

Zasoby osobiste – prężność i nadzieja – a elastyczność w radzeniu sobie: moderująca rola poczucia stresu

Personal resources – resiliency and hope – and coping flexibility among oncological patients: moderating role of the sense of stress

Małgorzata A. Basińska¹, Michalina Sołtys¹, Sara Peplińska¹,
Bożena Kawiecka-Dziembowska², Joanna Kwiatkowska¹, Agata Borzyszkowska¹

¹Institut Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

²Centrum Onkologii im. prof. Łukaszczyka w Bydgoszczy

Psychoonkologia 2017, 21 (3): 100–112

DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2017.77298>

Adres do korespondencji:

Agata Borzyszkowska
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego
ul. Leopolda Staffa 1
85-867 Bydgoszcz
e-mail: borzyszkowska.agata@gmail.com

Streszczenie

Wprowadzenie: Elastyczność w radzeniu sobie ze stresem odgrywa istotną rolę w adaptacji do zmieniających się warunków sytuacyjnych w grupie osób zmagających się z zaburzeniami psychicznymi i somatycznymi. Jednak w kulturze zachodniej elastyczność w radzeniu sobie stanowi niezwykle rzadki przedmiot badań.

Cel pracy: Ocena znaczenia zasobów osobistych (prężności i nadziei) dla natężenia elastyczności w radzeniu ze stresem sobie w grupie osób chorych onkologicznie z uwzględnieniem moderującej funkcji poczucia stresu.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono w grupie 65 osób (40 kobiet, 25 mężczyzn) leczonych z powodu różnych typów nowotworu. W badaniu wykorzystano następujące metody: Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25), Kwestionariusz Nadziei na Sukces (KNS), Skalę Elastycznego Radzenia Sobie ze Stresem (SERSS) i Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS).

Wyniki i wnioski: Wyniki analizy regresji hierarchicznej wykazały, że poczucie stresu nie jest moderatorem między prężnością a elastycznością w radzeniu sobie. Napięcie emocjonalne pełniło rolę moderatora pomiędzy umiejętnością znajdowania rozwiązań, siłą woli i ogólnym wynikiem nadziei a elastycznością w radzeniu sobie ze stresem. Wykazano silny pozytywny związek między nadzieją a elastycznością w radzeniu sobie ze stresem w grupie osób o niższym napięciu emocjonalnym. Rezultaty badań sugerują, że wyższy poziom emocjonalnego napięcia utrudnia korzystanie z zasobów osobistych w elastycznym radzeniu sobie ze stresem wśród pacjentów onkologicznych. To wskazuje na istotną rolę interwencji psychologicznych mających na celu redukcję emocjonalnego napięcia, by umożliwić pacjentom wykorzystanie ich zasobów osobistych.

Abstract

Introduction: The coping flexibility plays a crucial role in adapting to changing conditions of a situation in group of people struggling with mental and somatic health problems. In Western culture, the coping flexibility is a rare subject of research.

Aim of the study: The purpose of the research was assessment of the role of personal resources for extension of coping flexibility in group of oncologically ill, including the moderating function of sense of stress.

Material and methods: The study was conducted on a group of 65 people (40 women, 25 men) on treatment because of various types of cancer. The following methods were used in the study: Resiliency Scale, Adult Hope Scale, Coping Flexibility Scale and Sense of Stress Questionnaire.

Results and conclusions: The results of hierarchical regression analysis showed that sense of stress is not a moderator between resiliency and coping flexibility. The emotional tension significantly moderated relation between Pathways and

Agency subscale and general result in hope and coping flexibility. More in-depth research, indicated strong positive relationship between hope and coping flexibility in the group of people with lower emotional tension. The results of the study suggest, that high level of emotional tension impedes using personal resources in coping flexibility in oncologically ill patients. This proves an important role of psychological interventions, aimed at reduction of emotional tension to enable patients using personal resources.

Słowa kluczowe: nadzieja, zasoby osobiste, prężność, elastyczność w radzeniu sobie ze stresem.

Key words: hope, personal resources, resiliency, coping flexibility.

Wprowadzenie

Choroba nowotworowa bywa opisywana jako sytuacja przełomowa i zakłócająca dotychczasowe życie chorego [1–3]. Dlatego jej diagnoza to wysoce stresujące wydarzenie mające różny przebieg u każdego chorego. Ponadto każdemu z etapów przebiegu choroby, do których zalicza się podejrzenie choroby, badania diagnostyczne, potwierdzenie choroby, leczenie, pobyt w szpitalu, okres po leczeniu, towarzyszy duży poziom stresu psychicznego [1–3]. Wystąpienie choroby onkologicznej wymaga uruchomienia nowych sposobów zaradczych. Pacjenci różnie radzą sobie z sytuacją choroby. Niewielu z nich udaje się zachować psychiczną równowagę. U większości spotyka się objawy stresu emocjonalnego w postaci lęku, depresji i gniewu [2]. Wielu pacjentom towarzyszą również objawy fizyczne będące skutkiem choroby, jak również jej leczenia, wielu zmagają się z lękiem i obawami wynikającymi z postępu choroby lub groźby śmierci. Sposoby, jakie obierają chorzy w radzeniu sobie z chorobą, mają istotne znaczenie dla przystosowania się do zaistniałej sytuacji [4], wpływają na jakość życia związaną ze stanem zdrowia, a w szczególności na stan psychiczny i nastrój [2, 5, 6].

W transakcyjnym modelu stresu i radzenia sobie Richard Lazarus i Susane Folkman [7] podkreślają znaczenie oceny stresu i możliwości poradzenia sobie z nim dla przystosowania do choroby [8, 9]. Według nich sposób myślenia człowieka, jego odczucia oraz działania, które podejmuje, wynikają z interakcji pomiędzy obiektywnymi właściwościami sytuacji a cechami jednostki. W sytuacjach stresowych następuje konfrontowanie zdarzenia z wartościami, przekonaniem i umiejętnościami jednostki. Efektem konfrontacji jest interpretacja sytuacji, która jest podstawą dla przeżywanego przez jednostkę emocji. Na podstawie aktywności poznawczej i związanej z nią emocjonalności dochodzi do oceny poznawczej zdarzenia. Lazarus i Folkman [10] wyróżnili trzy jej rodzaje: ocenę pierwotną, ocenę wtórną i ponowną ocenę. Ocena pierwotna to proces, w którym oceniane jest znaczenie, jakie ma kon-

kretna sytuacja dla własnej pozycji: bez znaczenia, sprzyjająco-pozytywna lub stresująca – krzywda lub strata, zagrożenie i wyzwanie. Zdolność rozróżnienia szkody, zagrożenia bądź wyzwania ma duże znaczenie, gdyż każda z tych ocen poznawczych inaczej wpływa nie tylko na proces radzenia sobie oraz skuteczność działań zaradczych, lecz także na odporność psychiczną i zdrowie fizyczne. W myśl założeń Lazarusa [7] stres psychologiczny odnosi się do wymagań, jakie stoją przed jednostką, które w jej ocenie wyczerpują albo przekraczają posiadane zasoby – zarówno te wewnętrzne, jak i zewnętrzne. Pierwotna ocena stanowi o intensywności oraz typie reakcji emocjonalnej na jakiegokolwiek zdarzenie. Ocena sprzyjająco-pozytywna warunkuje reakcję emocjonalną o znaku dodatnim, a każda pozostała powoduje emocje o znaku ujemnym, takie jak lęk, złość, zazdrość, wstręt itp.

Ocena wtórna wg teorii transakcyjnej stresu stanowi ważny element procesu adaptacyjnego, podczas którego świadomie i rozmyślnie lub też nieświadomie i automatycznie podejmowana zostaje decyzja o tym, jak postąpić w określonej sytuacji, jak sobie z nią poradzić [7].

Trzeci rodzaj oceny poznawczej w sytuacji stresowej jest często pomijany w opracowaniach na temat stresu – jest to tzw. ponowna ocena (*reappraisal*), następująca po ocenie wtórnej. Odnosi się ona do oceny formułowanej na podstawie informacji płynących ze środowiska, a także pochodzących z własnych reakcji jednostki po zastosowaniu strategii radzenia sobie ze stresem. Jeśli wybrana na etapie oceny wtórnej strategia okazała się nieskuteczna, to na etapie oceny ponownej jednostka ma możliwość korekty zastosowanego sposobu radzenia sobie i wybrania innej drogi rozwiązania zaistniałej sytuacji stresującej. Jeśli strategia radzenia sobie była odpowiednia i skuteczna, w trakcie ponownej oceny transakcja przestaje być już oceniana jako stresująca. Ważną cechą oceny ponownej jest zdolność jednostki do porzucenia wcześniejszych, nieskutecznych działań zaradczych na rzecz innych i osiągnięcie sukcesu w postaci poradzenia sobie ze stresem [10].

Elastyczność radzenia sobie ze stresem i jej znaczenie dla funkcjonowania w chorobie

Proces radzenia sobie ze stresem rozumiany jest jako aktywność podejmowana przez jednostkę w reakcji na doświadczaną sytuację trudną w celu zmiany sytuacji stresowej oraz poprawy nieprzyjemnego stanu emocjonalnego [11]. Można stosować różne strategie umożliwiające osiągnięcie celów podczas podejmowania prób radzenia sobie – zorientowane na problem i na emocje. Ich skuteczność zależy m.in. od elastyczności w ich stosowaniu. Im bogatszy repertuar czynności zaradczych ma dana osoba i im umiejętniej dopasowuje je do zmieniających się sytuacji, tym lepiej sobie radzi, ponieważ jej zachowanie nacechowane jest elastycznością [12, 13]. Pojęcie elastyczności zachowań zaradczych zmienia rozumienie zjawiska, jakim jest radzenie sobie. Analizy strategii i stylów radzenia sobie zostają poszerzone o analizę skuteczności zastosowanych zachowań zaradczych. Taki pomiar wydaje się bardziej adekwatny i wartościowy poznawczo [14].

Elastyczne radzenie sobie ze stresem może być ujmowane w różnych aspektach. Może być traktowane jako repertuar dostępnych jednostce strategii radzenia sobie lub ujmowane jako zmienność międzysytuacyjna, która dotyczy umiejętności korzystania z różnych strategii w zależności od specyficznych warunków. Wreszcie elastyczne radzenie sobie ze stresem polega na wybraniu odpowiedniej strategii radzenia sobie w zależności od jej dotychczasowej efektywności, co tym samym ułatwia przystosowanie się [9, 14].

Tsukasa Kato [14] ujmuje elastyczne radzenie sobie ze stresem jako zdolność do zaprzestania stosowania nieefektywnych strategii radzenia sobie i jako zdolność do generowania nowych alternatywnych strategii. W tym ujęciu istotne są dwa procesy: zdolność do ewaluacji stosowanego radzenia sobie oraz umiejętności adaptacji nowych sposobów radzenia sobie w sytuacji stresowej. Uznanie radzenia sobie za nieskuteczne prowadzi do przerywania stosowania danej strategii radzenia sobie. Z kolei adaptacyjne radzenie sobie polega na rozważaniu i wdrażaniu alternatywnej metody działania. Osoby cechujące się zdolnością do krytycznej oceny stosowanych strategii zaradczych i zaprzestania ich stosowania oraz do poszukiwania alternatywnych rozwiązań wg Kato cechują się elastycznością [14]. Jednak nie wszystkie jednostki są zdolne do takich działań. Niektóre osoby mają trudność z porzuceniem dotychczasowych sposobów radzenia sobie, są sztywne w swoim działaniu [9].

Rozpoznanie choroby nowotworowej jest szczególnie trudną – bardzo trudną i stresującą. Zma-

ganie się z nią wymaga od osoby wiele wysiłku w poszukiwaniu sposobów radzenia sobie. Wydaje się, że w tym przypadku szczególnie istotne jest posiadanie szerokiego repertuaru strategii radzenia sobie i łatwość w podejmowaniu decyzji o porzuceniu nieefektywnych sposobów na rzecz poszukiwania bardziej skutecznych alternatyw [15].

Rodzaj podejmowanych czynności zaradczych ma wpływ na szersze funkcjonowanie osoby chorej. Wyniki badań wskazują że osoby, które charakteryzują się elastycznością podczas radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, są mniej depresyjne [16] i cieszą się lepszym zdrowiem psychicznym [17]. Prezentowana przez jednostkę elastyczność psychiczna wiąże się z wyższymi osiągnięciami i koreluje negatywnie z poczuciem wyobcowania [18].

Dotychczasowe wyniki badań potwierdzają, że chorzy onkologicznie potrafiący reagować elastycznie w zaistniałej sytuacji cechują się wyższą jakością życia [5]. Elastyczność w postępowaniu pomaga im także rozwiązywać trudności pojawiające się jako konsekwencje choroby i jej leczenia [19], a tym samym chroni przed wystąpieniem innych zaburzeń [20]. Zdolność do zachowania elastyczności może być szczególnie ważną umiejętnością w stawianiu czoła wyzwaniom związanym z tą chorobą [4]. Zwłaszcza że osoby bardziej elastyczne w radzeniu sobie częściej koncentrują się na zadaniu i częściej wybierają aktywne strategie rozwiązywania trudności [21].

Badania Cecili Cheng i wsp. [5] wskazują, że pacjenci chorzy na raka układu pokarmowego, którzy cechowali się elastycznością zachowań i pozostawali aktywni, mieli większą świadomość własnej zdolności do kontrolowania różnych aspektów leczenia i lepsze samopoczucie.

Podsumowując, radzenie sobie ze stresem to podejmowanie różnorodnych działań mających zwalczyć zagrożenie. Mnogość strategii radzenia sobie zwiększa prawdopodobieństwo osiągnięcia celu. W przypadku radzenia sobie z diagnozą choroby nowotworowej oraz jej leczeniem pacjenci mogą wykorzystywać wiele zasobów wewnętrznych i zewnętrznych. Radzenie sobie z tą sytuacją może w sposób pośredni i bezpośredni przyczynić się do poprawy stanu zdrowia [22]. W podjęciu bardziej konstruktywnego działania pomagają chorzym ich zasoby [23].

Rola zasobów psychicznych: prężności i nadziei, w funkcjonowaniu w chorobie

Stevan Hobfoll [23] zasobami nazywa rzeczy, które są cenione przez ludzi. Zalicza do nich nie tylko przedmioty, lecz także pewne warunki, cechy osobowości jednostki czy pokłady energii, któ-

re mogą w sposób bezpośredni lub pośredni okazać się potrzebne do przetrwania lub mogą służyć do zdobycia innych zasobów, które przyczynią się do przetrwania jednostki.

Zasoby osobiste i społeczne ułatwiają przystosowanie się do krytycznych wydarzeń życiowych, a ponadto zwiększają skuteczność radzenia sobie z sytuacjami stresowymi. Dodatkowo pełnią istotną funkcję w radzeniu sobie z traumą i umożliwiają tym samym adaptację do nowych sytuacji [12, 24]. Chorym onkologicznie pomagają w zmniejszeniu dystresu [25] oraz przyczyniają się do utrzymania życia, gdyż np. wysokie poczucie koherencji wiązało się z mniejszą śmiertelnością [26]. Zasoby osobiste mogą także sprzyjać występowaniu zmian wzrostowych po doznaniu traumy (*posttraumatic growth*) prowadzących do pozytywnych zmian m.in. w postrzeganiu siebie, w relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej [27].

Pacjenci poddani chemioterapii cechujący się większym optymizmem oraz poczuciem skuteczności doświadczali mniej zaburzeń nastroju, byli mniej unikający, mieli bardziej pozytywną ocenę swojej choroby [28]. Chorzy onkologicznie po zabiegu chirurgicznym szybciej wracali do zdrowia, gdy charakteryzowali się większym poczuciem skuteczności i otrzymywali więcej wsparcia społecznego [29]. W grupie kobiet z rakiem piersi poczucie własnej skuteczności w radzeniu sobie z chorobą było moderatorem między stresem a jakością życia [30].

W tej grupie chorych także różne aspekty życia religijnego pełniły funkcję zasobów. Można do nich zaliczyć tzw. pozytywne religijne radzenie sobie czy stopień organizacji religijności. Redukcja negatywnego religijnego radzenia sobie sprzyjała obniżeniu psychologicznego dystresu w grupie chorych na raka [31]. Szczególnie istotną rolę odgrywała religijność i/lub duchowość u osób, dla których wiara okazała się ważnym aspektem życia, dlatego istotne jest, by personel leczący umiał identyfikować takie jednostki i wspierać ich przekonania w celu zapewnienia kompleksowej opieki [32]. Duże badania z udziałem chorych onkologicznie pokazały, że wewnętrzna religijność (*intrinsic religiousness*) i kontrola związana z religijnym radzeniem sobie są powiązane z różnymi wymiarami ich dobrego samopoczucia [33].

Dotychczasowe wyniki badań dotyczące związku między elastycznym radzeniem sobie ze stresem a zasobami osobistymi nie są zbyt bogate. Bardziej elastyczne w radzeniu sobie ze stresem okazały się te osoby zdrowe, które miały więcej zasobów: prężność i nadzieję [34]. Badania osób chorych przewlekłe potwierdziły, że bardziej elastyczni byli chorzy o wyższym poczuciu koherencji i większej duchowości [35].

Podsumowując, należy podkreślić, że transakcyjny model stresu i radzenia sobie wskazuje na rolę oceny stresu w przystosowaniu do choroby. Ocena poznawcza doświadczanych zdarzeń wraz z zasobami osobistymi mają istotne znaczenie w przystosowaniu się do sytuacji choroby onkologicznej [8].

Cel badań i problemy badawcze

Za cel badań postawiono sobie, po pierwsze, określenie charakteru relacji między elastycznym radzeniem sobie ze stresem a zasobami osobistymi – prężnością i nadzieją – wśród pacjentów chorych onkologicznie oraz sprawdzenie, czy poczucie stresu modyfikuje ten związek. Po drugie, autorów niniejszej pracy interesowało, czy wiek oraz czas trwania choroby modyfikują relację między elastycznym radzeniem sobie ze stresem a zasobami badanych. Sformułowano zatem następujące pytania badawcze:

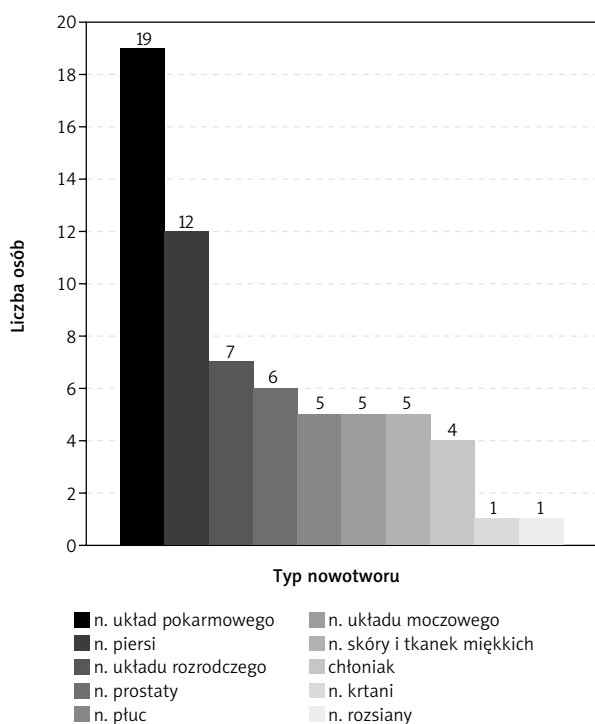
1. Czy zasoby osobiste – prężność i nadzieja – ujawniają pozytywny związek z elastycznym radzeniem sobie ze stresem wśród osób chorych onkologicznie?
2. Czy poczucie stresu pełni funkcję moderatora między zasobami osobistymi a elastycznym radzeniem sobie ze stresem wśród osób chorych onkologicznie?
3. Czy wiek i czas trwania choroby badanych modyfikują relację między ich zasobami osobistymi a elastycznym radzeniem sobie?

Material i metody

Osoby badane i procedura badawcza

W badaniach wzięło udział łącznie 69 pacjentów przebywających w szpitalu. Badanie przeprowadzono indywidualnie, z poszanowaniem zasad etyki, a na jego wykonanie uzyskano zgodę komisji bioetycznej. Kryterium włączenia stanowiła diagnoza lekarska choroby nowotworowej oraz pełnoletniość chorego. Na podstawie wyników miar koncentracji i asymetrii rozkładu z dalszych analiz wykluczono 4 przypadki. W ostatecznych analizach uwzględniono wyniki 40 kobiet (62%) oraz 25 mężczyzn (38%) w wieku 26–82 lat ($M = 62,06$, $SD = 11,38$).

Czas trwania leczenia był zróżnicowany, wynosił od 1 miesiąca do 18 lat, średnio 2 lata. W badanej próbie 24 pacjentów (37%) przechodziło aktualnie nawrót choroby. Grupa badanych była heteronomiczna pod względem rozpoznania. Dziewiętnaście osób (29%) chorowało z powodu różnych postaci nowotworów układu pokarmo-



Rycina 1. Rozpoznania nowotworów w badanej próbie pacjentów onkologicznych ($n = 65$)

Figure 1. Diagnosis of tumors in the examined sample of oncological patients ($n = 65$)

wego. Dwanaście kobiet (18%) miało nowotwór piersi, a 7 (11%) różnego typu nowotwory układu rozrodczego. U 6 mężczyzn (9%) zdiagnozowano nowotwór prostaty. Nowotwory układu moczowego, nowotwór płuc oraz nowotwory skóry i tkanek miękkich miało odpowiednio po 5 osób (8%). U 4 osób (6%) rozpoznano chłoniaka, a u 1 (1,5%) nowotwór krtani. U 1 z osób badanych (1,5%) wystąpiła rozsiana postać nowotworu (ryc. 1).

Pod względem charakterystyki społeczno-demograficznej – zdecydowana większość badanych pozostawała w związku małżeńskim ($n = 43$; 66%) lub była owdowiała ($n = 11$; 17%). Pięć osób (8%) było rozwiedzionych, 4 samotne (6%), a pojedyncze osoby pozostawały w separacji lub w związku nieformalnym ($n = 2$; 3%). W badanej próbie pacjentów najliczniej reprezentowana była podgrupa osób z wykształceniem zawodowym ($n = 29$; 45%) oraz średnim ($n = 17$; 26%). Dziesięć osób (15%) miało wykształcenie wyższe, a 9 – podstawowe (14%). Badana grupa była zróżnicowana pod względem sytuacji zawodowej. Ponad połowa badanych ($n = 33$; 51%) była na emeryturze. Szesnaście osób (25%) pozostawało na rencie, a 14 (21%) pracowało zawodowo. Jedynie 2 pacjentów (3%) było bezrobotnych.

Analizy statystyczne

Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą programu statystycznego Statistica 12. Zastosowano statystyki opisowe oraz miary asymetrii i koncentracji rozkładu w celu scharakteryzowania grupy badanej i doboru adekwatnych testów statystycznych na właściwym etapie analiz. Aby udzielić odpowiedzi na postawione pytania badawcze, posłużono się odpowiednio: korelacją Pearsona, wieloraką analizę regresji liniowej oraz hierarchiczną analizą regresji liniowej.

Narzędzia badawcze

Zastosowano następujące narzędzia badawcze: Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25) Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego [12], Kwestionariusz Nadziei na Sukces (KNS) w polskiej adaptacji Łaguny, Trzebińskiego i Zięby [36], Skalę Elastycznego Radzenia Sobie ze Stresem (SERSS) Kato w polskiej adaptacji Basińskiej i wsp. [37] oraz Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) Płopy i Markowskiego [38]. Krótkie charakterystyki tych narzędzi przedstawiono poniżej.

Skala Pomiaru Prężności (SPP-25) przeznaczona jest do pomiaru prężności jako właściwości osobowości (*resiliency*). Składa się z 25 twierdzeń, do których badani ustosunkowują się za pomocą 5-stopniowej skali Likerta. SPP-25 tworzy 5 czynników: wytrwałość i determinacja w działaniu, otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji, tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania oraz optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach. Skala cechuje się satysfakcjonującymi właściwościami psychometrycznymi – współczynniki rzetelności α Cronbacha dla podskal wynosiły 0,67–0,75, a dla wyniku ogólnego współczynnik osiągnął wartość 0,89 [12]. W badaniach pacjentów onkologicznych rzetelność dla części podskal była obniżona – oscylowała między 0,64 a 0,74, a dla całej skali współczynnik α Cronbacha osiągnął wartość 0,91.

Kwestionariusz Nadziei na Sukces (KNS) składa się z dwóch podskal mierzących przekonanie o silnej woli oraz umiejętności znajdowania rozwiązań. Kwestionariusz zbudowany jest z 12 twierdzeń (w tym 8 diagnostycznych), do których badani ustosunkowują się na 8-stopniowej skali typu Likerta. Rzetelność polskiej wersji skali mierzona współczynnikiem α Cronbacha wyniosła 0,82 [36]. W badaniach własnych współczynniki rzetelności wyniosły odpowiednio 0,87 oraz 0,78 dla siły woli i umiejętności znajdowania rozwiązań, a dla wyniku ogólnego 0,87.

Skala Elastycznego Radzenia Sobie ze Stresem (SERSS) zbudowana jest z 10 twierdzeń, do których badani ustosunkowują się, zaznaczając jedną z czterech możliwych odpowiedzi: 0 – zawsze dotyczy, 1 – często dotyczy, 2 – czasami dotyczy, 3 – nigdy nie dotyczy. Skala w wersji oryginalnej mierzy dwa aspekty zdolności do elastycznego radzenia sobie: ewaluację radzenia sobie oraz adaptacyjne radzenie sobie. W polskich badaniach zaleca się posługiwanie się wynikiem ogólnym [39]. W badanej próbie pacjentów onkologicznych współczynnik α Cronbacha osiągnął wartość 0,81.

Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) przeznaczony jest do pomiaru struktury doznań stresowych i jest zbudowany z 27 twierdzeń ocenianych z wykorzystaniem pięciostopniowej skali. Współczynniki zgodności wewnętrznej dla 3 wymiarów (napięcie emocjonalne, stres zewnętrzny, stres intrapsychiczny) zawierały się w granicach 0,70–0,81 [38]. Wśród pacjentów onkologicznych współczynniki α Cronbacha dla podskal wynosiły 0,70–0,71.

Wyniki

Analiza danych przeprowadzona na poziomie statystyk opisowych (tabela 1) wykazała, że w badanej próbie pacjentów onkologicznych średni wynik prężności ($M = 78,43$, $SD = 12,93$) odpowiadał 7. stenowi. Średnie wartości dla wyniku ogólnego nadziei wraz z podskalami odpowiadały natomiast 6. stenowi. Pod względem struktury stresu w badanej grupie średnio najbardziej intensywnym komponentem stresu okazało się napię-

cie emocjonalne ($M = 20,65$, $SD = 6,32$). W najniższym stopniu badani odczuwali stres zewnętrzny ($M = 16,06$, $SD = 5,36$). Wartości skośności i kurtozy dla większości analizowanych zmiennych nieprzekraczające wartości bezwzględnej 1 świadczą o rozkładach zbliżonych do normalnego i uprawniają do stosowania testów parametrycznych [40].

Zasoby osobiste a elastyczne radzenie sobie ze stresem wśród pacjentów onkologicznych

W celu udzielenia odpowiedzi na pierwsze postawione pytanie badawcze przeprowadzono korelację Pearsona, której wyniki zaprezentowano w tabeli 2. Wykazano, że prężność wraz z wszystkimi podwymiarami (poza wytrzymałością i determinacją w działaniu) pozytywnie, lecz w umiarkowanym stopniu korelują z elastycznością w radzeniu sobie ze stresem w badanej grupie osób chorych onkologicznie. Niską pozytywną, istotną statystycznie zależność odnotowano również między nadzieją a elastycznością w stosowaniu środków zaradczych.

Otrzymany w drugim kroku model wielorakiej regresji liniowej (z zastosowaniem metody postępującej) okazał się istotny statystycznie ($F(2,62) = 5,81$; $p < 0,005$). Jednak wyróżnione predyktory: otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru ($B = 0,25$; $p = 0,138$) oraz tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania ($B = 0,18$; $p = 0,264$) nie pozwalały istotnie wyjaśnić zmienności elastyczności w radzeniu sobie ze stresem badanych.

Tabela 1. Statystyki opisowe analizowanych zmiennych ($n = 65$)

Table 1. Descriptive statistics of analyzed variables ($n = 65$)

Zmienne	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Maks.	SKE	<i>K</i>
wytrwałość i determinacja w działaniu	16,42	2,79	8	20	-0,96	0,74
otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	16,72	2,86	8	20	-1,03	0,93
kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	15,42	3,18	6	20	-0,81	0,59
tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	15,23	3,32	6	20	-0,63	0,33
optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	14,65	3,15	5	20	-0,36	0,45
prężność – wynik ogólny	78,43	12,93	37	100	-0,66	0,79
siła woli	23,92	4,93	9	32	-0,83	0,71
umiejętność znajdowania rozwiązań	25,51	3,94	16	32	-0,31	-0,09
nadzieja – wynik ogólny	49,43	7,96	32	64	-0,39	-0,32
napięcie emocjonalne	20,65	6,32	7	33	-0,15	-0,80
stres zewnętrzny	16,06	5,36	7	31	0,58	0,25
stres intrapsychiczny	18,12	5,77	8	34	0,42	-0,12
poczucie stresu – wynik ogólny	54,83	14,83	25	90	0,11	-0,38
elastyczne radzenie sobie ze stresem	13,46	5,65	0	27	-0,19	0,02

Tabela 2. Związek osobistych zasobów (prężności, nadziei) z elastycznym radzeniem sobie ze stresem wśród pacjentów onkologicznych ($n = 65$)

Table 2. The relationship between personal resources (resiliency, hope) and coping flexibility among oncological patients ($n = 65$)

Zasoby osobiste	Elastyczne radzenie sobie	
	<i>r</i>	<i>p</i>
wytrwałość i determinacja w działaniu	0,17	0,176
otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	0,38	0,002
kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	0,32	0,009
tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	0,36	0,004
optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	0,35	0,004
prężność – wynik ogólny	0,38	0,002
siła woli	0,22	0,079
umiejętność znajdowania rozwiązań	0,24	0,059
nadzieja – wynik ogólny	0,25	0,042

Wyniki przeprowadzonych analiz pozwalają na udzielenie twierdzącej odpowiedzi na pierwsze z pytań badawczych. Uzyskane rezultaty wskazują jednak na ograniczenia – prężność i nadzieja pojedynczo ujawniają niski lub umiarkowany związek z elastycznością radzenia sobie wśród pacjentów.

Zasoby osobiste a elastyczność w radzeniu sobie w zależności od poczucia stresu osób badanych

W kolejnym kroku w celu sprawdzenia, czy relacje między zasobami pacjentów chorych onkologicznie a ich elastycznością w radzeniu sobie są modyfikowane przez ich subiektywną ocenę stresu, przeprowadzono serię 36 hierarchicznych analiz regresji liniowych. Przed przystąpieniem do zasadniczych analiz dokonano centracji ilościowych zmiennych niezależnych i moderatorów poprzez odjęcie wartości średnich od wyników otrzymanych, a także utworzono dla nich czynniki interakcyjne (zasób \times wymiar poczucia stresu) [40]. Ze względu na obszerność przeprowadzonych analiz, a także mając na względzie przejrzystość prezentowanych w artykule rezultatów badań, poniżej ograniczono się do przedstawienia wyników istotnych statystycznie.

Wykazano, że jedynie poziom subiektywnie doświadczanego przez pacjentów napięcia emocjonalnego stanowi istotny moderator między ich nadzieją (i jej podwymiarami) a elastycznością stosowanych środków zaradczych. Wyniki analiz zaprezentowano w tabelach 3–5.

Model z uwzględnieniem czynnika interakcyjnego pomiędzy napięciem emocjonalnym i przekonaniem o sile woli okazał się istotny statystycznie ($F(3,61) = 2,94$; $p = 0,04$) i tłumaczył 13% zmienności elastycznego radzenia sobie ze stresem. Zmiana współczynnika determinacji po wprowadzeniu

moderatora wyniosła 7% i była istotna statystycznie ($p = 0,036$).

Istotny efekt moderacji w predykcji elastyczności stosowanych przez pacjentów środków zaradczych odnotowano również pomiędzy umiejętnością znajdowania rozwiązań a napięciem emocjonalnym ($F(3,61) = 3,07$; $p = 0,034$; $B = -0,26$; $p = 0,036$). Model z uwzględnieniem czynnika interakcyjnego tłumaczył 12% wariacji elastycznego radzenia sobie.

Napięcie emocjonalne okazało się pełnić również rolę moderatora pomiędzy wynikiem ogólnym nadziei a elastycznością w radzeniu sobie pacjentów onkologicznych ($F(3,61) = 3,17$; $p = 0,030$; $B = -0,25$; $p = 0,037$). Wprowadzenie do modelu regresji czynnika interakcyjnego pozwoliło istotnie w większym stopniu przewidywać elastyczność radzenia sobie ze stresem ($\Delta R^2 = 0,07$; $p = 0,037$).

W celu sprawdzenia specyfiki moderacji przeprowadzono prostą analizę regresji liniowej z podziałem na dwie podgrupy: osób o niższym ($n = 29$) oraz wyższym ($n = 36$) napięciu emocjonalnym. Podziału badanych dokonano na podstawie średniej ($M = 20,65$) i mediany ($Me = 21,00$).

Jak wskazują wyniki analiz zaprezentowane w tabeli 6, w grupie osób o niższym napięciu emocjonalnym konsekwentnie ujawniała się silna lub umiarkowana pozytywna zależność między poziomem przejawianej nadziei a elastycznością radzenia sobie. W grupie pacjentów onkologicznych doświadczających silniejszego napięcia emocjonalnego nie odnotowano istotnego związku między nadzieją (i jej wymiarami) a elastycznością w stosowaniu środków zaradczych.

Poszerzone analizy ujawniły natomiast, że napięcie emocjonalne pacjentów nie było różnicowane przez nawrót choroby ($t = -0,42$; $p = 0,673$), jednak w grupie osób o wyższym napięciu emocjonalnym, odsetek osób doświadczających nawrotu

Tabela 3. Moderacyjna rola napięcia emocjonalnego w związku pomiędzy siłą woli a elastycznym radzeniem sobie osób badanych – wyniki hierarchicznej analizy regresji w drugim kroku ($n = 65$)*Table 3.* The moderating role of emotional tension in relationship between agency and coping flexibility among participants – results of hierarchical regression analysis in second step ($n = 65$)

Predyktory	Współczynniki standaryzowane		Współczynniki niestandaryzowane		<i>t</i>	<i>p</i>	popr. R^2
	β	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>			
napięcie emocjonalne	-0,07	0,135	-0,07	0,121	-0,54	0,590	0,06
siła woli	0,27	0,141	0,31	0,162	1,89	0,063	
interakcja	-0,27	0,127	-0,04	0,020	-2,15	0,036	0,13

 $\Delta R^2 = 0,07$; $p = 0,036$ **Tabela 4.** Moderacyjna rola napięcia emocjonalnego w związku pomiędzy umiejętnością znajdowania rozwiązań a elastycznym radzeniem sobie osób badanych – wyniki hierarchicznej analizy regresji w drugim kroku ($n = 65$)*Table 4.* The moderating role of emotional tension in relationship between pathways and coping flexibility among participants – results of hierarchical regression analysis in second step ($n = 65$)

Predyktory	Współczynniki standaryzowane		Współczynniki niestandaryzowane		<i>t</i>	<i>p</i>	popr. R^2
	β	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>			
napięcie emocjonalne	-0,08	0,135	-0,07	0,121	-0,55	0,587	0,06
umiejętność znajdowania rozwiązań	0,21	0,135	0,30	0,193	1,55	0,127	
interakcja	-0,26	0,120	-0,06	0,028	-2,15	0,036	0,12

 $\Delta R^2 = 0,06$; $p = 0,046$ **Tabela 5.** Moderacyjna rola napięcia emocjonalnego w związku pomiędzy nadzieją a elastycznym radzeniem sobie osób badanych – wyniki hierarchicznej analizy regresji w drugim kroku ($n = 65$)*Table 5.* The moderating role of emotional tension in relationship between hope and coping flexibility among participants – results of hierarchical regression analysis in second step ($n = 65$)

Predyktory	Współczynniki standaryzowane		Współczynniki niestandaryzowane		<i>t</i>	<i>p</i>	popr. R^2
	β	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>			
napięcie emocjonalne	-0,061	0,138	-0,05	0,124	-0,44	0,660	0,07
nadzieja – wynik ogólny	0,241	0,138	0,17	0,098	1,74	0,086	
interakcja	-0,256	0,120	-0,03	0,012	-2,13	0,037	0,14

 $\Delta R^2 = 0,07$; $p = 0,037$

choroby był wyższy (41%) niż w grupie o niższym emocjonalnym napięciu (31%).

Rezultaty przeprowadzonych analiz pozwalają częściowo udzielić twierdzącej odpowiedzi na drugie pytanie badawcze – poczucie stresu pełni funkcję moderatora między nadzieją a elastycznym radzeniem sobie, lecz nie moderuje związku między prężnością a elastycznością stosowanych środków zaradczych.

Zasoby osobiste a elastyczne radzenie sobie ze stresem: moderacyjna rola wieku i czasu trwania choroby

W ostatnim etapie przeprowadzono serię 18 hierarchicznych analiz regresji w celu ustalenia, czy wiek pacjentów oraz czas trwania choroby modyfikują związek między zasobami osobistymi a elastycznością radzenia sobie.

Rezultaty przeprowadzonych analiz wykazały, że zarówno wiek badanych, jak i czas trwania choroby nie stanowią istotnych moderatorów między analizowanymi zmiennymi. W tabeli 7 w syntetycznej formie przedstawiono wartości współczynników β dla efektów interakcyjnych wraz z parametrami modeli regresji.

Otrzymane wyniki analiz wskazują, że zarówno wiek, jak i czas trwania choroby nie modyfikują relacji między zasobami osobistymi pacjentów onkologicznych a ich elastycznym radzeniem sobie ze stresem choroby, co wiąże się z udzieleniem negatywnej odpowiedzi na trzecie z postawionych pytań badawczych.

Dyskusja

Pacjenci chorzy onkologicznie bardzo często doświadczają objawów stresu emocjonalnego w po-

Tabela 6. Relacje pomiędzy nadzieją (i jej podwymiarami) a elastycznym radzeniem sobie wśród osób o niższym i wyższym napięciu emocjonalnym

Table 6. The relationship between hope (and its dimensions) and coping flexibility in group with lower and higher emotional tension

Zmienne	Osoby o niższym napięciu emocjonalnym (n = 29)			Osoby o wyższym napięciu emocjonalnym (n = 36)		
	popr. R ²	B	p	popr. R ²	B	p
siła woli	0,27	0,55	0,002	< 0,01	-0,02	0,891
umiejętność znajdowania rozwiązań	0,13	0,41	0,029	< 0,01	0,05	0,761
nadzieja – wynik ogólny	0,22	0,50	0,006	< 0,01	0,01	0,961

Tabela 7. Efekty moderacji między zasobami (prężnością, nadzieją) a elastycznym radzeniem sobie wraz z parametrami modeli regresji wśród pacjentów onkologicznych

Table 7. The moderation effects between resources (resiliency, hope) and coping flexibility (and parameters of regression models) among oncological patients

Zasoby osobiste	Moderator: wiek				Moderator: czas trwania choroby			
	Parametry modelu		B	p	Parametry modelu		B	p
	F/p	popr. R ²			F	popr. R ²		
wytrwałość i determinacja w działaniu	5,09 p < 0,009	< 0,001	-0,02	0,885	0,77 p < 0,518	<0,001	-0,01	0,969
otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	3,34 p < 0,025	0,10	-0,01	0,925	3,74 p < 0,016	0,11	0,11	0,378
kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	2,38 p < 0,078	0,06	-0,05	0,679	3,24 p < 0,028	0,10	0,21	0,155
tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	3,13 p < 0,031	0,09	0,08	0,509	3,04 p < 0,036	0,09	-0,04	0,795
optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	3,16 p < 0,030	0,09	0,10	0,433	3,00 p < 0,037	0,09	-0,02	0,866
prężność – wynik ogólny	3,35 p < 0,025	0,10	-0,01	0,942	3,52 p < 0,020	0,11	0,04	0,733
siła woli	1,10 p < 0,355	< 0,01	-0,04	0,769	1,32 p < 0,278	0,02	0,04	0,770
umiejętność znajdowania rozwiązań	1,32 p < 0,276	0,01	-0,06	0,626	1,37 p < 0,260	0,02	0,03	0,845
nadzieja – wynik ogólny	1,46 p < 0,233	0,02	-0,05	0,725	1,67 p < 0,186	0,03	-0,03	0,829

staci symptomów lęku, depresji i gniewu [2], który wynika zarówno ze specyfiki samej choroby, jak i przebiegu jej leczenia. Ze względu na duże obciążenie fizyczne i emocjonalne będące konsekwencją wystąpienia ciężkiej, a często nieuleczalnej choroby pacjent doznaje straty. Aby przystosować się do zaistniałej sytuacji, konieczne jest zaangażowanie posiadanych zasobów w proces radzenia sobie [4]. Zasobami tymi, zgodnie z ujęciem Hobfolla [23], mogą być nie tylko przedmioty, lecz także pewne warunki, cechy osobowości jednostki czy pokłady energii, które bezpośrednio sprzyjają przetrwaniu lub służą do zdobycia innych, specyficznych zasobów, przyczyniając się pośrednio do adaptacji jednostki.

W tym kontekście elastyczność w radzeniu sobie ze stresem wydaje się pożądaną właściwością wśród pacjentów onkologicznych m.in. ze względu na znaczną dynamikę zmian w ich stanie zdrowia, wynikającą z przebiegu choroby i jej leczenia. Dotychczasowe wyniki badań wsparły hipotezę,

że charakter podejmowanych działań zaradczych pozostaje w związku z pozostałymi aspektami funkcjonowania chorego, w tym z mniej nasilonymi objawami depresji [14, 41], ogólnie lepszym stanem zdrowia psychicznego [17], a także dobrym samopoczuciem [5]. W efekcie chorzy cechują się wyższą jakością życia [5] i łatwiej rozwiązują trudności pojawiające się w konsekwencji choroby i jej leczenia [4, 19], co wtórnie chroni przed wystąpieniem innych zaburzeń [20].

W badaniach własnych pacjenci w zakresie elastyczności radzenia sobie uzyskali średni wynik na poziomie 13,46 (SD = 5,65) punktu, należący do najwyższych w stosunku do wcześniej przeprowadzonych w Polsce badań¹. Wartość ta jest znacznie niższa od uzyskanej w próbie japońskich

¹ Studenci kierunków artystycznych (M = 13,26; SD = 4,41); policjanci (M = 13,18; SD = 4,84); chorzy przewlekłe (M = 12,59; SD = 4,45) – materiał niepublikowany.

studentów – 17,39 [14] czy dorosłych Hindusów – 18,45 [42]. Podkreślenia wymaga jednak fakt, że prowadzone dotychczas w Polsce badania (mimo dokonanej przez autorów adaptacji narzędzia do pomiaru elastycznego radzenia sobie) nie miały charakteru międzykulturowego². W związku z powyższym zaobserwowane różnice nie mogą być podstawą wnioskowania [43, 44], stanowią natomiast cenne źródło hipotez. Analizując wynik ogólny, należy pamiętać, że ustosunkowanie się do dwóch ważnych procesów omawianych przez Kato, czyli ewaluacji radzenia sobie oraz adaptacyjności w radzeniu sobie, jest ograniczone. Możemy jednak stwierdzić, że badani chorzy onkologicznie cechują się umiarkowaną zdolnością do krytycznej oceny stosowanych strategii zaradczych i zaprzestania ich stosowania oraz do poszukiwania alternatywnych rozwiązań [14]. Niektóre osoby mogą natomiast przejawiać trudność z porzuceniem dotychczasowych sposobów radzenia sobie i są sztywne w swoim działaniu [9].

Jednym z celów prezentowanych badań było sprawdzenie, czy chorzy, którzy posiadają więcej zasobów (są bardziej prężni i cechują się większą nadzieją) są także bardziej elastyczni w radzeniu sobie. Wykazano, że elastyczność w radzeniu sobie ze stresem osób chorych onkologicznie koreluje pozytywnie w umiarkowanym stopniu z prężnością wraz ze wszystkimi podwymiarami (poza wytrwałością i determinacją w działaniu) oraz dodatkowo na niskim poziomie z nadzieją. Wynik ten sugeruje, że posiadanie zasobów osobistych może promować elastyczność w radzeniu sobie, jednak rola tych zasobów jest zróżnicowana. Znaczenie prężności, która oznacza zdolność do poradzenia sobie w sytuacjach trudnych i odnosi się do zbioru takich cech, jak pomysłowość, zaradność, stanowczość [45], jest zdecydowanie większe niż nadziei, która jest rozumiana jako oczekiwanie pozytywnych rezultatów własnych działań [36]. Być może perspektywa czasowa ma kluczowe znaczenie w zrozumieniu ujawnionych zależności. Prężność dotyczy właściwości, która ujawnia się tu i teraz, w zaistniałej sytuacji problemowej, zaś nadzieja odnosi się do przyszłości, wiąże się z oczekiwaniem, że kiedyś będzie dobrze. W tym kontekście silniejszy związek prężności z elastycznością w radzeniu sobie, która wymaga bieżącej, ponownej oceny własnych strategii zaradczych oraz wdrażania nowych działań natychmiast po zauważeniu ich nieefektywności, jest bardziej zrozumiałą [10, 14].

² Testowano ekwiwalencję pomiarową na poziomie strukturalnym, nie zaś na wszystkich trzech poziomach wymaganych w badaniach międzykulturowych.

Warto zwrócić uwagę na samo znaczenie konstruktyw. Osoby o wysokim poziomie silnej woli (wymiaru nadziei) są przekonane, że potrafią podjąć niezbędne działania oraz że nic ich nie powstrzyma [46, 47]. Ten element uzyskuje szczególne znaczenie, gdy jednostka napotyka przeszkody i trudności, ponieważ zapewnia niezbędną motywację do działania [46]. Jednak wydaje się, że może także przyczyniać się do usztywnienia i pewnej niemożności odstąpienia od stosowanego sposobu radzenia sobie. Podobnie rezultaty badań prowadzonych wśród policjantów ujawniły brak związku między wymiarem nadziei – siłą woli – a elastycznością w radzeniu sobie [48]. Powyższą interpretację wydają się również wspierać założenia teoretyczne poczynione w kontekście efektywności transakcji stresowej. Podkreśla się, że jednym z kluczowych aspektów adaptacyjności radzenia sobie jest umiejętność ponownej oceny sytuacji stresowej (*reappraisal*), która następuje po ocenie wtórnej, a która jest rzadko ujmowana w badaniach nad stresem. Odnosi się do oceny formułowanej na podstawie informacji napływających ze środowiska, a także pochodzących z reakcji jednostki po wdrożeniu określonych strategii zaradczych. Ważnym aspektem oceny ponownej jest zdolność jednostki do porzucenia wcześniejszych, nieskutecznych technik radzenia sobie na rzecz innych, które będą sprzyjać osiągnięciu sukcesu w postaci poradzenia sobie ze stresem [10].

W tym kontekście również brak istotnej korelacji między wymiarem prężności – wytrwałością i determinacją w działaniu – a elastycznością w radzeniu sobie wydaje się uzasadniony. Nadmierny upór w działaniu i niepoddawanie się mogą utrudniać bycie elastycznym, które wymaga gotowości do rezygnacji z przyjętego rozwiązania sytuacji stresowej, wówczas gdy okazało się ono nieskuteczne. Pozostałe wymiary prężności – otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji, tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania oraz optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach – pozostawały w prostej zależności z elastycznością w radzeniu sobie ze stresem.

Charakter zależności pomiędzy posiadanymi zasobami osobistymi pacjentów onkologicznych a ich elastycznością w radzeniu sobie dokładniej tłumaczą wyniki pogłębionych analiz przeprowadzonych z uwzględnieniem poczucia stresu jako moderatora. Rezultaty naszych badań wykazały, że żaden z wymiarów poczucia stresu – napięcie emocjonalne, stres zewnętrzny oraz stres intrapsychiczny – nie modyfikował relacji między pręż-

nością i jej wymiarami a elastycznością w radzeniu sobie. Tym samym możliwy jest do utrzymania wniosków o występowaniu prostej zależności między prężnością rozumianą jako właściwość osobowości a elastycznością radzenia sobie.

Przeciwnie, wyniki pozostałych analiz dobitnie pokazują, że percepcja stresu, w szczególności odczuwane napięcie emocjonalne, pełni istotną funkcję jako czynnik moderujący relację między nadzieją (wraz z jej wymiarami) a elastycznością w radzeniu sobie. Jedynie w grupie osób przejawiających mniejsze napięcie emocjonalne nadzieja rozumiana jako oczekiwanie pozytywnych rezultatów własnych działań [47] ujawniła związek z elastycznością. Z kolei w grupie pacjentów onkologicznych doświadczających silniejszego napięcia emocjonalnego nie odnotowano istotnego związku między nadzieją (i jej wymiarami) a elastycznością w stosowaniu środków zaradczych. Wyniki te sugerują, że silne napięcie emocjonalne nie sprzyja formułowaniu optymistycznej wizji przyszłości [49], zwrotnie zaś utrudnia elastyczne radzenie sobie ze stresem. Uzyskane rezultaty są spójne z transakcyjnym modelem stresu i radzenia, który wskazuje na podstawową funkcję oceny stresu w przystosowaniu do sytuacji trudnej [10], a także wynikami badań Ruth Curtis i wsp. [8] wskazującymi na znaczenie poznawczej oceny doświadczanych zdarzeń wraz z zasobami osobistymi dla przystosowania się do zaistniałej sytuacji choroby onkologicznej.

Konsekwentnie, w myśl założenia Lazarusa [7], który stres psychologiczny odnosił do wymagań, jakie stoją przed jednostką, a które w jej ocenie wyczerpują lub przekraczają posiadane zasoby wewnętrzne i zewnętrzne, sprawdzono, czy obiektywny wskaźnik zdrowia, jakim jest nawrót choroby nowotworowej, różnicuje poziom doświadczanego przez pacjentów napięcia emocjonalnego. Wbrew oczekiwaniom wyniki przeprowadzonych analiz ujawniły, że napięcie emocjonalne osób badanych nie było różnicowane przez nawrót choroby. W kontekście wyżej omówionych rezultatów badań sugerowałoby to, że subiektywna percepcja sytuacji choroby, nie zaś jej obiektywne warunki, jest bardziej istotna dla umiejętności wykorzystania zasobów osobistych (nadziei) sprzyjających elastycznemu radzeniu sobie ze stresem wśród pacjentów.

Interpretację tę wydają się wspierać rezultaty analiz autorów niniejszej pracy, których przedmiotem była ocena moderacyjnej roli wieku oraz czasu trwania choroby między analizowanymi zmiennymi. Zarówno etap życia, jak i długość trwania choroby nie modyfikowały relacji między zasobami osobistymi (prężnością, nadzieją) pacjentów onkologicznych a elastycznością stosowanych środków zaradczych.

Wnioski

Podsumowując wyniki niniejszych badań, należy podkreślić, że rola prężności oraz nadziei jako zasobów osobistych w badanej próbie pacjentów jest zróżnicowana, a potencjalny mechanizm kształtowania elastyczności w radzeniu sobie ze stresem choroby jest odmienny w przypadku obu zasobów. Prężność pozostaje w prostym związku z większą elastycznością w radzeniu sobie ze stresem niezależnie od uwzględnionych w badaniu moderatorów. Z kolei relacja między nadzieją a elastycznością w radzeniu sobie nie ma prostego charakteru – nadzieja wraz z podwymiarami stanowi istotny zasób jedynie wśród osób charakteryzujących się niższym napięciem emocjonalnym, a nawrót choroby nie różnicuje poczucia stresu. Wskazuje to na podstawowe znaczenie subiektywnej oceny sytuacji dokonywanej przez pacjentów dla ich adaptacji do choroby.

Wnioski płynące z badań zawierają ważne implikacje kliniczne, istotne z perspektywy oddziaływań psychologicznych adresowanych do grupy pacjentów onkologicznych. Zasobem jednoznacznie związanym z elastycznością stosowanych środków zaradczych, którego rozwój warto wspierać niezależnie od poziomu doświadczanego poczucia stresu, wieku pacjenta czy czasu trwania choroby nowotworowej, jest prężność. Szczególnie kształtowanie postawy otwartości na nowe doświadczenia, postrzegania życia jako wyzwania, jak również zdolność do doświadczania obok przykrych stanów emocjonalnych – wpisanych niewątpliwie w sytuację choroby przewlekłej – także emocji pozytywnych mogą zapewnić lepszą adaptację do choroby [12, 45, 50]. Drugi ważny aspekt stanowi podtrzymanie w pacjentach nadziei, dzięki której mogliby łatwiej przystosować się do sytuacji zagrażającej życiu choroby przewlekłej. W tym celu w pierwszym rzędzie niezbędne wydaje się obniżenie napięcia emocjonalnego chorych m.in. w rozmowie z psychologiem czy poprzez zastosowanie technik relaksacji. Zwrotnie redukcja napięcia emocjonalnego może pozwolić na wdrożenie technik restrukturyzacji poznawczej [51], ukształtowanie bardziej optymistycznej wizji przyszłości i elastyczne radzenie sobie.

Oświadczenie

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Izdebski P. Funkcjonowanie osób z chorobą nowotworową po chemioterapii. Wydawnictwo WSP, Bydgoszcz 1998.
2. Juczyński Z. Psychoonkologia jako dziedzina badań i praktyki klinicznej. *Psychoonkologia* 2002; 3: 71-75.

3. De Walden-Głuszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
4. Spendelov JS, Eli Joubert H, Lee H i wsp. Coping and adjustment in men with prostate cancer: a systematic review of qualitative studies. *J Cancer Surviv* 2018; 12: 155-168.
5. Cheng C, Chan NY, Chio JH i wsp. Being active or flexible? Role of control coping on quality of life among patients with gastrointestinal cancer. *Psychooncology* 2012, 21: 211-218.
6. Nipp RD, Greer JA, El-Jawahri A i wsp. Coping and Prognostic Awareness in Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol* 2017; 35: 2551-2557.
7. Lazarus RS. Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne* 1986; 3-4: 2-39.
8. Curtis R, Groarke A, McSharry J, Kerin M. Experience of breast cancer: burden, benefit, or both? *Cancer Nurs* 2014; 37: E21-30.
9. Kato T. *The Dual-Process Theory: New Approach to Coping Flexibility*. W: *Coping flexibility with stress in health and in disease*. Basińska MA (red.). Wydawnictwo UKW, Bydgoszcz 2015.
10. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York 1984.
11. Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
12. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Skala pomiaru prężności – SPP-25. *Nowiny Psychologiczne* 2008; 3: 39-56.
13. Cheng C. Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings: A multimethod approach. *J Pers Soc Psychol* 2001; 80: 814-833.
14. Kato T. Development of the Coping Flexibility Scale: Evidence for the coping flexibility hypothesis. *J Couns Psychol* 2012; 59: 262-273.
15. Lelonek B, Cieślak A, Kamusińska E. Problematyka stresu w chorobie nowotworowej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013; 21: 128-136.
16. Kato T. The relationship between flexibility of coping to stress and depression. *Shinrigaku Kenkyu* 2001; 72: 57-63.
17. Megumi S, Eiichi K. Coping flexibility and stress responses during a teacher training practicum. *Jpn J Health Psychol* 2011; 24: 34-44.
18. Lester N, Smart L, Baum A. Measuring coping flexibility. *Psychology and Health* 1994; 9: 409-424.
19. Reese JB, Keefe FJ, Somers TJ i wsp. Coping with sexual concerns after cancer: the use of flexible coping. *Support Care Cancer* 2010; 18: 785-800.
20. Kirsh KL, McGrew JH, Passik SD. Difficulties in screening for adjustment disorder, Part II: An attempt to develop a novel self-report screening instrument in cancer patients undergoing bone marrow transplantation. *Palliat Support Care* 2004; 2: 33-41.
21. Stęпка-Tykwińska E. Styles and strategies of coping with stress and flexibility coping among a group of students. W: *Coping flexibility with stress in health and in disease*. Elastyczne radzenie sobie ze stresem w zdrowiu i w chorobie. Basińska MA (red.). Wydawnictwo UKW, Bydgoszcz 2015.
22. Bishop GD. *Psychologia zdrowia*. Astrum, Wrocław 2000.
23. Hobfoll SE. *Stres, kultura i społeczność*. Psychologia i filozofia stresu. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
24. Boehmer S, Luszczynska A, Schwarzer R. Coping and quality of life after tumor surgery: personal and social resources promote different domains of quality of life. *Anxiety Stress Coping* 2007; 20: 61-75.
25. Gilbar O. Do attitude toward cancer, sense of coherence and family high risk predict more psychological distress in women referred for a breast cancer examination? *Women Health* 2003; 38: 35-46.
26. Surtees PG, Wainwright NW, Luben R i wsp. Mastery, sense of coherence, and mortality: evidence of independent associations from the EPIC-Norfolk Prospective Cohort Study. *Health Psychol* 2006; 25: 102-110.
27. Ogińska-Bulik N. Rola zasobów osobistych w rozwoju po traumie u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia* 2015; 3: 88-96.
28. Sumpio C, Jeon S, Northouse LL i wsp. Optimism, Symptom Distress, Illness Appraisal, and Coping in Patients With Advanced-Stage Cancer Diagnoses Undergoing Chemotherapy Treatment. *Oncol Nurs Forum* 2017; 44: 384-392.
29. Schulz U, Mohamed NE. Turning the tide: benefit finding after cancer surgery. *Soc Sci Med* 2004; 59: 653-662.
30. Chirico A, Serpentine S, Merluzzi T i wsp. Self-efficacy for coping moderates the effects of distress on quality of life in palliative cancer care. *Anticancer Res* 2017; 37: 1609-1615.
31. Ng GC, Mohamed S, Sulaiman AH i wsp. Anxiety and Depression in Cancer Patients: The Association with Religiosity and Religious Coping. *J Relig Health* 2017; 56: 575-590.
32. Nejat N, Whitehead L, Crowe M. The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer. *Contemp Nurse* 2017; 53: 48-59.
33. Pérez JE, Rex Smith A. Intrinsic religiousness and well-being among cancer patients: the mediating role of control-related religious coping and self-efficacy for coping with cancer. *J Behav Med* 2015; 38: 183-193.
34. Janicka M. *Zasoby osobiste a elastyczne radzenie sobie ze stresem w grupie studentów*. W: *Coping flexibility with stress in health and in disease*. Elastyczne radzenie sobie ze stresem w zdrowiu i w chorobie. Basińska MA (red.). Wydawnictwo UKW, Bydgoszcz 2015.
35. Basińska, MA, Woźniewicz, A, Warchoń Ł. Psychological resources and flexibility coping in patients with chronic disorders. W: *Coping flexibility with stress in health and in disease*. Elastyczne radzenie sobie ze stresem w zdrowiu i w chorobie. Basińska MA (red.). Wydawnictwo UKW, Bydgoszcz 2015.
36. Łaguna M, Trzebiński J, Zięba M. *Kwestionariusz Nadziei na Sukces KNS*. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2005.
37. Coping flexibility with stress in health and in disease. Elastyczne radzenie sobie ze stresem w zdrowiu i w chorobie. Basińska MA (red.). Wydawnictwo UKW, Bydgoszcz 2015.
38. Płopa M, Markowski R. *Kwestionariusz poczucia stresu*. VIZJA PRESS & IT, Warszawa 2010.
39. Sołtys M. Cultural adaptation and psychometric properties of the Coping Flexibility Scale: Current results of Polish studies. W: *Coping flexibility with stress in health and in disease*. Elastyczne radzenie sobie ze stresem w zdrowiu i w chorobie. Basińska MA (red.). Wydawnictwo UKW, Bydgoszcz 2015.
40. Bedyńska M, Książek S. *Statystyczny drogowskaz 3*. Wydawnictwo Akademickie Sedno, Warszawa 2012.
41. Kato T. Relationship between coping with interpersonal stressors and depressive symptoms in the United States, Australia, and China: A focus on reassessing coping. *PLoS ONE* 2014; 9: e109644.
42. Kato T. Relationship between coping flexibility and the risk of depression in Indian adults. *Asian J Psychiatr* 2016; 24: 130-134.
43. Lubiewska K, Głogowska K, Mickiewicz K i wsp. Ekwiwalencja pomiarowa skali Experience in Close Relationships-Revised w grupach zróżnicowanych pod względem wieku oraz płci badanych. *Prz Psychol* 2016; 59: 1-12.
44. de Vijver F, Leung K. *Methods and data analysis for cross-cultural research*. Sage, Thousand Oaks 1997.
45. Ogińska-Bulik N. Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 2011; 1: 16-24.

46. Snyder CR, Cheavens J, Simpson SC. Hope: An individual motive for social commerce. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 1997; 1: 107-118.
47. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry* 2002; 13: 249-275.
48. Piórowska A, Banasik A. Nadzieja a elastyczne radzenie sobie ze stresem u policjantów. W: Coping flexibility with stress in health and in disease. Elastyczne radzenie sobie ze stresem w zdrowiu i w chorobie. Basińska MA (red.). Wydawnictwo UKW, Bydgoszcz 2015.
49. Taylor SE. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist* 1983; 38: 1161-1173.
50. Fredrickson B. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B* 2004; 359: 1367-1378.
51. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Wydawnictwo Paradygmat, Warszawa 2008.