

Maciej Załuski¹, Agnieszka Matjanowska²

TWORZENIE ZNACZEŃ CHOROBY PRZEZ PACJENTÓW CHORYCH PRZEWLEKLE. WYBRANE WYNIKI BADAŃ

MEANING MAKING OF ILLNESS BY CHRONICALLY ILL PATIENTS. SELECTED RESEARCH RESULTS

¹Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Psychologii Zdrowia

²5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Klinika Chorób Wewnętrznych

**disease
emotional stress
cognitive-existential
psychotherapy**

W artykule przedstawione są wyniki badań nad tworzeniem znaczeń choroby przez pacjentów chorujących przewlekle na chorobę Leśniowskiego-Crohna. Cele badawcze to: oszacowanie obecności myśli dotyczących tworzenia znaczeń choroby oraz ich efekty; odkrycie związków pomiędzy procesami tworzenia znaczeń a poziomem adaptacji do choroby i stopniem zadowolenia z życia.

Summary: A serious disease can mean a loss of aims and plans for the patient, which previously guided him through life. The use of cognitive-existential framework may help to explain the sources and enriching ways of coping. The study served three purposes. Assessing the presence of thoughts associated with the creation of meanings of the disease and their effects. Answering the question about the links between the meaning-making processes with the level of adaptation to illness and satisfaction with life.

The analysis included test results from 63 patients treated for Crohn's and Lesniowski's disease. The study was correlation-comparative.

In chronically ill patients, it was possible to recognize the presence of meaning-making processes of the disease and their effects. The study revealed the interdependencies between the multiple processes of thinking and the level of adaptation to chronic illness and quality of life.

A chronic disease has two dimensions: biological and existential. Meaning-making of the disease can be an action which supports the patient's pro-health efforts, arouses positive emotions, as well as being an indicator of the difficulty of placing the disease in the current course of life

Wstęp

Poważne załamanie zdrowia jest zdarzeniem bezpośrednio ingerującym w bieżące i przyszłe oczekiwania i dążenia człowieka. Dzieje się tak w przypadku chorób przewlekłych — schorzeń charakteryzujących się postępującym przebiegiem i zwykle nieodwracalnymi zmianami patologicznymi. Żyjąc z chorobą, pacjent odwołuje się do informacji zawartych w swoich przekonaniach, wyznawanych wartościach oraz dążeniach, planach i celach życiowych. Tworzą one zbiór osobistych znaczeń, czyli zindywidualizowanych sposobów interpretowania bieżącej sytuacji i odnoszenia się do oczekiwanej przyszłości [1]. Powszechnie znana jest rola, jaką w przebiegu adaptacji do choroby pełnią procesy

poznawczej oceny i rozumienia. Obecnie problematyka ta powraca w modelach, które wyraźnie łączą obecność stresu i napięcia psychicznego z brakiem równowagi pomiędzy rozumieniem bieżącej sytuacji a wiedzą pochodzącą z uogólnionego rozumienia życia. Tworzenie znaczeń choroby jest funkcją realizowaną przez różnorodne procesy umysłowe pacjenta. Służy podtrzymaniu sprawności zasadniczych funkcji radzenia sobie ze stresem choroby, a w sytuacji niepoddającej się ingerencji człowieka lub nieodwracalnej pozwala zachować poczucie kontroli, sprawstwa i własnej wartości [2–5]. Chociaż poszukiwanie zrozumienia jest uważane za głęboko ludzkie dążenie, jest zjawiskiem trudnym dla badania empirycznego. Zależności występujące pomiędzy strukturą osobowości człowieka, procesami tworzenia znaczeń, dobrostanem psychicznym, przystosowaniem się do następstw niekorzystnych zdarzeń oraz rozwojem osobowym są niejasne.

Nadawanie znaczenia to zarówno procesy umysłowe, jak i ich efekty. Wśród tych pierwszych wymienić można: zastanawianie się nad przyczynami choroby (dlaczego?) oraz jej obecnością w swoim życiu (dlaczego ja?, dlaczego w tym momencie?), wyjaśnianie znaczenia choroby dla obecnego i dalszego życia (jak ważne jest teraz dla mnie zdrowie i z jakiego powodu?, jaką wartość ma dla mnie zdrowie i choroba?), odkrywanie celów, jakie przed pacjentem stawia choroba i stosowane procedury lecznicze (co ta sytuacja mówi o mnie i moim dotychczasowym życiu?). Są także i inne: blokowanie myśli rodzących wyłącznie negatywne emocje, porządkowanie w umyśle problemów wynikających z choroby, podtrzymanie wspomnień z okresu zdrowia oraz ocenianie wpływu choroby na bieżące życie.

Wśród efektów procesu nadawania znaczeń choroby zazwyczaj wymienia się dwa: wyjaśnienie powodów wystąpienia choroby oraz dostrzeżenie korzystnych zjawisk towarzyszących niekorzystnej sytuacji utraty zdrowia [6, 7]. Korzystne zdarzenia to rozpoznane w doświadczeniu przykrej sytuacji nowe informacje na temat swoich cech osobowych, a także: podjęcie długo zwlekanej decyzji (a za tym polepszenie w wybranym obszarze życia), rozpoczęcie zmiany stylu życia, powstrzymanie się od negatywnej oceny sytuacji, nabycie konkretnych umiejętności, wzmocnienie lub odnowienie przekonań o sobie i życiu oraz priorytetów, przeżycie niezwyklej życzliwości lub empatii ze strony drugiego człowieka.

Badania przedstawione w artykule miały na celu m.in. sprawdzenie, czy, a jeśli tak, to które z procesów tworzenia znaczeń są powiązane z jakością przystosowania pacjenta do życia z chorobą przewlekłą? Z literatury wiadomo, iż utworzenie przez osobę chorą negatywnego obrazu choroby rodzić może wiele konsekwencji. Sprzyja pojawianiu się demoralizujących przekonań, strategii radzenia sobie podtrzymujących objawy depresyjne, a nawet zmian w obszarze tożsamości [8, 9]. Jeśli jednak temat rozumienia choroby jest obecny w kontakcie z pacjentem chorym somatycznie, rozmowa jest jednocześnie podstawą diagnozy jego stanu psychicznego i pobudką do pozytywnego zastanowienia.

Przykładem schorzenia przewlekłego jest choroba Leśniowskiego-Crohna, rozległy stan zapalny wszystkich warstw ścian przewodu pokarmowego albo wyłącznie jelita cienkiego. Do jej rozpoznania może dojść w każdym wieku, lecz najczęściej występuje u osób pomiędzy 15. a 25. rokiem życia. Choroba ma wieloczynnikową etiologię. Obecnie nie są znane sposoby leczenia przyczynowego, celem terapii jest zahamowanie niekorzystnego naturalnego przebiegu, kontrolowanie czynników, od których zależy częstość nawrotów

i intensywność objawów oraz podniesienie jakości życia pacjenta. Proces diagnozowania jest rozłożony w czasie i wymaga wielu uciążliwych badań, a schorzeniu towarzyszyć mogą objawy zaburzeń również innych narządów. Dodatkowym zagrożeniem dla 60% pacjentów może być konieczność zastosowania wielokrotnego leczenia operacyjnego, a w niektórych przypadkach przerwania ciągłości przewodu pokarmowego [10]. Powyższe fakty każą traktować chorobę jako zdarzenie nieprzewidywalne, źródło licznych obaw i trudności, a nawet zaburzeń psychicznych [11–13]. Wyniki badań wskazują, iż jakość życia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna nie polepsza się w trakcie leczenia, pozostając niska zaraz po zachorowaniu, jak i po upływie 20 lat [14]. Z tych też powodów leczenie medyczne bywa uzupełnione psychoterapią. Metaanaliza skuteczności stosowania wielu form psychoterapii wśród pacjentów z chorobami zapalnymi jelit wykazała, iż pozwalają one obniżyć poziom lęku, zmęczenia i wyczerpania emocjonalnego, a także przyczyniają się do spowolnienia nawrotów objawów i zmniejszają częstość hospitalizacji [15, 16].

Problem badawczy, cele oraz hipotezy badawcze

Problemem badawczym było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy w zachowaniu pacjentów leczonych z powodu choroby przewlekłej rozpoznać można obecność procesów myślowych nazwanych tworzeniem znaczenia choroby, a także czy wspomniane procesy i ich efekty kształtują poziom adaptacji do choroby i zadowolenia z życia? Badanie służyło trzem celom. Pierwszym było określenie średniego poziomu nasilenia myśli związanych z tworzeniem znaczeń choroby. Drugim celem było oszacowanie efektów wspomnianych procesów. Trzecim zaś uzyskanie odpowiedzi na pytanie o związki występujące pomiędzy nasileniem procesów tworzenia znaczeń i ich efektami a poziomem adaptacji do choroby i jakości życia. Postawiono następujące hipotezy:

Hipoteza I.

U pacjentów leczonych z powodu choroby przewlekłej rozpoznać można obecność procesów tworzenia znaczeń choroby.

Hipoteza II.

Procesy tworzenia znaczeń prowadzą do określonych efektów.

Hipoteza III.

Zarówno procesy tworzenia znaczeń, jak i ich efekty przyczyniają się do wyższego poziomu adaptacji do choroby i jakości życia.

Material

Osoby badane

W badaniu uczestniczyło 70 pacjentów Kliniki Chorób Wewnętrznych 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego oraz Oddziału Klinicznego Gastroenterologii i Hepatologii Szpitala

Uniwersyteckiego w Krakowie. Do dalszej analizy zakwalifikowano wyniki pochodzące od 63 kobiet i mężczyzn. Średnia wieku w badanej grupie wyniosła 33,94 roku ($SD = 12,72$), wiek: 18–79 lat. 47,6% badanych było w wieku poniżej 30 lat. Średni czas, jaki upłynął od momentu rozpoznania choroby do chwili badania, wyniósł 6,95 roku ($SD = 5,85$) w zakresie od 5 miesięcy do 22 lat. 54% badanych chorowało nie dłużej niż 5 lat. Przeważali chorzy (76,2%), u których zaostrzenie choroby występowało raz w roku lub częściej. U 27% badanych obecne były dodatkowe powikłania choroby.

Zastosowane narzędzia badawcze

W badaniach zastosowano autorski kwestionariusz ankiety oraz 3 kwestionariusze pomiarowe: Skalę Akceptacji Choroby [17], kwestionariusz oceny jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia WHOQOL–BREF (The World Health Organization Quality of Life) [18] oraz Skalę Ruminacji [19].

W kwestionariuszu ankiety zawarto treści sprawdzające efekty procesu tworzenia znaczeń: 1. wyjaśnienie powodów obecności choroby w swoim życiu, 2. zapamiętanie korzystnych sytuacji pojawiających się w przebiegu leczenia, a niezwiązanych bezpośrednio z jego postępowaniem, 3. dokonanie zmian w obszarze swoich celów życiowych dla lepszego ich dopasowania do oceny bieżącej sytuacji oraz 4. odkrycie celu/znaczenia zawartego w chorobie.

Skala Akceptacji Choroby jest narzędziem do oceny jakości adaptacji pacjenta do sytuacji wywołanej zachorowaniem. Narzędzie zawiera 8 stwierdzeń, które opisują konsekwencje utraty zdrowia. Zgodność wewnętrzna skali wyrażona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha wyniosła 0,91.

Kwestionariusz oceny jakości życia pozwala oszacować 4 dziedziny funkcjonowania pacjenta: somatyczną, psychologiczną, socjalną i środowiskową. Zgodność wewnętrzna skali wyrażona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha wyniosła 0,94.

Kwestionariusz Skala Ruminacji jest narzędziem badającym częstość występowania 5 kategorii procesów myślowych, których funkcją jest tworzenie znaczeń choroby. Badany ustosunkowuje się do 19 stwierdzeń, posługując się 4-punktową skalą typu Likerta. Kategorie myślenia wyróżnione w nim to: 1. uporczywe kontemplowanie choroby — pacjent pomimo upływu czasu nadal wraca myślami do okresu zdrowia, przypomina sobie uczucia obecne w chwili zachorowania, skupia się na negatywnych zmianach w życiu oraz uporczywie zadaje pytania o powody choroby; 2. rozważanie sensu życia i wyciąganie wniosków z choroby — pacjent rozważa swoje przekonania na temat siebie i życia, oczekiwania od życia oraz swoje cele życiowe, a także formułuje konkretne wnioski dotyczące choroby; 3. dostrzeganie korzyści — pacjent stara się dostrzegać pozytywne chwile towarzyszące leczeniu, drobne, korzystne sytuacje niezwiązane wyłącznie z postępowaniem leczenia; 4. intruzywne ruminowanie na temat przyczyn choroby — pacjent zaraz po zachorowaniu nieustannie skupia uwagę na objawach choroby, przyczynach zachorowania, nieprzyjemnych wspomnieniach z początkowego okresu leczenia; 5. blokowanie negatywnych myśli i przemyślanie problemów — pacjent powstrzymuje się przed myśleniem wyłącznie o tym, co złe, stara się uporządkować w myślach problemy powstałe z choroby oraz poszukuje ich rozwiązań. Zgodność wewnętrzna skali wyrażona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha wyniosła 0,91. Kwestionariusz pozwala również ocenić siłę przekonania na temat przyczyn zachorowania oraz treść atrybucji (stwierdzenie 20).

Zastosowane procedury badawcze

W badaniu zastosowano procedurę ewaluacyjną i korelacyjną. Dane do analizy pozyskano drogą indywidualnego i jednorazowego pomiaru zmiennych za pomocą baterii kwestionariuszy w trakcie pobytu pacjentów na oddziałach. W analizie statystycznej posłużono się nieparametrycznymi testami istotności różnic (test serii Walda–Wolfowitza, test HSD Turkeya dla grup nierównolicznych), współczynnikiem korelacji rho Spearmana

Tabela 1. Kategorie myśli. Charakterystyka opisowa

Rodzaj myśli	M	SD	Zakres
1. Uporczywe kontemplowanie choroby	6,71	4,87	0–15
2. Rozważanie posiadanych przekonań i wyciąganie wniosków z choroby	6,29	3,26	0–12
3. Dostrzeganie korzystnych sytuacji	3,73	1,50	0–6
4. Intruzywne skupianie uwagi	8,90	4,15	0–15
5. Blokowanie negatywnych myśli i przemyślanie problemów	5,22	2,28	0–9
6. Siła przekonań wyjaśniających przyczyny choroby	0,89	0,97	0–3
Suma	28,57	8,43	0–60

oraz testem F Snedecora–Fishera w celu ustalenia istotności wyników analizy wariancji i regresji. Jako istotny statystycznie przyjęto poziom $p < 0,05$. Obliczeń dokonano za pomocą programów komputerowych: Statistica 10,0 i IBM SPSS.

Wyniki

Hipoteza I. U pacjentów leczonych z powodu choroby przewlekłej można rozpoznać obecność procesów tworzenia znaczeń choroby.

W tabeli nr 1 zawarto charakterystykę ilościową 6 kategorii myśli występujących u badanych pacjentów.

W większości kategorii myśli ich częstość przyjęła wartość średnią. W zakresie oceny poziomu zrozumienia obecności choroby w życiu grupa badanych pacjentów uzyskała wynik bliższy lewej granicy (brak zrozumienia lub raczej brak zrozumienia). W przypadku myśli polegających na dostrzeganiu korzystnych sytuacji towarzyszących leczeniu oce-

ny pacjentów były zawarte pomiędzy wynikiem średnim a maksymalnym (rzeczywisty zakres wyników zawarł się pomiędzy 2,23 a 5,23 pkt). Największe różnice indywidualne zaobserwowano w kategorii uporczywego kontemplowania choroby (rzeczywisty zakres wyników w badanej grupie zawarł się pomiędzy 1,84 a 11,58 pkt).

Hipoteza II. Procesy tworzenia znaczeń prowadzą do określonych efektów.

Zdecydowana większość pacjentów (86%) zarówno w początkowym okresie leczenia, jak i później — w trakcie badania — nieustannie myślała o powodach obecności choroby w ich życiu. Osoby te zarówno intruzywnie skupiały uwagę na objawach choroby zaraz po zachorowaniu, a także uporczywie kontemplowały fakt utraty zdrowia. 34% pacjentów wyjaśniło przyczyny choroby, jednak siła przekonań była niska i mało różnicująca badaną grupę (rzeczywisty zakres wyników pomiędzy 0 a 1,86 pkt). 59% pacjentów zastanawiało się nad znaczeniem i rolą choroby w życiu, co zarazem oznacza, że 41% badanych starało się nie dostrzegać jej obecności.

Rozpoznanie celu zawartego w chorobie było zjawiskiem rzadkim. W badanej grupie 24% pacjentów zgłosiło, iż myślała o chorobie jako o zdarzeniu zawierającym w sobie inny cel niż wyłącznie jej ustąpienie. Jedna osoba dostrzegła pozytywne przesłanie.

63% pacjentów pomimo choroby starało się zauważać w swoim życiu drobne, korzystne sytuacje i zmiany, a 55% spośród nich było w stanie je przywołać.

Jeśli chodzi o zmiany celów życiowych, osoby badane wybierały spośród następujących rozwiązań: (1) dotychczasowe wartości i cele życiowe nie ulegają zmianie po rozpoznaniu choroby i rozpoczęciu leczenia, (2) wartości i cele zostają zastąpione przez nowe, (3) wartości i cele tracą na znaczeniu, jednak w ich miejsce nie pojawiają się alternatywne, (4) wszystkie dotychczasowe wartości i cele przestają być istotne, jedynym celem staje się osiągnięcie jak najdłuższego okresu remisji. Co drugi pacjent zadeklarował zastąpienie dotychczasowych wartości i celów nowymi. 36% stwierdziło, iż wartości i cele sprzed zachorowania nie uległy zmianie po rozpoznaniu choroby i rozpoczęciu leczenia. U 13% osób badanych dotychczasowe wartości i cele straciły na znaczeniu, na ich miejscu nie pojawiły się nowe lub wyłącznym celem stało się osiągnięcie jak najdłuższego okresu remisji choroby.

Procesy tworzenia znaczeń a uzyskane efekty

Wyjaśnienie obecności choroby w swoim życiu powiązane było z procesami myślenia, których treścią są własne przekonania, oczekiwania i cele życiowe oraz konkretne wnioski wyciągnięte z choroby. Częste rozważanie przekonań współwystępowało z większą siłą zrozumienia (ρ Spearmana = 0,38, $p < 0,01$). Zastosowanie testu serii Walda–Wolfowitza potwierdziło statystyczną istotność różnic międzygrupowych dotyczących omawianych zmiennych ($Z = 2,85$, $p < 0,004$).

Osoby pamiętające korzystne zdarzenia w przebiegu leczenia częściej rozważały przekonania na temat siebie i życia, oczekiwania od życia i jego cele, częściej wyciągały konkretne wnioski z choroby, a także blokowały negatywne myśli i przemyślały problemy zrodzone z choroby. Wyniki analizy wariancji w przypadku rozważania przekonań przyjęły postać: $F(1, 1) = 5,22$, $p < 0,02$. Test HSD Turkeya potwierdził, że różnice między średnimi

w grupach utworzonych przez osoby pamiętające korzystne sytuacje i niepamiętające ich są na zakładanym poziomie istotności. Zależności powtórzyły się w przypadku blokowania negatywnych myśli oraz rozważania powstałych problemów $F(1,1) = 4,82$, $p < 0,03$. Także i w tym wypadku test HSD Turkeya potwierdził występowanie różnic między średnimi we wspomnianych grupach. Można zatem stwierdzić, że wymienione wyżej kategorie procesów myślowych sprzyjają zapamiętywaniu korzystnych chwil towarzyszących chorobie.

Zapamiętanie korzystnych zdarzeń powiązane było z wyjaśnieniem przyczyn choroby $F(1,1) = 6,42$, $p < 0,01$. Osoby z silniejszym przekonaniem na temat jej powodów pamiętały więcej korzystnych zdarzeń i zmian. Różnica międzygrupowa okazała się statystycznie istotna na poziomie $p < 0,02$. Zastosowana procedura badawcza nie pozwoliła jednak na poznanie kierunku zależności.

Dostrzeżenie celu zawartego w chorobie korespondowało z częstym rozważaniem posiadanych przekonań, celów i oczekiwań od życia ($Z = 2,83$, $p < 0,04$; test serii Walda–Wolfowitza). Podobne związki zaobserwowano w przypadku, gdy efektem procesu tworzenia znaczeń było zastąpienie dotychczasowych celów życiowych nowymi. Osoby, które to uczyniły, istotnie częściej rozważały swoje przekonania, oczekiwania od życia oraz jego cele niż te, które starały się nie zmieniać dotychczasowych celów. Analiza wariancji potwierdziła powiązania $F(1,3) = 2,78$, $p < 0,04$, a wynik testu HSD Turkeya dla grup nierównolicznych — istotność różnic pomiędzy średnimi. Pacjenci skupieni wyłącznie na utrzymaniu jak najdłuższego okresu bezobjawowego lub pozbawieni wartości i celów bez wyznaczenia nowych, częściej kontemplowali chorobę, skupiając się na negatywnych zmianach, uparczywie powracając do pytania o jej przyczyny i wracając myślami do czasu sprzed zachorowania. Rzadziej kontemplowały chorobę osoby zastępujące dotychczasowe cele nowymi, a najrzadziej osoby, których cele życiowe nie uległy zmianie. Zastosowanie testu HSD Turkeya dla grup nierównolicznych nie potwierdziło jednak statystycznej istotności między średnimi, co każe wspomniane zależności traktować raczej jako sugestię.

Hipoteza III. Zarówno procesy tworzenia znaczeń, jak i ich efekty przyczyniają się do osiągnięcia wyższego poziomu adaptacji do choroby i jakości życia

Średni poziom adaptacji do choroby w badanej grupie przyjął wartość 28,57 pkt (SD = 8,44) oraz pozostawał w związku z częstością występowania epizodów zaostrzeń. Różnica poziomu adaptacji w podgrupie osób, u których zaostrzenie występowało raz w roku lub częściej oraz pozostałych pacjentów była średnia (d -Cohena = 0,60). Zastosowanie jednoczynnikowej analizy wariancji ujawniło sinusoidalny związek pomiędzy poziomem adaptacji do choroby a upływem czasu od chwili zachorowania. Pacjenci chorujący krócej niż 2 lata oraz dłużej niż 12 lat uzyskali najniższe wyniki pomiaru poziomu adaptacji. Jakość życia w domenie środowiskowej sukcesywnie obniżała się wraz z upływem czasu leczenia. Parametry w pozostałych domenach nie zmieniały się, przyjmując wartości z zakresu od 12,87 (domena somatyczna) do 15,46 pkt (domena środowiskowa). Największe zróżnicowanie ocen wystąpiło w domenie psychologicznej, w której zakres, z uwzględnieniem odchylenia standardowego, wahał się pomiędzy 11,41 a 17,03 pkt przeliczone.

Nie zanotowano istotnych powiązań pomiędzy efektami procesu tworzenia znaczeń a poziomem adaptacji do choroby i jakością życia. Wyjaśnienie obecności choroby, odkrycie dodatkowego celu, a także dostrzeżenie korzystnych sytuacji nie przekładało się na wyższy poziom adaptacji i jakości życia. W przypadku zmiany celów życiowych zanotowano zależność negatywną; utrata dotychczasowych celów bez zastąpienia ich nowymi współwystępowała z niższym poziomem adaptacji do choroby (ρ Spearmana = 0,30, $p < 0,05$) oraz niższą jakością życia w domenie socjalnej (ρ Spearmana = 0,30, $p < 0,05$).

Nieco inaczej zarysowały się związki pomiędzy omawianymi zmiennymi a 5 kategoriami myślenia. Procesy uporczywego kontemplowania choroby, zadawania pytań o jej przyczyny, cofania się we wspomnieniach do okresu sprzed zachorowania współwystępowały z niższym poziomem adaptacji do choroby (ρ Spearmana = 0,49, $p < 0,01$) oraz niższą jakością życia w domenie psychologicznej (ρ Spearmana = 0,29, $p < 0,05$). Podobne powiązania zaobserwowano w przypadku intruzywnego skupiania uwagi na objawach choroby i przyczynach jej obecności w życiu. Częste rozważanie wspomnianych tematów współwystępowało z niższym poziomem adaptacji do choroby (ρ Spearmana = 0,41, $p < 0,01$) oraz niższą jakością życia w trzech domenach: psychologicznej (ρ Spearmana = 0,29, $p < 0,05$), socjalnej (ρ Spearmana = 0,36, $p < 0,01$) i środowiskowej (ρ Spearmana = 0,26, $p < 0,05$). Dostrzeganie korzystnych zdarzeń i pozytywnych chwil współwystępowało z wyższym poziomem adaptacji do choroby (ρ Spearmana = 0,33, $p < 0,01$) oraz wyższą jakością życia w domenie socjalnej (ρ Spearmana = 0,35, $p < 0,01$) i środowiskowej (ρ Spearmana = 0,26, $p < 0,05$).

Chcąc potwierdzić zaobserwowane zależności, przeprowadzono analizę regresji liniowej wielorakiej na następujących zmiennych niezależnych: pięć kategorii myślenia, cztery efekty (zrozumienie przyczyn obecności choroby, zgłoszenie korzystnych zmian niezwiązanych z przebiegiem leczenia, odkrycie znaczenia zawartego w chorobie, dokonanie zmiany celów życiowych) oraz dwie zmienne demograficzne: płeć i wiek osób badanych. Uzyskano model wyjaśniający 45% zmienności zmiennej: adaptacja do choroby. Model był dobrze dopasowany do danych, lepiej niż średnie wartości przewidywane, między predyktorami nie występowała współliniowość i uzyskał on następujące parametry: $R = 0,67$; $F_{(6,55)} = 7,36$; $p < 0,00001$, błąd estymacji 6,61. Spośród zmiennych niezależnych do modelu weszły następujące: uporczywe kontemplowanie choroby ($\text{Beta} = -0,42$; $p < 0,002$), dostrzeganie pozytywnych chwil i korzystnych sytuacji w przebiegu leczenia ($\text{Beta} = 0,28$; $p < 0,009$), zapamiętanie korzystnych sytuacji i zmian ($\text{Beta} = 0,22$; $p < 0,04$) oraz (ze znakami ujemnymi): zmiana celów życiowych, płeć męska i intruzywne ruminowanie. Zmienne te nie osiągnęły jednak zakładanej istotności statystycznej.

Omówienie wyników

Uzyskane wyniki porównano z otrzymanymi w badaniu pacjentów w trakcie rehabilitacji po incydentach mózgowych oraz w leczeniu pierwszego rzutu białaczki [20]. Największe efekty różnicy w średnich międzygrupowych zaobserwowano w następujących przypadkach: siła przekonań na temat przyczyn choroby — większa u pacjentów neurologicznych i onkologicznych (d -Cohena = 1,15), częstość rozważania swoich przekonań i wniosków z choroby — większa u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna (d -Cohena = 0,53),

blokowanie negatywnych myśli i przemyślanie problemów — częstsze u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna (d -Cohena = 0,46).

Przyczyny udaru mózgu lub rozpoznania białaczki wydawały się łatwiejsze do wyjaśnienia dla pacjentów, przyczyny choroby Leśniowskiego-Crohna zdecydowanie trudniejsze, pomimo iż pacjenci z tą chorobą częściej ruminowali na temat przyczyn choroby i jej objawów zaraz po zachorowaniu (d -Cohena = 0,39). Tym, co dodatkowo różniło badane grupy, było częstsze dostrzeganie drobnych, korzystnych sytuacji i pozytywnych chwil przez osoby z chorobą Leśniowskiego-Crohna (d -Cohena = 0,41).

Grupy nie różniły się pod względem częstości uporczywego kontemplowania choroby. W obu obecne były osoby skłonne do powracania myślami do czasu sprzed zachorowania, przywoływania emocji z początkowego okresu leczenia, podkreślania negatywnych zmian w życiu oraz uporczywie zadające pytania o przyczyny choroby.

Poszukiwanie przyczyn wystąpienia choroby w badanej grupie było zjawiskiem powszechnym. Park [6] w artykule będącym wynikiem metaanalizy badań nad procesami tworzenia znaczeń negatywnych zdarzeń życiowych stwierdziła, iż jest to zjawisko częste i utrzymujące się przez długi czas. Wyniki badań wskazują, iż blisko 80% osób po rozpoznaniu raka, poważnym urazie neurologicznym lub nagłym owdowieniu próbuje wyjaśnić przyczyny zdarzenia, choć wielu się nie udaje [21]. 52% pacjentów żyjących z szumami usznymi zadawało sobie pytanie, dlaczego przypadłość dosięgnęła właśnie ich [22]. Wszyscy pacjenci z uszkodzeniami rdzenia kręgowego w wyniku wypadku zadawali sobie pytanie: dlaczego ja? i wszyscy z wyjątkiem jednego uzyskali na nie odpowiedź. Wyjaśnienie przyczyn choroby przewlekłej, w szerokim tego słowa znaczeniu, zaobserwowano w grupie od 40% do 58% pacjentów onkologicznych i leczonych z powodu SM [23,7].

Zrozumienie przez 34% pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna przyczyn obecności choroby w ich życiu jest wynikiem nieznacznie niższym. Należy zwrócić uwagę na rodzaje atrybucji zastosowanych w badanej grupie. Pacjenci odwoływali się do działania losu, przypadku, braku sprawiedliwości w życiu oraz bożego planu skazującego ich na cierpienie. Z badań wynika, iż wyjaśnienia, w których świat jest miejscem nieprzewidywalnym i niepoddającym się kontroli, nasilają stres [24]. W grupie pacjentów z urazem rdzenia obecne były również pozytywne atrybucje.

Co można powiedzieć na temat efektów procesu odnajdywania znaczenia i celu zawartego w chorobie? To dość niefortunne sformułowanie może sugerować doszukiwanie się pozytywnego znaczenia w niekorzystnym zdarzeniu. W rzeczywistości chodzi o dostrzeganie znaczenia i celu w życiu z chorobą. 24% pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna stwierdziło, iż odnalazło sens w życiu z chorobą. Dla porównania, uznało tak 44% pacjentów leczonych z powodu SM [7].

Jeśli chodzi o powiązania pomiędzy procesami tworzenia znaczeń, ich efektami a poziomem adaptacji do choroby, w literaturze brakuje spójnych informacji. Poszukiwanie zrozumienia choroby przez pacjentki onkologiczne w trakcie pierwszych 11 miesięcy skutkowało obniżeniem samopoczucia 18 miesięcy po zakończeniu skutecznego leczenia [25]. Osoby, które nie poszukiwały przyczyn zajścia krytycznego zdarzenia w swym życiu, ujawniły lepsze przystosowanie w trakcie następnych 18 miesięcy [26]. Z drugiej strony, osoby zdolne do wyjaśnienia zdarzenia i odkrycia jego sensu w trakcie pierwszych 6 miesięcy po upływie roku od jego zajścia ujawniały niższy poziom dystresu. Tym samym

procesy tworzenia znaczeń nie są adaptacyjne, jeśli nie kończą się pozytywnymi efektami. Badanie przeprowadzone w grupie 67 pacjentów po urazie rdzenia kręgowego ukazało powiązania procesów rozumienia z poziomem subiektywnego dobrostanu i nasileniem objawów depresyjnych. Częste wyjaśnianie przyczyn urazu współwystępowało z niższym poziomem dobrostanu, natomiast osiągnięcie zrozumienia z poziomem wyższym [27]. Dlatego w grupie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna zwraca uwagę częste, uporczywe kontemplowanie choroby, a zarazem słabość przekonań na temat jej przyczyn.

Wyniki wielu badań dowodzą, że zaabsorbowanie tworzeniem znaczeń jest jednym z wymiarów osobowości człowieka. Współwystępuje z negatywną oceną siebie i otoczenia, lękliwością i skłonnością do zamartwiania się, niezadowolaniem z przeszłości i poczuciem braku wpływu na teraźniejszość, brakiem satysfakcjonujących relacji społecznych. Z drugiej strony, osoby skupione na tworzeniu znaczeń chętnie stawiają pytania, są żądne wiedzy i zainteresowane swoimi doświadczeniami [28]. Z tego powodu procesy tworzenia znaczeń mogą prowadzić zarówno do korzystnych, jak i niekorzystnych efektów.

Zmiana celów życiowych jest przykładem dostosowywania swych przekonań i dążeń do oceny sytuacji choroby i leczenia. Rozpoznanie poważnej choroby może powodować trudności w osiągnięciu zamierzonych celów, co wynika m.in. z utraty dotychczasowych zainteresowań [21]. Rozwiązanie przeważające w badanej grupie polegało na zastępowaniu dotychczasowych celów życiowych alternatywnymi, lepiej dopasowanymi do oceny bieżącej sytuacji życiowej. Osoby, które tego dokonały, rzadziej kontemplerowały chorobę, inaczej niż pacjenci, którzy nie zastąpili utraconych celów życiowych nowymi. Ci ostatni ujawnili najniższy poziom adaptacji do choroby i jakości życia w domenie psychologicznej. Dane pochodzące z literatury potwierdzają, że odstąpienie od realizacji nieosiągalnych celów i zastąpienie ich nowymi chroni przed pojawieniem się objawów zaburzeń psychicznych [29].

Wnioski

Badanie potwierdziło większość postawionych hipotez. Uzyskane wyniki można podsumować w postaci następujących wniosków.

1. Charakter choroby, jej uleczalność, uciążliwość objawów oraz dezorganizujący wpływ na życie pacjenta odzwierciedla obecność procesów tworzenia znaczeń.
2. Rozpowszechnienie efektów wspomnianych procesów jest zróżnicowane. W badanej grupie wystąpiło w zakresie od 24% (odkrycie celu zawartego w chorobie) do 55% (zapamiętanie korzystnych zmian i pozytywnych sytuacji towarzyszących leczeniu) badanych.
3. Pomimo iż prawie każdy pacjent w początkowym okresie leczenia choroby zastanawiał się nad przyczynami jej obecności w swoim życiu, jedynie 30% uzyskało niski poziom zrozumienia. Zdecydowana większość pacjentów nadal powracała do pytań o przyczyny choroby i rozważała jej negatywne konsekwencje dla obecnego życia.
4. Większość pacjentów dostrzegła znaczenie i rolę choroby w swoim życiu.

5. Co drugi pacjent był w stanie przywołać drobne, korzystne sytuacje i zmiany towarzyszące leczeniu, a niebędące w bezpośrednim związku z procesem zdrowienia, zrewidował dotychczasowe wartości i cele życiowe, zastępując je nowymi. 13% zgłosiło destrukcyjny wpływ choroby na dotychczasowe cele lub ich zredukowanie do jednego — utrzymania remisji choroby.
6. Zaobserwowano powiązania pomiędzy procesami tworzenia znaczeń a wyjaśnieniem przyczyn choroby i zapamiętaniem korzystnych chwil. Rozważanie swych przekonań, wartości i celów życiowych odegrało wśród nich decydującą rolę.
7. Procesy radzenia sobie, skoncentrowanego na tworzeniu znaczeń, ujawniły wielorakie powiązania z poziomem adaptacji i jakością życia pacjentów. Negatywna zależność dotyczyła intruzywnego poszukiwania przyczyn choroby i koncentracji na objawach zaraz po zachorowaniu oraz uporczywego kontemplantowania choroby w trakcie jej leczenia.
8. Rozmowa z pacjentem chorym somatycznie na temat wpływu choroby na życie pełni funkcję diagnostyczną, usuwa źródła rozbieżności pomiędzy oceną sytuacji a uogólnionym rozumieniem życia, chroni przed tworzeniem negatywnego obrazu choroby i skłania do korzystnego zastanowienia.

Piśmiennictwo

1. Oleś P. Wprowadzenie do psychologii osobowości. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2013, s. 129.
2. Jasiocka D. Kryzysy zdrowia a możliwości zmagania się z cierpieniem choroby somatycznej. Szt. Leczn. 2010; 1–2: 21–41.
3. Heszen I. Pozytywne emocje w negatywnych sytuacjach: skąd się biorą i jak zmieniają radzenie sobie. W: Heszen I, Życińska J. red. Psychologia zdrowia: w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji. Warszawa: Academica; 2008, s. 139–150.
4. Załuski M, Motyka M. Model tworzenia znaczeń Crystal Park i Susan Folkman. Ann. Univ. Paed. Cracov. St. Psychol. 2014; 159 (7): 103–114.
5. Proulx T, Inzlicht M. The five „A” s of meaning maintenance: finding meaning in the theories of sense-making. Psychol. Inq. 2012; 23: 317–335.
6. Park C. Making sense of meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. Psychol. Bull. 2010; 136: 257–301.
7. Pakenham K. Benefit-finding and sense-making in chronic illness. W: Folkman S, red. The Oxford handbook of stress, health, and coping. New York: Oxford University Press; 2011, s. 242–268.
8. Williams G. Chronic illness and the pursuit of virtue in everyday life. W: Radley A, red. World of illness: Biographical and cultural perspectives on health and disease. London: Routledge; 1993: 92–108.
9. Garnefski N, Kraaij V. Do cognitive coping and goal adjustment strategies used shortly after myocardial infarction predict depressive outcomes 1 year later? *Cardiov. Nurs.* 2010; 25(5): 383–389.
10. Eder P, Łodyga M, Łykowska-Szuber L, Bartnik W, Durlik M, Gonciarz M, Kłopocka M, Linke K, Małecka-Panas E, Radwan P, Rydzewska G. Wytyczne Grupy Roboczej Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Gastroenterologii i Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii dotyczące postępowania z pacjentem z chorobą Leśniowskiego-Crohna. *Gastroenter. Prakt.* 2013; 2: 18–37.

11. Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, Thompson D, Tomenson B, Creed F. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Am. J. Gastroenterol.* 2002; 97: 1994–1999.
12. Sajadinejad M, Asgar K, Molavi H, Kalantari M, Adibi P. Psychological issues in inflammatory bowel disease: an overview. *Gastroenterol. Res. Pract.* 2011; 2012: 1–12.
13. Camara R, Gander M, Begre S, von Kanel R. Post-traumatic stress in Crohn's disease and its association with disease activity. *Front. Gastroenterol.* 2011; 2: 2–9.
14. Canavan C, Abrams K, Hawthorne B, Drossman D, Mayberry J. Long-term prognosis in Crohn's disease: factors that affect quality of life. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2006; 23(3): 377–385.
15. Andrew M, McCombie A, Mulder R, Garry R. Psychotherapy for inflammatory bowel disease: A review and update. *J. Crohns Colitis.* 2013; 7: 935–949.
16. Schoultz M, Atherton I, Watson A. Mindfulness-based cognitive therapy for inflammatory bowel disease patients: findings from an exploratory pilot randomised controlled trial. *Trials* 2015; 16:379. doi: 10.1186/s13063-015-0909-5.
17. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001: s. 168–172.
18. Kowalska M, Skrzypek M, Danso F, Humeniuk M. Ocena wiarygodności kwestionariusza WHOQOL-BREF w badaniu jakości życia dorosłych, aktywnych zawodowo mieszkańców aglomeracji górnośląskiej. *Przegl. Epidemiol.* 2012; 66: 531–537.
19. Załuski M. Skala Rumination — opis kwestionariusza i wstępna analiza psychometryczna. Artykuł złożony do druku w czasopiśmie: *Probl. Pielęg.* 2015.
20. Załuski M. Korzystne i niekorzystne efekty procesów myślowych pacjenta w przebiegu leczenia choroby somatycznej. Międzynarodowa konferencja „Innowacyjność w kształceniu, praktyce pielęgniarskiej i badaniach naukowych”. Kraków, 12–13 września 2015.
21. Davis C, Wortman C, Lehman D, Silver R. Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? *Death Stud.* 2000; 24: 297–540.
22. Davis C, Morgan M. Finding meaning, perceiving growth, and acceptance of tinnitus. *Rehabil. Psychol.* 2008; 53: 128–138.
23. Bulman R, Wortman C. Attributions of blame and coping in the „real world”. Severe accident victims react on their lot. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1977; 35: 351–363.
24. Janoff-Bulman R, Yopyk D. Random outcomes and valued commitments: existential dilemmas and the paradox of meaning. W: Greenberg J, Koole S, Pyszczynski T, red. *Hand-book of experimental existential psychology.* New York: Guilford Press; 2004: 122–138.
25. Kernan D, Lepore S. Searching for making meaning after breast cancer: Prevalence, patterns, and negative affect. *Soc. Sci. Med.* 2009; 68: 1176–1182.
26. Silver R, Updegraff J. Searching for finding meaning following personal and collective traumas. W: Markman K, Proulx T, Lindberg M, red. *The psychology of meaning.* APA; 2013: 237–255.
27. Davis C, Novoa D. Meaning-making following spinal cord injury: Individual differences and within-person change. *Rehabil. Psychol.* 2013; 58(2): 166–177.
28. Steger M, Kashdan T, Sullivan B, Lorantz D. Understanding the search for meaning in life: personal, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *J. Pers.* 2008; 76 (2): 199–228.
29. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive coping and goal adjustment are associated with symptoms of depression and anxiety in people with acquired hearing loss. *Int. J. Audiol.* 2012; 51: 545–550.

adres: mzałuski@cm-uj.krakow.pl