

Zastosowanie teorii rozbitych założeń Ronnie Janoff-Bulman w badaniu przekonań rodziców dzieci będących w trakcie leczenia onkologicznego

Application of the shattered assumptions theory of trauma by Ronnie Janoff-Bulman in research on assumptions of parents of children during oncological treatment

Maciej Załuski

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

Psychoonkologia 2013, 4: 133–144

Adres do korespondencji:

Maciej Załuski
Zakład Psychologii Zdrowia
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
ul. Na Górkach 14
30-246 Kraków
tel. +48 12 429 70 49

Streszczenie

Wstęp: Celem artykułu jest przedstawienie teorii rozbitych założeń (*shattered assumptions theory of trauma*) Ronnie Janoff-Bulman – konstrukt teoretycznego ułatwiającego zrozumienie zachowań człowieka znajdującego się pod wpływem stresora traumatycznego. W pracy zaprezentowano wyniki badań przeprowadzonych wśród rodziców dzieci leczonych onkologicznie oraz w dwóch grupach porównawczych: rodziców – studentów pielęgniarstwa, oraz pacjentów poradni zdrowia psychicznego. W badaniach oceniano, czy i w jakim stopniu oddziaływanie stresora traumatycznego na człowieka znajduje odzwierciedlenie w jego przekonaniach na temat siebie, świata i innych ludzi.

Materiał i metody: W badaniu wzięły udział łącznie 492 osoby, w tym 100 rodziców dzieci leczonych onkologicznie. Wykorzystano: 1) polską wersję Skali Założeń Wobec Świata (*World Assumptions Scale*), 2) inwentarz objawów PTSD – wersja kliniczna (PTSD-K1). Do opracowania danych użyto testu istotności różnic dla grup niezależnych oraz przeprowadzono analizę regresji krokowej postępującej.

Wyniki: W badaniu wykazano różnice w poziomie przekonań osób badanych ze względu na obecność stresora traumatycznego, jakim jest uczestniczenie w leczeniu onkologicznym dziecka. Szczególnie istotne różnice uwidoczniły się w przekonaniach na temat własnej wartości, życzliwości ludzi, posiadania w życiu szczęścia oraz zdolności człowieka do kontrolowania zdarzeń negatywnych. Uzyskano także dane ukazujące związek poziomu przekonań z obecnością objawów stresu potraumatycznego o nasileniu klinicznym. Otrzymane wyniki omówiono i porównano z wynikami uzyskanymi w badaniach innych autorów. Starano się pokazać rolę przekonań w adaptacji człowieka do nowej, niezwykle trudnej sytuacji.

Wnioski: Teoria rozbitych założeń jest stosowana od 1989 r. w diagnozie i pomocy psychologicznej osobom będącym pod wpływem stresorów traumatycznych. Badanie pokazało, że może być ona pomocna także w Polsce dzięki ułatwianiu np. procesu komunikacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem lub osobą mu bliską.

Abstract

Background: The aim of this article is to present the shattered assumptions theory of trauma by Ronnie Janoff-Bulman. It is a theoretical construct it makes it possible for understanding the human behaviors following extreme negative events. The purpose of the study was to evaluate the differences of fundamental assumptions of parents whose children were treatment due to oncological illness, and comparative groups: the parents-student of nursing, and the patients

of the mental health clinic. In the research was tested the relationship between traumatic stress and parents' assumptions about itself, world, and other people.

Material and methods: The study included 3 group of subjects: parents of children with cancer, parents-students of nursing, and mental health clinic patients. The Polish version of the World Assumptions Scale and the PTSD-K1 inventory was administered to 492 individuals, 100 of whom were parents of child with cancer, 265 parents – students of nursing, and 127 mental health clinic patients. Parametric tests of significance between means, and regression analysis were used to data verification.

Results: The study showed that assumptions about self-worth, the benevolence of the people, lucky, and self-controllability differed across the three groups. Research results showed relationship between the level of assumptions and occurrence of symptoms of post-traumatic stress. The data was compared with the other researchers to show the role of assumptions in adaptation process of people in the new, difficult situation.

Conclusions: The shattered assumptions theory of trauma is since 1989 used in the evaluation and in the psychological treatment of the people with traumatic stress symptoms. The study showed it usefulness in Poland too, to make better communication process between the medical staff and the patient, and it family.

Słowa kluczowe: teoria rozbitych założeń, fundamentalne przekonania, zespół stresu posttraumatycznego, rodzice, choroba nowotworowa dziecka.

Key words: shattered assumptions theory, fundamental assumptions, post-traumatic stress symptoms, parents, childhood cancer.

Wstęp

Celem badań przedstawionych w artykule było określenie, czy oraz w jakim stopniu stresujące wydarzenia życiowe, jakim jest rozpoznanie u dziecka choroby nowotworowej i wiążące się z tym leczenie, ma odzwierciedlenie w poziomie posiadanych przez rodziców przekonań na temat siebie, świata oraz innych ludzi. W literaturze przedmiotu rozpoznanie choroby nowotworowej u dziecka zaliczane jest do wydarzeń stresujących (krytycznych). Tak rozumie się wydarzenia, których wystąpienie zmienia dotychczasowe życie i wymaga podjęcia działań adaptacyjnych [1]. W następstwie zdarzenia u niektórych ludzi mogą się pojawiać reakcje traumatyczne (urazowe), definiowane jako „stan psychiczny lub fizyczny wywołany działaniem realnie zagrażających zdrowiu i życiu czynników [...] prowadzący często do głębokich i długo utrzymujących się zmian w funkcjonowaniu człowieka, które wyrażają się w zaburzeniach somatycznych i psychicznych” [2, s. 47, 3, 4]. Wspomniane wyżej zagrożenie może dotyczyć także bliskich osób, których zdrowie i życie nie jest pewne. Diagnoza choroby nowotworowej spełnia kryteria oceny zdarzenia jako potencjalnie traumatyzującego, gdyż wiąże się z realnym zagrożeniem zdrowia lub życia, jest zwykle sytuacją nagłą, niespodziewaną, niepozwalającą na psychologiczne przygotowanie się, oraz wywołuje daleko idące zmiany w życiu pacjenta i jego bliskich. Jednocześnie

ma pewne cechy charakterystyczne, nieobecne w wypadku tzw. stresorów zewnętrznych, np. działanie sił przyrody lub drugiego człowieka. Zagrożenie płynie z wnętrza ciała, ma charakter trwały, przewlekły i skupia uwagę człowieka bardziej na jego przyszłości niż przeszłości. Obawy przed nawrotem choroby stawiają pacjentów i ich rodziny w sytuacji nazwanej „zespołem miecza Damoklesa” [5]. Następujące po rozpoznaniu leczenie może mieć dodatkowy wpływ traumatyzujący. Z drugiej strony u osób chorych onkologicznie oraz ich bliskich obserwuje się wyższy poziom spostrzeganej kontroli niż u osób dotkniętych działaniem stresora zewnętrznego. Jeśli w przypadku tych ostatnich poczucie kontroli ma charakter ograniczony i skupia się przede wszystkim na wyjaśnianiu przyczyn zdarzenia oraz ograniczaniu jego następstw, u osób chorych onkologicznie poczucie kontroli jest większe i wiąże się zarówno z wyjaśnianiem jego przyczyn, jak i przebiegiem leczenia oraz sprawdzaniem jego efektów na bieżąco, a także podejmowaniem działań prewencyjnych. Poziom lęku i pobudzenia związany z informacjami i agresywnymi procedurami leczenia, zmianami w wyglądzie ciała oraz negatywne zmiany w relacjach społecznych są podobne do tych, jakie obserwuje się u ludzi po zadziałaniu stresora zewnętrznego. Niemniej jednak, z uwagi na specyficzne cechy stresora, obecność objawów zaburzeń stresu potraumatycznego nie jest powszechna w populacji pacjentów onkologicznych [3]. Badania

przeprowadzone w Indiach w grupie 38 pacjentów z rozpoznaniem raka ujawniły u 63% chorych obecność objawów depresyjnych i u 24% – lękowych [6]. W badaniach amerykańskich w grupie 215 pacjentów z rozpoznaniem choroby onkologicznej u 47% osób rozpoznano objawy zaburzeń psychicznych, z czego u 85% jako objawy osiowe wystąpiły zaburzenia lękowo-depresyjne. Liczba ta jest szczególnie wymowna w porównaniu z 12–13% rozpoznania w całej populacji amerykańskiej [7]. Badania Stuber i wsp. [8] przeprowadzone w grupie 30 dzieci w wieku 8–19 lat z rozpoznaniem choroby nowotworowej 22 miesiące po zakończeniu leczenia pozwoliły rozpoznać u 17% spośród nich objawy zaburzeń stresu potraumatycznego o średnim, a u 30% o łagodnym nasileniu. W przypadku rodziców chorych dzieci sytuacja stresująca oddziałuje wielowątkowo. Z jednej strony rodzic staje się świadkiem cierpienia związanego z bolesnym leczeniem dziecka. Uczestnicząc w jego leczeniu i hospitalizacji, trafia do „świata dzieci chorych nieuleczalnie” [9]. Przebieg terapii, związany z nim brak pewności, zwykle długi czas oczekiwania na efekty, kryzysy i poprawy stanu zdrowia stają się dodatkowymi stresorami. Śmierć dziecka, która poprzedza śmierć rodziców, burzy naturalny porządek rzeczy i rodzi poczucie niesprawiedliwości, grozi także zachwianiem poczucia tożsamości. Objawy stresu występujące u dziecka mogą drogą tzw. wtórnej traumatyzacji pojawić się u jego opiekunów, wzmagając ich własny stres. Obecność objawów zespołu ostrego stresu i zespołu zaburzeń stresowych potraumatycznych u rodziców dzieci leczących się z powodu chorób nowotworowych szacuje się w przedziale od 33% bezpośrednio po postawieniu diagnozy do 22% po upływie 4 miesięcy od momentu ustalenia rozpoznania [10]. Analiza badań przeprowadzonych w latach 1991–2001 wśród dzieci leczonych onkologicznie oraz ich rodziców (20 badań) ujawniła, że rozpowszechnienie objawów stresu potraumatycznego u dzieci zawiera się w przedziale 2–20%, natomiast u rodziców w przedziale 10–30%, nawet wiele lat po zakończeniu terapii [11].

Rozpoznanie choroby pociąga za sobą szereg zmian w dotychczasowym życiu i podporządkowanie go działaniom skierowanym na pokonanie choroby. Dlatego też można założyć, że w działaniach podejmowanych przez pacjenta i jego rodzinę istotną rolę odgrywać będą procesy służące wzmacnianiu poczucia kontroli i wpływu na przebieg leczenia, za którymi kryją się próby zrozumienia jego przyczyn [12, 13]. Od powodzenia zachowań adaptacyjnych tego typu zależy mogą obraz i uporczywość reakcji emocjonalnych, a także wytrwałość w działaniach wspierających proces leczenia.

Wiedza o ewentualnych zmianach przekonań może służyć ponadto osobom pomagającym w lep-

szym zrozumieniu przyczyn zachowania człowieka znajdującego się w omawianej sytuacji.

Istota teorii rozbitych założeń

Teoria rozbitych założeń Ronnie Janoff-Bulman mówi o zastosowaniu wiedzy z zakresu teorii atrybucji do wyjaśniania zachowań osób poddanych działaniu stresorów traumatycznych [14]. Odwołuje się do roli, jaką w organizowaniu zachowania człowieka odgrywa zbiór posiadanych założeń o świecie, sobie samym i innych ludziach. Założenia, o których mowa w tej teorii, mają postać schematów poznawczych zawierających wiedzę wraz z regułami jej przetwarzania, będących pomocnymi w wyjaśnianiu przyczyn zachodzących zjawisk, utrzymywaniu w stanie względnego spokoju i poczuciu bezpieczeństwa oraz planowaniu i podejmowaniu konkretnych działań [15–17]. Zbiór ten, nazwany założeniowym światem, został zdefiniowany jako „...głęboko zorganizowany zbiór założeń o świecie oraz sobie samym, [...] stosowany jako środek służący rozpoznawaniu, planowaniu i działaniu [...], wyuczony i utwierdzony wieloletnimi doświadczeniami” [15, s. 114]. Założeniowy świat, choć bezpośrednio uczestniczy w kształtowaniu reakcji człowieka na zdarzenia życiowe, staje się częstokroć dla niego rozpoznawalny dopiero w sytuacjach skrajnych, niespodziewanych, zagrażających. Bywa, że człowiek dopiero wówczas odkrywa niektóre ze swoich fundamentalnych przekonań, obejmując je świadomą refleksją, czasem tworząc je na nowo, co oddaje przykładowe stwierdzenie: „zawsze wydawało mi się, że...”.

Założeniowy świat tworzą trzy kategorie przekonań. Te składające się na pierwszą z nich kształtują uogólnioną postawę wobec świata przyrody i innych osób. Ludzie w większości cechują się optymistycznym stylem wyjaśniania zdarzeń, zakładając dobroć otaczającego ich świata (*benevolence of the world*). Przeciętny człowiek sądzi, że w otaczającym go świecie jest więcej dobrych rzeczy niż złych, nieszczęścia przydarzają się stosunkowo rzadko oraz że ludzie są z natury dobrzy, łagodni, pomocni i opiekuńczy [15]. Drugą kategorię tworzą przekonania służące do wyjaśniania przyczyn negatywnych zdarzeń. Dzięki nim człowiek wzmacnia w sobie poczucie sensowności i wytłumaczalności zjawisk zachodzących w życiu. Wyróżnia się trzy sposoby wyjaśniania zjawisk. Pierwszy korzysta z wiary w sprawiedliwy świat: od cech osobowych człowieka zależy to, co przydarza się w jego życiu. To wiara, że osoby mające dobry charakter są mniej podatne na niekorzystne zdarzenia. Drugi sposób wyjaśniania odwołuje się do przekonania o zdolności człowieka do kontrolowania zdarzeń za po-

mocą własnych zachowań. Zapobieżenie nieszczęściom jest możliwe, jeśli człowiek podejmie zachowania zabezpieczające (postępuje ostrożnie, zapobiegawczo, przezornie). Wspomniane dwa przekonania przyczyniają się do tego, że człowiek ma poczucie zrozumiałości otaczającego go świata (*sense of mining*). Trzeci sposób tłumaczenia zdarzeń korzysta z założenia o ich przypadkowej, losowej naturze. Choć wiara w nieprzypadkowe przyczyny zdarzeń jest bardziej adaptacyjna (prowadzi do podejmowania działań zapobiegawczych), są osoby, które przeceniają rolę przypadku i nie sądzą, by cechy charakteru lub działania zapobiegawcze mogły uchronić je przed nieszczęściami. Mimo to, jeśli wierzą w dobroć świata, ich poczucie podatności na krzywdę nie musi być wyższe niż u osób wierzących w nieprzypadkowość zdarzeń. Stosowanie jednej z trzech wspomnianych zasad nie wyklucza pozostałych, człowiek używa każdej z nich w większym lub mniejszym zakresie, skłaniając się ku tej, która lepiej wyjaśnia przyczyny tego, co zaszło. Podsumowując – przekonanie o sensie zawartym w zachodzących zdarzeniach odwołuje się do wiary w to, że zdarzenia są nieprzypadkowe, ludzie otrzymują od życia to, na co zasługują, oraz że efekty zdarzeń wiążą się z ludzkim zachowaniem. Trzecia kategoria przekonań służy kształtowaniu dobrego zdania o sobie. Tworzą ją założenia powiązane ze wspomnianymi wcześniej, służące wzmocnieniu poczucia sensowności i wytłumaczalności świata. Zgodnie z pierwszym założeniem z tej kategorii ludzie zasadniczo postrzegają siebie jako osoby dobre, postępujące moralnie, wartościowe i zachowujące się przyzwoicie. Osoba spostrzegająca siebie przez pryzmat moralności, a jednocześnie hołdująca zasadzie sprawiedliwości i życzliwości świata będzie prawdopodobnie bardziej odporna na niekorzystne zdarzenia. Z drugiej strony człowiek wierzący w sprawiedliwy świat, ale mający niskie poczucie własnej wartości może się narażać na przekonanie, że jest bardziej podatny na krzywdę. Drugie założenie z tej kategorii dotyczy zdolności do samokontroli (do podejmowania działań przynoszących najwięcej dobra). Wyraża przekonanie człowieka o tym, że ten potrafi się zaangażować w trafne, zapobiegawcze działania, przekonania wynikającego z wiary, że zdarzenia można przewidzieć. Niespójność wspomnianych dwóch przekonań obrazuje człowiek, który wierzy w możliwość kontrolowania zdarzeń, a jednocześnie z jakiegoś powodu tego nie robi. Trzecie założenie wiąże się z zasadą przypadkowości i traktuje o posiadaniu w życiu szczęścia. Pozwala ono wierzyć, że człowiek jest w stanie uniknąć nieszczęść nawet bez odwoływania się do posiadanych cech osobowych lub podejmowania zachowań zapobiegawczych, licząc na to, że „los mu sprzyja”.

Teoria rozbitych założeń a reakcje człowieka po zadziałaniu stresora traumatycznego

Schematy poznawcze pełnią funkcję mediującą między uczestnictwem w krytycznym zdarzeniu i przebiegiem procesu adaptacji, w tym obecnością objawów stresu potraumatycznego. Ich wpływ zaczyna się jeszcze przed zajściem zdarzenia i trwa wraz z jego przebiegiem. Przekonania człowieka, zanim doszło do zdarzenia, oddziałują na ocenę powagi zdarzenia, wybór sposobów radzenia sobie, kształtują obraz reakcji emocjonalnych. Pytając: „co to dla pana znaczy?”, uzyskuje się odpowiedź na temat założeń obecnych u pacjenta, zanim wystąpiło zdarzenie. Zdaniem Edny Foa [18] posiadanie negatywnych schematów poznawczych zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia objawów zespołu stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) w reakcji na stresujące zdarzenie. Działania osób mających negatywne przekonania w sytuacji zetknięcia się ze stresorem zwykle służą potwierdzeniu wcześniejszych przypuszczeń, a negatywne przekonania skutkują utrzymywaniem się nieuzasadnionego poczucia zagrożenia długi czas po zajściu zdarzenia. Celem człowieka staje się wówczas nie tyle usuwanie rzeczywistych źródeł stresu, ile zapewnianie sobie poczucia bezpieczeństwa [19]. W wyniku zdarzenia człowiek podejmuje działania nakierowane na zmianę uwewnętrznionego świata założeń, jednak nie zawsze proces ten jest zakończony lub też zakończony pomyślnie. Jako przykład niech posłużą wyniki badań przeprowadzonych w grupie 135 rodziców, którzy stracili dziecko, po upływie ok. 5,5 roku od śmierci dziecka [20]. Rodzice, którzy stracili dziecko, w porównaniu z rodzicami z grupy kontrolnej ujawnili znacząco niższy poziom wszystkich 8 przekonań. Rodzice dzieci zmarłych w wyniku wypadków komunikacyjnych mieli bardziej negatywne przekonania dotyczące sensowności i wytłumaczalności zdarzeń, z kolei rodzice dzieci zmarłych w wyniku zabójstwa bardziej negatywne przekonania dotyczące poczucia własnej wartości. Rodzice dzieci zmarłych na skutek choroby co prawda nadal posiadali silne przekonanie o życzliwości świata oraz poczuciu własnej wartości, osłabieniu uległy jednak ich przekonania na temat sensowności i wytłumaczalności zdarzeń: „jak mogę wierzyć w sensowność świata, kiedy śmierć mojego dziecka wydaje się taka przypadkowa?” [20, s. 132]. Większość osób pozytywnie kończy proces odbudowywania rozbitych założeń. Przekonania bardziej realistycznie oddają prawdę o życiu, są zrównoważone, elastyczne: „świat jest życzliwy i rozumiały, ale nie zawsze...” [21, s. 318]. W niektórych wypadkach są także całkiem nowe i przyjmują postać tzw. lekcji o życiu, lekcji o sobie

i korzyści dla innych ludzi [15, 22–24]. W tych sytuacjach proces adaptacji kończy się wystąpieniem oznak wzrostu potraumatycznego [25–28].

Material i metody

Przeprowadzone badania miały na celu sprawdzenie hipotezy, zgodnie z którą stresujące zdarzenie, jakim jest choroba nowotworowa dziecka i związane z nią leczenie, znajduje odzwierciedlenie w poziomie przekonań rodziców na temat siebie, świata i innych ludzi. Z powodu niemożności zastosowania procedury badawczej pozwalającej na uchwycenie zmian przekonań – brak możliwości rzetelnego oszacowania poziomu przekonań sprzed zachorowania, przyjęto, że pośrednim wskaźnikiem zmiany będzie porównanie poziomu przekonań rodziców z dwoma celowo dobranymi grupami odniesienia. Jedną z nich utworzyli pacjenci poradni zdrowia psychicznego, a drugą rodzice, którzy z racji wykonywanej pracy zawodowej stykają się z chorobą drugiego człowieka. Uczestnikami badania byli rodzice towarzyszący swoim dzieciom leczonym na Oddziale Hematologii i Onkologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie. Wszystkie dzieci miały postawione diagnozy lekarskie od przynajmniej 6 miesięcy, a ich pobyt w szpitalu był związany z planowym leczeniem z zastosowaniem leków cytostatycznych. Najczęstszym rozpoznaniem była białaczka szpikowa (83% dzieci), u 9% zdiagnozowano chłoniaka, u 8% chorobę nowotworową tkanek i narządów (w tym: 4% zmiany nowotworowe wątroby, 2% nowotwór tkanki mięsnej, 1% zmiana zlokalizowana w śródpiersiu i 1% *retinoblastoma*). Przeanalizowano dane pochodzące od 100 osób (52 kobiet i 48 mężczyzn), co stanowiło 83,3% wszystkich, tj. 120, rozdanych kwestionariuszy badawczych. Średnia wieku rodziców wyniosła 35 lat (SD = 7,55; zakres: 22–47). W 94% przypadków uczestnikami badań byli oboje rodzice, w 6% wyłącznie matki. Badane osoby w trakcie badania i wcześniej nie były pod stałą opieką poradni zdrowia psychicznego.

Pierwszą grupę porównawczą tworzyli pacjenci poradni zdrowia psychicznego (PZP) leczeni od wielu lat z powodu rozmaitych zaburzeń psychicznych. Struktura grupy pacjentów PZP z uwzględnieniem rodzaju rozpoznań lekarskich przedstawiała się następująco: 26,8% ogółu to pacjenci z rozpoznaniem „organiczne zaburzenia psychiczne, włącznie z zespołami objawowymi”, 3,1% stanowili pacjenci z „zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi użyciem substancji psychoaktywnych”, 17,3% to pacjenci z rozpoznaniem „schizofrenii, zaburzeń schizotypowych i urojeniowych”, 14,2% stanowiły

osoby z „zaburzeniami nastroju”, a 38,6% pacjenci z „zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną”. Średni czas pozostawania w leczeniu wyniósł 6 lat (zakres: 1–12 lat). Przyjęto założenie, że postać zaburzeń występujących u osób ze wspomnianej grupy można tłumaczyć jako przejaw niepomysłnej adaptacji do zdarzeń, które miały miejsce w ich dotychczasowym życiu. Pod pojęciem niepomysłnej adaptacji rozumiano utrwalenie się przekonań o postaci podtrzymującej objawy, a także generującej kolejne stresujące wydarzenia. Grupa liczyła 127 osób (64 kobiety i 63 mężczyzn), średnia wieku wyniosła 51 lat (SD = 9,10; zakres: 19–75).

W drugiej grupie porównawczej były osoby pracujące w zawodzie pielęgniarstwa i uzupełniające swoją wiedzę na tzw. studiach pomostowych, kierunku: pielęgniarstwo. Pomimo iż osoby te niejednokrotnie w przebiegu swego życia osobistego i zawodowego zetknęły się ze zdarzeniami traumatyzującymi (kontrolowano tę zmienną), założono, że pozostawanie w zawodzie pielęgniarstwa oraz fakt podjęcia studiów o profilu pielęgniarstwa można traktować jako wskaźnik pozytywnej adaptacji do przeszłych wydarzeń. Osoby z tej grupy nie były w trakcie badania pod opieką poradni zdrowia psychicznego oraz nie znajdowały się pod wpływem traumatycznych stresorów. Grupa liczyła 265 osób (259 kobiet i 6 mężczyzn), średnia wieku wyniosła 40 lat (SD = 5,57; zakres: 29–55 lat). Łącznie badaniem objęto 492 osoby: 375 kobiet oraz 117 mężczyzn.

Do oceny nasilenia objawów stresu potraumatycznego występujących u rodziców w chwili badania zastosowano inwentarz objawów PTSD – wersja kliniczna (PTSD-K1) [29]. Jest to narzędzie uwzględniające kryteria definicyjne PTSD wg Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM wersja IV. Kwestionariusz umożliwia pomiar objawów obecnych u człowieka od kilku tygodni do momentu badania. Punkt odcięcia dla postawienia diagnozy PTSD wynosi 64 pkt (estymacja przedziałowa; zakres wyników: 0–120 pkt).

Skala Założeń Wobec Świata to kwestionariusz samoopisowy składający się z 32 stwierdzeń, służący do oceny poziomu 8 przekonań zgodnie z teorią Janoff-Bulman [15]. Osoba badana ocenia stopień zgody z każdym ze stwierdzeń, używając w tym celu 6-punktowej skali Likerta o opisanych wartościach. Wynik końcowy przedstawia się jako sumę punktów uzyskanych w pomiarze każdego z 8 przekonań cząstkowych, sumę punktów uzyskanych w obrębie trzech kategorii przekonań lub ogólną sumę punktów. Dla każdej podskali wyniki mieszczą się w przedziale 6–24 pkt – im wyższy wynik, tym wyższy poziom badanego przekonania. Zakres wyników

w całej skali zawiera się pomiędzy 32 a 192 pkt. W badaniu zastosowano polską wersję skali, stworzoną na podstawie uzyskanej od autorki aktualnej wersji amerykańskiej. Charakterystykę i przebieg procedury walidacyjnej polskiej wersji skali opisał M. Załuski i M. Gajdosz w artykule „Skala Założeń Wobec Świata – polska adaptacja i analiza walida-

cyjna *World Assumptions Scale*” opublikowanym w czasopiśmie „Psychoterapia”.

Wyniki

Poziom przekonań u rodziców oraz osób z grup kontrolnych

Do opracowania wyników użyto pakietu statystycznego STATISTICA 10.0. Uzyskany w badaniu współczynnik α -Cronbacha dla całej Skali Założeń Wobec Świata wyniósł 0,81, co wskazuje na prawidłową rzetelność narzędzia, dla grupy podskal: życzliwość świata i ludzi – 0,74, sensowność i wytłumaczalność zdarzeń zachodzących w życiu człowieka – 0,68, własna wartość – 0,8. Współczynnik α -Cronbacha dla poszczególnych 8 podskal przedstawia się następująco: 0,54 – życzliwość ludzi, 0,72 – życzliwość świata, 0,70 – kontrola zdarzeń negatywnych, 0,68 – sprawiedliwość, 0,66 – przypadkowość, 0,70 – własna wartość, 0,78 – szczęście w życiu, 0,73 – samokontrola. Analiza wzajemnych związków w obrębie trzech grup podskal wykazała pozytywną korelację pomiędzy poczuciem własnej wartości oraz życzliwością świata i ludzi ($r = 0,53$, $p \leq 0,0000$), poczuciem własnej wartości oraz sensownością i wytłumaczalnością zjawisk ($r = 0,13$, $p \leq 0,007$). Nie odnotowano związku pomiędzy przekonaniami na temat życzliwości świata i ludzi oraz sensownością i wytłumaczalnością zdarzeń życiowych.

Oceniając średnią sumę wszystkich przekonań łącznie, stwierdzono, że rodzice dzieci leczących się onkologicznie osiągnęli wyniki znacząco niższe niż rodzice – pielęgniarki i pielęgniarki, i wyższe niż pacjenci PZP (tab. 1.). Analiza regresji wykazała, że przynależność do grup tłumaczy 13-procentową zmienność sumy punktów wszystkich przekonań, $F(1,490) = 76,03$; $p < 0,0000$; $B = 0,36$; $SE B = 0,04$; $R^2 = 0,13$. Badanie ujawniło średnie efekty różnicy pomiędzy grupami osób badanych.

Podobne różnice ujawniły się w obrębie dwóch spośród trzech grup przekonań. W grupie przekonań dotyczących życzliwości świata przyrody i ludzi ich poziom u rodziców dzieci leczących się onkologicznie był niższy niż u rodziców – pielęgniarek i pielęgniarki, natomiast zdecydowanie wyższy niż u pacjentów PZP (tab. 2.). Analiza regresji ujawniła, że w przypadku przekonań na temat życzliwości ludzi i świata przynależność do grup tłumaczy 12-procentową zmienność poziomu przekonań, $F(1,490) = 68,36$; $p < 0,0000$, $B = 0,34$, $SE B = 0,04$, $R^2 = 0,12$. W tym wypadku efekty różnicy były wyższe niż mały oraz bliskie dużego.

W odniesieniu do grupy przekonań dotyczących poczucia własnej wartości poziom przekonań rodzi-

Tabela 1. Wyniki analizy istotności różnic międzygrupowych dotyczących poziomu wszystkich przekonań

Table 1. Results of analysis of the significance of intergroup differences. The sum of all assumptions

Rodzice M (SD)	Pielęgniarki M (SD)	t	p	d
119,67 (9,94)	124,85 (15,94)	-3,03	0,002	0,39
Rodzice M (SD)	Pacjenci PZP M (SD)			
119,67 (9,94)	109,17 (20,91)	4,62	0,0000	0,64

Tabela 2. Wyniki analizy istotności różnic międzygrupowych dotyczących poziomu przekonań z grupy życzliwość otaczającego świata przyrody i ludzi

Table 2. Results of analysis of the significance of intergroup differences. Assumptions about benevolence of the impersonal world, and benevolence of the people

Rodzice M (SD)	Pielęgniarki M (SD)	t	p	d
31,56 (5,06)	32,94 (6,40)	-1,94	0,05	0,24
Rodzice	Pacjenci PZP			
31,56 (5,06)	26,92 (7,70)	5,19	0,0000	0,71

Tabela 3. Wyniki analizy istotności różnic międzygrupowych dotyczących poziomu przekonań z grupy własna wartość

Table 3. Results of analysis of the significance of intergroup differences. Assumptions about worthiness of self

Rodzice M (SD)	Pielęgniarki M (SD)	t	p	d
47,52 (5,62)	52,25 (7,93)	-5,47	0,0000	0,69
Rodzice	Pacjenci PZP			
47,52 (5,62)	39,73 (10,80)	12,94	0,0000	0,90

Tabela 4. Wyniki analizy istotności różnic międzygrupowych dotyczących poziomu przekonań z grupy sensowność i wytłumaczalność zdarzeń

Table 4. Results of analysis of the significance of intergroup differences. Assumptions about meaningfulness of the world

Rodzice M (SD)	Pielęgniarki M (SD)	t	p	d
40,59 (7,36)	39,65 (7,68)	NS	NS	0,12
Rodzice	Pacjenci PZP			
40,59 (7,36)	42,52 (7,10)	2,0	0,04	0,27

NS – nieistotne statystycznie

ców dzieci leczących się onkologicznie okazał się niższy niż u rodziców – pielęgniarek i pielęgniarzy, natomiast wyższy niż u pacjentów PZP (tab. 3.). Analiza regresji wykazała, że przynależność do grup tłumaczy 27-procentową zmienność przekonań, $F(1,490) = 188,44$; $p < 0,0000$; $B = 0,52$; $SE B = 0,038$; $R^2 = 0,27$. W tym wypadku efekty różnicy były powyżej średniego i powyżej dużego.

Jeśli chodzi o grupę przekonań dotyczących sensowności i wytłumaczalności zdarzeń zachodzących w życiu człowieka, ich poziom u rodziców dzieci leczących się onkologicznie był nieznacznie wyższy niż w grupie rodziców – pielęgniarek i pielęgniarzy, natomiast zdecydowanie niższy niż u pacjentów PZP (tab. 4.). W tym wypadku analiza regresji wykazała, że przynależność do grup tłumaczy jedynie 2-procentową zmienność poziomu przekonań, $F(1,490) = 12,3$, $p < 0,0004$, $B = 0,15$; $SE B = 0,04$; $R^2 = 0,022$. W wypadku tej grupy przekonań uzyskano małe efekty różnicy.

Dodatkowe związki pomiędzy zmiennymi ujawniła analiza każdego z 8 przekonań. W zdecydowanej większości przekonań ich poziom u rodziców dzieci leczonych onkologicznie był niższy niż u rodziców – pielęgniarek i pielęgniarzy. Jedynie w przypadku przekonań na temat życzliwości świata przyrody oraz przypadkowości zachodzenia zdarzeń grupy te nie różniły się między sobą istotnie. Uzyskane wyniki przedstawiono poniżej.

1. Różnica w poziomie przekonania na temat życzliwości ludzi u rodziców dzieci leczących się onkologicznie i osób z grupy pielęgniarskiej okazała się statystycznie istotna na poziomie $p \leq 0,001$ ($t = 3,31$); $M_{\text{Rodziców}} = 15,52$; $SD_{\text{Rodziców}} = 2,85$; $M_{\text{Pielęgniarek}} = 16,77$; $SD_{\text{Pielęgniarek}} = 3,35$; $d = 0,40$. W przypadku przekonania na temat zdolności człowieka do kontrolowania zdarzeń negatywnych różnica pomiędzy przekonaniami rodziców dzieci leczących się onkologicznie i grupy pielęgniarskiej ujawniła swą istotność na poziomie $p \leq 0,06$ ($t = 1,97$) i wyniosła: $M_{\text{Rodziców}} = 14,54$; $SD_{\text{Rodziców}} = 3,37$; $M_{\text{Pielęgniarek}} = 15,36$; $SD_{\text{Pielęgniarek}} = 3,89$; $d = 0,23$.

2. Poziom przekonania rodziców dzieci leczących się onkologicznie na temat sprawiedliwego rozkładu zdarzeń negatywnych był wyższy niż u osób z grupy pielęgniarskiej, $p \leq 0,013$ ($t = 2,47$), $M_{\text{Rodziców}} = 13,64$; $SD_{\text{Rodziców}} = 4,44$; $M_{\text{Pielęgniarek}} = 12,45$; $SD_{\text{Pielęgniarek}} = 3,95$; $d = 0,28$. Pogłębiona analiza wykazała, że za wspomnianym wynikiem kryją się różnice związane z płcią osób badanych i wynikają z przekonań ojców dzieci leczonych onkologicznie. Jeśli z grupy rodziców dzieci leczących się onkologicznie uwzględnić wyniki jedynie matek, wspomniana różnica nie wystąpiła, a nawet wyniki matek okazały się nieznacznie niższe od pie-

lęgniarek. W przypadku omawianego przekonania zanotowano jego najwyższy poziom u osób z grupy pacjentów PZP.

3. Poziom przekonania na temat poczucia wartości u rodziców dzieci leczących się onkologicznie był niższy niż u osób z grupy pielęgniarskiej na poziomie istotności $p \leq 0,0000$ ($t = 5,23$); $M_{\text{Rodziców}} = 15,72$; $SD_{\text{Rodziców}} = 3,27$; $M_{\text{Pielęgniarek}} = 17,87$; $SD_{\text{Pielęgniarek}} = 3,58$; $d = 0,63$.

4. Poziom przekonania na temat posiadania w życiu szczęścia był u rodziców dzieci leczących się onkologicznie niższy niż u osób z grupy pielęgniarskiej na poziomie istotności $p \leq 0,0000$ ($t = 4,14$); $M_{\text{Rodziców}} = 14,44$; $SD_{\text{Rodziców}} = 3,28$; $M_{\text{Pielęgniarek}} = 16,22$; $SD_{\text{Pielęgniarek}} = 3,80$; $d = 0,50$. W przypadku przekonania dotyczącego zdolności do podejmowania zachowań w celach zabezpieczających różnica pomiędzy poziomem u rodziców dzieci leczących się onkologicznie i osób z grupy pielęgniarskiej okazała się statystycznie istotna na poziomie $p \leq 0,03$ ($t = 2,09$); $M_{\text{Rodziców}} = 17,36$; $SD_{\text{Rodziców}} = 2,85$; $M_{\text{Pielęgniarek}} = 18,15$; $SD_{\text{Pielęgniarek}} = 3,36$; $d = 0,25$. Jeśli chodzi o przekonanie na temat przypadkowości zachodzenia zdarzeń negatywnych, jego poziom okazał się najwyższy u osób z grupy pacjentów PZP ($p \leq 0,008$; $t = 2,66$), innymi słowy osoby z grupy rodziców dzieci leczących się onkologicznie oraz pielęgniarskiej w większym stopniu zgadzały się z przekonaniem, iż w życiu rządzi przypadek.

Poziom przekonań a płeć osób badanych

Poziom wszystkich przekonań w grupie rodziców dzieci leczących się onkologicznie nie różnił się ze względu na płeć, z jednym wspomnianym już wyjątkiem: matki deklarowały niższy poziom przekonania o sprawiedliwości w życiu niż ojcowie (różnica $p \leq 0,000$; $t = 3,80$); $M_{\text{matek}} = 12,11$; $SD_{\text{matek}} = 4,91$; $M_{\text{ojców}} = 15,29$; $SD_{\text{ojców}} = 3,17$; $d = 0,77$.

W grupie pielęgniarskiej również nie zanotowano różnic związanych z płcią, poza dwoma wyjątkami: większym poczuciem sprawiedliwości u mężczyzn ($p \leq 0,02$; $t = 2,24$) oraz większym poczuciem własnej wartości u kobiet ($p \leq 0,01$; $t = 2,58$). Wyników tych nie można jednak uwzględniać ze względu na nieporównywalnie mniejszą liczbę mężczyzn w badanej grupie.

W grupie pacjentów PZP różnica związana z płcią osób badanych dotyczyła poziomu przekonania o możliwości kontrolowania zdarzeń negatywnych drogą własnego zachowania. Przekonanie to było silniejsze u mężczyzn niż u kobiet ($t = 2,5$; $p \leq 0,01$); $M_{\text{mężczyzn}} = 16,12$; $SD_{\text{mężczyzn}} = 4,40$; $M_{\text{kobiet}} = 14,14$; $SD_{\text{kobiet}} = 4,44$; $d = 0,45$.

Poziom przekonań a nasilenie objawów zespołu stresu pourazowego u osób z grupy rodziców dzieci leczących się onkologicznie

Uzyskany w badaniu za pomocą kwestionariusza PTSD-K1 współczynnik α -Cronbacha wyniósł 0,94, co wskazuje na prawidłową rzetelność skali. Średnie nasilenie objawów stresu potraumatycznego w badanej grupie rodziców miało wartość 55,48 pkt (min. = 15, maks. = 95, SD = 18,38). Średnie nasilenie w grupie kobiet było wyższe niż w grupie mężczyzn (odpowiednio: 57,73 vs 53,04), różnica nie okazała się istotna statystycznie. Przyjmując za punkt odcięcia 64 pkt, 41% rodziców dzieci leczonych onkologicznie spełniło kryteria rozpoznania obecności objawów zaburzeń stresowych potraumatycznych.

Tabela 5. Założenia jako predyktory dla rozpoznania objawów klinicznych zespołu stresu pourazowego

Table 5. Assumptions predicting post-traumatic stress symptoms

Predyktor	B	SE B	t	p
samokontrola	0,43**	0,11	3,90	0,0001**
własna wartość	-0,34**	0,11	-3,06	0,002**
sprawiedliwość	-0,19	0,12	-1,53	0,12
nieprzypadkowość ^a	0,14	0,09	1,44	0,15
życzliwość ludzi	-0,21*	0,10	-1,94	0,05*
kontrola	-0,19	0,13	-1,48	0,13

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

^aZarówno w tej tabeli, jak i w tabeli 6. oryginalną nazwę przekonania „przypadkowość” zastąpiono nazwą „nieprzypadkowość”, która lepiej oddaje istotę wspomnianego przekonania oraz ułatwia interpretację wyników

matycznych. Aby określić rolę poziomu posiadanych przekonań w nasileniu objawów stresu potraumatycznego na poziomie kwalifikującym do rozpoznania zaburzeń, przeprowadzono analizę regresji krokowej postępującej, gdzie zmienną zależną było rozpoznanie objawów na poziomie klinicznym, a zmiennymi niezależnymi poziomy każdego z 8 przekonań. Uzyskano wynik wskazujący, że poziom 6 spośród 8 przekonań (bez przekonania o życzliwości świata oraz posiadania w życiu szczęścia) wyjaśnia 20-procentową zmienność zmiennej zależnej; $F(6;93) = 4,03$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,20$. Wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Na podstawie danych zawartych w tabeli 5. należy stwierdzić, że rozpoznaniu klinicznych objawów stresu potraumatycznego sprzyja wysoki poziom przekonania o tym, że człowiek podejmuje trafne działania, przynoszące mu najwięcej dobra, niski poziom przekonania o wartości własnej, niski poziom przekonania na temat sprawiedliwości w życiu, wysoki poziom przekonania na temat nieprzypadkowości zachodzenia negatywnych zdarzeń, niski poziom przekonania dotyczący życzliwości innych ludzi oraz wysoki poziom przekonania na temat możliwości kontrolowania zdarzeń negatywnych drogą podejmowania zachowań zabezpieczających.

Po porównaniu wyników uzyskanych przez rodziców z nasileniem objawów PTSD pozwalającym na rozpoznanie zaburzeń z wynikami rodziców o mniejszym nasileniu okazało się, że ci pierw-

Tabela 6. Poziom przekonań rodziców spełniających kryteria dla rozpoznania objawów stresu potraumatycznego w postaci ostrej w porównaniu z wynikami badań innych autorów oraz wyników osób bez objawów zespołu stresu pourazowego

Table 6. Assumptions level of parents with post-traumatic stress symptoms compared with other researchers data, and persons without post-traumatic stress symptoms

	Rodzice N = 41 M (SD)	Elklit N = 721 M	Ginzburg N = 51 M (SD)*	Foa N = 170 Mdn (SD)	Załuski N = 357 M (SD)
Życzliwość świata	15,29 (3,82) <i>d = 0.70</i>	18,01 (3,95)	16,39 (3,96)	16,00 (4,70)	16,35 (3,75)
Życzliwość ludzi	14,92 (2,69) <i>d = 0.74</i>	17,04 (3,00)	17,04 (3,17)	15,00 (3,79)	16,65 (3,23)
Kontrola zdarzeń negatywnych	14,73 (3,35)	11,65 (3,79)	15,85 (3,59)	14,00 (4,60)	15,23 (3,64)
Sprawiedliwość	13,65 (4,97) <i>d = 0.80</i>	10,31 (3,25)	12,53 (4,25)	13,00 (4,74)	12,54 (3,86)
Nieprzypadkowość	13,07 (3,70) <i>d = 0.84</i>	16,38 (4,17)	16,29 (3,40)	15,00 (4,48)	16,09 (3,91)
Własna wartość	15,00 (3,38)	14,47 (4,52)	19,03 (3,15)	14,00 (5,22)	17,94 (3,60)
Szczęście	13,85 (3,60) <i>d = 0.65</i>	15,10 (4,96)	15,67 (3,27)	15,00 (5,26)	16,38 (3,79)
Samokontrola	18,09 (2,24) <i>d = 0.29</i>	17,98 (3,56)	17,76 (2,59)	17,00 (4,75)	18,00 (3,14)

Czcionką pogrubioną zaznaczono najniższy poziom przekonania wśród pięciu porównywanych grup, kursywą poziom najwyższy.

*W tabeli podano wartości uzyskane podczas pierwszego pomiaru przekonań bezpośrednio po przeżytym zawale mięśnia sercowego. Wartości *d* dotyczą różnic pomiędzy wynikami grupy rodziców a wynikami najwyższymi lub najniższymi w przypadku danego przekonania.

si mają nieznacznie niższy poziom przekonania na temat życzliwości świata przyrody, ludzi oraz wartości własnej, natomiast istotnie wyższy poziom przekonania na temat zdolności do samokontroli (podejmowania działań przynoszących największą dobrą), $p \leq 0,03$; $t = 2,19$; $N_{\text{Rodzice PTSD}} = 41$; $M_{\text{Rodzice PTSD}} = 18,09$; $SD_{\text{Rodzice PTSD}} = 2,24$; $N_{\text{Rodzice bez PTSD}} = 59$; $M_{\text{Rodzice bez PTSD}} = 16,84$; $SD_{\text{Rodzice bez PTSD}} = 3,12$; $d = 0,46$.

W celu oszacowania wielkości wyników uzyskanych w badaniu rodziców dzieci leczących się onkologicznie zestawiono je z pochodzącymi z badań innych autorów. Do porównania wybrano wyniki uzyskane przez Elklit i wsp. [16], z udziałem 721 osób z objawami PTSD po wypadkach komunikacyjnych, w większości z urazami kręgosłupa szyjnego, badania Ginzburg [19] w grupie 51 osób z objawami PTSD po zawale mięśnia sercowego oraz badania Foa i wsp. [18] w grupie 170 osób z rozpoznaniem objawów PTSD po doświadczeniach traumatycznych (w większości wypadki komunikacyjne i przemoc seksualna). Wyniki te porównano z danymi pochodzącymi z badań własnych przeprowadzonych w grupie 357 studentów – osób bez klinicznych objawów PTSD (tab. 6.).

Analizując dane zebrane w tabeli, widać, że badani rodzice w przypadku większości przekonań uzyskali wyniki słabsze zarówno od osób niebędących w chwili badania pod wpływem stresora traumatycznego, jak i osób będących ofiarami zdarzeń traumatycznych w przeszłości. W przypadku przekonania o sprawiedliwości zdarzeń zachodzących na świecie oraz o podejmowaniu zachowań zapobiegawczych rodzice ujawnili przekonania silniejsze od pozostałych grup, także osób niebędących w chwili badania pod wpływem stresora traumatycznego. Przekonania rodziców na temat życzliwości świata przyrody i ludzi były słabsze niż u osób z urazami kręgosłupa i innymi następstwami wypadków komunikacyjnych, osób po zawałach mięśnia sercowego oraz ofiar przemocy seksualnej. Podobnie słabe przekonania rodziców dotyczyły wiary w przypadkowe przyczyny zdarzeń oraz posiadanie w życiu szczęścia.

Wnioski

Badanie potwierdziło przypuszczenie, że traumatyczny stresor, jakim jest zagrażająca życiu choroba dziecka, może mieć odzwierciedlenie w poziomie przekonań rodziców na temat siebie, świata i innych ludzi. Badani rodzice, w porównaniu z rodzicami niebędącymi w chwili badania pod wpływem podobnego stresora, ujawnili niższy poziom przekonań na temat życzliwości innych ludzi, zdolności człowieka do kontrolowania nega-

tywnych zdarzeń, własnej wartości, posiadania w życiu szczęścia oraz zdolności do podejmowania działań służących osiągnięciu własnego dobra, czyli 5 spośród 8 fundamentalnych przekonań człowieka. Brak różnic zanotowano natomiast w przypadku przekonań dotyczących dobroci świata przyrody, przypadkowości zachodzenia zdarzeń oraz wiary w sprawiedliwy świat. Jeśli chodzi o przekonanie na temat sprawiedliwości świata, wyraźnie zaznaczył się wpływ płci: wyższy poziom wspomnianego przekonania charakteryzował mężczyzn. Omawiane różnice należy interpretować jako wyraz działań adaptacyjnych podejmowanych przez rodzica zmagającego się z tak niekorzystnym stresem, jakim jest rozpoznanie choroby nowotworowej własnego dziecka, i specyfiką zmian, jakie wywołuje jego zajęcie w dalszym życiu z chorym dzieckiem. Spadek przekonania na temat życzliwości innych ludzi z jednej strony jest reakcją na uzasadnione lękiem zachowania otoczenia społecznego, z drugiej jednym z wtórnych objawów stresu potraumatycznego [30, 31]. Wiązać się z nimi może nieufność w relacjach społecznych i skłonność do społecznego wycofywania się, prowadzące do zamykania się w gronie najbliższych. Niski poziom przekonania na temat kontroli zdarzeń negatywnych u badanych rodziców współwystępujący z niższym przekonaniem o zdolności do podejmowania działań przynoszących korzyści stwarza miejsce na uwypuklenie wpływu, jaki w procesie wyjaśniania zdarzeń może mieć wiara w cechy charakteru i związane z nią przekonanie o sprawiedliwości świata (dobrym ludziom nie przydarzają się złe rzeczy). W sytuacji psychologicznej, w jakiej znajdują się rodzice leczonych dzieci, cechującej się znacznie ograniczonym wpływem na przebieg procesu leczenia, sposobem zachowania poczucia sensowności i wytłumaczalności zdarzeń jest wiara w to, że świat (Bóg) sprawiedliwie mnie oceni i ochroni przed dalszymi nieszczęściami. Jeśli nieszczęścia nadal się pojawiają w życiu człowieka, ich występowanie może on tłumaczyć posiadanymi wadami. Takiemu wyjaśnieniu sprzyja niski poziom przekonania o własnej wartości, charakterystyczny dla osób będących w podobnych sytuacjach życiowych. Obniżenie poczucia wartości traktuje się jako efekt poszukiwania przyczyn niekorzystnego zdarzenia w sobie samym [32]. Obniżenie poczucia własnej wartości u bliskich osób chorych onkologicznie może się wiązać również z negatywnymi reakcjami społecznymi nacechowanymi lękiem i prowadzącymi do ich pomijania i stygmatyzacji [29]. Należy również przypomnieć, że poczucie własnej wartości korelowało z przekonaniem na temat sensowności i wytłumaczalności zdarzeń oraz życzliwości świata i ludzi. Obniżenie jego poziomu u badanych

rodziców można zatem wiązać z problemami z odnalezieniem sensu oraz ze wspomnianymi wcześniej reakcjami otoczenia społecznego. Problemy adaptacyjne były najbardziej widoczne u rodziców dzieci leczonych onkologicznie, u których nasilenie objawów potraumatycznych było najwyższe. Osoby te cechowały się wyższym od pozostałych rodziców poziomem przekonania o tym, że podejmują działania przynoszące im najwięcej dobra, oraz wiarą w możliwość kontrolowania zdarzeń negatywnych, a jednocześnie niższym przekonaniem na temat własnej wartości. Obecność objawów można rozumieć jako koszty ponoszone przez człowieka starającego się odzyskać poczucie kontroli i wpływu na przebieg zdarzenia znajdującego się w dużej mierze poza jego kontrolą. Podobny wynik uzyskał Ginzburg w badaniach przeprowadzonych wśród osób po zawale mięśnia sercowego [19]. W badaniach pacjentów z nasilonymi objawami PTSD w trzech odcinkach czasowych obok spadku poczucia wartości własnej rozpoznał skłonność do spostrzegania zachodzących zdarzeń jako bardziej przypadkowych oraz zmniejszenie się poczucia szczęścia w życiu. Wspomniane zmiany okazały się bardziej związane z obecnością objawów stresu potraumatycznego niż z samym faktem zajścia zdarzenia.

Przekonanie na temat posiadania w życiu szczęścia należy wiązać z wiarą w przypadkowość zdarzeń. Rodzice zadeklarowali niski poziom przekonania o szczęściu w życiu, a jednocześnie wyższy poziom wiary w to, że zdarzenia w ich życiu zachodzą w sposób nieprzypadkowy. Zdaniem Janoff-Bulman podobne myślenie jest adaptacyjne, gdyż pozwala na uruchomienie działań kontrolnych i zapobiegawczych [15]. Jeśli więc człowiek wierzy w sprawiedliwy świat, podejmuje działania zapobiegawcze, to mając informacje o ograniczonej kontroli nad zachodzącymi zdarzeniami, przekonanie, iż nie ma w życiu szczęścia, pozwala mu zachować poczucie sensowności i wytłumaczalności zdarzeń.

Chociaż nie był znany poziom przekonania rodziców przed zachorowaniem dziecka, a tym samym kierunek oraz rozmiar ewentualnej zmiany wywołanej chorobą, uzyskane wyniki można tłumaczyć w związku z działającym stresorem zgodnie z postawioną na wstępie hipotezą. Porównując dane uzyskane od rodziców dzieci leczonych onkologicznie z otrzymanymi od rodziców – pielęgniarek i pielęgniarzy, przypomnieć należy, że są to osoby, które w swej pracy zawodowej często znajdują się w sytuacjach analogicznych do tej, z którą przyszło zmagać się rodzicom. I choć leczą osoby obce, to zjawisko empatii i identyfikacji z pacjentem może je narażać na podobne doświadczenia. W badaniach przeprowadzonych wśród 250 polskich pielęgni-

rek i ratowników medycznych 32,4% osób zgłosiło wystąpienie zdarzenia traumatyzującego w pracy zawodowej, natomiast 67,6% w życiu pozazawodowym [33]. W przebiegu życia zawodowego pielęgniarki i pielęgniarze, pracujący w obliczu szeregu sytuacji zagrożenia życia i zdrowia pacjentów, musieli dostosować posiadany system przekonań do realiów pracy. Mimo iż nie w każdym wypadku udaje się uratować życie ludzkie, ich przekonania pozwalają jak najlepiej wyjaśniać przyczyny zachodzących zdarzeń. Stąd najwyższy w porównaniu z pozostałymi grupami poziom wiary w życzliwość świata przyrody i ludzi, w zdolność do kontrolowania negatywnych zdarzeń, szczęście w życiu, zdolność do podejmowania zachowań przynoszących najwięcej dobra, a mniejsza wiara w rolę cech osobowych i sprawiedliwość świata oraz relatywnie większe przekonanie, że w życiu rządzi przypadek. W tym ostatnim wypadku uważa się, iż człowiek stykający się przez długi czas z traumatyzującymi zdarzeniami lepiej się adaptuje, jeśli w obliczu braku obiektywnej kontroli wobec zdarzeń niepewnych bardziej liczy na los i przypadek [34].

Biorąc pod uwagę, że poziom przekonań oddaje poziom zmian adaptacyjnych, jakie zachodzą u człowieka w zetknięciu ze zdarzeniem sprzecznym z potrzebami i oczekiwaniami wobec życia, warto pamiętać, że działanie stresora traumatycznego nie można uznać za wystarczający powód zmiany przekonań. Należy wspomnieć o roli, jaką w procesie adaptacji człowieka do zdarzeń traumatyzujących odgrywa jego wcześniejsze doświadczenie mające swoje odbicie w posiadanych przekonaniach. Fakt ten, zauważony przez Ednę Foa, znalazł potwierdzenie m.in. w badaniach przekonania matek dzieci po przeszczepie szpiku kostnego [34]. We wnioskach autorzy zauważyli, iż poziom przekonań zależał nie tyle od samego zdarzenia, ile od dotychczasowych doświadczeń traumatycznych, a zwłaszcza od tego, czy zakończyły się one sukcesem. Wcześniejsze doświadczenia okazały się bardziej kształtować przekonania niż medyczne ryzyko związane z aktualną sytuacją. Do podobnych wniosków doszli autorzy badań, którymi objęto 42 dorosłe osoby owdowiałe w okresie 2 lat przed badaniem [35]. Osoby owdowiałe o silniejszych negatywnych przekonaniach miały wyższe nasilenie objawów dystresu w stosunku do nieowdowiałych badanych o podobnie negatywnych przekonaniach. Zdaniem autorów posiadanie negatywnych przekonań może być czynnikiem rodzącym problemy adaptacyjne w przypadku niekorzystnych zdarzeń.

Choć celem badań opisanych w artykule było oszacowanie poziomu przekonań u rodziców dzieci leczonych onkologicznie, płynące z nich wnioski dotyczą przebiegu procesu adaptacji człowieka do

następstw zdarzenia traumatyzującego oraz podejmowanych przez niego działań zaradczych. Z badań innych autorów wiadomo, że matki z wyższym poziomem własnej wartości i przekonaniem o życzliwości świata przyrody oraz ludzi lepiej funkcjonują psychicznie i fizycznie w trakcie leczenia dziecka, uczestniczą w aktywnościach społecznych i deklarują lepsze samopoczucie psychiczne [34]. We wnioskach płynących z longitudinalnych badań 574 dorosłych ofiar tsunami Nygaard i Heir zanotowali, że zmiany fundamentalnych przekonań w dużym stopniu oddziałują na poziom jakości życia. Osoby o słabnącej wierze w sprawiedliwy świat cechowały gorsze wskaźniki jakości życia oraz więcej objawów stresu potraumatycznego, podobnie jak osoby ze słabnącą wiarą w sensowność i wytłumaczalność zdarzeń [36].

Wydaje się, iż teoria rozbitych założeń Ronnie Janoff-Bulman stwarza dobre tło dla obserwacji wysiłku adaptacyjnego podejmowanego przez rodziców dzieci leczonych onkologicznie. Okres, jaki upłynął od momentu postawienia diagnozy do chwili badania, u większości rodziców wynosił ok. 6 miesięcy. Można więc sądzić, że uzyskane wyniki wskazują raczej na utrwaloną postawę niż chwilowy stan. Teoria ta ukazuje wzajemne związki pomiędzy przekonaniem, co pozwala zrozumieć podstawowe kierunki myślenia człowieka służące do wyjaśniania zdarzeń i ich przełożenie na doświadczane emocje i zachowanie. Pozwala także potraktować objawy jako świadectwo trudności człowieka w trakcie adaptacyjnej zmiany przekonań. Wiedza ta ma praktyczne przełożenie na formę pomocy psychologicznej. Działania interwencyjne powinny być przede wszystkim skierowane do osób ujawniających oznaki największych problemów adaptacyjnych (problemów w wymiarze: dotychczasowe przekonania – nowe fakty) oraz tych, u których adaptacja wiąże się z generowaniem nowych problemów i objawów. Zdaniem Brewina i Holmes [37] wartość teorii Ronnie Janoff-Bulman zawiera się w zwróceniu uwagi na występowanie wspólnych dla wszystkich ludzi zmian w obszarze schematów poznawczych, akcentowaniu roli społecznego i interpersonalnego kontekstu w ułatwianiu lub blokowaniu procesów zmiany oraz uwzględnianiu możliwości pozytywnego przeformułowania zdarzenia i następującego po nim rozwoju potraumatycznego.

Na zakończenie należy zwrócić uwagę na szereg ograniczeń w przeprowadzonych badaniach, które wpłynęły na uzyskane wyniki. Pierwszym było skupienie się wyłącznie na ocenie poziomu przekonań bez podjęcia próby uchwycenia ich zmian w stosunku do poziomu z okresu poprzedzającego rozpoznanie choroby, kolejnych etapów leczenia, aż do

chwili, gdy terapia zmierzała ku końcowi lub się zakończyła. Niekontrolowanie wpływu wcześniejszych doświadczeń życiowych badanych rodziców uniemożliwiło wyraźne określenie siły związku pomiędzy deklarowanym poziomem przekonań a faktem choroby dziecka i przebiegiem jego leczenia. W przypadku zakończenia terapii stan zdrowia dziecka oraz stopień ryzyka nawrotu choroby może również kształtować poziom przekonań u jego rodziców. Kolejną zmienną nieuwzględnioną w badaniach był status socjoekonomiczny oraz wiek uczestników. Istnieją dane wskazujące, że np. poziom przekonań na temat życzliwości świata może wzrastać wraz z dobrostanem człowieka ocenianym na kolejnych etapach jego życia [38]. Status socjoekonomiczny i dobrostan człowieka mogą w znacznym stopniu tłumaczyć poziom przekonań u badanych pacjentów PZP, ale także rodziców leczonych dzieci, szczególnie jeśli choroba i wielomiesięczne leczenie są wyzwaniem dla budżetu rodziny. Nieuwzględnienie wspomnianych zmiennych mogło wpłynąć na wielkość wyników, które były stosunkowo niskie. W ocenie stanu zdrowia psychicznego skupiono się wyłącznie na objawach stresu potraumatycznego, pomijając spadek i wahania nastroju oraz objawy somatyczne. Z punktu widzenia aplikacji teorii rozbitych założeń do praktyki pomocy psychologicznej rodzicom dzieci leczonych onkologicznie istotną wskazówką dla przyszłych badań jest pomiar przekonań w obrębie par rodzicielskich. Łatwiej wówczas dostrzec rozbieżności w przekonaniach obojga rodziców oraz efekt wzajemnego wzmacniania się przekonań, co staje się szczególnie ważne, jeśli występuje w przypadku przekonań nieadaptacyjnych [39].

Należy również zwrócić uwagę na fakt, że teoria rozbitych założeń Janoff-Bulman, od chwili powstania w 1989 r. do dzisiaj, jest przedmiotem ciągłych badań naukowych poświęconych sprawdzaniu słuszności przyjętych założeń, poprawności w wyjaśnianiu opisanych za jej pomocą zjawisk, użyteczności w zastosowaniach klinicznych oraz ocenie własności psychometrycznym Skali Założeń Wobec Świata [16, 40].

Piśmiennictwo

1. Popiel A, Pragłowska E. Psychopatologia reakcji na traumatyczne wydarzenia. W: Strelau J, Zawadzki B, Karczmarek M (red.). Konsekwencje psychiczne traumy. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009; 34-59.
2. Zawadzki B, Strelau J. Zaburzenia potraumatyczne jako następstwo kataklizmu. Nauka 2008; 2: 47-55.
3. Wilson J, Keane T. Assessing Psychological Trauma and PTSD. The Guilford Press, New York 2004; 452-455.
4. Baran J. Zastosowanie koncepcji stresu traumatycznego w badaniach dzieci z chorobami nowotworowymi i ich rodziców. Psychoonkologia 2009; 1-2: 28-32.

5. de Walden-Gatuszko K. Psychologiczne następstwa leczenia chorych na nowotwory. *Okol Pol* 1998; 3-4: 149-152.
6. Mishra SK, Mohapatra PK, Bhattacharya K i wsp. Prevalence of psychiatric disorder in asymptomatic or minimally symptomatic cancer patients on treatment. *J Cancer Res Ther* 2006; 2-3: 136-139.
7. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J i wsp. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-757.
8. Stuber M, Meeske K, Gonzales S i wsp. Posttraumatic stress after childhood cancer: I. The role of appraisal. *Psychooncology* 1994; 3: 305-312.
9. Kübler-Ross E. Dzieci i śmierć. Jak dzieci i ich rodzice radzą sobie ze śmiercią. Media Rodzina, Warszawa 2007.
10. Pöder U, Ljungman G, von Essen L. Posttraumatic stress disorder among parents of children on cancer treatment: a longitudinal study. *Psychooncology* 2008; 17: 430-437.
11. Taïeb O, Moro MR, Baubet T i wsp. Posttraumatic stress symptoms after childhood cancer. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003; 12: 255-264.
12. Chojnacka-Szałowska G. Kryzys w chorobie nowotworowej i sposoby jego przezwyciężania. W: de Walden-Gatuszko K (red.). *Psychooncologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*, Kraków 2000; 55-70.
13. Kubacka-Jasiecka D. Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010; 188-198.
14. Bulman RJ, Wortman CB. Attributions of blame and coping in the "real world". Severe accident victims react to their lot. *J Pers Soc Psychol* 1977; 35: 351-363.
15. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition* 1989; 7: 113-136.
16. Elklit A, Shevlin M, Solomon Z i wsp. Factor structure and concurrent validity of the world assumptions scale. *J Trauma Stress* 2007; 20: 291-301.
17. Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. The Free Press, New York 1992.
18. Foa E, Ehlers A, Clark D i wsp. The posttraumatic Cognition Inventory (PTCI): Development and Validation. *Psychol Asses* 1999; 11: 303-324.
19. Ginzburg K. PTSD and world assumptions following myocardial infarction: a longitudinal study. *Am J Orthopsychiatry* 2004; 74: 286-292.
20. Matthews L, Martwi S. Examining the assumptive world views of parents bereaved by accident, murder, and illness. *Omega* 2004; 48: 115-136.
21. Janoff-Bulman R. Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events: Coping processes and outcomes. In: Snyder CR (red.). *Coping: The psychology of what works*. Oxford University Press, New York 1999; 305-322.
22. Janoff-Bulman R, Frantz CM. The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In: Power M, Brewin C (ed.). *The transformation of meaning in psychological therapies: Integrating theory and practice*. Wiley, New York 1997; 91-106.
23. Nolen-Hoeksema S, Davis CG. Positive responses to loss: perceiving benefits and growth. In: Snyder CR, Lopez S (red.). *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press, New York 2002; 598-607.
24. Park CL, Ai Al. Meaning making and growth: new directions for research on survivors of trauma. *J Loss Trauma* 2006; 11: 389-407.
25. Engelkemeyer SM, Marwit SJ. Posttraumatic growth in bereaved parents. *J Trauma Stress* 2008; 21: 344-346.
26. Załuski M. Pozytywne następstwa zdarzeń skrajnie urazowych. *Zeszyty Interwencji Kryzysowej* 2007; 9: 132-143.
27. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010; 7: 129-142.
28. Sumalla EC, Ochoa C, Blanco I. Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion? *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 24-33.
29. Zawadzki B, Strelau J, Oniszczenko W, Sobolewski A, Bieniek A. Diagnostyka zespołu stresu pourazowego: charakterystyka psychometryczna wersji czynnikowej i wersji klinicznej kwestionariusza PTSD. W: Strelau J (red.). *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004; 220-237.
30. Widera A. Psychologiczne aspekty pacjenta z chorobą nowotworową. W: Będkowska-Korpała B, Gierowski JK. *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007; 67-82.
31. Lis-Turlejska M. Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2002; 53-54.
32. Tedeschi R, Calhoun L. *Trauma and transformation. Growing in the aftermath of suffering*. Sage. Thousand Oaks, Londyn, New Delhi 1995; 16-19.
33. Załuski M. Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych i objawów pourazowych oraz objawów rozwoju po urazie w grupie pielęgniarek i ratowników medycznych. Doniesienie z badań. W: Wybrane determinanty pielęgniarstwa. Cz. I. Wysokiński M, Sienkiewicz Z, Fidecki W (red.). *Wydawnictwo Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*, Warszawa 2010; 119-128.
34. Rini C, Manne S, DuHamel KN i wsp. Changes in mothers' basic beliefs following a child's bone marrow transplantation: the role of prior trauma and negative life events. *J Trauma Stress* 2004; 17: 325-333.
35. Currier J, Holland J, Niemeyer R. Assumptive worldviews and problematic reactions to bereavement. *J Loss Trauma* 2009; 14: 181-195.
36. Nygaard E, Heir T. World assumptions, posttraumatic stress and quality of life after a natural disaster: a longitudinal study. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10: 76.
37. Brewin CR, Holmes EA. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 2003; 23: 339-376.
38. Poulin M, Cohen Silver R. World benevolence beliefs and well-being across the life span. *Psychol Aging* 2008; 23: 13-23.
39. Monson CM, Gradus JL, La Bash HA i wsp. The role of couples' interacting world assumptions and relationship adjustment in women's postdisaster PTSD symptoms. *J Trauma Stress* 2009; 22: 276-281.
40. Kaler ME, Frazier PA, Anders SL i wsp. Assessing the psychometric properties of the World Assumptions Scale. *J Trauma Stress* 2008; 21: 326-332.