

Zasoby osobiste a wybrane aspekty psychologicznego funkcjonowania młodzieży leczonej onkologicznie

Personal resources and selected aspects of psychological functioning of ill oncological youths

Izabela A. Grzankowska, Zyta Ślesińska-Sowińska

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Psychoonkologia 2016, 20 (4): 169–182

DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2016.66289>

Adres do korespondencji:

dr Izabela A. Grzankowska
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego
ul. Staffa 1
85-867 Bydgoszcz
e-mail: izgrzank@ukw.edu.pl

Streszczenie

Wstęp: Choroba nowotworowa spełnia kryteria sytuacji kryzysowej. W okresie dorastania stanowi czynnik ryzyka dezorganizacji zachowania i pojawienia się nieprawidłowości w funkcjonowaniu, gdyż może przekraczać wydolność podmiotowych mechanizmów przystosowawczych jednostki. Istotne jest zidentyfikowanie zasobów, które mogą mieć ochronne znaczenie dla funkcjonowania i rozwoju młodzieży w sytuacji choroby nowotworowej, a szczególnie strategii radzenia sobie oraz prężności w dostosowywaniu się. Celem badań było ustalenie, czy istnieje związek między zasobami osobistymi młodzieży z chorobami nowotworowymi, czyli prężnością i wykorzystaniem strategii radzenia sobie ze stresem, a wybranymi aspektami jej psychologicznego funkcjonowania przy pośredniczącym wpływie wieku, płci i czasu trwania choroby.

Materiał i metody: W badaniach wzięło udział 60 adolescentów – 30 osób leczonych onkologicznie i 30 osób zdrowych, w tym po 15 dziewcząt i 15 chłopców w wieku od 12 do 17 lat w obu grupach ($M = 13,43$ roku, $SD = 1,88$). Badania przeprowadzono przy użyciu Skali Pomiaru Prężności (SPP-18), Kwestionariusza „Jak Sobie Radzisz?” (JSR) oraz Testu Rysunku Rodziny L. Cormana.

Wyniki i wnioski: Młodzież leczona onkologicznie ma mniejsze poczucie humoru i mniejszą otwartość na nowe doświadczenia, a większe kompetencje osobiste i tolerancję negatywnego afektu, które stanowią podwymiary konstruktów prężności. Młodzież chora bardziej intensywnie korzysta ze wszystkich strategii radzenia sobie w porównaniu z młodzieżą zdrową, ale jest też istotnie bardziej skłonna do stosowania mechanizmu regresji. Prężność jest słabo powiązana ze specyfiką psychologicznego funkcjonowania młodzieży z chorobami nowotworowymi, natomiast wykorzystanie strategii radzenia sobie ma duże znaczenie. Choroba nowotworowa stanowi źródło znacznych obciążeń młodego człowieka, ale służy kształceniu kompetencji zaradczych.

Abstract

Introduction: Cancer in adolescence is a risk factor of disorganization behavior that may introduce malfunctions. It is important to identify the resources that may have a protective role for the functioning and development of young people, in this situation. The main objective of the survey was to explain whether there is a connection between i.e. resilience and coping strategies of young peoples with cancer and selected aspects of their psychological functioning.

Material and methods: The survey covered 60 adolescents: 30 people suffering from oncological diseases and 30 healthy people; 15 girls and 15 boys in each group ($M = 13.43$, $SD = 1.88$). The study was conducted by using the Resilience Measurement Scale (SPP-18), “How do you cope?” Questionnaire (JSR) and Family Drawing Test.

Results and conclusions: Adolescent patients with cancer has a lower level of sense of humor and is less open to new experiences, but has higher personal competences and tolerability of negative affect, which are sub-dimensions of resilience construct. Comparing to healthy adolescents, oncological treated youth use more intensive of all coping strategies, but is also significantly more likely to use the mechanism of regression. Resilience is weakly bound with the specifics of the psychological functioning of sick oncological adolescents, while the use of coping strategies is very important. Cancer is a source of significant burdens of youths, but it serves to educate of competence of remedial.

Słowa kluczowe: adolescencja, strategie radzenia sobie, zasoby osobiste, prężność, choroba onkologiczna, funkcjonowanie psychologiczne.

Key words: adolescence, coping strategies, personal resources, resilience, oncological disease, psychological functioning.

Wstęp

Choroby nowotworowe u dzieci i młodzieży dotyczą ok. 1–1,5% całej populacji. Stanowią grupę ponad 200 różnych jednostek chorobowych i są rozpoznawane w Polsce u ok. 1100–1200 dzieci i młodzieży rocznie. Różnią się objawami klinicznymi, przyczynami, skutkami i podatnością na leczenie, a do najczęstszych schorzeń w tej grupie – zarówno w Polsce, jak i na świecie – należą białaczki (ok. 30%), chłoniaki (ok. 13%) i guzy mózgu (ok. 20%) [1]. Ich przebieg jest w populacji dzieci i młodzieży bardzo zróżnicowany, a współczesne leczenie polega na intensywnej chemioterapii, radioterapii, a także leczeniu chirurgicznym [2, 3]. Mimo że współczesna medycyna ratuje na trwałe życie ponad 80% dzieci i młodzieży z rozpoznaniem choroby nowotworowej, to jednak nowotwory powodują nadal śmierć większej liczby dzieci niż inne schorzenia, a wystąpienie choroby wymagającej leczenia onkologicznego traktowane jest jak tragiczny wyrok [1, 4]. Z uwagi na zagrożenie utratą życia lub zdrowia oraz konieczność wprowadzenia istotnych zmian trybu życia w celu jego ratowania sytuacja choroby nowotworowej spełnia kryteria kryzysu. Stanowi istotne obciążenie dla podmiotowych mechanizmów przystosowawczych, jest sytuacją obiektywnie stresującą oraz łączy się ze stratą zasobu, jakim jest zdrowie [4–7].

Psychologiczne konsekwencje choroby onkologicznej w funkcjonowaniu adolescenta

Choroba somatyczna jest szczególnym rodzajem sytuacji trudnej w życiu dziecka i adolescenta. Sytuacja ta stanowi czynnik ryzyka dezorganizacji zachowania i pojawienia się nieprawidłowości w funkcjonowaniu [7–10]. W ten sposób może wyrażać się jego obrona przed naporem niezrozumiałych bodźców płynących z organizmu i środowiska.

W wieku dojrzewania dziecko usilnie dąży do zrozumienia swojego stanu i podejmuje próby poznawczego i behawioralnego zmagania się z ograniczeniami i wymaganiami płynącymi z choroby przewlekłej. Próbom tym bardzo często towarzyszą przykre przeżycia emocjonalne, które wtórnie również stają się źródłem cierpienia [5, 8, 11]. Ból, lęk i cierpienie są stałymi składnikami życia dziecka z przewlekłą chorobą somatyczną, burzą harmonię zewnętrzną i wewnętrzną człowieka. Jest on postawiony w obliczu przeżyć dla niego zupełnie nowych i nieznanych [3, 12]. Adolescent podczas trwania choroby doświadcza uczucia niepokoju. W chorobie nowotworowej czynniki obciążające dziecko i jego rozwój to lęk, ból i ograniczenie aktywności [3, 13–15]. Choroba nowotworowa niesie ze sobą ograniczenia, które wpływają na psychikę chorego dziecka, związane z unieruchomieniem, izolacją, a także ogranicza możliwości uczenia się i osiągania dobrych wyników w nauce [16, 17]. Stan przewlekłej choroby, zwłaszcza związanej ze znacznym zagrożeniem życia, wpływa niekorzystnie i zaburzająco na obraz własnej osoby, powoduje utratę wiary we własne siły i umiejętności [18].

Młodzież wymagająca leczenia onkologicznego może ujawniać takie zaburzenia emocjonalne, jak depresja, niepokój, złość. Te reakcje emocjonalne w głównej mierze zależą od stadium choroby i czasu jej trwania [19, 20]. Można wyróżnić trzy grupy chorych ze względu na stopień występowania zaburzeń emocjonalnych: chorych, u których one nie występują (50%), chorych, którzy usiłują regulować swoje reakcje (30%), i chorych z zaburzeniami psychiatrycznymi (20%). U podłoża zaburzeń emocjonalnych często leży poczucie straty i zagrożenia związane z chorobą, brak wsparcia rodziny i przyjaciół oraz strach przed wykluczeniem i piętnowaniem przez społeczeństwo ze względu na chorobę [15, 20]. Zaburzenia emocjonalne chorych mogą mieć także podłoże organiczne ze względu na oddziaływanie niekorzystnych czynników na

ośrodkowy układ nerwowy [21]. W miarę rozwoju choroby chorzy uczą się jednak opanowywać i kontrolować własne emocje, lepiej rozumieją siebie i innych, co stanowi ułatwienie w kontaktach społecznych. Może to być źródłem doświadczanej akceptacji i wzmacniać pozytywną samoocena, co z kolei sprzyja zmaganiu się z chorobą [22, 23]. Na zdolność regulowania emocji u chorych na nowotwór może wpływać wiele czynników, włącznie z indywidualnym rozumieniem choroby czy wcześniejszymi doświadczeniami i osobowością chorego [24].

Jeśli młody człowiek nie dysponuje odpowiednimi zasobami, w sytuacji choroby nowotworowej może dojść do uruchomienia mechanizmów represyjnych [25]. Ich skutkiem w sferze emocjonalno-uczuciowej jest wzmożenie pobudzenia wewnętrznego, impulsywność, lękliwość, niestałość emocjonalna, obniżona zdolność kontroli emocji, obniżona empatia, trudności w komunikacji, stany depresyjne lub podwyższony nastrój [21].

Warto więc identyfikować zasoby, które mogą mieć ochronne znaczenie dla funkcjonowania i rozwoju młodzieży cierpiącej z powodu chorób nowotworowych.

Rola zasobów osobistych w sytuacji choroby przewlekłej

Zasoby jednostki to jej możliwości [26]. Ze względu na znaczenie możemy wyróżnić zasoby podstawowe i wtórne. Do podstawowych zaliczamy te możliwości jednostki, które utrzymują ją przy życiu (żywność, schronienie, ubranie). Zasoby wtórne pośrednio prowadzą do uzyskania zasobów o znaczeniu kluczowym dla przetrwania [27]. Należy do nich także pozytywne przekonanie o radzeniu sobie oraz umiejętność rozwiązywania problemów [28]. Zasoby wykorzystywane są do niwelowania lub zmniejszania stresu. Znaczne zasoby, które jednostka ma do dyspozycji, prowadzą do oceny sytuacji jako mniej stresującej lub niestresującej, a także oczekiwania sprawniejszego poradzenia sobie z trudnościami, co może również obniżyć poziom stresu [26]. Każda choroba przewlekła, także choroba nowotworowa, może być przykładem stresu, do walki z którym wykorzystujemy zasoby. Przebieg i skutki radzenia sobie z chorobą przewlekłą zależą m.in. od zasobów będących w dyspozycji chorego [29–31].

Wśród takich indywidualnych właściwości, które pozwalają na prawidłowy rozwój młodzieży pomimo doświadczania krytycznych zdarzeń życiowych, wymienia się niektóre cechy osobowości. Niski poziom neurotyzmu, wysoki poziom ekstrawersji i sumiennosci, łagodne usposobienie, dys-

pozycyjny optymizm, wysokie nasilenie poczucia własnej wartości i skuteczności, poczucie koherencji oraz prężność są szczególnie ważne w procesie radzenia sobie i umożliwiają adaptację w sytuacji trudnej, także w sytuacji choroby nowotworowej [32–35].

Prężność jako źródło zasobów

Prężność może być ujmowana jako zespół cech charakterystycznych dla tzw. prężnej osoby (*resiliency*), jako efekt przystosowania się do trudnych i niekorzystnych warunków oraz jako proces adaptacji (*resilience*), czyli inaczej elastyczność lub sprężystość w dostosowywaniu się. Jest to właściwość i kompetencja, którą można rozwijać i kształtować [33]. Na prężność u młodzieży składają się indywidualne, rodzinne i społeczne czynniki chroniące jednostkę (*individual, family, social protective factors*). Z dotychczas prowadzonych badań wiemy, że zasoby, z których młodzi ludzie czerpią ochronę przed światem zewnętrznym, są zależne od jednostki [15, 35]. Największy wpływ na prężność miały takie czynniki indywidualne, jak empatia, autonomia, optymizm, konserwatyzm, ekstrawersja i asertywność, które korelowały z wysoką prężnością. Wśród rodzinnych czynników chroniących bardzo ważny okazał się styl wychowania praktykowany przez rodziców, aktywny wkład obojga rodziców w proces wychowania i jasne, klarowne kontakty dziecko–rodzice, bez tzw. podwójnego wiązania [36]. Jednym z najważniejszych społecznych czynników ochronnych okazała się natomiast szkoła, czyli rówieśnicy, nauczyciele oraz osiągnięcia w nauce. W środowisku szkolnym z prężnością koreluje poczucie sprawiedliwości, wsparcia i przynależności do grupy, motywowanie, brak dyskryminacji, pomoc, opieka oraz inspirowanie do rozwoju w przyjętej roli społecznej. Niektórzy z badaczy biorą pod uwagę w procesie adaptacji wpływ kultury, w której adolescent żyje, jako czynnika chroniącego. Czynniki kulturowe wiążą się ściśle z religią. Wysoki poziom wiary oraz praktykowanie religii korelują z wysokim poziomem prężności [29, 37].

W dotychczasowych badaniach wykazano, że wyższy poziom prężności dzieci i młodzieży jest związany z przystosowaniem do sytuacji nauki w szkole oraz występowaniem mniejszej liczby zachowań problemowych u uczniów, natomiast niższy poziom prężności u dziewcząt wiązał się z częstszym występowaniem zachowań agresywnych, a u chłopców z trudnościami w koncentracji uwagi, mniejszym uspołecznieniem i większą skłonnością do łamania prawa [38].

Prężność jest zasobem osobistym, który pomaga w przezwyciężaniu stresu. Stanowi ważny element wspierający adaptację w sytuacji choroby przewlekłej [33, 35]. Zachowania nacechowane prężnością są ściśle związane ze strategiami radzenia sobie ze stresem.

Strategie radzenia sobie jako zasoby w chorobie

Strategie radzenia sobie ze stresem mają charakter działań wolicjonalnych stosowanych w stosunku do określonej, specyficznej sytuacji i mogą być diametralnie różne w różnych sytuacjach. Polegają na podejmowaniu behawioralnych i poznawczych wysiłków w sytuacji stresowej, aby możliwa była regulacja emocji, poznania, zachowania, procesów fizjologicznych i środowiska w reakcji na stresor [39]. Radzenie sobie ze stresem jest elementem procesów samoregulacyjnych jednostki, a polega na podejmowaniu prób modyfikowania emocji, myślenia, zachowania oraz cech sytuacji ukierunkowanych na zmniejszenie odczuwanego dyskomfortu [36, 39]. W przypadku stresu związanego z poczuciem zagrożenia wywołanego chorobą przewlekłą, także nowotworową, chorzy korzystają z różnych form radzenia sobie. Niektóre z nich mogą być skuteczne i prowadzą do zmniejszenia lub zniwelowania stresu, ale nieefektywnie stosowane mogą również nasilić dyskomfort [22, 26, 36].

O skuteczności podejmowanych działań zaradczych decyduje wrażliwość jednostki na stres oraz zdolność oceny i elastycznej regulacji własnego działania w celu zmniejszenia skutków stresu [40, 41]. Zdolność do elastyczności w radzeniu sobie jest z kolei u młodzieży związana m.in. z przeciętnym poziomem samooceny [42], wyższym poziomem kompetencji społecznych [43] oraz równowagą emocjonalną [44]. Można się zatem spodziewać, że młodzież przeżywająca trudną sytuację choroby nowotworowej będzie raczej skłonna usztywniać swoje zachowania zaradcze, co może prowadzić do podejmowania nieefektywnych prób radzenia sobie przez odwracanie uwagi, obwinianie innych i myślenie życzeniowe [45, 46]. Znaczna część chorych cechuje się apatią, rezygnacją, biernością, skłonnością do izolowania się oraz brakiem planów i celów życiowych (58% badanych). Tylko ok. 30% badanych aktywnie uczestniczy w procesie leczenia i stosuje się do zaleceń personelu medycznego, akceptując siebie w roli chorego, a w ich zachowaniu jest spokój, opanowanie, zdolność do opanowania emocji i lęków, a także czerpania wsparcia z satysfakcjonujących relacji z innymi [25].

Strategie radzenia sobie ze stresem w procesie podejmowania pierwotnej kontroli służą próbie

zmiany stresogennego otoczenia i dostosowania go do swoich potrzeb. Natomiast w procesie wtórnej kontroli mają pomóc w zmodyfikowaniu stanu samej jednostki i dopasowaniu się jej do środowiska. Wraz z rozwojem jednostki zmniejsza się udział sposobów radzenia sobie opartych na kontroli pierwotnej, a wzrasta zdolność do radzenia sobie opartego na kontroli wtórnej, co ma służyć konstruktywnemu zachowaniu się w sytuacjach trudnych, związanych z przeżywaniem stresu [26, 36, 47, 48]. W ciągu okresu dorastania obserwuje się u młodzieży zmiany w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie [40]. Młodzież we wczesnym etapie dorastania, czyli ok. 12. roku życia, jest zorientowana bardziej na poszukiwanie oparcia w rodzinie, a młodzież starsza, czyli ok. 14. roku życia, wybiera raczej radzenie sobie poprzez odpoczynek i relaksujące czynności. Taki sposób reagowania na stres jest bardziej domeną chłopców, podczas gdy dziewczęta częściej szukają wsparcia u innych osób i próbują rozwiązać problem w sytuacji trudnej [49]. Z kolei wyniki badań wskazują, że młodzież w wieku 12 lat stosuje urozmaicone strategie radzenia sobie. Przy ich wykorzystaniu chłopcom udaje się znacznie skuteczniej obniżyć poziom przeżywanego lęku i niepokoju niż dziewczętom [50].

Stosowanie wielu strategii pociąga za sobą lepsze skutki dla adaptacji w sytuacji stresowej [26, 36, 41, 51]. W ocenie skuteczności stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem trzeba uwzględnić kontekst, w tym wydarzenia życiowe i doświadczenia życiowe. Każdy chory podejmuje jakieś formy zmagania się ze stresem choroby, a różne zachowania mogą być przejawem tej samej formy zmagania się ze stresem. W większości przypadków chorzy nie ograniczają się tylko do jednej formy. Stosowanie zaś wielu strategii radzenia sobie ze stresem zwiększa skuteczność oraz pozwala na lepsze psychologiczne przystosowanie się [39, 41]. Także trening w zakresie aktywnych technik radzenia sobie może przynieść trwałą poprawę stanu emocjonalnego, co zaobserwowano w grupie osób zmagających się z chorobą nowotworową [36, 52].

Zmiany zachodzące w wielu sferach funkcjonowania pod wpływem choroby są często czynnikami znacząco obciążającymi zdolności adaptacyjne młodych ludzi i prowadzącymi do stosowania nieefektywnych metod zaradczych [53–55]. Okazuje się jednak, że ciężko chorym somatycznie osobom ulgę w cierpieniu i zmniejszenie odczuwanego stresu mogą przynieść mechanizmy obronne i działania mające na celu redukcję negatywnych emocji [22, 56]. Młodzież leczona onkologicznie często wykorzystuje mechanizmy obronne jako pomoc

w przystosowaniu się do choroby. Nie wszystkie z nich spełniają swoje funkcje. Racjonalizacja, kompensacja, przewartościowanie i zaprzeczanie ułatwiają przystosowanie się do choroby. Natomiast zachowania agresywne, regresja, ucieczka, projekcja, rezygnacja, tłumienie, wyparcie, reakcje pozorowane znacznie je utrudniają [56, 57].

Choroba nowotworowa jako szczególnie trudna sytuacja może więc być czynnikiem wystarczającym w okresie adolescencji do załamania się odporności psychicznej i uruchomienia procesów psychopatologicznych [11, 57]. Wydaje się więc niezwykle ważne określenie czynników, które mogą wspierać równowagę i kompetencje adaptacyjne młodzieży w tak trudnej sytuacji życiowej, aby rozwijać je i pomagać w ich wykorzystywaniu.

Celem badań było ustalenie, czy istnieje związek między zasobami osobistymi młodzieży leczonej z powodu choroby nowotworowej, czyli prężnością i wykorzystaniem strategii radzenia sobie ze stresem, a wybranymi aspektami jej psychologicznego funkcjonowania przy pośredniczącym wpływie wieku, płci i czasu trwania choroby badanych.

Material i metody

Opis grupy badanej

Grupa badana została wyłoniona spośród pacjentów Poradni Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego im. A. Jurasza w Bydgoszczy, u których wcześniej zdiagnozowano chorobę nowotworową, pozostających podczas prowadzonych badań w okresie remisji. Grupę kontrolną dobrano ze względu na wiek i płeć chorych badanych. Przebadano więc 60 adolescentów: 30 osób pozostających pod stałą opieką poradni onkologicznej z powodu choroby nowotworowej i 30 osób zdrowych, w tym po 15 dziewcząt i 15 chłopców w wieku od 12 do 17 lat w obu grupach ($M = 13,43$ roku, $SD = 1,88$). Czas leczenia z powodu choroby nowotworowej badanej młodzieży, od momentu jej zdiagnozowania do momentu przeprowadzonego badania psychologicznego, był zróżnicowany i wynosił od 2 do 7 lat ($M = 1,8$ roku; $SD = 2,23$), w tym najliczniejsza była grupa osób leczonych przez 2 lata ($n = 9$; 60%), a tylko jedna z osób pozostawała pod stałą opieką poradni przez 7 lat (6%).

Zastosowane narzędzia

Skala Pomiaru Prężności (SPP-18) [33] służy do pomiaru nasilenia cech charakterystycznych dla konstruktów, jakim jest prężność u dzieci i młodzieży. Prężność jest rozumiana jako indywidualna właściwość jednostki, istotna w procesie adaptacji

oraz skutecznego radzenia sobie ze stresem i wydarzeniem traumatycznym. Autorzy traktują prężność jako zasób osobisty o szczególnej roli regulacyjnej, który ma również wpływ na aktywowanie innych zasobów w procesie skutecznego radzenia sobie ze stresem. Ostateczna wersja skali obejmuje 18 stwierdzeń, a przeznaczona jest dla dzieci i młodzieży w wieku 12–19 lat. Jej rzetelność, ustalona na podstawie α Cronbacha, wynosi 0,82. Trafność skali ustalono poprzez korelację wyników uzyskanych w tej skali z wynikami uzyskanymi z innych narzędzi, które mierzą zbliżone do prężności właściwości. Współczynniki korelacji wykazały silny związek ($p < 0,001$) prężności z neurotycznością (ujemny) i ekstrawersją (dodatni). SPP-18 pozwala na określenie ogólnego poziomu prężności u badanego oraz czterech czynników, które na nią się składają, czyli optymistycznego nastawienia i energii, wytrwałości i determinacji w działaniu, poczucia humoru i otwartości na doświadczenia oraz kompetencji osobistych i tolerancji negatywnego afektu [33].

Kwestionariusz „Jak Sobie Radzisz?” (JSR) [39] pozwala na określenie preferowanych przez badanego strategii radzenia sobie ze stresem, które są rozumiane jako „świadome wysiłki wolicjonalne mające na celu regulowanie emocji, poznania, zachowania, procesów fizjologicznych i środowiska w reakcji na stresujące zdarzenie lub okoliczności” [39, s. 60]. W efekcie możliwy jest pomiar 3 stylów radzenia sobie ze stresem, czyli stylu związanego z aktywnym radzeniem sobie, koncentracją na przeżywanych emocjach i poszukiwaniem wsparcia u innych. Skala składa się z dwóch części, z których pierwsza przeznaczona jest do pomiaru dyspozycyjnych, a druga sytuacyjnych sposobów radzenia sobie w sytuacji trudnej. Każda część zawiera 9 stwierdzeń odnoszących się do określonej sytuacji oraz 9 odnoszących się do wybranej przez badanego sytuacji trudnej, którą przeżył w minionym roku. Badany określa, w jaki sposób zareagował na sytuację stresową, wybierając jedną z odpowiedzi. W każdej części ma do dyspozycji 5 możliwości odpowiedzi, aby określić jej trafność w stosunku do siebie. Na podstawie kwestionariusza uzyskuje się informację o strategiach badanego wybieranych do radzenia sobie ze stresem, czyli o *Aktywnym radzeniu sobie*, *Koncentracji na emocjach* i *Poszukiwaniu wsparcia społecznego*. Wyniki uzyskane w badaniu wskazują na strategię radzenia sobie ze stresem, które badany na ogół preferuje, oraz opisują ogólną dyspozycję do radzenia sobie ze stresem [39].

Na podstawie wyników badań 440 dzieci i adolescentów w wieku od 11 do 17 lat uzyskano współczynnik α Cronbacha 0,86. Trafność Skali „Jak Sobie Radzisz?” badano, korelując uzyskane

w niej wyniki z wynikami innych, podobnych metod badawczych. *Aktywne radzenie sobie* jest uznawane za najkorzystniejszą strategię radzenia sobie ze stresem, natomiast *Koncentracja na emocjach* wydaje się najmniej korzystna [39].

Test Rysunku Rodziny L. Cormana jest jednym z rysunkowych testów projekcyjnych, który pozwala na rzutowanie nieświadomych przekonań, postaw, emocji i motywów w odniesieniu do siebie oraz rodziny czy innych osób znaczących [58, 59]. Mechanizm projekcji, na którym opiera się ta metoda, wywodzi się z psychoanalizy i psychologii postaci. Polega na reagowaniu na bodziec wieloznaczny przez pryzmat osobistych cech badanego [59]. W Teście Rysunku Rodziny bodźcem tym jest zadanie narysowania rodziny. Test Rysunku Rodziny w adaptacji M. Braun-Galkowskiej jest złożony z kilku ustalonych przez autora, integralnych części, czyli: 1) wywiadu o aktualnej sytuacji rodzinnej badanego, 2) rysunku wykonanego na prośbę: „Narysuj rodzinę”, która stanowi instrukcję do testu, 3) obserwacji sposobu wykonania rysunku i zachowania badanego podczas realizacji zadania według określonych przez autorów kryteriów oraz 4) rozmowy z badanym o rysunku po zakończeniu rysowania, które uwzględnia we wnioskowaniu system interpretacyjny metody. Na interpretację formalną rysunku składają się: poziom formalny rysunku, typ rysunku, elementy graficzne, symbolika przestrzeni oraz symbolika barw [58]. Podejmowane dotychczas próby wyodrębnienia kryteriów oceny rysunku projekcyjnego opierały się na różnych rodzajach analizy, w tym na analizie czynnikowej. Wyniki licznych badań pokazały, że można określić wskaźniki formalne i treściowe, uznając za wyraz konkretnych emocji, uczuć i tendencji [58–60]. Na potrzeby tej pracy wybrano wskaźniki ujęte w systemie interpretacyjnym Testu Rysunku Rodziny, które pozwalają na scharakteryzowanie emocjonalności pod względem żywości emocjonalnej, zahamowania emocjonalnego, lęku, tendencji egocentrycznych, tendencji agresywnych, tendencji regresywnych oraz wskaźników dezorganizacji osobowości, a także ustosunkowania do innych i do siebie samego – pozytywnego i negatywnego. Każdy z aspektów jest reprezentowany przez konkretnie określone wskaźniki formalne i treściowe [59, 60]. Analiza jakościowa opiera się na znaczeniu wskaźnika, ustalonym przez autorów metody w badaniach i praktyce klinicznej, a analiza ilościowa opiera się na porównywaniu sum wskaźników odnoszących się do tego samego aspektu funkcjonowania w różnych grupach badanych osób. Oceny wskaźników na rysunkach badanych osób dokonano na podstawie kryteriów opisanych przez autorów

metody, co zostało sprawdzone przez sędziów kompetentnych i spełnia kryteria zgodności wyrażone przez współczynnik trafności treściowej ($CVR \geq 0,99$) wobec każdego wskaźnika ($\alpha = 0,05$) zaproponowane przez Lawshe [61].

Wyniki

Okazało się, że stan zdrowia, tzn. przebyta choroba nowotworowa lub jej brak, różnicuje istotnie u badanej młodzieży poziom dwóch wymiarów prężności, czyli poczucia humoru i otwartości na nowe doświadczenia, które są na istotnie niższym poziomie w grupie młodzieży leczonej onkologicznie w porównaniu z grupą młodzieży zdrowej ($z = -1,971$; $p = 0,048$). Różnicuje też nasilenie w wymiarze kompetencji osobistych i tolerancji negatywnego afektu, które są na istotnie wyższym poziomie w grupie młodzieży z chorobą nowotworową w porównaniu z grupą młodzieży zdrowej ($z = 2,24$; $p = 0,029$). To znaczy, że młodzież wymagająca leczenia onkologicznego w mniejszym stopniu jest zdolna do dystansowania się od aktualnej sytuacji i szukania nowych wrażeń niż młodzież zdrowa, a jednocześnie ma poczucie większych umiejętności w radzeniu sobie z trudnościami i łatwiej znosi sytuację dyskomfortu. Poza tym prężność jako sprawność ogólna i pozostałe jej wymiary są na poziomie podobnym w obu grupach młodzieży (tab. 1).

Wyniki wskazują także na istnienie różnic związanych z płcią w zakresie jednego z wymiarów prężności, czyli poczucia humoru i otwartości na nowe doświadczenia, który u dziewcząt leczonych onkologicznie jest na istotnie niższym poziomie niż u ich zdrowych rówieśniczek ($z = -2,30$; $p = 0,02$). Badani chłopcy, zarówno pacjenci poradni onkologicznej, jak i zdrowi, nie różnią się między sobą nasileniem żadnego z wymiarów prężności.

W zakresie stosowania strategii radzenia sobie i dysponowania nimi występują istotne różnice związane ze stanem zdrowia badanych, gdyż wszystkie strategie są istotnie intensywniej wykorzystywane przez młodzież leczoną onkologicznie w porównaniu z młodzieżą zdrową (tab. 2).

Wyniki wskazują również na istnienie różnic w zakresie stosowania strategii radzenia sobie ze stresem młodzieży z chorobą nowotworową i młodzieży zdrowej uwarunkowanych płcią.

Dziewczęta leczone onkologicznie istotnie częściej niż zdrowe wykorzystują koncentrację na emocjach ($z = 3,22$; $p = 0,001$) oraz poszukiwanie wsparcia społecznego ($z = 4,19$; $p < 0,001$) jako strategii radzenia sobie ze stresem. Obie grupy dziewcząt nie różnią się natomiast poziomem stosowania aktywnego radzenia sobie ($t = -0,94$;

Tabela 1. Poziom prężności i jej poszczególnych wymiarów w grupach młodzieży chorej onkologicznie ($n = 30$) i młodzieży zdrowej ($n = 30$) – porównanie między grupami, test t -Studenta, test U Manna-Whitneya, $df = 58$ **Table 1.** Level of resilience and its various dimensions in groups of oncologically treated ($n = 30$) and healthy adolescents ($n = 30$) – comparison between groups, t -Student test, Mann-Whitney U -test, $df = 58$

Prężność	Młodzież chora ($n = 30$)		Młodzież zdrowa ($n = 30$)		t/z	p
	M	SD	M	SD		
optymistyczne nastawienie i energia	14,33	3,25	14,00	2,36	0,857	0,391
wytrwałość i determinacja w działaniu	14,66	2,57	14,26	3,05	0,081	0,935
poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia	11,16	2,37	12,33	2,57	-1,971	0,048
kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu	11,56	2,31	10,13	2,63	2,188	0,029
prężność ogółem – wyniki surowe	51,66	8,82	50,73	8,17	0,42 ^t	0,672

Tabela 2. Poziom strategii radzenia sobie w grupach młodzieży chorej onkologicznie ($n = 30$) i młodzieży zdrowej ($n = 30$) – porównanie między grupami, test t -Studenta, test U Manna-Whitneya, $df = 58$ **Table 2.** Level of coping strategies in groups of oncologically treated ($n = 30$) and healthy adolescents ($n = 30$) – comparison between groups, t -Student test, Mann-Whitney U -test, $df = 58$

Strategie radzenia sobie ze stresem	Młodzież chora ($n = 30$)		Młodzież zdrowa ($n = 30$)		t/z	p
	M	SD	M	SD		
aktywne radzenie sobie	5,03	1,87	3,80	1,47	2,84 ^t	0,006
koncentracja na emocjach	4,86	1,90	2,40	1,16	6,05	< 0,001
poszukiwanie wsparcia społecznego	4,93	1,31	2,86	1,27	6,18	< 0,001

Tabela 3. Suma wskaźników wybranych aspektów funkcjonowania występujących na rysunkach Testu Rysunku Rodziny młodzieży chorej onkologicznie ($n = 30$) i młodzieży zdrowej ($n = 30$) – porównanie między grupami, test t -Studenta, test U Manna-Whitneya, $df = 58$ **Table 3.** Sum of indicators of selected aspects of functioning occurring at the Family Drawing Test of oncologically treated ($n = 30$) and healthy adolescents ($n = 30$) – comparison between groups, t -Student test, Mann-Whitney U -test, $df = 58$

Aspekt funkcjonowania	Młodzież chora ($n = 30$)		Młodzież zdrowa ($n = 30$)		t/z	p
	M	SD	M	SD		
zahamowanie emocjonalne	0,933	1,363	0,600	1,102	1,042	0,302
tendencje depresywne	0,50	0,86	0,20	0,55	1,608	0,113
identyfikacja regresywna	1,20	0,85	0,20	0,41	4,295 ^z	< 0,001
zwrot narcystyczny	0,38	0,72	0,33	0,55	0,202	0,840
agresja	1,57	1,07	1,57	1,46	0,000	1,000
niepokój z agresją	2,97	1,65	2,67	1,06	0,837	0,406
lęk	3,967	1,586	3,300	1,343	1,757	0,084
identyfikacja z własną płcią	0,367	0,556	0,233	0,430	1,039	0,303
życzliwość	1,467	1,252	1,367	1,159	0,321	0,749
empatia	1,70	0,75	1,70	0,95	0,000	1,000

$p = 0,350$). Poza tym wszystkie dziewczęta, zdrowe i chore, poszukują wsparcia społecznego istotnie częściej ($z = 1,983$; $p = 0,047$) niż chłopcy. Natomiast leczeni onkologicznie chłopcy istotnie intensywniej niż ich zdrowi koledzy wykorzystują wszystkie strategie radzenia sobie, czyli aktywne radzenie sobie ($z = 2,86$; $p = 0,004$), koncentrację na emocjach ($z = 3,049$, $p = 0,002$) oraz poszukiwanie wsparcia społecznego ($z = 2,696$, $p = 0,007$).

Obraz funkcjonowania psychologicznego badanej młodzieży w wybranych aspektach przedstawiony przez sumę wskaźników występujących na rysunkach TRR badanych okazał się zróżnicowany ze względu na stan zdrowia w zakresie tylko jednego z wymiarów, tj. nasilenia tendencji do identyfikacji regresywnej. W rysunkach młodzieży leczonej onkologicznie suma wskaźników tego aspektu funkcjonowania była istotnie większa ($t = 5,83$;

$p < 0,001$) niż w rysunkach młodzieży zdrowej. Sumy wskaźników pozostałych wymiarów funkcjonowania okazały się podobne w obu grupach adolescentów (tab. 3).

Związki między nasileniem wymiarów prężności a występowaniem poszczególnych wskaźników wybranych aspektów funkcjonowania młodzieży zdrowej i chorującej z powodu nowotworu okazały się nieistotne statystycznie, nie zaobserwowano też istotnych związków pomiędzy tymi zmiennymi przy uwzględnieniu wieku i płci badanych. Występuje jednak istotny statystycznie związek między nasileniem jednej z podskal prężności, czyli kompetencjami osobistymi i tolerancją negatywnego afektu, a sumą wskaźników empatii u młodzieży z chorobą nowotworową. Wyższy poziom kompetencji w tym aspekcie konstrukt prężności wiąże się z większą ogólną liczbą wskaźników empatii w rysunkach młodzieży leczonej onkologicznie ($R = 0,377$; $p = 0,04$). Ogólny poziom prężności i pozostałe podskale nie ujawniają związku z psychologicznym funkcjonowaniem badanych chorych w wybranych aspektach. Może to świadczyć o tym, że kompetencje do prężnego zachowania się uwarunkowane są przez inne czynniki niezależnie od stanu zdrowia.

Występuje jednak również istotny związek jednego z wymiarów prężności, tj. poczucia humoru i otwartości na doświadczenie, z wykorzystaniem strategii aktywnego radzenia sobie w grupie młodzieży chorej. Wyższe kompetencje w zakresie tego podwymiaru prężności wiążą się w wyższym poziomie aktywnego radzenia sobie ($R = 0,505$; $p = 0,004$). Wskazuje to na znaczenie zdolności do zachowania dystansu wobec sytuacji własnej choroby i niekoncentrowania się jedynie na doraźnej perspektywie w tym trudnym doświadczeniu dla podejmowania prób aktywnego poszukiwania rozwiązań. Ogólny poziom prężności i pozostałe podskale nie ujawniają związku ze strategiami wykorzystywanymi do radzenia sobie przez chorą młodzież, a w grupie młodzieży zdrowej nie ujawnia się żadna zależność między prężnością i jej podwymiarami a strategiami radzenia sobie.

Wyniki wskazują natomiast na występowanie istotnych związków między stosowanymi przez

badanych strategiami radzenia sobie a występowaniem wskaźników wybranych wymiarów funkcjonowania oraz ich ogólną liczbą na rysunkach TRR badanej młodzieży. Stosowanie strategii aktywnego radzenia sobie ze stresem w grupie młodzieży chorej jest związane z istotnie rzadszym występowaniem wskaźnika żywości emocjonalnej, którym jest mocny nacisk kredki (tab. 4). W grupie młodzieży zdrowej aktywne radzenie sobie ze stresem nie ujawniło istotnych statystycznie korelacji z występowaniem wskaźników żadnego z wybranych aspektów psychologicznego funkcjonowania.

W grupie młodzieży chorej wykorzystywanie strategii koncentracji na emocjach związane jest z istotnie częstszym występowaniem symboli oraz brakiem elementów dodanych na rysunkach w TRR, co jest traktowane jako wskaźnik lęku (tab. 4). W grupie młodzieży zdrowej stosowanie strategii koncentracji na emocjach jest istotnie związane z rzadszym występowaniem dużej liczby kolorów, czyli wskaźnika żywości emocjonalnej, z niższą ogólną sumą wskaźników żywości emocjonalnej oraz z częstszym występowaniem sygnałów pominięcia lub dewaloryzacji siebie i ogólnie wyższej sumie wskaźników tendencji depresyjnych (tab. 4).

Stosowanie strategii poszukiwania wsparcia społecznego nie ujawniło natomiast istotnych związków ze wskaźnikami wybranych aspektów funkcjonowania psychologicznego zawartych na rysunkach TRR młodzieży chorej onkologicznie. Natomiast w grupie młodzieży zdrowej okazało się istotnie związane z brakiem osób dodanych i brakiem ruchu postaci na rysunku oraz częstszym występowaniem wskaźników lęku i egocentryzmu na rysunkach w TRR (tab. 5).

Analizując wyniki badań, uwzględniono również wiek młodzieży chorej onkologicznie oraz czas trwania choroby. Analiza wyników wykazała, że wiek młodzieży chorej onkologicznie nie różnicuje związku między stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem a występowaniem wskaźników wybranych aspektów psychologicznego funkcjonowania występujących w ich rysunkach w TRR. Czas trwania choroby, liczony od momentu rozpoznania do czasu prowadzonego badania,

Tabela 4. Istotne związki między wykorzystywanymi strategiami radzenia sobie a poszczególnymi wskaźnikami wybranych aspektów funkcjonowania występującymi na rysunkach TRR młodzieży chorej onkologicznie ($n = 30$; R -Spearmana)

Table 4. Significant associations between used coping strategies and various indicators of some functioning aspects occurring in TRR figures of oncologically treated adolescents ($n = 30$; R -Spearman)

Zmienne	Grupa badana		
	R	$t (N - 2)$	p
aktywne radzenie sobie i duży nacisk kredki	-0,51	-3,11	0,004
koncentracja na emocjach i brak rysowania symboli	-0,48	-2,88	0,008
koncentracja na emocjach i brak elementów dodanych	0,40	2,32	0,028

okazał się natomiast czynnikiem istotnie różniącym występowanie jednego ze wskaźników żywości emocjonalnej, czyli długiej kreski, na rysunkach w TRR badanej chorej onkologicznie młodzieży. W rysunkach młodzieży chorującej krócej (1 rok, 2 lata, 4 lata) długa kreska występuje istotnie rzadziej ($Z = -1,50, p = 0,011$) niż w rysunkach osób chorujących dłużej (od 5 do 7 lat).

Związek strategii radzenia sobie ze stresem z występowaniem wskaźników wybranych aspektów funkcjonowania na rysunkach TRR młodzieży chorej i zdrowej z uwzględnieniem płci ustalono na podstawie analizy różnic między grupami.

Okazało się, że nie występują różnice w nasileniu poszczególnych wymiarów prężności między grupami dziewcząt i chłopców chorych i zdrowych. Jednak dziewczęta chore znacznie częściej wykorzystują strategie związane z koncentracją na emocjach i poszukiwaniem wsparcia niż dziewczęta zdrowe (tab. 6). Chłopcy chorzy onkologicznie istotnie częściej w porównaniu z chłopcami zdrowymi wykorzystują wszystkie strategie radzenia sobie (tab. 7).

Ponadto istnieją różnice dotyczące sumy wskaźników wybranych aspektów funkcjonowania psy-

chologicznego, które występują na rysunkach TRR badanych ze względu na stan zdrowia przy uwzględnieniu płci. Rysunki dziewcząt chorych onkologicznie zawierają więcej wskaźników lęku oraz wskaźników identyfikacji regresywnej niż rysunki dziewcząt zdrowych (tab. 6).

Na rysunkach chłopców chorych w TRR występuje więcej wskaźników identyfikacji regresywnej niż na rysunkach chłopców zdrowych (tab. 7).

Analiza występowania sumy wskaźników poszczególnych aspektów funkcjonowania badanej młodzieży ze względu na płeć przy uwzględnieniu stanu zdrowia pokazała natomiast, że w TRR na rysunkach chłopców leczonych onkologicznie występuje istotnie więcej wskaźników tendencji agresywnych ($Z = -2,153; p = 0,031$) niż na rysunkach chorych dziewcząt. Suma ta nie różnicuje istotnie zdrowych badanych dziewcząt i chłopców.

Dyskusja

W przeprowadzonych badaniach podjęto próbę odpowiedzi na pytanie o znaczenie poziomu zasobów osobistych, czyli prężności i strategii radzenia

Tabela 5. Istotne związki między wykorzystywanymi strategiami radzenia sobie a poszczególnymi wskaźnikami wybranych aspektów funkcjonowania występującymi na rysunkach TRR młodzieży zdrowej ($n = 30$; R -Spearmana)

Table 5. Significant associations between used coping strategies and various indicators of some functioning aspects occurring in TRR figures of healthy adolescents ($n = 30$; R -Spearman)

Zmienne	Grupa kontrolna		
	R	$t (N - 2)$	p
koncentracja na emocjach i duża ilość kolorów	-0,45	-2,70	0,012
koncentracja na emocjach i żywość emocjonalna	-0,47	-2,84	0,008
koncentracja na emocjach i brak pominięcia siebie	-0,41	-2,40	0,023
koncentracja na emocjach i brak graficznej dewaloryzacji siebie	-0,49	-2,98	0,006
koncentracja na emocjach i brak reakcji depresywnych	-0,49	-2,96	0,006
poszukiwanie wsparcia społecznego i osoby dodane	-0,40	-2,28	0,030
poszukiwanie wsparcia społecznego i obecność ruchu	-0,40	-2,28	0,030
poszukiwanie wsparcia społecznego i brak lęku	-0,44	-2,57	0,016
poszukiwanie wsparcia społecznego i skromność	-0,43	-2,52	0,018

Tabela 6. Istotne różnice w występowaniu zmiennych między grupami dziewcząt chorych ($n = 15$) i zdrowych ($n = 15$), $df = 28$, U Manna-Whitneya

Table 6. Significant differences in occurrence of variables between groups of ill ($n = 15$) and healthy girls ($n = 15$), $df = 28$, U Mann-Whitneys

Zmienne	Dziewczęta chore	Dziewczęta zdrowe	U	Z	p
	M	M			
koncentracja na emocjach	4,93	2,53	34,50	3,21	0,001
poszukiwanie wsparcia społecznego	5,67	3,00	11,00	4,19	< 0,001
lęk	4,13	3,07	57,50	2,26	0,019
ominięcie siebie	0,27	0,00	82,50	1,22	0,038
identyfikacja regresywna	1,00	0,27	57,50	2,26	0,012

Tabela 7. Istotne różnice w występowaniu zmiennych między grupami chłopców chorych ($n = 15$) i zdrowych ($n = 15$), $df = 28$, U Manna-Whitneya

Table 7. Significant differences in occurrence of variables between groups of ill ($n = 15$) and healthy boys ($n = 15$), $df = 28$, U Mann-Whitneys

Zmienne	Chłopcy chorzy	Chłopcy zdrowi	U	Z	p
	M	M			
aktywne radzenie sobie	5,67	3,60	43,00	2,86	0,004
koncentracja na emocjach	4,80	2,27	38,50	3,05	0,002
poszukiwanie wsparcia społecznego	4,20	2,73	47,00	2,70	0,006
identyfikacja regresywna	1,40	0,13	23,00	3,69	< 0,001

sobie ze stresem, u młodzieży z chorobą nowotworową dla jej psychologicznego funkcjonowania w wybranych aspektach przy pośredniczącym wpływie wieku, płci i czasu trwania choroby. Przyjęto równocześnie założenie, że choroba nowotworowa jest sytuacją o cechach kryzysu, która wymaga od jednostki uruchomienia intensywnych sposobów zaradczych [6, 7]. W związku z tym oczekiwano, że zarówno poziom prężności, jak i wykorzystanie strategii radzenia sobie ze stresem będzie u młodzieży chorej onkologicznie na wyższym poziomie w porównaniu z młodzieżą zdrową oraz że ujawnią się związki między nasileniem tych zasobów osobistych a wybranymi aspektami funkcjonowania tych młodych ludzi [33].

Prężność rozumiana jako efekt przystosowania się do trudnych i niekorzystnych warunków jest zbiorem właściwości, które kształtują się pod wpływem doświadczenia, choć jako cecha w dużym stopniu są uwarunkowane osobowościowymi predyspozycjami danej osoby [33]. Wydaje się, że w sytuacji choroby prężność może być szczególnie intensywnie wykorzystywana w próbach adaptacji do zmienionych warunków życia. Można więc oczekiwać, że młodzież z chorobą nowotworową będzie charakteryzować się wyższym poziomem kompetencji związanych z prężnością niż młodzież zdrowa.

Wbrew oczekiwaniom okazało się jednak, że badana młodzież chora dysponuje ogólnym poziomem prężności w podobnym stopniu jak zdrowa, a poziom kompetencji w tym zakresie nie jest istotnie związany z jej specyfiką funkcjonowania psychologicznego w analizowanych aspektach. Może to świadczyć o tym, że kompetencje do prężnego zachowania się są uwarunkowane przez inne czynniki – indywidualne, rodzinne, społeczne [15, 33, 35] – w sposób niezależny od stanu zdrowia, jako względnie trwała dyspozycja wykorzystywana do radzenia sobie zarówno w sytuacjach trudnych, jak i codziennym życiu [39]. Okres adolescencji, z uwagi na dynamikę i znaczny zakres zmian w funkcjonowaniu jednostki z nim związanych, stawia przed młodym człowiekiem na co

dzień wymagania, które mogą mobilizować do ujawniania prężności w zachowaniu, także w odniesieniu do sytuacji choroby, ale nie specyficznie w związku z nią [33, 62].

Zróznicowanie w związku z doświadczeniem choroby onkologicznej ujawniło się u młodych ludzi tylko w zakresie dwóch podwymiarów konstruktów prężności. Jest to istotnie niższy poziom poczucia humoru i otwartości na nowe doświadczenia, a wyższy – kompetencji osobistych i tolerancji negatywnego afektu, które okazały się związane z występowaniem choroby onkologicznej u młodzieży. Koncentracja na „tu i teraz” z uwagi na przeżywaną chorobę nowotworową obserwowana była już wcześniej w badaniach, podobnie jak mała otwartość na zmiany [57]. Prawdopodobnie przeżywanie choroby nowotworowej tak znacznie obciąża zdolności adaptacyjne młodego człowieka, że nie poszukuje i nie oczekuje on nowych wyzwań. W myśleniu o chorobie wyraża się to trudnością w przyjęciu perspektywy umożliwiającej radzenie sobie przez poczucie humoru, gdyż zbyt intensywne są negatywne emocje i poczucie zagrożenia [8, 11, 18]. Jednocześnie chore osoby przejawiają większe zdyscyplinowanie, odpowiedzialność, odwagę i odporność na dyskomfort, co można rozumieć jako siłę charakteru wypracowaną w zmaganiu się z przeciwnościami [5, 62].

Uzyskane wyniki wskazują, że wprawdzie przebyta choroba nowotworowa ma znaczenie dla kształtowania niektórych elementów istotnych dla prężnego funkcjonowania, ale jej konsekwencje są w tym zakresie zarówno korzystne, jak i niekorzystne. Jest to więc doświadczenie trudne, które pozwala w pewnym zakresie na rozwój kompetencji do prężnego zachowania, ale może też hamować tę zdolność. Ogólny poziom prężności w radzeniu sobie u młodych ludzi z chorobą nowotworową pozostaje więc na poziomie podobnym do tego, którym dysponują ich zdrowi rówieśnicy. Z perspektywy rozumienia prężności jako cechy ów brak zróżnicowania jej ogólnego nasilenia u badanej młodzieży wydaje się zrozumiałe. Poziom kom-

petencji, którym dysponują młodzi ludzie w tym zakresie, jest prawdopodobnie bardziej związany z właściwościami osobowościowymi jednostki, które w sposób niezależny od stanu zdrowia warunkują predyspozycje do prężnego zachowania się [15, 33, 35, 36]. Okazało się jednak również, że prężność ma znaczenie dla aktywowania innych zasobów w procesie skutecznego radzenia sobie ze stresem [33]. W grupie chorych badanych nasilenie poczucia humoru i otwartości na doświadczenie pozostaje w istotnym związku z aktywnym radzeniem sobie przez chorą młodzież, a im większa jest zdolność chorych dorastających do zachowania dystansu wobec choroby, tym w większym stopniu są w stanie podejmować próby aktywnego poszukiwania rozwiązań i działania na rzecz własnego dobrostanu. Z kolei wyższe kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu okazały się znacząco powiązane z poziomem empatii, a większa zdolność do radzenia sobie z dyskomfortem wynikającym z choroby ujawnia powiązania z większą zdolnością do dostrzegania i rozumienia sytuacji psychologicznej innych ludzi [36]. Jednocześnie młodzi chorzy znacznie intensywniej wykorzystują wszystkie dostępne strategie radzenia sobie niż ich zdrowi rówieśnicy, gdyż wkładają większy wysiłek w zrównoważenie własnego funkcjonowania. W przypadku choroby nowotworowej jako sytuacji stresującej, szczególnie ze względu na znaczące zagrożenie życia i zdrowia, zrozumiałe i zgodne z naturalnymi tendencjami jest zwiększenie aktywności samoregulacyjnej jednostki i wykorzystanie wszystkich możliwości w tym celu [36, 39]. Związek dłuższego czasu trwania choroby z występowaniem wskaźników większej żywości emocjonalnej u badanych chorych można rozumieć jako przejaw bardziej adaptacyjnej regulacji emocjonalnej. Wydaje się możliwe, że w miarę upływu czasu chorzy uczą się lepiej opanowywać i kontrolować własne stany emocjonalne, a po okresie szoku i buntu w reakcji na wystąpienie choroby podejmują wysiłek adaptacji, który może skutkować lepszym rozumieniem siebie, a więc i większym zrównoważeniem własnych emocji, co zmniejsza potrzebę ich obronnego hamowania [43, 52, 64–67]. Większe ożywienie emocjonalne ujawnione u dłużej chorujących osób może odzwierciedlać również odprężenie odczuwane w związku z ich lepszym samopoczuciem, które jest efektem skuteczności leczenia wyrażonego w remisji choroby. Stosowanie aktywnych strategii radzenia sobie u młodzieży chorującej na nowotwory jest jednak związane z mniejszą żywością ich reakcji emocjonalnej, natomiast u zdrowych młodych ludzi nie jest to znacząca zależność. Być może ukierunkowanie i zaangażowanie się w rozwią-

zanie problemu wymaga od chorych hamowania emocjonalności, szczególnie związanej z przeżywaniem lęku, który mógłby dezorganizować działanie i utrudniać znajdowanie rozwiązania [29]. Przeżywany przez chorych adolescentów lęk wiąże się z dążeniem do zmniejszenia przykrego napięcia i złagodzenia odczuwanych emocji, co często ma miejsce w tej grupie i być może przyczynia się do rozwoju kompetencji w samouspokajaniu się, ale też buduje tolerancję wobec odczuwanego dyskomfortu [40, 41, 47]. U zdrowej młodzieży natomiast strategia koncentracji na emocjach występuje w związku z tendencjami depresywnymi i blokowaniem żywości reagowania emocjonalnego, co może oznaczać, że obniżony nastrój i poczucie nieadekwatności silniej zakłóca ich funkcjonowanie niż lęk dominujący u chorych [68]. Leczeni onkologicznie adolescenti poszukują intensywnie wsparcia społecznego niezależnie od sposobu funkcjonowania psychologicznego. Jest to właściwie główny sposób zaradczy w tej grupie chorych, związany z poszukiwaniem bezpieczeństwa w relacji z dorosłymi i akceptacji w relacji z rówieśnikami [69]. U zdrowych młodych ludzi ten sposób radzenia sobie wiąże się z egocentryczną koncentracją i przeżywanym lękiem, co może oznaczać, że sytuacja dyskomfortu emocjonalnego jest dla nich trudna do samodzielnego radzenia sobie.

Korzystanie z wielu strategii jest przejawem elastyczności w radzeniu sobie, która opiera się na wykorzystywaniu bogatego repertuaru sposobów zaradczych. Sytuacja choroby nowotworowej wymaga kształcenia tej kompetencji, które odbywa się dzięki doświadczeniu [36, 52]. Świadczy też o dyspozycji młodzieży w sytuacji choroby nowotworowej do osiągnięcia i zachowania równowagi emocjonalnej [70]. Może to wyjaśnia dobrą kondycję psychiczną młodzieży leczonej onkologicznie, która w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami ujawnia tylko dyskretne sygnały trudności w funkcjonowaniu [35, 71].

Dziewczęta chore przeżywają silniejszy lęk niż dziewczęta zdrowe, co może znaczyć, że chorobę przeżywają jako zagrożenie. Bardziej też koncentrują się na emocjach i poszukiwaniu wsparcia, co potwierdza wcześniejsze doniesienia z badań [72]. Chorzy chłopcy angażują wszystkie strategie bardziej intensywnie niż ich zdrowi rówieśnicy i próbują również aktywnie radzić sobie z sytuacją choroby. Jednocześnie ujawniają sygnały większego nasilenia tendencji do reagowania agresją w porównaniu z chorymi dziewczętami. Być może więc dla nich choroba nowotworowa stanowi w większym stopniu wyzwanie [73].

Niekorzystne wydaje się z perspektywy rozwoju osobowości, że młodzież chora ujawnia tenden-

cje do reagowania regresją [56]. Może to stanowić próbę mentalnej ucieczki od trudów zmagania się z chorobą i poszukiwania wrażenia bez troski i poczucia bezpieczeństwa [57]. Identyfikacja regresywna może być reakcją na niskie poczucie bezpieczeństwa i osamotnienie, a także sygnałem dążenia do uzyskania szczególnych przywilejów i opieki [14]. Jednak próba radzenia sobie z lękiem i niepewnością przez regresję utrudnia budowanie autonomii, co może okazać się wtórną stratą wynikającą z choroby.

Ograniczenia prezentowanych wyników

Ważnym ograniczeniem przeprowadzonych badań było przyjęcie założenia o homogeniczności grupy osób leczonych w poradni onkologicznej mimo różnic wynikających z rodzaju schorzenia i etapu choroby, których nie uwzględniono w analizie z powodu małej liczebności grupy badanej. Jej niewielka liczebność stanowi kolejne ograniczenie, więc należy zachować ostrożność w uogólnianiu wniosków.

Wnioski

Prężność młodzieży chorej jako sprawność ogólna jest na poziomie podobnym do prężności młodzieży zdrowej, jednak młodzież chora onkologicznie ma mniejsze poczucie humoru i mniejszą otwartość na nowe doświadczenia, a większe kompetencje osobiste i tolerancję negatywnego afektu.

Jednocześnie dwa z wymiarów prężności, czyli poczucie humoru i otwartość na doświadczenie oraz kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu, są istotnie pozytywnie powiązane z występowaniem innych zasobów u chorych dorastających, czyli odpowiednio – aktywnym radzeniem sobie oraz empatią.

Młodzież chora onkologicznie w istotnie większym stopniu korzysta ze strategii radzenia sobie w porównaniu z młodzieżą zdrową, a różnice są związane również z płcią. Dziewczeta chore istotnie częściej niż zdrowe koncentrują się na emocjach i poszukują wsparcia społecznego, natomiast chorzy chłopcy częściej niż zdrowi korzystają ze wszystkich dostępnych strategii radzenia sobie.

Przeżywane emocje są również powiązane z wyborem strategii radzenia sobie przez młodzież chorą onkologicznie, gdyż próby aktywnego radzenia sobie z problemami są związane w tej grupie z wyciszaniem reakcji emocjonalnych, a odczuwany lęk wiąże się dążeniem do samodzielnego uspokojenia się.

Poszukiwanie wsparcia jest ważnym sposobem radzenia sobie z chorobą i nie jest związane z kon-

dycją w zakresie funkcjonowania psychologicznego badanej młodzieży.

Młodzież chora onkologicznie jest skłonna w istotnie większym stopniu do regresywnej identyfikacji w porównaniu z młodzieżą zdrową. Może to stanowić próbę zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa i doznawania opieki przez pozostawanie w bliskiej zależności od opiekuna, co jednak może narażać młodzież na wtórne negatywne konsekwencje choroby w perspektywie rozwoju osobowości.

Sytuacja choroby nowotworowej wymusza kształcenie kompetencji młodzieży w zakresie radzenia sobie z trudnościami. Jest doświadczeniem, które sprzyja rozwijaniu odporności i elastyczności w radzeniu sobie.

Podsumowanie

Okazało się, że prężność jest powiązana w niewielkim stopniu ze specyfiką psychologicznego funkcjonowania młodzieży z chorobami nowotworowymi i jej sposobami radzenia sobie. Prawdopodobnie jest więc właściwością stałą dla jednostki, która nie ulega zmianie pod wpływem sytuacji, a jest uwarunkowana czynnikami innej natury. Wykorzystanie strategii radzenia sobie ze stresem wiąże się natomiast z wybranymi aspektami psychologicznego funkcjonowania młodzieży leczonej onkologicznie przy uwzględnieniu płci i czasu trwania choroby, a niezależnie od wieku adolescentów i wskazuje na znaczną aktywność w radzeniu sobie tej grupy chorych. Młodzież chora na nowotwory kształci więc intensywnie nowe kompetencje zaradcze, ale jednocześnie uruchamia mechanizmy obronne związane z tendencją do regresji, aby zaspokoić doraźne potrzeby emocjonalne, co może utrudniać realizowanie zadań rozwojowych okresu dorastania. Wobec tego wzmacnianie poczucia niezależności i autonomii z jednoczesnym oferowaniem wsparcia chorej młodzieży wydaje się szczególnie istotne [17].

Oświadczenie

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Balcerska A. Epidemiologia chorób nowotworowych u dzieci. Forum Medycyny Rodzinnej 2009; 3: 61-63.
2. Sopyło B, Matysiak M. Kiedy należy podejrzewać chorobę nowotworową u dzieci – wstępne objawy chorób nowotworowych u dzieci. Klin Pediatr 2004; 11: 515-519.
3. Kram M, Kurylak A. Ból w przebiegu choroby nowotworowej u dzieci i młodzieży. Współcz Onkol 2006; 10: 344-348.
4. Pilecka W. Choroby nowotworowe. W: Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna. Pilecka W (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011; 304-315.

5. Abrams DI, Jay CA, Shade SB i wsp. Cannabis in painful HIV-associated sensory neuropathy: a randomized placebo-controlled trial. *Neurology* 2007; 68: 515-521.
6. Basińska M. Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2009.
7. Barakat LP, Marmar PL, Schwartz LA. Quality of life of adolescents with cancer: family risks and resources. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 63.
8. Pilecka W. Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
9. Eilertsen MB, Indredavik MS, Rannestad T i wsp. Psychosocial health in children and adolescents surviving cancer. *Scand J Caring Sci* 2011; 25: 725-734.
10. Wakefield CE, McLoone J, Butow P i wsp. Support after the completion of cancer treatment: perspectives of Australian adolescents and their families. *Eur J Cancer Care* 2013; 22: 530-539.
11. Wu LM, Chin CC, Haase JE i wsp. Coping experiences of adolescents with cancer: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2009; 65: 2358-2366.
12. Kopczyńska-Tyszko A. Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór. W: Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W (red.). Zmagając się z chorobą nowotworową: psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999; 125-142.
13. Obuchowska I. Rodzice i chore dziecko. W: Chore dziecko. Obuchowska I, Krawczyński M (red.). Nasza Księgarnia, Warszawa 1991; 42-50.
14. Antoszewska B. Dziecko z chorobą nowotworową. Impuls, Kraków 2006.
15. Wu LM, Sheen JM, Shu HL i wsp. Predictors of anxiety and resilience in adolescents undergoing cancer treatment. *J Adv Nurs* 2013; 69: 158-166.
16. Góralczyk E. Choroba dziecka w twoim życiu. CMPPP MEN, Warszawa 1996.
17. Stengenga K. What are the unique emotional needs for adolescents diagnosed with cancer? *ONS Connect* 2010; 25: 11.
18. Maciarz A. Pedagogika terapeutyczna dzieci przewlekłe chorych. W: Pedagogika specjalna. Dykcik W (red.). Wydawnictwo UAM, Poznań 1997; 162-185.
19. Barraclough J. Cancer and emotion. Wiley, Chichester 2000.
20. Gałuszka A. Dynamika poznawczego i emocjonalnego funkcjonowania osób chorych przewlekłe. W: Jak żyć z chorobą a jak ją pokonać. Heszen-Niejodek I (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000; 34-54.
21. Prasad PK, Hardy KK, Zhang N i wsp. Psychosocial and Neurocognitive Outcomes in Adult Survivors of Adolescent and Early Young Adult Cancer: A Report From the Childhood Cancer Survivor Study. *J Clin Oncol* 2015; 10: 2545-2552.
22. Łosiak W. Proces zmagania się ze stresem choroby przez pacjentów. W: Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych. Jasiecka-Kubacka D, Łosiak W (red.). Wydawnictwo UJ, Kraków 1999; 87-104.
23. Lehmann V, Grönqvist H, Engvall G i wsp. Negative and positive consequences of adolescent cancer 10 years after diagnosis: an interview-based longitudinal study in Sweden. *Psychooncology* 2014; 23: 1229-1235.
24. Kirenko J. Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych. Wydawnictwo UMC-S, Lublin 2008.
25. Wrona-Polańska H. Zmiana samopercepcji w procesie zmagania się z chorobą o niepomyślnym rokowaniu. W: Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych. Jasiecka-Kubacka D, Łosiak W (red.). Wydawnictwo UJ, Kraków 1999; 64-86.
26. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003.
27. Hobfoll SE. Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu. GWP, Gdańsk 2006.
28. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer Publication, New York 1984.
29. Kyngäs H, Mikkonen R, Nousiainen EM i wsp. Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *Eur J Cancer Care* 2001; 10: 6-11.
30. Basińska MA, Woźniewicz A. Inteligencja emocjonalna pacjentów chorych na łuszczycę jako wyznacznik akceptacji choroby. *Przegląd Dermatologiczny* 2012; 99: 202-209.
31. 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; 197-215.
32. Stanton N, Salmon P, Walker G i wsp. Human Factors Methods. Ashgate, Aldershot 2005.
33. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Prężność u dzieci i młodzieży. Charakterystyka i pomiar. Wydawnictwo UŁ, Łódź 2011.
34. Docherty SL, Kayle M, Maslow GR i wsp. The Adolescent and Young Adult with Cancer: A Developmental Life Course Perspective. *Sem Oncol Nurs* 2015; 31: 186-196.
35. Wu W, Tsai SY, Liang SY i wsp. The Mediating Role of Resilience on Quality of Life and Cancer Symptom Distress in Adolescent Patients With Cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 2015; 32: 304-313.
36. Compas BE, Desjardins L, Vannatta K. Children and adolescents coping with cancer: self- and parent reports of coping and anxiety/depression. *Health Psychol* 2014; 33: 853-861.
37. Theron LC, Theron AM. A critical review of studies of South Africa youth resilience 1990-2008. *South African Journal of Science* 2010; 9: 16-18.
38. Chuang S, Lamb M, Hwang C. Personality development from childhood to adolescence: A longitudinal study of ego-control and ego-resiliency in Sweden. *Int J Behav Develop* 2006; 18: 10-12.
39. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
40. Skinner EA, Zimmer-Gembeck MJ. The Development of Coping. *Ann Rev Psychol* 2007; 58: 119-144.
41. Kato T. Development of the Coping Flexibility Scale: Evidence for the Coping Flexibility Hypothesis. *J Counsel Psychol* 2012; 59: 262-289.
42. Grzankowska I, Minda M. Poczucie własnej wartości a radzenie sobie ze stresem młodzieży szkół gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej. 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; 61-98.
43. Struś W. Dojrzałość emocjonalna a funkcjonalność moralna. Liberi Libri, Warszawa 2012.
44. Han G, Helm J, Iucha C i wsp. Are Executive Functioning Deficits Concurrently and Predictively Associated With Depressive and Anxiety Symptoms in Adolescents? *J Clin Child Adolescent Psychol* 2015; 53: 1-15.
45. Dempsey M. Negative coping as mediator in the relation between violence and outcomes: Inner-city African-American youth. *Am J Orthopsychiatry* 2002; 72: 102-109.
46. Blaauwbroek R, Zwart N, Bouma M i wsp. The willingness of general practitioners to be involved in the follow-up of adult survivors of childhood cancer. *Journal of Cancer Survivorship: Research And Practice* 2007; 1: 292-297.
47. Pilecka W, Fryt J. Teoria stresu dziecięcego. W: Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna. Pilecka W (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011; 31-48.

48. Diehl M, Chui H, Hay EL i wsp. Change in coping and defense mechanisms across adulthood: Longitudinal findings in a European American sample. *Develop Psychol* 2014; 50: 634-648.
49. Eschenbeck H, Kohlmann CW, Lohaus A. Gender differences in coping strategies in children and adolescents. *Journal of Individual Differences* 2007; 28: 18-26.
50. Byrne B. Relationships between anxiety, fear, self-esteem, and coping strategies in adolescence. *Adolescence* 2000; 35: 201-215.
51. Basińska MA, Kasprzak A. Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. *Przegląd Dermatologiczny* 2012; 99: 692-700.
52. Aldridge AA, Roesch SC. Coping and adjustment in children with cancer: a meta-analytic study. *J Behav Med* 2007; 30: 115-129.
53. Lavie CJ, Milani RV, Ventura H. Risk Factor, Paradox, and Impact of Weight Loss. *J Am Coll Cardiol* 2009; 53: 1925-1932.
54. Cascone T, Herynk MH, Xu L i wsp. Upregulated stromal EGFR and vascular remodeling in mouse xenograft models of angiogenesis inhibitor-resistant human lung adenocarcinoma. *J Clin Invest* 2011; 121: 1313-1328.
55. Trnka P, White MM, Renton WD i wsp. A retrospective review of telehealth services for children referred to a pediatric nephrologist. *BMC Nephrology* 2015; 16: 125.
56. Phipps S, Larson S, Long A i wsp. Adaptive Style and Symptoms of Posttraumatic Stress in Children with Cancer and Their Parents. *J Pediatr Psychol* 2006; 31: 298-309.
57. Smorti M. Adolescents' struggle against bone cancer: an explorative study on optimistic expectations of the future, resiliency and coping strategies. *Eur J Cancer Care* 2012; 21: 251-258.
58. Braun-Gałkowska M. Test Rysunku Rodziny. Wydawnictwo KUL, Lublin 1985.
59. Braun-Gałkowska M. Poznawanie systemu rodzinnego. Wydawnictwo KUL, Lublin 2007.
60. Łaguna M, Gałkowska A. Społeczne aspekty obrazu siebie w rysunku projekcyjnym „Ja wśród ludzi”. W: Rysunek projekcyjny w badaniach psychologicznych. Łaguna M, Lachowska B (red.). TN KUL, Lublin 2003; 125-148.
61. Hornowska E. Testy psychologiczne. Teoria i praktyka. Scholar, Warszawa 2005.
62. Obuchowska I. Adolescencja. W: Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka. Harwas-Napierała B, Trempała J (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002; 163-201.
63. Larouche SS, Chin-Peuckert L. Changes in body image experienced by adolescents with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 2006; 23: 200-209.
64. Sorgen KE, Manne SL. Coping in children with cancer: examining the goodness-of-fit hypothesis. *Children's Health Care* 2002; 31: 191-207.
65. Chao KY, Yeh CH, Chao CC i wsp. Coping strategies used by children during cancer treatment. *Chang Gung Nursing* 2003; 14: 101-111.
66. Decker CL. Coping in adolescents with cancer: a review of the literature. *J Psychosoc Oncol* 2006; 24: 123-140.
67. Zeidner M, Kloda I. Emotional intelligence (EI), conflict resolution patterns, and relationship satisfaction: Actor and partner effects revised. *Personality and Individual Differences* 2013; 54: 278-283.
68. Kępiński A. Melancholia. PZWL, Warszawa 2015.
69. Wesley KM, Zelikovsky N, Schwartz LA. Physical symptoms, perceived social support, and affect in adolescents with cancer. *J Psychosocial Oncol* 2013; 31: 451-467.
70. Okado Y, Howard Sharp KM, Tillery R i wsp. Profiles of Dispositional Expectancies and Affectivity Predict Later Psychosocial Functioning in Children and Adolescents With Cancer. *J Pediatr Psychol* 2016; 41: 298-308.
71. Cepuch G, Wordliczek J. Pain intensity versus emotional state and activity in adolescents of cancer diseases. *Przegląd Lekarski* 2009; 66: 181-186.
72. Bull BA, Drotar D. Coping with cancer in remission: stressors and strategies reported by children and adolescents. *J Pediatr Psychol* 1991; 16: 767-782.
73. Leksowska A, Jaworska I, Gorczyca P. Choroba somatyczna jak wyzwanie adaptacyjne dla człowieka. *Folia Cardiologica Excerpta* 2011; 6: 244-248.