The research was performed in the years 2014–2016 in three hospitals: the M. Kopernik Memorial Hospital, Voivodeship Specialist Hospital, Lodz, the N. Barlicki Memorial University Clinical Hospital, Lodz, and WAM – Central Veterans Hospital, University Clinical Hospital, Lodz. The study included adults with the following chronic conditions: 1) psoriasis, 2) diabetes, 3) RA and 4) CKD.

The selection of patients was dictated by the criteria formulated by Seligman (2008), comprising universality, uncertain prognosis, impairments in daily function and influence on the length of life of the patient. Only four clinical groups were included in the study, as such a complex research model could yield unclear results when used with more groups. The following inclusion criteria were used for the study:

- appropriate diagnosis by a physician;
- being present in the hospital while completing the questionnaire;
- the lack of any other direct life-threatening chronic diseases (such as cancer, hematopoietic system diseases, severe chronic conditions);

- no occurrences of acute diseases or exacerbations of the chronic condition on the day of the study;
- not receiving treatment for any diagnosed psychological disorders;
- not receiving any form of psychological help;
- permission to take part in the study.

Each participant was examined for around 30 minutes. Permission was given for the study by the Bioethics Commission of the University of Lodz (no. KBBN/II/15/2013).

In total, 441 participants were included in the study: 1) 122 with diabetes, 2) 126 with psoriasis, 3) 101 with CKD, 4) 92 with RA.

After checking the inclusion and removing questionnaires that had been completed incorrectly, the following numbers of participants were included in the study: 112 people with diabetes, 103 with psoriasis, 92 with CKD and 70 with RA.

Six tools were used to measure adaptation to illness:

1. **The Acceptance of Life with illness (SAŻzC)** constructed by Janowski and Steuden, used to measure the degree of acceptance of life with an illness.
2. **The Acceptance of Illness Scale (AIS)** by Felton, Revenson and Hinrichsen, Polish adaptation by Juczyński.
3. **The General Health Questionnaire (GHQ-28)** by Goldberg, Polish adaptation by Makowska and Merez.
4. **Satisfaction with Life Questionnaire (FLZ)** by Fahrenberg et al, Polish adaptation by Chodkiewicz.
5. **The SUPiN Scale (Positive and Negative Affect Schedule)** by Watson, Clark and Tellegen, Polish adaptation by Brzozowski .
6. **The Scale for Determining Anhedonia vs. Pleasure (Snaith-Hamilton Pleasure Scale, SHAPS)** by Snaith et al., Polish adaptation by Chodkiewicz and Miniszewska.

Three methods were used to measure selected positive resources:

1. **The Meaning in Life Questionnaire (MLQ)** by Steger et al., Polish adaptation Kossakowska, Kwiatek and Stefaniak .
2. **The Polish adaptation of the Carver Mini-Cope Questionnaire** by Juczyński and Ogińska-Bulik.
3. **The Benefits of Illness SL-38 Questionnaire (Silver Lining, SL-38)** by Sodergren and Hyland, adapted by Kossakowska .

Two tools were used to measure the cognitive representation of the disease:

1. **The Scale of Assessment of Own Disease (SOWC)** by Janowski and Steuden.
2. **The Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)** by Moss-Morris et al. adapted by Wojtyna (2012)

The **Visual Analogue Scale (VAS)** was chosen to allow subjective measurement of the severity of the illness.

The first part of the analysis verified that **1) the constructs commonly used to assess adaptation to chronic somatic disease are mostly related to each other, although it is not a straightforward relationship, 2) people with**

different diseases display a similar level but different adaptive structure, and 3) different types of adaptation to disease can be identified.

The next part of the analysis was to verify the hypothesis that assumed: **1) variables that determine the cognitive representation of the disease and positive resources are related to adaptation to the disease, and that 2) positive resources, i.e. feelings of there being a meaning to life, benefits of the illness and strategies of coping with it fulfil play an intermediary role between the cognitive representation of the illness and the adaptation to it.**

Summing up the results, it can be claimed that:

- a. All analysed constructs play a role in adaptation to illness, viz. acceptance of life with illness, acceptance of illness, emotional balance, general mental health and life satisfaction. Therefore, adaptation to the disease is a complex phenomenon and future studies should employ a range of methods to capture all aspects of adapting to life with a chronic disease.
- b. The indicator of adaptation to the disease varies between the studied groups; however, by analysing the individual dimensions of adaptation, it can be assumed that within the study population, the greatest difficulty in adapting to disease was demonstrated by those struggling with CKD, followed by those with RA and the least by those with diabetes and psoriasis.
- c. It is possible to distinguish different types of adaptation to chronic somatic illness, like:
 1. First classification:
 - Type 1 – presenting the worst mental health and the poorest self-evaluation of health;
 - Type 2 – most satisfied with life and most mentally healthy;
 - Type 3 – most accepting of life with the illness – people who are healthy in illness;¹
 - Type 4 – least satisfied with life and with the least number of somatic symptoms.
 2. Second classification:
 - Type 1 – *most unable to feel pleasure and least happy with life;*
 - Type 2 – *average;*
 - Type 3 – *most accepting of life with illness and most mentally healthy (healthy in illness);*
 - Type 4 – *poorest mental health.*
- d. The types that are characterized by the best and the worst adaptation to illness *a priori* are similar to each other. Hence, it would seem that, taking all subjects together, comparable numbers of patients are “healthy in illness” and ill-adapted.
- e. Very complex relationships exist between the variables tested, which vary depending on the type of disease.

¹ The term borrowed from the text of H. Şek (2009), How much health is there in disease?, *European Health Psychologist*, 11, s. 24–25.

- f. It is possible to formulate certain therapeutic guidelines for working with people with different diagnoses.

However, caution should be exercised when choosing the approach and techniques for a therapeutic approach, and the relationships between the analysed factors should be taken into consideration.

With regard to the stated aims of the presented research and its obtained results, guidelines can be formulated that can be used as indicators or a more general inspiration to create individual work schemes for patients.

Recommendations for therapeutic work /interventions for each of the tested groups are given below.

Indications for working with people suffering from CKD.

1. Psychoeducation on the topic of the illness.
2. Improvement of psychological wellbeing (application of mindfulness techniques and positive interventions).
3. Improving everyday functioning
4. Activation.
5. Learning adaptive strategies for coping with the stress associated with the disease (first of all, positive re-evaluation and active coping with difficulties) and help in finding and searching for meaning in life.
6. Realization of the cognitive picture of the disease (techniques of cognitive restructuring, work on catastrophic beliefs).
7. Strengthening faith in the effectiveness of medical interventions.

In this group of patients, it is advised taking particular caution when undertaking any therapeutic interaction due to the possibility of internal conflicts and the loss of secondary benefits obtained from the disease.

The high result of anhedonia and low positive affect suggests that in the group of patients with CKD, it is particularly appropriate to use techniques based on exercising mindfulness, which is useful in this type of problem.

Indications for working with people with RA:

1. Psychoeducation on the topic of the illness and the nature of pain. It is important to emphasise the possibilities and ways to proceed (e.g. pharmacological) in the event of certain ailments.
2. Improving everyday functioning (e.g. technique of goal planning, pacing).
3. Coping with pain (e.g. cognitive-behavioural and mindfulness techniques).
4. Realising the cognitive picture of the disease (cognitive restructuring technique).
5. Giving the disease meaning – framing illness as a value or a challenge, not a loss or an obstacle that cannot be avoided.
6. Teaching adaptive strategies for coping with the disease (especially positive re-evaluation) and providing help in finding and searching for meaning in life.
7. Finding positive aspects to the disease (e.g. appreciating life, improving relationships with other people, re-evaluating and changing the philosophy of life, cultivating the internal strength).

Indications for working with people with diabetes:

1. Psychoeducation about the disease and the potential for its control. Teaching how to manage the illness (e.g. monitoring blood glucose level, behaviour in situations such as hypo- or hyperglycaemia).
2. Modification of non-adaptive ways of coping with stress (such as cessation of activities, denial, self-blame, substance use) and adaptive learning (particularly positive re-evaluation, searching for instrumental support, active coping with challenges).
3. Finding positive aspects to the disease (e.g. appreciating life, improving relationships with other people, re-evaluating and changing the philosophy of life and cultivating internal strength).
4. Shaping beliefs on the possibility of disease control and treatment effectiveness, particularly strengthening them.
5. Reformulating the meaning of the disease so that it is perceived as a challenge.

Indications for working with people with psoriasis:

1. Psychoeducation about the disease and the potential for controlling the symptoms (e.g. education on skin treatment).
2. Work on beliefs regarding the effectiveness of treatment.
3. Realising the cognitive picture of the disease (cognitive restructuring techniques, working on catastrophic beliefs) and reformulating the meaning of the disease so that it is perceived in terms of a challenge.
4. Modifying non-adaptive ways of coping with stress (such as cessation of activities, denial, self-blame, substance use) and encouraging adaptive learning focused primarily on improving well-being (e.g. looking for emotional support) and planning activities.

Key words: adaptation to chronic somatic disease, illness acceptance, positive psychology, cognitive-behavioural therapy, personal resources, illness perception.

