

# Korelaty akceptacji choroby w grupie pacjentów onkologicznych

*Correlates of the acceptance of illness in a group of cancer patients*

Marta Ruszkiewicz, Katarzyna Kreft

Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

*Psychoonkologia* 2017, 21 (2): 37–44  
DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2017.71378>

**Adres do korespondencji:**

Marta Ruszkiewicz  
Wydział Nauk Społecznych  
Instytut Psychologii  
Uniwersytet Gdański  
ul. Bażyńskiego 4  
80-952 Gdańsk  
e-mail: [ruszkiewicz.marta@gmail.com](mailto:ruszkiewicz.marta@gmail.com)

## Streszczenie

**Cel pracy:** Zweryfikowanie istnienia związków między akceptacją choroby nowotworowej a stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem i doświadczanym wsparciem społecznym.

**Materiał i metody:** Przebadano 63 pacjentów z diagnozą choroby nowotworowej. W badaniu wykorzystano następujące narzędzia: Skalę Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale – AIS*), Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (*Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale – Mini-MAC*) oraz Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (*Berlin Social Support Scales – BSSS*).

**Wyniki i wnioski:** Badanie potwierdziło istnienie pozytywnych korelacji między stosowaniem aktywnego (konstruktywnego) stylu radzenia sobie ze stresem a poziomem akceptacji choroby. Szczególną rolę wydawało się tu pełnić przyjmowanie przez pacjenta strategii duch walki. Podobnie akceptacja choroby nowotworowej pozytywnie korelowała z zasobami wsparcia społecznego dostrzeganego i otrzymywanego przez pacjenta. Dodatkowo zaobserwowano, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni stosowały aktywny (konstruktywny) styl radzenia sobie ze stresem, jak również osiągały wyższe wyniki na wymiarach wsparcia społecznego, jakimi są spostrzegane dostępne wsparcie i aktualnie otrzymywane wsparcie.

## Abstract

**The aim of the study** was to assess the correlations between the acceptance of the illness and coping strategies and social support.

**Material and methods:** We studied 63 oncologic patients. In the study the following methods were used: Acceptance of Illness Scale (AIS), Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC) and Berlin Social Support Scales (BSSS).

**Results and conclusions:** The results of the study indicated positive correlations between using active (constructive) coping with stress style and the acceptance of the illness level. The Fighting Spirit strategy seemed to play a role here. Similarly, the greater the acceptance of illness, the more social support the patient perceives and receives. In addition, we observed that women were significantly more likely to use an active (constructive) coping style and they reached higher scores on social support dimensions such as perceived available support and support actually received.

**Słowa kluczowe:** nowotwór, radzenie sobie, wsparcie społecznie, akceptacja choroby.

**Key words:** cancer, coping, social support, acceptance of illness.

---

## Wstęp

Choroby nowotworowe, obok chorób układu krążenia, stanowią główną przyczynę zgonów Polaków. Blisko 25% wszystkich zgonów w naszym kraju jest spowodowanych nowotworami złośliwymi, wśród których za największą umieralność pacjentów odpowiadają choroby diagnozowane w obrębie układu oddechowego oraz pokarmowego. W przypadku chorób układu krążenia wskaźnik ten przyjmuje wartość ok. 45% [1]. Analogiczne statystyki, choć na nieco niższych poziomach, obserwuje się dla całej populacji europejskiej [1]. Pomimo obserwowanej w ostatnich latach optymistycznej tendencji zmniejszania się udziału chorób nowotworowych wśród ogółu przyczyn zgonów, schorzenia te nadal pozostają poważnym zagadnieniem budzącym nie tylko zainteresowanie i troskę personelu medycznego, lecz także psychologów, którzy zajmują się chorobą nowotworową głównie w odniesieniu do kształtowania jakości życia chorego. Pojęcie to, zdefiniowane przez Schipperę [2], odnosi się do funkcjonalnego efektu choroby, który oceniany jest przez pacjenta w odniesieniu do czterech sfer: psychicznej, fizycznej, społecznej oraz doznań somatycznych. Badanie przedstawione w niniejszym artykule nawiązuje do wybranych aspektów funkcjonowania chorego zdefiniowanych poniżej, mieszczących się głównie w sferze psychofizycznego oddziaływania choroby na pacjenta. Pod uwagę wzięto doświadczanie stresu towarzyszącego chorobie. Analizowano także efektywność różnych strategii radzenia sobie ze stresem oraz rolę wsparcia społecznego w kształtowaniu się tego procesu. Oceniono ponadto poziom akceptacji choroby jako wyznacznika adaptacji bądź jej braku w chorobie onkologicznej.

### Stres towarzyszący chorobie i radzenie sobie z nim

Zarówno moment postawienia diagnozy, jak i późniejszy proces leczenia są źródłem silnego stresu dla zdecydowanej większości, jeśli nie wszystkich pacjentów. Dzieje się tak przede wszystkim z powodu sytuacji bezpośredniego zagrożenia utraty zdrowia, a nawet życia. Pacjenci często doświadczają uczucia lęku i bezradności [3, 4]. Nasilenie objawów choroby tylko potęguje te doznania. Chory ma poczucie utraty kontroli nad własnym życiem, wielokrotnie staje przed koniecznością całkowitej zmiany dotychczasowego stylu życia, wyrażającej się zaprzestaniem aktywności zawodowej, co przeważnie wpływa na sytuację socjo-ekonomiczną pacjenta. Chory, poddając się terapii, jest narażony na doświadczenie bólu i licznych skutków ubocznych

prowadzonego leczenia. Zmienia się jego wygląd, traci siły i staje się w coraz większym stopniu zależny od pomocy innych [5–7]. Jeśli w takiej sytuacji pacjent, stosując się do zaleceń lekarza, dostrzega pożądane efekty leczenia, utrata poczucia sprawstwa i kontroli nad przebiegiem choroby nie jest aż tak dotkliwa, a doświadczany stres relatywnie się mniejsza. Towarzyszy temu lepsza adaptacja do sytuacji choroby i bardziej efektywne radzenie sobie z nią. W przeciwnym wypadku, gdy pomimo podjętych wysiłków i starań, leczenie nie daje spodziewanych rezultatów, nasila się poczucie bezradności i bezsilności. Pacjent czuje narastającą utratę kontroli nad własnym życiem i doświadcza coraz większego stresu. Adaptacja do takiej sytuacji jest znacznie trudniejsza i wiąże się z większym wysiłkiem [8, 9].

### Wsparcie społeczne

Jednym z głównych aspektów leczenia pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową jest wsparcie. W literaturze przedmiotu najczęściej wyróżnia się cztery rodzaje udzielanego wsparcia [10]. Wsparcie emocjonalne, udzielane głównie przez rodzinę i przyjaciół chorego, wyraża się poprzez okazywanie zrozumienia, podwyższanie samooceny, empatyczne wysłuchanie, okazywanie czułości. Jest to najczęściej występujący i oczekiwany rodzaj wsparcia. Wsparcie informacyjne dotyczy dostarczania informacji na temat leczenia oraz samej choroby. Udzielane jest najczęściej przez personel medyczny. Pomoc finansowa w czasie nierzadko długotrwałego leczenia określana jest jako wsparcie materialne. Natomiast wsparcie duchowe dotyczy najczęściej opieki hospicyjnej [11]. Ze względu na dystans wobec osób udzielających wsparcia wyróżnia się sieć pierwotną oraz wtórną. Osoby pozostające w bezpośrednim kontakcie z chorym (współmałżonek, dzieci, przyjaciele) stanowią sieć pierwotną, natomiast osoby utrzymujące z chorym bardziej formalne relacje (instytucje opieki zdrowotnej) tworzą sieć wtórną wsparcia [12].

W badaniu, m.in. poprzez wybór narzędzia w nim wykorzystanego, odwołano się do koncepcji wsparcia społecznego prezentowanej przez Schwarzerę i wsp. [13]. Autorzy odwołują się do kilku wymiarów wsparcia społecznego. Pierwszym z nich jest spostrzegane dostępne wsparcie społeczne będące subiektywnym przeświadczeniem o dostępności wsparcia ze strony innych ludzi. Rozróżniane są tu wsparcie emocjonalne i instrumentalne. Kolejnym wymiarem jest zapotrzebowanie na wsparcie będące miarą potrzeby wykorzystania wsparcia w sytuacji trudnej. Następnie wymienić należy poszukiwanie wsparcia wyrażającego poziom aktyw-

ności zmierzającej do uzyskania pomocy i wreszcie – aktualnie otrzymywane wsparcie, rozpatrywane w wymiarach wsparcia emocjonalnego, instrumentalnego oraz informacyjnego, będące subiektywną miarą doświadczanej pomocy ze strony najbliższego otoczenia chorego. Skale uwzględniają także część związaną ze wsparciem buforująco-ochronnym, która nie została wykorzystana w przedmiotowym badaniu.

### Akceptacja choroby

Akceptacja choroby, a także bezpośrednio z nią związanego bólu, cierpienia i dyskomfortu, jest istotną zmienną wykorzystywaną do oceny stopnia przystosowania się pacjenta do sytuacji choroby [3, 14, 15]. Oznacza uznanie istnienia raka i dostosowanie się do aktualnej sytuacji zdrowotnej, przyjęcie choroby z jej wpływem na różnorodne aspekty funkcjonowania jednostki powiązane nie tylko z kondycją fizyczną, lecz także psychiczną, społeczną, a nawet duchową [16, 17]. Akceptacja choroby przebiega na wymiarach emocjonalnym oraz poznawczo-behawioralnym. Pacjenci uczą się choroby i radzenia sobie z nią. Rozpoznają objawy choroby i jej wpływ na jakość życia. Doświadczają mnogich ograniczeń w zakresie sprawczości, zaradności i niezależności, które niejednokrotnie wiążą się z częściowym bądź całkowitym wykluczeniem z pełnienia dotychczasowych ról w rodzinie i najbliższym otoczeniu społecznym. Akceptacja choroby jest powiązana z dotkliwością jej objawów, a zwłaszcza z doświadczanym bólem i kontrolą nad nim [18].

### Cel badania

Celem badania było ustalenie związku między stylem radzenia sobie ze stresem towarzyszącym chorobie nowotworowej oraz wsparciem społecznym a przystosowaniem psychicznym pacjentów onkologicznych wyrażającym się poprzez akceptację zdiagnozowanej u nich choroby.

### Material i metody

Badanie przeprowadzono w grupie 63 pacjentów onkologicznych, w której znalazły się 32 kobiety (51%). Najstarszy uczestnik badania w chwili jego przeprowadzania miał 67 lat, osoba najmłodsza – 24 lata ( $M = 49,35$ ,  $SD = 11,62$ ). Badani mieli najczęściej wykształcenie średnie i zawodowe. Ponad połowa uczestników (53%) była w związku, a większość osób (83%) miała przynajmniej jedno dziecko. Szczegółowe dane społeczno-demograficzne

i charakterystykę kliniczną badanej grupy przedstawiono w tabelach 1 i 2.

Badanie było realizowane w Klinice Onkologii i Radiologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku.

W badaniu wykorzystano następujące narzędzia pomiaru psychologicznego: Skalę Akceptacji Choroby, Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej i Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego. Krótkie charakterystyki tych narzędzi przedstawiono poniżej.

Skala Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale – AIS*) została skonstruowana przez Felton i wsp., a następnie zaadaptowana do polskich warunków przez Juczyńskiego [19]. Narzędzie zawiera 8 stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. W polskim przekładzie wszystkie stwierdzenia zostały sformułowane w jednolity sposób, tj. wyrażający trudności i ograniczenia spowodowane chorobą. Narzędzie cechuje się dobrymi

**Tabela 1.** Charakterystyka społeczno-demograficzna pacjentów  
**Table 1.** Socio-demographic characteristics of the patients

Zmienne	n	%
Wiek (lata)		
20–29	2	3,2
30–39	12	19,1
40–49	16	25,4
50–59	18	25,6
60–69	15	23,7
Płeć		
kobiety	32	50,8
mężczyźni	31	49,2
Wykształcenie		
podstawowe	1	1,6
średnie	26	41,3
zawodowe	20	31,7
wyższe	16	25,4
Stan cywilny		
z związku małżeńskim	22	34,9
w związku partnerskim	11	17,5
wdowa/wdowiec	10	15,9
rozwódka/rozwodnik	9	14,3
panna/kawaler	11	17,5
Liczba dzieci		
bezdzieci	11	17,5
jedno	18	28,6
dwoje	19	30,2
troje	12	19,0
czworo i więcej	3	4,8

**Tabela 2.** Charakterystyka kliniczna pacjentów  
**Table 2.** Clinical characteristics of the patients

	n	%
<b>Rodzaj nowotworu</b>		
ptuc	16	25,4
jajnika/szyjki macicy	14	22,2
jelita grubego	9	14,3
prostaty	7	11,1
czerniak	6	9,5
krtani	5	7,9
chłoniak	4	6,3
piersi	2	3,2
<b>Liczba lat od diagnozy</b>		
do 2 lat	23	36,5
2–3 lata	28	44,4
4 lata i więcej	12	19,1

parametrami psychometrycznymi. Rzetelność mierzona wskaźnikiem  $\alpha$  Cronbacha kształtuje się na poziomie 0,85. Z kolei trafność skali weryfikowano w odniesieniu do oceny efektów leczenia (uzyskano istotną korelację na poziomie 0,42,  $p < 0,01$ ) czy innych pośrednich wskaźników związanych z akceptacją choroby, uzyskując m.in. negatywną korelację z natężeniem stresu, a współzmienną pozytywną zaobserwowano dla poczucia własnej wartości.

Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (*Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale* – Mini-MAC) jest narzędziem opracowanym przez Watson i wsp., polskiej adaptacji narzędzia dokonał Juczyński [19]. Skala zawiera 29 stwierdzeń i mierzy 4 strategie radzenia sobie ze stresem towarzyszącym chorobie, jakimi są:

- zaabsorbowanie lękowe (niepokój towarzyszący chorobie, postrzeganej jako źródło lęku, nad którym nie można zapanować),
- duch walki (postrzeganie choroby jako osobistego wyzwania i podejmowanie działań zmierzających do walki z nią),
- bezradność – beznadziejność (wyraża poczucie bezsilności, zagubienia, słabości, a także bierną postawę wobec choroby),
- pozytywne przewartościowanie (zmiana nastawienia do sytuacji choroby, poszukiwanie nadziei, docenienie wartości życia).

Strategie zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność – beznadziejność tworzą bierny (destrukcyjny) styl radzenia sobie ze stresem towarzyszącym chorobie, pozostałe strategie budują styl aktywny (konstruktywny).

Rzetelność skali oszacowano na poziomie  $\alpha$  Cronbacha w granicach 0,87–0,92 dla poszczególnych

strategii radzenia sobie ze stresem. Wskaźniki te są wyższe niż w przypadku skali w oryginalnym brzmieniu. Trafność oceniono m.in. w odniesieniu do narzędzia w pełnym brzmieniu (40 itemów) i uzyskano zadowalające wskaźniki korelacji wyników dla poszczególnych strategii radzenia sobie, np. w przypadku strategii bezradność – beznadziejność współczynnik korelacji kształtował się na poziomie 0,95.

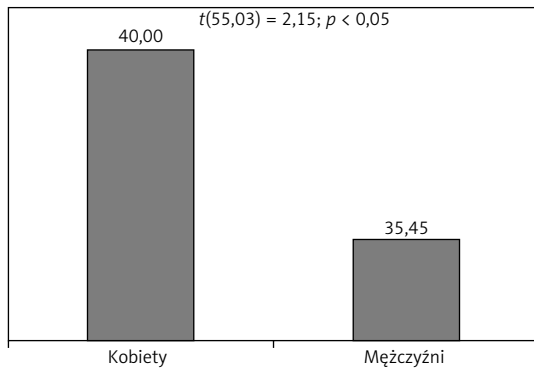
W badaniu wykorzystano także Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (*The Berlin Social Support Scales* – BSSS). Narzędzie to w polskiej adaptacji zostało opracowane przez Łuszczynską, Kowalską, Schwarzera i Schulz [20]. Służy do pomiaru poznawczych i behawioralnych wymiarów wsparcia społecznego. W pełnej wersji BSSS składa się z 6 skal, w referowanym badaniu wykorzystano 4 z nich. Weryfikacji poddano spostrzegane dostępne wsparcie, zapotrzebowanie na wsparcie, poszukiwanie wsparcia oraz aktualnie otrzymywane wsparcie (na wymiarach wsparcia emocjonalnego, instrumentalnego i informacyjnego). Rzetelność narzędzia wyrażona wskaźnikiem  $\alpha$  Cronbacha kształtuje się na poziomie 0,80. Uzyskano również podobne korelacje wyników poszczególnych skal, porównując oryginalne brzmienie narzędzia z jego polskojęzyczną wersją.

## Wyniki

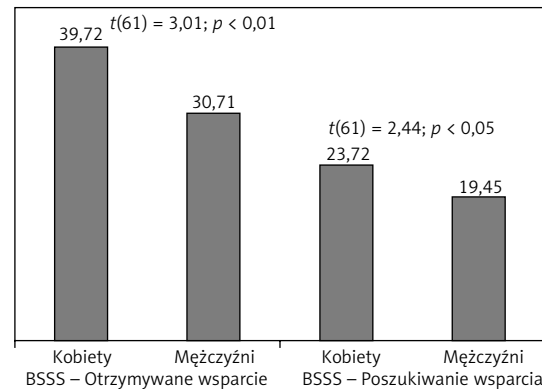
Spośród zmiennych demograficznych, które miały istotne znaczenie dla różnicowania otrzymanych wyników, należy wymienić płeć. Wpływ ten był jednak dość ograniczony i dotyczył wyłącznie dwóch obszarów, a mianowicie stosowanego stylu radzenia sobie ze stresem oraz otrzymywanego i spostrzeganego wsparcia społecznego. We wszystkich tych zakresach kobiety uzyskały statystycznie istotnie wyższe wyniki niż mężczyźni. Szczegółowo rezultaty te zaprezentowano na rycinach 1 i 2. W przypadku zmiennych klinicznych, a więc rodzaju nowotworu i czasu trwania choroby, nie zaobserwowano istotnych różnic w kształtowaniu się poziomu akceptacji choroby, sposobie radzenia sobie ze stresem jej towarzyszącym czy wreszcie na wymiarach wsparcia społecznego.

W tabeli 3 zaprezentowano podstawowe wyniki, jakie charakteryzują badaną grupę na analizowanych wymiarach funkcjonowania psychologicznego.

Dalsze etapy analizy statystycznej pozwoliły zidentyfikować relacje między tymi wymiarami. W pierwszej kolejności warte odnotowania były związki między akceptacją choroby a strategiami radzenia sobie ze stresem i wsparciem społecznym. Poziom akceptacji choroby nowotworowej był tym



**Rycina 1.** Różnice między kobietami i mężczyznami w zakresie stosowania konstruktywnego stylu radzenia sobie ze stresem  
**Figure 1.** Differences between women and men in the usage of constructive coping style



**Rycina 2.** Różnice między kobietami i mężczyznami w zakresie otrzymywanego i poszukiwanego wsparcia społecznego  
**Figure 2.** Differences between women and men in actually received support and support seeking

**Tabela 3.** Wykorzystane kwestionariusze i podstawowe wyniki  
**Table 3.** Questionnaires used and scores obtained

Kwestionariusz	Min.	Maks.	M	SD
AIS	8,00	40,0	22,05	9,41
Mini-Mac – styl bierny	18,00	57,00	35,14	9,62
zaabsorbowanie lękowe	7,00	28,00	18,51	5,65
bezradność – beznadziejność	7,00	28,00	16,03	5,53
Mini-Mac – styl aktywny	17,00	54,00	37,76	8,69
duch walki	7,00	28,00	18,05	6,16
pozytywne przewartościowanie	8,00	32,00	20,29	6,20
BSSS				
sposzregane wsparcie	9,00	32,00	21,62	7,22
zapotrzebowanie na wsparcie	4,00	16,00	11,09	3,40
poszukiwanie wsparcia	5,00	20,00	13,48	4,52
otrzymywane wsparcie	14,00	56,00	35,29	12,62

AIS (Acceptance of Illness Scale) – Skala Akceptacji Choroby, Mini-MAC (Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale) – Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej, BSSS (Berlin Social Support Scales) – Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego

niższy, im częściej pacjenci wykazywali się biernym (destrukcyjnym) stylem radzenia sobie ze stresem towarzyszącym chorobie, co było warunkowane stosowaniem strategii bezradność – beznadziejność. W przypadku stosowania stylu aktywnego (konstruktywnego) korelacji istotnych statystycznie nie zidentyfikowano. Dla kształtowania się akceptacji choroby znaczenie może mieć natomiast wsparcie społeczne. Wzrostom wartości na wymiarach spostrzeganego i otrzymywanego wsparcia społecznego towarzyszył wzrost poziomu akceptacji choroby. Szczegółowe wyniki zaprezentowano w tabeli 4.

Przechodząc do kolejnego kroku analizy statystycznej, zweryfikowano istnienie związków między strategiami radzenia sobie ze stresem a wsparciem społecznym. Zaobserwowane zostały negatywne relacje między stosowaniem stylu biernego (ze szczególnym uwzględnieniem strategii bezradność – beznadziejność) a spostrzeganym i otrzymywanym wsparciem społecznym oraz po-

**Tabela 4.** Relacje między akceptacją choroby a strategiami radzenia sobie oraz wsparciem społecznym

**Table 4.** Relations between illness acceptance and coping strategies and social support

Kwestionariusz	AIS	
Mini-Mac	Styl bierny	-0,32*
	zaabsorbowanie lękowe	-0,03
	bezradność – beznadziejność	-0,47**
	Styl aktywny	0,19
	duch walki	0,17
	pozytywne przewartościowanie	0,12
BSSS	Sposzregane wsparcie	0,25*
	Zapotrzebowanie na wsparcie	0,23
	Poszukiwanie wsparcia	0,24
	Otrzymywane wsparcie	0,43**

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

AIS (Acceptance of Illness Scale) – Skala Akceptacji Choroby, Mini-MAC (Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale) – Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej, BSSS (Berlin Social Support Scales) – Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego

**Tabela 5.** Relacje między strategiami radzenia sobie a wsparciem społecznym**Table 5.** Relations between coping strategies and social support

Kwestionariusz		BSSS			
		Spostrzegane wsparcie	Zapotrzebowanie na wsparcie	Poszukiwanie wsparcia	Otrzymywane wsparcie
Mini-Mac	Styl bierny	-0,28*	-0,15	-0,08	-0,20
	zaabsorbowanie lękowe	-0,17	0,06	0,01	-0,03
	bezradność – beznadziejność	-0,31*	-0,22	-0,19	-0,31*
	Styl aktywny	0,31*	0,15	0,17	0,22
	duch walki	0,44**	0,28*	0,21	0,35**
	pozytywne przewartościowanie	0,03	-0,02	0,14	0,07

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

BSSS (Berlin Social Support Scales) – Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego, Mini-MAC (Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale) – Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej

**Tabela 6.** Relacje między wymiarami wsparcia społecznego**Table 6.** Relations between social support dimensions

	Spostrzegane wsparcie	Zapotrzebowanie na wsparcie	Poszukiwanie wsparcia	Otrzymywane wsparcie
Spostrzegane wsparcie	1	0,33**	0,36**	0,59**
Zapotrzebowanie na wsparcie		1	0,29*	0,37**
Poszukiwanie wsparcia			1	0,44**
Otrzymywane wsparcie				1

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

zytywne relacje między stosowaniem stylu aktywnego i poziomem spostrzeganego wsparcia. Szczególne znaczenie wydaje się w tym przypadku mieć stosowanie strategii duch walki, dla której zaobserwowano pozytywne korelacje z niemal wszystkimi wymiarami wsparcia społecznego (wyjątek stanowi tu zapotrzebowanie na wsparcie). Szczegółowe wyniki zostały zaprezentowane w tabeli 5.

Ostatnim krokiem analizy statystycznej było zweryfikowanie zależności między poszczególnymi wymiarami wsparcia społecznego. Uzyskano pozytywne korelacje między wszystkimi wymiarami, a szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 6.

## Dyskusja i wnioski

Wyniki uzyskane w opisywanym badaniu w znacznej mierze są zbieżne z uzyskanymi w badaniach wcześniejszych. Zarówno wsparcie społeczne, jak i rodzaj stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem towarzyszącym chorobie nowotworowej pełnią istotną funkcję w procesie adaptacji do sytuacji diagnozy, a następnie walki ze schorzeniem.

W zakresie oceny roli wsparcia społecznego dla procesu adaptacji do choroby nowotworowej w badanej grupie istotną rolę odgrywało to, jak dużo pacjent dostrzegł możliwości otrzymania wsparcia

ze strony otoczenia (rodziny, przyjaciół, personelu medycznego). Drugim istotnym elementem było to, z jak dużej części z tych potencjalnych źródeł wsparcia chory faktycznie korzystał. W obu przypadkach zidentyfikowane zostały pozytywne korelacje, co oznacza, że pacjenci mający świadomość istnienia osób, miejsc czy instytucji, od których mogą uzyskać pomoc, ale także aktywnie z tej pomocy korzystający, doświadczali wyższego poziomu akceptacji choroby, a tym samym lepiej się do niej adaptowali. Jak wykazują inne badania, może to mieć duże znaczenie dla kształtowania dobrostanu psychicznego i fizycznego poprzez odreagowanie napięcia oraz minimalizowanie wpływu czynnika stresowego [21]. Ponadto jest to pomocne przy rozwiązywaniu problemów związanych z długotrwałym procesem leczenia, a także sprzyja uruchamianiu tkwiących w chorym sił wewnętrznych. Literatura przedmiotu dowodzi, że wsparcie koreluje dodatnio z długością życia pacjenta onkologicznego [22, 23], poczuciem bezpieczeństwa i ujemnie z odczuwanym niepokojem [24–26]. Przeprowadzone badania wskazują także wpływ wsparcia na poziom nadziei, podjęcie leczenia oraz jakość życia [27]. Wsparcie ma również istotne znaczenie w procesie akceptacji choroby. Jak dowodzą Nowicki i wsp., kobiety ze zdiagnozowanym nowotworem sutka, otrzymujące wsparcie ze strony mężów, szybciej akceptują zmiany związane z chorobą [28]. Wreszcie wsparcie wpływa na prze-

tworzenie poznawcze, co przekłada się na przepracowanie silnie stresujących sytuacji, czyli pośrednio związane jest z przystosowaniem się do choroby [17], a nawet może być czynnikiem determinującym wystąpienie zjawiska wzrostu potraumatycznego [29–31].

Drugim elementem związanym z kształtowaniem się poziomu akceptacji choroby były stosowane przez pacjenta style i strategie radzenia sobie ze stresem. W badanej grupie wykazano istnienie negatywnej korelacji między stosowaniem stylu biernego (destrukcyjnego) a poziomem akceptacji choroby. Szczególne znaczenie miało przyjęcie przez chorego strategii bezradności – beznadziejności. Jest to strategia związana z doświadczaniem niepokoju, depresji i obniżonej jakości życia. Niejednokrotnie jej stosowaniu towarzyszy obniżone poczucie własnej skuteczności [4], a ona sama jest wynikiem przeżywanego lęku związanego z bezpośrednim zagrożeniem zdrowia i życia pacjenta, a także jego niepewności w ocenie możliwości powrotu do zdrowia [32]. Czynnikiem zmniejszającymi odczuwany poziom lęku wielokrotnie okazywały się wsparcie informacyjne oraz bliskość ważnych dla chorego osób [33]. Rolę taką może też odgrywać odwoływanie się do poczucia humoru w odniesieniu do sytuacji choroby [34]. Warto zwrócić uwagę na to, że w badanej grupie wystąpiły różnice w stosowaniu strategii radzenia sobie warunkowane płcią pacjenta. Kobiety częściej na tym polu wykazywały się aktywnością, rozumianą nie tylko poprzez stosowanie stylu konstruktywnego, lecz także większą świadomość i eksplorację otoczenia w poszukiwaniu wsparcia społecznego. Podobne wyniki uzyskali Norcross i wsp. [35]. Może to mieć niebagatelne znaczenie, gdyż – jak wykazano w innych badaniach [36] – pacjenci stosujący strategię duch walki przeżywali dłuższe okresy bez nawrotu choroby niż osoby reagujące na chorobę akceptacją czy bezradnością. Nie oznacza to, że strategie ze spektrum biernego stylu radzenia sobie ze stresem są mniej adaptacyjne. Niemniej ich ochronna funkcja jest spełniona w ograniczonych warunkach, jakimi w szczególności są sytuacja niepodlegająca kontroli pacjenta i krótki horyzont czasowy stosowania strategii. W dłuższej perspektywie ich stosowanie wiąże się z nasileniem poczucia bezradności, lęku i podwyższonego stresu [37].

Uwzględniając powyższe wyniki i wnioski, warto zwrócić uwagę na możliwe źródła zwiększenia poziomu adaptacji pacjenta do sytuacji choroby. W kontakcie personelu medycznego z pacjentem priorytetowe pozostaje przekazywanie wszelkich dostępnych informacji o jego stanie zdrowia i dostępnych możliwościach leczenia.

Ważne jest, by wiedza ta była dostarczana w sposób przystępny i rzetelny, ale jednocześnie nie wzbudzający zbędnych, i tak doświadczanych już w sytuacji choroby w nadmiarze, negatywnych emocji. Drugim czynnikiem o niebagatelnym znaczeniu w kształtowaniu radzenia sobie z sytuacją choroby nowotworowej i lepszej do niej adaptacji jest brak poczucia osamotnienia gwarantowany przez obecność ważnych i bliskich choremu osób. W przeważającej większości przypadków nie będą oni posiadali kompetencji personelu medycznego związanych z administrowaniem wymaganych procedur leczenia, ale równie często będą dla pacjenta nieocenionym źródłem ciepła, troski i obecności w najtrudniejszych dla niego chwilach. Tym samym mogą uczestniczyć w procesie zdrowienia z mocą nie mniejszą niż ta przynależna szpitalowi i jego personelowi. Ponadto, warto otoczyć pacjenta profesjonalnym wsparciem psychologicznym, którego rolą mogłoby być m.in. uczenie i wzmacnianie skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem w chorobie, w miejsce stosowanych działań dezadaptacyjnych.

## Oświadczenie

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

1. Wojtyniak B, Goryński P, Moskalewicz B (red.). Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
2. Schipper H. Quality of life: Principles of the clinical paradigm. *J Psychol Oncol* 1990; 8: 171-185.
3. Kalembrik A, Luczyński Z. Psychologiczny wymiar „jakości życia” w chorobach nowotworowych. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica* 2001; 5: 71-82.
4. Paul-Kańska J. Choroba nowotworowa – w obliczu zagrożenia życia. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica* 2007; 11: 37-45.
5. Grabińska K, Szewczyk-Cisek I, Hernik P i wsp. Problemy i potrzeby psychosocjalne pacjentów poddanych chemioterapii onkologicznej. *Psychoonkologia* 2011; 2: 39-47.
6. Krawczyk A. Korelaty przystosowania psychicznego do choroby jako wyznacznika jakości życia u pacjentów z nowotworami płuc. *Psychoonkologia* 2016; 20: 66-74.
7. Luczyński Z. Psychoonkologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 1997; 1: 1-10.
8. Miniszewska J, Chodkiewicz J. Zmaganie się z przewlekłą chorobą somatyczną w świetle psychologicznej koncepcji stresu. *Przegląd Lekarski* 2013; 70: 448-453.
9. Kozaka J. Radzenie sobie ze stresem choroby – współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkologia* 2010; 2: 60-69.
10. Dunn, N. Opowieści o raku. *Via Medica*, Gdańsk 2009.
11. Cieślak R, Sęk H. Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Cieślak R, Sęk H (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

12. de Walden-Gatuszko K. Problemy psychoonkologiczne rodziny. W: Psychoonkologia. de Walden-Gatuszko K (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
13. Schwartz R, Knoll N, Rieckmann N. Social support. W: Health psychology. Kaptein A, Weinman J (red.). Blackwell, Oxford 2004.
14. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Acceptance of Cancer in Patients Diagnosed with Lung, Breast, Colorectal and Prostate Carcinoma. *Iran J Public Health* 2015; 44: 1135-1142.
15. Czerw A, Marek E, Deptała A. Use of the mini-MAC scale in the evaluation of mental adjustment to cancer. *Contemp Oncol* 2015; 19: 414-419.
16. Kulpa M, Owczarek K, Stypuła-Ciuba B. Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. *Med Paliat* 2013; 5: 106-113.
17. Ogińska-Bulik N. Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 2011; 1: 1-10.
18. McCracken LM, Vowles KA. Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness and values-based action in primary care. *Pain* 2010; 148: 141-147.
19. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009.
20. [http://userpage.fu-berlin.de/~health/soc\\_pol.htm](http://userpage.fu-berlin.de/~health/soc_pol.htm) [dostęp: 20 kwietnia 2017].
21. Badura-Madej W. Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Interart, Warszawa 1996.
22. Balsa M, Rzepa T, Foszczyńska-Kłoda M i wsp. Stan psychiczny kobiet po mastektomii. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2002; 11: 55-70.
23. Strukiel E, Mess E, Twardak I, Lisowska A. Problemy pielęgnacyjne, psychiczne i społeczne kobiet chorych na raka piersi leczonych chemioterapią. *Onkol Pol* 2008; 11: 181-184.
24. Kmieciak-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny* 1995; 38: 201-214.
25. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: Psychoonkologia. de Walden-Gatuszko K (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
26. Scholten C, Weinlander G, Krainer M i wsp. Difference in patient's acceptance of early versus late initiation of psychosocial support in breast cancer. *Support Care Cancer* 2001; 9: 459-464.
27. Kelly SM, O'Grady KE, Schwartz RP i wsp. The relationship of social support to treatment entry and engagement: the Community Assessment Inventory. *Subst Abus* 2010; 31: 43-52.
28. Nowicki A, Kwasińska E, Rzepka K i wsp. Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka zrzeszonych w klubach „Amazonka”. *Annales Academiae Medicae Stetinensis. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2009; 55: 81-85.
29. Ogińska-Bulik N. Rola zasobów osobistych w rozwoju po traumie u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia* 2015; 3: 88-96.
30. Łosiak W, Nikiel J. Posttraumatic growth in patients after myocardial infarction: the role of cognitive coping and experience of life threat. *Health Psychol Rep* 2014; 2: 256-262.
31. Ogińska-Bulik N. The role of social support in posttraumatic growth in people struggling with cancer. *Health Psychol Rep* 2013; 1: 1-8.
32. Barteró C, Chamberlain Wilmoth M. Breast cancer diagnosis and its treatment affecting the self: a meta-synthesis. *Cancer Nurs* 2007; 30: 194-201.
33. Iwamitsu Y, Shimoda K, Hajime A i wsp. Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics* 2005; 46: 19-24.
34. Rose SL, Spencer RJ, Rausch MM. The use of humor in patients with recurrent ovarian cancer: a phenomenological study. *Int J Gynecol Cancer* 2013; 23: 775-779.
35. Norcross JC, Prochaska JO, DiClemente CC. Self-change of psychological distress: Laypersons' vs psychologists' coping strategies. *J Clin Psychol* 1986; 42: 834-840.
36. Greer S, Morris T, Pettingale KW, Haybittle JL. Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *Lancet* 1990; 335: 49-50.
37. Thomé B, Hallberg IR. Quality of life in older people with cancer-a gender perspective. *Eur J Cancer Care* 2004; 13: 454-463.